

ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติก
ที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล



นางสาวดวงใจ พันธภาค

ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



5 2 7 4 7 7 5 5 3 0

STRESS LEVEL AND RELATED FACTORS IN PARENT OF
AUTISTIC CHILD AT OUTPATIENT DEPARTMENT,
RAJANUKUL INSTITUTE

Miss Duangjai Phanthaphak

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ระดับความเครียด และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดา
เด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก
สถาบันราชานุกูล

โดย

นางสาวดวงใจ พันธภาค

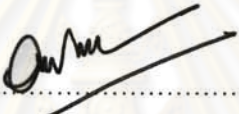
สาขาวิชา

สุขภาพจิต


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

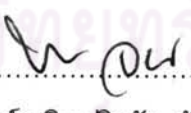
อาจารย์ แพทย์หญิง ปริชวัน จันทร์ศิริ


คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อติศร ภัทราดุลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รัตมน กัลยาศิริ)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ แพทย์หญิง ปริชวัน จันทร์ศิริ)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(นายแพทย์ วิทยา วันเพ็ญ)

ดวงใจ พันธภาค : ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติก
 ที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล. (STRESS LEVEL AND
 RELATED FACTORS IN PARENT OF AUTISTIC CHILD AT OUTPATIENT
 DEPARTMENT, RAJANUKUL INSTITUTE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : อ.พญ.
 ปรัชวัน จันทร์ศิริ, 139 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความ
 เครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบัน
 ราชานุกูล เก็บข้อมูลจากบิดามารดาเด็กออทิสติกจำนวน 106 คน เครื่องมือที่ใช้มี 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถาม
 ข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก 3) แบบสอบถามการสนับสนุน
 ทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ และ 4) แบบสอบถามวัดระดับความเครียดของ
 บิดามารดาเด็กออทิสติก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, Chi-Square Test และ One – Way ANOVA

ผลการศึกษาพบว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.1) มีความเครียดอยู่ในระดับปาน
 กลาง พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด โดย ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดาเด็กออทิสติก พบว่า
 อายุของบิดามารดาเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$
 และรายได้ของบิดามารดาเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
 $p < 0.01$ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลของบุตรออทิสติก พบว่าอายุของบุตรออทิสติกมีความสัมพันธ์กับระดับความ
 เครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และปัจจัยเกี่ยวกับโรค พบว่า
 ความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ สำหรับปัจจัยทางจิตสังคม ซึ่งได้แก่ ทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก
 มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ การสนับสนุนทางสังคมจาก
 บุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และการ
 สนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ก็พบว่ามีสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ผลการศึกษา ระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกครั้งนี้ บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่
 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็ก
 ออทิสติกนี้ จะเป็นประโยชน์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถสรรสร้างโปรแกรมการช่วยเหลือบรรเทาความ
 เครียดแก่บิดามารดาเด็กออทิสติกให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ลายมือชื่อนิติคุณ ดวงใจ พันธภาค.....
 สาขาวิชา สุขภาพจิตลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
 ปีการศึกษา 2553

5274775530 :MAJOR MENTAL HEALTH

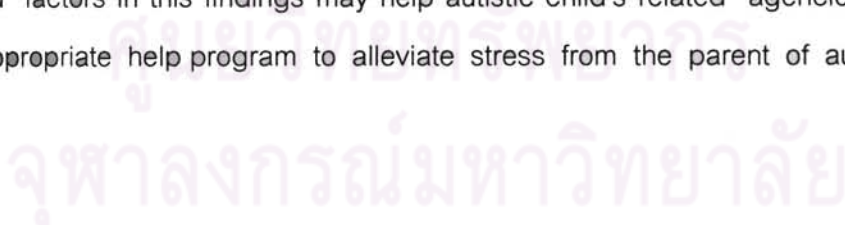
KEYWORDS: STRESS / PARENT OF AUTISTIC CHILD

DUANGJAI PHANTHAPHAK : STRESS LEVEL AND RELATED FACTORS IN PARENT OF AUTISTIC CHILD AT OUTPATIENT DEPARTMENT, RAJANUKUL INSTITUTE. THESIS ADVISOR : PARICHAWAN CHANDARASIRI, M.D., 139 pp.

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to study stress level and related factors in parent of autistic child. Data were collected from 106 parents of autistic child who come with autistic child at outpatient department, Rajanukul Institute. The instruments consisted of four following parts; 1) General Background Questionnaire 2) Parent's Attitude for Child Care Questionnaire 3) The Social Support from Family and Medical Personnel Questionnaire 4) The Stress in Parent of Autistic Child Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-Square Test and One-Way ANOVA.

The results revealed that most of the parent of autistic child (65.1%) had moderate level of stress. Factors were significantly related to stress in parent of autistic child were the parent's age ($p < 0.05$), the parent's salary ($p < 0.01$), the autistic child's age ($p < 0.001$), the severity of autistic child's symptom from parent's perception ($p < 0.05$), the parent's attitude for child care ($p < 0.001$), the social support from family ($p < 0.05$) and the social support from medical personnel ($p < 0.001$).

Most of the parent of autistic child had moderate level of stress. Knowing the related factors in this findings may help autistic child's related agencies can make the appropriate help program to alleviate stress from the parent of autistic child.



Department :	Psychiatry	Student's Signature	Duangjai Phanthaphak
Field of Study :	Mental Health	Advisor's Signature	<i>Parichawan Chandarasiri</i>
Academic Year :	2010		

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาและความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์แพทย์หญิงปรีชวัน จันทร์ศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้มอบองค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการทำวิจัย ให้แนวทางในการแก้ไขปัญหา คอยชี้แนะแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง รัตมน กัลยาศิริ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ นายแพทย์ วิทยา วันเพ็ญ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ สำหรับการให้เกียรติมาเป็นคณะกรรมการในการสอบวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ทั้งยังช่วยชี้แนะให้แก้ไข ในข้อบกพร่องบางประการ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คุณ จิรวัดมน รัตนราพงศ์ คุณ ศศิธร แก้วนพรัตน์ ผู้สร้างและพัฒนาแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของท่านทั้ง 2 มาใช้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล ที่ให้ความอนุเคราะห์อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าไปติดต่อประสานงานและเก็บข้อมูลในสถาบัน ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายวิจัยของสถาบันที่ให้ความกรุณาแก่ผู้วิจัยอย่างมาก ในการดำเนินเรื่องให้ผู้วิจัยผ่านจริยธรรมของสถาบัน และเข้าเก็บข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว ขอขอบพระคุณหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก รวมถึงพี่พยาบาลทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้วิจัยในการไปเก็บข้อมูลเป็นอย่างมาก ขอขอบพระคุณพี่ๆ กลุ่มงานกิจกรรมบำบัด ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือผู้ทำวิจัยเป็นอย่างดี และงานวิจัยนี้จะสำเร็จลงไม่ได้ หากไม่มีบิดามารดาเด็กออกทิสติกที่ยินดีสละเวลาให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม พวกท่านคือต้นแบบของบิดามารดาที่บรรดานุตรควรจะภาคภูมิใจ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่งานธุรการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่คอยให้คำแนะนำ ช่วยเหลือในทุกกระบวนการติดต่อประสานงานต่างๆ จนวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จ และที่ขาดไม่ได้ ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโทรุ่น 22 ทุกคนที่เป็นเสมือนเพื่อนร่วมทาง คอยให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่กันตลอดมา

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ ที่เลี้ยงดู ให้ความรัก ความสุข กำลังใจ แก่ลูกคนนี้ไม่เคยขาด ขอขอบคุณคุณป้า พี่ๆ น้องๆ ตลอดจนทุกคนในครอบครัวที่เป็นแรงบันดาลใจสำคัญให้ผู้วิจัยตลอดมา, ขอขอบคุณคนที่เข้ามาในชีวิตและทำให้ชีวิตนี้สมบูรณ์ที่สุด ขอขอบคุณมากเหลือเกิน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ

บทที่

1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	คำถามของการวิจัย.....	4
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
	ขอบเขตของการวิจัย.....	4
	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
	ข้อจำกัดของการวิจัย.....	7
	คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
	โรคคอทิสติก.....	9
	ประวัติของโรคคอทิสติก.....	9
	คำจำกัดความ.....	11
	อุบัติการณ์.....	13
	อัตราส่วนระหว่างเพศ.....	13
	สาเหตุการเกิดโรค.....	14

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
ลักษณะอาการเด็กออทิสติก.....	14
การวินิจฉัยโรค.....	19
ระดับอาการความรุนแรง.....	21
การพยากรณ์โรค.....	22
การรักษาเด็กออทิสติก.....	22
ครอบครัวเด็กออทิสติก.....	23
ปัญหาและผลกระทบของครอบครัวเด็กออทิสติก.....	23
ความเครียด.....	27
ความหมายของความเครียด.....	27
ชนิดของความเครียด.....	29
สาเหตุของความเครียด.....	30
ระดับของความเครียด.....	32
ผลของความเครียด.....	34
การประเมินสถานการณ์ความเครียดของบิดามารดา.....	36
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
รูปแบบการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดาและเด็กออทิสติก.....	62
ส่วนที่ 2 ปัจจัยเกี่ยวกับโรค.....	66
ส่วนที่ 3 ทักษะชีวิตของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก.....	67

บทที่	หน้า
4 (ต่อ)	
ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์.....	67
ส่วนที่ 5 ระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	69
ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	70
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	84
สรุปผลการวิจัย.....	85
อภิปรายผลการวิจัย.....	88
ข้อเสนอแนะ.....	101
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	102
รายการอ้างอิง.....	103
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก ใบจริยธรรม.....	114
ภาคผนวก ข จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือ / ขอเก็บข้อมูล.....	117
ภาคผนวก ค เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย.....	122
ภาคผนวก ง เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย.....	127
ภาคผนวก จ แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	130
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	139

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	62
2 แสดงจำนวนและร้อยละของบุตรออทิสติก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	65
3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยเกี่ยวกับโรค.....	66
4 แสดงข้อมูลทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก.....	67
5 แสดงข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของบิดามารดาเด็กออทิสติก	67
6 แสดงข้อมูล การสนับสนุนทางสังคม จากบุคลากรทางการแพทย์ ของบิดามารดาเด็ก ออทิสติก.....	68
7 แสดงข้อมูลความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	69
8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดาเด็กออทิสติก กับ ระดับ ความเครียด โดยใช้สถิติ Chi-Square Test.....	70
9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของบุตรออทิสติกกับระดับความเครียดของ บิดามารดาเด็กออทิสติก โดยใช้สถิติ Chi-Square Test.....	72
10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเกี่ยวกับโรค กับ ระดับความเครียดของบิดามารดา เด็กออทิสติก โดยใช้สถิติ Chi-Square Test.....	73
11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางจิตสังคม กับ ระดับความเครียดของบิดามารดา เด็กออทิสติก โดยใช้สถิติ Chi-Square Test.....	74
12 แสดงค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดกับปัจจัยด้านอายุของบิดามารดา เด็กออทิสติก โดยวิธีของ Scheffe.....	75
13 แสดงค่าความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยความเครียด กับ ปัจจัยด้านรายได้ของบิดา มารดาเด็กออทิสติก โดยวิธีของ Scheffe.....	76
14 แสดงค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดกับปัจจัยด้านอายุของบุตรออทิสติก โดยวิธีของ Scheffe.....	77
15 แสดงค่าความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยความเครียด กับ ปัจจัยด้านความรุนแรงของ อาการบุตรออทิสติก (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) โดยวิธีของ Scheffe.....	78
16 แสดงค่าความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยความเครียด กับ ปัจจัยด้านทัศนคติของบิดา มารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก โดยวิธีของ Scheffe.....	79

ตารางที่	หน้า
17 แสดงค่าความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยความเครียด กับ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของบิดามารดาเด็กออทิสติก โดยวิธีของ Scheffe.....	80
18 แสดงค่าความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยความเครียด กับ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ของบิดามารดาเด็กออทิสติก โดยวิธีของ Scheffe.....	81
19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาที่นำบุตรเข้ารับการรักษา กับ ความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) โดยใช้สถิติ Chi-Square Test.....	82
20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติกกับความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) โดยใช้สถิติ Chi-Square Test.....	82


 ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

“ออทิสติก” (Autistic) เป็นความผิดปกติซึ่งส่งผลให้เกิดความบกพร่องในด้านพัฒนาการทางด้านสังคมและด้านภาษาอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในเรื่องการสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งจะปรากฏให้เห็นได้ก่อนในช่วงอายุ 3 ปีแรก ลักษณะออทิสติกนั้นรวมถึงความผิดปกติทางพฤติกรรม เช่น มีรูปแบบกิจกรรมและการเคลื่อนไหวที่ซ้ำๆ มีอาการต่อต้านต่อสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ได้ ซึ่งเด็กที่มีลักษณะ “ออทิสติก” จะมีการแสดงออกถึงความหมกมุ่นแต่กับตนเองและเป็นผู้มีปัญหารุนแรงในการเข้าสังคม

ในปัจจุบันนี้ “ออทิสติก” ยังเป็นความผิดปกติที่ยังไม่สามารถหาสาเหตุที่แน่ชัดได้ จากการยืนยันของ The National Autistic Society และการสำรวจในต่างประเทศพบว่า มีการเกิดออทิสติกอยู่ในสังคมประมาณ 4 - 5 คนต่อ 10,000 คน โดยศึกษาในเด็กวัย 8 - 10 ปี ต่อมาพบว่าจำนวนเด็กที่เป็นออทิสติกสูงขึ้นจากการประมาณถึง 17 คนต่อ 10,000 คน อีกทั้งยังมีนักวิจัยได้คาดการณ์จากสัญญาณที่เกิดขึ้นว่า อัตราการเกิดของเด็กออทิสติกนั้นอาจสูงเท่ากับ 23 คนต่อ 10,000 คน และส่วนมากจะพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง [1] สำหรับในประเทศไทย แม้จะยังไม่มีการศึกษาทางระบาดวิทยา แต่จากสถิติของเด็กออทิสติกที่เข้ารับบริการของศูนย์สุขวิทยาจิต ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการแก่เด็กออทิสติกและครอบครัวโดยตรง แสดงให้เห็นว่า ในแต่ละปีพบว่าจำนวนเด็กออทิสติกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เด็กกลุ่มนี้ถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมก่อนอายุ 5 ปี ก็จะกลายเป็นบุคคลปัญญาอ่อนไปในที่สุด [2] ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการแสดงออกของศักยภาพแห่งตนได้ไม่เต็มที่ เป็นภาระของรัฐที่ต้องดูแลตลอดไป แต่อย่างไรก็ตามถ้าเด็กกลุ่มนี้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกเริ่มต่อเนื่องจนสามารถพูดได้ก่อนอายุ 5 ปี นั่นก็คือเด็กออทิสติกก็จะเรียนรู้ได้ดีขึ้น เข้าใจโลกรอบตัวและได้ตอบกับโลกภายนอกดีขึ้น เกิดการเรียนรู้ที่จะอยู่กับผู้คนและดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติ [3]

มีการศึกษาที่พบว่าเด็กออทิสติกจำนวนถึงร้อยละ 60 ต้องพึ่งพาผู้ปกครองของตนไปตลอดชีวิต ในขณะที่มีเด็กออทิสติกเพียงจำนวนเล็กน้อยเท่านั้น ที่สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาใคร [4] และยังมีรายงานว่าเด็กออทิสติกบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะปัญญาอ่อน โรคลมชัก และพัฒนาการล่าช้า เป็นต้น ด้วยอาการความผิดปกติที่ซับซ้อนของโรคออทิสติก

ทำให้เด็กเหล่านี้มีความต้องการการดูแล และการช่วยเหลือในชีวิตประจำวันจากบิดามารดา และคนใกล้ชิดมากเป็นพิเศษกว่าเด็กปกติ [5]

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การดูแลเด็กออทิสติกในส่วนของสถาบันครอบครัวนั้น จึงถือว่าเป็นส่วนที่มีความสำคัญที่สุดในการพัฒนาเด็ก ซึ่งจากเดิมบิดามารดาจะมีบทบาทเป็นเพียงผู้มารับบริการ แต่ปัจจุบันจำเป็นต้องเปลี่ยนบิดามารดาให้กลายเป็นผู้ร่วมฝึกสอนและรักษาเด็ก[6] ทั้งนี้ หน้าที่หลักของครอบครัวที่มีบุตรเป็นออทิสติก คือ บิดามารดาจะต้องได้รับการฝึกอบรมถึงวิธีการกระตุ้นพัฒนาการและปรับพฤติกรรมของลูก สอนให้เด็กสื่อสาร และต้องฝึกให้เด็กช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันตามระดับที่เหมาะสมกับอายุและพัฒนาการ รวมทั้งการฝึกกล้ามเนื้อ และประสาทสัมผัสต่างๆ [3]

เนื่องจากการบำบัดรักษาโรคออทิสติกนั้นใช้เวลายาวนาน ซึ่งก็เท่ากับบิดามารดาต้องดูแลเด็กออทิสติกในระยะเวลาที่ยาวนานเช่นกัน การดูแลที่ยาวนานนี้จึงส่งผลกระทบต่อบิดามารดาในหลายๆ ด้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะด้านจิตใจ พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวเด็กออทิสติก เช่น อาการพฤติกรรมที่รุนแรง ย้ำคิดย้ำทำ หรือ ลักษณะไม่อยู่นิ่ง ก้าวร้าว ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบิดามารดา ซึ่งบิดามารดาต้องคอยควบคุมอาการต่างๆ และจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น [7] และจากการศึกษาของ รุ่งฤดี วงศ์ชุม [8] ที่ศึกษาภาวะเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกที่ต้องรับภาระในการดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาและการรักษาที่ยาวนาน จะมีความเครียดอยู่ในระดับเครียดมาก บิดามารดาต้องพยายามทำจิตใจให้เข้มแข็งเพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของบุตร นอกจากนี้ ยังพบว่าบิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก จะมีภาวะเครียดมากกว่าบิดามารดาที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้าอื่นๆ [9] และบิดามารดาเด็กออทิสติกยังจะเสี่ยงต่อภาวะเครียดและซึมเศร้าได้สูง ซึ่งต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะจะมีความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในอัตราที่สูงด้วย [10] สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา ธัญมัญญา [11] ในเรื่องเด็กออทิสติกกับผลกระทบต่อพ่อแม่ ที่พบว่า มารดามีอารมณ์เศร้าสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

และเนื่องจากปัจจุบัน มีสถานพยาบาลหลายแห่งทั้งของรัฐบาลและเอกชน ได้เปิดให้บริการรักษาในด้านต่างๆ แก่เด็กออทิสติก ซึ่งถือว่าช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดาไปได้มาก อาทิเช่น สถาบันราชานุกูล ซึ่งเป็นสถาบันที่ให้การรักษาฟื้นฟูที่ครอบคลุมในทุกด้าน และยังให้บริการครอบคลุมถึงครอบครัวของเด็ก โดยเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา และส่งเสริมฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของเด็ก ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาให้ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไปในสังคม [12] ซึ่งจากสถิติการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยนอกจากกลุ่มโรค Pervasive Developmental Disorder พบว่ามี

แนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก โดยในปี 2550 มีผู้มารับบริการจำนวน 4,752 ราย และเพิ่มเป็น 6,271 ราย ในปี 2551 [13] จากสถิติที่เพิ่มขึ้นมาก ทำให้เห็นได้ว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกให้ความสำคัญในการบำบัดรักษาและต้องการที่จะช่วยเหลือบุตรของตนมากขึ้น อาจจะเนื่องมาจากส่วนหนึ่ง บิดามารดา รู้สึกว่าได้รับความสะดวกสบายในการดูแลรักษาบุตรมากขึ้น จึงเป็นประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจ จะสังเกตว่า ระดับความเครียดของบิดามารดาที่ต้องดูแลเด็กออทิสติกน่าจะมีที่ท่าที่ลดลง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น และรวบรวมข้อมูลจากปากคำของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ทำให้เห็นว่า ในการรักษาบุตรออทิสติกที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน การให้บริการในสถานพยาบาลที่มุ่งบำบัดรักษาเด็กออทิสติกให้มีพัฒนาการดีขึ้นในทุกด้าน มักจะมองข้าม หรือละเลย หรือลืมให้ความสำคัญในการบำบัดรักษาที่ตัวครอบครัวหรือบิดามารดาของเด็กอยู่เสมอๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีที่เด็กออทิสติกมาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งไม่ต้องอยู่ประจำสถานพยาบาล บิดามารดาจึงมีส่วนสำคัญในการเป็นผู้ร่วมดูแลรักษาเด็กออทิสติกเป็นอย่างมาก หากบิดามารดา ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องอาศัยความพยายามและความอดทนในการดูแล ฝึกพัฒนาการต่างๆ แก่เด็กอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งต้องใช้เหตุผลและการตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเด็กออทิสติกอยู่ตลอดเวลา [1] ไม่ได้ได้รับการประคับประคองให้การช่วยเหลือและสนับสนุนในทุกด้าน เช่น กำลังใจ ความเข้าใจ คำปรึกษา คำแนะนำ ความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระในการดูแลเด็ก ฯลฯ [14] ก็จะมีผลพลั่ง เกิดความอ่อนล้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติในครอบครัวเพิ่มขึ้นอีก เมื่อถึงเวลานั้น ก็ไม่อาจจะหนีพ้นจากความเครียดไปได้ จนในที่สุด ก็จะมีผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลเด็กออทิสติกที่ไม่มีคุณภาพ หรือไม่ เด็กออทิสติกก็จะได้รับการดูแลอย่างไม่ถูกต้องเหมาะสม [1] ตามมา

ด้วยเหตุนี้จึงเห็นถึงความสำคัญของการที่บิดามารดามักจะถูกละเลยการดูแลเอาใจใส่ ผู้วิจัยจึงต้องการจะศึกษา ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ให้เด่นชัดมากขึ้น เพื่อให้ได้ทราบถึงตัวสาเหตุที่ชัดเจนของความเครียดในบิดามารดาเด็กออทิสติก อันจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถสรรค์สร้างโปรแกรมการช่วยเหลือ บรรเทาความเครียด แก่บิดามารดาเด็กออทิสติกให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

อนึ่ง งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกได้มีผู้จัดทำขึ้นมามากแล้ว แต่มักจะเลือกศึกษาหรือนำเสนอเพียงปัจจัยด้านใดด้านหนึ่งหรือมิติใดมิติหนึ่งเท่านั้น เช่น งานวิจัยของ รุ่งฤดี วงศ์ชุม [8] ที่ศึกษาภาวะเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ซึ่งใช้ปัจจัยส่วนบุคคลเพียงด้านเดียว มาเป็นตัวทำนายภาวะเครียด, งานวิจัยของ มนต์วี จำปาเทศ [5] ที่ศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งใน

การประเมินสถานการณ์ความเครียดนั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการประเมินเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคำถาม สัมภาษณ์แบบเจาะลึกแทนการประเมินเชิงปริมาณ, งานวิจัยของ นาฏยพรรณ ภิญญา [15] ที่ศึกษาความรู้สึกต่อภาระการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ซึ่งในการทำนายระดับความเครียด ยังคงเน้นเพียงปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคมมีน้อยไป, งานวิจัยของ ศศิธร แก้วนพรัตน์ [7] ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ก็ยังคงเน้นศึกษาเฉพาะปัจจัยทางจิตสังคมเพียงด้านเดียว นอกจากนี้ ก็มักจะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในมิติอื่นๆ เช่น ในเรื่องของพฤติกรรม การเผชิญความเครียด เป็นต้น ดังนั้น เพื่อให้ได้ทราบถึงตัวสาเหตุของความเครียดที่ชัดเจนหรืออย่างน้อยเพื่อที่จะทราบว่า ปัจจัยใดบ้างมีอิทธิพลก่อให้เกิดความเครียดในบิดามารดาเด็กออทิสติกอย่างเด่นชัด ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาปัจจัยอันอาจจะมีผลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกขึ้นใหม่ โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยแต่ละตัวอันอาจจะมีผลต่อความเครียดนั้นให้ถี่ถ้วนมากขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่ทบทวนปัจจัยส่วนบุคคลทั้งตัวบิดามารดา และตัวเด็กออทิสติก เพิ่มปัจจัยเกี่ยวกับตัวโรค และทบทวนปัจจัยทางจิตสังคมอันอาจจะมีผลต่อความเครียดให้ละเอียดขึ้น ดังจะเห็นได้จากกรอบแนวคิดในหัวข้อต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. บิดามารดาเด็กออทิสติกมีระดับความเครียดเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples)

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ คือ บิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ในช่วงตั้งแต่วันที่ 11 พฤศจิกายน 2553 – 11 มกราคม 2554

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ บิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล ตั้งแต่วันที่ 11 พฤศจิกายน 2553 – 11 มกราคม พ.ศ. 2554 โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 106 ราย และผ่านเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาทั้งหมด กล่าวคือ เป็นบิดาหรือ

มารดาคนใดคนหนึ่งเพียงคนเดียวที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติก หรือเป็นฝ่ายที่ใช้เวลาในการดูแลบุตรออทิสติกมากกว่า, เด็กที่อยู่ในความปกครองได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นออทิสติกตามหลักเกณฑ์ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual Disorders, Fourth Edition), ผู้ดูแลหลักนั้นพาเด็กมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล, ผู้ดูแลหลักนั้นสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม, มีสติสัมปชัญญะ เข้าใจภาษาไทย (ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้) สามารถตอบคำถามได้

ตัวแปรที่ศึกษา (Variables)

1. ตัวแปรอิสระ (Independence Variables) ได้แก่

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดาเด็กออทิสติก

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษาของบิดามารดา
- อาชีพของบิดามารดา
- รายได้ครอบครัว
- ประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว
- จำนวนบุตร

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของบุตรออทิสติก

- เพศ
- อายุ

1.3 ปัจจัยเกี่ยวกับโรค

- ระยะเวลาการรักษา
- ความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา)

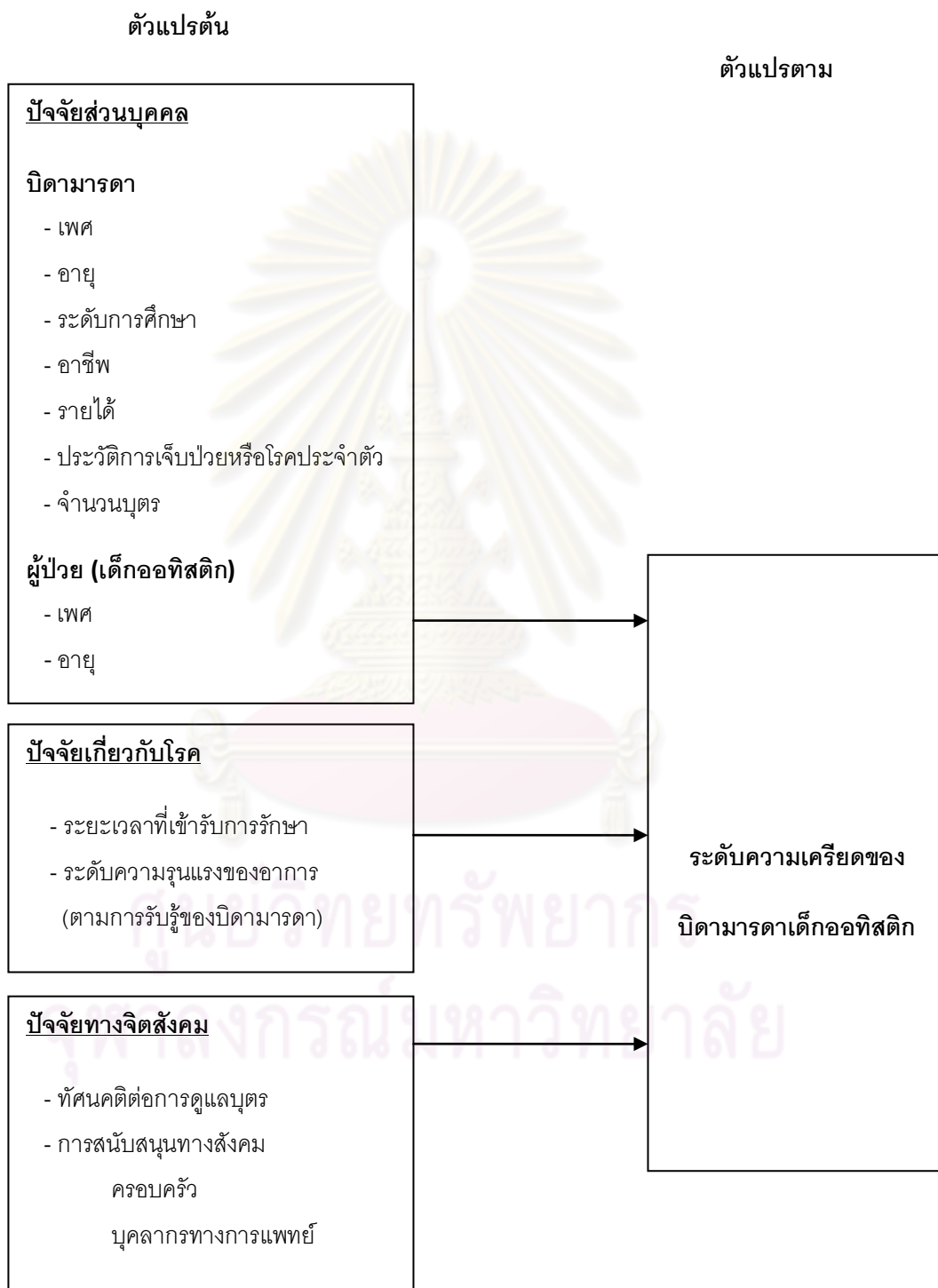
1.4 ปัจจัยทางจิตสังคม

- ทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก
- การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว
- การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์

2. ตัวแปรตาม (Dependence Variable) ได้แก่

ระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษเฉพาะบิดามารดาเด็กออทิสติกที่พาบุตรมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่สามารถขยายผลการศึกษาไปสู่บิดามารดาเด็กออทิสติกที่ไม่ได้นำเด็กมารับการรักษา หรือบิดามารดาของเด็กออทิสติกที่เรียนอยู่ในโรงเรียนที่มีการศึกษาแบบพิเศษ ตลอดจนบิดามารดาเด็กออทิสติกที่ไม่เข้าข่ายเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ (Definition of terms)

บิดามารดาเด็กออทิสติก หมายถึง บิดาหรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคออทิสติก ซึ่งเข้ามาใช้บริการในสถาบันราชานุกูลแบบผู้ป่วยนอก

นิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definition)

ความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) หมายถึง ผลการรับรู้ของบิดามารดา เกี่ยวกับอาการของเด็กออทิสติก ถึงระดับความรุนแรงที่เกิดจากความผิดปกติของโรคออทิสติก และอาการแทรกซ้อนต่างๆ โดยการรับรู้นี้เกิดจากประสบการณ์ในการดูแลบุตร และการได้รับข้อมูลจากบุคคลอื่นๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เพื่อน ในด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การควบคุมอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการสื่อสาร

ทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก หมายถึง ความรู้สึกเชิงประเมินค่าของบิดามารดาเกี่ยวกับการดูแล ความรู้สึก และความพร้อมที่จะทำการดูแลบุตรออทิสติก ซึ่งวัดได้จากแบบวัดทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติกของ จิรวัดณ์ ธนธราพงศ์ [16]

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง การที่บิดามารดาได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ในด้านอารมณ์ สังคม ข้อมูลข่าวสาร สิ่งของและบริการ ทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกมั่นคง ได้รับการยอมรับและเอาใจใส่ สามารถเผชิญกับปัญหาได้ ซึ่งวัดได้จากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กออทิสติกของ ศศิธร แก้วนพรัตน์ [7]

ความเครียด หมายถึง ภาวะที่บิดามารดารับรู้หรือประเมินว่าอาการออทิสติกในบุตรของตน เป็นสิ่งที่คุกคามร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ วิตกกังวล สับสน เกิดความไม่สมดุล จนทำให้เกิดการตั้งกลไกการป้องกันตนเองออกมาใช้ เพื่อทำให้ความรู้สึกถูกกดดันหรือความเครียดนั้นคลายลงและกลับเข้าสู่สมดุลอีกครั้ง ซึ่งวัดได้จากแบบวัดความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกของ ศศิธร แก้วนพรัตน์ [7]

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถสรรค์สร้างโปรแกรมการช่วยเหลือบรรเทาความเครียดแก่บิดามารดาของเด็กออทิสติกให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป
2. เพื่อเป็นแนวทางและข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ นำเสนอตามลำดับดังนี้

1. โรคออทิสติก (Autistic Disorder)
2. ความเครียด
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

1. โรคออทิสติก (Autistic Disorder)

ประวัติของโรคออทิสติก

มีการค้นพบอาการของโรคนี้มานานแล้ว ทั้งนี้ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1799 J.M.G Itard นักวิทยาศาสตร์ชาวฝรั่งเศส ได้เขียนรายงานในหนังสือ "The Wild Boy of Avuyron" ถึงเรื่องราวของเด็กชายอายุ 12 ปี ชื่อวิกเตอร์ ผู้ซึ่งอาศัยอยู่ตามชายป่า และมีความผิดปกติทางพฤติกรรมมากมาย โดยเฉพาะเรื่องภาษาและการเรียนรู้ นอกจากนี้ ในปี ค.ศ. 1919 ไลเนอร์ วิทเนอร์ นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ก็ยังได้เขียนหนังสือเกี่ยวกับเรื่องราวของเด็กชายอายุ 2 ขวบ 7 เดือน ชื่อดอน ซึ่งมีความบกพร่องในการรับรู้ การใช้ภาษา การแยกตัว และมีพฤติกรรมแปลกๆ ขึ้นอีก ซึ่งเรื่องราวจากหนังสือนี้ได้กระตุ้นให้มีผู้สนใจในเด็กกลุ่มนี้มากขึ้น

ต่อมาในปี ค.ศ. 1934 Eugen Bleuler ก็ได้เขียนบทความกล่าวถึงเด็กที่มีลักษณะอาการขาดการติดต่อกับผู้อื่น หันเข้าหาแต่ตนเองและไม่แยแสต่อโลกภายนอก และได้ตั้งชื่อลักษณะอาการของเด็กแบบนี้ว่า “Autism” ซึ่งมาจากรากศัพท์ภาษากรีกว่า Auto แปลว่า ตนเอง (Self) [2]

ในปี ค.ศ. 1940 – 1944 ศาสตราจารย์ Hans Asperger จิตแพทย์ชาวเยอรมัน ได้กล่าวถึงกลุ่มของเด็กออทิสติกที่มีสติปัญญาดี พูดได้ แต่ก็มีสิ่งผิดปกติในน้ำเสียง (Tone) และมีอาการแสดงออกที่ผิดปกติ (Abnormal Expression) มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ไม่สบตาคน มองดูอะไรไปเรื่อยๆ บางครั้งดูเหมือนมองทะลุตัวบุคคลไป เขาเรียกเด็กพวกนี้ว่า “Asperger’s Syndrome” ซึ่งปัจจุบันก็ได้รวมเด็ก “Asperger’s Syndrome” เข้าไว้ในกลุ่มเด็กออทิสติกเช่นเดียวกัน

ขณะเดียวกันในปี ค.ศ. 1943 หรือเมื่อ 50 ปีที่แล้ว Dr. Leo Kanner จิตแพทย์ชาวอเมริกัน แห่งมหาวิทยาลัย Johns Hopkin เป็นคนแรกที่ได้รวบรวมลักษณะอาการเฉพาะของโรคและจัดกลุ่มโรคนี้ โดยใช้ชื่อว่า ออทิสซึม (Autism) โดยจัดให้เป็นโรคของเด็กพิเศษกลุ่มหนึ่งและแยกโรคนี้ ออกจากกลุ่มโรคของเด็กที่มีความพิการอย่างรุนแรง (Severe Mentally Handicapped Children) โดย Kanner ได้ติดตามความผิดปกติของเด็กจำนวน 11 คน ที่เขาพบว่า มีอาการแปลกๆ เช่น การเลียนเสียง พูดซ้ำ ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ แสดงกิริยาซ้ำๆ ไม่สนใจผู้อื่น เล่นคนเดียวและไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง อยู่เป็นเวลา 5 ปี เขาพบว่าเด็กเหล่านี้มีลักษณะแตกต่างจากเด็กปัญญาอ่อน โดยมีอาการแยกตัว ไม่สนใจผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นคนหรือสิ่งแวดล้อมจนเหมือนมีโลกของตนเอง Kanner จึงเรียกอาการของเด็กเหล่านี้ว่า ออทิสซึม (Autism) ซึ่งหมายถึงแยกตัว โดยเน้นความผิดปกติที่เป็นความบกพร่องด้านสังคม (Social Defects of The Disorder) ซึ่งรายละเอียดของอาการที่พบในเด็กแต่ละคนไม่จำเป็นต้องมีครบทุกอาการ โดยจะแตกต่างจากอาการแยกตัวในโรคจิตเภท (Schizophrenia) [5] ระยะเวลา Kanner เชื่อว่า เด็กต้องมีความผิดปกติมาตั้งแต่แรกเกิด ท่านจึงใช้คำว่า Infantile Autism แต่ในระยะหลังเมื่อมีความรู้ความเข้าใจอาการนี้ดีขึ้น พบว่า อาการที่แสดงออกถึงความผิดปกติต่างๆ ในเด็กบางคนอาจพบเมื่อเด็กโตขึ้นได้ จึงใช้คำว่า Childhood Autism

ประมาณ 20 ปีต่อมา ในปี ค.ศ. 1962 ได้มีการจัดตั้งสมาคมของพ่อแม่ นักวิชาการ หรือผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับเด็กออทิสติกในประเทศอังกฤษ และประเทศต่างๆ ในทวีปอเมริกา และยุโรป [6] โดยคนกลุ่มนี้ทำงานอย่างกว้างขวางในการรวบรวมปัญหา รวบรวมข้อมูลทางการแพทย์ และการศึกษาค้นคว้าต่างๆ ให้บริการแก่ครอบครัวที่เพิ่งค้นพบว่าลูกมีอาการออทิสติก มีการหาทุนสำหรับการค้นคว้า และเพื่อสรรหาเทคนิควิธีการที่ก้าวหน้าในการให้ความช่วยเหลือและให้การศึกษแก่เด็กเหล่านี้ นอกจากนี้ก็ยังพยายามให้ความรู้กระจายออกสู่บุคคลทั่วไปด้วย

คำจำกัดความ

จอม ชุ่มช่วย [10] กล่าวว่า ออทิสติกเป็นโรคความผิดปกติทางระบบประสาทชนิดหนึ่ง แสดงออกทางพัฒนาการทางสังคม การสื่อสารและพฤติกรรมเบี่ยงเบนหรือผิดปกติซึ่งความผิดปกติดังกล่าวนี้ ต้องแสดงออกให้เห็นชัดเจนก่อนอายุ 3 ปี

จิตติรัตน์ พุกจินดา [17] กล่าวว่า ออทิสซึม (Autism) คือ อาการของโรคทางจิตเวชเด็ก ซึ่งมีความผิดปกติทางพฤติกรรมแบบจำเพาะ สำหรับเด็กออทิสติก (Autistic Children) คือ เด็กที่มีอาการออทิสซึม เด็กพวกนี้จะมีพฤติกรรมผิดปกติแบบจำเพาะ คือ มีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ สูญเสียด้านการสื่อความหมาย ทั้งด้านภาษาพูดและภาษาท่าทาง ขาดจินตนาการ มีการกระทำและสนใจซ้ำซาก แต่เด็กเหล่านี้ยังคงมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเป็นปกติ

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา [18] กล่าวว่า โรคออทิสติก (Autistic Disorder) หรือ ออทิสซึม (Autism) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการเด็กรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว โดยเด็กไม่สามารถพัฒนาทักษะสังคม ทักษะทางภาษา และการสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย มีลักษณะพฤติกรรม กิจกรม และความสนใจ เป็นแบบแผนซ้ำๆ ไม่ยืดหยุ่น ปัญหาดังกล่าวเป็นตั้งแต่เด็ก แสดงให้เห็นก่อนอายุ 3 ขวบ

วินัดดา ปิยะศิลป์ [6] กล่าวว่า โรคออทิสซึม เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในสมองที่มี พัฒนาการล่าช้าของเด็ก ส่งผลให้มีความล่าช้าของประสาทการรับรู้ ทำให้พูดช้าและแยกตัว ออกจากสังคม ความล่าช้านี้จะขัดขวางหรือแปลผลข้อมูลที่รับรู้จากสายตา การได้ยินและ ประสาทสัมผัสอื่นๆ ผิดพลาดจากปกติ ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการทางการพูดและการสื่อสารของเด็ก เป็นอย่างมาก

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association (APA) [4] กล่าวว่า โรค ออทิสติก เป็นความผิดปกติของพัฒนาการระบบประสาท โดยความผิดปกติดังกล่าวมักเกิดขึ้นใน วัยเด็กประมาณ 3 ปีแรกของชีวิต เด็กที่เป็นโรคนี้มีความบกพร่องทางพัฒนาการอย่างรุนแรง โดยเฉพาะใน 3 ด้านใหญ่ๆ คือ การสื่อความหมาย การสื่อสาร ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมี พฤติกรรมซ้ำๆ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO) [19] กล่าวว่า โรคออทิสติก เป็นความผิดปกติด้านพัฒนาการ โดยมีความผิดปกติของหน้าที่ใน 3 ด้าน คือ การมีปฏิสัมพันธ์ ทางสังคม การสื่อสาร และพฤติกรรมซ้ำๆ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

อุมาพร ตรังคสมบัติ [3] กล่าวว่า โรคออทิสติก (Autistic Disorder) หรือ ออทิสซึม (Autism) เป็นความผิดปกติของสมองแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก

คำว่า Autism มีรากศัพท์มาจากคำว่า Autos ในภาษากรีก ซึ่งแปลว่า “ตนเอง” (Self) คำนี้ หมายถึง การอยู่ในโลกของตนเองหรือการหนีไปจากความเป็นจริง การเรียกชื่อโรคนี้ว่า Autism หรือ Autistic ก็เพราะผู้ป่วยจะมีอาการไม่สนใจผู้คนรอบตัวราวกับมีโลกของตนเอง โดย สมองที่ทำงานผิดปกติจะแสดงอาการออกมาใน 3 ด้านใหญ่ๆ คือ 1. ด้านสังคมและปฏิสัมพันธ์ กับผู้อื่น 2. ด้านภาษาและการสื่อสาร 3. ด้านอารมณ์และพฤติกรรม

เพ็ญแข ลิ้มศิลา [2] นิยามว่า เด็กออทิสติก คือ เด็กที่มีความผิดปกติทางพัฒนาการด้าน สังคม ภาษา และการสื่อความหมาย พฤติกรรม อารมณ์ และจินตนาการ ซึ่งมีสาเหตุเนื่องมาจากการ ทำงานในหน้าที่บางส่วนของสมองผิดปกติไป และความผิดปกตินี้จะพบได้ก่อนวัย 30 เดือน

Maxine Field [20] กล่าวว่า เด็กออทิสติก เป็นเด็กที่มีพฤติกรรมแบบจำเพาะ แสดงออกทางด้านพัฒนาการที่ผิดปกติ และพบได้ในช่วงแรกของชีวิต (ก่อนอายุ 30 เดือน)

สรุปได้ว่า โรคออทิสติก หรือ ออทิสซึม เป็นความผิดปกติของสมองแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก โดยจะมีความบกพร่องในพัฒนาการทางด้านสังคม ภาษา การสื่อความหมาย อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้จะพบได้ในช่วงแรกของชีวิต (ตั้งแต่อายุ 3 ปี)

อุบัติการณ์

โรคนี้พบได้ในทุกเชื้อชาติ ทุกระดับฐานะ และการศึกษา ในอดีตโรคนี้พบเพียง 4-6 คนต่อประชากร 10,000 คน เท่านั้น แต่การศึกษาวิจัยในปัจจุบันพบว่า อุบัติการณ์ของโรคสูงขึ้น กลุ่มที่มีอาการรุนแรงพบในอัตรา 2 ต่อประชากร 10,000 คน แต่กลุ่มที่มีอาการน้อยพบ 1-2 คน ต่อประชากร 1,000 คน หรืออาจมากกว่านั้น [3]

พินิต โสเสถียรกิจ [21] กล่าวว่า ความชุกของกลุ่มอาการออทิสติก (Autistic Spectrum Disorder) เท่ากับ 58.7 : 10,000 และในโรคออทิสซึม (Autism) เท่ากับ 22 : 10,000 [22] ในปัจจุบันพบว่ากลุ่มอาการออทิสติกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาจเป็นผลเนื่องมาจากการขยายขอบเขตของเกณฑ์การวินิจฉัย ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถวินิจฉัยโรคได้มากขึ้น รวมถึงความตระหนักของผู้ปกครองต่อโรคดังกล่าว

อัตราส่วนระหว่างเพศ [3]

การศึกษาทั้งในทางคลินิกและในทางระบาดวิทยาพบว่าการเกิดโรคออทิสติกในเด็กผู้ชาย สูงกว่าในเด็กผู้หญิงในอัตราส่วน 4 : 1 เด็กผู้หญิงที่เป็นออทิสติก มักมีอาการมากกว่าเด็กผู้ชาย มีระดับเชาว์ปัญญา (IQ) ที่ต่ำกว่าและมีคลื่นสมองผิดปกติมากกว่า รวมทั้งมีอาการชักได้มากกว่าเด็กผู้ชาย

สาเหตุการเกิดโรค

Dr. Leo Kanner กล่าวถึงโรคออทิสติกครั้งแรกในวารสารทางการแพทย์ เมื่อปี ค.ศ.1943 จนถึงบัดนี้นักวิทยาศาสตร์ก็ยังไม่สามารถหาสาเหตุที่ชัดเจนของโรคได้ [3] โดยสาเหตุที่แท้จริงของกลุ่มอาการออทิสติก ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่า สาเหตุหลักได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม โดยในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) พบอุบัติการณ์ของการเกิดกลุ่มอาการออทิสติกได้สูงถึงร้อยละ 36 – 96 [23] แต่อุบัติการณ์ของการเกิดกลุ่มอาการออทิสติกในฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (dizygotic twins) ที่เป็นเพศเดียวกัน พบได้เพียงร้อยละ 0 – 30 [23] ถ้าบิดามารดามีบุตรหนึ่งคนป่วยเป็นกลุ่มอาการออทิสติก ที่ไม่ได้เป็นผลจากโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม โอกาสของบุตรรายต่อไปที่จะเกิดภาวะออทิสติกซ้ำมีสูงถึงร้อยละ 2 – 8 [23] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงตำแหน่งต่างๆ บนโครโมโซมที่อาจเป็นสาเหตุของกลุ่มอาการออทิสติก [23] ได้แก่ โครโมโซม 2q , 7q , 15q11-13 เป็นต้น สแตนเลย์ เนลสัน นักวิจัยสหรัฐอเมริกาพบสาเหตุของการเป็นออทิสติกในเด็กเพิ่มเติม โดยระบุว่ามาจากการเปลี่ยนแปลงของยีนบางตัวและจะมีผลกระทบต่อเด็กผู้ชายสูงกว่าเด็กผู้หญิง โดยจากการวิเคราะห์ดีเอ็นเอของครอบครัว 1,046 ครอบครัว ซึ่งมีบุตรอย่างน้อย 2 คน เป็นออทิสติกนั้น พบว่าครอบครัวเหล่านั้นมียีนกลายพันธุ์ โดยเป็นยีนที่ชื่อ “CACNA1G” ซึ่งอยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 17 จึงมองว่ายีน CACNA1G นั้นจะมีส่วนสัมพันธ์อย่างยิ่งต่อการเกิดภาวะออทิสติกในเด็ก [24]

ลักษณะอาการเด็กออทิสติก [3]

สมองที่ทำงานผิดปกติจะแสดงอาการออกมาใน 3 ด้านใหญ่ๆ คือ

1. ความผิดปกติทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
2. ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร
3. ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

ความผิดปกติทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

เด็กออทิสติก จะมีพัฒนาการทางสังคมที่บกพร่องค่อนข้างมาก โดยจะแสดงอาการได้หลายแบบ ดังนี้

- ไม่มีการตอบสนองทางสังคม หรือไม่ค่อยมีปฏิริยาต่อผู้คนที่เหมือนเด็กปกติ
- เรียกชื่อแล้วไม่ตอบสนอง พ่อแม่มักเล่าว่า ลูก “ไม่หันตามเสียงเรียก”
- ไม่ค่อยสบตา หลีกเลียงไม่ยอมมองตาไม่มองหน้าตรงๆ บางคนจะมองทางหางตา หรือเอามือปิดตาไม่ยอมมองคน
- ไม่มีความสนใจร่วมกับผู้อื่น (ไม่มี shared attention) เช่น จะไม่เข้าไปร่วมดูสิ่งสนุกๆ กับพี่น้อง หรือชี้ชวนให้พ่อแม่ดูสิ่งที่ตนสนใจ
- ไม่สามารถแบ่งปันทางอารมณ์กับผู้อื่น คือ ไม่เล่าความรู้สึกนึกคิดให้ผู้อื่นรับรู้ หรือไม่ขอความช่วยเหลือทางอารมณ์จากผู้อื่น เช่น ไม่เข้าหาผู้ใหญ่เวลาร้องไห้ แต่จะยื่นร้องให้อยู่คนเดียว
- ไม่เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น
- ห่างเหิน ไม่เข้ามาคลุกคลีกับพ่อแม่ในตอนเล็กๆ จะมีลักษณะไม่เฝ้าเข้าหาพ่อแม่ ไม่ยอมให้อุ้ม ไม่เข้ามาคลอเคลียแสดงความรัก
- ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับเด็กอื่น มักจะไม่มีเพื่อน
- ชอบอยู่คนเดียว พ่อแม่มักเล่าว่า ลูกชอบเล่นคนเดียว ไม่ยอมเล่นกับเพื่อน
- สนใจสิ่งของมากกว่าคน หากเด็กออทิสติกอยู่ในห้องที่มีคนนั่งอยู่ด้วย เขาจะไม่สนใจคนไม่ทักทาย ไม่เข้าไปหา แต่จะนั่งเล่นอยู่ตามลำพังราวกับไม่มีคนอยู่ในห้อง หากสนใจคนก็ไม่ได้สนใจจริงๆ แต่สนใจสิ่งของที่อยู่บนคนนั้นมากกว่า เช่น แวนตา ลวดดัดฟัน ฯลฯ เด็กมักทักทายผู้คนด้วยวิธีแปลกๆ เช่น เข้ามาดมกลิ่น มาดึงแวนตา จ้องที่ฟัน เอามือมาแตะตัว ฯลฯ บางรายเป็นแบบไม่กลัวใคร เข้ามาหาคนแปลกหน้าเหมือนคนคุ้นเคย ชอบให้ทุกคนอุ้ม

ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร

เด็กออทิสติก ร้อยละ 80 จะมีปัญหาทางภาษาและการสื่อสารอย่างรุนแรง ดังนี้

- พูดซ้ำหรือพูดไม่ได้เลย (ในที่นี้หมายถึง พูดภาษาปกติ)
- ไม่สามารถเริ่มต้นบทสนทนากับผู้อื่นได้
- ไม่สามารถต่อบทสนทนากับผู้อื่น เช่น พูดกันไปคนละเรื่อง
- เงียบ ไม่พูดกับใคร
- มีคำศัพท์เฉพาะตัว หรือมีภาษาแปลกๆ ที่เป็นภาษาเฉพาะของเด็กเอง และผู้อื่นฟังไม่เข้าใจ
- พูดคำซ้ำๆ ซากๆ เช่น อาจพูดคำในโฆษณาในโทรทัศน์ซ้ำๆ
- สื่อสารโดยใช้ท่าทางไม่เป็น (แตกต่างจากเด็กหูหนวกซึ่งสามารถใช้ท่าทางสื่อสารได้)
- เมื่อต้องการอะไร จะขอหรือชี้ไม่เป็น แต่จะใช้วิธีดึงมือคนไปที่สิ่งนั้น
- มักพูดเสียงเรียบเฉย ไม่มีระดับเสียงสูงๆ ต่ำๆ แบบคนทั่วไป
- พูดซ้ำประโยค หรือข้อความที่ผู้อื่นพูดด้วย
- ใช้ภาษาในรูปแบบแปลกๆ เช่น ใช้คำโดยที่ไม่ได้มีความหมายเหมือนที่คนทั่วไปใช้กัน มีการสลับตำแหน่งของคำต่างๆ หรือมีโครงสร้างประโยคที่ผิด เช่น แทนที่จะพูดว่า “หมากัดนุ้ย” กลับพูดว่า “นุ้ยกัดหมา” เป็นต้น
- เด็กบางคนมีพัฒนาการทางภาษาดีตามสมควร แต่ก็ไม่เข้าใจความหมายที่ลึกซึ้งหรือความหมายเชิงนามธรรม เช่น ไม่เข้าใจคำอุปมาอุปมัย หรือคำพูดล้อเล่นของเพื่อน และใช้ภาษาไม่ถูกต้องตามกาลเทศะเหมือนเด็กปกติ

ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

- มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่น้อยเกินไป เช่น เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉยเวลาพูดคุย
- บางครั้งมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงเกินไป เช่น เวลาโกรธหรือไม่พอใจก็จะร้องกรี๊ดเป็นเวลานาน หรือร้องอย่างโหยหวนผิดปกติ
- ชอบทำอะไรซ้ำๆ เช่น โยกตัวโบกมือไปมา ชอบดูโฆษณาทางโทรทัศน์ หรือดูการ์ตูนซ้ำๆ
- มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น หมุนตัวเดินเขย่งวิ่งไปมาอย่างไร้จุดหมาย แต่บางรายอาจชอบนั่งเฉยๆ
- มีพฤติกรรมชอบทำร้ายตนเอง เช่น โขกหัวหรือกัดแขนตนเอง
- มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างไม่แน่นอน เช่น เด็กบางคนอาจดูคล้ายคนหูหนวก เพราะไม่ตอบสนองต่อเสียงเรียก ไม่หันมาเมื่อพ่อแม่เรียก แต่พอเอากุญแจมาเขย่าเบาๆ ข้างหลัง เด็กจะหันมาทันที
- ประสาทสัมผัสมีความไวมากเกินไป (hypersensitive) เช่น ไวต่อเสียง ทนต่อเสียงปกติธรรมดา เช่น เสียงสุนัขเห่าหรือเสียงคนปิดประตูไม่ได้ จะร้องไห้มากหรืออาละวาดเมื่อได้ยินเสียงดังกล่าว แต่กลับไม่รู้สึกรับเสียงกรีดร้องหรือเสียงของตัวเองที่ตะโกนดังๆ ออกมา บางคนไวต่อการเคลื่อนไหวหรือการสัมผัสจับต้อง จะตกใจง่ายต่อสิ่งเร้าบางอย่างและร้องกรี๊ดหรือโวยวายเกินเหตุ
- บางกรณีประสาทสัมผัสกลับมีความไวน้อยเกินไป (hyposensitive) เช่น ไม่รู้สึกรับปวดแม้เจ็บหรือมีบาดแผลก็ไม่ร้องไห้ไม่รู้สึกร้อน-หนาว ไม่รับรู้การสัมผัสของผู้อื่น เห็นห่างจากผู้อื่น ชอบแยกตัวอยู่คนเดียว ชอบเล่นคนเดียว
- กลัวของบางอย่างโดยไม่มีสาเหตุ เช่น กลัวตุ๊กตาหรือกลัวในสิ่งที่ไม่น่ากลัว เช่น ลูกโป่ง การขึ้นรถ เป็นต้น และกลัวอยู่นานเป็นปีๆ แต่ในสิ่งที่น่ากลัว เช่น ความสูงรถยนต์ที่แล่นมาเร็วๆ เสียงเบรกรถแรงๆ กลับไม่กลัว

- ปรับตัวยาก ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะในกิจวัตรประจำวัน เช่น มักทำกิจวัตรตามลำดับเดิม แต่งตัวตามลำดับขั้นเดิม เดินตามเส้นทางเดิม หรือทำตามตารางเดิมทุกวัน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนที่เคยทำ เด็กจะหงุดหงิด อาละวาด

- ซนมาก อยู่ไม่นิ่ง สมาธิสั้น

- มีความผิดปกติในการเล่น กล่าวคือ

ไม่มีจินตนาการ จะเล่นสมมุติหรือเลียนแบบไม่เป็น เช่น เล่นขายของไม่เป็น สมมุติตุ๊กตาเป็นพ่อ-แม่-ลูกไม่เป็น

เล่นของเล่นไม่เป็น เช่น เมื่อเล่นรถก็จะเพียงหมุนล้อไปมา หรือเอามาดม หรืออาจถือของเล่นไว้ในมือเฉยๆ

ชอบเล่นของซ้ำซากอย่างไม่มีจุดหมาย เช่น ปิดเปิดสวิตช์ไฟซ้ำๆ ปิดเปิดประตูซ้ำๆ

ชอบของที่หมุนไปมา เช่น ชอบมองดูพัดลมหมุน

ชอบเอาของมาเล่นหรือมาดูใกล้ตา

เล่นเกมที่มีลักษณะโต้ตอบกันไม่เป็น เช่น เล่นจ๊ะเอ๋ไม่เป็น

เล่นร่วมกับเด็กอื่นไม่เป็น ไม่เข้าใจวิธีการเล่นที่เป็นกติกาหรือกฎเกณฑ์

ในเด็กออทิสติกคนหนึ่งๆ เราจะพบความบกพร่องทั้งสามด้านร่วมกัน อย่างไรก็ตาม อาการเด็กแต่ละคนจะมีความรุนแรงต่างกัน เนื่องจากความบกพร่องมีลักษณะค่อนข้างกว้าง ครอบคลุมพัฒนาการหลายด้านทางการแพทย์ จึงจัดโรคออทิสติกไว้ในกลุ่มที่เรียกว่า Pervasive Developmental Disorder หรือเรียกสั้นๆ ว่า PDD คำนี้ ใช้เรียกความผิดปกติทางพัฒนาการหลายด้านที่พบในเด็ก มีโรคหลายโรคที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้

การวินิจฉัยโรค

คู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM - IV - TR, 2000) โดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาจัดให้ “โรคออทิสติก” อยู่ในกลุ่ม “พีดีดี” (Pervasive Developmental Disorders; PDDs) หรือ “ความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน” ซึ่งแสดงอาการอย่างชัดเจนในวัยเด็ก ก่อให้เกิดพัฒนาการทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และการสื่อสารไม่เป็นไปตามปกติ มีพฤติกรรมความสนใจและกิจกรรมที่ผิดไปจากปกติ ความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน หรือพีดีดีเทียบเคียงได้เท่ากับคำว่า “ออทิสติกสเปกตรัม” (Autistic Spectrum Disorder) แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มคือ

1. ออทิสติก (Autistic Disorder)
2. เร็ทท์ (Rett's Disorder)
3. ซีดีดี (Childhood Disintegrative Disorder)
4. แอสเพอร์เกอร์ (Asperger's Disorder)
5. พีดีดีเอ็นไอเอส (Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified; PDD NOS)

สำหรับในที่นี้ จะกล่าวถึงเฉพาะเกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสติกเท่านั้น ซึ่งกำหนดเกณฑ์ไว้ดังนี้ [25]

A. เข้าเกณฑ์ต่อไปนี้ 6 ข้อหรือมากกว่าจากหัวข้อ (1) (2) และ (3) โดยอย่างน้อยต้องมี 2 ข้อจากหัวข้อ (1) และจากหัวข้อ (2) และ (3) อีกหัวข้อละ 1 ข้อ

1. มีคุณลักษณะในการเข้าสังคมที่ผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 2 ข้อ ต่อไปนี้
 - a. บกพร่องอย่างชัดเจนในการใช้ท่าทางหลายอย่าง (เช่น การสบตา การแสดงสีหน้า กิริยาหรือท่าทางประกอบ การเข้าสังคม)

- b. ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับที่เหมาะสมกับอายุได้
- c. ไม่แสดงความอยากเข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจ หรือร่วมงานให้เกิดความสำเร็จกับคนอื่น ๆ (เช่น ไม่แสดงออก ไม่เสนอความเห็น หรือไม่ชี้ว่าตนสนใจอะไร)
- d. ไม่มีอารมณ์ หรือสัมพันธภาพตอบสนองกับสังคม
2. มีคุณลักษณะในการสื่อสารผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้
- a. พัฒนาการในการพูดช้า หรือ ไม่มีเลย โดยไม่แสดงออกว่าอยากใช้การสื่อสารวิธีอื่นมาทดแทน เช่น แสดงท่าทาง
- b. ในรายที่มีการพูดได้ ก็ไม่สามารถเริ่มพูด หรือสนทนาต่อเนื่องกับคนอื่นได้
- c. ใช้คำพูดซ้ำ หรือใช้ภาษาที่ไม่มีใครเข้าใจ
- d. ไม่มีการเล่นสมมุติที่หลากหลาย คิดเองตามจินตนาการ หรือเล่นเลียนแบบสิ่งต่างๆ ตามสมควรกับพัฒนาการ
3. มีแบบแผนพฤติกรรมความสนใจ หรือ กิจกรรมที่จำกัด ซ้ำๆ และรักษาไว้เช่นเดิม โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้
- a. หมกมุ่นกับพฤติกรรมซ้ำๆ ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป และความสนใจในสิ่งต่างๆ มีจำกัด ซึ่งเป็นภาวะที่ผิดปกติทั้งในแง่ของความรุนแรงหรือสิ่งที่สนใจ
- b. ติดกับกิจวัตร หรือยึดทำกับบางสิ่งบางอย่างที่ไม่มีประโยชน์โดยไม่ยืดหยุ่น
- c. ทำกิริยาซ้ำๆ เช่น เล่นสะบัดมือหมุนตัวโยกตัว
- d. สนใจหมกมุ่นกับเพียงบางส่วนของวัตถุ

B. มีความล่าช้าหรือความผิดปกติก่อนอายุ 3 ปี ในด้านต่างๆ ต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ด้าน

- (1) ปฏิสัมพันธ์กับสังคม
- (2) ภาษาที่ใช้สื่อสารกับสังคม
- (3) เล่นสมมุติหรือเล่นตามจินตนาการ

C. ความผิดปกติไม่เข้ากับเรทท์ (Rett's Disorder) หรือซีดีดี (Childhood Disintegrative Disorder) ได้ดีกว่า

ระดับอาการความรุนแรง [3]

โรคออทิสติก เป็นโรคที่มีลักษณะแตกต่างกันได้มาก อาการมีหลายอย่างและความรุนแรงก็ต่างกันตั้งแต่น้อยไปจนถึงรุนแรง เช่น ตั้งแต่พูดไม่ได้เลยไปจนถึงพูดมากไม่หยุด หรือมีภาวะปัญญาอ่อน ช่วยตัวเองไม่ได้ ไปจนถึงเรียนเก่ง สามารถจบปริญญาเอก เนื่องจากอาการของโรคมีขอบเขตค่อนข้างกว้าง ทางกรมแพทย์จึงเรียกโรคนี้ว่าเป็น spectrum (บางครั้งเรียกว่า Autistic spectrum disorder หรือ ASD) เราอาจแบ่งอาการของโรคได้เป็น 3 ระดับ คือ

รุนแรงน้อย เด็กมักมีสติปัญญาดี มีพัฒนาการทางภาษาที่ดีพอใช้ได้ สามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติได้ บางรายเรียนได้สูงถึงปริญญาเอก บางที่เราเรียกเด็กกลุ่มนี้ว่า high functioning autism

รุนแรงปานกลาง เด็กกลุ่มนี้มีพัฒนาการทางสังคมและภาษาที่จำกัด เรียนหนังสือไม่ได้สูงเท่ากลุ่มแรก แต่สามารถช่วยตัวเองได้ดีพอใช้

รุนแรงมาก เด็กกลุ่มนี้มีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย ภาษาและสังคมพัฒนาไปน้อยมาก ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องมีผู้ดูแลไปตลอดชีวิต แต่นับว่าโชคดีที่กลุ่มนี้มีไม่มากเท่าไร เด็กแต่ละคนจะมีอาการมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับว่าสมองมีความบกพร่องมากแค่ไหน ในเด็กที่เป็นออทิสติกจากโรคทางกาย เช่น โรคหัดเยอรมันแต่กำเนิด อาการมักจะรุนแรงกว่าเด็กที่ไม่มีโรคทางกาย เด็กออทิสติกที่มีปัญญาอ่อนร่วมด้วยอาการมักรุนแรงกว่าเด็กที่มีสติปัญญาดี

การพยากรณ์โรค

การวิจัยที่ทำก่อนปี ค.ศ 1970 พบว่าผลลัพธ์ของโรคนี้ไม่ค่อยดี เด็กมักเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แต่การวิจัยในปัจจุบันพบว่าผลลัพธ์ของโรคดีขึ้น ทั้งนี้เพราะปัจจุบันพ่อแม่สังเกตลูกมากขึ้น พาลูกมาพบแพทย์เร็วขึ้น แพทย์จึงสามารถวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่อายุน้อยและให้การช่วยเหลือได้เร็ว [3] สิ่งที่สามารถพยากรณ์ได้ว่าเด็กจะดีขึ้นได้มากน้อยเพียงไรคือระดับ IQ และภาษาที่เกิดขึ้นก่อนอายุ 5 ปี หากเด็กมีเซาวนปัญญาดีและพูดได้ดีพอใช้โอกาสที่จะพัฒนาได้อย่างดีก็มีสูง ดังนั้น จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่พ่อแม่จะต้องทำการกระตุ้นพัฒนาการของลูกอย่างจริงจังตั้งแต่อายุน้อย [3] พบว่า ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะออทิสติกสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และร้อยละ 15 – 20 สามารถดำรงชีวิตโดยต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นร่วมด้วย [26]

การรักษาเด็กออทิสติก

อุมาพร ตรังคสมบัติ [3] ได้สรุปวิธีการรักษาเด็กออทิสติกในปัจจุบันและแบ่งเป็น 5 ด้านดังต่อไปนี้

1. การบำบัดทางพฤติกรรม เป็นการฝึกให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและแก้ไขพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยอาศัยเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัด และทฤษฎีการเรียนรู้ เช่น ฝึกกิจกรรมอย่างเป็นระเบียบและชัดเจน เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้ได้ง่ายและไม่สับสน รวมทั้งมีการให้รางวัลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ดี เป็นต้น

2. การกระตุ้นภาษาและการสื่อสาร เป็นการฝึกสอนให้เด็กรู้จักภาษา รู้วิธีพูดสื่อสารกับผู้อื่นและรู้จักเปล่งเสียงอย่างถูกต้อง การบำบัดแบบนี้เป็นสิ่งจำเป็นมากและจัดว่าเป็นการกระตุ้นพัฒนาการที่สำคัญอย่างหนึ่ง

3. การกระตุ้นประสาทสัมผัสและกล้ามเนื้อ จากการที่เด็กออทิสติกมีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสที่บกพร่อง คือ ตอบสนองต่อประสาทสัมผัสมากหรือน้อยเกินไป การรับรู้ที่ผิดปกตินี้ทำให้

เด็กมีอาการแปรปรวนหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ การรักษาในการกระตุ้นประสาทสัมผัส และกล้ามเนื้อ ทำโดยผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมการหมุนตัว การกระโดด การกลิ้งตัว การโยกตัว การนวด เป็นต้น

4. การรักษาโดยใช้ยา เป็นการให้ยาเพื่อรักษาตามอาการที่พบ เช่น เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อลดอารมณ์หงุดหงิด เพื่อช่วยทำให้สมาธิดีขึ้น เป็นต้น

5. การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การทำการบำบัดโดยใช้การออกกำลังกาย หรือดนตรีบำบัด เป็นต้น หรือการให้อาหารเสริมเพื่อบำรุงสมอง แต่วิธีการนี้ยังไม่มีการวิจัยยืนยันผลอย่างแน่ชัด

ครอบครัวเด็กออทิสติก

เด็กออทิสติก เป็นเด็กที่มีความบกพร่อง หรือผิดปกติเกี่ยวกับพัฒนาการด้านสังคมและการสื่อความหมายอย่างรุนแรง ครอบครัวเป็นสังคมแรกและเป็นสังคมที่สำคัญที่สุดสำหรับเด็ก หากครอบครัวช่วยกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสมและทันที่ จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสังคมดีขึ้น [5]

ปัญหาและผลกระทบของครอบครัวเด็กออทิสติก

แม้ส่วนใหญ่ของครอบครัวที่พบเด็กออทิสติก จะไม่พบปัญหาที่เด่นชัด แต่หลายครอบครัวมีปัญหาเกิดขึ้น นอกจากเกิดจากปฏิกริยาของการสูญเสียและรูปแบบการเลี้ยงดูที่เบี่ยงเบนแล้วยังมีปัจจัยจากระบบครอบครัว ที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย ครอบครัวจึงเป็นระบบหนึ่งและอยู่ในสมดุลหนึ่ง การมีวิกฤติการณ์เกิดขึ้นจะสั่นคลอนสมดุลเดิม (family disequilibrium) การมีบุตรเป็นออทิสติก ถือเป็นวิกฤติการณ์ที่ครอบครัวต้องจัดการ (crisis task) เพื่อให้สมดุลอันใหม่ หลายครอบครัวจัดการโดยพ่อแม่หันหน้าเข้าหากันมากขึ้น ปลอดภัยทางอารมณ์ซึ่งกันและกันเกิดเป็นสมดุลใหม่ของครอบครัว [5]

กษมา อุทัยภัตตาทูกร [27] ได้กล่าวถึงปัญหาของผู้ปกครองเด็กออทิสติก ไว้ดังนี้

1. ปัญหาด้านการเงิน แม่อาจต้องลาออกจากงานประจำ เพราะหาคนเลี้ยงดูเด็กออทิสติกไม่ได้หรือขาดงานบ่อยครั้งกว่าแม่ที่มีลูกปกติ
2. ปัญหาด้านอารมณ์และสุขภาพจิต พ่อแม่จะมีความกังวลตึงเครียดในการเลี้ยงดูเด็ก ถ้าเด็กมีอาการก้าวร้าว ก็หวังวิตกว่าสมาชิกที่อ่อนแอกว่าจะถูกทำร้าย ผู้ปกครองโดยเฉพาะแม่มักผิดหวัง วิตกกังวล และเศร้ากับพฤติกรรมของบุตรออทิสติก

จอม ชุ่มช่วย [28] ได้จำแนกปัญหาของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก ไว้ดังนี้

1. พ่อคอยห่างแม่รับภาระหนัก (F-disengage, M-workload) อาจเป็นเพราะพ่อยังปฏิเสธ (denial) บางครอบครัว พ่อกล่าวโทษว่าเป็นความผิดของแม่ที่เลี้ยงลูกไม่ดี บางครอบครัวลงเอยด้วยการหย่า มีเมียใหม่ พ่อทุ่มเทกับงานมากขึ้น ส่วนแม่เมื่อมีภาระหนักขึ้นมักมีปัญหาทางอารมณ์ตามมา
2. ทั้งพ่อและแม่ถอยห่าง (family withdrawal) ตกเป็นภาระของปู่ย่าตายายหรือญาติคนอื่น มักเกิดจากการปฏิเสธ (denial) ของทั้งพ่อและแม่หรือเกิดต่อเนื่องจากปัญหาแรก
3. ลูกคนอื่นถูกละเลย เนื่องจากพ่อแม่ให้ความสนใจกับลูกออทิสติกมากเกินไป ในลูกคนอื่นโต มักถูกคาดหวังให้ต้องรับผิดชอบเกินวัย เกิดปัญหาที่อิจฉาน้อง นอกจากนี้ยังพบปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมในลูกคนอื่นได้
4. ปัญหาโรคทางจิตเวชในพ่อแม่ ทั้งพ่อและแม่มีความเสี่ยงต่อภาวะเครียดและซึมเศร้าได้สูง พบ homicide thought ได้สูง ในพ่อแม่ที่ซึมเศร้า หากพ่อมีความซึมเศร้าต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพราะจะมีความรุนแรงของ homicide หรือ suicide ได้มากกว่าแม่ ซึ่งหากพบปัญหาดังกล่าวข้างต้น ถือได้ว่าเป็นความล้มเหลวในการทำหน้าที่ของครอบครัวตามมุมมองที่ครอบครัวเป็นระบบ (family as a system) และนอกจากปัญหาของผู้ปกครองแล้ว ยังพบปัญหาระหว่างเด็กออทิสติกกับพี่น้อง ซึ่งก็เกิดขึ้นได้เช่นเดียวกับครอบครัวเด็กปกติ ระหว่างพี่น้องมักมีการทะเลาะเบาะแว้งรังแกและอิจฉากัน ซึ่งเด็กออทิสติกมักถูกพี่น้องอิจฉาว่าพ่อแม่เอาใจใส่และตามใจมาก

กว่า ดังนั้นพ่อแม่จึงต้องรับภาระหนักในการรักษาความสมดุล โดยพยายามยึดความยุติธรรมเป็นหลัก [29]

ศรีสมร กสิวัฒน์ [30] ได้จำแนกถึงกระบวนการทางจิตวิทยาที่มักพบในกลุ่มผู้ปกครองเด็กออทิสติก ดังนี้

1. เมื่อแรกคลอดและทราบว่าลูกเป็นเพศใดหน้าตารูปร่างอย่างไร อาจผิดหวัง เพราะยังคงยึดติดอยู่กับเด็กในอุดมการณ์หรือภาพพจน์เดิม (ideal) ซึ่งส่วนมากต้องการลูกที่น่ารัก สวยงาม เก่ง แข็งแรง ฉลาด
2. ต่อมาเริ่มยอมรับลูกในฐานะของเด็กปกติ (Normal) แม้จะไม่สวยหรือเก่งก็ดี
3. เมื่อเด็กเติบโตมาอีกระยะหนึ่งและเริ่มแสดงอาการไม่รับรู้ทางภาษา ผู้ปกครองจะเริ่มคิดว่าลูกอาจมีความบกพร่องทางหูเป็นประการแรก
4. เมื่อผู้ปกครองพบแพทย์และได้คำตอบว่าลูกไม่ได้บกพร่องทางหู มักจะรอดต่อไปอีกพักหนึ่ง ก็จะพบว่าลูกแสดงอาการล่าช้า อาจทำใจยอมรับว่าลูกคงมีพัฒนาการล่าช้าบางด้าน แต่ยังไม่แน่ใจว่าล่าช้าด้านใดบ้าง (Delayed development)
5. ผู้ปกครองบางราย อาจพบว่าลูกมีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน ก็จะได้คำตอบว่าลูกเป็นปัญญาอ่อน แต่บางรายก็อาจติดอยู่ในขั้นต่างๆ และจะพยายามตระเวนไปหาคำตอบจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่มีผู้แนะนำ (Shopping around) ทำให้เสียเวลานานมาก กว่าบุตรจะได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม
6. ผู้ปกครองที่ผ่านกระบวนการทางความคิดและการตรวจสอบมาแล้วทั้ง 5 ขั้น ก็อาจพบว่าลูกของตนเองไม่ได้บกพร่องด้านใดด้านหนึ่ง จึงเริ่มหาคำตอบว่าลูกเป็นออทิสติกในขั้นนี้เอง

อิชยา เชื่อนมัน [31] ได้แบ่งผลกระทบที่มีต่อครอบครัวจากการดูแลเด็กออทิสติก ออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคออทิสติกในครอบครัวนั้น ส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก เช่น บิดามารดาจะเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย [11]

2. ผลกระทบด้านจิตใจ การดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคออทิสติกในครอบครัวนั้น ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งบิดาและมารดาของเด็กออทิสติกเมื่อรับรู้ว่าเป็นบุตรเป็นโรคออทิสติก ตนเองจะเกิดความรู้สึกผิด รู้สึกสับสน ยอมรับต่อการเจ็บป่วยของบุตรหรือสมาชิกไม่ได้ รู้สึกเจ็บปวดและสิ้นหวัง และบางครั้งรู้สึกเหมือนถูกตำหนิว่าเป็นบุคคลที่ทำให้บุตรเป็นเช่นนี้ จนทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และมีปัญหาสุขภาพจิต [32]

3. ผลกระทบด้านสังคม ผลกระทบที่พบในครอบครัวที่มีเด็กออทิสติกนั้น จะพบได้ตั้งแต่ผลกระทบในพี่น้องจนถึงในชุมชน คือ ทำให้บรรยากาศและการปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์กับญาติและเพื่อน และการนำเด็กออทิสติกไปที่สาธารณะ ลดลง [11]

นอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลเด็กออทิสติก มีผลกระทบโดยตรงต่อตัวมารดา ทางด้านร่างกาย ที่พบว่า มารดาส่วนใหญ่สุขภาพทรุดโทรมรู้สึกอ่อนเพลียเหน็ดเหนื่อย และอ่อนล้ามากกว่ามารดาของเด็กปกติทั่วไป ไม่มีโอกาสพัฒนาบุคลิกภาพของตนเองอย่างที่มีมารดาของเด็กปกติได้ทำ [27]

จะเห็นได้ว่า บิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก เป็นบุคคลที่น่าเห็นใจและให้การช่วยเหลือ เนื่องจากได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสังคม ที่เกิดจากสาเหตุความผิดปกติของบุตร สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือ คือการดูแลด้านจิตใจ โดยการเตรียมพ่อแม่และสมาชิกของครอบครัวให้ยอมรับความผิดปกติของเด็กออทิสติก และพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้รักษาอย่างจริงจัง เพื่อให้เด็กออทิสติกมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ ความคิดสติปัญญาอารมณ์ และการสื่อสารกับผู้อื่นได้ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุดและเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ [5]

2. ความเครียด

ความหมายของความเครียด

ความเครียด (Stress) [33] เป็นคำมาจากภาษาละติน คือ Strictus หรือ Strict หมายถึง ความกดดัน ทำให้มีความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นภาวะที่ทำให้เกิดความวุ่นวายทางจิต ทำให้บุคคลนั้นๆ เสียความสมดุลของตนเอง อันเป็นแรงผลักดันให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้มีความรู้สึกดังกล่าวดลน้อยลงและรักษาความสมดุลไว้

สมัยโบราณเชื่อกันว่าความเครียด เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบอันเป็นหนทางนำไปสู่บุคลิกภาพ ขนบธรรมเนียม และระยะเวลา จนกระทั่งมีคำกล่าวที่ว่า “การจะดำเนินชีวิตอยู่ได้จะต้องอยู่ภายใต้ภาวะเครียด” (To Be Alive is To Be Under Stress) โดยเชื่อว่าบุคคลที่มีท่าทางโหดร้าย ไม่พอใจสภาพแวดล้อมนั้น แท้จริงเป็นผลจากความเครียดนั่นเอง แนวความคิดนั้นได้ดำเนินมาจนถึงต้นศตวรรษที่ 19 William Oster และ Walter Cannon แพทย์ผู้มีชื่อเสียง ได้เขียนบทความเกี่ยวกับความเครียดว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย จึงทำให้ได้ข้อสรุปที่ว่า “ความเครียดเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคได้ทั้งกายและจิตใจ” แนวคิดดังกล่าว เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง และแนวคิดของ Selye ในสมัยนั้น เป็นจุดเริ่มต้นที่นักวิชาการสาขาต่างๆ ได้แก่ แพทย์ (Medicine) ชีววิทยา (Biology) สรีระวิทยา (Physiology) จิตวิทยา (Psychology) สังคมวิทยา (Sociology) และมานุษยวิทยา (Anthropology) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดได้อย่างลึกซึ้งกว้างขวางและหลากหลายอย่างแท้จริง แต่อย่างไรก็ตาม ความเครียดก็ยังคงเป็นสิ่งที่กำหนดให้แจ่มชัดไม่ได้ ดังนั้น จึงได้มีผู้นิยามความหมายของความเครียดไว้มากมาย [8] ดังนี้

Selye [34] กล่าวว่า ความเครียด คือ กลุ่มอาการที่ร่างกายแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม เช่น สภาพการณ์ที่เป็นพิษ หรือสิ่งเร้าที่เต็มไปด้วยอันตราย อันมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระภายในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและสารเคมี เพื่อต่อต้านการคุกคามและสิ่งสำคัญคือ ร่างกายจะมีกลไกการปรับตัว ซึ่งนำไปสู่อาการต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

Lazarus & Folkman [35] ให้ความหมายว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะชั่วคราวของ ความไม่สมดุล ซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้ หรือการประเมินของบุคคล ต่อสิ่งที่เข้ามาใน ประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคาม (threat) ซึ่งเป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อม ภายนอก อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมในสังคม ในการทำงาน ในธรรมชาติ และเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต กับปัจจัยภายในของบุคคล (ทัศนคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต ตลอดจน ความต้องการของบุคคลนั้น)

Elaine Caldwell [36] กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ความกดดันอันเป็นสาเหตุให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างทันทีทันใด หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่เหมาะสมในชีวิต

Doris C. Sutterley และ Gloria F. Donnelley [37] ได้กล่าวถึงความเครียดไว้ว่า เป็น ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งอาจเกิดขึ้นในลักษณะของการทำร้าย คุกคาม หรือทำลายก็ได้

J. Macdonold Wallace [38] ได้เปรียบเทียบความเครียด เหมือนฝนที่ทำให้ต้นข้าว เจริญเติบโต ถ้าฝนหมดแล้วต้นข้าวก็ย่อมถูกทำลายไป เช่นเดียวกับความเครียดย่อมเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับการเจริญและพัฒนาร่างกายและจิตใจ แต่ความเครียดที่มากเกินไป ก็ทำให้เกิด ความเจ็บป่วยได้ ถ้าความเครียดรุนแรง อาจเป็นสาเหตุของการตายได้

D.E. Hartl [39] ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า เป็นประสบการณ์ทางด้าน ร่างกายและอารมณ์ ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์

วีระ ไชยศรีสุข [40] กล่าวว่า ความเครียด คือ สถานการณ์ที่คับแค้น ที่มีผลทำให้เกิด ความกดดันทางอารมณ์ ความเครียดจะเกี่ยวพันกับความวิตกกังวล บางครั้งความเครียดอาจจะ เกิดขึ้นกับร่างกาย เมื่อมีการใช้พลังงานมาก และมีการเปลี่ยนแปลงต่อกระบวนการทางสรีรวิทยา ของร่างกาย เช่น การอยู่ในสถานที่ที่มีอุณหภูมิสูงมากๆ หรืออาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนานๆ จะ เป็นตัวเร่งความเครียดให้เกิดขึ้น

นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์ [41] กล่าวว่า ความเครียด คือ การเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกิดขึ้นทั้งภายนอกและภายในสิ่งแวดล้อมของบุคคล แล้วก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสมดุลในบุคคลนั้นๆ ซึ่งถ้าบุคคลนั้นๆ ปรับตัวปรับใจกับการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ก็จะเกิดผลเป็นความเจ็บป่วยหรือสิ้นหวัง

สุจริต สุวรรณชีพ [42] กล่าวถึงความเครียดว่า เป็นภาวะของจิตใจที่ตื่นตัวเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์หรือความกดดันอย่างใดอย่างหนึ่งอันไม่พึงประสงค์ซึ่งคาดว่าสถานการณ์หรือความกดดันนั้นๆ หนักหนาหรือเกินกว่ากำลังความสามารถในยามปกติ ที่จะแก้ไขหรือขจัดปิดเป่าให้หมดสิ้นได้

โดยสรุป ความเครียด หมายถึง ภาวะของจิตใจที่ถูกคุกคามความสมดุลจากสิ่งแวดล้อมที่มากระตุ้น ซึ่งสิ่งแวดล้อมนั้น อาจจะเป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคม หรือจากอารมณ์ ความต้องการก็ได้ เป็นผลให้เกิดอาการทางร่างกายและทางจิตใจแสดงออกมาในรูปแบบต่างๆ อาทิเช่น วิดกกังวล คับข้องใจ สับสน กระวนกระวายใจ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น [15]

ชนิดของความเครียด

Gallagher [43] ได้แบ่งชนิดของความเครียดเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความเครียดที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความทุกข์ “Distress” หมายถึง สิ่งต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ และนำไปสู่ความรู้สึกคับข้องใจ

2. ความเครียดที่เกิดจากความสุข “Eustress” เป็นความเครียดเนื่องจากมีความสุข เพลิดเพลิน สนุกสนาน เต็มไปด้วยความยินดี

Miller และ Claire [44] แบ่งความเครียดเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความเครียดด้านร่างกาย (Physical Stress)

1.1 ความเครียดชนิดเฉียบพลัน (Emergency Stress) เป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตอย่างรุนแรง และเกิดขึ้นโดยกะทันหัน เช่น การได้รับบาดเจ็บ หรือประสบอุบัติเหตุที่รุนแรง เป็นต้น

1.2 ความเครียดชนิดต่อเนื่อง (Continuing Stress) เป็นสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตอย่างต่อเนื่อง เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความพิการหรือทุพพลภาพ เป็นต้น

2. ความเครียดด้านจิตใจ (Psychological Stress) เป็นการตอบสนองของความเครียดของร่างกายทันที เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นให้ดุลยภาพของจิตใจเสียไป จนทำให้บุคคลนั้นเกิดความว้าวุ่นใจและกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ

สาเหตุของความเครียด

Engel [45] ได้แบ่งแหล่งที่มาของความเครียด 3 ทาง คือ

1. ความเครียดที่เกิดจากการสูญเสีย เป็นการสูญเสียสิ่งที่มีค่า สิ่งที่เป็นของรัก หรือมีความสำคัญต่อตน หรือเป็นเพียงความรู้สึกหวั่นเกรงจะสูญเสียสิ่งที่มีค่าหรือทรัพย์สินสมบัติของตน ก็ทำให้เกิดความรู้สึกเครียดขึ้นได้ ตัวอย่างการสูญเสียหรือเกรงว่าจะสูญเสียที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ การสูญเสียญาติมิตรสหาย การสูญเสียอวัยวะร่างกาย การสูญเสียหน้าที่การงาน และบทบาทในสังคม เป็นต้น

2. ความเครียดที่เกิดจากการได้รับอันตรายหรือเกรงว่าจะได้รับอันตราย เช่น การที่จะต้องอยู่ในภาวะสงคราม อยู่ในที่ซึ่งไม่คุ้นเคยหรือไม่ปลอดภัย การพบเหตุการณ์ที่น่าตกใจโดยไม่ได้คาดคิด การต้องสอบแข่งขัน การต้องรับผิดชอบในหน้าที่ที่ไม่เคยทำมาก่อน

3. ความเครียดที่เกิดจากความคับข้องใจ อันเนื่องมาจากความต้องการของสัญชาตญาณไม่สมปรารถนา โดยที่มนุษย์เรามีความต้องการทางด้านร่างกาย ทางอารมณ์จิตใจและทางสังคม ในการดำรงชีวิต เมื่อความต้องการเหล่านั้นไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ก็จะทำให้เกิดความคับข้องใจ แสดงออกมาในรูปของความเครียด เช่น ความหิว ความอยากมีชื่อเสียง ความก้าวหน้าในอาชีพการงาน เป็นต้น

ชูทิติย์ ปานปรีชา [46] กล่าวถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการก่อให้เกิดความเครียดว่า ประกอบด้วยสาเหตุดังต่อไปนี้ คือ

1. สาเหตุภายใน หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยต่างๆ ที่มาจากตัวคน สามารถแยกสาเหตุได้ 2 ชนิด คือ

1.1 สาเหตุทางกาย เป็นภาวะบางอย่างของร่างกายที่ทำให้เกิดความเครียด เนื่องจาก ร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่แยกกันไม่ได้ ฉะนั้นเมื่อร่างกายเครียด จะทำให้จิตใจเครียดด้วย อัน ได้แก่ ความเมื่อยล้าทางร่างกาย ร่างกายได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ความเจ็บป่วยทางร่างกาย และภาวะติดสุราและสารเสพติด

1.2 สาเหตุทางจิตใจ สภาพทางจิตใจบางอย่างสามารถก่อให้เกิดความเครียดได้ คือ อารมณ์ไม่ดีทุกชนิด ความคับข้องใจ รวมทั้งบุคลิกภาพบางประเภท ทำให้เกิดความเครียดได้ ได้แก่ การเป็นคนจริงจังกับชีวิต การเป็นคนใจร้อน รุนแรง ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ไม่อยู่ และการเป็นคนที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

2. สาเหตุภายนอก หมายถึง ปัจจัยต่างๆ นอกตัวคนที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียด ได้แก่

2.1 การสูญเสียสิ่งที่รัก ได้แก่ การสูญเสียคนรัก ของรัก ทรัพย์สิน หน้าที่การงาน การตกงาน หรือถูกให้ออกจากงาน ถูกลดตำแหน่ง หรือย้ายงาน ธุรกิจล้มละลาย

2.2 การเปลี่ยนแปลงในชีวิต พบว่าในระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตทุกคน จะมีภาวะจิตใจแปรปรวน ทำให้เกิดความเครียดไม่มากนักน้อย ได้แก่ เข้าโรงเรียนครั้งแรก ทำงานครั้งแรก สมรสใหม่ๆ ปลดเกษียณอายุใหม่ๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม

2.3 ภัยอันตรายต่างๆ ที่คุกคามชีวิตและทรัพย์สิน ไม่ว่าจะเป็นภัยที่มนุษย์สร้างขึ้น หรือภัยธรรมชาติ

2.4 ทำงานชนิดที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น ขาดความปลอดภัยในที่ทำงาน งานเสี่ยงอันตราย งานที่ไม่พึงพอใจ มองไม่เห็นความสำคัญของงานที่ทำอยู่

2.5 การทำงานที่ต้องรับผิดชอบในระดับสูง เช่น หัวหน้างาน ผู้บริหาร

2.6 ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ยากจน เป็นหนี้สิน ทำให้ภาวะเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ ขาดอาหาร เรียนได้ไม่เต็มที่ อยู่ในชุมชนแออัด ไม่มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

2.7 สภาพของสังคมเมืองมีคนหลังไหลเข้าไปทำงาน ทำให้อยู่กันอย่างแออัดยัดเยียด ชีวิตต้องแข่งขันชิงดีชิงเด่น

กล่าวได้ว่า การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตครอบครัว ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดความเครียดขึ้น บิดามารดาเด็กที่พบว่าบุตรของตนเจ็บป่วยด้วยโรคคอทิสติก ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการช่วยเหลือและรักษา จะทำให้บิดามารดาเกิดความเครียดมาก ถือเป็นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในครอบครัวทีเดียว [16]

ระดับของความเครียด

Janis และ Mann [47] ได้แบ่งระดับความเครียดไว้ 3 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) คือ มีความเครียดเกิดขึ้นน้อยมาก และหมดไปในระยะเวลาอันสั้นเพียงวินาทีหรือภายในชั่วโมงเท่านั้น มักเกี่ยวข้องกับสาเหตุเพียงเล็กน้อย ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน เช่น ไปทำงานไม่ทันเวลา ฯลฯ

2. ความเครียดระดับกลาง (Moderate Stress) ความเครียดระดับนี้รุนแรงกว่า โดยมีระยะเวลาอันยาวนานเป็นชั่วโมงจนกระทั่งนานเป็นวันก็ได้ เช่น การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง ความเครียดจากความกังวลมากไป ความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

3. ความเครียดระดับสูง (Severe Stress) ความเครียดระดับนี้จะอยู่นานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน เป็นปีก็ได้ เช่น การตายจาก การเจ็บป่วยที่รุนแรง การเจ็บป่วยที่เรื้อรัง การสูญเสียของอวัยวะที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต

เมื่อมีความเครียดสูงมากและเกิดเป็นเวลานาน ถึงแม้ว่าคุณจะพยายามปรับตัวต่อสู้แล้วก็ตาม แต่ถ้าความเครียดอยู่นานและรุนแรงเกินไป ก็จะทำให้ความสามารถในการต่อสู้เหนื่อยล้าและหมดแรงได้ เกิดผลเสียนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ในที่สุด นอกจากนี้ Janis และ Mann ยังได้ให้ข้อคิดว่า ความเครียดในระดับปานกลางจะช่วยกระตุ้นให้มนุษย์แสวงหาข้อเท็จจริงและเตรียมพร้อมที่จะรับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้

กรมสุขภาพจิต [48] แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมาก เป็นระดับที่บุคคลอาจรู้สึกถึงความพึงพอใจ กับการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ โดยมีแรงกดดันหรือแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตน้อยกว่าบุคคลอื่นๆ
2. ความเครียดระดับเกณฑ์ปกติ เป็นระดับที่บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม
3. ความเครียดระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย เป็นระดับที่บุคคลมีความไม่สบายใจ อันเกิดจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือมีปัญหาอุปสรรคหรือข้อขัดแย้งที่อาจจะยังไม่ได้รับการคลี่คลาย หรือแก้ไข ซึ่งถือได้ว่าเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน
4. ความเครียดระดับสูงกว่าปกติปานกลาง เป็นระดับที่บุคคลเริ่มมีความรู้สึกตึงเครียดในระดับค่อนข้างสูง และได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมาก จากปัญหาทางอารมณ์ที่ขัดแย้งและวิกฤติในชีวิต ซึ่งบุคคลจัดการหรือแก้ไขด้วยความยากลำบาก โดยสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม การดำเนินชีวิต ตราบใดที่ความขัดแย้งต่างๆ ยังคงมีอยู่ ลักษณะอาการต่างๆ จะเพิ่มมากขึ้น ความเครียดในระดับนี้มีผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิต
5. ความเครียดระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติมาก เป็นระดับที่บุคคลกำลังตกอยู่ในภาวะเครียดหรือเผชิญกับวิกฤติการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรง หากปล่อยให้ความเครียดในระดับนี้ยังมีต่อไปโดยไม่

แก้ไขให้เหมาะสมและถูกวิธี อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงซึ่งส่งผลเสียต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิดต่อไป

ผลของความเครียด [16]

กรมสุขภาพจิต ได้กล่าวถึงผลของความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ดังต่อไปนี้

1. ความเครียดในระดับต่ำๆ และความตึงเครียดในระยะไม่นานจนเกินไป จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำสิ่งต่างๆ อย่างกระตือรือร้น จะเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหาและการทำงานให้สูงขึ้น

2. ความเครียดในระดับปานกลาง อาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมในลักษณะที่ทำอะไรซ้ำๆ บ่อยๆ เช่น กินมาก นอนไม่หลับ ตลอดจนติดสุราหรือติดสารเสพติดได้

3. ความเครียดในระดับสูง หรือความเครียดในระดับรุนแรง และหรือความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาหลายๆ มากมายดังนี้

3.1 ผลเสียทางร่างกาย เมื่อบุคคลตกอยู่ในความเครียดเป็นเวลานาน จะทำให้สุขภาพทางกายเสื่อมลง เนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย ทำให้การทำงานของร่างกายบกพร่อง ตามไปด้วยทำให้เกิดอาการตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดท้อง อ่อนเพลีย หรือทำให้เกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (Psychosomatic Disease) เช่น หน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง อาการแพ้ต่างๆ โรคผิวหนัง ผอมว่อง และโรคมะเร็ง หรือทำให้โรคที่เป็นอยู่แล้วกำเริบ เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น

3.2 ผลเสียทางจิตใจและอารมณ์ จิตใจของบุคคลที่เครียดจะหมกมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย สมาธิลดลง หลงลืม ตัดสินใจไม่ได้ ขาดความระมัดระวัง ทำให้จิตใจขุ่นมัว หงุดหงิด โมโหง่าย สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง บางรายตกอยู่ในภาวะที่มีความเครียดอย่างยาวนานมากๆ อาจก่อให้เกิดอาการทางจิตใจจนกลายเป็นโรคจิตโรคประสาทได้

3.3 ผลเสียทางด้านความคิด ทำให้กระบวนการคิดที่นอกจากไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แล้ว ยังเป็นโทษต่อตนเอง เป็นผลให้เกิดความเครียดที่เกิดจากความเครียดที่วิฤต ความเครียดที่เกิดจากสภาพการณ์ที่มาคุกคาม ยังไม่มากเท่ากับความเครียดที่เกิดจากความคิดของบุคคลที่วิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ คิดแบบท้อแท้ หมดหวัง คิดบิดเบือน ไม่มีเหตุผล คิดเข้าข้างตนเอง และโทษผู้อื่น เป็นต้น

3.4 ผลเสียต่อครอบครัว บุคคลที่เครียดจากสภาพการณ์นอกบ้าน แล้วมาระบายความเครียดหรือพฤติกรรมทางลบกับคนในครอบครัว การระบายอารมณ์ความรู้สึกหรือพฤติกรรมในทางลบ อาจทำให้สัมพันธ์ภาพทางครอบครัวไม่ดี เช่น เกิดการทะเลาะวิวาท ไม่เชื่อใจกัน ขาดความสนใจเรื่องเพศ สมาชิกไม่พูดจากัน หรือไม่ใช่เหตุผลในการพูดจากัน เป็นต้น

3.5 ผลเสียจากการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น แสดงอาการก้าวร้าว เจ้าระเบียบวินัยมากขึ้น อาจทำงานต่อต้านเป้าหมายของหน่วยงาน ทำให้เกิดความแตกสามัคคีในหมู่คณะ เป็นต้น

3.6 ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ ความเครียดก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างใหญ่หลวง จากการขาดงาน ผลของการทำงานลดลง ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และเมื่อบุคคลป่วย ก็ยอมสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

จะเห็นได้ว่า ผลเสียของความเครียดในแต่ละด้านของบุคคล จะเชื่อมโยงกันเป็นลูกโซ่และผลเสียเหล่านี้ ก็ไม่ได้กระทบเฉพาะบุคคลที่มีความเครียดเท่านั้น แต่จะกระทบต่อบุคคลรอบข้าง ตลอดจนสังคมโดยรวมอีกด้วย [49]

ความเครียดในระดับต่ำและระดับปานกลาง และความเครียดในระยะเวลาที่ไม่นานจนเกินไปนัก เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำการสิ่งต่างๆ อย่างกระตือรือร้น ได้ฝึกแก้ไขปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ อวัยวะต่างๆ ในร่างกายได้มีโอกาสที่จะรับมือกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในทักษะความสามารถของตน มีความรู้สึกเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเองมากยิ่งขึ้น แต่ถ้าเป็นความเครียดในระดับรุนแรงหรือที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานๆ ก็จะทำให้เกิดผลเสียต่างๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นผลเสียทางด้านสรีระ ผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผลเสียทางด้านความคิด ผลเสียทางพฤติกรรม ตลอดจนผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ ผลเสียในแต่ละด้านของบุคคลนี้ จะเชื่อมโยงกันเป็นลูกโซ่ และไม่ได้กระทบกระเทือนเฉพาะบุคคลที่ตกอยู่ในภาวะเครียดเท่านั้น แต่จะกระทบกระเทือนและส่งผลไปสู่ผู้คนรอบข้าง ตลอดจนสังคมโดยรวมอีกด้วย ดังนั้น การค้นหาวิธีการที่จะช่วยลดความเครียดในบุคคลนั้น ย่อมเป็นหนทางที่จะลดผลกระทบต่างๆ ในทางที่เสียหายทั้งต่อบุคคลนั้นเองและสังคมรอบข้าง

การประเมินสถานการณ์ความเครียดของบิดามารดา

Friedman [50] ได้กล่าวถึงการประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรที่ต้องใช้เวลารักษานานของบิดามารดาว่า เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งจะทำให้บิดามารดามีปฏิกิริยาต่อความเจ็บป่วยของบุตร ดังนี้

1) ช็อกและไม่เชื่อ (Shock and disbelief) ถึงแม้ว่าบิดามารดาหลายรายพอจะทราบอยู่บ้างว่า บุตรมีความผิดปกติ แต่เมื่อได้รับการบอกเล่าจากแพทย์จริงๆ บิดามารดาก็จะช็อกและไม่เชื่อว่าเป็นความจริง อาการช็อกและไม่เชื่อนั้นแสดงออกมาก และเป็นเวลานาน เมื่อเด็กนั้นไม่เคยมีอาการผิดปกติมาก่อน และในขณะที่ช็อกและไม่เชื่อจะมีความวิตกกังวลสูง ซึ่งเป็นช่วงที่ยากที่จะให้ข้อมูลต่างๆ แก่บิดามารดา [5]

2) โกรธ (Anger) เมื่อรู้ว่าเด็กป่วยจริง บิดามารดาจะโกรธ โดยบิดามารดาอาจจะโกรธแพทย์พยาบาล หรือสิ่งที่มองไม่เห็น ความโกรธจะทำให้บิดามารดาตั้งคำถามอยู่ตลอดเวลาว่าทำไมต้องเป็นบุตรของตน หรือบิดามารดาอาจจะโกรธตัวเองหรือคู่ชีวิตที่ไม่สามารถให้กำเนิดบุตรที่มีสุขภาพสมบูรณ์ได้ บิดามารดาบางรายจะโกรธบุตรที่ป่วย ซึ่งบางครั้งจะทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกผิดภายในใจขึ้นได้ (Guilt)

3) ความรู้สึกผิดบาป (Guilt) บิดามารดาบางรายคิดว่าที่เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเกิดขึ้นเพราะพระเจ้าลงโทษ ซึ่งบิดามารดาจะรู้สึกเศร้าสลดใจ Fostel [51] กล่าวว่า ความรู้สึกผิดนั้นเกิดจากบิดามารดามีจิตสำนึกที่อยากให้บุตรตาย หรืออาจเกิดจากเมื่อบิดามารดาทราบว่าโรคที่บุตรเป็นนั้น ต้นเหตุมาจากตน เช่น โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ถ้าบิดามารดาไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกผิดได้ จะทำให้มีผลต่ออัตมโนทัศน์ของตัวเอง ทำให้มีความตึงเครียดและทำให้บิดามารดามีพฤติกรรมที่ปกป้องบุตรมากเกินไป [5]

4) ซึมเศร้าและท้อใจ (Depression and discouragement) ความซึมเศร้าและท้อใจของบิดามารดา จะพบเห็นอยู่เป็นประจำ บิดามารดาจะซึมเศร้า เมื่อพบว่าความเจ็บป่วยของบุตรไม่สามารถปฏิบัติได้อีกต่อไป เกิดความท้อใจเมื่อไม่สามารถป้องกันความก้าวหน้าของโรคที่เกิดแก่

บุตรได้ บิดามารดาจะมีอาการพูดน้อยลงหรือไม่พูด รับประทานอาหารได้น้อยลง ชอบอยู่เงียบๆ คนเดียว ตาเหม่อลอย นอนไม่หลับ [5]

5) ความรู้สึกเศร้าโศก (Grief) ปฏิกริยาเศร้าโศกพบได้เป็นปกติของบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความเศร้าโศกเกิดจากบิดามารดาที่มีความรู้สึกสูญเสียความคิดฝันหรือจินตนาการไว้ว่าบุตรของตนจะต้องสวยงาม มีความสามารถและสืบทอดตระกูลได้ บิดามารดาบางรายมีภาวะเศร้าเป็นระยะเวลายาวนาน อาจจะทำตลอดชีวิตของเขา แต่ความมากน้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ บุคลิกภาพ ศาสนา ระดับชั้นทางสังคม บิดามารดาจะแสดงปฏิกริยาออกมาโดยการร้องไห้ นอนไม่หลับ หรือมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ซึ่งบางคนอาจแสดงออกมาอย่างชัดเจน แต่บางคนพยายามปิดบัง [5]

6) ความกลัว (Fear) บิดามารดาที่บุตรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะมีความกลัวว่าบุตรจะตายหรือมีอาการหนักกว่านี้ และมักจะกลัวในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น บิดามารดามักจะถามว่าสาเหตุการเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุอะไร และถ้ามีบุตรอีกจะเป็นอย่างไรอีกไหม จะดูแลบุตรอย่างไร เป็นต้น Chinn Winn and Walter [52] กล่าวว่า ความกลัวจะลดลงเมื่อมารดาได้ข้อมูลอย่างเพียงพอ

7) ปฏิกริยาต่อชุมชนในสังคม (Reaction to Extended Community) การมีบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง จะทำให้บิดามารดาที่มีความอับอาย ลดความสนใจในสิ่งแวดล้อม แยกตัวออกจากญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง การต้องรับภาระการดูแลบุตรเป็นเหตุผลอันหนึ่งที่บิดามารดาใช้อ้างเมื่อไม่ประสบความสำเร็จในอาชีพ [5]

ปฏิกริยาต่างๆ ของบิดามารดาที่กล่าวมาแล้ว จะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้ [5]

1) ความรุนแรงของโรคของบุตร อาการอ่อนเพลียจากการเจ็บป่วย และการพยากรณ์ที่ไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเจ็บป่วยนั้นเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดีมาก่อน จะทำให้บิดามารดาที่มีความเครียดมากขึ้น

2) ธรรมชาติของความเจ็บป่วย โรคที่เด็กเจ็บป่วยนั้นเกิดขึ้นตั้งแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลัง ถ้าโรคที่เกิดขึ้นนั้นเป็นมาตั้งแต่กำเนิด จะทำให้บิดามารดาที่มีความรู้สึกผิดและต้องรับผิดชอบ

3) อายุของบุตรเมื่อเริ่มเป็นโรคหรืออายุเมื่อได้รับการวินิจฉัย การได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่แรกเกิด บิดามารดายังไม่เคยรับรู้ความปกติของเด็ก แต่ถ้าการวินิจฉัยหรือภาวะของโรคเกิดเมื่อเด็กโตขึ้น จะทำให้บิดามารดาที่มีความรู้สึกสูญเสียและซึมเศร้า

4) ความไม่สมดุลทางอารมณ์ของบุคคลในครอบครัว ปัญหาทางด้านจิตสังคมของบุคคลในครอบครัว จะเกิดขึ้นเมื่อภาวะของโรคเรื้อรังรบกวนสถานภาพของครอบครัว

5) ธรรมชาติและผลของความเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยหรือการได้รับการรักษาที่ยุ่ยากซึ่งมีผลทำให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อเด็ก จะทำให้บิดามารดาที่มีความรู้สึกผิดมากขึ้น

6) โปรแกรมการรักษาที่บ้านและความจำกัดของวิถีชีวิตของครอบครัว กิจกรรมการดูแลที่บ้าน เช่น การฉีดยา การเคาะปอดเพื่อขับเสมหะ จะทำให้เด็กไม่พึงพอใจ เศร้าโศก มีผลให้เกิดปฏิกิริยาต่อต้านสิ่งเหล่านี้ จะเพิ่มงานและความตึงเครียดแก่บิดามารดา เด็กอาจจะมีอำนาจต่อรองเหนือบิดามารดาทำให้เกิดพฤติกรรมพึ่งพา พัฒนาการผิดปกติมีผลทำให้เกิดความเศร้าโศกทั้งบิดามารดาและตัวเด็ก เกิดผลกระทบถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดากับบุตรและกับสมาชิกภายในครอบครัว

7) การมีหรือไม่มีพี่น้องที่ผิดปกติ การมีบุตรคนอื่นที่มีสุขภาพปกติอยู่ในครอบครัวทำให้บิดามารดาที่มีความเครียดลดลง ในครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วยมากกว่าหนึ่งคนหรือมีบุตรเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง จะทำให้บิดามารดาปรับตัวได้ยาก

8) การที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำและการได้รับการผ่าตัดหลายอย่าง เช่น โรคไตเรื้อรังหรือแผลน้ำร้อนลวก จะเพิ่มความกดดันแก่บิดามารดา บิดามารดาจะเห็นว่าบุตรทุกข์ทรมานแต่ไม่สามารถช่วยได้

9) ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สำหรับครอบครัวที่มีรายได้จำกัดและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาบุตร จะทำให้บิดามารดาที่มีความวิตกกังวล บิดามารดาต้องออกไปทำงานนอก

บ้านหรือทำงานพิเศษเพื่อหารายได้ ซึ่งจะส่งผลถึงสัมพันธภาพของคู่สมรสทำให้อัตราการแตกแยกในครอบครัวสูง

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดา

บิดามารดาเด็กออทิสติกนั้น มักจะพบกับปัญหาและความยุ่งยากในการดูแล ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจ ขึ้นมาความรู้สึกความสมดุของจิตใจได้ หากบิดามารดาไม่สามารถปรับตัวกับความไม่สมดุนั้นได้ ก็จะสะสมความไม่สมดุนั้นไว้ จนก่อให้เกิดความเครียดตามมา โดยบิดามารดาแต่ละคนจะสามารถปรับตัวต่อความไม่สมดุของจิตใจได้มากหรือน้อย ก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ดังนี้

เพศ

นาฏยพรรณ ภิญโญ [15] ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสติกเป็นเพศหญิง (มารดา) ร้อยละ 67.3 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Harding และ Higginson [53] ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมักเป็นเพศหญิงประมาณร้อยละ 66 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีบทบาททางสังคม ในการรับผิดชอบในครอบครัว ดูแลงานบ้าน และเป็นเพศที่ถูกคาดหวังจากสังคมว่ามีความเหมาะสมในการรับบทบาทหน้าที่ดูแลมีลักษณะเป็นพยาบาลประจำบ้าน ที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวด้านงานบ้านและด้านสุขภาพอนามัยทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย [54] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสันนิษฐานว่าเพศของบิดามารดาน่าจะมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด โดยเฉพาะมารดาที่ถูกคาดหวังทางสังคมในด้านการเป็นผู้ดูแลบุตรมากกว่าบิดา

อายุ

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเครียดและการเผชิญปัญหาของบุคคล ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปตามพัฒนาการ เป็นเพราะในแต่ละวัยจะมีแรงขับ (motive) และเทคนิคในการเผชิญปัญหา โดยใช้แหล่งประโยชน์และวิธีการที่แตกต่างกันไป [55] Mercer [56]

กล่าวว่า อายุ เป็นส่วนหนึ่ง que แสดงถึงการมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และมีผลโดยตรงต่อการปรับตัวต่อเหตุการณ์และสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับที่ Lazarus [35] กล่าวว่า การได้ผ่านประสบการณ์และมีวุฒิภาวะสูงขึ้น จะทำให้บุคคลเลือกใช้ในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น [5] โดยเมื่ออายุมากขึ้น บุคคลจะมีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับภาวะวิกฤติและประสบการณ์ในการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาในภาวะเหล่านั้น ทำให้มีวุฒิภาวะ มีความสามารถในการคิดวินิจฉัยและตัดสินใจเลือกการเผชิญปัญหามากขึ้น [57] ดังนั้น เมื่อเผชิญกับภาวะเครียด บุคคลก็จะเลือกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ทำให้ความเครียดลดลงได้ ด้วยเหตุนี้ อายุจึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเครียดของบิดามารดาด้วย

ระดับการศึกษา

การศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่ง que ช่วยให้บุคคลมีวุฒิภาวะสูงขึ้น การศึกษาเป็นตัวกำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา [58] ผู้มีการศึกษาดีกว่า จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาได้ดีกว่า ทำให้ง่ายต่อการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ ใช้การเรียนรู้ในอดีต รวมทั้งประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีเหตุผล [59] ส่วนบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ ก็จะมีผลต่อการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ทำให้ศักยภาพในการแก้ปัญหาต่ำ ส่งผลให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาต่ำไปด้วย [60]

Strauss & Munton [61] ศึกษาพบว่า มารดาที่มีความรู้สูงสามารถเผชิญกับความเครียดเนื่องจากการมีบุตรพัฒนาการล่าช้าได้ดี ทั้งนี้เพราะรู้ถึงความต้องการของบุตรและความต้องการของตน

อาชีพ

Osenencko [62] พบว่า ผู้ประกอบอาชีพรับจ้างที่ไม่ค่อยมั่นคงหรือมีรายได้ที่ไม่พอเพียง ส่งผลต่อการเกิดภาวะการดูแลบุตรออกที่สติกน้อยกว่า อาจเนื่องจากอาชีพรับจ้างมีการปฏิบัติงานที่มีกำหนดเวลาแน่นอน อาจทำให้มีเวลาจำกัดในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความเป็นภาระได้มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับอาชีพอื่นๆ เช่น แม่บ้าน หรือ ค้าขาย ที่ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอนในการปฏิบัติงาน ซึ่งสามารถจัดเวลาในการทำการและดูแลผู้ป่วยรวมทั้งพักผ่อนได้มากกว่า

เมื่อลักษณะของอาชีพที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อภาระการดูแลบุตร เช่น อาชีพที่ไม่มั่นคง และก่อให้เกิดรายได้ที่ไม่พอเพียง ทำให้ผู้ประกอบการอาชีพเหล่านั้นรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น ก็จะส่งผลกระทบต่อทำให้ระดับความเครียดสูงขึ้นด้วย ดังนั้น อาชีพ จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเครียดของบิดามารดาที่เราจะต้องนำมาพิจารณาด้วย

รายได้ของครอบครัว

รายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการเผชิญความเครียด [63] ดังนั้น จึงมีอิทธิพลต่อระดับความเครียดด้วย ทั้งนี้เพราะรายได้ของครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางการเงิน เป็นตัวเสริมแรงที่มีต่อภาวะจิตใจของบิดามารดาและระดับความเครียดด้วย ผู้มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสหรือแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อใช้ในการดูแลบุตร ซึ่งจะส่งผลให้มารดาปรับตัวได้ง่ายขึ้น ไม่ต้องกังวลกับปัญหาเศรษฐกิจ ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อยต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ จากการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง หรือมารดาต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลบุตร จึงอาจทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้

ประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว

Holroyd และ McAnthlen [64] พบว่า มารดาเด็กออทิสติกและเด็กดาวน์ซินโดรม จะมีปัญหาเหมือนกัน คือ สุขภาพไม่ดี

ผู้วิจัยได้สันนิษฐานว่า บิดามารดาที่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว อาจจะมีประสบการณ์การเรียนรู้ถึงภาวะทรมาณของโรคที่ตนเองเป็น เมื่อต้องมาเลี้ยงดูเด็กออทิสติก ก็อาจจะนำประสบการณ์ที่ไม่ดีของตนมาเชื่อมโยงกับโรคของเด็ก ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการเลี้ยงดูที่แตกต่างกันไปในแต่ละคน บิดามารดาบางคนปรับตัวได้กับโรคประจำตัวของตนเอง ก็อาจจะเลี้ยงดูเด็กออทิสติกได้ดีกว่าบิดามารดาที่ปรับตัวกับโรคของตนเองไม่ดี ซึ่งอาจจะมีระดับของความเครียดสูงขึ้นด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการจะศึกษาปัจจัยตัวนี้ให้เด่นชัดขึ้นว่ามีความสัมพันธ์ กับระดับความเครียดอย่างไร

จำนวนบุตร

จำนวนบุตร เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของบิดามารดา Turner & Helms [65] พบว่า มารดาที่มีบุตรจำนวนน้อย ไม่ต้องรับบทบาทในการดูแลบุตรคนอื่น ๆ ทำให้มีเวลาเต็มที่กับบุตรมากกว่ามารดาที่มีบุตรหลายคนที่ต้องมีบทบาทในการดูแลบุตรคนอื่น ๆ และรวมไปถึงภาระงานบ้านที่เพิ่มมากขึ้น

Mirr [66] ศึกษาโดยการสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัวที่มีสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ในครอบครัวยังมีบุตรคนอื่น ๆ ที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่อยู่ที่บ้าน และมี 3 ครอบครัว ที่กล่าวว่า บุตรที่อยู่บ้านมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นสิ่งก่อกำเนิดความเครียดในบิดามารดามากยิ่งขึ้น

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย (เด็กออทิสติก)

เพศ

Bristol [67] ได้ศึกษามารดาเด็กออทิสติก จำนวน 40 คน ซึ่งมีเด็กอายุตั้งแต่ 4-19 ปี พบว่า ระดับความเครียดนั้นเกี่ยวข้องกับเพศของเด็ก โดยมารดาได้รับผลกระทบจากเด็กชายที่เป็นออทิสติกมากกว่าเด็กหญิงที่เป็นออทิสติก ถึงแม้ว่าจะควบคุมตัวแปรด้านอื่นๆ ไว้ เช่น อายุของมารดา ความเครียดปกติของครอบครัว และระดับความรุนแรงของโรคที่ถูกลูกคุกคาม

อายุ

ในกรณีที่เด็กมีอายุน้อย มารดาจะมีความยุ่งยากในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม [68]

Mccubbin [68] พบว่า อายุของเด็กมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการเผชิญความเครียดของมารดา กล่าวคือ เมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น มารดาจะเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น โดยพยายามหาสิ่งประคับประคอง พยายามดำรงไว้ซึ่งคุณค่าของตนเองและรักษาความสมดุลทางด้านจิตใจ

ปัจจัยเกี่ยวกับโรค

ระยะเวลาการเข้ารับการรักษา

รุ่งฤดี วงศ์ชุม [8] พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาระยะเวลาแตกต่างกันมีระดับความเครียดแตกต่างกัน โดยบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาระยะเวลา 1 – 2 ปี มีระดับความเครียดมากกว่าบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาระยะเวลาต่ำกว่า 1 ปี และ ระยะเวลา 5 – 6 ปี เนื่องจากบิดามารดาที่พบุตรเข้ารับการรักษาตามที่แพทย์แนะนำ ก็คาดหวังว่าบุตรของตนจะมีอาการดีขึ้น มีพัฒนาการเหมือนเด็กปกติทั่วไป แต่ในความเป็นจริงแล้ว เด็กออทิสติกต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ดังนั้น บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาระยะเวลา 1 – 2 ปี จึงมีระดับความเครียดมาก

ความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา)

การรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยของบุตร เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อระดับความเครียดของบิดามารดาได้ ทำให้บิดามารดาแต่ละคน มีระดับความเครียดที่แตกต่างกันไป

Alquiler & Messick [69] กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดที่สำคัญคือ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ เมื่อบุคคลรับรู้ต่อเหตุการณ์ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ก็จะสามารถแก้ปัญหา เพื่อลดความเครียดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แต่ถ้ารับรู้เหตุการณ์ผิด การแก้ปัญหาก็คจะไม่สำเร็จ ความเครียดก็จะยังอยู่ต่อไป

ดังนั้น การรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยในตัวบุตร ซึ่งเกิดจากการประเมินสถานการณ์ของบิดามารดาตามความเป็นจริง จะมีผลถึงระดับความเครียดด้วย

ระดับความรุนแรงของอาการ

โรคออทิสติก เป็นโรคที่มีลักษณะที่แตกต่างกันได้มาก อาการมีหลายอย่าง และความรุนแรงก็ต่างกัน เนื่องจากอาการของโรคมีขอบเขตค่อนข้างกว้างทางการแพทย์ จึงเรียกโรคนี้ว่าเป็น Spectrum (บางครั้งเรียกว่า Autistic Spectrum Disorder หรือ ASD)

เราอาจแบ่งความรุนแรงในอาการของโรคได้ 3 ระดับ คือ

1. รุนแรงน้อย เด็กมักมีสติปัญญาดี มีพัฒนาการทางภาษาดีพอใช้ สามารถเรียนรวมกับเด็กปกติได้ บางรายเรียนได้สูงถึงขั้นปริญญาเอก บางที่เราเรียกเด็กกลุ่มนี้ว่า High Function Autism

2. รุนแรงปานกลาง เด็กกลุ่มนี้มีพัฒนาการทางสังคมและภาษาที่จำกัด เรียนหนังสือได้ไม่สูงเท่ากลุ่มแรก แต่สามารถช่วยตัวเองได้ดีพอใช้

3. รุนแรงมาก เด็กกลุ่มนี้มีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย ภาษาและสังคมพัฒนาไปน้อยมาก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และต้องมีบิดามารดาไปตลอดชีวิต แต่กลุ่มนี้พบได้ไม่มากเท่าไร

พบว่า ระดับความเครียดที่เกิดจากการดูแลนั้น มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติในเด็กออทิสติก โดยเด็กออทิสติกที่มีความผิดปกติแต่ละด้านที่มีความรุนแรงมากหรือมีอาการแทรกซ้อน เช่น การได้รับบาดเจ็บทางกาย ภาวะปัญญาอ่อน จะส่งผลต่อระดับความเครียดของบิดามารดาในการที่จะจัดการกับความผิดปกตินั้นๆ [5]

ปัจจัยทางจิตสังคม

ทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตร

ความหมายของทัศนคติ

ประภา เพ็ญสุวรรณ [70] กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกและความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งของ เหตุการณ์ บุคคล สถานการณ์ สถาบันและข้อเสนอใดๆ ในทางที่ยอมรับหรือปฏิเสธ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองด้วยพฤติกรรมอย่างเดียวกันตลอด

Norman [71] ได้ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติเป็นความรู้สึกและความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งของ บุคคล และสถานการณ์ ในทางที่ยอมรับหรือปฏิเสธ มีผลทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมแบบต่างๆ

สรุปว่า ทศนคติ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ อันเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ และเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง อาจเป็นไปในทางสนับสนุนหรือคัดค้านก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกระบวนการขัดเกลาทางสังคม ฉะนั้น ทศนคติจึงเป็นสิ่งที่ได้รับการปลูกฝังและพัฒนามาตั้งแต่วัยทารกจนกระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งทศนคตินี้จะแสดงออกมาหรือปรากฏให้เห็นเด่นชัดในกรณีที่สิ่งเร้านั้นเป็นสิ่งเร้าทางสังคม ทศนคติเป็นสิ่งที่กำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติหรือตอบสนองในการที่จะชอบหรือไม่ชอบต่อบุคคล วัตถุ สถานการณ์ หรือแม้กระทั่งความคิดเห็นต่างๆ ทศนคติเป็นสิ่งที่ไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่สามารถอ้างอิงได้จากพฤติกรรม หรือแม้กระทั่งความคิดเห็นต่างๆ ตลอดจนการตอบสนองของบุคคลนั้นๆ [16]

องค์ประกอบของทศนคติ

บิดามารดาเด็กออกทิสติก จะทำหน้าที่ในการดูแลเด็กได้ดีเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับทศนคติของตนในขณะนั้น ซึ่ง ดวงเดือน พันธุมนาวิน [72] กล่าวว่า ทศนคติจะมีองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ด้วยกัน 3 ประการ คือ องค์ประกอบด้านความรู้เชิงประเมินค่า หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อวัตถุ สิ่งเร้าต่างๆ ว่า สิ่งนั้นดีหรือเลว มีประโยชน์หรือมีโทษอย่างไร, องค์ประกอบด้านความรู้สึก หมายถึง อารมณ์ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งเร้าต่างๆ เป็นผลต่อเนื่องจากการที่บุคคลประเมินผลต่อสิ่งเร้านั้นแล้วว่า พอใจหรือไม่พอใจ เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม มีประโยชน์หรือมีโทษอย่างไร, องค์ประกอบด้านความพร้อมที่จะแสดงออก หมายถึง ความมุ่งกระทำที่บุคคลจะปฏิบัติตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทิศทางที่จะสนับสนุนหรือคัดค้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคลที่ได้มาจากการประเมินค่า จึงกล่าวได้ว่าทศนคติของบิดามารดาเด็กออกทิสติกนั้น เป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

หน้าที่และประโยชน์ของทัศนคติ

Smith [73] ได้กล่าวถึงหน้าที่และประโยชน์ของทัศนคติว่ามี 4 อย่าง ดังนี้

1. หน้าที่ให้ความเข้าใจ ทัศนคติหลายอย่างช่วยให้เข้าใจโลกและสภาพแวดล้อม ได้เรียนรู้ และเข้าใจการกระทำของบุคคลในสังคม สามารถอธิบายและคาดคะเนการกระทำของตนเองและของบุคคลอื่น

บิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีทัศนคติเข้าใจในตัวบุตร เข้าใจในความเป็นไปของโรค จะสามารถหาแนวทางในการเลี้ยงดูเด็ก และมีพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูที่เหมาะสมกับเด็กได้ [16]

2. หน้าที่ป้องกันตนเอง บ่อยครั้งที่บุคคลจำเป็นต้องหาทางออกให้กับตัวเอง เพื่อความสบายใจ เป็นต้นว่า คนที่ชอบพูดว่าคนอื่นตรงๆ ก็หาทางออกปกป้องตนเองว่า การที่ตนทำเช่นนั้น ก็เพราะมีความจริงใจกับเพื่อนฝูง

การที่บิดามารดาพร้อมที่จะดูแลบุตรอย่างสม่ำเสมอ จนทำให้งานในส่วนอื่นบกพร่องไปบ้าง การคิดว่าตนเองเป็นบิดามารดาที่มีความจำเป็นต้องทำเช่นนั้น จะทำให้บิดามารดาคลายความวิตกกังวลลง [16]

3. หน้าที่ในการปรับตัว ทัศนคติจะช่วยให้บุคคลปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมได้ โดยปกติบุคคลมักจะคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับเป็นสำคัญ และจะพัฒนาทัศนคติตามแนวทางที่คาดว่าจะสนองตอบความต้องการของตนได้ เช่น คนหันมาขอการศึกษาเล่าเรียน เพราะเชื่อว่าการศึกษาสูงจะช่วยให้มีชีวิตที่ดีขึ้น

บิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุตร จะเห็นประโยชน์ของการเอาใจใส่ดูแลบุตร และเห็นโทษของการละเลยไม่ดูแลบุตร ช่วยให้บิดามารดาได้แสดงออกถึงพฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรที่เหมาะสม อันเป็นการสะท้อนถึงการปรับตัวที่ดีของบิดามารดา [16]

4. หน้าที่แสดงออกซึ่งค่านิยม ทัศนคติช่วยให้บุคคลได้แสดงออกซึ่งค่านิยมของตนเอง เช่น คนที่มีความซื่อสัตย์มาก ก็จะแสดงออกโดยการไม่ชอบพวกรับราชการรับเงิน

บิดามารดาบุตรออกทิสติกที่เห็นว่าการดูแลบุตรเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ถ้าหากเอาใจใส่ดูแลบุตรอย่างเต็มที่ จะทำให้บุตรมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ก็จะทำให้ความสำคัญกับการดูแลบุตรมากกว่าสิ่งอื่น [16]

Allport [74] แสดงให้เห็นว่า ประสบการณ์ของบิดามารดา จะมีอิทธิพลอย่างมากต่อทัศนคติของบิดามารดาเอง

ดังนั้น บิดามารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุตรออกทิสติก ซึ่งไม่ว่าอาจจะเกิดจากการเรียนรู้ เกิดจากสิ่งเร้าต่างๆ ทางสังคม หรือจากสาเหตุอื่นๆ ก็ตาม จะทำให้บิดามารดารับรู้บทบาทของตนในการดูแลบุตรออกทิสติกว่าจะต้องทำอะไร จึงจะเกิดผลดีที่สุดสำหรับบุตร บิดามารดาที่มีทัศนคติที่ดี ก็จะทำให้การดูแลบุตรเป็นไปในทางที่ดี และส่งผลให้มีระดับความเครียดเป็นไปในทางที่ดีด้วย

การสนับสนุนทางสังคม

ความหมาย

Thoits [75] กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม ข้อมูลหรือสิ่งของ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

Cobb [76] กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้เขารู้ว่าเขามีคนรัก ได้รับการเอาใจใส่ ยกย่อง มีคนเห็นคุณค่า และรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

จินตนา ยูนิพันธ์ [77] กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการวิจัยทางจิตวิทยาสังคมที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตในสังคมมนุษย์ โดยพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงเป็นที่รักเป็นที่ต้องการ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติหรือมีความเครียดเกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจากแหล่งสนับสนุนที่บุคคลนั้นมีอยู่ จะช่วยบรรเทาความรุนแรงหรือป้องกันไม่ให้ความเครียดนั้นมากระทบจนเกิดความผิดปกติ

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นความช่วยเหลือเกี่ยวกับด้านอารมณ์ สังคม ข้อมูล ข่าวสาร สิ่งของและบริการ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง ได้รับการยอมรับและเอาใจใส่ สามารถเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น [16]

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

อุบล นิวัติชัย [78] ได้อ้างถึงแนวคิดของ Kaplan ในการจำแนกกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทหนึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ บุยา ตายาย พ่อแม่ ลูกหลาน กับอีกประเภทหนึ่งเรียกว่า ครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนในที่ทำงานเดียวกัน
2. องค์กรและสมาคมที่ให้การสนับสนุน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วยเป็นชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ
3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนโดยอาชีพ

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

House [79] ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นความรู้สึกเห็นใจ การให้การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า เป็นการแสดงถึงความรักความผูกพันที่มีต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ เป็นการรับข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจและรู้สึกเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่น
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารข้อเท็จจริง การให้คำแนะนำซึ่งสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

4. การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ เป็นการให้ความช่วยเหลือในรูปวัตถุ สิ่งของ หรือ แรงงาน

จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้น สำคัญต่อการดำรงชีวิตในสังคมมนุษย์ ที่ซึ่งมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง เป็นที่รัก เป็นที่ต้องการ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติหรือมีความเครียดเกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจากแหล่งสนับสนุนที่บุคคลนั้นมีอยู่ จะช่วยบรรเทาความรุนแรงหรือเป็นการป้องกันไม่ให้ความเครียดนั้นมากระทบจนเกิดความผิดปกติ [16]

บิดามารดาเด็กออทิสติกก็เช่นเดียวกัน การที่จะมีระดับความเครียดเป็นไปในแนวทางที่ดีนั้น จำเป็นที่จะต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมด้วย แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะส่งผลต่อระดับความเครียดแก่บิดามารดาเด็กออทิสติก ได้แก่ ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ [78] ครอบครัวจะช่วยส่งเสริมให้บิดามารดาเด็กออทิสติกมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา ฯลฯ ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ ก็จะช่วยให้บิดามารดาเด็กออทิสติก รู้สึกมีกำลังใจ มีแรงจูงใจในการรักษา เพื่อให้บุตรออทิสติกของตนใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด สูไปรมา สีสลามณี [1] ศึกษาการเผชิญปัญหาภาวะวิกฤติและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก พบว่า หากบิดามารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยลดความตึงเครียดและส่งเสริมความสามารถในการเผชิญภาวะวิกฤติดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะบทบาทคู่สมรส [16]

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Benson PR [80] ได้ศึกษาผลกระทบจากความรุนแรงของอาการในเด็กออทิสติกต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครอง โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองสามารถทำนายได้จากความรุนแรงของอาการในเด็กออทิสติก และความเครียดที่ต่อเนื่อง ซึ่งความเครียดที่ต่อเนื่องบางส่วนก็มีผลมาจากความรุนแรงของอาการในเด็กออทิสติกที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครอง โดยสิ่งที่จะช่วยลดระดับความเครียดที่ต่อเนื่องและภาวะซึมเศร้าได้ก็คือการสนับสนุนทางสังคม แต่จากการศึกษา

พบว่าสิ่งที่ดีที่สุดที่จะช่วยลดระดับความเครียดที่ต่อเนื่องและภาวะซึมเศร้าได้ คือความรุนแรงของอาการในเด็กออทิสติกที่น้อยลง

Herring และคณะ [81] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตของผู้ปกครองและการทำหน้าที่ของครอบครัวในเด็กพัฒนาการช้าและ PDD ที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ พบว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กมีผลต่อความเครียดในมารดา ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ปกครอง และเกิดการบกพร่องของการทำหน้าที่ของครอบครัวได้มากกว่าปัจจัยด้านตัวโรคหรือเพศเด็ก ซึ่งการที่เด็กได้รับการบำบัดตั้งแต่ในช่วงแรกเริ่มที่ทราบว่ามีอาการ จะทำให้ลดปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กลงได้ โดยหากปล่อยไว้เนิ่นนาน ปัญหาดังกล่าวจะเพิ่มต่อเนื่องไปจนเด็กโตขึ้น ซึ่งจะทำให้ปัญหารุนแรงและจัดการแก้ไขได้ยาก

Hastings และคณะ [82] วิเคราะห์ความเครียดและการรับรู้ทางบวกในบิดามารดาเด็กออทิสติกวัยก่อนวัยเรียน พบว่า ปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีมากมีความสัมพันธ์กับความเครียดและความทุกข์ใจในการเลี้ยงดูที่จะเพิ่มขึ้นเนื่องจากเด็กออทิสติกมีการเปลี่ยนแปลงง่ายต่อสถานการณ์ สถานที่ และความยากลำบากในการปรับตัว โดยจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมารดาไม่สามารถคาดเดาอาการของบุตรได้ว่าจะเกิดขึ้นตอนไหน

กัญญา ธัญมณฑา [11] ศึกษาผลกระทบต่างๆ ซึ่งได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านสังคม ของบิดามารดาที่มีลูกเป็นออทิสติก โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 ราย เป็นบิดา 29 ราย มารดา 41 ราย ที่นำบุตรมารับบริการ ณ ศูนย์สุขวิทยาจิต แผนกกุมารจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และแผนกฝึกพูด โรงพยาบาลรามารัตนดี โดยการใช้แบบสอบถาม SCL - 90 (Symptom check list - 90) ให้บิดามารดาเด็กออทิสติกเป็นผู้ประเมินตามการรับรู้ของตนเอง พบว่า ร้อยละ 7.14 ของบิดามารดา มีอาการทางกายสูงกว่าปกติ บิดามารดาที่มีความวิตกกังวลมากในเรื่องอาการของเด็กและในเรื่องแหล่งบริการต่างๆ ซึ่งได้แก่ การต้องการฝึกพูด สถานที่เรียนในอนาคต และคลินิกทันตกรรม เป็นต้น ด้านอารมณ์เศร้า พบว่าร้อยละ 10 ของทั้งบิดาและมารดา มีอารมณ์เศร้าสูงกว่าปกติ ด้านสังคม พบว่าคะแนนที่ได้มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าปกติที่ใช้วัดทุกด้าน

นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล [9] ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่มารับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 136 ราย ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งดัดแปลงโดย ศิริรักษา นันทพงษ์ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งได้แก่ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน การได้เอื้อประโยชน์และช่วยเหลือผู้อื่น การได้รับความช่วยเหลือแนะนำในด้านต่างๆ การได้รับการยอมรับ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งเท่ากับการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมตามลำดับ โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ปกครองเด็กออทิสติกได้รับมาก ได้แก่ คู่สมรส บิดามารดา ญาติ และบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งเท่ากับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เป็นเพื่อน ตามลำดับ

นาฎยพรรณ ภิญโญ [15] ศึกษาความรู้สึกต่อภาระการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กจำนวน 110 ราย โดยให้ตอบแบบสอบถามสำรวจพฤติกรรมเด็ก (Thai Youth Checklists : TYC) แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามระดับความเครียด และแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกต่อภาระการดูแล (Burden Interview : BI) ซึ่งพบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ มีความรู้สึกต่อภาระการดูแล ความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง พบว่า ความรู้สึกต่อภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก และปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตหรือโรคจิตประสาทของผู้ปกครอง, การสนับสนุนทางสังคม, ปัญหาพฤติกรรม, อายุ, การศึกษา, รายได้ของผู้ปกครอง, การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม, การเข้ากับเด็กคนอื่น ๆ ได้ และรูปแบบการรักษา โดยเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมในระดับมีปัญหาแบบแสดงออก ซึ่งส่งผลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อภาระการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตหรือโรคจิตประสาทของบิดามารดาเด็กออทิสติก, การปฏิบัติตนต่อพ่อแม่ของเด็กออทิสติก, สถานภาพสมรส, ความพอใจของรายได้, การมีสมาชิกหรือญาติมีประวัติป่วยเป็น

โรคออทิสติก, อายุของผู้ป่วย, การเข้ากับเด็กคนอื่นๆ ได้ และระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรม

ประพา หมายสุข [83] ศึกษาความเครียดและการปรับตัวของมารดาที่มีลูกออทิสติก กับมารดาที่มีลูกปกติ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการปรับตัวของมารดาที่มีลูกออทิสติก กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่นำลูกออทิสติกอายุระหว่าง 3 – 6 ปี มาใช้บริการ ฅ งานคลินิกเด็กและครอบครัวบำบัด สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว จำนวน 40 ราย โดยใช้แบบสอบถามระดับความเครียดของมารดาในการดูแลเด็ก และแบบวัดการปรับตัวของมารดาที่มีลูกออทิสติก ซึ่งพบว่ามารดาที่มีลูกออทิสติกมีระดับความเครียดมากกว่ามารดาที่มีลูกปกติในวัยเดียวกัน โดยความเครียดของมารดาที่มีลูกออทิสติกมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวโดยรวม

ประภาศรี ท่งมีผล [84] ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มมารดาที่พานบุตรมาบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลยุวประสาททวโยปถัมภ์ จำนวน 200 ราย ใช้แบบสอบถามความเครียด(The Perceived Stress Scale : PSS) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม(Personal Resource Questionnaire : PRQ 2000) และแบบสอบถามความพร้อมในการดูแล โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ความพร้อมในการดูแลบุตรและความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อขจัดอิทธิพลของความเครียดแล้ว การสนับสนุนทางสังคมและความพร้อม มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ เมื่อขจัดอิทธิพลของความพร้อมแล้ว การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดมีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ และเมื่อขจัดอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมแล้ว ความเครียดและความพร้อมมีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ

มนัสวี จำปาเทศ [5] ศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบการปรับตัวด้านการดำรงบทบาทหน้าที่ต่างๆ สูงสุด และมีการปรับตัวด้านขวัญกำลังใจต่ำสุด ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวก

กับรายได้ของครอบครัว การรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนของสามี และมีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวนบุตร โดยที่อายุของมารดานั้นไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ การปรับตัวของมารดา มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวแตกต่างกัน มีการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน

สมจิตร พิพิมาย, ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ และสิริลักษณ์ วรรณณะพงษ์ [85] ศึกษาความพร้อมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครองเด็กออทิสติกรายใหม่ ที่มารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ และโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 58 ราย ใช้แบบประเมินความพร้อมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติกที่พัฒนาโดย สมจิตร พิพิมาย และ ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ ซึ่งแบ่งความพร้อมเป็น 8 ด้าน พบว่า ผลโดยรวมทั้ง 8 ด้าน อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลระดับมาก คือ ด้านร่างกาย ด้านดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่เป็นจากโรงพยาบาล และด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ส่วนด้านที่มีความพร้อมในการดูแลระดับปานกลาง คือ ด้านอารมณ์ ด้านการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล ด้านการจัดการกับความเครียดในระหว่างให้การดูแล

ศศิธร แก้วนพรัตน์ [7] ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกของศูนย์สุขวิทยาจิต กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ บิดาหรือมารดาของเด็กออทิสติกที่เข้ามามีส่วนร่วมในโรงพยาบาลกลางวันของศูนย์สุขวิทยาจิตจำนวน 126 ราย โดยการตอบแบบสอบถาม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านบริการจากเครือข่ายทางสังคมที่บิดามารดาเด็กออทิสติกได้รับ มีผลในเชิงบวกต่อความเครียด โดยทำให้ความวิตกกังวลลดลง เกิดความเข้มแข็งและปรับตัวต่อปัญหาที่เผชิญอยู่ บิดามารดาของเด็กออทิสติกจึงมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย

ศิริภาณี มหามาตย์ [55] ศึกษาารูปแบบพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดในมารดาของเด็กออทิสติก และเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กออทิสติกที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และบุตรที่มีอายุแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กออทิสติกอายุ 1 – 19 ปี ที่พบบุตรมารับการส่งเสริมพัฒนาการ ที่มูลนิธิสถาบันแสงสว่าง สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 200 ราย โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กออทิสติกที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง ซึ่งพบว่ามารดาของเด็กออทิสติกใช้พฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม ไม่ใช้พฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง และพบว่า มารดาเด็กออทิสติกที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และบุตรที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน

อารีรัศมี แสนจิตต์ [86] ศึกษาผลของการส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่บุตรเป็นออทิสติก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีอายุ 30 – 50 ปี ที่พบบุตรออทิสติกมารับการบำบัด ณ ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์ คลินิกคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 12 ราย ผลการศึกษาพบว่า มารดาได้รับผลกระทบด้านการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และการใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับการดูแลบุตร ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวในการทำกิจกรรมต่างๆ สำหรับสุขภาพตนเอง ผลกระทบด้านสุขภาพของมารดาเกิดผลต่อจิตใจ และการเจ็บป่วยทางกาย จึงจัดทำแผนด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ซึ่งผลจากการรวมกลุ่มแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ประสบการณ์ และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้มารดาได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน และได้ความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมกับตนเองด้วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross – Sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ บิดามารดาเด็กออทิสติกที่พาเด็กออทิสติกมารับการรักษา ณ สถาบันราชานุกูล

ประชากรตัวอย่าง (Population Sample) คือ บิดาหรือมารดาเด็กออทิสติกที่พาเด็กออทิสติกมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล ซึ่งผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา

หลักเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นบิดา หรือ มารดา คนใดคนหนึ่งเพียงคนเดียว ที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติก กล่าวคือ เป็นฝ่ายที่ใช้เวลาในการดูแลบุตรออทิสติกมากกว่า
2. เด็กที่อยู่ในความปกครองได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นออทิสติก ตามหลักเกณฑ์ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual Disorders, Fourth Edition)
3. ผู้ดูแลหลักนั้น พาเด็กมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล
4. ผู้ดูแลหลักนั้น สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัย และ ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
5. ผู้ดูแลหลักนั้น มีสติสัมปชัญญะเข้าใจภาษาไทย (ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้) สามารถตอบคำถามได้

หลักเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

- บิดาหรือมารดาที่ไม่ประสงค์จะให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และติดตามข้อมูลไม่ได้

ตัวอย่าง (Sample) คือ บิดามารดาเด็กออทิสติกที่พาบุตรมาเข้ารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล ตั้งแต่วันที่ 11 พฤศจิกายน – 11 มกราคม พ.ศ. 2553 ที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าศึกษาทั้งหมด โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 106 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเฉลี่ย 10 – 15 ราย ต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

การกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size)

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$n = \frac{Z^2 a P Q}{d^2}$$

โดยมี n = ขนาดตัวอย่าง

Z_a = ค่าวิกฤติที่ระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูลเท่ากับร้อยละ 95 จากตารางการแจกแจงค่าปกติ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

P = ค่าเฉลี่ยความชุกของความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ซึ่งในที่นี้กำหนดให้เท่ากับ 0.5

Q = $1 - p$ มีค่าเท่ากับ 0.5

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.1

$$\text{แทนค่า } n = \frac{(1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{(0.1)^2} = 96.04$$

ขนาดตัวอย่าง = 96 คน

และเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่น 10% ดังนั้นผู้วิจัยจะเก็บขนาดตัวอย่างจำนวน 106 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามทั้งหมด 89 ข้อ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดาเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว จำนวนบุตร, ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของบุตรออทิสติก ได้แก่ เพศ อายุ, และข้อมูลปัจจัยเกี่ยวกับโรค ได้แก่ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา และความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลบุตรออทิสติก ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาจาก จิรวัดณ์ ธนราพงศ์ ที่ได้สร้างขึ้นเพื่อวัดทัศนคติของมารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติกตามขั้นตอนการสร้างแบบวัดที่มีคุณภาพโดยอ้างอิงจาก วิธีการสร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ พรพิมล วรวิมลพิรุฑพงศ์ และสงคราม เซาว์นศิลป์ [87] มีค่า Cronbach's Alpha coefficient เท่ากับ 0.84 มีจำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย

ข้อคำถามทางบวกจำนวน 25 ข้อ (2,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14,15,16,17,18,20,21,23,24, 25, 26,27,28,29,30)

ให้คะแนนดังนี้ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2 = ไม่เห็นด้วย, 3 = ไม่แน่ใจ, 4 = เห็นด้วย, 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง

และข้อคำถามทางลบจำนวน 5 ข้อ (1,6,11,19,22) ให้คะแนนกลับกัน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30 – 150 แบ่งระดับทัศนคติต่อการดูแลบุตร เป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งแบบอิงกลุ่ม [88] คือ $\bar{x} \pm SD$ ได้แก่

- ทัศนคติไม่ดีต่อการดูแลบุตร คือ ผู้ที่มีคะแนนทัศนคติต่อการดูแลบุตรน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติ ลบ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (30 - 112.29)

- ทัศนคติปานกลางต่อการดูแลบุตร คือ ผู้ที่มีคะแนนทัศนคติต่อการดูแลบุตรอยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติ รวมกับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติ ลบ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (112.30 - 134.56)

- ทัศนคติดีต่อการดูแลบุตร คือ ผู้ที่มีคะแนนทัศนคติต่อการดูแลบุตรมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติ รวมกับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (134.57 - 150)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาจาก ศศิธร แก้วนพรัตน์ ที่สร้างขึ้นเพื่อวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กออทิสติก โดยพิจารณาการวัดใน 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านบริการ มีค่า Cronbach's Alpha coefficient เท่ากับ 0.86 ซึ่งแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ต่างก็มีจำนวน 15 ข้อ โดยอาศัยข้อคำถามเดียวกัน ประกอบด้วย

ข้อคำถามทางบวกจำนวน 12 ข้อ (1,2,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14)

ให้คะแนนดังนี้ 1 = ไม่เป็นจริงเลย, 2 = เป็นจริงน้อย, 3 = เป็นจริงปานกลาง, 4 = เป็นจริงเป็นส่วนมาก, 5 = เป็นจริงมากที่สุด

และข้อคำถามทางลบจำนวน 3 ข้อ (3,5,15) ให้คะแนนกลับกัน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15 – 75 แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ เป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งแบบอิงกลุ่ม คือ $\bar{x} \pm SD$ ได้แก่

- ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวต่ำ คือ ผู้ที่มีคะแนนการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ลบ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (15– 34.19)

- ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวปานกลาง คือ ผู้ที่มีคะแนนการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวอยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว รวมกับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ คะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ลบ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (34.20 – 59.22)

- ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวสูง คือ ผู้ที่มีคะแนนการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว รวมกับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (59.23 – 75)

และ

- ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ต่ำ คือ ผู้ที่มีคะแนนการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์น้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ลบ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (15 – 55.23)

- ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ปานกลาง คือ ผู้ที่มีคะแนนการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ อยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนจากบุคลากรทาง

การแพทย์ ร่วมกับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ คะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ครอบคลุมเบี่ยงเบนมาตรฐาน (55.24 – 69.42)

- ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์สูง คือ ผู้ที่มีคะแนนการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (69.43 – 75)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อวัดระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาจาก ศศิธร แก้วนพรัตน์ ที่สร้างขึ้นเพื่อวัดระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก มีค่า Cronbach's Alpha coefficient เท่ากับ 0.86 มีจำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย

ข้อคำถามทางบวกจำนวน 9 ข้อ (1,2,6,8,10,11,13,16,17)

ให้คะแนนดังนี้ 1 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก, 5 = มากที่สุด

และข้อคำถามทางลบจำนวน 8 ข้อ (3,4,5,7,9,12,14,15) ให้คะแนนกลับกัน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 17 – 85 แบ่งระดับความเครียด เป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งแบบอิงกลุ่ม คือ $\bar{x} \pm SD$ ได้แก่

- มีความเครียดระดับสูง คือ ผู้ที่มีคะแนนความเครียดน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียด ครอบคลุมเบี่ยงเบนมาตรฐาน (17 – 56.54)

- มีความเครียดระดับปานกลาง คือ ผู้ที่มีคะแนนความเครียดอยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความเครียด ร่วมกับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ คะแนนเฉลี่ยของความเครียด ครอบคลุมเบี่ยงเบนมาตรฐาน (56.55 – 73.83)

- มีความเครียดระดับต่ำ คือ ผู้ที่มีคะแนนความเครียดมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียด ร่วมกับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (73.83 - 85)

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การศึกษาค้นคว้าหาข้อมูล ผู้วิจัยศึกษาจาก หนังสือ งานวิจัย วารสาร วิทยานิพนธ์ เอกสารราชการ รายงานการประชุม และเอกสารอื่นๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยื่นต่อผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล เพื่อขออนุญาตวิเคราะห์ข้อมูลและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เมื่ออนุญาตให้ทำการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูลเพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยอย่างละเอียด

4. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและวิธีทำแบบสอบถามอย่างละเอียด พร้อมทั้งชี้แจงการนำเสนองานวิจัยที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนการระบุชื่อ แล้วนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม และเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ รวมทั้งจะเปิดเผยข้อมูลเฉพาะในรูปแบบของการสรุปผลรวมของการวิจัยเท่านั้น จากนั้นขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถาม

4.2 ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 นาที

5. เมื่อได้แบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบของแบบสอบถาม หากพบว่าข้อมูลขาดหายไปหรือไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะทำการสอบถามเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

6. ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 19 โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ได้แก่ Chi-Square Test และ One-Way ANOVA สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกและเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากบิดาหรือมารดาของเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล จำนวน 106 ราย ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์เป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดาและเด็กออทิสติก

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเกี่ยวกับโรค

ส่วนที่ 3 ทักษะชีวิตของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์

ส่วนที่ 5 ระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ ระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวและจำนวนบุตร

ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดาเด็กออทิสติก	จำนวน (106 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	41	38.7
หญิง	65	61.3
อายุ		
น้อยกว่า/เท่ากับ 30 ปี	14	13.2
31 – 40 ปี	46	43.4
41 – 50 ปี	36	34
มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	10	9.4
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	16	15.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	16	15.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า/ปวช.	22	20.8
อนุปริญญา/เทียบเท่า/ปวส.	13	12.3
ปริญญาตรี	35	33
สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	4	3.8
อาชีพ		
รับจ้าง	31	29.2
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	22	20.8
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	17	16
พ่อบ้าน / แม่บ้าน	32	30.2
อื่นๆ	4	3.8
รวม	106	100

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดาเด็กออทิสติก	จำนวน (106 คน)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	10	9.4
5,001 - 10,000 บาท	37	34.9
10,001 - 15,000 บาท	25	23.6
มากกว่า 15,001 บาท	34	32.1
ความเพียงพอของรายได้ต่อการดำรงชีวิต		
เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	41	38.7
เพียงพอ มีหนี้สิน*	30	28.3
ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน**	4	3.8
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	31	29.2
ประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว		
ไม่มี	80	75.5
มี	26	24.5
จำนวนบุตร		
1 คน	39	36.8
2 คน	56	52.8
3 คน	11	10.4
รวม	106	100

* เพียงพอ มีหนี้สิน หมายถึง รายรับกับรายจ่ายพอๆ กัน แต่มีหนี้สินผูกพันซึ่งเกิดจากเครื่องอุปโภค, อสังหาริมทรัพย์ ที่ไม่มีความจำเป็นในชีวิตประจำวัน เช่น เครื่องใช้ไฟฟ้า, รถยนต์ เป็นต้น

** ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน หมายถึง รายจ่ายมากกว่ารายรับ แต่ยังไม่ได้ออกให้หนี้สินผูกพัน

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาเด็กออทิสติก จำนวน 106 คน โดยเป็นมารดา จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 61.3 เป็นบิดา 36 คน คิดเป็นร้อยละ 38.7 บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.4 รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 34 และช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี และช่วงอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป จะพบเป็นส่วนน้อย โดยมีร้อยละ 13.2 และ 9.4 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 33 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าปวช. คิดเป็นร้อยละ 20.8 ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น พบน้อยตามมา คิดเป็นร้อยละเท่ากันที่ 15.1 รองลงมาคือระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าปวส. คิดเป็นร้อยละ 12.3 และระดับการศึกษาที่พบน้อยที่สุดคือระดับสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 3.8

อาชีพ พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่เป็นพ่อบ้านหรือแม่บ้าน (ไม่ได้ประกอบอาชีพ) คิดเป็นร้อยละ 30.2 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 29.2 อาชีพค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัว พบรองลงมาคิดเป็นร้อยละ 20.8 ส่วนกลุ่มอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ พบเป็นส่วนน้อยคิดเป็นร้อยละ 16 และที่พบน้อยที่สุดคืออาชีพอื่นๆ ซึ่งได้แก่ อาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 3.8

รายได้ พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 34.9 รองลงมาคือกลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.1 ส่วนกลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001 – 15,000 บาท พบเป็นลำดับรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 23.6 และที่พบน้อยที่สุดคือกลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 9.4

ความเพียงพอของรายได้ต่อการดำรงชีวิต พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะเพียงพอ ไม่มีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 38.7 สถานะไม่เพียงพอ มีหนี้สิน และ เพียงพอมีหนี้สิน พบเป็นลำดับรองลงมาไล่เลี่ยกัน คือร้อยละ 29.2 และ 28.3 ตามลำดับ และที่พบน้อยที่สุดคือสถานะไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 3.8

ประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย หรือโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 75.5 รองลงมาคือมีประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 24.5 ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า เป็นโรคกระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน รวมถึง อากาศปวดศีรษะ เครียดและวิตกกังวล

จำนวนบุตร พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8 รองลงมาคือกลุ่มที่มีบุตรจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 36.8 และกลุ่มที่มีบุตรจำนวน 3 คน พบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.4

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของบุตรออทิสติก

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของบุตรออทิสติก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคลของบุตรออทิสติก	จำนวน (106 คน)	ร้อยละ
เพศของบุตรออทิสติก		
ชาย	89	84
หญิง	17	16
อายุของบุตรออทิสติก		
แรกเกิด - 3 ปี	2	1.9
มากกว่า 3 ปี - 5 ปี	19	17.9
มากกว่า 5 ปี - 7 ปี	46	43.4
มากกว่า 7 ปีขึ้นไป	39	36.8
รวม	106	100

จากตารางที่ 2 พบว่า เพศของบุตรออทิสติกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 84 เพศหญิงจะพบรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 16

อายุของบุตรออทิสติก พบว่า บุตรออทิสติกส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง มากกว่า 5 ปี – 7 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.4 รองลงมา มีอายุมากกว่า 7 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 36.8 บุตรออทิสติกที่มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 3 ปี – 5 ปี พบเป็นลำดับรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 17.9 และที่พบน้อยที่สุดคือ บุตรออทิสติกที่มีอายุอยู่ในช่วง แรกเกิด – 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.9

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเกี่ยวกับโรค

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยเกี่ยวกับโรค ได้แก่ ระยะเวลาที่นำบุตรเข้ารับการรักษา และระดับความรุนแรงของอาการ (ตามการรับรู้ของบิดามารดา)

ปัจจัยเกี่ยวกับโรค	จำนวน (106 คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่นำบุตรเข้ารับการรักษา		
น้อยกว่า 1 ปี	5	4.7
1 ปี - 2 ปี	26	24.5
มากกว่า 2 ปี - 3 ปี	33	31.1
มากกว่า 3 ปี - 4 ปี	16	15.1
มากกว่า 4 ปี - 5 ปี	13	12.3
มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป	13	12.3
ความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา)		
มีความรุนแรงของอาการออกทิสติกมาก	20	18.9
มีความรุนแรงของอาการออกทิสติกปานกลาง	54	50.9
มีความรุนแรงของอาการออกทิสติกน้อย	32	30.2
รวม	106	100

จากตารางที่ 3 พบว่า ระยะเวลาที่บิดามารดานำบุตรเข้ารับการรักษาสวนใหญ่อยู่ในช่วงระยะเวลา มากกว่า 2 ปี – 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.1 รองลงมาอยู่ในช่วงระยะเวลา 1 ปี – 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.5 ช่วงระยะเวลา มากกว่า 3 ปี – 4 ปี พบเป็นลำดับรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 15.1 ส่วนช่วงระยะเวลา มากกว่า 4 ปี – 5 ปี และ มากกว่า 5 ปีขึ้นไป พบรองลงมาเป็นลำดับเท่ากันที่ร้อยละ 12.3 และที่พบน้อยที่สุดคือ ช่วงระยยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.7

ความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่ประเมินความรุนแรงในอาการของบุตร ตามการรับรู้ของตนเองว่าบุตรของตนมีความรุนแรงของอาการปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.9 รองลงมาคือกลุ่มที่ประเมินความรุนแรงในอาการของบุตรว่ามีความรุนแรงของอาการน้อย คิดเป็นร้อยละ 30.2 กลุ่มที่ประเมินความรุนแรงในอาการของบุตรว่ามีความรุนแรงของอาการมาก พบเป็นส่วนน้อยตามมา คิดเป็นร้อยละ 18.9

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลทักษะคิดของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก

ระดับทักษะคิดของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก	บิดา		มารดา		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีทักษะคิดไม่ดีต่อการดูแลบุตร	7	6.6	9	8.5	16	15.1
มีทักษะคิดปานกลางต่อการดูแลบุตร	30	28.3	40	37.7	70	66
มีทักษะคิดที่ดีต่อการดูแลบุตร	4	3.8	16	15.1	20	18.9
รวม	Mean = 123.43, SD = 11.13					
บิดา	Mean = 119.61, SD = 10.20					
มารดา	Mean = 125.85, SD = 11.09					

จากตารางที่ 4 พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีทักษะคิดต่อการดูแลบุตรออทิสติกในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66 รองลงมาคือกลุ่มบิดามารดาที่มีทักษะคิดที่ดีต่อการดูแลบุตรออทิสติก คิดเป็นร้อยละ 18.9 และกลุ่มที่มีทักษะคิดที่ไม่ดีต่อการดูแลบุตรออทิสติก พบเป็นส่วนน้อย คิดเป็นร้อยละ 15.1

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของบิดามารดา

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว	บิดา		มารดา		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนจากครอบครัวต่ำ	4	3.8	12	11.3	16	15.1
การสนับสนุนจากครอบครัวปานกลาง	34	32.1	45	42.5	79	74.5
การสนับสนุนจากครอบครัวสูง	3	2.8	8	7.5	11	10.4
รวม	Mean = 46.71, SD = 12.51					
บิดา	Mean = 46.83, SD = 1.72					
มารดา	Mean = 46.63, SD = 1.67					

จากตารางที่ 5 พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 74.5 รองลงมาคือกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวต่ำ คิดเป็นร้อยละ 15.1 และกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวสูง คิดเป็นร้อยละ 10.4

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ของบิดามารดาเด็กออทิสติก

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากบุคลากรทางการแพทย์	บิดา		มารดา		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนจากการแพทย์ต่ำ	11	10.4	12	11.3	23	21.7
การสนับสนุนจากการแพทย์ปานกลาง	26	24.5	38	35.8	64	60.4
การสนับสนุนจากการแพทย์สูง	4	3.8	15	14.2	19	17.9
รวม	Mean = 62.33, SD = 7.09					
บิดา	Mean = 60.07, SD = 0.93					
มารดา	Mean = 63.75, SD = 0.92					

จากตารางที่ 6 พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.4 รองลงมาคือกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ต่ำ คิดเป็นร้อยละ 21.7 และกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์สูง คิดเป็นร้อยละ 17.9

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 ระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ตารางที่ 7 แสดงข้อมูลความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ระดับความเครียดของ บิดามารดา	บิดา		มารดา		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีความเครียดระดับต่ำ	4	3.8	15	14.2	19	17.9
มีความเครียดระดับปานกลาง	28	26.4	41	38.7	69	65.1
มีความเครียดระดับสูง	9	8.5	9	8.5	18	17
รวม	Mean = 65.19, SD = 8.64					
บิดา	Mean = 64.17, SD = 8.19					
มารดา	Mean = 65.83, SD = 8.91					

จากตารางที่ 7 พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.1 รองลงมา คือ กลุ่มบิดามารดาที่มีความเครียดในระดับต่ำและกลุ่มบิดามารดาที่มีความเครียดในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 17.9 และร้อยละ 17 ตามลำดับ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็ก
ออทิสติก

6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดาเด็กออทิสติก
กับระดับความเครียด

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดาเด็กออทิสติกกับระดับ
ความเครียดโดยใช้สถิติ Chi-Square

ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดา (N = 106)	ความเครียด			X ²	P-Value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
เพศของบิดามารดา					
ชาย	4 (9.8)	28 (68.3)	9 (22.0)	3.57	0.168
หญิง	15 (23.1)	41 (63.1)	9 (13.8)		
อายุของบิดามารดา					
น้อยกว่า/เท่ากับ 30 ปี	4 (28.6)	10 (71.4)	0 (0)	8.72	0.047 ^a
31 – 40 ปี	10 (21.7)	30 (65.2)	6 (13.0)		
41 – 50 ปี	5 (13.9)	22 (61.1)	9 (25.0)		
มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	0 (0)	7 (70.0)	3 (30.0)		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	4 (25.0)	8 (50.0)	4 (25.0)	12.19	0.220 ^a
ม.ต้น	1 (6.3)	9 (56.3)	6 (37.5)		
ม.ปลาย/เทียบเท่า/ปวช.	4 (18.2)	16 (72.7)	2 (9.1)		
อนุปริญญา/เทียบเท่า/ปวส.	2 (15.4)	8 (61.5)	3 (23.1)		
ปริญญาตรี	6 (17.1)	26 (74.3)	3 (8.6)		
สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	2 (50.0)	2 (50.0)	0 (0)		
อาชีพ					
รับจ้าง	3 (9.7)	20 (64.5)	8 (25.8)	10.35	0.199 ^a
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	2 (9.1)	15 (68.2)	5 (22.7)		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	3 (17.6)	13 (76.5)	1 (5.9)		
พ่อบ้าน / แม่บ้าน	10 (31.3)	19 (59.4)	3 (9.4)		
อื่นๆ	1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)		

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดาเด็กออทิสติกกับระดับความเครียดโดยใช้สถิติ Chi-Square (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดา (N = 106)	ความเครียด			X ²	P-Value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
รายได้ต่อเดือนของบิดามารดา					
ต่ำกว่า 5,000 บาท	5 (50.0)	5 (50.0)	0 (0)	20.51	0.002** ^a
5,001 - 10,000 บาท	4 (10.8)	19 (51.4)	14 (37.8)		
10,001 - 15,000 บาท	5 (20.0)	19 (76.0)	1 (4.0)		
มากกว่า 15,001 บาท	5 (14.7)	26 (76.5)	3 (8.8)		
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	9 (22.0)	27 (65.9)	5 (12.2)	4.18	0.635 ^a
เพียงพอ มีหนี้สิน	5 (16.7)	21 (70.0)	4 (13.3)		
ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)		
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	4 (12.9)	19 (61.3)	8 (25.8)		
ประวัติการเจ็บป่วยโรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	11 (13.8)	53 (66.3)	16 (20.0)	4.67	0.094 ^a
มีโรคประจำตัว	8 (30.8)	16 (61.5)	2 (7.7)		
จำนวนบุตร					
1 คน	6 (15.4)	29 (74.4)	4 (10.3)	7.36	0.098 ^a
2 คน	11 (19.6)	36 (64.3)	9 (16.1)		
3 คน	2 (18.2)	4 (36.4)	5 (45.5)		

*p<0.05, **p<0.01, a = Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 8 พบว่า อายุของบิดามารดาเด็กออทิสติก มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 และรายได้ของบิดามารดาเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.01 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่นๆ ของบิดามารดา ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของบุตรออทิสติกกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของบุตรออทิสติก กับระดับความเครียด ของบิดามารดาเด็กออทิสติก โดยใช้สถิติ Chi-Square

ปัจจัยส่วนบุคคลของ บุตรออทิสติก (N = 106)	ความเครียด			X ²	P-Value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
เพศของบุตรออทิสติก					
ชาย	16 (18.0)	59 (66.3)	14 (15.7)	0.86	0.634 ^a
หญิง	3 (17.6)	10 (58.8)	4 (23.5)		
อายุของบุตรออทิสติก					
แรกเกิด - 3 ปี	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0)	20.24	0.001 ^{*a}
มากกว่า 3 ปี - 5 ปี	3 (15.8)	15 (78.9)	1 (5.3)		
มากกว่า 5 ปี - 7 ปี	13 (28.3)	30 (65.2)	3 (6.5)		
มากกว่า 7 ปีขึ้นไป	2 (5.1)	23 (59.0)	14 (35.9)		

*p<0.001, a = Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 9 พบว่า อายุของบุตรออทิสติก มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ส่วนปัจจัยด้านเพศของบุตรออทิสติก ไม่พบว่ามีสัมพันธ์กับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับโรคกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับโรคกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก โดยใช้สถิติ Chi-Square

ปัจจัยเกี่ยวกับโรค (N = 106)	ความเครียด			X ²	P-Value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ระยะเวลาที่นำบุตรเข้ารับการรักษา					
น้อยกว่า 1 ปี	0 (0)	4 (80.4)	1 (20.0)	10.79	0.327 ^a
1 ปี - 2 ปี	2 (7.7)	19 (73.1)	5 (19.2)		
มากกว่า 2 ปี - 3 ปี	8 (24.2)	22 (66.7)	3 (9.1)		
มากกว่า 3 ปี - 4 ปี	6 (37.5)	8 (50.0)	2 (12.5)		
มากกว่า 4 ปี - 5 ปี	1 (7.7)	8 (61.5)	4 (30.8)		
มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป	2 (15.4)	8 (61.5)	3 (23.1)		
ความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา)					
มีความรุนแรงของอาการมาก	1 (5.0)	12 (60.0)	7 (35.0)	11.72	0.016 ^{*a}
มีความรุนแรงของอาการปานกลาง	7 (13.0)	39 (72.2)	8 (14.8)		
มีความรุนแรงของอาการน้อย	11 (34.4)	18 (56.3)	3 (9.4)		

*p<0.05, a = Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 10 พบว่า ความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 ส่วนปัจจัยด้านระยะเวลาที่นำบุตรเข้ารับการรักษา ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับระดับความเครียดของ บิดามารดาเด็กออทิสติก

ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก โดยใช้สถิติ Chi-Square

ปัจจัยทางจิตสังคม (N = 106)	ความเครียด			X ²	P-Value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตร					
มีทัศนคติไม่ดีต่อการดูแลบุตร	0 (0)	7 (43.8)	9 (56.3)	33.20	<0.001 ^{*a}
มีทัศนคติในระดับปานกลางต่อบุตร	8 (11.4)	55 (78.6)	7 (10.0)		
มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุตร	11 (55.0)	7 (35.0)	2 (10.0)		
การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว					
ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำ	1 (6.3)	8 (50.0)	7 (43.8)	10.13	0.024 ^{**a}
ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวปานกลาง	14 (17.7)	55 (69.6)	10 (12.7)		
ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูง	4 (36.4)	6 (54.5)	1 (9.1)		
การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์					
ได้รับการสนับสนุนจากการแพทย์ต่ำ	1 (4.3)	10 (43.5)	12 (52.2)	22.08	<0.001 ^{*a}
ได้รับการสนับสนุนจากการแพทย์ปานกลาง	14 (21.9)	46 (71.9)	4 (6.3)		
ได้รับการสนับสนุนจากการแพทย์สูง	4 (21.1)	13 (68.4)	2 (10.5)		

*p<0.001, **p<0.05, a = Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 11 พบว่า ทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.001 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดกับปัจจัยต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับบิดามารดาเด็กออทิสติก โดยวิธี Post Hoc Analysis

ตารางที่ 12 แสดงค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด กับปัจจัยด้านอายุของบิดามารดาโดยวิธีของ Scheffe

(I) อายุบิดามารดา	(J) อายุบิดามารดา	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
น้อยกว่า/เท่ากับ 30 ปี	31 - 40 ปี	5.40	2.52	.211	-1.77	12.57
	41 - 50 ปี	8.83*	2.60	.012	1.43	16.22
	มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	8.76	3.42	.094	-.96	18.48
31 - 40 ปี	41 - 50 ปี	3.43	1.84	.329	-1.80	8.65
	มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	3.36	2.88	.716	-4.83	11.55
41 - 50 ปี	มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	.07	2.95	1.00	8.32	-8.46

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 12 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดกับปัจจัยด้านอายุของบิดามารดาเด็กออทิสติก พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มีความเครียดแตกต่างจากบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี จะมีความเครียดสูงกว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี

ตารางที่ 13 แสดงค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด กับปัจจัยด้านรายได้ของ บิดามารดา โดยวิธีของ Scheffe

(I) รายได้ต่อเดือน	(J) รายได้ต่อเดือน	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ต่ำกว่า 5,000 บาท	5,001 - 10,000 บาท	9.16*	2.89	.022	.94	17.39
	10,001 - 15,000 บาท	2.06	3.04	.927	-6.57	10.69
	มากกว่า 15,001 บาท	4.45	2.92	.512	-3.85	12.75
5,001 - 10,000 บาท	10,001 - 15,000 บาท	7.11*	2.10	.012	1.13	13.08
	มากกว่า 15,001 บาท	4.72	1.93	.119	.760	-10.2
10,001 - 15,000 บาท	มากกว่า 15,001 บาท	2.39	2.14	.742	-3.69	8.47

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 13 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดกับปัจจัยด้านรายได้ของบิดามารดาเด็กออทิสติก พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มีความเครียดแตกต่างจากบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีรายได้ 5,001 - 10,000 บาท และบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีรายได้ 5,001 - 10,000 บาท มีความเครียดแตกต่างจากบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีรายได้ 10,001 - 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีรายได้ 5,001 - 10,000 บาท และบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีรายได้ 5,001 - 10,000 บาท จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีรายได้ 10,001 - 15,000 บาท

ตารางที่ 14 แสดงค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด กับปัจจัยด้านอายุของบุตรออทิสติกโดยวิธีของ Scheffe

(I) อายุของบุตรออทิสติก	(J) อายุของบุตรออทิสติก	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
แรกเกิด - 3 ปี	มากกว่า 3 ปี - 5 ปี	7.26	5.87	.676	-9.42	23.95
	มากกว่า 5 ปี - 7 ปี	7.28	5.70	.653	-8.93	23.49
	มากกว่า 7 ปี	14.54	5.72	.098	-1.73	30.81
มากกว่า 3 ปี - 5 ปี	มากกว่า 5 ปี - 7 ปี	.019	2.15	1.00	-6.10	6.14
	มากกว่า 7 ปี	7.28*	2.21	.016	1.00	13.55
มากกว่า 5 ปี - 7 ปี	มากกว่า 7 ปี	7.26*	1.72	.001	2.37	12.14

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 14 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดกับปัจจัยด้านอายุของบุตรออทิสติกของบิดามารดาเด็กออทิสติก พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีบุตรออทิสติกอายุมากกว่า 3 ปี - 5 ปี และในกลุ่มที่มีบุตรออทิสติกอายุมากกว่า 5 ปี - 7 ปี มีความเครียดแตกต่างจากบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีบุตรออทิสติกอายุมากกว่า 7 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$, $p < 0.001$ ตามลำดับ โดยบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีบุตรออทิสติกอายุมากกว่า 3 ปี - 5 ปี และในกลุ่มที่มีบุตรออทิสติกอายุมากกว่า 5 ปี - 7 ปี จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีบุตรออทิสติกอายุมากกว่า 7 ปี

ตารางที่ 15 แสดงค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด กับปัจจัยด้านความรุนแรงของอาการบุตรออทิสติก (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) โดยวิธีของ Scheffe

(I) ความรุนแรงของ อาการบุตร	(J) ความรุนแรงของ อาการบุตร	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
มีความรุนแรงของ อาการมาก	มีความรุนแรงของ อาการปานกลาง	4.52	2.07	.099	-.64	9.67
	มีความรุนแรงของ อาการน้อย	10.23*	2.26	.000	4.62	15.84
มีความรุนแรงของ อาการปานกลาง	มีความรุนแรงของ อาการน้อย	5.72*	1.77	.007	1.33	10.11

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 15 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดกับปัจจัยด้านความรุนแรงของอาการบุตรออทิสติก (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่รับรู้ว่ามีบุตร มีความรุนแรงของอาการมาก และในกลุ่มที่รับรู้ว่ามีบุตรมีความรุนแรงของอาการปานกลาง มีความเครียดแตกต่างจากบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่รับรู้ว่ามีบุตรมีความรุนแรงของอาการน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$, $p < 0.01$ ตามลำดับ โดยบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่รับรู้ว่ามีบุตรมีความรุนแรงของอาการมาก และในกลุ่มที่รับรู้ว่ามีบุตรมีความรุนแรงของอาการปานกลาง จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่รับรู้ว่ามีบุตรมีความรุนแรงของอาการน้อย

ตารางที่ 16 แสดงค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด กับปัจจัยด้านทัศนคติของ บิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก โดยวิธีของ Scheffe

(I) ทัศนคติของบิดามารดา ต่อการดูแลบุตรออทิสติก	(J) ทัศนคติของบิดามารดา ต่อการดูแลบุตรออทิสติก	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
มีทัศนคติไม่ดีต่อการดูแลบุตร	มีทัศนคติในระดับปานกลาง	8.23*	2.11	.001	3.00	13.46
	มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุตร	14.60*	2.55	.000	8.27	20.93
มีทัศนคติในระดับปานกลาง	มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุตร	6.37*	1.93	.006	1.59	11.16

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 16 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดกับปัจจัยด้านทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลบุตรออทิสติก มีความเครียดแตกต่างจากบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีทัศนคติในระดับปานกลางต่อการดูแลบุตรออทิสติก และในกลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุตรออทิสติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีทัศนคติในระดับปานกลางต่อการดูแลบุตรออทิสติก มีความเครียดแตกต่างจากบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุตรออทิสติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลบุตรออทิสติก จะมีความเครียดสูงกว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีทัศนคติในระดับปานกลางต่อการดูแลบุตรออทิสติก และในกลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุตรออทิสติก และบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีทัศนคติในระดับปานกลางต่อการดูแลบุตรออทิสติก จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุตรออทิสติก

ตารางที่ 17 แสดงค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด กับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัว ของบิดามารดาเด็กออทิสติก โดยวิธีของ Scheffe

(I) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว	(J) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวต่ำ	ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวปานกลาง	6.47*	2.22	.017	.95	11.99
	ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวสูง	12.57*	3.18	.001	4.69	20.46
ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวปานกลาง	ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวสูง	6.11	2.61	.069	-.38	12.59

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 17 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดกับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของบิดามารดาเด็กออทิสติก พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวต่ำ มีความเครียดแตกต่างจาก บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวปานกลาง และในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$, $p < 0.001$ ตามลำดับ โดยบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวต่ำ จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวปานกลาง และในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวสูง

ตารางที่ 18 แสดงค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด กับ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ของบิดามารดาเด็กออทิสติก โดยวิธีของ Scheffe

(I) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์	(J) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ต่ำ	ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ปานกลาง	9.68*	1.89	.000	5.00	14.35
	ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์สูง	9.45*	2.40	.001	3.49	15.41
ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ปานกลาง	ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์สูง	.22	2.02	.994	-4.80	5.24

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 18 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดกับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ของบิดามารดาเด็กออทิสติก พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ต่ำ มีความเครียดแตกต่างจากบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากบุคลากรทางการแพทย์ปานกลาง และในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ โดยบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ต่ำ มีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ปานกลาง และในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์สูง

ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่นำบุตรเข้ารับการรักษากับความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) โดยใช้สถิติ Chi-Square

ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษ (N = 106)	ความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา)			X ²	P- Value
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
น้อยกว่า 1 ปี	2 (40.0)	3 (60.0)	0 (0)	13.16	0.042 ^{*a}
1 ปี - 2 ปี	8 (30.8)	15 (57.7)	3 (11.5)		
มากกว่า 2 ปี - 3 ปี	13 (39.4)	14 (42.4)	6 (18.2)		
มากกว่า 3 ปี - 4 ปี	6 (37.5)	9 (56.3)	1 (6.3)		
มากกว่า 4 ปี - 5 ปี	2 (15.4)	7 (53.8)	4 (30.8)		
มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป	1 (7.7)	6 (46.2)	6 (46.2)		

*p<0.05, a = Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 19 พบว่า ระยะเวลาที่นำบุตรเข้ารับการรักษามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05

ตารางที่ 20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติกกับความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) โดยใช้สถิติ Chi-Square

ทัศนคติของบิดามารดาต่อ การดูแลบุตรออทิสติก (N = 106)	ความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา)			X ²	P- Value
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
มีทัศนคติไม่ดีต่อการดูแลบุตร	4 (25.0)	5 (31.3)	7 (43.8)	15.72	0.002 ^{*a}
มีทัศนคติด้านกลางต่อการดูแลบุตร	16 (22.9)	42 (60.0)	12 (17.1)		
มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุตร	12 (60.0)	7 (35.0)	1 (5.0)		

*p<0.01, a = Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 20 พบว่า ทิศนคติของบิдамารดาต่อการดูแลบุตรขอทิสติก มีความสัมพันธ์
กับความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิдамารดา) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
 $p < 0.01$



ศูนย์วิทยพักร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาถึงระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Descriptive - Cross - Sectional Study) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ เป็นบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเพียงคนเดียวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ของเด็กออทิสติก กล่าวคือ เป็นฝ่ายที่ใช้เวลาในการดูแลบุตรออทิสติกมากกว่า ซึ่งบุตรเป็นออทิสติกนั้นได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นออทิสติก ตามหลักเกณฑ์ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual Disorders, Fourth Edition) และได้นำบุตรเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่แผนกจิตเวชเด็กสถาบันราชานุกูล จำนวน 106 ราย โดยมีความสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดาเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว จำนวนบุตร และปัจจัยเกี่ยวกับตัวเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ อายุ ตลอดจนปัจจัยเกี่ยวกับโรค ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา (ตั้งแต่เริ่มเป็น) และความรุนแรงของอาการ (ตามการรับรู้ของบิดามารดา), **แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลเด็ก** ที่สร้างขึ้นโดยจิรวัดณ์ ธนราพงศ์ [16] ซึ่งได้ใช้ในงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคมในการทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดาที่มีบุตรออทิสติกซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นที่ .84, **แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์** มีค่าความเชื่อมั่นที่ .86 และ **แบบสอบถามเพื่อวัดระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก** มีค่าความเชื่อมั่นที่ .86 ซึ่งทั้งสองแบบสอบถามนี้สร้างขึ้นโดยศศิธร แก้วนพรัตน์ [7] ที่ได้ใช้ในงานวิจัยเรื่องการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกของศูนย์สุขวิทยาจิต ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในช่วงตั้งแต่วันที่เดือนพฤศจิกายน 2553 เป็นต้นไป จนครบตามจำนวน 106 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา, ข้อมูลทัศนคติ, ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมและข้อมูลความเครียด โดยนำเสนอในรูปแบบของตารางแสดงค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก โดยใช้สถิติ Chi-Square Test และ One - Way ANOVA

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดาเด็กออทิสติก พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (มารดา) ถึงร้อยละ 61.3 เป็นเพศชาย (บิดา) คิดเป็นร้อยละ 38.7 บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.4 โดยส่วนใหญ่มีการศึกษา ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 33 ประกอบอาชีพพ่อบ้านหรือแม่บ้านเป็นส่วนใหญ่ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ) คิดเป็นร้อยละ 30.2 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 34.9 โดยบิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะมีรายได้ของครอบครัวเพียงพอ ไม่มีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 38.7 บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 75.5 ส่วนใหญ่จะมีบุตรจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก พบว่า บุตรออทิสติกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 84 เพศหญิงจะพบบรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 16 บุตรออทิสติกส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง มากกว่า 5 ปี – 7 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.4

2. ปัจจัยเกี่ยวกับโรค

2.1 ระยะเวลาการรักษา พบว่า ระยะเวลาที่บิดามารดานำบุตรเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระยะเวลา มากกว่า 2 ปี – 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.1

2.2 ความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ ประเมินความรุนแรงในอาการของบุตรออทิสติกตามการรับรู้ของตนเองว่า บุตรของตนมีความรุนแรงของอาการปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.9

3. ทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก

ผลการศึกษา พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการดูแลบุตรออทิสติกในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66 รองลงมาคือกลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุตรออทิสติก คิดเป็นร้อยละ 18.9 และกลุ่มที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลบุตรออทิสติก พบเป็นส่วนน้อย คิดเป็นร้อยละ 15.1

4. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ของ บิดามารดาเด็กออทิสติก

บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ปานกลางคิดเป็นร้อยละ 74.5 รองลงมาคือกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใน ครอบครัวต่ำและกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวสูง (ร้อยละ 15.1, 10.4 ตามลำดับ) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติก ส่วนใหญ่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.4 รองลงมาคือกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ต่ำ และกลุ่มที่ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์สูง (ร้อยละ 21.7 , 17.9 ตามลำดับ)

5. ระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ผลการศึกษา พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปาน กลาง คิดเป็นร้อยละ 65.1 โดยจากการพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า สถานการณ์ที่ทำให้บิดา มารดาเด็กออทิสติกมีความเครียดอยู่ในระดับสูง คือ สถานการณ์ที่ทำให้บิดามารดาที่มีความกังวล ใจว่าบุตรออทิสติกจะไม่ได้เรียนหนังสือ, สถานการณ์ที่ทำให้บิดามารดาเด็กออทิสติกมีความเครียด อยู่ในระดับปานกลางคือ สถานการณ์ที่ทำให้บิดามารดาวิตกกังวลกับพฤติกรรมของบุตรออทิสติก ส่วนสถานการณ์ที่ทำให้บิดามารดาเด็กออทิสติกมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย คือ สถานการณ์ ที่บิดามารดาไม่รู้สึกหรือรู้สึกน้อยมากว่าต้องการหนีปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และหรือการไม่ต้อง การ พุดคุยหรือได้ยินเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับบุตรออทิสติก ตลอดจนสถานการณ์ที่ทำให้บิดามารดา รู้สึกสบายใจ เมื่อได้รับคำแนะนำปรึกษาข้อสงสัยและวิธีการช่วยเหลือบุตรออทิสติกจากเจ้าหน้าที่ ทางการแพทย์

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดาเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุของ บิดามารดาเด็กออทิสติก มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และรายได้ของบิดามารดาเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลของบุตรออทิสติก พบว่า อายุของบุตร ออทิสติก มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และ ปัจจัยเกี่ยวกับโรค พบว่า ความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) มีความ สัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ สำหรับปัจจัยทางจิต สังคม พบว่า ทักษะคิดของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก และการสนับสนุนทางสังคมจาก บุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

$p < 0.001$ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด กับปัจจัยด้านอายุและรายได้ของบิดามารดาเด็กออทิสติก ด้วยวิธี Scheffe พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีอายุต่างกัน มีความเครียดแตกต่างกัน โดยบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มอายุน้อยกว่า / เท่ากับ 30 ปี จะมีความเครียดสูงกว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มอายุ 41 – 50 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และพบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีรายได้ต่างกัน มีความเครียดแตกต่างกัน โดยบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท และบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีรายได้ 10,001 - 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด กับปัจจัยด้านอายุของบุตรออทิสติก ด้วยวิธี Scheffe พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีบุตรออทิสติกอายุต่างกัน มีความเครียดแตกต่างกัน โดยบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีบุตรออทิสติกอายุมากกว่า 3 ปี – 5 ปี และในกลุ่มที่มีบุตรออทิสติกอายุมากกว่า 5 ปี – 7 ปี จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีบุตรออทิสติกอายุมากกว่า 7 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$, $p < 0.001$ ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด กับ ปัจจัยด้านความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) ด้วยวิธี Scheffe พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่รับรู้ว่ามีบุตรมีความรุนแรงของอาการต่างกัน มีความเครียดแตกต่างกัน โดยบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่รับรู้ว่ามีบุตรมีความรุนแรงของอาการมาก และในกลุ่มที่รับรู้ว่ามีบุตรมีความรุนแรงของอาการปานกลาง จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่รับรู้ว่ามีบุตรมีความรุนแรงของอาการน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$, $p < 0.01$ ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด กับ ปัจจัยด้านทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก ด้วยวิธี Scheffe พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีทัศนคติต่อการดูแลบุตรออทิสติกต่างกัน มีความเครียดแตกต่างกัน โดยบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลบุตรออทิสติกจะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีทัศนคติในระดับปานกลางต่อการดูแลบุตรออทิสติก และในกลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุตรออทิสติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีทัศนคติในระดับปานกลางต่อการดูแลบุตรออทิสติก จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดา

เด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุตรออทิสติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด กับ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของบิดามารดาเด็กออทิสติก ด้วยวิธี Scheffe พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวต่างกัน มีความเครียดแตกต่างกัน โดยบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวต่ำจะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวปานกลาง และในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$, $p < 0.001$ ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด กับ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ของบิดามารดาเด็กออทิสติก ด้วยวิธี Scheffe พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ต่างกัน มีความเครียดแตกต่างกัน โดยบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ต่ำ จะมีความเครียดสูงกว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ปานกลาง และในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

อภิปรายผล

การศึกษาระดับความเครียด และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ บิดามารดาเด็กออทิสติกจำนวน 106 คน มีประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายดังต่อไปนี้

ระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.1 กลุ่มที่มีความเครียดในระดับต่ำและกลุ่มที่มีความเครียดในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 17.9 และร้อยละ 17 ตามลำดับ ซึ่งบิดามารดาส่วนใหญ่ที่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ถือเป็นความเครียดที่มีความรุนแรงปานกลาง (Moderate Stress) ซึ่งเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นโดยมีระยะเวลาอันเป็นชั่วโมงหรือหลาย ๆ ชั่วโมง จนกระทั่งนานเป็นวันก็ได้ เช่น การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง, ความเครียดจากความกังวลมากไป เป็นต้น [7] โดยจากการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ที่ทำให้บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางนั้น ก็คือ สถานการณ์ที่ทำให้บิดามารดาที่มีความวิตกกังวลกับพฤติกรรมของบุตรออทิสติกนั่นเอง ซึ่งเป็นที่น่าเป็นห่วงว่าหากความวิตกกังวล

เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตรออทิสติกเกิดขึ้นกับบิดามารดาเป็นเวลานาน โดยถูกมองข้ามการให้ความสำคัญและไม่ได้รับการเยียวยารักษา ถึงแม้ว่าบิดามารดาจะพยายามปรับตัวต่อสู้กับความวิตกกังวลนี้แล้วก็ตาม แต่หากความวิตกกังวลนั้นอยู่นานเกินไป ก็จะทำให้เกิดเป็นความเครียดในระดับสูงได้ ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความเหนื่อยล้า ไม่มีแรงต่อสู้กับความเครียดนั้น จนอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ในที่สุด

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

1. ปัจจัยด้านเพศ พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (มารดา) ร้อยละ 61.3 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Harding และ Higginson [53] ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมักเป็นเพศหญิง ประมาณร้อยละ 66 และการศึกษาของ นาฎยพรรณ ภิญญา [15] ที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสติกเป็นเพศหญิง (มารดา) ร้อยละ 67.3 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพศหญิงเป็นเพศที่ถูกสังคมคาดหวังว่ามีความเหมาะสมในการรับบทบาททางสังคม (Social Role) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลภายในบ้าน มีลักษณะเป็นพยาบาลประจำบ้านที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวด้านงานบ้านและสุขภาพอนามัย ทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย [15]

ในเรื่องของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านเพศของบิดามารดา กับระดับความเครียด พบว่า ปัจจัยด้านเพศของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นมารดา มากกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งมารดาจะเป็นผู้ที่ถูกสังคมคาดหวังให้เป็นผู้ดูแลอยู่แล้ว และมารดาก็มีความเชี่ยวชาญในการทำหน้าที่ดูแลได้ดี ทั้งบุตรปกติและบุตรที่ป่วย ดังนั้น จึงไม่เกิดความเครียดในการดูแลมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ โคเกล [89] ที่ได้ศึกษาถึงการทำหน้าที่ของบิดามารดาและเด็กออทิสติก พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกมีระดับความเครียดไม่แตกต่างกัน และผลการศึกษาของ รุ่งฤดี วงศ์ชุม [8] ที่ได้ให้เหตุผลไว้ว่า เป็นเพราะบิดามารดาส่วนใหญ่จะเป็นผู้ดูแลบุตรด้วยตัวเอง ทำให้ทั้งบิดาและมารดาต่างก็ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลบุตรไม่แตกต่างกัน

2. ปัจจัยด้านอายุ พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 43.4) ถือได้ว่าอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มนัสวี จำปาเทศ [5] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ และผลการศึกษาของ นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล [9] และ สมจิตร พิพิมาย [85] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่คิดเป็นร้อยละ 54.4 และ 55.2 ตามลำดับ ซึ่งวัยผู้ใหญ่ถือเป็นวัยที่บ่งชี้ถึงการมีวุฒิภาวะ เนื่องจากผ่านประสบการณ์ต่างๆ มากมาย ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น จึงเป็นวัยที่มีการเรียนรู้ แสวงหาความรู้ และแสวงหาแหล่งประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติกได้มากที่สุด [7]

ในเรื่องของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอายุของบิดามารดากับระดับความเครียด พบว่า อายุของบิดามารดาที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยเมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดกับปัจจัยด้านอายุของบิดามารดาเด็กออทิสติก ด้วยวิธี Scheffe พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มอายุน้อยกว่า / เท่ากับ 30 ปี จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มอายุ 41 – 50 ปี ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่ถือว่ามีความวุฒิภาวะสมบูรณ์ ซึ่งเกิดจากการผ่านประสบการณ์ต่างๆ มากมาย ยิ่งอายุมากขึ้น ก็ผ่านประสบการณ์ การเรียนรู้ การแก้ปัญหาได้มากขึ้น วุฒิภาวะก็สูงขึ้น ดังนั้นเมื่อบุตรออทิสติกทำให้เกิดปัญหาหรือความเครียดต่างๆ ก็จะสามารถรับมือกับปัญหาหรือความเครียดได้มากขึ้น ยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งรับมือกับปัญหาหรือความเครียดได้ดีขึ้น ความเครียดจึงลดลง สอดคล้องกับที่ Lazarus [35] ได้กล่าวว่า การได้ผ่านประสบการณ์และมีวุฒิภาวะสูงขึ้นจะทำให้บุคคลเลือกใช้การเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น [5] โดยเมื่ออายุมากขึ้น บุคคลจะมีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหากับภาวะวิกฤติ และประสบการณ์ในการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาในภาวะเหล่านั้น ทำให้มีวุฒิภาวะ มีความสามารถในการคิดวินิจฉัยและตัดสินใจเลือกการเผชิญปัญหามากขึ้น [57] ดังที่ Mercer [56] กล่าวว่า อายุเป็นส่วนหนึ่ง ที่แสดงถึงการมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และมีผลโดยตรงที่ทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวต่อเหตุการณ์และสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น เมื่อเผชิญกับภาวะเครียด บุคคลก็จะเลือกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมทำให้ความเครียดลดลงได้

3. ปัจจัยด้านระดับการศึกษา พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 33 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าปวช. คิดเป็นร้อยละ 20.8

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านระดับการศึกษาของบิดามารดา กับระดับความเครียด พบว่า ระดับการศึกษาของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ เห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรมารับการรักษานั้น บ้างก็มีการศึกษาต่ำ บ้างก็มีการศึกษาสูง ปะปนกันไป ซึ่งทั้งผู้ที่มีความรู้ต่ำ และผู้ที่มีความรู้สูงต่างก็สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือบุตรออทิสติกได้ไม่ต่างกัน จะต่างกันก็ตรงวิธีการที่ใช้ในการเข้าหาแหล่งประโยชน์นั้นๆ เช่น บิดามารดาที่มีความรู้ต่ำ อ่านหนังสือไม่ออก แม้ไม่สามารถแสวงหาประโยชน์จากการอ่านหนังสือหรือ เอกสารข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือเด็กออทิสติกได้ แต่ก็พยายามฟังและจดจำคำอธิบายข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อบุตรออทิสติกจากบุคลากรทางการแพทย์ และบิดามารดาเด็ก

ออทิสติกคนอื่นๆ ตลอดจนแสวงหาสื่อวีดิทัศน์ที่เป็นความรู้เกี่ยวกับบุตรออทิสติกมาดู สำหรับบิดามารดาที่มีความรู้สูง ก็สามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ได้หลายทาง แต่ถึงกระนั้นก็เชื่อว่าบิดามารดาที่มีความรู้สูง จะมีความเครียดน้อยกว่าบิดามารดาที่มีความรู้ต่ำ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษาของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด เป็นไปได้ว่าความเครียดของกลุ่มตัวอย่างบิดามารดาเด็กออทิสติกกลุ่มนี้ไม่เกี่ยวข้องกับความรู้ หากจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ความคาดหวังของบิดามารดาในการรับรู้ยอมรับในตัวบุตรและการรักษาบุตรที่มีอยู่ต่างกัน ในแต่ละตัวบุคคลมากกว่า บิดามารดาที่มีความรู้สูง ก็อาจจะมี ความคาดหวังมากกว่าบุตรจะหายหรือมีอาการดีขึ้น ด้วยเพราะตนเองมีความรู้มาก น่าจะหาทางช่วยบุตรได้มาก แต่เมื่อพบว่าบุตรออทิสติกของตนมีอาการดีขึ้นไม่มาก ไม่เป็นไปตามที่หวัง ก็จะมี ความกังวลมากจนเกิดเป็นความเครียดตามมาได้ เช่นเดียวกันกับบิดามารดาที่มีความรู้ต่ำ ซึ่งก็มีความคาดหวังว่าบุตรของตนจะมีอาการดีขึ้น แต่ก็คิดว่าตนเองคงช่วยบุตรได้ไม่มาก ความกังวลและความเครียดก็เกิดขึ้นเช่นกัน ในทางกลับกันหากบิดามารดาทั้งที่มีความรู้สูงและต่ำ มีความคาดหวังในตัวบุตรและการรักษาตรงตามความเป็นจริง ยอมรับได้ในสิ่งที่ควรจะเป็น ความกังวลและความเครียดก็จะเกิดขึ้นได้น้อย ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกไม่ว่าจะมีระดับการศึกษาสูงหรือต่ำ ต่างก็ต้องเผชิญกับความเครียดไม่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับว่าพวกเขาจะเผชิญหรือรับกับความเครียดนั้นอย่างไร

4. ปัจจัยด้านอาชีพ พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 30.2) โดยเฉพาะมารดาซึ่งมีสัดส่วนสูงกว่าบิดา ซึ่งมารดาส่วนใหญ่เมื่อทราบว่าบุตรของตนป่วยเป็นออทิสติก และทราบถึงวิธีการที่บุตรของตนต้องได้รับการรักษาและเข้าฝึกกระตุ้นพัฒนาการเป็นประจำ ทำให้มารดาที่ทำงานอยู่ตัดสินใจที่จะลาออกจากงานเพื่อมาดูแลบุตรอย่างเต็มที่ ซึ่งบิดาก็ยอมรับที่จะเป็นฝ่ายหาเลี้ยงครอบครัวเอง โดยไม่คัดค้านมารดาแต่ประการใด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุภาพ ชุณวีรัตน์ [90] ที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสติกส่วนใหญ่เป็นมารดา พบบิดาเป็นจำนวนน้อย โดยมารดาเด็กออทิสติกมีอาชีพแม่บ้านเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากเมื่อทราบว่าบุตรเป็นออทิสติกบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งจะลาออกจากงานเพื่อมาดูแลบุตรอย่างเต็มที่ และส่วนใหญ่จะเป็นมารดาที่เป็นผู้ดูแล [11] โดยในสังคมไทยส่วนใหญ่แล้วบิดาจะเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวเป็นหลัก เนื่องจากผู้ที่รับผิดชอบในการหารายได้ก็จะไม่มีเวลาในการดูแลเด็กออทิสติกมากนัก

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านอาชีพของบิดามารดา กับระดับความเครียด พบว่า อาชีพของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ทั้งนี้เพราะบิดามารดาของเด็กออทิสติกไม่ว่าจะมีอาชีพใด เมื่อเห็นอาการ

ผิดปกติของบุตรของตน และพามาเข้ารับการรักษาที่สถาบันราชานุกูล จนได้ทราบถึงอาการของบุตร ก็ยิ่งมุ่งมั่นที่จะพามารับการรักษาให้หาย ซึ่งเป็นภาวะความรู้สึกผิดปกติขั้นพื้นฐานของผู้เป็นพ่อแม่ที่หวังจะเห็นลูกของตนเป็นปกติ ดังนั้น อาชีพของบิดามารดาจึงไม่มีความเกี่ยวข้องกับระดับความเครียดของบิดามารดา เนื่องจาก หากบิดามารดาไม่ว่าจะมีอาชีพใดก็ตาม มีบุตรเป็นออทิสติก บิดามารดาทุกคนต่างก็ต้องเผชิญกับความเครียดไม่แตกต่างกัน

5. ปัจจัยด้านรายได้ พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 34.9

ในเรื่องของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านรายได้ของบิดามารดา กับระดับความเครียด พบว่า รายได้ของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ เนื่องจากรายได้เป็นแหล่งการเงินที่สำคัญในการใช้จ่ายในครอบครัวของบิดามารดาเด็กออทิสติก โดยเฉพาะการรักษาบุตรออทิสติก จำเป็นต้องใช้จ่ายเงินมากไม่ว่าจะเป็นค่าบริการตรวจรักษา ค่าฝึกส่งเสริมพัฒนาการ ในรายที่มีบุตรออทิสติกที่สามารถเรียนหนังสือได้ ก็ต้องส่งให้เรียนในโรงเรียนสำหรับเด็กพิเศษ ซึ่งก็ต้องจ่ายค่าเล่าเรียน ในรายที่บิดามารดาไม่ไปติดตามอาการของบุตรที่โรงเรียนเอง ก็จะมีการจ้างครูพี่เลี้ยงประจำตัวบุตรอีกทั้งหมดนี้ต้องจ่ายด้วยรายได้ทั้งสิ้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้นับว่าเป็นมารดามากกว่าบิดา ซึ่งมารดาก็ลาออกจากราชการมาเป็นแม่บ้านเพื่อจะได้คอยดูแลบุตรออทิสติกอย่างเต็มที่ ทำให้บิดาเป็นฝ่ายหาเลี้ยงฝ่ายเดียว ส่วนใหญ่จึงมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาท ซึ่งสำหรับการนำมาใช้ดูแลสมาชิกในครอบครัวในการอุปโภคบริโภคและยังต้องปันส่วนนำมาใช้ในการรักษาบุตรออทิสติกนั้น ถือได้ว่ายังเป็นรายได้ที่น้อยและน่าจะไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด กับปัจจัยด้านรายได้ของบิดามารดาเด็กออทิสติก ด้วยวิธี Scheffe พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท และบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีรายได้ 10,001 – 15,000 บาท นั้นหมายความว่า กลุ่มบิดามารดาที่มีรายได้ต่ำจะมีความเครียดสูงกว่ากลุ่มบิดามารดาที่มีรายได้สูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุภาพ ชุณวีรัตน์ [90] ที่พบว่า มารดาที่ครอบครัวมีรายได้น้อยและไม่เพียงพอ จะมีความทุกข์และกังวลอย่างมากในเรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการบำบัดรักษาเด็กออทิสติกที่ต่อเนื่องยาวนาน และผลการศึกษาของ ศิราณี มหามาตย์ [55] และ นาฏยพรรณ ภิญโญ [15] ก็พบว่ามีความสัมพันธ์เช่นเดียวกัน ทั้งนี้เพราะรายได้ของครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ผู้มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสหรือแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อใช้ในการดูแลบุตร ซึ่งจะส่งผลให้

มารดาปรับตัวได้ง่ายขึ้น ไม่ต้องกังวลกับปัญหาเศรษฐกิจ ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อยต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอจากการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งบางที ต้องทั้งหารายได้และรับผิดชอบเลี้ยงดูบุตรออกทิสติกด้วย หรือมารดาต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลบุตร ทำให้หารายได้ได้ยากขึ้น จึงทำให้เกิดความเครียดเหน้อยได้มากกว่า สอดคล้องกับ Zussman [91] ที่พบว่า มารดาที่มีรายได้น้อยจะเกิดความเครียด เนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในบ้าน ดังนั้น เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการเผชิญความเครียด [63] จึงมีอิทธิพลต่อระดับความเครียดด้วย

6. ปัจจัยด้านประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 75.5 สอดคล้องกับการศึกษาของนาฏยพรรณ ภิญญา [15] ที่พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Holroyd และ McAnthlen [64] ที่พบว่ามารดาเด็กออทิสติกและเด็กดาวนซินโดรมจะมีปัญหาบางอย่างเหมือนกัน คือ สุขภาพไม่ดีเป็นต้น โดยเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวกับระดับความเครียด พบว่า ประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

7. ปัจจัยด้านจำนวนบุตร พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8 สอดคล้องกับการศึกษาของมนัสวี จำปาเทศ [5] ที่พบว่า มารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 50.8

โดยเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจำนวนบุตร กับระดับความเครียด พบว่า จำนวนบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 2 คน ถือว่ามีบุตรจำนวนน้อย จึงทำให้มีเวลาเต็มที่ในการดูแลบุตร และยังมีเวลาเหลือให้กับกิจกรรมอื่นๆ ที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว จึงเกิดความเครียดได้น้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มนัสวี จำปาเทศ [5] ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า มารดาที่มีบุตรน้อยนั้น ไม่ต้องรับบทบาทในการดูแลบุตรคนอื่นๆ ทำให้มีเวลาเต็มที่กับการดูแลบุตร มากกว่ามารดาที่มีบุตรหลายคนที่ต้องมีบทบาทในการดูแลบุตรคนอื่นๆ รวมไปถึงภาระงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบด้วย [65] เมื่อเป็นเช่นนี้ บิดามารดาที่มีบุตรจำนวนน้อยจึงมีเวลาในการดูแลบุตรออทิสติกได้เต็มที่ ประกอบกับการศึกษาของ Stienhauer [92] ที่พบว่า การมีบุตรคนอื่นที่มีสุขภาพปกติอยู่ในครอบครัวและการได้คลุกคลีใกล้ชิดดูแลบุตรที่ผิดปกติด้วยตนเอง ทำให้บิดามารดาได้ทราบถึงความผิดปกติของบุตร ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้บิดามารดาสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ดี จึงไม่เกิดความเครียด

8. ปัจจัยด้านเพศของบุตร พบว่า บุตรออทิสติกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 84 ซึ่งสอดคล้องกับอัตราส่วนระหว่างเพศ ที่พบว่า โรคออทิสติกจะเกิดในเด็กผู้ชายสูงกว่าในเด็กผู้หญิง ในอัตราส่วน 4:1 [3] โดยเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศของบุตรกับระดับความเครียด พบว่า เพศของบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ทั้งนี้ เพราะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีบุตรออทิสติกเป็นเพศชายถึง 80 เปอร์เซนต์ พบว่ามีบุตรเพศหญิงเป็นจำนวนน้อย และไม่ว่าบิดามารดาจะมีบุตรออทิสติกเป็นเพศใด ก็จะทำให้ความสำคัญกับบุตรไม่แตกต่างกัน เนื่องจากบิดามารดาจะให้ความสนใจในอาการของบุตรและการรักษาบุตรมากกว่าการให้ความสนใจว่าบุตรของตนเป็นเพศใด โดยจะเห็นได้จากความกระตือรือร้นของบิดามารดาที่พยายามพาบุตรของตนมาเข้ารับการรักษาตามเวลานัดเป็นประจำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุ่งฤดี วงศ์ชุม [8] ที่พบว่า เพศของเด็กออทิสติกไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก เนื่องจากว่าบิดามารดาให้ความสำคัญกับบุตรที่เป็นออทิสติกทั้งเพศชายและเพศหญิงเท่าๆ กัน ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Bristol [67] ที่พบว่า ระดับความเครียดนั้นเกี่ยวข้องกับเพศของเด็ก โดยมารดาได้รับผลกระทบจากเด็กชายที่เป็นออทิสติกมากกว่าเด็กหญิงที่เป็นออทิสติก

9. ปัจจัยด้านอายุของบุตรออทิสติก พบว่า บุตรออทิสติกส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 5 ปี – 7 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.4 โดยเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุของบุตรกับระดับความเครียด พบว่า อายุของบุตรมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ซึ่งในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดกับปัจจัยด้านอายุของบุตรออทิสติก ด้วยวิธี Scheffe พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีบุตรออทิสติกอายุมากกว่า 3 ปี – 5 ปี และในกลุ่มที่มีบุตรออทิสติกอายุมากกว่า 5 ปี – 7 ปี จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีบุตรออทิสติกอายุมากกว่า 7 ปี ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความเติบโตของประสบการณ์ในการดูแลบุตรออทิสติกของบิดามารดาเอง ซึ่งไม่ว่าบุตรจะมีอาการรุนแรงมากหรือน้อยเพียงใดก็ตาม หากบุตรยิ่งมีอายุมากขึ้น นั้นหมายความว่าบิดามารดาก็จะได้สั่งสมประสบการณ์ที่ผ่านปัญหาหรือผ่านความเครียดต่างๆ มากมากขึ้น จึงทำให้สามารถรับมือกับความเครียดได้มากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ความเครียดลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mc cubbin [68] พบว่า อายุของเด็กมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการเผชิญความเครียดของมารดา กล่าวคือ เมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น มารดาจะเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น โดยพยายามหาสิ่งประดับประดา พยายามดำรงไว้ซึ่งคุณค่าของตนเองและรักษาความสมดุลทางด้านจิตใจ ดังที่ ศิริภาณี มหามาตย์ [55] อธิบายไว้ว่า เมื่อบุตรออทิสติกอายุมากขึ้นผู้วิจัยเริ่มตระหนักแล้วว่าการรักษาให้หายขาดเป็นไปได้ยาก รวมทั้งมารดามีประสบการณ์เพิ่มขึ้น ทำให้

รู้แหล่งความช่วยเหลือของรัฐ เอกชน ตลอดจนความช่วยเหลือในหมู่ผู้ประกอบการที่ประสบปัญหาแบบเดียวกัน จึงส่งผลให้มารดาไม่ใช้การจัดการความเครียดเพียงด้านใดด้านหนึ่ง แต่จะแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมควบคู่ไปกับการมุ่งจัดการกับปัญหา ด้วยเหตุนี้ มารดาจึงสามารถควบคุมความเครียดไว้ได้

10. ปัจจัยด้านระยะเวลาการรักษา พบว่า ระยะเวลาที่บิดามารดานำบุตรเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระยะเวลา 2 ปี 1 เดือน - 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.1 โดยเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านระยะเวลาการรักษากับระดับความเครียด พบว่า ระยะเวลาการรักษานบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ทั้งนี้เนื่องจาก บิดามารดาที่พานบุตรเข้ามารับการรักษา ต่างก็กระตือรือร้นและให้ความสำคัญกับการรักษานบุตรของตนอย่างเต็มที่ โดยไม่สนใจว่าบุตรของตนจะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเท่าใด หากแต่เพื่อความหวังดีก็คือ อยากให้บุตรของตนมีอาการดีขึ้น ดังนั้น ไม่ว่าจะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ปี บิดามารดาที่ยังกระตือรือร้นพานบุตรมาเข้ารับการรักษาก็พัฒนาการเป็นประจำไม่เคยขาด จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกจำนวน 10 เปอร์เซนต์ ยังคงเต็มใจที่จะพานบุตรมาเข้ารับการรักษาค่าพัฒนาการในระยะเวลาการรักษามากกว่า 5 ปีขึ้นไป โดยใช้ระยะเวลาในการรักษา 6 ปี, 7 ปี, 9 ปี จนกระทั่งถึง 15 ปี ก็มีด้วยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุ่งฤดี วงศ์ชุม [8] ที่พบว่า ปัจจัยด้านระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก แต่ก็พบว่าบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาระยะเวลาแตกต่างกันมีระดับความเครียดแตกต่างกัน โดยบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาระยะเวลา 1-2 ปี มีระดับความเครียดมากกว่าบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาระยะเวลาดำกว่า 1 ปี และ ระยะเวลา 5-6 ปี [8]

11. ปัจจัยด้านความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) พบว่า กลุ่มตัวอย่างบิดามารดาที่พานบุตรมาเข้ารับการรักษาที่สถาบันราชานุกูลส่วนใหญ่ จะมีการรับรู้อาการของบุตรตรงตามความเป็นจริง เมื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการที่บิดามารดาประเมินเองกับหนังสือประจำตัวผู้ป่วยที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน ซึ่งบุตรออทิสติกของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความรุนแรงของอาการปานกลาง โดยบิดามารดาที่รับรู้ความรุนแรงของอาการในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 50.9 พบบิดามารดาที่รับรู้ความรุนแรงของอาการบุตรว่ามากและน้อยตรงตามความเป็นจริงเป็นส่วนน้อย นอกจากนี้ยังพบบิดามารดาที่รับรู้ความรุนแรงของอาการบุตรไม่ตรงตามความเป็นจริงด้วย เช่นรายที่แพทย์ได้ประเมินไว้ว่าบุตรมีความรุนแรงของอาการมากแต่บิดามารดากลับรับรู้ว่าบุตรของตนมีความรุนแรงของอาการน้อย แต่ก็พบเป็นส่วนน้อยมาก

โดยเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) กับระดับความเครียด พบว่า ความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยเมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด กับปัจจัยด้านความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) ด้วยวิธี Scheffe พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่รับรู้ว่ามีบุตรที่มีความรุนแรงของอาการมาก และในกลุ่มที่รับรู้ว่ามีบุตรที่มีความรุนแรงของอาการปานกลาง จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่รับรู้ว่ามีบุตรที่มีความรุนแรงของอาการน้อย ทั้งนี้เพราะ บิดามารดาที่รับรู้ว่ามีบุตรของตนมีความรุนแรงของอาการมากตรงตามความเป็นจริง ก็เกิดความวิตกกังวล ท้อแท้ กลัวว่าบุตรของตนจะไม่หาย และมีความคาดหวังว่าบุตรของตนจะต้องหายซึ่งอาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริง เมื่อเริ่มรู้สึกว่าจะไม่เป็นไปอย่างที่คาดหวัง บิดามารดา ก็มีความเครียดมากขึ้น สำหรับบิดามารดาที่รับรู้ความรุนแรงของอาการบุตรไม่ตรงตามความเป็นจริง ก็อาจจะแก้ปัญหาผิดจุด ความเครียดก็ยังคงเกิดขึ้นอยู่เหมือนเดิม ดังที่ Alquitera & Messick [69] ได้กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดที่สำคัญ คือ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ เมื่อบุคคลรับรู้ต่อเหตุการณ์ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ก็จะสามารถแก้ปัญหาเพื่อลดความเครียดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แต่ถ้ารับรู้เหตุการณ์ผิด การแก้ปัญหาก็จะไม่สำเร็จ ความเครียดก็จะยังอยู่ต่อไป สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มนัสวี จำปาเทศ [5] ที่พบว่า การรับรู้อาการบุตรมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก เมื่อมารดารับรู้อาการบุตรตรงกับความเป็นจริง ทำให้มารดาไม่เกิดความเครียด ส่งผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาต่อไป และสอดคล้องกับที่ Garrison & Magoon [93] กล่าวว่า การรับรู้เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์นั้นๆ แตกต่างกันไป ซึ่งการมีบุตรที่มีความผิดปกติ มารดามักจะกลัวสูญเสียบุตรทั้งที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรค และบุคคลสองคนที่เผชิญเหตุการณ์ในลักษณะเดียวกันอาจรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เผชิญแตกต่างกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาการตอบสนองรวมทั้งการเผชิญกับเหตุการณ์นั้นแตกต่างกันออกไป ดังนั้น การรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยในตัวบุตร ซึ่งเกิดจากการประเมินสถานการณ์ของบิดามารดาตามความรู้สึกนึกคิด จึงมีผลต่อระดับความเครียดด้วย

12. ปัจจัยด้านทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการดูแลบุตรออทิสติกในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66 โดยเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก กับระดับความเครียด พบว่า ทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติกมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ซึ่งทัศนคตินั้นเป็นสิ่งที่ได้รับการ

ปลูกฝังและพัฒนามาตั้งแต่วัยทารก จนกระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่ ทักษะคิดเป็นสิ่งที่กำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติหรือตอบสนองในการที่จะชอบหรือไม่ชอบต่อบุคคล วัตถุ สถานการณ์ หรือแม้กระทั่งความคิดเห็นต่างๆ [16] ทักษะคิดของบิดามารดาเด็กออทิสติกนั้นเป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ [72] เป็นสิ่งที่ไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่สามารถอ้างอิงได้จากพฤติกรรมหรือแม้กระทั่งความคิดเห็นต่างๆ ตลอดจนการตอบสนองของบุคคลนั้นๆ [16] อ.วีรชัย โกแวร์ [94] ได้กล่าวถึงทักษะคิดว่าเป็นปัจจัยภายในบุคคลตัวหนึ่งจากหลายปัจจัยที่สร้างความเครียดขึ้น ซึ่งในแต่ละสถานการณ์ คนเราแต่ละคนจะมีความเครียดมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันสามประการซึ่งมีความสัมพันธ์และมีผลต่อกันและกันด้วย ได้แก่ ตัวก่อความเครียด, ความคิด ค่านิยม หรือทัศนคติที่มีต่อตัวก่อความเครียดนั้นๆ, และ ความทนทานต่อความเครียด ซึ่งแต่ละคนไม่เหมือนกัน [95] ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า หากตัวก่อความเครียดคือการรับรู้ความรุนแรงของอาการความเจ็บป่วยของบุตรออทิสติก เมื่อบิดามารดาเด็กออทิสติกรับรู้ความเจ็บป่วยของบุตรด้วยความทัศนคติที่แตกต่างกันออกไป บิดามารดาเด็กออทิสติกแต่ละคนก็จะมี ความทนทานต่อความเครียดแตกต่างกันออกไปด้วย ดังที่ สุภาวดี ชุ่มจิตต์ [96] กล่าวว่า การมีทัศนคติที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีจากการดูแล และมีความพึงพอใจจากผลที่ได้รับจากการดูแล และผู้ดูแลจะมีความรู้สึกภูมิใจ ปลื้มปิติที่ได้ดูแลเด็กออทิสติก เมื่อเด็กออทิสติกมีพัฒนาการที่ดีขึ้น [97] ในทางตรงกันข้าม หากพัฒนาการของเด็กออทิสติกไม่เป็นไปตามความคาดหวังของบิดามารดา ก็อาจจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกเสียใจ ท้อแท้ มีความตึงเครียดเพิ่มขึ้น [98] ซึ่งในผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดกับปัจจัยด้านทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก ด้วยวิธี Scheffe พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลบุตรออทิสติก จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีทัศนคติในระดับปานกลางต่อการดูแลบุตรออทิสติก และในกลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุตรออทิสติก และบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีทัศนคติในระดับปานกลางต่อการดูแลบุตรออทิสติก จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุตรออทิสติก นั้นหมายความว่า บิดามารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุตรจะทนรับความเครียดได้มากกว่าบิดามารดาที่มีทัศนคติระดับปานกลางต่อการดูแลบุตร และบิดามารดาที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลบุตร

13. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากทั้งสองแหล่งอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกได้รับการสนับสนุนจากทั้งสองแหล่งไม่แตกต่างกัน

โดยเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวกับระดับความเครียด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ซึ่งในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด กับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ด้วยวิธี Scheffe ทำให้พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวต่ำ จะมีความเครียดสูงกว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัวปานกลาง และในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบิดามารดาที่พาบุตรมาเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลในกาการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เห็นภาพของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวได้เป็นอย่างดี เนื่องจากในเวลาที่บิดาหรือมารดาส่วนใหญ่พาบุตรมาเข้ารับการรักษา นั้น อยู่น้อยๆ ก็จะมีภรรยาหรือสามีตามมาด้วย กล่าวคือ ทั้งบิดาและมารดาทั้งคู่จะพาบุตรมาเข้ารับการรักษา รับรู้อาการบุตรร่วมกัน นอกจากนั้นหากบิดาหรือมารดาไม่มีภรรยาหรือสามีตามมาเป็นเพื่อน ก็ยังจะมีปู่ ย่า ตา ยาย ของเด็กออทิสติกมาเป็นเพื่อนบิดาหรือมารดาด้วย เป็นส่วนน้อยที่จะพบว่าบิดาหรือมารดาจะพาบุตรมาเข้ารับการรักษาแต่เพียงลำพัง ทั้งนี้ เพราะลักษณะของครอบครัวคนไทยนั้น ไม่ว่าจะครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัวจะมีความใกล้ชิด ให้ความรัก ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รับรู้ทั้งความสุขและความทุกข์ร่วมกัน ดังนั้น เมื่อมีเด็กป่วยเป็นออทิสติกอยู่ในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวก็จะคอยดูแลซึ่งกันและกัน บุคคลที่ใกล้ชิดกับบิดามารดาเด็ก ก็คือ สามี ภรรยา ปู่ ย่า ตา ยาย ของเด็ก ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ได้มาก โดยจะคอยให้กำลังใจ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การรับฟัง ปัญหา เมื่อเกิดความรู้สึกอ่อนแอหรือหมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาของบุตรออทิสติก นอกจากนี้ก็ยังมีการปรึกษาหารือกันของบิดาหรือมารดาของเด็ก ยังคอยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านอื่นๆ เพิ่มเติม ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ในลักษณะของวิธีการให้ข้อมูลความรู้ ตลอดจนการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือบุตรออทิสติก และด้านบริการ โดยอาจจะช่วยแนะนำให้คำปรึกษากรณีมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือบุตรออทิสติก ตลอดจนบริการติดต่อจัดหา ประสานงานกับองค์กรที่จะช่วยเหลือบุตรออทิสติก ด้วยเหตุนี้ บิดามารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวสูงจึงสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี ทำให้มีระดับความเครียดต่ำกว่า บิดามารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวน้อยกว่า

และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์กับระดับความเครียด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

$p < 0.001$ โดยเมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด กับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ด้วยวิธี Scheffe ทำให้พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ต่ำ จะมีความเครียดสูงกว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากบุคลากรทางการแพทย์ปานกลาง และในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์สูง ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างบิดามารดาที่พบบุตรมาเข้ารับการรักษาที่สถาบันราชานุกูลในการศึกษาคั้งนี้ ทำให้เห็นว่า บิดามารดาส่วนใหญ่ จะมีความคาดหวังว่าบุตรของตนจะได้รับการรักษาดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างดี ซึ่งก็เป็นไปอย่างที่หวัง โดยจะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้กำลังใจ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การรับฟังปัญหา เมื่อเกิดความรู้สึกอ่อนแอหรือหมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาของบุตรออทิสติกพอประมาณ แต่จะได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและด้านบริการเป็นอย่างดี เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์จะมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติหน้าที่ทั้งสองด้านนี้ดีอยู่แล้ว ดังนั้น เมื่อบิดามารดาเด็กออทิสติกเกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการของบุตรและต้องการความช่วยเหลือในการรักษาบุตร บุคลากรทางการแพทย์ก็จะให้ข้อมูลความรู้ ตลอดจนการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือบุตรออทิสติก และช่วยแนะนำให้คำปรึกษากรณีมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือบุตรออทิสติก ตลอดจนบริการติดต่อ จัดหา ประสานงานกับองค์กรที่จะช่วยเหลือบุตรออทิสติกแก่บิดามารดาเด็กออทิสติกอย่างเต็มที่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิชกานต์ ไชยชนะ [99] ที่เสนอให้เห็นว่าการที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรพยาบาล จะทำให้ผู้ปกครองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับมากขึ้น ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรมากขึ้น เมื่อบิดามารดาเข้าใจและมองเห็นแนวทางที่เป็นไปได้ในการรักษาบุตรของตน ก็ สามารถช่วยให้ความเครียดที่มีอยู่ลดลงได้ ด้วยเหตุนี้ บิดามารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์สูง จึงสามารถเผชิญรับกับความเครียดได้ดี ทำให้มีระดับความเครียดต่ำกว่าบิดามารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์น้อยกว่า

จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างบิดามารดาเด็กออทิสติกที่พบบุตรมาเข้ารับการรักษาที่สถาบันราชานุกูลในการศึกษาคั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและจากบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน ซึ่งบิดามารดาเด็กออทิสติกที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากทั้งสองแหล่งในระดับที่ต่างกัน จะมีระดับความเครียดต่างกันด้วย โดยบิดามารดาเด็กออทิสติกที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากทั้งสองแหล่งสูงกว่า จะมีระดับความเครียดต่ำกว่า บิดามารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากทั้งสองแหล่งน้อยกว่า ตรงกับแนวคิดของ Sarafine E.P. [100] คือ เมื่อคนประสบกับความเครียดหรือภาวะวิกฤติ คนที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง

จะตกอยู่ในสภาวะเครียดน้อยกว่าคนที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เพราะส่วนใหญ่คนที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง จะคาดหวังได้ว่ายังมีบุคคลที่เขาสามารถขอความช่วยเหลือช่วยแก้ปัญหา คอยให้กำลังใจตลอดเวลา ซึ่งจะทำให้เขาอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าว ได้โดยไม่เครียด มารดาที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง จะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) และความรู้สึกเป็นที่ต้องการของผู้อื่น (sense of belongingness)

นอกเหนือจากปัจจัยทั้ง 13 ตัวที่ผู้วิจัยได้นำเสนออภิปรายผลไปแล้ว เมื่อพิจารณาดูปัจจัยแต่ละตัวไปมา ผู้วิจัยก็ได้เกิดคำถามขึ้นในใจว่า อาจเป็นไปได้ที่ปัจจัยบางตัวนอกจากจะเกี่ยวข้องกับความเครียดแล้ว ยังจะมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นๆ อีก อาทิ

- ระยะเวลาการรักษาเกี่ยวข้องกับทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติกหรือไม่ เนื่องจากผู้วิจัยสันนิษฐานว่า การที่บิดามารดาเด็กออทิสติกแต่ละรายใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาบุตรช้าหรือเร็วแตกต่างกัน จะส่งผลให้บิดามารดาเด็กออทิสติกแต่ละรายมีทัศนคติต่อการดูแลบุตรออทิสติกดีหรือไม่ดีเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่

- ระยะเวลาการรักษา เกี่ยวข้องกับ ความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา)หรือไม่ เนื่องจากผู้วิจัยสันนิษฐานว่า การที่บิดามารดาเด็กออทิสติกแต่ละรายใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาบุตรช้าหรือเร็วแตกต่างกัน จะส่งผลให้บิดามารดาเด็กออทิสติกแต่ละรายรับรู้ความรุนแรงของอาการบุตรว่ามากหรือน้อยเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่

- ทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก เกี่ยวข้องกับ ความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) หรือไม่ เนื่องจากผู้วิจัยสันนิษฐานว่า การที่บิดามารดาเด็กออทิสติกแต่ละรายมีทัศนคติต่อการดูแลบุตรออทิสติกดีหรือไม่ดีแตกต่างกัน จะส่งผลให้บิดามารดาเด็กออทิสติกแต่ละราย รับรู้ความรุนแรงของอาการบุตรว่ามากหรือน้อยเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่

- การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวข้องกับ ทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก หรือไม่ เนื่องจากผู้วิจัยสันนิษฐานว่า การที่บิดามารดาเด็กออทิสติกแต่ละรายได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากทั้งสองแหล่งมากหรือน้อยแตกต่างกัน จะส่งผลให้บิดามารดาเด็กออทิสติกแต่ละรายมีทัศนคติต่อการดูแลบุตรออทิสติกดีหรือไม่ดีเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่

ซึ่งจากคำถามที่เกิดขึ้นทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยได้ทดลองหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละตัวที่คิดว่าน่าจะมีความเกี่ยวข้องกัน โดยใช้สถิติ Chi – Square Test ทำให้ได้พบคำตอบที่เป็นไปได้ของปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน 2 คู่ คือ ระยะเวลาการรักษามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

และทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ดังที่ได้เสนอตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในท้ายบทที่ 4 ของงานวิจัยนี้ ซึ่งน่าจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการนำไปศึกษาวิจัยต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

ระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษาสถาบันราชานุกุล อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า อายุและรายได้ของบิดามารดา อายุของบุตรออทิสติก ความรุนแรงของอาการบุตร (ตามการรับรู้ของบิดามารดา) ทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก และ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกกลุ่มนี้ และเพื่อนำไปสู่การสรรค์สร้างโปรแกรมช่วยเหลือบรรเทาความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกให้ลดลง ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติก ไม่ว่าจะเป็นทางภาครัฐหรือเอกชน ควรจะมีนโยบายจัดตั้งกองทุนสำหรับเด็กออทิสติก เพื่อช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีรายได้น้อย ไม่เพียงพอดต่อการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจจะเป็นกองทุนในรูปแบบกู้ยืมหรือเป็นกองทุนในรูปแบบอื่นๆ ก็ได้ นอกจากนี้ สถานพยาบาลยังให้ความช่วยเหลือได้ โดยอาจจะมีการทำบัตรสงเคราะห์บิดามารดาผู้มีรายได้น้อย เพื่อช่วยลดปัญหาเรื่องภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาบุตร เมื่อบุตรมีโอกาสได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ความเครียดของบิดามารดาก็จะบรรเทาลงได้

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเด็กออทิสติก เช่น สถานพยาบาล ศูนย์ฝึกกระตุ้น พัฒนาการ โรงเรียนการศึกษาพิเศษ นอกเหนือจะจัดกิจกรรมมากมายให้แก่เด็กออทิสติกแล้ว ควรจะจัดกิจกรรมให้แก่บิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กออทิสติกด้วย ในรูปแบบของการรวมกลุ่มของบิดามารดาหรือผู้ปกครองเด็กออทิสติก เพื่อเปิดโอกาสให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองเด็กออทิสติกแต่ละคนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็นความรู้สึกซึ่งกันและกัน บิดามารดาที่มีอายุหรือประสบการณ์ในการดูแลบุตรออทิสติกมากกว่า ก็ได้ถ่ายทอดประสบการณ์ที่มีคุณค่าให้บิดามารดารุ่นต่อๆ มาได้รับรู้ และเก็บเกี่ยวสิ่งที่เป็นผลดีไปเป็นแบบอย่างในการดูแลบุตรออทิสติกของตนต่อไป นอกจากนี้ บิดามารดาที่มีปัญหากลางแฉงใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร ก็ยังจะได้ระบายความรู้สึกออกมา ซึ่งอาจจะได้รับการคลี่คลายปัญหานั้นๆ จากบิดามารดาที่ได้พบปัญหาแบบเดียวกันมาก่อน การที่บรรดาบิดามารดาเด็กออทิสติกได้มารวมกลุ่มกันเช่นนี้ จะส่งผลให้เกิดการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้ที่มีปัญหาแบบเดียวกัน ซึ่งผู้ที่ได้พบเจอปัญหา

แบบเดียวกัน เมื่อได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน จะเกิดความเข้าใจกันได้ง่าย มีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน เกิดความรู้สึกว่าตนไม่ได้เผชิญปัญหาแต่เพียงลำพัง เมื่อเป็นเช่นนี้ กำลังใจและแรงบันดาลใจในการเผชิญกับปัญหาที่จะเกิดขึ้น ถึงเวลานี้ ความเครียดหรือความวิตกกังวลต่างๆ ที่มีอยู่ก็จะลดลง อาจกล่าวได้ว่า การรวมกลุ่มบิดามารดาเช่นนี้ เป็นการสร้างแหล่งสนับสนุนทางสังคมแหล่งใหม่ให้แก่บิดามารดาเด็กออทิสติก นั่นก็คือ การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาเด็กออทิสติกด้วยตนเอง นอกเหนือจากการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ที่บิดามารดาเด็กออทิสติกมักจะได้รับอยู่เสมอ

3. การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ทักษะคิดของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติกเป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ซึ่งในกลุ่มบิดามารดาที่มีระดับความเครียดสูง ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่มีทัศนคติไม่ดีต่อการดูแลบุตรออทิสติก ดังนั้น หากจะช่วยเหลือบรรเทาความเครียดของบิดามารดาในกลุ่มนี้ให้ลดลง ก็จำเป็นที่จะต้องปรับทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลบุตรของบิดามารดาในกลุ่มนี้ใหม่ ซึ่งก็เป็นเรื่องยากพอสมควร เนื่องจากทัศนคติในแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่ถูกปลูกฝังมาตั้งแต่เด็ก ไม่สามารถที่จะปรับเปลี่ยนได้ง่ายๆ แต่ก็น่าจะพอมีทางอยู่บ้าง ซึ่งอาจต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ให้บริการด้านจิตเวชทั้งหลาย อาทิ เช่น นักจิตวิทยา ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งรัฐและเอกชน ควรจะให้ความสำคัญกับทัศนคติที่ก่อให้เกิดความเครียดในบิดามารดาเด็กออทิสติกนี้ และจัดสรรบุคลากรด้านจิตเวชพร้อมด้วยโปรแกรมปรับทัศนคติที่ดีให้แก่บิดามารดาเด็กออทิสติกต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความชุกของความเครียดในบิดามารดาเด็กออทิสติก
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก ระหว่างบิดามารดาที่นำบุตรมารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ปกครอง ในกลุ่มที่เพิ่งมารับบริการกับกลุ่มที่รับบริการมานานแล้ว และศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
4. ควรมีการศึกษาถึงผลการรวมกลุ่มกิจกรรมช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Supportive group) อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการที่มีต่อระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

รายการอ้างอิง

- [1] สุไปรมา ลีลามณี. ศึกษาการเผชิญปัญหาภาวะวิกฤตและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2543.
- [2] เพ็ญแข ลีเมศิลา. การวินิจฉัยโรคออทิสซึม. สมุทรปราการ : ช. แสงงามการพิมพ์, 2540.
- [3] อุมพร ตรังคสมบัติ. ช่วยลูกออทิสติก คู่มือสำหรับพ่อแม่ผู้ไม่ยอมแพ้. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์วิจัยพัฒนาครอบครัว, 2545.
- [4] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4thed). Washington, DC.: American Psychiatric Inc.,1994.
- [5] มนัสวี จำปาเทศ. การศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [6] วินัดดา ปิยะศิลป์. เด็กออทิสติก พัฒนาได้ หากรู้วิธี. กรุงเทพมหานคร : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2548.
- [7] ศศิธร แก้วนพรัตน์. การสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกของศูนย์สุขวิทยาจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.
- [8] รุ่งฤดี วงศ์ชุม. ภาวะเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่นำบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.
- [9] นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล. การสนับสนุนทางสังคมในผู้ปกครองเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.
- [10] จอม ชุ่มช่วย. พ่อแม่สามารถช่วยลูกออทิสติกได้อย่างไร. นิตยสารบริษัทไทยประกันชีวิต. 38 (มีนาคม 2547) : 37.
- [11] กัญญา ธัญมันตา. เด็กออทิสติกกับผลกระทบต่อพ่อแม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

- [12] สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. ประวัติสถาบันราชานุกูล. [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา: <http://www.rajanukul.com> [2553, ธันวาคม12]
- [13] ศูนย์บริการสิทธิประโยชน์ สถาบันราชานุกูล. ฐานข้อมูลผู้ป่วยสถาบันราชานุกูล. กรุงเทพมหานคร :กรมสุขภาพจิต, 2553. (อัดสำเนา)
- [14] เฉลิม วงษ์จันทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กพิการทางสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- [15] นาฎยพรรณ ภิญโญ. ความรู้สึกรู้สึกต่ออาการออทิสติก และความเครียด ของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- [16] จิรวัดณ์ ธนราพงศ์. ปัจจัยทางจิตสังคมในการทำนายพฤติกรรมออทิสติกของมารดาที่มีบุตรออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
- [17] จิตติรัตน์ พุกจินดา. เรื่องธรรมชาติของออทิสติก. พิมพ์ครั้งที่ 1. ชุดส่งเสริมพัฒนาการและการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: แปลนพับลิชชิ่ง, 2545.
- [18] ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. คู่มือออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง. กรุงเทพมหานคร : คุรุสภาลาดพร้าว, 2548.
- [19] World Health Organization [WHO]. The ICD – 10 classification of mental and behavioral disorder : clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva : World Health Organization, 1992.
- [20] Maxine Field. Autism. Pediatric Primary Care, pp. 710-714. Chicago : Year Book Medical Publishess Ins, 1990.
- [21] พนิด โสเสถียรกิจ. รายงานผู้ป่วยออทิสติก ในผู้ป่วยฝาแฝดชายที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 48 (ตุลาคม 2552) : 254-258.
- [22] Shah PE, Dalton R, and Boris NW. Autistic disorder . In : Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, and Stanton BF, editors. Nelson textbook of pediatrics. pp. 133 – 136. 18th ed. Philadelphia :Saunders, 2007.

- [23] Freitag, CM. The genetics of autistic disorders and its clinical prevalence : a review of the literature . *Mol Psychiatry* 2007 ; 12 :2 – 22.
- [24] PatonGz. ยีน CACNA1G โรคออทิสติก. [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา : <http://www.humnoi.com/เรื่องสุขภาพ/โรคออทิสติกในเด็ก> [2553, เมษายน 9].
- [25] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fourth edition - text revision (DSM – IV – TR)*. pp. 67-70. Washington, DC : American Psychiatric Association, 2000.
- [26] จริญญา จุฑามิสสิทธิ์ , นิชรา เรืองदारกานนท์. กลุ่มอาการออทิสซึม. ในนิชรา เรืองदारกานนท์, ชาศรีญา อีรเนตร, รวิวรรณ รุ่งไพรวลัย, ทิพวรรณ หรรษาคุณาศัย, นิตยา คชภักดี , บรรณานิการ. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรม. หน้า 205 – 224. กรุงเทพมหานคร : โฮลิสติกพับลิชชิ่ง, 2551.
- [27] กษมา อุทัยภัตตรากูร. ความยุ่งยากในความขัดแย้งในครอบครัวเมื่อสมาชิกเป็นออทิสติก. *จุลสารศูนย์สุขวิทยาจิต* 9 (2) : หน้า 7-10, 2539.
- [28] จอม ชุ่มช่วย. ครอบครัวของเด็กออทิสติก. *วารสารยุวประสาทฯ* (มกราคม – เมษายน 2539) .6-11.
- [29] พวงแก้ว กิจธรรม, 2540. อ้างถึงใน มนัสวี จำปาเทศ. การศึกษาการประเมินสถานการณ์ ความเครียดการเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [30] ศรีสมร กลวิวัฒน์, 2537. อ้างถึงใน มนัสวี จำปาเทศ. การศึกษาการประเมินสถานการณ์ ความเครียดการเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก . วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [31] อิชยา เชื้อนมนัน. สุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต และ การพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- [32] Dunn, M.E., Burbine, T., Bowers, C.A., and Tantleff - bunn, S. Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal*, 2001 : 37 (1).: 39-51.

- [33] Noah Webster. Webster's New Twentieth Century Dictionary of the English Languages, 2 nd Edition. Cleveland and New York : The World Publishing Co., 1968.
- [34] Selye, H. The stress of Life. New York : Mc Graw : Prentice – Hall, 1956.
- [35] Lazarus, R. S., and Folkman, S. Stress appraisal and coping. New York: Sprinder, 1984.
- [36] Elaine Caldwell. The Psychological Impact of Trauma. The Nursing Clinic of North America 11 (June 1978) : 247.
- [37] Sutterley, Doris C. and Donnelley, Gloria F. Coping with Stress. Maryland : Aspon Systems Cooperation, 1982.
- [38] J. Macdonold Wallace. Living with stress. Nursing Times 74 (March 1978) : 457 - 458.
- [39] D.E. Hartl. Stress Management and the Nurse. Advances in Nursing Sciences. 1 : 4 (July 1979) : 91.
- [40] วีระ ไชยศรีสุข. สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : แสงศิลป์การพิมพ์, 2539.
- [41] นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์. การลดความเครียดและการเสริมสร้างสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : สำนักพัฒนา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.
- [42] สุจิต สุวรรณชีพ. อ้างถึงใน อุไร ตั้งอุดมมงคล. พฤติกรรมและการเผชิญความเครียด ของผู้ปกครอง ที่มีบุตรสมองพิการในโรงเรียนศรีสังวาลย์. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.
- [43] Gallagher J. Coping with Stress. Association Management. 1979.
- [44] Miller และ Claire. อ้างถึงใน นาฎยพรรณ ภิญโญ. ความรู้สึกรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียด ของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในเด็กผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- [45] Engel. อ้างถึงใน อัมพร โอตระกุล. สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : วิทยพัฒน์, 2538 : 50.
- [46] ชูทิพย์ ปานปรีชา. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2529.

- [47] Janis, I.L. and Mann, L. Decision making : a psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York : Free Press, 1977.
- [48] กรมสุขภาพจิต. คู่มือดำเนินงานในคลินิกคลายเครียด. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
- [49] อูไร วิรุฬห์วิริยางกูร, 2544. อ้างถึงใน ศิราณี มหามาศย์. พฤติกรรมและการเผชิญความเครียดในมารดาของเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [50] Friedman, M.M. Family Nursing : theory and assessment. Norwalk : appleton Century - Crofts, 1986.
- [51] Fostel, 1978. อ้างถึงใน มนัสวี จำปาเทศ. การศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา ที่ดูแลเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [52] Chinn Winn and Walter, 1978. อ้างถึงใน มนัสวี จำปาเทศ. การศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [53] Harding R, and Higginson I. Working with ambivalence : informal caregivers of patients at the end of life. Support Care Cancer, 2001 ; 10 : 107 – 112.
- [54] Hoyert DL, and Hopogain GA. Factor related to the well – being and life activities of family caregivers. Family relations, 1992 ; 71 : 74-81.
- [55] ศิราณี มหามาศย์. พฤติกรรมและการเผชิญความเครียดในมารดาของเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [56] Mercer, Romana. A Theoretical framework for studying factors that impact on the Maternal role. Nursing research , 1981 : 30 (2) : 73 - 77.

- [57] Kaplan, H., et al. Comprehensive textbook of psychiatry (2nd ed.). Baltimore : Williams & Wilkins, 1980.
- [58] สมยศ นาวิกาน, 2538. อ้างถึงใน มนัสวี จำปาเทศ. การศึกษาการประเมินสถานการณ์ ความเครียด การเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็ก ออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [59] Jalowice, A. Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In C.F.Waltz., & O.L.Strickland (Eds.), Measurement of Nursing Outcome : Volume 1 Measuring Client Outcomes .New York: Springer, 1984.
- [60] Jenkins, 1978. Cited in Jalowice, A., and Powers, M. J. Stress and coping in hypertensive and emergency room patient. Nursing Research, 30,10 – 15, 1981.
- [61] Strauss, S.S. and Munton, M. Common concerns of parents with disabled children . Pediatric Nursing,1985 : 11 : 371-375.
- [62] Osenencko P : Caregiver' s unmet needs its correlation with caregiver burden. AMERICAN Society of Clinical Oncology, 2002 ; 12 : 23-34.
- [63] Sahin, S. T. Physical disabled children nursing assessment and strategies for the family at risk : high risk parenting. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1986.
- [64] Holroyd, J., et al. 1975. Stress in families of institutionalized autistic children. Journal of community Psychology. 1985 :3 : 26-31.
- [65] Turner, J.S. and Helms, D.B. Lifespan development. (2nd ed.). New York : Halt Rinehart & Winston, 1983.
- [66] Mirr, M.P. Decisions made by family members of patients with severe head injury. AACN Clinical Issues in Clinical Nursing, 1991 : 2 : 242 - 251.
- [67] Bristol. อ้างถึงใน วินัดดา ปิยะศิลป์. เด็กออทิสติก พัฒนาได้ หากรู้วิธี. กรุงเทพมหานคร : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2548.
- [68] Mc. Cubbin, H. I. Family stress and coping: A decade review. Journal of Marriage and the Family.1983 :45, 359 – 370.

- [69] Alquitera and Messick, 1974. อ้างถึงใน มนัสวี จำปาเทศ. การศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [70] ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์พีระพัฒนา, 2520.
- [71] Norman, L.M. Introduction to Psychology. Boston : Houghton Muffin Company, 1971.
- [72] ดวงเดือน พันธมนาวิน และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องความเชื่อและการปฏิบัติทางพุทธศาสนาของคนไทย : การปลูกฝังอบรมและคุณภาพชีวิต. คณะพัฒนาสังคมสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2540.
- [73] Smith, G.C. T.S. Eliot's poetry and plays : A study in sources and meaning. Chicago : University of Chicago Press, 1956.
- [74] Allport, G.W. Attitude. In M. Fishbein (Ed.), Attitude theory and measurement. New York : John Wiley & Sons, 1967.
- [75] Thoits, P.A. Conceptual, Methodological and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. Journal of Health and Social Behavior. 23 (2), 1982 : 145-159,.
- [76] Cobb, S. Social Support as a Moderator for Life Stress. Journal of Psychosomatic Medicine. 38 (1976) : 300 – 341.
- [77] จินตนา ยูนิพันธ์. ทฤษฎีการพยาบาล : ทฤษฎีของนิวมาน. ในรวบรวมบทความทางวิชาการเรื่องทฤษฎีการพยาบาล , หน้า 1-2 . รวบรวมและจัดพิมพ์โดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : มปท., 2529.
- [78] อุบล นิวัติชัย. หลักการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527.

- [79] House. อ้างถึงใน กมลทิพย์ เย็นใจ. การเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลในเครือข่ายทางสังคมต่อเด็กพิการที่เรียนร่วมกับเด็กปกติในโรงเรียนปกติ : ศึกษาเฉพาะกรณี โรงเรียนระดับประถมศึกษา ที่อยู่ในโครงการเรียนร่วม ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.
- [80] Benson PR. The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: the mediating role of stress proliferation. *Journal Autism Development Disorder*. 2006 ;36 (5) : 685-95.
- [81] Herring S, Gray K, Taffe J, Tonge B, Sweeney D, and Einfeld S. Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay : associations with parental mental health and family functioning. *Journal Intellect Disability Research*.2006; 50: 874-82.
- [82] Hastings RP, Kovshoff H, Ward NJ, degli Espinosa F, Brown T, and Remington B. System analysis of stress and positive perception in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal Autism Development Disorder*. 2005; 35 : 635-44.
- [83] ประพา หมายสุข. ความเครียดและการปรับตัวของมารดาที่มีลูกออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- [84] ประภาศรี ทุ่งมีผล. การสนับสนุนทางสังคมความพร้อมในการดูแลและความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.
- [85] สมจิตร พิพิมาย, ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ และ สิริลักษณ์ วรรณธนะพงษ์. ความพร้อมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติก. ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4,7-9 กันยายน 2541. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 กรมสุขภาพจิต และคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.
- [86] อารีย์ศรี แสนจิตต์. การส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่ถูกเป็นเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.

- [87] พรพิมล วรภูมิพุทธพงศ์ และ สงคราม เชาว์ศิลป์. การสร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม. มนุษยศาสตร์สาร. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2549.
- [88] วิเชียร เกตุสิงห์. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย. ข่าวสารการวิจัยการศึกษา 18 (มีนาคม 2538) : 8-11.
- [89] Koegel, R.L., Schreibman, L., O'Neill, R.E. and Burke, J.C. The personality and family – interaction characteristics of parents of autistic children. Journal of consulting and clinical psychology, 1983 : 51 (5) : 683 - 692.
- [90] สุภาพ ชุนศิริรัตน์. ความซุกของภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก อายุ 3 – 10 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.
- [91] Zussman, 1980 .อ้างถึงใน มนัสวี จำปาเทศ. การศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และ ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา ที่ดูแลเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [92] Steinhauer, P.D. Psychological Aspects of chronic Illness. Pediatric clinics of North America 21 (November 1974) : 825-841.
- [93] Garrison, K.C. and Magoon, R. Educational psychology. Ohio : Charles E. Morrill Publishing century – crofts, 1972.
- [94] วีระชัย โกแวร์. บทความพิเศษ บทความสอนใจและทัศนคติในภาวะปัจจุบัน [ออนไลน์]. 2554. แหล่งที่มา :http://www.romyenchurch.org /messages/index.php?p=p_9&sName=-3616 [2554, เมษายน13].
- [95] สุรพงศ์ อัมพันธ์วงศ์. การวิเคราะห์และความไม่สบายใจจากโรคเครียด [ออนไลน์]. 2554. แหล่งที่มา : <http://www.อ้วน.com/forum/index.php?topic=185.0;wap 2>. [2554, เมษายน13].
- [96] สุภาวดี ชุ่มจิตต์. ปัญหาของพ่อแม่ในการดูแลเด็กออทิสติกขณะอยู่บ้าน. เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตปี 2544. กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.

- [97] ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ และ คะเนิงนิจ ไชยลังการณ. การดูแลปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลเด็กออทิสติก. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.
- [98] อรศิริ ภิเศก. แบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัวเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการแพทย์และสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- [99] นิชกานต์ ไชยชนะ. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- [100] Sarafine, E.P. and Ewing M. The Hassles Assessment Scale for Students in College : Measuring the frequency and unpleasantness and welling on stressful events. Journal of American College Health. 1999; 48(2):75.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

ใบจริยธรรม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล

เลขที่โครงการวิจัย : -

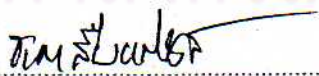
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวดวงใจ พันธภาค

สังกัดหน่วยงาน : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

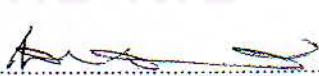
1. โครงการวิจัย Version 2.0 Dated 26 August 2010
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Dated 24 June 2010
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 26 August 2010
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 26 August 2010
5. แบบสอบถาม Version 2.0 Dated 26 August 2010

ลงนาม 

(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์ไฉกิต ธรรมอารี)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 7 กันยายน 2553

วันหมดอายุ : 6 กันยายน 2554

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
สถาบันราชานุกูล

ชื่อโครงการวิจัย ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำ
 บุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล

ผู้วิจัย นางสาวดวงใจ พันธภาค
 นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันราชานุกูล

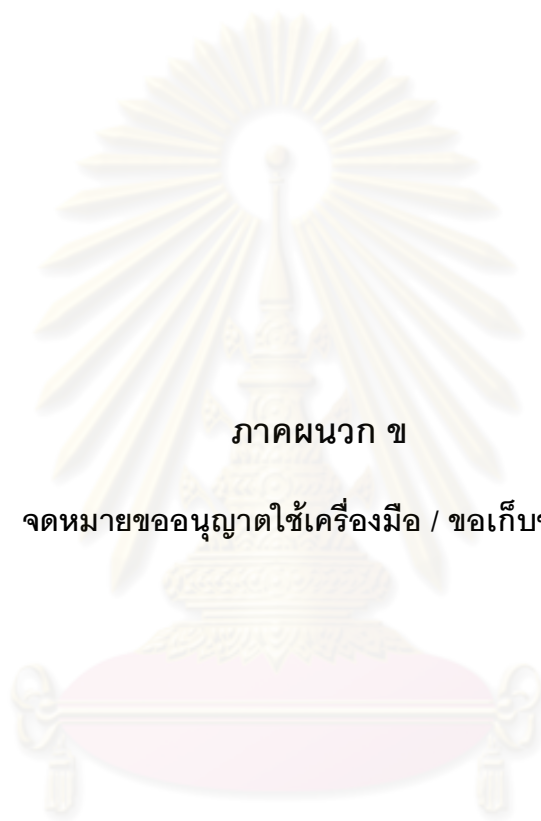
ลายเซ็นประธานกรรมการ

(ดร.สดใส กุ่มทรัพย์อนันต์)

ลายเซ็นผู้มีอำนาจของสถาบัน

(น.ส.พรรณพิมล วิบุลากร)
 ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

วันที่รับรอง ๒ / พย. / ๒๕๕๓



ภาคผนวก ข

จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือ / ขอเก็บข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ จว. พิเศษ / 2553

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลเด็ก

เรียน คุณจิรวัดน์ ธนนราพงศ์

ด้วย นางสาวดวงใจ พันธภาค นิสิตปริญญาโท ชั้นปีที่ 2 สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่อง “ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล” โดยมี อาจารย์แพทย์หญิงปรีชวัน จันทร์ศิริ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงใคร่ขออนุญาตให้ นางสาวดวงใจ พันธภาค ใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลเด็ก เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

คุณย์วิทย์ทรัพย์ากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(นางสาวดวงใจ พันธภาค)

นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต

(อาจารย์แพทย์หญิงปรีชวัน จันทร์ศิริ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ สุภปีดิพร)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โทร. 0-2256-4298 / ดวงใจ โทร. 08-6802-2854



ที่ จว. พิเศษ / 2553

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบสอบถามเพื่อวัดระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

เรียน คุณศศิธร แก้วนพรัตน์

ด้วย นางสาวดวงใจ พันธภาค นิสิตปริญญาโท ชั้นปีที่ 2 สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่อง “ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล” โดยมี อาจารย์แพทย์หญิงปรีชวัน จันทร์ศิริ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงใคร่ขออนุญาตให้ นางสาวดวงใจ พันธภาค ใช้แบบสอบถามเพื่อวัดระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
.....
(นางสาวดวงใจ พันธภาค)
นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต

.....
(อาจารย์แพทย์หญิงปรีชวัน จันทร์ศิริ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

.....
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีดิพร)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์



ที่ จว. พิเศษ / 2553

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบสอบถามเพื่อวัดการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กออทิสติก

เรียน คุณศศิธร แก้วนพรัตน์

ด้วย นางสาวดวงใจ พันธภาค นิสิตปริญญาโท ชั้นปีที่ 2 สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่อง “ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล” โดยมี อาจารย์แพทย์หญิงปรีชวัน จันทร์ศิริ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงใคร่ขออนุญาตให้นางสาวดวงใจ พันธภาค ใช้แบบสอบถามเพื่อวัดการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กออทิสติก เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(นางสาวดวงใจ พันธภาค)

นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต

.....
(อาจารย์แพทย์หญิงปรีชวัน จันทร์ศิริ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

.....
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ สุขปีดิพร)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์



ที่ จว. พิเศษ / 2553

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

ด้วย นางสาวดวงใจ พันธภาค นิสิตปริญญาโท ชั้นปีที่ 2 สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล” โดยมีอาจารย์แพทย์หญิงปรีชวัน จันทร์ศิริ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงใคร่ขออนุญาตให้นางสาวดวงใจ พันธภาค ทำการเก็บข้อมูล ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้แบบสอบถาม ดังโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่แนบมา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์แก่นิสิตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

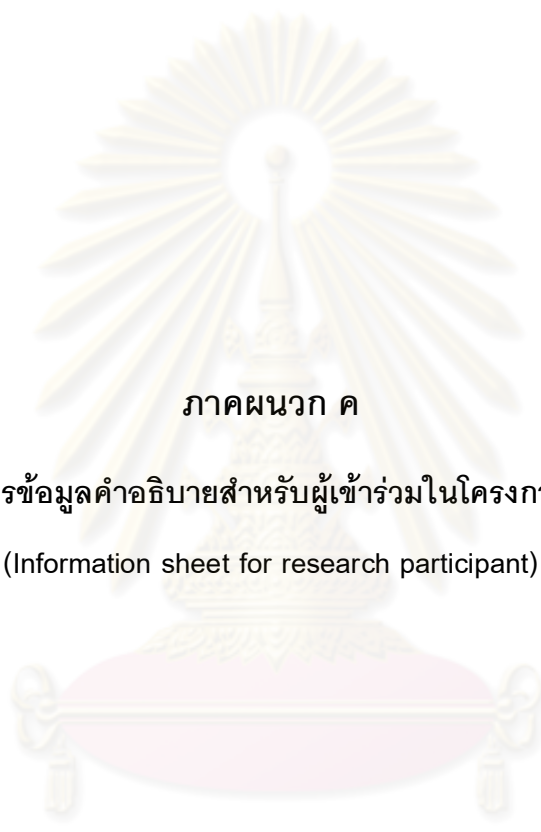
ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

.....
(นางสาวดวงใจ พันธภาค)
นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต

.....
(อาจารย์แพทย์หญิงปรีชวัน จันทร์ศิริ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

.....
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีดิพร)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โทร. 0-2256-4298 / ดวงใจ โทร. 08-6802-2854




ภาคผนวก ค

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

(Information sheet for research participant)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
---	--

ชื่อโครงการวิจัย ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการ
รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวดวงใจ พันธภาค
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ 0-2256-4298 / 08-6802-2854


เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นบิดาหรือมารดาของเด็กออทิสติกที่นำ
บุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย
ดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการ
ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถ
ตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัวหรือเพื่อนของท่านได้ ท่านมีเวลา
อย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ลงนามใน
เอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

เนื่องจากปัจจุบัน มีสถานพยาบาลหลายแห่งทั้งของรัฐบาลและเอกชน ได้เปิดให้บริการรักษาต่าง
ต่างๆ แก่เด็กออทิสติก ซึ่งถือว่าช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดาไปได้มาก จึงเป็น
ประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจจะสังเกตว่า ระดับความเครียดของบิดามารดาที่ดูแลดูแลเด็กออทิสติกน่าจะมีที่ต่ำที่ลดลง
แต่จากการทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมข้อมูลจากปากคำของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ทำให้ผู้วิจัยเห็นว่
การให้บริการในสถานพยาบาล ที่มุ่งบำบัดรักษาเด็กออทิสติกมักจะมองข้ามหรือละเลยการบำบัดรักษาที่ตัว
ครอบครัวหรือบิดามารดาของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีที่เด็กออทิสติกมาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก
ซึ่งไม่ต้องอยู่ประจำสถานพยาบาล บิดามารดาจึงมีส่วนสำคัญในการเป็นผู้ร่วมดูแลรักษาเด็กออทิสติกเป็น
อย่างมาก หากบิดามารดาซึ่งเป็นผู้ที่ ต้องอาศัยความพยายามและความอดทนในการดูแล ฝึกพัฒนาการต่างๆ
แก่เด็กอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งต้องใช้เหตุผลและการตัดสินใจ ในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเด็กออทิสติกอยู่
ตลอดเวลา ไม่ได้ได้รับการประคับประคองให้การช่วยเหลือและสนับสนุนในทุกด้าน เช่น กำลังใจ ความเข้าใจ

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
---	--

คำปรึกษา คำแนะนำ ความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระในการดูแลเด็ก ฯลฯ ก็จะมีหมดพลัง เกิดความอ่อนล้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติในครอบครัวเพิ่มขึ้นอีก เมื่อถึงเวลานั้น ก็ไม่อาจจะหนีพ้นจากความเครียดไปได้ จนในที่สุด ก็จะส่งผลกระทบต่อผลการดูแลเด็กออทิสติกที่ไม่มีคุณภาพ หรือ เด็กออทิสติกอาจจะได้รับการดูแลอย่างไม่ถูกต้องเหมาะสมตามมา

ด้วยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการที่บิดามารดามักจะถูกกลະเลยการดูแลเอาใจใส่ ผู้วิจัยจึงต้องการจะศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกให้เด่นชัดมากขึ้น เพื่อให้ได้ทราบถึงสาเหตุของความเครียดที่ส่งผลมากที่สุดต่อบิดามารดา

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย


หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถามความคิดเห็น โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลบุตรออทิสติก ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ และ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อวัดระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ซึ่งแบบสอบถามทั้งหมดนี้ท่านสามารถตอบคำถามด้วยตนเอง โดยจะใช้ระยะเวลาในการตอบคำถามประมาณ 30 – 45 นาที และท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบข้อใดๆ ที่รู้สึกไม่สบายใจที่จะตอบ

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านอาจมีความเสี่ยงที่เกิดจากการตอบแบบสอบถาม เช่น เสียเวลา ได้รับความไม่สะดวกหรือไม่สบายใจในการตอบคำถามบางคำถามที่อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของท่านได้ ดังนั้น กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณี queพบอาการดังกล่าวข้างต้น หรืออาการอื่นๆ ที่ท่านเกิดความรู้สึกดังกล่าว และสามารถปฏิเสธไม่ตอบคำถามได้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญของท่านในการดูแลเด็กออทิสติก และนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย / ผู้สนับสนุนการวิจัย

ไม่มีอันตรายในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวดวงใจ พันธภาค ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่โทรศัพท์หมายเลข 08-6802-2854

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย


การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่บุตรของท่านจะได้รับ

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย
- ท่านเกิดอาการข้างเคียงหรือความผิดปกติจากการตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษา

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่น่าจะไปสู่การเปิดเผยตัวท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

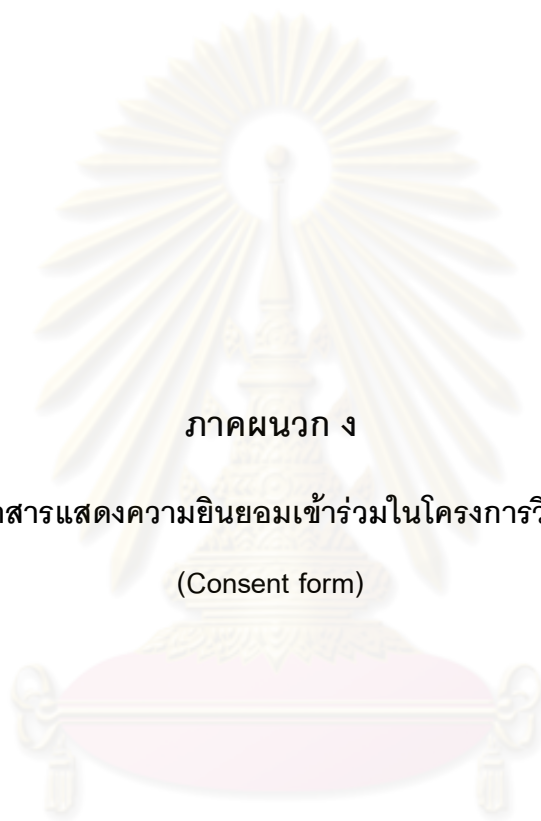
ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมถึงอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
6. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
7. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
8. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
9. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับ ช่มชู้หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ มหิดลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....




ภาคผนวก ง

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

(Consent form)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
---	---

การวิจัยเรื่อง ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่นำบุตรเข้ารับการรักษา
ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....
ที่อยู่.....ได้
อ่าน รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ที่แนบมาฉบับวันที่
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่
พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้
ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย
หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสใน
การซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อน
เร้น


ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการ
บอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ
วิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อ
วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม หลังจากที่ยกเลิกการ
เข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึง
ตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิก
การให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ
เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการ
รายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

	<p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
---	--	---

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

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

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัยตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

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

ศูนย์วิทยพัชร์พยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษา
ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล

แบบสอบถามนี้ มีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก มีจำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ มีจำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก มีจำนวน 17 ข้อ

ซึ่งท่านจะใช้เวลาตอบประมาณ 30-45 นาที

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ให้ ตามความเป็นจริง
ที่เกี่ยวกับตัวท่าน

1. ท่านมีความเกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติกอย่างไร

	บิดา	<input type="checkbox"/>	1
	มารดา	<input type="checkbox"/>	2

2. ปัจจุบันท่านอายุ _____ ปี

3. ระดับการศึกษา

	ต่ำกว่าประถมศึกษา	<input type="checkbox"/>	1
	ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/>	2
	มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/>	3
	มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า/ปวช.	<input type="checkbox"/>	4
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า/ปวส.	<input type="checkbox"/>	5
	ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/>	6
	สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	<input type="checkbox"/>	7

4. ปัจจุบันท่านทำงานอาชีพ

	รับจ้าง	<input type="checkbox"/>	1
	ค้าขาย	<input type="checkbox"/>	2
	เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/>	3

- รับราชการ 4
 รัฐวิสาหกิจ 5
 อื่นๆ โปรดระบุ _____ 6
5. รายได้ของท่านเองต่อเดือน (รวมเงินเดือนและรายได้อื่นๆ)
- ต่ำกว่า 5,000 บาท 1
 5,001-10,000 บาท 2
 10,001 – 15,000 บาท 3
 มากกว่า 15,001 บาท 4
6. รายได้ของท่านเพียงพอต่อการดำรงชีวิตอยู่หรือไม่
- เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน 1
 เพียงพอ มีหนี้สิน 2
 ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน 3
 ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน 4
7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่
- ไม่มี 1
 มี โปรดระบุ _____ 2
8. จำนวนบุตรทั้งหมดของท่าน
- 1 คน 1
 2 คน 2
 3 คน 3
 มากกว่า 3 คน 4
9. ปัจจุบันบุตรที่เป็นออทิสติก อายุเท่าใด
- แรกเกิด - 3 ปี 1
 3 ปี 1 เดือน - 5 ปี 2
 5 ปี 1 เดือน - 7 ปี 3
 มากกว่า 7 ปี 4
10. เพศของบุตรที่เป็นออทิสติก
- ชาย 1
 หญิง 2

11. ระยะเวลาในการรักษา (ตั้งแต่ทราบว่าบุตรเป็นออทิสติก)

_____ ปี _____ เดือน

12. ความรุนแรงของอาการบุตรตามความรู้สึก / การรับรู้ของท่าน

มีความรุนแรงของอาการออทิสติกมาก 1

มีความรุนแรงของอาการออทิสติกปานกลาง 2

มีความรุนแรงของอาการออทิสติกน้อย 3



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบวัดทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้ แต่ละรายการสอบถามทัศนคติของท่านที่มีต่อการดูแลบุตรออทิสติก จำนวน 30 ข้อ ในแต่ละข้อ กำหนดเป็น 5 ระดับ คือ

- 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
 4 หมายถึง เห็นด้วย
 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง เพียงคำตอบเดียว ในข้อที่ท่านเห็นว่าตรงกับความคิด และความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	ข้าพเจ้าเห็นว่า ความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมภายในบ้าน สำคัญมากกว่าการดูแลบุตร					
2.	ข้าพเจ้าเข้าใจในอาการป่วยของบุตรและรู้ในสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในชีวิตของเขา					
3.	ข้าพเจ้าเข้าใจแนวทางการรักษาบุตร ที่แพทย์อธิบายหรือชี้แจง					
4.	ข้าพเจ้ายอมรับได้ในตัวบุตร เมื่อรู้ว่าเขาเป็นเด็กพิเศษ					
5.	การดูแลบุตรเป็นงานที่ข้าพเจ้าถนัด มีโอกาสใช้ความรู้ความสามารถและทักษะอย่างเต็มที่					
6.	ข้าพเจ้ารู้สึกเบื่อกว่าอยู่บ่อยๆ เมื่อต้องดูแลบุตร					
7.	ข้าพเจ้าพอใจในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (การดูแลบุตร)					
8.	การดูแลบุตรที่เป็นเด็กพิเศษ เป็นงานท้าทายที่ทำให้ข้าพเจ้า ได้ใช้ความพยายามในการดูแลอย่างเต็มที่					
9.	ข้าพเจ้ารู้สึกกระตือรือร้นในการดูแลบุตร					
10.	ข้าพเจ้ามีอาการหมั่นหรือเสียใจท้อแท้ใจเมื่อบุตรทำไม่ได้ตามที่หวังไว้					
11.	ข้าพเจ้าคิดว่าข้าพเจ้าคงต้องยอมแพ้ เพราะไม่สามารถดูแลบุตรได้ดีไปกว่านี้					
12.	ข้าพเจ้าเห็นว่าควรทุ่มเทเวลาให้กับบุตรในแต่ละวันอย่างเต็มที่					
13.	ข้าพเจ้าจัดหาคู่มือเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร มาเพื่อใช้ศึกษาอย่างครบถ้วน					

ข้อ ที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
14.	ข้าพเจ้าหาวิธีในการประเมินพัฒนาการและพฤติกรรม ของบุตรเพื่อเป็นข้อมูลในการจัดโปรแกรมการฝึกสอน บุตร					
15.	ข้าพเจ้าพยายามมองสิ่งต่างๆ ในแง่บวก แม้ว่าขณะนั้น จะอยู่ในสถานการณ์ที่ย่ำแย่ก็ตาม					
16.	ข้าพเจ้าเข้าใจว่า การรักษา จำเป็นต้องใช้ระยะเวลา และความอดทน					
17.	การพบปะกับบุคคลอื่นที่มีบุตรอาการเดียวกับบุตรของ ข้าพเจ้า ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนทัศนคติความรู้แก่กัน					
18.	ข้าพเจ้าเชื่อว่า ความอดทน ความอบอุ่น การเอาใจใส่ และการให้โอกาส จะทำให้บุตรอาการดีขึ้น					
19.	ข้าพเจ้าไม่มีความอดทนต่อบุคคลอื่นรอบข้างที่มีความ คิดเห็นแตกต่างจากข้าพเจ้า					
20.	ข้าพเจ้าจะมีความสุขเมื่อข้าพเจ้าพอใจในวิธีการดูแล บุตรของข้าพเจ้า					
21.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจาก บุคคลรอบข้างในการทำหน้าที่ดูแลบุตร					
22.	ข้าพเจ้าไม่มีความอดทนเพียงพอในการดูแลรักษาบุตร ให้หายดี					
23.	ข้าพเจ้าเลี้ยงดูบุตรให้มีความสุขสบายทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ					
24.	ข้าพเจ้าช่วยปรับแผนการดำเนินชีวิตประจำวันแก่บุตร					
25.	ข้าพเจ้าหาแนวทางช่วยบุตรให้ปลอดภัยจาก สิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย					
26.	ข้าพเจ้าพร้อมให้การดูแลบำบัดรักษาบุตรจนกระทั่งมี อาการดีขึ้น					
27.	ข้าพเจ้าตั้งใจดูแลบุตรให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ที่อาจจะเกิดขึ้น					
28.	ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลบุตรแก่ บุคคลอื่นเสมอ					
29.	ข้าพเจ้าหมั่นสังเกตพฤติกรรมของบุตรอยู่เสมอว่ามี พฤติกรรมใดดีขึ้นหรือเลวลง					
30.	ข้าพเจ้าปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของ ตัวเองเพื่อมาดูแลบุตร					

ส่วนที่ 3 แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้ แต่ละรายการสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ โดยในแต่ละข้อ กำหนดเป็น 5 ระดับ คือ

- | | | |
|---|---------|---------------------|
| 5 | หมายถึง | เป็นจริงมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | เป็นจริงเป็นส่วนมาก |
| 3 | หมายถึง | เป็นจริงปานกลาง |
| 2 | หมายถึง | เป็นจริงเล็กน้อย |
| 1 | หมายถึง | ไม่เป็นจริงเลย |

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ในแต่ละข้อ ทั้งสองมิติ คือ มิติบุคคลในครอบครัว และ มิติบุคลากรทางการแพทย์ ในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความคิดและความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ตัวอย่าง ...

ข้อ ที่	ข้อความ	แหล่งสนับสนุน	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง ส่วนมาก	เป็นจริง ปานกลาง	เป็นจริง เล็กน้อย	ไม่เป็น จริงเลย
1.	เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้สูญเสียความ คาดหวังท่านได้รับกำลังใจจาก	บุคคลในครอบครัว			✓		
		บุคลากรทางการแพทย์		✓			

.....

ข้อ ที่	ข้อความ	แหล่งสนับสนุน	เป็นจริง มาก ที่สุด	เป็นจริง ส่วนมาก	เป็นจริง ปาน กลาง	เป็นจริง เล็กน้อย	ไม่เป็น จริงเลย
1.	เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้สูญเสียความ คาดหวัง ท่านได้รับกำลังใจจาก..	บุคคลในครอบครัว					
		บุคลากรทางการแพทย์					
2.	ท่านมั่นใจว่าไม่ได้เผชิญปัญหา อย่างโดดเดี่ยวเพราะได้รับความ เห็นอกเห็นใจจาก.....	บุคคลในครอบครัว					
		บุคลากรทางการแพทย์					
3.	ท่านรู้สึกอ่อนแอและหมดกำลังใจ ต่อสู้กับปัญหาของบุตรหรือทิสติก เพราะ.....	บุคคลในครอบครัว					
		บุคลากรทางการแพทย์					
4.	ท่านได้รับการสนับสนุนให้เกิด ความรู้สึกเข้มแข็ง และอดทนต่อ การเผชิญปัญหาและพฤติกรรม ของบุตรหรือทิสติก จาก.....	บุคคลในครอบครัว					
		บุคลากรทางการแพทย์					
5.	ท่านถูกทำให้รู้สึกเสียความเชื่อ มั่นว่าจะช่วยเหลือบุตรหรือทิสติก ได้ เพราะการแสดงออกของ.....	บุคคลในครอบครัว					
		บุคลากรทางการแพทย์					

ข้อ ที่	ข้อความ	แหล่งสนับสนุน	เป็นจริง มาก ที่สุด	เป็นจริง ส่วนมาก	เป็นจริง ปาน กลาง	เป็นจริง เล็กน้อย	ไม่เป็น จริงเลย
6.	ท่านได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือบุตรออทิสติกจาก.....	บุคคลในครอบครัว					
		บุคลากรทางการแพทย์					
7.	ท่านมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารสม่ำเสมอ กับ.....	บุคคลในครอบครัว					
		บุคลากรทางการแพทย์					
8.	ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับเด็กออทิสติกอย่างสม่ำเสมอ จาก...	บุคคลในครอบครัว					
		บุคลากรทางการแพทย์					
9.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเด็กออทิสติกอย่างเพียงพอจาก..	บุคคลในครอบครัว					
		บุคลากรทางการแพทย์					
10.	ท่านรู้สึกว่าคุณได้รับข้อมูลที่ทันสมัยและเป็นประโยชน์ต่อการช่วยเหลือบุตรออทิสติก จาก....	บุคคลในครอบครัว					
		บุคลากรทางการแพทย์					
11.	ท่านได้รับความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการรับบริการตรวจรักษาบุตรออทิสติก จาก...	บุคคลในครอบครัว					
		บุคลากรทางการแพทย์					
12.	ท่านได้รับคำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับบุตรออทิสติก จาก.....	บุคคลในครอบครัว					
		บุคลากรทางการแพทย์					
13.	เมื่อท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือบุตรออทิสติก ท่านจะได้รับการช่วยแก้ปัญหาหรือข้อสงสัย จาก.....	บุคคลในครอบครัว					
		บุคลากรทางการแพทย์					
14.	ท่านได้รับการช่วยเหลือในการติดต่อจัดหาประสานงานกับองค์กรที่สามารถ จะช่วยเหลือบุตรออทิสติกของท่าน จาก....	บุคคลในครอบครัว					
		บุคลากรทางการแพทย์					
15.	เมื่อท่านต้องการคำปรึกษาไม่มีใครที่จะ สามารถให้คำแนะนำแก่ท่านได้ ทั้งจาก.....	บุคคลในครอบครัว					
		บุคลากรทางการแพทย์					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้ แต่ละรายการสอบถามเกี่ยวกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

จำนวน 17 ข้อ โดยในแต่ละข้อกำหนดเป็น 5 ระดับ คือ

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

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง เพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อ ที่ท่านเห็นว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อ ที่	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
1.	ท่านพูดคุยและปรับทุกข์กับบุคคลรอบข้าง ทำให้รู้สึกสบายใจ					
2.	ท่านได้รับกำลังใจจากคนใกล้ชิด					
3.	ท่านรู้สึกว่าตนเองอยู่ตามลำพังและโดดเดี่ยว					
4.	ท่าทีของคนรอบข้างต่อบุตรออทิสติก ทำให้ท่านรู้สึกมีทุกข์					
5.	ท่านวิตกกังวลกับพฤติกรรมของบุตรออทิสติก					
6.	ท่านมั่นใจว่า สามารถช่วยเหลือบุตรออทิสติกได้ โดยการสนับสนุนจากคนรอบข้าง					
7.	ท่านรู้สึกสับสนไม่สามารถหาทางช่วยเหลือบุตรออทิสติกได้					
8.	ท่านพร้อมที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ไม่ว่าปัญหานั้นจะมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด					
9.	ท่านนอนไม่หลับเมื่อนึกถึงบุตรออทิสติก					
10.	ท่านมีความหวังว่าบุตรออทิสติก จะได้รับการช่วยเหลือรักษาให้มีอาการดีขึ้น					
11.	ท่านรู้สึกสบายใจ เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการช่วยเหลือรักษาบุตรออทิสติกจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์					
12.	ท่านรู้สึกกังวลใจว่า บุตรออทิสติกจะไม่ได้เรียนหนังสือ					
13.	ท่านคิดว่าบริการที่ท่านได้รับจากโรงพยาบาลจะช่วยแก้ปัญหาของท่านได้					
14.	ท่านไม่ต้องการพูดคุย หรือ ได้ยินเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับบุตรออทิสติก					
15.	ท่านมีความรู้สึกว่าต้องการหนีปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น					
16.	ท่านรู้สึกสบายใจ เมื่อได้รับคำแนะนำปรึกษาข้อสงสัยและวิธีการช่วยเหลือบุตรออทิสติกจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์					
17.	บุคคลรอบข้างสนับสนุนให้ท่านมีจิตใจที่เข้มแข็ง					

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวดวงใจ พันธภาค เกิดเมื่อวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ.2528 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำเร็จการศึกษาปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาสังคมวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อปีการศึกษา 2550 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2552



ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย