

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน  
โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์



นางสาวรจนา สงวนดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO BEHAVIORAL PROBLEMS OF PRESCHOOL  
AUTISTIC CHILDREN, YUWAPRASART WAITHAYOPATHUM HOSPITAL

Miss Rojana Sa-nguandee



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 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก ก่อนวัยเรียนโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
โดย	นางสาวรจนา สงวนดี
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีกร อุปเสน

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีกร อุปเสน)  
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูริย์ โพธิ์สาร)

รจนา สงวนดี : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน  
โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ (SELECTED FACTORS RELATED TO  
BEHAVIORAL PROBLEMS OF PRESCHOOL AUTISTIC CHILDREN, YUWAPRASART  
WAITHAYOPATHUM HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์,  
อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน, 107 หน้า.

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1)ศึกษาปัญหา  
พฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน ได้แก่ พฤติกรรมเกราะ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้าน  
อารมณ์ และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน 2)ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับปัญหา  
พฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน ได้แก่ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และ  
ความเครียดของพ่อแม่ กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กออทิสติกอายุ 3-5 ปี และพ่อหรือแม่ของเด็กออทิสติกที่  
พาเด็กมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 110  
คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและพ่อหรือแม่เด็กออทิสติก  
2) แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม 3) แบบประเมินพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ 4) แบบประเมินภาวะ  
ซึมเศร้าของแม่ 5) แบบประเมินความเครียดของพ่อแม่ เครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการพิจารณาความตรง  
เชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และเครื่องมือ 4 ชุดหลังมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .75, .90,  
.76, และ .82 ตามลำดับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงบรรยาย และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์  
เพียร์สัน สรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. เด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมีปัญหาร้อยละ 48.2 โดยมี  
ปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนมากที่สุด รองลงมาคือพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมเกราะ และ  
พฤติกรรมทางอารมณ์ (ร้อยละ 69.1, 53.6, 19.1 และ 13.6 ตามลำดับ)

2. พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก  
ออทิสติกก่อนวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = -.221$ )

3. ความเครียดของพ่อแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก  
ออทิสติกก่อนวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = .204$ )

4. ภาวะซึมเศร้าของแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5677200936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PRESCHOOL AUTISTIC CHILDREN / BEHAVIORAL PROBLEMS

ROJANA SA-NGUANDEE: SELECTED FACTORS RELATED TO BEHAVIORAL PROBLEMS OF PRESCHOOL AUTISTIC CHILDREN, YUWAPRASART WAITHAYOPATHUM HOSPITAL. ADVISOR: ASST. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., CO-ADVISOR: ASST. PROF. RACHANEEKORN UPASEN, Ph.D., 107 pp.

The purposes of this research were to study behavioral problems of preschool autistic children and relationship among selected factors including the symptom severity, parental behavior, depression of mother, stress of parents and behavioral problems of preschool autistic children. The subjects were 110 parents of autistic children aged 3-5 years and parents who sought treatment at Yuwaprasatwitayopathum hospital, recruited according to the inclusion criteria. The research instruments were demographic questionnaire, Strength and Difficulties Questionnaire-SDQ, The parent's report Scale, Hamilton Rating Scale for Depression: HRSD, Perceived Stress Scale: PSS. All instruments were tested for content validity by a panel of 5 experts. The four latter instruments had Cronbach's alpha coefficient reliability as of .75, .90, .76 and .82, respectively. Statistic techniques utilized in data analysis by descriptive statistics and Pearson's product moment correlation.

Major findings of this study were as follows:

1) Forty-eight point two of preschool autistic children had behavioral problems. Peer relationship problems was found most, followed by hyperactivity, conduct problems and emotional problems (69.1%, 53.6%, 19.1% and 13.6% respectively.)

2) Parental behavior was negatively correlated with behavioral problems of preschool autistic children at .05 level ( $r = -.221$ ), while stress of parents were positive correlated with behavioral problems of preschool autistic children at .05 level ( $r = .204$ )

3) There was no correlation between Depression of mother and behavioral problems of preschool autistic children

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อูปเสน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ ให้ความเมตตา ให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะอันเป็น ประโยชน์อีกทั้งยังกรุณาให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยให้มีแรงบันดาลใจในการศึกษา คำนคว่าวิจัยครั้งนี้ให้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการผู้สอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ที่ทำให้วิทยานิพนธ์มีความ สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และที่กรุณาอนุเคราะห์ให้ใช้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ที่เป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูล และ เจ้าหน้าที่บุคลากร ของโรงพยาบาลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย .....	6
สมมติฐานการวิจัย .....	8
ขอบเขตการวิจัย .....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	8
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	11
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคออทิสติก .....	12
2. การพยาบาลเด็กออทิสติก .....	20
3. พัฒนาการของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน.....	30
4. ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน .....	32
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก .....	37
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54

ประชากร.....	54
กลุ่มตัวอย่าง.....	54
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	63
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	72
สรุปผลการวิจัย.....	75
อภิปรายผลการวิจัย.....	75
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	78
รายการอ้างอิง.....	79
ภาคผนวก.....	86
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	87
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย.....	89
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและแบบแสดงความยินยอมการเข้าร่วม การวิจัย.....	102
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรม.....	105
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	107



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน (n=110).....	56
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพ่อแม่เด็กออทิสติก (n=110) .....	57
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนของปัญหาพฤติกรรมของเด็ก ออทิสติกก่อนวัยเรียน จำแนกเป็นรายด้าน (n=110 ) .....	67
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนพฤติกรรมการเป็นพ่อ แม่ ของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน จำแนกเป็นรายด้าน (n=110 ) .....	68
ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ของแม่เด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้าของ แม่ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนภาวะซึมเศร้าของแม่ (n=110) .....	69
ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของพ่อแม่เด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนจำแนกตามระดับความเครียด ของพ่อแม่ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความเครียดของพ่อแม่ (n=110).....	69
ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และ ความเครียดของพ่อแม่ กับปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน (n=110) .....	70

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคออทิสติก เป็นโรคจิตเวชเด็กชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท เป็นสำคัญ ทำให้การประมวลข้อมูลในระบบสมองแตกต่างและมีความล่าช้าทางพัฒนาการ (จิริยา จุฑาภิสิตี, 2551) โดยส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องทางพัฒนาการหลายด้าน คือ ด้านสังคม การสื่อความหมายและจินตนาการ แสดงให้เห็นโดยการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเด็กวัยเดียวกัน เช่น การแยกตัวอยู่ตามลำพัง เล่นกับคนอื่นไม่เป็น มีพฤติกรรมซ้ำๆ(เพ็ญแข ลีเมศิลา, 2550) จากการสำรวจอุบัติการณ์ความชุกในสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2004 พบว่ามีจำนวนเด็กออทิสติกมากถึง 60 : 10,000 คน (จिरาพร ศรีเจริญกาญจน์, 2551) และจากการทบทวนระบาดวิทยาของ Elsabage et al (2012) พบกลุ่มอาการออทิสติกเพิ่มขึ้นเป็น 62:10,000 สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี พบโรคออทิสติก 9.9 คนต่อเด็ก 10,000คน(ศรวิรรณา พูลสรรพสิทธิ์ และคณะ, 2548)และจากการสำรวจความชุกของสถิติของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ระหว่างปี 2553 ถึง 2556 มีผู้ป่วยออทิสติกจำนวน 14,387, 19,954, 14,346 และ 23,235 รายตามลำดับ และจากสถิติเดือนตุลาคม 2556 – กันยายน 2557 พบว่ามีจำนวนเด็กออทิสติกรายใหม่เป็นจำนวนถึง 153 ราย เป็นผู้ป่วยที่อายุระหว่าง 3-5 ปี จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 81 (โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2557) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงอุบัติการณ์และการค้นพบเด็กออทิสติกตั้งแต่ก่อนวัยเรียนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ

เด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 3-5 ปี เป็นกลุ่มเด็กที่มีความต้องการการดูแลเป็นพิเศษกลุ่มหนึ่ง จากเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-IV (Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, Fourth Edition)กล่าวถึงลักษณะของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนว่า ประกอบด้วย 1) ความบกพร่องด้านสัมพันธภาพทางสังคม คือ ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาท่าทาง ไม่เล่นกับเพื่อนในวัยเดียวกัน ไม่มีการแบ่งปันความรู้สึกร่วมหรือมีความสนใจร่วมกับคนอื่น 2) ความบกพร่องด้านภาษาและการสื่อสาร คือ พูดซ้ำ การพูดไม่สมวัย ลำบากในการสร้างบทสนทนา พูดซ้ำๆ หรือมีภาษาแปลกๆ และ 3) พฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือพฤติกรรมซ้ำๆ คือ สนใจสิ่งของบางสิ่งบางอย่างที่ตนเองสนใจและเล่นซ้ำๆ ดำเนินชีวิตประจำวันซ้ำๆ มีพฤติกรรมทางร่างกายซ้ำๆ (American Psychiatric Association, 2000; Matson, Rieske & Williams, 2013) โดยอาการดังกล่าวจะปรากฏให้เห็นได้ตั้งแต่วัยทารกและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสามารถให้การวินิจฉัยถึงความผิดปกตินั้นได้ตั้งแต่อายุ 3 ปี (WHO, 2014)

เด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการอย่างรวดเร็วทำให้ยากที่จะสังเกตเห็นความแตกต่างว่ามีความผิดปกติหรือไม่ (Gardner & Shaw, 2008) จากการศึกษามักพบปัญหาพฤติกรรมที่มีความรุนแรงในเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนมากกว่าเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการทั่วไป (Eisenhower et al, 2005) ซึ่งในเด็กวัยนี้ โดยเด็กมักจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมที่เป็นอันตรายทั้งต่อตนเอง บุคคลรอบข้างรวมถึงสิ่งของและมีพฤติกรรมชนไม่นิ่ง (Maskey et al., 2013) อีกทั้งยังพบว่าในเด็กช่วง 3 ขวบปีแรกนั้นเด็กจะมีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างมาก รวมถึง พบปัญหาการแยกตัว ปัญหาด้านสมาธิ และปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว (Hartley et al, 2008)

Guttmanova (2007) กล่าวว่า ปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมนั้นมีความเกี่ยวข้องกันอย่างแยกไม่ออก มีทั้งพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้การควบคุมของอารมณ์ โดยเด็กจะแสดงออกหลายรูปแบบ เช่น มักมีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การกระทำที่ผิดระเบียบหรือกติกาของสังคม และพฤติกรรมที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของอารมณ์ เช่น การแยกตัวจากสังคม การเรียกร้องความสนใจ ความรู้สึกไร้ค่าหรือด้อยค่า และการพึ่งพาคนอื่น Bauminger et al. (2010) ได้อธิบายว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนนั้นประกอบด้วย 2 ลักษณะด้วยกัน คือ 1) พฤติกรรมที่เกิดจากภายใน(internalizing) เช่น พฤติกรรมแสดงออกด้านอารมณ์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล การเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดจากภาวะจิตใจ แยกตัว และปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน 2) พฤติกรรมที่แสดงออกภายนอก (externalizing) เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ชนไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ และลักษณะนิสัยแบบรุนแรง เกรแสดงออกโดยการทำลายข้าวของ ทำร้ายตนเองหรือบุคคลอื่น

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน หมายถึง การแสดงออกทั้งพฤติกรรมทั้งด้านการกระทำและ/หรือพฤติกรรมด้านอารมณ์ของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกและมีอายุระหว่าง 3-5ปี จนทำให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมเกร (Conduct Problem) ด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) พฤติกรรมด้านอารมณ์ (Emotional Problem) และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน (Peer Problem) (Goodman, 1997 อ้างใน ศราวุธ ชนะบำรุง, 2555)

จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปี 2549 - 2553 พบว่าเด็กออทิสติกมีปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด อาละวาด ทำร้ายตนเอง เช่น เอาศีรษะโขกพื้นหรือโต๊ะ ทูบศีรษะ วิ่งชนประตู คิดเป็นร้อยละ 13.2 จำนวนครั้งเฉลี่ย 20 ครั้ง/วัน พฤติกรรมเกร เช่น การทำร้ายบุคคลอื่น กัด หยิก ผลัก และตี คิดเป็นร้อยละ 6.6 จำนวนครั้งเฉลี่ย 10 ครั้ง/วัน และยังพบความเสี่ยงจากพฤติกรรมชนไม่นิ่งคือ เด็กชน วิ่งไปมาจนเกิดอุบัติเหตุ ได้รับบาดเจ็บต่อวันเฉลี่ย 5 ครั้งต่อวัน (รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์,

2553) ผลกระทบที่เกิดจากปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก เมื่อเด็กมีปัญหาด้านพฤติกรรมส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่รุนแรงและยาวนานต่อเด็ก (เสาวนีย์ บัวลา, 2556) ทำให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และอาจเป็นปัญหาเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมกับเด็กคนอื่น (จริยา จุฑาภิสิทธิ์, 2551) หากเด็กมีปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งรวมถึงปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนก็จะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในอนาคตได้ (Goodman & Scott, 1997) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านเศรษฐกิจและการทำงานหรือด้านสุขภาพกายและใจ (Fletcher, 2012) การที่ผู้ดูแลต้องดูแลเด็กออทิสติกตลอดทั้งวันเป็นระยะเวลาหลายปีอาจส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้พร้อมกันด้วย (Lacavalier et al., 2005) ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ (ปวีดา โพธิ์ทอง, 2557; นาฎยพรรณ ภิญญ, 2545; Hastings & Brown, 2002) เกิดความวิตกกังวลและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา รวมถึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาอีกด้วย ซึ่งพบว่ามารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกมีความชุกของภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 20 (สุภาพ ชุณวรัตน์, 2552)

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่ให้บริการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และมีความเชี่ยวชาญในการบำบัดรักษาเด็กออทิสติกที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนอย่างรอบด้าน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการซึ่งเป็นเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนอายุ 3-5 ปี มีจำนวนมากถึงร้อยละ 81 แนวทางในการรักษาพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความจำเพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ป่วย ในปัจจุบันระบบบริการแบบผู้ป่วยนอกเป็นการมาพบแพทย์ การรักษาด้วยยา และพยาบาลมีบทบาทในการคัดกรอง ประเมินปัญหา และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง และมีการส่งต่อเมื่อผู้ป่วยต้องเข้าบำบัดในระบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยุวประสาทโยปถัมภ์ แต่ยังคงพบว่ามีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่ต้องรอเข้ารับการบำบัด เนื่องจากหอผู้ป่วยไม่สามารถให้บริการในเด็กกลุ่มนี้ได้ ในปริมาณที่จำกัดเพื่อการบริการและการบำบัดที่มีคุณภาพและตามระยะเวลาของโปรแกรมการบำบัด ซึ่งใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระบบผู้ป่วยในให้บริการโดยเน้นการกระตุ้นพัฒนาการ พัฒนาความสามารถของเด็ก ทักษะทางสังคม ภาษาและลดปัญหาพฤติกรรม รวมถึงมีการใช้วิธีการบำบัดอย่างหลากหลายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และเน้นการบำบัดร่วมกับครอบครัว การให้พ่อแม่หรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด โดยพยาบาลมีบทบาทในการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการด้านต่างๆ รวมถึงการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก ทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านต่างๆ ดีขึ้น รวมถึงทำให้ปัญหาพฤติกรรมในเด็กบางคนลดลง แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้จะให้การรักษาและจัดการกระทำกับเด็กอย่างเต็มที่แล้ว ก็ยังพบว่ามีเด็กออทิสติกอีกจำนวนไม่น้อยยังมีปัญหาพฤติกรรมหลงเหลืออยู่ เนื่องจากโรคออทิสติกเป็นโรคจิตเวชเรื้อรังโดยเด็กจะมี

พฤติกรรมแสดงออกที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนทำให้ต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องตลอด ซึ่งปัญหาพฤติกรรมมักเกิดขึ้นเป็นเวลานานและมีปัจจัยหลายอย่างมาเกี่ยวข้องทำให้ยากต่อการแก้ไข จนทำให้พ่อแม่เกิดความเครียด วิตกกังวลสะสมเป็นเวลานานซึ่งพบว่าพ่อแม่ของเด็กออทิสติกนั้นจะมีความเครียดสูงกว่าพ่อแม่ของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการช้าทั่วไป (Bauminger et al., 2010) เนื่องจากบางครั้งไม่สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กได้ ร่วมกับพ่อแม่มีความคาดหวังว่าลูกจะมีอาการดีขึ้นหรือหายจากโรคออทิสติก ซึ่งพยาบาลได้มีการให้ความรู้ พูดคุยลดความวิตกกังวลแต่ก็พบว่าพ่อแม่บางรายยังมีความเครียด บางรายมีอาการซึมเศร้า จึงส่งผลกระทบต่อเด็กทำให้เด็กแสดงปัญหาพฤติกรรมมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามียปัจจัยหลายประการที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน โดยสรุปได้แก่ พฤติกรรมที่เป็นพ่อแม่ (Osborne et al., 2009; Gau et al., 2010 & Malijaars et al., 2014) ภาวะซึมเศร้าของแม่ (Nelson et al., 2007 ; Rachel et al., 2014 and Jellett et al., 2014) ) และความเครียดของพ่อแม่ (Baker et al., 2003 ; Bauminger et al., 2010 )

โดยสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยกับปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนได้ดังนี้

Osborne et al. (2009) พบว่าพฤติกรรมเลี้ยงดูของแม่นั้นก็ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกด้วยเช่นกัน โดยพบว่าพฤติกรรมของแม่ที่เลี้ยงดูแบบเข้มงวดส่งผลให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมตามมา และพฤติกรรมของแม่ที่มีระเบียบวินัยในการอบรมเลี้ยงดูส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติก (Gau et al., 2010) จากการศึกษาของ Malijaars et al. (2014) พบว่าพฤติกรรมพ่อแม่เด็กออทิสติกมีระเบียบวินัยในการอบรมเลี้ยงดูต่ำกว่าเด็กที่ไม่ใช่ออทิสติก ซึ่งการเลี้ยงดูแบบการมีระเบียบวินัยต่ำส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติกตามมา พ่อแม่ที่มีพฤติกรรมอบรมเลี้ยงดูเชิงบวก จะส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม

จากการศึกษาของ Rachel et al. (2014) พบว่ามีภาวะซึมเศร้าของแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน โดยมารดาที่มีภาวะซึมเศร้ามีความพร้อมด้านการจัดการกับอารมณ์ของตนเองและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสม มีส่วนทำให้เด็กออทิสติกแสดงปัญหาด้านพฤติกรรมมากขึ้น (Nelson et al., 2007)

Bauminger et al. (2010) กล่าวว่า พ่อแม่ของเด็กออทิสติกนั้นจะมีความเครียดสูงกว่าพ่อแม่ของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการช้าทั่วไป จากการศึกษาของ Baker et al. (2003) พบว่าพ่อแม่ที่มีความเครียดสูงมีส่วนทำให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมแย่ลง โดยปัญหาพฤติกรรมของเด็กมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับทั้งความเครียดของแม่และความเป็นทุกข์ทางจิตใจของแม่ และยังพบว่าพ่อแม่ที่มีความวิตกกังวล โกรธ อารมณ์ที่ขุ่นมัวทำให้เด็กมีความเครียดและแสดงปัญหาพฤติกรรมมากขึ้น (Zhou & Yi, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศข้างต้น พบปัจจัยด้านพ่อแม่ที่ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนหลายประการด้วยกัน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน พบว่ามีการศึกษาเพียงเรื่องเดียว คือการศึกษาของ สุภาพ ชุณวิรัตน์ (2552) ที่ศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว คือ ความชุกของภาวะซึมเศร้าของมารดา แรงสนับสนุนทางสังคม ความเพียงพอของรายได้ สุขภาพเด็ก สถานที่รักษา และปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกอายุ 3-10 ปี ที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันราชานุกูล

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีความเชี่ยวชาญในการบำบัดรักษาบุคคลออทิสติก และกำลังพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญด้านออทิสติก จึงจำเป็นต้องทำอย่างครบวงจร ทั้งด้านการบริการ การบำบัดรักษา และการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านออทิสติก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในบริบทของโรงพยาบาล โดยศึกษาปัญหาพฤติกรรมและปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ที่มาใช้บริการมากที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาภาวะสุขภาพจิตและพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน โดยการศึกษาในครั้งนี้เริ่มจากบุคคลที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุดคือพ่อแม่ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการอบรมสั่งสอนและมีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมของเด็ก สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกปัจจัยที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพ่อแม่ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลและสภาพสังคมไทยปัจจุบันและเป็นปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน ดังนี้ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และความเครียดของพ่อแม่ โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการวิจัยในครั้งนี้จะได้ทราบถึงปัญหาพฤติกรรมของเด็กและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และสามารถวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน อีกทั้งสามารถให้การดูแลเด็กและครอบครัวให้ทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมในอนาคตต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน ได้แก่ พฤติกรรมเกร พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านอารมณ์ และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน ได้แก่ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และความเครียดของพ่อแม่

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัญหาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน โดยใช้แนวคิดของ Malijaar et al. (2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่และปัญหาพฤติกรรมในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นออทิสติก โดยแนวคิดนี้ได้อธิบายว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกแบ่งเป็น 2 ลักษณะด้วยกัน คือ 1) พฤติกรรมที่เกิดจากภายใน (internalizing) เช่น พฤติกรรมด้านอารมณ์ โดยเด็กจะมีภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน เช่น การแยกตัว 2) พฤติกรรมที่แสดงออกภายนอก (externalizing) เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ขนไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ และลักษณะนิสัยเกเร จากแนวคิดนี้สามารถประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกได้จากแบบประเมิน พฤติกรรมเด็ก (Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) โดยประเมินจากลักษณะปัญหาของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านพฤติกรรมเกร (Conduct Problem) 2) ด้านพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง (Hyperactivity) 3) ด้านปัญหาทางอารมณ์ (Emotional Problem) และ 4) ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน (Peer Problem) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน ผู้วิจัยสามารถสรุปและคัดเลือกปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ 4 ปัจจัย ดังนี้

พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ (Parenting behaviors) เป็นพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูหรือลักษณะการแสดงออกของพ่อแม่ที่กระทำต่อเด็กในการช่วยเหลือชี้แนะ อบรมสั่งสอน รวมถึงการดูแลและให้ความรักความเอาใจใส่ต่อเด็ก จากการศึกษาของ Malijaar et al., 2014 กล่าวว่า การที่พ่อแม่มีพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกของเด็ก โดยพบว่า พฤติกรรมของพ่อแม่ที่มีระเบียบวินัยในการอบรมเลี้ยงดูส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติก และถ้าหากพ่อแม่ที่มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่มีลักษณะเข้มงวดมากจะส่งผลให้เด็กออทิสติกมีปัญหาพฤติกรรมตามมา (Osborne et al., 2009)

ภาวะซึมเศร้าของแม่ (Maternal depression) เป็นลักษณะความแปรปรวนทางอารมณ์ทำให้เกิดความผิดปกติของความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ซึ่งเกิดจากความบิดเบือนทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม มีการศึกษาพบว่าแม่ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะมีความพร่องด้านการจัดการกับอารมณ์ของตนเองจึงส่งผลต่อการดูแลเด็กที่ไม่เหมาะสม มีส่วนทำให้เด็กออทิสติกแสดงปัญหาด้านพฤติกรรมมากขึ้น (Nelson et al., 2007) และจากการศึกษาของ Rachel et al. (2014) พบว่าภาวะซึมเศร้าของแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน โดยพบว่าแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่มี ความมั่นคงทางอารมณ์ และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จนส่งผลต่อการดูแลเด็ก และทำให้เด็กเกิดความสับสนจนเกิดปัญหาพฤติกรรมตามมา เช่นเดียวกับ Jellett et al. (2014) ที่ศึกษาบทบาทของครอบครัวรวมถึงปัญหาทางสุขภาพจิตของพ่อแม่ที่ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน พบว่าภาวะซึมเศร้าของแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน กล่าวคือ พ่อแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความยากลำบากในการตัดสินใจในสิ่งต่างๆ และยากต่อการเป็นผู้สนับสนุนบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวด้วยเช่นกัน ซึ่งส่งผลให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมของเด็กตามมา

ความเครียดของพ่อแม่ (Parenting stress) เป็นสภาวะทางร่างกายและจิตใจของบุคคลที่ถูกคุกคามโดยสิ่งแวดล้อมต่างๆ จนก่อให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างร่างกายและจิตใจ การที่พ่อแม่มีความเครียดสูงมีส่วนทำให้เด็กออทิสติกมีปัญหาพฤติกรรมที่แย่ง (Baker et al., 2003) จากการศึกษาของ Bauminger et al. (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของพ่อแม่ที่ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกที่เกิดภายในและพฤติกรรมที่แสดงออกภายนอกของเด็กออทิสติก พบว่า พ่อแม่ที่มีความเครียดสูงจะเป็นปัจจัยทำนายที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมทั้งภายใน เช่น มีอารมณ์เศร้า วิดกกังวลง่าย แยกตัว พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมภายนอกของเด็กออทิสติก เช่น ทำให้เด็กมีพฤติกรรมเกรง ก้าวร้าว มากขึ้น โดยความเครียดของพ่อแม่ส่งผลทำให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมมากขึ้นโดยเฉพาะด้านความสามารถทางสังคม อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาภาวะทางจิตกับเด็กโดยตรง และยังพบว่าพ่อแม่ของเด็กออทิสติกมีความเครียดสูงกว่าพ่อแม่ของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการช้าทั่วไป

จากแนวคิดและเหตุผลดังที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้



### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน
2. ภาวะซึมเศร้าของแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน
3. ความเครียดของพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

**ประชากร** คือ

- 1) เด็กออทิสติก อายุ 3-5ปี ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
- 2) พ่อหรือแม่เด็กออทิสติก ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

**ตัวแปรที่ศึกษา** ได้แก่

พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ ความเครียดของพ่อแม่ และปัญหาพฤติกรรม

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ปัญหาพฤติกรรม** หมายถึง การแสดงออกทั้งพฤติกรรมทั้งด้านการกระทำและ/หรือพฤติกรรมด้านอารมณ์ของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกและมีอายุระหว่าง 3-5ปี จนทำให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง ประกอบด้วยด้านต่างๆ ดังนี้

**ด้านพฤติกรรมเกร (Conduct Problem)** คือ การแสดงออกของเด็กออทิสติกที่ไม่สามารถปฏิบัติตามกฎ กติกา หรือระเบียบสังคมที่ตนดำรงอยู่ได้ มักมีอาการที่ฉุนเฉียว ทุรนทุราย เอาแต่ใจตนเอง ไม่ยอมทำตามคำสั่ง แย่งชิงสิ่งของจากผู้อื่น

**ด้านพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง (Hyperactivity)** คือ การแสดงออกที่สนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน เล่นไม่ได้นาน ดูไม่ตั้งใจฟังเวลาพูดคุยด้วย เล่นก่อกวน วอกแวกง่าย ควบคุมตัวเองได้ไม่ถี่ ซุกซน อยู่ไม่นิ่ง ยั้วตัวเองไม่อยู่ ทำอะไรรวดเร็วขาดความรอบคอบ รอคอยได้ไม่นาน

**ด้านอารมณ์ (Emotional Problem)** คือ ลักษณะการแสดงออกของเด็กออทิสติกที่เป็นอารมณ์ทางลบโดยจะมีการแสดงออกทางกาย เช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น เหงื่อออกมากกว่าปกติ คลื่นไส้ ตกใจง่าย ฝันร้าย นอนไม่หลับ อาจมีความรู้สึกตึงเครียดอยู่ภายในจิตใจ กระวนกระวาย หงุดหงิด ตื่นตระหนกง่าย อาจแยกตัว หรืออาจมีพฤติกรรมต่อต้าน เช่น มักจะแสดงพฤติกรรมหงุดหงิด อาละวาด ทำลายสิ่งของ หรืออาจมีพฤติกรรมทำให้ตนเองบาดเจ็บ เช่น การโขกศีรษะ ตีตัวเอง

**ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน (Peer Problem)** คือ การแสดงออกของเด็กออทิสติกที่มีปัญหาการปรับตัวเข้าหาเพื่อน สภาพแวดล้อม และสังคมได้ยาก มีอาการที่แสดงออกถึงความวิตกกังวล หรือมีอารมณ์การตอบสนองมากกว่าปกติ ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง ไม่ชอบเข้าสังคมที่ไม่คุ้นเคย

โดยปัญหาพฤติกรรมทั้ง 4 ด้านสามารถประเมินได้จากแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (Strength and Difficulties Questionnaire : SDQ) ของ Goodman (1997) แปลเป็นภาษาไทยฉบับปรับปรุงโดย ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และพรรณพิมล วิปุลากร (2546)

**พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่** หมายถึง วิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กของพ่อและแม่ที่กระทำต่อเด็กออทิสติก ในการสั่งสอนกฎระเบียบ อบรม ชี้แนะ รวมถึงการขัดเกลาพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม ประกอบด้วย ด้านความเคารพความเป็นตัวเด็ก ด้านการยึดตัวเด็ก ด้านยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง ด้านการเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ ด้านการทอดทิ้ง/ปล่อยปละละเลย และด้านการควบคุมมากจนละเอียด ประเมินได้จากแบบประเมินพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ (The Parent's Report Scale) สร้างขึ้นโดย Cohen และคณะ (1997) แปลและเรียบเรียงฉบับภาษาไทยโดย วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์และคณะ (2556)

**ภาวะซึมเศร้าของแม่** หมายถึง ภาวะความแปรปรวนของอารมณ์ ความผิดปกติของความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ซึ่งเกิดจากความบิดเบือนทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม แสดงออก ส่งผลต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ทำให้มีปัญหาการนอน การทำงาน มีความวิตกกังวล กระวนกระวายใจ คิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย มีปัญหาาระบบทางเดินอากาศ น้ำหนักลด อาการทางระบบสืบพันธุ์ และ/หรือ มีความคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ซึ่งมีอาการดังกล่าวติดต่อกันตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป ประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล และคณะ พ.ศ.2539

**ความเครียดของพ่อแม่** หมายถึง สภาวะทางร่างกายและจิตใจของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสิ่งเร้าต่างๆ ทั้งกับทั้งบุคคลและสิ่งแวดล้อม ส่งผลก่อให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างร่างกายและจิตใจและไม่สามารถปรับตัวกับสิ่งนั้นได้ จนทำให้เกิดความรู้สึกกระวนกระวาย อารมณ์เสีย ไร้ค่า ใจ โกรธหรือโมโหง่าย ไม่สามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต ไม่สามารถทำตามสิ่งที่คาดหวัง

หรือวางแผนไว้ได้ ความสามารถในการเผชิญกับปัญหาลดลงและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองลดลง ซึ่งความเครียดดังกล่าวประเมินได้จากแบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS) ที่สร้างขึ้นโดย Cohen, Kamarck, & Mermelstein, (1983) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ปราณี มิ่งขวัญ พ.ศ.2542

### ประโยชน์ที่ได้รับ

- 1) เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน
- 2) พัฒนาการรู้ด้านออทิสติก เพื่อการเป็นศูนย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออทิสติก
- 3) เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยออทิสติกและครอบครัวในอนาคต



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยด้านความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และความเครียดของพ่อแม่ กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคออทิสติก
  - 1.1 ความหมายของโรคออทิสติก
  - 1.2 สาเหตุการเกิดโรคออทิสติก
  - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคออทิสติก
  - 1.4 แนวทางการตรวจประเมินและการวินิจฉัยโรคออทิสติก
  - 1.5 แนวทางการรักษาโรคออทิสติก
2. การพยาบาลและการช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก
  - 2.1 การพยาบาลเด็กออทิสติก
  - 2.2 การปฏิบัติกรพยาบาลเด็กออทิสติก
  - 2.3 การช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก
  - 2.4 การพยาบาลเด็กออทิสติกและครอบครัวในโรงพยาบาลยูวประสาทโวกโปยปลั้มภัก
3. พัฒนาการของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน
  - 3.1 พัฒนาการทางด้านร่างกาย
  - 3.2 พัฒนาการทางด้านสติปัญญา
  - 3.3 พัฒนาการทางด้านอารมณ์
  - 3.4 พัฒนาการทางด้านสังคม
  - 3.5 พัฒนาการทางด้านภาษา
4. ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน
  - 4.1 ความหมายของปัญหาพฤติกรรม
  - 4.2 การประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติก
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคออทิสติก

### 1.1 ความหมายของโรคออทิสติก (จุฑามาศ วิโรจน์อนันต์, 2548)

American Psychiatric Association, (1994) ให้ความหมายของโรคออทิสติก หมายถึง ออทิสซึม (Autism) เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติ 3 ด้านหลักคือ 1) ภาษาและการสื่อความหมาย 2) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 3) พฤติกรรมและความสนใจแบบจำเพาะซ้ำเดิมซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว อาการเหล่านี้เกิดในช่วงต้นของชีวิต มักเริ่มมีอาการก่อนอายุ 3 ปี

Goodman (2012) อธิบายว่า ลักษณะอาการเริ่มต้นของโรคออทิสติกในวัยเด็กนั้นประกอบด้วย 3 ลักษณะด้วยกัน คือ 1) การบกพร่องด้านสัมพันธภาพทางสังคม เป็นความบกพร่องเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การแยกตัวอยู่โดยลำพัง ไม่มองหน้าสบตา ไม่มีความสนใจในบุคคลอื่น มีความยากในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมในสังคม และปัญหาในการตระหนักถึงอารมณ์ของผู้อื่น รวมถึงการมีปฏิริยาตอบสนองอย่างเหมาะสม 2) การบกพร่องด้านการสื่อสาร ส่งผลกระทบต่อความเข้าใจเช่นเดียวกับการแสดงออกและการแสดงออกทางการพูด 3) การจำกัดในการทำกิจกรรมและพฤติกรรมซ้ำๆ หมายถึงความอดทนต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่กระทำซ้ำๆ เช่น การสะบัดมือ หมุนตัว หรือพฤติกรรมซ้ำๆแบบอื่น เช่น เล่นของเล่นซ้ำๆ เรียงของเป็นแนว เป็นต้น โดยปัญหาพฤติกรรมในเด็กออทิสติกจะมีปัญหาที่สำคัญอยู่ 3 ประการได้แก่ 1) พฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น มักจะแสดงพฤติกรรมหงุดหงิด แสดงอารมณ์รุนแรง 2) พฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ทำลายสิ่งของ และ 3) พฤติกรรมต่อต้านสังคม เช่น การลักขโมย วางเพลิง และเสพยาเสพติด ซึ่งอาการทางพฤติกรรมในเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนนั้นจะแสดงอาการด้านความสนใจ ไม่มีสมาธิ วิดกกังวล กลัว ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ก้าวร้าว อาละวาด การแสดงออกที่มากเกินไป เป็นหลัก

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2546) อธิบายว่า เด็กออทิสติก(Autistic) หมายถึง เด็กที่มีความผิดปกติและความล่าช้าทางพัฒนาการ ด้านสังคม ด้านการสื่อความหมาย ภาษา และจินตนาการ ซึ่งมีความผิดปกติทางกายภาพ เนื่องจากการทำหน้าที่ของสมองบางส่วนทำงานผิดปกติ

เพ็ญแข ลิ้มศิลา (2550) กล่าวว่า เด็กออทิสติก คือ เด็กที่มีภาวะของโรคออทิสซึมพบว่ามีควมล่าช้าของพัฒนาการ คือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมการสื่อความหมายและจินตนาการ แสดงให้เห็นได้จากพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเด็กวัยเดียวกัน เช่น อยู่ในโลกรส่วนตัวของตนเอง ไม่สามารถสื่อความหมายกับบุคคลรอบข้าง เล่นกับใครไม่เป็น แสดงพฤติกรรมซ้ำๆทั้งการกระทำและความคิด

สรุปได้ว่า เด็กออทิสติก หมายถึง ภาวะของโรคออทิสซึมซึ่งเด็กจะมีลักษณะความบกพร่องที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนด้วยกัน 3 ด้าน คือ บกพร่องด้านสัมพันธภาพทางสังคม บกพร่องด้านการสื่อสาร และบกพร่องด้านการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม

## 1.2 สาเหตุการเกิดโรคออทิสติก

### 1.2.1 Genetic factors

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของออทิสซึมที่แน่ชัด แต่พันธุกรรมเป็นปัจจัยที่มีหลักฐานว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะออทิสซึมอยู่หลายประการ ดังต่อไปนี้

1) พบออทิสซึมในคู่แฝดร่วมไข่ (monozygotic twins) ได้มากถึงร้อยละ 60-91 แต่พบเพียงร้อยละ 0-10 ในคู่แฝดต่างไข่ (dizygotic twins) โอกาสเกิดออทิสซึมซ้ำ (recurrent risk) ในพี่น้องของผู้ป่วยออทิสซึมเท่ากับร้อยละ 2-8 ซึ่งเป็นความชุกที่มากกว่าของประชากรทั่วไป ประมาณ 50-100 เท่า

2) มีการศึกษามากมายระหว่างความสัมพันธ์ของยีนกับการเกิดออทิสซึม ซึ่งในปัจจุบันนี้พบแล้วมากกว่า 10 ตำแหน่ง เช่น โครโมโซม 7 (7q31-q33) โครโมโซม 15 (15q11-q13) โครโมโซม 22(22q13) เป็นต้น กลุ่มอาการโครโมโซมเอกซ์เปราะ (Fragile X syndrome) เป็นโรคที่มีอาการบางอย่างของออทิสซึมประมาณร้อยละ 2-5

### 1.2.2 Pre and prenatal factors

การศึกษาปัจจัยระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด พบว่าภาวะภูมิคุ้มกันที่ไม่เข้ากันระหว่างมารดากับทารกในครรภ์ซึ่งทำให้เกิดการทำลายเซลล์ประสาทของทารกตัวอ่อน และมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสระหว่างตั้งครรภ์ เช่น หัดเยอรมัน (rubella) และ cytomegalovirus รวมทั้งการได้รับสารพิษหรือสารก่อวิรูป (teratogens) ปัจจัยระหว่างการคลอด (perinatal factors) ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะออทิสซึม ได้แก่ การมีภาวะ fetal distress การคลอดโดยวิธีการผ่าตัด การคลอดท่าก้น ทารกที่มีค่า Apgar score ต่ำ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบออทิสซึมได้ในทารกน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด ตัวเหลืองหลังคลอด

### 1.2.3 Neurobiological and neurochemical factors

ประมาณ 1 ใน 3 ของออทิสติก มี serotonin ในพลาสมาระดับสูง บางรายมีการเพิ่มสูงขึ้นของ homovanillic acid (HVA) ซึ่งเป็น major metabolite ของ dopamine ในน้ำไขสันหลัง และสัมพันธ์กับพฤติกรรมแยกตัวและการกระทำซ้ำๆ บางรายพบว่าความรุนแรงของอาการลดลงเมื่ออัตราส่วนของ 5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) ต่อ homovanillic acid ในน้ำไขสันหลังเพิ่มขึ้น การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) ในผู้ป่วยออทิสติก พบความผิดปกติร้อยละ 10-83 เป็นความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมองแบบไม่จำเพาะ (non-specific abnormalities) อุบัติการณ์ของโรคลมชักในเด็กออ

ทิสติกสูงกว่าของคนทั่วไปคือ พบร้อยละ 5-38 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับสารสื่อประสาทหลายชนิดโดยเฉพาะ serotonin ที่พบว่าสูงขึ้นในผู้ป่วยบางรายแต่ยังไม่ได้ข้อสรุปที่แน่ชัดถึงความเกี่ยวข้องของความผิดปกติเหล่านี้กับการเกิดโรคออทิสติก

#### 1.2.4 Neuroanatomical factors

ในทางกายวิภาคพบว่าสมองของผู้ป่วยออทิสซึมมีขนาดใหญ่กว่าของคนทั่วไป และบางส่วนของสมองมีขนาดผิดปกติตำแหน่งที่มีรายงานพบความผิดปกติของเนื้อสมอง ได้แก่ brain stem, cerebellum, limbic system และบางตำแหน่งของ cerebral cortex

1.2.5 ปัจจัยอื่นๆ พบว่าNeuropeptide oxytocin ลดต่ำลงในพลาสมา อาจจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545 อ่างใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2546)

ในปัจจุบันนี้สรุปได้ว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของออทิสซึมเกิดจากพันธุกรรมแบบหลายปัจจัย (multifactorial inheritance) ซึ่งมียีนที่เกี่ยวข้องหลายตำแหน่งและมีภูมิไวรับ (susceptibility) ต่อการเกิดโรคจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสารเคมีหรือเชื้อโรคในระหว่างตั้งครรภ์หรือหลังคลอด

### 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคออทิสติก (จุฑามาศ วิโรจน์อนันต์, 2548)

1.3.1 ความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (impairment in social interaction) ความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นอาการสำคัญของออทิสติก ซึ่งมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันไป แม้ว่าเด็กออทิสติกสามารถสร้างความผูกพันโดยพยายามที่จะอยู่ใกล้ผู้เลี้ยงดู แต่สิ่งที่ต่างจากเด็กทั่วไปคือ การขาดความรู้สึกและความสนใจร่วมกับผู้อื่น (attention-sharing behaviors) เช่น ชี้นำหรือนำสิ่งของมาอวดไม่สามารถเข้าใจหรือรับรู้ว่ามีผู้อื่นกำลังคิดหรือรู้สึกอย่างไรเป็นต้น แม้เด็กออทิสติกที่มีระดับสติปัญญาปกติ ก็ยังมีความบกพร่องในด้านการเข้าสังคม เช่น ไม่รู้วิธีการเริ่มหรือจบบทสนทนา พ่อแม่บางคนอาจสังเกตเห็นความผิดปกติในด้านสังคมตั้งแต่นขวบปีแรก จากการสบตาน้อย (poor eye contact) ไม่ชอบให้อุ้ม หรือยืนตัวเวลาอุ้ม เด็กออทิสติกบางคนในวัยเด็กเล็กจะไม่กลัวคนแปลกหน้าอย่างเด็กทั่วไป ไม่สนใจที่จะเข้ากลุ่มเพื่อนในเด็กที่มีอาการน้อยอาจมองเห็นความผิดปกติด้านนี้ไม่ชัดเจนเพราะสามารถปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นได้บ้าง แต่ขาดความผูกพันและความยึดหยุ่น เมื่อเด็กเข้าสู่วัยเรียน อาการจะเห็นได้ชัดเจนขึ้น เนื่องจากสถานการณ์ทางสังคมที่ซับซ้อนมากขึ้น กล่าวคือ เด็กจะไม่สามารถเข้าใจหรือรับรู้ว่ามีผู้อื่นกำลังคิดหรือรู้สึกอย่างไรเข้ากับเพื่อนได้ยาก มักถูกเด็กอื่นมองว่าแปลกหรือเป็นตัวตลก

1.3.2 ความบกพร่องในการสื่อสาร (impairment in communication) เด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีปัญหาพูดช้า ซึ่งเป็นอาการนำสำคัญที่ทำให้ผู้ปกครองพาเด็กมาพบแพทย์ การใช้ภาษา

ของเด็กออทิสติกมักเป็นในรูปแบบของการท่องจำซ้ำๆ และไม่สื่อความหมาย อาจมีการพูดซ้ำคำทำย ประโยค ใช้คำสรรพนามไม่ถูกต้อง พูดจาวกวนอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือใช้น้ำเสียงท่วงทำนองการพูด ที่ผิดปกติ

เด็กออทิสติกบางคนเริ่มพูดคำแรกเมื่ออายุ 2-3 ปี การใช้ภาษาในช่วงแรกจะเป็นการ พูดทวนสิ่งที่ได้ยิน ส่วนในเด็กที่มีระดับสติปัญญาปกติหรือใกล้เคียงปกติจะมีพัฒนาการทางภาษาที่ ค่อนข้างดี และสามารถใช้ประโยคในการสื่อสารได้เมื่ออายุประมาณ 5 ปี เมื่อถึงวัยเรียนความบกพร่อง ด้านภาษายังคงมีอยู่ โดยเฉพาะการสนทนาโต้ตอบ อาจพูดจาวกวน พูดเฉพาะในเรื่องที่ตนสนใจ และมี ปัญหาเกี่ยวกับภาษาที่เป็นนามธรรม หรือพูดไม่ถูกกาลเทศะ

**1.3.3 พฤติกรรมและความสนใจแบบจำเพาะซ้ำเติมเพียงไม่กี่ชนิด (restricted, repetitive and stereotypic behaviors and interests)** พฤติกรรมซ้ำๆ เป็นสิ่งที่สังเกตเห็นได้ชัด จึงช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ดี พฤติกรรมเหล่านี้อาจเป็นพฤติกรรมทางกายและการเคลื่อนไหวที่จำกัด อยู่ กับความสนใจในกิจกรรมหรือสิ่งของไม่กี่ชนิด เช่น การสะบัดมือ หมุนข้อเท้า โยกศีรษะ หมุนวัตถุ เปิด ปิดไฟ กดชักโครก และเมื่อมีความตื่นเต้นหรือมีภาวะกดดันการเคลื่อนไหวซ้ำๆ มักพบได้มากขึ้น บางคน อาจสนใจในรายละเอียดเล็กๆน้อยๆที่คนอื่นมองข้าม

อาการอื่นๆที่พบในเด็กออทิสติก อาจจะมีพฤติกรรมซนมากและมีสมาธิสั้นต่อสิ่งที่ ไม่ได้สนใจเป็นพิเศษ จนบางครั้งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กซนสมาธิสั้น (Attention deficit and hyperactivity disorder หรือ ADHD) โดยเฉพาะเมื่ออาการของออทิสซึมไม่ชัดเจน ในเด็กที่มีพัฒนาการ ซ้ำอย่างมากอาจพบพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง เช่น โยกศีรษะหรือกัดตัวเอง เป็นต้น

#### **1.4 แนวทางการตรวจประเมินและการวินิจฉัยโรคออทิสติก (ชาญวิทย์ พรนภดลนนท์, 2545)**

การวินิจฉัยโรคออทิสติกนั้นยังเป็นการวินิจฉัยทางคลินิกไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการใดๆ เพื่อช่วยใช้ในการวินิจฉัย ในปัจจุบันการวินิจฉัยสามารถทำได้อย่างแม่นยำในเด็กอายุ 2-3 ปี เป็นต้นไป เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามคู่มือ DSM-IV โดยสมาคมแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American psychiatric association, 2000) กำหนดหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยออทิสติก ดังนี้

1) เด็กหรือผู้ป่วยต้องมีความผิดปกติอย่างน้อยรวมกัน 6 ข้อตามเกณฑ์ในข้อ 1-3 โดย แบ่งเป็นความผิดปกติอย่างน้อย 2 ข้อจากเกณฑ์ข้อ 1 มีความผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อในเกณฑ์ ข้อ 2 และอีก 1 ข้อในเกณฑ์ ข้อ 3

ก. ความผิดปกติหรือเปี่ยงเบน (qualitative impairment) ของทักษะการมี ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งต้องมีอย่างน้อย 2 ขั้นตอนต่อไปนี้



(1) มีความผิดปกติอย่างชัดเจนในพฤติกรรมการสื่อความหมายที่ไม่ใช่ภาษาพูดที่มากกว่าหนึ่งด้าน ได้แก่ การมองหน้าสบตา การแสดงออกทางสีหน้า การใช้ภาษาร่างกาย และท่าทางต่างๆที่จะช่วยให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน

(2) ไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมตามวัย

(3) ขาดทักษะที่จะแสดงออกด้วยตนเองว่าอยากแบ่งปันความสนุกความสนใจหรือการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดร่วมกับผู้อื่น (เช่น ไม่นำของมาโชว์ นำมาให้ หรือชี้บอกที่กำลังสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นต้น)

(4) ขาดทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ที่แสดงออกทางอารมณ์หรือทักษะทางสังคมอย่างอื่น ที่สามารถทำให้เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ในลักษณะซึ่งกันและกัน

ข. ความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนในการสื่อสาร ซึ่งต้องมีอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้

(1) ไม่มีภาษาพูดหรือพัฒนาการทางภาษาพูดล่าช้า(และต้องไม่แสดงความพยายามที่จะใช้ภาษา ท่าทางหรือวิธีอื่นเพื่อช่วยสื่อสารแทนคำพูด

(2) ในคนที่มีภาษาพูดเพียงพอที่จะใช้ในการสื่อสารต้องมีความบกพร่องอย่างชัดเจนในทักษะการสนทนา อาจเป็นการไม่รู้จักวิธีเริ่มต้นหรือวิธีการทำที่จะให้การพูดคุยสนทนา ทำเนิการไปอย่างต่อเนื่องเหมาะสม

(3) มีภาษาพูดที่เป็นแบบแผนหรือใช้คำพูดซ้ำๆรวมทั้งการใช้ภาษาที่ฟังไม่เข้าใจ

(4) ขาดทักษะการเล่นที่หลากหลาย ไม่มีการริเริ่มเล่นสมมติหรือการเล่นเลียนแบบพฤติกรรมต่างๆในสังคมรอบตัว ซึ่งเป็นการเล่นที่เหมาะสมตามวัย

ค. มีพฤติกรรมการสนใจหรือการกระทำที่มีลักษณะจำกัด ทำซ้ำๆ หรือมีแบบแผนตายตัว ซึ่งต้องมีอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้

(1) มีความสนใจหรือหมกมุ่นอยู่กับสิ่งนั้นหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากเกินไปผิดปกติทั้งด้านความจำกัดเฉพาะและระดับความรุนแรงที่ต่างจากคนอื่นทั่วไป

(2) เห็นได้ชัดว่ายึดติดกับเรื่องประจำวันบางอย่างที่ไม่ใช่วิถีชีวิตปกติ หรือวิธีการบางอย่างในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่จำเพาะและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ง่ายๆ

(3) มีพฤติกรรมที่ทำบางอย่างเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวเป็นแบบแผนซ้ำๆผิดปกติ เช่น การสะบัดมือ การเคลื่อนไหวนิ้วมือเล่น ตลอดจนถึงการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนอื่นๆ

(4) สนใจจดจ่อมุ่งมั่นอยู่กับส่วนประกอบบางอย่างของสิ่งของ

2) ลักษณะความผิดปกติหรือล่าช้าด้านใดด้านหนึ่งดังต่อไปนี้ต้องเริ่มผิดปกติก่อนอายุ 3 ปี ได้แก่

ก. ทักษะทางสังคม

ข. การใช้ภาษาสื่อสาร

ค. การเล่นเกมรู้จักสมมติหรือมีจินตนาการ

3) ความผิดปกติต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นต้องไม่เข้ากลุ่มกับอาการ Rett หรือโรคทางจิตวิทยาที่เรียกว่า childhood disintegrative disorder

### 1.5 แนวทางการรักษาโรคออทิสติก (ชาญวิทย์ พรนภดลนนท์, 2545)

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาใดที่ทำให้เด็กหายขาดจากภาวะนี้ แต่ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันดีว่า early intervention ซึ่งหมายถึง การจัดการกระทำในเด็กกลุ่มอาการออทิสติกที่มีอายุน้อยกว่า 6 ปี สามารถช่วยให้ผลการรักษาในระยะยาวดีขึ้นและช่วยลดปัญหาพฤติกรรมได้ มีการจัดการกระทำมากมายที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อช่วยบำบัดรักษาเด็กกลุ่มนี้ เพื่อจุดประสงค์ในการเสริมจุดเด่นและแก้ไขจุดด้อยของเด็ก และปรับไปตามอายุและความสามารถของเด็ก การจัดการกระทำเหล่านี้จะช่วยเสริมพัฒนาการของเด็กโดยการพัฒนาทักษะที่มีความบกพร่อง เช่น ทักษะทางภาษาและสังคม อีกทั้งยังช่วยลดปัญหาพฤติกรรมอีกด้วย เน้นทักษะในการช่วยเหลือตนเอง เพื่อให้เด็กเหล่านี้ดำเนินชีวิตในสังคมโดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ให้การส่งเสริมและสนับสนุนครอบครัวและผู้เลี้ยงดู ให้ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการออทิสติก และการดูแลช่วยเหลือเด็ก

การรักษาเด็กกลุ่มออทิสติกโดยทั่วไปแบ่งเป็นการรักษาด้วยการไม่ใช้ยา (non-pharmacological intervention) และรักษาด้วยการใช้ยา (pharmacological intervention) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 1.5.1 การรักษาด้วยการไม่ใช้ยา (non-pharmacological intervention)

1.5.1.1 การให้ความรู้และคำแนะนำเพื่อช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ปกครอง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคการรักษาและการพยากรณ์โรคแก่ผู้ปกครองและครอบครัวเพื่อช่วยให้ผู้ปกครองเข้าใจในความบกพร่องของเด็ก เข้าใจในขั้นตอนและความสำคัญของการรักษาเพื่อเป็นกำลังสำคัญในการกระตุ้นพัฒนาการและส่งเสริมศักยภาพของเด็ก

1.5.1.2 Communication interventions การใช้ภาษาสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (non-verbal communication) เป็นอีกหนึ่งวิธีที่อาจช่วยในการสื่อสาร ซึ่งทำได้โดยทักษะทางด้าน visual skills เพื่อช่วยในการสื่อสาร ได้แก่ การใช้สัญลักษณ์ (signs and symbols) รูปภาพ วัตถุจริง การเขียนคำ keyboard หรือเครื่องช่วยพิมพ์ (typing device) เพื่อใช้แทนการบอกความ

ต้องการหรือช่วยในการสื่อสาร การใช้ visual support นี้ควรปรับตามความสามารถหรือพัฒนาการของเด็กแต่ละราย วิธีนี้สามารถช่วยเสริมทั้งทางด้าน non-verbal และ verbal communication skills

1.5.1.3 Social skills interventions เน้นการพัฒนาทักษะทางสังคม เช่น การเล่นหรือสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น รับรู้ความรู้สึกหรือความคิดของผู้อื่น ตอบสนองต่อผู้อื่นอย่างถูกกาลเทศะ ประพฤติปฏิบัติสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่ออยู่ในสังคม เป็นต้น ทักษะเหล่านี้สามารถพัฒนาได้โดยการใช้เรื่องราว (social stories) เป็นเครื่องมือช่วยสอน เรื่องราวที่สร้างขึ้นนี้มุ่งเน้นไปที่สถานการณ์ต่างๆในชีวิตประจำวันและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในสถานการณ์เหล่านั้น รวมถึงการแก้ปัญหาในสถานการณ์แต่ละสถานการณ์ ในบางครั้งการใช้สถานการณ์เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันหรือการสร้างสถานการณ์จำลองเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยสอนได้

1.5.1.4 Behavioral interventions การปรับพฤติกรรมเป็นการจัดกระทำที่มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว การทำร้ายตัวเอง เป็นต้น หลักการโดยรวมของการปรับพฤติกรรมคือ การเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม ในขณะที่เดียวกันก็ลดพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาด้วยการให้รางวัล (reward) แรงเสริม ( positive and negative reinforcement) และการลงโทษ(punishment) เช่น time out, extinction หรือการตัดสิทธิ์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามไม่ควรใช้การลงโทษทางกาย(physical punishment) เพราะเป็นการลงโทษที่ไม่ได้ก่อผลดีแก่เด็ก behavioral interventions ที่ใช้โดยส่วนใหญ่ ยึดตามหลักการของ applied behavior analysis (ABA) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ที่ไม่พึงปรารถนาที่เกิดขึ้น โดยหาสาเหตุหรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (antecedent) สิ่งที่ทำให้พฤติกรรมเหล่านั้นคงอยู่ และการตอบสนองของครอบครัวหรือสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมนั้นๆ (consequence) การวิเคราะห์สิ่งเหล่านี้สามารถนำมาซึ่งสาเหตุและวิธีการป้องกันและแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาเหล่านั้น การปรับพฤติกรรมที่ใช้หลักการของ ABA ที่เป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน คือ Lovaas program ในปัจจุบันการให้ behavioral interventions เป็นที่ยอมรับกันว่าเป็นประโยชน์ต่อเด็กออทิสติกและเป็นที่ยอมรับและพึงพอใจของผู้ปกครอง

1.5.1.5 Educational placement การให้การศึกษาไม่ว่าจะเป็นการเรียนร่วมกับเด็กปกติหรือชั้นเรียนพิเศษเป็นสิ่งจำเป็น และเป็นสิ่งมีประโยชน์ต่อทั้งตัวเด็กและครอบครัว ทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นกับพัฒนาการและสติปัญญาของเด็กแต่ละราย การให้การศึกษาควรเน้นในด้านทักษะทางสังคม การสื่อสารโดยการเรียนรู้ร่วมกับเด็กปกติ เพราะเด็กปกติสามารถเป็นแบบอย่างที่ต้องการเหมาะสมแก่เด็กออทิสติกได้

1.5.1.6 Interventions อื่นๆ เช่น sensory intervention (SI) เนื่องจากเด็กในกลุ่มนี้มีการตอบสนองต่อการกระตุ้นทางระบบประสาทสัมผัส (sensory stimuli) ซึ่งได้แก่ การสัมผัส การประสานงานของระบบข้อต่อและการทรงตัวที่ผิดปกติ ดังนั้นการใช้ sensory intervention จึงหมายถึงการสอนเพื่อเด็กตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นเหล่านั้นอย่างเหมาะสม

### 1.5.2 การรักษาด้วยยา (pharmacological intervention)

การให้การรักษาด้วยยาในกลุ่มออทิสติกไม่ควรใช้เป็นการรักษาหลัก แต่ควรใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาไม่ใช้ยาตั้งที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และใช้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการแสดงที่จำเพาะเจาะจงเท่านั้น เช่น พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมซ้ำๆ และภาวะชนสมาธิสั้น หรือมีปัญหาทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่มเด็กเล็กเนื่องจากผลข้างเคียงจากการใช้ยา ควรใช้ในระยะเวลาที่จำเป็นเพื่อช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และควรพิจารณาผลของการใช้ยาและความจำเป็นในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ยาที่มักใช้ในการรักษากลุ่มอาการออทิสติก ได้แก่

1.5.2.1 Typical antipsychotic ได้แก่ haloperidol มีรายงานว่าสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมซ้ำๆ และชนสมาธิสั้นได้ แต่ในปัจจุบันไม่เป็นที่นิยมใช้เนื่องจากผลข้างเคียงของยาที่ค่อนข้างรุนแรง คือ extrapyramidal side effects (EPS) ได้แก่ acute dystonic reactions, Parkinson-like syndrome, akathisia และ tardive dyskinesia

1.5.2.2 Atypical antipsychotic ยาที่มีข้อมูลจากงานวิจัยสนับสนุนชัดเจนคือ risperidone ซึ่งเป็นยาที่มีประโยชน์ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้น้อยกว่ายาในกลุ่ม typical antipsychotic แต่ผลข้างเคียงที่สำคัญ ได้แก่ น้ำหนักเพิ่ม (weight gain) มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น (increase appetite) อ่อนเพลีย (fatigue) ง่วงซึม (drowsiness) วิงเวียน (dizziness) น้ำลายไหลยืด (drooling) และยังทำให้เกิด EPS ได้

1.5.2.3 Stimulants ที่มีที่ใช้ คือ methylphenidate เพื่อลดภาวะชนสมาธิสั้น ผลข้างเคียงของยา ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หงุดหงิด และอารมณ์รุนแรง

1.5.2.4 Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) fluoxetine เป็นยาตัวเดียวในกลุ่มนี้ที่มีที่ใช้ในเด็ก ในปัจจุบันมีงานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomised controlled trial ที่สนับสนุนผลของ fluoxetine ต่อพฤติกรรมซ้ำๆในเด็กกลุ่มนี้ ผลข้างเคียงของยานี้ เช่น หงุดหงิด (agitation) อยู่ไม่สุข (restlessness) นอนไม่หลับ (insomnia) เบื่ออาหาร (decreased appetite) คลื่นไส้ (nausea) และท้องเสีย (diarrhea) เป็นต้น

## 2. การพยาบาลเด็กออทิสติก

### 2.1 การพยาบาลเด็กออทิสติก

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก หมายถึง การประกอบอาชีพของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้ศาสตร์การพยาบาลผสมผสานกับศาสตร์อื่นๆหรือองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กในการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีสุขภาพดีและอยู่ในภาวะเสี่ยง ในการดำรงรักษาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาด้านพัฒนาการ ปัญหาทางจิต ตลอดจนการดูแลช่วยเหลือ การบำบัดเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว และการฟื้นฟูสภาพจิตใจผู้ป่วยเด็กเพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตามวัย รวมทั้งมีการดำรงชีวิตในครอบครัวอย่างมีความสุข (จินตนา ยูนิพันธ์, 2546)

จินตนา ยูนิพันธ์ (2546) ได้เสนอมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเด็กออทิสติกสำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลจิตเวชไว้ โดยมีหลักการพยาบาลจิตเวชเด็กโดยทั่วไป ดังนี้

#### 2.1.1 การใช้กระบวนการพยาบาล

การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาทางจิต คือการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินทางการพยาบาล(Nursing Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล(Planning) การกระทำกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล(Nursing Intervention) และการประเมินผล(Evaluation) การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพราะเป็นพื้นฐานสำคัญของการตัดสินใจทางคลินิกและเป็นการรวมกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดที่พยาบาลจะกระทำโดยตรงและโดยอ้อมต่อผู้ใช้บริการ ครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นการประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริงที่จะส่งผลดีทางการพยาบาลที่เหมาะสม รวมทั้งปัญหาสุขภาพอนามัยที่ได้รับการแก้ไข การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ใช้บริการและครอบครัว

#### 2.1.2 การใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล

การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาทางจิตนั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติจะต้องใช้องค์ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง องค์ความรู้ที่สำคัญได้แก่ ศาสตร์การพยาบาล จิตเวชศาสตร์ มนุษย์ศาสตร์โดยเฉพาะจิตวิทยา รวมทั้งมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล องค์กรวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1.3 ใช้การพยาบาลแนวองค์รวม

การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นแนวองค์รวม หมายถึง การดูแลช่วยเหลือเด็กพร้อมๆกัน ทั้งทางร่างกายซึ่งรวมทั้งด้านการเจริญเติบโตทางกาย การเคลื่อนไหว สติปัญญา ภาษา

ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และด้านจิตวิญญาณ ตลอดจนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัวและในชุมชน

#### 2.1.4 มุ่งการปฏิบัติการพยาบาลสู่ผลลัพธ์

ในการปฏิบัติการพยาบาลทุกขั้นตอนนั้นคือช่วงเวลาพยาบาลอยู่กับผู้ใช้บริการ มีการตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นโอกาสที่ดีในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม ได้แก่ การแนะนำ ให้คำปรึกษา การสอน และการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ตลอดจนการตรวจสอบผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปพร้อมๆกันได้ พยาบาลจึงสามารถประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งอาจเป็นผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ หรือสถานภาพทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหา จากนั้นพยาบาลพยาบาลต้องให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บิดามารดาและผู้เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ใช้บริการรู้ผลลัพธ์เพื่อนำไปสู่ความพึงพอใจในการรับบริการและเป็นประโยชน์ในด้านความต่อเนื่องของการบริการ และมีการลงบันทึกไว้เป็นหลักฐานทางกฎหมายรวมทั้งเป็นประโยชน์ในการประเมินผลเพื่อปรับแผนการพยาบาลด้วย

#### 2.1.5 ให้ความสำคัญกับครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด

การดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาทางจิตนั้น เนื่องจากกลไกการเกิดปัญหาทางจิตในเด็กเกี่ยวข้องกันอย่างแยกไม่ไต่กับการดำรงชีวิตและการปฏิบัติของบิดามารดา ผู้เลี้ยงดูหรือผู้ใกล้ชิดที่สำคัญ ดังนั้นการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลจิตเวชเด็กจึงต้องคำนึงถึงและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือร่วมกับครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดเป็นสำคัญ รวมทั้งพยาบาลต้องปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือบุคคลในกลุ่มนี้ด้วย

#### 2.1.6 ใช้ทักษะพื้นฐานด้านสัมพันธภาพและการสื่อสาร ร่วมกับการบำบัดทางการ

พยาบาลที่เหมาะสมกับเด็ก ทักษะที่จำเป็นของพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นต้องพัฒนา คือ การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับวัยของเด็ก หลักการและทักษะในการร่วมรู้สึก การรู้จักตนเอง การยอมรับเด็กโดยไม่มีเงื่อนไข ความซื่อสัตย์และความจริงใจ พยาบาลจะใช้ทักษะพื้นฐานนี้ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับเด็กเพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์

#### 2.1.7 แหล่งข้อมูลสำคัญคือข้อมูลจากเด็ก

ข้อมูลส่วนใหญ่พยาบาลได้จากบิดา มารดา ผู้ดูแล ครูและเพื่อน อย่างไรก็ตามข้อมูลจากเด็กก็มีความสำคัญเพราะเป็นข้อมูลที่เกิดขึ้นภายในตัวเด็กเอง และในระหว่างการรวบรวมข้อมูลพยาบาลต้องสังเกตความสอดคล้องหรือความขัดแย้งของข้อมูลทั้งข้อมูลที่รวบรวมจากแหล่งข้อมูลที่ต่างกันและข้อมูลที่มาจากแหล่งเดียวกัน

## 2.2 การปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติก

ในการดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสติก พยาบาลควรมีการเตรียมตัวเตรียมความพร้อมล่วงหน้า โดยพยาบาลควรมีความคิดสร้างสรรค์ มีอารมณ์ขันและมีความพอใจหรือความชอบที่จะทำงานกับเด็ก พยาบาลควรเข้าใจและให้กำลังใจแก่พ่อแม่ของเด็กที่มีภาวะออทิสติก ซึ่งอยู่ในภาวะของการสูญเสีย โดยเป็นการสูญเสียลูกที่จะมีลักษณะปกติ รวมถึงเข้าใจภาวะความยากลำบากหรือสิ่งท้าทายต่างๆที่พ่อแม่ต้องเผชิญ ในปัจจุบันสังคมมักจะไม่ค่อยเข้าใจและไม่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะออทิสติก ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะออทิสติกแก่สังคม การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะออทิสติกอย่างครอบคลุมนั้น พยาบาลควรมีการประเมินเด็กและครอบครัวในเบื้องต้นก่อนที่จะเริ่มต้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับเด็กและครอบครัว การสนทนากันทางโทรศัพท์ระหว่างพยาบาลกับพ่อแม่เด็กประมาณ 15-20 นาทีก่อนที่จะพบกันที่โรงพยาบาล จะทำให้การพบกันนั้นมีคุณภาพและประสิทธิภาพอย่างเห็นได้ชัด (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2557)

จินตนา ยูนิพันธ์ (2546) ได้เสนอหลักการปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติกประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

### 2.2.1 การประเมินทางการพยาบาล

โดยทั่วไปเด็กที่มีปัญหาทางจิตแบบออทิสติก ผู้ดูแลจะสังเกตพบความบกพร่องของการพัฒนาการของเด็กได้ เริ่มในขวบปีแรก โดยเด็กจะมีความบกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ดังเช่น ยิ้มช้าหรือไม่ยิ้ม ไม่แสดงปฏิกิริยาตอบสนองใดๆ ต่อบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดู ซึ่งเมื่อผู้ดูแลพยายามพูด เรียก หรือเล่นด้วย เด็กจะเฉย แต่อาจทำเสียงเองตามลำพัง และส่งเสียงตามลำพังอยู่ได้เป็นเวลานานๆ โดยที่การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเป็นแบบไม่คงเส้นคงวา ไม่สม่ำเสมอ หรือไม่แสดงว่าจำหน้าบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูได้ ซึ่งจะเห็นได้ชัดว่าแตกต่างจากพัฒนาการของเด็กทารกปกติ เมื่อเด็กโตขึ้นอายุ 2-3 ปี ความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมของเด็กจะเด่นชัดขึ้น โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวแบบแปลกๆ ดังเช่น เด็กบางคนอาจเริ่มเดินด้วยท่าแปลกๆ เช่น เดิน หรือวิ่งเขย่งด้วยปลายเท้า เดินแบบม้าย่อง หมุนตัวไปมา ปีนายแบบไร้จุดหมาย แต่กลัวการขึ้นลงบันได เด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะพูดเป็นคำๆไม่ได้ ในบางกรณีเด็กอาจจะพูดเป็นคำๆได้บ้าง ดังเช่นเด็กปกติแต่แล้วการพูดหรือแบบแผนการใช้เสียงจะหยุดหายไป ส่วนการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกายจะไม่แตกต่างจากเด็กปกติ และเมื่อเข้าสู่วัยเตาะแตะเด็กปกติจะใช้เวลาส่วนหนึ่งในการเล่นซึ่งจะเป็นการเล่นที่อาจใช้ของเล่นที่สมมุติหรือการเล่นที่มีการเลียนแบบ การดำรงชีวิตหรือสังคมจริง ส่วนการเล่นที่ผิดปกติในเด็กออทิสติก จะเป็นการเล่นที่มีการหมกมุ่นกับสิ่งของบางสิ่งบางอย่าง ขาดการสมมติ ไม่มีความหมายจากการเล่น แต่เป็นการเล่นที่มีการ

กระทำซ้ำๆ เล่นกับสิ่งของ หรือสิ่งของที่แปลกๆ มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผู้ดูแลเลี้ยงหรือเปลี่ยนแปลงไม่ได้

สำหรับพัฒนาการทางสังคมและการใช้ภาษา เนื่องจากพัฒนาการของเด็ก ออทิสติกมีลักษณะและความหมายเฉพาะตัวแตกต่างกันไปในเด็กแต่ละคน การทักทายบุคคลแปลกหน้าจะเป็นไปอย่างแปลกประหลาด เช่น เมื่อพบเด็กคนอื่นอาจเข้าไปตีผม ตมมือ ตมรองเท้าหรือเขียนหน้า เป็นต้นเด็กจะแยกไม่ได้ว่าที่ใดของใครเป็นอันตราย บางคนเมื่อเห็นรถวิ่งเข้าลูบคลำหรือเมื่อเห็นรถวิ่งก็วิ่งเข้าหารถทันทีโดยไม่รู้

อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ (2557) กล่าวว่า การประเมินทางการพยาบาลจะประเมินเด็กทุกมิติ ทั้งพัฒนาการทางด้านร่างกาย ภาษาและการติดต่อสื่อสาร สังคม อารมณ์ รวมทั้งพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยพยาบาลควรประเมินสภาพเด็กในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

### 1) ด้านการติดต่อสื่อสาร

- เด็กสามารถฟังคำสั่งได้หรือไม่ ฟังได้มากน้อยแค่ไหน
- รูปแบบหรือลักษณะการติดต่อสื่อสารที่เด็กใช้ เช่น การพูด การใช้มือหรือท่าทาง การใช้รูปภาพ
- การพูดซ้ำคำหรือวลีต่างๆ
- วิธีการออกคำสั่งของพ่อแม่และปฏิกิริยาการตอบสนองของเด็ก

### 2) ด้านพฤติกรรม

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าในแต่ละช่วงอายุที่พ่อแม่ผู้ปกครองควรรีบปรึกษาแพทย์ มีลักษณะดังนี้

- อายุ 3 เดือน ไม่สบตาพ่อแม่หรือคนเลี้ยง หรือไม่สามารถชูคอได้เมื่อจับให้เด็กคว่ำ
- อายุ 6 เดือน ไม่มองตามหรือหันหาเสียงเรียก ไม่พลิกคว่ำพลิกหงาย
- อายุ 1 ปี ไม่เกาะเดิน ไม่ใช้นิ้วหยิบของเข้าปาก
- อายุ 1 ปี 6 เดือน ไม่สามารถทำตามคำสั่งง่ายๆ ได้
- อายุ 2 ปี ไม่สามารถพูด 2 คำติดต่อกันได้

### 3) ด้านการรับความรู้สึก

- การไว (hypersensitivity) ต่อรส เสียง และกลิ่น
- การไม่ชอบให้สัมผัส (tactile defensiveness)
- การจ้องมองสิ่งต่างๆ (visual fixations)



**2.2.2. การวินิจฉัยทางการแพทย์** การวินิจฉัยทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญที่จะอธิบายกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด ปัจจุบันการบันทึกทางการแพทย์ใช้ข้อวินิจฉัยในการสรุปปัญหาที่มี เพื่อสรุปผลลัพธ์ทางการแพทย์ พยาบาลทำการประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาในการดำรงชีวิตของเด็กกอดทิสติกในครอบครัว และทำการจัดลำดับความสำคัญของสภาพความรุนแรงของปัญหาเพื่อการวางแผนการพยาบาล

**2.2.3. การวางแผนการพยาบาล** พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลโดยกำหนดวิธีการดูแลช่วยเหลือ หรือการบำบัดทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และต้องคำนึงถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็ก ตลอดกระบวนการ รวมทั้งจัดประสบการณ์ให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและรวมทั้งมีความสามารถในการร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือ ดูแลเด็กกอดทิสติก โดยมุ่งหวัง ครอบครัวสามารถเลี้ยงดูและช่วยเหลือความวิตกกังวล ความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากภาวะการดูแลเด็กกอดทิสติก พยาบาลจิตเวชจะต้องวางแผนร่วมกับบิดามารดาหรือผู้ดูแลในลักษณะของการทำงานร่วมกัน เสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ใช้บริการ เริ่มต้นจากการรวบรวมข้อมูลและการให้ข้อมูลย้อนกลับและการร่วมรู้สึกกับครอบครัว ระหว่างการประเมินทางการแพทย์ในเรื่องระดับการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็กและการทำหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนการประเมินความต้องการและปัญหาของทั้งตัวเด็กและครอบครัวในการวางแผนการพยาบาล พยาบาลจะต้องคำนึงถึงลักษณะและธรรมชาติของปัญหาทางจิตและทรัพยากรสนับสนุนของเด็กและครอบครัว โดยมีขั้นตอนในการวางแผนดังนี้

2.2.3.1 การกำหนดเป้าหมายทางการแพทย์และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

2.2.3.2 การจัดลำดับความสำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดทางการแพทย์ เป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อคุณภาพการพยาบาลที่มุ่งให้เด็กมีความปลอดภัยและมีสุขภาพจิตดี

2.2.3.3 การวางแผนการพยาบาลจะต้องให้สอดคล้องกับลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นในเด็กและครอบครัวเฉพาะราย

**2.2.4. กิจกรรมการพยาบาล** พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลโดยกำหนดวิธีการดูแลช่วยเหลือหรือการบำบัดทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และต้องคำนึงถึงการทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็กตลอดกระบวนการ รวมทั้งจัดประสบการณ์ให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจและมีความสามารถในการร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือ ดูแลเด็กกอดทิสติก โดยมุ่งหวังให้ครอบครัวสามารถเลี้ยงดูและช่วยเหลือเด็กกอดทิสติกเมื่อเด็กกลับเข้า

สู่ครอบครัว รวมทั้งการช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถจัดการกับความวิตกกังวล ความไม่สุขสบาย อันเนื่องมาจากภาวะการดูแลเด็กออทิสติก

กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ และบำบัดทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำคัญในออทิสติก ได้แก่

2.2.4.1 พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในการดูแลเด็ก รายบุคคลเพื่อการพัฒนาความไว้วางใจ ตลอดจนการจัดระบบการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองของเด็กเป็นรายบุคคลได้ทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านการดูแลตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ซึ่งเด็กจะมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน การดูแลที่พยาบาลรับผิดชอบเด็กเป็นรายบุคคล และมีความต่อเนื่อง เช่น การดูแลแบบเจ้าของไข้จะมีความเหมาะสม พยาบาลต้องจัดการช่วยเหลือเด็กให้สามารถเผชิญกับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การช่วยเหลือเด็กในเรื่องนี้และการช่วยเหลือเด็กเมื่อเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์เช่นนี้พยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง โดยใช้เทคนิคการบำบัดที่เหมาะสมกับลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น

2.2.4.2 พยาบาลจะดูแลช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการทางสังคมได้ต้องเริ่มจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความไว้วางใจ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย และประคับประคองเด็กให้มีความมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ใช้เทคนิคการให้รางวัล เมื่อเด็กเริ่มแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยเฉพาะมีการประสานสายตา ซึ่งสำคัญมากในการสร้างทางความผูกพันทางสังคม หรือเมื่อเด็กเริ่มมองสิ่งของหรือบุคคลอย่างมีเป้าหมาย เป็นต้น เมื่อเด็กมีพัฒนาการในการสร้างสรรค์ จึงเปลี่ยนจะการใช้รางวัลเป็นการให้แรงเสริมทางสังคม เช่น การกอดรัด การสัมผัส การยิ้ม หัวเราะ หรือชมเชยด้วยคำพูด เป็นต้น

2.2.4.3 พยาบาลใช้การดูแลช่วยเหลือเป็นรายบุคคลระยะยาวในการพัฒนาความสามารถของเด็กในการสื่อความหมายต้องการของตนให้ผู้อื่นทราบ โดยพยาบาลคาดการณ์ความต้องการของเด็กให้ถูกต้อง และช่วยให้เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นอย่างเต็มที่ จะช่วยให้เด็กเริ่มต้นพัฒนาความสามารถในการสื่อความหมาย ความต้องการของตนให้ผู้อื่นทราบได้ การทำความเข้าใจและการตรวจสอบว่าพยาบาลเข้าใจความต้องการของเด็กอย่างถูกต้องเป็นเรื่องจำเป็น การใช้เทคนิค การให้แรงเสริมแบบการให้รางวัลใช้ได้ผลดีในเด็กออทิสติกและที่สำคัญพยาบาลต้องสำนึกไว้เสมอว่า เด็กที่ได้รับการดูแลด้วยความรัก ความอบอุ่นอย่างเต็มที่เท่านั้น จึงจะมีความไว้วางใจสิ่งแวดล้อมพอที่จะสื่อความหมายความต้องการของตนให้ผู้อื่นได้

2.2.4.4 พยาบาลต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยให้กับเด็กออทิสติก โดยการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งเพื่อให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นพัฒนาการของเด็กที่เหมาะสมตาม

ระดับสติปัญญาและระดับพัฒนาการของเด็กในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับเด็กออทิสติก โดยสังเขป คือจัดสิ่งแวดล้อมต้องไม่มีของมีคมหรือของใช้ที่แตกหักง่าย ในกรณีที่เด็กมีอาการชักร่วมด้วย สภาพแวดล้อมและของใช้ในห้องพัก หรือในหอผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องมีบุวม ตามความจำเป็น และในกรณีของเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวนอกจากการป้องกันข้างต้นพยาบาลต้องป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นด้วยการเรียนรู้แบบแผนการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หาอาการนำของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวให้ได้ แล้วจึงดำเนินการเฝ้าระวัง

2.2.4.5 พยาบาลต้องช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการของกระบวนการการพัฒนาตัวตน โดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีความอบอุ่นและไว้วางใจ ช่วยให้เด็กรับรู้ความเป็นตัวตน พัฒนาความรู้จักตนเอง ดังเช่น เรียนรู้การเรียกชื่ออวัยวะต่างๆแล้วแยกว่าอะไรคือของตนเอง อะไรคือของคนอื่น ด้วยการมองเห็นในกระจก ในระยะแรกเด็กออทิสติกจะกลัวการเห็นตนเองในกระจก แต่เมื่อเด็กมีพัฒนาการที่เหมาะสมการมองเห็นในกระจกช่วยให้เด็กเรียนรู้ตนเองได้มากขึ้น ซึ่งเด็กจะแสดงออกโดยสามารถชี้ปาก จมูก ตนเองได้ ตลอดจนรับรู้ความเป็นเจ้าของ ของใช้ส่วนตัว การพัฒนาความเป็นตัวตนนี้ พยาบาลจะพัฒนาควบคู่ไปกับการทำกิจวัตรประจำวัน

2.2.4.6 พยาบาลที่ดูแลเด็กออทิสติกต้องให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือบิดามารดาให้เข้าใจและยอมรับว่าลูกมีความผิดปกติ รวมทั้งมีการคาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็กตามสภาพที่เป็นจริง เข้าใจศักยภาพของเด็กออทิสติก มีความรู้ความเข้าใจจะสามารถดูแลเด็ก ช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เต็มตามศักยภาพ นอกจากนี้ในการช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก ซึ่งต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเลี้ยงดูเด็ก และเผชิญกับความเครียด ความกังวล และความรู้สึกล้มเหลว ให้มีความรู้ ความสามารถดังกล่าวข้างต้นได้นั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพ

อัจฉราพร สิริธัญวงศ์ (2557) ได้อธิบายว่า การสอนเด็กที่มีภาวะออทิสติกนั้น ควรเริ่มจากการฝึกในเรื่องง่ายๆก่อน มีการทำให้เด็กดูเป็นตัวอย่าง โดยเน้นการทำให้จริงจังและสม่ำเสมอ รวมทั้งวิธีการฝึกที่นุ่มนวล บรรยากาศของการฝึกควรมีลักษณะผ่อนคลาย สนุกสนาน มีการเสริมแรง โดยการชื่นชม การให้รางวัล แล้วค่อยๆลดความช่วยเหลือลงให้เด็กได้ทดลองทำเอง ทำให้เด็กเกิดความมั่นใจและเกิดทักษะในการปฏิบัติ การเล่นและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะเป็นการช่วยกระตุ้นพัฒนาการทางด้านกล้ามเนื้อและสายตา

**2.2.5 การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล** พยาบาลประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยเน้นการประเมินความปลอดภัยของเด็กจากการบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุ การพัฒนาความสามารถในการสื่อความหมาย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางสร้างสรรค์สู่การเจริญเติบโต

และมีพัฒนาการตามวัยของเด็กในทุกด้านและต้องให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความสามารถในครอบครัวหรือผู้ดูแลในการร่วมกันดูแลเด็กออกไปพร้อมๆกัน

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กออทิสติก เป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้นต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ที่ผสมผสานศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาด้านพัฒนาการของเด็ก การใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กต้องใช้ความรู้ทางศาสตร์การพยาบาล และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น จิตเวชศาสตร์ มนุษย์ศาสตร์ รวมทั้งมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพราะการรักษาจำเป็นต้องมีทีมที่มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาพัฒนาการซับซ้อน (Direct Care) คือ มีความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้านสังคม สติปัญญา พัฒนาการที่ล่าช้าของเด็ก เพื่อพัฒนาการตนเองของเด็ก (self) มีความรู้ในการจัดการกับปัญหาของเด็กได้อย่างเหมาะสม การใช้ทักษะพื้นฐาน ด้านสัมพันธภาพ และการสื่อสารร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับเด็กโดยใช้การพยาบาลแนวองค์รวม หมายถึงการดูแลช่วยเหลือเด็กพร้อมๆกันทั้งทางร่างกายรวมทั้งด้านการเจริญเติบโตทางกาย การเคลื่อนไหว สติปัญญา ภาษา จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้การให้ความสำคัญกับครอบครัวเพื่อให้การดูแล ช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาทางจิตหรือโรคจิตนั้นเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากกลไกการเกิดปัญหาทางจิตนั้นเกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ได้รับการดำรงชีวิตและการปฏิบัติของบิดามารดา ผู้เลี้ยงดู หรือผู้ใกล้ชิดที่สำคัญ

### 2.3 การช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก

การช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติกนั้นประการแรกคือ การเปิดโอกาสให้ครอบครัวของเด็กได้ระบายความคับข้องใจ ความผิดหวังเสียใจ การสูญเสียโอกาสที่จะมีลูกปกติ และ/หรือความโกรธจากการที่มีลูกป่วยเป็นโรคนี้นี้ พยาบาลควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆเหล่านี้ของผู้ปกครองเพื่อจะได้ช่วยในการปรับตัวของครอบครัวรวมทั้งการวางแผนจัดการกับสิ่งต่างๆที่จะตามมาได้อย่างเหมาะสม ในการให้คำแนะนำและการสอนทักษะต่างๆในการดูแลเด็กนั้นควรมุ่งที่การสอนเทคนิคต่างๆในการดูแลและกระตุ้นพัฒนาการของเด็กให้แก่พ่อแม่เพื่อจะได้มีการกระตุ้นพัฒนาการที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และที่สำคัญเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลลูกให้แก่พ่อแม่เด็กออทิสติก โดยการฝึกที่เหมาะสมนั้นไม่ควรตามใจเด็กจนเกินความพอดี ไม่ควรเลี้ยงในลักษณะที่ปกป้องบิบบังคับ หรือไม่ยอมรับเด็ก ควรฝึกให้เด็กช่วยเหลือตัวเองและปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมให้ได้มากที่สุด ความรักความอบอุ่นในครอบครัวจะเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเลี้ยงดูเด็ก นอกจากนี้พยาบาลควรตระหนักในการให้ความช่วยเหลือพี่น้องคนอื่นๆของเด็กออทิสติกด้วย เนื่องจากบางครั้งพ่อแม่ไม่อาจ

ใช้เวลาและความสนใจกับเด็กเท่าที่ควร โดยจะสนใจหรือทุ่มเทพลังงานในการดูแลเด็กออทิสติกเป็นส่วนใหญ่ ขาดความตระหนักว่าลูกคนอื่นๆที่เป็นเด็กปกติก็ต้องการความรักความเอาใจใส่จากพ่อแม่ด้วยเช่นกัน พยาบาลควรจะมีการพูดคุยกับพ่อแม่ถึงพี่น้องคนอื่นๆของเด็กออทิสติกด้วยเช่นกัน (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2557)

#### 2.4 การพยาบาลเด็กออทิสติกและครอบครัวในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

การจัดระบบบริการผู้ป่วยออทิสติกในปัจจุบันของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ระบบผู้ป่วยนอกให้บริการผู้ป่วยเด็กออทิสติก โดยได้รับกิจกรรมที่พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพจัดให้บริการเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลดังต่อไปนี้ อย่างไรก็ตามอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างไม่เท่ากัน ได้แก่ การซักประวัติ กิจกรรมพัฒนาการบำบัด โดยมีกิจกรรมพัฒนาการด้านสังคม พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน พัฒนาการด้านการภาษาและการสื่อความหมาย พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ การปรับพฤติกรรม อรรถบำบัด การบำบัดด้วยดนตรี การบำบัดด้วยการว่ายน้ำ การได้รับยา การให้คำแนะนำเรื่องยา การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่พ่อแม่และผู้ปกครอง และการมาตรวจตามนัด ระบบผู้ป่วยในแบ่งเป็น 4 หอผู้ป่วย คือ

หอผู้ป่วยใน 2 เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลเด็กออทิสติกที่มีอายุระหว่าง 2-6 ปี ทั้งชายและหญิง โดยระบบบริการแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการบำบัด เน้นให้ผู้ปกครองร่วมเรียนรู้วิธีการส่งเสริมพัฒนาการ การปรับพฤติกรรมเด็กอย่างถูกต้องและเหมาะสม กลุ่มที่ 2 กลุ่มซ่อมเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการไม่ดีขึ้นหลังจากการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม ในกลุ่มนี้ให้การบำบัดเด็กตามปัญหาของเด็กแต่ละราย เช่นการปรับพฤติกรรม การแยกจากผู้ปกครอง ซึ่งเด็กบางรายยังปรับตัวได้ยาก และมีแนวโน้มจะมีปัญหาเมื่อเข้าสู่ระบบการศึกษา ซึ่งการให้การพยาบาลของหอผู้ป่วยใน 2 นั้นจะเน้นการกระตุ้นพัฒนาการเด็กออทิสติกที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านภาษา พยาบาลมีบทบาทในการสอนผู้ปกครองเกี่ยวกับการการออกเสียง โดยเริ่มจากการเตรียมความพร้อมของอวัยวะในการออกเสียง เช่น การนวดปาก ลิ้นและกระพุ้งแก้ม การรู้จักและแสดงออกทางภาษาง่ายๆ เช่น สวัสดี บ้ายบาย แหมมือขอ ยกมือขึ้น และปรบมือและการสอนให้ผู้ปกครองทราบถึงวิธีการสอนให้เด็กเรียนรู้คำศัพท์ต่างๆ เช่น คำศัพท์หมวด สีสัน ตัวเลข พืชผักผลไม้ คำศัพท์หมวดอาหาร สัตว์ ผลไม้ สิ่งของเครื่องใช้ เครื่องแต่งกาย และของใช้ในบ้าน เป็นต้น ซึ่งมีการสอนเรียงลำดับจากง่ายไปยาก และตามความสามารถทางภาษาของเด็ก

2) ด้านสังคม พยาบาลมีบทบาทในการสอนเด็ก และสอนทักษะให้ผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการด้านสังคมแก่เด็ก เช่น การกระตุ้นมองเห็น สบตา หันหาเสียงเรียก การสอนให้เด็ก

รู้จักตนเอง รู้จักบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว และสอนการเล่นเป็นกลุ่มและฝึกทักษะทางสังคมง่ายๆใน  
 เด็กกลุ่มออทิสติกที่มีความสามารถในระดับดี

3) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กมัดใหญ่ พยาบาลมีบทบาทในการสอนเด็กโดยการทำ  
 กิจกรรมผ่านการเล่นและการร้องเพลง เช่น การเดิน การยืน การทรงตัว การวิ่ง การรับส่งของ โยน  
 ของไปยังเป้าหมาย การเตะบอล เป็นต้น รวมถึงการนวดเพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อ

4) ด้านการช่วยเหลือตนเอง โดยการสอนผู้ปกครองเน้นให้เด็กสามารถทำกิจวัตร  
 ประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การสอนให้เด็กเลิกใส่ผ้าอ้อมอนามัย การสอนการขับถ่าย การนั่งชัก  
 โครก การแปรงฟัน บ้วนปาก ทานอาหาร ตีมน้ำ ใส่และถอดเสื้อผ้า ถูเท้า รองเท้า เป็นต้น

หอผู้ป่วยใน 3 ให้การดูแลผู้ป่วยออทิสติกอายุ 6-15 ปี ทั้งชายและหญิงที่ไม่อยู่ในระบบ  
 โรงเรียนและช่วยเหลือตนเองได้น้อยเป็นปัญหาในการดูแลของผู้ปกครองมาก ระบบบริการแบ่งเป็น  
 การฝึกกระบวนการช่วยเหลือตนเอง การฝึกพื้นฐานอาชีพและฝึกงานบ้านขณะนี้กำลังดำเนินการให้  
 ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่โรงพยาบาล

หอผู้ป่วยใน 4 ดูแลผู้ป่วยออทิสติกอายุ 6-15 ปี ทั้งชายและหญิงที่เตรียมความพร้อมไป  
 โรงเรียนโดยการฝึกจะเน้นทักษะพื้นฐานทางสังคมที่เหมาะสม และการแก้ปัญหาในเด็กที่ไปโรงเรียน  
 แล้วมีปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน การปรับตัวและการแสดงออกที่  
 เหมาะสมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น โดยพยาบาลมีบทบาทในการสอนให้ครอบครัวมีทักษะในการปรับ  
 พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก และส่งเสริมพฤติกรรมดีให้แก่เด็กเมื่อออกสู่สังคมภายนอก อีกทั้ง  
 โรงพยาบาลได้มีการเข้าเยี่ยมโรงเรียนเพื่อประเมินปัญหาของเด็กจากครูประจำชั้นและร่วมกันวางแผน  
 เพื่อการสอนทักษะทางสังคม และแก้ปัญหาพฤติกรรมของเด็กอย่างเหมาะสมร่วมกับครูประจำชั้น

หอผู้ป่วยใน 5 เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น อายุ 6-15 ปี ทั้ง  
 ชายและหญิงที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงและอยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉินทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม  
 พยาบาลมีบทบาทในการประเมินปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน การปรับพฤติกรรมเด็ก และการให้  
 คำปรึกษาครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอย่างถูกต้องเหมาะสม

### 3. พัฒนาการของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน

เด็กออทิสติกในช่วงวัยนี้มีลักษณะภายนอกเหมือนเด็กปกติทั่วไปที่ต้องการความรักความห่วงใย ตลอดจนการส่งเสริมพัฒนาการในด้านต่าง ๆ จากผู้ปกครองแต่ความบกพร่องในพัฒนาการด้านต่าง ๆ จะมีลักษณะที่แสดงออกดังนี้

#### 3.1 พัฒนาการทางด้านร่างกาย

ส่วนใหญ่จะมีพัฒนาการทางด้านร่างกายเป็นไปตามวัยแต่ความแข็งแรงมั่นคงคล่องแคล่วและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ยังพัฒนาได้ไม่สมบูรณ์เท่าเด็กปกติวัยเดียวกัน เช่น เดินได้แต่การทรงตัวไม่ดี ไม่รู้จักหลบหลีกสิ่งกีดขวาง เดินสะบัดขา วิ่งได้ กระโดดไม่เป็น หยิบของหรือวัตถุขนาดใหญ่ได้แต่วัตถุขนาดเล็กหยิบไม่ได้มีความบกพร่องทางการประสานสัมพันธ์ตากับมือบางรายมีพฤติกรรมกระตุ้นตัวเอง (นฤมล ขวัญศรี, 2541)

#### 3.2 พัฒนาการทางด้านสติปัญญา

เด็กออทิสติกมีระดับเขาวรรณปัญญาที่แตกต่างกันสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ปกติปัญญาอ่อนและปัญญาเลิศซึ่งเปลี่ยนแปลงดีขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และประสบการณ์ชีวิต แต่เนื่องจากเด็กออทิสติกบกพร่องด้านการรับรู้และการสื่อสารจึงอาจส่งผลให้ระดับเขาวรรณปัญญาต่ำกว่าระดับที่ควรจะเป็นแต่ในบางรายจะอยู่ในระดับปัญญาเลิศและมีความสามารถพิเศษ (นฤมล ขวัญศรี, 2541) โดยส่วนใหญ่ปัญหาด้านนี้จะแสดงให้เห็นชัดขึ้นเมื่อเข้าสู่การเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สัญลักษณ์หรือการเรียนรู้ที่ต้องใช้จินตนาการมากขึ้น (Schopler, et al., 1993)

#### 3.3 พัฒนาการด้านอารมณ์

พัฒนาการทางอารมณ์ในเด็กเมื่อเข้าสู่ขวบปีที่ 2 เด็กเริ่มมีอารมณ์ชัดเจนขึ้น จะมีอารมณ์ความรู้สึกที่หลากหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความเข้าใจที่เพิ่มขึ้น ดีใจและโกรธ เด็กมีความรู้สึกดีใจสุขใจ เมื่อได้สิ่งที่ต้องการ โกรธเมื่อถูกขัดใจ ในช่วงอายุ 3-5 ปี อารมณ์ของเด็กจะเริ่มมีความหลากหลายมากขึ้น เมื่อเข้าสู่อายุ 6-12 ปี อารมณ์จะมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ทั้งโกรธและเสียใจหรือสนุกและกลัวในคราวเดียวกัน นอกจากจะรู้สึกดีใจ พอใจหรือโกรธแล้ว เด็กยังรู้สึกกลัว รู้สึกเจ็บ รู้สึกสนุกและรู้สึกอิจฉา (นฤมล ขวัญศรี, 2541)

#### 3.4 พัฒนาการด้านสังคม

เด็กออทิสติกเป็นกลุ่มที่มีความบกพร่องอย่างชัดเจนด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมาย ตลอดจนการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยจะมีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมตั้งแต่ระดับน้อยไปถึงมาก เช่น เวลาพูดคุยด้วยจะไม่มองสบตาคู่สนทนา สายตาเหม่อลอยไร้จุดหมาย จะหลีกเลี่ยงที่จะส่งสายตามองมาที่ผู้ที่พูดด้วยหรือมองผ่านเลยไป

เหมือนกับไม่มีอะไรอยู่ตรงหน้า ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เด็กขาดสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนไม่เข้าใจความรู้สึกของคนรอบข้าง บางคนชอบแยกตัวไปเล่นคนเดียวไม่สัมพันธ์กับใครหรือเล่นกับเพื่อนไม่เป็นจนอาจถูกรังแกเพราะไม่รู้จักรulesในการเล่นกับเพื่อน (นฤมล ขวัญศรี, 2541) เด็กออทิสติกช่วงก่อนวัยเรียนกลุ่มความสามารถสูงอาจแสดงออกในการเล่นแบบนามธรรมได้ขึ้นอยู่กับระดับความสามารถและธรรมชาติที่คุ้นเคย (Schopler, et al., 1993)

### 3.5 พัฒนาการทางภาษา

พราวพรรณ เหลืองสุวรรณ (2537 : 63 – 66) ได้กล่าวถึงพัฒนาการทางภาษาและการพูดของเด็กปฐมวัยไว้ ดังนี้

อายุแรกเกิด – 2 ขวบ เด็กแรกเกิด มักแสดงอาการปฏิกิริยาด้วยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่ภาษา เช่น การร้องไห้ การทำท่าทางต่างๆ เมื่อทารกเปล่งเสียงออกมาเป็นคำพูด คำส่วนใหญ่จะเป็นคำง่าย ๆ เบื้องต้นเกี่ยวกับคำนามที่มุ่งถึงสิ่งของและบุคคลต่างๆ ในสิ่งแวดล้อม และคำกริยาที่แสดงอาการของท่าทาง เช่น ยืน นั่ง นอน เด็กอายุ 18 เดือนสามารถพูดได้ประมาณ 10 คำ และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ถึง 30 คำ เมื่ออายุประมาณ 2 ขวบ การเรียนรู้คำศัพท์มากขึ้นเพียงใดนั้น เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญาของเด็ก ตลอดจนการส่งเสริมและโอกาสที่จะได้เรียนรู้ เด็กหลายคนในวัยนี้ จะจดจำคำตลาดและคำสบถจากคนใกล้ชิด แต่ไม่เข้าใจความหมายที่แท้จริง เด็กวัยนี้มีความเจริญทางภาษามาก มักจะตั้งคำถามว่า อะไรทำไม

อายุ 3 ขวบ สามารถเข้าใจภาษาพูดของผู้ใหญ่ ภาษาง่ายๆ เบื้องต้น ยังไม่เข้าใจในสิ่งที่มองไม่เห็น ยังไม่เข้าใจความหมายจากคำสั่งหรือคำขอร้องจากผู้ใหญ่

อายุ 4 ขวบ ให้ความสนใจในภาษาพูดของผู้ใหญ่ โดยเฉพาะคำแสลงหรือคำอุทาน เด็กเริ่มมีคำถามที่มีเหตุผลมากขึ้น การฟังนิทานเป็นสิ่งที่เด็กชอบมาก

อายุ 5 ขวบ เริ่มมีพัฒนาการทางภาษามากขึ้น สามารถเข้าใจภาษาพูด ข้อความยาวๆ โดยเลียนแบบผู้ใหญ่ในการสร้างประโยค ชอบฟังนิทานเทพนิยาย

อายุ 6 ขวบ เด็กส่วนใหญ่จะสนใจในการพูด เด็กจะชอบสนทนากับเพื่อน หรือผู้ใหญ่มากกว่าการเล่นสิ่งของและมีความสุขเมื่อได้สนทนากับผู้อื่น ชอบฟังเรื่องราวเกี่ยวกับธรรมชาติ และสนใจในการอ่านเทพนิยายที่มีภาพประกอบ



#### 4. ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน

##### 4.1 ความหมายของปัญหาพฤติกรรม

เพ็ญแข ลิ้มศิลา (2550) กล่าวถึง ลักษณะปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กออทิสติกว่า มีดังนี้

อารมณ์รุนแรง เด็กออทิสติกบางคนมีอาการอ่อนไหวมาก ทนต่อคำตำหนิไม่ค่อยได้ อารมณ์เหมือนเด็กเล็กกว่าวัยมีความกลัวและวิตกกังวลมากกว่าเด็กปกติ ถ้าไม่พอใจหรือโกรธแม้แต่เรื่องเล็กน้อยจะส่งเสียงโวยวายทันที หงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้

กรี๊ดร้องและทำฤทธิ์ทำเดช เด็กออทิสติกมักชอบทำฤทธิ์ทำเดช เพราะเด็กไม่มีคำพูดซึ่งใช้เพื่อเรียกร้องขอสิ่งที่เด็กต้องการ เด็กอาจกรี๊ดร้องเพื่อเอาที่ออฟฟี่ ขนมหวาน หรือไอศกรีม หรือสิ่งของแปลกๆที่เด็กต้องการได้ บางครั้งเด็กอาจกรี๊ดร้องเพราะสิ่งที่เคยทำอยู่มีการเปลี่ยนแปลง บางครั้งการกรี๊ดร้องอาจเกิดจากความกลัว หรือขยะแขยงอย่างไม่มีเหตุผล

หมกมุ่น เด็กออทิสติกไม่สามารถเล่นได้อย่างสร้างสรรค์ เด็กจึงมักหมกมุ่นอยู่กับการสำรวจตรวจสอบสิ่งของที่อยู่รอบๆ ตัว จากการ เล่นแบบนี้ทำให้เด็กรู้ว่ากระดาษเป็นสิ่งที่ฉีกได้ ของแข็งๆหลายอย่างมีเสียงเมื่อกลิ้งบนพื้น เด็กชอบใจเมื่อได้ยินของตกแตก เด็กบางคนชอบทำให้หลอดไฟแตกทั่วบ้าน ต่อมาเด็กก็มาถึงขั้นเอาของสิ่งหนึ่งใส่เข้าไปในของอีกสิ่งหนึ่ง แต่เด็กยังไม่เข้าใจว่าเอาของใหญ่ใส่ในของเล็กไม่ได้ ดังนั้นจึงฉีกของใหญ่หรือทำให้ของนั้นแตกเพื่อให้เล็กพอที่จะใส่เข้าไปในของอีกสิ่งหนึ่งได้

ทำร้ายร่างกายผู้อื่น เด็กออทิสติกบางคนชอบทำร้ายร่างกายผู้อื่นแรงๆ กรี๊ดร้องโดยไม่มีเหตุผล แสดงออกด้วยความรุนแรง ร้องไห้และนอนซบคืบบนพื้น ขว้างปาทำลายของต่อต้านการเปลี่ยนแปลง เด็กออทิสติกจำนวนมากชอบทำสิ่งที่ เป็นกิจวัตรประจำวันซ้ำๆ ทุกวันถ้าสิ่งใดที่เคยทำมาอย่างไรเกิดมีการเปลี่ยนแปลงไม่เหมือนเดิมเด็กจะเริ่มหงุดหงิด ส่งเสียงกรี๊ดร้องและโมโหลงนอนดิน เด็กออทิสติกมักมีความผูกพัน หรือติดของบางอย่างมากเช่น เศษเชือก ใปไม้

ทำร้ายตนเอง เด็กออทิสติกบางคนชอบเอาหัวกระแทกพื้น กัดตัวเองหรือทำร้ายตัวเองเพื่อพฤติกรรมนี้อาจเกิดขึ้นเนื่องจากเด็กเกิดความไม่สบายใจ หรือเมื่อเด็กเกิดความอึดอัดใจหรือรู้สึกสับสนจากการที่ไม่สามารถเข้าใจสิ่งต่างเด็กชอบกัดดินหลังมือ หรือข้อมือของตนเอง ขณะที่ทำพฤติกรรมนี้เด็กจะมีท่าทางตึงเครียด และท่าทางโกรธแค้นซึ่งการทำร้ายตนเองของเด็กนี้อาจจะเกิดขึ้นในระยะที่เด็กรู้สึกไม่มีความสุข และจะเป็นอยู่ชั่วคราวเท่านั้น

Goodman (2012) จิตแพทย์เด็กชาวอังกฤษ ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น กล่าวถึงพฤติกรรมของเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่สำคัญอยู่ 3 ประการได้แก่ 1) พฤติกรรมต่อต้าน เช่น มักจะแสดงพฤติกรรมหงุดหงิด แสดงอารมณ์รุนแรง 2) พฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ทำลายสิ่งของ และ

3) พฤติกรรมต่อต้านสังคม เช่น การลักขโมย วางเพลิง และเสพยาเสพติด ซึ่งอาการทางพฤติกรรมในเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนนั้นจะแสดงอาการด้านความสนใจ ไม่มีสมาธิ วิตกกังวล กลัว มีความทุกข์ ก้าวร้าว อาละวาด การแสดงออกที่มากเกินไปเป็นหลัก

Maljaars et al (2014) กล่าวถึงปัญหาพฤติกรรมในเด็กออทิสติก ว่าประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) พฤติกรรมที่เกิดจากภายใน (internalizing) เช่น พฤติกรรมด้านอารมณ์ โดยเด็กจะมีภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน เช่น การแยกตัว 2) พฤติกรรมที่แสดงออกภายนอก (externalizing) เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ขนโม้ ไม่มีสมาธิ และลักษณะพฤติกรรมเกร

Bauminger et al (2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของพ่อแม่ที่ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก โดยอธิบายว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนนั้นประกอบด้วย 2 ลักษณะด้วยกัน คือ 1) พฤติกรรมที่เกิดจากภายใน (internalizing) เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล การเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดจากภาวะจิตใจ แยกตัว 2) พฤติกรรมที่แสดงออกภายนอก (externalizing) เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ขนโม้ ไม่มีสมาธิ และลักษณะนิสัยแบบรุนแรง แสดงออกโดยการทำลายข้าวของ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

#### 4.1.1 พฤติกรรมเกร (Conduct Problem)

Goodman (1997 อ้างใน ศราวุธ ชนะบำรุง, 2555) กล่าวถึงลักษณะด้านพฤติกรรมเกร หมายถึง พฤติกรรมที่ไม่สามารถปฏิบัติตามกฎ กติกา ข้อบังคับ หรือระเบียบของโรงเรียนหรือสังคมที่ตนดำรงอยู่ได้ ซึ่งไม่ใช่พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากความไม่รู้ไม่เข้าใจ ในกฎเกณฑ์หรือระเบียบนั้น ๆ มักมีอารมณ์ที่ฉุนเฉียว วู่วาม ก้าวร้าว เอาแต่ใจตนเอง ไม่ยอมคน ไม่ยอมทำตามคำสั่ง ชอบการแย่งชิงสิ่งของจากผู้อื่น แต่ในบางรายอาจมีลักษณะของการคล้อยตามและซุกงง่าย ไม่มีความรับผิดชอบ ไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ทำผิดตามผู้อื่น เป็นต้น

#### 4.1.2 ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity)

Goodman (1997 อ้างใน ศราวุธ ชนะบำรุง, 2555) กล่าวว่า พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งเป็นกลุ่มเด็กที่มีสมาธิสั้น พฤติกรรมที่สนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งในหลากหลายสถานการณ์ ทำงานหรือเล่นไม่ได้นาน ดูไม่ตั้งใจฟังเวลาพูดคุยด้วย ด้านการทำงานจะทำงานไม่เสร็จหรือเสร็จช้า เลิกเล่นกลางคัน ไม่มีผลงานที่สมบูรณ์ทั้งการเรียนและการเล่น ทำงานไม่เรียบร้อย ส่งผลให้มีผลการเรียนตกต่ำ วอกแวกง่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ดี อยู่ไม่นิ่ง พลุ่พลา่ พุดมาก พุดโพล่ง ยั้งตัวเองไม่อยู่ ทำอะไรรวดเร็ว รอคอยไม่นาน ชุ่มช่าม ชุกชุน ไม่เรียบร้อย การวางแผนการทำงานไม่ดี และขี้ลืม

สมภพ เรืองตระกูล (2545) ให้ความหมายว่าพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง หมายถึง การขยับตัวไปมา วิ่งไปมาหรือปีนป่ายในสถานที่ไม่ควรทำ ไม่สามารถเล่นเงียบๆ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา

เหมือนเครื่องยนต์ พุดมากและส่งเสียงดังรบกวนผู้อื่นและสมาธิสั้นจนไม่สามารถจดจำรายละเอียดของงาน เวลาเล่นหรือทำงานจะไม่มีสมาธิ ไม่สามารถรวบรวมงานที่ทำให้เป็นระบบ ไม่สบายใจเมื่อต้องทำงานที่ต้องใช้สมาธิ ลืมกิจวัตรประจำวัน ขณะพูดด้วยจะเปลี่ยนเรื่องเร็วและใจไม่จดจ่ออยู่กับการสนทนา

Goydon (2013, อ้างใน เสาวณีย์ บัวลา, 2556) กล่าวว่า เด็กออทิสติกเป็นเด็กที่มีความต้องการหลากหลายแต่ทุกคนก็จะแสดงออกแตกต่างกันออกไป เด็กบางคนจะอยู่ไม่นิ่งมากอยู่ไม่นิ่งตลอดเวลา หรือบางคนเมินเฉยเฉื่อยชาต่อสิ่งต่างๆซึ่งมีผลมาจากความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาท

จากการทบทวนวรรณกรรมจึงสรุปได้ว่า ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง หมายถึง การกระทำการหรือการแสดงออกที่มากเกินไป อยู่ไม่สุข รุนววย ไม่สามารถนั่งนิ่งอยู่กับที่ได้นาน วอกแวกง่าย สมาธิสั้น ไม่มีสมาธิไม่สนใจอะไรจริงจัง เล่นได้ไม่นาน มีความสนใจช่วงสั้นๆ

#### 4.1.3 ปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ (Emotional Problem)

Good (1973 อ้างใน กัลยาณี อินตะสิน, 2550) ได้ให้นิยามของอารมณ์ว่า เป็นลักษณะต่างๆ ไป ของพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และความรู้สึก ของแต่ละบุคคล ซึ่งพฤติกรรมทั้งหมดมีความสัมพันธ์กัน

Lazarus (1970 อ้างใน แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร, 2552) กล่าวว่า บุคคลจะประเมินสิ่งเร้าต่างๆ ตามที่ตนเองเห็นว่าเหมาะสมและสำคัญ ดังนั้นการตอบสนองเชิงอารมณ์ต่างๆ จึงขึ้นกับการคิด การเข้าใจเฉพาะบางอย่าง หรือขึ้นกับการประเมิน และการตอบสนอง เชิงอารมณ์มี 3 ระดับ คือ ระดับพฤติกรรม สรีระ และการคิดการเข้าใจ

Goodman (1997 อ้างใน ศราวุธ ชนะบารุง, 2555) กล่าวถึงลักษณะด้านปัญหาทางอารมณ์ หมายถึง พฤติกรรมที่มีการแสดงออกทางกาย เช่น หัวใจเต้นแรง หัวใจสั่น หายใจไม่เต็มอิมเหงื่อในกายออกมามากเกินกว่าปกติ เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ตกใจง่าย ฝันร้าย นอนไม่หลับ อาจมีความรู้สึกตึงเครียดอยู่ภายในจิตใจ กระวนกระวาย หงุดหงิด ตื่นตระหนกง่าย อาจมีการติดและคลอเคลียผู้ใหญ่มากขึ้น มีการเรียกร้อง ต้องการที่พึ่งพิงยึดเหนี่ยวขอคาปรึกษาตลอดเวลา เพื่อเสริมความมั่นใจในตัวเอง อาจแยกตัว และอาจมีการลี้เลเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีอันตราย เช่น การปีนต้นไม้ หรือการกระทำใด ๆ ที่มีความเสี่ยงอันตราย

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปได้ว่า ปัญหาทางด้านอารมณ์มีหลากหลายประเภททั้งด้านบวกและด้านลบซึ่งมีการแสดงออกที่แตกต่างกันในแต่ละวัย โดยอารมณ์จะเกิดขึ้น

หลังจากมีการรับรู้สิ่งเร้าและมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายโดยมีการตอบสนองของอวัยวะภายในร่างกาย ทำให้เกิดมีอารมณ์ขึ้นและมีการแสดงออกทางวาจา ท่าทาง และเป็นที่มาของพฤติกรรมต่างๆ

#### 4.1.4 ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน (Peer Problem)

Goodman (1997 อ้างใน ศรารุช ชนะบำรุง, 2555) ให้ความหมายว่า ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน หมายถึง เป็นกลุ่มเด็กที่มีปัญหาการปรับตัวเข้าหาเพื่อน สภาพแวดล้อม และสังคมได้ยาก มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความวิตกกังวลหรือมีอารมณ์การตอบสนองมากกว่าปกติ ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง ไม่ชอบเข้าสังคมที่ไม่คุ้นเคย และมีพฤติกรรมแสดงท่าทางกังวลใจอยู่เป็นประจำ เมื่อมีการเข้าสังคมที่ไม่คุ้นเคย

เพ็ญแข ลีมีศิลา (2545 อ้างในเสาวณีย์ บัวลา, 2556) กล่าวว่าเด็กออทิสติกมีการสูญเสียสัมพันธภาพกับเพื่อนทางสังคมในลักษณะที่แตกต่างกัน ในระดับความรุนแรงมากเด็กจะแยกตัวอย่างเด่นชัด ไม่สนใจใคร เด็กบางคนติดผู้ใหญ่หรือผู้เลี้ยงดูบางคนเท่านั้นไม่สนใจเด็กวัยเดียวกันยอมให้คนแปลกหน้าอุ้มโดยไม่กลัว ในระดับความรุนแรงน้อยเด็กจะแสดงอาการเฉยเมยไม่ได้ตอบเมื่อมีคนมาทักทายอาจแสดงท่าทางพอใจบ้างแต่ไม่เข้าไปหาผู้อื่น เด็กบางคนเข้าไปหาผู้อื่นในลักษณะแปลกๆ ไม่สมเหตุสมผลทำแบบซ้ำๆโดยไม่สนใจปฏิกริยาของผู้ที่เข้าไปหา เด็กบางคนเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่แม้จะมีความสามารถดีอยู่ในสังคมได้แต่ก็ยังไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและสังคมได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปได้ว่า ความสัมพันธ์กับเพื่อน หมายถึง พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพและการปรับตัวเข้าหาเพื่อน และสภาพแวดล้อม โดยแบ่งได้ตามระดับความรุนแรงของอาการ ในเด็กที่มีอาการรุนแรงมากจะแยกตัวจากเพื่อนชัดเจน ไม่สนใจใคร ในเด็กที่มีอาการระดับความรุนแรงน้อยจะแสดงพฤติกรรมในลักษณะเฉยเมยหรือการเข้าหาเพื่อนแบบไม่เหมาะสม

#### 4.2 การประเมินปัญหาพฤติกรรม

1. แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กหรือ Thai Youth Checklist (TYC) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย สมทรง สุวรรณเลิศ วันชัย ไชยสิทธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ.2528 ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจาก Child Behavior Checklist (CBCL) ของ Thomas M. Achenbach ใช้สำหรับประเมินพฤติกรรมเด็กวัย 4-18 ปี ครอบคลุมปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของเด็กและวัยรุ่น มีการจัดจำแนกรูปแบบของปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ ปัญหาที่แสดงถึงการเก็บกดหรือความขัดแย้งภายในจิตใจ (internalizing problems) กับปัญหาที่แสดงออกอย่างตรงไปตรงมา หรือขาดการควบคุม (externalizing problems)

2. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ The Overt Aggression Scale for The Objective Rating of Verbal and Physical Aggression ของ Stuart Yudofsky และ Jonathan

Silver (1986) ใช้สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช ในแต่ละเวอร์ ลักษณะของแบบประเมินประกอบด้วย ข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งตามลักษณะความรุนแรงจากไม่รุนแรงถึงรุนแรงมาก แบ่งออกเป็น 5 ส่วนย่อย ส่วนที่ 1 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยคำพูดและท่าทางที่ไม่รุนแรง ส่วนที่ 2 มี 4 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและมีท่าทางคุกคามหรือทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อย ส่วนที่ 3 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและท่าทางที่คุกคามด้วยความรุนแรงอย่างชัดเจนต่อตนเองหรือผู้อื่น ส่วนที่ 4 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยท่าทาง ส่วนที่ 5 มี 2 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายอย่างรุนแรงต่อทั้งตนเองและผู้อื่น แบบประเมินนี้ได้ผ่านการหาค่าความเที่ยงตรงโดย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ .87

3. แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็ก Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) พัฒนาโดย Goodman (1997) จิตแพทย์เด็กชาวอังกฤษ แบบประเมินพฤติกรรมในเด็กอายุ 3-16 ปี ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวกและคำถามข้อที่เป็นปัญหา ประกอบด้วย 2 หน้า หน้าแรกเป็นลักษณะพฤติกรรม จำนวน 25 ข้อ ซึ่งมีลักษณะของพฤติกรรมด้านบวก และด้านลบ ซึ่งสามารถจัดกลุ่ม เป็นกลุ่มพฤติกรรม 5 กลุ่ม ได้แก่ 1.กลุ่มพฤติกรรมด้านอารมณ์ (5 ข้อ) 2.กลุ่มพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (5 ข้อ) 3.กลุ่มพฤติกรรมเกร (5 ข้อ) 4.กลุ่มพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน (5 ข้อ) 5.กลุ่มพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม (5 ข้อ) แบบประเมินพฤติกรรม จะแบ่งเป็น 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ คะแนนแต่ละด้านจะอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน คะแนนรวม 0 - 40 คะแนน (รวม 4 ด้าน ยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคม) การแปลผล กลุ่ม 1 - 4 รวมกันเป็น 20 ข้อ เป็นคะแนนรวมที่แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมในเด็ก (Total Difficulties score) ส่วนในกลุ่มที่ 5 เป็นจุดแข็งของเด็ก (Strength score) การให้คะแนนแบบประเมินพฤติกรรม จะแบ่งเป็น 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ คะแนนแต่ละด้านจะอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน คะแนนรวม 0 - 40 คะแนน (รวม 4 ด้าน ยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคม) กลุ่มพฤติกรรมด้านอารมณ์ ได้แก่ ข้อ 3,8,13,16 และ 24 กลุ่มพฤติกรรมเกร ได้แก่ ข้อ 5,7,12,18 และ 22 กลุ่มพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ได้แก่ ข้อ 2,10,15,21 และ 25 กลุ่มพฤติกรรมด้านสัมพันธ์กับเพื่อน ได้แก่ ข้อ 6,11,14,19 และ 23 กลุ่มพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 1,4,9,17 และ 20

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) โดยประเมินจากลักษณะปัญหาของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน ประกอบด้วย ปัญหาพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมด้านอารมณ์ 2) พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง 3) พฤติกรรมเกร และ 4) พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน เนื่องจากเนื้อหาของแบบประเมินมีความสอดคล้องกับลักษณะปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนตามแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย

## 5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก

สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็กออทิสติกนั้น มีหลายประการ กล่าวคือ เด็กที่มีความบกพร่องด้านภาษา ทำให้ไม่สามารถสื่อสารเพื่อบอกความต้องการได้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยสิ่งแวดล้อมนั้นทำให้เด็กอึดอัด ไม่สบายตัว หรือมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพราะเด็กออทิสติกมักจะยึดติดกับสิ่งสิ่งแวดล้อมเดิมๆ มีความยากลำบากต่อการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยจากพันธุกรรม สิ่งที่ได้รับจากพ่อแม่ คือ ในด้านร่างกาย เช่น ลักษณะโครงสร้าง กล้ามเนื้อ ระบบประสาท และในด้านลักษณะนิสัยบางอย่าง รวมถึงประสบการณ์ที่เด็กได้รับจะถูกหล่อหลอมด้วยกระบวนการที่เรียกว่า การเรียนรู้ เด็กจะเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่ตนได้รับ และนำไปสู่การสร้างหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเวลาต่อมา (ASA, 2007)

Garder & Shaw, (2008) กล่าวว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งจากปัจจัยทางกายภาพและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในเด็กแต่ละคน เช่น การมีกิจกรรมที่แตกต่างต่าง สังคมและความสนใจที่แตกต่างกันออกไป รวมถึงคุณภาพของสิ่งแวดล้อมที่เด็กอยู่อาศัยและใช้ดูแลเด็ก นอกจากนี้ ปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมช่วงก่อนคลอด หรือขณะตั้งครรภ์ก็เป็นสิ่งที่ควรคำนึงว่าอยู่ในภาวะที่ปกติหรือไม่ ซึ่งเด็กในช่วงอายุ 3-5 ปีนั้นจะเห็นถึงความแตกต่างระหว่างปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว และทำให้เด็กแสดงออกถึงปัญหาพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว และต่อมาเมื่อเด็กโตขึ้นจะกลายเป็นพฤติกรรมเกราะ ไม่เป็นระเบียบ และการมีอารมณ์แปรปรวนมาก

Osborne et al. (2009) ทำการศึกษาพฤติกรรมของพ่อแม่กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กออทิสติก อายุ 5-16ปี จำนวน 72 คน กล่าวว่า เมื่อพ่อแม่รับรู้ว่าการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติกโดยขาดความรู้ความเข้าใจในโรคที่เด็กเป็น และขาดคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ทำให้พ่อแม่เด็กออทิสติกเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการเลี้ยงดูเด็กและพัฒนาการของเด็กได้ไม่ดี และพบว่าพฤติกรรมดูแลเด็กแบบเข้มงวดมากเกินไปส่งผลให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมตามมา

ดุขุฎี โยเหลา (2535 อ้างใน ศิริกุล อิศรานนุกษ์ และ ปราณี สุทธิสุนทร, 2550) ได้สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย ที่เป็นงานวิจัย ตั้งแต่ปี 2524-2531 ที่มีรายชื่อปรากฏ อยู่ในดัชนีปริญญาณิพนธ์ของมหาวิทยาลัยใน กรุงเทพมหานคร 5 แห่ง คือ มหาวิทยาลัยรามคำแหง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และมหาวิทยาลัยมหิดล จำนวนทั้งสิ้น 29 เรื่อง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการอบรมเลี้ยงดูของ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 10 เรื่อง

งานวิจัยที่คัดเลือกเป็นงานวิจัยที่มีตัวแปรการอบรมเลี้ยงดูเป็นตัวแปรต้น หรือตัวแปรทำนาย วิเคราะห์ ข้อมูลโดย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ F.ratio, t-ratio, ไคสแควร์ และเครื่องมือวัดตัวแปรอิสระ และตัวแปร ตาม เครื่องมือที่มีความเชื่อมั่น ปานกลาง และสูง (ดัชนีความเชื่อมั่น .60 ขึ้นไป) จากคุณลักษณะ ดังกล่าวทำให้เหลืองานวิจัยที่มาวิเคราะห์ 37 เรื่อง ผลการศึกษา พบว่า 1) การอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม หรือแบบ เข้มงวดกวดขัน จะมีผลดีต่อพัฒนาการด้าน บุคลิกภาพและสังคมบางตัวแปร ความซื่อสัตย์ การมีสัมมาคารวะ การรู้จักบาปบุญคุณโทษ การใช้เหตุผล เชิงจริยธรรม การมีวินัยในตนเอง ส่วนการ อบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย หรือแบบไม่ใช้เหตุผล จะมีผลทางลบต่อพัฒนาการด้านบุคลิกภาพ และ จิตสังคม ทำให้เด็กควบคุมอารมณ์ของตนเอง ไม่ได้ขาดจุดมุ่งหมายของชีวิต มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน และก้าวร้าว 2) การอบรมเลี้ยงดูทางบวก ได้แก่ การเลี้ยงดู แบบประชาธิปไตย แบบใช้เหตุผล แบบรัก สนับสนุน มีผลทางบวก กับตัวแปรด้านบุคลิกภาพ และสังคม ลักษณะเหตุผลเชิงจริยธรรมของเด็ก และ ลักษณะพึ่งตนเอง ควบคุมตนเอง

Gau et al. (2010) ได้ศึกษาลักษณะพฤติกรรมของพ่อแม่ในไต้หวัน เกี่ยวกับพฤติกรรม การ อบรมเลี้ยงดูเด็กออทิสติก โดยศึกษาในเด็กออทิสติกอายุ 3-12 ปี จำนวน 134 คน พบว่าพ่อแม่เด็กออทิ สติกจะมีพฤติกรรมเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไป และพฤติกรรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการ ซึ่ง ลักษณะการเลี้ยงดูทั้ง 2 แบบนี้ส่งผลให้เด็กออทิสติกแสดงปัญหาพฤติกรรมมากขึ้นกว่าในกลุ่มพี่น้องของ เด็ก

Malijaars et al. (2014) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมความเป็นพ่อแม่และปัญหาพฤติกรรมในเด็ก และวัยรุ่นที่เป็นออทิสติก อายุ 4-6 ปี จำนวน 552 คน กับในเด็กที่ไม่เป็นออทิสติก จำนวน 437 คน พบว่าพฤติกรรมพ่อแม่เด็กออทิสติกมีระเบียบวินัยในการอบรมเลี้ยงดูต่ำกว่าเด็กที่ไม่เป็นออทิสติก ซึ่ง การเลี้ยงดูแบบการมีระเบียบวินัยต่ำส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติก

Hudson and Rapee, (2001) ศึกษาความสัมพันธ์ที่เป็นไปได้ระหว่างภาวะวิตกกังวลและการ เลี้ยงดูของพ่อแม่ที่ปฏิบัติต่อเด็ก ได้แก่ การเลี้ยงดูแบบควบคุม และการเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง โดย ทำการศึกษาในกลุ่มพ่อแม่ และเด็กที่มีภาวะวิตกกังวล จำนวน 43 คน เด็กที่มีพฤติกรรมคือ ต่อต้าน จำนวน 20 คน และเด็กที่ไม่มีอาการทางคลินิก จำนวน 32 คนพบว่าการเลี้ยงดูของพ่อแม่มีความสำคัญ ต่อการสร้างบุคลิกภาพและพฤติกรรมแก่เด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน โดยเด็กจะเรียนรู้พฤติกรรมต่างๆที่ พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์จากพ่อแม่ผู้ปกครองเป็นส่วนใหญ่ วิธีการอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมย่อม ส่งผลให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นพฤติกรรมความเป็นพ่อแม่ที่แสดงถึงการอบรมเลี้ยงดูที่ ขาดความอบอุ่น เช่น การเข้มงวดเกินไป การปล่อยปละละเลย การใช้วาจาและพฤติกรรมที่รุนแรง จะทำ ให้เด็กมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวมากขึ้น

Nelson et al. (2007) ศึกษาปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมในเด็กที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ และพฤติกรรม โดยทำการศึกษาในเด็กอนุบาลจำนวน 78 คน และเด็กประถมจำนวน 79 คน พบว่า ภาวะซึมเศร้าของมารดาเป็นปัจจัยทำนายทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็กมากขึ้น

Jellett et al. (2014) ทำการศึกษาบทบาทของครอบครัวรวมถึงปัญหาทางสุขภาพจิตของพ่อแม่ที่ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน โดยทำการศึกษาในพ่อแม่เด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนจำนวน 97 คน พบว่าภาวะซึมเศร้าของแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน โดยพ่อแม่จะมีความยากลำบากในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ รวมถึงการจัดการกับปัญหาต่างๆ มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์น้อยส่งผลต่อการปรับตัวของพ่อแม่และเด็ก มีความยากลำบากในการจัดการกับปัญหาของเด็ก ทำให้เด็กแสดงปัญหาพฤติกรรมเพิ่มขึ้น

Bauminger et al. (2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของพ่อแม่ที่ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่มีความสามารถในระดับดี (High functioning Autism) อายุ 8-12 ปี จากการศึกษาพบว่า พ่อแม่ที่มีความเครียดสูงจะเป็นปัจจัยทำนายที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมทั้งภายในและพฤติกรรมภายนอกของเด็กออทิสติก โดยความเครียดของพ่อแม่ส่งผลทำให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมมากขึ้นโดยเฉพาะด้านความสามารถทางสังคม อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาภาวะทางจิตกับเด็กโดยตรง

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยที่มีความเหมาะสมกับบริบทและปัญหาของเด็กออทิสติกและพ่อแม่ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยูวประสาทไวทยาลัย และเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถจัดการกระทำได้ ดังนี้

### 5.1 พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่

การเลี้ยงดูของพ่อแม่มีผลอย่างมากต่อสภาพอารมณ์ของเด็ก หากพ่อแม่มีอารมณ์ที่หนักแน่นมั่นคง เลี้ยงดูอย่างใจเย็นและตอบสนองต่อลูกอย่างเหมาะสม เด็กก็จะมีอารมณ์หนักแน่นมั่นคงไปด้วยเด็ก (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

Cohen et al (1977 อ้างใน วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์และคณะ 2556) กล่าวถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของพ่อแม่ต่อการเลี้ยงดูเด็กว่า ประกอบด้วยพฤติกรรม 5 มิติด้วยกัน ได้แก่ 1) ด้านการเคารพความเป็นตัวตนของเด็ก (respect for autonomy) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงบวกกับเด็ก การยอมรับและการให้อิสระแก่เด็ก 2) ด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง (child-centeredness) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงบวกกับเด็กโดยการแสดงความห่วงใยและการให้ความอบอุ่นแก่เด็ก 3) ด้านการเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ (consistency) หมายถึง ความมุ่งมั่นและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามกฎระเบียบและขั้นตอนข้อปฏิบัติต่างๆ 4) ด้านการทอดทิ้ง/ปล่อยปละละเลย (detachment) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงลบเมื่อพ่อแม่มีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก เช่นการ



ทอดทิ้งเด็ก โดยเฉพาะเมื่อพ่อแม่มีอารมณ์โกรธต่อเด็ก และ 5) การควบคุมมากจนละเอียด (control through guilt) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงลบเมื่อพ่อแม่มีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก การพยายามกำหนดพฤติกรรมของเด็กจนทำให้เด็กเกิดความรู้สึกผิด

Drabick et al (2006 อ้างใน นันทชา สงวนสกุลชัย, 2556) กล่าวว่าพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ หมายถึงรูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่มีต่อเด็ก ซึ่งประกอบด้วย การเลี้ยงดูที่ไม่เป็นมิตร การเลี้ยงดูแบบคงเส้นคงวา การเลี้ยงดูแบบมีระเบียบวินัย และการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยหรือทอดทิ้ง

Gau et al (2010) กล่าวว่าลักษณะพฤติกรรมของพ่อแม่เป็นรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเด็กออกทิสติก ประกอบด้วย การเลี้ยงดูแบบให้ความรักความเอาใจใส่ (affection/care) การเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไป (overprotection) และการเลี้ยงดูแบบเผด็จการ (authoritative controlling)

Daphne et al (2013) อธิบายว่ารูปแบบพฤติกรรมของพ่อแม่ ประกอบด้วย 3 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ (authoritative parenting style) 2) รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการ (authoritarian parenting style) และ 3) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบตามใจบุตร (Permissive parenting style)

Zhou & Yi (2014) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมของพ่อแม่มีการเลี้ยงดู 4 แบบ ได้แก่ 1) การเลี้ยงดูแบบที่พ่อแม่เป็นโค้ชหรือผู้ฝึกมากกว่าผู้ดูแล โดยพ่อแม่จะให้ความสำคัญกับการฝึกมากกว่าการเป็นผู้ดูแล 2) การเลี้ยงดูในฐานะที่เป็นพ่อแม่ อธิบายว่าความสัมพันธ์ของพ่อแม่และเด็กในแบบที่เป็นผู้ดูแลมากกว่าเป็นโค้ชหรือผู้ฝึก การดูแลรูปแบบนี้อาศัยการสร้างสัมพันธภาพกับเด็กก่อนแล้วจึงลงมือสอนเด็ก สิ่งสำคัญคือสอนเด็กให้คิด 3) พฤติกรรมเลี้ยงดูแบบสลับรูปแบบ อธิบายว่าพ่อแม่จะไม่มั่นคงในพฤติกรรมดูแลระหว่างบทบาทของผู้ดูแลและบทบาทโค้ชหรือผู้ฝึก และพยายามที่จะแสวงหาความสมดุลระหว่างบทบาทของตนเอง โดยพ่อแม่ลักษณะนี้เป็นความเจ็บปวดสำหรับการผลักดันให้เด็กฝึกอย่างเข้มข้นและยังรู้สึกไม่มีความสุขถ้าเด็กมีแรงจูงใจในการฝึคน้อย พ่อแม่ประเภทนี้เป็นพวกที่มีประสบการณ์และการรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำ และ 4) พ่อแม่ที่มีพฤติกรรมเลี้ยงดูแบบขาดพลังใจ ปราศจากความหวังอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งพ่อแม่จะมีการรับรู้เกี่ยวกับเด็กในเชิงลบ และในการศึกษานี้ยังอธิบายว่าอารมณ์ของพ่อแม่มีอิทธิพลอย่างมากต่ออาการของเด็ก โดยพ่อแม่ที่มีความวิตกกังวล โกรธ อารมณ์ที่ขุ่นมัวทำให้เด็กมีความเครียดและแสดงปัญหาพฤติกรรมมากขึ้น ในทางกลับกันปัญหาพฤติกรรมและอาการของเด็กทำให้พ่อแม่เกิดความกระวนกระวายและไม่สบายใจ

ในการวิจัยครั้งนี้ให้ความหมายของพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ หมายถึง วิธีการอบรมเลี้ยงดูของพ่อและแม่ที่กระทำต่อเด็กออทิสติก ในการสั่งสอนกฎระเบียบ อบรม ชี้นำ รวมถึงการขัดเกลาพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมที่แสดงออกที่เหมาะสม ประกอบด้วย ด้านความเคารพ ความเป็นตัวเด็ก ด้านการยึดตัวเด็ก ด้านยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง ด้านการเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ ด้านการไม่ทอดทิ้ง ด้านการไม่ควบคุมจนละเลย

### **ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่กับปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน**

พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่มีความสำคัญต่อการสร้างบุคลิกภาพและพฤติกรรมแก่เด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน โดยเด็กจะเรียนรู้พฤติกรรมต่างๆ ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์จากพ่อแม่ผู้ปกครองเป็นส่วนใหญ่ วิธีการอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมย่อมส่งผลให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ที่แสดงถึงการอบรมเลี้ยงดูที่ขาดความอบอุ่น เช่น การเข้มงวดเกินไป การปล่อยปละละเลย การใช้วาจาและพฤติกรรมที่รุนแรง จะทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว (Hudson and Rapee, 2001) อีกทั้งพ่อแม่ที่มีพฤติกรรมเลี้ยงดูเข้มงวดก็จะส่งผลให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมตามมา ซึ่งพ่อแม่ที่มีพฤติกรรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกของเด็ก เช่น การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Osborne et al, 2009)

Malijaars et al (2014) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ระหว่างเด็กที่เป็นออทิสติกอายุ 4-6 ปี กับเด็กที่เป็นโรคออทิสติก พบว่าพฤติกรรมพ่อแม่เด็กออทิสติกมีระเบียบวินัยในการอบรมเลี้ยงดูต่ำกว่าเด็กที่ไม่ใช่ออทิสติก ซึ่งการเลี้ยงดูแบบการมีระเบียบวินัยต่ำส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติกตามมา พ่อแม่ที่มีพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูเชิงบวก จะส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม

### **การประเมินพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่**

1) แบบประเมินพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ (The Parent's Report Scale) เป็นแบบสัมภาษณ์สำหรับพ่อแม่เพื่อประเมินลักษณะการปฏิบัติเลี้ยงดูของพ่อแม่ต่อเด็ก สร้างขึ้นโดย Cohen และคณะ (1997) แปลและเรียบเรียงฉบับภาษาไทยโดย วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์และคณะและสถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยดำเนินการแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ มีความเที่ยง = .71 มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นกลุ่มพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเคารพการเป็นตัวตนของเด็ก ด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง ด้านความเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ ด้านการไม่ทอดทิ้ง ด้านการไม่ควบคุมจนละเลย

2) แบบสำรวจรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู (Parent Style Rating Scale) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Baumrind (1969,1971) โดยพรหมทิพย์ ศิริวรรณบุศย์ และคณะ(2545) มีข้อวัด 99 ข้อ มีมาตรวัด 1-5 ประกอบด้วยข้อที่ประเมินรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู 4 ด้าน ดังนี้ 1)รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่(Authoritative) มีจำนวน 25 ข้อ 2)รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม(Authoritarian) มีจำนวน 26 ข้อ 3)รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบตามใจ (Permissive) มีจำนวน 23 ข้อ 4)รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง(Uninvolved) มีจำนวน 25 ข้อ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินพฤติกรรมความเป็นพ่อแม่ (The Parent's Report Scale) สร้างขึ้นโดย Cohen และคณะ (1997) แปลและเรียบเรียงฉบับภาษาไทยโดย วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิและคณะและสถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยศึกษาพฤติกรรมความเป็นพ่อแม่ 5 ด้าน ที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก ดังนี้ ด้านความเคารพการเป็นตัวตนของเด็ก ด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง ด้านความเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ ด้านการไม่ทอดทิ้ง ด้านการควบคุมมากจนละเอียด

## 5.2 ภาวะซึมเศร้าของแม่

Beck (1973 อ้างใน นันทชา สงวนสกุลชัย, 2556) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในด้านการเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ การเบี่ยงเบนด้านความคิดและการรับรู้ ความเบี่ยงเบนด้านร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งความเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ได้แก่ ความโศกเศร้าหดหู ร้องไห้ ไม่มีความสนใจในสิ่งต่างๆ การเบี่ยงเบนด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ตัดสินใจไม่ได้ บิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ หลีกหนีพฤติกรรมถดถอย มีความคิดฆ่าตัวตาย เพิ่มความคิดการพึ่งพาผู้อื่น ความคิดล่าช้า มีความพึงพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ ความเบี่ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมถดถอยหนี เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เชื่องช้าหรือกระวนกระวาย

ชรินทร์ กองสุข (2552) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติเกี่ยวกับกระบวนการคิด อารมณ์ และสังคม ทำให้กระทบชีวิตประจำวันและหน้าที่การงาน

กรมสุขภาพจิต (2554) กล่าวไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของอารมณ์ เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ มองโลกในแง่ร้าย โดยมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม ทำให้สูญเสียการงานและชีวิตประจำวัน

การวิจัยครั้งนี้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าของแม่ หมายถึง ภาวะความแปรปรวนของอารมณ์ ความผิดปกติของความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ซึ่งเกิดจากความบิดเบือนทั้งต่อ

ตนเองและสิ่งแวดล้อม แสดงออก ส่งผลต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ทำให้มีปัญหาการนอน การทำงาน มีความวิตกกังวล กระวนกระวายใจ คิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร น้ำหนักลด อาการทางระบบสืบพันธุ์และ/หรือ มีความคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ซึ่งมีอาการดังกล่าวติดต่อกันตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป

### **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของแม่กับปัญหาพฤติกรรมเด็กก่อนวัยเรียน**

ภาวะซึมเศร้าของแม่ (Maternal Depression) เป็นภาวะความผิดปกติของอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ที่แม่มีอารมณ์เศร้าและหงุดหงิดง่าย มักจะมีปฏิกริยารุนแรงกว่าที่ควรเมื่อเด็กทำผิด ความหงุดหงิดของแม่และการลงโทษที่รุนแรงอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เด็กโกรธและมีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

สุภาพ ชุณวีรัตน์ (2552) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของมารดาของเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 3-10 ปี พบว่ามารดามีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าประชากรปกติถึงร้อยละ 20

Nelson et al (2007) ศึกษาปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมในเด็กที่มีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม โดยทำการศึกษาในเด็กอนุบาลจำนวน 78 คน และเด็กประถมจำนวน 79 คน พบว่าภาวะซึมเศร้าของมารดาเป็นปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็ก

Jellett et al (2014) ทำการศึกษบทบาทของครอบครัวรวมถึงปัญหาทางสุขภาพจิตของพ่อแม่ที่ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กก่อนวัยเรียน โดยทำการศึกษาในพ่อแม่เด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 97 คน พบว่าภาวะซึมเศร้าของแม่มีอิทธิพลทางลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กก่อนวัยเรียน กล่าวคือ พ่อแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอิทธิพลทางลบต่อระบบของครอบครัว เช่น ยากต่อการตัดสินใจในสิ่งต่างๆและยากต่อการเป็นผู้สนับสนุนบุคคลอื่นๆในครอบครัว ยากลำบากต่อการจัดการปัญหาต่างๆรวมถึงปัญหาพฤติกรรมของเด็กและเมื่อจัดการกับปัญหาพฤติกรรมอย่างไม่เหมาะสมก็ส่งผลให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมมากขึ้น

### **การประเมินภาวะซึมเศร้า**

การประเมินภาวะซึมเศร้าได้มีผู้พัฒนาขึ้นหลายรูปแบบ สามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ การประเมินโดยผู้อื่นด้วยการสัมภาษณ์และสังเกต (interviewer and observer rated scales) และการวัดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง (self-rating Scales)

ประเภทที่ 1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสัมภาษณ์และสังเกต ได้แก่

1) แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) สร้างขึ้นโดย Hamilton (1960) จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ต่อมาได้มีการปรับปรุงในปี 1967 แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระยะแรก ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ โดย

ประเมินในแง่ของอาการทางการ อาการนอนไม่หลับ ความสามารถในการทำงานและความสนใจในกิจกรรมต่างๆ อารมณ์ความรู้สึกผิด ความเชื่อ่งช้าในการคิดและการพูด ความกระวนกระวาย ความวิตกกังวล และการรู้จักตนเอง ใช้เวลาในการทำแบบประเมิน 15 นาที ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .65 - .90 (Rehm et al. cited in Burt and IsHak, 2002) และมีค่าความตรงของเครื่องมือระหว่าง .80 - .90 (ABA cited in Burt and IsHak, 2002) ในแต่ละข้อได้แบ่งความรุนแรงของอาการออกเป็นตั้งแต่ 0-2 หรือ 0-4 แบบประเมินนี้มีข้อดี คือมีความไวต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงในโรคซึมเศร้า ผู้ที่ใช้แบบประเมินนี้ต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าย้อนหลังใน 1 สัปดาห์ สำหรับในประเทศไทยได้มีการพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยพัฒนาโดยนายแพทย์มานิช หล่อตระกูลและคณะ พ.ศ.2539 ตรวจสอบความเชื่อมั่นและความตรงของแบบวัด HAM-D มีค่าอยู่ระหว่าง .87 - .99 ค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาอยู่ระหว่าง 0.71- 0.75

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Montgomery Asberg Depression Rating Scales (MADRS) สร้างขึ้นโดย Montgomery and Asberg (1979) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ 1) เพื่อใช้วัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 2) เป็นเครื่องมือทั้งของจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้ประเมินไม่ต้องผ่านการอบรม โดยได้มีการนำมาใช้มากในประเมินอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา แบบประเมินนี้มี 10 ข้อ ใช้เวลาประเมิน 10 นาที เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ 0, 2, 4 และ 6 คะแนน การให้คะแนนจะให้คะแนนจากการสัมภาษณ์และสังเกตสภาพทางจิตผู้ป่วยด้วยการทดสอบหลายๆครั้ง แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .76 - .95 ประโยชน์ของแบบประเมินนี้ คือ เพื่อค้นหาความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงที่เกิดขึ้นพร้อมกับการรักษา เพราะอาจมีการวินิจฉัยผิดกับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา ข้อจำกัดคือแบบประเมินนี้ยังไม่ครอบคลุมนิยามภาวะซึมเศร้าที่ใช้กันในปัจจุบันและไม่กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนในการประเมินอาการซึมเศร้าที่ผู้ป่วยแสดง

ประเภทที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง

1) แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี ค.ศ. 1967 แบบประเมินสร้างขึ้นเพื่อวัดอาการแสดงออกของพฤติกรรมต่างๆที่แสดงออกในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นแบบประเมินที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเองโดยมีข้อคำถาม 21 ข้อ ครอบคลุมทั้งด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกายและการทำกิจกรรม แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการ

ทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามมีความครอบคลุมนิยามภาวะซึมเศร้าของ Beck โดยสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ โดยในขณะนั้น Beck ได้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Spearman-Brown correlation ในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

2) แบบประเมิน Thai Depression Inventory (TDI) เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนนประเมินโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .858

ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดยนายแพทย์มานิช หล่อตระกูลและคณะ พ.ศ.2539 เนื่องจากแบบประเมินนี้มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า สามารถใช้ในประชาชนปกติทั่วไปและมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่จะศึกษา

### 5.3 ความเครียดของพ่อแม่

Rogers (1951 อ้างใน เศรษฐพงษ์ นวะมะรัตน์, 2555) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะของจิตที่บุคคลรู้สึกว่าจะตนเองถูกคุกคามแล้วทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล กระสับกระส่าย สับสน และไม่แน่ใจทิศทาง อันเป็นผลมาจากที่บุคคลมีความไม่สอดคล้องระหว่างโครงสร้างตน ทำให้เกิดกระบวนการทางจิตจะตั้งเอากลไกการป้องกันตนเองออกมาใช้ โดยมีลักษณะที่บิดเบือนการรับรู้ที่ไม่ยืดหยุ่นผิดพลาด เกิดความวิตกกังวลเกิดการไม่ยอมรับในพฤติกรรมบางส่วนของตนเองซึ่งจะเป็นผลให้ยิ่งรู้สึกถูกคุกคามมากขึ้น

Selye (1956 อ้างใน เศรษฐพงษ์ นวะมะรัตน์, 2555) ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า ความเครียด หมายถึง กลุ่มอาการที่ร่างกายแสดงปฏิกิริยาสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและสารเคมีเพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น ปฏิกิริยาตอบสนองเหล่านี้จะแสดงออกในรูปของการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ซึ่งนำไปสู่อาการต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

Lazarus (1971) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะของความไม่สมดุลที่เกิดขึ้นชั่วคราว ซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้ หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคามโดยที่การรับรู้หรือการประเมินนั้นเป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมในสังคมในการทำงาน ในธรรมชาติและเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต กับปัจจัยภายในของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยทัศนคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต ตลอดจนความต้องการของบุคคลนั้น

กรมสุขภาพจิต (2547) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกกว่าตนเองถูกคุกคาม ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ กังวลใจ สับสน เกิดความไม่สมดุล ซึ่งเป็นผลมาจากการที่บุคคลรับรู้ หรือประเมินสิ่งที่ผ่านเข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดการตั้งกลไกป้องกันตนเองมาใช้ เพื่อทำให้ความรู้สึกถูกกดดันเหล่านั้นคลายลงและกลับเข้าสู่สมดุลอีกครั้งหนึ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ความเครียดของพ่อแม่ หมายถึง สภาวะทางร่างกายและจิตใจของบุคคล ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ทั้งต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่คุกคาม ทำให้เกิดความไม่พอใจหรือทุกข์ใจ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสิ่งเร้าต่างๆเหล่านั้น ซึ่งความเครียดดังกล่าวอาจส่งผลก่อให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างร่างกายและจิตใจ

#### **ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของพ่อแม่กับปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน**

Baker et al (2003) ที่ศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับความเครียดของพ่อแม่กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าก่อนวัยเรียนอายุ 3-4ปี จำนวน205คน พบว่าเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะมีปัญหาพฤติกรรมสูงกว่าเด็กที่ไม่มีพัฒนาการล่าช้า และพบว่าพ่อแม่จะมีความเครียดสูงกว่าด้วยเช่นกัน

Bauminger et al. (2010) ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของพ่อแม่ที่ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งภายในและพฤติกรรมที่แสดงออกภายนอกของเด็กออทิสติก พบว่า พ่อแม่ที่มีความเครียดสูงจะเป็นปัจจัยทำนายที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมที่เกิดจากภายใน เช่น มีอารมณ์เศร้า วิตกกังวลง่าย แยกตัว พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมที่เกิดภายนอก เช่น ทำให้เด็กมีพฤติกรรมเกรี้ยวกร้าว ซน ไม่นิ่งมากขึ้น อีกทั้งความเครียดของพ่อแม่ยังส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการช้าขึ้น โดยเฉพาะด้านความสามารถทางสังคม และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาภาวะทางจิตกับเด็กโดยตรง และยังพบว่าพ่อแม่ของเด็กออทิสติกมีความเครียดสูงกว่าพ่อแม่ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าทั่วไป

Eisenhower et al (2005) ทำการศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 215 คนใน 5 กลุ่มโรค ประกอบด้วย เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการทั่วไป (typically developing) โรคพัฒนาการล่าช้าแบบไม่เฉพาะเจาะจง (undifferentiated developmental delay) โรคดาวน์ซินโดรม (Down syndrome) โรคออทิสติก (autism) และโรคสมองพิการ (cerebral palsy) พบว่าเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนและเด็กโรคสมองพิการจะมีปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรงมากกว่าเด็กโรคอื่นๆ นอกจากนั้นยังมีรายงานด้วยว่าพ่อแม่ของเด็กออทิสติกมีความเครียดมากกว่าพ่อแม่ของเด็กกลุ่มโรคอื่นด้วย

Herring et al. (2006) ทำการศึกษาในเด็กออทิสติกและเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า อายุ 20-51 เดือน จำนวน 123 คน เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กและความเครียดของพ่อแม่ ได้อธิบายว่าปัญหา

อารมณ์และพฤติกรรมของเด็กสนับสนุนให้พ่อแม่เกิดความเครียดที่สูงขึ้น และหากไม่มีการจัดการกระทำกับความเครียดของพ่อแม่ จะส่งผลให้พ่อแม่ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ส่งผลต่อเนื่องกับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมเด็ก ซึ่งจะทำให้เด็กมีปัญหาเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นและผู้ใหญ่ และปัญหาจะยังคงอยู่ต่อไป

จากการศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับความเครียดของพ่อแม่ และภาวะจิตใจของมารดาเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน จำนวน 51 คน กับเด็กพัฒนาการช้า จำนวน 23 คน เมื่อเปรียบเทียบความเครียดของมารดาเด็กออทิสติกกับเด็กพัฒนาการช้า พบว่ามารดาเด็กออทิสติกมีความเครียดสูงกว่ามารดาของเด็กพัฒนาการช้า และมารดาเด็กออทิสติกจะมีความทุกข์ทางจิตใจความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และในรายงานยังแสดงให้เห็นว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทั้งความเครียดของมารดาและความเป็นทุกข์ทางจิตใจของมารดา (NIH Public Access, July 2009)

#### การประเมินความเครียดของพ่อแม่

1. แบบประเมินความเครียดของผู้ปกครองของโรงพยาบาลสวนปรุง แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test ; SPST) เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถตอบได้ด้วยตนเอง ตามข้อความที่ตรง กับความรู้สึกหรือประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ตอบโดยผู้ตอบต้องอ่านหนังสือได้จะเหมาะกับคนในวัยทำงานหรือวัยเรียน (โดยคำถามที่เกี่ยวกับงาน จะเปลี่ยนเป็นเรื่องเรียนแทน) แบบวัดความเครียดสวนปรุงจะมี 3 ชุด คือ ชุด 102 ข้อ 60 ข้อ และ 20 ข้อ แต่ละข้อมี 5 คำตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามต่าง ๆ ที่ศึกษาสภาวะความเครียด 3 ประเด็น คือ 1) วัดระดับความไวต่อความเครียดจำนวน 12 ข้อ 2) วัดที่มาหรือสาเหตุที่ทำให้เครียด จำนวน 24 ข้อ และ 3) วัดอาการของความเครียด จำนวน 24 ข้อ แบ่งความเครียดออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง และระดับสูงมาก การให้คะแนน โดยให้ผู้ตอบอ่านคำถามแล้วสำรวจดูว่าในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับผู้ตอบบ้าง ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ แต่ถ้ามีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับผู้ตอบให้ประเมินว่าผู้ตอบ มีความ รู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น แล้วให้เครื่องหมายในช่อง นั้น ๆ การให้คะแนนของแบบวัดความเครียดสวนปรุง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นที่ .70

2. แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS) แบบวัดนี้สร้างขึ้นโดย Cohen, Kamarck, & Mermelstein ในปี ค.ศ. 1983 สำหรับประเทศไทยปราณี มิ่งขวัญได้นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย ในปี 2542 มีจำนวนข้อคำถาม 14 ข้อ โดยผู้ตอบแบบสอบถามสามารถทำแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกใน 1 เดือนที่ผ่านมา การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนมี 5 ระดับ แบ่งตามความรู้สึก โดยประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 7 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 7 ข้อ และการแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ช่วงคะแนน 14-32 หมายถึง มี



ความเครียดระดับต่ำ ช่วงคะแนน 33-51 หมายถึง มีความเครียดระดับกานกลาง และช่วงคะแนน 52-70 หมายถึง มีความเครียดระดับสูง เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.72

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบวัดการรับรู้ความเครียดของพ่อแม่ (Perceived Stress Scale: PSS) ที่สร้างขึ้นโคเฮน แคมมาร์ค และ เมอร์เมลสตัน ในปี ค.ศ. 1983 และแปลเป็นภาษาไทยโดยปราณี มิ่งขวัญ ฉบับภาษาไทย ปี 2542 เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงต่อภาวะเครียดและมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่จะศึกษา

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Eisenhower et al. (2005) ทำการศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 215 คนใน 5 กลุ่มโรค ประกอบด้วย เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการทั่วไป (typically developing) โรคพัฒนาการล่าช้าแบบไม่เฉพาะเจาะจง (undifferentiated developmental delay) โรคดาวน์ซินโดรม (Down syndrome) โรคออทิสติก (autism) และโรคสมองพิการ (cerebral palsy) พบว่าเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนและเด็กโรคสมองพิการจะมีปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรงมากกว่าเด็กโรคอื่น ๆ นอกจากนั้นยังมีรายงานด้วยว่าพ่อแม่ของเด็กออทิสติกมีความเครียดมากกว่าพ่อแม่ของเด็กกลุ่มโรคอื่นด้วย

Hartley et al. (2008) ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของปัจจัยเสี่ยงด้านปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก อายุ 1.5 ถึง 5.8 ปี จำนวน 169 คนโดยให้พ่อแม่ประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็ก พบว่าเด็กออทิสติกในช่วง 3ขวบปีแรกจะมีปัญหาพฤติกรรมในด้านพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมด้านสมาธิ และพฤติกรรมก้าวร้าว และโดยรวมจะพบปัญหาพฤติกรรมแยกตัวในเด็กออทิสติกมากที่สุด

Herring et al. (2006) ทำการศึกษาในเด็กออทิสติกและเด็กที่มีพัฒนาการช้า อายุ 20-51 เดือน จำนวน 123 คน ที่มีปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กและความเครียดของพ่อแม่ พบว่าปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กมีผลต่อความเครียดของมารดา ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ปกครอง และเกิดการบกพร่องในการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ ได้อธิบายว่าปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กสนับสนุนให้พ่อแม่เกิดความเครียดที่สูงขึ้น และหากไม่มีการจัดการกับความเครียดของพ่อแม่ จะส่งผลให้พ่อแม่ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ส่งผลต่อเนื่องกับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมเด็ก ซึ่งจะทำให้เด็กมีปัญหาเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นและผู้ใหญ่ และปัญหาจะยังคงอยู่ต่อไป ดังนั้น ควรให้ความสำคัญและมีความจำเป็นในการจัดการกับความเครียดของพ่อแม่ของเด็กเหล่านี้เพื่อเป็นการลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

Cohen et al. (1977 อ้างใน วชิรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์และคณะ 2556) กล่าวถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของพ่อแม่ต่อการเลี้ยงดูเด็กว่า ประกอบด้วยพฤติกรรม 5 มิติด้วยกัน ได้แก่ 1) ด้านการเคารพความเป็นตัวตนของเด็ก (respect for autonomy) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงบวกกับเด็ก การยอมรับและการให้อิสระแก่เด็ก 2) ด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง (child-centeredness) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงบวกกับเด็กโดยการแสดงความห่วงใยและการให้ความอบอุ่นแก่เด็ก 3) ด้านการเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ (consistency) หมายถึง ความมุ่งมั่นและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามกฎระเบียบและขั้นตอนข้อปฏิบัติต่างๆ 4) ด้านการทอดทิ้ง/ปล่อยปละละเลย (detachment) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงลบเมื่อพ่อแม่มีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก เช่นการทอดทิ้งเด็ก โดยเฉพาะเมื่อพ่อแม่มีอาการซึมเศร้าต่อเด็ก และ 5) การควบคุมมากจนละเอียด (control through guilt) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงลบเมื่อพ่อแม่มีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก การพยายามกำหนดพฤติกรรมของเด็กจนทำให้เด็กเกิดความรู้สึกผิด

Malijaars et al. (2014) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมความเป็นพ่อแม่และปัญหาพฤติกรรมในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นออทิสติก อายุ 4-6 ปี จำนวน 552 คน กับในเด็กที่ไม่เป็นออทิสติก จำนวน 437 คน โดยแนวคิดนี้ได้อธิบายว่า พฤติกรรมความเป็นพ่อแม่แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ 1) พฤติกรรมความเป็นพ่อแม่โดยทั่วไป ประกอบด้วย พฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวก พฤติกรรมการให้รางวัล พฤติกรรมการเลี้ยงดูแบบมีกฎระเบียบ พฤติกรรมการเลี้ยงดูแบบมีวินัย พฤติกรรมการเลี้ยงดูโดยมีการลงโทษที่รุนแรง 2) พฤติกรรมความเป็นพ่อแม่ของเด็กออทิสติกที่เหมาะสม ประกอบด้วย การกระตุ้นพัฒนาการ และการปรับสภาพแวดล้อม ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกจากแนวคิดนี้ แบ่งเป็น 2 ลักษณะด้วยกัน คือ 1) พฤติกรรมที่เกิดจากภายใน (internalizing) เช่น พฤติกรรมด้านอารมณ์ โดยเด็กจะมีภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน เช่น การแยกตัว 2) พฤติกรรมที่แสดงออกภายนอก (externalizing) เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ชนไม่ตั้งใจ ไม่มีสมาธิ และลักษณะนิสัยเกเร จากแนวคิดนี้สามารถประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกได้จากแบบประเมิน พฤติกรรมเด็ก (Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) โดยประเมินจากลักษณะปัญหาของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านพฤติกรรมเกเร (Conduct Problem) 2) ด้านพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง (Hyperactivity) 3) ด้านปัญหาทางอารมณ์ (Emotional Problem) และ 4) ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน (Peer Problem) ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมพ่อแม่เด็กออทิสติกมีระเบียบวินัยในการอบรมเลี้ยงดูต่ำกว่าเด็กที่ไม่เป็นออทิสติก ซึ่งการเลี้ยงดูแบบการมีระเบียบวินัยต่ำส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติก

Baker et al. (2003) ที่ศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับความเครียดของพ่อแม่กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าก่อนวัยเรียนอายุ 3-4 ปี จำนวน 205 คน พบว่าเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะมีปัญหาพฤติกรรมสูงกว่าเด็กที่ไม่มีพัฒนาการล่าช้า และพบว่าพ่อแม่ที่มีความเครียดสูงกว่าด้วยเช่นกันและจากการศึกษาของ Eisenhower et al (2005) ที่ศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 215 คนใน 5 กลุ่มโรค ประกอบด้วย เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการทั่วไป (typically developing) โรคพัฒนาการล่าช้าแบบไม่เฉพาะเจาะจง (undifferentiated developmental delay) โรคดาวน์ซินโดรม (Down syndrome) โรคออทิสติก (autism) และโรคสมองพิการ (cerebral palsy) พบว่าเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนและเด็กโรคสมองพิการจะมีปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรงมากกว่าเด็กโรคอื่นๆ นอกจากนั้นยังมีรายงานด้วยว่าพ่อแม่ของเด็กออทิสติกมีความเครียดมากกว่าพ่อแม่ของเด็กกลุ่มโรคอื่นด้วย

Bauminger et al. (2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของพ่อแม่ที่ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก โดยทำการศึกษาในเด็กออทิสติกที่มีความสามารถระดับดี อายุ 8-12 ปี โดยอธิบายว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนนั้นประกอบด้วย 2 ลักษณะด้วยกัน คือ 1) พฤติกรรมที่เกิดจากภายใน (internalizing) เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล การเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดจากภาวะจิตใจ และปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน แยกตัว 2) พฤติกรรมที่แสดงออกภายนอก (externalizing) เช่น พฤติกรรมเกราะ ก้าวร้าว ขนโม่ง ไม่มีสมาธิ และลักษณะนิสัยแบบรุนแรง แสดงออกโดยการทำลายข้าวของ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น จากการศึกษาพบว่า พ่อแม่ที่มีความเครียดสูงจะเป็นปัจจัยทำนายที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมทั้งภายในและพฤติกรรมภายนอกของเด็กออทิสติก โดยความเครียดของพ่อแม่ส่งผลทำให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมมากขึ้นโดยเฉพาะด้านความสามารถทางสังคม อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาภาวะทางจิตกับเด็กโดยตรง และยังพบว่าพ่อแม่ของเด็กออทิสติกมีความเครียดสูงกว่าพ่อแม่ของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการช้าทั่วไปบุคคลอื่น

Nelson et al. (2007) ศึกษาปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมในเด็กที่มีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม โดยทำการศึกษาในเด็กอนุบาลจำนวน 78 คน และเด็กประถมจำนวน 79 คน พบว่าภาวะซึมเศร้าของมารดาเป็นปัจจัยทำนายทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็กมากขึ้น

Jellett et al. (2014) ทำการศึกษาบทบาทของครอบครัวรวมถึงปัญหาทางสุขภาพจิตของพ่อแม่ที่ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน โดยทำการศึกษาในพ่อแม่เด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนจำนวน 97 คน พบว่าภาวะซึมเศร้าของแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน กล่าวคือ พ่อแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอิทธิพลทางลบต่อ

ระบบของครอบครัว เช่น ยากต่อการตัดสินใจในสิ่งต่างๆและยากต่อการเป็นผู้สนับสนุนบุคคลอื่นๆในครอบครัวด้วยเช่นกัน

สุภาพ ชุณวิรัตน์ (2552) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก อายุ 3-10 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของมารดาเด็กออทิสติก คือ ร้อยละ 20 ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.001$  ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สุขภาพเด็ก สถานที่รักษา ปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่ทำให้มารดากังวล และปัญหาของเด็กที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.01$  มารดาเด็กออทิสติกที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ พบว่า มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำในด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น และการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองมากกว่าด้านอื่น

Gau et al. (2010) ได้ศึกษาลักษณะพฤติกรรมของพ่อแม่ในไต้หวัน เกี่ยวกับพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูเด็กออทิสติก โดยศึกษาในเด็กออทิสติกอายุ 3-12 ปี จำนวน 134 คน โดยอธิบายว่ารูปแบบพฤติกรรมการเลี้ยงดูประกอบด้วย การเลี้ยงดูแบบให้ความรักความเอาใจใส่ (affection/care) การเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไป (overprotection) และการเลี้ยงดูแบบเผด็จการ (authoritative controlling) พบว่าพ่อแม่เด็กออทิสติกจะมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไป และพฤติกรรมการเลี้ยงดูแบบเผด็จการ ซึ่งลักษณะการเลี้ยงดูทั้ง 2 แบบนี้ส่งผลให้เด็กออทิสติกแสดงปัญหาพฤติกรรมมากขึ้นกว่าในกลุ่มพี่น้องของเด็ก อีกทั้งยังพบว่าแม่ของเด็กออทิสติกในไต้หวันจะมีการศึกษาน้อยกว่าและมีโอกาสถูกจ้างงานน้อยกว่าในกลุ่มแม่ของเด็กทั่วไป

Osborne et al. (2007) ศึกษาถึงพฤติกรรมของพ่อแม่กับปัญหาของเด็กออทิสติกอายุ 5-16 ปี จำนวน 72 คน พบว่าพ่อแม่ที่มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูลูกแบบเข้มงวดส่งผลให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมตามมา อีกทั้งพ่อแม่ที่มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกของเด็ก

Hudson and Rapee, (2001) ศึกษาความสัมพันธ์ที่เป็นไปได้ระหว่างภาวะวิตกกังวลและการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่ปฏิบัติต่อเด็ก ได้แก่ การเลี้ยงดูแบบควบคุม และการเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง โดยทำการศึกษาในกลุ่มพ่อแม่ และเด็กที่มีภาวะวิตกกังวล จำนวน 43 คน เด็กที่มีพฤติกรรมดี ต่อต้านจำนวน 20 คน และเด็กที่ไม่มีอาการทางคลินิก จำนวน 32 คน พบว่าการเลี้ยงดูของพ่อแม่มีความสำคัญต่อการสร้างบุคลิกภาพและพฤติกรรมแก่เด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน โดยเด็กจะเรียนรู้

พฤติกรรมต่างๆที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์จากพ่อแม่ผู้ปกครองเป็นส่วนใหญ่ วิธีการอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมย่อมส่งผลให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ที่แสดงถึงการอบรมเลี้ยงดูที่ขาดความอบอุ่น เช่น การเข้มงวดเกินไป การปล่อยปละละเลย การใช้วาจาและพฤติกรรมที่รุนแรง จะทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวมากขึ้น

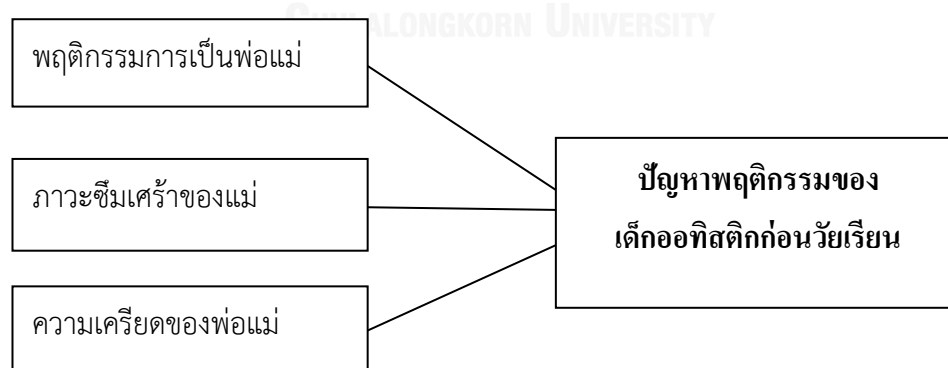
Zhou & Yi. (2014) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมของพ่อแม่มีรูปแบบการเลี้ยงดู 4 แบบ ได้แก่ 1) การเลี้ยงดูแบบที่พ่อแม่เป็นโค้ชหรือผู้ฝึกมากกว่าผู้ดูแล โดยพ่อแม่จะให้ความสำคัญกับการฝึกมากกว่าการเป็นผู้ดูแล 2) การเลี้ยงดูในฐานะที่เป็นพ่อแม่ อธิบายว่าความสัมพันธ์ของพ่อแม่และเด็กในแบบที่เป็นผู้ดูแลมากกว่าเป็นโค้ชหรือผู้ฝึก การดูแลรูปแบบนี้อาศัยการสร้างสัมพันธภาพกับเด็กก่อนแล้วจึงลงมือสอนเด็ก สิ่งสำคัญคือสอนเด็กให้คิด 3) พฤติกรรมการเลี้ยงดูแบบสลับรูปแบบ อธิบายว่าพ่อแม่จะไม่มั่นคงในพฤติกรรมการดูแลระหว่างบทบาทของผู้ดูแลและบทบาทโค้ชหรือผู้ฝึก และพยายามที่จะแสวงหาความสมดุลระหว่างบทบาทของตนเอง โดยพ่อแม่ลักษณะนี้เป็นความเจ็บปวดสำหรับการผลักดันให้เด็กฝึกอย่างเข้มข้นและยังรู้สึกไม่มีความสุขถ้าเด็กมีแรงจูงใจในการฝึกน้อย พ่อแม่ประเภทนี้เป็นพวกที่มีประสบการณ์และการรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำ และ 4) พ่อแม่ที่มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูแบบขาดพลังใจ ปราศจากความหวังอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งพ่อแม่จะมีการรับรู้เกี่ยวกับเด็กในเชิงลบ และในการศึกษานี้ยังอธิบายว่าอารมณ์ของพ่อแม่มีอิทธิพลอย่างมากต่ออาการของเด็ก โดยพ่อแม่ที่มีความวิตกกังวล โกรธ อารมณ์ที่ขุ่นมัวทำให้เด็กมีความเครียดและแสดงปัญหาพฤติกรรมมากขึ้น ในทางกลับกันปัญหาพฤติกรรมและอาการของเด็กทำให้พ่อแม่เกิดความกระวนกระวายและไม่สบายใจ

ดุชฎี โยเหลา (2535 อ่างใน ศิริกุล อิศรานุกฤษ และ ปราณีย์ สุทธิสุนทร, 2550) ได้สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย ที่เป็นงานวิจัย ตั้งแต่ปี 2524-2531 ที่มีรายชื่อปรากฏ อยู่ในดัชนีปริญญาณิพนธ์ของมหาวิทยาลัยใน กรุงเทพมหานคร 5 แห่ง คือ มหาวิทยาลัยรามคำแหง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และมหาวิทยาลัยมหิดล จำนวนทั้งสิ้น 29 เรื่อง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการอบรมเลี้ยงดูของ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 10 เรื่อง งานวิจัยที่คัดเลือกเป็นงานวิจัยที่มีตัวแปรการอบรมเลี้ยงดูเป็นตัวแปรต้น หรือตัวแปรทำนาย วิเคราะห์ข้อมูลโดย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ F.ratio, t-ratio, ไคสแควร์ และเครื่องมือวัดตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม เครื่องมือที่มีความเชื่อมั่น ปานกลาง และสูง (ดัชนีความเชื่อมั่น .60 ขึ้นไป) จากคุณลักษณะ ดังกล่าวทำให้เหลืองานวิจัยที่มาวิเคราะห์ 37 เรื่อง ผลการศึกษา พบว่า 1) การอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม หรือแบบ เข้มงวดกวดขัน จะมีผลดีต่อพัฒนาการด้าน บุคลิกภาพและสังคมบาง

ตัวแปร ความซื่อสัตย์ การมีสัมมาคารวะ การรู้จักบาปบุญคุณโทษ การใช้เหตุผล เชิงจริยธรรม การมีวินัยในตนเอง ส่วนการอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย หรือแบบไม่ใช้เหตุผล จะมีผลทางลบต่อพัฒนาการด้านบุคลิกภาพและ จิตสังคม ทำให้เด็กควบคุมอารมณ์ของตนเอง ไม่ได้ขาดจุดมุ่งหมายของชีวิต มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน และก้าวร้าว 2) การอบรมเลี้ยงดูทางบวก ได้แก่ การเลี้ยงดู แบบประชาธิปไตย แบบใช้เหตุผล แบบรัก สนับสนุน มีผลทางบวก กับตัวแปรด้านบุคลิกภาพ และสังคม ลักษณะเหตุผลเชิงจริยธรรมของเด็ก และลักษณะพึงตนเอง ควบคุมตนเอง

เสาวนีย์ บัวลา (2556) ศึกษาผลของการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี และผู้ปกครอง ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยพลัมภ์ จำนวน 40 คน เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมชน ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก หลังการได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว น้อยกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมชน ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติกที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## 7. กรอบแนวคิดในการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ในลักษณะของการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน

#### ประชากร

- 1) เด็กออทิสติก อายุ 3-5 ปี ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
- 2) พ่อหรือแม่ของเด็กออทิสติก ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วย เด็กออทิสติกและพ่อหรือแม่ของเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

##### เกณฑ์ในการคัดเลือกของเด็กออทิสติก

1. เด็กออทิสติกทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ว่าเป็นโรคออทิสติก (Autism spectrum disorders) ตามเกณฑ์ DSM - IV และมีอายุระหว่าง 3-5 ปี

##### เกณฑ์ในการคัดเลือกของพ่อหรือแม่

1. พ่อหรือแม่ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติกดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป
2. สามารถพูด ฟังและอ่านภาษาไทยได้
3. เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีวิธีการคำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) ดังนี้

$$N = 10k+50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}, k = \text{จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N = (10 \times 4) + 50$$

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ 90 คน เพื่อป้องกันการ drop out จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก 20 คน ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประชากรทั้งสิ้น จำนวน 110 คน

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเด็กออทิสติก

1. กำหนดโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ที่มีบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลและอื่นๆ ให้บริการอย่างต่อเนื่องทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย คือ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

2. แบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจกลุ่มประชากรที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ในปี 2558 โดยคิดตามสัดส่วนประชากร ดังนี้

ผู้ป่วย	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ผู้ป่วยใน	155 คน	จำนวน 28 คน
ผู้ป่วยนอก	460 คน	จำนวน 82 คน
รวม	615 คน	จำนวน 110 คน

เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 2 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2558 ถึง วันที่ 26 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 เก็บข้อมูลจนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 110 คน

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยใช้วิธีเลือกเด็กออทิสติกและพ่อหรือแม่ของเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษารักษาของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้ากลุ่มตัวอย่างจนครบ



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน (n=110)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	86	78.2
หญิง	24	21.8
<b>อายุ (ปี) Mean±S.D. (Min-Max)</b>		
3 - 3.9 ปี	57	51.8
4 - 4.9 ปี	49	44.6
5 ปี	4	3.6
<b>จำนวนบุตรในครอบครัว</b>		
1	60	54.5
2	38	34.5
3	9	8.2
4	2	1.8
5	1	1.0
<b>ผู้ป่วยเป็นบุตรลำดับที่</b>		
1	74	67.3
2	29	26.3
≥ 3	7	6.4
<b>การรักษาในปัจจุบัน</b>		
ไม่ได้รับยา	64	58.2
ได้รับ	46	41.8
<b>ระยะเวลาที่ใช้ยา (เดือน)</b>		
0 -5	90	81.8
6 -12	10	9.1
> 12	10	9.1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพ่อแม่เด็กออทิสติก (n=110)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	16	14.5
หญิง	94	85.5
<b>อายุ (ปี)</b> Mean±S.D. (Min-Max)	34.68±7.17	(21-55)
21-30 ปี	32	29.0
31-40 ปี	61	55.5
41-50 ปี	17	15.5
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	97	88.2
หม้าย/หย่า/แยก	13	11.8
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	7	6.4
มัธยมศึกษา	39	35.5
ปวช/ปวส	23	20.9
อนุปริญญา	4	3.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	37	33.6
<b>อาชีพ</b>		
รับราชการ	3	2.7
รัฐวิสาหกิจ	5	4.5
ค้าขาย	17	15.5
รับจ้าง	29	26.4
แม่บ้าน/ว่างงาน	56	50.9
<b>ความสัมพันธ์กับเด็ก</b>		
บิดา	16	14.6
มารดา	94	85.4

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้นเอง โดยพ่อหรือแม่เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กก้อทิสติก ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค จำนวนพี่น้อง การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพ่อหรือแม่เด็กก้อทิสติก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1

**ส่วนที่ 2 คือ แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม (Strength and Difficulties Questionnaire-SDQ)** พัฒนาจากต้นฉบับของ Goodman (1997) ฉบับแปลและพัฒนาโดยยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และพรรณพิมล วิปุลากร พ.ศ.2546 โดยพ่อหรือแม่เป็นผู้ทำแบบประเมิน เป็นแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมในเด็ก 3-16 ปี ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวกและคำถามข้อที่เป็นปัญหา โดยสามารถจัดกลุ่มเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มพฤติกรรมด้านอารมณ์จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่1,3,8,13,16 2.) กลุ่มพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่2,4,10,15,20 3). กลุ่มพฤติกรรมเกรง จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่5,7,9,12,18 และ 4.) กลุ่มพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่6,11,14,17,19 คิดคะแนนความรุนแรงของปัญหาโดยใช้คะแนนรวมของทุกด้านในการหาความสัมพันธ์ โดยคะแนนสูงหมายถึงเด็กปัญหาพฤติกรรมมาก มีความเที่ยงของเครื่องมือ = .71 และมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.96

การแปลผลคะแนน รวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ ดังนี้

เกณฑ์คะแนน	ปกติ	เสี่ยง	มีปัญหา
<b>คะแนนรวม</b>	<b>0-13</b>	<b>14-16</b>	<b>17-40</b>
คะแนนพฤติกรรมด้านอารมณ์	0-3	4	5-10
คะแนนพฤติกรรมเกรง	0-2	3	4-10
คะแนนพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง	0-5	6	7-10
คะแนนพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน	0-2	3	4-10

ส่วนที่ 3 คือ แบบประเมินพฤติกรรมกรการเป็นพ่อแม่ (The parent's report Scale) สร้างขึ้นโดย Cohen และคณะ(1997) โดยบิดาหรือมารดาเป็นผู้ทำแบบประเมิน เป็นแบบสัมภาษณ์สำหรับพ่อหรือแม่แม่เพื่อประเมินลักษณะการปฏิบัติของพ่อแม่ต่อเด็ก แปลและเรียบเรียงฉบับภาษาไทยโดย วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์และคณะ พ.ศ. 2556 ดำเนินการแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ โดยอาจารย์สถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .71 และมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 จำนวนข้อคำถามมี 20 ข้อ เป็นกลุ่มพฤติกรรมกรการเป็นพ่อแม่ แบ่งเป็น 5 ด้าน ๆละ 4 ข้อ ประกอบด้วย

พฤติกรรมกรการเป็นพ่อแม่	จำนวนข้อ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ด้านความเคารพความเป็นตัวเด็ก	4	3, 12, 13, 18	-
ด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง	4	-	1, 8,9,14
ด้านการเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ	4	4	5, 6,19
ด้านการทอดทิ้ง/ปล่อยปละละเลย	4	11	2,10, 17
ด้านการควบคุมมากจนละอาย	4	-	7,15,16,20

เครื่องมือเป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ (Likert Rating Scale) โดยให้คะแนนเป็น 0-6 คะแนน มีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

ระดับความเห็น	คะแนนข้อความทางบวก	คะแนนข้อความทางลบ
ผู้ตอบปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ	6	0
ผู้ตอบปฏิบัติเกือบสม่ำเสมอ	5	1
ผู้ตอบปฏิบัติอยู่บ่อยๆ	4	2
ผู้ตอบปฏิบัติบางครั้ง	3	3
ผู้ตอบปฏิบัตินานๆครั้ง	2	4
ผู้ตอบแทบจะไม่ปฏิบัติเลย	1	5
ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติเลย	0	6

โดยด้านการทอดทิ้ง/ปล่อยปละละเลย และการควบคุมมากจนละอาย ต้องมีการกลับคะแนนก่อน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-120 คะแนน คิดคะแนนรวมพฤติกรรมกรการเป็นพ่อแม่โดยใช้คะแนนรวมของทุกด้านในการหาความสัมพันธ์ โดยคะแนนสูงแสดงถึงพฤติกรรมกรการเป็นพ่อแม่ที่เหมาะสมมาก

**ส่วนที่ 4 คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแม่ (Hamilton Rating Scale for Depression: HRM-D)** สร้างขึ้นโดย Hamiton (1960) จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ต่อมาในปี ค.ศ. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินหรือผู้สังเกต ของแบบประเมินระหว่าง .65 ถึง .90 (Rahm et al. cited in Burt & Is Hak, 2002) และมีค่าความตรงของเครื่องมือโดยมีค่าความสัมพันธ์ระหว่าง HAM-D กับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอื่นที่ใช้ผู้สัมภาษณ์หรือสังเกตด้วยกันระหว่าง .80 ถึง .90 (APA cited in Burt & Is Hak, 2002) สำหรับและประเทศไทยได้แปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทย โดยนายแพทย์มานิช หล่อตระกูล และคณะ ในปี พ.ศ. 2539 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .94 โดยแม่ของเด็กออทิสติกเป็นผู้ทำแบบสอบถาม

การแปลผลคะแนน โดยการนำคะแนนรวมกันทุกข้อและแปลผลระดับภาวะซึมเศร้า ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับภาวะซึมเศร้า
0-7 คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
8-12 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
13-17 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
18-29 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง
30 คะแนนขึ้นไป	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก

**ส่วนที่ 5 คือ แบบประเมินความเครียดของพ่อแม่ (Perceived Stress Scale: PSS)** แบบวัดนี้สร้างขึ้นโดย Cohen, Kamarck, & Mermelstein ในปี ค.ศ. 1983 สำหรับประเทศไทย ปรภาณี มิ่งขวัญได้นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย ในปี 2542 โดยพ่อหรือแม่เป็นผู้ทำแบบสอบถาม ข้อคำถามมีจำนวน 14 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วน มี 5 อันดับ แบ่งตามความรู้สึก โดยข้อ 4,5,6,7,9,10 และ 13 เป็นคำถามทางบวก และส่วน 7 ข้อที่เหลือเป็นคำถามทางลบ และในการศึกษาใช้คะแนนรวมในการหาความสัมพันธ์ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .82 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 มีกำหนดคะแนนดังนี้

ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เคย ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
นานๆครั้ง ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
บางครั้ง ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
บ่อยครั้ง ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
เกือบทุกครั้ง ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ช่วงคะแนน 14-32	หมายถึง	มีความเครียดระดับต่ำ
ช่วงคะแนน 33-51	หมายถึง	มีความเครียดระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 52-70	หมายถึง	มีความเครียดระดับสูง

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวชเด็กจำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวชเด็กที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปีจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN) จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ให้ข้อเสนอแนะพิจารณาความสอดคล้องในด้านต่างๆ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า  $CVI \geq 0.80$  (Polit & Hungler, 2006)

ผลการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ทั้ง 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและพ่อหรือแม่ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1

ส่วนที่ 2 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .80

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเป็นพ่อแม่ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแม่ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .94

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเครียดของพ่อแม่ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงปรับแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดยมีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือส่วนที่ 2 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม

ข้อที่ 3 จากข้อความเดิม “มักบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้องหรือไม่สบาย” แก้เป็น “มักแสดงอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไม่สบาย”

ข้อที่ 11 จากข้อความเดิม “มีเพื่อนสนิท” แก้เป็น “เล่นกับเพื่อนวัยเดียวกันหรือวัยใกล้เคียงกัน”

ข้อที่ 13 จากข้อความเดิม “ดูไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย” แก้เป็น “ดูไม่มีความสุข เบื่ออาหาร ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ร้องไห้บ่อย”

เครื่องมือส่วนที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ

ด้านที่ 1 การพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร

ข้อที่ 1 จากข้อความเดิม “รู้จักชื่อตนเอง” แก้เป็น “รู้จักชื่อตนเองหรือหันมองเมื่อถูกเรียกชื่อ”

ข้อที่ 4 จากข้อความเดิม “สามารถพูดได้ 1 คำต่อหนึ่งครั้ง” แก้เป็น สามารถพูดได้ 1 คำ ต่อการพูดหนึ่งครั้ง

ด้านที่ 2 ด้านสังคม

ข้อที่ 1 จากข้อความเดิม “เหมือนกับอยู่ในเปลือกหอย คุณไม่สามารถเข้าถึงได้” แก้เป็น “เหมือนอยู่ในโลกส่วนตัว คุณไม่สามารถเข้าถึงได้”

เครื่องมือส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ข้อที่ 16 จากข้อความเดิม “น้ำหนักลดน้อยกว่า 1 ปอนด์ ใน 1 สัปดาห์” แก้เป็น “น้ำหนักลดน้อยกว่า 0.45 กิโลกรัม ใน 1 สัปดาห์”

จากข้อความเดิม “น้ำหนักลดมากกว่า 1 ปอนด์ ใน 1 สัปดาห์” แก้เป็น “น้ำหนักลดมากกว่า 0.45 กิโลกรัม ใน 1 สัปดาห์”

จากข้อความเดิม “น้ำหนักลด มากกว่า 2 ปอนด์ ใน 1 สัปดาห์” แก้เป็นและ “น้ำหนักลด มากกว่า 0.9 กิโลกรัม ใน 1 สัปดาห์”

## 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยและพ่อแม่เด็กออทิสติกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง .7 - .8 (DeVellis, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้

แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม เท่ากับ .75

แบบประเมินพฤติกรรมความเป็นพ่อแม่ เท่ากับ .90

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแม่ เท่ากับ .75

แบบประเมินความเครียดของพ่อแม่ เท่ากับ .82

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการ บริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

3. ภายหลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผู้วิจัยเข้าพบและนัดหมายหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการนำแบบประเมินไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน และได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคออทิสติกตามคุณสมบัติ โดยการแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อพ่อหรือแม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นใบยินยอมก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 พ่อหรือแม่เด็กออทิสติกทำแบบประเมินด้วยตนเอง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม แบบประเมินความเครียดของพ่อแม่ และแบบประเมินพฤติกรรมความเป็นพ่อแม่ ซึ่งใช้เวลาคนละประมาณ 45 นาที ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยในกรณีที่พ่อแม่ผู้ป่วยมองเห็นไม่ชัดเจนหรือไม่สะดวกในการอ่านแบบประเมิน ผู้วิจัยจะช่วยอ่านแบบประเมินให้ผู้ป่วยฟังจนเข้าใจ

4.2 เครื่องมือที่ผู้วิจัยเป็นผู้สอบถาม ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแม่ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ



### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากการที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูล เกี่ยวกับโครงร่างของงานวิจัยและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขอพบพ่อหรือแม่ และแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ได้แก่ การได้รับความเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ การพิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงประโยชน์ของการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุงการพยาบาลในอนาคต และผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์ และพยาบาล ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมจะไม่มีเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง หากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่ต้องการตอบแบบสอบถามต่อ สามารถขอถอนตัวได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ ความเครียดของพ่อแม่ และปัญหาพฤติกรรม โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรระหว่าง ความเครียดของพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ กับปัญหาพฤติกรรม โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์  $r$  ใช้เกณฑ์ดังนี้ (Hinkle 1998, p.118)

ค่า $r$	ระดับของความสัมพันธ์
.90 - 1.00	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
.70 - .90	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
.50 - .70	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
.30 - .50	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
.00 - .30	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

เครื่องหมาย +,- หน้าตัวเลขสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จะบอกถึงทิศทางของความสัมพันธ์ โดยที่หาก

- r มีเครื่องหมาย + หมายถึง การมีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางเดียวกัน (ตัวแปรหนึ่งมีค่าสูง อีกตัวหนึ่งจะมีค่าสูงไปด้วย)
- r มีเครื่องหมาย - หมายถึง การมีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางตรงกันข้าม (ตัวแปรหนึ่งมีค่าสูง ตัวแปรอีกตัวหนึ่งจะมีค่าต่ำ)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน ได้แก่ พฤติกรรมเกร พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านอารมณ์ และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน ได้แก่ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และความเครียดของพ่อแม่ โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกร พฤติกรรมชนไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน

**ส่วนที่ 2** ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และความเครียดของพ่อแม่

**ส่วนที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และความเครียดของพ่อแม่ กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน

ส่วนที่ 1 ปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน จำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกร พฤติกรรมชนไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนของปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน จำแนกเป็นรายด้าน (n=110 )

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน	$\bar{X}$	SD	แปลผล
พฤติกรรมด้านอารมณ์	2.35	1.84	ปกติ
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง	6.54	2.05	มีปัญหา
พฤติกรรมเกร	2.42	1.24	เสียง
พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน	4.76	2.24	มีปัญหา
รวม	16.06	4.91	มีปัญหา

จากตารางที่ 3 พบว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนปัญหาพฤติกรรมเฉลี่ยเท่ากับ 16.06 คะแนน ซึ่งแปลผลได้ว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนอยู่ในระดับมีปัญหา และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมจำแนกรายด้าน พบปัญหาพฤติกรรมที่มีมากที่สุดคือ ด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (คะแนนเฉลี่ย 6.54 : ระดับมีปัญหา) รองลงมาคือ ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน (คะแนนเฉลี่ย 4.76 : ระดับมีปัญหา) พฤติกรรมเกร (คะแนนเฉลี่ย 2.42 : ระดับเสียง) และพฤติกรรมด้านอารมณ์ (คะแนนเฉลี่ย 2.35 : ระดับปกติ)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยคัดสรรค์ ได้แก่ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และความเครียดของพ่อแม่

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน จำแนกเป็นรายด้าน (n=110 )

พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ด้านการควบคุมมากจนล้าอาย	2.42	1.44	ปานกลาง
ด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง	2.43	0.84	ปานกลาง
ด้านการเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ	2.43	0.84	ปานกลาง
ด้านความเคารพความเป็นตัวเด็ก	3.70	1.18	ปานกลาง
ด้านการทอดทิ้ง/ปล่อยปละละเลย	4.38	1.04	สูง
รวม	3.25	0.44	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่เฉลี่ยเท่ากับ 3.25 คะแนน ซึ่งแปลผลได้ว่า พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่จำแนกรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ที่ดีที่สุดคือ ด้านการทอดทิ้ง/ปล่อยปละละเลย (คะแนนเฉลี่ย 4.38) รองลงมาคือ ด้านความเคารพความเป็นตัวเด็ก (คะแนนเฉลี่ย 3.70)

**ตารางที่ 5** จำนวน ร้อยละ ของแม่เด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้าของแม่ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนภาวะซึมเศร้าของแม่ (n=110)

ภาวะซึมเศร้าของแม่	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0-7	52	47.3		
เล็กน้อย	8-12	26	23.6		
ปานกลาง	13-17	18	16.4		
รุนแรง	18-29	14	12.7		
<b>รวม</b>		110	100.0	9.65	5.57

จากตารางที่ 5 พบว่า แม่ของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนไม่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวน 52 ราย (ร้อยละ 47.3) และมีภาวะซึมเศร้ารวมจำนวน 58 ราย (ร้อยละ 52.7) โดยซึมเศร้ารระดับรุนแรงจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 12.7) รองลงมาคือซึมเศร้ารระดับปานกลางจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 16.4) และซึมเศร้ารระดับเล็กน้อยจำนวน 26 ราย (ร้อยละ 23.6) โดยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าของแม่เฉลี่ยเท่ากับ 9.65 คะแนน ซึ่งแปลผลได้ว่า ภาวะซึมเศร้าของแม่เด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนอยู่ในระดับเล็กน้อย

**ตารางที่ 6** จำนวน ร้อยละ ของพ่อแม่เด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนจำแนกตามระดับความเครียดของพ่อแม่ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความเครียดของพ่อแม่ (n=110)

ความเครียดของพ่อแม่	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
ต่ำ	14-32	24	21.8		
ปานกลาง	33-51	83	75.5		
สูง	52-70	3	2.7		
<b>รวม</b>		110	100.0	38.15	7.58

จากตารางที่ 6 พบว่า พ่อแม่ของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.5 มีความเครียดระดับต่ำ ร้อยละ 21.8 และมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 2.7 โดยคะแนนความเครียดของพ่อแม่เฉลี่ยเท่ากับ 38.15 คะแนน ซึ่งแปลผลได้ว่า ความเครียดของพ่อแม่เด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และความเครียดของพ่อแม่ กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และความเครียดของพ่อแม่ กับปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน (n=110)

ปัจจัย	ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน				
	อารมณ์	ไม่นิ่ง	เกร	เพื่อน	รวมทุกด้าน
พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่	-0.167	-0.153	-0.047	-0.180	-0.221*
ด้านความเคารพความเป็นตัวเด็ก	0.092	-0.243*	0.037	-0.084	-0.096
ด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง	-0.054	-0.083	0.104	-0.096	-0.073
ด้านการเสมอต้นเสมอปลาย	-0.054	-0.083	0.104	-0.096	-0.073
ในกฎระเบียบ					
ด้านการทอดทิ้ง/ปล่อยปละละเลย	-0.173	-0.069	-0.184	-0.181	-0.223*
ด้านอายุ					
ด้านการควบคุมมากจน	-0.247*	0.006	-0.058	-0.048	-0.127
ภาวะซึมเศร้าของแม่	0.114	0.107	0.048	0.188*	0.185
ความเครียดของพ่อแม่	0.153	0.076	0.110	0.194	0.204*

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 7 พบว่า พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมโดยรวมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.221$ ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและปัญหาพฤติกรรมเกร และปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความเคารพความเป็นตัวเด็ก พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.243$ ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกร และปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน

ด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมในทุกด้าน  
 ด้านการเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมทุก  
 ด้าน

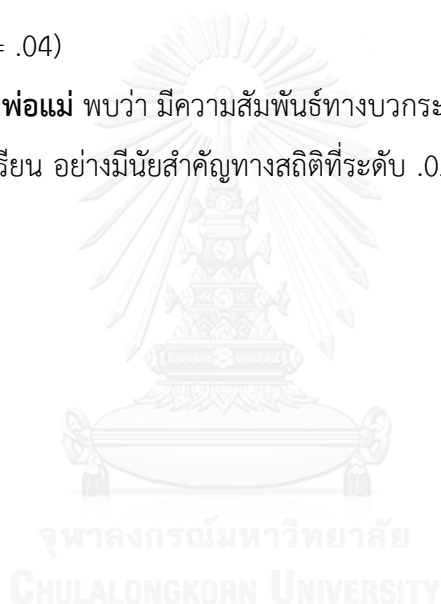
ด้านการทอดทิ้ง/ปล่อยปละละเลย พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับปัญหา  
 พฤติกรรมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.223$ )

ด้านการควบคุมมากจนละเอียด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมในทุกด้าน

**ภาวะซึมเศร้าของแม่** พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก

แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ภาวะซึมเศร้าของแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับ  
 ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  
 ระดับ .05 ( $r = .188, p = .04$ )

**ความเครียดของพ่อแม่** พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมโดยรวม  
 ของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .204, p = .04$ )





## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research Design) เพื่อศึกษาปัจจัย พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และความเครียดของพ่อแม่ กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน สามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน ได้แก่ พฤติกรรมเกรง พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านอารมณ์ และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน ได้แก่ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และความเครียดของพ่อแม่

#### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน
2. ภาวะซึมเศร้าของแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน
3. ความเครียดของพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กออทิสติก อายุ 3-5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของDSM IV และพ่อหรือแม่เด็กออทิสติกที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ

เด็กออทิสติก อายุ 3-5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM IV และพ่อหรือแม่ที่พาเด็กออทิสติกมารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวนทั้งหมด 99 ราย ได้รับการคัดเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกของเด็กออทิสติก

1. เด็กออทิสติกทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 3-5 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเป็นโรคออทิสติก (Autism spectrum disorders) ตาม DSM - IV

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกของพ่อหรือแม่

1. พ่อหรือแม่ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป
2. สามารถพูด ฟังและอ่านภาษาไทยได้
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Thorndike (1978) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$N = 10k + 50$  (เมื่อ  $N$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง,  $k$  = จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา) (Thorndike 1978 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 4 ตัวแปร ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 90 คน และเพื่อป้องกันการ drop out จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก 20 คน การศึกษาครั้งนี้จึงได้ประชากรทั้งสิ้น จำนวน 110 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 5 ชุด คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กและพ่อหรือแม่ มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ โดยแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น
2. แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม (Strength and Difficulties Questionnaire-SDQ) พัฒนาจากต้นฉบับของ Goodman (1997) ฉบับแปลและพัฒนาโดยยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และพรรณพิมล วิบูลากร พ.ศ.2546 มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ โดยพ่อหรือแม่เป็นผู้ทำแบบประเมินด้วยตนเอง
3. แบบประเมินพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ (The Parent's Report Scale) สร้างขึ้นตามแนวคิด Cohen และคณะ (1997) แปลและเรียบเรียงฉบับภาษาไทยโดย วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์และคณะ และสถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับจาก

ภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับ โดยพ่อหรือแม่เป็นผู้ทำแบบประเมินด้วยตนเอง

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแม่ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของนายแพทย์มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ โดยแม่เป็นผู้ทำแบบประเมินด้วยตนเอง

5. แบบประเมินความเครียดของพ่อแม่ (Perceived Stress Scale: PSS) แบบวัดนี้สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cohen, Kamarck, & Mermelstein (1983) ได้รับการแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยปราณี มิ่งขวัญ (2542) มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ โดยพ่อหรือแม่เป็นผู้ทำแบบประเมินด้วยตนเอง

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เพื่อขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนหรือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนหรือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

3. ผู้วิจัยเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 2 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 26 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

4. จัดเตรียมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS มีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ ความเครียดของพ่อแม่ และปัญหาพฤติกรรม โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรระหว่าง ความเครียดของพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ กับปัญหาพฤติกรรม โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

### สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. เด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมีปัญหาร้อยละ 48.2 โดยมีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนมากที่สุด รองลงมาคือพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมเกร และพฤติกรรมทางอารมณ์ (ร้อยละ 69.1, 53.6, 19.1 และ 13.6 ตามลำดับ)

2. พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก ออทิสติกก่อนวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = -.221$ )

3. ความเครียดของพ่อแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก ออทิสติกก่อนวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = .204$ )

4. ภาวะซึมเศร้าของแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาพฤติกรรม และปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรม ของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

**1. ศึกษาปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน ได้แก่ พฤติกรรมเกร พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านอารมณ์ และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน**

จากผลการศึกษาพบว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 48.2 เมื่อจำแนกรายด้าน พบปัญหาพฤติกรรม ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Marjaars et al (2014) ที่พบว่าเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนมักจะมีปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนมากที่สุดถึง ร้อยละ 70.9 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hartley et al (2008) ที่พบว่าเด็กออทิสติกในช่วง 3 ขวบปีแรกจะมีปัญหาพฤติกรรมในด้านพฤติกรรมแยกตัวจากเพื่อน พฤติกรรมด้านสมาธิ และพฤติกรรมก้าวร้าว และโดยรวมในเด็กออทิสติกวัยนี้ จะพบปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน คือ เด็กจะมีลักษณะแยกตัวมากที่สุด ทั้งนี้พบว่าเด็กออทิสติกจะมีการบกพร่องด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนทางสังคมในลักษณะที่แตกต่างกัน หากมีความบกพร่องด้านความสัมพันธ์

กับเพื่อนมากเด็กจะแยกตัวอย่างเด่นชัด ไม่สนใจใคร เด็กบางคนติดผู้ใหญ่หรือผู้เลี้ยงดูบางคนเท่านั้น ไม่สนใจเด็กวัยเดียวกันยอมให้คนแปลกหน้าอุ้มโดยไม่กลัว (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2545) จากการสัมภาษณ์พ่อแม่เด็กด้วยตนเองพบว่าเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่เด็กจะมีปัญหาด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในระดับมาก คือจะแสดงพฤติกรรมไม่สนใจคนรอบข้าง ติดคนเลี้ยง ไม่ค่อยสนใจเล่นกับเพื่อนในวัยเดียวกันอย่างชัดเจน

## 2. ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน ได้แก่ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และความเครียดของพ่อแม่

2.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน พบว่า พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ด้านความเคารพความเป็นตัวเด็ก พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่มีนัยสำคัญของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ด้านการไม่ทอดทิ้ง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Osborne et al (2009) ที่พบว่า พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ที่เลี้ยงดูแบบเข้มงวดส่งผลทางลบทำให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมตามมา อีกทั้งพ่อแม่ที่มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกของเด็ก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเด็กที่ถูกผู้ดูแลเลี้ยงดูอย่างเข้มงวดมากเกินไปอาจส่งผลให้เด็กเกิดความเครียด ส่งผลถึงอารมณ์ของเด็ก อีกทั้งวิธีการอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมย่อมส่งผลให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ที่แสดงถึงการอบรมเลี้ยงดูที่ขาดความอบอุ่น เช่น การเข้มงวดเกินไป การปล่อยปละละเลย การใช้วาจาและพฤติกรรมที่รุนแรง จะทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว (Hudson and Rapee, 2001) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน

2.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของแม่กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน พบว่า ภาวะซึมเศร้าของแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมโดยรวมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน ผลการวิจัยครั้งนี้จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 อาจเนื่องมาจากในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าของแม่ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ภาวะซึมเศร้าของแม่ในเด็กออทิสติกนั้นเกิดมาเป็นระยะเวลาานานสัมพันธ์กับพฤติกรรม

ของเด็กออทิสติกที่เกิดขึ้นมานานเช่นกัน แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ภาวะซึมเศร้าของแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติกในด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .188, p = .04$ ) โดยแม่ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะมีความพร้อมด้านการจัดการกับอารมณ์ของตนเองจึงส่งผลต่อการดูแลเด็กที่ไม่เหมาะสม มีส่วนทำให้เด็กออทิสติกแสดงปัญหาด้านพฤติกรรมมากขึ้น (Rachel et al., 2014) โดยพบว่าแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่มี ความมั่นคงทางอารมณ์ และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จนส่งผลต่อการดูแลเด็กและทำให้เด็กเกิดความสับสนจนเกิดปัญหาพฤติกรรมตามมา (Nelson et al., 2007) โดยเฉพาะปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่พบมากที่สุดของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนซึ่งอยู่ในระดับมีปัญหา และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า แม่ของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนมีภาวะซึมเศร่าระดับปานกลางและระดับสูง ซึ่งเป็นระดับที่ควรได้รับการบำบัดรักษา รวมกันถึงร้อยละ 29.1 อีกทั้งจากการศึกษา ยังพบว่ามารดาของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนมีภาวะซึมเศร่าระดับสูง ร้อยละ 12.7 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุภาพ ชุณวิรัตน์ (2552) ที่พบว่ามารดาของเด็กออทิสติกอายุระหว่าง 3-10 ปี มีความชุกของภาวะซึมเศร่าถึงร้อยละ 20

2.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของพ่อแม่กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน พบว่า ความเครียดของพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมโดยรวมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.204, p=.04$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker et al (2003) ที่พบว่า การที่พ่อแม่หรือผู้ดูแลมีความเครียดในระดับสูงจะมีส่วนทำให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่เลวลง อีกทั้งพ่อแม่ที่มีความวิตกกังวล โกรธ อารมณ์ที่ขุ่นมัวจะทำให้เด็กมีความเครียดและแสดงปัญหาพฤติกรรมมากขึ้น (Zhou & Yi, 2014) ทั้งนี้พบว่าเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนจะมีปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรงมากกว่าเด็กโรคอื่นๆ นอกจากนั้นยังมีรายงานด้วยว่าพ่อแม่ของเด็กออทิสติกมีความเครียดมากกว่าพ่อแม่ของเด็กกลุ่มโรคอื่นด้วยเช่นกัน (Eisenhower et al., 2005) และในทางกลับกันก็พบว่าเด็กออทิสติกนั้นมีปัญหาพฤติกรรมสูงกว่าเด็กที่ไม่มีพัฒนาการล่าช้า และพบว่าพ่อแม่ของเด็กออทิสติกจะมีความเครียดสูง (Baker et al., 2003) และยังมีรายงานว่าพ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนจะมีความเครียด ความทุกข์ทางจิตใจความวิตกกังวลสูงกว่าพ่อแม่เด็กที่มีพัฒนาการช้าอื่นๆ และในรายงานยังแสดงให้เห็นว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทั้งความเครียดของมารดาและความเป็นทุกข์ทางจิตใจของมารดา (NIH Public Access, July 2009) ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าความเครียดของพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรม

ของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาและนำเสนอถึงปัจจัยของพ่อแม่ที่มีผลต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน สามารถนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการพยาบาล ในการส่งเสริม ป้องกันปัญหาพฤติกรรมที่อาจเกิดในอนาคต ทั้งนี้ควรมีการประเมินสภาพปัญหาของพ่อแม่ที่อาจส่งผลต่อการดูแลเด็กและควรให้การพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม

2. จากการศึกษาพบว่า เด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนที่มีปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมชนไม่นิ่งซึ่งส่งผลกระทบต่อเมื่อเข้าสู่ระบบการศึกษาทำให้เด็กมีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และด้านสมาธิ ความต่อเนื่องในการเรียนและการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ซึ่งจะส่งผลต่อการเรียนและสังคมของเด็กตามมา พยาบาลในฐานะผู้ดูแลเด็กออทิสติกโดยตรงจึงควรมีการวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัวและโรงเรียนถึงปัญหาของเด็กรวมถึงร่วมกันหาแนวทางป้องกันแก้ไขอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อเด็กสูงสุด

### ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยในครอบครัวด้านพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และความเครียดของพ่อแม่ ที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนในรูปแบบวิจัยเชิงปัจจัยทำนาย เพื่อสามารถวางแผนการ จัดกระทำได้อย่างเหมาะสม

2. ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของมารดา ใช้แบบสอบถามที่ประเมินอาการของภาวะซึมเศร้าย้อนหลัง 2 สัปดาห์ ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของมารดาในระยะยาว เนื่องจากภาวะซึมเศร้าของแม่มีมากขึ้นเป็นระยะเวลานานซึ่งสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *คู่มือการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กัลยาณี อินตะสิน. (2550). *การศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกในระดับปฐมวัยจากการจัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวประกอบการเล่นเกม*. ปรินญาณิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาศิลปะ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- งานสถิติโรงพยาบาลอุวะประสาทไวทยโปลัมภ์. (2553). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี*. สมุทรปราการ : โรงพยาบาลอุวะประสาทไวทยโปลัมภ์.
- จุฑามาส วิโรจน์อนันต์, จตุรพร แสงกุล และพรพรวต ลมประเสริฐ. (2548). *ออทิสซึม*. สงขลา นครินทร์เวชสาร, 24 (4) , 325-332.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2544). *การพยาบาลเด็กออทิสติก*. เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช.198-205.นนทบุรี:สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2546). *มาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเด็กออทิสติกสำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลจิตเวช*. สมุทรปราการ: ช.แสงงามการพิมพ์ สมุทรปราการ.
- จริยา จุฑาภิลิทธิ์ และ นิรชา เรืองดารกานนท์. (2551). *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก*. กรุงเทพมหานคร : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง 1:205-223
- จิราพร ศรีเจริญกาญจน์. (2551). *แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมออทิสซึม*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาญวิทย์ พรนภดลนนท์. (2545). *Autism and the Pervasive Developmental Disorders*. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ปียอน เอ็นเตอร์ไพรด์.
- ดารุณี งามขำ. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นภาคตะวันออก*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ดุขฎี โยเหลา. (2535). *รายงานการวิจัย.เรื่องการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทยโดยใช้การวิเคราะห์เมต้า*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 1-69
- ธรรณิทร์ กองสุขและคณะ. (2549). *การประเมินโรคซึมเศร้าการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ*.



อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.

- นฤมล ขวัญศรี. (2541). การศึกษาบทบาทของผู้ปกครองในการให้ความช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกเริ่มแก่เด็กออทิสติกระดับปฐมวัยในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิตภาควิชาประถมศึกษาคณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาฎยพรรณ ภิญโญ. (2545). ความรู้สึกต่อภาระการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- นันทชา สงวนสกุลชัย. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ภาควิชาจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิชรา เรืองดารกานนท์. (2551). ตำราพัฒนาการและพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โฮลิสติก.
- ปวีดา โพธิ์ทอง. (2557). การศึกษาภาวะสุขภาพของเด็กออทิสติก ความรู้และความเครียดของผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่ได้รับบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษ เขต 5 จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี, 25(2), 26-40.
- มนัสวี จำปาเทศ. (2546). การศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุนนิชัย, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(4), 235-246.
- พราวพรรณ เหลืองสุวรรณ. (2537). ปฐมวัยศึกษา : กิจกรรมและสื่อการสอนเพื่อฝึกทักษะพัฒนาการและการเรียนรู้. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เพ็ญแข ลิ้มศิลา. (2545). การวินิจฉัยโรคออทิสซึม . สมุทรปราการ:โรงพิมพ์ ช.แสงงามการพิมพ์
- เพ็ญแข ลิ้มศิลา. (2550). 40 ปี โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ 84 พรรษาพระบารมีที่ระลึก 40 ปี โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, พรรณพิมล วิจุลากร, สุภาวดี นวลมณี, โฉมกัญ เวิร์นเนอร์ และอภิชัย มงคล. (2551). แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (SDQ ฉบับภาษาไทย) : การเปลี่ยนแปลงและแนวทางการใช้. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 19(2), 128-134.

- วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ. (2556). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีปัญหาพฤติกรรมร่วมกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วินัดดา ปิยะศิษฐ์ และ พนม เกตุมาน. บรรณาธิการ. (2545). *จิตเวชเด็กและวัยรุ่น*. นนทบุรี: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วรวรรณ จุฑา. (2548). *การศึกษาออทิสซึมในประเทศไทยและการดูแลรักษาแบบบูรณาการในระดับประเทศ*. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ : 13(1), 10-16.
- ศรียรรณา พูลสรรพสิทธิ์, เบญจพร ปัญญาสงค์, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, ประยุกต์ เสรีเสถียร และ ศิริกุล อิศรานุกูล และ ปราวณี สุทธิสุนทร. (2550). *การอบรมเลี้ยงดูเด็ก*. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 5(1).
- สมทรง สุวรรณเลิศ และ วันชัยไชยสิทธิ์. (2540). *คู่มือแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (Manual for the Thai Youth Checklist (TYC))*. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สุภาพ ชุมวิรัตน์. (2552). *ความชุกของภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก อายุ 3-10 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. วิทยานิพนธ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. (2540). *แบบวัดความเครียดสวนปรุง*. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เสาวนีย์ บัวลา. (2556). *ผลของการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วีพรีน
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, บรรณาธิการ. (2557). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. นครปฐม : ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2545). *ช่วยลูกออทิสติก*. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.

## ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of American Psychiatric Publishing, Inc.*
- Baker, B.L., McIntyre, L.L., Blacher, J., Cnic, K., Edelbrock, C., and Low, C. (2003). *Preschool children with and without developmental delay: behavior problems and parenting stress over time.* Journal of Intellectual Disability Research, 47(4), 217-230.
- Bauminger, N., Solomon, M., & Rogers, S.J. (2010). *Externalizing and internalizing behaviors in ASD.* Autism Research. 3, 101-112.
- Maljaars. J., Boonen. H., Lambrechts. G., Zink. I., Leeuwen. K. V., Noens. I. (2014). *Behavior problems among school-aged children with autism spectrum disorder: Associations with children's communication difficulties and parenting behaviors.* Research in Autism Spectrum Disorders, 8, 716-725.
- Dabick, A. G. D., Gadow, K.D. & Sprafkin, J. J. (2006). *Co-occurrence of conduct disorder and Depression in a clinic-based sample of boys with ADHD.* Journal of child with psychology and psychiatry. 47(8), 766-774.
- Daphne, J. V. S., Anoek, M. O., Saskia, W. R., Marcel, A. G. A., Jan, K. B., and Nanda, N. J. R. (2013). *Are parental autism spectrum disorder and/or attention-deficit/Hyperactivity disorder symptoms related to parenting styles in families with ASD(+ADHD) affected children.* Eur Child Adolesc Psychiatry, 22, 671-681.
- Denham, S. A., Workman, E., Cole, M. P., Weissbrod, C., Kendziora, T. K., and Zahn-Waxler, C. (2000). *Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: The role of parental socialization and emotion expression.* Development and Psychopathology, 12, 23-45.
- Dossy, D. M. (2001). *Holistic nursing : Talking your practice to the next level.* Nursing clinic of north America, 36(1), 1-14
- Elsabbagh, M., Divan, G., Hoh, K. J., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcin, C. (2012). *Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorder.* Autism Res, 5,160-79
- Eisenhower, A. S., Baker, B. L., & Blacher, J. (2005). *Preschool children with intellectual disability: Syndrome specificity,behaviour problems, and*

- maternal well-being*. Journal of Intellectual Disability Research, 49(9), 657–671.
- Gardner, F., and Shaw, D, S. (2008). *Behavioral Problems of Infancy and Preschool Children (0-5)*. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 882-893.
- Gau, S. S., Chou, M. C., Lee, J. C., Wong, C. C., Chou, W. J., Soong, W. T. and Wu, Y. Y. (2010). *Behavioral problems and parenting style among Taiwanese children with autism and their siblings*. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 64, 70-78.
- Goodman, R. (1997). *The strengths and Difficulties Questionnaire : A Research Note*. J Child Psychol. Psychiat, 38(5), 581-586.
- Goodman, R. and Scott, S. (1997). *Child Psychiatry*. Oxford: Blackwell Science.
- Goodman R. (2001). *Psychometric properties of the strengths and difficulty questionnaire*. Journal of the America Academic of Child and Adolescent Psychiatry, 40(11): 1337- 1345.
- Goodman, R., and Scott, S. (2012). *Child and Adolescent Psychiatry*. Third Edition. Publishing.
- Goydon, J. (2013). *Preventing Autism*. John Wiley & Sons, Inc.
- Guttmanova, K., Szanyi, J, M., and Cali, P, W. (2007). *Internalizing and Externalizing Behavior Problem Scores: Cross-Ethic and Longitudinal Measurement Invariance of the Behavior Problem Index*. Educational and Psychological Measurement.
- Hartley, S. L., Sikora, D. M., & McCoy, R. (2008). Prevalence and risk factors of maladaptive behaviour in young children with Autistic Disorder. Journal of Intellectual Disability Research, 52(10), 819–829.
- Hastings, R. P., and Brown, T. (2002). *Behavior Problems of Children With Autism, Perental Self-Efficacy, and Mental Health*. American journal on mentalhealth retardation, 3, 222-232.
- Herring S, Gray K, Taffe J, Tonger B, Sweeney D, Einfeld S. (2009). *Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning*. Journal of Intellect Disability Research, 50, 74-82.

- Hudson, J.L. and Rapee, R.M. (2001). *Parent and child interaction and anxiety disorder an observation study*. Behavior Research and therapy, 39(12), 1411-1427.
- Jellett, R., Wood, C. E., Giallo, R., and Seymour, M. (2015). *Family functioning and behavior problems in children with Autism Spectrum Disorders: The mediating role of parent mental health*. Clinical Psychologist, 19, 39-48.
- Lazarus, R.S. (1971). "The Concept of Stress and Disease" *Society Stress and Disease*. 1(1971) : 47-52.
- Maljaars, J., Boonen, H., Lambrechts, G., Leeuwen, K. V., and Neons, I. (2013). *Maternal parenting behavior problems in families of children and adolescents with spectrum disorder*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 44, 501-512.
- Maskey, M., Warnell, F., Parr, J. R., Le Couteur, A., & McConachie, H. (2013). *Emotional and behavioral problems in children with autism spectrum disorder*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 43(4), 851–859.
- Matson, J. L., Rieseke, R. D., and Williams, L. W. (2013) *The relationship between autism spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview*. Research in Developmental Disabilities, 34, 2475-2484.
- Nelson, R. J., Stage, S., Duppong-Hurley, K., Synhorst, L., and Epstein, M.H.(2007). *Risk Factors Predictive of the Problem Behavior of Children At Risk for Emotional and Behavioral Disorders*. Council for Exceptional Children, 73(3), 367-379
- Osborne, A. L., McHugh, L., Saunders, J., and Reed, P. (2009). *A possible contra-indication for early diagnosis of Autistic Spectrum Conditions: Impact on parenting stress*. Research in Autism Spectrum Disorders. Vol 2.707–715.
- Schopler, E., Bourgondien, M. E. V., and Bristol, M. (1993). *Preschool Issues in Autism*. New York: A Division of Plenum Publishing Corporation.
- Stuart, M. and McGrew, J. H. (2009). *Caregiver burden after receiving a diagnosis of an autism spectrum disorder*. Research in Autism Spectrum Disorder. 3, 86-97.
- Trangkasombat U. (2006). *Family Functioning in the families of psychiatric patients: a comparison with Nonclinical families*. J Med Assoc Thai, 89:1946-53.

- Volkmar, F., Chawarska, K., and Klin, A. (2005). *Autism in infancy and early childhood*. *Annu Rev*, 56, 315- 360.
- World Health Organization. (2014). *The ICD 10 Classification of mental and behavioral Disorder, Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- Zhou, T., and Yi, C. (2014). *Parenting Style and Parents' Perspectives on How Their Own Emotions Affect the Functioning of Children with Autism Spectrum Disorders*. *Family Process*, 53(1), 67-79.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ





รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
แพทย์หญิงวรามิศร์ โอสถานนท์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
นางสุภาวดี ชุ่มจิตต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
นางอัญชรส ทองเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชานุกุล
นางสาวซัด ยุงสันเทียะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชานุกุล

ภาคผนวก ข  
ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย



### แบบสอบถาม

เรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน

คำชี้แจง : แบบสอบถามใช้สำหรับการเก็บข้อมูลประกอบด้วยเนื้อหา 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 : แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและพ่อหรือแม่เด็กออทิสติก

ส่วนที่ 2 : แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม

ส่วนที่ 3 : แบบประเมินพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่

ส่วนที่ 4 : แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแม่

ส่วนที่ 5 : แบบประเมินความเครียดของพ่อแม่

ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามจนครบทุกข้อ ตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม และขอรับรองว่าไม่มีผลใดต่อการรักษาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นางสาวรจนา สงวนดี

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับเด็กและตัวท่านให้มากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ( / ) ลงในช่องข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

#### ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. เกิดวันที่ .....เดือน.....ปี.....
3. เป็นบุตรคนที่ (ระบุ) .....ในจำนวน (ระบุ) .....คน
4. อายุ (ระบุ) .....ปี .....เดือน
5. การรักษาในปัจจุบัน ( ) ไม่ได้รับยา  
( ) ได้รับ (ระบุยา).....  
ระยะเวลาที่ใช้ยา.....ปี.....เดือน

#### ข้อมูลส่วนบุคคลของพ่อหรือแม่

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย/หย่า/ร้าง
4. ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้ศึกษา ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา  
( ) ปวช/ปวส ( ) อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรีขึ้นไป
5. อาชีพ ( ) รับราชการ ( ) รัฐวิสาหกิจ ( ) ค้าขาย  
( ) เกษตรกร ( ) รับจ้าง ( ) แม่บ้าน/ว่างงาน
6. ท่านเกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็น  
( ) บิดา ( ) มารดา

ส่วนที่2 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม The Strengths and Difficulties Questionnaire  
(SDQ)

(สำหรับผู้ปกครอง) กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับลักษณะ  
ของเด็กมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ จริง	ค่อนข้าง จริง	จริง
1. ซึ่กั้ว ู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย			
2. อยู่ไม่นิ่ง นั่งนิ่งๆไม่ได้			
3. เด็กมักแสดงอาการ ปวดศีรษะ ปวดท้อง ไม่สบาย หัวใจเต้นแรง เหงื่อออกมาก ตกใจง่าย หรือนอนไม่หลับ			
4. ทำกิจกรรมได้จนเสร็จ มีสมาธิในการทำกิจกรรม			
5. มักจะฉุนเฉียว อาละวาด หรือโมโหง่าย			
6. ค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียว			
7. เชื่อฟัง มักจะทำตามผู้ใหญ่ที่ต้องการ			
8. ดูวิตกกังวลเสมอ เช่น สีหน้าดูวิตกกังวล ดูไม่มีความสุข			
9. แย่งชิงของจากผู้อื่น หรือหยิบของคนอื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต			
10. อยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมาก			
11. เล่นกับเพื่อนในวัยเดียวกันหรือวัยใกล้เคียงกัน			
12. มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่น หรือรังแกเด็กอื่น			
13. ดูไม่มีความสุข ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ร้องไห้บ่อย			
14. เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน			
15. วอกแวกง่าย สมาธิสั้น			
16. เครียดไม่ยอมห่างเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นและขาดความ มั่นใจในตนเอง			
17. เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กวัยเดียวกัน			
18. ชอบโกหก หรือขี้โกง			
19. ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียน หรือรังแก			
20. คิดก่อนทำ			

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมความเป็นของพ่อแม่

คำชี้แจง: กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วพิจารณาว่า นับตั้งแต่ก่อนเข้ารักษาจนถึงปัจจุบัน ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังต่อไปนี้หรือไม่

โปรดทำเครื่องหมาย✓ ในช่องว่างที่ตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติจริงเพียงคำตอบเดียว โดยไม่ต้องคำนึงถูกหรือผิด

- 0 ข้อความนี้ไม่ตรงกับความเป็นจริงของท่านเลยปฏิบัติเลย
- 1 ข้อความนี้แทบไม่ตรงกับความเป็นจริงของท่านเลยปฏิบัติเลย
- 2 ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเลยปฏิบัติมานานๆครั้ง
- 3 ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเลยปฏิบัติบางครั้ง
- 4 ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเลยปฏิบัติบ่อยครั้ง
- 5 ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเลยปฏิบัติเกือบสม่ำเสมอ
- 6 ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเลยปฏิบัติสม่ำเสมอ

คำถาม	สิ่งที่ฉันเป็นจริงๆ						
	0	1	2	3	4	5	6
1.ฉันถามคนอื่นๆว่าลูกทำอะไรบ้างตอนที่ลูกไม่ได้อยู่กับฉัน							
2.ฉันเสี่ยงที่จะพูดคุยกับลูกหลังจากที่ลูกทำให้ฉันไม่พอใจ							
3.ฉันตัดสินใจร่วมกับลูก							
4.ฉันคอยดูว่าลูกได้ทำในสิ่งที่ฉันบอก							
5.ฉันมองข้ามพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของลูก							
6.ฉันลืมหกเกณฑ์ที่ได้ตั้งไว้							
7.ฉันจะบอกให้ลูกรู้เกี่ยวกับทุกสิ่งที่ฉันได้ทำให้เขาเวลาที่ฉันต้องการให้ลูกเชื่อฟัง							
8.ฉันตรวจสอบว่าลูกทำอะไรและพบใครบ้างในแต่ละวัน							
9.ฉันห่วงใยและใส่ใจลูกมาก							
10.ฉันเสี่ยงที่จะมองหน้าลูกเวลาที่ฉันผิดหวังในตัวเขา							

คำถาม	สิ่งที่ฉันเป็นจริงๆ						
	0	1	2	3	4	5	6
11.ฉันมีความสุขเวลาที่ได้ฟังลูกพูดและทำกิจกรรมร่วมกับลูก							
12.ฉันตระหนักถึงความต้องการความเป็นส่วนตัวของลูก							
13.ฉันให้ลูกช่วยฉันตัดสินใจในสิ่งที่จะมีผลกระทบกับตัวเขา							
14.ฉันกำหนดขอบเขตของกิจกรรมต่างๆเพื่อช่วยลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับลูก							
15.ฉันคอยเตือนลูกเกี่ยวกับพฤติกรรมในอดีตที่ไม่ดีของเขา							
16.ฉันบอกให้ลูกรู้ว่า ถ้าเขาใส่ใจอย่างจริงจัง เขาจะไม่ทำสิ่งที่จะทำให้ฉันกังวลใจ							
17.ฉันแยกลูกเวลาที่เขาทำให้ฉันไม่พอใจ							
18.ฉันอนุญาตให้ลูกแต่งตัวแบบที่เขาต้องการ							
19.ฉันละเลยสิ่งที่ตัวเองเคยพูดไว้ เช่น กฎระเบียบ ข้อกำหนด							
20.ฉันบอกลูกว่าฉันกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของลูก							

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแม่

**คำชี้แจง :** กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย  $\surd$  ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

##### 1. อารมณ์ซึมเศร้า (เศร้าใจ, สิ้นหวัง, หมดหนทาง, ไร้ค่า)

- 0  ไม่มี
- 1  จะบอกภาวะความรู้สึกลี้ๆ ต่อเมื่อถามเท่านั้น
- 2  บอกภาวะความรู้สึกลี้ๆออกมาเอง
- 3  สื่อภาวะความรู้สึกลี้ๆโดยภาษากาย ได้แก่ การแสดงสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และมักร้องไห้
- 4  ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกลี้ๆอย่างชัดเจน ทั้งการบอกออกมาเองและภาษากาย

##### 2. ความรู้สึกผิด

- 0  ไม่มี
- 1  ตีเถียนตนเอง รู้สึกตนเองทำให้ผู้อื่นเสียใจ
- 2  รู้สึกผิดหรือครุ่นคิดถึงความผิดพลาดหรือการก่อกรรมในอดีต
- 3  ความเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นการลงโทษ มีอาการหลงผิดว่าตนผิด
- 4  ได้ยินเสียงกล่าวโทษ หรือประณามและ/หรือเห็นภาพหลอนที่ข่มขู่คุกคาม

##### 3. การฆ่าตัวตาย

- 0  ไม่มี
- 1  รู้สึกชีวิตไร้ค่า
- 2  คิดว่าตนเองน่าจะตาย หรือความคิดใดๆ เกี่ยวกับการตายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง
- 3  มีความคิดหรือท่าทีจะฆ่าตัวตาย
- 4  พยายามที่จะฆ่าตัวตาย (ความพยายามใดๆ ที่รุนแรงให้คะแนน 4)

##### 4. การนอนไม่หลับในช่วงต้น

- 0  ไม่มีปัญหาเข้านอนแล้วหลับยาก
- 1  แจ้งว่านอนหลับยากบางครั้งได้แก่ นานกว่าครึ่งชั่วโมง
- 2  แจ้งนอนหลับยากทุกคืน



### 5. การนอนไม่หลับในช่วงกลางคืน

- 0  ไม่มีปัญหา
- 1  ผู้ป่วยแจ้งว่า กระสับกระส่าย นอนหลับไม่สนิทกลางคืน
- 2  ตอนกลางดึก หากมีลูกจากที่นอนให้คะแนน2 (ยกเว้นเพื่อปัสสาวะ)

### 6. การตื่นตอนเช้ากว่าปกติ

- 0  ไม่มีปัญหา
- 1  ตื่นแต่เช้ามีด แต่นอนหลับต่อได้
- 2  นอนต่อไม่หลับอีก หากลุกจากเตียงไปแล้ว

### 7. การงานและกิจกรรม

- 0  ไม่มีปัญหา
- 1  มีความคิดและความรู้สึกว่าตนเองไม่มีสมรรถภาพ อ่อนเปลี้ยหรือหย่อนกำลังที่จะทำกิจกรรมต่างๆ: การงาน หรืองานอดิเรก
- 2  หหมดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ งานอดิเรกหรืองานประจำ ไม่ว่าจะทราบโดยตรงจากการบอกเล่าของแม่ หรือทางอ้อมจากการไม่กระตือรือร้น ลังเลใจและเปลี่ยนใจไปมา (แม่รู้สึกว่าการกระตุ้นให้ตนเองทำงานหรือทำกิจกรรม)
- 3  เวลาที่ใช้จริงในการทำกิจกรรมลดลงหรือผลงานลดลง หากอยู่ในโรงพยาบาล, ให้คะแนน 3 ถ้าแม่ใช้เวลาต่ำกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน ในการทำกิจกรรม(งานของโรงพยาบาลหรืองานอดิเรก (ยกเว้นหน้าที่ประจำวันในโรงพยาบาล)
- 4  หยุดทำงานเพราะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน หากอยู่ในโรงพยาบาล, ให้คะแนน 4 ถ้าแม่ไม่ทำกิจกรรมอื่นนอกจากหน้าที่ประจำวันในโรงพยาบาลหรือถ้าผู้ป่วยทำหน้าที่ประจำวันไม่ได้ หากไม่มีคนช่วย

### 8. อาการเขื่องซ้ำ ( ความซ้ำของความคิดและการพูดจา : สมาธิบกพร่อง, การเคลื่อนไหวลดลง)

- 0  การพูดจาและความคิดปกติ
- 1  มีอาการเขื่องซ้ำเล็กน้อยขณะสัมภาษณ์
- 2  มีอาการเขื่องซ้ำชัดเจนขณะสัมภาษณ์
- 3  สัมภาษณ์ได้อย่างลำบาก
- 4  อยู่นิ่งเฉยโดยสิ้นเชิง

### 9. อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ

- 0  ไม่มี
- 1  ง่วงง่าน อยู่ไม่สุข
- 2  เล่นมือ เล่นผม ฯลฯ
- 3  เดินไปมา นั่งไม่ติดที่
- 4  บีบมือ ก้นเล็บ ตึงผม ก้นริมฝีปาก

### 10. ความวิตกกังวลในจิตใจ

- 0  ไม่มีปัญหา
- 1  รู้สึกตึงเครียดและหงุดหงิด
- 2  กังวลในเรื่องเล็กน้อย
- 3  การพูดจาหรือมีสีหน้ามีท่าที่ห้วนกลัว
- 4  แสดงความหวาดกลัวโดยไม่ต้องถาม

### 11. ความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกทางร่างกาย

อาการร่วมด้านสรีรวิทยาของความวิตกกังวล เช่น:

ระบบทางเดินอาหาร : ปากแห้ง ลมขึ้น อาการไม่ย่อย ท้องเสีย ปวดเกร็งท้อง เรอ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ใจสั่น ปวดศีรษะ

ระบบหายใจ : หายใจหอบเร็ว ถอนหายใจ

ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออก

- 0  ไม่มี
- 1  เล็กน้อย
- 2  ปานกลาง
- 3  รุนแรง
- 4  เสื่อมสมรรถภาพ

## 12. อาการทางกาย ระบบทางเดินอาหาร

- 0  ไม่มี
- 1  เบื่ออาหาร แต่รับประทานโดยผู้อื่นไม่ต้องคอยกระตุ้น  
- รู้สึกหิวในท้อง
- 2  รับประทานอาหารยาก หากไม่มีคนคอยกระตุ้น  
- ขอหรือจำเป็นต้องได้ยากระบายหรือยาสำหรับอาการของระบบทางเดินอาหาร

## 13. อาการทางกาย อาการทั่วไป

- 0  ไม่มี
- 1  ตึงแขนขา หลังหรือปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หดแรง และอ่อนเพลีย
- 2  มีอาการใด ๆ ที่ชัดเจน ให้คะแนน 2

## 14. อาการทางระบบสืบพันธุ์ เช่น : หมดความต้องการทางเพศ ปัญหาด้านประจำเดือน เช่น ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ

- 0  ไม่มีอาการ
- 1  เล็กน้อย
- 2  ปานกลาง

## 15. มีความคิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย

- 0  ไม่มี
- 1  หมกมุ่นในตนเอง (ด้านร่างกาย)
- 2  หมกมุ่นเรื่องสุขภาพ
- 3  แฉงถึงอาการต่างๆ บ่อย ๆ เรียกร้องความช่วยเหลือ
- 4  มีอาการหลงผิดว่า ตนป่วยเป็นโรคทางกาย

## 16. น้ำหนักลด เลือกข้อ ก หรือ ข

ก. เมื่อให้คะแนนโดยอาศัยประวัติ

- 0  ไม่มีน้ำหนักลด
- 1  อาจมีน้ำหนักลด ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้
- 2  น้ำหนักลดจนชัดเจน (ตามที่ผู้ป่วยบอก)
- 3  ไม่ได้ประเมิน

ข. เมื่อให้คะแนนโดยอาศัยประวัติ

- 0  น้ำหนักลดน้อยกว่า 0.45 กิโลกรัมใน 1 สัปดาห์
- 1  น้ำหนักลดมากกว่า 0.45 กิโลกรัมใน 1 สัปดาห์
- 2  น้ำหนักลดมากกว่า 0.9 กิโลกรัมใน 1 สัปดาห์
- 3  ไม่ได้ประเมิน

**17. อาการที่ยังเห็นถึงความผิดปกติของตนเอง**

- 0  ตระหนักว่าตนเองกำลังซึมเศร้า และเจ็บป่วย
- 1  ตระหนักว่ากำลังเจ็บป่วย แต่โดยสาเหตุกับอาหารที่ไม่มีคุณค่า ดินฟ้าอากาศ การทำงานหนัก ไวรัส การต้องการพักผ่อน ฯลฯ
- 2  ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง
- 3  มีการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์
- 4  ไม่มี



### ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเครียดของพ่อแม่

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติจริงเพียงคำตอบเดียว

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลย
เกือบไม่เคย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านประมาณ 1-3 ครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง
บ่อย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านอาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง
บ่อยมาก	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเป็นประจำทุกวัน

ข้อความ	ไม่ เคย (1)	เกือบ ไม่ เคย (2)	บางครั้ง (3)	บ่อย (4)	บ่อย มาก (5)	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านรู้สึกอารมณ์เสียกับเรื่องที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดบ่อยแค่ไหน						
2. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิตได้						
3. ท่านรู้สึกกระวนกระวายและเครียดบ่อยแค่ไหน						
4. ท่านจัดการกับสิ่งที่น่ารำคาญใจที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้สำเร็จบ่อยแค่ไหน						
5. ท่านรู้สึกว่าสามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ						

ข้อคำถาม	ไม่เคย (1)	เกือบ ไม่ เคย (2)	บางครั้ง (3)	บ่อย (4)	บ่อย มาก (5)	สำหรับ ผู้วิจัย
6. ท่านรู้สึกเชื่อมั่นกับความสามารถในการแก้ปัญหาส่วนตัวบ่อยแค่ไหน						
7. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าสิ่งต่างๆเป็นไปอย่างที่ท่านต้องการ						
8. บ่อยแค่ไหนที่ท่านพบว่าท่านไม่สามารถเผชิญกับสิ่งที่ท่านต้องทำทั้งหมด						
9. ท่านสามารถควบคุมสิ่งรบกวนชีวิตท่านได้บ่อยแค่ไหน						
10. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถทำทุกอย่างได้ตามที่กำหนดไว้						
11. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกโกรธ เพราะสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่นอกเหนือการควบคุมของท่าน						
12. บ่อยแค่ไหนที่ท่านคิดถึงสิ่งที่จะต้องทำให้สำเร็จ						
13. ท่านสามารถควบคุมการใช้เวลาได้บ่อยแค่ไหน						
14. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าความยุ่งยากมากจนไม่สามารถเอาชนะได้						

ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและแบบแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### เอกสารชี้แจงการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย :** ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน  
โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

**หัวหน้าโครงการวิจัย :** นางสาวรจนา สงวนดี

**สถานที่ติดต่อ :** 188/82 หมู่14 ต.บางพลีใหญ่ อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ โทร: 0864114968

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนอายุ 4-6ปี เพื่อนำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ ความเครียดของพ่อแม่ กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก การมีส่วนร่วมในการศึกษาจะทำให้ท่านได้รับทราบสาเหตุปัจจัยในการเกิดปัญหาพฤติกรรมของบุตรของท่าน และจะได้ร่วมวางแผนการดูแลและการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมอย่างเหมาะสมเป็นประโยชน์แก่บุตรหลานของท่านโดยตรง โดยผู้เข้าร่วมในการศึกษาจะเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามใน 2 ส่วน แบ่งเป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองจำนวน 3 ชุด ต้องใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 45 นาที และแบบประเมินของเด็กออทิสติกจำนวน 1 ชุด ใช้เวลาในการสอบถามและประเมินประมาณ 20 นาที

โดยผู้ทำการวิจัยมีการให้ข้อมูลกับผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับการมีสิทธิปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย และจะไม่ส่งผลต่อการบำบัดรักษาใดๆทั้งสิ้น รวมถึงมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินก่อนทุกครั้ง ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยมีการจัดสถานที่สำหรับให้ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเป็นส่วนตัวมากที่สุด และเนื่องจากการทำวิจัยเป็นการเก็บข้อมูลในเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนอายุ 3-5 ปี จึงอาจเกิดอุบัติเหตุจากความซุกซนของเด็ก ผู้วิจัยจึงเน้นย้ำกับผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลถึงการดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด แต่หากเกิดภาวะอันตรายรุนแรงใดๆของผู้ปกครองหรือผู้ป่วย ที่ทำให้ขัดขวางระหว่าง การเข้าร่วมการเก็บข้อมูล ผู้ทำการวิจัยจะดำเนินการช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งปรึกษาแพทย์ทันที

ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีข้อมูลใดจะนำไปสู่การระบุตัวท่านและบุตรหลานได้ ทั้งนี้ท่านและบุตรหลานสามารถจะถอนตัวออกจากโครงการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่พึงได้รับตามปกติ กรณีที่ท่านประสบปัญหาเกี่ยวกับการศึกษาสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ตามที่ตามที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ที่แจ้งไว้ข้างต้น

นางสาวรจนา สงวนดี

( ผู้ทำการศึกษาวิจัย )



## หนังสือยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

### (Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน โรงพยาบาล  
ยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ข้าพเจ้า (นาย/นาง/  
นางสาว).....ผู้ปกครองของ (ด.ช./ด.ญ/นาย/นางสาว).....

ขอทำหนังสือนี้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ก่อนลงนามในใบยินยอมตอนนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์  
ของการวิจัย วิธีการวิจัยปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน  
อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยนี้  
เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับ

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จน  
ข้าพเจ้าพอใจ และ จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะรูปที่  
เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้  
เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และ หากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของข้าพเจ้าและ  
ข้าพเจ้ามีการปฏิบัติตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียน  
ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เลขที่ 61 ถนน  
สุขุมวิท ตำบล ปากน้ำ อำเภอบางบาล จังหวัด สมุทรปราการ 10270 เบอร์โทรศัพท์ในเวลาราชการ  
02 – 3843381 - 3 โดยต่อเบอร์ภายในดังนี้ 72210

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้  
ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)





โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

๖๑ ถนนสุขุมวิท ตำบลปากน้ำ  
อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ๑๐๒๗๐

โทร. ๐๒ ๓๘๔ ๓๓๘๑-๓ ต่อ ๗๒๑๐๖  
โทรสาร. ๐๒ ๓๘๐ ๐๖๙๖

หมายเลขผู้ขอทำวิจัย  
๐๐๕ / ๕๙  
(ที่เข้าประชุม)

คณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์  
เอกสารรับรองโครงการ

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน

ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ) Selected factors related to behavioral problems Of preschool autistic children

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานสังกัด นางสาวรจนา สวงวดี พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถานที่ทำวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

เอกสารที่รับรอง

๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย
๒. เอกสารชี้แจงการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (จธ ๒.๑)
๓. หนังสือยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย (จธ ๒.๒)
๔. เครื่องมือการทำวิจัย
๕. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสมบูรณ์)

วันหมดอายุ : ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๐

คณะกรรมการจริยธรรมการในงานวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการ  
ให้การรับรองโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki , The  
Belmont , CIOMS Guidelines และ The International Conference on Harmonization in good Clinical  
Practice (ICH - GCP)

ลงนาม.....  
(นางรินสุข งามอาจสกุลมัน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย

( ๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๙ )  
วันที่

ลงนาม.....  
(นางสาวรัชณี ฉลองเกื้อกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

( ๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๙ )  
วันที่

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวรจนา สวงวดี เกิดวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2526 จังหวัดกระบี่ สำเร็จการศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง เมื่อปี พ.ศ. 2549 เข้ารับ  
การศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการ  
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปี พ.ศ.2556  
ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลยุวประ  
สาทไวทยาโยปถัมภ์ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและ  
จิตเวชหอผู้ป่วยใน 2

