

บทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา
ในความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก
กับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา



นางสาวเอื้อจิต พูนพิช

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.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยา
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE MEDIATING ROLE OF PARENTAL SELF-EFFICACY IN THE RELATIONSHIP BETWEEN
PARENTAL PERCEPTION OF AUTISTIC CHILD PROBLEM BEHAVIORS
AND PARENTAL PSYCHOLOGICAL DISTRESS

Miss Uarjit Phoonphanich



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts Program in Psychology
Faculty of Psychology
Chulalongkorn University
Academic Year 2017
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

บทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถ
ในการเป็นบิดามารดาในความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของ
บิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกกับ
ปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา

โดย

นางสาวเอื้อจิต พูนพิช

สาขาวิชา

จิตวิทยา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร.สมบุญ จารุเกษมทวี

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต

..... คณบดีคณะจิตวิทยา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณระพี สุทธิวรรณ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ นลราชสุวัจน์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อาจารย์ ดร.สมบุญ จารุเกษมทวี)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลยา พิสิษฐ์สังฆการ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมทรัพย์ สุขอนันต์)

เอื้อจิต พูนพิช : บทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาในความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา (THE MEDIATING ROLE OF PARENTAL SELF-EFFICACY IN THE RELATIONSHIP BETWEEN PARENTAL PERCEPTION OF AUTISTIC CHILD PROBLEM BEHAVIORS AND PARENTAL PSYCHOLOGICAL DISTRESS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร.สมบุญ จารุเกษมทวิ, 115 หน้า.

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ในความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ บิดาและมารดา จำนวน 119 คน (มารดา 83.2%) ที่มีบุตรเป็นออทิสติกอายุระหว่าง 3-12 ปี (อายุเฉลี่ย 7.08 ปี, เพศชาย 81.5%) และเป็นผู้ดูแลหลัก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) มาตรการวัดปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา (ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด) 2) มาตรการวัดการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก และ 3) มาตรการวัดการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS และ PROCESS ในการวิเคราะห์สหสัมพันธ์และการวิเคราะห์ตัวแปรส่งผ่านอย่างง่าย (Simple Mediation Analysis) โดยผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเป็นตัวแปรส่งผ่าน ระหว่างความสัมพันธ์ของการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา ($b = 0.13$, 95% CI [0.002, 0.388]) นักจิตวิทยาและบุคลากรด้านการศึกษาพิเศษหรือสุขภาพจิตสามารถนำองค์ความรู้จากผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมให้ความช่วยเหลือแก่บิดามารดาที่มีบุตรออทิสติก โดยมุ่งเน้นไปที่การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเพื่อป้องกันและลดแนวโน้มในการเกิดปัญหาทางจิตใจ

สาขาวิชา จิตวิทยา

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777628038 : MAJOR PSYCHOLOGY

KEYWORDS: PARENTAL SELF-EFFICACY / PARENTAL PERCEPTION OF AUTISTIC CHILD PROBLEM BEHAVIORS / PARENTAL PSYCHOLOGICAL DISTRESS / AUTISM SPECTRUM DISORDER

UJARJIT PHOONPHANICH: THE MEDIATING ROLE OF PARENTAL SELF-EFFICACY IN THE RELATIONSHIP BETWEEN PARENTAL PERCEPTION OF AUTISTIC CHILD PROBLEM BEHAVIORS AND PARENTAL PSYCHOLOGICAL DISTRESS. ADVISOR: SOMBOON JARUKASEMTHAWEE, Ph.D., 115 pp.

The present study aimed to examine the mediating role of parental self-efficacy in the relationship between parental perception of autistic child problem behaviors and parental psychological distress. Participants were 119 parents (mothers 83.2%) who were the main caregivers of children diagnosed with autism. The children were between 3-12 years old (*M* age = 7.08 years old, boys 81.5%). Instruments included 1) Depression Anxiety Stress Scales, 2) Autism Spectrum Disorder–Behavior Problems for Children Scale, and 3) Parenting Sense of Competence Scale (i.e. Parental Self-efficacy Subscale). Data were analyzed using SPSS and PROCESS. Findings indicated that parental self-efficacy mediated the association between parental perception of autistic child problem behaviors and parental psychological distress ($b = 0.13$, 95% CI [0.002, 0.388]). Findings suggest that psychologists, mental health workers, and special education workers can enhance parental self-efficacy as a method for preventing and reducing psychological distress of parents with autistic children.

Field of Study: Psychology

Academic Year: 2017

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความเมตตาของ อาจารย์ ดร.สมบุญ จารุเกษมทวิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และดูแล ข้าพเจ้าตลอดการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ นลราชสุวัจน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมทรัพย์ สุขอนันต์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลยา พิสิษฐ์สังฆการ ที่ให้เกียรติพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์ และอาจารย์ ดร.วรัญญู กองชัยมงคล ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขในระหว่างการพัฒนามาตรวัด

ขอกราบขอบพระคุณคุณหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลบ้านแพ้ว สถาบันราชานุกูล และโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ และความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ต่อข้าพเจ้าในการเก็บข้อมูล

ขอบคุณเพื่อน ๆ รุ่นพี่ และรุ่นน้องจิตวิทยาการปรึกษาทุกท่านที่เป็นเพื่อนร่วมทางในการเรียนรู้ และทำให้ตลอดการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ แม้ว่าจะเกิดอุปสรรคก็ยังมีสีสันและเสียงหัวเราะอยู่เสมอ

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณครอบครัวที่คอยให้กำลังใจตลอดการทำงานและให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ ขอขอบคุณคุณจิราวัฒน์ เหล่าสุภาพ คุณสามีที่รักยิ่งของข้าพเจ้า ที่อยู่เคียงข้างและให้กำลังใจข้าพเจ้าตลอดมา ทำให้ข้าพเจ้าผ่านพ้นปัญหาต่าง ๆ และทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ในการวิจัย.....	4
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	4
คำจำกัดความในการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
1. ปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา (Parental Psychological Distress).....	7
2. โรควิตกกังวล (Autism Spectrum Disorder).....	17
3. การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก (Parental Perception of Autistic Child Problem Behaviors).....	29
4. การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา (Parental Self-efficacy).....	37
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	47
กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย.....	47

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล	55
การวิเคราะห์ข้อมูล	56
จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย	57
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	58
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของกลุ่มตัวอย่าง.....	58
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น	63
ตอนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย.....	65
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	68
สรุปผลการวิจัย	68
อภิปรายผลการวิจัย	69
ข้อเสนอแนะ	72
รายการอ้างอิง.....	75
ภาคผนวก	87
ภาคผนวก ก.....	88
ภาคผนวก ข.....	101
ภาคผนวก ค.....	103
ภาคผนวก ง.....	108
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	115

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา (ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด).....	50
ตารางที่ 2	เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก.....	52
ตารางที่ 3	เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา.....	54
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างและบุตรออทิสติกของกลุ่มตัวอย่าง (N = 119).....	59
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของบุตรออทิสติกของกลุ่มตัวอย่าง (N = 119).....	62
ตารางที่ 6	ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรในการวิจัย.....	64
ตารางที่ 7	ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา (DASS) การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก (ASD) และการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา (PSOC) (N = 119).....	65
ตารางที่ 8	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ค่าคลาดเคลื่อน ค่ากำลังสองของความสัมพันธ์พหุคูณ และค่าความต่างของความแปรปรวน ของตัวแปรในการทำนายปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา (DASS) และการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา (N = 119).....	66
ตารางที่ 9	ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกและค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมของข้อกระทงในมาตรวัดปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา.....	104
ตารางที่ 10	ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกและค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมของข้อกระทงในมาตรวัดการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก.....	106
ตารางที่ 11	ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกและค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมของข้อกระทงในมาตรวัดการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา....	107

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย 6

ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์และความแตกต่างระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนและ
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ.....39

ภาพที่ 3 โมเดลแบบตัวแปรส่งผ่านที่มีตัวแปรอิสระ 2 ตัวแปร และตัวแปรตาม 1 ตัวแปร65

ภาพที่ 4 โมเดลการวิเคราะห์ข้อมูลในกระบวนการ PROCESS.....67



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บิดามารดาที่เลี้ยงดูบุตรที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติในภาวะออทิซึมสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder) มักมีความเครียดหรือความทุกข์ทางจิตใจ เนื่องจากบุตรออทิซึมคนนั้นมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างและมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากกว่าบุตรที่มีพัฒนาการปกติ (Macintosh & Dissanayake, 2006) นอกจากนี้ เด็กที่มีภาวะออทิซึมจะมีพฤติกรรมที่ซุกซน อยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าว มักทำร้ายตนเอง มีพฤติกรรมทำซ้ำ รวมทั้งมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) โดยทั่วไปบิดามารดาที่มีบุตรออทิซึมมักไม่เข้าใจพฤติกรรมบุตรออทิซึมของตน (Busch, 2009) ทำให้บิดามารดารู้สึกถึงความแปลกแยกจากโลกของบุตรออทิซึม (Woodgate, Ateah, & Secco, 2008) และทำให้บิดาและมารดาเกิดความยากลำบากในการสร้างความสัมพันธ์อันดีกับบุตรออทิซึมของตน นอกจากนี้บุตรออทิซึมมีพฤติกรรมที่แตกต่างและเป็นปัญหานี้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของบิดามารดาที่มีบุตรออทิซึมอย่างมาก (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2537) และก่อให้เกิดความโศกเศร้าทางจิตใจของบิดามารดาที่มีบุตรออทิซึม

นอกจากนี้ ด้านการเงิน บิดามารดามีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการเลี้ยงดูและการบำบัดรักษา (Anderson, Larson, Lakin, & Kwak, 2002) ด้านสังคม บิดามารดาต้องเผชิญกับท่าทีจากสังคมภายนอกที่ไม่เข้าใจ บิดาและมารดาที่มีบุตรออทิซึมรู้สึกโดดเดี่ยวกับการจัดการบุตรออทิซึมที่ต้องมีการจัดการที่แตกต่างจากบุตรที่มีพัฒนาการปกติ และรู้สึกว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับความเข้าใจจากสังคม ไม่ว่าจะเป็นเพื่อน เพื่อนร่วมงาน บุคคลในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลภายนอก ทำให้รู้สึกแปลกแยกจากสังคม หรือแม้แต่ว่ากับบุคคลภายในครอบครัวเอง ทำให้รู้สึกอยากมีชีวิตที่เหมือนครอบครัวที่มีบุตรที่มีพัฒนาการปกติ (Hallahan & Kauffman, 2006; Woodgate et al., 2008) และทำให้บิดามารดาที่มีบุตรออทิซึมแยกตัวจากสังคมมากยิ่งขึ้น (Schaaf, Toth-Cohen, Johnson, Outten, & Benevides, 2011)

สำหรับด้านจิตใจ บิดามารดาที่ต้องเลี้ยงดูบุตรออทิซึมมักเกิดปัญหาทางจิตใจ (distress) จากการเลี้ยงดูบุตรออทิซึม งานวิจัยที่ใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) พบว่าบิดามารดา

ของบุตรออทิสติกมีปัญหาทางจิตใจสูงกว่าบิดามารดาของบุตรที่มีพัฒนาการปกติ บุตรที่มีภาวะดาวน์ซินโดรม (Down's Syndrome) และบุตรที่มีภาวะแอสเพอร์เกอร์ (Asperger) (S. A. Hayes & Watson, 2013; Yirmiya & Shaked, 2005) ไม่ว่าจะ เป็นภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือ ความเครียด โดยภาวะดังกล่าวส่งผลต่อบิดามารดาอย่างชัดเจน ยิ่งไปกว่านั้นปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาของบิดามารดาเหล่านี้ยังส่งผลถึงบุตรออทิสติกอีกด้วย (Karst & Hecke, 2012) โดย Osborne, McHugh, Saunders, และ Reed (2008) พบว่า ปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติกส่งผลทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาของบุตรออทิสติกลดลง เช่น ทำให้บิดามารดาที่มีบุตรออทิสติกมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรออทิสติกลดลง ทำให้บุตรออทิสติกมีพัฒนาทางด้านภาษาและการสนใจผู้อื่นลดลง และทำให้บุตรออทิสติกมีการเข้าสังคมลดลง นอกจากนี้ งานวิจัยของ Gross, Conrad, Fogg, และ Wothke (1994) ได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางจิตใจของมารดา การรับรู้ของมารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรแรกเกิดของตน และการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา เช่น เมื่อมารดาประเมินว่าบุตรแรกเกิดของตนมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสูงขึ้น มารดาจะรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาต่ำลง ส่งผลให้มารดามีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น และภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นนี้จะส่งผลเป็นวงจรย้อนกลับไปเพิ่มการรับรู้ของมารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรแรกเกิดที่สูงขึ้น จากที่กล่าวมานี้จะเห็นได้ว่าบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติก มีแนวโน้มที่จะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านจิตใจมากกว่าบิดามารดาที่มีบุตรที่มีพัฒนาการปกติ

ในปัจจุบัน นักจิตวิทยาในต่างประเทศได้พยายามศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติกมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบิดามารดาในลักษณะพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกและการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา โดย อูมาพร ตรังคสมบัติ (2545) รายงานพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกที่บิดามารดารับรู้ว่ามี ความแตกต่างจากบุตรที่มีพัฒนาการปกติ ได้แก่ พฤติกรรมที่ซุกซน พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง พฤติกรรมทำซ้ำ รวมทั้งมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ Tomanik, Harris, และ Hawkins (2004) รายงานความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของมารดาในพฤติกรรมของบุตรที่มีความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน (Pervasive Developmental Disorders: PDDs) โดยเฉพาะบุตรออทิสติกและระดับความเครียดของมารดา ซึ่งพบว่า การรับรู้ของมารดาในพฤติกรรมทั้งที่เป็นปัญหาและไม่เป็นปัญหานั้น

มีผลต่อความเครียดของมารดาถึงร้อยละ 32 ในขณะที่ Falk, Norris, และ Quinn (2014) รายงานว่าการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมก้าวร้าวและอันธพาลของบุตรออทิสติก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา (ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเป็นตัวแปรทางจิตใจที่สำคัญที่ส่งผลต่อปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติก ซึ่งการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดามาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura ซึ่งหมายถึง ความเชื่อของบิดาหรือมารดาในการเลี้ยงดูบุตรของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ โดย Jones และ Prinz (2005) กล่าวว่าบิดามารดาที่มีการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรที่มีประสิทธิภาพ แม้ว่าตนกำลังเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตร มากกว่าบิดามารดาที่มีการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาต่ำ รวมทั้งบิดามารดาที่มีการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาที่ต่ำมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าและความเครียด สำหรับในบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติกนั้น Hastings และ Brown (2002) พบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเป็นตัวแปรส่งผ่านระหว่าง การรับรู้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของมารดา โดยการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของบิดามารดา

กล่าวโดยสรุป งานวิจัยในต่างประเทศพบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก และการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา โดยเฉพาะในบทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่าน อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกต่อปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา โดยมีการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเป็นตัวแปรส่งผ่านในบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติก

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาบทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ในความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การรับรู้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกของบิดามารดา

ตัวแปรส่งผ่าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา

ตัวแปรตาม ได้แก่ ปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา

คำจำกัดความในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สรุปคำจำกัดความของตัวแปรและคำสำคัญที่ใช้ในงานวิจัย ดังนี้

บุตรที่มีภาวะออทิสซึมหรือบุตรออทิสติก หมายถึง บุตรที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นออทิสติก โดยแสดงความบกพร่องในด้านการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง โดยไม่สามารถเริ่มต้น พัฒนา และเข้าใจความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม และแสดงความบกพร่องในด้านการมีพฤติกรรม ความสนใจ และกิจกรรมที่ทำซ้ำ หรือยึดติดในรูปแบบเดิม ๆ รวมทั้งแสดงอาการเหล่านี้ตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นพัฒนาการ

ผู้ดูแลหลักของบุตรออทิสติก หมายถึง บิดาหรือมารดาที่มีบุตรออทิสติกที่เป็นฝ่ายใช้เวลาในการดูแลบุตรออทิสติกมากกว่าบุคคลอื่นตามการรับรู้ของบิดามารดา โดยในวิจัยนี้หมายถึง การรายงานตนเองผ่านแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา คือ ภาวะความทุกข์ใจของบิดาหรือมารดาที่มีบุตรออทิสติก จากภาวะซึมเศร้าหรือความรู้สึกละแฉง ความวิตกกังวลหรือความรู้สึกกระวนกระวาย และความเครียด ซึ่งเกิดจากการประเมินสถานการณ์ของบุคคล โดยในภาวะซึมเศร้าหรือความรู้สึกละแฉงเกิดจากการประเมินสถานการณ์ที่บุคคลตีความอย่างบิดเบือนไปในทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต ความวิตกกังวลหรือความรู้สึกกระวนกระวายเกิดจากการประเมินสถานการณ์ของบุคคลว่าเป็นสถานการณ์

ที่อันตราย ซึ่งการประเมินเกิดผ่านประสบการณ์ที่บุคคลเคยเผชิญ สุดท้ายความเครียดเกิดจากการประเมินสถานการณ์ของบุคคลว่าเป็นอันตรายและคุกคามผ่านกระบวนการประเมินทางความคิดหรือสติปัญญาของบุคคล โดยในวิจัยนี้หมายถึง ค่าคะแนนที่ได้จากใช้มาตรวัด Depression Anxiety Stress Scales ของ Lovibond และ Lovibond (1995)

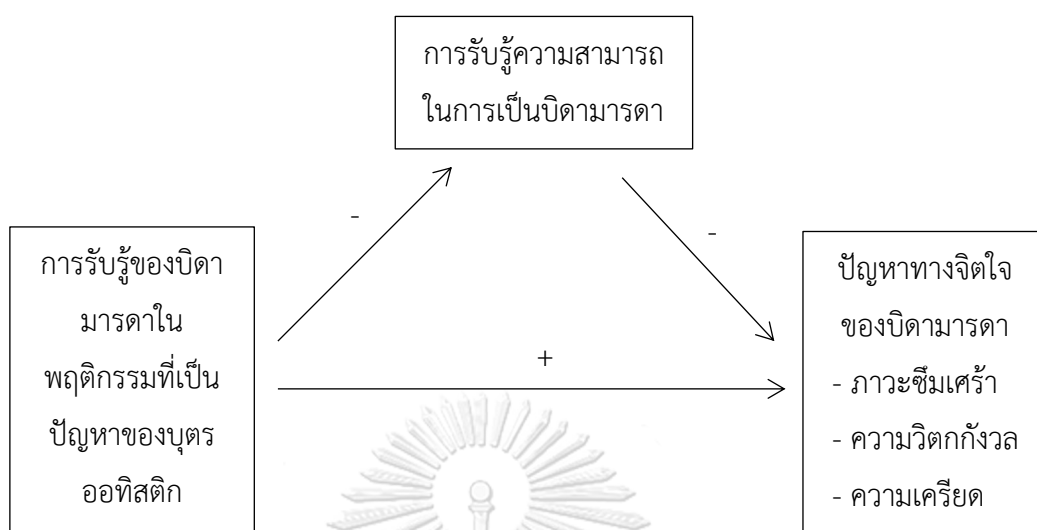
การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก หมายถึง ระดับการรู้และการคิดของบิดามารดาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นปัญหาต่อตนในระดับใด โดยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกนั้น ประกอบด้วย การทำร้ายตนเอง ความก้าวร้าว การไม่เชื่อฟังหรือการก่อกวน พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และพฤติกรรมทำซ้ำ เป็นต้น โดยในวิจัยนี้หมายถึง ค่าคะแนนที่ได้จากมาตรวัดการรับรู้พฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยใช้มาตรวัด Autism Spectrum Disorder – Behavior Problems for Children (ASD-BPC) ของ Matson, Gonzalez, และ Rivet (2008)

การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา หมายถึง ความเชื่อของบิดาหรือมารดาในการเลี้ยงดูบุตรของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อของบิดามารดาว่าตนมีความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรของตน และความเชื่อของบิดามารดาว่าการเลี้ยงดูบุตรของตนนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนเองคาดหวังไว้ โดยในวิจัยนี้หมายถึง ค่าคะแนนที่ได้จากมาตรวัด Parenting Sense of Competence (PSOC) ของ Gibaud-Wallston และ Wandersman (1978) ในเฉพาะด้านของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีสมมติฐานในการวิจัย คือ การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา โดยมีการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเป็นตัวแปรส่งผ่าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก และการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาที่มีต่อปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาหรือมารดาที่มีบุตรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะออทิสติก และเป็นผู้ดูแลหลักของบุตรออทิสติกอายุระหว่าง 3 – 12 ปี ซึ่งได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และสถาบันราชานุกูล จำนวน 120 คน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก และการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาที่มีต่อภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดของบิดามารดา
2. ผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือดูแลบิดามารดาของบุตรออทิสติกได้ เช่น การให้คำปรึกษาบิดามารดาของบุตรออทิสติก หรือการสร้างโปรแกรมเพื่อช่วยเหลือบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติก เป็นต้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา (Parental Psychological Distress)
2. โรคออทิซึมสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder)
3. การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก (Parental Perception of Autistic Child Problem Behaviors)
4. การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา (Parental Self-efficacy)

1. ปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา (Parental Psychological Distress)

ปัญหาทางจิตใจ คือ ภาวะความทุกข์ใจของบุคคล จากภาวะซึมเศร้าหรือความรู้สึกเศร้า ความวิตกกังวลหรือความรู้สึกกระวนกระวาย และความเครียด ซึ่งเกิดจากการประเมินสถานการณ์ของบุคคล โดยในภาวะซึมเศร้าหรือความรู้สึกเศร้าเกิดจากการประเมินสถานการณ์ที่บุคคลตีความอย่างบิดเบือนไปในทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต ความวิตกกังวลหรือความรู้สึกกระวนกระวายเกิดจากการประเมินสถานการณ์ของบุคคลว่าเป็นสถานการณ์ที่อันตราย ซึ่งการประเมินเกิดผ่านประสบการณ์ที่บุคคลเคยเผชิญ สูดท้ายความเครียดเกิดจากการประเมินสถานการณ์ของบุคคลว่าเป็นอันตรายและคุกคามผ่านกระบวนการประเมินทางความคิดหรือสติปัญญาของบุคคล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ภาวะซึมเศร้า

1.1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

World Health Organization (2016) ได้อธิบายถึงความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าที่เป็นภาวะผิดปกติด้านจิตใจจะมีอาการแสดงคือ มีอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข ขาดความสนใจ

ในสิ่งต่าง ๆ มีความรู้สึกผิด ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ความอยากอาหารหรือการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ไม่มีแรง และไม่มีสมาธิ ซึ่งอาการดังกล่าวอาจจะเป็นเรื้อรังหรือหายแล้วเป็นซ้ำ และอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นความรับผิดชอบของบุคคลนั้น ในบุคคลที่มีความรุนแรงมาก ภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

กมลเนตร วรณเสวก (2558) ได้อธิบายถึงความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะของการมีความเศร้าที่อาจเกิดจากการคิดไปเองลวงหน้า หรือภาวะของการมีความเศร้าที่คงอยู่นาน แม้ว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะได้รับความช่วยเหลือจากคนรอบข้างในระดับหนึ่งแล้วก็ตาม ผู้มีภาวะซึมเศร้ามักมีความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิด อยากตาย และพบบ่อยว่ามีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน กิจวัตรประจำวัน และการเข้าสังคมทั่วไป ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงก็จะมีอาการทางกายด้วย เช่น มีความผิดปกติของการนอน (นอนมากเกินไปหรือนอนไม่หลับ) เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรืออยากอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น

Beck (1967) ได้อธิบายถึงความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นแบบแผนของความรู้สึก (feeling) ความคิด (cognition) และพฤติกรรม (behavior) ที่เบี่ยงเบนจากปกติไปในทางลบ ในทางความรู้สึก บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามีอาการเศร้า ไม่มีความสุข ว่างเปล่า โดดเดี่ยว หรือไร้อารมณ์ ในทางความคิด บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักโทษตนเองและตำหนิตนเอง มองตนเองในแง่ลบ ซึ่งนำไปสู่การหลีกเลี่ยงและหลบหนี หรือฆ่าตัวตายในที่สุด ในทางพฤติกรรม บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามีอาการไม่อยากอาหาร นอนไม่หลับ เหนื่อยล้า หรือหมดความต้องการทางเพศ นอกจากนี้ Beck, Emery, และ Greenberg (2005) ยังได้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการตีความที่บิดเบือนต่อสถานการณ์ ซึ่งแบบแผนการตีความเกิดจากการกระตุ้นของแบบแผนความคิดในทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต ซึ่งการตีความทางลบนี้มีแนวโน้มทำให้บุคคลมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นและมีความเปราะบางทางจิตใจมากขึ้น

1.1.2 แนวคิดและทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีของภาวะซึมเศร้ามีหลายทฤษฎี ยกตัวอย่างเช่น ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biochemical Theory) ที่อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง เช่น การขาดสารสื่อประสาทบางตัว ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) นอร์ทีเฟนพรีน (norepinephrine) และ โดพามีน

(dopamine) ความผิดปกติของโปรตีนตัวรับ (receptor) เป็นต้น (Keltner, 2014) หรือทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theories) ซึ่งมีคำอธิบายที่หลากหลายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยมีแนวคิดดั้งเดิมจาก Abraham (1924, อ้างถึงใน Beck & Alford, 2009) ว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลไม่ได้รับการเติมเต็มด้านความรักหรือเกิดความผิดหวังในความรักในช่วงก่อนระยะเอดิพัล (Oedipal) เมื่อความผิดหวังในความรักเกิดขึ้นซ้ำ ๆ จะส่งผลให้เกิดความเศร้าโศก (melancholia)

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยมุ่งทบทวนทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) โดย Aron T. Beck ซึ่งสันนิษฐานสาเหตุของภาวะซึมเศร้าจาก 3 ลักษณะการคิด (Beck, 1979) ซึ่งเรียกว่า ความคิดแง่ลบสามด้าน (cognitive triad) ซึ่งประกอบไปด้วยแบบแผนหรือรูปแบบการคิด 3 ด้าน ที่ทำให้บุคคลมองตนเอง อนาคตของตนเอง และประสบการณ์ของตนเองไปในทิศทางที่บิดเบือนไปทางลบ รูปแบบความคิดแบบแรกคือบุคคลมองตนเองในแง่ลบ มองว่าตนเองบกพร่อง ไร้ประสิทธิภาพ หรือไม่มีอำนาจ ซึ่งส่งผลให้บุคคลมองว่าตนไม่เป็นที่ต้องการและไร้ค่า และทำให้บุคคลตำหนิตนเองและประเมินตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง รูปแบบความคิดแบบที่สองคือบุคคลมีแนวโน้มที่จะตีความประสบการณ์ของตนในทิศทางลบ บุคคลมองว่าโลกเรียกร้องสิ่งต่าง ๆ จากตนอย่างมาก หรือโลกสร้างอุปสรรคที่ตนไม่สามารถเอาชนะได้ ทำให้ตนไม่สามารถทำเป้าหมายให้ประสบความสำเร็จ บุคคลมองว่าตนพ่ายแพ้และถูกทอดทิ้ง ซึ่งทำให้บุคคลมองไม่เห็นทางเลือกที่เหมาะสมกว่าในสถานการณ์หนึ่ง ๆ รูปแบบความคิดแบบที่สามคือบุคคลมองอนาคตของตนในแง่ร้าย บุคคลมองว่าตนเองต้องเผชิญกับความยากลำบากและความทุกข์ตลอดไป และมองว่างานของตนจะต้องเผชิญกับความล้มเหลวอย่างแน่นอน ยกตัวอย่างเช่น ความคิดฆ่าตัวตายอาจเกิดจากการที่บุคคลมองว่าตนเองไร้ค่าและเป็นอุปสรรคให้แก่คนอื่น การตายของตนเองจะส่งผลให้ชีวิตของผู้อื่นดีขึ้น หรืออาการเหนื่อยล้าของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากการที่บุคคลมองอนาคตของตนในแง่ร้าย เป็นต้น

1.1.3 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ดวงใจ กสานติกุล (2542) ได้กล่าวถึงผลกระทบต่อการมีภาวะซึมเศร้าทั้งทางกาย การเคลื่อนไหว และความคิด ไว้ดังนี้

1. อาการทางกาย (psychophysiological) เช่น ไม่อยากอาหาร นอนไม่หลับ น้ำหนักตัวลดลง เหนื่อยล้าและเหนื่อยง่าย หมดอารมณ์ทางเพศ ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น

2. การเคลื่อนไหว (psychomotor) ในผู้มีภาวะซึมเศร้าที่อายุน้อย มักมีอาการเซื่องซึม เซื่องช้า เหม่อลอย พูดซ้ำ พูดเสียงเบา แยกตัว ไม่อยากพูดคุยหรือพบกับใคร ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่อายุ มากมักมีอาการกระสับกระส่าย

3. ความคิด (cognitive) เช่น มองโลกในแง่ร้าย ไม่มีสมาธิในการทำงาน ขาดความมั่นใจ ไม่สามารถตัดสินใจได้แม้ในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ รู้สึกตัวเองไร้ค่า ไม่มีทางออก หนีปัญหา จนอาจคิดฆ่าตัว ตายในที่สุด

Katz (1996, อ้างอิงใน จุติพร พรสัมฤทธิ์, 2554) ได้แบ่งผลกระทบเป็นทางตรงและทางอ้อม ของภาวะซึมเศร้า มีดังนี้

1. ผลกระทบทางตรง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความสามารถในการตัดสินใจหรือแก้ปัญหา ต่าง ๆ ลดลง ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ ยังไม่มีสมาธิในการทำงาน หลงลืม ความสนใจสั้น รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกันยังต่ำลง เจ็บป่วยได้ง่ายอีก ด้วย

2. ผลกระทบทางอ้อม เช่น เมื่อผู้มีภาวะซึมเศร้าไม่อยากอาหารหรือทานอาหารลดลงอย่าง มากซึ่งก่อให้เกิดการขาดสารอาหาร เมื่อผู้มีภาวะซึมเศร้าไม่ดูแลตนเอง ปฏิเสธการรับประทานยา ซึ่ง ทำให้เกิดความเจ็บป่วยอื่น ๆ ตามมา และทำให้ภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้มีภาวะซึมเศร้าไม่สนใจสิ่งรอบตัว เหม่อลอย อาจทำให้บุคคลเกิดอุบัติเหตุได้ เมื่อผู้มีภาวะ ซึมเศร้าเริ่มแยกตัวจากสังคมมากขึ้น ไม่ต้องการพูดคุยหรือพบปะผู้อื่น อาจทำให้บุคคลสูญเสียการ สนับสนุนทางสังคม และผู้มีภาวะซึมเศร้าอาจมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เช่น ขาดสมาธิ ความสามารถในการสื่อสาร ความคิดสร้างสรรค์ เป็นต้น

1.2 ความวิตกกังวล

1.2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

Barlow (2004) ได้อธิบายความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นความรู้สึกที่ไม่สามารถ ควบคุมและไม่สามารถทำนายทั้งสถานการณ์ด้านลบหรืออารมณ์ด้านลบซึ่งอาจเป็นอันตรายได้ โดย เกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาและสมองในการเตรียมพร้อมที่จะตอบโต้เช่น การ

ระแวงระวังภัย หรือ ระบบตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไม่พึงประสงค์ของเกรย์ (Gray's behavioral inhibition system) ซึ่งเป็นระบบทางชีวภาพที่ส่งผลถึงการแสดงออกของความวิตกกังวล เป็นต้น

กอบททัย สิทธิธรรณฤทธิ์ (2558) ได้อธิบายความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่รู้สึกว่าคุณทำได้ยาก ไม่แน่นอน หรือเป็นปัญหาที่เกิดจากข้อขัดแย้งหรือปมในใจ เช่น กังวลถึงอนาคต กังวลว่าหากสอบตกแล้วบิดามารดาจะไม่รัก เป็นต้น โดยมีอารมณ์ที่แสดงออกคือความไม่สบายใจ ความไม่เข้าใจกับสถานการณ์นั้น และมีอาการที่แสดงออก เช่น ปวดศีรษะ เหงื่อแตก ใจสั่น แน่นหน้าอก จุกเสียดท้อง กระวนกระวาย เป็นต้น ซึ่งอาจแตกต่างกันได้ในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ ความวิตกกังวลในระดับน้อยถึงปานกลางจะกระตุ้นให้มนุษย์อยากพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น แต่ความวิตกกังวลในระดับที่มากเกินไป จะส่งผลให้ประสิทธิภาพด้านต่าง ๆ ลดลง

Spielberger (1966) ได้อธิบายความหมายของความวิตกกังวลว่า คือ ภาวะอารมณ์หรือความรู้สึกที่เป็นผลจากการที่บุคคลประเมินสถานการณ์ว่าเป็นสถานการณ์ที่อันตรายหรือเป็นสถานการณ์ที่กำลังคุกคามบุคคลอยู่ ความวิตกกังวลจึงมาจากกระบวนการที่บุคคลประเมินหรือทำนายความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ในอนาคต และการประเมินของบุคคลขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ ประสบการณ์ที่คุกคามตนในอดีต มักเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา

1.2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้เสนอทฤษฎีเกี่ยวกับความวิตกกังวลที่หลากหลาย ยกตัวอย่างเช่น แนวคิดความวิตกกังวลของ Philips, Martin และ Meyers (1972, อ้างถึงใน นิรมิตตารา แว, 2532) ซึ่งเชื่อว่าความวิตกกังวลสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคล โดยแรกเริ่มเมื่อบุคคลเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม ความวิตกกังวลจะอยู่ในกลไกทางสรีระ และแปรเปลี่ยนไปสู่การรับรู้ได้แก่ ภาพพจน์และจินตนาการ และนำไปสู่การสร้างสัญลักษณ์และให้ความหมายต่อสถานการณ์นั้น และเมื่อบุคคลได้ให้ความหมายต่อสถานการณ์นั้นแล้ว ความวิตกกังวลจะแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นในเชิงลบ และแนวคิดความวิตกกังวลของ Aron T. Beck ซึ่ง Clark, Beck, และ Stewart (1990) ได้อธิบายในทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) ว่าการรับรู้ทางปัญญาของบุคคลต่อสถานการณ์ก่อให้เกิดความวิตกกังวล มีพื้นฐานทฤษฎีเช่นเดียวกับภาวะซึมเศร้าที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีรูปแบบและเนื้อหาทางความคิดที่

แตกต่างกัน โดยในผู้มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดเกี่ยวกับการสูญเสียหรือการถูกทอดทิ้ง และความพ่ายแพ้ของตนเองอยู่เสมอ ในขณะที่ความวิตกกังวลเกี่ยวข้องกับการทำนายภัยหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อบุคคลในอนาคต

Spielberger (1972, อ้างถึงใน รังรอง งามศิริ, 2540) ที่กล่าวถึง ความวิตกกังวลว่าเกิดจากการประเมินหรือทำนายสิ่งเร้าของบุคคลว่าเป็นอันตรายหรือคุกคามหรือทำให้บุคคลไม่พอใจ ซึ่งการประเมินขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคล โดยถ้าบุคคลประเมินว่าสิ่งเร้าที่คุกคามต่อบุคคลอย่างมากหรือทำให้บุคคลเกิดความไม่พึงพอใจอย่างมาก บุคคลจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่นั้นอย่างรุนแรง และอาจจะรุนแรงมากกว่าความเป็นจริงที่สิ่งเร้าที่นั้นจะมีผลต่อบุคคล

Spielberger (1966) ได้เสนอว่าความวิตกกังวลสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) คือ ภาวะบวกรหรือผลจากสิ่งกระตุ้นหรือสถานการณ์ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเพียงชั่วคราว โดยความวิตกกังวลขณะเผชิญจะถูกแสดงออกมาเป็นความรู้สึกตึงเครียด ภาวะวุ่นวาย ระบบการทำงานของประสาทอัตโนมัติจะถูกกระตุ้น เป็นต้น เมื่อมีสถานการณ์ที่บุคคลเคยรับรู้ว่าเป็นอันตราย ความวิตกกังวลขณะเผชิญจะเกิดขึ้น ผ่านการรับรู้ทางร่างกายและความคิด ความวิตกกังวลจะส่งผลให้บุคคลตอบสนองต่อสถานการณ์ทางพฤติกรรมหรือทางความคิด ซึ่งทางเลือกในการตอบสนองขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคล

2. ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัว (trait anxiety) คือ ความวิตกกังวลซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะประจำตัวบุคคล ความวิตกกังวลนี้เกิดขึ้นในสถานการณ์ทั่วไปที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจนเป็นลักษณะประจำตัวหรือเป็นบุคลิกลักษณะของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินสิ่งเร้าของบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ว่าเป็นอันตรายหรือคุกคาม ดังนั้นความวิตกกังวลแฝงมีแนวโน้มทำให้บุคคลรับรู้สถานการณ์เป็นอันตรายผิดไปจากความเป็นจริง และทำให้บุคคลตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างไม่เหมาะสม ซึ่งแต่ละบุคคลก็จะมีสิ่งเร้าที่กระตุ้นความวิตกกังวลแฝงแตกต่างกัน ในบางสถานการณ์ความวิตกกังวลแฝงเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวลแบบเผชิญให้ตอบสนองรุนแรงขึ้นตามการรับรู้และการประเมินของบุคคล

ผลการศึกษาของ Spielberg (1972, อ้างถึงใน ทรงเกียรติ ลั่นหลาม, 2550) พบว่าเงื่อนไขของการเกิดความวิตกกังวล 3 ข้อ ดังนี้

1. การมีสิ่งกระตุ้นทางกายภาพหรือสิ่งกระตุ้นเป็นอันตรายต่อบุคคล จนบุคคลรับรู้ว่าเป็นภัยที่จะรับไหว บุคคลจะแสดงออกถึงความวิตกกังวล ความเจ็บปวดทางร่างกาย และความกลัวทางจิตใจ เป็นต้น

2. ความไม่สอดคล้องทางความคิดของบุคคลกับความเป็นจริงตามสถานการณ์ ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะวิตกกังวล เนื่องจากรู้สึกว่าคุณค่าและอยู่ในอันตราย

3. การไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นได้ อาจเนื่องมาจากการที่บุคคลไม่ทราบว่ามีสิ่งใดเป็นสิ่งกระตุ้นในตนเองเกิดความวิตกกังวลหรืออาจเกิดจากการที่บุคคลไม่อาจหาวิธีที่จะตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล

1.2.3 ผลของความวิตกกังวล

Goldberger และ Breznitz (2010), และ Goldberger (1982, อ้างอิงใน รัชณี วีระสุขสวัสดิ์, 2535) ได้กล่าวถึงผลของความวิตกกังวลไว้ ดังนี้

1. ด้านชีวเคมี (biochemical) เช่น การถูกกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของสมองและต่อไร้ออ เช่น อะดรีนัล (Adrenal medulla) เป็นต้น

2. ด้านสรีระวิทยา (physiological) เช่น ปวดเมื่อย หัวใจเต้นแรง เหงื่อออก และคลื่นไส้ เป็นต้น ซึ่งระดับของอาการขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล

3. ด้านอารมณ์ (affective symptom) เช่น รู้สึกหวาดหวั่น กังวลใจ หงุดหงิด ซึมเศร้า และท้อแท้ เป็นต้น

4. ด้านการคิด ความจำและการรับรู้ เช่น มีอาการหมกมุ่น ไม่มีสมาธิ รู้สึกสับสน ความสามารถในการจดจำลดลง และความสามารถในการรับรู้ลดลง เป็นต้น

1.3 ความเครียด

1.3.1 ความหมายของความเครียด

Lazarus และ Folkman (1984) ได้อธิบายความหมายของความเครียดว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ความเครียด หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลประเมินว่าจะต้องใช้แหล่งสนับสนุนใดในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง นั้นหมายความว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นความเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ของบุคคลนั้นว่าเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถรับได้หรือเกินความสามารถในการจัดการ และรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่คุกคามและเป็นอันตรายหรือไม่ การตัดสินใจว่าความเครียดของบุคคลต้องผ่านกระบวนการความนึกคิดหรือประเมินด้วยสติปัญญา

ธนยศ สุมาลย์โรจน์ (2558) ได้อธิบายความหมายของความเครียดว่า เป็นการตอบสนองของร่างกายต่อเหตุการณ์ที่มากกระตุ้น มีผลให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ในลักษณะสู้หรือหนี (fight or flight) เพื่อรักษาภาวะสมดุล (homeostasis) ซึ่งแต่ละคนจะตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ความเครียดจึงเป็นกระบวนการที่สัมพันธ์กันระหว่างตัวกระตุ้น (stressor) การตอบสนองต่อความเครียด (stress response) และปัจจัยทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความเครียด (stress mediator)

1.3.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด

ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดนั้นมีหลากหลาย ทฤษฎีที่สำคัญเกี่ยวกับความเครียด ได้แก่ ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus (1993) ที่กล่าวว่า ความเครียดเป็นการตอบสนองต่อการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอันตรายและคุกคามซึ่งเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อม ซึ่งการที่แต่ละบุคคลมีระดับความเครียดต่อสถานการณ์เดียวกันต่างกัน ก็เนื่องจากกระบวนการประเมินทางความคิดหรือสติปัญญา ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินทางปัญญา (Appraisal) และการเผชิญปัญหา (Coping) (Lazarus & Folkman, 1984)

Slavin, Rainer, McCreary, และ Gowda (1991) ได้สรุปรูปแบบกระบวนการทางความเครียด ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดของ Lazarus ที่ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ (สุภาพรณ โคตรจรัส, 2539) ดังนี้

1) การเกิดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (occurrence of a potentially stressful event)

เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด มีทั้งเหตุการณ์หลักและเหตุการณ์ย่อย โดยเหตุการณ์หลัก หมายถึง เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอันยิ่งใหญ่ในชีวิตที่มีผลกระทบต่อบุคคลโดยตรง เช่น การสูญเสียญาติพี่น้อง การล้มละลาย การตกงาน เป็นต้น ส่วนเหตุการณ์ย่อย หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น ภาระหน้าที่ที่มากเกินไป การจราจรที่ติดขัด อาการป่วยเรื้อรัง ข่าวสารต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งบุคคลเป็นผู้ประเมินว่ามีความเครียดมากน้อยเพียงใด

2) การประเมินทางปัญญาขั้นต้น (primary appraisal)

บุคคลจะประเมินเหตุการณ์ว่า “เหตุการณ์นี้เป็นปัญหากับฉันหรือไม่” โดยมีการประเมินใน 3 ลักษณะ ได้แก่ อันตราย (harm) ซึ่งเป็นการประเมินด้านลบว่าผลของเหตุการณ์จะทำให้เกิดอันตรายหรือการสูญเสีย ความคุกคาม (threat) ซึ่งเป็นการคาดคะเนผลของเหตุการณ์ในอนาคตว่าจะเป็นอันตราย และท้าทาย (challenge) ซึ่งเป็นการคาดคะเนผลของเหตุการณ์ในอนาคตว่าจะเป็นผลดีหรือเป็นทางบวก

3) การประเมินทางปัญญาขั้นที่สอง (secondary appraisal)

ในขั้นนี้บุคคลจะถามตนเองว่า “ฉันสามารถทำอะไรกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้บ้าง” โดยจะนำ การประเมินความสามารถของตนและแหล่งทรัพยากรที่จะช่วยเหลือต่าง ๆ มาพิจารณาร่วมกัน เพื่อเลือกแนวทางที่จะนำไปใช้ในการเผชิญปัญหา

4) การเผชิญปัญหา (coping effort)

วิธีการเผชิญปัญหาที่บุคคลเลือกใช้นั้นมี 2 วิธี ได้แก่ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (problem-focused coping) เน้นการจัดการกับเหตุการณ์ โดยพยายามทำความเข้าใจปัญหาสาเหตุ และทางออกที่เป็นไปได้ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนที่ตัวบุคคลเอง และการเผชิญปัญหาแบบ

มุ่งจัดการอารมณ์ (emotion-focused coping) เน้นการจัดการหรือควบคุมอารมณ์หรือความทุกข์ เช่น การทำสมาธิ การมองบวก เป็นต้น (Lazarus & Folkman, 1984)

5) ผลลัพธ์ของการปรับตัว (adaptational outcome)

Lazarus และ Folkman (1984) จำแนกผลของการปรับตัวต่อความเครียดไว้ 3 ด้าน ได้แก่ ผลทางด้านสังคม (social functioning) ซึ่งเป็นผลจากการปรับตัวต่อความเครียดที่บุคคลตอบสนองตามบทบาทต่าง ๆ ของตนในสังคม เช่น ในฐานะพ่อแม่ ลูกจ้าง เป็นต้น บุคคลอาจจะเกิดความพึงพอใจในสัมพันธภาพที่ดีขึ้นหรือมีทักษะที่จำเป็นในการรักษาสัมพันธภาพ ผลทางด้านจิตใจ (moral) เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ว่า บุคคลรู้สึกอย่างไรกับตนเองและสภาพการณ์ในชีวิตของตน และผลทางด้านสุขภาพร่างกาย (somatic illness) มีผลต่อความสามารถในการตอบสนองความต้องการของร่างกาย หรือในทางตรงข้ามคือทำให้สุขภาพทรุดโทรม

1.3.3 ผลกระทบของความเครียด

กองสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2555) ได้กล่าวถึงผลกระทบของความเครียดต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ดังนี้

1. ผลกระทบทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ท้องเสียหรือท้องผูก นอนไม่หลับหรือง่วงนอนตลอดเวลา ปวดกล้ามเนื้อ เบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากกว่าปกติ ประจำเดือนมาไม่ปกติ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ใจสั่น เป็นต้น

2. ผลกระทบทางจิตใจ เช่น คิดมาก หลงลืมง่าย ขาดสมาธิ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย เปื่อหน่าย กังวล เศร้า สิ้นหวัง ไม่มีความสุข เป็นต้น

3. ผลกระทบทางพฤติกรรม เช่น สูบบุหรี่หรือดื่มสุรามากขึ้น การใช้สารเสพติด การใช้ยานอนหลับมากขึ้น มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อยมากขึ้น ดึงผม กัดเล็บ กัดฟัน เก็บตัว กระสับกระส่าย เป็นต้น

ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือความเครียด เป็นปัญหาจิตใจที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือความเครียดของบุคคล และล้วนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และความคิดของบุคคลได้ ปัญหาทางจิตใจเหล่านี้เกิดขึ้นในกลุ่มบิดาและ

มารดาที่มีบุตรออทิสติกด้วยเช่นกันไม่ว่าจะเป็นในต่างประเทศหรือในประเทศไทย (Yirmiya, & Shaked, 2005; S. A. Hayes & Watson, 2013; ดวงใจ พันธภาค, 2553; รุ่งฤดี วงศ์ชุม, 2539) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติก เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการช่วยเหลือบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติก

2. โรคอทิสซึมสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder)

2.1 ความหมายของออทิสซึมสเปกตรัม

American Psychiatric Association (2000) นิยามไว้ว่า ออทิสติกเป็นความผิดปกติหรือความบกพร่องทางด้านพัฒนาการ ได้แก่ 1) ความผิดปกติด้านการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งอาจเป็นความผิดปกติในการใช้ภาษาท่าทาง ความผิดปกติในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติในการร่วมสนุก ความสนใจหรือความสำเร็จ และความผิดปกติในการโต้ตอบกับผู้อื่น 2) ความผิดปกติด้านการสื่อสารอย่างชัดเจนทั้งภาษากายและภาษาพูด ซึ่งอาจเป็นความผิดปกติในพัฒนาการด้านภาษาพูด ความผิดปกติในการเริ่มต้นปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือการพูดซ้ำหรือภาษาเฉพาะของตนเอง และความผิดปกติในการเลียนแบบ และ 3) กิจกรรมและความสนใจที่จำกัดอย่างชัดเจน ซึ่งอาจเป็นความผิดปกติในการทำซ้ำหรือมีความสนใจที่จำกัด มีความผิดปกติด้านการยึดติดกับกิจวัตรบางอย่าง ความผิดปกติด้านพฤติกรรมทำซ้ำ และความผิดปกติด้านความหมกมุ่นกับบางสิ่ง ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับระดับพัฒนาการและอายุ โดยพบความผิดปกติก่อนอายุ 3 ขวบ รวมทั้งแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยว่าบุคคลเป็นโรคอทิสติก

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2545) ได้ให้อธิบายโรคอทิสติกไว้ว่า เป็นความผิดปกติของสมองแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก ซึ่งสมองที่ทำงานผิดปกติจะแสดงอาการออกมาใน 3 ด้านใหญ่ ๆ คือ ความผิดปกติทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร และความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

นิชรา เรื่องดารกานนท์ (2551) ได้ให้อธิบายภาวะออทิสซึมไว้ว่า เป็นภาวะเด็กที่มีความบกพร่องหรือเบี่ยงเบนในด้านทักษะทางสังคม (การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น) ปัญหาทักษะทางการสื่อสาร และปัญหาการมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ หรือมีความสนใจที่เฉพาะเจาะจงและเปลี่ยนแปลงยาก ซึ่งล่าช้ากว่าวัย

อย่างชัดเจนในทุกด้านหรือเพียงบางด้าน เด็กอาจมีระดับความสามารถหรือสติปัญญาตั้งแต่ต่ำกว่าปกติมากไปจนถึงมีความสามารถสูงกว่าคนทั่วไป

เพ็ญแข ลิ้มศิลา (2540) กล่าวว่า เด็กออทิสติก คือ เด็กที่มีความผิดปกติทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษา และการสื่อสารอย่างรุนแรง ซึ่งมีสาเหตุจากการทำงานของสมองบางส่วนผิดปกติไป อาจไม่มีหรือมีโรคอื่นร่วมด้วย

ผดุง อารยะวิญญู (2546) กล่าวว่า เด็กออทิสติก เป็นเด็กที่มีความบกพร่องในพัฒนาการด้านการสื่อความหมาย ไม่ว่าจะเป็นภาษากายหรือภาษาพูด มีปัญหาทางพฤติกรรม และปัญหาทางสังคม ซึ่งเด็กออทิสติกต้องการการศึกษาพิเศษ

กล่าวโดยสรุปบุตรที่มีภาวะออทิสซึม หรือบุตรออทิสติก คือบุตรที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นออทิสติก โดยแสดงความบกพร่องในด้านการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง โดยไม่สามารถเริ่มต้น พัฒนา และเข้าใจความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม และแสดงความบกพร่องในด้านการมีพฤติกรรม ความสนใจ และกิจกรรมที่ทำซ้ำ หรือยึดติดในรูปแบบเดิม ๆ รวมทั้งแสดงอาการเหล่านี้ตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นพัฒนาการ

2.2 เกณฑ์การวินิจฉัย

ในงานวิจัยฉบับนี้ครอบคลุมเกณฑ์การวินิจฉัยจากคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับ DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) และฉบับ DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) โดยมีรายละเอียดดังนี้

จากคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับ DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) ได้จัดให้โรคออทิสติก (Autistic Disorder) อยู่ในกลุ่มโรคความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน (Pervasive Developmental Disorders, PDDs) โดยมีลักษณะความผิดปกติที่สำคัญในด้านการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการสื่อสาร และการมีความสนใจและรูปแบบกิจกรรมที่จำกัด โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้

1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติกต้องเข้าเกณฑ์ต่อไปนี้อย่างน้อย 6 ข้อ จากข้อ 1.1, 1.2, และ 1.3 โดยในข้อ 1.1 ต้องเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 2 ข้อ ในข้อ 1.2 ต้องเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ และในข้อ 1.3 ต้องเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ

1.1) บุคคลมีความบกพร่องในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยแสดงออกอย่างน้อย 2 ข้อ ดังต่อไปนี้

1.1.1) บุคคลมีความบกพร่องอย่างชัดเจนในการใช้ภาษาท่าทาง เช่น การสบตา การแสดงสีหน้า การแสดงออกทางร่างกาย และท่าทางในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

1.1.2) บุคคลไม่สามารถพัฒนาความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมวัยได้อย่างเหมาะสม

1.1.3) บุคคลไม่แสดงออกถึงความอยากในการร่วมสนุก ร่วมสนใจ หรือร่วมสำเร็จกับผู้อื่น เช่น บุคคลไม่แสดงออก ไม่นำสิ่งของ หรือไม่ชี้ไปยังสิ่งที่สนใจ เป็นต้น

1.1.4) บุคคลไม่มีปฏิกริยาโต้ตอบหรือแลกเปลี่ยนทางสังคมหรือทางอารมณ์

1.2) บุคคลมีความบกพร่องในด้านการสื่อสาร โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้

1.2.1) บุคคลมีพัฒนาการล่าช้าหรือขาดพัฒนาการด้านภาษาพูด (ไม่รวมถึงการสื่อสารโดยใช้วิธีอื่น เช่น ภาษาท่าทาง เป็นต้น)

1.2.2) ในกรณีที่บุคคลสามารถพูดได้บ้าง บุคคลมีความบกพร่องในการเริ่มต้นสนทนาหรือดำเนินการสนทนาอย่างต่อเนื่องกับผู้อื่น

1.2.3) บุคคลใช้คำพูดซ้ำ หรือใช้ภาษาเฉพาะของตน

1.2.4) บุคคลไม่มีการเล่นสมมุติ หรือการเล่นแบบสิ่งต่าง ๆ หรือบุคคลต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับพัฒนาการ

1.3) บุคคลมีพฤติกรรม ความสนใจ และกิจกรรมที่ทำซ้ำ ๆ และในรูปแบบเดิม ๆ โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้

1.3.1) หมกมุ่นอยู่กับความสนใจเดิม ๆ อย่างเข้มข้นต่อความสนใจนั้น ๆ

1.3.2) ขาดความยืดหยุ่นต่อกิจวัตรประจำวัน หรือยึดติดกับกิจวัตรมากเกินไป

1.3.3) มีการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ และรูปแบบเดิม เช่น การสะบัดหรือหมุนมือ หรือนิ้ว หรือการขยับร่างกาย เป็นต้น

1.3.4) หมกมุ่นอยู่กับบางส่วนของวัตถุ

2. พบความล่าช้าหรือผิดปกติก่อนอายุ 3 ขวบ ในพัฒนาการด้านต่าง ๆ อย่างน้อย 1 ด้าน ดังต่อไปนี้

2.1) ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

2.2) ด้านภาษาที่ใช้สื่อสารกับผู้อื่น

2.3) ด้านการเล่นสมมติ

3. ความผิดปกติดังกล่าวต้องไม่ใช่ลักษณะความผิดปกติตามคำนิยามของเรทท์ (Rett's Disorder) หรือความผิดปกติทางสมองอื่น ๆ ในวัยเด็ก (Childhood Disintegrative Disorder)

ในส่วนของผู้มีอาการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับ DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) โดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาได้ระบุถึงเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคออทิซึมสเปกตรัม โดยมี รองศาสตราจารย์ นพ.วิฑูรณ บุญสิทธิ เป็นผู้แปล โดยมีเกณฑ์ในการวินิจฉัย ดังนี้ (ธนยศ สุมาลย์โรจน์, 2558)

1. มีความบกพร่องด้านการสื่อสารและด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในหลาย ๆ สถานการณ์ โดยมีประวัติหรือแสดงออกด้วยอาการดังต่อไปนี้

1.1 มีความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ทางอารมณ์หรือทางสังคม ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่การเข้าหาผู้อื่นอย่างผิดปกติ ไม่สามารถโต้ตอบในการพูดคุยทั่วไป ไม่แสดงความสนใจ

อารมณ์ หรือความรู้สึกร่วมกับผู้อื่น ไปจนถึงไม่เริ่มต้นที่จะมีหรือไม่ตอบสนองต่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น

1.2 มีความบกพร่องของการใช้ภาษาท่าทางในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่การใช้ภาษาท่าทางที่ไม่สอดคล้องกับภาษาพูด มีการสบตาหรือการสื่อด้วยภาษาท่าทางที่ผิดปกติ ไม่ค่อยใช้หรือไม่เข้าใจการใช้ภาษาท่าทาง ไปจนถึงไม่มีการแสดงสีหน้าหรือไม่สื่อสารด้วยภาษาท่าทาง

1.3 มีความบกพร่องในการสร้าง รักษา และเข้าใจความสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมที่หลากหลาย มีความยากลำบากในการเล่นตามจินตนาการร่วมกับผู้อื่น หรือลำบากในการคบเพื่อน ไปจนถึงไม่สนใจในกลุ่มเพื่อนเลย

2. การมีพฤติกรรม ความสนใจ และกิจกรรมที่แคบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำ ๆ มีประวัติหรือแสดงออกด้วยอาการอย่างน้อย 2 ข้อ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

2.1 มีการเคลื่อนไหว การใช้วัตถุ หรือการใช้คำพูดที่เป็นแบบแผนซ้ำ ๆ (เช่น มีการเคลื่อนไหวที่เป็นรูปแบบซ้ำ ๆ เล่นโดยเอาวัตถุมาเรียงกันหรือหมุนเล่น พูดทวนคำพูดของผู้อื่น หรือมีการพูดแปลก ๆ ที่เป็นภาษาของตนเอง)

2.2 ยึดติดกับกิจวัตรประจำวัน การแสดงออกของพฤติกรรมหรือการพูดที่ต้องทำตามแบบแผนเดิม โดยไม่ยอมเปลี่ยนแปลง (เช่น แสดงความไม่พอใจอย่างมากเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันเพียงเล็กน้อย มีความยากลำบากในการเปลี่ยนจากกิจกรรมหนึ่งไปสู่กิจกรรมต่อไป มีแบบแผนของการคิดที่ตายตัวไม่ยืดหยุ่น มีวิธีการทักทายผู้อื่นในแบบเดิม ๆ ต้องเดินทางด้วยเส้นทางเดิม หรือทานอาหารแบบเดิมทุกวัน)

2.3 มีความสนใจที่แคบจำกัด หรือหมกมุ่นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากเกินไป (เช่น ยึดติดกับสิ่งของบางอย่างที่แปลกกว่าบุตรที่มีพัฒนาการปกติ หรือหมกมุ่นสนใจในบางเรื่องมากเกินไป)

2.4 มีประสาทสัมผัสที่ไวมากเกินไปหรือน้อยเกินไปต่อสิ่งเร้า (เช่น ดูเหมือนไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกเจ็บปวดหรือไม่รู้ความแตกต่างของอุณหภูมิ มีการตอบสนองที่มากเกินไปต่อเสียงหรือผิวสัมผัส ชอบดมหรือสัมผัสวัตถุ หรือชอบมองแสงหรือการเคลื่อนไหวของวัตถุ)

3. เริ่มแสดงอาการตั้งแต่วัยเด็กหรือช่วงต้นของพัฒนาการ อาการอาจยังไม่แสดงออกอย่างชัดเจนจนกว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมเรียกร้องความสามารถของบุตรมากกว่าความสามารถที่บุตรมีหรืออาการอาจไม่แสดงออกด้วยการจัดการของบุตรออทิสติกที่บุตรพัฒนาเมื่อโตขึ้น

4. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความบกพร่องในด้านการทำหน้าที่ทางสังคม การงาน หรือด้านอื่น ๆ ที่สำคัญ

5. อาการดังกล่าวไม่สามารถอธิบายได้จากภาวะบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา หรือปัญหาจากพัฒนาการล่าช้าอื่น ๆ (global developmental delay)

2.3 การรักษา แนวทางในการช่วยเหลือและการดูแลเด็กออทิสติก

ในวงการแพทย์ปัจจุบันสรุปว่า ออทิสติกเป็นความผิดปกติทางสมองที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยออทิสติกยังคงมีลักษณะหรืออาการบางอย่างอยู่ เช่น ความลำบากในการรับรู้สิ่งเร้ารอบตัว ความไวต่อประสาทสัมผัส หรือความบกพร่องในการคิดเชิงนามธรรม อย่างไรก็ตามโรคนี้อาจดีขึ้นได้ ถ้าให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมตั้งแต่บุตรยังเล็ก (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545)

เพ็ญแข ลิ้มศิลา (2537, 2540) ได้สรุปแนวทางในการดูแลบุตรออทิสติก ดังนี้

1. การประเมินศักยภาพของบุตรออทิสติก โดยศึกษาประวัติที่ได้จากบิดามารดาหรือผู้ดูแลบุตรออทิสติก จัดระดับพัฒนาการด้านต่าง ๆ โดยเทียบกับเด็กที่มีพัฒนาการปกติในวัยเดียวกัน และสังเกตพฤติกรรมของบุตรออทิสติก

2. การฝึกบิดามารดาของบุตรออทิสติกให้มีความสามารถในการกระตุ้นพัฒนาการของบุตรออทิสติก ฝึกบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติกผ่านการสอน การแนะนำ การสาธิต และการจัดอบรมสำหรับบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติก เพื่อให้ผู้ปกครองเกิดความเข้าใจและยอมรับในบุตรออทิสติก รวมทั้งสามารถนำไปกระตุ้นพัฒนาการบุตรออทิสติกของตนที่บ้านได้

3. พฤติกรรมบำบัด มีจุดประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์และเสริมสร้างพัฒนาการและทักษะในการเรียนรู้

4. อรรถบำบัด บุตรออทิสติกจะเริ่มฝึกพูดเมื่อบุตรออทิสติกเริ่มเปล่งเสียงได้ เพื่อแก้ไขการพูดและการสื่อความหมาย

5. การศึกษาพิเศษ บุตรออทิสติกที่สามารถเรียนในห้องเรียนสำหรับการศึกษาพิเศษได้ดี และความสามารถในการเรียนรู้ดี จะถูกส่งไปเรียนร่วมกับเด็กที่มีพัฒนาการปกติต่อไป

6. โครงการเรียนร่วมเด็กปกติ บุตรออทิสติกที่มีความสามารถในการเรียนรู้ดีและมีพฤติกรรมทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะถูกส่งไปยังโรงเรียนทั่วไปที่เหมาะสม

7. การรักษาทางยา การรักษาทางยาเป็นการรักษาตามอาการที่พบ

8. การฝึกอาชีพ การฝึกอาชีพที่ง่ายและเป็นไปตามความสามารถของบุตรออทิสติกแต่ละคน อุมพร ตรังคสมบัติ (2545) ได้สรุปวิธีการรักษาบุตรออทิสติกในปัจจุบัน ดังนี้

1. การบำบัดทางพฤติกรรม เป็นการฝึกให้บุตรออทิสติกมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและแก้ไขพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยอาศัยเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดและทฤษฎีการเรียนรู้ เช่น ฝึกกิจกรรมอย่างเป็นระเบียบและชัดเจนเพื่อให้บุตรออทิสติกเกิดการเรียนรู้ได้ง่ายและไม่สับสน รวมทั้งให้รางวัลเมื่อบุตรออทิสติกมีพฤติกรรมที่ดี เป็นต้น

2. การกระตุ้นภาษาและการสื่อสาร เป็นการฝึกให้บุตรออทิสติกรู้จักภาษา รู้จักวิธีการพูดเพื่อสื่อสารกับผู้อื่น และรู้จักเปล่งเสียงได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากและจัดว่าเป็นการกระตุ้นพัฒนาการที่สำคัญ

3. การกระตุ้นประสาทสัมผัสและกล้ามเนื้อ เนื่องจากบุตรออทิสติกมีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสบกพร่อง กล่าวคือ ตอบสนองต่อประสาทสัมผัสมากหรือน้อยเกินไป การรับรู้ที่ผิดปกตินี้ทำให้บุตรออทิสติกมีอาการแปรปรวนและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ การรักษาเพื่อกระตุ้นประสาทสัมผัสและกล้ามเนื้อทำผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การหมุนตัว การกระโดด การกลิ้งตัว การโยกตัว การนวด เป็นต้น

4. การรักษาโดยใช้ยา เพื่อรักษาอาการที่พบต่าง ๆ เช่น เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อลดอารมณ์หงุดหงิด และเพื่อช่วยให้มีสมาธิมากขึ้น เป็นต้น

5. การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกาย ดนตรีบำบัด เป็นต้น

ธนยศ สุมาลัยโรจน์ (2558) ได้กล่าวถึงแนวทางการรักษาและการช่วยเหลือบุตรออทิสติกไว้ ดังนี้

1. การกระตุ้นพัฒนาการตั้งแต่ยังเล็ก

งานวิจัยในปัจจุบันพบว่า การกระตุ้นพัฒนาการอย่างเต็มที่ภายใน 5 ขวบปีแรก จะช่วยให้บุตรออทิสติกมีพัฒนาการที่ดีขึ้นได้ แนวทางการกระตุ้นพัฒนาการเบื้องต้น ได้แก่ วิธีการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ (applied behavioral analysis) ซึ่งเป็นพฤติกรรมบำบัด เพื่อเพิ่มหรือฝึกฝนพฤติกรรมที่ต้องการ และลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมบำบัด (occupational therapy) ซึ่งเป็นการส่งเสริมทักษะการเล่น การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่งเสริมการกระตุ้นพัฒนาการ และแก้ไขความผิดปกติด้านกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัส ในประเทศไทยนั้น การกระตุ้นพัฒนาการเบื้องต้นเหล่านี้อาจทำโดยนักจิตวิทยา พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด หรือนักวิชาชีพอื่นที่ได้รับการฝึกอบรม

2. การช่วยเหลือด้านการศึกษา

การจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับความต้องการและความสามารถของบุตรออทิสติกแต่ละคน โดยจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะรายบุคคล (individualized education plan) ได้แก่ การเรียนนอกระบบโรงเรียน การเรียนในโรงเรียนที่จัดการศึกษาเฉพาะสำหรับบุตรที่มีความต้องการพิเศษ การเรียนในชั้นเรียนพิเศษในโรงเรียนแบบคู่ขนาน หรือการเรียนแบบเรียนร่วมกับบุตรที่มีพัฒนาการปกติในชั้นเรียนปกติ

3. การใช้ยารักษา

ผู้ป่วยออทิสติกมักมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ซุกซน อยู่ไม่นิ่ง สมาธิสั้น หรือก้าวร้าว ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการกระตุ้นพัฒนาการ หรือส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อาจต้องใช้ยาเพื่อรักษาอาการดังกล่าว โดยยาที่นิยมใช้ ได้แก่ ยา methylphenidate ยารักษาโรคจิตกลุ่ม atypical เช่น risperidone และ ยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)

4. การช่วยเหลือด้านอื่น ๆ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เป็นต้น

บุตรออทิสติกมีความบกพร่องทางการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และมีพฤติกรรมที่แตกต่างจากบุตรที่มีพัฒนาการปกติ แม้ว่าจะมีการรักษาในรูปแบบต่าง ๆ มากมาย แต่โรคนี้นี้เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2545) จึงทำให้การเลี้ยงดูบุตรออทิสติกเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก เกิดปัญหาและผลกระทบต่อครอบครัวที่มีบุตรออทิสติกหลายด้าน

2.4 ปัญหาและผลกระทบที่มีต่อครอบครัวจากการดูแลบุตรออทิสติก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าครอบครัวที่มีบุตรออทิสติกได้รับผลกระทบจากการเลี้ยงดูบุตรออทิสติกทั้งทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ และทางด้านสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ผลกระทบด้านร่างกาย

การดูแลบุตรออทิสติกส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก เช่น การศึกษาของ สร้อยสุดา วิทยากร, มยุรี เพชรอักษร, วรรณนิภา บุญระยอง, และ สุภาพร ชินชัย (2545) พบว่ามารดาเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย เนื่องจากต้องนำบุตรออทิสติกเข้ารับรักษา และเข้ารับการรักษาต่าง ๆ อยู่เป็นประจำ นอกจากนี้การนำบุตรออทิสติกออกนอกบ้าน ยังเป็นการเพิ่มภาระให้แก่มารดาอย่างมาก เนื่องจากบุตรออทิสติกไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้อยู่ในกรอบของกฎเกณฑ์ได้

Giallo, Wood, Jellett, และ Porter (2013), พบว่ามารดาที่มีบุตรออทิสติกที่มีความเหนื่อยล้า (fatigue) สูงจะรายงานว่าตนมีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลสูงตาม รวมทั้งมารดาที่มีบุตรออทิสติกที่มีความเหนื่อยล้า (fatigue) สูงจะรายงานว่าตนมีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาต่ำลง และมีความพึงพอใจในตนเองลดลง เนื่องจากความเหนื่อยล้าทางกายที่เกิดขึ้นนั้นทำให้ตนไม่มีแรงที่จะมีส่วนร่วมหรือมีแรงที่จะดูแลบุตรออทิสติกได้ตามที่ตนคาดหวัง ซึ่งนำไปสู่การสงสัยในตนเอง (self-doubt) ที่มากขึ้น และมีความมั่นใจในการดูแลบุตรออทิสติกลดลง นอกจากนี้ความเหนื่อยล้ายังส่งผลถึงกระบวนการคิดในการแก้ปัญหาหรือมองเห็นปัญหาที่ชัดเจนในการดูแลบุตรออทิสติก ซึ่งนำไปสู่การขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรออทิสติก

2) ผลกระทบด้านจิตใจ

บิดามารดาที่ต้องเลี้ยงดูบุตรออทิสติกมักเกิดปัญหาทางจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรออทิสติก งานวิจัยที่ใช้การวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) พบว่า บิดามารดาของบุตรออทิสติกมีปัญหาทางจิตใจสูงกว่าบิดามารดาของบุตรปกติ และบุตรที่มีภาวะผิดปกติอื่น ๆ เช่น ดาวน์ซินโดรม (Down's Syndrome) หรือแอสเปอร์เกอร์ (Asperger) (S. A. Hayes & Watson, 2013; Yirmiya & Shaked, 2005) เมื่อบิดามารดาทราบว่าบุตรเป็นโรคออทิสติก บิดามารดาของบุตรออทิสติกเองเกิดความรู้สึกผิด รู้สึกสับสน ไม่สามารถยอมรับว่าบุตรเป็นออทิสติกได้ และเมื่อทราบอย่างแน่ชัดว่าบุตรของตนเป็นออทิสติก บิดาและมารดาที่มีบุตรออทิสติกจะเกิดอาการตกใจและเสียใจ รวมทั้งมีความรู้สึกด้านลบอันหลากหลาย เช่น โกรธ เครียด กังวล เสียใจ และรู้สึกผิด (ประภัสสร ฉันทศิริเวทย์, 2556) เมื่อได้ดูแลบุตรออทิสติกของตน บิดามารดาเกิดความกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรออทิสติก (กัญญา วัฒนันตา, 2534) เกิดความกังวลถึงอนาคตของบุตรออทิสติก และเกิดความกังวลถึงความสามารถของตนเองในการเลี้ยงดูบุตรออทิสติก (ประภัสสร ฉันทศิริเวทย์, 2556; ภาคินี มานะแท้, ธนิตา จุลวนิชยพงษ์, และ ชัญญา ลีศรีตรูพ่าย, 2557) บิดามารดาของบุตรออทิสติกเกิดความรู้สึกท้อแท้จากการรับรู้ที่โรคนี้นี้ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ และบางครั้งรู้สึกเหมือนถูกตำหนิจากสังคม (Nickel & Desch, 2000) ซึ่งสามารถนำไปสู่การแยกตัวจากสังคมของบิดามารดาของบุตรออทิสติกได้ (Schaaf et al., 2011)

จากการศึกษาของ Kuhn และ Carter (2006) พบว่าร้อยละ 80 ของมารดาที่มีบุตรออทิสติกจำนวน 170 คน รายงานว่าตนรู้สึกผิด (guilt) ที่ตนไม่สามารถดูแลบุตรออทิสติกของตนได้เพียงพอ ซึ่งมารดาที่รายงานว่าตนรู้สึกผิดมากมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดจากการดูแลบุตรออทิสติก และทำให้มารดาที่มีบุตรออทิสติกมีประสิทธิภาพในการดูแลบุตรออทิสติกลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้สึกผิดของมารดาที่มีบุตรออทิสติก (guilt) มีความสัมพันธ์ทางลบต่อการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ซึ่งหมายความว่ายิ่งมารดาู้สึกผิดต่อการเลี้ยงดูบุตรออทิสติก มารดาจะยิ่งู้สึกว่าตนมีความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรออทิสติกต่ำลง

3) ผลกระทบด้านสังคม

นอกจากผลกระทบที่มีต่อตัวบิดาและมารดาที่มีบุตรออทิสติกเอง การมีบุตรออทิสติกยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว ทั้งในพี่น้อง และความสัมพันธ์ระหว่างบิดาและมารดาที่มีบุตรออทิสติกเอง รวมทั้งความสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่นและสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

พี่น้องที่มีพัฒนาการปกติบางรายมีความยากลำบากในการปรับตัวต่อการมีพี่น้องที่เป็นออทิสติกมากกว่าบิดามารดาของตน เนื่องจากพี่น้องที่มีพัฒนาการปกติยังไม่มีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะจัดการความคิดด้านลบอย่างเหมาะสม และยังไม่เห็นถึงความผิดปกติของพี่น้องที่เป็นออทิสติก บางครั้งพี่น้องที่มีพัฒนาการปกติคิดว่าเหตุใดตนถึงต้องดูแล เหตุใดพี่น้องที่เป็นออทิสติกถึงได้สิทธิพิเศษมากกว่า ในบางรายเกิดความอับอายเมื่อพบเพื่อนหรือบอกเพื่อน เมื่อโตขึ้นพี่น้องที่มีบุตรออทิสติกคิดว่าตนเองต้องดูแลไปตลอดชีวิต (Hallahan & Kauffman, 2006)

DeMyer (1979) ได้ศึกษาครอบครัวที่มีบุตรออทิสติกจำนวน 155 ครอบครัวพบว่า บิดามารดาของบุตรออทิสติกรู้สึกถึงความผิดหวังในตัวบุตรออทิสติกหลายครั้ง และความผิดหวังนี้ส่งผลถึงบิดามารดาของบุตรออทิสติกเอง และยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา และพี่น้องของบุตรออทิสติกด้วย โดยมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบิดามารดาของบุตรออทิสติกเห็นว่าปัญหาด้านการเลี้ยงดูบุตรออทิสติก ส่งผลให้ความผูกพันระหว่างบิดาและมารดาของบุตรออทิสติกลดลง รวมทั้งหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบิดามารดาของบุตรออทิสติกมีความต้องการที่จะหย่าร้าง นอกจากนี้พี่น้องของบุตรออทิสติกรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการเอาใจใส่ เนื่องจากเวลาของบิดามารดาส่วนใหญ่ใช้ไปกับการดูแลพี่น้องที่เป็นออทิสติก

นงลักษณ์ สุวรรณกุล (2550, อ้างถึงใน นงลักษณ์ สุวรรณกุล, 2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองของมารดาที่มีบุตรออทิสติกที่มารับบริการในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบว่า มารดาที่มีบุตรออทิสติกร้อยละ 52.6 มีสัมพันธภาพชีวิตคู่ไม่ดี มารดาที่มีบุตรออทิสติกร้อยละ 51.4 มีการดูแลตนเองในระดับไม่ดี และร้อยละ 56.3 มีความภาคภูมิใจในตนเองระดับไม่ดี

การมีบุตรออทิสติกในครอบครัวทำให้บรรยากาศและการปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์กับญาติและเพื่อนลดลง เนื่องจากบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติกรู้สึกว่าตนต้องให้เวลากับ

บุตรออทิสติกค่อนข้างมาก รวมทั้งบิดาและมารดาที่มีบุตรออทิสติกเกิดความอายต่อการนำบุตรออทิสติกไปที่สาธารณะ ซึ่งนำไปสู่การนำบุตรออทิสติกไปที่สาธารณะลดลง (กัญญา รัญม้นตา, 2534)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อบิดาและมารดาที่มีบุตรออทิสติกมีอย่างรอบด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ และความสัมพันธ์ ดังนั้นในปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่ง ได้เพิ่มเติมการช่วยเหลือบิดาและมารดาที่มีบุตรออทิสติก โดยในงานวิจัยนี้มุ่งเน้นไปที่โรงพยาบาลที่ผู้วิจัยได้เข้าไปทำการวิจัย อันได้แก่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว สถาบันราชานุกูล และโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

2.5 การให้บริการสำหรับบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติกในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว สถาบันราชานุกูล และโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว มีบริการสำหรับผู้ป่วยออทิสติก คือ ศูนย์พัฒนาการเรียนรู้อัจฉริยะที่ส่งเสริมพัฒนาการผู้ป่วยออทิสติกทั้งการเรียน ภาษา สติปัญญาและการฝึกพูด และศูนย์สุขภาพใจที่ให้บริการบริการรักษาผู้ป่วยออทิสติกทั้งเด็กและผู้ใหญ่ (โรงพยาบาลบ้านแพ้ว, 2559) ซึ่งทั้งสองศูนย์นี้ไม่มีส่วนในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่บิดาหรือมารดาที่มีบุตรออทิสติก แต่เน้นด้านการให้บริการผู้ป่วยออทิสติก สำหรับสถาบันราชานุกูลและโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์นั้น มีส่วนในการให้ความช่วยเหลือบิดาและมารดาที่มีบุตรออทิสติก โดยมีบริการสำหรับช่วยเหลือบิดาและมารดาที่มีบุตรออทิสติกแยกตามโรงพยาบาล ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. สถาบันราชานุกูล มีการบริการสำหรับบิดามารดาในหลายส่วนทั้งทางจิตใจและทักษะการดูแลบุตรออทิสติก ในส่วนของทางจิตใจมีบริการ ดังเช่น คลินิกครอบครัวบำบัดที่ให้บริการกับครอบครัวที่มีบุตรที่มีความต้องการพิเศษที่มีความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิตจากการดูแลบุตรที่มีความต้องการพิเศษ ให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น และมีสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น และคลินิกสุขภาพจิตศึกษาที่ให้บริการเสริมทักษะแก่ผู้ปกครองที่มีบุตรที่มีความต้องการพิเศษ เพื่อให้ผู้ปกครองมีทักษะและความรู้ในการดูแลบุตรที่มีความต้องการพิเศษของตน เป็นต้น ในส่วนของทักษะการดูแลบุตรออทิสติกมีบริการ ดังเช่น คลินิกสำหรับผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก (Parent Management Training) ซึ่งเป็นการอบรมผู้ปกครองแบบกลุ่ม เพื่อให้ผู้ปกครองมีทักษะในการจัดการพฤติกรรมเด็ก และโปรแกรมส่งเสริมผู้ปกครองให้มีความสามารถและ

ความเข้าใจในการดูแลบุตรออทิสติกผ่านการทำกิจกรรมพร้อมกับบุตรออทิสติกและการได้รับ
สุขภาพจิตศึกษา เป็นต้น (สถาบันราชานุกูล, 2559)

2. โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ มีกลุ่มส่งเสริมพัฒนาการและปรับพฤติกรรมผู้ป่วย
ออทิสติก เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยเน้นการฝึกทักษะและสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้ปกครองที่มี
บุตรออทิสติก ให้ผู้ปกครองที่มีบุตรออทิสติกสามารถฝึกกิจกรรมและดูแลเด็กได้ตามศักยภาพอย่าง
ถูกต้องและเหมาะสม เช่น ผู้ปกครองต้องเข้าร่วมกิจกรรม Psychoeducation เพื่อรับความรู้และ
สร้างความเข้าใจในการดูแลและเลี้ยงดูผู้ป่วยออทิสติก ผู้ปกครองได้รับการทำกลุ่มพฤติกรรมบำบัด
เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือกันระหว่างผู้ปกครอง ผู้ปกครองได้รับการเสริมสร้างกำลังใจจากทีม
สหวิชาชีพ และการสรุปการเรียนรู้ของกลุ่มผู้ปกครอง เป็นต้น (เสาวนีย์ บัวลา, 2556; โรงพยาบาล
ยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2559, 2560; ธีรรัตน์ แทนขำ และ อารีย์ ชูศักดิ์, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุตรออทิสติกนั้นคือบุตรที่มีความบกพร่องด้านการ
ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและด้านพฤติกรรม ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมของบุตรออทิสติกนั้นมีความแตกต่างจาก
บุตรที่มีพัฒนาการปกติ และทำให้บิดามารดาได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมจากการ
มีบุตรออทิสติก และส่วนหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อบิดามารดาคือการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่
เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก

3. การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก (Parental Perception of Autistic Child Problem Behaviors)

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก

การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก หมายถึง ระดับของการรู้
และการคิดของบิดามารดาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็น
ปัญหาต่อตนในระดับใด (Matson, Mahan, Hess, Fodstad, & Neal, 2010) โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับ
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก ดังนี้

Matson และ Nebel-Schwalm (2007) กล่าวว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก
เป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม เป็นอันตรายต่อร่างกายของตนเองหรือผู้อื่น และ

ขีดขวางการเรียนรู้หรือพัฒนาการของบุตรออทิสติก ซึ่งประกอบด้วย การทำร้ายตนเอง ความก้าวร้าว การไม่เชื่อฟัง และพฤติกรรมทำซ้ำ โดยสอดคล้องกับ Horner, Carr, Strain, Todd, และ Reed (2002) ที่ได้กล่าวว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก อันได้แก่ ความก้าวร้าว การทำร้ายตนเอง การทำลายข้าวของ พฤติกรรมทำซ้ำ การไม่เชื่อฟัง และความเกรี้ยวกราด ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะขีดขวางการเรียนรู้และการพัฒนาทางสังคมของบุตรออทิสติก

ผดุง อารยะวิญญู (2551) ได้จำแนกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก ไว้ดังนี้

1. การทำร้ายตนเอง (self-abuse) เช่น การกัดตนเอง การโขกหัวตนเองเข้ากับฝาผนังห้อง หรือโต๊ะ การใช้มือโขกหัวตนเอง การตบหน้าตนเอง เป็นต้น

2. ความก้าวร้าว (Aggression) เช่น การถ่มน้ำลายใส่ผู้อื่น การตบหน้าผู้อื่น การกัดหรือตีงูมผู้อื่น เป็นต้น

3. การก่อกวน (Disruption) เช่น การโยนหรือขว้างปาข้าวของ เพื่อหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ไม่ชอบ การกระโดดรอบโต๊ะ การส่งเสียงก่อกวน เช่น กรีดร้อง ตะโกน หัวเราะอย่างไม่มีเหตุผลหรือหัวเราะด้วยเสียงแปลก ๆ เป็นต้น

4. การทำซ้ำ (Repetition) เช่น การอมสิ่งของหรือนิ้วมือตนเอง และการถามคำถามซ้ำ ๆ เป็นต้น

อุมพร ตรังคสมบัติ (2545) ได้แยก ปัญหาทางพฤติกรรมของบุตรออทิสติก ไว้ดังนี้

1) พฤติกรรมซุกซน อยู่ไม่นิ่ง

บุตรออทิสติกจำนวนมากมีพฤติกรรมซุกซน อยู่ไม่นิ่ง และไม่มีสมาธิ ซึ่งกลายเป็นอุปสรรคในการเรียนรู้ เมื่อโตขึ้นอาการซนอาจลดลง แต่อาการสมาธิสั้นอาจคงอยู่และเป็นอุปสรรคต่อการเรียน

2) พฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นมักเกิดจากความตกใจกลัวหรือความวิตกกังวลที่รุนแรง เนื่องจากบุตรออทิสติกไม่ทราบวิธีการจัดการปัญหาที่ตนตกใจหรือกังวล ทั้งยังสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือไม่ได้ ดังนั้นความรู้สึกดังกล่าวจึงแสดงออกมาในรูปความก้าวร้าวที่ควบคุมได้ยาก โดยเฉพาะเมื่อบุตรออทิสติกโตขึ้น

อาการก้าวร้าวอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น การไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตน การไม่เข้าใจกฎเกณฑ์ การไวต่อสิ่งเร้ามากเกินไป การถูกกดดันให้ทำสิ่งที่ไม่ชอบหรือสิ่งที่ยากเกินไป รวมทั้งมีอาการไม่สบายทางกายแต่ไม่สามารถสื่อสารได้ เป็นต้น ทั้งนี้ พฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ การอาละวาด การกรี๊ดร้อง การร้องไห้ การขว้างปาสิ่งของ หรือการทำร้ายผู้อื่น

3) พฤติกรรมทำร้ายตนเอง

พฤติกรรมทำร้ายตนเอง เช่น โขกหัว ทบตีตนเอง เป็นต้น อาจมีสาเหตุมาจากความวิตกกังวลเหมือนพฤติกรรมก้าวร้าว แต่อย่างไรก็ตาม บุตรออทิสติกบางรายอาจทำร้ายตนเองได้โดยไม่ทราบสาเหตุ โดยเฉพาะผู้ที่มีสมองผิดปกติชัดเจนหรือมีความบกพร่องทางสติปัญญาอย่างมากร่วมด้วย ในกรณีนี้ การทำร้ายตนเองอาจมีความรุนแรง เช่น ดึงผมตนเองออกเป็นกระจุก กัดนิ้วหรือกัดมือตนเองจนเลือดออก หรือเอาหัวโขกพื้นจนเลือดออก เป็นต้น

4) พฤติกรรมทำซ้ำ

พฤติกรรมทำซ้ำของบุตรออทิสติกนั้นแตกต่างจากบุตรที่มีพัฒนาการปกติ โดยการมีพฤติกรรมซ้ำของบุตรที่มีพัฒนาการปกติมักมีเป็นช่วง ๆ และจะหายไปในท้ายที่สุด แต่พฤติกรรมซ้ำของบุตรออทิสติกจะมีปรากฏอยู่ยาวนานกว่า หากไม่ได้รับการรักษาจะคงอยู่จนถึงวัยผู้ใหญ่ บุตรออทิสติกจะโกรธและอาละวาดหากบิดามารดาเข้าไปขัดขวางพฤติกรรมซ้ำของตน ซึ่งบุตรที่มีพัฒนาการปกติจะไม่มีปฏิกริยารุนแรงเช่นนั้น

พฤติกรรมซ้ำสามารถสังเกตเห็นได้ตั้งแต่บุตรออทิสติกยังอยู่ในวัยเด็ก เช่น จะมีการเล่นซ้ำ ๆ เช่น เปิด-ปิดไฟ เปิดเทปหมุนกลับไปกลับมา เป็นต้น เมื่อโตขึ้นการมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ จะออกมาในรูปของการไม่ยอมเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดินทางต้องอยู่ในเส้นทางเดิมทุกครั้ง การวางของต้องวางตามลำดับในแบบเดิมเท่านั้น เป็นต้น และจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวหากมีการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมซ้ำมาจากหลายสาเหตุ เช่น ความตึงเครียด ความรู้สึกถูกคุกคาม ความกังวลถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพราะไม่สามารถคาดการณ์ถึงอนาคตได้ รวมทั้ง การไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นถึงความต้องการของตนได้

5) พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม

บุตรออทิสติกมีการตื่นตัวทางเพศเหมือนบุตรที่เป็นวัยรุ่นทั่วไป แต่เนื่องจากบุตรออทิสติกไม่เข้าใจกฎเกณฑ์ของสังคม จึงไม่ทราบถึงวิธีการจัดการกับความรูสึกดังกล่าว และเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การเล่นอวัยวะเพศ และการช่วยตัวเองบ่อย ๆ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกมีหลากหลาย พฤติกรรม ในฐานะบิดามารดาซึ่งดูแลบุตรออทิสติกจะพบเห็นพฤติกรรมเหล่านี้มากบ้างน้อยบ้าง การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก หมายถึง ระดับการรู้และการคิดของบิดามารดาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นปัญหาต่อตนในระดับใด โดยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกนั้น ประกอบด้วย การทำร้ายตนเอง ความก้าวร้าว การไม่เชื่อฟังหรือการก่อกวน พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และพฤติกรรมทำซ้ำ เป็นต้น

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Lecavalier, Leone, และ Wiltz (2006) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของผู้ดูแลทั้งผู้ปกครองและครูที่มีบุตรหรือนักเรียนที่มีภาวะออทิสติก อายุ 3 – 18 ปี ($M = 9.0$) เป็นผู้ปกครองและครูกลุ่มละ 293 คน งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาผลกระทบของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและระดับความสามารถในการทำงานของวัยรุ่นออทิสติก และวัดระดับความสม่ำเสมอของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกและความเครียดของผู้ดูแล ในระยะเวลา 1 ปี ผลการวิจัยพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความเครียดของผู้ปกครองต่อพฤติกรรมอันธพาลของบุตรออทิสติก (conduct problem) ($r = .40, p < .001$) ต่อการยึดติดกับกิจกรรมหรือความสนใจเดิม ๆ และการแยกตัวจากสังคมของบุตรออทิสติก ($r = .40, p < .001$) ต่อพฤติกรรมสมาธิสั้นของบุตรออทิสติก ($r = .29, p < .001$) และต่อพฤติกรรมทำซ้ำและทำร้ายตนเองของบุตรออทิสติก ($r = .28, p < .001$) พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกเหล่านี้มีขนาดอิทธิพลระดับกลางถึงมาก นอกจากนี้ ยังพบว่าระดับความเครียดของผู้ปกครองมีความสม่ำเสมอตลอดระยะเวลา 1 ปี ซึ่งมากกว่าครู จึงทำให้สรุปได้ว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกและระดับความเครียดของผู้ปกครองนั้นมีส่วนในการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งทำให้ปัญหายิ่งแย่ลงเมื่อเวลาผ่านไป (transactional model)

Tomanik และคณะ (2004) ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของบุตรที่มีความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน (Pervasive Developmental Disorders, PDDs) ที่มีอายุระหว่าง 2 – 7 ปี ($M = 5.05, SD = 1.57$) โดยเฉพาะบุตรออทิสติก (ร้อยละ 78 ของจำนวนบุตรของกลุ่มตัวอย่าง) และระดับความเครียดของมารดาจำนวน 60 คน โดยมารดามีบุตรออทิสติกร้อยละ 78 เป็นบุตรที่มีความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน แต่ไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคนิคมเฉพาะใด ๆ (PDD-NOS) ร้อยละ 20 จากการวิเคราะห์การถดถอยพบว่า การรับรู้ของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรสามารถทำนายความเครียดของมารดาได้ คิดเป็นร้อยละ 19 ($p < .05$) โดยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรนั้นประกอบด้วย โมโหง่าย ความเชื่องซึม พฤติกรรมทำซ้ำ อาการสมาธิสั้น และการพูดที่ไม่เหมาะสม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (β) อยู่ระหว่าง -.003 ถึง .369 ($p < .05$) ซึ่งมารดาระบุว่า พฤติกรรมของบุตรที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือ อาการโมโหง่าย การถอนตัวออกจากสังคมหรืออาการเชื่องซึม อาการสมาธิสั้นหรืออาการขัดขืน การไม่สามารถดูแลตนเองได้ และการไม่สามารถสื่อสารหรือสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ Falk และคณะ (2014) ได้ศึกษาตัวแปรในการทำนายปัญหาทางจิตใจ ซึ่งประกอบด้วยภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดของบิดาและมารดาที่มีบุตรออทิสติก โดยตัวแปรทำนายประกอบด้วย ตัวแปรความเชื่อมั่นในการควบคุมของบิดาและมารดาที่มีบุตรออทิสติก (locus of control) การสนับสนุนทางสังคมของบิดาและมารดาที่มีบุตรออทิสติก การรับรู้ความผูกพันระหว่างบิดามารดากับบุตรออทิสติก ระดับความรุนแรงของอาการของบุตรออทิสติก ความสามารถในการรับรู้ข้อจำกัดของบริบทของมารดาที่มีบุตรออทิสติกในทางลบ (perceived limit setting ability) ความพึงพอใจในการเป็นบิดามารดา พฤติกรรมอันธพาลของบุตรออทิสติก และพฤติกรรมก้าวร้าวของบุตรออทิสติก ในมารดาจำนวน 250 คนและบิดาจำนวน 229 คนที่มีบุตรออทิสติกอายุระหว่าง 4 – 17 ปี โดยแยกการศึกษาระหว่างบิดาและมารดาที่มีบุตรออทิสติก

จากการศึกษาค่าสหสัมพันธ์ โดยจะอธิบายแยกระหว่างภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด และแยกบิดาและมารดาที่มีบุตรออทิสติก ดังรายละเอียดดังนี้

ในการศึกษาค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรภาวะซึมเศร้าในบิดามารดา สำหรับมารดาที่มีบุตรออทิสติกพบค่าสหสัมพันธ์ทางบวกระหว่างภาวะซึมเศร้าในมารดาต่อความเชื่อมั่นในการควบคุมของมารดาที่มีบุตรออทิสติก (parental locus of control) ($r = .34, p < .01$) พฤติกรรมอันธพาลของ

บุตรออทิสติก (conduct problems) ($r = .24, p < .01$) และพฤติกรรมก้าวร้าวของบุตรออทิสติก ($r = .27, p < .01$) และมีค่าสหสัมพันธ์ทางลบระหว่างภาวะซึมเศร้าในมารดาต่อความพึงพอใจในการเป็นบิดามารดา (satisfaction with parenting) ($r = -.22, p < .01$) สำหรับบิดาที่มีบุตรออทิสติก พบค่าสหสัมพันธ์ทางลบระหว่างภาวะซึมเศร้าในบิดาที่มีบุตรออทิสติกต่อการสนับสนุนทางสังคมของบิดาที่มีบุตรออทิสติก ($r = -.26, p < .01$) ความสามารถในการรับรู้ข้อจำกัดของบริบท (perceived limit setting ability) ($r = -.41, p < .01$) และความพึงพอใจในการเป็นบิดามารดา ($r = -.39, p < .01$)

ในการศึกษาค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรความวิตกกังวลในบิดามารดา สำหรับมารดาที่มีบุตรออทิสติกพบค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลในมารดาต่อระดับความรุนแรงของอาการของบุตรออทิสติกในทางบวก ($r = .36, p < .01$) ความสามารถในการรับรู้ข้อจำกัดของบริบทของมารดาที่มีบุตรออทิสติกในทางลบ (perceived limit setting ability) ($r = -.32, p < .01$) และอายุของมารดาที่มีบุตรออทิสติกในทางลบ ($r = -.25, p < .01$) สำหรับบิดาที่มีบุตรออทิสติก พบค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลของบิดาที่มีบุตรออทิสติกต่อความสามารถในการรับรู้ข้อจำกัดของบริบทของบิดาที่มีบุตรออทิสติกในทางลบ (perceived limit setting ability) ($r = -.28, p < .01$) และพฤติกรรมก้าวร้าวของบุตรออทิสติกในทางบวก ($r = .26, p < .01$)

ในการศึกษาค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรความเครียดในบิดามารดา สำหรับมารดาที่มีบุตรออทิสติกพบค่าสหสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความเครียดในมารดาที่มีบุตรออทิสติกต่อระดับความรุนแรงของอาการของบุตรออทิสติก ($r = .28, p < .01$) และความเชื่อมั่นในการควบคุมของมารดาที่มีบุตรออทิสติก (locus of control) ($r = .38, p < .01$) พบค่าสหสัมพันธ์ทางลบระหว่างความเครียดในมารดาที่มีบุตรออทิสติกต่อความสามารถในการรับรู้ข้อจำกัดของบริบทของมารดาที่มีบุตรออทิสติก (perceived limit setting ability) ($r = -.41, p < .01$) อายุของมารดาที่มีบุตรออทิสติก ($r = -.25, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมของมารดาที่มีบุตรออทิสติก ($r = -.23, p < .01$) และความพึงพอใจในการเป็นบิดามารดา ($r = -.17, p < .01$) สำหรับบิดาที่มีบุตรออทิสติกพบค่าสหสัมพันธ์ทางลบระหว่างความเครียดของบิดาที่มีบุตรออทิสติกต่อความสามารถในการรับรู้ข้อจำกัดของบริบทของบิดาที่มีบุตรออทิสติก (perceived limit setting ability) ($r = -.40,$

$p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมของบิดาที่มีบุตรออทิสติก ($r = -.26, p < .01$) ความพึงพอใจในการเป็นบิดามารดา ($r = -.22, p < .01$) และอายุของบิดาที่มีบุตรออทิสติก ($r = -.05, p < .01$)

นอกจากนั้น Falk และคณะ (2014) ได้ใช้สถิติการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล พบโมเดลเส้นทางอิทธิพล (path model) ซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ที่สอดคล้องกับข้อมูลของทั้งบิดาและมารดา โดยสามารถอธิบายได้ว่า การรู้คิดของบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติกซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการรับรู้ข้อจำกัดของบริบทและความเชื่อมั่นในการควบคุมเป็นตัวแปรส่งผ่านระหว่าง พฤติกรรมภายนอกที่ประกอบไปด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมอันธพาล กับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา ซึ่งประกอบไปด้วย ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด

จากการวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลทั้งต่อบิดาและมารดา พบว่ามีความสอดคล้องกัน (ในมารดา $\chi^2 = 63.89, p < .01$; CFI = .974; RMSEA = .052 [CI 90%]; ในบิดา $\chi^2 = 82.91, p < .001$; CFI = .954; RMSEA = .072 [CI 90%])

จากงานวิจัยนี้ ทำให้เห็นได้ว่าพฤติกรรมภายนอกนั้นส่งผลต่อปัญหาทางจิตใจ ซึ่งประกอบไปด้วยภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ผ่านตัวแปรส่งผ่านตัวแปรด้านการรู้คิด (cognition)

Hastings และ Brown (2002) ได้ศึกษาบทบาทของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ที่มีต่อความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกและสภาวะของบิดามารดา ซึ่งในงานวิจัยนี้สภาวะของบิดามารดาประกอบด้วยภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลของบิดาและมารดา และตรวจสอบทั้งบทบาทในฐานะตัวแปรส่งผ่าน (mediator) และตัวแปรสอดแทรก (moderator) ในมารดา 26 คน และบิดา 20 คนที่มีบุตรออทิสติก และมีครูเป็นผู้ให้คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Behavior Problems) ของบุตรออทิสติก จากการวิเคราะห์การถดถอย (Regression Analysis) พบค่าสหสัมพันธ์ทางบวกระหว่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกกับภาวะซึมเศร้าของมารดา ($r = .47, p < .05$) และความวิตกกังวลของมารดา ($r = .54, p < .01$) รวมทั้งพบว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาได้ร้อยละ 78 ($p < .001$) และร่วมทำนายความวิตกกังวลของมารดาได้ร้อยละ 72 ($p < .01$) สำหรับบิดา อายุของบิดา พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของ

บุตรออทิสติกและการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของบิดาได้ร้อยละ 73 ($p < .05$) และร่วมทำนายความวิตกกังวลของบิดาได้ร้อยละ 73 ($p < .05$) ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเป็นตัวแปรส่งผ่าน (mediator) ระหว่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของมารดา ในส่วนของบิดานั้นพบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดานั้นเป็นตัวแปรสอดแทรก (moderator) ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรต่อความวิตกกังวลของบิดา

Carter, Martinez-Pedraza, และ Gray (2009) ศึกษาแบบแผนการเพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้าในมารดาในช่วงแรกของการได้รับคำวินิจฉัยว่าบุตรเป็นออทิสติก ผ่านการวิจัยแบบระยะยาวกับมารดาของบุตรอ่อนที่มีภาวะออทิสซึม ทั้งหมด 143 คน เป็นระยะเวลา 2 ปี ผลการวิจัยพบว่า มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของภาวะซึมเศร้าในระยะ 2 ปี นอกจากนี้ยังพบว่า การเพิ่มขึ้นของความวิตกกังวล ความโกรธ การเพิ่มขึ้นของการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ การลดลงของการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การลดลงของการสนับสนุนทางสังคม การลดลงของการใช้การเผชิญแบบแก้ปัญหา ทั้งหมดนี้ร่วมกันทำนายการเพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้าในมารดา โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (β) ของการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา เท่ากับ $-.95$ ($p < .01$) แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ระหว่าง -2.01 ถึง -5.31 ($p < .01$) และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา อยู่ระหว่าง 2.52 ถึง -6.35 ($p < .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก เช่น การทำร้ายตนเอง ความก้าวร้าว พฤติกรรมทำซ้ำ พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น พบว่าการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกนั้นมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา ทั้งภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด และงานวิจัยบางส่วนพบว่าการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดานั้นก็มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกและปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาเช่นเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติก

4. การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา (Parental Self-efficacy)

4.1 การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา

Karst และ Hecke (2012) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาไว้ว่า เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลที่เลี้ยงดูบุตรอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะมีความพิการหรือไม่

Teti และ Gelfand (1991) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาไว้ว่า เป็นความคาดหวังของบิดามารดาเกี่ยวกับระดับความสามารถของตนในการเป็นบิดามารดาอย่างชำนาญและมีประสิทธิภาพ และยังหมายความถึงการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการใช้จุดใจตนเองเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของบุตร

นอกจากนี้ Jones และ Prinz (2005) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาไว้ว่า เป็นความคาดหวังที่ผู้ดูแลเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนในการดูแลบุตรได้อย่างประสบผลสำเร็จ

ในงานวิจัยฉบับนี้ การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา หมายถึง ความเชื่อของบิดาหรือมารดาในการเลี้ยงดูบุตรของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่อของบิดามารดาว่าตนมีความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรของตน และความเชื่อของบิดามารดาว่าการเลี้ยงดูบุตรของตนนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนเองคาดหวังไว้

โดย Coleman และ Karraker (1998) อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ควรมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ความรู้ด้านการตอบสนองการเลี้ยงดูบุตรที่เหมาะสม เช่น จะรู้ว่าบุตรอ่อนรู้สึกกังวลใจได้อย่างไร และจะคลายความกังวลนี้ได้อย่างไร หรือควรวางข้อตกลงหรือกฎเกณฑ์อะไรให้กับบุตร 3 ขวบ และจะให้บุตรทำตามกฎเกณฑ์นี้ได้อย่างไร

2) ความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะทำให้งานเหล่านั้นสำเร็จ

3) ความเชื่อว่าบุตรของตนอาจจะตอบสนองต่อความพยายามและการจัดการของบิดามารดา และผู้อื่นในสังคมจะให้กำลังใจและการสนับสนุน

Jones และ Prinz (2005) กล่าวว่าบิดามารดาที่มีการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรที่มีประสิทธิภาพ แม้ว่าตนกำลังเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตร มากกว่าบิดามารดาที่มีการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาต่ำ รวมทั้งบิดามารดาที่มีการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาที่ต่ำมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าและความเครียด

4.2 ทฤษฎีของการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura

การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาพัฒนามาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura (1977) โดย Bandura (1977) ให้คำจำกัดความว่า เป็นการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุผลสำเร็จ โดย Ozer และ Bandura (1990) ได้ให้ความหมายว่า การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสามารถในการรวบรวมแรงจูงใจ ทรัพยากรทางปัญญา (cognitive resources) และแนวทางในการดำเนินการ (courses of action) ที่จำเป็นเพื่อการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ

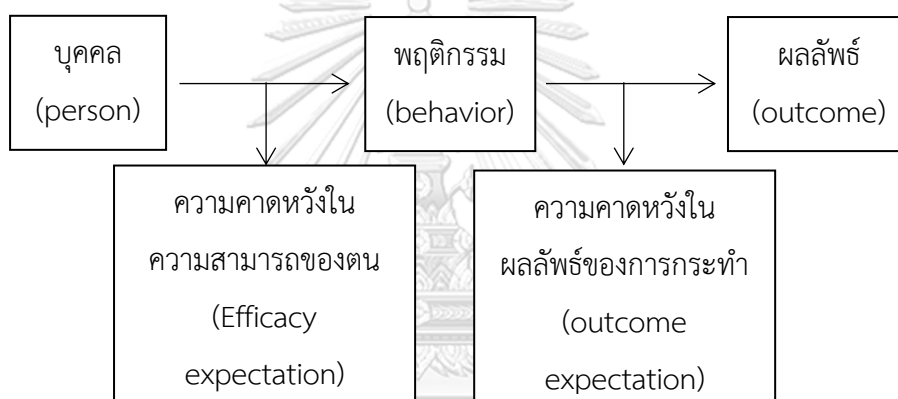
การรับรู้ความสามารถของตนเองเดิมเป็นมโนคติหนึ่งในทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) แนวคิดนี้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) ประกอบด้วยแนวคิด 3 โครงสร้าง ได้แก่ แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (observational learning) แนวคิดการกำกับตัวเอง (self-regulation) และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงภายใน โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการทำพฤติกรรม (Lawrance & McLeroy, 1986)

Bandura (1977) กล่าวว่า การที่บุคคลจะตัดสินใจทำหน้าที่หรือแสดงพฤติกรรมออกมานั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ ได้แก่

1. ความคาดหวังในความสามารถของตน (Efficacy expectation) หมายถึง ความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลว่า ตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งความคาดหวังนี้เกิดขึ้นก่อนทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ (outcome expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินว่า พฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้ ซึ่งคือความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดจากการทำพฤติกรรมใดของตน

Bandura (1997) ได้อธิบายความแตกต่างระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ ดังแสดงตามภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์และความแตกต่างระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ

ดังนั้นการตัดสินใจว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่า เมื่อตนได้ทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลลัพธ์ตามที่ต้องการหรือไม่ และขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าตนมีความสามารถพอที่จะทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการทำพฤติกรรมนั้นจะได้รับผลลัพธ์ตามต้องการ แต่เห็นว่าตนมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะทำพฤติกรรมนั้น บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวังโดยระดับการรับรู้ความสามารถของตนของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ 4 แหล่งที่มา (Bandura, 1986) ดังนี้

1. ผลลัพธ์จากการทำพฤติกรรม (enactive attainment) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ถ้าผลลัพธ์ที่ได้ประสบความสำเร็จจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองได้มากขึ้น แต่ผลลัพธ์ที่ล้มเหลวหลายครั้งจะทำให้บุคคล

รับรู้ความสามารถตนเองต่ำลง เมื่อผลลัพธ์ประสบความสำเร็จบ่อยครั้งจะยิ่งทำให้มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเข้มข้นขึ้น และเมื่อบุคคลพบอุปสรรคหรือล้มเหลวเพียงบางครั้งก็ไม่ได้ทำให้บุคคลนั้นมีความพยายามน้อยลง และมีผลกระทบกับการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อย

2. การได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) การที่บุคคลได้เห็นความสำเร็จจากการกระทำของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตน จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และในทางกลับกัน การได้เห็นความล้มเหลวของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนก็ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่ำลง

3. การจูงใจโดยคำพูด (verbal persuasion) คือการที่ผู้อื่นซึ่งมีความสำคัญของบุคคลนั้นได้พูดกับบุคคล เพื่อให้บุคคลเชื่อว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมได้ การพูดจูงใจนี้ช่วยให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตน ช่วยให้มีกำลังใจและความพยายามในการทำพฤติกรรมให้สำเร็จ อย่างไรก็ตามหากผู้อื่นใช้คำพูดเกิดจริงจะทำให้บุคคลรู้สึกล้มเหลว เชื่อว่าตนมีความสามารถไม่เพียงพอ หลีกเลี่ยงการทำพฤติกรรม และขาดความไว้วางใจในผู้พูด

4. ภาวะทางสรีระและอารมณ์ (psychological and affective states) ในช่วงที่บุคคลมีภาวะร่างกายที่ได้รับการกระตุ้นมาก ๆ เช่น เกิดความวิตกกังวล ตื่นเต้น อ่อนเพลีย เมื่อยล้า บุคคลมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมได้ไม่ดีหรือมีการตอบสนองต่อการกระตุ้นได้ไม่ดี ซึ่งทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง รวมทั้งอารมณ์ทางบวกจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองให้สูงขึ้น อารมณ์ทางลบ เช่น เครียด ซึมเศร้า หดหู่ วิตกกังวล จะส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง

มิติในการวัดและประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นสามารถจำแนกได้อยู่ 3 มิติ (Bandura & McClelland, 1977) ได้แก่

1. มิติของขนาด (magnitude) หมายถึง ระดับความยากง่ายของงานที่บุคคลเชื่อว่าตนสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งแตกต่างกันตามลักษณะของความยากง่ายของงาน

2. มิติของความเป็นสากล (generality) หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของบุคคลจากประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการเผชิญสถานการณ์บางอย่างในอดีตมาเทียบกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

3. มิติความเข้มแข็ง (strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคล บุคคลที่มีความเข้มแข็งหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนสูง จะมีความพยายามและกำลังใจในการทำพฤติกรรมแม้ว่างานนั้นจะยาก

การรับรู้ความสามารถตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล โดยที่แม้ความสามารถของบุคคลอาจไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกัน หากมีการรับรู้ความสามารถในตนเองต่างกัน (Evans, 1989; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) โดยการรับรู้ความสามารถของตนมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของบุคคล 4 ด้าน (Bandura, 1986) ดังนี้

1. พฤติกรรมการเลือก (choice behavior) การเลือกทำพฤติกรรมใดในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับระดับการรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงมักจะเลือกงานที่ทำหาย มีแรงจูงใจที่จะพัฒนาความสามารถของตนให้สูงขึ้น ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำมักจะหลีกเลี่ยงงาน ที่อ้อย ขาดความมั่นใจ เป็นการพลาดโอกาสที่จะพัฒนาความสามารถของตนเอง

2. การใช้ความพยายามและความอดทน (effort expenditure and persistence) ความสามารถของตนเองที่บุคคลประเมินนั้นจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะต้องใช้ความพยายาม และใช้ความอดทนมากเพียงใด และนานเท่าใด บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงจะมีความพยายามและความอดทนในการทำพฤติกรรมมาก ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำมักจะสงสัยในความสามารถของตนเองเมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรค ขาดความอดทนและพยายามเมื่อต้องเผชิญอุปสรรค และเลิกทำพฤติกรรมไปในที่สุด

3. รูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ (thought patterns and emotional reactions) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อรูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคล ระหว่างการทำพฤติกรรม การคาดการณ์ และสิ่งแวดล้อม บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำจะรู้สึกว่าคุณมีความยากลำบากในการเผชิญปัญหา ซึ่งบุคคลมีโอกาสรู้สึกดีขึ้นได้จากการเรียนรู้ในงานที่ล้มเหลว นั้น ตรงข้ามกับผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูง จะเอาใจใส่มีความพยายามในการทำพฤติกรรมต่าง ๆ สูง การพบกับอุปสรรคจะเป็นการกระตุ้นให้คุณมีความพยายามยิ่งขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นตัวกำหนดรูปแบบความคิดของคุณ ในการเผชิญปัญหาที่ยากนั้น บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะคิดว่าสาเหตุของความ

ล้มเหลวของตนนั้นเกิดจากการขาดความพยายาม ในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะคิดว่า เกิดจากการที่เราไร้ความสามารถ ทำให้ไม่เกิดความพยายามในการแก้ปัญหา รู้สึกหมดหนทาง ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา เช่น ความเครียด หรือซึมเศร้า เป็นต้น

4. เป็นผู้กำหนดการทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม (human as producers rather than simply foretellers of behavior) บุคคลที่มีความสามารถในตนเองสูง จะสนใจและเลือกทำสิ่งที่ท้าทาย หากยังไม่สำเร็จก็จะยิ่งพยายาม และหากล้มเหลวก็จะนำความล้มเหลวเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ทำได้สำเร็จ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะเอาความสามารถของตนเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคตของตนเอง แต่ไม่ใช้ความพยายาม เลี่ยงงานที่ยาก เมื่อพบอุปสรรคก็จะล้มเลิก และมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดและวิตกกังวล

นอกจากนี้ Bandura (1997) ยังได้กล่าวถึงวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองไว้ 4 วิธี ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (enactive mastery experience) ความสำเร็จช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของบุคคล ทำให้บุคคลยิ่งเชื่อมั่นในความสามารถของตน ว่าตนสามารถทำได้ ดังนั้นในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนนั่น จำเป็นต้องทำให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะสามารถทำให้ประสบความสำเร็จได้ พร้อมกับการทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะทำเช่นนั้น เพื่อให้บุคคลยังมีความพยายามและอดทน ฝ่าฟันอุปสรรคเพื่อให้สำเร็จ ซึ่งประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จนั้นมีอิทธิพลมากที่สุดในการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2. การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) หรือ การสังเกตตัวแบบ (modeling) การได้สังเกตผู้อื่นที่แสดงพฤติกรรมและประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคล โดยเฉพาะผู้อื่นที่มีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับตัวบุคคล ซึ่งสามารถช่วยให้บุคคลสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ใหม่ ลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ (Bandura, 1986)

3. การได้รับคำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการรับคำแนะนำ ชักชวน หรือคำชื่นชมจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูล โดยเฉพาะได้รับคำพูดชักจูงจากผู้ที่มีความสำคัญต่อตัวบุคคล หรือบุคคลที่มีประสบการณ์ของความสำเร็จที่คล้ายคลึงกันกับตัวบุคคล

4. การกระตุ้นทางอารมณ์และสรีระ (emotional physiological arousal) เป็นการใช้สภาพร่างกายและอารมณ์เพื่อตัดสินความสามารถของบุคคล เช่น ความเครียด หรือความเจ็บปวดทางร่างกายทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง และมักตัดสินใจหลีกเลี่ยงการทำพฤติกรรมนั้น อารมณ์ทางบวกจะกระตุ้นการรับรู้ความสามารถ เป็นต้น ดังนั้นการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองจะเกิดผลดีถ้าหากสภาพร่างกายและอารมณ์อยู่ในภาวะผ่อนคลาย ไม่ตึงเครียด

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Gross และคณะ (1994) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโมเดลการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาในช่วงเวลาที่มีบุตรแรกเกิด ผ่านการวิจัยแบบระยะยาวในมารดาของบุตรแรกเกิด จำนวน 126 คน โดยใช้มาตรวัดการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา มาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดการรับรู้ของมารดาในลักษณะนิสัยด้านลบของบุตรแรกเกิด โดยการศึกษาแบ่งเป็น 3 ช่วงเวลาในระยะเวลา 1 ปี จากการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดากับภาวะซึมเศร้าของมารดาในทางลบ ($r = -.36$ ถึง $-.43, p < .001$) และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการรับรู้ของมารดาในลักษณะนิสัยด้านลบของบุตรแรกเกิดต่อการรับรู้ความสามารถของมารดา ($r = -.19$ ถึง $-.26, p < .05$) และได้ข้อสรุปว่า 1) เมื่อมารดามีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น มารดาจะรับรู้ลักษณะนิสัยด้านลบของบุตรแรกเกิดเพิ่มมากขึ้น 2) เมื่อมารดาทราบว่าบุตรแรกเกิดมีลักษณะนิสัยด้านลบมากขึ้น มารดาจะมีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาของตนต่ำลง 3) เมื่อมารดารับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาของตนต่ำลง มารดาจะยังมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และ 4) เมื่อมารดามีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในช่วงเวลาที่หนึ่ง มารดาจะยังมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในอีก 6 เดือนให้หลัง

Cutrona และ Troutman (1986) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโมเดลเชิงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) ของมารดาจำนวน 55 คน โดยที่การรับรู้ของมารดาในลักษณะนิสัยด้านลบของบุตรแรกเกิด (infant difficulty) ช่วงหลังคลอดเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด (stressor) และการสนับสนุนทางสังคมช่วงตั้งครรภ์เป็นปัจจัยปกป้อง (protective factor) การรับรู้ของมารดาในลักษณะนิสัยด้านลบของบุตรแรกเกิด (infant difficulty) ยกตัวอย่าง เช่น การร้องไห้เป็นเวลานานและร้องไห้อย่างหนัก บุตรแรกเกิดแสดงอารมณ์ที่รุนแรง บุตรแรกเกิดปรับตัวต่อการพบผู้อื่น อาหาร หรือกิจวัตร เป็นต้น

สมมติฐานการวิจัยคือ การรับรู้ของมารดาในลักษณะนิสัยด้านลบของบุตรแรกเกิดช่วงหลังคลอดและการสนับสนุนทางสังคมช่วงตั้งครรภ์สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาช่วงหลังคลอด โดยมีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาเป็นตัวแปรส่งผ่าน (mediation)

ผลการวิจัย Cutrona และ Troutman (1986) พบค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ดังนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมช่วงตั้งครรภ์กับการรับรู้ของมารดาในลักษณะนิสัยด้านลบช่วงหลังคลอดในทางลบ ($r = -.28, p < .05$) การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาช่วงหลังคลอดในทางบวก ($r = .38, p < .01$) และภาวะซึมเศร้าของมารดาช่วงหลังคลอดในทางลบ ($r = -.39, p < .01$) นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของมารดาในลักษณะนิสัยด้านลบของบุตรช่วงหลังคลอดกับการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาช่วงหลังคลอดในทางลบ ($r = -.36, p < .01$) และภาวะซึมเศร้าของมารดาช่วงหลังคลอดในทางบวก ($r = .55, p < .001$) และพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาช่วงหลังคลอดกับภาวะซึมเศร้าของมารดาช่วงหลังคลอดในทางลบ ($r = -.46, p < .001$)

Cutrona และ Troutman (1986) ได้วิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล (path analysis) พบว่าโมเดลตามสมมติฐานนั้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างดี ($\chi^2 = .42, p = .103$) โดยที่ตัวแปรทั้งหมดในโมเดลเชิงสาเหตุสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ได้ร้อยละ 22.7 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของมารดาช่วงหลังคลอดได้ ร้อยละ 45.4 โดยอารมณ์ซึมเศร้าของมารดาช่วงตั้งครรภ์ (depressed mood) มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาช่วงหลังคลอด ($r = .50, p < .001$) การสนับสนุนจากสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ($r = .28, p < .05$) การรับรู้ของมารดาในลักษณะนิสัยด้านลบของบุตรแรกเกิดมีอิทธิพลทางลบต่อการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ($r = -.31, p < .01$) การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดามีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาช่วงหลังคลอด ($r = -.37, p < .001$) โดยการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ของมารดาในลักษณะนิสัยด้านลบของบุตรมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาช่วงหลังคลอด โดยมีการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเป็นตัวแปรส่งผ่าน

นอกจากนี้ Cutrona และ Troutman (1986) ได้ทดสอบโมเดลเส้นทางอิทธิพลอีกครั้ง โดยให้ลักษณะนิสัยด้านลบของบุตรแรกเกิดมีความสัมพันธ์ต่อระดับภาวะซึมเศร้าของมารดาช่วงหลัง

คลอดทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาเป็นตัวแปรส่งผ่าน พบว่า โมเดลตามสมมติฐานนั้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างดี ($\chi^2 = .42, p = .812$) โดยที่ตัวแปรทั้งหมดในโมเดลเชิงสาเหตุสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของมารดาช่วงหลังคลอดได้ ร้อยละ 55.1 นอกจากนี้ โมเดลที่สองนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ดีกว่า โมเดลแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยโมเดลสามารถอธิบายได้ว่า อารมณ์ซึมเศร้าช่วงตั้งครรภ์มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาช่วงหลังคลอด ($r = .46, p < .001$) การสนับสนุนจากสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ($r = .28, p < .05$) การรับรู้ของมารดาในลักษณะนิสัยด้านลบของบุตรแรกเกิดมีอิทธิพลทางลบต่อการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ($r = -.31, p < .01$) และมีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาช่วงหลังคลอด ($r = .26, p < .01$) การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดามีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาช่วงหลังคลอด ($r = -.27, p < .01$) สรุปได้ว่าการรับรู้ของมารดาในลักษณะนิสัยด้านลบของบุตรแรกเกิดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาที่เป็นตัวแปรส่งผ่าน การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยปกป้องในการเกิดภาวะซึมเศร้าของมารดา โดยผ่านการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาที่เป็นตัวแปรส่งผ่าน

Hastings และ Brown (2002) ได้ศึกษาบทบาทของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ที่มีต่อความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตร ออทิสติกและสุขภาวะของบิดามารดา ซึ่งในงานวิจัยนี้สุขภาวะของบิดามารดาประกอบด้วยภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลของบิดาและมารดา และตรวจสอบทั้งบทบาทในฐานะตัวแปรส่งผ่าน (mediator) และตัวแปรสอดแทรก (moderator) ในมารดา 26 คน และบิดา 20 คนที่มีบุตรออทิสติก และมีครูเป็นผู้ให้คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Behavior Problems) ของบุตรออทิสติก จากการวิเคราะห์การถดถอย (Regression Analysis) พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกกับภาวะซึมเศร้าของมารดา ($r = .47, p < .05$) และความวิตกกังวลของมารดา ($r = .54, p < .01$) รวมทั้งพบว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาได้ร้อยละ 78 ($p < .001$) และร่วมทำนายความวิตกกังวลของมารดาได้ร้อยละ 72 ($p < .01$) สำหรับบิดา อายุของบิดา พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของ

บุตรออทิสติกและการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาช่วยทำนายภาวะซึมเศร้าของบิดาได้ ร้อยละ 73 ($p < .05$) และช่วยทำนายความวิตกกังวลของบิดาได้ร้อยละ 73 ($p < .05$) ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเป็นตัวแปรส่งผ่าน (mediator) ระหว่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของมารดา ในส่วนของบิดานั้นพบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดานั้นเป็นตัวแปรสอดแทรก (moderator) ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรต่อความวิตกกังวลของบิดา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดานั้นมีส่วนสำคัญต่อการเกิดปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา โดยเฉพาะในฐานะการเป็นตัวแปรส่งผ่านระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจในการทำงานวิจัยนี้



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาบทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ในความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตร ออทิสติกกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา ผู้วิจัยวิเคราะห์สหสัมพันธ์และการวิเคราะห์ตัวแปรส่งผ่านอย่างง่าย (Simple Mediation Analysis) ด้วยโปรแกรม SPSS และ PROCESS (A. F. Hayes, 2013) ดังรายละเอียดขั้นตอนการวิจัยต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาบทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ในความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตร ออทิสติกกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา โดยบุตรมีอายุระหว่าง 3 – 12 ปี โดยงานวิจัยนี้ได้ลดข้อจำกัดงานวิจัยของ Falk และคณะ (2014) ที่มีขอบเขตการวิจัยที่กว้างจนเป็นข้อจำกัดของงานวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างของ Falk และคณะ (2014) คือ บิดาและมารดาที่มีบุตรออทิสติกที่มีบุตรอายุระหว่าง 4 – 17 ปี

กลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือก ได้แก่

1. เป็นบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งที่เป็นผู้ดูแลหลักของบุตรที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัมที่มีอายุระหว่าง 3 ถึง 12 ปี
2. มีบุตรที่อยู่ในความปกครองได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นออทิสซึมสเปกตรัม
3. บิดาหรือมารดานั้นสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์คัดออก ได้แก่

1. บิดาหรือมารดาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล โดยกลุ่มตัวอย่างจะตอบแบบสอบถามเบื้องต้นเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว เช่น “ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านอยู่ระหว่างการพบจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาด้วยปัญหาทางสุขภาพจิตหรือไม่”

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Hair, Black, Babin, และ Anderson (2010) ที่กล่าวว่า ในการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยหลักการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างนั้น ควรที่จะกำหนดจากขนาดของโมเดลในการวิจัย โดยกำหนดให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีประมาณ 20 คนต่อหนึ่งตัวแปร และกลุ่มตัวอย่างต้องไม่น้อยกว่า 100 คน ซึ่งในงานวิจัยนี้มีตัวแปรที่สนใจศึกษาทั้งหมด 3 ตัวแปร ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมการวิจัยครั้งนี้ จึงเท่ากับ 60 คน แต่อย่างไรก็ตาม Hair และคณะ (2010) ได้กำหนดว่ากลุ่มตัวอย่างต้องไม่น้อยกว่า 100 คน เพื่อเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นทางสถิติ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 120 คนในการเก็บข้อมูลจริง

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน โดยข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำข้อมูลวิเคราะห์มีจำนวน 119 คน โดยมีข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ชุด ที่ผู้วิจัยไม่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเนื่องจากเป็นค่าผิดปกติ (outlier) จากการทำแผนผังการกระจาย (scatter plot diagram)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 1 ฉบับ และมาตรวัดจำนวน 3 ฉบับ ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. มาตรวัดปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา (ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด)

3. มาตรการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก
4. มาตรการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มี 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับบิดาหรือมารดา และข้อมูลเกี่ยวกับบุตรออทิสติก

ข้อมูลเกี่ยวกับบิดาหรือมารดา มีจำนวน 11 ข้อคำถาม ประกอบไปด้วย การเข้ารับบริการทางจิตวิทยา เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก ลักษณะครอบครัว (ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูก ครอบครัวขยาย ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก และญาติคนอื่น เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ป้า น้า ลุง เป็นต้น) รายได้ครอบครัวต่อเดือน จำนวนบุตรทั้งหมด ระยะเวลาในการดูแลเด็กต่อวัน (ชั่วโมง) และผู้ดูแลหลักท่านอื่น

ข้อมูลเกี่ยวกับบุตรออทิสติก มีจำนวน 6 ข้อคำถาม ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาในการรักษา (ตั้งแต่ทราบว่าบุตรเป็นออทิสติก) รูปแบบการรักษา (รับประทานยาอย่างเดียว, ไม่ได้รับประทานยา, อื่น ๆ) ระดับความรุนแรงตามคำวินิจฉัยของแพทย์ และระดับความรุนแรงของอาการตามการรับรู้ของบิดามารดา (ดูภาคผนวก ง)

2. มาตรการปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา (ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด)

มาตรการปัญหาทางจิตใจของบิดามารดานี้ ผู้วิจัยนำมาตราวัด Depression Anxiety Stress Scales ของ Lovibond และ Lovibond (1995) ที่ได้รับการพัฒนา แปล และปรับปรุงเป็นภาษาไทย โดย Dr. Sue Webster โดยสามารถสืบค้นมาตรการนี้เป็นภาษาไทยได้ที่ <http://www2.psy.unsw.edu.au/Groups/Dass/Thai/Thai.htm>

2.1 จำนวนและตัวอย่างข้อคำถาม

มาตรการนี้ประกอบด้วย 42 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะซึมเศร้า ด้านความวิตกกังวล และด้านความเครียด โดยแต่ละด้านมี 14 ข้อคำถาม ตัวอย่างข้อคำถาม ในด้าน

ภาวะซึมเศร้า เช่น “ฉันรู้สึกว่าคุณไม่มีคุณค่า” ด้านความวิตกกังวล เช่น “ฉันรู้สึกกลัวอย่างมาก” และด้านความเครียด เช่น “ฉันพบว่ามันยากที่จะผ่อนคลาย”

2.2 การตอบและการแปลผลมาตรวัด

มาตรวัดนี้มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ จำนวน 42 ข้อ เป็นแบบรายงานตนเอง (self-report) โดยในแต่ละข้อคำถามนั้น ผู้ตอบรายงานความถี่ของความรู้สึกตามข้อคำถามที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ดูภาคผนวก ง) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยคะแนนรวมของทั้ง 3 ด้าน อันได้แก่ ด้านภาวะซึมเศร้า ด้านความวิตกกังวล และด้านความเครียดที่ได้มีค่าสูง เป็นการบ่งชี้ถึงระดับการมีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ในระดับรุนแรง

ตารางที่ 1

เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา (ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด)

คำตอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
- ไม่เคยเกิดขึ้นเลย	0
- เกิดขึ้นในบางครั้ง	1
- เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย	2
- เกิดขึ้นบ่อยมากหรือเกือบตลอดเวลา	3

2.3 การประเมินคุณภาพเครื่องมือ

Lovibond และ Lovibond (1995) ได้ตรวจสอบคุณภาพทางจิตมิติจากตัวอย่างทางคลินิกจำนวน 678 คน พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha) ในด้านภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .91 ด้านความวิตกกังวล เท่ากับ .81 และด้านความเครียด เท่ากับ .89 นอกจากนี้มาตรวัดฉบับนี้ยังได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดย Jarukasemthawe (2015) ในกลุ่มตัวอย่างคนไทยจำนวน 35 คน ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .96 ค่าความเที่ยงด้านภาวะซึมเศร้า ด้านความวิตกกังวล และด้านความเครียด เท่ากับ .91, .83, และ .92 ตามลำดับ

3. มาตรการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก

มาตรการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกนี้ ผู้วิจัยได้นำ มาตรการวัด Autism Spectrum Disorder – Behavior Problems for Children (ASD-BPC) ของ Matson และคณะ (2008) มาแปลและพัฒนาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างคนไทย โดย Matson และคณะ (2008) ได้พัฒนามาตรวัดนี้เพื่อให้ผู้ดูแล (เช่น บิดามารดา ผู้ดูแล ครู เป็นต้น) ใช้ประเมินความรุนแรงของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ที่มีภาวะออทิสซึม

การพัฒนามาตรวัดฉบับนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรม และเกณฑ์การวินิจฉัย เช่น คู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต หรือ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed text rev.;DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000) และบัญชีจำแนกโรครระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 หรือ The International Classification of Diseases (10th ed.; ICD-10) (World Health Organization, 1993) รวมทั้งข้อมูลจากการสังเกตที่รวบรวมจากนักจิตบำบัดที่มีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยภาวะออทิสซึม ซึ่งนักจิตบำบัดผู้เชี่ยวชาญได้มีการเพิ่มข้อคำถามและให้คำแนะนำเกี่ยวกับมาตรวัดฉบับนี้ หลังจากนั้นมีการปรับและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

3.1 จำนวนและตัวอย่างข้อคำถาม

มาตรวัดนี้มีทั้งหมด 18 ข้อคำถาม โดยแบ่งเป็น 2 องค์กรประกอบ ได้แก่ องค์กรประกอบภายใน (internalizing scale) และองค์กรประกอบภายนอก (externalizing scale)

องค์กรประกอบภายในประกอบไปด้วย อาการทำร้ายตนเอง (self-injury behavior) พฤติกรรมทำซ้ำ (stereotypy) พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม (inappropriate sexual behavior) และพฤติกรรมที่ผิดปกติอื่น ๆ ประกอบไปด้วย 11 ข้อคำถาม ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม” “ส่งเสียงแปลก ๆ ซ้ำ ๆ ไปมา” และ “จิ้มตาตนเอง”

องค์กรประกอบภายนอกประกอบไปด้วย พฤติกรรมก้าวร้าวทางร่างกายและทางวาจา (physical aggression and verbal aggression) การทำลายข้าวของ (property destruction) และอาการที่แสดงถึงความเกรี้ยวกราด (tantrum like behavior) ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม โดย

มีตัวอย่างข้อคำถามดังนี้ “เตะสิ่งของ” “มีความก้าวร้าวต่อผู้อื่น” “ตะโกนใส่ผู้อื่น” และ “โยนสิ่งของใส่ผู้อื่น” เป็นต้น (Matson, Mahan, Hess, Fodstad, & Neal, 2010)

3.2 การตอบและการแปลผลมาตรวัด

มาตรวัดนี้มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 3 ระดับ จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบรายงานตนเอง (self-report) โดยในแต่ละข้อคำถามนั้น ผู้ตอบรายงานระดับปัญหาของพฤติกรรมในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ดูภาคผนวก ง) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยคะแนนรวมที่มีค่าสูง เป็นการบ่งชี้ถึงการรับรู้ว่าบุตรออทิสติกของผู้ตอบมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามาก

ตารางที่ 2

เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก

คำตอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
- พฤติกรรมนี้ไม่เป็นปัญหาสำหรับท่าน หรือไม่พบพฤติกรรมนี้ในบุตรออทิสติกของผู้ตอบ	1
- พฤติกรรมนี้เป็นปัญหาสำหรับท่านปานกลาง	2
- พฤติกรรมนี้เป็นปัญหาสำหรับท่านอย่างมาก	3

3.3 การประเมินคุณภาพเครื่องมือ

Matson และคณะ (2008) ประเมินคุณภาพเครื่องมือจากเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 2-16 ปี จำนวน 218 คน พบว่ามาตรวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นสอดคล้องภายใน (internal consistency) เท่ากับ .90 และค่าเฉลี่ยของค่าความเที่ยงจากการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) เท่ากับ .64

3.4 ขั้นตอนในการพัฒนามาตรวัด

- 1) ผู้วิจัยได้แปลมาตรวัดนี้เป็นภาษาไทยด้วยกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back Translation)
- 2) ผู้วิจัยนำมาตรวัดที่แปลเป็นภาษาไทยแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต๋พันธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลยา พิธิษฐสังฆการ และอาจารย์

ดร.วรัญญู กองชัยมงคล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของมาตรวัด (Content Validity) เพื่อพิจารณาและประเมินข้อคำถามที่สร้างขึ้นว่ามีความสอดคล้องกับด้านการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหา พร้อมทั้งปรับปรุงการใช้ภาษาของข้อคำถามที่ได้รับการแปลแล้วให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

3) ผู้วิจัยนำมาตรวัดที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ เก็บข้อมูลนำร่อง (pilot study) กับบิดามารดาเด็กที่มีความต้องการพิเศษจำนวน 28 คน พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha) เท่ากับ .80 และพบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation: CITC) อยู่ระหว่าง .056 - .690 โดยมีข้อที่ไม่ผ่านอยู่สองข้อ คือ ข้อ 1 และข้อ 2 ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (CITC) เท่ากับ .143 และ .056 ตามลำดับ แต่ผู้วิจัยไม่ทำการตัดข้อคำถามทั้งสองข้อออก เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างของแบบสอบถาม (ดูภาคผนวก ค)

4. มาตรวัดการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา

ผู้วิจัยได้นำมาตรวัด Parenting Sense of Competence (PSOC) ของ Gibaud-Wallston และ Wandersman (1978) ซึ่งต่อมาได้รับการปรับปรุงจาก Johnston และ Mash (1989), และ Gilmore และ Cuskelly (2009) ตามลำดับ โดยมาตรวัดนี้ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ด้านความพึงพอใจในการเป็นบิดามารดา และด้านความสนใจในการเป็นบิดามารดา ผู้วิจัยได้นำเฉพาะด้านการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ของ Gilmore และ Cuskelly (2009) แปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างคนไทย ซึ่งในด้านนี้เป็นการประเมินการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงดู ความสามารถในการจัดการปัญหา และความเชี่ยวชาญในการทำหน้าที่เป็นบิดามารดา (Coleman & Karraker, 1998; Gilmore & Cuskelly, 2009; Johnston & Mash, 1989)

4.1 จำนวนและตัวอย่างข้อความ

มาตรวัดการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม ตัวอย่างข้อความ เช่น “ฉันได้เข้าใจว่า ปัญหาในการดูแลบุตรนั้นง่ายที่จะแก้ ถ้าคุณรู้ว่าการกระทำของคุณนั้นมีผลกระทบต่อบุตรอย่างไร” “ฉันสามารถเป็นต้นแบบที่ดีสำหรับบิดามารดามือใหม่ เพื่อที่พวกเขาจะได้เรียนรู้สิ่งทีพวกเขาจำเป็นในการเป็นบิดามารดาที่ดี” และ “การเป็นบิดามารดานั้นเป็นเรื่องจัดการได้ และปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นสามารถแก้ได้อย่างง่ายดาย”

4.2 การตอบและการแปลผลมาตรวัด

มาตรวัดนี้มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 6 ระดับ จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบรายงานตนเอง (self-report) โดยในแต่ละข้อคำถามนั้น ผู้ตอบรายงานระดับความคิดเห็นที่สอดคล้องกับข้อคำถามตามความเป็นจริง (ดูภาคผนวก ง) มีเกณฑ์การให้คะแนน แสดงในตารางที่ 3 โดยคะแนนรวมที่มีค่าสูง บ่งชี้ถึงระดับการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาที่มาก

ตารางที่ 3

เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา

คำตอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
- ฉันไม่เห็นด้วยกับข้อความนี้อย่างยิ่ง	1
- ฉันค่อนข้างไม่เห็นด้วยกับข้อความนี้	2
- ฉันไม่เห็นด้วยเล็กน้อยกับข้อความนี้	3
- ฉันเห็นด้วยเล็กน้อยกับข้อความนี้	4
- ฉันค่อนข้างเห็นด้วยกับข้อความนี้	5
- ฉันเห็นด้วยกับข้อความนี้อย่างยิ่ง	6

4.3 การประเมินคุณภาพเครื่องมือ

ในการตรวจสอบคุณภาพของมาตรวัดนี้ Johnston และ Mash (1989) พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha) เท่ากับ .76 และค่าความสอดคล้องภายใน

(internal consistency) มีค่าระหว่าง .53 ถึง .71 และในส่วนของ Gilmore และ Cuskelly (2009) ได้ทำการประเมินคุณภาพเครื่องมือ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบิดาและมารดา จำนวน 1201 คน (บิดา 615 คน และมารดา 586 คน) พบว่า ในด้านการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา มีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha) ในมารดา เท่ากับ .68 และในบิดา เท่ากับ .74

4.4 ขั้นตอนในการพัฒนามาตรวัด

- 1) ผู้วิจัยได้แปลมาตรวัดนี้เป็นภาษาไทยด้วยกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back Translation)
- 2) ผู้วิจัยได้นำมาตรวัดที่แปลเป็นภาษาไทยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลยา พิธิษฐ์สังฆการ และอาจารย์ ดร.วรัญญู กองชัยมงคล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของมาตรวัด (Content Validity) เพื่อพิจารณาและประเมินข้อคำถามที่สร้างขึ้น เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องและสามารถอธิบายด้านการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาได้ พร้อมทั้งปรับปรุงภาษาของข้อคำถามที่ได้รับการแปลแล้วให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น
- 3) ผู้วิจัยนำมาตรวัดที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ เก็บข้อมูลนำร่อง (pilot study) กับบิดามารดาเด็กที่มีความต้องการพิเศษ จำนวน 28 คน พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha) เท่ากับ .86 พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation: CITC) อยู่ระหว่าง .333 ถึง .726 (ดูภาคผนวก ค)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นเรื่องต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการเก็บข้อมูล และยื่นเรื่องต่อไปยังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของแต่ละหน่วยงานที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งสิ้น 3 แห่ง อันได้แก่ สถาบันราชานุกูล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว รวมทั้งหมด 120 ฉบับ

3. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยติดต่อนักจิตวิทยาหรือพยาบาลในแต่ละสถานที่เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนักจิตวิทยาหรือพยาบาลในสถานที่แห่งนั้นเป็นเสมือนสื่อกลางในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกเบื้องต้น สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยและทำการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่กับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลด้วยตนเองตามวัน เวลา และสถานที่ที่ได้นัดหมายไว้

4. ผู้วิจัยได้ชี้แจงต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยเกี่ยวกับผู้วิจัย โครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถาม ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และประโยชน์ที่ได้รับจากการทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยชี้แจงว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดการทำแบบทดสอบ การถอนตัวหรือปฏิเสธนั้นไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา หรือในทางใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งข้อมูลส่วนตัวทั้งหมดถูกเก็บไว้เป็นความลับ หลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามความร่วมมือในการวิจัยอีกครั้ง และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลประชากร ก่อนให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงมือทำแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับด้วยตนเอง

5. เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามเป็นที่เรียบร้อย ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามในซองสีน้ำตาลมิดชิด ปลอดภัย เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนตามจำนวนที่ต้องการแล้ว ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้อ่านบันทึก ตรวจสอบ และทดแทนข้อมูลที่ขาดหายด้วยวิธีการทางสถิติ เพื่อให้ข้อมูลมีความพร้อมต่อการนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป ในการบันทึกข้อมูลนั้น ผู้วิจัยลงบันทึกด้วยรหัสตัวเลข นำเสนอการวิจัยเป็นภาพรวมและไม่ระบุตัวตนของบุคคล ข้อมูลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) อันได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งใช้โปรแกรม SPSS และ PROCESS (A. F. Hayes, 2013) ในการวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ตัวแปรส่งผ่านอย่างง่าย (Simple Mediation Analysis)

จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ชี้แจงเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้วิจัย โครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและประโยชน์ที่ได้รับจากการทำแบบสอบถาม และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ โดยสามารถถอนตัวหรือปฏิเสธได้ตลอดการทำแบบทดสอบ และการถอนตัวหรือปฏิเสธนั้นจะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาหรือในทางใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งข้อมูลส่วนตัวทั้งหมดถูกเก็บไว้เป็นความลับ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมการวิจัยถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้สอบถามข้อสงสัยก่อนเริ่มการทำแบบทดสอบ

ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทำด้วยตนเองและเก็บคืนทันทีหลังจากเสร็จสิ้นการทำแล้ว โดยแบบสอบถามที่ทำเสร็จแล้วจะถูกบรรจุลงในแฟ้มหรือซองสีน้ำตาลอย่างมิดชิดปลอดภัย ผู้วิจัยลงบันทึกด้วยรหัสตัวเลข นำเสนอการวิจัยเป็นภาพรวมและไม่ระบุตัวตนของบุคคล ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมการวิจัยถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

หากผู้วิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า อยู่ในสถานะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือหรือแนะนำ หรือในกรณีที่มีข้อคำถามก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนจิตใจผู้เข้าร่วมการวิจัย จนอาจเกิดปฏิกิริยาต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทั้งก่อนและระหว่างการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลและดำเนินการแนะนำศูนย์ให้คำปรึกษาให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อการขอรับบริการปรึกษาต่อไป

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอยู่ในเกณฑ์คัดเข้า แต่อยู่ระหว่างการพบจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา ด้วยปัญหาทางสุขภาพจิตของตน ผู้วิจัยขอยุติการเก็บข้อมูลและให้ข้อมูลเกี่ยวกับศูนย์ให้คำปรึกษาให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อการขอรับบริการปรึกษาต่อไป

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาบทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ในความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในการการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา ผู้วิจัยใช้โปรแกรม SPSS และ PROCESS ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยแบ่งการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

ตอนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของกลุ่มตัวอย่าง

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์การแจกแจงความถี่ และร้อยละ เพื่ออธิบายข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะกลุ่มตัวอย่างและบุตรออทิสติก ได้แก่ การเป็นบิดาหรือมารดา อายุของผู้ปกครองและบุตร เพศของบุตร เวลาในการดูแลบุตรต่อวัน ระดับความรุนแรงของอาการตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

จากการเก็บข้อมูล มีจำนวนแบบสอบถามที่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทั้งหมด 119 ชุด กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาร้อยละ 16.8 เป็นมารดาร้อยละ 83.2 กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 24 ถึง 54 ปี ($M = 38.59, SD = 6.83$) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 28.6 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 15,000 ถึง 40,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 43.7 กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการดูแลบุตรออทิสติกโดยเฉลี่ย 16.53 ชั่วโมงต่อวัน ($SD = 0.74$) โดยส่วนใหญ่ใช้เวลา 24 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 47.9 รองลงมาคือ 12 และ 5 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 8.4 เท่ากัน โดยมีร้อยละ 7.6 ที่ใช้เวลาในการดูแลบุตรออทิสติก 2 – 4 ชั่วโมงต่อวัน เนื่องจากบุตรออทิสติกส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียน ($M = 7.08, SD = 0.27$) บุตรออทิสติกจึงอยู่ในโรงเรียนเป็นส่วนใหญ่ เวลาหลังเลิกเรียนเป็นต้นไปจึงเป็นเวลาของผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลหลักท่านอื่นซึ่งหมายถึงผู้ดูแลที่ใช้

เวลาในการดูแลบุตรรอทิสติก รองลงมาจากผู้ดูแลหลัก ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสของตน คิดเป็นร้อยละ 34.5 รองลงมาคือไม่มีผู้ดูแลท่านอื่น คิดเป็นร้อยละ 32.8 นอกจากนี้ โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหลักท่านอื่นใช้เวลาในการดูแลบุตรรอทิสติกเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 33.6 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างและบุตรรอทิสติกของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 119$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ปกครอง	บิดา	20	16.8
	มารดา	99	83.2
	รวม	119	100.0
อายุของผู้ปกครอง ($M = 38.59, SD = 6.83$)	21 ถึง 30 ปี	18	15.1
	31 ถึง 40 ปี	54	45.4
	41 ถึง 50 ปี	41	34.5
	50 ปีขึ้นไป	5	4.2
	ไม่ระบุ	1	0.8
	รวม	119	100.0
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษา/ปวช.	52	43.7
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า/ปวส.	20	16.8
	ปริญญาตรี	30	25.2
	สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	4	3.4
	ประถมศึกษา	8	6.7
	ไม่ระบุ	5	4.2
	รวม	119	100.0

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	34	28.6
	รับจ้าง/ค้าขาย	29	24.3
	พนักงานเอกชน/รัฐบาล	19	16.0
	ธุรกิจส่วนตัว	15	12.6
	อื่น ๆ	15	12.6
	ไม่ระบุ	7	5.9
	รวม	119	100.0
ลักษณะครอบครัว	ครอบครัวเดี่ยว	64	53.8
	ครอบครัวขยาย	51	42.8
	ไม่ระบุ	4	3.6
	รวม	119	100.0
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	ต่ำกว่า 15,000 บาท	36	30.2
	15,000 ถึง 40,000 บาท	52	43.7
	40,001 ถึง 60,000 บาท	12	10.1
	60,001 ถึง 80,000 บาท	9	7.6
	80,001 บาทขึ้นไป	4	3.4
	ไม่ระบุ	6	5.0
	รวม	119	100.0
จำนวนบุตรทั้งหมด	1 คน	49	41.2
	2 คน	56	47.1
	3 คน	8	6.7
	4 คน	4	3.4
	5 คนขึ้นไป	2	1.6
	รวม	119	100.0

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เวลาในการดูแลบุตรต่อวัน ($M = 16.53, SD = 0.74$)	2 ถึง 4 ชั่วโมง	9	7.6
	5 ถึง 8 ชั่วโมง	23	19.3
	9 ถึง 12 ชั่วโมง	15	12.6
	13 ถึง 16 ชั่วโมง	8	6.7
	17 ถึง 24 ชั่วโมง	64	53.8
	รวม	119	100.0
ผู้ดูแลหลักท่านอื่น	ญาติ	9	7.6
	ญาติผู้ใหญ่ (ปู่ ย่า ตา ยาย)	20	16.8
	พี่ชายหรือพี่สาวของบุตร	2	1.7
	ไม่มีผู้ดูแลหลักท่านอื่น	39	32.8
	คู่สมรส	41	34.4
	ไม่ระบุ	8	6.7
	รวม	119	100.0

งานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างนี้มีบุตรออทิสติกเป็นเพศชายร้อยละ 81.5 และเป็นหญิงร้อยละ 18.5 โดยมีอายุโดยเฉลี่ย 7.08 ปี ($SD = 0.27$) ส่วนใหญ่มีอายุ 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 16 รองลงมาคืออายุ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.1 ส่วนใหญ่บุตรออทิสติกได้เข้ารับการรักษาตั้งแต่อายุ 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.9 รองลงมาคือ ตั้งแต่อายุ 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.7 โดยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 64.7 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของบุตรออทิสติก โดยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการมีความรุนแรงน้อย คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมาคือรับรู้ว่าการมีความรุนแรงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.1 ข้อมูลของบุตรออทิสติกนี้แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของบุตรออทิสติกของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 119$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศของบุตรออทิสติก	ชาย	97	81.5
	หญิง	22	18.5
	รวม	119	100.0
อายุของบุตรออทิสติก ($M = 7.08, SD = 0.27$)	3 ถึง 5 ปี	48	40.3
	6 ถึง 8 ปี	28	23.5
	9 ถึง 12 ปี	42	35.3
	ไม่ระบุ	1	0.8
	รวม	119	100.0
ระยะเวลาในการรักษา	ตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 ปี	1	0.8
	ตั้งแต่อายุ 1 ปี	23	19.3
	ตั้งแต่อายุ 2 ปี	32	26.9
	ตั้งแต่อายุ 3 ปี	27	22.7
	ตั้งแต่อายุ 4 ปี	12	10.1
	ตั้งแต่อายุ 5 ปีขึ้นไป	19	16.0
	ไม่ระบุ	5	4.2
รวม	119	100.0	
รูปแบบการรักษา	รับประทานยา	77	64.7
	ไม่รับประทานยา	38	31.9
	อื่น ๆ (กิจกรรมบำบัดและฝึกพูด)	3	2.5
	ไม่ระบุ	1	0.8
	รวม	119	100.0

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของอาการ	รุนแรงมาก	10	8.4
ของบุตรออทิสติกตามการรับรู้	รุนแรงปานกลาง	37	31.1
ของผู้ปกครอง	รุนแรงน้อย	68	57.1
	ไม่ระบุ	4	3.4
	รวม	119	100.0

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นนี้ ประกอบไปด้วยการวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปรในการวิจัย โดยแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

ผลการวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปรในการวิจัย

ผลการวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปรในการวิจัยนี้เป็นการรายงานผลของตัวแปรในการวิจัยทั้ง 3 ตัว ได้แก่ ปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา (DASS) การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก (ASD) และการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา (PSOC) มีค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ คะแนนต่ำสุด (Min) คะแนนสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สัมประสิทธิ์การกระจาย ($C.V.$) ค่าความเบ้ (SK) และค่าความโด่ง (KU) ตามตารางที่ 6

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาทางจิตใจของบิดามารดามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.41 ($SD = 16.39$) การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.35 ($SD = 5.96$) การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35.28 ($SD = 8.37$) เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (SK) พบว่า มีเพียงตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเท่านั้นที่เบ้ซ้าย โดยการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกนั้นมีความเบ้มากที่สุดคือ 1.67 ค่าความโด่ง (KU) พบว่า การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกมีค่าความโด่งมากที่สุดคือ 4.39 ในส่วนของปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาและการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดานั้นมีค่าความโด่งที่ 0.71 และ 0.49 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาตาม George และ Mallery (2010) ที่กล่าวว่า ความเบ้และความโด่งนั้นต้องอยู่ระหว่าง -2 และ 2 จึงเป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติ พบว่า ปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาและการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก มีลักษณะการแจกแจงแบบโค้งปกติ และการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดามีลักษณะไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ตารางที่ 6

ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปร	Min	Max	Range of scores	M	SD	C.V.	SK	KU
DASS	0.00	79.00	0 – 126	23.41	16.39	.70	0.85	0.71
ASD	18.00	51.00	18 – 54	25.35	5.96	.24	1.67	4.39
PSOC	12.00	48.00	8 – 48	35.28	8.37	.24	-0.99	0.49

หมายเหตุ. DASS = ปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา; ASD = การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก; PSOC = การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา.

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก และการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ด้วยวิธีการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันแบบสองหาง (Pearson Product Moment Correlation Coefficient, two-tailed) พบว่า ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยปัญหาทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .295 และ -.238 ตามลำดับ นอกจากนี้ การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -.264 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7

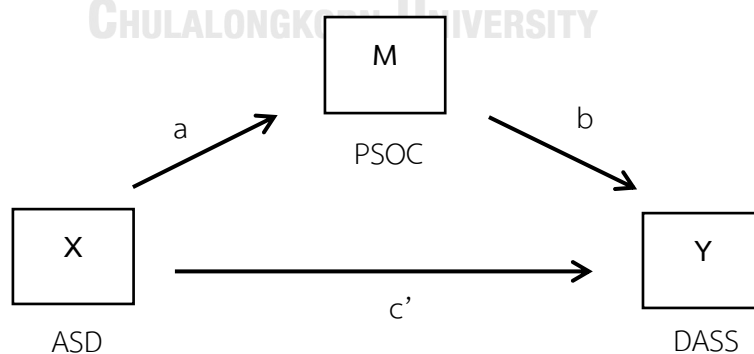
ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา (DASS) การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก (ASD) และการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา (PSOC) ($N = 119$)

ตัวแปร	DASS	ASD	PSOC
DASS	1.00		
ASD	.295**	1.00	
PSOC	-.238**	-.264**	1.00

** $p < .01$.

ตอนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ มีสมมติฐานการวิจัยคือ การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา โดยมีการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเป็นตัวแปรส่งผ่าน ผู้วิจัยทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์ผลสัมพัทธ์ด้วยคำสั่ง PROCESS (A. F. Hayes, 2013) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างซ้ำ (bootstrapping) และกำหนดการสุ่มกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20,000 ชุดข้อมูล โดยโมเดลที่ใช้วิเคราะห์แสดงดังภาพที่ 3 และได้ผลดังตารางที่ 8



ภาพที่ 3 โมเดลแบบตัวแปรส่งผ่านที่มีตัวแปรอิสระ 2 ตัวแปร และตัวแปรตาม 1 ตัวแปร

หมายเหตุ. DASS = ปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา; ASD = การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก; PSOC = การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา.

ตารางที่ 8

ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ค่าคลาดเคลื่อน ค่ากำลังสองของความสัมพันธ์พหุคูณ และค่าความต่างของความแปรปรวน ของตัวแปรในการทำนายปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา (DASS) และการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ($N = 119$)

ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม							
	M (PSOC)			Y (DASS)				
	Coeff. (b)	SE	p	Coeff. (b)	SE	p		
X (ASD)	a	-0.37	0.13	< .01	c'	0.69	0.25	< .01
M (PSOC)	-	-	-	b	-0.34	0.18	.06	
Constant	i ₁	44.67	3.26	< .001	i ₂	17.91	10.10	.08
		$R^2 = .07$			$R^2 = .12$			
		$F(1,117) = 8.75, p < .01$			$F(2,116) = 7.50, p < .001$			

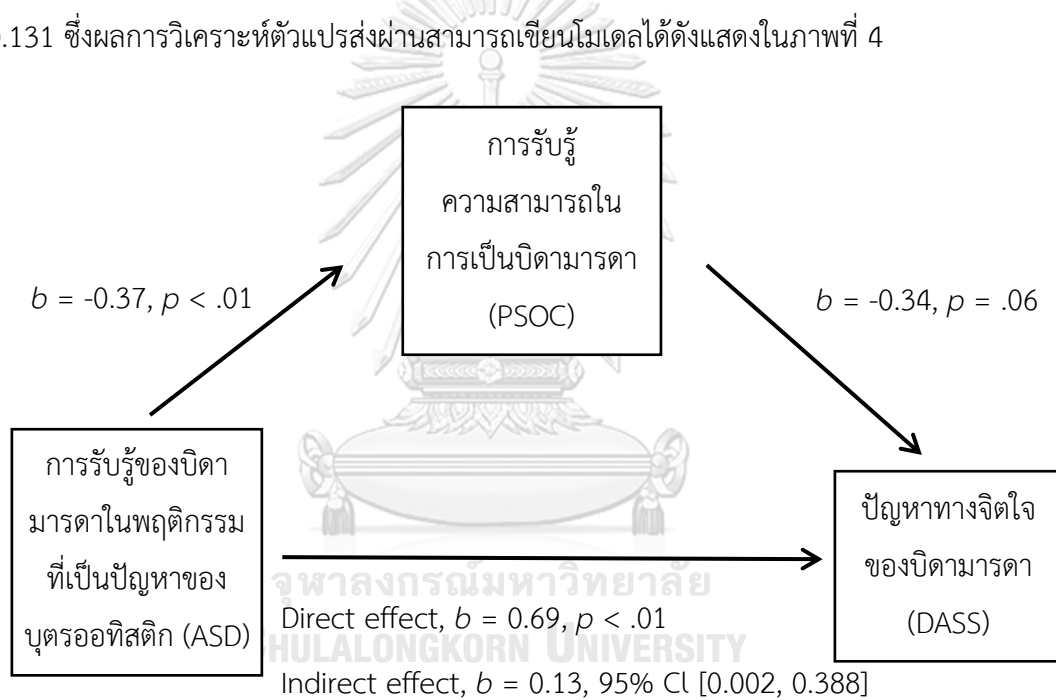
หมายเหตุ. DASS = ปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาของบิดามารดา; ASD = การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก; PSOC = การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา.

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถแบ่งได้เป็นผลทางตรงและผลทางอ้อม ดังนี้

ผลทางตรง (direct effect) หรือ c' มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.69 ซึ่งหมายความว่า เมื่อควบคุมตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาแล้ว การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกและปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในช่วงความเชื่อมั่น 95% มีค่าอยู่ระหว่าง 0.193 กับ 1.179 ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าบุตรออทิสติกของตนมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้น ส่งผลโดยตรงให้ผู้ปกครองมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาด้านจิตใจของบิดามารดาเพิ่มขึ้น

ผลทางอ้อม (indirect effect) มีสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ $ab = -0.37(-0.34) = .13$ ซึ่งหมายความว่า ผู้ปกครองที่รับรู้ว่ามีบุตรออทิสติกของตนมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสูง จะมีปัญหาทางจิตใจที่สูงเช่นกัน

จากผลทั้งทางตรงและทางอ้อมข้างต้น และจากตารางที่ 8 พบว่าเมื่อผู้ปกครองเห็นว่าบุตรออทิสติกของตนมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้น ส่งผลทางอ้อมให้ผู้ปกครองรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาของตนต่ำลง ($b = -0.37, p < .01$) และส่งผลต่อเนื่องให้ผู้ปกครองมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาได้มากตามไปด้วย ($b = -0.34, p = .06$) เมื่อพิจารณาช่วงความเชื่อมั่นที่ 95 มีค่าอยู่ระหว่าง 0.002 กับ 0.388 จึงสรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเป็นตัวแปรส่งผ่านหรือมีอิทธิพลทางอ้อมกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกและปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาของผู้ปกครอง มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานเท่ากับ 0.045 ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% มีค่าอยู่ระหว่าง 0.001 กับ 0.131 ซึ่งผลการวิเคราะห์ตัวแปรส่งผ่านสามารถเขียนโมเดลได้ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 โมเดลการวิเคราะห์ข้อมูลในกระบวนการ PROCESS

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ในความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา โดยมีสมมติฐานการวิจัยคือ การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา โดยมีการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเป็นตัวแปรส่งผ่าน มีกลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาหรือมารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติกที่มีอายุระหว่าง 3 – 12 ปี ที่มีคุณสมบัติคือเป็นผู้ดูแลหลักและไม่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ซึ่งมาจากการตอบแบบสอบถามว่า ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างนี้ไม่ได้อยู่ระหว่างการพบจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาด้วยปัญหาทางสุขภาพจิต จำนวนทั้งหมด 119 คน ซึ่งเป็นมารดาร้อยละ 83.2 มีจำนวนร้อยละ 53.8 ที่ใช้เวลาดูแลบุตรมากกว่า 17 ชั่วโมงต่อวัน และมีบุตรเป็นออทิสติกที่เป็นชายร้อยละ 81.5 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนตัว 2) มาตรการปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา (ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด) 3) มาตรการรับรู้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก และ 4) มาตรการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS และ PROCESS (A. F. Hayes, 2013) ในการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ตัวแปรส่งผ่านอย่างง่าย (Simple Mediation Analysis) โดยผลการวิจัยที่สนับสนุนสมมติฐาน กล่าวคือ การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเป็นตัวแปรส่งผ่านระหว่างความสัมพันธ์ของการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา ($b = 0.13$, 95% CI [0.002, 0.388]) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าบุตรออทิสติกของตนมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้น จะส่งผลทางอ้อมให้ผู้ปกครองรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาของตนต่ำลง และส่งผลต่อเนืองให้ผู้ปกครองมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาได้มากขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

1. อภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นแสดงถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาในทิศทางที่สอดคล้องกับการทดสอบสมมติฐานการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ในความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา กล่าวคือ การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา ($r = .30, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ($r = -.26, p < .01$) นอกจากนี้ การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา ($r = -.24, p < .01$)

1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงถึงความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์กันในขนาดปานกลาง ($r = .30, p < .01$) (Cohen, 1988) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าบุตรออทิสติกของตนมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้น ผู้ปกครองอาจเกิดปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมากที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด กับการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีขนาดอิทธิพลขนาดปานกลางถึงมาก (Falk et al., 2014; Hastings & Brown, 2002; Lecavalier et al., 2006; Rezendes & Scarpa, 2011) และจากการศึกษาการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ของ S. A. Hayes และ Watson (2013) พบว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก เช่น การเคลื่อนไหวหรือพูดซ้ำ ๆ และกิจกรรมที่เป็นแบบแผนซ้ำ ๆ นั้นเป็นหนึ่งในปัญหาหลักของความเครียดของมารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก นอกจากนี้ ยังพบว่า การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกมีส่วนในการทำนายปัญหา

ทางจิตใจของบิดามารดาในผู้ปกครองด้วย (Carter et al., 2009; Falk et al., 2014; Hastings & Brown, 2002; Tomanik et al., 2004)

1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตร ออกัสติกกับการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงถึงความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออกัสติกกับการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์กันในขนาดปานกลาง ($r = -.26, p < .01$) (Cohen, 1988) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าบุตรออกัสติกของตนมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้น ผู้ปกครองจะยิ่งรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการเป็นบิดามารดาต่ำลงตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับที่ Bandura (1982) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถนั้นได้รับอิทธิพลจากหลายทาง โดยการรับรู้สิ่งที่ไม่เชื่อนั้นยิ่งยาก ก็ยิ่งมีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำลง ดังนั้นเมื่อผู้ปกครองเห็นว่าบุตรของตนมีพฤติกรรมที่ตนนั้นจัดการได้ยาก ก็ยิ่งมีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมาก เช่น Gross และคณะ (1994) ที่ทำการศึกษาดัวแปรข้างต้นในบุตรแรกเกิดและภาวะซึมเศร้าของแม่ พบว่าเมื่อบุตรมีลักษณะนิสัยด้านลบตามการรับรู้ของมารดามากขึ้น มารดาจะมีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาของตนต่ำลง Cutrona และ Troutman (1986), และ Teti และ Gelfand (1991) ที่พบว่า การรับรู้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรแรกเกิดมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาในมารดาหลังคลอดบุตร นอกจากนี้ Rezendes และ Scarpa (2011), และ Hastings และ Brown (2002) ยังพบว่าการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออกัสติกสามารถทำนายการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาได้อีกด้วย

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดากับปัญหาทาง จิตใจของบิดามารดา

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงถึงความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดากับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์กันในขนาดปานกลาง ($r = -.24, p < .01$) (Cohen, 1988) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ปกครองรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการเป็นบิดามารดาของตนต่ำลง ผู้ปกครองจะยิ่งเกิดปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา

เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมาก เช่น Gross และคณะ (1994) ที่พบว่าเมื่อมารดาหลังคลอดบุตรรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาของตนต่ำลง มารดาจะยังมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น Cutrona และ Troutman (1986), และ Teti และ Gelfand (1991) พบว่าการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดามีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดบุตร ส่วน Giallo และคณะ (2013) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดากับภาวะซึมเศร้าและความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ Hastings และ Brown (2002) ยังพบว่าการรับรู้ของมารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของมารดาได้

2. การอภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลการทดสอบของตัวแปรส่งผ่าน

ในงานวิจัยนี้พบอิทธิพลทางอ้อมของการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก ผ่านตัวแปรส่งผ่าน คือ การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ไปยังปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา และอิทธิพลทางตรงของการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกที่มีต่อปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura (1982) ที่กล่าวว่า เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ควบคุมไม่ได้ หรือสถานการณ์ที่กระตุ้นความเครียด คนที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีระดับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และ/หรือความเครียดสูงกว่าคนที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูง

จึงมีความเป็นไปได้ว่า เมื่อบิดามารดาต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นตนรับรู้ว่าเป็นปัญหาของบุตรออทิสติก ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ตนนั้นควบคุมไม่ได้หรือเป็นสถานการณ์ที่กระตุ้นความเครียด ทำให้บิดามารดามองว่าตนเองนั้นมีความสามารถในฐานะบิดาหรือมารดาที่ไม่เพียงพอ มองว่าตนไม่สามารถทำหน้าที่บิดามารดาได้ดี จึงนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด

ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับ Cutrona และ Troutman (1986), และ Teti และ Gelfand (1991) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาเป็นตัวแปรส่งผ่านระหว่างภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด การรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรแรกเกิดและการสนับสนุนทางสังคม

นอกจากนี้ ผลการวิจัยในครั้งนี่ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hastings และ Brown (2002) ที่ศึกษาบทบาทของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ที่มีต่อความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกและสุขภาวะ (ประกอบด้วยภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล) ของบิดาและมารดา พบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเป็นตัวแปรส่งผ่านระหว่างการเรียนรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของมารดา

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเป็นตัวแปรส่งผ่าน ระหว่างความสัมพันธ์ของการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา โดยผู้วิจัยได้เสนอแนะแนวทางในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) เนื่องจากการรับรู้ความสามารถ มีผลทั้งทางตรงและอ้อมดังที่นักจิตวิทยาและบุคลากรด้านการศึกษาพิเศษหรือนักสุขภาพจิต สามารถนำองค์ความรู้จากงานวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมให้ความช่วยเหลือแก่บิดามารดาที่มีบุตรออทิสติก ผ่านการสร้าง ความเข้าใจและทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก เพื่อลดแนวโน้มในการเกิดปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาในบิดามารดา

โดยในปัจจุบันมีโปรแกรมให้ความช่วยเหลือแก่บิดามารดาที่มีบุตรออทิสติกในต่างประเทศ เช่น Parent Education and Behavior Management Intervention ซึ่งพัฒนาโดย Tonge และคณะ (2006) และ Positive Parenting Program (Triple P) โดย Whittingham, Sofronoff, Sheffield, และ Sanders (2009) เป็นต้น ซึ่งการนำมาใช้ควรนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทย ในส่วนของประเทศไทยนั้นได้มีการพัฒนาโปรแกรมสำหรับบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติกในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล (ธีรรัตน์ แทนขำ และ อารีย์ ชูศักดิ์, 2555) โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกแบบกลุ่มสำหรับผู้ปกครอง (เสาวลักษณ์ หมื่นสุนทร และ อารีย์

ชูศักดิ์, 2559) และโปรแกรมการฝึกทักษะครอบครัว ซึ่งพัฒนาโดย ชะไมพร พงษ์พานิช, สมดี อนันต์ปฏิเวธ, ประภาพันท์ ร่วมกระโทก, และ สมหมาย เศรษฐวิชาภรณ์ (2555) เป็นต้น

นอกจากนี้ การสร้างโปรแกรมสำหรับผู้ปกครอง โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเพื่อป้องกันและลดการเกิดปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา ดังเช่น โปรแกรม Parent Management Training (Sofronoff & Farbotko, 2002) ที่ส่งเสริมความสามารถในการเป็นบิดามารดา ของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นแอสเปอร์เกอร์ในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผลของการเข้าโปรแกรมพบว่า ผู้ปกครองรายงานว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรลดลงและมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรแอสเปอร์เกอร์มากขึ้น อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีโปรแกรมที่มุ่งเน้นการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาที่มีค่อนข้างน้อย

2 ในด้านบริการการศึกษาเชิงจิตวิทยากับบิดาและมารดาที่มีบุตรออทิสติก นักจิตวิทยาการศึกษาควรให้ความสำคัญกับการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา เนื่องจากการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา โดยการตระหนักรู้ถึงการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา สามารถเอื้อประโยชน์ต่อการวางแผนการช่วยเหลือ และการป้องกันปัญหาทางด้านจิตใจของบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติกได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) จากการทบทวนวรรณกรรมพบความแตกต่างระหว่างบทบาทของบิดาที่มีบุตรออทิสติกและมารดาที่มีบุตรออทิสติก ดังเช่นงานวิจัยของ Hastings และ Brown (2002) ที่พบว่า มารดานั้นมีการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเป็นตัวแปรส่งผ่านระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า แต่ในบิดาการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาเป็นตัวแปรกำกับระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหากับความวิตกกังวล โดยงานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรออทิสติกถึงร้อยละ 83.2 ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้มีบิดาและมารดาที่เท่ากัน

2) จากการทบทวนการวิจัยในต่างประเทศพบว่า ยังมีตัวแปรอื่น ๆ ที่มีสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดาของผู้ปกครอง เช่น การสนับสนุนจากทางสังคม การสนับสนุนจากบุคคลทาง

การแพทย์ การสนับสนุนทางการเงิน/รายได้ ความรู้สึกผิดต่อการเป็นบิดามารดา และความรู้ด้าน
ออทิสติก เป็นต้น การวิเคราะห์ตัวแปรดังกล่าวข้างต้น จึงอาจมีส่วนช่วยเหลือผู้ปกครองของบุตร
ออทิสติกได้อย่างครอบคลุมและรอบด้านมากยิ่งขึ้น

3) บุตรออทิสติกของกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีความผิดปกติอื่นร่วม (comorbidity) รวมทั้ง
บิดามารดาบางส่วนไม่ทราบถึงระดับความรุนแรงตามคำวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งส่งผลให้บุตรออทิสติกที่
ได้รับการวินิจฉัยที่แตกต่างกันนี้ มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแตกต่างกันอย่างมาก และอาจส่งผลให้การ
รับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมาก



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กมลเนตร วรรณเสวก. (2558). ภาวะซึมเศร้า. ใน นันทวัช สิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณิต ผู้กฤตยาคามี, สุพร อภินันทเวช, และ พนม เกตุมาน (บ.ก.), *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

กองสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่)*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์. (2558). ภาวะวิตกกังวลเฉียบพลันและอาการ Panic Attack. ใน นันทวัช สิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณิต ผู้กฤตยาคามี, สุพร อภินันทเวช, และ พนม เกตุมาน (บ.ก.), *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

กัญญา ธีธมน์ตา. (2534). *เด็กออทิสติกกับผลกระทบต่อพ่อแม่*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จตุพร พรสัมฤทธิ์. (2554). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีใกล้หมดประจำเดือน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชะไมพร พงษ์พานิช, สมตี อนันต์ปฏิเวธ, ประภาพันท์ ร่วมกระโทก, และ สมหมาย เศรษฐวิชาภรณ์. (2555). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะครอบครัวสำหรับผู้ปกครองและผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก ตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(1), 11-12.

ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติรักษาหายได้*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.

- ดวงใจ พันธภาค. (2553). *ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล*. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทรงเกียรติ ลั่นหลาม. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพแบบวิตกกังวล การมองโลกในแง่ดี และการเห็นคุณค่าของตนเองของนิสิตมหาวิทยาลัย*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนยศ สุมาลัยโรจน์. (2558). *ความเครียดและเทคนิคการผ่านคลายความเครียด*. ใน นันทวิช สิริธิรักษ์, กลมเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, และ พนม เกตุมาน (บ.ก.), *จิตเวช ศิริราช DSM-5* (pp. 605-631). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีรรัตน์ แทนขำ, และ อารีย์ ชูศักดิ์. (2555). *หลักสูตรพัฒนาการบำบัดโดยผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมบำบัดผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกอายุไม่เกิน 6 ปี*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- นงลักษณ์ สุวรรณกุล. (2551). *การพัฒนาศักยภาพของมารดาเด็กออทิสติกในการเผชิญความเครียดโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552. สืบค้นจาก <http://www.jvkk.go.th/researchnew/details.asp?code=0102976>
- นิชรา เรื่องดารกานนท์. (2551). *เด็กออทิสติก-เด็กสมาธิสั้น*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง.
- นิมิตตورا แว. (2532). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโฮลิสติกต่อการลดความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภัสสร ฉันทศิริเวทย์. (2556). *ประสบการณ์การฟื้นคืนได้ของครอบครัวที่มีบุตรเป็นออทิสติก*. ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผดุง อารยะวิญญู. (2546). *วิธีสอนเด็กออทิสติก*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แว่นแก้ว.

ผดุง อารยะวิญญู. (2551). *กิจกรรมการฝึกทักษะเด็กออทิสติก*. กรุงเทพฯ: เจ.เอ็น.ที.

เพ็ญแข ลิ้มศิลา. (2537). *รวมเรื่องน่ารู้เกี่ยวกับ ออทิสซึม* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สมุทรปราการ: โรงพยาบาล
ยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.

เพ็ญแข ลิ้มศิลา. (2540). *การวินิจฉัยโรค "ออทิสซึม"*. สมุทรปราการ: โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยป
ถัมภ์.

ภาคินี มานะแท้, ธนิตา จุลวนิชยพงษ์, และ ชัญญา ลีศัตร์พ่าย. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความ
วิตกกังวลของพ่อแม่กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรออทิสติกวัยรุ่น. *วารสารวิชาการศิลปศาสตร์
ประยุกต์*, 7(2), 51-61.

รังรอง งามศิริ. (2540). *การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรที่มีผลต่อความวิตกกังวล ใน
การสอบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร
ดุขฎิบัณฑิต (จิตวิทยาการศึกษา) คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัชณี วีระสุขสวัสดิ์. (2535). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ส ที่มีต่อการ
ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจ ขณะรักษาในโรงพยาบาล*. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
ภาควิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รุ่งฤดี วงศ์ชุม. (2539). *ภาวะเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะ
สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. สืบค้นจาก

<http://www.bphosp.or.th/Aboutannual.html>

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. (2559). *ตัวชี้วัดงบประมาณ 2559*. สืบค้นจาก

<http://ycap.go.th/th/index.php/departments-within-yuwa/40-plan-it>

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. (2560). *คู่มือตกลงบริการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับบริการ
เป็นผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยใน 2 โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต*

กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก

http://ycap.go.th/th/images/Nurse/Manual_ipd.pdf

วินัดดา ปิยะศิลป์. (2537). *คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเด็กออทิสติก*. กรุงเทพฯ: แพลน พับลิชชิ่ง.

สถาบันราชานุกูล. (2559). *บริการของเรา: ข้อมูลหน่วยบริการ*. สืบค้นจาก

<http://www.rajanukul.go.th/new/index.php?mode=service&group=295>

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ:

ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สร้อยสุดา วิทยากร, มยุรี เพชรอักษร, วรรณนิภา บุญระยอง, และ สุภาพร ชินชัย. (2545). *ชุมชนกับการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา : กรณีศึกษามารดาที่บุตรออทิสติก* (รายงานการวิจัย).

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุภาพรณ โคตรจรัส. (2539). *ความเครียดและการบริหารความเครียด*. เอกสารการประชุมวิชาการ

ประจำปี สมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทย เรื่องเทคนิคทางจิตวิทยาในการพัฒนาคุณภาพคน 6-7 กรกฎาคม 2539.

เสาวนีย์ บัวลา. (2556). *ผลของการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก*

ออทิสติก. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เสาวลักษณ์ หมั่นสุนทร, และ อารีย์ ชูศักดิ์. (2559). *ผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก*

แบบกลุ่มสำหรับผู้ปกครอง. เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 15 ประจำปี 2559 เรื่อง สติ วิถีแห่งสุขภาพดี (Mindfulness For Healthy Lives).

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2545). *ช่วยลูกออทิสติก*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, L., Larson, S., Lakin, C., & Kwak, N. (2002). Children with disabilities: Social roles and family impacts in the NHIS-D. *DD Data Brief*, 4(1), 1-11.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social-cognitive view*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. NY: Freeman.
- Bandura, A., & McClelland, D. C. (1977). *Social learning theory*. Oxford, UK: Prentice Hall.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.) NY: The Guilford Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. NY: Harper and Row.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. NY: Guilford press.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment* (2nd ed.). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. NY: Basic Books.

- Busch, E. C. (2009). *Using acceptance and commitment therapy with parents of children with autism: The application of a theory*. Chicago, IL: The Chicago School of Professional Psychology.
- Carter, A. S., Martínez-Pedraza, F. d. L., & Gray, S. A. (2009). Stability and individual change in depressive symptoms among mothers raising young children with ASD: Maternal and child correlates. *Journal of Clinical Psychology, 65*(12), 1270-1280.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Stewart, B. L. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory views on anxiety and depression? *Journal of Abnormal Psychology, 99*(2), 148-155.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1998). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review, 18*(1), 47-85.
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development, 57*, 1507-1518.
- DeMyer, M. K. (1979). *Parents and children in autism*. Washington, DC: V. H. Winston.
- Evans, R. I. (1989). *Albert Bandura: The man and his ideas—A dialogue*. NY: Praeger.
- Falk, N. H., Norris, K., & Quinn, M. G. (2014). The Factors Predicting Stress, Anxiety and Depression in the Parents of Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*(12), 3185-3203.
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 update* (10th ed.). Boston: Pearson.

- Giallo, R., Wood, C. E., Jellett, R., & Porter, R. (2013). Fatigue, wellbeing and parental self-efficacy in mothers of children with an Autism Spectrum Disorder. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 17(4), 465-480.
doi:10.1177/1362361311416830
- Gibaud-Wallston, J., & Wandersman, L. P. (1978). Development and utility of the parenting sense of competence scale. *The annual meeting of the American Psychological Association*.
- Gilmore, L., & Cuskelly, M. (2009). Factor structure of the Parenting Sense of Competence scale using a normative sample. *Child: Care, Health and Development*, 35(1), 48-55.
- Goldberger, L., & Breznitz, S. (2010). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. NY: Simon and Schuster.
- Gross, D., Conrad, B., Fogg, L., & Wothke, W. (1994). A longitudinal model of maternal self-efficacy, depression, and difficult temperament during toddlerhood. *Research in Nursing and Health*, 17(3), 207-215.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Upper saddle River, NJ: Pearson Education International.
- Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M. (2006). *Exceptional learners: Introduction to special education* (International ed.): Pearson Education.
- Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American Journal on Mental Retardation*, 107(3), 222-232.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. NY: Guilford Press.

- Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*(3), 629-642. doi:10.1007/s10803-012-1604-y
- Horner, R. H., Carr, E. G., Strain, P. S., Todd, A. W., & Reed, H. K. (2002). Problem behavior interventions for young children with autism: A research synthesis. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 32*(5), 423-446.
- Jarukasemthawee, S. (2015). *Putting Buddhist understanding back into mindfulness training* (Doctoral's Thesis, School of Psychology, The University of Queensland). Retrieved from <https://goo.gl/cNXzph>
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology, 18*(2), 167-175.
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review, 25*(3), 341-363.
- Karst, J. S., & Hecke, A. V. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review, 15*(3), 247-277.
- Keltner, N. L. (2014). Antidepressant drugs. In N. L. Keltner & D. Steele (Eds.), *Psychiatric nursing* (pp. 155-171). MO: Mosby.
- Kuhn, J. C., & Carter, A. S. (2006). Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(4), 564-575.
- Lawrance, L., & McLeroy, K. R. (1986). Self-efficacy and health education. *Journal of School Health, 56*(8), 317-321.

- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology, 44*(1), 1-22.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. NY: Springer Press.
- Lecavalier, L., Leone, S., & Wiltz, J. (2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*(3), 172-183.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335-343.
- Macintosh, K., & Dissanayake, C. (2006). Social skills and problem behaviours in school aged children with high-functioning autism and Asperger's disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 36*(8), 1065-1076.
- Matson, J. L., Gonzalez, M. L., & Rivet, T. T. (2008). Reliability of the autism spectrum disorder-behavior problems for children (ASD-BPC). *Research in Autism Spectrum Disorders, 2*(4), 696-706.
- Matson, J. L., Mahan, S., Hess, J. A., Fodstad, J. C., & Neal, D. (2010). Progression of challenging behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorders as measured by the Autism Spectrum Disorders-Problem Behaviors for Children (ASD-PBC). *Research in Autism Spectrum Disorders, 4*(3), 400-404.
- Matson, J. L., & Nebel-Schwalm, M. (2007). Assessing challenging behaviors in children with autism spectrum disorders: A review. *Research in Developmental Disabilities, 28*(6), 567-579.
- Nickel, R. E., & Desch, L. W. (2000). *The physician's guide to caring for children with disabilities and chronic conditions*. Baltimore, MD: Paul H Brookes.

- Osborne, L. A., McHugh, L., Saunders, J., & Reed, P. (2008). Parenting stress reduces the effectiveness of early teaching interventions for autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*(6), 1092-1103.
- Ozer, E. M., & Bandura, A. (1990). Mechanisms governing empowerment effects: A self-efficacy analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(3), 472-486.
- Rezendes, D. L., & Scarpa, A. (2011). Associations between parental anxiety/depression and child behavior problems related to autism spectrum disorders: The roles of parenting stress and parenting self-efficacy. *Autism Research and Treatment, 2011*.
- Schaaf, R. C., Toth-Cohen, S., Johnson, S. L., Outten, G., & Benevides, T. W. (2011). The everyday routines of families of children with autism: Examining the impact of sensory processing difficulties on the family. *Autism, 15*(3), 373-389. doi:10.1177/1362361310386505
- Singer, G. H. S. (2006). Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. *American Journal of Mental Retardation, 111*(3), 155-169.
- Slavin, L. A., Rainer, K. L., McCreary, M. L., & Gowda, K. K. (1991). Toward a multicultural model of the stress process. *Journal of Counseling and Development, 70*(1), 156-163.
- Sofronoff, K., & Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome. *Autism, 6*(3), 271-286.
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behavior* (pp. 3-20). NY: Academic Press.

- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development, 62*(5), 918-929.
- Tomanik, S., Harris, G. E., & Hawkins, J. (2004). The relationship between behaviours exhibited by children with autism and maternal stress. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 29*(1), 16-26.
- Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A., King, N., & Rinehart, N. (2006). Effects on parental mental health of an education and skills training program for parents of young children with autism: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*(5), 561-569.
- Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J., & Sanders, M. R. (2009). Stepping Stones Triple P: An RCT of a parenting program with parents of a child diagnosed with an autism spectrum disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*(4), 469-480.
- Woodgate, R. L., Ateah, C., & Secco, L. (2008). Living in a world of our own: The experience of parents who have a child with autism. *Qualitative Health Research, 18*(8), 1075-1083.
- World Health Organization. (1993). *ICD-10, the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). *Depression*. Retrieved from <http://www.who.int/topics/depression/en/>

Yirmiya, N., & Shaked, M. (2005). Psychiatric disorders in parents of children with autism: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 69-83. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00334.x





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

ใบรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ใบรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. ใบรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ใบรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย จากโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

3. ใบรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย จากสถาบันราชานุกูล

4. จดหมายขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์กรมหาชน)





คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 199/2559

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 154.1/59 : บทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดาในความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออกติสติกกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวเอื้อจิต พูนพิช

หน่วยงาน : คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม..... *Prida Tasanapadit*
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทັນประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม..... *ณัฐ ใจภักดิ์*
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐ ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 15 พฤศจิกายน 2559

วันหมดอายุ : 14 พฤศจิกายน 2560

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย..... 154.1/59
วันที่รับรอง..... 15 พ.ย. 2559
วันหมดอายุ..... 14 พ.ย. 2560

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย “บทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ในความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก กับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา”

ชื่อผู้วิจัย นางสาว เอื้อจิต พูนพิช

ตำแหน่ง นิสิต

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) -

(ที่บ้าน) 1/99 หมู่ 5 ถนนกาญจนาภิเษก แขวงบางบอน เขตบางบอน กรุงเทพฯ

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) -

โทรศัพท์ที่บ้าน -

โทรศัพท์มือถือ 081-444-1115

E-mail : uar.poy@gmail.com

- ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา
- โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความเกี่ยวข้องกันระหว่างการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกและปัญหาทางจิตใจ
- ลักษณะของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ บิดามารดาของบุตรออทิสติกซึ่งเป็นผู้ที่มีความบกพร่องที่แสดงออกมาใน 3 ด้าน คือ ความผิดปกติทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร และความคิดผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม โดยบุตรมีอายุระหว่าง 3 – 12 ปี จำนวนทั้งหมด 120 คน
- แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ฉบับ ได้แก่
 - แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 17 ข้อ
 - แบบสอบถามทางจิตใจ ซึ่งจะถามท่านเกี่ยวกับสภาพจิตใจในปัจจุบัน จำนวน 42 ข้อ
 - แบบสอบถามพฤติกรรมเด็ก ซึ่งจะถามท่านเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตรของท่านที่มีความแตกต่างจากเด็กทั่วไป จำนวน 18 ข้อ
 - แบบสอบถามเกี่ยวกับการเป็นบิดามารดา ซึ่งจะถามท่านเกี่ยวกับความเชื่อของท่านในการเลี้ยงดู จำนวน 8 ข้อ

ใช้เวลาในการทำแบบทดสอบประมาณ 20 นาที

เมื่อทำเสร็จแล้วขอให้ส่งคืนผู้วิจัย แบบสอบถามที่ทำเสร็จแล้วจะถูกบรรจุลงในแฟ้มหรือซองสีน้ำตาลอย่างมิดชิด ปลอดภัย ก่อนทำแบบสอบถามผู้วิจัยจะชี้แจงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้วิจัย โครงการวิจัย และแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับซึ่งมีความเสี่ยงต่ำ ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำแบบสอบถาม และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย แทนการลงนามในใบยินยอม เนื่องจากเป็นการตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียว และ ไม่มีการขอข้อมูล ชื่อ ที่อยู่ หรือข้อมูลใดๆ ที่สืบค้นกลับไปถึงตัวท่านได้ หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยจะนำแบบทดสอบที่ท่านทำไปทำลายทิ้งทันที

- ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยวิธีใดๆ ก็ตาม หากพบว่าผู้ใดไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าและอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/ แนะนำ ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและดำเนินการ

แนะนำศูนย์ให้คำปรึกษาให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเพื่อการขอรับบริการปรึกษาต่อไป

7. ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เข้ามาเก็บข้อมูลในสถานที่ได้

8. ในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความเสี่ยงด้านจิตใจและร่างกายต่ำ แต่อาจมีคำถามซึ่งกระทบกระเทือนจิตใจในระหว่างตอบแบบสอบถาม ซึ่งท่านสามารถหยุดตอบได้ และอาจทำให้ท่านเสียเวลาส่วนตัวบ้าง

9. ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้ แต่งานวิจัยจะเป็นประโยชน์ในทางวิชาการที่จะนำไปสู่การประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาสุขภาพทางจิตของบุคลากรคาทอลิกต่อไป

10. การเข้าร่วมในการวิจัยของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ซึ่งการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา หรือในทางใด ๆ ต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทั้งสิ้น

11. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

12. ไม่มีการจ่ายค่าพานะ ค่าชดเชยการเสียเวลา หรือของที่ระลึก

13. “หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10230 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th”



เลขที่โครงการวิจัย..... 154 1 / 59
วันที่รับรอง..... 15 พ.ย. 2559
วันหมดอายุ..... 14 พ.ย. 2560



๖๑ ถนนสุขุมวิท ตำบลปากน้ำ
อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ๑๐๒๗๐

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

หมายเลขขอทำวิจัย
๑๕./๖๑
(ที่เข้าประชุม)

คณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
เอกสารรับรองโครงการ

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) บทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา
..... ในความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก กับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา

ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ) The Mediating role of parental self-efficacy in the relationship between
..... Autistic child problem behaviors and psychological distress among parents

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานสังกัด นางสาวเอื้อจิต พูนพนิช คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

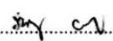
สถานที่ทำวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

เอกสารที่รับรอง

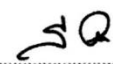
๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย
๒. เอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet)
๓. หนังสือแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent)
๔. โครงร่างวิทยานิพนธ์
๕. เครื่องมือวิจัย

วันหมดอายุ : ๖๒ เมษายน ๒๕๖๑

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

(๖๒ เมษายน ๒๕๖๐)
วันที่

ลงนาม..... 
(นางสาวรัชณี ฉลองเกื้อกุล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

(๖๒ เมษายน ๒๕๖๐)
วันที่

เอกสารชี้แจงการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (จธ 2.1)
(Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย “บทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ในความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก กับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา”

ชื่อผู้วิจัย นางสาว เอื้อจิต พูนพิช

ตำแหน่ง นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือและพัฒนาสุขภาวะทางจิตของบิดามารดาบุตรออทิสติกต่อไปได้

ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมงานวิจัยในการตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับ ซึ่งใช้เวลาในการทำแบบทดสอบประมาณ 20 นาที ประกอบไปด้วย

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 17 ข้อ
- แบบสอบถามทางจิตใจ ซึ่งจะถามท่านเกี่ยวกับสภาพจิตใจในปัจจุบัน จำนวน 42 ข้อ
- แบบสอบถามพฤติกรรมเด็ก ซึ่งจะถามท่านเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตรของท่านที่มีความแตกต่างจากเด็กทั่วไป จำนวน 18 ข้อ
- แบบสอบถามเกี่ยวกับการเป็นบิดามารดา ซึ่งจะถามท่านเกี่ยวกับความเชื่อของท่านในการเลี้ยงดู จำนวน 8 ข้อ

ก่อนทำแบบสอบถามผู้วิจัยจะชี้แจงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้วิจัย โครงการวิจัย และแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับ และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมในการวิจัยของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ซึ่งการปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา หรือในทางใด ๆ ต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทั้งสิ้น

หากผู้วิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า อยู่ในสถานะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือหรือนำ หรือในกรณีที่มีข้อคำถามก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนจิตใจผู้เข้าร่วมการวิจัย จนอาจเกิดปฏิกิริยาต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทั้งก่อนและระหว่างการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและดำเนินการแนะนำศูนย์ให้คำปรึกษาให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเพื่อการขอรับบริการปรึกษาต่อไป

ในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความเสี่ยงด้านจิตใจและร่างกายต่ำ แต่อาจมีคำถามซึ่งกระทบกระเทือนจิตใจในระหว่างตอบแบบสอบถาม ซึ่งท่านสามารถหยุดตอบได้ และอาจทำให้ท่านเสียเวลาส่วนตัวบ้าง

เมื่อทำเสร็จแล้วขอให้ส่งคืนผู้วิจัย แบบสอบถามที่ทำเสร็จแล้วจะถูกรวบรวมในแฟ้มหรือของสีน้ำตาลอย่างมิดชิดปลอดภัย หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยจะนำแบบทดสอบที่ท่านทำไปทำลายทิ้งทันที ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

กรณีมีเหตุจำเป็น หรือฉุกเฉิน ผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่

ที่อยู่ 1/99 หมู่ 5 ถนนกาญจนาภิเษก แขวงบางบอน เขตบางบอน กรุงเทพฯ

โทรศัพท์มือถือ 081-444-1115

E-mail : uar.poy@gmail.com

หนังสือยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย (จธ 2.2)

(Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง “บทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ในความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่เป็น ปัญหาของบุตรออทิสติก กับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา”

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

..... ขอทำหนังสือนี้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ก่อนลงนามในใบยินยอมตนนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัยแบบตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที อันตราย หรืออาการหรือความเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่ผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ และจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และ หากผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือหรือแนะนำ หรือในกรณีที่มีคำถามก่อให้เกิดการกระทบการเตือนจิตใจผู้เข้าร่วมการวิจัย จนอาจเกิดปฏิกิริยาต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทั้งก่อนและระหว่างการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและดำเนินการแนะนำศูนย์ให้คำปรึกษาให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเพื่อการขอรับบริการปรึกษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ จะต้องได้รับการยินยอมในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะ และระบุข้อความไว้ตามนี้ “ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนาม หรือ ประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ”

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(หรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือ)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)



COA No. 04/2560

กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ 4737 ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

- ชื่อโครงการ : บทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา
ในความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกกับปัญหาทางจิตใจ
ของบิดามารดา
- รหัสโครงการ : RI 004/60
- ผู้วิจัยหลัก : นางสาวเอ๋อจิต พูนพิณช
- สังกัดหน่วยงาน : นักศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน
- รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้า เมื่อเก็บข้อมูลได้ร้อยละ 50
- เอกสารที่รับรอง : 1. แบบสอบถามข้อมูล
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(นางสาวศุภรัตน์ เอกอัศวิน)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

(นางอัมพร เบญจพลพิทักษ์)

ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

วันที่รับรอง : 9 กุมภาพันธ์ 2560

วันที่หมดอายุ : 8 กุมภาพันธ์ 2561

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล เท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ภายใน 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขอความเห็นชอบใหม่ก่อนหมดอายุ 1 เดือน
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการในแบบรายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัย (AF 06-01)

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย “บทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ในความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก กับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา”

ชื่อผู้วิจัย นางสาว เอื้อจิต พูนพิช

ตำแหน่ง นิสิต

โทรศัพท์มือถือ 081-444-1115

E-mail : uar.poy@ugmail.com

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 1/99 หมู่ 5 ถนนกาญจนาภิเษก แขวงบางบอน เขตบางบอน กรุงเทพฯ

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ขัดแย้งได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความเกี่ยวข้องกับระหว่างการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติกและปัญหาทางจิตใจ

3. ลักษณะของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ บิดามารดาของบุตรออทิสติกซึ่งเป็นผู้ที่มีความบกพร่องที่แสดงออกมาใน 3 ด้าน คือ ความผิดปกติทางสังคม และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร และความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม โดยบุตรมีอายุระหว่าง 3 – 12 ปี จำนวนทั้งหมด 120 คน

4. แบบสอบถามมีทั้งหมด ๓ ฉบับ ใช้เวลาในการทำแบบทดสอบประมาณ 30 นาที อันได้แก่

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 17 ข้อ

- แบบสอบถามทางจิตใจ ซึ่งจะถามท่านเกี่ยวกับสภาพจิตใจในปัจจุบัน จำนวน 42 ข้อ

- แบบสอบถามพฤติกรรมเด็ก ซึ่งจะถามท่านเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตรของท่านที่มีความแตกต่างจากเด็กทั่วไป จำนวน 18 ข้อ

- แบบสอบถามเกี่ยวกับการเป็นบิดามารดา ซึ่งจะถามท่านเกี่ยวกับความเชื่อของท่านในการเลี้ยงดู จำนวน 8 ข้อ

- แบบสอบถามเกี่ยวกับตนเอง จำนวน 29 ข้อ

เมื่อทำเสร็จแล้วขอให้ส่งคืนผู้วิจัย แบบสอบถามที่ทำเสร็จแล้วจะถูกบรรจุลงในแฟ้มหรือซองสีน้ำตาลอย่างมิดชิด ปลอดภัย ก่อนทำแบบสอบถามผู้วิจัยจะชี้แจงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้วิจัย โครงการวิจัย และแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับ ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำแบบสอบถาม และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย แทนการลงนามในใบยินยอม เนื่องจากเป็นการตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียว และไม่มีมีการขอข้อมูล ชื่อ ที่อยู่ หรือข้อมูลใดๆ ที่สืบค้นกลับไปถึงตัวท่านได้ หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยจะนำแบบทดสอบที่ท่านทำไปทำลายทิ้งทันที

6. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยวิธีใดๆ ก็ตาม หากพบว่าผู้ที่ไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและดำเนินการแนะนำศูนย์ให้คำปรึกษาให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเพื่อการขอรับบริการปรึกษาต่อไป

7. ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เข้ามาเก็บข้อมูลในสถานที่ได้

8. ในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความเสี่ยงด้านจิตใจและร่างกายต่ำ เช่น อาจเสียเวลา หากผู้วิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า อยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือหรือแนะนำทั้งก่อนและระหว่างการทำแบบสอบถาม หรือท่านอยู่ระหว่างการพบจิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยาด้วยปัญหาทางสุขภาพจิตของตน ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและดำเนินการแนะนำศูนย์ให้คำปรึกษาให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเพื่อการขอรับบริการปรึกษาต่อไป

9. ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้ แต่งานวิจัยจะเป็นประโยชน์ในทางวิชาการที่จะนำไปสู่การประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาสุขภาวะทางจิตของบิดามารดาบุตรออทิสติกต่อไป

10. การเข้าร่วมในการวิจัยของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ซึ่งการปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา หรือในทางใด ๆ ต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทั้งสิ้น

11. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ ไม่มีข้อมูลส่วนใดจากแบบสอบถามที่ระบุถึงตัวท่านได้ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม และผู้เข้าถึงแบบสอบถามมีเพียงผู้วิจัยคนเดียว

12. ไม่มีมีการจ่ายค่าพาหนะ ค่าชดเชยการเสียเวลา หรือของที่ระลึก

13. “หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล 4737 ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400”

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย “บทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ในความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรหรือที่ติดกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา” และ “บทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการมีเมตตาต่อตนเองในการเป็นบิดามารดาในความสัมพันธ์ ระหว่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรหรือที่ติดกับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา”

ชื่อผู้วิจัย นางสาว เอื้อจิต พูนพิช และ ดร. สมบุญ จารุกษมทวี

ที่อยู่ติดต่อ 1/99 หมู่ 5 ถนนกาญจนาภิเษก แขวงบางบอน เขตบางบอน กรุงเทพฯ 10160

โทรศัพท์ 081-444-1115

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ชุด โดยระยะเวลาการทำแบบทดสอบประมาณ 30 นาที ได้แก่

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 16 ข้อ

- แบบสอบถามทางจิตใจ ซึ่งจะถามท่านเกี่ยวกับสภาพจิตใจในปัจจุบัน จำนวน 42 ข้อ

- แบบสอบถามพฤติกรรมเด็ก ซึ่งจะถามท่านเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตรของท่านที่มีความแตกต่างจากเด็กทั่วไป จำนวน 18 ข้อ

- แบบสอบถามเกี่ยวกับการเป็นบิดามารดา ซึ่งจะถามท่านเกี่ยวกับความเชื่อของท่านในการเลี้ยงดู จำนวน 8 ข้อ

- แบบสอบถามเกี่ยวกับตัวเอง ซึ่งจะถามท่านเกี่ยวกับความเชื่อของตัวเอง จำนวน 29 ข้อ

เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วแบบสอบถามที่ผู้ให้ข้อมูลตอบเสร็จ จะถูกเก็บไว้อย่างมีขีดจำกัดและปลอดภัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา หรือในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล 4737 ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาว เอื้อจิต พูนพิช)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ที่ ศธ. 0512.7/ 41



คณะจิตวิทยาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 7
ถ.พระราม 1 วังใหม่ ปทุมวัน กทม. 10330

11 มกราคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

ด้วย นางสาวเอื้อจิต พูนพิช นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา (แขนงวิชาจิตวิทยาการปรึกษา) คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง บทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา ในความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก กับปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา โดยมี อาจารย์ ดร.สมบุญ จารุเกษมทวี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์นี้ นิสิตต้องเก็บข้อมูลจากบิดาหรือมารดาของบุตรที่เป็นออทิสติก ที่มีอายุระหว่าง 3 - 12 ปี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ในระหว่างวันที่ 16 มกราคม ถึง 16 มีนาคม 2560 ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานในเรื่องวันและเวลาในการเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วอีกครั้งหนึ่ง โดยระหว่างนี้ ท่านสามารถติดต่อนิสิตเพื่อสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย ได้ที่ นางสาวเอื้อจิต พูนพิช โทร. 081 - 444 - 1115 หรือ อีเมล uar.poy@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและขอขอบพระคุณในความกรุณาของท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันนงค์ มณีศรี)

คณบดีคณะจิตวิทยา

งานบริการการศึกษา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทร. 02 - 218-1185 โทรสาร. 02 - 218-1184



ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่านที่ได้พิจารณาความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของ มาตรฐานวัดความพึงพอใจในคู่มือ โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของการแปล การใช้สำนวนภาษา และ การคงความหมายเดิม มีรายนามดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลยา พิสิษฐ์สังฆการ อาจารย์ประจำสาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ณัฐสุดา เต็มพันธ์ อาจารย์ประจำและหัวหน้าภาควิชาจิตวิทยา การปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์ ดร.วรัญญู กองชัยมงคล อาจารย์ประจำสาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก ค

ผลการวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานวัด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 9

ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกและค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมของข้อ
 กระทบในมาตรวัดปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา

ข้อ	ข้อคำถาม	M	SD	t	CITC รายข้อ	ผ่าน เกณฑ์	ข้อที่ เลือก
1	ฉันอารมณ์เสียกับเรื่องเล็กน้อยไร้สาระ	1.19	0.750	-2.041	.632	✓	✓
2	ฉันมีอาการปากแห้ง	0.67	0.658	-2.500	.489	✓	✓
3	0.81	0.602	-4.899	.778	✓	✓
4	0.48	0.680	-2.500**	.635	✓	✓
5	0.76	0.768	-4.899	.646	✓	✓
6	0.81	0.873	-3.578	.681	✓	✓
7	0.43	0.811	-1.698**	.577	✓	✓
8	0.76	0.539	-3.674	.747	✓	✓
9	1.33	0.796	-0.693	.248	✓	✓
10	0.71	1.007	-2.563**	.537	✓	✓
11	1.14	0.964	-3.333*	.712	✓	✓
12	1.19	0.750	-3.179	.735	✓	✓
13	0.76	0.831	-3.897	.740	✓	✓
14	0.76	0.831	-3.674	.688	✓	✓
15	0.33	0.577	-1.155*	.217	✓	✓
16	0.57	0.507	-1.732*	.185	✓	✓
17	0.38	0.590	-3.286*	.639	✓	✓
18	0.95	0.921	-4.330*	.501	✓	✓
19	0.52	0.680	-0.866	.397	✓	✓
20	0.43	0.507	-3.873***	.233	✓	✓
21	0.24	0.436	-2.828***	.503	✓	✓

ข้อ	ข้อความ	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	CITC รายข้อ	ผ่าน เกณฑ์	ข้อที่ เลือก
22	0.81	0.814	-3.897	.551	✓	✓
23	0.86	0.793	-7.071***	.797	✓	✓
24	0.62	0.590	-8.000*	.855	✓	✓
25	0.67	0.658	-2.889	.639	✓	✓
26	0.33	0.577	-2.500**	.632	✓	✓
27	1.00	1.000	-5.292***	.841	✓	✓
28	0.76	0.831	-4.804**	.695	✓	✓
29	0.81	0.928	-3.897	.504	✓	✓
30	0.48	0.602	-3.286*	.567	✓	✓
31	0.67	0.658	-3.286	.459	✓	✓
32	0.62	0.740	-2.711	.713	✓	✓
33	0.67	0.730	-2.941	.693	✓	✓
34	0.24	0.436	-2.121***	.554	✓	✓
35	0.52	0.602	-1.789	.555	✓	✓
36	0.33	0.483	-3.873***	.558	✓	✓
37	0.38	0.590	-3.286	.515	✓	✓
38	0.10	0.301	-1.549***	.609	✓	✓
39	0.67	0.856	-3.278**	.740	✓	✓
40	0.81	0.602	-4.382*	.811	✓	✓
41	0.43	0.598	-2.500**	.518	✓	✓
42	0.62	0.865	-2.573*	.673	✓	✓

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

ตารางที่ 10

ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกและค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมของข้อ
 กระทบในมาตรวัดการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก

ข้อ	ข้อคำถาม	M	SD	t	CITC รายข้อ	ผ่าน เกณฑ์	ข้อที่ เลือก
1	จิ้มตาตนเอง	1.04	0.200	-1.978***	.143	✓	✓
2	ทำร้ายตนเองโดยการตี หยิก เกา ข่วน หรืออื่น ๆ	1.20	0.408	-3.611***	.471	✓	✓
3	1.20	0.408	-1.054*	.246	✓	✓
4	1.12	0.332	-2.936***	.511	✓	✓
5	1.24	0.523	-1.054*	.238	✓	✓
6	1.44	0.583	-6.548	.690	✓	✓
7	1.16	0.374	-3.000***	.268	✓	✓
8	1.24	0.436	-0.491	.056	✓	✓
9	1.12	0.332	-1.277**	.305	✓	✓
10	1.20	0.408	-2.708***	.385	✓	✓
11	1.00	0.000	-	0.000	✓	✓
12	1.72	0.678	-3.207	.667	✓	✓
13	1.20	0.408	-7.659**	.617	✓	✓
14	1.16	0.374	-2.708***	.238	✓	✓
15	1.20	0.500	-0.774	.202	✓	✓
16	1.24	0.523	-2.536***	.439	✓	✓
17	1.56	0.712	-4.746	.567	✓	✓
18	1.32	0.557	-5.594**	.510	✓	✓

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

ตารางที่ 11

ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกและค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมของข้อ
 กระทั่งในมาตรวัดการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา

ข้อ	ข้อความ	M	SD	t	CITC รายข้อ	ผ่าน เกณฑ์	ข้อที่ เลือก
1	ฉันได้เข้าใจว่า ปัญหาในการดูแลบุตร นั้นง่ายที่จะแก้ ถ้าคุณรู้ว่าการกระทำ ของคุณนั้นมีผลกระทบต่อบุตรอย่างไร	4.50	1.528	-4.355**	.714	✓	✓
2	ฉันสามารถเป็นต้นแบบที่ดีสำหรับบิดา มารดามือใหม่ เพื่อที่พวกเขาจะได้ เรียนรู้สิ่งที่พวกเขาจำเป็นในการเป็น บิดามารดาที่ดี	4.43	1.317	-4.222	.630	✓	✓
3	.....	4.00	1.333	-4.385	.628	✓	✓
4	.....	3.61	1.227	-2.641	.625	✓	✓
5	.....	4.04	1.774	-3.269	.333	✓	✓
6	.....	4.96	1.232	-3.213**	.692	✓	✓
7	.....	5.07	1.152	-4.215**	.714	✓	✓
8	.....	5.32	1.307	-3.368***	.726	✓	✓

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.



ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. มาตรวัดปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา (ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด)
3. มาตรวัดการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก
4. มาตรวัดการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิดามารดา

CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดาหรือมารดา

1. ท่านเป็น บิดา มารดา
 2. ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านอยู่ระหว่างการพบจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา ด้วยปัญหาทางสุขภาพจิตหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
 3. ท่านมีอายุ ปี
 4. ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า/ปวส.
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป
 อื่น ๆ โปรดระบุ
 5. สถานภาพสมรส โสด แต่งงาน หย่าร้าง
 6. อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับจ้าง/ค้าขาย
 พนักงานเอกชน/รัฐบาล ธุรกิจส่วนตัว
 อื่น ๆ โปรดระบุ
 7. ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูก
 ครอบครัวขยาย ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก และญาติคนอื่น เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ป้า น้า ลุง เป็นต้น
 8. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 15,000 บาท 15,000 ถึง 40,000 บาท
 40,001 ถึง 60,000 บาท 60,001 ถึง 80,000 บาท
 80,001 บาทขึ้นไป
 9. จำนวนบุตรทั้งหมด คน
 10. ระยะเวลาของท่านในการดูแลบุตรออทิสติก ประมาณ ชั่วโมงต่อวัน
 11. นอกเหนือจากท่าน มีใครเป็นผู้ดูแลหลัก โปรดระบุ
- ซึ่งเขาใช้ระยะเวลาในการดูแลบุตรออทิสติกของท่าน ประมาณ ชั่วโมงต่อวัน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุตรออทิสติก

1. บุตรออทิสติกของท่านมีอายุ ปี
2. บุตรออทิสติกของท่านเป็นเพศ ชาย หญิง
3. ระยะเวลาที่บุตรออทิสติกของท่านได้รับการรักษา ปี เดือน
4. รูปแบบการรักษาของบุตรออทิสติก รับประทานยา ไม่ได้รับประทานยา
 อื่น ๆ โปรดระบุ
5. ระดับความรุนแรงตามคำวินิจฉัยของแพทย์
 - High-Functioning Autism (ระดับรุนแรงต่ำ)
 - Low-Functioning Autism (ระดับรุนแรงมาก)
 - ไม่ทราบ
 - อื่น ๆ โปรดระบุ
6. ระดับความรุนแรงของอาการของบุตรออทิสติกของท่านตามการรับรู้ของท่าน
 - รุนแรงมาก รุนแรงปานกลาง รุนแรงน้อย

มาตรวัดปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา (ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด)

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความด้านล่าง แล้วทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบ ตัวเลข 0, 1, 2, หรือ 3 เพียงตัวเลขเดียว เพื่อวัดความรู้สึกของท่านในสัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อความเหล่านี้ไม่มีคำตอบใดที่ผิดหรือถูก ฉะนั้นท่านไม่จำเป็นต้องใช้เวลานานในการพิจารณาข้อความ

ความหมายของมาตรวัดระดับ

0 หมายถึง ไม่เคยเกิดขึ้นเลย

2 หมายถึง เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย

1 หมายถึง เกิดขึ้นในบางครั้ง

3 หมายถึง เกิดขึ้นบ่อยมากหรือเกือบตลอดเวลา

ข้อความ	มาตรวัดระดับ			
1. ฉันอารมณ์เสียกับเรื่องเล็กน้อยไร้สาระ	0	1	2	3
2. ฉันมีอาการปากแห้ง	0	1	2	3
3.	0	1	2	3
4.	0	1	2	3
5.	0	1	2	3
6.	0	1	2	3
7.	0	1	2	3
8.	0	1	2	3
9.	0	1	2	3
10.	0	1	2	3
11.	0	1	2	3
12.	0	1	2	3
13.	0	1	2	3
14.	0	1	2	3
15.	0	1	2	3
16.	0	1	2	3
17.	0	1	2	3
18.	0	1	2	3
19.	0	1	2	3
20.	0	1	2	3

ข้อความ	มาตรวัดระดับ
21.	0 1 2 3
22.	0 1 2 3
23.	0 1 2 3
24.	0 1 2 3
25.	0 1 2 3
26.	0 1 2 3
27.	0 1 2 3
28.	0 1 2 3
29.	0 1 2 3
30.	0 1 2 3
31.	0 1 2 3
32.	0 1 2 3
33.	0 1 2 3
34.	0 1 2 3
35.	0 1 2 3
36.	0 1 2 3
37.	0 1 2 3
38.	0 1 2 3
39.	0 1 2 3
40.	0 1 2 3
41.	0 1 2 3
42.	0 1 2 3

มาตรวัดการรับรู้ของบิดามารดาในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรออทิสติก

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความด้านล่าง แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ตามพฤติกรรมของบุตรออทิสติกของท่านในสัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อความ	พฤติกรรมนี้	พฤติกรรมนี้	พฤติกรรมนี้
	ไม่เป็นปัญหา สำหรับท่าน หรือ ไม่พบพฤติกรรมนี้	เป็นปัญหา สำหรับท่าน ปานกลาง	เป็นปัญหา สำหรับท่าน อย่างมาก
1. จิ้มตาตนเอง			
2. ทำร้ายตนเองโดยการตี หยิก เกา ข่วน หรืออื่นๆ			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			

มาตรวัดการรับรู้ความสามารถในการเป็นบิตามารดา

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความด้านล่าง แล้วทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบ ตัวเลข 1, 2, 3, 4, 5 หรือ 6 เพียงตัวเลขเดียว เพื่อวัดความรู้สึกของท่านในสัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อความเหล่านี้ไม่มีคำตอบใดที่ผิดหรือถูก ฉะนั้นท่านไม่จำเป็นต้องใช้เวลานานในการพิจารณาข้อความ

ความหมายของมาตรวัดระดับ

- | | |
|--|---|
| 1 หมายถึง ฉันไม่เห็นด้วยกับข้อความนี้อย่างยิ่ง | 4 หมายถึง ฉันเห็นด้วยเล็กน้อยกับข้อความนี้ |
| 2 หมายถึง ฉันค่อนข้างไม่เห็นด้วยกับข้อความนี้ | 5 หมายถึง ฉันค่อนข้างเห็นด้วยกับข้อความนี้ |
| 3 หมายถึง ฉันไม่เห็นด้วยเล็กน้อยกับข้อความนี้ | 6 หมายถึง ฉันเห็นด้วยกับข้อความนี้อย่างยิ่ง |

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย --- เห็นด้วย					
	1	2	3	4	5	6
1. ฉันได้เข้าใจว่า ปัญหาในการดูแลบุตรนั้นง่ายที่จะแก้ ถ้าคุณรู้ว่าการกระทำของคุณนั้นมีผลกระทบต่อบุตรอย่างไร	1	2	3	4	5	6
2. ฉันสามารถเป็นต้นแบบที่ดีสำหรับบิตามารดามือใหม่ เพื่อที่พวกเขาจะได้เรียนรู้สิ่งที่พวกเขาจำเป็นต้องใช้ในการเป็นบิตามารดาที่ดี	1	2	3	4	5	6
3.	1	2	3	4	5	6
4.	1	2	3	4	5	6
5.	1	2	3	4	5	6
6.	1	2	3	4	5	6
7.	1	2	3	4	5	6
8.	1	2	3	4	5	6

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเอื้อจิต พูนพิช เกิดวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2529 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี หลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาภาษาและวรรณคดีอังกฤษ (เกียรตินิยมอันดับสอง) จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในปีการศึกษา 2553 และได้รับประกาศนียบัตรบัณฑิตวิชาชีพครู จากสถาบันอาศรมศิลป์ ในปีการศึกษา 2555 และในปีการศึกษา 2557 ได้เข้ารับการศึกษาคือต่อในระดับปริญญาโท หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ที่สนใจเกี่ยวกับเนื้อหาในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ที่ uar.poy@gmail.com

