

2020

ผลของการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็ก
ออทิสติกวัยก่อนเรียน

พัฐจิรา ทิวกาโต
คณะพยาบาลศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>

Recommended Citation

ทิวกาโต, พัฐจิรา, "ผลของการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน" (2020).
Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD). 4449.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/4449>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ผลของการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อน
เรียน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF COACHING FAMILY MEMBERS' CARING BEHAVIORS ON AUTISTIC
SYMPTOMS AMONG AUTISTIC PRESCHOOLERS



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

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวต่อ อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน
โดย	น.ส.ณัฐธิดา ทิวาโต
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิสา สุขตระกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิสา สุขตระกูล)
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐกมล ชาญสาธิตพร)

ณัฐธิดา ทิวาโต : ผลของการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็ก
ออทิสติกวัยก่อนเรียน. (THE EFFECT OF COACHING FAMILY MEMBERS' CARING
BEHAVIORS ON AUTISTIC SYMPTOMS AMONG AUTISTIC PRESCHOOLERS) อ.ที่ปรึกษาหลัก
: รศ. ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ. ดร.สุณิศา สุขตระกูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เปรียบเทียบ
อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว
และเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของ
ครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กออทิสติก อายุ 3-6 ปี จำนวน 40 คน และ
ครอบครัวที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยวิธีการจับคู่
ระหว่างเพศและอายุเดียวกันของเด็กออทิสติก และระดับการศึกษาที่ใกล้เคียงกันของครอบครัวออทิสติก จากนั้น
จึงสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนเท่ากัน กลุ่มทดลองได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของ
ครอบครัว เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ
แบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม คู่มือการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวสำหรับ
พยาบาล และ คู่มือการดูแลเด็กออทิสติกสำหรับครอบครัว แบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยง
ดูเด็กออทิสติก เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าความเที่ยง
สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึมเท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลโดย
ใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนหลังได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของ
ครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับการสอนแนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. อาการออทิสติกหลังการทดลองของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะ
พฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

6077302036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: COACHING FAMILY MEMBER CARING BEHAVIOR, AUTISTIC SYMPTOMS, AUTISTIC PRESCHOOLERS

Nattira Tiwato : THE EFFECT OF COACHING FAMILY MEMBERS' CARING BEHAVIORS ON AUTISTIC SYMPTOMS AMONG AUTISTIC PRESCHOOLERS. Advisor: Assoc. Prof. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D. Co-advisor: Asst. Prof. SUNISA SUKTRAKUL, Ph.D.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare autistic symptoms among autistic preschoolers before and after coaching family member caring behavior and to compare autistic symptoms among autistic preschoolers of family members who received coaching caring behavior and those received usual nursing care. Research sample consisted of 40 autistic children aged from 3 to 6 years and family receiving services in-patient unit, Rajanukul Institute, selected by inclusion criteria. They were matched-paired by sex and age of autistic preschoolers, and education level of family member, then, equally randomly assigned to an experimental group and a control group. The experimental group received coaching family member caring behavior for 6 weeks. The control group received usual nursing care. Research instruments were :- an autistic symptoms assessment scale, a nurses' handbook for coaching family member caring behavior, a family members' handbook for caring children with autism, and a family members' caring ability assessment questionnaires. All instruments were content validated by 5 experts. The reliability of autistic symptoms assessment scale was .92. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. Autistic symptoms of autistic preschoolers after using coaching family member caring behavior were significantly lower than those before, at the .05 level.
2. There was no significant different between autistic symptoms of autistic preschoolers after using coaching family member caring behavior and after receiving usual nursing care.

CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study: Nursing Science
Academic Year: 2020

Student's Signature
Advisor's Signature
Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล ผู้ซึ่งให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อคิด และแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้ความเมตตา กรุณา เสียสละเวลา ประคับประคอง ช่วยเหลือ ช่วยตรวจสอบปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์ด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ตลอดมา ตลอดจนเป็นแรงกระตุ้นและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยพยายามทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐกมล ชาญสาธิตพร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ คณาจารย์และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พี่ๆ น้องๆ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการศึกษา คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจเรื่อยมา ตลอดจนเด็กและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ ซึ่งทุกท่านมีส่วนร่วมและเป็นส่วนสำคัญยิ่งในความสำเร็จในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาผู้ให้กำเนิดรวมถึงทุกคนในครอบครัว ญาติพี่น้อง ทั้งพี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ และนิสิตสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตปี 2560 ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือมอบความรัก ความเข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ไม่อาจเอ่ยนามได้ทั้งหมดที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา เด็กออทิสติกและครอบครัวเด็กออทิสติกทุกท่าน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่านมีสุขภาพกายที่แข็งแรง มีพลังใจที่เข้มแข็งต่อไป

ณัฐธิดา ทิวาโต

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... ง	
กิตติกรรมประกาศ..... จ	
สารบัญ..... ฉ	
สารบัญตาราง..... ฅ	
บทที่ 1 บทนำ..... 1	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	
คำถามการวิจัย..... 5	
วัตถุประสงค์การวิจัย 5	
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย 6	
สมมติฐานการวิจัย 9	
ขอบเขตการวิจัย 9	
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 10	
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 12	
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 13	
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน..... 14	
2. อาการออทิสติก..... 22	
3. การพยาบาลเด็กออทิสติกและการช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก..... 29	
4. แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของครอบครัว 36	
5. การสอนแนะ 40	
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 50	

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	56
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	57
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	59
ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	59
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	62
การดำเนินการทดลอง.....	71
การวิเคราะห์ข้อมูล	99
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	101
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	114
สรุปผลการวิจัย	118
อภิปรายผล	119
ข้อจำกัดงานวิจัย	129
บรรณานุกรม	131
ภาคผนวก	143
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	144
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย.....	146
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	156
ภาคผนวก ง ตาราง ค่าร้อยละแบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก	177
ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและ ใบยินยอมของ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	179
ภาคผนวก ฉ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	191

ประวัติผู้เขียน	194
-----------------------	-----



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	ลักษณะการจับคู่ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศและอายุของเด็กออทิสติก และระดับการศึกษาของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	61
ตารางที่ 2	รายละเอียดกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ	73
ตารางที่ 3	รายละเอียดการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัว	75
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติก จำแนกตามเพศ อายุ บุตรลำดับที่ อายุ การสังเกตความผิดปกติครั้งแรก อาการที่สังเกตพบความผิดปกติครั้งแรกอายุ.. การวินิจฉัยครั้งแรก การรักษาในปัจจุบัน.....	102
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างครอบครัว จำแนกตามความสัมพันธ์กับเด็กออทิสติก เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกเด็กและผู้ใหญ่ในบ้าน และระยะเวลาที่ดูแลเด็ก	104
ตารางที่ 6	คะแนนอาการออทิสติกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง(Pre-Test) หลังทดลอง (Post-test)	107
ตารางที่ 7	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)	109
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ (n=40)	111
ตารางที่ 9	เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40).....	113

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคออทิสซึมสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorders) เป็นโรคพัฒนาการบกพร่องจากความผิดปกติของสมองที่มีอาการแสดงเป็นความบกพร่องในพัฒนาการด้านการใช้ภาษาสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมร่วมกับมีความผิดปกติของพฤติกรรมและความสนใจที่เป็นแบบแคบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำๆ (American Psychiatric Association, 2013) ปัจจุบันโรคออทิสซึมสเปกตรัมมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกประเทศทั่วโลกพบได้ทุกเชื้อชาติ โดยพบเด็ก 1 ใน 160 คน จะมีการป่วยด้วยโรคออทิสซึมสเปกตรัม (WHO, 2013) ในประเทศไทยยังไม่มีสถิติชัดเจนเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของโรคนี้แต่จากการรายงานของมูลนิธิออทิสติกไทยเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวโน้มของคนเป็นโรคออทิสซึมสเปกตรัมในไทย คาดว่ามีประมาณ 3.7 แสนคน และจากสถิติปี พ.ศ. 2555 เฉลี่ยเด็กไทยใน 1,000 คน พบว่าเป็นโรคออทิสซึมสเปกตรัมถึง 6 คน ซึ่งถือเป็นอัตราส่วนที่สูงมาก (Chantayanon, 2012) สอดคล้องกับข้อมูลสถิติของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูลระหว่างปี พ.ศ. 2555 – 2559 พบมีผู้ป่วยออทิสติกจำนวน 9,680, 10,900, 11,182, 12,605 และ 13,387 รายตามลำดับ ซึ่งมีสถิติสูงเป็นอันดับ 1 ในกลุ่มโรคทางจิตเวชเด็กและมีอัตราผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนอายุ 3- 6 ปี เป็นวัยที่มารับบริการในหอผู้ป่วยในสถาบันราชานุกูลมากที่สุดในปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2561 มีจำนวน 134 และ 122 คน คิดเป็นร้อยละ 41 และ 40 ตามลำดับ (สถาบันราชานุกูล, 2561) ซึ่งเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญมากเป็นช่วงวัยที่มีความก้าวหน้าของพัฒนาการค่อนข้างสูงมีผลต่อการเรียนรู้ของเด็ก (Pickles et al., 2014) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกอย่างเต็มที่ภายใน 5 ปีแรกจะช่วยให้พัฒนาการเด็กออทิสติกดีขึ้นและทำให้อาการออทิสติกลดลงได้ (Lord & Risi, 2000)

อาการออทิสติกเป็นลักษณะความผิดปกติของการแสดงออกที่ไม่สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ ไม่รู้จักชื่อตนเอง ไม่สามารถบอกสิ่งที่ต้องการ ไม่สามารถสื่อสารได้ตามวัย 2) ด้านสังคม ได้แก่ ไม่มองหน้า ไม่สบตาในขณะที่พูดหรือทำกิจกรรมร่วมกัน ไม่สนใจใคร ไม่เลียนแบบ 3) ด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/ การรับรู้ ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการเรียกชื่อ เล่นของเล่นไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับตัวเอง/ ไม่สนใจสิ่งต่างๆรอบตัว และ 4) ด้านสุขภาพและพฤติกรรม ได้แก่ มีปัญหาการนอน ตื่นหรือทำร้ายตนเอง ตื่นหรือทำร้ายผู้อื่น พูดหรือทำซ้ำๆ แต่ละคนจะมีความแตกต่างกันไป (Rimland and Edelson ,1999) ซึ่งอาการออทิสติกทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์กัน เป็นเหตุเป็นผลของกันและกัน ดังเช่น เด็กออทิสติกมี

อาการด้านการใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร เช่น เด็กไม่สามารถสื่อสาร ไม่สามารถบอกสิ่งที่เด็กต้องการได้ เด็กจึงเกิดความคับข้องใจ เกิดภาวะเครียด ไม่รู้วิธีการปรับตัวและควบคุมพฤติกรรมต่อสถานการณ์ต่างๆที่เหมาะสม เกิดปัญหาในการเข้าสังคม อาจทำให้เกิดอาการทางด้านสุขภาพ เช่น ปัสสาวะรดกางเกง ท้องเสีย แสดงออกอาการด้านพฤติกรรม เช่น มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ อยู่ไม่ติดที่ เกือบตลอดเวลา ตะโกน ร้องไห้ แทนการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการ (Prizant & Wetherby, 2005; Lane et al., 2010) จากการสำรวจอาการเด็กออทิสติกอายุ 1 ปี 6 เดือน – 5 ปี ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วย สถาบันราชานุกูล ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 62 คน พบว่า มีอาการด้านสังคม ร้อยละ 100 ด้านการใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ร้อยละ 93.19 มีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม เช่น มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ พูดซ้ำๆ ร้อยละ 100 อยู่ไม่ติดที่ร้อยละ 85.91 แสดงพฤติกรรมตะโกน กรีดร้อง ไม่มีความสุขหรือร้องไห้ ร้อยละ 30.68 (สถาบันราชานุกูล, 2561) ซึ่งอาการออทิสติกดังกล่าวเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ของเด็กทำให้การเรียนรู้ลดลงได้ (Lane et al., 2010) หากไม่ได้รับการบำบัดรักษา เด็กออทิสติกจะมีความเสี่ยงอย่างมากที่จะเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ตามมา เช่น พฤติกรรมไม่ร่วมมือ ก้าวร้าว ทำลายทรัพย์สิน (Gadow et al., 2004) อาการดังกล่าวสามารถนำไปสู่โรคร่วม โดยอาจส่งผลให้เป็นโรคซึมเศร้าในเวลาต่อมาและอาจนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายตามมาได้ (Matson & Nebel-Schwalm, 2007) และส่งผลกระทบต่อครอบครัว เช่น ครอบครัวเกิดความเครียดและความวิตกกังวล เสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า (Benson, 2014) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการเล่นของเด็กของครอบครัว เช่น ครอบครัวเอาใจใส่ดูแลเด็กน้อยลง ใช้ความรุนแรงในการเลี้ยงดูเด็ก เป็นต้น (Berliner et al., 2020)

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่ออาการออทิสติกมี 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยจากตัวเด็ก ได้แก่ ความผิดปกติแต่กำเนิดของสมองเฉพาะส่วน ได้แก่ สมองส่วน Temporal cortex ที่เกี่ยวข้องกับการบกพร่องด้านภาษาและการสื่อสาร สมองส่วน Cerebellum ที่เกี่ยวข้องกับการบกพร่องทักษะการสื่อสาร ความผิดปกติของอารมณ์ สมาธิ และการเคลื่อนไหว สมองส่วน Limbic system ที่เกี่ยวข้องกับการบกพร่องด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สมองส่วน Prefrontal cortex ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์อยู่ไม่นิ่งไม่มีสมาธิ หุนหันพลันแล่นและการยึดติดกับสิ่งของหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง สมองส่วน basal ganglion ที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวซ้ำๆ สมองส่วน Brain stem และ สมองส่วน frontal และ Temporal cortex ที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ การทรงตัวที่ผิดปกติ (Vidya Bhushan Gupta, 2004; Redcay & Courchesne, 2008) ซึ่งสมองส่วนที่มีความผิดปกติจะแสดงอาการเฉพาะของสมองแต่ละส่วน ที่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับโรคทางจิตเวช (Ecker et al., 2015) เกิดปัญหาพัฒนาการล่าช้าโดยพัฒนาการล่าช้าในเด็กออทิสติกจะส่งผลทำให้อาการออทิสติกแย่ลงได้ (Lord & Risi, 2000)

2) ปัจจัยจากครอบครัว ได้แก่ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลให้อาการออทิสติกแย่ลงได้ (Benson, 2014) โดยปัจจัยที่ส่งผลให้พฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวไม่เหมาะสม ได้แก่ ครอบครัวมีความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีน้อย บรรยากาศในครอบครัวเต็มไปด้วยความกดดัน มักมีปัญหาทางอารมณ์ตามมาซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว เช่น เด็กไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเหมาะสม และมักใช้อารมณ์และความรุนแรงในการเลี้ยงดูเด็ก (Locke and Prinz, 2002) อีกทั้งการที่ครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกส่งผลให้ครอบครัวไม่มีความสามารถในการเสริมพัฒนาการเด็ก การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/ การรับรู้และอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม เป็นต้น (Fields, 2006; อภิชาติ วังตระกูล, 2550; Mathew et al., 2019; Berliner et al., 2020)

การพยาบาลเด็กออทิสติกในปัจจุบันในสถาบันราชานุกูลซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิพบว่า เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นทั้งรายเดี่ยวและกลุ่มเน้นจัดกระทำกับปัจจัยด้านตัวเด็กเป็นหลัก ได้แก่ การเสริมพัฒนาการในด้านอารมณ์ สังคม ภาษา และการช่วยเหลือตนเองตามคู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี การกระตุ้นประสาทสัมผัส การสื่อสารด้วยภาพและการเล่นโดยให้ครอบครัวสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลและให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการกับเด็กออทิสติก โดยพยาบาลมีการติดตาม สังเกต และชี้แนะทักษะการปฏิบัติของครอบครัวขณะมารับบริการที่หอผู้ป่วย ซึ่งหลังจากรับบริการครบตามโปรแกรมเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า พัฒนาการของเด็กออทิสติกด้านภาษาและสังคมดีขึ้นส่งผลให้อาการออทิสติกในด้านสังคม ภาษา ด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/ การรับรู้ลดลงได้ แต่เด็กยังคงมีอาการอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม เช่น ตีหรือทำร้ายผู้อื่น อยู่ไม่ติดที่เกือบตลอดเวลา วิดกกังวล ร้องไห้หลงเหลืออยู่ (Royeyers & Warreyn, 2010) สอดคล้องกับข้อมูลทางสถิติของสถาบันราชานุกูลที่พบว่า เด็กออทิสติกอายุ 1 ปี 6 เดือน – 6 ปี มารับบริการในแผนกหอผู้ป่วยใน ในปี พ.ศ. 2560 และ 2561 มีจำนวน 134 และ 122 คนตามลำดับ หลังจากรับบริการครบตามโปรแกรมระยะเวลา 3 เดือน และมีติดตามอาการออทิสติกซ้ำโดยใช้แบบประเมินอาการออทิสติกที่หอผู้ป่วยในได้จัดทำขึ้น พบว่า เด็กออทิสติกยังมีอาการออทิสติกมากทำให้เด็กกลับมารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2560 และ 2561 คิดเป็นร้อยละ 78 และ 84 ตามลำดับ (สถาบันราชานุกูล, 2561)

จากการทบทวนปัญหาทางการพยาบาล พบว่า การพยาบาลที่ผ่านมา มีการจัดกระทำกับปัจจัยด้านครอบครัวแต่ยังไม่เป็นแบบแผนที่ชัดเจน ไม่มีรูปแบบการสอนที่เน้นส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวให้ครอบครัวมีความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กต่อเนื่องที่บ้าน (สถาบันราชานุกูล, 2561) ซึ่งปัจจัยด้านครอบครัวเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญเนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับเด็กออทิสติกมากที่สุดและมีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก (Connolly & Gersch, 2013; Jull &

Mirenda, 2011) โดยพบว่าพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่เหมาะสม เช่น ครอบครัวให้ความรักเอาใจใส่ในการเลี้ยงดูเด็ก ประคับประคองจิตใจ มีความยืดหยุ่นในการเลี้ยงดูเด็ก และมีความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ภาษา ดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้และอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมจะส่งผลให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนลดลงได้ (McRae et al., 2019; Tonge et al., 2014) จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยเลือกจัดกระทำกับปัจจัยด้านครอบครัวโดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่เหมาะสมให้ครอบครัวมีความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ภาษา ดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้และอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมเพื่อลดอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

แนวคิดการสอนแนะที่พยาบาลทำหน้าที่ให้การฝึกสอนทักษะการปฏิบัติใหม่ๆ ใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อให้เข้าถึงกระบวนการคิดด้วยเหตุผล นำไปสู่การเพิ่มความสามารถและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเน้นการสื่อสารสองทางระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ (ศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร, 2547) โดยกระบวนการสอนแนะของ Girvin (1999) เป็นกลวิธีในการสอนที่มีโครงสร้างอย่างเป็นระบบมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้รับบริการให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหา 2) การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม 3) การฝึกทดลองการปฏิบัติกิจกรรมตามแผน 4) การประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยยังไม่พบแนวคิดการสอนแนะเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวเด็กออทิสติก แต่พบงานวิจัยเกี่ยวกับการสอนแนะเพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของครอบครัวที่ใช้แนวคิดของ Girvin (1999) จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาของสุภัค ทองคำมาก (2553) พบว่าการสอนแนะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาในระยะหลังคลอดส่งผลต่อน้ำหนักตัวและลดจำนวนครั้งของการเจ็บป่วยหลังจำหน่ายของทารกเกิดก่อนกำหนดได้ และการศึกษาของ พัฒนพร ตรีสุนย์ (2558) พบว่าการสอนแนะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดาเด็กวัยเตาะแตะโรคปอดอักเสบได้ และพบงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการสอนแนะของ Helfer and Wilson (1982) จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาของ วันเพ็ญ พุ่มเกตุ (2551) พบว่าการสอนแนะช่วยให้มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ถูกต้องได้ และการศึกษาของสุนทรี มอญทวี (2554) พบว่าการสอนแนะช่วยให้มารดามีความรู้ มีทักษะในการดูแลทารกแรกเกิดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้มารดาเกิดความมั่นใจและสามารถกระทำพฤติกรรมในการป้องกันภาวะตัวเหลืองจากการได้รับนมมารดาไม่เพียงพอได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งช่วยให้สรุปได้ว่า การสอนแนะทำให้ครอบครัวมีความรู้และมีความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง มีความมั่นใจในการปฏิบัติและสามารถใช้ความรู้ที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการจัดการกับปัจจัยด้านครอบครัวโดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม

และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้องได้ (วันเพ็ญ พุมเกตุ, 2551; สุกัค ทองคำมาก, 2553; สุนทรี มอญทวี, 2554; พัฒนพร ตริสุนย์, 2558)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีบทบาทในการดูแลเด็กออทิสติกและครอบครัวจึงเลือกจัดกระทำกับปัจจัยด้านครอบครัวโดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีพฤติกรรมการเล่นที่เหมาะสมให้ครอบครัวมีความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กต่อเนื่องที่บ้าน และเนื่องจากมีหลักฐานที่ชัดเจนว่าการสอนแนะสามารถส่งเสริมให้ครอบครัวมีพฤติกรรมการเล่นที่เหมาะสมได้ ผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบการสอนแนะโดยใช้แนวคิดของ Girvin (1999) และกรอบแนวคิดอาการออทิสติกของ Rimland and Edelson (1999) มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการสอนแนะสำหรับครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีพฤติกรรมการเล่นที่เหมาะสม ครอบครัวมีความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านสังคมและภาษา ดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้/การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งผลให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนลดลงได้

คำถามการวิจัย

1. อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังได้รับการการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นของครอบครัวแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

อาการออทิสติกเป็นลักษณะความผิดปกติของการแสดงออกที่ไม่สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัยในด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ด้านสังคม ด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ และด้านสุขภาพและพฤติกรรม (Rimland and Edelson, 1999) ซึ่งอาการออทิสติกทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์กัน เป็นเหตุเป็นผลของกันและกัน หากไม่ได้รับการบำบัดรักษา เด็กออทิสติกจะมีการเพิ่มมากขึ้นทำให้มีความเสี่ยงอย่างมากที่จะเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ตามมา (Gadow et al., 2004) โดยปัจจัยที่ส่งผลให้เด็กมีอาการออทิสติกเพิ่มขึ้นเกิดจากปัจจัยด้านตัวเด็กและปัจจัยด้านครอบครัวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้อาการออทิสติกแย่ลงได้ (Arellano et al., 2017) ครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก (Fields, 2006; อภิชาติ วัชรตระกูล, 2550) ส่งผลให้ครอบครัวไม่มีความสามารถในการเสริมพัฒนาการเด็กด้านสังคม ภาษา ไม่สามารถดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/ การรับรู้และอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม เลี้ยงดูแบบตามใจหรือแบบบังคับเด็ก เป็นต้น (Mathew et al., 2019; Berliner et al., 2020)

การศึกษาค้นคว้าวิจัยเลือกจัดกระทำกับปัจจัยด้านครอบครัวจากการที่ครอบครัวมีพฤติกรรมเลี้ยงดูไม่เหมาะสม ไม่สามารถเลี้ยงดูเด็กต่อเนื่องที่บ้านได้ ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการสอนแนะของ Girvin (1999) และกรอบแนวคิดอาการออทิสติกของ Rimland and Edelson (1999) มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการสอนแนะสำหรับครอบครัวทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่มเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีพฤติกรรมเลี้ยงดูที่เหมาะสม ครอบครัวมีความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม และภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม โดยแนวคิดการสอนแนะในการพยาบาลเป็นกลยุทธ์ในการสอนของพยาบาลที่ช่วยให้ผู้รับบริการมีการเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล (ศิริจันทร์ ภัทรวีเชียร, 2547) กระบวนการสอนแนะของ Girvin (1999) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหา 2) การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม 3) การฝึกทดลองการปฏิบัติกิจกรรมตามแผน 4) การประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งกระบวนการสอนแนะสามารถส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้เป็นลำดับขั้นตอน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536) สามารถสร้างทักษะใหม่และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะ (Gracy, 2001)

ข้อแตกต่างระหว่างรูปแบบการสอนที่ปกติที่ปฏิบัติในหอผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล (สถาบันราชานุกูล, 2560) และการสอนแนะ (Girvin, 1999) คือ หากเป็นการสอนปกติ พยาบาลจะประเมินความรู้เรื่องโรคและทักษะการปฏิบัติของผู้รับบริการ วางแผนการสอนโดยพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการ หลังจากนั้นพยาบาลให้ความรู้ สาธิตการปฏิบัติและให้ผู้รับบริการปฏิบัติตาม โดยมีพยาบาลเป็นผู้สังเกต ให้ข้อมูล ชี้แนะเพิ่มเติมเมื่อผู้รับบริการปฏิบัติไม่ได้และให้ผู้รับบริการ

ปฏิบัติซ้ำ ประเมินผลการปฏิบัติโดยการสังเกตทักษะการปฏิบัติของผู้รับบริการ ส่วนการสอนแนะนั้น เน้นให้ผู้รับบริการเป็นผู้ประเมินและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการปฏิบัติและสาธิตการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงเพื่อให้ ผู้รับบริการมีความรู้และมีต้นแบบที่ถูกต้องในการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งเสริมให้ ผู้รับบริการวางแผนการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการและ ส่งเสริมให้ปฏิบัติตามแผนต่อเนื่อง กระตุ้นให้ผู้รับบริการประเมินผลการปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้ ผู้รับบริการทราบถึงสิ่งที่ต้องปฏิบัติต่อเนื่อง ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ พยาบาลมีการติดตาม การปฏิบัติกิจกรรมของผู้รับบริการ ให้ข้อมูลเชิงบวกและลบ หากผู้รับบริการไม่สามารถทำได้ พยาบาลทำการชี้แนะ สาธิตและให้ผู้รับบริการปฏิบัติซ้ำจนกว่าจะปฏิบัติได้ ทำให้ผู้รับบริการมี ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ปฏิบัติได้จริง และสามารถใช้ความรู้ที่ได้รับไปแก้ไข ปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งช่วยส่งเสริมพฤติกรรม การเลี้ยงดูของครอบครัวให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้นได้ (วัน เพ็ญ พุมเกตุ, 2551; สุภัค ทองคำมาก, 2553; สุนทรี มอญทวี, 2554; พัฒนพร ตรีสุนัย, 2558)

การสอนแนะพฤติกรรม การเลี้ยงดูของครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน มี 7 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นแบบกลุ่มครั้งละ 2-5 คน สลับกับรายเดี่ยวในบางครั้งเนื่องจาก สถานการณ์การระบาดของโควิด 19 เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ทำกิจกรรมครั้งละ 90 นาที กิจกรรมที่ 1-5 จัดกิจกรรมต่อเนื่องทุกวันในวันจันทร์-ศุกร์ โดยกิจกรรมที่ 1 ทำ 1 ครั้ง กิจกรรมที่ 2-5 แต่ละกิจกรรม ทำ 2 ครั้ง โดยทำ 2 วันต่อกัน กิจกรรมที่ 6 ทำ 3 ครั้ง โดยทำสัปดาห์ละ 1 วันในทุกวันจันทร์ กิจกรรมที่ 7 ทำ 1 ครั้ง ในวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 6 รวมกิจกรรมทั้งหมด 13 ครั้ง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัวและเด็กออทิสติก โดย การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ เกิดความเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัย และความร่วมมือที่ดีในการเข้าร่วมกิจกรรม เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัวและผู้วิจัย (ไพบรยา จิระอรุณ, 2550) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม สาเหตุของการเกิดโรค พัฒนาการเด็กวัย ก่อนเรียน อาการออทิสติก ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการของเด็กออทิสติก ผลกระทบของอาการออทิสติก เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเด็กออทิสติก กระตุ้นให้ครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยน ประสบการณ์การเลี้ยงดูในบุตรหลานของตนเอง ส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถวิเคราะห์อาการ ออทิสติก พฤติกรรม การเลี้ยงดูของครอบครัวไม่เหมาะสมที่ส่งผลให้เด็กออทิสติกมีอาการเพิ่มขึ้น และ ผลกระทบของอาการออทิสติกในบุตรหลานของตนเอง ทำให้ครอบครัววิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่ แท้จริงว่า ครอบครัวขาดความรู้และความสามารถในการปฏิบัติในส่วนใดเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การเลี้ยงดูของครอบครัว

กิจกรรมที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านสังคม กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านภาษา กิจกรรมที่ 4 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ กิจกรรมที่ 5 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ในกิจกรรมส่วนของการวางแผนการปฏิบัตินั้นเป็นการให้ความรู้และสาธิตการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ด้านภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึกการรับรู้ และอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้วยวิดีโอคลิปเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ มีแนวปฏิบัติและต้นแบบที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยก่อนเรียน กระตุ้นให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องเป็นการสนับสนุนครอบครัวในการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ครอบครัวได้วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงว่าครอบครัวขาดความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กในส่วนตัว และกระตุ้นให้ครอบครัววางแผนการปฏิบัติและฝึกปฏิบัติกับบุตรหลานของตนเองตามแนวทางที่วางแผนไว้ ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติม ซึ่งในขั้นตอนนี้จะช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการปฏิบัติเพราะตรงกับความต้องการของแต่ละครอบครัว (Grealish, 2000) และช่วยพัฒนาความรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัวนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง (Haas, 1992)

กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผน โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวเสริมพัฒนาการด้านสังคมและภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมกับบุตรหลานที่บ้านด้วยตนเองทุกวัน และให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเองขณะปฏิบัติที่บ้าน ความร่วมมือและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กขณะทำกิจกรรม ปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนการเลี้ยงดูที่ส่งผลให้อาการเด็กดีขึ้นหรืออุปสรรคต่างๆในการเลี้ยงดูเด็กหลังจากครอบครัวนำกิจกรรมไปปฏิบัติตามแผนที่บ้าน ทำให้ครอบครัวได้เรียนรู้วิธีการเลี้ยงดูจากครอบครัวอื่นนำไปสู่การแก้ไขหรือจัดการปัญหาของตนเองได้ อีกทั้งครอบครัวก็จะได้รับกำลังใจจากสมาชิกท่านอื่น ทำให้เกิดพลังใจในการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัย ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือทบทวนสาธิตในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำและให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำจนกว่าจะปฏิบัติได้ ทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ปฏิบัติได้จริงและสามารถใช้ความรู้ที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง (อาภรณ์ ภูวิทย์พันธ์, 2549; ไอบาร์รา, 2550)

กิจกรรมที่ 7 ประเมินผลการปฏิบัติ กระตุ้นให้ครอบครัวประเมินผลตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติในการเสริมพัฒนาการด้านสังคมและภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ความร่วมมือและผลลัพธ์ที่เกิด

ขึ้นกับเด็ก ปัญหา/อุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติ สิ่งที่ต้องปฏิบัติต่อเนื่อง ผู้วิจัย ทบทวนความรู้ให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือสาธิตในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำ และให้สมาชิกปฏิบัติซ้ำจนกว่าจะปฏิบัติได้จะทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ปฏิบัติได้จริงและสามารถใช้ความรู้ที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ด้วยตนเอง (อาภรณ์ ภูวิทย์พันธ์, 2549; ไอบาร์รา, 2550)

จากแนวเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยนำรูปแบบการสอนแนะของ Girvin (1999) และ กรอบแนวคิดการออกทิสติก ของ Rimland and Edelson (1999) มาเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของครอบครัว โดยเน้นให้ครอบครัวมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง และปฏิบัติได้จริง และสามารถใช้ความรู้ที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ด้วยตนเอง ครอบครัวมีความสามารถในการเสริม พัฒนาการด้านสังคม ภาษา การดูแลเมื่อมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ และอาการ ด้านสุขภาพและพฤติกรรม ส่งผลให้อาการออทิสติกในด้านการใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ด้าน สังคม ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมลดลงได้ เนื่องจากอาการทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์กัน การลดอาการออทิสติกด้านใดด้านหนึ่ง ก็จะส่งผลให้อาการออทิสติกด้านอื่นๆ ดีขึ้นด้วย

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนหลังการได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวจะน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัด
2. อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวจะลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research design) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ณ สถาบันราชานุกูล

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ 1. เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM V ว่าเป็นโรคออทิสซึมสเปกตรัมอายุ 3-6 ปี ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในแบบไป-กลับ
2. ครอบครัวเด็กออทิสติก

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM V ว่าเป็นโรคออทิสซึมสเปกตรัม อายุ 3-6 ปี และครอบครัวเด็กออทิสติกที่มารับบริการรักษาที่สถาบันราชานุกูล แผนกผู้ป่วยในแบบไป-กลับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คู่ แบ่งเข้ากลุ่มการสอนและพฤติกรรมบำบัดของครอบครัว 20 คู่ และเข้ากลุ่มการพยาบาลปกติ 20 คู่ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ การสอนและพฤติกรรมบำบัดของครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ อาการออทิสติกได้แก่ ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ด้านสังคม ด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/ การรับรู้ และด้านสุขภาพและพฤติกรรม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การสอนและพฤติกรรมบำบัดของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลกับครอบครัวเด็กออทิสติกด้วยการสอนและพฤติกรรมบำบัดของครอบครัว โดยนำแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) และแนวคิดอาการออทิสติกของ Rimland and Edelson (1999) มาเป็นแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมบำบัดเด็กออทิสติกของครอบครัวร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติที่แผนกผู้ป่วยในจัดขึ้น เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบำบัดของครอบครัวให้เหมาะสม ครอบครัวมีความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ภาษา การดูแลเมื่อมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/ การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ส่งผลให้อาการออทิสติกลดลงได้ โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายเดี่ยวและแบบกลุ่ม 7 กิจกรรม 13 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ กิจกรรมที่ 1-5 จัดกิจกรรมต่อเนื่องทุกวันในวันจันทร์-ศุกร์ โดยกิจกรรมที่ 1 ทำ 1 ครั้ง กิจกรรมที่ 2-5 แต่ละกิจกรรมทำ 2 ครั้ง โดยทำ 2 วันต่อกัน กิจกรรมที่ 6 ทำ 3 ครั้ง โดยทำสัปดาห์ละ 1 วันในทุกวันจันทร์ กิจกรรมที่ 7 ทำ 1 ครั้งในวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัวและเด็กออทิสติก โดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม อาการออทิสติกเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเด็กออทิสติก กระตุ้นให้ครอบครัววิเคราะห์อาการออทิสติกและพฤติกรรม

การเลี้ยงดูของครอบครัวไม่เหมาะสมที่ส่งผลให้ได้ก่อกวนสติมีอาการเพิ่มขึ้นทำให้ครอบครัววิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงว่าครอบครัวขาดความรู้และความสามารถในการปฏิบัติในส่วนใด

กิจกรรมที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านสังคม กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านภาษา กิจกรรมที่ 4 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/ การรับรู้ กิจกรรมที่ 5 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม โดยการให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติด้วยวีดีโอคลิปเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้และมีต้นแบบที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูเด็ก กระตุ้นให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ส่งเสริมให้ครอบครัววางแผนการปฏิบัติและฝึกปฏิบัติกับบุตรหลานของตนเองตามแผน ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติม ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้เพราะตรงกับความต้องการที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละครอบครัวและช่วยพัฒนาความรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผน โดยการกระตุ้นให้ครอบครัวเลี้ยงดูเด็กต่อเนื่องที่บ้านทุกวัน และให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเองขณะปฏิบัติที่บ้าน กระตุ้นให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนการเลี้ยงดูที่กับสมาชิกท่านอื่นทำให้ครอบครัวได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาจากบุคคลอื่นนำไปสู่การแก้ไขหรือจัดการปัญหาของตนเองได้ ผู้วิจัยมีการติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัวให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือทบทวนสาธิตในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำ และให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำจนกว่าจะปฏิบัติได้ทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้จริงและสามารถใช้ความรู้ไปแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 7 ประเมินผลการปฏิบัติ โดยการกระตุ้นให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเองและหากครอบครัวไม่สามารถทำได้ ผู้วิจัยทบทวนความรู้จนกว่าจะปฏิบัติได้ทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ปฏิบัติได้จริงและสามารถใช้ความรู้ที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

อาการออทิสติก หมายถึง ลักษณะความผิดปกติของการแสดงออกที่ไม่สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัย ซึ่งแบ่งลักษณะความผิดปกติออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ คือ 1) ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ ไม่รู้จักชื่อตนเอง ไม่สามารถบอกสิ่งที่ต้องการ ไม่สามารถสื่อสารได้ตามวัย 2) ด้านสังคม ได้แก่ ไม่มองหน้า ไม่สบตาในขณะที่พูดหรือทำกิจกรรมร่วมกัน ไม่สนใจใคร ไม่เลียนแบบ 3) ด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/ การรับรู้ ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการเรียกชื่อ เล่นของเล่นไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับตัวเอง/ ไม่สนใจสิ่งต่างๆรอบตัว 4) ด้านสุขภาพและพฤติกรรม ได้แก่ มีปัญหาการนอน ตื่นหรือทำร้ายตนเอง ตื่นหรือทำร้ายผู้อื่น พูดหรือทำซ้ำๆซึ่งแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันไป

ในการวิจัยครั้งนี้ ครอบครัวจะเป็นผู้ประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกในความดูแล โดยใช้แบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม (Autism Treatment Evaluation Checklist; ATEC) สร้างโดย Rimland and Edelson (1999) ฉบับที่ปรับปรุงโดยอัญชรส ทองเพชรและคณะ (2560) ซึ่งปรับจากฉบับที่แปลโดย วนาลักษณ์ เมืองมลมนิรัตน์ และ ภัทราภรณ์ พุงคำปัน (2547) โดยประเมินจากคะแนนรวมและมีการพิจารณาคะแนนเป็นรายด้าน ซึ่งคะแนนต่ำแสดงถึงอาการออทิสติกน้อย และคะแนนสูงแสดงถึงอาการออทิสติกมาก

เด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน หมายถึง เด็กทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 3 - 6 ปี และได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-V โดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคออทิสซึมสเปกตรัม

ครอบครัวเด็กออทิสติก หมายถึง บิดา หรือมารดา หรือญาติ ที่มีหน้าที่ให้การดูแลเด็กออทิสติกอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง เป็นระยะเวลาติดต่อกันมาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลให้บริการครอบครัวเป็นรายเดียวทุกรายตามวิธีปฏิบัติเป็นประจำของแผนกหอผู้ป่วยใน ในวันเวลาราชการแบบไป-กลับ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 3 วัน/สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที/ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 พยาบาลประเมินความรู้เรื่องโรคออทิสซึมสเปกตรัม วางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของเด็กเกี่ยวกับการเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี และพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็ก สัปดาห์ที่ 2 ปฏิบัติการพยาบาลโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม พยาบาลเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี และให้ครอบครัวเป็นผู้สังเกต สัปดาห์ที่ 3-5 ให้ครอบครัวปฏิบัติกับเด็กตามคู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี โดยมีพยาบาลเป็นผู้สังเกต ให้ข้อมูลและชี้แนะเพิ่มเติมเมื่อครอบครัวปฏิบัติไม่ได้และให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำ สัปดาห์ที่ 6 ประเมินผลการสอนโดยพยาบาลสังเกตทักษะการเสริมพัฒนาการของครอบครัวขณะเด็กและครอบครัวมารับบริการในหอผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในการดูแลเด็กออทิสติกและครอบครัวเพื่อลดอาการออทิสติก
2. เพื่อเป็นแนวทางการบริการและให้การดูแลเด็กออทิสติกสำหรับพยาบาลร่วมกับครอบครัว โดยใช้บทบาทของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
3. ครอบครัวเด็กออทิสติกสามารถนำแนวทางการดูแลเด็กออทิสติกกลับไปใช้ที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร บทความวิจัย วารสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน
 - 1.1 พัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน
 - 1.2 ความหมายของโรคออทิสซึมสเปกตรัม
 - 1.3 สาเหตุการเกิดโรคออทิสซึมสเปกตรัม
 - 1.4 การวินิจฉัยโรคออทิสซึมสเปกตรัม
 - 1.5 แนวทางรักษาและดูแลเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน
2. อาการออทิสติก
 - 2.1 ความหมายของอาการออทิสติก
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการออทิสติก
 - 2.3 การวัดและประเมินอาการออทิสติก
3. การพยาบาลเด็กออทิสติกและการช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก
 - 3.1 การพยาบาลเด็กออทิสติก
 - 3.2 หลักการช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก
 - 3.3 การพยาบาลเด็กออทิสติกในประเทศไทย
 - 3.3.1 การพยาบาลในสถาบันพัฒนาการเด็ก
 - 3.3.2 การพยาบาลในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ
4. แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของครอบครัว
5. การสอนแนะ
 - 5.1 ความหมายของการสอนแนะ
- 5.2 กระบวนการสอนแนะ
 - 5.3 ความแตกต่างของการสอนปกติและการสอนแนะ
 - 5.4 การสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

1.1 พัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน

พัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุระหว่าง 3-6 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญมากช่วงวัยหนึ่งเนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีความก้าวหน้าทางพัฒนาการค่อนข้างสูง เนื่องจากช่วงอายุ 1-7 ปี เป็นช่วงที่มีพัฒนาการของสมองให้เกิดสติปัญญา ช่วงวัยนี้เป็นวัยที่เด็กมีจินตนาการ และมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ อายากรู้อยากเห็น ช่างซักถาม เป็นวัยแห่งการเลียนแบบพฤติกรรมจากคนใกล้ชิด ชอบเล่นสมมติและเริ่มเล่นรวมเป็นกลุ่มกับเด็กคนอื่นๆ ในระยะแรกของช่วงวัยนี้เด็กยังยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ยังมีความเอาแต่ใจตนเอง การแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยสิ่งที่รับรู้และจินตนาการของตนเอง โดยยังไม่รู้จักคิดไตร่ตรองอย่างรอบด้าน เป็นแบบลองผิดลองถูก และเรียนรู้จากผลของการกระทำ ดังนั้นการเสริมพัฒนาการในช่วงวัยนี้จึงมีความสำคัญมาก เพื่อให้เด็กมีการเรียนรู้ที่เหมาะสม ได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ทำให้เด็กมีพัฒนาการเต็มที่ตามศักยภาพ (ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย และคณะ, 2554) โดย พัฒนาการเด็กแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1.1.1 พัฒนาการด้านร่างกาย

พัฒนาการด้านร่างกาย แบ่งเป็น ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก โดย ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เด็กสามารถวิ่งได้คล่อง ขี่จักรยานสามล้อ ขว้างลูกบอลเหนือศีรษะ ปีนป่าย กระโดดก้าวสลับเท้าและเดินต่อเท้าได้ ส่วนการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก เด็กอายุ 3-4 ปี จะสามารถบังคับกล้ามเนื้อมือในการวาดรูปทรงเรขาคณิตได้ ใช้กรรไกรตัดกระดาษ วาดรูปคนที่มีอวัยวะ 2 ส่วน บอกความแตกต่างของสั้น-ยาวได้ และเมื่ออายุ 5 ปี เด็กจะนำรูปทรงเรขาคณิตพื้นฐานมาประกอบเป็นภาพที่เด็กเห็น เช่น บ้าน ต้นไม้ วาดรูปคนที่มีอวัยวะ 6 ส่วน บอกความแตกต่างของหนักเบาได้ อายุ 6 ปี เด็กจะสามารถวาดรูปทรงเรขาคณิตที่ซับซ้อนได้ (สุวรรณี วิษณุโยธิน และคณะ, 2556)

1.1.2 พัฒนาการด้านภาษา

เด็กอายุ 3 ปี สามารถรู้จักสี เข้าใจคำบุพบท สามารถทำตามคำสั่ง 2-3 คำ ต่อเนื่องกัน เด็กมีคำศัพท์ประมาณ 1000 คำ พูดเป็นประโยคได้ 3- 5 คำ ถามคำถาม อะไร ทำไม อายุ 4 ปี จะเข้าใจความเหมือนและความต่าง สามารถแยกวัตถุหรือสิ่งของเป็นหมวดหมู่ บอกอายุ ชื่อเพศของตนเองได้ สามารถเล่าเรื่องราวให้ผู้อื่นเข้าใจได้ทั้งหมดและชอบร้องเพลงที่มีคำคล้องจอง เมื่ออายุ 5 ปี เด็กจะเข้าใจ ขวา/ซ้าย และคำคุณศัพท์ สามารถบอกความหมายของคำและเล่าเรื่องตามหัวข้อได้ยาวขึ้น ตอบคำถาม “ทำไม” ได้ (สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และคณะ, 2561)

1.1.3 พัฒนาการด้านสังคม

พัฒนาการทางสังคมเห็นได้ชัดจากการเล่นของเด็กซึ่งจะเป็นไปในลักษณะของการเล่นที่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเด็กจะเล่นร่วมกันมีทั้งเด็กหญิงและเด็กชายอยู่ร่วมกัน แต่การเล่นจะแตกกลุ่มกันง่าย และไม่มีกฎเกณฑ์มากนัก เด็กจะแสดงบุคลิกภาพของแต่ละคนอย่างเห็นได้ชัด ยังยึด

ตนเองเป็นจุดศูนย์กลางจึงอาจเห็นว่าในกลุ่มที่ได้กรวมกลุ่มกันอยู่แต่เด็กแต่ละคนก็จะพูดแต่เรื่องราวของตนโดยไม่มีการเชื่อมโยงในเนื้อเรื่องที่พูดในกลุ่ม เด็กวัยนี้ต้องปรับตัวให้เพื่อนยอมรับ มีพฤติกรรมเลียนแบบกัน (วันเพ็ญ บุญประกอบ และ อัมพล สุอำพัน, 2530) อีกทั้งเด็กวัยนี้มีทักษะการช่วยเหลือตนเองมากขึ้น เข้าห้องน้ำเองและควบคุมการขับถ่ายได้ แต่งตัวได้เองและช่วยงานบ้านได้ (สุวรรณณี วิชญ์โยธิน และคณะ, 2556)

1.1.4 พัฒนาการด้านสติปัญญา

ตามทฤษฎีของ piaget พัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กวัยก่อนเรียนอยู่ในช่วงใช้เหตุผลที่ยังไม่สมบูรณ์ (pre-operational period) ในช่วงอายุ 2-4 ปี เด็กจะตัดสินใจอย่างขึ้นกับการรับรู้ทางสายตาและประสาทสัมผัส แต่ต่อมาเด็กจะมีความคิดรวบยอดต่างๆและความมีเหตุผลอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถแยกแยะความแตกต่างของสิ่งของได้ สามารถจัดกลุ่มได้ตลอดจนมีความคิดรวบยอดพื้นฐานเกี่ยวกับจำนวนของตัวเลข มีความคิด มีความจำที่แม่นยำขึ้น อย่างไรก็ตาม ลักษณะความคิดความจำของเด็กในวัยนี้ยังอยู่ในขอบเขตจำกัดและเป็นลักษณะเฉพาะตัว เช่น เชื่อว่าของทุกอย่างมีชีวิต มีความรู้สึก แม้ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งไม่มีชีวิต เชื่อว่าทุกสิ่งในโลกมีจุดมุ่งหมาย ชอบตั้งคำถามว่าทำไม และเชื่อว่าปรากฏการณ์ 2 อย่างที่เกิดขึ้นพร้อมกันเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน เช่น ใส่เสื้อสีเขียวแล้วหกล้ม เด็กจะคิดว่าที่หกล้มเพราะใส่เสื้อสีเขียว (ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย และคณะ, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพัฒนาการเด็กแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ด้านร่างกาย ภาษา สังคมและสติปัญญา ซึ่งเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-6 ปี เป็นช่วงที่มีพัฒนาการของสมองให้เกิดสติปัญญา ระดับสูงจึงมีความสำคัญมากในการส่งเสริมพัฒนาการให้ได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การเรียนรู้ที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการเต็มที่ตามศักยภาพ

1.2 ความหมายของโรคออทิสซึมสเปกตรัม

American Psychiatric Association (2013) ให้ความหมายโรคออทิสซึมสเปกตรัมเป็นกลุ่มโรคที่ประกอบด้วยความบกพร่องของพัฒนาการทางสังคม การสื่อสาร และมีพฤติกรรมหรือความสนใจซ้ำๆอย่างไม่เหมาะสม จัดเป็นโรคในกลุ่ม Neurodevelopmental Disorder

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2546) อธิบายว่าโรคออทิสซึมสเปกตรัมหมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของพัฒนาการทำให้เกิดพัฒนาการล่าช้าในหลายด้าน ได้แก่ด้านสังคม ด้านสติปัญญา ด้านการสื่อสาร ความหมาย ภาษาและจินตนาการ

เพ็ญแข ลิ้มศิลา (2550) ให้ความหมายว่าโรคออทิสซึมสเปกตรัมเป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่สามารถตรวจและวิเคราะห์ได้ว่า เด็กมีพัฒนาการล่าช้าทางด้านสังคม การสื่อสารความหมายและจินตนาการ แสดงให้เห็นโดยการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเด็กในวัยเดียวกัน เช่น การแยกตัวอยู่โดยลำพังในโลกของตัวเองเสมือนกับมีกำแพงที่มองไม่เห็นกั้นตัวเด็กเหล่านี้ออกจากสังคมรอบด้าน

ทำให้เด็กขาดการรับรู้จนไม่สามารถเรียนรู้ได้จากสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้เหมือนเด็กทั่วไปในวัยเดียวกัน ไม่สามารถสื่อความหมายกับบุคคลรอบข้าง เมื่อถึงวัยที่ควรจะพูดก็พูดไม่ได้ทั้งๆที่หูไม่หนวก แต่อาจเลียนแบบการพูดเป็นคำๆได้โดยไม่รู้ความหมาย ต่อมาก็เริ่มพูดภาษาตนเองที่มนุษย์ฟังไม่เข้าใจ เด็กเล่นกับใครไม่เป็น เล่นของเล่นไม่เป็น เนื่องจากขาดจินตนาการและมีพฤติกรรมซ้ำๆบางอย่าง ทั้งการกระทำและความคิด อาการดังกล่าวบางอย่างจะปรากฏอาการให้เห็นได้ตั้งแต่ในขวบปีแรกและจะพบอาการอย่างชัดเจนเมื่อเด็กอายุ 18 เดือนขึ้นไป

นันทวิช สิริธิรักษ์ และคณะ (2559) ได้กล่าวถึงโรคออทิสซึมสเปกตรัมว่าเป็นโรคพัฒนาการบกพร่องจากความผิดปกติของสมองที่มีอาการแสดงเป็นความบกพร่องในพัฒนาการด้านการใช้ภาษา การสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ร่วมกับความผิดปกติของพฤติกรรมและความสนใจที่เป็นแบบแคบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำๆ อาการความบกพร่องของโรคออทิสซึมสเปกตรัมจะปรากฏตั้งแต่วัยเด็กและเป็นต่อเนื่องไปจนโตโดยไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อย่างไรก็ตามหากมีการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ในระยะแรกก็จะสามารถแก้ไขความบกพร่องให้ลดน้อยลงและช่วยให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการที่ดีขึ้นได้

โดยพัฒนาการของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนจะปรากฏความบกพร่องในพัฒนาการด้านสังคม ภาษา และด้านสติปัญญาพร้อมกับมีความผิดปกติของพฤติกรรมและความสนใจที่เป็นแบบแคบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำๆ ซึ่งพัฒนาการในแต่ละด้านมีความหมายดังต่อไปนี้

พัฒนาการทางด้านสังคมของเด็กออทิสติก

Mundy et al. (1990) และ Sigman & Ruskin (1999) กล่าวว่าเด็กออทิสติกในช่วงอายุแรกเกิด - 3 ปี มีความบกพร่องพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจร่วมกับผู้อื่น ได้แก่ ไม่แสดงพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เลี้ยงดู ไม่มีความสนใจร่วมกับผู้อื่น ไม่สามารถแสดงหรือบอกอารมณ์ความรู้สึกให้ผู้อื่นรับรู้ ไม่สามารถเรียกร้องความสนใจจากผู้อื่นเพื่อบอกความต้องการของตัวเอง พฤติกรรมเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการพร่องพฤติกรรมด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและพัฒนาการด้านภาษาไปจนถึงช่วงวัยรุ่น

American Psychiatric Association (2013) กล่าวว่า เด็กออทิสติกมีความบกพร่องพัฒนาการทางด้านสังคม ได้แก่ มีความบกพร่องในการมองหน้าสบตา การใช้ภาษากาย การแสดงออกของสีหน้า ไม่ชี้บอกความต้องการ ไม่รู้จักกอดหรือโหว่สิ่งของใหม่ๆหรือสิ่งที่ตนสนใจ ไม่รู้จักการเลียนแบบ เช่น ตบมือตามผู้อื่น ไม่เข้าใจความต้องการหรือความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของผู้อื่น เช่น ไม่เข้าใจว่าผู้อื่นกำลังโกรธจากการดูสีหน้า ตอบสนองต่อการแสดงอารมณ์ของผู้อื่นอย่างไม่เหมาะสม เช่น ตบมือเมื่อเห็นผู้อื่นเสียใจ ขาดความสนใจในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พัฒนาการในการเล่นไม่เหมาะสม ไม่สมวัย เช่นเด็กออทิสติกบางรายพัฒนาการในการเล่นหยุดอยู่แค่การเล่นโดยการใส่ประสาทสัมผัส บางรายชอบเล่นซ้ำๆ หรือเล่นในลักษณะแปลกๆ เช่น เรียงของ อม หรือ

เสียงของเล่นเป็นต้น ไม่รู้จักเล่นสมมุติอย่างง่ายๆ ไม่มีจินตนาการหรือความคิดสร้างสรรค์ในการเล่น หรือบางรายเล่นสมมุติได้แต่การเล่นไม่ได้ซับซ้อนสมวัย ชอบเล่นคนเดียว และมักไม่มีปฏิสัมพันธ์กับเด็กอื่นในการเล่น ไม่สามารถเริ่มหรือชวนผู้อื่นให้มาเล่นด้วย ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับเด็กอื่น หรือมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กอื่นเฉพาะเรื่องที่ตนเองสนใจเท่านั้นหรือเข้าร่วมในลักษณะที่แปลกๆ มักมีปัญหาเมื่อเล่นกับเด็กอื่น เนื่องจากไม่สามารถสื่อสารหรือสื่อสารแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ หรือไม่เข้าใจความต้องการหรือความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของผู้อื่น

พัฒนาการทางด้านภาษาของเด็กออทิสติก

Eigsti et al. (2010) กล่าวว่า เด็กออทิสติกมีความบกพร่องด้านภาษาในการสื่อความหมาย การแสดงออกเพื่อการสื่อสาร ทำให้เด็กมีปัญหาการเข้าสังคมตามมาเนื่องจากเด็กไม่สามารถเลียนแบบเสียงพูดจากภาษาที่ได้ยินหรืออาจออกเสียงตามเสียงที่ได้ยิน (Echolalia) แต่เด็กไม่เข้าใจความหมายของคำ เด็กอาจเลียนแบบเสียงจากโทรทัศน์หรือเสียงของการ์ตูน สร้างเสียงหรือภาษาขึ้นมาใหม่เป็นภาษาของตนเองโดยผู้อื่นไม่เข้าใจความหมายและสื่อความหมายไม่ได้

American Psychiatric Association (2013) กล่าวว่า เด็กออทิสติกมีความบกพร่องพัฒนาการทางภาษาด้านการใช้ภาษาการสื่อสารและความเข้าใจภาษา มีรายละเอียดดังนี้ 1) บกพร่องทักษะการใช้ภาษาสื่อสาร ได้แก่ มีพัฒนาการทางภาษาที่ถดถอย เช่น เคยพูดได้บางคำแต่ต่อมาคำเหล่านั้นหายไป มีพัฒนาการทางภาษาที่ไม่สมวัย เช่น ยังไม่พูด หรือไม่พูดเป็นประโยคสั้นๆ ซึ่งในเด็กปกติจะเริ่มประมาณอายุ 3 ปี หรือมีความสามารถในการใช้ภาษาสื่อสารที่จำกัด พูดแต่เรื่องที่ตนสนใจโดยไม่สนใจเรื่องที่ผู้อื่นกำลังสนทนา พูดซ้ำคำ (echolalia) ใช้คำพูดที่แปลกหรือไม่เหมาะสม 2) บกพร่องทักษะความเข้าใจภาษา ได้แก่ ไม่สนใจเสียงเรียกหรือเสียงคุยของผู้อื่นที่พยายามคุยด้วย ไม่มีการใช้ท่าทางประกอบหรือมีน้อย เช่น ไม่ชี้ ไม่โหว่วัตถุที่สนใจ ไม่เข้าใจความหมายของภาษา ขณะที่เด็กวัยเดียวกันส่วนมากเข้าใจ มีความบกพร่องหรือเบี่ยงเบนในการใช้ภาษาท่าทางประกอบร่วมกับความบกพร่องในการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น ตบมือเมื่อเห็นผู้อื่นเสียใจ

พัฒนาการทางด้านสติปัญญาของเด็กออทิสติก

Beyer & Gammeltoft (2001) กล่าวว่า พัฒนาการเรียนรู้ในเด็กพัฒนาตลอดเวลา เด็กสามารถเรียนรู้จากกลิ่น เสียง รส สัมผัสและนำไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิต แต่ในเด็กออทิสติกนั้นเริ่มแสดงอาการความผิดปกติด้านการเรียนรู้ช่วงอายุ 9-12 เดือน และแสดงอาการที่เด่นชัดที่อายุ 2 ปี คือเด็กมีปัญหาและอุปสรรคในการเรียนรู้ การจดจ่อสิ่งต่างๆ ไม่สามารถรับรู้ความรู้สึก ความต้องการของผู้อื่น ไม่สามารถคิดหรือแก้ปัญหาส่งผลให้เกิดความล่าช้าของพัฒนาการด้านสังคมและภาษาตามมา

Tarbox et al. (2014) กล่าวว่าพัฒนาการทางสติปัญญาเกี่ยวข้องกับกระบวนการรู้คิด เป็นสิ่งสำคัญในการเรียนรู้ การจดจำ การคิดแก้ไขปัญหา ซึ่งพบว่า เด็กออทิสติกมีพัฒนาการด้านสติปัญญาอยู่ในระดับต่ำจะส่งผลให้การเรียนรู้ของเด็กไม่ดีตามมา ทำให้พัฒนาการด้านสังคม ภาษาล่าช้า และมีพฤติกรรมความสนใจหรือกิจกรรมจำกัด

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า โรคออทิสซึมสเปกตรัมเป็นโรคที่มีความผิดปกติของพัฒนาการจากความผิดปกติของสมองที่มีอาการแสดงเป็นความบกพร่องในพัฒนาการด้านสังคม ภาษา และด้านสติปัญญาร่วมกันมีความผิดปกติของพฤติกรรมและความสนใจที่เป็นแบบแคบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำๆ ซึ่งอาการจะปรากฏตั้งแต่วัยเด็กและเป็นต่อเนื่องไปจนโตโดยไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยพัฒนาการทั้ง 3 ด้านมีความสัมพันธ์กัน การพร่องพัฒนาการด้านในด้านหนึ่งส่งผลให้พัฒนาการด้านอื่นๆมีความผิดปกติเพิ่มขึ้น เช่น เด็กออทิสติกมีพัฒนาการด้านสติปัญญาอยู่ในระดับต่ำ จะส่งผลให้การเรียนรู้ของเด็กไม่ดีตามมาส่งผลให้พัฒนาการด้านสังคม ภาษาล่าช้า และมีพฤติกรรมความสนใจหรือกิจกรรมจำกัดเพิ่มขึ้น จึงทำให้อาการออทิสติกด้านการใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นได้ (Lord & Risi, 2000)

1.3 สาเหตุการเกิดโรคออทิสซึมสเปกตรัม

โรคออทิสซึมสเปกตรัมเป็นโรคในกลุ่ม neurodevelopmental disorder ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด ในปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุของการเกิดโรคเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันจากปัจจัยด้านพันธุกรรมและสภาพแวดล้อมและด้านประสาทวิทยา ดังนี้ (ชวนนท์ ชาณศิลป์, 2561; สุริย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และคณะ, 2561)

1.3.1 ปัจจัยด้านประสาทวิทยา

ในช่วงขวบปีแรก เด็กออทิสติกมีการเจริญเติบโตของสมองเร็วกว่าคนทั่วไปหลังจากนั้นจะช้าลงและพบว่ามีเนื้อสมองใหญ่กว่าเด็กปกติร้อยละ 2-10 และพบว่าร้อยละ 20-25 พบความผิดปกติของคลื่นสมอง (EEG) และอาการลมชัก การมีอาการลมชักร่วมด้วยสูงบ่งบอกถึงปัจจัยด้านการทำงานของสมองต่อการป่วยโรคออทิสซึมสเปกตรัม ลักษณะทางกายภาพพบมีความผิดปกติของสมองหลายบริเวณได้แก่ limbic system , cerebral cortex ทั้ง frontal lobe, temporal lobe, parietal lobe และ occipital lobe, cerebellum, basal ganglia และ brain stem เป็นต้น จากการศึกษาสารสื่อประสาทในสมองพบว่าร้อยละ 30 มีระดับ serotonin ในเลือดสูงกว่าปกติ และพบว่าระดับของ dopamine น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะชุนและการเคลื่อนไหวซ้ำๆ

1.3.2 ปัจจัยด้านพันธุกรรม

พ่อแม่ที่มีลูกเป็นออทิสติกมีโอกาสที่ลูกคนต่อไปจะเป็นออทิสติก ร้อยละ 2-10 ซึ่งโอกาสเสี่ยงนี้สูงกว่าประชากรทั่วไป 50 – 100 เท่า โดยปัจจัยเสี่ยงคือ การเว้นช่วงระหว่างการ

ตั้งครรภ์สั้น พ่อแม่อายุมาก การคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 26 สัปดาห์ และพบว่าคู่แฝดไข่ใบเดียวกันมีโอกาสเป็นโรคในกลุ่มออทิสซึมสเปกตรัมทั้งคู่สูงถึงร้อยละ 60 – 90 ในขณะที่คู่แฝดไข่คนละใบมีโอกาสเป็นทั้งคู่ต่ำกว่าประมาณร้อยละ 0 - 27 ในปัจจุบันยังไม่ทราบลักษณะการถ่ายทอดทางพันธุกรรมและยีนที่ผิดปกติอย่างชัดเจน สันนิษฐานว่าเกี่ยวข้องกับยีนหลายตำแหน่งที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรค ซึ่งยีนหรือกลุ่มของยีนที่ผิดปกติในผู้ป่วยแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน จากการศึกษาทางด้านพันธุศาสตร์พบยีนที่น่าจะเกี่ยวข้องกับบนโครโมโซมคู่ที่ 15 ตำแหน่ง 15q11-13 โครโมโซมคู่ที่ 7 แขน 7q โครโมโซมคู่ที่ 2, 16, 17 และโครโมโซม X linked recessive disorder ร้อยละ 2-3 เป็นต้น

1.3.3 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

ปัจจัยจากสภาพแวดล้อมมีผลต่อการเป็นโรคกลุ่มออทิสซึมสเปกตรัมถึง ร้อยละ 60-65 เช่น ภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะตั้งครรภ์ ระหว่างคลอดและหลังคลอดซึ่งเกิดผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของสมอง มารดาได้รับยาหรือสารเคมีบางอย่าง การติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์หรือปัจจัยที่ทำให้เกิดการกระบวนกรอักเสบหรือระบบภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ และอายุของพ่อแม่ โดยพบว่าพ่อที่อายุมากกว่า 50 ปี มีความเสี่ยงในการมีลูกเป็นออทิสติกสูงกว่าพ่อที่อายุน้อยกว่า 30 ปี และแม่ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นกว่าแม่ที่อายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 27

1.4 การวินิจฉัยโรคออทิสซึมสเปกตรัม

การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-5 ขึ้นอยู่กับประวัติ การประเมินพัฒนาการและการสังเกตพฤติกรรมของเด็กตั้งแต่อายุน้อย เกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสซึมสเปกตรัมตามคู่มือการวินิจฉัยโรค DSM-V โดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 2013) กำหนดหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคดังต่อไปนี้

1. มีอาการปรากฏให้เห็นหรือได้ข้อมูลจากประวัติว่ามีความบกพร่องในด้านการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ในสังคมในบริบทต่างๆ โดยมีอาการดังต่อไปนี้

1.1 มีความบกพร่องในปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตั้งแต่ความผิดปกติในการเข้าสังคม ไม่สามารถสนทนาโต้ตอบได้ตามปกติไปจนถึงมีความสนใจและมีอารมณ์ร่วมน้อย

1.2 มีความบกพร่องในพฤติกรรมการสื่อสารที่ไม่ได้ใช้คำพูดในปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตั้งแต่ไม่สามารถผสมผสานการสื่อสารที่ใช้คำพูดกับไม่ใช้คำพูด การสบตาหรือภาษากายที่ผิดปกติ การไม่สามารถเข้าใจท่าทางหรือใช้ท่าทางประกอบไม่เป็น ไปจนถึงการไม่สามารถแสดงออกทางสีหน้าหรือภาษากาย

1.3 มีความบกพร่องในการสร้าง รักษา และเข้าใจในความสัมพันธ์ซึ่งกันเป็นได้ตั้งแต่การยากลำบากในการปรับตัวให้เหมาะสมกับบริบทในสังคม ความยากลำบากในการเล่นสมมุติ การสร้างเพื่อน ไปจนถึงขาดความสนใจในกลุ่มเพื่อน

2. มีพฤติกรรม ความสนใจหรือกิจกรรมจำกัดและซ้ำๆ ทั้งๆที่แสดงในปัจจุบันหรือจากประวัติ โดยมีลักษณะอย่างน้อย 2 ข้อจากหัวข้อดังต่อไปนี้

2.1 มีการเคลื่อนไหว การใช้สิ่งของ หรือภาษาซ้ำๆ แบบเดิม

2.2 ยึดติดกับกิจวัตรแบบเดิมๆ โดยไม่ยืดหยุ่น

2.3 มีความสนใจที่ผิดปกติ จำกัด และไม่ยืดหยุ่นอย่างมาก

2.4 มีการตอบสนองต่อข้อมูลที่รับทางประสาทสัมผัสมากเกินไป ความรุนแรงขึ้นกับความบกพร่องทางการสื่อสารปฏิสัมพันธ์และรูปแบบพฤติกรรมที่เกิดขึ้นซ้ำๆ

3. อาการต่างๆต้องเกิดขึ้นในช่วงต้นของพัฒนาการ (แต่อาจไม่แสดงอาการเต็มที่จนกระทั่งความต้องการของสังคมมีมากกว่าความสามารถของผู้ป่วยหรืออาจถูกกลบเกลื่อนด้วยการเรียนรู้เมื่อเติบโตขึ้น

4. อาการต่างๆเป็นเหตุให้เกิดความบกพร่องทางสังคม อาชีพ หรือบทบาทหน้าที่สำคัญในปัจจุบัน

5. ความผิดปกติเหล่านี้ไม่สามารถอธิบายได้จาก intellectual disability หรือ global delay development (ASD สามารถเกิดร่วมกับ intellectual disability)

1.5 แนวทางรักษาและดูแลเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

ในปัจจุบันการบำบัดรักษามีหลายวิธีแต่ไม่ได้เป็นการรักษาที่ทำให้หายขาดจากโรค การบำบัดรักษาจะมุ่งเน้นที่การฟื้นฟูอาการออทิสติกให้หลงเหลือน้อยที่สุด และทำให้เด็กอยู่ในสังคมโดยพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยที่สุด การบำบัดรักษาฟื้นฟูควรเริ่มให้เร็วที่สุดตั้งแต่อายุต่ำกว่า 3 ปี เนื่องจากเป็นวัยที่สมองมีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนได้มาก มีผลทำให้การพยากรณ์โรคดีขึ้นไม่มากนักน้อย (สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และคณะ, 2561) การรักษาเด็กออทิสติก มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.5.1 การรักษาด้วยการไม่ใช้ยา (non-pharmacological intervention)

1.5.1.1 การเสริมสร้างความสามารถของครอบครัว เป็นแนวทางที่มีความสำคัญในการดูแลเด็กออทิสติก ครอบครัวเป็นผู้บำบัดที่สำคัญที่จะให้การดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งการเสริมสร้างความสามารถของครอบครัวทำได้โดย การให้ความรู้เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจสาเหตุของโรคว่าเป็นความผิดปกติของสมอง ลดความรู้สึกลบที่อาจเข้าใจว่าเกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่ดี ส่งเสริมให้ครอบครัวมีพฤติกรรมเลี้ยงดูที่เหมาะสม โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีความสามารถในการเสริมพัฒนาการเด็ก การดูแลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมอื่นๆ ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้น (Drew et al., 2002) อาการออทิสติกในทุกๆ ด้านดีขึ้น (Tonge et al., 2014)

1.5.1.2 การกระตุ้นพัฒนาการ การกระตุ้นพัฒนาการโดยเร็วที่สุดเป็นการรักษาที่จำเป็นมากในผู้ป่วยโรคออทิสซึมสเปกตรัม มีข้อมูลแสดงว่าการกระตุ้นพัฒนาการอย่างเต็มที่ภายใน 5 ขวบปีแรก จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการที่ดีขึ้นได้ แนวทางการกระตุ้นพัฒนาการเบื้องต้นที่

ได้รับความนิยมและพิสูจน์ว่าได้ผลดี ได้แก่ วิธี applied behavior analysis ที่ใช้วิธีการทางพฤติกรรมบำบัดฝึกฝนให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการได้แก่ ทักษะด้านการสื่อสาร การปรับตัวทักษะในชีวิตประจำวัน ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ การกระตุ้นพัฒนาการที่ส่งเสริมทักษะการเล่นและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นต้น (นันทวัช สิริธรรักษ์ และคณะ, 2559)

1.5.1.3 การรักษาและดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ทีมสหวิชาชีพมีหน้าที่ส่งเสริม บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กออทิสติกให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ การบำบัดโดยทีมสหวิชาชีพมีหลากหลายขึ้นอยู่กับปัญหาในเด็กแต่ละราย เช่น การช่วยเหลือด้านการศึกษากการฝึกพูด การฝึกกิจกรรมบำบัด (สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และคณะ, 2561)

1.5.2 การรักษาด้วยยา (pharmacological intervention)

การรักษาด้วยการใช้ยาใช้เพื่อลดอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เท่านั้น ไม่ได้ใช้เพื่อรักษาโรคและจะต้องใช้ควบคู่กับการบำบัดรักษาทางด้านพฤติกรรมและจิตสังคมอื่นด้วยเสมอ (สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และคณะ, 2561) ยาที่นิยมใช้ได้แก่

1. Risperidone เป็นยาในกลุ่ม atypical antipsychotic ใช้สำหรับลดอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว พฤติกรรมทำร้ายตนเอง และมีงานวิจัยสนับสนุนประสิทธิภาพในการรักษาพฤติกรรมซ้ำๆ และนอนไม่นิ่ง ผลข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ ง่วงนอน อ่อนเพลีย อาเจียน เพิ่มความอยากอาหาร ทำให้เด็กบางรายมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ และทำให้มีการเพิ่มของฮอร์โมน prolactin พบ extrapyramidal side effects (EPS) ได้น้อยกว่ายาในกลุ่ม typical antipsychotic (haloperidol) ได้รับการรับรองให้ใช้ในผู้ป่วยโรคออทิสซึมสเปกตรัม ตั้งแต่อายุ 5 ปี ขึ้นไป หรือในอายุน้อยกว่าถ้าจำเป็น

2. Methylphenidate เพื่อช่วยลดอาการนอนไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้เลือกใช้เป็นตัวแรกเพราะพบผลข้างเคียงคือ มีอาการหงุดหงิดง่ายในเด็กออทิสติกได้บ่อย จึงควรใช้ในขนาดที่ต่ำก่อน แล้วค่อยๆเพิ่มความระมัดระวัง

3. Aripiprazole เป็นยาในกลุ่ม third generation antipsychotic ใช้สำหรับลดอาการหงุดหงิด ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่ ง่วงนอน อ่อนเพลีย อาเจียน เพิ่มความอยากอาหาร และอาจพบอาการสั่น สำหรับ extrapyramidal side effects (EPS) พบได้น้อยกว่า Risperidone

2. อาการออทิสติก

2.1 ความหมายของอาการออทิสติก

Rimland and Edelson (1999) กล่าวว่า อาการออทิสติก เป็นลักษณะความผิดปกติของการแสดงออกที่ไม่สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัย ซึ่งแบ่งลักษณะความผิดปกติออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้คือ 1. ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ ไม่รู้จักชื่อตนเอง ไม่สามารถบอกสิ่งที่ต้องการ ไม่สามารถสื่อสารได้ตามวัย ไม่สามารถทำตามสั่งได้ 2. ด้านสังคม ได้แก่ ไม่มองหน้า ไม่สบตาในขณะพูดหรือทำกิจกรรมร่วมกัน ไม่สนใจใคร ไม่เลียนแบบ ไม่ชอบให้คนอุ้มหรือกอดรัด ไม่เข้าใจอารมณ์และความรู้สึกของผู้อื่น 3. ด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการเรียกชื่อ เล่นของเล่นไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับตัวเอง ไม่สนใจสิ่งต่างๆรอบตัว เล่นตามจินตนาการไม่เป็น 4. ด้านสุขภาพและพฤติกรรม ได้แก่ มีปัญหาการนอน ตื่นหรือทำร้ายตนเอง ตื่นหรือทำร้ายผู้อื่น มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ อยู่ไม่ติดที่เกือบตลอดเวลา มีกิจวัตรตายตัว ยึดติดกับสิ่งของหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันไป

American Psychiatric Association (APA) ปี 2013 กล่าวถึงอาการออทิสติก หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงถึงความบกพร่องใน 2 ด้านได้แก่ 1) ด้านการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ในสังคมในหลายๆ สถานการณ์ ได้แก่ มีความผิดปกติในการเข้าสังคม ไม่สามารถสนทนาโต้ตอบได้ตามปกติ มีความสนใจและมีอารมณ์ร่วมน้อย การสบตาหรือภาษากายที่ผิดปกติ ไม่สามารถเข้าใจท่าทางหรือใช้ท่าทางประกอบไม่เป็น ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมที่หลากหลาย มีความยากลำบากในการเล่นสมมุติ การสร้างเพื่อน ไปจนถึงขาดความสนใจในกลุ่มเพื่อน 2) มีพฤติกรรม ความสนใจหรือกิจกรรมจำกัดและซ้ำๆ ได้แก่ มีการเคลื่อนไหว การใช้สิ่งของ หรือภาษาซ้ำๆ แบบเดิม ยึดติดกับกิจวัตรแบบเดิมๆ มีความสนใจที่ผิดปกติและจำกัด และมีประสาทสัมผัสที่ไวมากหรือน้อยเกินไป ความรุนแรงของอาการขึ้นกับความบกพร่องทางการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์และรูปแบบพฤติกรรมที่เกิดขึ้นซ้ำๆ

Mundy et al. (1990) และ Sigman & Ruskin (1999) กล่าวว่า เด็กออทิสติกมีอาการด้านสังคม เช่น เด็กไม่มองหน้า ไม่สบตา เลียนแบบไม่เป็นไม่สนใจใคร ไม่สนใจต่อสิ่งที่เป็นอย่าง อยู่ในโลกส่วนตัว ทำให้เด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก การรับรู้ เช่น ไม่ตอบสนองเมื่อเรียกชื่อ หมกมุ่นกับตัวเอง ไม่สนใจสิ่งต่างๆรอบตัว ขาดการตระหนักรู้อันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตัวเองตามมา เล่นของเล่นไม่เหมาะสมและขาดจินตนาการในการเล่น

Prizant & Wetherby (2005) กล่าวว่า เด็กออทิสติกมีอาการด้านการใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร เช่น เด็กไม่สามารถสื่อสาร ไม่สามารถบอกสิ่งที่เด็กต้องการได้ เด็กจึงเกิดความคับข้องใจ เกิดภาวะเครียด ไม่รู้วิธีการปรับตัวและควบคุมพฤติกรรมต่อสถานการณ์ต่างๆที่เหมาะสม จึงแสดงออกอาการทางด้านสุขภาพ เช่น ปัสสาวะรดกางเกง ท้องเสีย มีปัญหาการนอน แสดงออก

อาการด้านพฤติกรรม เช่น มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ พูดซ้ำๆ อยู่ไม่ติดที่เกือบตลอดเวลา ตะโกน กรีดร้อง ร้องไห้ แสดงอาการวิตกกังวลหรือหวาดกลัว แพนการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการ

Yoder et al. (2009) กล่าวว่า เด็กออทิสติกมีอาการด้านการใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร เช่น เด็กไม่สามารถสื่อสาร หรือพูดได้เป็นคำ พูดสื่อสารแล้วผู้อื่นก็ไม่เข้าใจ อีกทั้งยังไม่เข้าใจคำพูดของผู้อื่น ทำตามสิ่งไม่ได้ ไม่สามารถบอกสิ่งที่เด็กต้องการได้ ทำให้เด็กมีอาการทางสังคมตามมา เช่น ไม่มีคนเล่นด้วยหรือไม่มีปฏิสัมพันธ์เมื่อเล่นกับเด็กอื่น อยู่ในโลกส่วนตัวซึ่งผู้อื่นเข้าถึงไม่ได้

จากการสำรวจอาการเด็กออทิสติกอายุ 1 ปี 6 เดือน – 5 ปี ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยในสถาบันราชานุกูล ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 62 คน พบว่ามีอาการด้านสังคม ร้อยละ 100 ด้านการใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ร้อยละ 93.19 มีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม เช่น มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ พูดซ้ำๆ ร้อยละ 100 อยู่ไม่ติดที่เกือบตลอดเวลา ร้อยละ 85.91 แสดงพฤติกรรมตะโกน กรีดร้อง ไม่มีความสุขหรือร้องไห้ ร้อยละ 30.68 มีปัญหาการกิน ร้อยละ 15.9 ดี ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และไวต่อเสียงหรือขาดความไวต่อความเจ็บปวด ร้อยละ 11.36 มีปัญหานอน ร้อยละ 2.27 (สถาบันราชานุกูล, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า อาการออทิสติกเป็นลักษณะพฤติกรรมที่แสดงถึงความบกพร่องไม่สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัยในด้านการใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรม ซึ่งอาการออทิสติกทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์กัน เป็นเหตุเป็นผลของกันและกัน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาอาการออทิสติก 4 ด้าน เนื่องจากอาการทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์กัน การลดอาการออทิสติกด้านใดด้านหนึ่ง ก็จะส่งผลให้อาการออทิสติกด้านอื่นๆ ดีขึ้นด้วย เช่น การส่งเสริมทักษะด้านสังคม ภาษา ทำให้อาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ลดลง เช่น สนใจสิ่งต่างๆ รอบตัวมากขึ้น มีการเล่นที่เหมาะสมมากขึ้น อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมลดลง เช่น อาการอยู่ไม่นิ่งและปัญหาด้านอารมณ์น้อยลง (Tonge et al., 2014)

2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการของเด็กออทิสติก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่ออาการของเด็กออทิสติก มีดังนี้

2.2.1 ปัจจัยด้านตัวเด็ก

2.2.1.1 ความผิดปกติของสมองแต่กำเนิดที่เฉพาะต่ออาการออทิสติก ได้แก่ สมองส่วน Temporal cortex โดยพบว่ามี Bitemporal Hypometabolism และมี epileptiform discharge ในส่วนของ Temporal lobe เกี่ยวข้องกับการบกพร่องด้านภาษาและการสื่อสาร สมองส่วน Limbic system โดยพบว่ามี amygdala ขนาดใหญ่เกี่ยวข้องกับการพร่องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สมองส่วน Cerebellum โดยพบว่ามี Purkinje cell count น้อย ส่วน Vermal ไม่เจริญซึ่งเกี่ยวข้องกับการพร่องทักษะการสื่อสาร ความผิดปกติของอารมณ์ สมาธิ และการเคลื่อนไหว ความ

ผิดปกติของสมองส่วน Prefrontal cortex เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ หุนหันพลันแล่นและการยึดติดกับสิ่งของหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง สมองส่วน basal ganglion โดยพบว่ามี caudate nuclei ขนาดใหญ่กว่าปกติเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมซ้ำๆ สมองส่วน Brain stem โดยพบว่ามี Brainstem ขนาดเล็ก Cranial nerve nuclear ไม่เจริญ ความผิดปกติของ Inferior olivary nuclei และ สมองส่วน frontal และ Temporal cortex ขนาดเล็กเกี่ยวข้องกับระบบประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้ การทรงตัวที่ผิดปกติ (Vidya Bhushan Gupta, 2004; Redcay & Courchesne, 2008) ซึ่งสมองส่วนที่มีความผิดปกติจะแสดงอาการเฉพาะของสมองแต่ละส่วน ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับโรคทางจิตเวช (Ecker et al., 2015)

2.2.1.2 พัฒนาการล่าช้า โดยโรคออทิสซึมสเปกตรัมนั้นส่งผลให้เกิดพัฒนาการล่าช้าในด้านสังคม สติปัญญาและภาษา (Bolte, 2010) ในขณะเดียวกันพัฒนาการล่าช้าในเด็กออทิสติกก็ส่งผลกระทบทำให้อาการออทิสติกแย่ลงได้ (Lord & Risi, 2000) ดังเช่น เด็กออทิสติกขาดทักษะในการดึงความสนใจร่วมกับผู้เลี้ยงดู เช่น ไม่ตอบสนองเวลาครอบครัวเรียกให้เด็กสนใจอะไรบางอย่าง ไม่สามารถชี้หรือมองหน้าผู้เลี้ยงดูเพื่อสื่อสารบอกความต้องการได้ และหากไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ เด็กก็จะไม่เข้าใจคำพูดของผู้อื่น ทำตามสั่งไม่ได้ ไม่สามารถสื่อสาร หรืออาจพูดได้เป็นคำ หรือพูดสื่อสารแล้วผู้อื่นก็ไม่เข้าใจ ไม่สามารถบอกสิ่งที่เด็กต้องการได้ เป็นต้น แสดงถึงอาการออทิสติกด้านสังคมที่มากขึ้น (Thurm et., 2007)

2.2.1.3 เพศ เพศสามารถทำนายอาการออทิสติกได้ โดยเพศชายมีอาการออทิสติกมากกว่าเพศหญิง (Szatmari et al., 2015)

2.2.1.4 อายุ อายุเด็กสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคออทิสซึมสเปกตรัม เด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีอาการตั้งแต่ขวบปีแรก แต่ครอบครัวมักสังเกตไม่เห็น เมื่ออายุปีครึ่งถึงสองปี จึงสังเกตเห็นว่ามีปัญหาเรื่องพูดช้าหรือพัฒนาการทางสังคมบกพร่อง (อุมาพร, 2550) แต่บางครอบครัวยังไม่ได้พาเด็กพบแพทย์เพราะคิดว่าเด็กพูดช้า ทำให้เด็กได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาช้า ทำให้เด็กออทิสติกมีอาการมากขึ้น เช่น ไม่สนใจใคร อยู่ในโลกส่วนตัว หมกมุ่นกับตัวเอง มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ (Szatmari et al., 2015)

2.2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ พฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการออทิสติก (Arellano et al., 2017) จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวหลายท่านดังต่อไปนี้

จิรวรรณ ธนราพงศ์ (2550) กล่าวว่าพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของครอบครัวหมายถึง พฤติกรรม การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกให้สามารถพัฒนาศักยภาพได้อย่างสูงสุดในด้านการช่วยเหลือตนเอง ด้านสังคม ด้านอารมณ์และพฤติกรรมและด้านสิ่งแวดล้อม

สุนน อมรวิวัฒน์ และคณะ (2534) กล่าวว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก หมายถึง ลักษณะวิธีการต่างๆที่ครอบครัวใช้ในการเลี้ยงดูเด็กและการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก รวมทั้งการปฏิบัติตัวของครอบครัว ความคิดเห็นต่างๆของครอบครัวเกี่ยวกับเด็กตลอดจนสื่อ กิจกรรมและสิ่งแวดล้อมต่างๆที่เด็กมีปฏิสัมพันธ์ด้วย

สุภาวดี ชุ่มจิตต์ (2547) กล่าวว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กก่อทิสติกของครอบครัว หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการในด้านต่างๆ การดูแลสุขภาพเด็ก มีการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม โดยจัดสิ่งของต่างๆภายในบ้านให้เป็นระเบียบ มีแบบแผนที่แน่นอนและในห้องจะต้องไม่มีสิ่งรื้อหรือมีสิ่งรื้อน้อย มีตารางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่จะต้องทำชัดเจน มีการจัดลำดับขั้นตอนของงานแต่ละอย่าง และให้เด็กก่อทิสติกทำตามลำดับขั้นตอนทุกครั้ง มีกิจวัตรประจำวันที่น่านอน ตลอดจนการพาบุตรไปรับบริการตามสถานที่ต่างๆโดยครอบครัวจะต้องมีการเรียนรู้และมีความรู้เรื่องโรค ต้องทำความเข้าใจและยอมรับในความแตกต่างและข้อจำกัดของเด็กก่อทิสติก ซึ่งครอบครัวจะต้องเข้ารับการฝึกอบรมในการดูแลและกระตุ้นพัฒนาการเด็กก่อทิสติก จากบุคลากรสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลและส่งเสริมเด็กก่อทิสติกที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

Oberst et al. (1991) กล่าวว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมในการดูแลเด็กให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีองค์ประกอบการดูแล แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) การดูแลโดยตรง เน้นการดูแลทางด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ การดูแลกิจวัตรประจำวันและการดูแลให้ได้รับการพักผ่อน 2) การดูแลระหว่างบุคคล เน้นการดูแลทางด้านจิตใจ ได้แก่การแสดงความรัก พุดคุย การสังเกตพฤติกรรมรวมทั้งเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ และการดูแลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ 3) การดูแลทั่วไป เน้นการดูแลทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่การบริหารจัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาล การจัดการเรื่องการเดินทางเพื่อมารับบริการเดินทางออกนอกบ้านและการติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวเพื่อลดอาการออทิสติกในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การปฏิบัติในการดูแลเด็กก่อทิสติกที่บ้านให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถของครอบครัวในการเสริมพัฒนาการในด้านสังคม 2) ความสามารถของครอบครัวในการเสริมพัฒนาการในด้านภาษา 3) ความสามารถของครอบครัวในการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ 4) ความสามารถในการดูแลเด็กเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมรวมถึงการดูแลกิจวัตรประจำวันและการดูแลให้ได้รับการพักผ่อน การดูแลทางด้านจิตใจ ได้แก่ การแสดงความรัก พุดคุย การสังเกตพฤติกรรมรวมทั้งเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆและการดูแลทั่วไป ได้แก่ เน้นการดูแลทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การบริหารจัดการ

เรื่องคำรักษาพยาบาล การจัดการเรื่องการเดินทางเพื่อมารับบริการเดินทางออกนอกบ้านและการติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเล่นดูที่ส่งผลต่ออาการออทิสติก ดังเช่น Mathew et al. (2019) กล่าวว่า ครอบครัวที่ไม่มีความสามารถในการเสริมพัฒนาการในด้านสังคม สติปัญญาและภาษา ไม่สามารถดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/ การรับรู้และอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ไม่สามารถดูแลเมื่อเด็กมีประทุษร้ายจะส่งผลให้อาการออทิสติกของเด็กแย่ลงได้ ครอบครัวไม่รู้วิธีการสื่อสาร การเล่นกับเด็ก ส่งผลให้เด็กไม่มีการสื่อสาร อยู่ในโลกรส่วนตัว ไม่ตอบสนองต่อคำสั่งของครอบครัว แสดงถึงอาการออทิสติกในด้านสังคมที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งอาการออทิสติกที่มากขึ้นก็ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัว เนื่องจากครอบครัวไม่มีความมั่นใจว่าจะสามารถดูแลเด็กออทิสติกได้ อาจทำให้เกิดการใช้ความรุนแรงในการจัดการเมื่อเด็กมีปัญหาพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง เป็นต้น ซึ่งการสอนให้ครอบครัวมีความรู้และทักษะในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกช่วยทำให้ครอบครัวมีพฤติกรรมการเล่นดูเด็กที่เหมาะสมได้

Berliner et al. (2020) กล่าวว่า พฤติกรรมการเล่นดูที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้ความรุนแรงในการเลี้ยงดูเด็ก เลี้ยงเด็กแบบตามใจ หรือบังคับเด็ก ไม่สอนเด็กเรื่องกฎระเบียบวินัย ไม่ส่งเสริมให้เด็กมีกิจวัตรประจำวันที่แน่นอนส่งผลให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมเพิ่มขึ้น เช่น ก้าวร้าว ทิ้งตัว อะละวาด ชน ไม่นิ่ง

McRae et al. (2019) กล่าวว่า พฤติกรรมการเล่นดูที่เหมาะสม เช่น ครอบครัวให้ความรักเอาใจใส่ในการเลี้ยงดูเด็ก ควบคุมประคองจิตใจ มีความยืดหยุ่นในการเลี้ยงดูเด็ก มีกฎระเบียบวินัย มีกิจวัตรประจำวันที่แน่นอนส่งผลให้เด็กปรับตัวง่าย สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ ต่อต้านในการทำกิจกรรมต่างๆน้อย และมีความเครียดความวิตกกังวลน้อย

โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเล่นดูเด็กออทิสติกของครอบครัว ได้แก่

1. ความรู้และทักษะของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก การที่ครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกส่งผลให้ครอบครัวมีพฤติกรรมการเล่นดูเด็กที่ไม่เหมาะสม (Fields, 2006; อภิชาติ วังตระกูล, 2550)

2. ความเครียดของครอบครัว โดยพบว่าความเครียดของครอบครัวส่งผลต่อพฤติกรรมการเล่นดูเด็กออทิสติก (Locke and Prinz, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ พันธภาค (2553) ทำการศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของครอบครัวเด็กออทิสติกในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล จำนวน 106 คน พบว่า ครอบครัวเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 65.1 ระดับสูง ร้อยละ 17 ซึ่งเกิดจากการไม่เข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการออทิสติก และการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม เช่น การเคลื่อนไหวช้าๆ ทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ชีวิตของครอบครัว เช่น บรรยากาศ

ในครอบครัวจึงเต็มไปด้วยความกดดัน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีน้อยหรือไม่มีการสื่อสาร มักมีปัญหาทางอารมณ์ตามมา ส่งผลให้ครอบครัวมีพฤติกรรมการเล่นดูไม่เหมาะสม เช่น ครอบครัวไม่มีการสื่อสารการทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก ไม่ได้พาเด็กไปทำกิจกรรมนอกบ้าน หรือใช้อารมณ์กับเด็กก่อกวนตีสึก (อภิชาติ วังตระกูล, 2550) ทำให้เด็กมีอาการออทิสติกเพิ่มขึ้น เช่น ไม่มองหน้า ไม่สบตา ทำตามสั่งไม่ได้ อยู่แต่ในโลกของตนเอง เคลื่อนไหวซ้ำๆ เพิ่มขึ้น (Kelly et al., 2008)

3. ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของครอบครัวเกี่ยวข้องกับการแสวงหาความรู้และข้อมูลในการดูแลเด็กซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเล่นดูเด็ก เช่น ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการเรียนรู้ที่ดีและแสวงหาความช่วยเหลือ สืบค้นข้อมูลในการเล่นดูเด็กได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ เมื่อมีความรู้จะทำให้ครอบครัวมีพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กที่ดีและถูกต้อง (โกศลจิต หลวงบำรุง, 2548; วนาลักษณ์ เมืองมลมนิรัตน์, 2547)

4. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เช่น ครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทำให้แต่ละครอบครัวได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ วิธีการแก้ปัญหา เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นนำไปสู่การแก้ปัญหาหรือจัดการปัญหาของตนเองได้ (อภิชาติ วังตระกูล, 2550; อัญนิษฐ ทองประเสริฐ, 2553)

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมการเลี้ยงดูที่เหมาะสม เช่น ครอบครัวให้ความรักเอาใจใส่ในการเลี้ยงดูเด็ก ควบคุมปกครองจิตใจ มีความยืดหยุ่นในการเลี้ยงดูเด็ก ครอบครัวมีความสามารถในการเสริมพัฒนาการในด้านสังคม ด้านภาษา ดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ และอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมทำให้เด็กออทิสติกอาการดีขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาให้ครอบครัวมีความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ส่งผลให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนลดลง (McRae et al., 2019; Tonge et al., 2014)

2.3 การวัดและประเมินอาการออทิสติก

การประเมินอาการออทิสติกเพื่อการวินิจฉัยและการรักษา (Matson et al., 2009; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2552) มีดังนี้

1. การซักประวัติจากครอบครัวผู้เลี้ยงดู โดยศึกษาพัฒนาการของเด็กเปรียบเทียบกับความสามารถของเด็กปกติซึ่งจะพบความแตกต่างชัดเจนในหลายด้าน ได้แก่ การกิน การนอน การขับถ่าย การแสดงออกทางพฤติกรรมทางเข้าสังคม การตอบสนองต่อสิ่งเร้า การสบตา การได้ยิน การใช้ภาษา การพูดและการสื่อความหมาย พฤติกรรมซ้ำๆ การแสดงออกทางอารมณ์ การใช้จินตนาการ และการใช้กล้ามเนื้อ

2. การตรวจร่างกาย ไม่มีเครื่องวัดที่เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์แต่อาจมีการตรวจประกอบการวินิจฉัยจากพฤติกรรม เช่น ตรวจการได้ยิน ตรวจคลื่นสมอง เพราะข้อสังเกตเบื้องต้น

ของเด็กออทิสติกคือ เมื่อเรียกแล้วจะไม่หัน แพทย์จะทำการตรวจการได้ยินประกอบกับการวินิจฉัยด้วย

เครื่องมือวัดอาการออทิสติก

เครื่องมือที่ใช้วัดอาการออทิสติกมีหลายชนิด ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในการนำไปใช้ เช่น เพื่อคัดกรอง การวินิจฉัย การประเมินความรุนแรงและประเมินอาการออทิสติก สำหรับงานวิจัยนี้ขอกล่าวถึงเครื่องมือวัดอาการออทิสติก ดังนี้

1. แบบประเมินอาการของโรคออทิสซึม Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)

เป็นเครื่องมือที่สร้างโดย Rimland and Edelson (1999) ซึ่งแบบประเมินอาการของโรคออทิสซึม Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) ฉบับที่ปรับปรุงโดย อัญชร ทงเพชร (2560) ปรับจากฉบับที่แปลโดย วนาลักษณ์ เมืองมลมนิรัตน์ และภัทราภรณ์ พุงคำปัน (2547) ประเมินด้วยการสังเกตอาการออทิสติกโดยผู้ปกครอง ประกอบไปด้วยคำถาม 77 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร (speech/language/communication) จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวก มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 0 คือ จริงมาก 1 คือ จริงบ้าง และ 2 คือ ไม่จริง ด้านที่ 2 ด้านสังคม (sociability) จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 0 คือ ไม่มีลักษณะดังกล่าว 1 คือ มีลักษณะดังกล่าวบ้าง และ 2 คือ มีลักษณะดังกล่าวมาก ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ (sensory/cognitive awareness) จำนวน 18 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวก มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 0 คือ มีลักษณะดังกล่าวมาก 1 คือ มีลักษณะดังกล่าวบ้าง และ 2 คือ ไม่มีลักษณะดังกล่าว ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพร่างกายและพฤติกรรม (health / physical/behavior) จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 0 คือ ไม่มีลักษณะดังกล่าว 1 คือ มีลักษณะดังกล่าวบ้าง และ 2 คือ มีลักษณะดังกล่าวมาก การแปลผลคะแนนรวมอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 154 คะแนน คะแนนต่ำแสดงถึงอาการออทิสติกน้อย และคะแนนสูงแสดงถึงอาการออทิสติกมาก เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .93 (อัญชร ทงเพชร, 2560)

2. แบบประเมิน Childhood Autism Rating Scale

Schopler et al. (1980) สร้างขึ้น เป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อคัดกรอง ประเมินความรุนแรงและประเมินอาการออทิสติกโดยผู้บำบัดเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมเด็ก ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ เช่น การ

มีสัมพันธภาพกับบุคคล การเลียนแบบ การตอบสนองทางอารมณ์ การสื่อสารด้วยภาษาพูดและภาษาท่าทาง พฤติกรรมการปรับตัว การตอบสนองต่อการมอง การได้ยิน การดมกลิ่น เป็นต้น ความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .94 (Schopler et al., 1980) มีการให้คะแนนตั้งแต่ 15-60 คะแนน แปลผลคะแนนดังนี้ คะแนนต่ำกว่า 30 คะแนน เท่ากับ ไม่มีอาการออทิสติก, คะแนน 30-36.5 เท่ากับ ออทิสติกระดับน้อย/ ปานกลาง และ คะแนน 37-65 เท่ากับ ออทิสติกระดับรุนแรง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการของโรคออทิสซึม Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) ฉบับที่ปรับปรุงโดย อัญชร ทองเพชร (2560) ซึ่งมีความสอดคล้องกับตัวแปรตามที่ศึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้

3. การพยาบาลเด็กออทิสติกและการช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก

3.1 การพยาบาลเด็กออทิสติก

การพยาบาลเด็กออทิสติก คือ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กออทิสติกกรรม ไปถึงการดูแลครอบครัวเด็กออทิสติก ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้นจะต้องมีองค์ความรู้ที่ผสมผสานศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันการเกิดปัญหาด้านพัฒนาการของเด็ก (จินตนา ยูนิพันธ์, 2544; จินตนา ยูนิพันธ์, 2546) เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของเด็กออทิสติก และครอบครัว และฟื้นฟูสภาพจิตในผู้ป่วยให้มีการเจริญเติบโตและให้มีพัฒนาการตามวัยเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ในอนาคต (Stuart & Sundeen, 1983) ขณะที่พยาบาลจะต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกอย่างละเอียดและต่อเนื่องเพื่อถ่ายทอดได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง

จินตนา ยูนิพันธ์ (2546) ได้กล่าวถึง หลักการพยาบาลเด็กออทิสติกและครอบครัว ดังนี้

หลักการพยาบาลเด็กออทิสติก

1. การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาทางจิต คือการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การกระทำกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Intervention) และการประเมินผล (Evaluation) การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นสิ่งที่จำเป็น ทั้งนี้เพราะเป็นพื้นฐานสำคัญของการตัดสินใจทางคลินิกและเป็นการรวมกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดที่พยาบาลจะกระทำโดยตรงและโดยอ้อมต่อเด็ก ครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นการประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริงที่จะส่งผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เหมาะสม รวมทั้งปัญหาสุขภาพอนามัยที่ได้รับการแก้ไข การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของเด็กออทิสติกและครอบครัว

2. การใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยเด็กต้องใช้ความรู้ทางศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น จิตเวชศาสตร์ มนุษยศาสตร์ เพื่อพัฒนาตัวตนของเด็ก (Self) พยาบาลต้องมีความรอบรู้ในการจัดการแก้ไขปัญหของเด็กได้อย่างเหมาะสม การใช้ทักษะพื้นฐาน ด้านสัมพันธภาพและการสื่อสารร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับเด็กโดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวมที่หมายถึง การดูแลช่วยเหลือเด็กพร้อมๆกันทั้งทางร่างกาย การเจริญเติบโตทางกาย การเคลื่อนไหว สติปัญญา ภาษา ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และด้านจิตวิญญาณ ตลอดจนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัวและในชุมชน

3. มุ่งการปฏิบัติการพยาบาลมุ่งสู่ผลลัพธ์ ในการปฏิบัติการพยาบาลทุกขั้นตอนนั้นคือ ช่วงเวลาที่พยาบาลอยู่กับเด็กและครอบครัว มีการตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นโอกาสที่ดีในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม ได้แก่ การแนะนำ ให้คำปรึกษา การสอน และการแก้ไขปัญห สุขภาพ ตลอดจนการตรวจสอบผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับเด็กออทิสติกไปพร้อมๆกันได้ ซึ่งอาจเป็นผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลง ความรู้ พฤติกรรม สุขภาพหรือสถานภาพทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหา จากนั้นพยาบาลต้องให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บิดา มารดาและผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่ความพึงพอใจในการรับบริการและเป็นประโยชน์ในด้านความต่อเนื่องของการบริการและมีการลงบันทึกไว้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย รวมทั้งเป็นประโยชน์ในการประเมินผลเพื่อปรับแผนการพยาบาลด้วย

4. การใช้ทักษะพื้นฐาน ด้านสัมพันธภาพ และการสื่อสาร ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับเด็ก ทักษะจำเป็นที่พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นต้องพัฒนา คือ การสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับวัยของเด็ก หลักการและทักษะในการร่วมรู้สึก การรู้จักตนเอง การยอมรับเด็กโดยไม่มีเงื่อนไข ความซื่อสัตย์และความจริงใจ พยาบาลจะใช้ทักษะพื้นฐานนี้ ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับเด็กเพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์

3.2 หลักการช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก

การให้ความช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติกเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกตั้งแต่วัยแรกเริ่ม (Connolly & Gersch, 2013; Jull & Mirenda, 2011) เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการค้นหาประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและเป็นผู้ที่ดูแลเด็กออทิสติกในด้านต่างๆ เช่น ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านกระตุ้นพัฒนาการ ด้านการเล่น และการรับรู้ทางอารมณ์ เป็นต้น (Bloch & Weinstein, 2009; Bolte et al., 2010) ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก แม้ว่าแต่ละครอบครัวจะมีลักษณะและโครงสร้างแตกต่างกันตามวัฒนธรรม แต่ครอบครัวก็เป็นสถาบันที่เป็นศูนย์กลางของสังคม ระบบครอบครัวมีความสำคัญมากต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของสมาชิกในครอบครัว ปัญหาของตัวเด็กทำให้ครอบครัววิตกกังวล

เดือดร้อนใจ และปัญหาของครอบครัวก็ทำให้ความสามารถในการตอบสนองด้านความต้องการของเด็กลดลงด้วย

หน้าที่ของครอบครัวควรมีลักษณะดังนี้ คือ ให้ปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตและให้ความรักความอบอุ่นมั่นคงอย่างต่อเนื่องมีขอบเขตเหมาะสม มีการส่งเสริมพัฒนาการ การเรียนรู้ของเด็ก ไม่มีความรุนแรงหรือความเครียดที่มากเกินไปในบ้าน สามารถรับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องและสังคม มีความสามารถในการสื่อสารอย่างถูกวิธี สร้างความสัมพันธ์และการแก้ไขปัญหา รวมถึงอบรมเด็กให้เติบโตและทำหน้าที่เป็นพลเมืองที่ดีของสังคม ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นผู้ที่ทำหน้าที่และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวถึงเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุดและเป็นสถาบันที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็ก (อรรพรรณ เล่าห์เรณู, 2551)

การปฏิบัติของพยาบาลจิตเวชเด็กจะต้องคำนึงถึงและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือเด็ก ร่วมกับครอบครัว เนื่องจากกลไกการเกิดปัญหาทางจิตในเด็กเกี่ยวข้องกับอย่างแยกไม่ได้รับการดำรงชีวิตและการปฏิบัติการดูแลของครอบครัว ซึ่ง ได้แก่ บิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดู โดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญที่พยาบาลให้ดูแลช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติกได้แก่ 1. การกระตุ้นให้ครอบครัวมีการระบายอารมณ์ 2. ช่วยเหลือให้ครอบครัวลดความรู้สึกลด 3. สนับสนุนประคับประคองให้ครอบครัวได้ผ่านพ้นกระบวนการเศร้าโศก 4. กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวด้วยกัน ให้โอกาสครอบครัวในการซักถามจนได้คำตอบที่พอใจ 5. กระตุ้นให้ครอบครัวมีการรับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง 6. เน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจ มีกำลังใจในการดูแลเด็ก 7. ร่วมกันกำหนดเป้าหมายอนาคตของเด็กอย่างเหมาะสม 8. สอนการมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม 9. ให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับสิทธิของเด็กและความรับผิดชอบของครอบครัว 10. สร้างเครือข่ายชุมชนในการสนับสนุนครอบครัว (จินตนา ยูนิพันธ์, 2544)

ดังนั้นการให้การพยาบาลเด็กออทิสติกจึงต้องคำนึงถึงครอบครัวของเด็กควบคู่ไปด้วยเสมอ โดยต้องยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกและเป็นผู้ที่เข้าใจเด็กออทิสติกมากที่สุด เน้นความร่วมมือของครอบครัวโดยอาศัยกระบวนการพยาบาลในการรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหา ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เลือกรูปแบบการให้ความช่วยเหลือให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละครอบครัว ให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือครอบครัวให้เข้าใจและยอมรับว่าลูกมีความผิดปกติ รวมทั้งมีความคาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็กตามสภาพที่เป็นจริง เข้าใจศักยภาพของเด็กออทิสติก และมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลเด็ก ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้เต็มตามศักยภาพ เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคลหรือครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม หรือการฝึกทักษะครอบครัวให้สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม มีทัศนคติที่ดีต่อเด็กออทิสติก มีส่วนร่วมกับพยาบาลและทีมสหวิชาชีพในการติดตามประเมินผลการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

3.3 การพยาบาลเด็กออทิสติกในประเทศไทย

3.3.1 การพยาบาลในสถาบันพัฒนาการเด็ก (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์กรุงเทพฯ/ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จ.เชียงใหม่/ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จ.ขอนแก่น) การบำบัดรักษาเด็กออทิสติกในสถาบันพัฒนาการเด็กเป็นการรักษาตามอาการ โดยการกระตุ้นพัฒนาการที่ล่าช้าไม่สมวัย การปรับพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติซึ่งอาจต้องใช้ยาาร่วมด้วย และการฝึกสอนด้านการเรียนรู้ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้ (นรุตม์ แพงพรมมา, 2558)

1.การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

1.1 การกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งห้า

1.2 การจับมือเด็กให้ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง

1.3 การหันตามเสียงเรียก

1.4 การสอนให้เด็กรู้จักตนเองและบุคคลในครอบครัว

2. การฝึกกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย การฝึกฝนทักษะในชีวิตประจำวัน และการฝึกฝนทักษะสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยออทิสติกสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ การฝึกฝนทักษะในชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living Training) ควรมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ในเรื่องกิจวัตรประจำวันให้เด็กสามารถทำได้ด้วยตนเองเต็มความสามารถที่มีอยู่ โดยต้องการความช่วยเหลือน้อยที่สุดในการฝึกฝน เด็กจำเป็นต้องเรียนรู้จนสามารถปฏิบัติได้และเกิดเป็นความเคยชินติดตัวไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เพื่อให้เด็กช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ ลดภาระการดูแลของครอบครัว และเกิดความภาคภูมิใจในตัวเองเมื่อเด็กสามารถทำอะไรได้ด้วยตัวเอง

3. การส่งเสริมให้เด็กสื่อความหมาย การพูดเป็นวิธีการสื่อความหมายที่สำคัญที่สุด แต่ถ้ายังไม่สามารถพูดได้ก็จำเป็นต้องหาวิธีการอื่นมาทดแทน เพื่อให้สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ซึ่งเรียกรูปวิธีการเหล่านี้ว่า การสื่อความหมายทดแทน (Augmentative and Alternative Communication; AAC) เพื่อใช้ทดแทนการพูดเป็นการชั่วคราวหรือถาวรในรายที่มีความบกพร่องทางการพูดอย่างรุนแรง ตัวอย่างเช่น กลวิธีการรับรู้ผ่านการมอง (Visual Strategies) โปรแกรมแลกเปลี่ยนภาพเพื่อการสื่อสาร (Picture Exchange Communication System; PECS) เป็นต้น

4. พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) ประกอบด้วย การวิเคราะห์พฤติกรรมแบบประยุกต์ (Applied Behavior Analysis - ABA) และกระบวนการฝึกปรับพฤติกรรม (Behavioral Modification Procedure) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมให้คงอยู่ต่อเนื่อง หยุดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ การทำพฤติกรรมบำบัดตั้งแต่อายุน้อยๆและต่อเนื่องเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด พบว่าช่วยเสริมสร้างทักษะด้านภาษา ด้านสังคม และทักษะอื่นๆ นอกจากนี้ยังช่วยลดระดับความเครียดของผู้ปกครองด้วย

3.3.2 การพยาบาลในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ

3.3.2.1 สถาบันราชานุกูล การจัดระบบบริการผู้ป่วยออทิสติกของสถาบันราชานุกูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ระบบผู้ป่วยนอก โดยเด็กและครอบครัวได้รับกิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพจัดให้บริการเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล ดังต่อไปนี้ การซักประวัติ การให้คำแนะนำเรื่องยา การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่ครอบครัว การมาตรวจตามนัด การส่งเสริมพัฒนาการเด็กในด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษาและการสื่อความหมาย ด้านสังคมและด้านการช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมประจำวัน ตามคู่มือคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (TDSI) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยสหวิชาชีพ กรมสุขภาพจิตเพื่อใช้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ ให้ความรู้ครอบครัวในการปรับพฤติกรรมเมื่อเด็กมีปัญหาพฤติกรรม และระบบหอผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ โดยให้ปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กและครอบครัวทุกราย วันเวลาราชการ ระยะเวลาการรับบริการตามโปรแกรม 3 เดือน หอผู้ป่วยที่ให้บริการเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน มี 3 หอผู้ป่วย คือ

หอผู้ป่วยออทิสติก 1 และศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูล (คลองกุ่ม) เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลเด็กออทิสติกที่มีอายุระหว่าง 1 ปี 6 เดือน – 5 ปีและครอบครัวโดยพยาบาลในส่วนของการปฏิบัติการพยาบาลกับเด็กออทิสติก ได้แก่ ประเมินพัฒนาการเด็กตามคู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยสหวิชาชีพสถาบันราชานุกูลเพื่อใช้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ ประเมินอาการออทิสติกโดยใช้แบบประเมินอาการออทิสติกที่หอผู้ป่วยในได้จัดทำขึ้น และประเมินพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็ก วางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของเด็กแต่ละราย มีการบำบัดร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งรายกลุ่มรายเดี่ยวเน้นเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกในด้านอารมณ์ สังคม ภาษา และการช่วยเหลือตนเองตามคู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี การกระตุ้นประสาทสัมผัส การสื่อสารด้วยภาพและการเล่น การจัดการพฤติกรรมเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยให้ครอบครัวร่วมเรียนรู้การบำบัดตลอดระยะเวลาที่มารับบริการ ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลเมื่อเด็กมารับบริการครบตามโปรแกรม 3 เดือน โดยประเมินพัฒนาการและอาการออทิสติกของเด็กที่เปลี่ยนแปลงไปในกรณีที่พัฒนาการและอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกไม่ดีขึ้นตามคาดหวังของครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์เด็กสามารถบำบัดรักษาต่อเนื่องได้ ในส่วนของการปฏิบัติการพยาบาลกับครอบครัวเน้นให้ครอบครัวสามารถเสริมพัฒนาการเด็กได้ขณะที่ครอบครัวพาเด็กมารับบริการที่หอผู้ป่วยในตามคู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี โดยพยาบาลประเมินความรู้เรื่องโรคออทิสซึมสเปกตรัม วางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของเด็กเกี่ยวกับการเสริมพัฒนาการและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ปฏิบัติการพยาบาลโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม พยาบาลเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี โดย

ครอบครัวเป็นผู้สังเกต และให้ครอบครัวปฏิบัติกับเด็กตามคู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี โดยพยาบาลเป็นผู้สังเกต ให้ข้อมูลชี้แนะเพิ่มเติมเมื่อครอบครัวปฏิบัติไม่ได้และให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำ ประเมินผลการสอนโดยการสังเกตทักษะการเสริมพัฒนาการของครอบครัวขณะปฏิบัติกับเด็กในหอผู้ป่วย

หอผู้ป่วยออทิสติก 2 เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลเด็กออทิสติกที่มีอายุระหว่าง 1 ปี 6 เดือน - 5 ปี เน้นให้เด็กออทิสติกมีความพร้อมเพื่อเข้าโรงเรียน โดยการส่งเสริมให้เด็กมีทักษะสังคมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ทักษะการช่วยเหลือตนเอง มีสมาธิและมีทักษะพื้นฐานการเรียนรู้ตามโปรแกรม Autistic Ready to School (ARS) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยพยาบาล สถาบันราชานุกูล (สถาบันราชานุกูล, 2560)

เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 แผนกหอผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล ได้ปรับรูปแบบการรับบริการตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ให้บริการแก่เด็กและครอบครัวทุกรายเป็นรายบุคคล 1 ชั่วโมง/ วัน งดกิจกรรมการพยาบาลแบบกลุ่ม โดยปฏิบัติการพยาบาลกับเด็กออทิสติก 30 นาที และปฏิบัติการพยาบาลแก่ครอบครัว 30 นาที ตามแนวปฏิบัติที่ได้กล่าวมาข้างต้น

3.3.2.2 โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ การจัดระบบบริการผู้ป่วยออทิสติกในปัจจุบันของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ระบบผู้ป่วยนอกให้บริการผู้ป่วยเด็กออทิสติกโดยได้รับกิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพจัดให้บริการเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล ดังต่อไปนี้ ได้แก่ การซักประวัติ กิจกรรมพัฒนาการบำบัดที่ให้ครอบครัวเป็นผู้ร่วมทำกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมพัฒนาการด้านสังคม ด้านการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน ด้านภาษาและการสื่อความหมาย ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ การปรับพฤติกรรม การให้คำแนะนำเรื่องยา อรรถบำบัด การบำบัดด้วยดนตรี การบำบัดด้วยการว่ายน้ำ การได้รับยา การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่ครอบครัวและผู้ดูแล และการมาตรวจตามนัด ระบบหอผู้ป่วยที่ให้บริการเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน คือ หอผู้ป่วยใน 2 ซึ่งดูแลผู้ป่วยออทิสติกที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี ทั้งชายและหญิงระบบบริการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัด เน้นให้ครอบครัวร่วมเรียนรู้วิธีการส่งเสริมพัฒนาการในด้านภาษา ด้านสังคม ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านการช่วยเหลือตนเอง กลุ่มที่ 2 กลุ่มซ่อมเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการไม่ดีขึ้นหลังจากการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในกลุ่มนี้ให้การบำบัดเด็กตามปัญหาของเด็กแต่ละราย เช่น การปรับพฤติกรรม การแยกจากผู้ปกครอง ซึ่งเด็กบางคนปรับตัวได้ยากและมีแนวโน้มมีปัญหาเมื่อเข้าสู่ระบบการศึกษา (รจนา สงวนดี, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน หอผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูลซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับระดับตติยภูมิ เป็นการปฏิบัติการ

พยาบาลกับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนและครอบครัวเป็นรายบุคคล ทุกราย ในวันเวลาราชการ แบบไป-กลับ ระยะเวลาการบำบัดตามโปรแกรม 3 เดือน การปฏิบัติการพยาบาลกับเด็กออทิสติกโดยพยาบาลประเมินพัฒนาการเด็กตามคู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี ประเมินอาการออทิสติกโดยใช้แบบประเมินอาการออทิสติกที่หอผู้ป่วยในได้จัดทำขึ้นและประเมินพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็ก วางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของเด็กแต่ละราย มีการบำบัดร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นรายเดิวนั้นเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกในด้านอารมณ์ สังคม ภาษา และการช่วยเหลือตนเองตามคู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี การกระตุ้นประสาทสัมผัส การสื่อสารด้วยภาพและการเล่น การจัดการพฤติกรรมเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยให้ครอบครัวร่วมเรียนรู้การบำบัดตลอดระยะเวลาที่มารับบริการ ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลเมื่อเด็กมารับบริการครบตามโปรแกรม 3 เดือน โดยประเมินพัฒนาการและอาการออทิสติกของเด็กที่เปลี่ยนแปลงไปในกรณีที่พัฒนาการและอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกไม่ดีขึ้นตามคาดหวังของครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์เด็กสามารถบำบัดรักษาต่อเนื่องได้ ในส่วนของการปฏิบัติการพยาบาลกับครอบครัวนั้นให้ครอบครัวสามารถเสริมพัฒนาการเด็กได้ขณะที่ครอบครัวพาเด็กมารับบริการที่หอผู้ป่วยในตามคู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี โดยพยาบาลประเมินความรู้เรื่องโรคออทิสซึมสเปกตรัม วางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของเด็กเกี่ยวกับการเสริมพัฒนาการและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ปฏิบัติการพยาบาลโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม พยาบาลเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี โดยครอบครัวเป็นผู้สังเกต และให้ครอบครัวปฏิบัติกับเด็กตามคู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี โดยพยาบาลเป็นผู้สังเกต ให้ข้อมูลชี้แนะเพิ่มเติมเมื่อครอบครัวปฏิบัติไม่ได้และให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำ ประเมินผลการสอนโดยการสังเกตทักษะการเสริมพัฒนาการของครอบครัวขณะปฏิบัติกับเด็กในหอผู้ป่วย (สถาบันราชานุกูล, 2560) ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามปกติในหอผู้ป่วยใน ในสถาบันราชานุกูลที่ผ่านมานั้นมุ่งเน้นจัดกระทำกับปัจจัยด้านตัวเด็กเป็นหลัก จากการทบทวนปัญหาทางการพยาบาลพบว่า มีการจัดกระทำกับปัจจัยด้านครอบครัวแต่ยังไม่เป็นแบบแผนที่ชัดเจน ขาดรูปแบบการสอนที่เน้นส่งเสริมพฤติกรรมการเล่นของครอบครัวให้ครอบครัวมีความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม และภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/ การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมทำให้ครอบครัวยังไม่สามารถดูแลอาการออทิสติกได้ตามความคาดหวังของครอบครัว ส่งผลให้เด็กยังคงมีอาการออทิสติกหลงเหลืออยู่ (Royeyers & Warreyn, 2010)

4. แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมการเล่นของเด็กออทิสติกของครอบครัว

สาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้ครอบครัวมีพฤติกรรมการเล่นที่ไม่เหมาะสมเกิดจากครอบครัวขาดความรู้ในเรื่องโรค สาเหตุ อาการออทิสติก ขาดการเสริมพัฒนาการในด้านสังคม และภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การ (Fields, 2006; อภิชาติ วังตระกูล, 2550) ดังนั้นการเสริมพฤติกรรมการเล่นของเด็กออทิสติกที่เหมาะสมส่งผลให้อาการออทิสติกทั้ง 4 ด้านของเด็กออทิสติก ได้แก่ ด้านการใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ด้านสังคม ด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมลดลงได้ (McRae et al., 2019; Tonge et al., 2014)

4.1 การให้ความรู้เรื่องโรคออทิสซึมสเปกตรัม มีแนวทางการสอนครอบครัวดังนี้

1. ประเมินความรู้ของครอบครัวและให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม สาเหตุของการเกิดโรค พัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน อาการออทิสติก ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการของเด็กออทิสติก ผลกระทบของอาการออทิสติก
2. กระตุ้นให้ครอบครัวสรุปความรู้ที่ได้รับ และผู้สอนให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ครอบครัวยังไม่เข้าใจ

4.2 แนวทางการเสริมพัฒนาการด้านสังคม โดยผู้สอนร่วมทำกิจกรรมกับเด็ก และสอนเด็กในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านสังคมดีขึ้น เช่น มองหน้าสบตารู้จักชื่อตนเอง มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เล่นของเล่นได้อย่างเหมาะสม รู้จักการเลียนแบบ เข้าใจความต้องการหรือความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของผู้อื่นและสามารถตอบสนองต่อการแสดงอารมณ์ของผู้อื่นอย่างเหมาะสม ทำให้อาการออทิสติกในด้านสังคมและด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/ การรับรู้ลดลงได้ มีกิจกรรมดังนี้ (เพ็ญแข ลิมศิลา 2540; อุบลวรรณ์ โกสาเสนา, 2555; ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2560)

1. กระตุ้นให้เด็กมองหน้าสบตารู้จักชื่อตนเอง มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยครอบครัวร่วมเล่นของเล่นกับเด็ก ถ้าเด็กไม่เล่นของเล่น สอนเด็กเล่นของเล่น สอนให้เด็กรู้จักชื่อตนเองผ่านการเล่นกับกระจกเพื่อช่วยให้เด็กได้มองตนเองและเลียนแบบครอบครัว
2. ฝึกการมีระเบียบวินัย เช่น การเล่นของเล่นแล้วเก็บให้เข้าที่ การจำกัดเวลาการดูโทรทัศน์ และการเข้านอน การรอคอย ส่งเสริมให้เด็กเข้าใจกฎกติกาทางสังคมผ่านการเล่านิทานประกอบรูปภาพ การเล่นเกมกับผู้สอน การเข้าใจคำสั่งง่ายๆและทำตามสั่งได้เพื่อเตรียมความพร้อมพื้นฐานในการเรียนรู้ เช่น ขอ ยกมือ กอดอก นั่ง เป็นต้น
3. ส่งเสริมให้เด็กสร้างจินตนาการ เพิ่มคำศัพท์ เข้าใจจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นผ่านการเล่านิทาน หนังสือที่เหมาะสมกับลูก คือนิทานสั้นๆ ที่มีบทสนทนาเนื้อความพรรณาน่าสนใจ โดยครอบครัวควรเล่านิทานกับลูกวันละ 15-20 นาที ร่วมกับแสดงสีหน้าและความรู้สึกต่างๆ พร้อม

บอกกิริยานั้นด้วยคำพูดที่สั้นๆ กระชับ จะช่วยให้เด็กมีจินตนาการที่ดีขึ้นและช่วยให้เด็กเข้าใจจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่น

4. พาเด็กไปเที่ยวในที่ต่างๆ ทั้งในบ้านหรือนอกบ้าน เช่น ไปตลาด เยี่ยมญาติ เพื่อรับ ประสบการณ์ใหม่ๆ รวมทั้งการปรับตัวเข้ากับสังคม

5. ฝึกให้เด็กช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันง่ายๆ เช่น การแต่งตัว การ รับประทานอาหารเอง การฝึกขับถ่าย การล้างมือ การช่วยเหลืองานบ้าน เช่น การเก็บถ้วยอาหาร หลังจากรับประทานอาหารเสร็จ

6. กระตุ้นเด็กให้ออกจากโลกส่วนตัวของตนเอง รับรู้และสนใจสิ่งแวดล้อมภายนอกเพิ่มขึ้น โดยการกระตุ้นประสาทสัมผัส ได้แก่

- การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางกาย ให้รับรู้ถึงความใกล้ชิดระหว่างบุคคล เช่น การเล่นบู่ได้ การเล่นจิกจี้ด้วยมือ

- การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางตา ในระยะเริ่มแรกจะเน้นเฉพาะการสบตากับบุคคลก่อน โดยให้เด็กรู้จักสบตา เล่นปิดตาจ๊ะเอ๋ การเป่าฟองสบู่

- การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางการได้ยิน เพื่อให้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ โดยใช้เสียง บุคคลก่อน เช่น การกระซิบข้างหู

- การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางการรับรู้รส ให้เด็กทดลองชิมขนม ผลไม้ที่มีรสหวาน เปรี้ยว

- การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางการกลิ่น โดยให้เด็ดดมกลิ่น เช่น ดอกกุหลาบที่มีกลิ่นหอม

7. ส่งเสริมทักษะการเล่นของเด็ก โดยให้เด็กเริ่มหัดเล่นกับบุคคลในครอบครัวก่อนแล้วค่อย ขยับไปหัดเล่นกับเด็กที่โตกว่า จากนั้นจึงมาหัดเล่นกับเด็กวัยเดียวกันหรือเล็กกว่า ครอบครัวควร จัดหาของเล่นตามความสนใจของเด็กหรือของเล่นที่ช่วยเสริมพัฒนาการและเหมาะสมกับวัย ซึ่งการ เล่นกับเด็กออทิสติกครอบครัวจะต้องเป็นผู้ชี้แนะ สร้างสถานการณ์ หรือชักชวนเด็กทำ ยืมทำหน้า หายอกล้อเพื่อให้การเล่นมีสีสันและน่าสนใจ และไม่ควรปล่อยให้เด็กออทิสติกเล่นคนเดียว ถ้าเห็นว่า เด็กเล่นคนเดียวให้เข้าไปเล่นกับเด็กทันที

4.3 แนวทางการเสริมพัฒนาการด้านภาษา

โดยผู้สอนทำกิจกรรมร่วมกับเด็กและสอนเด็กในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้เด็กมี พัฒนาการทางด้านภาษาในด้านการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสาร ได้แก่ การพูดสื่อสารได้ตามวัย และ พัฒนาการด้านความเข้าใจภาษา ได้แก่ สนใจเสียงเรียกหรือเสียงคุยของผู้อื่นใช้ท่าทางประกอบการ สื่อสาร เข้าใจความหมายของคำ รู้จักชื่อตนเอง ส่งผลให้อาการออทิสติกในด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสารลดลงได้ (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2540; อุทัยวรรณ โกสาเสนา, 2555; ทวีศักดิ์ สิริรัตน์ เรขา, 2560) มีกิจกรรมดังนี้

1. เด็กออทิสติกที่ยังไม่มีภาษาพูด ควรบอกรับรู้พูดกับเด็กโดยพูดบอกคำศัพท์ทั่วไปในชีวิตประจำวัน เช่น นั่ง นอน เสื้อ กางเกง ห้องน้ำ เป็นต้น
2. ใช้ดนตรี ร้องเพลงตามและเต้นประกอบท่าทางในการสอนการพูด ซึ่งจะช่วยให้เด็กผ่อนคลาย รู้สึกสนุก เลียนแบบท่าทางและร้องเพลงตาม
3. สอนให้เด็กทำตามสิ่งง่ายๆ เข้าใจความหมายของคำ ผ่านการเล่านิทานประกอบรูปภาพ ดูของจริง พร้อมให้เด็กทำตามสิ่ง
4. เมื่อเด็กต้องการสิ่งใด ธิบสอนให้เด็กพูดตามความสามารถของเด็ก ได้แก่ พูดเป็นคำ เป็นวลี เป็นประโยคสั้นๆ หรือประโยคยาว โดยใช้เทคนิค กระตุ้นให้เด็กดูรูปปาก การนำเสียงพูด การเลียนแบบพูด
5. ถ้าเด็กยังไม่มีภาษาพูด ควรส่งเสริมให้เด็กมีการเคลื่อนไหววัยวะออกเสียง ปาก ลิ้น เช่น การเป่านกหวีด ร้องเพลงวันเกิดพร้อมเป่าเทียน เป่าฟองสบู่ การใช้ไอศกรีมป้ายตามมุมปาก ปากบนปากล่างเพื่อให้เด็กใช้ลิ้นเลียไอศกรีม
6. กระตุ้นให้เด็กพูดสื่อสาร คำศัพท์ทั่วไป เช่น คำศัพท์หมวดผลไม้ คำศัพท์หมวดสัตว์ เครื่องแต่งกาย ยานพาหนะ คำกริยา ผ่านการเล่นเกม หรือเล่านิทานประกอบรูปภาพ การร้องเพลงที่เด็กชอบ การต่อเพลง เป็นต้น
7. เด็กออทิสติกที่พูดสื่อสารได้แล้ว ควรบอกรับรู้สอนการจัดหมวดหมู่ของคำ การสอนให้แยกแยะ เช่น กลุ่มคำผลไม้ กลุ่มคำสัตว์ เพิ่มความยากเป็นคำที่เกี่ยวข้องกับรูปร่าง ขนาด คำที่แสดงตำแหน่ง คำที่เป็นคุณสมบัติ เช่น เย็น ร้อน แข็ง นุ่ม และกลุ่มคำที่ยากที่สุด สำหรับเด็กออทิสติกคือกลุ่มคำที่แสดงความรู้สึกเสียใจ ดีใจเศร้า โกรธ เป็นต้น
8. เรียนรู้ด้วยประสาทสัมผัส มากกว่าหนึ่งอย่างในเวลาเดียวกันเมื่อต้องการเพิ่มคำศัพท์ให้เด็ก เช่น ให้ดูภาพสัตว์พร้อมกับทำเสียงสัตว์ ให้ดูตัวอักษร ก.ไก่ พร้อมการสัมผัสตัวอักษรที่เป็นของเล่น
9. วัตถุประสงค์ในการฝึกพูดไม่ใช่เพื่อให้เด็กมีคำพูดเท่านั้น แต่เพื่อให้สื่อสารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นควรบอกรับรู้สอนทักษะสังคมควบคู่ไปด้วยเสมอ

4.4 การดูแลเด็กเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม

โดยผู้สอนสอบถามการดูแลที่เคยปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคหรือข้อสงสัยหรือสิ่งที่ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแล ผู้สอนให้ความรู้เรื่องสาเหตุและแนวทางการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม กระตุ้นให้ครอบครัวฝึกทักษะในการปฏิบัติทำให้ครอบครัวสามารถดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ส่งผลให้อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมลดลงได้ (สุภาวดี ชุ่มจิตต์, 2547)

แนวทางการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม เช่น

1. การรับประทานอาหารค่อนข้างจำกัดมากๆ เด็กออทิสติกมักเลือกกินอาหารโดยจะกินอาหารซ้ำๆ เพราะสร้างความคุ้นเคยกับอาหารใหม่ๆ ได้ยาก **การดูแล** 1) ส่งเสริมให้เด็กกินอาหารหลากหลายมากขึ้น โดยค่อยๆ เปลี่ยนชนิดของอาหารอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพิ่มอาหารชนิดใหม่ให้ลองกินทีละน้อยครั้งละ 1 ชนิด 2) ส่งเสริมให้เด็กทดลองอาหารที่เด็กไม่ชอบ ก่อนที่จะให้เด็กกินอาหารที่เด็กชอบ 3) ในเด็กที่เข้าใจคำพูด อาจใช้วิธีหลอกล่อ เช่น บอกเด็กว่าอาหารประเภทนี้ไม่ขายร้านปิด และบอกให้เด็กลองชิมโดยเชื่อมโยงกับอาหารที่เด็กชอบกิน จะทำให้เด็กอยากลองชิมอาหารประเภทอื่นได้ 4) สร้างแรงจูงใจให้เด็กอยากรับประทานอาหารที่เด็กไม่ชอบ เช่น ส่งเสริมให้เด็กได้รับประทานอาหารที่เด็กไม่ชอบ พร้อมกับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวที่สามารถทานอาหารชนิดนั้นได้ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมกินอาหารเลียนแบบเพื่อน เล่านิทานเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่หลากหลายให้เด็กฟัง 5) ชมเชย ยิ้ม ประทับมือ ให้รางวัลเมื่อเด็กสามารถชิม ยอมเคี้ยว ยอมกลืน หรือสามารถกินอาหารที่หลากหลายขึ้น

2. มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ การเคลื่อนไหวซ้ำๆ ของเด็กออทิสติกเกิดมาจากความผิดปกติของสมอง หรืออาจเกิดจากความคับข้องใจที่ไม่สามารถสื่อสารหรือแสดงความต้องการของตนเองได้ การเคลื่อนไหวซ้ำๆ เช่น กระดิกนิ้วมือ เล่นมือ การโยกตัว การแกว่งมือไปมาซ้ำๆ การหมุนตัวไปรอบๆ ขณะที่เด็กมีพฤติกรรมเหล่านี้เด็กจะอารมณ์ดี มีความสุข แต่จะไม่ฟังคำสั่งใดๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมเหมือนอยู่ในโลกของตนเอง **การดูแล** 1) หาสาเหตุของการเคลื่อนไหวซ้ำๆ แล้วแก้ไขสาเหตุของการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ตามสาเหตุ เช่น การที่เด็กไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ เมื่อเกิดความเครียด เด็กจึงแสดงพฤติกรรมการกระตุ้นตนเองซ้ำๆ แทนการสื่อสาร ดังนั้นผู้ปกครองควรเสริมพัฒนาการด้านภาษาให้แก่เด็ก แต่ถ้าสาเหตุการเคลื่อนไหวเกิดจากการทำงานของระบบประสาทสัมผัสบกพร่องซึ่งต้องใช้วิธีการทางด้านกิจกรรมบำบัดและการกระตุ้นประสาทสัมผัสการรับรู้เข้าช่วย 2) ส่งเสริมให้เด็กได้ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายซึ่งสามารถลดการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ได้ เช่น กิจกรรมการเคลื่อนไหวประกอบเพลงหรือประกอบการเล่นเกมส์ กระตุ้นให้เด็กออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่งเหยาะๆ กระโดด การปีน การว่ายน้ำ กระตุ้นให้เด็กช่วยงานบ้าน เช่น ยกของ เช็ดโต๊ะ เป็นต้น 3) เมื่ออยู่ในที่สาธารณะแล้วเด็กมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ครอบครัวอาจจะจับมือเด็กหรือดึงตัวเด็กเข้ามาหาและบอกให้เด็กทราบเพื่อหยุดพฤติกรรม เพื่อให้เด็กเข้าใจว่า อาการดังกล่าวไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม และหากิจกรรมให้เด็กทำเพื่อหยุดการเคลื่อนไหวซ้ำๆ (พุทธรักษา เพชรรัตน์, 2552)

4.5 การดูแลเมื่อเด็กได้รับประทานยา โดยมีแนวทางการสอนครอบครัวดังนี้

1. สอบถามการรับประทานยาในเด็กตามแผนการรักษาของแพทย์
2. ประเมินความรู้ของครอบครัวและให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับประทานยา ได้แก่ สาเหตุที่เด็กได้รับยา การออกฤทธิ์ของยา ปฏิกริยาต่อยา ผลข้างเคียงจากยาและวิธีการดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา
3. ให้ครอบครัวสรุปเกี่ยวกับความรู้ที่ได้รับ สาธิตการให้ยาในเด็ก เน้นย้ำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การประเมินอาการของเด็กหลังจากรับประทานยา ผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นกับเด็กและการเกิดปฏิกิริยาต่อยา

5. การสอนแนะ

5.1 ความหมายของการสอนแนะ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ (2536) กล่าวว่า การสอนแนะเป็นกลวิธีในการสอนอย่างหนึ่งเป็นการให้คำแนะนำอย่างเป็นขั้นตอนในการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่หรือทักษะใหม่ และเป็นกลยุทธ์ที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเพราะเป็นการปรับปรุงบทบาทการปฏิบัติงานของบุคคล และขณะเดียวกันก็ทำงานประสานกับบทบาทของผู้อื่นด้วย อาจกล่าวได้ว่าเป็นการสอนทั้งในลักษณะตัวต่อตัวและประยุกต์ใช้กับกลุ่มโดยสิ่งสำคัญพื้นฐานของการสอนแนะคือความต้องการของผู้เรียนเพื่อจะได้ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดและเทคนิคในการสอนแนะจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เป็นลำดับขั้นตอน

ศิริจันทร์ ภัทรวชิร (2547) ได้กล่าวว่าการสอนแนะในการพยาบาลนั้นเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนที่ช่วยให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยคำนึงถึงความรู้ประสบการณ์และความสามารถที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นโค้ชทำหน้าที่ให้การฝึกสอนทักษะการปฏิบัติใหม่ๆ รวมทั้งให้การสนับสนุน การชี้แนะ การเสริมแรง ให้ความมั่นใจให้ข้อมูลย้อนกลับให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีความสะดวกปลอดภัยและสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

Wilkie et al. (1995) กล่าวว่า การสอนแนะเป็นกลวิธีในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้คำแนะนำและแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งการสอนแนะนี้จะใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อให้เข้าถึงกระบวนการคิดด้วยเหตุผล-พฤติกรรม (cognitive behavioral) และการพัฒนาสภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ

Girvin (1999) กล่าวว่าการสอนแนะ เป็นการพัฒนาความรู้และฝึกฝนทักษะของบุคคลเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานหรือพฤติกรรม โดยผู้สอนแนะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมให้บุคคลมีพัฒนาการยิ่งขึ้น

Gracy (2001) กล่าวว่าการสอนแนะทางพยาบาลถูกนำมาใช้เป็นเทคนิคหรือคุณสมบัติสำคัญของ APN (Advanced Practice Nurse) เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาเทคนิคการสอน ผู้ร่วมงานจนถึงผู้รับบริการให้มีทักษะเชิงบวกมากขึ้นโดยโค้ชต้องยอมรับในความแตกต่างของบุคคลเน้นการสื่อสารสองทางระหว่างโค้ชกับผู้เรียนรับฟังผู้เรียนด้วยการยอมรับ เน้นให้ผู้เรียนมีแรงจูงใจเชิงบวก รับผิดชอบต่อภาพของตนเอง การสอนแนะหรือการโค้ชจึงเหมาะที่จะนำมาใช้ในการสอนทักษะที่มีความซับซ้อนต้องการความแม่นยำถูกต้อง โดยจะมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงเพื่อสร้างทักษะใหม่ให้กับผู้เรียนและผู้เรียนต้องเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะ

สรุปได้ว่าการสอนแนะในพยาบาลนั้นเป็นกลยุทธ์ในการสอนที่ช่วยให้ผู้รับบริการมีการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อให้เข้าถึงกระบวนการคิด โดยมีพยาบาลทำหน้าที่ฝึกสอนทักษะการปฏิบัติ เน้นการสื่อสารสองทางระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ รับฟังผู้รับบริการด้วยความยอมรับ ให้ผู้เรียนมีแรงจูงใจเชิงบวก รับผิดชอบต่อภาพของตนเอง มีการชี้แนะให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้เป็นลำดับขั้นตอน สามารถสร้างทักษะใหม่และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะ

5.2 กระบวนการของการสอนแนะ

เนื่องจากการสอนแนะนั้นเป็นกลวิธีในการสอนที่มีโครงสร้างอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การวางแผน หรือกำหนดการดำเนินงาน ขั้นตอนของการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติกิจกรรมเป็นขั้นตอน มีการวัดผลที่ทำให้ผู้รับบริการทราบว่าตนเองมีความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆได้ดีเพียงใด รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนกลวิธีให้มีความยืดหยุ่นและมีความเหมาะสมกับลักษณะของผู้รับบริการแต่ละรายเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้และสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆได้ดี โดยกระบวนการสอนแนะของ Girvin (1999) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินและวิเคราะห์ปัญหา การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการเพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ พยาบาลจะเป็นผู้ชี้แนะกระตุ้นให้ผู้รับบริการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น รับฟังปัญหาของผู้รับบริการ การประเมินข้อมูลเบื้องต้นเป็นพื้นฐานของการสอนแนะโดยพยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจและมั่นใจ การมีสัมพันธภาพที่ดีนี้จะรวมถึงการทำให้มั่นใจในการให้ข้อมูล การมีส่วนร่วม การแนะนำแนวทางเพื่อการตัดสินใจ การฟัง การแสดงความเข้าใจ และการยึด

ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญมากเนื่องจากบุคคลมีความแตกต่างกันทั้งในด้านอุปนิสัย การแสดงออก บุคลิกภาพ และสังคม

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม ขั้นตอนนี้เป็นการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม ขอบเขตของการปฏิบัติและวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อพัฒนาแผนการปฏิบัติกิจกรรมภายหลังจากที่ผู้รับบริการและพยาบาลร่วมกันสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น โดยที่ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการปฏิบัติหรือกิจกรรมต่างๆเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามความรู้พื้นฐานหรือประสบการณ์ของผู้รับบริการรวมถึงระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยพยาบาลให้การสนับสนุนผู้รับบริการให้ค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาและให้กำลังใจผู้รับบริการในการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการวางแผนปรับปรุงการวางแผนปฏิบัติกิจกรรมต่างๆพร้อมกับให้คำชี้แนะ ให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติมหรือในกรณีที่ผู้รับบริการไม่มีความรู้หรือทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม พยาบาลให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการบอกเล่า ยกตัวอย่างประกอบในเนื้อหาหรือสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมให้ผู้รับบริการพร้อมกับให้ผู้รับบริการซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจน หากไม่มีข้อสงสัยหรือคำถามใดๆ ให้ผู้รับบริการได้ลงมือปฏิบัติตามวิธีการหรือแนวทางที่วางแผนไว้เพื่อให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทดลองการปฏิบัติกิจกรรมตามแผน การฝึกให้ผู้รับบริการได้ลองปฏิบัติในสิ่งที่พยาบาลได้สอนตามขั้นตอนที่ 2 โดยระหว่างที่ผู้รับบริการปฏิบัติ พยาบาลมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้รับบริการและให้ข้อมูลย้อนกลับ เช่นกล่าวคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องและให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้รับบริการปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือทบทวนสาธิตในส่วนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำอีกเพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ พยาบาลให้ผู้รับบริการประเมินผลด้วยตนเองถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น การเรียนรู้หลังจากเข้าร่วมการสอนแนะ สิ่งที่ต้องปฏิบัติต่อเนื่อง ผลกระทบหรือปัญหาอุปสรรคต่างๆจากการปฏิบัติ เพื่อการวางแผนในการเรียนรู้ขั้นตอนต่อไปและหากผู้รับบริการไม่สามารถทำได้ พยาบาลทำการชี้แนะ สอน และสาธิตซ้ำจนกว่าผู้รับบริการจะสามารถทำได้

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า การสอนแนะเป็นการจัดกระทำให้เกิดการเรียนรู้เป็นลำดับขั้นตอน ทำให้ผู้เรียนมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ปฏิบัติได้จริงและสามารถใช้ความรู้ที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมได้

5.3 ความแตกต่างระหว่างการสอนแนะกับการสอนปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้สรุปความแตกต่างระหว่างการสอนปกติซึ่งเป็นรูปแบบการสอนที่ปฏิบัติในหอผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล (สถาบันราชานุกูล, 2560) และกระบวนการสอนแนะของ Girvin (1999) มีดังนี้

ขั้นตอน	การสอนปกติ	การสอนแนะ
การประเมินปัญหา	พยาบาลประเมินความรู้เรื่องโรคและทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้รับบริการ	พยาบาลให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุของปัญหา ส่งเสริมให้ผู้รับบริการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงว่าผู้รับบริการขาดความรู้และความสามารถในการปฏิบัติในส่วนใด
การวางแผนการปฏิบัติ	พยาบาลวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการ	พยาบาลให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติ กระตุ้นให้ผู้รับบริการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงว่าผู้รับบริการขาดความสามารถในส่วนใด กระตุ้นให้ผู้รับบริการวางแผนการปฏิบัติ โดยพยาบาลช่วยชี้แนะ สอน ให้ข้อมูลย้อนกลับและฝึกปฏิบัติตามแนวทางที่วางแผนไว้
การปฏิบัติกิจกรรม	พยาบาลให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติ ฝึกทักษะการปฏิบัติโดยพยาบาลสาธิตการปฏิบัติ ให้ผู้รับบริการฝึกปฏิบัติโดยมีพยาบาลเป็นผู้สังเกต ให้ข้อมูลและชี้แนะเพิ่มเติมเมื่อผู้รับบริการปฏิบัติไม่ได้ และให้ผู้รับบริการปฏิบัติซ้ำ	ส่งเสริมให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามแผนที่บ้านทุกวัน และให้ผู้รับบริการประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง พยาบาลมีการสังเกต ติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของผู้รับบริการ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือทบทวนสาธิตในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำ และให้ผู้รับบริการปฏิบัติซ้ำจนกว่าจะปฏิบัติได้

ขั้นตอน	การสอนปกติ	การสอนแนะ
การประเมินผลการปฏิบัติ	ประเมินผลการสอนโดยพยาบาลสังเกตทักษะการปฏิบัติของผู้รับบริการ	ประเมินผลการปฏิบัติโดยกระตุ้นให้ผู้รับบริการประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง ผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหา/อุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติ สิ่งที่ต้องปฏิบัติต่อเนื่อง พยาบาลทบทวนความรู้ให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือสาธิตในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำ และให้ผู้รับบริการปฏิบัติซ้ำจนกว่าจะปฏิบัติได้

5.4 การพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูสำหรับครอบครัว

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการสอนแนะของ Girvin (1999) และกรอบแนวคิดอาการออทิสติกของ Rimland and Edelson (1999) มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการสอนแนะสำหรับครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีพฤติกรรมการเล่นดูที่เหมาะสม ครอบครัวมีความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม และภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้/การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม

กระบวนการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัว ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัวและเด็กออทิสติก 2) การวางแผนการปฏิบัติ 3) การฝึกทดลองการปฏิบัติกิจกรรมตามแผน 4) การประเมินผลการปฏิบัติ โดยเน้นให้ครอบครัวประเมินวิเคราะห์พฤติกรรมการเล่นดูที่ส่งผลให้เด็กมีอาการออทิสติกเพิ่มขึ้น ทำให้ครอบครัวทราบถึงความสามารถในการปฏิบัติในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้ ผู้วิจัยให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติการเล่นดูเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ภาษา การดูแลเมื่อมีอาการด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ และอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ส่งเสริมให้ครอบครัววางแผนการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงกับบุตรหลานของตนเองและปฏิบัติตามแผนกับเด็กที่บ้าน ให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติด้วยตนเอง ผู้สอนมีการติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้ข้อมูลเชิงบวกและลบ และหากครอบครัวไม่สามารถทำได้ ผู้สอนทำการชี้แนะและสาธิตจนกว่าจะปฏิบัติได้ ทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ปฏิบัติได้จริง และสามารถใช้ความรู้ที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัวให้เหมาะสม ครอบครัวมีความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ภาษา การดูแลเมื่อมีอาการด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ และอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ส่งผลให้อาการ

ออทิสติกในด้านการใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร อาการด้านสังคม อาการด้านประสาทรับความรู้/ การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมลดลง

โดยการสอนแนะพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน มี 7 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นแบบกลุ่มครั้งละ 2-5 คน สลับกับรายเดี่ยวในบางครั้ง เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัวและเด็กออทิสติก การประเมินข้อมูลเบื้องต้น เป็นพื้นฐานของการสอนแนะ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวจะทำให้ครอบครัวมั่นใจในการให้ข้อมูล การมีส่วนร่วม การแนะแนวทางเพื่อการตัดสินใจ การฟัง การแสดง ความเข้าใจ และการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญมาก โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม สาเหตุของการเกิดโรค พัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน อาการออทิสติก ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการของเด็กออทิสติก ผลกระทบของอาการออทิสติก เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเด็กออทิสติก และกระตุ้นให้ครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงดูในบุตรหลานของตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถวิเคราะห์อาการออทิสติก พฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวไม่เหมาะสมที่ส่งผลให้เด็กออทิสติกมีอาการเพิ่มขึ้น และผลกระทบของอาการออทิสติกในบุตรหลานของตนเอง ช่วยทำให้ครอบครัววิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงว่า ครอบครัวขาดความรู้และทักษะในส่วนใด เป็นการจัดการกับปัจจัยครอบครัวที่เกิดจากครอบครัวขาดความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว มี 1 กิจกรรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัวและเด็กออทิสติก เนื้อหาประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจและเกิดความมั่นใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม สาเหตุของการเกิดโรค พัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน อาการออทิสติก ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการของเด็กออทิสติก ผลกระทบของอาการออทิสติก เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเด็กออทิสติก กระตุ้นให้ครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงดูในบุตรหลานของตนเอง ส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถวิเคราะห์อาการออทิสติก พฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวไม่เหมาะสมที่ส่งผลให้เด็กออทิสติกมีอาการเพิ่มขึ้น และผลกระทบของอาการออทิสติกในบุตรหลานของตนเอง ทำให้ครอบครัววิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงว่าครอบครัวขาดความรู้และความสามารถในการปฏิบัติในส่วนใด

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติ ในขั้นตอนการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม มี 4 กิจกรรม เนื่องจากต้องการให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ได้ ส่งเสริมให้ครอบครัววางแผนการปฏิบัติในแต่ละด้านที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละครอบครัว และได้ฝึกปฏิบัติตามที่ครอบครัวได้วางแผนไว้ ได้แก่ 1) การเสริมพัฒนาการด้านสังคม 2) การเสริมพัฒนาการด้านภาษา 3)

การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ 4) การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพ และพฤติกรรม ซึ่งแต่ละกิจกรรมทำ 2 ครั้ง ทำกิจกรรม 2 วันติดต่อกัน โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นการให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติด้วยวิดีโอคลิป ส่งเสริมให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องในการปฏิบัติ และให้ครอบครัววางแผนการเลี้ยงดูเด็กที่เฉพาะเจาะจงกับบุตรหลานของตนเองในแต่ละด้าน ครั้งที่ 2 เป็นการให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติกับบุตรหลานของตนเองให้ผู้วิจัย ผู้วิจัยทำหน้าที่สนับสนุนและให้กำลังใจครอบครัวให้ค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านสังคม กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านภาษา กิจกรรมที่ 4 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ กิจกรรมที่ 5 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม โดยการให้ความรู้และสาธิตการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ด้านภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ และอาการด้านสุขภาพ และพฤติกรรมด้วยวิดีโอคลิป และกระตุ้นให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง กระตุ้นให้ครอบครัววางแผนการปฏิบัติและฝึกปฏิบัติกับบุตรหลานของตนเองตามแนวทางที่วางแผนไว้ ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทดลองการปฏิบัติกิจกรรมตามแผน ในขั้นตอนนี้เป็น การส่งเสริมให้ครอบครัวมีความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กในสถานการณ์จริงต่อเนื่องที่บ้านและสามารถใช้ความรู้ และทักษะที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยส่งเสริมให้ครอบครัววางแผนการปฏิบัติกิจกรรมทุกวัน และให้ครอบครัวปฏิบัติตามแผน ให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเองขณะปฏิบัติที่บ้าน กระตุ้นให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนการเลี้ยงดูที่ส่งผลให้อาการเด็กดีขึ้นหรืออุปสรรคต่างๆในการเลี้ยงดูเด็กหลังจากครอบครัวทำกิจกรรมตามแผนที่บ้าน ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้ข้อมูลย้อนกลับ เช่น กล่าวคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องและให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมหากครอบครัวปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือทบทวนสาเหตุส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำจนกว่าจะปฏิบัติได้ มี 1 กิจกรรม ทำ 3 ครั้ง โดยทำสัปดาห์ละ 1 วัน ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผน ผู้วิจัยกระตุ้นให้ครอบครัวเลี้ยงดูเด็กต่อเนื่องที่บ้านทุกวัน และให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเองขณะปฏิบัติที่บ้าน กระตุ้นให้ครอบครัวแลกเปลี่ยน การเลี้ยงดูที่ส่งผลให้อาการดีขึ้นหรืออุปสรรคต่างๆในการเลี้ยงดูเด็กหลังจากครอบครัวนำกิจกรรม ตามแผนกลับไปที่บ้าน ผู้วิจัยมีการติดตาม สังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้การชี้แนะ ให้ คำแนะนำเพิ่มเติมหรือทบทวนสาริตในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำ และให้ครอบครัวปฏิบัติ ซ้ำจนกว่าจะปฏิบัติได้

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อประเมินพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว ความสามารถของครอบครัวในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้าน ประสาทความรู้สึกและการรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม โดยให้ครอบครัวประเมินผลการ ปฏิบัติของตนเองได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติของตนเองที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือ ปฏิบัติไม่ได้ต้องการให้สอนซ้ำ ความร่วมมือและและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กขณะทำกิจกรรม ปัญหา/ อุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น รวมถึงการกระตุ้นให้ครอบครัวทราบสิ่งที่ได้เรียนรู้และจะนำไปปฏิบัติต่อเนื่อง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการสอนแนะพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวเพื่อนำไปวางแผนในการ เรียนรู้ต่อไป และหากครอบครัวไม่สามารถทำได้ ผู้วิจัยชี้แนะและสาริตจนกว่าจะปฏิบัติได้ ซึ่งหลังจาก เข้าร่วมโปรแกรมการสอนแนะจะทำให้ครอบครัวมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ปฏิบัติได้จริง และสามารถใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง สามารถเลี้ยงดูเด็กต่อเนื่องที่ บ้านได้ มี 1 กิจกรรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 7 ประเมินผลการปฏิบัติ โดยการกระตุ้นให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของ ตนเอง ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติของตนเองที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือปฏิบัติไม่ได้ และต้องการให้สอนซ้ำ ความร่วมมือและและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กขณะทำกิจกรรม ปัญหา/ อุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น และหากครอบครัวไม่สามารถทำได้ ผู้วิจัยทบทวนความรู้จนกว่าจะปฏิบัติได้

สรุปการบูรณาแนวทางการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว

แนวทางการสอนแนะของ Girvin (1999)	แนวคิดอาการออทิสติกของ Rimland and Edelson (1999)	แนวทางการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวของ Girvin (1999) Rimland and Edelson (1999) จัดกิจกรรมทั้งแบบกลุ่มละ 2-5 คน สลับกับรายเดี่ยว มี 7 กิจกรรม ทำ 13 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์
<u>ขั้นตอนที่ 1</u> การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา	1) อาการสังคม 2) อาการด้านการพูด การใช้ภาษา การติดต่อสื่อสาร 3) อาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้	กิจกรรมที่ 1 การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัวและเด็กออทิสติก (ทำ 1 ครั้ง นาน 90 นาที) การให้ความรู้เกี่ยวกับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถวิเคราะห์พฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวไม่เหมาะสมที่ส่งผลให้เด็กออทิสติกมีอาการออทิสติกเพิ่มขึ้น
<u>ขั้นตอนที่ 2</u> การวางแผนการปฏิบัติ	4) อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม	กิจกรรมที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านสังคม กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านภาษา กิจกรรมที่ 4 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ กิจกรรมที่ 5 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมด้านสุขภาพพฤติกรรม (กิจกรรมที่ 2-5 แต่ละกิจกรรมทำ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที โดยทำ 2 วันต่อกัน) <u>ครั้งที่ 1</u> ในการจัดแต่ละกิจกรรมเป็นการให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติด้วยวีดิโอคลิป ส่งเสริมให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องในการปฏิบัติ และให้ครอบครัววางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมกับบุตรหลานของตนเอง <u>ครั้งที่ 2</u> เป็นการฝึกปฏิบัติกับบุตรหลานของตนเองตามแนวทางที่ครอบครัวได้วางแผนไว้

แนวคิดการ สอนแนะของ Girvin (1999)	แนวคิดอาการออทิสติก ของ Rimland and Edelson (1999)	แนวคิดการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว ของ Girvin (1999) Rimland and Edelson (1999) จัดกิจกรรมทั้งแบบกลุ่มละ 2-5 คน สลับกับรายเดี่ยว มี 7 กิจกรรม ทำ 13 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์
ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทดลอง การปฏิบัติ กิจกรรมตาม แผน		กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผน (ทำ 3 ครั้ง โดยทำ สัปดาห์ละ 1 วันในทุกวันจันทร์ ครั้งละ 90 นาที) ส่งเสริมให้ครอบครัวเลี้ยงดูเด็กต่อเนื่องที่บ้านทุกวัน และ ให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเองขณะปฏิบัติ ที่บ้าน กระตุ้นให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนการเลี้ยงดูที่ส่งผล ให้อาการเด็กดีขึ้นหรืออุปสรรคต่างๆในการเลี้ยงดูเด็ก หลังจากครอบครัวนำกิจกรรมตามแผนกลับไปที่บ้าน ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้การ ชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือทบทวนสาธิตในบาง กิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำ และให้ครอบครัวปฏิบัติ ซ้ำ จนกว่าจะปฏิบัติได้
ขั้นตอนที่ 4 การ ประเมินผล การปฏิบัติ		กิจกรรมที่ 7 ประเมินผลการปฏิบัติ (ทำ 1 ครั้ง ในวัน แรกของสัปดาห์ที่ 6) ส่งเสริมให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง และหากครอบครัวไม่สามารถทำได้ ผู้วิจัยทบทวนความรู้ เพื่อให้ครอบครัวมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ปฏิบัติได้จริง และสามารถใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับไป แก้ไขปัญหาได้ต่อไป

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับการสอนแนะ

วันเพ็ญ พุ่มเกตุ (2551) พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการสอนแนะของ Helfer and Wilson (1982) เพื่อส่งเสริมมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิด ของ Bandura (1997) ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกมีพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ดำเนินการสอนเป็นรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกหลังจากจำหน่าย 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการสอนแนะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สุภัค ทองคำมาก (2553) ได้พัฒนาโปรแกรมการสอนแนะตามแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมเลี้ยงดูบุตรตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมเลี้ยงดูบุตรตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมเลี้ยงดูบุตรของมารดาในระยะหลังคลอดของ Jensen and Bobak (1985) ดำเนินการสอนเป็นรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง ติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1 และ 2 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 3 และ 4 ประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านน้ำหนักตัวและการเจ็บป่วยหลังจำหน่ายของทารกเกิดก่อนกำหนด (ในวันที่ 28 ± 3 วัน) ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของผลต่างน้ำหนักตัวของทารกเกิดก่อนกำหนดในกลุ่มมารดาที่ได้รับโปรแกรมมากกว่าในกลุ่มมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของการเจ็บป่วยหลังจำหน่ายของทารกเกิดก่อนกำหนดในกลุ่มมารดาที่ได้รับโปรแกรมน้อยกว่าในกลุ่มมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุนทรี มอญทวี (2554) พัฒนาโปรแกรมการสอนแนะตามแนวคิดการสอนแนะของ Helfer and Wilson (1982) เพื่อส่งเสริมให้มารดามีความรู้ มีทักษะในการดูแลทารกแรกเกิดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้มารดาเกิดความมั่นใจและสามารถกระทำพฤติกรรมในการป้องกันภาวะตัวเหลืองจากการได้รับนมมารดาไม่เพียงพอได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ประกอบด้วยคู่มือแนวทางการดำเนินกิจกรรมการดูแลทารกแรกเกิดในเกิดการป้องกันภาวะตัวเหลือง ภาพพลิก และแผนการสอนเพื่อใช้ในการสอนแนะมารดาหลังคลอดในการดูแลทารก ดำเนินการสอนเป็นรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง (วันที่ 1-3 หลังคลอด) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังการจำหน่ายจำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ประเมินผลโดยให้มารดาทำแบบสอบถามพฤติกรรมมารดาในการป้องกันภาวะตัวเหลืองในสัปดาห์ที่ 4 โดยมีการสอน สาธิต และฝึกทักษะที่มีการประเมิน ชี้แนะ แก้ไขปัญหาที่มารดาไม่สามารถกระทำได้จนมารดาสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารดาในการป้องกันภาวะตัวเหลืองจากการได้รับนมมารดาของกลุ่มมารดาที่ได้รับ

โปรแกรมการสอนแนะสูงกว่ากลุ่มที่มารดาได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

พัชรภรณ์ สิริธรรานนท์ (2558) ได้พัฒนาโปรแกรมการสอนแนะของ Girvin (1999) เพื่อนำไปใช้ในการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งมีรายละเอียดตามแผนการสอน คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และภาพพลิกประกอบการบรรยายเพื่อช่วยส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พัฒนพร ตรีสุนย์ (2558) พัฒนาโปรแกรมการสอนแนะตามแนวคิดของ Girvin (1999) เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลเด็กของมารดาเด็กวัยเตาะแตะโรคปอดอักเสบตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคปอดอักเสบของสภาการพยาบาล (2550) และแนวทางการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบขององค์การอนามัยโลก WHO (2013) โดยสอนมารดาเป็นรายบุคคลจำนวน 3 ครั้ง ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังการจำหน่าย ประเมินด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลเด็กวัยเตาะแตะโรคปอดอักเสบของมารดา ในสัปดาห์ที่ 1 ผลการศึกษาสรุปว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเตาะแตะโรคปอดอักเสบของมารดาภายหลังที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะอยู่ในระดับมากและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัญญา วิชชพัฒนางกูร (2558) พัฒนาโปรแกรมการสอนแนะตามแนวคิดของ Girvin (1999) ร่วมกับการจัดการอาการของ (Lenz et al., 1997) ประกอบด้วย การให้ความรู้ และฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช มีความรู้ ความเข้าใจที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด รวมทั้งการจัดการกับอาการต่างๆ ภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งผู้วิจัยเน้นให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมการสอนแนะและคอยให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการกับอาการภายหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงและความถี่ของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 ของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

Wilkie et al. (1995) ศึกษาผลของการสอนแนะในผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยใช้การสอนแนะเป็นกลวิธีในการสอนให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดสามารถสื่อสารเพื่อรายงานความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับตนแก่แพทย์ และหาข้อสรุปของการรายงานความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ โดยผู้ป่วยจะได้รับการสอนแนะเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง วิธีการรายงานถึงความ

เจ็บปวดที่เกิดขึ้นของตนเองให้แก่แพทย์ผู้รักษาในขณะที่มารับการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก และได้รับการสอนแนะทางโทรศัพท์เพื่อประเมินและบันทึกความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแนะมีการรายงานถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับตนเองเพิ่มขึ้น และมีการประเมินถึงคุณภาพและความรุนแรงของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยตรงกับการประเมินของแพทย์ผู้ให้การรักษามากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Oliver et al. (2001) ศึกษาถึงผลของการให้ความรู้เฉพาะบุคคลและการสอนแนะต่อผลลัพธ์ของความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 67 ราย โดยมีผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจำนวน 34 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 33 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับการให้ความรู้เฉพาะบุคคลและการสอนแนะเกี่ยวกับการจัดการความปวดด้วยตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวดและความถี่ของการเกิดความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

Smith et al. (2006) ศึกษาการสอนแนะบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดในตึกฉุกเฉินผู้ป่วยเด็กอายุ 2-12 ปี ที่ได้รับยาและไม่ได้รับยา ได้รับการดูแลแบบปฐมนุญ พบว่า การได้รับการสอนแนะเรื่องการดูแลโรคหอบหืดขณะที่มาตึกฉุกเฉินสามารถลดการมารับบริการซ้ำได้

Piamjariyakul (2013) ศึกษาการสอนแนะทางโทรศัพท์กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจวายที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของภาวะลดลงและค่าคะแนนการเตรียมความพร้อมและความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับการทดลองเป็นเวลา 3 เดือน และจากการประเมินผลของผู้ดูแลและพยาบาลหลังทดลองพบว่าโปรแกรมการสอนแนะทำให้ผู้ดูแลมีทักษะมากยิ่งขึ้น

งานวิจัยเกี่ยวกับการเสริมพัฒนาการและการลดอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

อาริสรา ทองเหม และ ประพิมพาใจ เปี่ยมคุ้ม (2560) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โดยใช้โปรแกรมการฝึกกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกช่วงอายุ 4-6 ปี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในด้านสังคม ด้านภาษา ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านการช่วยเหลือตนเอง โดยให้ผู้ปกครองส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านทุกวัน วันละ 60 นาที ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมผลการประเมินพัฒนาการเด็กออทิสติกผ่านเกณฑ์การประเมินคิดเป็นคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 90.63 ซึ่งแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุขวลี พันธุ์พงษ์ (2561) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน โดยผู้ทำการศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller

(1992) ซึ่งเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพความสามารถของครอบครัว มีส่วนช่วยทำให้ครอบครัวได้พัฒนาแหล่งพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัวบุคคล ทำให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกที่เพิ่มมากขึ้น (Stillman, 2009) ส่งผลทำให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลงได้ กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กออทิสติก อายุ 3-6 ปี จำนวน 40 คน และครอบครัวที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนในด้านการพูด การใช้ภาษาและการสื่อสาร ด้านสังคม ด้าน ประสาทรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ และด้านสุขภาพและพฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อัญชร ทองเพชร และคณะ (2562) การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลังเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลระยะแรกต่อความรุนแรงของอาการเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลระยะแรกสำหรับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ได้แก่ การบำบัดแบบรายกลุ่มและรายบุคคลจำนวน 8 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ละ 2 ครั้ง) ดังนี้ 1. กลุ่มการเล่นบำบัด เพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้วิธีการสร้างเสริมพัฒนาการและการพัฒนาตัวตนให้แก่เด็กออทิสติก 2. กลุ่มสร้างเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกด้านการเคลื่อนไหวและกล้ามเนื้อเล็กเพื่อสร้างเสริมพัฒนาการในเรื่องการเคลื่อนไหวและกล้ามเนื้อเล็กให้แก่เด็กออทิสติก 3. กลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อลดความเครียดวิตกกังวล สร้างพลังใจให้ผู้ดูแลในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก 4. การให้คำปรึกษารายบุคคลทางโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้นให้กำลังใจ ติดตามการปฏิบัติ ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกกับผู้ดูแล ตอบข้อซักถามให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เป็นเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน อายุ 3-6 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล จำนวน 32 คน ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มทดลองความรุนแรงของอาการเด็กออทิสติกหลังได้รับการบำบัดทางการพยาบาลระยะแรกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ โดยด้านที่ความรุนแรงของอาการเด็กออทิสติกลดลงมากที่สุด คือ ด้านสังคม รองลงมาคือ ด้านสุขภาพและพฤติกรรม ด้านภาษา และด้านประสาทการรับรู้ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีค่าผลต่างของคะแนนความรุนแรงของอาการในเด็กออทิสติกในระยะก่อนและภายหลังการทดลองลดลงมากกว่าในกลุ่มควบคุม

Jocelyn et al. (1998) ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดร่วมกับสหวิชาชีพในหน่วยงานระดับโรงพยาบาลจังหวัดและชุมชนในการให้ความรู้ครอบครัวร่วมกับการบำบัดเด็กในเด็กออทิสติกอายุระหว่าง 24 เดือน - 72 เดือน เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ซึ่งการบำบัดนี้จะเน้นการให้

ความรู้ครอบครัวยุ่กับลักษณะของเด็กออสติก การส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาและด้านสังคม การสร้างสัมพันธ์กับเด็ก การวิเคราะห์พฤติกรรมเพื่อวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะเวลา การบำบัด 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า เด็กออสติกในกลุ่มทดลองมีความสามารถด้านภาษา เพิ่มขึ้น ครอบครัวมีความรู้ ความสามารถในการดูแลเด็กออสติกและระดับความพึงพอใจมากกว่า กลุ่มควบคุม

Drew et al. (2002) ทำการศึกษาการฝึกทักษะครอบครัวเปรียบเทียบกับบริการรับบริการใน ห้องในเด็กออสติกวัยก่อนเรียน ระยะเวลาการบำบัด 1 ปี โดยผู้บำบัดจะไปเยี่ยมบ้านเพื่อวางแผนการสอนเด็กร่วมกับครอบครัว และส่งเสริมให้ครอบครัวมีทักษะในการจัดการพฤติกรรม มีทักษะ ในการเสริมทักษะเด็กในด้านสังคม การสื่อสาร ภาษา ผ่านการทำกิจวัตรประจำวันของเด็กโดย ครอบครัวมีส่วนร่วมทุกกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า เด็กออสติกมีคะแนนด้านภาษาดีกว่ากลุ่ม ควบคุม สามารถพูดคำเดียวหรือพูดเป็นวลีมากกว่ากลุ่มควบคุม ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

Pajareya & Nopmaneejumrulers (2011) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการฝึกอบรมครอบครัว ในการเสริมทักษะเด็กออสติกอายุ 2-6 ปี ตามแนวบำบัด Developmental Individual Difference Relationship - Based (DIR/Floortime™) โดยฝึกเฉลี่ย 15.2 ชั่วโมง/ สัปดาห์เป็นเวลา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่าพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กออสติกดีขึ้น และอาการอออสติกของ เด็ก ออสติกลดลง

Roberts et al. (2011) ทำการศึกษาแบบสุ่ม มีกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุม โดย เปรียบเทียบผลของการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่โรงพยาบาลรวมกับการฝึกทักษะครอบครัว (centre-based program for children combined with a parent training and support group) เปรียบเทียบกับการฝึกทักษะครอบครัวที่บ้าน (home-based program) ในเด็กออสติกอายุ 2.2 - 5 ปี ระยะเวลาการบำบัด 1 ปี โปรแกรมบำบัดมีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioural Theory) และทฤษฎีพัฒนาการมุ่งเน้นในด้านทักษะการเล่น (social play skills) การ สื่อสาร (functional communication) ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ร่วมกับการฝึกทักษะครอบครัวทำให้เด็กออสติกมีพัฒนาการด้านภาษา พฤติกรรมการปรับตัวด้าน ภาษาและสังคมดีขึ้น และครอบครัวมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้นมากกว่า โปรแกรมการฝึกทักษะครอบครัวที่บ้าน

Tonge et al. (2014) ทำการศึกษาการสอนครอบครัวโดยให้ความรู้และการจัดการปัญหา พฤติกรรมในเด็กออสติกวัยก่อนเรียน อายุ 2 ปี 6 เดือน – 5 ปี โดยสอนครอบครัวให้มีความรู้และ ทักษะในการลดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็กออสติกและเสริมทักษะด้านการ เข้าสังคม ทักษะด้านการสื่อสาร ภาษาและการเล่น โปรแกรมบำบัดมีทั้งแบบรายกลุ่มและรายเดี่ยว มุ่งเน้นช่วยครอบครัวยอมรับต่อปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรค เข้าใจปัญหาที่เกิด

ขึ้นกับเด็กและลักษณะอาการของเด็กออทิสติกได้แก่ การบกพร่องด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ อาการออทิสติกที่ส่งผลกระทบต่อเด็ก ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจผลการประเมินพัฒนาการเด็กในปัจจุบัน พัฒนาการด้านที่บกพร่อง สอนให้ครอบครัวนำหลักการ การจัดการพฤติกรรมเชิงบวกมาใช้กับเด็กเพื่อที่จะเข้าใจและสามารถจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ การเสริมพัฒนาการเด็กในด้านการสื่อสาร ทักษะทางสังคม และการเล่นได้ ระยะเวลาการบำบัด 12 เดือน และประเมินผลหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมและติดตามผล 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าเด็กออทิสติกมีพฤติกรรมปรับตัวในด้านการสื่อความหมาย การเข้าสังคม ทักษะการดำรงชีวิตประจำวันดีขึ้น ส่งผลให้อาการออทิสติกลดลง

จากการทบทวนปัญหาทางการพยาบาลในการดูแลเด็กออทิสติกในปัจจุบันสถาบันราชานุกูล ซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่า มีการจัดกระทำกับปัจจัยด้านครอบครัวแต่ยังไม่เป็นแบบแผนที่ชัดเจน ขาดรูปแบบการสอนที่เน้นส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวให้ครอบครัวมีความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กต่อเนื่องที่บ้านได้ส่งผลให้เด็กมีอาการออทิสติกหลงเหลืออยู่ไม่ตรงกับความต้องการของครอบครัว ซึ่งการบำบัดรักษาเพื่อลดอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนจะต้องจัดกระทำกับปัจจัยด้านครอบครัวด้วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการสอนแนะในการพยาบาลเป็นกลยุทธ์ในการสอนของพยาบาลที่ช่วยให้ผู้รับบริการมีการเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ใช้กระบวนการสอนแนะซึ่งช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวให้เหมาะสมได้ โดยผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการสอนแนะสำหรับครอบครัวเป็นรายการกลุ่มและรายเดี่ยวเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ครอบครัวมีความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม และภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ส่งผลให้อาการออทิสติกในด้านการใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมลดลงได้

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว

ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมเป็นแบบกลุ่มและรายเดี่ยว มี 7 กิจกรรม ทำ 13 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ตามแนวคิด Girvin (1999) และ Rimland and Edelson (1999) ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัวและเด็กออทิสติก
(ทำ 1 ครั้ง นาน 90 นาที)

การให้ความรู้เกี่ยวกับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถวิเคราะห์พฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวไม่เหมาะสมที่ส่งผลให้เด็กออทิสติกมีอาการออทิสติกเพิ่มขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านสังคม

กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านภาษา

กิจกรรมที่ 4 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้/การรับรู้

กิจกรรมที่ 5 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมด้านสุขภาพและพฤติกรรม (กิจกรรมที่ 2-5 แต่ละกิจกรรมทำ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที โดยทำ 2 วันต่อกัน)

ครั้งที่ 1 ในการจัดแต่ละกิจกรรมเป็นการให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติด้วยวิดีโอคลิป ส่งเสริมให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องในการปฏิบัติ และให้ครอบครัววางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมกับบุตรหลานของตนเอง

ครั้งที่ 2 เป็นการฝึกปฏิบัติกับบุตรหลานของตนเองตามแนวทางที่ครอบครัวได้วางแผนไว้

กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผน

(ทำ 3 ครั้ง โดยทำสัปดาห์ละ 1 วันในทุกวันจันทร์ ครั้งละ 90 นาที)

ส่งเสริมให้ครอบครัวเลี้ยงดูเด็กต่อเนื่องที่บ้านทุกวันและให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเองขณะปฏิบัติที่บ้าน กระตุ้นให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนการเลี้ยงดูที่ส่งผลให้อาการเด็กดีขึ้นหรืออุปสรรคต่างๆในการเลี้ยงดูเด็กหลังจากครอบครัวนำกิจกรรมตามแผนกลับไปที่บ้าน ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือทบทวนสาธิตในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำ และให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำ จนกว่าจะปฏิบัติได้

กิจกรรมที่ 7 ประเมินผลการปฏิบัติ

(ทำ 1 ครั้ง ในวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 6)

ส่งเสริมให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง และหากครอบครัวไม่สามารถทำได้ ผู้วิจัยทบทวนความรู้จนกว่าจะปฏิบัติได้ เพื่อให้ครอบครัวมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ปฏิบัติได้จริง และสามารถใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาได้

อาการออทิสติก

Rimland and Edelson (1999)

ประกอบด้วย

ด้านที่ 1

ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร

ด้านที่ 2

ด้านสังคม

ด้านที่ 3

ด้านประสาทรับรู้

ด้านที่ 4

ด้านสุขภาพและพฤติกรรม

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – post test control group design) (Burns and Grove, 2005) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O3		O4

โดย	X หมายถึง	การให้การทดลองโดยใช้การสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว
	O ₁ หมายถึง	การวัดอาการออทิสติกของกลุ่มตัวอย่างของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูครอบครัว
	O ₂ หมายถึง	การวัดอาการออทิสติกของกลุ่มตัวอย่างของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนหลังได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว
	O ₃ หมายถึง	การวัดอาการออทิสติกของกลุ่มตัวอย่างของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
	O ₄ หมายถึง	การวัดอาการออทิสติกของกลุ่มตัวอย่างของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 1) เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM V ว่าเป็นโรคออทิสซึมสเปกตรัมอายุ 3-6 ปี ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแบบไป-กลับ 2) ครอบครัวเด็กออทิสติก

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM V ว่าเป็นโรคออทิสซึมสเปกตรัมอายุ 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูลแบบไป-กลับ จำนวน 40 คู่ แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ซึ่งผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน(Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำ

วิจัยครั้งนี้ โดยจับกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่เพศและอายุของเด็กออทิสติก โดยกำหนดอายุเด็กให้แตกต่างกันไม่เกิน 2 ปีจำนวน 40 คน แล้วสุ่มใช้วิธีการจับฉลากเพื่อป้องกันการปนเปื้อนเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่จนครบ 2 กลุ่มๆละ 20 คน (กลุ่มควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คน)

2. ครอบครัวเด็กออทิสติก คือ ผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก ได้แก่ บิดา มารดา หรือญาติที่มีหน้าที่ดูแลเด็กโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ โดยจัดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่ระดับการศึกษาของครอบครัวให้มีระดับการศึกษาเดียวกันหรือใกล้เคียงกันแล้วสุ่มใช้วิธีการจับฉลากเพื่อป้องกันการปนเปื้อนเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่จนครบ 2 กลุ่มๆละ 20 คน (กลุ่มควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คน)

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ของเด็กออทิสติก มีดังนี้

1. เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์ DSM V ว่าเป็นโรคออทิสซึม สเปกตรัมทั้งเพศชายและหญิง และมีอายุ 3-6 ปี
2. ไม่มีความเจ็บป่วยทางกายหรือเป็นโรคทางด้านสมองอื่นร่วม เช่น บกพร่องทางสติปัญญา สมองพิการ ลมชัก เป็นต้น
3. ครอบครัวยินยอมให้เด็กเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจและสามารถร่วมบำบัดได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ของครอบครัว มีดังนี้

1. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก ได้แก่ บิดา มารดา หรือญาติสายตรงที่มีหน้าที่ดูแลเด็กโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
2. สามารถพูด ฟังและอ่านภาษาไทยได้
3. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจและสามารถร่วมบำบัดได้จนครบตามที่กำหนด

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย
2. เด็กหรือครอบครัวมีปัญหาสุขภาพที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรมในช่วงระยะเวลาทำการวิจัย เช่น ป่วย เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม เป็นต้น

ในการทดลองครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการทดลองได้ทั้งหมดโดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลองก่อนเสร็จสิ้นกิจกรรม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วย Power analysis โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 80% กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant Level) ที่ .05 (Grove & Ciper, 2017) ผู้วิจัยประมาณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการศึกษาของ สุขวาลี พันธุ์พงษ์ (2561) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ของครอบครัวเพื่อลดอาการออทิสติก พบว่า ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.81 พบว่า ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง คือเลือกตามคุณสมบัติของเด็กและครอบครัวตามเกณฑ์ที่กำหนดจาก เวชเวชระเบียนและทำการจับคู่ (Match pair) เด็กและครอบครัวให้ตรงหรือใกล้เคียงกันเพื่อควบคุม ตัวแปรแทรกซ้อนด้วยวิธีการจับคู่เพศและอายุของเด็กออทิสติกเนื่องจากเพศและอายุมีผลต่ออาการ ออทิสติกของเด็กออทิสติกและจับคู่ระดับการศึกษาของครอบครัวเนื่องจากระดับการศึกษาส่งผลต่อ พฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว หลังจากนั้นทำการสุ่มเด็กและครอบครัวแต่ละคู่โดยใช้หลักการ แบบสุ่มด้วยวิธี Random sampling โดยวิธีการจับฉลากแล้วจัดเข้ากลุ่มทดลอง 20 คู่ และกลุ่ม ควบคุม 20 คู่

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกเด็กออทิสติกและครอบครัวเด็กออทิสติกเข้ากลุ่มตัวอย่าง เป็นลำดับ ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. วันที่ 26 มกราคม 2564 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เสนอต่อ ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเด็กออทิสติกและครอบครัวเด็กออทิสติกที่มา รับบริการ ณ หอผู้ป่วยออทิสติก 1 หอผู้ป่วยออทิสติก 2 และศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูล (คลองกุ่ม)
2. วันที่ 26 มกราคม 2564 ประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยออทิสติก 1 หอผู้ป่วย ออทิสติก 2 และศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูล (คลองกุ่ม) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและ รายละเอียดการวิจัยพร้อมทั้งเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตดำเนินการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง
3. วันที่ 27 มกราคม 2564 ทำการคัดเลือกเด็กออทิสติกและครอบครัวเด็กออทิสติกเข้ากลุ่ม ตัวอย่าง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คนโดยศึกษาประวัติจาก เวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

4. วันที่ 28 มกราคม 2564 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้จากเวชระเบียน โดยเริ่มจากการจับคู่ (Matched-pair) ระหว่างเพศและอายุเดียวกันของเด็กออทิสติก โดยกำหนดอายุเด็กให้แตกต่างกันไม่เกิน 2 ปี และระดับการศึกษาเดียวกันหรือใกล้เคียงกันของครอบครัวออทิสติกทีละ 1 คู่ รวมเป็น 20 คู่ ในกรณีที่จับคู่ไม่ได้ต้องเลือกคู่จับใหม่ โดยให้มีลักษณะประชากรให้ตรงกันมากที่สุด แล้วสุ่มโดยใช้วิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่ จนครบ 2 กลุ่มๆละ 20 คน

5. วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยพบครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากคัดเลือกครอบครัวแล้วและครอบครัวยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแนะนำตัวให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและเชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ และให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

6. ในการดำเนินการทดลองกับครอบครัวที่ยินดีเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้กำหนด แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เวลา 09.00 น. – 10.30 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 10.30 น. – 12.00 น. กลุ่มที่ 3 เวลา 13.00 น. – 14.30 น. กลุ่มที่ 4 เวลา 14.30 น. – 16.00 น. โดยให้ครอบครัวเลือกวันที่ตนเองสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม จนได้ครบ 4 กลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 4 กลุ่ม ในวันจันทร์ที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 ตามเวลาที่กำหนด ที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยออทิสติก 2 สถาบันราชานุกูล ส่วนในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนัดหมายครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการในวันจันทร์ที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 08.00 น. – 09.00 น. ที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยออทิสติก 2 สถาบันราชานุกูล เพื่อดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ลักษณะการจับคู่ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศและอายุของเด็กออทิสติก และระดับการศึกษาของครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลำดับคู่	เพศ		อายุ (ปี)		ระดับการศึกษาของครอบครัว	
	กลุ่ม	กลุ่มควบคุม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	ทดลอง		ทดลอง	ควบคุม		
1	หญิง	หญิง	3	3	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
2	หญิง	หญิง	5	5	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
3	หญิง	หญิง	4	4	ปวส.	ปวส.
4	ชาย	ชาย	3	3	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
5	ชาย	ชาย	4	4	ม. ต้น	ม. ต้น
6	ชาย	ชาย	4	4	ม. ต้น	ม. ต้น
7	ชาย	ชาย	3	3	ม. ปลาย/ ปวช.	ม. ปลาย/ ปวช.
8	ชาย	ชาย	4	4	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
9	ชาย	ชาย	5	5	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
10	ชาย	ชาย	3	3	ม. ต้น	ม. ต้น
11	ชาย	ชาย	4	4	ม. ปลาย/ ปวช.	ม. ปลาย/ ปวช.
12	ชาย	ชาย	4	4	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
13	ชาย	ชาย	6	5	ปวส.	ปวส.
14	ชาย	ชาย	3	5	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
15	หญิง	หญิง	4	3	ม. ปลาย/ ปวช.	ม. ปลาย/ ปวช.
16	ชาย	ชาย	4	6	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
17	ชาย	ชาย	4	3	ม. ปลาย/ ปวช.	ปวส.
18	ชาย	ชาย	4	5	ม. ปลาย/ ปวช.	ม. ต้น
19	ชาย	ชาย	4	6	ม. ปลาย/ ปวช.	ม. ต้น
20	ชาย	ชาย	4	5	ป. โท	ปริญญาตรี

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล เมื่อวันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2564 (รหัสโครงการ RI 04/2564) ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยว่าไม่มีการละเมิดสิทธิสวัสดิภาพและก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ถูกศึกษา และดำเนินการศึกษาภายในขอบเขตของโครงการการศึกษาที่นำเสนอ ผู้วิจัยแนะนำตัวกับครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา และประโยชน์ที่จะได้รับให้ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างรับทราบ ผู้วิจัยแจ้งให้ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมเวลาใดก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งเน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยทำให้เกิดผลกระทบกับครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น จากนั้นผู้วิจัยสอบถามถึงความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจตอบรับเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัว
 - 1.2 แบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist)
2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย
 - 2.1 คู่มือการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัวสำหรับพยาบาล
 - 2.2 คู่มือการดูแลเด็กออทิสติกสำหรับครอบครัว
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองได้แก่ แบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก

การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัว ประกอบด้วย ข้อมูลเด็ก ได้แก่ เพศ เกิดวันที่ เป็นบุตรคนที่ อายุ การวินิจฉัยครั้งแรกเมื่ออายุ สังเกตความผิดปกติครั้งแรกเมื่ออายุ ระบุอาการที่สังเกตพบความผิดปกติครั้งแรก การรักษาในปัจจุบัน และข้อมูลของครอบครัวเด็กออทิสติก ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเด็กออทิสติก เพศ อายุ ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก ระดับ

การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และจำนวนสมาชิกในบ้านทั้งหมด ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

1.2 แบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist) เป็นเครื่องมือที่สร้างโดย Rimland and Edelson (1999) ฉบับที่ปรับปรุงโดย อัญชรส ทองเพชร (2560) ปรับจากฉบับที่แปลโดย วนาลักษณ์ เมืองมลมนิรัตน์ และภัทราภรณ์ หุ่นคำปัน (2547) และได้รับการแปลย้อนกลับจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาแล้ว มีความน่าเชื่อถือ .93 การสร้างข้อคำถามในแบบประเมินนี้จะเป็นการสร้างข้อถามเชิงบวกและลบ ออกแบบให้ครอบครัวเป็นผู้ประเมิน ทั้งนี้ผู้วิจัยจะจัดกลุ่มครอบครัวเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแบบประเมินและวิธีประเมินในช่วงก่อนการทดลอง หลังจากนั้นจึงให้ครอบครัวทดลองประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างร่วมกับผู้วิจัย

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึมประกอบด้วยคำถาม 77 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร (speech/language /communication) จำนวน 14 ข้อ

มีลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวก มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 0 คือ จริงมาก 1 คือ จริงบ้าง และ 2 คือ ไม่จริง

ด้านที่ 2 ด้านสังคม (sociability) จำนวน 20 ข้อ

มีลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 0 คือ ไม่มีลักษณะดังกล่าว 1 คือ มีลักษณะดังกล่าวบ้าง และ 2 คือ มีลักษณะดังกล่าวมาก

ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับรู้สัมผัสและการรับรู้ (sensory/cognitive awareness) จำนวน 18 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวก มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 0 คือ มีลักษณะดังกล่าวมาก 1 คือ มีลักษณะดังกล่าวบ้าง และ 2 คือ ไม่มีลักษณะดังกล่าว

ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพร่างกายและพฤติกรรม (health / physical /behavior) จำนวน 25 ข้อ

มีลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 0 คือ ไม่มีลักษณะดังกล่าว 1 คือ มีลักษณะดังกล่าวบ้าง และ 2 คือ มีลักษณะดังกล่าวมาก

การแปลผล

คะแนนรวมอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 154 คะแนน คะแนนต่ำแสดงถึงอาการออทิสติกน้อย และคะแนนสูงแสดงถึงอาการออทิสติกมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็น เป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ เขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity Index: CVI) โดยจากการคำนวณ พบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .87

ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับ อาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้เนื้อหาและภาษาให้มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

ปรับข้อความในข้อคำถามดังนี้

ด้านที่ 1 การพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร

- ข้อ 4. ปรับจาก “สามารถพูดได้ 1 พยางค์ต่อหนึ่งครั้ง” เป็น “สามารถพูดคำที่มีความหมาย 1 คำได้ เช่น “ไม่”, “กิน””
- ข้อ 5. ปรับจาก “สามารถพูดได้ 2 พยางค์ติดต่อกันหนึ่งครั้ง” เป็น “สามารถพูดคำที่มีความหมาย 2 คำติดต่อกันได้ เช่น “กลับบ้าน”, “ไปเที่ยว””
- ข้อ 6. ปรับจาก “สามารถพูดได้ 3 คำติดต่อกันหนึ่งครั้ง” เป็น “สามารถพูดคำที่มีความหมาย 3 คำติดต่อกันได้ เช่น “ขอนมเพิ่ม””

ด้านที่ 2 ด้านสังคม

- ข้อ 19. ปรับจาก “ไม่สนใจต่อสิ่งที่เป็นอยู่” เป็น “ไม่สนใจว่าคนอื่นจะชอบตนเองหรือไม่”
- ข้อ 20. ปรับจาก “ไม่มีท่าทีเสียใจเมื่อพ่อแม่จะไป” เป็น “ไม่มีท่าทีเสียใจเมื่อผู้เลี้ยงดูหลักจะไป”

ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้

- ข้อ 10. ปรับจาก “มีสติ/ รู้เท่าทันสิ่งแวดล้อม” เป็น “สนใจสิ่งแวดล้อม”
- ข้อ 11. ปรับจาก “มีสติรู้เท่าทันอันตราย” เป็น “ระมัดระวังอันตรายได้”
- ข้อ 16. ปรับจาก “ผจญภัย ค้นคว้า” เป็น “ชอบผจญภัย สำรวจสิ่งต่างๆ”

ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม

- ข้อ 8 ปรับจาก “รับประทานอาหารก่อนข้างจำกัดมาก” เป็น “เลือกรับประทานอาหารอย่างมาก”
- ข้อ 9 ปรับจาก “เล่นตลอดเวลา” เป็น “สนใจไม่นั่ง”
- ข้อ 24 ปรับจาก “ติดกับหรือยึดติดกับสิ่งของหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง” เป็น “ยึดติดกับสิ่งของหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง”
- ข้อ 25 ปรับจาก “มีการเคลื่อนไหวช้าๆ” เป็น “มีการเคลื่อนไหวช้าๆ เช่น สะบัดมือ”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคอทิสซึมที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปใช้กับเด็กออทิสติกอายุ 3-5 ปี จำนวน 30 คน ที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ และ หอผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ซึ่งเป็นเด็กออทิสติกและครอบครัวที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไปทดลองหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยครอบครัวเป็นผู้ตอบแบบประเมินแล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร Cornbach's Alpha Coefficient (Burns & Grove, 2005) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 และค่าความเที่ยงของด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร ด้านที่ 2 ด้านสังคม ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ และด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม เท่ากับ .916, .885, .858 และ .788 ตามลำดับซึ่งอยู่ในเกณฑ์การยอมรับ $\alpha > .70$ (Nunnally, 1975)

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

2.1 คู่มือการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวสำหรับพยาบาล

สร้างโดยผู้วิจัย ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว พบว่า แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวให้เหมาะสมได้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล โดยพัฒนาจากแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) และ กรอบแนวคิดอาการออทิสติกของ Rimland and Edelson (1999) มาเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบกิจกรรม เนื้อหาในกิจกรรมเน้นให้ครอบครัวประเมินวิเคราะห์พฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ส่งผลให้เด็กมีอาการออทิสติกเพิ่มขึ้น ทำให้ครอบครัวทราบถึงความสามารถในการปฏิบัติในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้ ผู้วิจัยให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนด้วยวิดีโอคลิปในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ภาษา การดูแลเมื่อมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ และอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ส่งเสริมให้ครอบครัววางแผนการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงกับบุตรหลานของตนเองและปฏิบัติตามแผนกับเด็กที่บ้าน ให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติด้วยตนเอง ผู้สอนมีการติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้ข้อมูลเชิงบวกและลบ และหากครอบครัวไม่สามารถทำได้ ผู้สอนทำ

การชี้แนะและสาธิตจนกว่าจะปฏิบัติได้ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ทำกิจกรรมครั้งละ 90 นาที กิจกรรมที่ 1-5 จัดกิจกรรมต่อเนื่องทุกวันในวันจันทร์-ศุกร์ โดยกิจกรรมที่ 1 ทำ 1 ครั้ง กิจกรรมที่ 2-5 แต่ละกิจกรรมทำ 2 ครั้ง โดยทำ 2 วันต่อกัน กิจกรรมที่ 6 ทำ 3 ครั้ง โดยทำสัปดาห์ละ 1 วันในทุกวันจันทร์ กิจกรรมที่ 7 ทำ 1 ครั้ง ในวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 6 รวมกิจกรรมทั้งหมด 13 ครั้ง มีรูปแบบของกิจกรรม ดังนี้ คือ

กิจกรรมที่ 1 การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัวและเด็กออทิสติก

กิจกรรมที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านสังคม

กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านภาษา

กิจกรรมที่ 4 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้

กิจกรรมที่ 5 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผน

กิจกรรมที่ 7 ประเมินผลการปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว ส่งผลให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลง

2.2 คู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว สร้างโดยผู้วิจัย ศึกษาจากเอกสารตำรา และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กออทิสติกและแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางสำหรับครอบครัวในส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก โดยผู้วิจัยจัดทำคู่มือเป็นรูปเล่มมีลักษณะเป็นสมุดเล่มเล็ก เพื่อให้ครอบครัวสามารถพกพาได้สะดวก มีเนื้อหาที่เหมาะสมกับครอบครัว ครอบครัว เข้าใจง่าย ภายในคู่มือมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัมอาการ ออทิสติก แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก QR code ตัวอย่างคลิปวิดีโอการจัดกิจกรรมการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยเพื่อให้ครอบครัวได้มีต้นแบบที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูเด็ก และแบบฝึกหัดให้ครอบครัวได้ทบทวนทำให้ง่ายต่อความเข้าใจในการดูแลเด็กออทิสติก รวมถึงการใช้ข้อมูลในคู่มือเพื่อประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกเป็นระยะได้ด้วย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการทดลองใช้

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือ 2 ชุดและตัวอย่างคลิปวิดีโอการจัดกิจกรรมการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา แกะไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก 4 ท่าน โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity Index: CVI) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาของคู่มือการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัวสำหรับพยาบาลและคู่มือการดูแลเด็กออทิสติกสำหรับครอบครัว เท่ากับ 1

2. การทดลองใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยนำคู่มือทั้ง 2 ชุดที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับเด็กออทิสติกและครอบครัวในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 8 มีนาคม 2564 ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยออทิสติก 1 สถาบันราชานุกูล จำนวน 1 กลุ่ม 5 ราย (pilot study) ดำเนินกิจกรรมจนครบ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

ประเด็นที่ต้องแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

คู่มือการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัวสำหรับพยาบาล

รายละเอียดในบางกิจกรรม เช่นการสร้างสัมพันธ์ภาพโดยการเล่นเกมส์ อาจยากสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขรายละเอียดในบางกิจกรรมเพื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

คู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว

ภาษาบางส่วนของเนื้อหา มีคำศัพท์ที่วิชาการมากเกินไป ควรปรับภาษาให้อ่านง่าย ใช้คำที่ครอบครัวคุ้นเคย และมีการยกตัวอย่างประกอบ ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขภาษาให้มีความเหมาะสมเพื่อให้ครอบครัวอ่านเข้าใจง่ายขึ้น

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

แบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเล่นดูเด็กออทิสติก สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยพัฒนาโดยอ้างอิงจากเนื้อหาส่วนที่ 2 การส่งเสริมพฤติกรรมการเล่นดูเด็กออทิสติกของครอบครัวในคู่มือการดูแลเด็กออทิสติกสำหรับครอบครัว ซึ่งเป็นเนื้อหาที่ครอบคลุม เพื่อประเมินความสามารถของครอบครัวในการเล่นดูเด็กออทิสติกตามความหมายของอาการออทิสติกของ Rimland and Edelson (1999) ประกอบด้วย การเสริมพัฒนาการด้านสังคม การเสริมพัฒนาการด้านภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมของครอบครัว

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินความสามารถของครอบครัวในการเล่นดูเด็กออทิสติก โดยให้ครอบครัวเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 0 คือ ไม่ได้ปฏิบัติและปฏิบัติไม่ได้ 1 คือ ปฏิบัติเป็น

บางครั้ง และ 2 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (ถ้าเด็กไม่มีอาการในกิจกรรมการดูแลในหัวข้อใด ครอบครัวไม่ต้องประเมินในหัวข้อนั้นๆ) ซึ่งแบบประเมินความสามารถของครอบครัวมีทั้งหมด 14 ด้าน รวม 94 ข้อ ดังนี้

1. การเสริมพัฒนาการด้านสังคม จำนวน 11 ข้อ
2. การเสริมพัฒนาการด้านภาษา จำนวน 7 ข้อ
3. การดูแลเด็กเมื่อได้รับประทานอาหารค่อนข้างจำกัดมากๆ จำนวน 5 หัวข้อ
4. การดูแลเมื่อเด็กไม่นิ่ง จำนวน 10 ข้อ
5. การดูแลเมื่อเด็กมีการเคลื่อนไหวช้าๆ จำนวน 6 ข้อ
6. การดูแลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 11 ข้อ
7. การดูแลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมต่อต้านการเปลี่ยนแปลง จำนวน 5 ข้อ
8. การดูแลเมื่อเด็กมีปัญหาการนอน จำนวน 5 ข้อ
9. การฝึกเด็กขับถ่าย จำนวน 5 ข้อ
10. การดูแลเมื่อเด็กมีอาการวิตกกังวลหรือหวาดกลัว ไม่มีความสุขหรือร้องไห้ มีความรู้สึกไวต่อเสียงและแสงสว่าง จำนวน 6 ข้อ
11. การดูแลเมื่อเด็กไม่กลัวสิ่งที่เป็นอันตราย เด็กทนร้อน ทนหนาว ทนต่อความเจ็บปวด จำนวน 4 ข้อ
12. การดูแลเมื่อเด็กชัก จำนวน 8 ข้อ
13. การดูแลเมื่อเด็กท้องผูก จำนวน 7 ข้อ
14. การดูแลเมื่อเด็กท้องเสีย จำนวน 4 ข้อ

การแปลผลคะแนน

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 188 การคิดคะแนนทำได้โดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามที่ครอบครัวประเมินหารด้วยจำนวนหัวข้อรายการประเมินที่ครอบครัวประเมินแล้วมาหาค่าเฉลี่ยร้อยละ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยของความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 จึงจะแสดงว่าครอบครัวมีความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกที่บ้านดี

เกณฑ์กำกับการทดลอง

ผลการประเมินแบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของครอบครัว ต้องมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 70 ขึ้นไป ในกรณีที่ครอบครัวแบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของครอบครัวได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 70 ผู้วิจัยจะนำครอบครัวมาทบทวนความรู้ ให้คำแนะนำ สาธิตให้ครอบครัวดู และให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติจนกว่าครอบครัวจะได้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการทดลอง

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจนเนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็น เป็นระดับ 1-4 คะแนนเห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88 จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

- ปรับข้อความในข้อคำถามดังนี้

การเสริมพัฒนาการด้านสังคม

- ข้อ 1 ปรับจาก การสร้างสัมพันธ์ภาพ เป็น มีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเด็ก
- ข้อ 2 เพิ่ม เช่น นำของเล่นตามความสนใจของเด็กและเหมาะสมกับพัฒนาการเด็กมาเล่นกับเด็ก
- ข้อ 4 ตัดเพิ่มคำศัพท์ออก
- ข้อ 6 ปรับจาก การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางกาย ทางตา การได้ยิน การรับรู้ การดมกลิ่น เป็น ข้อ 6 กระตุ้นประสาทสัมผัสทางกาย, ข้อ 7 กระตุ้นประสาทสัมผัสทางตา, ข้อ 8 กระตุ้นประสาทสัมผัสทางการได้ยิน, ข้อ 9 กระตุ้นประสาทสัมผัสทางการรับรู้, ข้อ 10 กระตุ้นประสาทสัมผัสทางการดมกลิ่น

การเสริมพัฒนาการด้านภาษา

- เพิ่ม ข้อ 2 ใช้ดนตรี ร้องเพลงตามและเต้นประกอบท่าทางในการสอนการพูด
- เพิ่ม ข้อ 4 เมื่อเด็กต้องการสิ่งใด ฝึกสอนให้เด็กพูดตามความสามารถของเด็ก
- ตัด ข้อ 4 สอนให้เด็กเข้าใจจิตใจ อารมณ์ ไว้ในหัวข้อการเสริมพัฒนาการด้านสังคม

การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม

การดูแลเด็กเมื่อเด็กมีพฤติกรรมด้านสุขภาพ : การรับประทานอาหารเช้าอย่างจำกัดมากๆ

- ข้อ 1 ปรับจาก ส่งเสริมให้เด็กกินอาหารหลากหลายมากขึ้น เป็น ส่งเสริมให้เด็กกินอาหารหลากหลายมาก
- ข้อ 2 ปรับจาก เมื่อเด็กไม่ยอมรับประทานอาหารเช้าในมื้อนั้น เด็กไม่ควรได้รับประทานอาหารที่เด็กทานได้ เป็น ควรให้เด็กได้ทดลองอาหารที่ไม่ชอบก่อนที่จะให้อาหารที่เด็กชอบ
- เพิ่ม ข้อ 3 ส่งเสริมให้เด็กได้รับประทานอาหารที่เด็กไม่ชอบพร้อมกับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว

- เพิ่มข้อ 4 เล่านิทานเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่หลากหลายให้เด็กฟัง
- เพิ่มข้อ 5 ชมเชยเมื่อเด็กสามารถชิม ยอมเคี้ยว ยอมกลืน หรือสามารถกินอาหารที่หลากหลายขึ้น

การดูแลเมื่อเด็กไม่นิ่ง

- ข้อ 1 ปรับจาก จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เป็น จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม
- เพิ่ม ข้อ 10 ชมเชย ยิ้ม ประบมือ ให้รางวัลเมื่อเด็กนิ่งขึ้น วอกแวกน้อยลง หรือทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายเสร็จ

การดูแลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว

- เพิ่มข้อ 1 หาสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวว่าเกิดจากสาเหตุใด
- เพิ่มข้อ 5 ใช้เทคนิคการนำออกไปจากสถานการณ์เมื่อเด็กทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ ถ้ามีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง ครอบครัวย้ายเข้าไปจับมือเด็กเพื่อหยุดพฤติกรรมทันที
- เพิ่มข้อ 7 เมื่อเด็กสงบ บอกเด็กถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมที่เด็กควรทำ
- เพิ่มข้อ 9 ให้รางวัลเมื่อเด็กหยุดพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ชมเชย ยิ้ม กอด ให้ขนม
- เพิ่มข้อ 10 จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม

การดูแลเมื่อเด็กมีปัญหาการนอน

- เพิ่มข้อ 5 สร้างบรรยากาศในการนอน

การฝึกเด็กขับถ่าย

- เพิ่มข้อ 3 เล่านิทานเกี่ยวกับเด็กขับถ่ายให้เด็กฟัง
- เพิ่มข้อ 4 ฝึกให้เด็กรู้จักการสื่อสาร บอกด้วยท่าทาง/ วาจา เมื่อต้องการจะขับถ่าย
- เพิ่มข้อ 5 ชมเชย ยิ้ม ประบมือหรือให้รางวัลเมื่อเด็กสามารถขับถ่ายในห้องน้ำได้

การดูแลเมื่อเด็กมีอาการวิตกกังวลหรือหวาดกลัว ไม่มีความสุขหรือร้องไห้ มีความรู้สึกไว

ต่อเสียง และแสงสว่าง

-ข้อ 3 ปรับจาก ขณะเด็กกำลังกลัวไม่ควรพาเด็กหนีออกจากความกลัวนั้น เป็น ไม่ควรให้เด็กเผชิญสิ่งที่กลัวโดยไม่พร้อม

- ข้อ 4 ตัด มีความมั่นใจว่าจะสามารถแก้ปัญหาต่างๆได้ออก

การดูแลเมื่อเด็กไม่กลัวสิ่งที่เป็นอันตราย

- เพิ่ม ข้อ 3 สอนให้เด็กรู้จักระมัดระวังอันตราย

การดูแลเมื่อเด็กทนร้อน ทนหนาว ทนต่อความเจ็บปวด

- เพิ่มข้อ 3 สอนให้เด็กรู้จักระมัดระวังอันตรายผ่านการเล่น การดูรูปภาพ การเล่านิทานและจากประสบการณ์จริง

- เพิ่มข้อ 4 กระตุ้นประสาทสัมผัสเด็ก

การดูแลเมื่อเด็กชัก

- เพิ่มข้อ 1 หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เด็กชัก
- เพิ่มข้อ 2 ถ้าเด็กมีอาการนำก่อนชัก สังเกตอาการนำก่อนชัก
- เพิ่มข้อ 6 สังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติหลังจากการ

การดูแลเมื่อเด็กท้องผูก

- เพิ่ม ข้อ 7 เล่านิทานเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อท้องผูกให้เด็กฟัง

การดูแลเมื่อเด็กท้องเสีย

- เพิ่มข้อ 4 สอนเด็กล้างมือบ่อยๆ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้วิจัยทำการทดลองใช้เครื่องมือดังกล่าว โดยนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์การยอมรับ $\alpha > .70$ (Nunnally, 1975)

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงมีการเตรียมความพร้อมในการวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

1.1 การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการของเด็กออทิสติก การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติก การสอนแนะ รวมถึงการขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง อีกทั้งยังเพื่อเป็นผู้มีความรู้ในการสร้างเสริมพฤติกรรม การเลี้ยงดูของครอบครัวเด็กออทิสติกตามแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) ตั้งแต่วันที่ พฤษภาคม 2562 – ธันวาคม 2563 เป็นระยะเวลา 1 ปี 7 เดือน

1.2 การเตรียมเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด ดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เพื่อช่วยในสังเกต จดบันทึกและเป็นผู้ช่วยในการดำเนินการสอนตามที่จัดเตรียม ผู้ช่วยวิจัยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์เป็นพยาบาลจิตเวชเด็ก โดยผู้วิจัยชี้แจง การศึกษากิจกรรมต่างๆของการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูเด็กสำหรับครอบครัวและวิธีการตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยศึกษาซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน

1.4 เตรียมสถานที่สำหรับทำการทดลอง ขอความร่วมมือถึงผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล เพื่อขอทำการทดลองในโรงพยาบาลตามโปรแกรมการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูเด็กสำหรับครอบครัวที่หอผู้ป่วยออทิสติก 2 สถาบันราชานุกูล โดยผู้วิจัยแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียด ขั้นตอน และระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยขออนุญาต หัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยออทิสติก 1 หอผู้ป่วยออทิสติก 2 และศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูล (คลองกุ่ม) ก่อนก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 การเตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง ดังนี้

วันที่ 27 มกราคม 2564 ผู้วิจัยทำการศึกษาประวัติเด็กออทิสติกและครอบครัวจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มาใช้บริการ ณ หอผู้ป่วยออทิสติก 1 หอผู้ป่วยออทิสติก 2 และศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูล (คลองกุ่ม) สถาบันราชานุกูล

วันที่ 28 มกราคม 2564 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ โดยวิธีการจับคู่ (Matched-pair) ระหว่างเพศและอายุเดียวกันของเด็กออทิสติก โดยกำหนดอายุเด็กให้แตกต่างกันไม่เกิน 2 ปี และระดับการศึกษาเดียวกันของครอบครัวออทิสติกทีละ 1 คู่ รวมเป็น 20 คู่ ในกรณีที่จับคู่ไม่ได้ต้องเลือกคู่จับใหม่ โดยให้มีลักษณะด้านประชากรตรงกันมากที่สุด แล้วสุ่มโดยใช้วิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่ จนครบ 2 กลุ่มๆละ 20 คน

วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2564 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ ลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้และเตรียมครอบครัวในการใช้แบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม เพื่อให้ครอบครัวเรียนรู้การใช้แบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม ผู้วิจัยสอนและสาธิตการประเมินอาการออทิสติกในแต่ละข้อโดยละเอียด ให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติและประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกในความดูแลตามแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการนัดหมายเพื่อเข้าร่วมการวิจัย ครั้งที่ 1 โดยผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองในวันจันทร์ที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เวลา 09.00 น. – 10.30 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 10.30 น. – 12.00 น. กลุ่มที่ 3 เวลา 13.00 น. – 14.30 น. และ กลุ่มที่ 4 เวลา 14.30 น. – 16.00 น. ที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยออทิสติก 2 สถาบันราชานุกูล ส่วนในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนัดหมายครอบครัวที่เข้าร่วม

โครงการ ครั้งที่ 1 ในวันจันทร์ที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 08.00 น. – 09.00 น. ที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยออทิสติก 2 สถาบันราชานุกูล

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ในขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูเด็กสำหรับครอบครัว ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 08.00 น. – 09.00 น. ผู้วิจัยนัดครอบครัวเด็กออทิสติกที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วย เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ ลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ครอบครัวทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัว ประกอบด้วย ข้อมูลเด็ก ได้แก่ เพศ เกิดวันที่ เป็นบุตรคนที่ อายุ การวินิจฉัยครั้งแรกเมื่ออายุ สังเกตความผิดปกติครั้งแรกเมื่ออายุ ระบุอาการที่สังเกตพบความผิดปกติครั้งแรก การรักษาในปัจจุบัน และข้อมูลของครอบครัวเด็กออทิสติก ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเด็กออทิสติก เพศ อายุ ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และจำนวนสมาชิกในบ้านทั้งหมด หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายวิธีการแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึมและให้ครอบครัวประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึมของเด็กออทิสติกในความดูแล

2. ครอบครัวจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยออทิสติก 1 หอผู้ป่วยออทิสติก 2 และศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูล (คลองกุ่ม) ตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 รายละเอียดกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1-5 กุมภาพันธ์ 2564 ทำกิจกรรมรายเดียว 3 วัน/สัปดาห์ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที/ ครอบครัว	- พยาบาลประเมินความรู้เรื่องโรคออทิสซึม สเปคตรัม - วางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา ของเด็กเกี่ยวกับการเสริมพัฒนาการตามคู่มือ ประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี และพฤติกรรมไม่พึงประสงค์
สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 8-12 กุมภาพันธ์ 2564	พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสซึม สเปคตรัม และฝึกทักษะครอบครัวเป็น

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
ทำกิจกรรมรายเดี่ยว 3 วัน/สัปดาห์ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที/ ครอบครัว	รายบุคคลเน้นทักษะในการเสริมพัฒนาการเด็ก ออทิสติก โดยพยาบาลเสริมพัฒนาการเด็กตาม คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี และให้ครอบครัวเป็นผู้สังเกต
สัปดาห์ที่ 3-5 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ – 5 มีนาคม 2564 ทำกิจกรรมรายเดี่ยว 3 วัน/สัปดาห์ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที/ ครอบครัว	ให้ครอบครัวปฏิบัติกับเด็กตามคู่มือประเมินและ แก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี โดยมี พยาบาลเป็นผู้สังเกต ให้ข้อมูลชี้แนะเพิ่มเติม เมื่อครอบครัวปฏิบัติไม่ได้และให้ครอบครัว ปฏิบัติซ้ำ
สัปดาห์ที่ 6 วันที่ 8-12 มีนาคม 2564 ทำกิจกรรมรายเดี่ยว 3 วัน/สัปดาห์ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที/ ครอบครัว	ประเมินผลการสอนโดยพยาบาลสังเกตทักษะ การเสริมพัฒนาการขณะปฏิบัติกับเด็กในหอ ผู้ป่วย

2.2 กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 08.00 น. – 09.00 น. ผู้วิจัยนัดครอบครัวเด็กออทิสติก
ที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วย เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้า
ร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ ลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ครอบครัวทำ
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัว ประกอบด้วย ข้อมูลเด็ก ได้แก่ เพศ
เกิดวันที่ เป็นบุตรคนที่ อายุ การวินิจฉัยครั้งแรกเมื่ออายุ สังเกตความผิดปกติครั้งแรกเมื่ออายุ ระบุอาการ
ที่สังเกตพบความผิดปกติครั้งแรก การรักษาในปัจจุบันและข้อมูลของครอบครัวเด็กออทิสติก ได้แก่
ความสัมพันธ์กับเด็กออทิสติก เพศ อายุ ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
สถานภาพสมรส และจำนวนสมาชิกในบ้านทั้งหมด หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายวิธีการประเมินอาการ
ออทิสติกของโรคอทิสซึม และให้ครอบครัวประเมินอาการออทิสติกของโรคอทิสซึมของเด็ก
ออทิสติกในความดูแล

2. กลุ่มทดลองได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว 7 กิจกรรม รวม 6 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 - 12 มีนาคม 2564 ดำเนินกิจกรรมเป็นแบบกลุ่มครึ่งละ 2-5 คน สลับกับรายเดี่ยวในบางครั้งเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ในการนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงคุณภาพและความเที่ยงตรงของกระบวนการบำบัดกับกลุ่มทดลอง โดยได้มีการปฏิบัติในแนวทางเดียวกันทุกขั้นตอนและในกลุ่มทดลองยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติในรูปแบบต่างๆของโปรแกรมที่โรงพยาบาลจัดขึ้นทุกประการ

ตารางที่ 3 รายละเอียดการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1-5 กุมภาพันธ์ 2564 (กิจกรรมที่ 1 ทำ 1 ครั้ง กิจกรรมที่ 2-5 แต่ละ กิจกรรมทำ 2 ครั้ง โดยทำ 2 วันต่อกัน) กลุ่มที่ 1 เวลา 09.00 น. – 10.30 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 10.30 น.–12.00 น. กลุ่มที่ 3 เวลา 13.00 น 14.30 น. และ กลุ่มที่ 4 เวลา 14.30 น.–16.00 น.	กิจกรรมที่ 1 การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัวและเด็กออทิสติก - สร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว แนะนำการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว - ให้ครอบครัวทำแบบประเมินความรู้เรื่องเด็กออทิสติกไว้ก่อนเรียนและประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก เพื่อประเมินความรู้และความสามารถของครอบครัวในการเสริมพัฒนาการด้านสังคมและด้านภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/ การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว - ให้ครอบครัวดูคลิปหนังเรื่อง “Running Boy” และกระตุ้นให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคออทิสซึมสเปกตรัม - ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม - กระตุ้นให้ครอบครัววิเคราะห์อาการออทิสติก และผลกระทบของอาการออทิสติกในบุคลหลานของตนเอง กิจกรรมที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านสังคม ครั้งที่ 1 - ให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ว่าความสามารถในส่วนใดที่ครอบครัวยังไม่ได้ปฏิบัติ หรือ

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
	<p>ปฏิบัติไม่ได้ ผู้วิจัยกระตุ้นให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงดูที่เคยปฏิบัติและได้ผลกับเด็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้ คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเสริมพัฒนาการด้านสังคม - ให้ครอบครัวดูวิดีโอคลิปการสาธิตกิจกรรมการเสริมพัฒนาการด้านสังคม - ให้ครอบครัววางแผนในการทำกิจกรรมการเสริมพัฒนาการด้านสังคมในการทำกิจกรรมครั้งถัดไป <p>กิจกรรมที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านสังคม ครั้งที่ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติเสริมพัฒนาการด้านสังคมกับบุตรหลานของตนเอง ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกและลบ สาธิตบางกิจกรรมที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ถูกต้องและให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำ - กระตุ้นให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเองหลังจากทำกิจกรรมเสร็จ - ผู้วิจัยและครอบครัวร่วมกันให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปรับแนวทางในการเสริมพัฒนาการด้านสังคมกับบุตรหลานของตนเองของแต่ละครอบครัว <p>กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านภาษา ครั้งที่ 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านภาษาว่าความสามารถในส่วนใดที่ครอบครัวยังไม่ได้ปฏิบัติ หรือปฏิบัติไม่ได้ ผู้วิจัยกระตุ้นให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงดูที่เคยปฏิบัติและได้ผลกับเด็ก - ให้ความรู้ คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเสริมพัฒนาการด้านภาษา - ให้ครอบครัวดูวิดีโอคลิปการสาธิตกิจกรรมการเสริมพัฒนาการด้านภาษา

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
	<p>- ให้ครอบครัววางแผนในการทำกิจกรรมการเสริมพัฒนาการด้านภาษาในการทำกิจกรรมครั้งถัดไป</p> <p>กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านภาษา ครั้งที่ 2</p> <p>- ให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติเสริมพัฒนาการด้านภาษากับบุตรหลานของตนเอง ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกและลบ สาคิตบางกิจกรรมที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ถูกต้องและให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำ</p> <p>- กระตุ้นให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเองหลังจากทำกิจกรรมเสร็จ</p> <p>- ผู้วิจัยและครอบครัวร่วมกันให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปรับแนวทางในการเสริมพัฒนาการด้านภาษากับบุตรหลานของตนเองของแต่ละครอบครัว</p>

รายละเอียดกิจกรรมการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นของครอบครัว

รายละเอียดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 1-5 กุมภาพันธ์ 2564) ทำกิจกรรมที่ 1 – กิจกรรมที่ 3 (กิจกรรมที่ 1 ทำ 1 ครั้ง กิจกรรมที่ 2-5 แต่ละกิจกรรมทำ 2 ครั้ง โดยทำ 2 วันต่อกัน)

กลุ่มที่ 1 เวลา 09.00 น. – 10.30 น.

กลุ่มที่ 2 เวลา 10.30 น. – 12.00 น.

กลุ่มที่ 3 เวลา 13.00 น. – 14.30 น.

และ กลุ่มที่ 4 เวลา 14.30 น. – 16.00 น.

กิจกรรมที่ 1 การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัวและเด็กออทิสติก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับครอบครัว
2. เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม สาเหตุของการเกิดโรค พัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน อาการออทิสติก ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการของเด็กออทิสติก ผลกระทบของอาการออทิสติก

3. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถวิเคราะห์อาการออสติกพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวไม่เหมาะสมที่ส่งผลให้เด็กออสติกมีอาการเพิ่มขึ้น และผลกระทบของอาการออสติกในบุตรหลานของตนเอง

กิจกรรม

1. การสร้างสัมพันธภาพ เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง แนะนำโปรแกรมการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว บอกวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเกิดความคุ้นเคยระหว่างพยาบาลจิตเวชกับครอบครัว

2. ให้ครอบครัวทำแบบประเมินความรู้เรื่องเด็กออสติกวัยก่อนเรียนและแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการเลี้ยงดูเด็กออสติก เพื่อประเมินความรู้และความสามารถของครอบครัวในการเสริมพัฒนาการด้านสังคมและด้านภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/ การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออสติกซึมสเปกตรัม สาเหตุ พัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน อาการออสติก ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการของเด็กออสติก ผลกระทบของอาการออสติก โดยให้ครอบครัวดูคลิปหนังเรื่อง “Running Boy” และกระตุ้นให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคออสติกซึมสเปกตรัม เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเด็กออสติก

4. กระตุ้นให้ครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงดูในบุตรหลานของตนเอง โดยส่งเสริมให้ครอบครัววิเคราะห์อาการออสติกของบุตรหลานของตนเอง พฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวไม่เหมาะสมที่ส่งผลให้เด็กออสติกมีอาการเพิ่มขึ้น และผลกระทบของอาการออสติกในบุตรหลานของตนเองเป็นการจัดการกับปัจจัยครอบครัวที่เกิดจากครอบครัวขาดความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว

สรุปกิจกรรมที่ 1

ครอบครัวของเด็กออสติกแต่ละครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ยิ้มแย้มทักทายกันในกลุ่ม ให้ความร่วมมือและสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมดี หลังจากครอบครัวดูคลิปหนังเรื่อง “Running Boy” เสร็จ บางครอบครัวร้องไห้ โดยกล่าวว่า “สงสารลูกและสงสารเด็กในภาพยนตร์ แต่หนังก็ทำให้คุณแม่เข้าใจลูกและเข้าใจครอบครัวเด็กออสติกเพิ่มขึ้น” ครอบครัวร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคออสติกซึมสเปกตรัมดี บางครอบครัวโทษตัวเองว่าสาเหตุที่บุตรหลานมีอาการออสติกเนื่องจากตัวเองปล่อยให้เด็กดูโทรศัพท์ ดูแท็บเล็ตมากเกินไป ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคและปัจจัยที่ทำให้เด็กมีอาการออสติกเพิ่มขึ้น ทำให้ครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการออสติกเพิ่มขึ้น ทุกครอบครัวสามารถวิเคราะห์อาการออสติกของบุตร

หลานของตนเองทั้ง 4 ด้านได้ สามารถบอกผลกระทบเมื่อเด็กมีอาการออทิสติก ดังตัวอย่างคำพูดของ ครอบครัวว่า “คุณแม่ว่า ถ้าไม่สามารถจัดการอาการของลูกได้ กลัวว่าลูกจะมีอาการออทิสติก มากขึ้น มีอารมณ์รุนแรงและก้าวร้าว แล้วก็กลัวว่าลูกจะไม่มีเพื่อนเล่นด้วย กลัวโดนเพื่อนแกล้ง ส่วน ผลกระทบที่เกิดกับคุณแม่และครอบครัวก็คือ คุณแม่ต้องลาออกจากงานมาเลี้ยงลูก คุณพ่อต้อง ทำงานคนเดียว ค่าใช้จ่ายในบ้านเพิ่มขึ้น รายรับลดลง” ขณะทำกลุ่มแต่ละครอบครัวต่างยอมรับกัน ไม่ตำหนิกัน รับฟังกันและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน แต่ละครอบครัวต่างมีกำลังใจในการเลี้ยงดูบุตร หลานของตนเองบอกจะสู้เพื่อเด็กและจะสู้ไปพร้อมๆกัน

กิจกรรมที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านสังคม ครั้งที่ 1

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้และต้นแบบที่ถูกต้องในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม
2. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถวิเคราะห์ทักษะในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และสามารถวางแผนในการเสริมพัฒนาการด้านสังคมได้ด้วยตนเอง

กิจกรรม

1. ให้ความรู้และสาธิตเรื่องการเสริมพัฒนาการด้านสังคมด้วยวิดีโอคลิป เพื่อส่งเสริมให้ ครอบครัวมีความรู้ มีแนวปฏิบัติและต้นแบบที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน
2. การส่งเสริมให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และการกระตุ้นให้ครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงดูเกี่ยวกับการ เสริมพัฒนาการด้านสังคมที่เคยปฏิบัติและได้ผลกับเด็กออทิสติก เป็นการสนับสนุนครอบครัวในการ ค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ครอบครัวได้วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงว่าครอบครัว ขาดความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กในส่วนใด นำไปสู่การวางแผนการเลี้ยงดูเด็กที่เฉพาะเจาะจงในแต่ ละครอบครัว
3. ส่งเสริมให้ครอบครัววางแผนการการเสริมพัฒนาการด้านสังคมด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้ ครอบครัวซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจน ผู้วิจัยให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูล เกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติม ซึ่งเป็นการวางแผนการเลี้ยงดูเด็กที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละครอบครัว เพื่อให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุปกิจกรรมที่ 2 ครั้งที่ 1

ครอบครัวได้วิเคราะห์การเลี้ยงดูที่ส่งผลให้เด็กมีอาการด้านสังคมเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของ ครอบครัวเด็กออทิสติกว่า “ก่อนหน้านี้ลูกจะเล่นคนเดียว แล้วก็จะให้ลูกเล่นโทรศัพท์ เพราะคิดว่าลูก อยู่หนึ่ง แล้วคุณแม่ก็ต้องทำงานไปด้วย ทำให้ลูกไม่สนใจใคร ไม่มีเพื่อนเล่น อยู่แต่กับตัวเอง ชอบอยู่ ตามลำพัง เรียกก็ไม่ตอบสนอง หลังจากมาร่วมทำกิจกรรมในวันนี้ ทำให้คุณแม่ทราบแนวทางการ เสริมพัฒนาการด้านสังคมมากขึ้น โดยจะเริ่มจากจัดตารางการทำกิจกรรมต่างๆให้กับลูกในแต่ละวัน

เอาของเล่นที่ลูกชอบสนใจไปเล่นกับลูก ลองเล่นจ๊ะเอ๋และเล่นวิ่งไล่จับเพื่อให้ลูกอยู่กับตนเองน้อยลง อีกหนึ่งครอบครัวกล่าวว่า “ตั้งแต่โรคโควิด 19 ระบาดหนักขึ้น ก็ไม่ได้พาออกไปเที่ยว อยู่แต่ในบ้าน ไม่มีเพื่อนเล่น พ่อกับแม่ก็ไม่รู้ว่าจะต้องเล่นกับลูกอย่างไร ทำให้ลูกอยู่แต่กับตนเองไม่ค่อยสนใจใคร การมาร่วมกิจกรรมในวันนี้ทำให้ได้ไอเดียในการทำกิจกรรมกับลูก เดี่ยวจะลองกลับไปจัดตารางการทำกิจกรรมให้ลูกและพาลูกทำกิจกรรมต่างๆดูคะ” หลังจากแต่ละครอบครัววิเคราะห์กิจกรรมเสร็จ ครอบครัวได้วางแผนการทำกิจกรรมกับเด็ก เช่น จัดตารางการทำกิจกรรมให้เด็กในแต่ละวัน ฝึกระเบียบวินัยและกระตุ้นให้เด็กช่วยเหลือตนเอง เป็นเพื่อนเล่นกับเด็ก และพาเด็กทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การเล่นเกม การทำกิจกรรมศิลปะ การทำขนม เป็นต้น

กิจกรรมที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านสังคม ครั้งที่ 2

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติการเสริมพัฒนาการด้านสังคมกับบุตรหลานของตนเอง ตามแนวทางที่ครอบครัวได้วางแผนไว้

กิจกรรม

1. เปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการเสริมพัฒนาการด้านสังคมในเด็กก่อนทิสิติกวัยก่อนเรียน ผู้วิจัยให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติม
2. ส่งเสริมให้ครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติการเสริมพัฒนาการด้านสังคมกับบุตรหลานของตนเอง ตามแนวทางที่ครอบครัวได้วางแผนไว้ ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกและลบ
3. กระตุ้นให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติการของตนเอง ความร่วมมือและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กขณะทำกิจกรรม ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือทบทวนสถิติในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำ และให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำ ซึ่งในขั้นตอนนี้จะทำให้ครอบครัวมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้องและปฏิบัติได้จริง

สรุปกิจกรรมที่ 2 ครั้งที่ 2

ครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติทำกิจกรรมการเสริมพัฒนาการด้านสังคม เช่น เล่นเกมพร้อมทำกิจกรรมประกอบ กิจกรรมศิลปะ เช่น ศิลปะจากมือของหนู เล่นเกมสโยบอล เดินประกอบเพลง ขยำป๊อปปี้ใส่ขวด ทำขนม เช่น เยลลี่ ถั่วแปบ ทับทิมกรอบ เป็นต้น ส่วนใหญ่ครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมกับได้ เด็กส่วนมากให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมดี แต่มีบางครอบครัวที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เนื่องจากเด็กไม่ให้ความร่วมมือทำกิจกรรม เช่น กิจกรรมศิลปะจากมือของเด็ก การทำขนม โดยครอบครัวได้วิเคราะห์สาเหตุที่เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและวางแผนปรับเปลี่ยนการทำกิจกรรมครั้งต่อไป ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวเด็กก่อนทิสิติกว่า “ลูก

เป็นคนชอบต่อต้านการทำกิจกรรมใหม่ๆ เสมอค่ะ อีกอย่างคุณแม่ก็ไม่เคยพาลูกเล่นสไล่น้ำหรือระบายสีโดยใช้นิ้วมือ และลูกก็ไม่ชอบจับสิ่งทำให้มือเปื้อนหรืออะไรที่แย่งๆ มือ เนื่องจากลูกมีปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาทสัมผัส แต่เดี๋ยวคุณแม่จะพาทำกิจกรรมดังกล่าวบ่อยๆ โดยเริ่มจากการทำกิจกรรมกระตุ้นประสาทสัมผัส ให้ลูกลองจับผิวสัมผัสต่างๆ ที่หลากหลาย นวดหลังอาบน้ำทุกวัน แล้วก็พาทำกิจกรรมง่ายๆ เช่น ใช้ช้อนกวนขนมแทนการใช้มือกวน หรือใช้พู่กันในการทำกิจกรรมศิลปะแทนการใช้มือ เป็นต้น”

กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านภาษา ครั้งที่ 1

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้และต้นแบบที่ถูกต้องในการเสริมพัฒนาการด้านภาษา
2. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถวิเคราะห์ทักษะในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง และสามารถวางแผนในการเสริมพัฒนาการด้านภาษาได้ด้วยตนเอง

กิจกรรม

1. ให้ความรู้และสาธิตเรื่องการเสริมพัฒนาการด้านภาษาด้วยวิดีโอคลิป เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ มีแนวปฏิบัติและต้นแบบที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยก่อนเรียน
2. ส่งเสริมให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง และกระตุ้นให้ครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงดูเกี่ยวกับการเสริมพัฒนาการด้านภาษาที่เคยปฏิบัติและได้ผลกับเด็กก่อนวัยก่อนเรียน เป็นการสนับสนุนครอบครัวในการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ครอบครัวได้วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงว่าครอบครัวขาดความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กในส่วนใด นำไปสู่การวางแผนการเลี้ยงดูเด็กที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละครอบครัว
3. การส่งเสริมให้ครอบครัววางแผนการเสริมพัฒนาการด้านภาษาด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจน ผู้วิจัยให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติม ซึ่งเป็นการวางแผนการเลี้ยงดูเด็กที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละครอบครัว เพื่อให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุปกิจกรรมที่ 3 ครั้งที่ 1

ครอบครัวได้วิเคราะห์การเลี้ยงดูที่ส่งผลให้เด็กมีอาการด้านภาษาเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวเด็กก่อนวัยก่อนเรียนว่า “บางทีคุณแม่ก็จะรู้ใจลูกมาก ว่าลูกต้องการอะไร เสริมให้ทุกอย่างโดยที่ไม่ได้กระตุ้นให้ลูกพูด หลังจากมาร่วมทำกิจกรรมในวันนี้ ทำให้คุณแม่ทราบแนวทางการเสริมพัฒนาการด้านภาษามากขึ้น โดยเริ่มจากเอาของเล่นที่ลูกสนใจไปเล่นกับลูก หรือเอาขนมหรืออาหารที่ลูกชอบมาล่อเพื่อเป็นสิ่งที่ดึงดูดใจกระตุ้นให้ลูกพูดและเมื่อลูกอยากได้อาหารนั้นก็ค่อยๆ ยื้อให้ลูกพูด และจะเปิดเพลงเด็กและร้องเพลงร่วมกับเต้นเลียนแบบท่าทางและให้ลูกเต้นตาม เพื่อให้ลูกเข้าใจคำต่างๆ

ใหม่ เดี่ยวคุณแม่จะกลับไปนวดกล้ามเนื้อรอบปากและฝึกให้ลูกเคลื่อนไหวอวัยวะในช่องปากทุกวัน และจะสอนลูกพูดเป็นคำ เริ่มจากของที่ลูกอยากได้ก่อน โดยคุณแม่จะนั่งตรงข้ามลูก ให้ลูกมองคุณแม่ก่อน คุณแม่จะพูดซ้ำๆ ซัดๆ แล้วค่อยๆ ยื้อให้ลูกส่งเสียงตามก่อนคะ”

รายละเอียดการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัวในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 8-12 กุมภาพันธ์ 2564 (กิจกรรมที่ 2-5 แต่ละกิจกรรมทำ 2 ครั้ง โดยทำ 2 วันต่อกัน) กลุ่มที่ 1 เวลา 09.00 น.–10.30 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 10.30 น – 12.00 น. กลุ่มที่ 3 เวลา 13.00 น.–14.30 น. และ กลุ่มที่ 4 เวลา 14.30 น –16.00 น.	<p>กิจกรรมที่ 4 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ ครั้งที่ 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ ว่าความสามารถในส่วนใดที่ครอบครัวยังไม่ได้ปฏิบัติ หรือปฏิบัติไม่ได้ ผู้วิจัยกระตุ้นให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเล่นดูที่เคยปฏิบัติและได้ผลกับเด็ก - ให้ความรู้ คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ - ให้ครอบครัวดูวิดีโอคลิปการสาธิตกิจกรรมการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ - ให้ครอบครัววางแผนในการทำกิจกรรมการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ <p>กิจกรรมที่ 4 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ ครั้งที่ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้กับบุตรหลานของตนเอง ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกและลบ สาธิตบางกิจกรรมที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำ - กระตุ้นให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเองหลังจากทำกิจกรรมเสร็จ - ผู้วิจัยและครอบครัวร่วมกันให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปรับแนวทางในการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้กับบุตรหลานของตนเองของแต่ละครอบครัว <p>กิจกรรมที่ 5 การวางแผนการปฏิบัติการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้าน</p>

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
	<p>สุขภาพและพฤติกรรม ครั้งที่ 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมว่าความสามารถในส่วนใดที่ครอบครัวยังไม่ได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ได้ ผู้วิจัยกระตุ้นให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงดูที่เคยปฏิบัติและได้ผลกับเด็ก - ให้ความรู้ คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม - ให้ครอบครัวดูวิดีโอคลิปการสาธิตกิจกรรมการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม - ให้ครอบครัววางแผนในการทำกิจกรรมการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการทำกิจกรรมครั้งถัดไป <p>กิจกรรมที่ 5 การวางแผนการปฏิบัติดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ครั้งที่ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติในการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมกับบุตรหลานของตนเอง ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของสมาชิก ให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกและลบ สาธิตบางกิจกรรมที่สมาชิกยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำ - กระตุ้นให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเองหลังจากทำกิจกรรมเสร็จ - ผู้วิจัยและครอบครัวร่วมกันให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปรับแนวทางในการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมกับบุตรหลานของตนเองของแต่ละครอบครัว - ให้ครอบครัววางแผนและปฏิบัติกิจกรรมในการเสริมพัฒนาการด้านสังคมและภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ต่อเนื่องที่บ้านทุกวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเองในการทำกิจกรรมกับบุตรหลาน

รายละเอียดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 (วันที่ 8-11 กุมภาพันธ์ 2564) ทำกิจกรรมที่ 4 และ กิจกรรมที่ 5 (กิจกรรมที่ 2-5 แต่ละกิจกรรมทำ 2 ครั้ง โดยทำ 2 วันต่อกัน)

กลุ่มที่ 1 เวลา 09.00 น. – 10.30 น.

กลุ่มที่ 2 เวลา 10.30 น. – 12.00 น.

กลุ่มที่ 3 เวลา 13.00 น. – 14.30 น.

และ กลุ่มที่ 4 เวลา 14.30 น. – 16.00 น.

กิจกรรมที่ 4 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ ครั้งที่ 1

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้และต้นแบบที่ถูกต้องในการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้
2. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถวิเคราะห์ทักษะในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง และสามารถวางแผนในการดูแลเมื่อมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ได้ด้วยตนเอง

กิจกรรม

1. การให้ความรู้เรื่องสาเหตุ อาการ แนวทางการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ด้วยวิดีโอคลิปเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ มีแนวปฏิบัติและต้นแบบที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน
2. การส่งเสริมให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง และการกระตุ้นให้ครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงดูเกี่ยวกับการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ที่เคยปฏิบัติและได้ผลกับเด็กออทิสติก เป็นการสนับสนุนครอบครัวในการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ครอบครัวได้วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงว่าครอบครัวขาดความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กในส่วนใด นำไปสู่การวางแผนการเลี้ยงดูเด็กที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละครอบครัว
3. การส่งเสริมให้ครอบครัววางแผนดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจน ผู้วิจัยให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติม ซึ่งเป็นการวางแผนการเลี้ยงดูเด็กที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละครอบครัวเพื่อให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุปกิจกรรมที่ 4 ครั้งที่ 1

ครอบครัวได้วิเคราะห์การเลี้ยงดูที่ส่งผลให้เด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้เพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวเด็กออทิสติกว่า “ก่อนหน้านี้คุณแม่ไม่ค่อยได้มีเวลาลูก ยุ่งอยู่

แต่กับการทำงาน ทำให้ลูกเล่นคนเดียว เล่นของเล่นไม่เหมาะสม เช่น หมุนล้อรถ และชอบเอารถมาเรียงกัน หมกมุ่นกับตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว เวลาใครเรียกชื่อก็ไม่ค่อยตอบสนอง หลังจากมาร่วมทำกิจกรรมในวันนี้ ทำให้คุณแม่ทราบแนวทางการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ โดยคุณแม่จะจัดตารางการทำกิจกรรมต่างๆให้กับเด็กในแต่ละวัน ทำกิจกรรมกระตุ้นประสาทสัมผัส เช่น ทำกิจกรรมนวด เล่นจี้จี้เพื่อให้ลูกสนใจคุณแม่มากขึ้น จะเล่านิทานพร้อมทำกิจกรรมประกอบทุกวันเพื่อให้ลูกมองตามรูปภาพหรือสัตว์มากขึ้น เข้าใจเรื่องราวในนิทาน และมีจินตนาการเพิ่มขึ้น” หลังจากในแต่ละครอบครัววิเคราะห์กิจกรรมเสร็จ ครอบครัวได้วางแผนการทำกิจกรรมกับเด็ก เช่น การจัดตารางการทำกิจกรรมให้เด็กในแต่ละวัน การกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 เป็นเพื่อนเล่นกับเด็ก การเล่านิทาน การเล่นเกมส์ การทำกิจกรรมศิลปะ การทำขนม เป็นต้น

กิจกรรมที่ 4 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ ครั้งที่ 2

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวได้ฝึกการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้กับบุตรหลานของตนเองตามแนวทางที่ครอบครัวได้วางแผนไว้

กิจกรรม

1. เปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ในเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ผู้วิจัยให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติม
2. ส่งเสริมให้ครอบครัวได้ฝึกการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้กับบุตรหลานของตนเองตามแนวทางที่ครอบครัวได้วางแผนไว้ ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกและลบ
3. กระตุ้นให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติการของตนเอง ความร่วมมือและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กขณะทำกิจกรรม ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือทบทวนสาธิตในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำ และให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำ ซึ่งในขั้นตอนนี้จะทำให้ครอบครัวมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้องและปฏิบัติได้จริง

สรุปกิจกรรมที่ 4 ครั้งที่ 2

ครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติทำกิจกรรมการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ เช่น ศิลปะจากมือของหนู เล่นเกมส์โยนบอล เดินประกอบเพลง ขยำปีโป้ใส่ขวด ทำขนม เช่น เยลลี่ ถั่วแปบ ทับทิมกรอบ เป็นต้น ส่วนใหญ่ครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมกับได้ เด็กส่วนมากให้

ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมดี แต่มีบางครอบครัวที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ เนื่องจากเด็กไม่ให้ความร่วมมือทำกิจกรรม เช่น กิจกรรมศิลปะจากมือของเด็ก โดยครอบครัวได้วิเคราะห์สาเหตุที่เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและวางแผนปรับรูปแบบการทำกิจกรรมครั้งต่อไป ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวเด็กออทิสติกว่า “ลูกเป็นคนกลัวไม้กวาด ถ้าอะไรที่เหมือนไม้กวาดลูกจะไม่ยอมจับเลย แต่เดี๋ยว คุณพ่อจะใช้ฟูกันระบายสีด้วย แล้วค่อยให้น้องจับเล่น วาดภาพ สลับกับใช้สีเทียนดูครับ”

กิจกรรมที่ 5 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ครั้งที่ 1

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้และต้นแบบที่ถูกต้องในการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม
2. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถวิเคราะห์ทักษะในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง และสามารถวางแผนในการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง

กิจกรรม

1. ให้ความรู้เรื่องสาเหตุ อาการ แนวทางการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม สาธิตการดูแลเมื่อเด็กมีอาการอยู่ไม่ติดที่เกือบตลอดเวลา และอาการรับประทานอาหารค่อนข้างจำกัดมากด้วยวิดีโอคลิปเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ มีแนวปฏิบัติและต้นแบบที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน
2. ส่งเสริมให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง และกระตุ้นให้ครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงดูเกี่ยวกับการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติและได้ผลกับเด็กออทิสติก เป็นการสนับสนุนครอบครัวในการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ครอบครัวได้วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงว่าครอบครัวขาดความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กในส่วนใด นำไปสู่การวางแผนการเลี้ยงดูเด็กที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละครอบครัว
3. ส่งเสริมให้ครอบครัววางแผนการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจน ผู้วิจัยให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติม ซึ่งเป็นการวางแผนการเลี้ยงดูเด็กที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละครอบครัวเพื่อให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุปกิจกรรมที่ 5 ครั้งที่ 1

ครอบครัวได้วิเคราะห์การเลี้ยงดูที่ส่งผลให้เด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นและได้วางแผนปรับการเลี้ยงดู ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวเด็กออทิสติกดังนี้

“หลานชนมมาก ไม่นิ่ง เดินไปมา แล้วจะดื้อต่อต้าน เวลาให้ทำอะไรก็จะร้อง ลงไปนอนดิ้น จนคุณยาย เครียด ไม่รู้จะทำอย่างไรแล้วเลยไม่ค่อยได้ทำกิจกรรมกับหลาน ได้แต่ปล่อยให้หลานชน วิ่งไปมา หลังจากมาร่วมทำกิจกรรมในวันนี้ ยายรู้แล้วว่า ยายจะต้องปรับอารมณ์ตัวเองก่อน จะพยายามไม่เครียด ถ้าเราจัดการกับหลานวันนี้ไม่ได้วันข้างหน้าต้องเหนื่อยกว่านี้แน่ เดี่ยวจะลองปล่อยให้ร้องจนหยุดเอง แต่ก็ทำใจมาแล้วบ้างละ ว่าถ้ายายปล่อยให้หลานร้อง หลานคงจะมีพฤติกรรมอื่นตามมา ถ้าหยุดร้องแล้วค่อยไปลอบกอดแล้วพาหลานมาทำกิจกรรม”

“ลูกไม่ยอมขับถ่ายอุจจาระในห้องน้ำ ยอมถ่ายแต่ในแพมเพิร์ส คุณแม่ไม่รู้จะทำอย่างไรแล้วพยายามลองมาหลายวิธี เช่น ถอดแพมเพิร์สบางครั้งก็ถ่ายราดเต็มบ้าน เลอะไปหมด พอตอนลูกแบ่งคุณแม่พาเข้าห้องน้ำ เด็กก็ไม่ยอมถ่าย หลังจากมาร่วมทำกิจกรรมในวันนี้ เดี่ยวคุณแม่จะไปหาหนิทานหรือการ์ตูนที่สอนให้ขับถ่ายอุจจาระในห้องน้ำมาเล่าให้ลูกฟัง แล้วก็ซื้อโถของเล่นมาเล่นกับลูกตุ้มนะ เพื่อจะยอมถ่ายอุจจาระในห้องน้ำบ้าง”

“ลูกไม่ยอมกินข้าว กินแต่แซนวิช ใส้กรอก แฮมเบอร์เกอร์ ทั้งๆที่บ้านไม่มีใครกินแบบนี้ แต่ก็ยังไม่ได้ลองให้เด็กกินอาหารชนิดอื่นอย่างจริงจัง แค่เห็นว่ากินได้ คุณแม่ก็ซื้อแต่สิ่งที่ลูกชอบให้กินตลอด เดี่ยวคุณแม่จะลองไม่ซื้อสิ่งที่เด็กชอบ แล้วให้คุณพ่อช่วยกันลองป้อนข้าวไข่เจียว ใส้กรอกทอดกับข้าวเหนียวดูก่อนคะ”

กิจกรรมที่ 5 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ครั้งที่ 2

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวได้ฝึกการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมกับบุตรหลานของตนเองตามแนวทางที่ครอบครัวได้วางแผนไว้

กิจกรรม

1. เปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจนเกี่ยวกับอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมในเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ผู้วิจัยให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติม
2. ส่งเสริมให้ครอบครัวได้ฝึกการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมกับบุตรหลานของตนเองตามแนวทางที่สมาชิกได้วางแผนไว้ ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกและลบ
3. กระตุ้นให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติการของตนเอง ความร่วมมือและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กขณะทำกิจกรรม ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำ

เพิ่มเติมหรือทบทวนสาธิตในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำ และให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำ ซึ่งในขั้นตอนนี้จะทำให้ครอบครัวมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง และปฏิบัติได้จริง

4. กระตุ้นให้ครอบครัววางแผนการเสริมพัฒนาการด้านสังคมและภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ส่งเสริมให้ครอบครัวปฏิบัติกับเด็กตามแผนที่บ้าน และให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติด้วยตนเอง ในขั้นตอนเหล่านี้ ส่งเสริมให้ครอบครัวมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ปฏิบัติได้จริง และสามารถใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

สรุปกิจกรรมที่ 5 ครั้งที่ 2

ครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติทำกิจกรรมการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม เช่น อาการช่น ไม่นิ่ง โดยการจัดกิจกรรม เช่น วิ่ง กิจกรรมศิลปะจากมือของหนู การขยำป๊อปใส่ขวด การทำขนม เล่นเกมสัดตกระต่ายและจับคู่สัตว์ อาหารและยานพาหนะ การเคลื่อนไหวซ้ำๆ โดยการจัดกิจกรรม ทำขนมถั่วแปบ ขนมทับทิมกรอบ เล่นเกมสัดกลานเก็บบอล เช็ดโต๊ะ การรับประทานอาหารค่อนข้างจำกัดมาก โดยการจัดกิจกรรม เช่น การทำขนมถั่วแปบ ทับทิมกรอบ และให้เด็กลองชิมอาหารให้หลากหลายร่วมกับเพื่อน ส่วนใหญ่ครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมกับได้ เด็กส่วนมากให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมดี แต่มีบางครอบครัวที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ กิจกรรมที่เด็กไม่ให้ความร่วมมือคือ ฝึกกินเค้ก เมื่อมารดาให้เด็กกินเค้ก เด็กร้องและอาเจียน โดยครอบครัวได้วิเคราะห์สาเหตุที่เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและวางแผนปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำกิจกรรมครั้งต่อไป ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวเด็กออทิสติกว่า “ลูกเป็นคนทานยากมาก อะไรที่ไม่เคยกินก็จะไม่ลองชิมเลย เห็นลูกอาเจียนวันนี้ก็สงสารลูก แต่จะค่อยฝึกให้เด็กลองชิมอาหารที่หลากหลายขึ้น อาจจะให้ชิมทีละน้อยแต่ให้ทานบ่อยๆเพื่อสร้างความคุ้นชินเรื่องรสชาติอาหารให้แกเด็กก่อน”

รายละเอียดการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัวในสัปดาห์ที่ 3-5

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผน ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 3 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564	กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผน ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 3 - เปิดโอกาสให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเล่นดูและประเมินผลการปฏิบัติของตนเองหลังจากครอบครัวได้นำกิจกรรมการดูแลเด็กไปปฏิบัติกับเด็กๆทุกวันเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ - ผู้วิจัยและครอบครัวร่วมกันให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปรับแนวทางในการดูแลเมื่อเด็กมีอาการ
กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผน ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4 วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2564	
กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผน ครั้งที่ 3	

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
3 ในสัปดาห์ที่ 5 วันที่ 1 มีนาคม 2564 กลุ่มที่ 1 เวลา 09.00 น. – 10.30 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 10.30 น. – 12.00 น. กลุ่มที่ 3 เวลา 13.00 น. – 14.30 น. กลุ่มที่ 4 เวลา 14.30 น. – 16.00 น.	ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกับบุตรหลานของตนเองของแต่ละครอบครัว - ให้ครอบครัววางแผนและปฏิบัติกิจกรรมในการเสริมพัฒนาการด้านสังคมและภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ต่อเนื่องที่บ้านทุกวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเองในการทำกิจกรรมกับบุตรหลาน

สัปดาห์ที่ 3 - สัปดาห์ที่ 5

กิจกรรมที่ 6

กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผน ครั้งที่ 1 – ครั้งที่ 3

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวฝึกทักษะการเสริมพัฒนาการด้านสังคมและภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมตามแผนที่วางไว้ ต่อเนื่องที่บ้านทุกวัน
2. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเองในการเสริมพัฒนาการด้านสังคมและภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมกับบุตรหลานเมื่ออยู่บ้าน

กิจกรรม

ส่งเสริมให้ครอบครัวเสริมพัฒนาการด้านสังคมและภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมกับบุตรหลานที่บ้านด้วยตนเองทุกวัน และให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเองขณะปฏิบัติที่บ้าน ความร่วมมือและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กขณะทำกิจกรรม ปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนการเลี้ยงดูที่ส่งผลให้อาการเด็กดีขึ้นหรืออุปสรรคต่างๆในการเลี้ยงดูเด็กหลังจากครอบครัวนำกิจกรรมตามแผนกลับไปที่บ้าน ทำให้ครอบครัวได้เรียนรู้วิธีการเลี้ยงดูจากครอบครัวอื่นนำไปสู่การแก้ไขหรือจัดการปัญหาของตนเองได้ อีกทั้งครอบครัวก็จะได้รับกำลังใจจากสมาชิกท่านอื่น ทำให้เกิดพลังใจในการเลี้ยงดูเด็กออกทิสติก ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำ

เพิ่มเติมหรือทบทวนสาริตในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำและให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำจนกว่าจะปฏิบัติได้ จะทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ปฏิบัติได้จริงและสามารถใช้ความรู้ที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

สรุปกิจกรรมที่ 6 ครั้งที่ 1-3

หลังจากที่ครอบครัวได้วางแผนการดูแลและได้ปฏิบัติตามแผนการเลี้ยงดูเด็กที่บ้าน ครอบครัวได้ประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง และประเมินความร่วมมือและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กขณะทำกิจกรรม ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวเด็กออทิสติกดังนี้

การเสริมพัฒนาการด้านสังคม

ครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมเสริมพัฒนาการด้านสังคมได้ตามแผน ปฏิบัติกิจกรรมกับเด็กที่หลากหลายขึ้น เช่น การเล่นกับเด็ก การเล่านิทาน การส่งเสริมให้เด็กได้ช่วยเหลือตนเองและทำงานบ้าน ทำให้เด็กอยู่ตามลำพังน้อยลง ตอบสนองต่อเสียงเรียก ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆกับครอบครัวมากขึ้น แต่เนื่องจากสถานการณ์ covid-19 จึงไม่ได้พาเด็กไปทำกิจกรรมนอกสถานที่หรือไปเล่นกับเพื่อน เด็กจึงอยู่แต่กับครอบครัว ทำให้เด็กจึงไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นนอกเหนือจากสมาชิกในครอบครัวและยังเล่นกับเพื่อนไม่เป็น

การเสริมพัฒนาการด้านภาษา

ครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมเสริมพัฒนาการด้านภาษาได้ตามแผน เช่น เด็กบางคนยังไม่พูดสื่อสาร ครอบครัวใช้เทคนิควาดกลัมนี้อธิบายปาก ฟีกเคลื่อนไหวลิ้นโดยใช้แยมหรือขนมแต้มมุมปาก สอนเป่า bubble ร้องเพลงวันเกิดและเป่าเค้ก เล่นกับเด็กและสอนเด็กออกเสียงตาม เด็กบางคนเริ่มพูดสื่อสารได้เป็นคำ ครอบครัวใช้เทคนิคเล่นกับเด็กหรือเล่านิทานให้ฟังและเมื่อเด็กต้องการสิ่งใด ครอบครัวยอให้เด็กพูดตามเป็นคำ เด็กบางคนพูดสื่อสารได้เป็นคำแต่ยังพูดโต้ตอบไม่ได้ ครอบครัวใช้เทคนิคเล่านิทาน เล่นเกมส์ ฟีกตั้งคำถามกับเด็ก ถ้าเด็กตอบไม่ได้ ครอบครัวพูดซ้ำๆ ใช้คำพูดสั้นๆ ง่ายๆ และสอนเด็กพูดโต้ตอบหรือพูดตาม

การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/ การรับรู้

ครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/ การรับรู้ได้ตามแผน เช่น เช่น การเล่านิทาน การเล่นเกมส์ การทำกิจกรรมศิลปะ การทำขนม การฝึกช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้เด็กตอบสนองเมื่อเรียกชื่อ ตอบสนองต่อคำชมสามารถทำกิจกรรมได้หลากหลาย แต่งตัวได้เอง เล่นของเล่นได้เหมาะสม หมกมุ่นกับตัวเองน้อยลง

การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม

ครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมได้ตามแผน ดังเช่น

เด็กมีปัญหาเลือกรับประทานอาหารอย่างมาก 2 ครอบครัว มี 1 ครอบครัวที่สามารถส่งเสริมให้เด็กกินอาหารที่หลากหลายขึ้น จากที่เด็กกินแต่แซนวิช ไส้กรอก แฮมเบอร์เกอร์ ครอบครัวให้เด็กกินข้าวเหนียวกับไส้กรอก และช่วยกันป้อน ในช่วงแรกที่ป้อน เด็กร้อง ต้าน ดิ้น แต่ครอบครัวค่อยๆ ป้อนโดยให้กินคำเล็กๆ จนเด็กกินได้ อีก 1 ครอบครัวยังไม่สามารถปฏิบัติได้ ซึ่งเด็กกินแต่ข้าวเหนียวกับของทอด ไม่ยอมกินอาหารชนิดอื่น นม ผัก ขนม ครอบครัวทดลองให้เด็กกินนม เด็กร้องต้านและอาเจียน หลังจากนั้นเด็กเลือกกินมากขึ้น ครอบครัวมีความกังวลและสงสารเด็กจึงไม่ได้ส่งเสริมให้เด็กกินอาหารที่หลากหลายขึ้น ทางผู้วิจัยจึงแนะนำให้ครอบครัวค่อยๆ เพิ่มอาหารชนิดใหม่ให้เด็กลองชิมครั้งละ 1 ชนิด ทีละน้อยแต่ให้กินบ่อยๆ เพื่อสร้างความคุ้นชินเรื่องรสชาติอาหารให้แก่เด็ก ส่งเสริมให้เด็กกินอาหารที่เด็กไม่ชอบพร้อมกับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวที่สามารถกินอาหารชนิดนั้นได้ ชมเชย ยิ้ม ประทับมือ ให้รางวัลเมื่อเด็กสามารถชิม ยอมเคี้ยว ยอมกลืนหรือสามารถกินอาหารที่หลากหลายขึ้น

เด็กไม่ยอมขับถ่ายอุจจาระในโถส้วม แต่ครอบครัวสามารถปฏิบัติส่งเสริมให้เด็กขับถ่ายอุจจาระในโถส้วมได้ เช่น เล่นนิทานหรือการ์ตูนเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระในห้องน้ำให้เด็กฟัง เพื่อให้เด็กเข้าใจเกี่ยวกับการขับถ่ายในโถส้วม พาเด็กนั่งขับถ่ายในห้องน้ำทุกวัน แต่เด็กยังไม่ยอมขับถ่ายในห้องน้ำ ซึ่งครอบครัวเข้าใจดีว่าอาจต้องใช้ระยะเวลาในการส่งเสริมให้เด็กขับถ่ายอุจจาระในโถส้วม ผู้วิจัยสนับสนุนและให้กำลังใจครอบครัวในการปฏิบัติดูแลอย่างต่อเนื่อง

เด็กชุน อยู่ไม่นิ่ง ครอบครัวสามารถดูแลเมื่อเด็กชุน อยู่ไม่นิ่งได้ เช่น พาเด็กออกกำลังกายทุกวัน หากิจกรรมให้เด็กเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีสมาธิขณะทำกิจกรรมและคอยกำกับเด็กแบบตัวต่อตัว จนกว่ากิจกรรมจะสำเร็จ ทำให้เด็กอยู่นิ่งและจดจ่อมากขึ้นขณะทำกิจกรรม

เด็กต่อต้าน ครอบครัวสามารถดูแลเมื่อเด็กต่อต้านได้ โดยครอบครัวสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ให้โมโหเมื่อเด็กดื้อ ลงไปนอนดิน ร้องงอแงได้ดีขึ้น แต่ยังมีโมโหบ้าง ครอบครัวใช้เทคนิคเพิกเฉยเมื่อเด็กร้อง ลงไปนอนดิน และเมื่อเด็กสงบจึงเบี่ยงเบนความสนใจ พาทำกิจกรรมตามเป้าหมาย ทำให้อาการต่อต้านของเด็กลดน้อยลง แต่ยังคงมีอาการอยู่

รายละเอียดการสอนและพฤติกรรมที่เลี้ยงดูของครอบครัวในสัปดาห์ที่ 6

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 6 วันที่ 8 มีนาคม 2564 กลุ่มที่ 1 เวลา 09.00 น.-10.30 น. กลุ่มที่ 2	กิจกรรมที่ 7 ประเมินผลการปฏิบัติ - เปิดโอกาสให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงดูและประเมินผลการปฏิบัติของตนเองหลังจากครอบครัวได้นำกิจกรรมการดูแลเด็กไปปฏิบัติกับเด็กๆ ทุกวันเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ - ผู้วิจัยและครอบครัวร่วมกันให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมใน

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
<p>เวลา 10.30 น.–12.00 น. กลุ่มที่ 3</p> <p>เวลา 13.00 น.–14.30 น. กลุ่มที่ 4</p> <p>เวลา 14.30 น.–16.00 น.</p>	<p>การปรับแนวทางในการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมกับบุตรหลานของตนเองของแต่ละครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความรู้ของครอบครัวหลังจากทำกิจกรรมครบการสอนและพฤติกรรมเลี้ยงดูของครอบครัว - เปิดโอกาสให้ครอบครัวประเมินผลของการสอนและพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว - ให้กำลังใจและชมเชยครอบครัวในการทุ่มเทกำลังกายและใจในการเลี้ยงดูบุตรหลาน เน้นย้ำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญและการปฏิบัติตามกิจกรรมตามแผนการสอนต่อเนื่องดังต่อไปนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ครอบครัววางแผนและปฏิบัติกิจกรรมในการเสริมพัฒนาการด้านสังคมและภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมต่อเนื่องที่บ้านทุกวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ 2. ให้ครอบครัวประเมินความสามารถของครอบครัวในการเสริมพัฒนาการด้านสังคมและด้านภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม โดยใช้แบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออกทิสติก โดยประเมินทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 7-11 3. นัดหมายให้ครอบครัวมาทำกิจกรรมครั้งถัดไปในวันจันทร์ที่ 19 เมษายน 2564 เพื่อให้สมาชิกประเมินอาการออกทิสติกของบุตรหลานตนเอง

สัปดาห์ที่ 6

กิจกรรมที่ 7 ประเมินผลการปฏิบัติ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ครอบครัวประเมินผลตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติในการเสริมพัฒนาการด้านสังคมและภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ความร่วมมือและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเด็ก ปัญหา/อุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติ สิ่งที่ต้องปฏิบัติต่อเนื่อง เพื่อนำไปวางแผนในการปฏิบัติครั้งต่อไป

กิจกรรม

1. กระตุ้นให้ครอบครัวประเมินผลตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติในการเสริมพัฒนาการด้านสังคมและภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ความร่วมมือและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเด็ก ปัญหา/อุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติ สิ่งที่ต้องปฏิบัติต่อเนื่อง
2. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือสาธิตในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำ และให้สมาชิกปฏิบัติซ้ำจนกว่าจะปฏิบัติได้ จะทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ปฏิบัติได้จริง
3. เน้นย้ำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนกับเด็กต่อเนื่องที่บ้าน และสอนให้ครอบครัวใช้แบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกเพื่อให้ครอบครัวประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกในสัปดาห์ที่ 7

สรุปกิจกรรมที่ 7

ครอบครัวสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลเด็กในการเสริมพัฒนาการด้านสังคมและภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมกับบุตรหลานของตนเองได้ มีความมั่นใจในการปฏิบัติ สามารถใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง สามารถ โดยสมาชิกพูดคุย กล่าวให้กำลังใจกันและกันและมีความมุ่งมั่นที่จะดูแลบุตรหลานอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวเด็กออทิสติกว่า “หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ ทำให้คุณแม่ได้รับความรู้ คำแนะนำในการดูแลเด็กที่เฉพาะเจาะจงสำหรับลูก ต้องขอบคุณคุณครูมากๆ ที่นำกิจกรรมดีๆ มาสอนคุณแม่ ตอนนี้คุณแม่สามารถคิดหากิจกรรมต่างๆ มาเล่นกับลูกซึ่งได้ผลหลายๆ เลยค่ะ จากที่เคยสอนแต่แบบเดิมๆ ลูกก็ไม่เข้าใจและเครียด ไม่อยากเรียน ทำให้คุณแม่เครียดไปด้วย ตอนนี้พอบอกมาเล่นเกมส์กัน ลูกก็สนใจทำกิจกรรมตลอด ดูลูกสนุกกับการทำกิจกรรม เรียนรู้ได้เร็วขึ้น และเข้าใจคำสั่งมากขึ้นค่ะ”

ข้อสังเกตเกี่ยวกับการทดลอง

1. เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 สถาบันราชานุกูล แผนกผู้ป่วยในมีการปรับรูปแบบการรับบริการของหอผู้ป่วยใน ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 มีกิจกรรมพยาบาลที่ให้บริการดูแลเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนและครอบครัวทุกรายเป็นรายบุคคล 1 ชั่วโมง/ วัน ผู้วิจัยจึงมีการปรับรูปแบบจากการสอนครอบครัวแบบกลุ่มเป็นภารกิจกรมกลุ่มครั้งละ 2-5 คน สลับกับสอนเดี่ยวในบางครั้ง แต่ทุกครอบครัวได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมครบทุกคน

2. ทุกครอบครัวให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมครบทุกครั้ง ตลอดระยะเวลาที่เข้ากลุ่มแต่ละครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก และพูดคุยให้กำลังใจซึ่งกันและกันและมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะนำสิ่งต่างๆที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมนี้ไปปรับใช้กับบุตรหลานของตนเอง

ข้อสังเกตเกี่ยวกับการทดลองจากครอบครัวเด็กออทิสติก

ครอบครัวเด็กออทิสติกได้ประเมินโปรแกรมการสอนแนะพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของครอบครัว หลังจากสิ้นสุดการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 โดยสมาชิกได้แสดงข้อคิดเห็น ดังนี้

1. เป็นโครงการวิจัยที่ตีความเหมาะสมกับเด็กออทิสติกและครอบครัว เนื้อหาที่ผู้วิจัยสอนเข้าใจง่าย นำไปปฏิบัติได้จริง มีการสอนสาธิต ให้ครอบครัววางแผนเลี้ยงดูเด็กด้วยตนเอง ได้ทดลองฝึกปฏิบัติทำให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการปฏิบัติ สามารถใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง สามารถเสริมพัฒนาการด้านสังคมและภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมกับบุตรหลานของตนเองได้

2. คู่มือการดูแลเด็กออทิสติกสำหรับครอบครัว มีสีสันสวยงาม น่าอ่าน เข้าใจง่าย ซึ่งสามารถใช้ทบทวนความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมสำหรับเด็กขณะอยู่ที่บ้าน เนื้อหาในคู่มือมีแนวทางการเลี้ยงดูเด็กที่ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติใช้และมีตัวอย่างการจัดกิจกรรมด้วยวิดีโอคลิป ทำให้ครอบครัวมีต้นแบบที่ถูกต้องและสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสำหรับเด็ก อีกทั้งยังมีแบบฝึกหัดซึ่งช่วยให้ครอบครัวได้วิเคราะห์การเลี้ยงดูเด็กที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องนำไปสู่การวางแผนทำกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติกับเด็กในแต่ละสัปดาห์ ทำให้ครอบครัวได้ปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้และสามารถประเมินผลการปฏิบัติของตนเองขณะปฏิบัติที่บ้าน ความร่วมมือและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กขณะทำกิจกรรม ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น

3. หลังจากครอบครัวได้ปฏิบัติกิจกรรมตามแผนต่อเนื่องทุกวันเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้เด็กออทิสติกให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมมากขึ้น มองหน้าสบตาและตอบสนองต่อเสียงเรียกชื่อได้ดีขึ้น พูดส่งเสียงบอกความต้องการได้มากขึ้น

4. อยากให้นำการสอนแนะพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของครอบครัวมาเป็นกิจกรรมหลักในการให้บริการในหอผู้ป่วยใน เพราะเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กที่มีความเฉพาะเจาะจงในเด็กแต่ละคน ส่งผลให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนดีขึ้นได้

การกำกับทดลอง

แบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก เป็นแบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก โดยให้ครอบครัวประเมินความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมหลังจากทำกิจกรรมตามโปรแกรมการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูสำหรับครอบครัวครบเสร็จในสัปดาห์ที่ 7 ในวันที่ 15 มีนาคม 2564 แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เวลา 09.00 น. – 10.30 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 10.30 น. – 12.00 น. กลุ่มที่ 3 เวลา 13.00 น. – 14.30 น. และ กลุ่มที่ 4 เวลา 14.30 น. – 16.00 น. โดยกำหนดให้คะแนนเฉลี่ยของความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ดังตารางค่าร้อยละแบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกรายละเอียดในภาคผนวก ง

จากตาราง จะพบว่าครอบครัวทั้ง 20 ครอบครัว ได้ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยของความสามารถของครอบครัว ตั้งแต่ร้อยละ 70 ขึ้นไป ทั้งหมดจำนวน 20 ครอบครัว เมื่อพิจารณาครอบครัวที่มีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 70 มีดังต่อไปนี้

ครอบครัวที่	กิจกรรมที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละของ 70
1	การเสริมพัฒนาการด้านสังคม
3	การเสริมพัฒนาการด้านสังคม, การดูแลเมื่อเด็กมีการเคลื่อนไหวช้าๆ, การดูแลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมต่อต้านการเปลี่ยนแปลง
7	การฝึกเด็กขับถ่าย
10	การดูแลเมื่อเด็กรับประทานอาหารค่อนข้างจำกัดมากๆ
11	การดูแลเมื่อเด็กมีการเคลื่อนไหวช้าๆ, การฝึกเด็กขับถ่าย
13	การเสริมพัฒนาการด้านสังคม
16	การดูแลเมื่อเด็กมีการเคลื่อนไหวช้าๆ
17	การฝึกเด็กขับถ่าย

ครอบครัวที่มีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 70 ผู้วิจัยได้ทบทวนความรู้ ให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือสาธิตในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำ ให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำจนกว่าจะปฏิบัติได้ ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมเป็นประจำเนื่องจากบางอาการอาจจะต้องใช้ระยะเวลาการปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงอาการออทิสติก โดยกิจกรรมที่ได้ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 70 มีดังต่อไปนี้

1. การเสริมพัฒนาการด้านสังคม จำนวน 3 ครอบครัว โดยพบว่าครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กด้านสังคมได้แต่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง คือ น้อยกว่า 4 วัน/สัปดาห์ ในหัวข้อการเสริมสร้างจินตนาการ เข้าใจจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นผ่านการเล่านิทานพร้อมแสดงท่าทางประกอบและการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ผู้วิจัยจึงแนะนำครอบครัวให้ปฏิบัติกิจกรรมในหัวข้อดังกล่าวเป็นประจำซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้อาการออทิสติกเด็กในด้านสังคม ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ลดลง

2. การฝึกเด็กขยับถ่าย จำนวน 3 ครอบครัว โดยพบว่าครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมการฝึกเด็กขยับถ่ายได้ แต่ไม่ได้ปฏิบัติในหัวข้อเล่านิทานเกี่ยวกับเด็กขยับถ่ายให้เด็กฟัง ผู้วิจัยจึงแนะนำนิทานเกี่ยวกับการขยับถ่ายและให้ครอบครัวเล่านิทานเกี่ยวกับการขยับถ่ายให้เด็กฟังเพื่อให้เด็กเข้าใจเรื่องการขยับถ่ายในห้องน้ำ และครอบครัวปฏิบัติเป็นบางครั้ง คือ น้อยกว่า 4 วัน/สัปดาห์ ในหัวข้อไม่ใส่แพมเพิร์สให้เด็กขณะอยู่บ้าน, พาเด็กเข้าห้องน้ำตามเวลา และฝึกให้เด็กรู้จักการสื่อสารเมื่อต้องการจะขยับถ่าย ผู้วิจัยจึงแนะนำให้ครอบครัวปฏิบัติในหัวข้อดังกล่าวเป็นประจำเพื่อช่วยให้เด็กสามารถควบคุมการขยับถ่ายและสามารถขยับถ่ายในห้องน้ำได้

3. การดูแลเมื่อเด็กมีการเคลื่อนไหวช้าๆ จำนวน 3 ครอบครัว โดยพบว่าครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กเมื่อเด็กมีการเคลื่อนไหวช้าๆ ได้แต่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง คือ น้อยกว่า 4 วัน/สัปดาห์ ในหัวข้อการส่งเสริมให้เด็กได้ทำกิจกรรมต่างๆร่วมกับส่งเสริมให้เด็กช่วยทำงานบ้าน ผู้วิจัยจึงแนะนำครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมในหัวข้อดังกล่าวเป็นประจำเพื่อช่วยลดการเคลื่อนไหวช้าๆในเด็กออทิสติกได้

4. การดูแลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมต่อต้านการเปลี่ยนแปลง จำนวน 1 ครอบครัว โดยพบว่าครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กเมื่อเด็กมีพฤติกรรมต่อต้านการเปลี่ยนแปลงได้ แต่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง คือ น้อยกว่า 4 วัน/สัปดาห์ ในหัวข้อการตั้งเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงไว้และค่อยๆ จัดการเปลี่ยนแปลงทีละน้อย, จูงใจและประคับประคองเด็กให้เกิดการเปลี่ยนแปลง, พยายามใจแข็งเมื่อเด็กร้องไห้ต่อต้านไม่พอใจกับการเปลี่ยนแปลงและบอกให้เด็กทราบถึงกิจกรรมที่จะเปลี่ยนแปลงล่วงหน้า ช้าๆเพื่อเตือนความทรงจำซึ่งช่วยให้เด็กยอมรับการเปลี่ยนแปลงและยืดหยุ่นมากขึ้น ผู้วิจัยจึงแนะนำครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมในหัวข้อดังกล่าวเป็นประจำเพื่อช่วยลดพฤติกรรมต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

5. การดูแลเมื่อเด็กรับประทานอาหารค่อนข้างจำกัดมากๆ โดยพบว่าครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กเมื่อเด็กรับประทานอาหารค่อนข้างจำกัดมากๆได้ แต่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง คือ น้อยกว่า 4 วัน/สัปดาห์ ในหัวข้อการส่งเสริมให้เด็กกินอาหารหลากหลายมากขึ้น, ส่งเสริมให้เด็กทดลองกินอาหารที่เด็กไม่ชอบก่อนที่จะให้เด็กกินอาหารที่ชอบ และกินพร้อมกับเพื่อนหรือสมาชิกใน

ครอบครัว, เล่านิทานเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่หลากหลายให้เด็กฟัง ผู้วิจัยจึงแนะนำครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมในหัวข้อดังกล่าวเป็นประจำเพื่อส่งเสริมให้เด็กกินอาหารที่หลากหลายขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test)

กลุ่มทดลอง วันที่ 29 มกราคม 2564 ผู้วิจัยนัดพบครอบครัวของเด็กออทิสติก (กลุ่มทดลอง) เพื่อให้ครอบครัวประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกตามแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึมโดยผู้วิจัยให้ความรู้และอธิบายวิธีประเมินอาการออทิสติก และให้ครอบครัวประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกทันทีและเก็บแบบประเมินหลังจากครอบครัวประเมินเรียบร้อยแล้ว

กลุ่มควบคุม วันที่ 29 มกราคม 2564 ผู้วิจัยนัดพบครอบครัวของเด็กออทิสติก (กลุ่มควบคุม) เพื่อให้ครอบครัวประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติก โดยผู้วิจัยให้ความรู้และอธิบายวิธีประเมินอาการออทิสติกตามแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม และให้ครอบครัวประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกทันทีและเก็บแบบประเมินหลังจากครอบครัวประเมินเรียบร้อยแล้ว

รวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Post-test)

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยนัดพบครอบครัวของเด็กออทิสติก หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 6 สัปดาห์ ในวันที่ 19 เมษายน 2564 โดยให้ครอบครัวได้ประเมินอาการออทิสติกตามแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

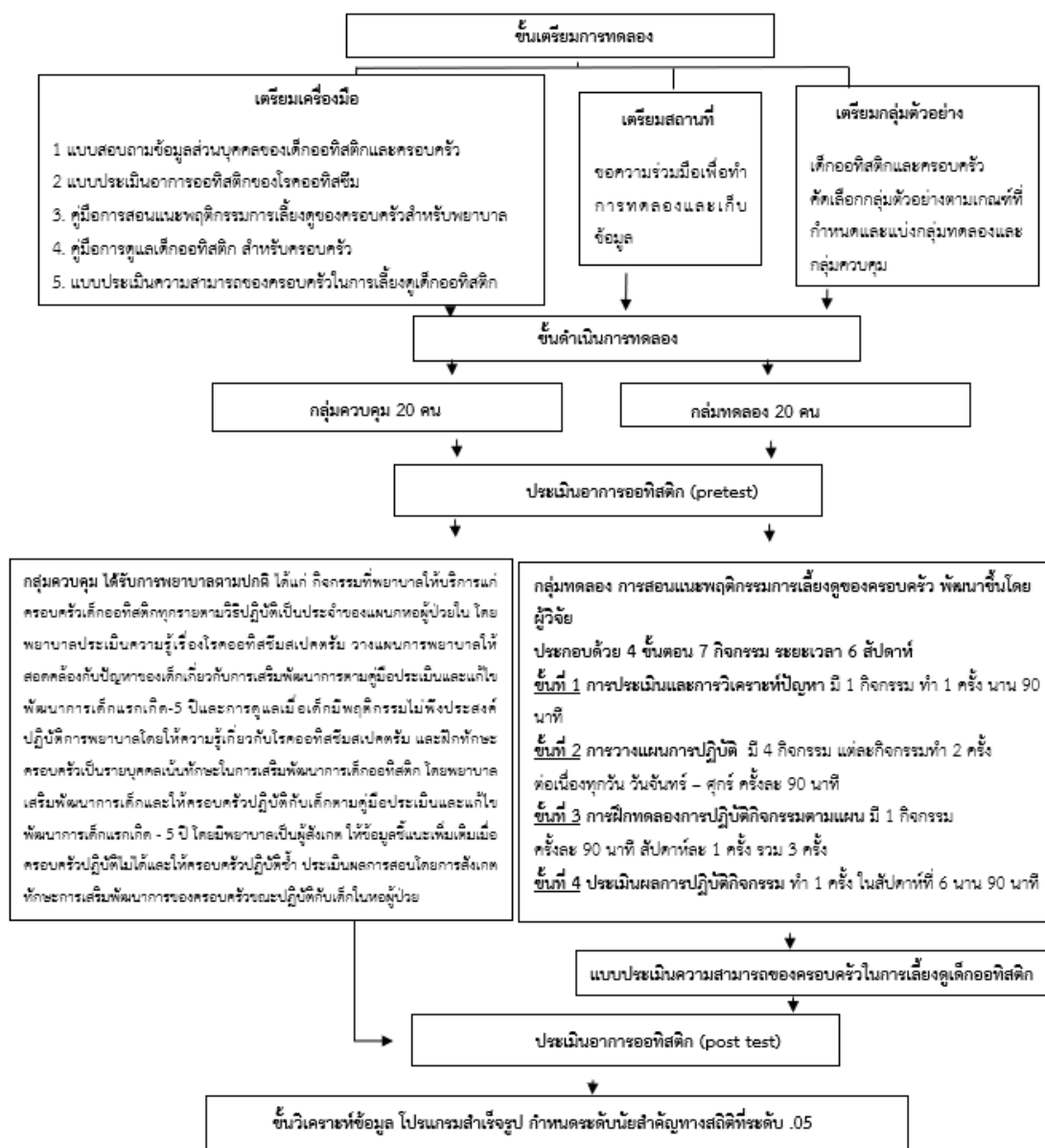
กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนัดพบครอบครัวของเด็กออทิสติก หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 6 สัปดาห์ ในวันที่ 19 เมษายน 2564 โดยให้ครอบครัวได้ประเมินอาการออทิสติกตามแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องออทิสซึมสเปกตรัมและการดูแลเด็กออทิสติก พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลเด็กออทิสติกสำหรับครอบครัวให้กับกลุ่มควบคุม เพื่อให้กลุ่มควบคุมได้มีความรู้และความเข้าใจในการดูแลเด็กออทิสติกเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมสากลโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับความยุติธรรมและประโยชน์จากการทำวิจัยในครั้งนี้ด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัวของเด็กออทิสติก วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการของเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)
3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)
4. ทดสอบผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Control Group Design) โดยเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัว กับกลุ่มเด็กออทิสติกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ คือ เด็กออทิสติก อายุ 3-6 ปี และครอบครัวที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในแบบไป-กลับ สถาบันราชานุกูล จำนวน 40 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คู่ กลุ่มทดลอง 20 คู่ โดยจับคู่ (Matched - pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องของเพศและอายุของเด็กออทิสติก และระดับการศึกษาของครอบครัว โดยให้เด็กออทิสติกมีเพศและอายุเดียวกัน และให้ครอบครัวมีระดับการศึกษาเดียวกัน แล้วสุ่มโดยใช้วิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่ จนครบ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คู่ โดยมีการวัดคะแนนอาการออทิสติกตามแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึมก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest -Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียด ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติก จำแนกตามเพศ อายุ บุตรลำดับที่ อายุ การสังเกตความผิดปกติครั้งแรก อาการที่สังเกตพบความผิดปกติครั้งแรกอายุ การวินิจฉัยครั้งแรก การรักษาในปัจจุบัน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	16	80	16	80	32	80
หญิง	4	20	4	20	8	20
อายุ						
2-3 ปี	7	35	6	30	13	33
3-4 ปี	10	50	6	30	16	40
4-5 ปี	2	10	6	30	8	20
5-6 ปี	1	5	2	10	3	7
บุตรลำดับที่						
1	9	45	12	60	21	52
2	7	35	3	15	10	25
3	4	20	4	20	8	20
4	0	0	1	5	1	3
อาการสังเกตพบความผิดปกติครั้งแรก						
อาการด้านภาษา	7	35	1	5	8	20
อาการด้านสังคม	3	15	4	20	7	18
อาการด้านภาษาและอาการด้านสังคม	3	15	9	45	12	30
อาการด้านภาษา อาการด้านสังคม และปัญหาพฤติกรรม เช่น ซ้ำๆ อยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าว	7	35	6	30	13	32

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
อายุการวินิจฉัยครั้งแรก (ปี)						
1	1	5	2	10	3	8
2	10	50	11	55	21	52
3	5	25	5	25	10	25
4	4	20	2	10	6	15
การรักษาในปัจจุบัน						
ได้รับการฝึกพูด	19	95	19	95	38	95
ไม่ได้รับการฝึกพูด	1	5	1	5	2	5
ได้รับการฝึก	20	100	20	100	40	100
กิจกรรมบำบัด	20	100	20	100	40	100
ได้รับการส่งเสริม						
พัฒนาการ	7	35	16	80	29	73
ได้รับยา Risperidone	13	63	4	20	11	27
ไม่ได้รับยา Risperidone						

จากตาราง 4 แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลของเด็กออทิสติกของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 80 เท่ากัน กลุ่มทดลองอายุอยู่ในช่วง 3-4 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มควบคุมอายุอยู่ในช่วงอายุ 2-3 ปี, 3-4 ปี และ 4-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน เป็นบุตรคนที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 45 และ 60 ตามลำดับ สังเกตความผิดปกติครั้งแรกอยู่ในช่วง อายุ 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 และ 60 โดยอาการที่ครอบครัวสังเกตพบความผิดปกติครั้งแรกในกลุ่ม ทดลองได้แก่ อาการด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร และอาการด้านการพูด การใช้ ภาษา และการติดต่อสื่อสาร อาการด้านสังคม ร่วมกับมีปัญหาพฤติกรรม เช่น ซ้ำๆ อยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าว คิดเป็นร้อยละ 35 เท่ากัน ส่วนในกลุ่มควบคุมครอบครัวสังเกตพบอาการด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร และอาการด้านสังคม คิดเป็นร้อยละ 45 อายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ออทิสซึมสเปกตรัมครั้งแรก อยู่ในช่วงอายุ 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และ 55 ตามลำดับ และการรักษา ในปัจจุบัน ได้รับการฝึกพูด คิดเป็นร้อยละ 95 เท่ากัน ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการและกิจกรรมบำบัด คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน ได้รับยา Risperidone คิดเป็นร้อยละ 35 และ 80 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างครอบครัว จำแนกตามความสัมพันธ์กับเด็กออทิสติก เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกเด็กและผู้ใหญ่ในบ้าน และระยะเวลาที่ดูแลเด็ก

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับเด็ก						
ออทิสติก						
บิดา	2	10	3	15	5	13
มารดา	13	65	13	65	26	65
ปู่/ย่า	2	10	1	5	3	7
ตา/ยาย	2	10	2	10	4	10
น้ำ/อา	1	5	1	5	2	5
เพศ						
ชาย	4	20	4	20	8	20
หญิง	16	80	16	80	32	80
สถานภาพสมรส						
คู่	17	85	17	85	34	85
หม้าย/หย่าร้าง	3	15	3	15	6	15
อายุ (ปี)						
20-30 ปี	2	10	2	10	4	10
31-40 ปี	7	35	7	35	14	35
41-50 ปี	8	40	9	45	17	43
51-60 ปี	3	15	1	5	4	10
61 ปีขึ้นไป	0	0	1	5	1	2
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	1	5	1	5	2	5
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	15	3	15	6	15
มัธยมศึกษา	6	30	5	25	11	27
ตอนปลาย/ ปวช.						
อนุปริญญา/ปวส.	2	10	3	15	5	12

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาตรี	7	35	8	40	15	38
สูงกว่าปริญญาตรี	1	5	0	0	1	3
อาชีพ						
รับจ้าง	3	15	5	25	8	20
ค้าขาย	4	20	3	15	7	18
แม่บ้าน	11	55	6	30	17	42
รับราชการ	0	0	1	5	1	2
อื่นๆ	2	10	5	25	7	18
รายได้ (บาท)/เดือน						
น้อยกว่า 5000	8	40	6	30	14	35
5001-10000	5	25	2	10	7	17
10001-20000	6	30	6	30	12	31
มากกว่า 20001	1	5	6	30	7	17
จำนวนสมาชิกเด็กในบ้าน						
1	8	40	11	55	19	48
2	8	40	3	15	11	27
3	4	20	6	30	10	25
จำนวนสมาชิกผู้ใหญ่ในบ้าน						
1	1	5	1	5	2	5
2	10	50	8	40	18	45
3	3	15	4	20	7	17
4 คนขึ้นไป	6	30	7	35	13	33
ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก						
0-2 ปี	4	20	3	15	7	17
2-3 ปี	2	10	1	5	3	7
3-4 ปี	10	50	10	50	20	50
4-5 ปี	3	15	2	10	5	13
5-6 ปี	1	5	4	20	5	13

จากตาราง 5 แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวของเด็กออทิสติกของทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่มารดาเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 65 เท่ากัน เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 เท่ากัน มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 85 เท่ากัน อายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และ 45 ตามลำดับ การศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 35 และ 45 ตามลำดับ เป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 55 และ 30 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีรายได้ไม่น้อยกว่า 5000 บาท/เดือน ส่วนกลุ่มควบคุม รายได้น้อยกว่า 5000 บาท/เดือน, 10,000 – 20,000 บาท/เดือนและ มากกว่า 20,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน กลุ่มทดลองมีจำนวนสมาชิกเด็กในบ้าน 1 และ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมมีจำนวนสมาชิกเด็กในบ้าน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 55 จำนวนสมาชิกผู้ใหญ่ในบ้านมี 2 คน คิดเป็นร้อยละ 50 และ 40 ตามลำดับ และระยะเวลาที่ดูแลเด็ก คือ 3 – 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 คะแนนอาการออทิสติกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง(Pre-Test) หลังทดลอง (Post-test) จำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ด้านที่ 2 ด้านสังคม ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้ และด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม

ตารางที่ 6 คะแนนการออกฤทธิ์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง(Pre-Test) หลังทดลอง (Post-test)

ข้อ	กลุ่มควบคุม										กลุ่มทดลอง												
	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง					ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง							
	จำนวน	ความถี่	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน	ค่าความถี่	จำนวน	ความถี่	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน	ค่าความถี่	จำนวน	ความถี่	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน	ค่าความถี่	จำนวน	ความถี่	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน	ค่าความถี่			
1	19	19	19	23	80	10	16	14	19	59	21	21	21	19	16	21	77	10	22	11	16	67	10
2	23	22	13	14	72	21	15	9	10	55	17	23	19	21	27	90	20	14	18	24	76	14	
3	10	17	18	17	62	10	9	14	8	41	21	17	16	15	23	71	16	11	17	22	66	5	
4	12	34	21	15	82	5	20	13	10	48	34	10	11	13	14	48	8	16	14	11	49	-1	
5	23	29	19	26	97	18	31	11	27	87	10	18	16	17	20	71	9	11	7	19	46	25	
6	16	7	15	27	65	21	10	22	16	69	-4	18	17	20	26	81	15	19	17	25	76	5	
7	24	24	24	22	94	22	15	24	23	84	10	25	25	23	37	110	16	16	19	33	84	26	
8	15	8	11	8	42	9	1	5	4	19	23	13	22	9	18	62	11	19	14	17	61	1	
9	15	14	18	23	70	17	15	15	20	67	3	19	22	19	13	73	16	16	17	12	61	12	
10	28	34	29	23	114	28	40	32	17	117	-3	15	15	15	18	63	4	14	10	9	37	26	
11	25	3	15	11	54	23	6	14	17	60	-6	14	20	18	25	77	16	14	10	19	59	18	
12	18	15	14	15	62	18	17	14	17	66	-4	23	32	21	32	108	23	26	17	28	94	14	
13	28	34	33	22	117	28	40	34	26	128	-11	20	38	18	32	108	17	25	18	28	88	12	
14	16	20	18	22	76	15	17	12	23	67	9	21	26	23	38	108	16	10	13	23	62	38	
15	24	20	20	24	88	22	13	18	14	67	21	8	5	7	17	37	7	5	4	13	29	8	
16	17	17	25	22	81	16	23	25	22	86	-5	18	20	21	21	88	6	16	12	19	53	27	
17	22	23	24	21	90	16	23	23	21	83	7	19	14	25	24	82	13	18	16	21	68	14	
18	8	20	18	16	54	8	9	19	17	53	1	3	10	15	18	46	8	10	9	14	33	13	
19	8	24	18	21	71	8	18	14	18	58	13	23	13	25	36	97	19	16	29	34	98	-1	
20	20	21	17	31	89	20	17	18	25	80	9	22	22	22	19	85	17	13	7	18	47	38	
รวม	363	405	389	403	1560	335	335	350	354	1384	166	350	374	363	471	1588	267	311	279	397	1254	304	
Σ	18.15	20.25	19.45	20.15	78.00	16.75	17.75	17.50	17.70	69.70	8.30	17.50	18.70	18.15	23.55	77.90	13.35	15.55	13.95	19.85	62.70	15.20	
SD	7.043	8.571	5.375	5.631	19.348	6.664	10.020	7.338	6.157	26.527	11.992	5.615	6.658	4.891	6.977	20.113	5.932	5.125	5.577	7.350	19.515	11.606	

จากตาราง 6 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยอาการอหิสติกโดยรวมทั้ง 4 ด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ 77.90 และ 78.00 ตามลำดับ

หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยอาการอหิสติกโดยรวมทั้ง 4 ด้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ 62.70 และ 69.70 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการอหิสติกเป็นรายด้านในกลุ่มทดลอง พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอาการอหิสติกหลังการทดลองน้อยที่สุด คือ ด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร มีคะแนนเฉลี่ยอาการอหิสติกจาก 17.50 เป็น 13.35 รองลงมา คือ ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ มีคะแนนเฉลี่ยอาการอหิสติกจาก 18.15 เป็น 13.95 ด้านที่ 2 ด้านสังคม มีคะแนนเฉลี่ยอาการอหิสติกจาก 18.70 เป็น 15.55 และ ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยอาการอหิสติกจาก 23.55 เป็น 19.85 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอาการอหิสติกหลังการทดลองน้อยที่สุด คือ ด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร มีคะแนนเฉลี่ยอาการอหิสติกจาก 18.15 เป็น 16.75 รองลงมา คือ ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ มีคะแนนเฉลี่ยอาการอหิสติกจาก 19.45 เป็น 17.50 ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยอาการอหิสติกจาก 20.15 เป็น 17.70 และด้านที่ 2 ด้านสังคม มีคะแนนเฉลี่ยอาการอหิสติกจาก 20.25 เป็น 17.75 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนอาการออทิสติก	\bar{X}	SD	df	t	p-value
คะแนนรวมทั้ง 4 ด้าน					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	77.90	20.113	19	5.857	.000
หลังการทดลอง	62.70	19.515			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	78.00	19.345	19	3.095	.006
หลังการทดลอง	69.70	24.527			
คะแนนรายด้าน					
ด้านที่ 1 ด้านการพูด การ					
ใช้ภาษา การติดต่อสื่อสาร					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	17.50	5.615	19	5.091	.000
หลังการทดลอง	13.35	5.932			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	18.15	7.043	19	1.579	.131
หลังการทดลอง	16.75	6.664			
ด้านที่ 2 ด้านสังคม					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	18.70	6.658	19	2.702	.014
หลังการทดลอง	15.55	5.125			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	20.25	8.571	19	1.857	.079
หลังการทดลอง	17.75	10.020			

คะแนนอาการออทิสติก	\bar{X}	SD	df	t	p-value
ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	18.15	4.891	19	3.687	.002
หลังการทดลอง	13.95	5.577			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	19.45	5.375	19	2.301	.033
หลังการทดลอง	17.50	7.338			
ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	23.55	6.977	19	6.634	0.000
หลังการทดลอง	19.85	7.350			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	20.15	5.631	19	2.373	0.028
หลังการทดลอง	17.70	6.157			

จากตาราง 7 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกโดยรวมทั้ง 4 ด้าน พบว่า ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยรวมอาการออทิสติกน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกเป็นรายด้านในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกในรายด้านทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร ด้านที่ 2 ด้านสังคม ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ และด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกเป็นรายด้านในกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกในรายด้านที่ 3 ด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ และด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกในด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร ด้านที่ 2 ด้านสังคม และมีคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อนและหลังได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ (n=40)

คะแนนอาการออทิสติก	\bar{X}	SD	df	T	p-value
คะแนนรวมทั้ง 4 ด้าน					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	77.90	20.113	37.943	-.016	.987
กลุ่มควบคุม	78.00	19.345			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	62.70	19.515	36.174	-.999	.325
กลุ่มควบคุม	69.70	24.527			
คะแนนรายด้าน					
ด้านที่ 1 ด้านการพูด การ					
ใช้ภาษา การติดต่อสื่อสาร					
ก่อนการทดลอง					
			36.202	-.323	.749
กลุ่มทดลอง	17.50	5.615			
กลุ่มควบคุม	18.15	7.043			
หลังการทดลอง					
			37.497	-1.704	.097
กลุ่มทดลอง	13.35	5.932			
กลุ่มควบคุม	16.75	6.664			
ด้านที่ 2 ด้านสังคม					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	18.70	6.658	35.809	-.639	.527
กลุ่มควบคุม	20.25	8.571			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	15.55	5.125	28.032	-.874	.389
กลุ่มควบคุม	17.75	10.020			

คะแนนอาการออทิสติก	\bar{X}	SD	df	T	p-value
ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับ					
ความรู้สึกและการรับรู้					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	18.15	4.891	37.667	-.800	.429
กลุ่มควบคุม	19.45	5.375			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	13.95	5.577	35.459	-.1723	.094
กลุ่มควบคุม	17.50	7.338			
ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและ					
พฤติกรรม					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	23.55	6.977	36.379	1.696	0.098
กลุ่มควบคุม	20.15	5.631			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	19.85	7.350	36.866	1.003	.322
กลุ่มควบคุม	17.70	6.157			

จากตาราง 8 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติภายหลังการทดลอง เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกโดยรวมทั้ง 4 ด้านและคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกในรายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกโดยรวมทั้ง 4 ด้านและคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกในรายด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร ด้านที่ 2 ด้านสังคม ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้ และด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนและพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)

คะแนนอาการออทิสติก	\bar{d}	$S_{\bar{d}}$	t	p-value
คะแนนรวมทั้ง 4 ด้าน				
กลุ่มทดลอง	15.20	11.606	1.849	.072
กลุ่มควบคุม	8.30	11.992		
คะแนนรายด้าน				
ด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา การติดต่อสื่อสาร				
กลุ่มทดลอง	4.15	3.646	2.283	.028
กลุ่มควบคุม	1.40	3.966		
ด้านที่ 2 ด้านสังคม				
กลุ่มทดลอง	3.15	5.214	.365	.717
กลุ่มควบคุม	2.50	6.022		
ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้				
กลุ่มทดลอง	4.20	5.095	1.585	.122
กลุ่มควบคุม	1.95	3.790		
ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม				
กลุ่มทดลอง	3.70	2.494	1.065	.295
กลุ่มควบคุม	2.45	4.617		

จากตาราง 9 เมื่อพิจารณาผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกโดยรวมทั้ง 4 ด้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกโดยรวมทั้ง 4 ด้านภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกเป็นรายด้าน พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกในด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสารก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกในด้านที่ 2 ด้านสังคม ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้และด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental research Design) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – post test control group design) (Burns & Grove, 2005) เพื่อศึกษาผลของการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ตัวแปรต้น คือ การสอนแนะพฤติกรรมการเล่นของครอบครัว ตัวแปรตาม คือ อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนหลังได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นของครอบครัวจะน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัด
2. อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นของครอบครัวจะลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ 1. เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM V ว่าเป็นโรคออทิสซึมสเปกตรัมอายุ 3-6 ปี ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในแบบไป-กลับ 2. ครอบครัวเด็กออทิสติก

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM V ว่าเป็นโรคออทิสซึมสเปกตรัม อายุ 3-6 ปี และครอบครัวเด็กออทิสติกที่มารับบริการรักษาที่สถาบันราชานุกูล แผนกผู้ป่วยในแบบไป-กลับ จำนวน 40 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คู่ กลุ่มทดลอง 20 คู่ มีรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) เด็กออทิสติกต้องเป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM V ว่าเป็นโรคออทิสซึมสเปกตรัม อายุ 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) ครอบครัวเด็กออทิสติก คือ เป็นผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติกที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัว ประกอบด้วย ข้อมูลเด็ก ได้แก่ เพศ เกิดวันที่ เป็นบุตรคนที่ อายุ การวินิจฉัยครั้งแรกเมื่ออายุ สังเกตความผิดปกติครั้งแรกเมื่ออายุ ระบุอาการที่สังเกตพบความผิดปกติครั้งแรก การรักษาในปัจจุบัน และข้อมูลของครอบครัวเด็กออทิสติก ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเด็กออทิสติก เพศ อายุ ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้สถานภาพสมรส และจำนวนสมาชิกในบ้านทั้งหมด ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

1.2. แบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist) โดยผู้วิจัยนำมาจาก อัญชรส ทองเพชร (2560) จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ .87

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ การสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัว ประกอบด้วย

2.1. คู่มือการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัวสำหรับพยาบาล

2.2. คู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว

คู่มือทั้งสองชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ของการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัวและคู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัวได้ค่า CVI เท่ากับ 1

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย เพื่อประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก ประกอบด้วย การเสริมพัฒนาการด้านสังคม การเสริมพัฒนาการด้านภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมของครอบครัว ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ .88

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง มีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับอาการของเด็กออทิสติก การเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นของครอบครัวเด็กออทิสติก การสอนแนะ รวมถึงการขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ ถูกต้องและเป็นผู้มีความรู้ในการเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นของครอบครัวเด็กออทิสติกตาม แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) จัดทำแผนการดำเนินการศึกษาและจัดเตรียมเครื่องมือ เตรียมสถานที่สำหรับการทดลอง เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เตรียมกลุ่มตัวอย่างตาม ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาใน ครั้งนี้ จากนั้นนัดหมายวันเวลาและสถานที่ในการดำเนินงาน เตรียมครอบครัวในการใช้แบบ ประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ในขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการ พยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นสำหรับเด็กสำหรับครอบครัว ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ เกิดวันที่ เป็นบุตรคนที่ อายุ การวินิจฉัยครั้งแรกเมื่ออายุ สังเกตความผิดปกติครั้งแรกเมื่ออายุ ระบุอาการ ที่สังเกตพบความผิดปกติครั้งแรก การรักษาในปัจจุบัน และข้อมูลของครอบครัวเด็กออทิสติก

2. ผู้วิจัยให้ครอบครัวเด็กออทิสติกประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกในความดูแล ตามแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม

3. เด็กออทิสติกและครอบครัวจะได้รับการพยาบาลตามปกติโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยออทิสติก 1 หอผู้ป่วยออทิสติก 2 และศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชนากุล (คลองกุ่ม) สถาบัน ราชานุกูลเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ เกิดวันที่ เป็นบุตรคนที่ อายุ การวินิจฉัยครั้งแรกเมื่ออายุ สังเกตความผิดปกติครั้งแรกเมื่ออายุ ระบุอาการ ที่สังเกตพบความผิดปกติครั้งแรก การรักษาในปัจจุบัน และข้อมูลของครอบครัวเด็กออทิสติก

2. ผู้วิจัยให้ครอบครัวเด็กออทิสติกประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกในความดูแลตามแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยเด็กออทิสติกและครอบครัวจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นของครอบครัว 7 กิจกรรม รวม 6 สัปดาห์

การกำกับทดลอง

แบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเล่นดูเด็กออทิสติก เป็นแบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเล่นดูเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมในการวิจัย โดยให้ครอบครัวประเมินความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมหลังจากทำกิจกรรมตามโปรแกรมการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูสำหรับครอบครัวครบเสร็จในสัปดาห์ที่ 7 ในวันที่ 15 มีนาคม 2564 แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เวลา 09.00 น. – 10.30 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 10.30 น. – 12.00 น. กลุ่มที่ 3 เวลา 13.00 น. – 14.30 น. และ กลุ่มที่ 4 เวลา 14.30 น. – 16.00 น. กำหนดให้ครอบครัวปฏิบัติตามคู่มือการดูแลเด็กออทิสติกสำหรับครอบครัว ผลการประเมินพบว่า ครอบครัวทั้ง 20 ครอบครัว ได้ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยของความสามารถของครอบครัวในการเล่นดูเด็กออทิสติกผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด คือได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 70 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 100

เก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลก่อนทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pre-test)

ก่อนการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยนัดพบครอบครัวของเด็กออทิสติกเพื่อให้ครอบครัวประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกตามแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม โดยผู้วิจัยให้ความรู้และอธิบายวิธีประเมินอาการออทิสติกและให้ครอบครัวประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกทันทีและเก็บแบบประเมินหลังจากครอบครัวประเมินเรียบร้อยแล้ว

รวบรวมข้อมูลหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Post-test)

หลังเสร็จสิ้นการสอนแนะ ผู้วิจัยนัดพบครอบครัวของเด็กออทิสติกหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 6 สัปดาห์ โดยให้ครอบครัวได้ประเมินอาการออทิสติกตามแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม โดยนัดกลุ่มทดลองให้มาประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกหลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และสำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องโรคออทิสซึมสเปกตรัมและการดูแลเด็กออทิสติกพร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลเด็กออทิสติกสำหรับครอบครัวให้กลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัวของเด็กออทิสติก วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการของเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)
3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)
4. ทดสอบผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน

สรุปได้ว่าผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า การสอนแนะพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของครอบครัวมีผลทำให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนลดลงได้

อภิปรายผล

การศึกษาผลของผลของการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน สามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนหลังการได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวจะน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัด

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

ผลการวิจัยแสดงว่า อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนลดลงหลังจากได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากการสอนแนะเป็นกลวิธีในการสอนที่มีโครงสร้างอย่างเป็นระบบประกอบด้วย การประเมินวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งช่วยให้ครอบครัววิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงว่า ครอบครัวขาดความรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในส่วนใด นำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติในที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละครอบครัว มีการให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติด้วยวิดีโอคลิปทำให้ครอบครัวมีต้นแบบที่ถูกต้องในการปฏิบัติกิจกรรม ให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน ผู้วิจัยมีการติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือทบทวนสาธิตในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำและให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำจนกว่าจะปฏิบัติได้ ให้ครอบครัวได้ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมของตนเองทำให้ครอบครัวทราบว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัตินั้นๆได้ดีเพียงใดรวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนกลวิธีให้มีความเหมาะสมในแต่ละบุคคล (Girvin, 1999) ซึ่งการสอนแนะช่วยให้ครอบครัวมีการเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (ศิริจันทร์ ภัทรวีเชียร, 2547) เกิดการเรียนรู้เป็นลำดับขั้นตอน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536) และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม (Gracy, 2001) จากการศึกษาของสุภักดิ์ ทองคำมาก (2553) พบว่าการสอนแนะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาในระยะหลังคลอดส่งผลต่อน้ำหนักตัวและลดจำนวนครั้งของการเจ็บป่วยหลังจำหน่ายของทารกเกิดก่อนกำหนดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนพร ตรีสุนย์ (2558) พบว่าการสอนแนะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเด็กของมารดาเด็กวัยเตาะแตะโรคปอดอักเสบได้ จะเห็นได้ว่าครอบครัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนแนะทำให้ครอบครัวมีความรู้และมีความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง มีความมั่นใจในการปฏิบัติและสามารถใช้ความรู้ที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสมนำไปสู่อาการเด็กที่ดีขึ้นได้

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกโดยรวมทั้ง 4 ด้าน และคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกเป็นรายด้านทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วยด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร ด้านที่ 2 ด้านสังคม ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ และด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกน้อยกว่าก่อนได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่อาการออทิสติกของกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการออทิสติกน้อยกว่าก่อนการทดลองเนื่องจากการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวตามแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) และ กรอบแนวคิดอาการออทิสติกของ Rimland and Edelson (1999) เป็นกลวิธีในการสอนที่มีโครงสร้างอย่างเป็นระบบมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ครอบครัวมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัวและเด็กออทิสติก 2) การวางแผนการปฏิบัติ 3) การฝึกทดลองการปฏิบัติกิจกรรมตามแผน 4) การประเมินผลการปฏิบัติ โดยเน้นให้ครอบครัวประเมินวิเคราะห์พฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ส่งผลให้เด็กมีอาการออทิสติกเพิ่มขึ้น ทำให้ครอบครัวทราบถึงความสามารถในการปฏิบัติในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว ผู้วิจัยให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม อาการออทิสติก แนวทางการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ภาษา การดูแลเมื่อมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ และอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม และสาธิตการปฏิบัติการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนด้วยวิดีโอคลิปทำให้ครอบครัวมีความรู้ มีแนวปฏิบัติและต้นแบบที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ส่งเสริมให้ครอบครัววางแผนการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงกับบุคลหลานของตนเองและปฏิบัติตามแผนกับเด็กที่บ้าน ให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติด้วยตนเอง กระตุ้นให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนการเลี้ยงดูที่ส่งผลให้อาการเด็กดีขึ้นหรืออุปสรรคต่างๆในการเลี้ยงดูเด็กหลังจากครอบครัวนำกิจกรรมตามแผนกลับไปที่บ้าน ทำให้ครอบครัวได้เรียนรู้วิธีการเลี้ยงดูจากครอบครัวอื่นนำไปสู่การแก้ไขหรือจัดการปัญหาของตนเองได้ อีกทั้งครอบครัวก็จะได้รับกำลังใจจากสมาชิกท่านอื่น ทำให้เกิดพลังใจในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้ข้อมูลเชิงบวกและลบ และหากครอบครัวไม่สามารถทำได้ ผู้วิจัยทำการชี้แนะและสาธิตและให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำจนกว่าจะปฏิบัติได้ ทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ปฏิบัติได้จริง และสามารถใช้ความรู้ที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวให้เหมาะสม ครอบครัวมีความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ภาษา การดูแลเมื่อมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ และอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งผลให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลงได้

โดยกิจกรรมของการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว ประกอบด้วย 7 กิจกรรมตามแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) และกรอบแนวคิดอาการออทิสติกของ Rimland and Edelson (1999) สามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวให้เหมาะสม ให้ครอบครัวสามารถเสริมพัฒนาการด้านสังคม ภาษา ดูแลเมื่อมีอาการด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ และอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมได้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัวและเด็กออทิสติก การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัยและความร่วมมือที่ดีในการเข้าร่วมกิจกรรม เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัวและผู้วิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของไปรยา จิระอรุณ (2550) พบว่าการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับครอบครัวเด็กออทิสติก มีผลทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาและมีแนวทางในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม สาเหตุของการเกิดโรค พัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน อาการออทิสติก ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการของเด็กออทิสติก ผลกระทบของอาการออทิสติก เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเด็กออทิสติก ซึ่งการให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติ (วันเพ็ญ พุ่มเกตุ, 2551) กระตุ้นให้ครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงดูในบุตรหลานของตนเอง ส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถวิเคราะห์อาการออทิสติก พฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวไม่เหมาะสมที่ส่งผลให้เด็กออทิสติกมีอาการเพิ่มขึ้น และผลกระทบของอาการออทิสติกในบุตรหลานของตนเอง ทำให้ครอบครัววิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงว่า ครอบครัวขาดความรู้และความสามารถในการปฏิบัติในส่วนใดเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว

กิจกรรมที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านสังคม กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านภาษา กิจกรรมที่ 4 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ กิจกรรมที่ 5 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ในกิจกรรมส่วนของการวางแผนการปฏิบัตินั้นเป็นการให้ความรู้และสาธิตการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ด้านภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้/การรับรู้และอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้วยวีดิโอคลิป ทำให้ครอบครัวมีความรู้ มีแนวปฏิบัติและต้นแบบที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน กระตุ้นให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องเป็นการสนับสนุนครอบครัวในการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ครอบครัวได้วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงว่าครอบครัวขาดความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กในส่วนใด และกระตุ้นให้ครอบครัววางแผนการปฏิบัติและฝึกปฏิบัติกับบุตรหลานของตนเองตามแนวทางที่วางแผนไว้ ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติม ซึ่ง

ในขั้นตอนนี้จะช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวสนใจ กระตือรือร้นที่จะเรียนรู้และเห็นความสำคัญของการปฏิบัติ เพราะตรงกับความต้องการที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละครอบครัวอย่างแท้จริง (Grealish, 2000) และช่วยพัฒนาความรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัวนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้องและปฏิบัติได้จริง (Haas, 1992)

กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผน การส่งเสริมให้ครอบครัวเสริมพัฒนาการด้านสังคมและภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้/การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม กับบุตรหลานที่บ้านด้วยตนเองทุกวัน โดยครอบครัวมีคู่มือการดูแลเด็กออทิสติกสำหรับครอบครัวซึ่งสามารถใช้ทบทวนความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมสำหรับเด็กขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งเนื้อหาในคู่มือมีแนวทางการเลี้ยงดูเด็กที่ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติใช้และมีตัวอย่างการจัดกิจกรรมด้วยวิดีโอคลิป ทำให้ครอบครัวมีต้นแบบที่ถูกต้องและสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสำหรับเด็ก อีกทั้งยังมีแบบฝึกหัดซึ่งช่วยให้ครอบครัวได้วางแผนกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติกับเด็กในแต่ละสัปดาห์ ช่วยทำให้ครอบครัวได้ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้และสามารถประเมินผลการปฏิบัติของตนเองขณะปฏิบัติที่บ้าน ความร่วมมือและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กขณะทำกิจกรรม ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยมีการติดตามการปฏิบัติของครอบครัวทุกสัปดาห์ รวม 3 ครั้ง โดยกระตุ้นให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนการเลี้ยงดูที่ส่งผลให้อาการเด็กดีขึ้นหรืออุปสรรคต่างๆในการเลี้ยงดูเด็กหลังจากครอบครัวนำกิจกรรมตามแผนกลับไปที่บ้านทำให้ครอบครัวได้เรียนรู้วิธีการเลี้ยงดูจากครอบครัวอื่นนำไปสู่การแก้ไขหรือจัดการปัญหาของตนเองได้ อีกทั้งครอบครัวก็จะได้รับกำลังใจจากสมาชิกท่านอื่นทำให้เกิดพลังใจในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือทบทวนสถิติในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำ และให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำจนกว่าจะปฏิบัติได้ จะทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ปฏิบัติได้จริงและสามารถใช้ความรู้ที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาดังได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 7 ประเมินผลการปฏิบัติ กระตุ้นให้ครอบครัวประเมินผลตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติในการเสริมพัฒนาการด้านสังคมและภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้/การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ความร่วมมือและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเด็ก ปัญหา/อุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติ สิ่งที่ต้องปฏิบัติต่อเนื่อง ผู้วิจัยทบทวนความรู้ให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือสถิติในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำ และให้สมาชิกปฏิบัติซ้ำจนกว่าจะปฏิบัติได้ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม จะทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ปฏิบัติได้จริงและสามารถใช้ความรู้ที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาดังได้ด้วยตนเอง

เมื่อพิจารณาเนื้อหาของพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการออทิสติกเป็นรายด้าน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

อาการออทิสติกด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร มีคะแนนเฉลี่ย 13.35 ครอบครัวได้วิเคราะห์การเลี้ยงดูที่ส่งผลให้เด็กมีอาการด้านภาษาเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวเด็กออทิสติกว่า “บางทีคุณแม่ก็จะรู้ใจลูกมาก ว่าลูกต้องการอะไร เสริฟให้ทุกอย่างโดยที่ไม่ได้กระตุ้นให้ลูกพูด” หลังจากให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติการดูแลเด็กที่บ้าน และให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง พบว่า ครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมเสริมพัฒนาการด้านภาษาได้ตามแผน เช่น เด็กบางคนยังไม่พูดสื่อสาร ครอบครัวใช้เทคนิคคนวดกล้ามเนื้อรอบปาก ฝึกเคลื่อนไหวลิ้นโดยใช้แยมหรือขนมแฉ่ำมูมปาก สอนเป่า bubble ร้องเพลงวันเกิดและเป่าเค้ก เล่นกับเด็กและสอนเด็กออกเสียงตาม ทำให้เด็กเริ่มพูดได้เป็นคำ เด็กบางคนเริ่มพูดสื่อสารได้เป็นคำ ครอบครัวใช้เทคนิคเล่นกับเด็กหรือเล่านิทานให้ฟัง และเมื่อเด็กต้องการสิ่งใด ครอบครัวชี้ให้เด็กพูดตามเป็นคำ ทำให้เด็กสามารถพูดเป็นคำที่มีความหมายได้มากขึ้น บอกสิ่งที่ต้องการได้ เด็กบางคนพูดสื่อสารได้เป็นคำแต่ยังพูดโต้ตอบไม่ได้ ครอบครัวใช้เทคนิคเล่านิทาน เล่นเกมส์ ฝึกตั้งคำถามกับเด็ก ถ้าเด็กตอบไม่ได้ ครอบครัวพูดซ้ำๆ ใช้คำพูดสั้นๆ ง่ายๆ และสอนเด็กพูดโต้ตอบหรือพูดตาม ทำให้เด็กเริ่มพูดเป็นวลี หรือพูดเป็นประโยคง่ายๆ ได้

อาการออทิสติกด้านที่ 2 ด้านสังคม มีคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติก 15.55 ครอบครัวได้วิเคราะห์การเลี้ยงดูที่ส่งผลให้เด็กมีอาการด้านสังคมเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวเด็กออทิสติกว่า “ก่อนหน้านี้ลูกจะเล่นคนเดียว แล้วก็ให้ลูกเล่นโทรศัพท์ เพราะคิดว่าลูกอยู่หนึ่ง แล้วคุณแม่ก็ต้องทำงานไปด้วย ทำให้ลูกไม่สนใจใคร ไม่มีเพื่อนเล่น อยู่แต่กับตัวเอง ชอบอยู่ตามลำพัง เรียกก็ไม่ตอบสนอง” หลังจากให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติการดูแลเด็กที่บ้านและให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง พบว่า ครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมเสริมพัฒนาการด้านสังคมได้ตามแผน และปฏิบัติกิจกรรมกับเด็กหลากหลายขึ้น เช่น การเล่นกับเด็ก การเล่านิทาน การส่งเสริมให้เด็กได้ช่วยเหลือตนเองและทำงานบ้าน ทำให้เด็กอยู่ตามลำพังน้อยลง ตอบสนองต่อเสียงเรียก เลียนแบบท่าทางได้ ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัวมากขึ้น

อาการออทิสติกด้านที่ 3 ด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ มีคะแนนเฉลี่ย 13.95 ครอบครัวได้วิเคราะห์การเลี้ยงดูที่ส่งผลให้เด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ เพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวเด็กออทิสติกว่า “ก่อนหน้านี้คุณแม่ไม่ค่อยได้มีเวลาลูก อยู่อยู่แต่กับการทำงาน ลูกจะเล่นคนเดียว เล่นของเล่นก็ไม่เหมาะสม เช่น หมุนล้อรถ และชอบเอารถมาเรียงกัน หมกมุ่นกับตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว เวลาใครเรียกชื่อก็ไม่ค่อยตอบสนอง หลังจากให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติการดูแลเด็กที่บ้านและให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง พบว่า ครอบครัวพาเด็กทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น และเล่นร่วมกับเด็ก เช่น การเล่านิทาน การเล่นเกม การทำกิจกรรมศิลปะ การทำขนม การฝึกช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การกระตุ้น

ประสาธน์พัฒน์ทั้ง 5 ทำให้เด็กตอบสนองเมื่อเรียกชื่อ ตอบสนองต่อคำชม สามารถทำกิจกรรมได้หลากหลาย แต่งตัวได้เอง เล่นของเล่นได้เหมาะสม หมกมุ่นกับตัวเองน้อยลง

อาการออทิสติกด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 19.85 ครอบครัวได้วิเคราะห์การเลี้ยงดูที่ส่งผลให้เด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวเด็กออทิสติกดังนี้ “หลานชนมาก ไม่นิ่ง เดินไปมา แล้วจะดื้อต่อต้าน เวลาให้ทำอะไรก็จะร้อง ลงไปนอนดิ้น จนคุณยาย เครียด ไม่รู้จะทำอย่างไรแล้วเลยไม่ค่อยได้ทำกิจกรรมกับหลาน ได้แต่ปล่อยให้หลานชน วิ่งไปมา” หลังจากให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติการดูแลเด็กที่บ้าน และให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง พบว่า ครอบครัวสามารถดูแลเมื่อเด็กชน อยู่ไม่นิ่งได้ เช่น พาเด็กออกกำลังกายทุกวัน ทำกิจกรรมให้เด็กทำและส่งเสริมให้เด็กมีสมาธิขณะทำกิจกรรมและคอยกำกับเด็กแบบตัวต่อตัวจนกว่ากิจกรรมจะสำเร็จ ทำให้เด็กอยู่นิ่งและจดจ่อมากขึ้นขณะทำกิจกรรม ครอบครัวสามารถดูแลเมื่อเด็กดื้อต่อต้านได้ โดยครอบครัวสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ให้โมโหเมื่อเด็กดื้อ ลงไปนอนดิ้น ร้องงอแงได้ดีขึ้น แต่ยังมีโมโหบ้าง ครอบครัวใช้เทคนิคเพิกเฉยเมื่อเด็กร้องลงไปนอนดิ้น และเมื่อเด็กสงบจึงเบี่ยงเบนความสนใจ พาทำกิจกรรมตามเป้าหมาย ทำให้อาการดื้อต่อต้านของเด็กลดลง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Oono et al. (2013) ที่ได้ทำการศึกษาการบำบัดรักษาเด็กออทิสติกในระยะเริ่มต้น มุ่งเน้นการเสริมสร้างให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแล การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาจะช่วยให้เด็กออทิสติกมีอาการที่ดีขึ้นได้ และการศึกษาของสุชาวลีพันธ์พงษ์ (2561) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) ต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน โดยให้แต่ละครอบครัวแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องอาการออทิสติก การดูแลเด็กออทิสติกของแต่ละครอบครัว ให้ความรู้กับครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องโรคออทิสซึมสเปกตรัม แนวทางการดูแลโดยเน้นความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการออทิสติกที่เป็นปัญหาและเอื้ออำนวยให้มีทักษะในการจัดการกับอาการออทิสติก ให้ครอบครัวสามารถวางแผนการดูแลและจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้อย่างมั่นใจ มีความต่อเนื่องในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลงได้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับ

การพยาบาลตามปกติในรายด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า การสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนได้ เนื่องจากการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวให้เหมาะสมตามแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) และกรอบแนวคิดอาการออทิสติกของ Rimland and Edelson (1999) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวให้มีความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ภาษา การดูแลเมื่อมีมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ และอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม กิจกรรมในโปรแกรมมีทั้งหมด 7 กิจกรรม ส่งผลให้กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวได้รับการพัฒนาความสามารถและศักยภาพของตนเองดังที่ได้อธิบายไว้ในข้อ 1 นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับการพยาบาลตามปกติด้วย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการจัดอิทธิพลภายนอกที่ส่งผลต่ออาการออทิสติกโดยควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันโดยวิธีการจับคู่ (Matched-pair) ก่อนดำเนินการทดลองระหว่างเพศและอายุของเด็กออทิสติก เนื่องจากเพศและอายุส่งผลต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน (Szatmari et al., 2015) และระดับการศึกษาของครอบครัวออทิสติกซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว (โกศลจิต หลวงบำรุง, 2548; วนาลักษณ์ เมืองมลมนิรัตน์, 2547) ดังนั้น ผลการวิจัยที่พบจึงสามารถสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆตามขั้นตอนตามแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) และกรอบแนวคิดอาการออทิสติกของ Rimland and Edelson (1999) ที่มีการจัดกิจกรรมที่ทำให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้เป็นลำดับขั้นตอน สามารถใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ทำให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้จริง ซึ่งช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวให้เหมาะสม (วันเพ็ญ พุมเกตุ, 2551; สุภัค ทองคำมาก, 2553; สุนทรี มอญที้, 2554; พัฒนพร ตรีสุนย์, 2558) ทำให้ครอบครัวสามารถเสริมพัฒนาการด้านสังคม ภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมต่อเนื่องที่บ้านได้ ส่งผลให้อาการออทิสติกในด้านการใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ด้านสังคม ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมลดลง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกโดยรวมทั้ง 4 ด้าน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวและกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 62.70 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 69.70 เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกันพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และ

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกในรายด้านทั้ง 4 ด้านหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบดังต่อไปนี้ เนื่องจากปัจจัยการเปลี่ยนแปลงอาการออทิสติกหลักมาจากปัจจัยจากตัวเด็ก ได้แก่ ความผิดปกติของสมอง พัฒนาการล่าช้า เพศ และอายุ ซึ่งจะต้องบำบัดเด็กด้วยการเสริมพัฒนาการ การบำบัดจากทีมสหวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยา นักแก้ไขการพูด นักกิจกรรมบำบัดร่วมกับครอบครัวเป็นผู้บำบัดและต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง (Steinman et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ Roberts et al. (2011) ที่ได้ทำการศึกษาผลของการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่โรงพยาบาลร่วมกับการฝึกทักษะครอบครัว มุ่งเน้นการดูแลเมื่อเด็กมีปัญหาพฤติกรรม การส่งเสริมทักษะการเล่น และการฝึกการสื่อสารในเด็กออทิสติกอายุ 2.2 - 5 ปี พบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า ระยะเวลาในการบำบัด 1 ปี จึงส่งผลให้เด็กมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสารและด้านสังคม และการศึกษาของ Pfeiffer et al. (2011) ที่ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการบูรณาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ในเด็กออทิสติก พบว่า ควรมีการบำบัดต่อเนื่องในระยะเวลาที่มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป เด็กออทิสติกจึงจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ และจากการศึกษาของ Tonge, B. et al. (2014) ทำการศึกษาเพื่อมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีความรู้และทักษะในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็กออทิสติกและเสริมทักษะด้านการเข้าสังคม ทักษะด้านการสื่อสาร ภาษาและการเล่น พบว่า ระยะเวลาในการบำบัด 12 เดือน จึงจะส่งผลให้เด็กออทิสติกมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร ด้านสังคม และด้านปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์

การสอนแนะพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นโปรแกรมที่จัดกระทำต่อครอบครัวเด็กออทิสติกเน้นส่งเสริมพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของครอบครัวให้มีความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ภาษา การดูแลเมื่อมีอาการด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ และอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ไม่ได้จัดกระทำกับเด็กออทิสติก และใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 6 สัปดาห์ ประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกในสัปดาห์ที่ 12 ดังนั้นเพื่อลดอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน การบำบัดอาจจะต้องใช้ระยะเวลาบำบัดให้นานขึ้นอย่างน้อย 6 เดือน (Roberts et al., 2011; Pfeiffer et al., 2011; Tonge, B. et al., 2014) ประกอบกับในช่วงที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลและประเมินผลการวิจัยเป็นช่วงที่สถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระบาดหนัก เด็กจึงใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัวในบ้าน ครอบครัวไม่ได้พาเด็กไปเที่ยวในที่ต่างๆ เพื่อให้เด็กได้รับประสบการณ์ใหม่ๆรวมทั้งปรับตัวเข้ากับสังคม เด็กจึงยังไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นนอกเหนือจากสมาชิกในครอบครัว ยังไม่เล่นกับเพื่อน หลีกเลี่ยงการติดต่อกับคนอื่น ไม่สนใจว่าคนอื่นจะชอบตนเองหรือไม่ ไม่ให้ความร่วมมือและต่อต้านเมื่อต้องทำกิจกรรมร่วมกับเด็กและผู้อื่น ส่งผลให้อาการออทิสติกในด้านสังคมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการ

พยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาการออทิสติกทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์กัน เป็นเหตุเป็นผลของกันและกัน ดังเช่น เด็กออทิสติกมีอาการด้านสังคม คือ ยังไม่เล่นกับเพื่อน หลีกเลี่ยงการติดต่อกับคนอื่น ไม่ให้ความร่วมมือและต่อต้านเมื่อต้องทำกิจกรรมร่วมกับเด็กและผู้อื่น เด็กก็จะไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว หมกมุ่นกับตัวเอง แสดงถึงอาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ที่มากขึ้น (Prizant & Wetherby, 2005; Lane et al., 2010)

อีกทั้งกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ มีกิจกรรมพยาบาลที่ให้บริการดูแลแก่ครอบครัวเด็กออทิสติกทุกราย เน้นให้ครอบครัวสามารถเสริมพัฒนาการเด็กได้ขณะที่ครอบครัวพาเด็กมารับบริการที่หอผู้ป่วยในตามคู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี โดยพยาบาลประเมินความรู้เรื่องโรคออทิสซึมสเปกตรัม วางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของเด็กเกี่ยวกับการเสริมพัฒนาการและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ปฏิบัติการพยาบาลโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม พยาบาลเสริมพัฒนาการเด็กโดยครอบครัวเป็นผู้สังเกต และให้ครอบครัวปฏิบัติกับเด็กตามคู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี โดยพยาบาลเป็นผู้สังเกต ให้ข้อมูลชี้แนะเพิ่มเติมเมื่อครอบครัวปฏิบัติไม่ได้และให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำ ประเมินผลการสอนโดยพยาบาลสังเกตทักษะการเสริมพัฒนาการของครอบครัวขณะปฏิบัติกับเด็กในหอผู้ป่วยก็สามารถส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกโดยรวมทั้ง 4 ด้านลดลงได้ ส่งผลให้อาการออทิสติกหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันได้

ด้วยเหตุผลตามที่กล่าวมาทั้งหมดส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกโดยรวมทั้ง 4 ด้านและคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกรายด้านทั้ง 4 ด้านระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน

แต่เมื่อพิจารณาผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกในรายด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกโดยรวมทั้ง 4 ด้าน และผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกในรายด้านที่ 2 ด้านสังคม ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ และด้านที่ 4 ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบดังต่อไปนี้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอาการออทิสติกในด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษาของเด็กออทิสติกนั้นจะต้องมีผู้บำบัดที่ช่วยส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการด้านภาษาที่ดีขึ้น (Steinman et al., 2014) ซึ่งการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัวทำให้ครอบครัวกลุ่มทดลองมีความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านภาษากับเด็กที่บ้านได้

อย่างต่อเนื่องเปรียบเสมือนมีผู้บำบัดที่สามารถบำบัดเด็กได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน อีกทั้งการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นของครอบครัวมีคู่มือการดูแลเด็กออทิสติกสำหรับครอบครัว ซึ่งครอบครัวใช้คู่มือฯ ในการทบทวนความรู้ ความเข้าใจ และใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสำหรับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนซึ่งง่ายต่อการนำไปปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้าน โดยเฉพาะแนวทางการเสริมพัฒนาการด้านภาษา เช่น การสอนเด็กพูดสื่อสารในเด็กที่ยังไม่มีภาษาพูด การส่งเสริมให้เด็กพูดสื่อสารเมื่อเด็กต้องการสิ่งใดๆ การทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา ได้แก่ การใช้ดนตรีร่วมกับการร้องเพลงตามและเต้นประกอบท่าทาง การเล่นเกมส์ การเล่านิทานประกอบการทำกิจกรรม เป็นต้น และมีส่วนช่วยการจัดกิจกรรมด้วยวิธีโอคลิปทำให้ครอบครัวมีต้นแบบที่ถูกต้องและใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสำหรับเด็ก เช่น กิจกรรมเล่านิทานเรื่อง “กระตู่กระตือกระตือกระตือ” ซึ่งช่วยเสริมสร้างจินตนาการเด็ก ให้เด็กเข้าใจความหมายของคำและทำตามสั่งได้ ช่วยให้เด็กพูดคำศัพท์ต่างๆ ขณะผู้วิจัยเล่านิทานให้เด็กฟังได้ นอกจากนี้ในคู่มือฯ ยังมีแบบฝึกหัดซึ่งช่วยให้ครอบครัวได้วิเคราะห์ความสามารถของครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมการเสริมพัฒนาการด้านภาษาที่ยังไม่ได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ได้ นำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการเสริมพัฒนาการด้านภาษาตามแนวทางในคู่มือฯ และตัวอย่างการจัดกิจกรรมด้วยวิธีโอคลิป ทำให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้และสามารถประเมินผลการปฏิบัติของตนเองขณะปฏิบัติที่บ้านได้ ส่งผลให้ครอบครัวมีความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านภาษาดังที่ได้อธิบายไว้ในสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 แต่ครอบครัวเด็กออทิสติกในกลุ่มควบคุมไม่ได้ผ่านกระบวนการเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นของครอบครัวตามแนวคิดการสอนแนะส่งผลให้ครอบครัวเด็กออทิสติกในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติไม่สามารถดูแลอาการออทิสติกในด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษาของเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อนและหลังการทดลองในด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสารระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นของครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสรุปได้ว่าการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นของครอบครัวสามารถลดอาการออทิสติกในด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสารของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติ

สรุปได้ว่า การบำบัดรักษาพยาบาลเพื่อลดอาการออทิสติกต้องจัดกระทำกับปัจจัยหลักได้แก่ ปัจจัยจากตัวเด็กซึ่งบำบัดเด็กด้วยการเสริมพัฒนาการ และการบำบัดจากทีมสหวิชาชีพ อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ คือ ปัจจัยด้านครอบครัวซึ่งจะต้องส่งเสริมให้ครอบครัวมีพฤติกรรมการเล่นที่เหมาะสม ซึ่งการให้การพยาบาลโดยเน้นเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นของครอบครัวตามแนวคิดการสอนแนะเพื่อลดอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกในการวิจัยครั้งนี้เป็นกระบวนการวางแผนที่ชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติและคู่มือในการดำเนินการกับครอบครัวของเด็กออทิสติกเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัววางแผนการ

ดูแล ปฏิบัติกิจกรรมกับบุตรหลานของตนเองต่อเนื่องที่บ้านและประเมินผลการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ผู้สอนมีการติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้ข้อมูลเชิงบวกและลบ และหากครอบครัวไม่สามารถทำได้ ผู้สอนทำการชี้แนะและสาธิตจนกว่าจะปฏิบัติได้ ทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ปฏิบัติได้จริง และสามารถใช้ความรู้ที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว ให้มีความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ภาษา การดูแลเมื่อมีอาการด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ และอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ส่งผลให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลงได้

ดังนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างเต็มที่ควรนำการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวมาปฏิบัติเสริมจากการปฏิบัติการพยาบาลกับเด็กออทิสติกเพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้อาการออทิสติกของเด็กวัยก่อนเรียนลดลงได้

ข้อจำกัดงานวิจัย

ขณะที่ครอบครัวกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมารับบริการที่หอผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล ผู้วิจัยสังเกตเห็นว่า ครอบครัวกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคู่ที่ 5, 6, 7, 15 และ 17 มีการจับกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กออทิสติกกัน อาจส่งผลให้ความสามารถในการเลี้ยงดูของครอบครัวของกลุ่มควบคุมดีขึ้นจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงดูกับกลุ่มทดลอง (Contamination) ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ควรเกิดขึ้นในงานวิจัย ส่งผลต่อผลการทดลองทำให้กลุ่มควบคุมไม่ใช่กลุ่มควบคุมที่แท้จริง ผลการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงไม่แตกต่างกันได้ ส่งผลให้อาการออทิสติกหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันได้

ข้อเสนอแนะ

ผลของการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรนำคู่มือในโปรแกรมการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวมาปฏิบัติเสริมจากการปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติกในแผนกหอผู้ป่วยใน เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวให้เหมาะสม ครอบครัวมีความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ด้านภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม

ด้านการศึกษาต่อเนื่อง

ควรมีการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความสามารถในการเสริมสร้างพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวเด็กออทิสติกให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัย ติดตามผลลัพธ์ของการสอนแนะพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวในระยะยาวเพื่อติดตามประสิทธิผลของการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการลดความรุนแรงของอาการออทิสติกด้วยการจัดกระทำกับปัจจัยด้านตัวเด็กและปัจจัยด้านครอบครัวโดยใช้การสอนแนะเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวให้สามารถดูแลเด็กได้ต่อเนื่องที่บ้าน



บรรณานุกรม

- โกศลจิต หลวงบำรุง. (2548). พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กออทิสติกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 26: 9-27.
- งานเวชสถิติสถาบันราชานุกูล. (2561). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี. กรุงเทพมหานคร: สถาบันราชานุกูล.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2544). การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น.ในเอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2546). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเด็กออทิสติก. สำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลจิตเวช. โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. สมุทรปราการ: ช. แสงงามการพิมพ์.
- จิรวัดน์ ธนรพวงศ์. (2550). ปัจจัยทางสังคมในการทำนายพฤติกรรมดูแลเด็กของมารดาที่มีบุตรออทิสติก. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชวนันท์ ชาญศิลป์. (2561). ออทิสซึมสเปกตรัม. เชียงใหม่: หจก.เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ดวงใจ พันธภาค. (2553). ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพวรรณ หารรรษคุณาชัย, รวีวรรณ รุ่งไพรวัลย์, ชาศรียา อีเรนตร, อติศรีสุตา เฟื่องฟู, สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และ พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์. (2554). ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: บ. ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2560). แนวทางการดูแลออทิสติกแบบบูรณาการ. [Online]. Available URL: <http://www.happyhomeclinic.com/au22-autism-care.html>
- นรุตม์ แสงพรหมมา. (2558). ผลของพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. คณะ

พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทวิช สิทธีภิรัช, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันท์เวช, พนม เกตุมาน. (2559). จิตเวช ศิริราช DSM-5. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาสน์ไทย การพิมพ์.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวียง สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.

ไพบรียา จิระอรุณ. (2550). การศึกษาการใช้สัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลแผนกผู้ป่วยใน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัชรภรณ์ สิริธรรานนท์. (2558). ผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พุกฉิมพงษ์ เพชรรัตน์. (2552). การศึกษาพฤติกรรมซ้ำๆของนักเรียนออทิสติกอายุ 7-10 ปีในโรงเรียนศึกษาพิเศษ จากการใช้โปรแกรมปรับพฤติกรรมกิจกรรมการเคลื่อนไหวเสนอต่อ. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พัฒนพร ตรีสุนย์. (2558). ผลของโปรแกรมการสอนแนะมารดาต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเตาะแตะโรคปอดอักเสบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญแข ลิมศิลา. (2540). รวมเรื่องน่ารู้เกี่ยวกับออทิสซึม. สมุทรปราการ: ช แสงงามการพิมพ์.

เพ็ญแข ลิมศิลา. (2550). 40 ปี โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ 84 พรรษาพระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว 40 ปี โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ.

ภัทรภรณ์ พงษ์ปันคำ และ คณินิจ ไชยลังการณ. (2547). อุปสรรคและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลเด็กออทิสติก. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์. (2552). จิตเวชศาสตร์รวมฉบับดี. (พิมพ์ครั้งที่ 3 ed.). กรุงเทพฯ: ปิยอน เอ็นเตอร์ไพรส์.

รจนา สงวนดี. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วนาลักษณ์ เมืองมลณีรัตน์ และภัทราภรณ์ พุงคำปัน. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วันเพ็ญ บุญประกอบ และ อัมพล สุอำพัน. (2530). จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

วันเพ็ญ พุมเกตุ. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการสอนแนะต่อพฤติกรรมดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาวัยรุ่นแรกเกิด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร. (2547). ผลของโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันราชานุกูล. (2559). บริการของเรา:ข้อมูลหน่วยบริการ. แหล่งที่มา: <http://www.rajanukul.go.th/> (31 พฤษภาคม 2562).

สภาการพยาบาล. (2550). แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จดทอง จำกัด.

สุชาวลี พันธุ์พงษ์. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภัค ทองคำมาก. (2553). ผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาวดี ชุ่มจิตต์. (2547). การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลเด็กออทิ

สถิติของบิดามารดาโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.
 สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนน อมรวิวัฒน์ และคณะ. (2534). การอบรมเลี้ยงดูเด็กตามวิถีชีวิตไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1.
 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, รวีวรรณ รุ่งไพบรวัณ, ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, บานชื่น เบญจสุวรรณเทพ, อติศรีสุดา
 เฟื่องฟู, จริญญา จุฑาภิสิทธิ์ และคณะ. (2561). ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4.
 กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.

สุวรรณ วิษณุโยธิน, พัทธี คำวิไลศักดิ์, จรรยา จิระประดิษฐา, ผกาพรรณ เกียรติชูสกุล, ณรงค์ เอื้อ
 วิชาญแพทย์, จามรี ธีรกุลพิศาล และคณะ. (2556). ตำรากุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1. ขอนแก่น: หจก.
 โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

สุนทรี มอญทวี. (2554). ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อพฤติกรรมมารดาในการป้องกันภาวะตัว
เหลืองจากการได้รับนมมารดาไม่เพียงพอในทารกแรกเกิดครบกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.

อัญชญา วิชชพัฒนางกูร. (2558). ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่อง
ท้องทางนรีเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์.
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัญชรส ทองเพชร. (2560). ผลของการช่วยเหลือระยะแรกอย่างครอบคลุมแบบผู้ดูแลมีส่วนร่วมต่อ
ความรุนแรงของอาการในเด็กก้อทิสติกวัยก่อนเรียน. พยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปัตร์ สาขาการ
 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัญชรส ทองเพชร, จินตนา ยูนิพันธุ์, สุภาวดี ชุ่มจิตต์, & วรามิศร์ ไอสถานนท์. (2562). ผลของการ
 บำบัดทางการพยาบาลระยะแรกต่อความรุนแรงของอาการเด็กก้อทิสติกวัยก่อนเรียน. Thai
Journal of Nursing and Midwifery Practice 6(1): 19-35.

อัญนิษฐ์ ทองประเสริฐ. (2553). ผลของโปรแกรมกลุ่มในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเพื่อส่งเสริม
พัฒนาการทางสังคมเด็กก้อทิสติก: กรณีศึกษาผู้ดูแลเด็กของศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด

นครศรีธรรมราช.

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อรรณพ เล่าห์เรณู. (2551). ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก. (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิง.

อภิชาติ วังตระกูล. (2550). จิตลักษณะและสถานการณ์ของมารดาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอบรมเลี้ยงดูบุตรออทิสติก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2550). ช่วยลูกออทิสติก คู่มือสำหรับพ่อแม่ผู้ไม่ยอมแพ้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชันดำการพิมพ์.

อุทัยวรรณ โกสาเสนา. (2555). ผลของการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพัฒนาการด้านสังคมสติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อาริสรา ทองเหม และ ประพิมพ์ใจ เปี่ยมคุ้ม. (2560). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. วารสารวิจัยและพัฒนาการศึกษาพิเศษ 6(2).

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; P. 50-8.

Arellano A, Denne LD, Hastings RP, Hughes JC. (2017). Parenting sense of competence in mothers of children with autism: Associations with parental expectations and levels of family support needs. J Intellect Dev Dis; 1-7.

Benson, P. R. (2014). Coping and psychological adjustment among mothers of children with ASD: an accelerated longitudinal study. Journal of Autism and Developmental Disorders 44: 1793–1807

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman and company.

- Berliner, S. E., Moskowitz, L. J., Braconnier, M., & Chaplin, W. F. (2020). The role parental attributions and discipline in predicting child problem behavior preschoolers with and without autism spectrum disorder. Journal of Developmental and Physical Disabilities 32(5): 695-717.
- Beyer, J. & Gammeltoft, L. (2001). Autism and Play. 2nd. London and Philadelphia . Jessica Kings lay Publishers.
- Bloch, J. S., & Weinstein, J. D. (2009). Families of young children with autism. Social Work in Mental Health 8(1): 23–40.
- Bolte, S., Westerwald, E., Holtman, M., Freitag, C., & Poustka, F. (2010). Autistic Traits and Autism Spectrum Disorders: The Clinical Validity of Two Measures Presuming a Continuum of Social Communication Skills. J Autism Dev Disord. Germany: 66–72.
- Burns, N., and Grove, S.K.,. (2005). The practice of nursing research: Conduct, critique, & Utilization. 5th ed.. New York: W.B. Saunders.
- Chantayanon C. (2012). More than 3,000 autistic children outside the system advise how parents care.
- Clarke, E. B., & Spross, J.A. (1996). Expert coaching and guidance. In Hamric, A.B., Spross, J. A., & Hanson, C.M. (Eds.) Advanced nursing practice: An integrative approach, Philadelphia: W. B. Saunders.
- Connolly, M., & Gersch, I. (2013). A support group for parents of children on a waiting list for an assessment for autism spectrum disorder. Educational Psychology in Practice 29(3): 293-308.
- Drew, A., Baird, G., Baron-Cohen, S., Cox, A., Slonims, V., Wheelwright, S., ... & Charman, T. (2002). A pilot randomised control trial of a parent training intervention for pre-school children with autism. European child & adolescent psychiatry 11(6):

266-272.

- Ecker, C., Bookheimer, S. Y., & Murphy, D. G. (2015). Neuroimaging in autism spectrum disorder: brain structure and function across the lifespan. The Lancet Neurology 14(11): 1121-1134.
- Eigsti, Marchena, B. A., Schuh, M. J. & Kelley, K. (2010). Language acquisition in autism spectrum disorder : A developmental review. Department of Psychology, University of Connecticut, United States & Queen's University, Canada.
- Fields, M. A. (2006). Parenting children on the autistic spectrum: A survey of parents' perceived self-efficacy. The Wright Institute.
- Gadow, K. D., DeVincent, C. J., Pomeroy, J., & Azizian, A. (2004). Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinic and comparison samples. Journal of autism and developmental disorders 34(4): 379-393.
- Grealish, L. (2000). The skill of coach are an essential element in clinical Learning. Journal of Advance Nursing 13: 649-661.
- Girvin, J. (1999). Coaching for improving job performance and satisfaction. Nursing Times 95(50): 55-57.
- Gracy, K.M. (2001). Coaching a leadership skill for APN. Newborn and Infant Nursing Reviews 1(3): 176-180.
- Grove SK, Cipher D. (2017). Statistics for nursing research: A workbook for evidence-based practice. Saunders: St. Louis, MO.
- Hass, S.A. (1992). Coaching: Developing key players. Journal of Nursing Administration 22(6): 54-58.
- Helfer, R. E., and Wilson, A. L. (1982). The parent-infant relationship promoting a positive beginning through perinatal coaching. Pediatric Clinics of North America

29(2): 249-260.

Jensen, M.D., and Bobak, M.I. (1985). Maternity and gynecological care: The nurse and the family. 3rd ed. St. Louis: Mosby.

Jocelyn, L. J., Casiro, O. G., Beattie, D., Bow, J., & Kneisz, J. (1998). Treatment of children with autism: a randomized controlled trial to evaluate a caregiver-based intervention program in community day-care centers. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics.

Jull, S., & Mirenda, P. (2011). Parents as play date facilitators for preschoolers with autism. Journal of Positive Behavior Interventions 13(1): 17-30.

Kelly, A. B., Garnett, M. S., Attwood, T., & Peterson, C. (2008). Autism spectrum symptomatology in children: The impact of family and peer relationships. Journal of abnormal child psychology 36(7): 1069.

Lane, A. E., Young, R. L., Baker, A. E., & Angley, M. T. (2010). Sensory processing subtypes in autism: Association with adaptive behavior. Journal of autism and developmental disorders 40(1): 112-122.

Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R.A., Gift, A. G., and Suppe, F. (1997). The middle range theory of unpleasant symptom: an update. Advanced in Nursing Science 17(3): 1-13.

Lewis, F. M., and Zahlis, E. H. (1997). The nurse as coach: A conceptual framework for clinical practice. Oncology Nursing Forum 24: 1695-1702.

Locke, L. M., & Prinz, R. J. (2002). Measurement of parental discipline and nurturance. Clin. Psychol. Rev 22; 895-929.

Lord, C., & Risi, S. (2000). Diagnosis of autism spectrum disorder in young children. In A. M. Wetherby & B. M. Prizant (Eds.), Autism spectrum disorders: A transactional developmental perspective. Baltimore: Brookes.

- Mathew, N. E., Burton, K. L., Schierbeek, A., Črnčec, R., Walter, A., & Eapen, V. (2019). Parenting preschoolers with autism: Socioeconomic influences on wellbeing and sense of competence. World journal of psychiatry 9(2): 30.
- Matson, J. L., & Nebel-Schwalm, M. S. (2007). Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: An overview. Research in developmental disabilities 28(4): 341-352.
- Matson, M. L., Mahan, S., & Matson, J. L. (2009). Parent training: A review of methods for children with autism spectrum disorders. Research in Autism Spectrum Disorders, 3(4), 868-875.
- McRae, E. M., Stoppelbein, L., O'Kelley, S. E., Fite, P., & Greening, L. (2019). Predicting child behavior: A comparative analysis between autism spectrum disorder and attention deficit/hyperactivity disorder. Journal of Child and Family Studies 28(6): 668-683.
- Miller, J. F. (2000). Coping with chronic illness: overcoming powerlessness (2nd ed.). Philadelphia: Davis.
- Mundy, P., Sigman, M., & Kasari, C. (1990). A longitudinal study of joint attention and language development in autistic children. Journal of Autism and Developmental Disorders 20: 115-128.
- Nunnally, J. C. (1975). Psychometric theory—25 years ago and now. Educational Researcher 4(10): 7-21.
- Oberst, M. T., Hughes, S. H., Chang, A. S., McCubbin, & M. A. (1991). Self-care burden, stress appraisal, and mood among persons receiving radiotherapy. Cancer Nursing 14(2): 71-78.
- Oliver, J. W., Kravitz, R. L., Kaplan, S. H., & Meyers, F. J. (2001). Individualized patient education and coaching to improve pain control among cancer outpatients.

Journal of Clinical Oncology 19(7): 2206-2212.

Oono, I. P., Honey, E. J., & McConachie, H. (2013). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal 8(6): 2380-2479.

Pajareya, K., & Nopmaneejumrulers, K. (2011). A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. Autism 15(5): 563-577.

Pfeiffer, B. A., Koenig, K., Kinnealey, M., Sheppard, M., & Henderson, L. (2011). Effectiveness of sensory integration interventions in children with autism spectrum disorders: A pilot study. American Journal of Occupational Therapy 65(1): 76-85.

Piamjariyakul, U., Smith, E.C., Russell, C., and Werkowitch, W. (2013). The feasibility of tele phone coaching program on heart failure home management for family caregiver. Heart&Lung 42: 32-39.

Pickles, A., Anderson, D. K., & Lord, C. (2014). Heterogeneity and plasticity in the development of language: A 17-year follow-up of children referred early for possible autism. Journal of Child Psychology and Psychiatry 55: 1354–1362.

Prizant B. M. & Wetherby A. M. (2005) Critical issues in enhancing communication abilities for persons with autism spectrum disorders. In: Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, (3rd edn. Vol. 2. Assessment, Interventions and Policy) (eds F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen), pp. 925–45. Wiley, Hoboken, NJ.

Redcay E, Courchesne E. (2008). Deviant functional magnetic resonance imaging patterns of brain activity to speech in 2–3-year-old children with autism spectrum disorder. Biol Psychiatry 64: 589–98.

- Rimland, B., & Edelson, S. (1999). Autism Research Institute. Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC).
- Roberts, J., Williams, K., Carter, M., Evans, D., Parmenter, T., Silove, N., ... & Warren, A. (2011). A randomised controlled trial of two early intervention programs for young children with autism: Centre-based with parent program and home-based. Research in Autism Spectrum Disorders 5(4): 1553-1566.
- Royeyers H, Warreyn P. (2010). Parenting in Families with a Child with Autism Spectrum Disorder and a Typically Developing Child: Mother's Experiences and Cognitions. Research in Autism Spectrum Disorders 4: 661-669.
- Schopler, E., Reichler, R. J., DeVellis, R. F., & Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). Journal of Autism and Developmental Disorders 10(1):91-103.
- Sigman, M., & Ruskin, E. (1999). Social competence in children with autism, Down syndrome and developmental delays: A longitudinal study. Monographs of the Society for Research in Child Development, 64.
- Smith, S. R. and Jaffe, D. M., (2006). Asthma coaching in the Pediatric emergency department. Acad Emerg Med 13(8): 875-879.
- Spross, J.A., Clarke, E.B., & Beauregard, J. (2001). Expert coaching and guidance. In Hamric, A.B.
- Stillman, W. (2009). Empowered autism parenting: celebrating (and defending) your child's place in the world. San Francisco: Jossey Bass.
- Stuart, G. W., & Sundeen, J. S. (1983). Principle and practice of psychiatric nursing. London: The C.V. Mosby.
- Szatmari, P., Georgiades, S., Duku, E., Bennett, T. A., Bryson, S., Fombonne, E., ... & Volden, J. (2015). Developmental trajectories of symptom severity and adaptive

- functioning in an inception cohort of preschool children with autism spectrum disorder. JAMA psychiatry 72(3): 276-283.
- Tarbox, J., Dixon, D., Sturmey, P., & Matson, J. (2014). Handbook of early intervention for autism spectrum disorders. Springer New York.
- Thurm, A., Lord, C., Lee, L. C., & Newschaffer, C. (2007). Predictors of language acquisition in preschool children with autism spectrum disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders 37(9): 1721-1734.
- Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A., & Rinehart, N. J. (2014). A randomised group comparison controlled trial of 'preschoolers with autism': A parent education and skills training intervention for young children with autistic disorder. Autism 18(2): 166-177.
- Vidya Bhushan Gupta. (2004). Autistic Spectrum Disorders in Children. New York: Marcel dekker.
- Yoder, P., Stone, W. L., Walden, T., & Malesa, E. (2009). Predicting social impairment and ASD diagnosis in younger siblings of children with autism spectrum disorder. Journal of autism and developmental disorders 39(10): 1381-1391.
- Wikie, D. J., Williams, A. R., Grevstad, R., and Mekwa, J. (1995). Coaching persons with lung cancer to report sensory pain. Cancer Nursing 18: 7-15.
- World Health Organization. (2013). Autism spectrum disorders. Italy : WHO.
- World Health Organization. (2013). End preventable Child Deaths from Pneumonia and Diarrhoea by 2025 The integrated Global Action Plan for Pneumonia and Diarrhoea. Geneva.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. แพทย์จันทร์อาภา สุขทรัพย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น) สถาบันราชานุกูล
2. นางสุภาวดี ชุ่มจิตต์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง อาจารย์หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลขั้นสูง ระดับวุฒิปัตร์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (หลักสูตรร่วมระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และ โรงพยาบาลยุวประสาท ไวทยูปถัมภ์)
3. นางสาววิมล เนติวิธวรกุล	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
4. นางอัญชลี ทองเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สถาบันราชานุกูล
5. นายโสภณ สวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันราชานุกูล



การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2553)

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

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัว

$$CVI = \frac{12}{14} = 0.86$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist)

$$CVI = \frac{67}{77} = 0.87$$

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของคู่มือการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวสำหรับพยาบาล

$$CVI = \frac{43}{48} = 0.9$$

4. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของคู่มือการดูแลเด็กออทิสติกสำหรับครอบครัว

$$CVI = \frac{1}{1} = 1$$

5. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก

$$CVI = \frac{61}{69} = 0.88$$

การตรวจสอบความเที่ยง

1. แบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist)

จากการใช้โปรแกรม SPSS

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

_RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics



Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation
อาการด้านภาษาข้อ 1	30	.47	.629
อาการด้านภาษาข้อ2	30	.87	.571
อาการด้านภาษาข้อ3	30	.80	.484
อาการด้านภาษาข้อ4	30	.87	.776
อาการด้านภาษาข้อ5	30	1.03	.928
อาการด้านภาษาข้อ6	30	1.30	.877
อาการด้านภาษาข้อ7	30	1.03	.850
อาการด้านภาษาข้อ8	30	1.57	.679
อาการด้านภาษาข้อ9	30	1.03	.718
อาการด้านภาษาข้อ10	30	1.63	.556
อาการด้านภาษาข้อ11	30	1.63	.490
อาการด้านภาษาข้อ12	30	1.53	.629
อาการด้านภาษาข้อ13	30	1.63	.556
อาการด้านภาษาข้อ14	30	1.60	.675
อาการด้านสังคมข้อ1	30	.73	.450
อาการด้านสังคมข้อ2	30	.83	.531
อาการด้านสังคมข้อ3	30	1.00	.455
อาการด้านสังคมข้อ4	30	.97	.490

อาการด้านสังคมข้อ5	30	.83	.592
อาการด้านสังคมข้อ6	30	.73	.691
อาการด้านสังคมข้อ7	30	.47	.629
อาการด้านสังคมข้อ8	30	.57	.679
อาการด้านสังคมข้อ9	30	.63	.669
อาการด้านสังคมข้อ10	30	.70	.702
อาการด้านสังคมข้อ11	30	.73	.640
อาการด้านสังคมข้อ12	30	.70	.535
อาการด้านสังคมข้อ13	30	.67	.711
อาการด้านสังคมข้อ14	30	.87	.434
อาการด้านสังคมข้อ15	30	.57	.626
อาการด้านสังคมข้อ16	30	.77	.626
อาการด้านสังคมข้อ17	30	.37	.669
อาการด้านสังคมข้อ18	30	.83	.648
อาการด้านสังคมข้อ19	30	1.00	.788
อาการด้านสังคมข้อ20	30	.63	.718
อาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ข้อ 1	30	.67	.606
อาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ข้อ2	30	.67	.547
อาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ข้อ3	30	.53	.571
อาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ข้อ4	30	.43	.679
อาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ข้อ5	30	1.03	.669
อาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ข้อ6	30	.87	.434
อาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ข้อ7	30	.73	.521
อาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ข้อ8	30	1.03	.615
อาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ข้อ9	30	1.00	.455
อาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ข้อ10	30	.70	.535
อาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ข้อ11	30	1.00	.525
อาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ข้อ12	30	.97	.490
อาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ข้อ13	30	1.07	.521
อาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ข้อ14	30	1.10	.662
อาการด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ข้อ15	30	.70	.535

อาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ข้อ16	30	.70	.596
อาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ข้อ17	30	.73	.521
อาการด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ข้อ18	30	1.03	.556
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ 1	30	.57	.679
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ2	30	1.03	.809
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ3	30	1.07	.828
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ4	30	.20	.407
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ5	30	.70	.794
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ6	30	.63	.615
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ7	30	.80	.610
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ8	30	1.00	.743
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ9	30	1.37	.556
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ10	30	.63	.615
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ11	30	.43	.626
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ12	30	.60	.621
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ13	30	.57	.568
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ14	30	1.13	.681
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ15	30	.57	.504
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ16	30	.37	.556
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ17	30	.13	.434
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ18	30	.70	.702
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ19	30	1.07	.583
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ20	30	.77	.626
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ21	30	1.00	.587
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ22	30	1.20	.664
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ23	30	.73	.691
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ24	30	.77	.679
อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมข้อ25	30	.60	.563
Valid N (listwise)	30		

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.923	77

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

ค่าความเที่ยงในด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.916	14

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

ค่าความเที่ยงในด้านที่ 2 ด้านสังคม

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.885	20

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

ค่าความเที่ยงในด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.858	18

ค่าความเที่ยงในด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.788	25

2. แบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก

จากการใช้โปรแกรม SPSS

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

_RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

Descriptive Statistics			
	N	Mean	Std. Deviation
เสริมพัฒนาด้านสังคม1	30	2.80	.407
เสริมพัฒนาด้านสังคม2	30	2.63	.490
เสริมพัฒนาด้านสังคม3	30	2.40	.675
เสริมพัฒนาด้านสังคม4	30	1.97	1.098
เสริมพัฒนาด้านสังคม5	30	2.73	.450
เสริมพัฒนาด้านสังคม6	30	2.47	.819
เสริมพัฒนาด้านสังคม7	30	2.13	.860
เสริมพัฒนาด้านสังคม8	30	1.93	.868
เสริมพัฒนาด้านสังคม9	30	2.30	.794
เสริมพัฒนาด้านสังคม10	30	1.43	1.104
เสริมพัฒนาด้านสังคม11	30	1.37	1.033
เสริมพัฒนาด้านภาษา1	30	2.27	.785
เสริมพัฒนาด้านภาษา2	30	2.03	.928
เสริมพัฒนาด้านภาษา3	30	2.47	.819
เสริมพัฒนาด้านภาษา4	30	2.37	.928
เสริมพัฒนาด้านภาษา5	30	2.43	.817
เสริมพัฒนาด้านภาษา6	30	1.90	.995
เสริมพัฒนาด้านภาษา7	30	2.03	.999
การรับประทานอาหารค่อนข้างจำกัด1	30	2.43	.679
การรับประทานอาหารค่อนข้างจำกัด2	30	1.83	.913
การรับประทานอาหารค่อนข้างจำกัด3	30	1.80	.887
การรับประทานอาหารค่อนข้างจำกัด4	30	1.53	1.167
การรับประทานอาหารค่อนข้างจำกัด5	30	2.83	.592
การดูแลเด็กไม่นิ่ง1	30	2.73	.450
การดูแลเด็กไม่นิ่ง2	30	2.27	.640
การดูแลเด็กไม่นิ่ง3	30	2.60	.498
การดูแลเด็กไม่นิ่ง4	30	2.30	.702
การดูแลเด็กไม่นิ่ง5	30	1.73	1.230
การดูแลเด็กไม่นิ่ง6	30	2.27	.640
การดูแลเด็กไม่นิ่ง7	30	1.70	1.119
การดูแลเด็กไม่นิ่ง8	30	2.40	.814
การดูแลเด็กไม่นิ่ง9	30	2.43	.568
การดูแลเด็กไม่นิ่ง10	30	2.63	.556
การดูแลเมื่อเด็กมีการเคลื่อนไหวช้าๆ1	30	2.27	1.413
การดูแลเมื่อเด็กมีการเคลื่อนไหวช้าๆ2	30	2.37	1.351
การดูแลเมื่อเด็กมีการเคลื่อนไหวช้าๆ3	30	2.67	1.061
การดูแลเมื่อเด็กมีการเคลื่อนไหวช้าๆ4	30	2.93	.740

การดูแลเมื่อเด็กมีการเคลื่อนไหวช้าๆ5	30	2.40	1.303
การดูแลเมื่อเด็กมีการเคลื่อนไหวช้าๆ6	30	2.73	1.081
การดูแลเมื่อเด็กก้าวร้าว1	30	2.57	1.135
การดูแลเมื่อเด็กก้าวร้าว2	30	2.57	1.135
การดูแลเมื่อเด็กก้าวร้าว3	30	2.67	.802
การดูแลเมื่อเด็กก้าวร้าว4	30	2.80	.761
การดูแลเมื่อเด็กก้าวร้าว5	30	2.37	1.351
การดูแลเมื่อเด็กก้าวร้าว6	30	2.70	1.055
การดูแลเมื่อเด็กก้าวร้าว7	30	2.90	.845
การดูแลเมื่อเด็กก้าวร้าว8	30	2.77	.898
การดูแลเมื่อเด็กก้าวร้าว9	30	2.13	1.408
การดูแลเมื่อเด็กก้าวร้าว10	30	2.80	.997
การดูแลเมื่อเด็กก้าวร้าว11	30	3.03	.615
การดูแลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมต่อต้าน1	30	2.53	.937
การดูแลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมต่อต้าน2	30	2.80	.664
การดูแลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมต่อต้าน3	30	2.73	.640
การดูแลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมต่อต้าน4	30	2.67	.922
การดูแลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมต่อต้าน5	30	3.00	.455
การดูแลเมื่อเด็กมีปัญหาการนอน1	28	1.89	1.449
การดูแลเมื่อเด็กมีปัญหาการนอน2	28	1.96	1.401
การดูแลเมื่อเด็กมีปัญหาการนอน3	28	2.82	.612
การดูแลเมื่อเด็กมีปัญหาการนอน4	28	2.50	.745
การดูแลเมื่อเด็กมีปัญหาการนอน5	28	3.00	.471
การฝึกเด็กขับถ่าย1	30	2.40	.814
การฝึกเด็กขับถ่าย2	30	2.23	.898
การฝึกเด็กขับถ่าย3	30	.97	1.066
การฝึกเด็กขับถ่าย4	30	2.30	1.022
การฝึกเด็กขับถ่าย5	30	2.37	.928
การดูแลเมื่อเด็กมีอาการวิตกกังวลหรือหวาดกลัว1	30	2.27	1.337
การดูแลเมื่อเด็กมีอาการวิตกกังวลหรือหวาดกลัว2	30	2.40	1.192
การดูแลเมื่อเด็กมีอาการวิตกกังวลหรือหวาดกลัว3	30	2.53	.937
การดูแลเมื่อเด็กมีอาการวิตกกังวลหรือหวาดกลัว4	30	2.47	1.196
การดูแลเมื่อเด็กมีอาการวิตกกังวลหรือหวาดกลัว5	30	2.80	.805
การดูแลเมื่อเด็กมีอาการวิตกกังวลหรือหวาดกลัว6	30	2.50	1.196
การดูแลเด็กไม่กลัวสิ่งที่เป็นอันตราย1	30	2.90	.403

การดูแลเด็กไม่กลัวสิ่งที่เป็นอันตราย2	30	2.83	.461
การดูแลเด็กไม่กลัวสิ่งที่เป็นอันตราย3	30	2.73	.583
การดูแลเด็กไม่กลัวสิ่งที่เป็นอันตราย4	30	2.33	.758
การดูแลเด็กซัก1	29	3.90	.310
การดูแลเด็กซัก2	29	3.79	.774
การดูแลเด็กซัก3	29	3.86	.441
การดูแลเด็กซัก4	29	3.90	.310
การดูแลเด็กซัก5	29	3.90	.310
การดูแลเด็กซัก6	29	3.90	.310
การดูแลเด็กซัก7	29	3.86	.441
การดูแลเด็กซัก8	29	3.90	.310
การดูแลเมื่อเด็กท้องผูก1	24	2.67	1.007
การดูแลเมื่อเด็กท้องผูก2	22	2.59	.959
การดูแลเมื่อเด็กท้องผูก3	22	2.59	.796
การดูแลเมื่อเด็กท้องผูก4	22	2.86	.468
การดูแลเมื่อเด็กท้องผูก5	22	2.95	.375
การดูแลเมื่อเด็กท้องผูก6	22	2.23	.973
การดูแลเมื่อเด็กท้องผูก7	21	1.29	1.347
การดูแลเมื่อเด็กท้องเสีย1	19	2.68	1.336
การดูแลเมื่อเด็กท้องเสีย2	19	2.68	1.336
การดูแลเมื่อเด็กท้องเสีย3	19	3.16	.602
การดูแลเมื่อเด็กท้องเสีย4	19	3.16	.602
Valid N (listwise)	17		

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	17	56.7
Excluded ^a	13	43.3
Total	30	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.896	.895	94



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัว

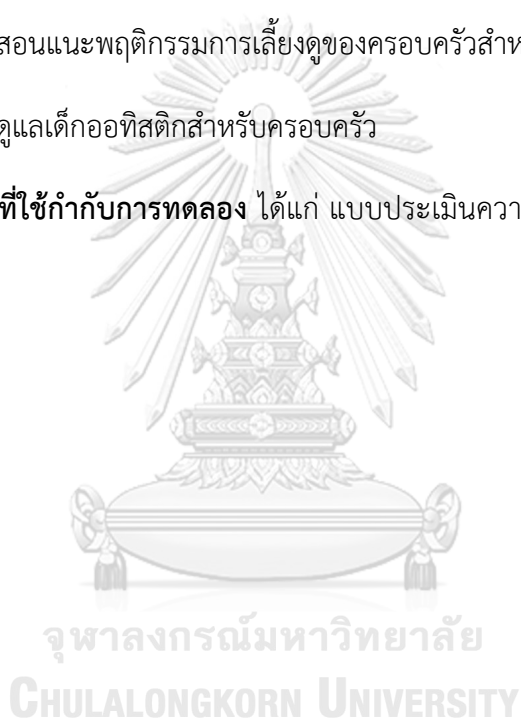
1.2 แบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง

2.1 คู่มือการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัวสำหรับพยาบาล

2.2 คู่มือการดูแลเด็กออทิสติกสำหรับครอบครัว

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเล่นดูเด็กออทิสติก



1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัว

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับเด็กและตัวท่านให้มากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. เกิดวันที่.....เดือน.....ปี.....
3. เป็นบุตรคนที่ (ระบุ)ในจำนวน (ระบุ)คน
4. อายุ (ระบุ)ปีเดือน.....
5. การวินิจฉัยครั้งแรก อายุ (ระบุ)ปีเดือน.....
สังเกตความผิดปกติครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี.....เดือน.....
ระบุอาการ.....
6. การรักษาในปัจจุบัน

หมายเหตุ:

ความสม่ำเสมอในการรักษา หมายถึง เด็กได้รับการบำบัดต่อเนื่องเป็นประจำตามที่สหวิชาชีพนัดเด็กมารับบริการ เช่น นัดทุกเดือน หรือทุกสัปดาห์

ความไม่สม่ำเสมอในการรักษา หมายถึง เด็กได้รับการบำบัด แต่ไม่ได้ไปต่อเนื่องตามที่สหวิชาชีพได้ระบุไว้

การพยาบาลตามปกติ

ประเภทของการรักษาที่ได้รับ	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ระยะเวลาที่ บำบัดครั้ง แรก- ปัจจุบัน	ความสม่ำเสมอ ในการรับการรักษา	
				สม่ำเสมอ	ไม่ สม่ำเสมอ
1. ฝึกพูด		ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ส่งเสริมพัฒนาการ		ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. กิจกรรมบำบัด		ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. HEG (Hem encephalography)		ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ดนตรีบำบัด		ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. สุขภาพจิตศึกษาจากพยาบาล เรื่อง		ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....ปี.....เดือน		
.....ปี.....เดือน		
.....ปี.....เดือน		
7. การบำบัดอื่นๆ คือ		ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. การได้รับยา (ระบุชื่อยา)		ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและครอบครัว

1. ความสัมพันธ์ของผู้ตอบแบบสอบถามกับเด็ก

<input type="checkbox"/> บิดา	<input type="checkbox"/> มารดา	<input type="checkbox"/> ปู่/ย่า
<input type="checkbox"/> ตา/ยาย	<input type="checkbox"/> ลุง/ป้า	<input type="checkbox"/> น้ำ/อา
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....		
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. อายุ.....ปี
4. ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก

<input type="checkbox"/> 1-2 ปี	<input type="checkbox"/> 2-3 ปี	<input type="checkbox"/> 3-4 ปี	<input type="checkbox"/> 4-5 ปี	<input type="checkbox"/> 5-6 ปี
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------
5. ระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถาม

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
<input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ปวส.	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	
6. อาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม

<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
7. รายได้ของผู้ตอบแบบสอบถาม

<input type="checkbox"/> 5,000 บาท หรือต่ำกว่า	<input type="checkbox"/> 5,001 – 10,000 บาท
<input type="checkbox"/> 10,001 – 20,000 บาท	<input type="checkbox"/> 20,001 บาท ขึ้นไป
8. สถานภาพสมรสของผู้ตอบแบบสอบถาม

<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
------------------------------	--
9. จำนวนสมาชิกในบ้านทั้งหมด ระบุ.....คน

เด็ก.....คน	ผู้ใหญ่.....คน
-------------	----------------

1.2 แบบประเมินอาการอติสติกของโรคอติสซิม

คำชี้แจง ข้อคำถามในแบบประเมินนี้เป็นข้อคำถามที่ต้องการทราบถึงผลการรักษาเด็กอติสติก

แบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 77 ข้อโดยประเมินจากพัฒนาการของเด็กและความรุนแรงของโรค ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านให้มากที่สุด กรุณาตอบคำถามในแต่ละข้อต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ☒ ลงบนข้อที่อธิบายได้ตรงกับลักษณะของเด็กมากที่สุด

ลักษณะคำตอบด้านที่ 1

ไม่จริง หมายถึง เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับตัวเด็กเลย

จริงบ้าง หมายถึง เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับตัวเด็กบ้าง

จริงมาก หมายถึง เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับตัวเด็กมาก

ด้านที่ 1 การพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร			
ข้อความ	ไม่จริง	จริงบ้าง	จริงมาก
1. รู้จักชื่อของตนเอง			
2. ตอบสนองต่อคำสั่งว่า “ไม่ ” หรือ “หยุด”			
3.....			
4.....			
5.....			
6.....			
7.....			
8.....			
9.....			
10.....			

ด้านที่ 1 การพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร			
ข้อความ	ไม่จริง	จริงบ้าง	จริงมาก
11.....			
12.....			
13.....			
14. สามารถติดต่อสื่อสารได้ตามวัย			

ลักษณะคำตอบด้านที่ 2 และ 3

ไม่มีลักษณะดังกล่าว หมายถึง เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับลักษณะของเด็กเลย

มีลักษณะดังกล่าวบ้าง หมายถึง เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับลักษณะของเด็กบ้าง

มีลักษณะดังกล่าวมาก หมายถึง เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับลักษณะของเด็กมาก

ด้านที่ 2 ด้านสังคม			
ข้อความ	ไม่มีลักษณะดังกล่าว	มีลักษณะดังกล่าวบ้าง	มีลักษณะดังกล่าวมาก
1. มีโลกส่วนตัวเหมือนกับอยู่ในเปลือกหอย คุณไม่สามารถเข้าถึงได้			
2. ไม่สนใจใคร			
3.....			
4.....			
5.....			

ด้านที่ 2 ด้านสังคม			
ข้อความ	ไม่มี ลักษณะ ดังกล่าว	มีลักษณะ ดังกล่าว บ้าง	มีลักษณะ ดังกล่าว มาก
6.....			
7.....			
8.....			
9.....			
10.....			
11.....			
12.....			
13.....			
14.....			
15.....			
16.....			
17.....			
18.....			
19.....			
20. ไม่มีท่าทีเสียใจเมื่อผู้เลี้ยงดูหลักจะไป			

ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับรู้สีก/การรับรู้			
ข้อความ	ไม่มี ลักษณะ ดังกล่าว	มีลักษณะ ดังกล่าว บ้าง	มีลักษณะ ดังกล่าว มาก
1. ตอบสนองเมื่อเรียกชื่อ			
2. ตอบสนองต่อคำชม			
3.....			
4.....			
5.....			
6.....			
7.....			
8.....			
9.....			
10.....			
11.....			
12.....			
13.....			
14.....			
15.....			
16.....			
17.....			
18. มองสิ่งที่คนอื่นกำลังมอง			

ลักษณะคำตอบด้านที่ 4

ไม่มีลักษณะดังกล่าว หมายถึง เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับลักษณะของเด็กเลย

มีลักษณะดังกล่าวบ้าง หมายถึง เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับลักษณะของเด็กบ้าง

มีลักษณะดังกล่าวมาก หมายถึง เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับลักษณะของเด็กมาก

ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม			
ข้อความ	ไม่มี ลักษณะ ดังกล่าว	มีลักษณะ ดังกล่าว บ้าง	มี ลักษณะ ดังกล่าว มาก
1. ปัสสาวะรดที่นอน			
2. ปัสสาวะรดกางเกงหรือผ้าอ้อม			
3.....			
4.....			
5.....			
6.....			
7.....			
8.....			
9.....			
10.....			
11.....			
12.....			
13.....			
14.....			
15.....			
16.....			

ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม			
ข้อความ	ไม่มี ลักษณะ ดังกล่าว	มีลักษณะ ดังกล่าว บ้าง	มี ลักษณะ ดังกล่าว มาก
17.....			
18.....			
19.....			
20.....			
21.....			
22.....			
23.....			
24.....			
25. มีการเคลื่อนไหวช้าๆ เช่น สะบัดมือ			

2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง

2.1 คู่มือการสอนแนะพฤติกรรมเลี้ยงดูของครอบครัวสำหรับพยาบาล

คู่มือการสอนแนะพฤติกรรมเลี้ยงดู ของครอบครัวสำหรับพยาบาล



จัดทำโดย

นางสาวณัฐธิดา ทิพาโต

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

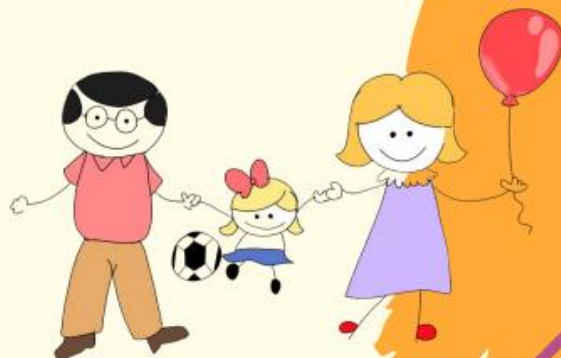
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.2 คู่มือการดูแลเด็กออทิสติกสำหรับครอบครัว

คู่มือการดูแลเด็ก ออทิสติกสำหรับ ครอบครัว



นางสาวณัฐริรา ทิวาโต
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิสา สุขตระกูล
สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ)
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

แบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก

ชื่อ บิดามารดาเบอร์โทรศัพท์.....

ชื่อ เด็ก.....

วันที่ประเมิน.....ประเมินครั้งที่.....

คำชี้แจง ให้ครอบครัวประเมินความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมกับเด็ก ภายใน 1 สัปดาห์ ว่าท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมดังต่อไปนี้หรือไม่

หมายเหตุ:

- ถ้าเด็กไม่มีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมในหัวข้อนั้นๆ ครอบครัวไม่ต้องประเมินความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมกับเด็กในหัวข้อนั้นๆ
- ครอบครัวสามารถระบุการปฏิบัติเพิ่มเติมในแต่ละกิจกรรมนอกเหนือจากที่ได้รับระบุไว้

โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องว่างที่ตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติจริงเพียงคำตอบเดียว โดยไม่ต้องคำนึงถึงถูกผิด

เกณฑ์ในการประเมิน

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึงท่านปฏิบัติกิจกรรมกับเด็กมากกว่าหรือเท่ากับ 4 วัน/ สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึงท่านปฏิบัติกิจกรรมกับเด็กน้อยกว่า 4 วัน/ สัปดาห์

ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึงท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมกับเด็กใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติไม่ได้ หมายถึงท่านไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมกับเด็กได้

กิจกรรม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ ไม่ได้
การเสริมพัฒนาการด้านสังคม				
1. มีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเด็ก เช่น กระตุ้นให้เด็กมองหน้า สบตา ยิ้ม หยอกล้อเด็ก โอบกอดเด็ก				
2. ส่งเสริมทักษะการเล่นของเด็ก เช่น นำของเล่นตามความสนใจของเด็กและเหมาะสมกับพัฒนาการเด็กมาเล่นกับเด็ก				
3.....				
4.				
5.....				
6.....				
7.....				
8.....				
9.....				
10.....				
11. จัดตารางการทำกิจกรรมในแต่ละวันให้เด็ก และให้เด็กปฏิบัติตามตารางการทำกิจกรรม				
การเสริมพัฒนาการด้านภาษา				
1. สอนให้มีการเคลื่อนไหวว๊วะออกเสียง ปาก ลิ้น				
2. ใช้ดนตรี ร้องเพลงตามและเต้นประกอบท่าทางในการสอนการพูด				
3.....				
4.....				
5.....				
6.....				
7. สอนให้เด็กสนทนาโต้ตอบได้ตรงความหมายและตรงสถานการณ์				

กิจกรรม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ ไม่ได้
การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม				
การดูแลเด็กเมื่อเด็กมีพฤติกรรมด้านสุขภาพ : การรับประทานอาหารค่อนข้างจำกัดมากๆ				
1. ส่งเสริมให้เด็กกินอาหารหลากหลายมากขึ้น โดย เพิ่มอาหารชนิดใหม่ให้ลอง กินทีละน้อยครั้งละ 1 ชนิด				
2. ควรให้เด็กได้ทดลองอาหารที่ไม่ชอบก่อนที่จะให้อาหารที่เด็กชอบ				
3.....				
4.....				
5. ชมเชย ยิ้ม ประบมือ ให้รางวัลเมื่อเด็กสามารถชิม ยอมเคี้ยว ยอมกลืน หรือ สามารถกินอาหารที่หลากหลายขึ้น				
การดูแลเมื่อเด็กไม่นิ่ง				
1. จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม เช่น - อากาศถ่ายเทได้สะดวก อุณหภูมิภายในบ้านเหมาะสมไม่ร้อน ไม่หนาว จนเกินไป - แสงไฟในห้องพอเหมาะไม่สว่างหรือมืดจนเกินไป - จัดสิ่งของให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เก็บของเล่นเด็กใส่ตู้หรือกล่องให้เรียบร้อย เมื่อจะเล่นก็ให้อาณาเฉพาะของเล่นที่ต้องการออกมา				
2. ขณะทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก ลดสิ่งกระตุ้นให้น้อยที่สุด ในห้องควรเงียบ สงบ คนไม่พลุกพล่าน				
3.....				
4.....				
5.....				
6.....				
7.....				
8.....				
9.....				
10. ชมเชย ยิ้ม ประบมือ ให้รางวัลเมื่อเด็กนิ่งขึ้น วอกแวกน้อยลง หรือทำกิจกรรม ที่ได้รับมอบหมายเสร็จ				

กิจกรรม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ ไม่ได้
การดูแลเมื่อเด็กมีการเคลื่อนไหวช้าๆ				
1. หาสาเหตุของปัญหาการเคลื่อนไหวช้าว่าเกิดจากสาเหตุอะไร โปรดระบุสาเหตุ.....				
2. แก้ไขสาเหตุของการเคลื่อนไหวช้าๆ โปรดระบุวิธีการแก้ไข.....				
3.....				
4.....				
5.....				
6. เมื่อเด็กอยู่ในที่สาธารณะแล้วเด็กมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้าๆ จับมือเด็กและ บอกให้เด็กทราบ จากนั้นหากิจกรรมให้เด็กทำเพื่อหยุดพฤติกรรม โปรดระบุกิจกรรม.....				
การดูแลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว				
1. หาสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวว่าเกิดจากสาเหตุใด โปรดระบุสาเหตุ.....				
2. แก้ไขสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าว โปรดระบุวิธีการแก้ไข.....				
3.....				
4.....				
5.....				
6.....				
7.....				
8.....				
9.....				
10.....				
11. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น - อากาศถ่ายเทได้สะดวก อุณหภูมิภายในบ้านเหมาะสมไม่ร้อน ไม่หนาว จนเกินไป				

กิจกรรม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ ไม่ได้
<ul style="list-style-type: none"> - แสงไฟในห้องพอเหมาะไม่สว่างหรือมืดจนเกินไป - จัดเก็บวัสดุอุปกรณ์ที่จะเป็นอันตรายให้อยู่ห่างจากเด็ก 				
การดูแลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมต่อต้านการเปลี่ยนแปลง				
1. ตั้งเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงและค่อยๆ จัดการเปลี่ยนแปลงทีละน้อย โปรดระบุเป้าหมาย.....				
2. จูงใจและประคับประคองเด็กให้เกิดการเปลี่ยนแปลง				
3.....				
4.....				
5. ชมเชย ยิ้ม กอด ปรบมือ หรือให้รางวัลเมื่อเด็กยอมรับการเปลี่ยนแปลง				
การดูแลเมื่อเด็กมีปัญหาการนอน				
1. หาสาเหตุของปัญหาการนอนว่าเกิดจากสาเหตุอะไร โปรดระบุสาเหตุ.....				
2. แก้ไขสาเหตุของปัญหาการนอน โปรดระบุวิธีการแก้ไข.....				
3.....				
4.....				
5. สร้างบรรยากาศในการนอน เช่น <ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวยุติกิจกรรมนอนหลับพร้อมกับเด็ก - เก็บของเล่นให้เรียบร้อย - ปิดไฟสลัว - อยู่ในห้องที่สะอาด อากาศเย็นสบาย อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ร้อนหรือไม่หนาวจนเกินไป - เงียบ - ร้องเพลงกล่อม - เล่นิทานก่อนนอน 				

กิจกรรม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ ไม่ได้
การฝึกเด็กขับถ่าย				
1. ขณะอยู่บ้าน/ โรงเรียนไม่ใส่แพมเพิร์สหรือผ้าอ้อมให้เด็ก				
2. พาเด็กเข้าห้องน้ำ ฝึกนั่งขับถ่ายตามเวลา ถึงแม้เด็กจะยังไม่ขับถ่ายในห้องน้ำ				
3.....				
4.....				
5. ชมเชย ยิ้ม ปรบมือหรือให้รางวัลเมื่อเด็กสามารถขับถ่ายในห้องน้ำได้				
การดูแลเมื่อเด็กมีอาการวิตกกังวลหรือหวาดกลัว ไม่มีความสุขหรือร้องไห้ มีความรู้สึกไวต่อเสียง และแสงสว่าง				
1. หาสาเหตุของความกลัวว่าเกิดจากอะไร ระบุสาเหตุ.....				
2. ถ้าหาไม่ได้ หาจุดเริ่มต้นของความกลัวของเด็ก ว่าเริ่มต้นขึ้นเมื่อใด สังเกตสิ่งแวดล้อมในขณะนั้นว่า มีอะไรที่อาจทำให้เด็กกลัวได้หรือไม่ หรือบริเวณ นั้นมีอะไร “ใหม่” สำหรับเด็ก				
3.....				
4.....				
5.....				
6. ครั้งต่อไป หากเด็กต้องเผชิญกับสิ่งที่กลัวอีก ให้เตรียมบอกเด็กไว้ล่วงหน้า ค่อยๆเพิ่มระยะเวลาการอยู่กับความกลัวให้นานขึ้น เมื่อเด็กสามารถอยู่กับความกลัว นั้นได้ ให้กำลังใจปลอบโยนว่าเด็กจะปลอดภัย				
การดูแลเมื่อเด็กไม่กลัวสิ่งที่เป็นอันตราย				
1. ป้องกันอันตรายและคอยเฝ้าระวังเด็กอย่างใกล้ชิดทั้งในบ้านและนอกบ้าน				
2.....				
3. สอนให้เด็กรู้จักระมัดระวังอันตราย เช่น ข้ามถนนตามกฎหมายจราจร ไม่เล่นไฟ ไม่ เล่นไฟฟ้าและก๊าซ ผ่านการเล่น การเล่านิทาน การดูรูปภาพ และจาก ประสบการณ์จริง				

กิจกรรม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ ไม่ได้
การดูแลเมื่อเด็กทນร้อน ทนหนาว ทนต่อความเจ็บปวด				
1. ป้องกันอันตรายและคอยเฝ้าระวังเด็กอย่างใกล้ชิดทั้งในบ้านและนอกบ้าน				
2. สอนและเตือนเด็กเกี่ยวกับอันตรายที่จะเกิดขึ้นตามสถานการณ์				
3.....				
4. กระตุ้นประสาทสัมผัสเด็ก โดยการนำวัตถุสัมผัสต่างๆ เช่น ผิวขรุขระ น้ำแข็ง กระเป๋าน้ำร้อน มาให้เด็กได้สัมผัสเพื่อเด็กได้รู้จักสัมผัสที่หลากหลายขึ้น				
การดูแลเมื่อเด็กชัก				
1. หลีกเลี่ยง สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เด็กชัก เช่น - ดูแลไม่ให้เด็กมีไข้ - ดูแลให้เด็กนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ - ไม่พาเด็กอยู่ในบริเวณที่มีอากาศร้อน ห้องที่มีเสียงดัง แสงไฟกระพริบ				
2. ถ้าเด็กมีอาการนำก่อนชัก สังเกตอาการนำก่อนชัก ควรจัดให้เด็กนอนอยู่ในที่ที่ปลอดภัย นอนราบเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย				
3.....				
4.....				
5.....				
6.....				
7.				
8. ดูแลให้เด็กได้รับยากันชักตามแผนการรักษาของแพทย์				
การดูแลเมื่อเด็กท้องผูก				
1. หาสาเหตุของอาการท้องผูก โปรดระบุสาเหตุ.....				
2. แก้ไขตามสาเหตุของอาการท้องผูก โปรดระบุวิธีการแก้ไข.....				

กิจกรรม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ ไม่ได้
3.....				
4.....				
5.....				
6.....				
7. เล่านิทานเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อท้องผูกให้เด็กฟัง				
การดูแลเมื่อเด็กท้องเสีย				
1. หาสาเหตุของอาการท้องเสีย โปรดระบุสาเหตุ.....				
2. แก้ไขตามสาเหตุของอาการท้องเสีย โปรดระบุวิธีการแก้ไข.....				
3.....				
4. สอนเด็กล้างมือบ่อยๆ โดยเฉพาะเวลาก่อนและหลังรับประทานอาหาร หลังจากเข้าห้องน้ำ หลังจากกลับถึงบ้าน หลังจากเล่นเสร็จ หลังจากใช้มือปิดปาก เวลาไอหรือจาม				

ภาคผนวก ง

ตาราง ค่าร้อยละแบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก



ตาราง ค่าร้อยละแบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก

ครอบครัวที่	1. ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยการเสริมพัฒนาการด้านสังคม	2. ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยการพัฒนาการด้านภาษา	3. ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยดูแลเด็กเมื่อเด็กรับประทานอาหารจนจำกััดมากๆ	4. ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยดูแลเมื่อเด็กไม่นั่ง	5. ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยเมื่อเด็กมีการเคลื่อนไหวช้าๆ	6. ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยดูแลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว	7. ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยการดูแลเมื่อเด็กมีปัญหากลางนอน	8. ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยการดูแลเมื่อเด็กมีปัญหากลางนอน	9. ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยการฝึกเด็กให้ช่วยเหลือตัวเอง	10. ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยการดูแลเมื่อเด็กมีอาการหวาดกลัวไม่มีความสุขหรือร้องไห้ มีความรู้สึกไวต่อเสียงและแสงสว่าง	11. ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยการดูแลเมื่อเด็กไม่กลัวสิ่งที่เป็นอันตรายร้อน หนาว ทนต่อความเจ็บปวด	12. ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยการดูแลเมื่อเด็กชัก	13. ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยการดูแลเมื่อเด็กท้องผูก	14. ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยการดูแลเมื่อเด็กท้องเสีย	ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยรวมทุกด้าน
1	68	93	90	90	0	95	80	0	90	0	88	0	0	0	87
2	82	79	0	85	0	0	0	0	70	0	0	100	0	0	83
3	68	71	0	75	67	82	60	0	80	83	0	0	0	0	73
4	95	100	90	95	100	100	100	0	80	92	100	0	0	0	95
5	91	100	0	95	100	0	100	0	100	0	0	0	0	0	98
6	95	100	0	90	100	95	100	0	90	100	100	0	93	70	94
7	73	86	90	100	92	95	90	90	60	100	100	0	0	0	89
8	82	79	0	90	100	0	0	0	90	100	100	0	0	0	91
9	91	86	0	0	0	0	0	0	80	0	0	0	0	0	86
10	91	100	60	100	0	0	100	0	70	100	88	0	0	0	89
11	77	86	0	70	67	82	70	0	60	70	70	0	0	0	72
12	86	100	0	80	100	100	100	0	90	100	100	0	86	0	94
13	68	86	0	95	0	73	90	80	80	83	70	0	93	70	81
14	95	100	90	100	0	77	100	0	80	0	0	0	86	0	91
15	91	93	70	100	0	77	0	0	90	0	0	0	0	0	87
16	91	86	0	70	67	82	70	0	70	70	70	0	0	0	75
17	73	100	80	70	83	77	80	100	50	0	70	0	71	0	78
18	95	93	80	75	0	82	100	0	80	92	0	0	0	0	87
19	77	100	80	90	100	95	0	100	80	0	0	0	0	0	90
20	100	93	90	100	100	95	100	0	90	100	100	0	0	0	97



เอกสารชี้แจงการวิจัยผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย: ผลของการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

THE EFFECT OF COACHING FAMILY MEMBER CARING BEHAVIOR
ON AUTISTIC SYMPTOMS AMONG AUTISTIC PRESCHOOLERS

ผู้สนับสนุนการวิจัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวณัฐธิดา ทิवाโต

สถานที่ทำงาน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย DD สถาบันราชานุกูล

หมายเลขโทรศัพท์ 0-2248-8900 ต่อ 70405, 70406 โทรศัพท์มือถือ 096-9965931

เรียน อาสาสมัครผู้รับการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดงานวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

อาการออทิสติกเป็นลักษณะความผิดปกติของการแสดงออกที่ไม่สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ ไม่รู้จักชื่อตนเอง ไม่สามารถบอกสิ่งที่ต้องการ ไม่สามารถสื่อสารได้ตามวัย 2) ด้านสังคม ได้แก่ ไม่มองหน้า ไม่สบตาในขณะพูดหรือทำกิจกรรมร่วมกัน ไม่สนใจใคร ไม่เลียนแบบ 3) ด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการเรียกชื่อ เล่นของเล่นไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับตัวเอง/ ไม่สนใจสิ่งต่างๆรอบตัว และ 4) ด้านสุขภาพและพฤติกรรม ได้แก่ มีปัญหาการนอน ตีหรือทำร้ายตนเอง ตีหรือทำร้ายผู้อื่น พูดหรือทำซ้ำๆ แต่ละคนจะมีความแตกต่างกันไป ซึ่งอาการออทิสติกทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์กัน เป็นเหตุเป็นผลของกันและกัน ดังเช่น เด็กออทิสติกมีอาการด้านการใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร เช่น เด็กไม่สามารถสื่อสาร ไม่สามารถบอกสิ่งที่เด็กต้องการได้ เด็กจึงเกิดความคับข้องใจ เกิดภาวะเครียด ไม่รู้วิธีการปรับตัวและควบคุมพฤติกรรมต่อสถานการณ์ต่างๆที่เหมาะสม จึงแสดงออกอาการทางด้านสุขภาพ เช่น ปัสสาวะรดกางเกง ท้องเสีย แสดงออกอาการด้านพฤติกรรม เช่น มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ อยู่ไม่ติดที่เกือบตลอดเวลา ตะโกน ร้องไห้ แทนการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการ

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่ออาการออทิสติกมี 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยจากตัวเด็ก ได้แก่ ความผิดปกติของสมองเฉพาะส่วน พัฒนาการล่าช้า โดยพัฒนาการล่าช้าในเด็กออทิสติกส่งผลทำให้การออทิสติกแย่ลงได้ 2) ปัจจัยจากครอบครัว โดยพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวที่ไม่เหมาะสม มีผลต่อพัฒนาการเด็กส่งผลให้การออทิสติกแย่ลงได้ เกิดจากการที่ครอบครัวขาดความรู้ในเรื่องโรคสาเหตุ อาการออทิสติก การเสริมพัฒนาการในด้านสังคม สติปัญญา และภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว เช่น บรรยาอากาศในครอบครัวจึงเต็มไปด้วยความกดดัน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็กมีน้อยหรือไม่มีการสื่อสาร ไม่ได้พาเด็กไปทำกิจกรรมนอกบ้าน หรือใช้อารมณ์กับเด็กออทิสติก ทำให้เด็กมีอาการออทิสติกเพิ่มขึ้น เช่น ไม่มองหน้า ไม่สบตา ทำตามสิ่งไม่ได้ อยู่แต่ในโลกของตนเอง มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงนำรูปแบบการสอนแนะนำประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการสอนแนะนำสำหรับครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีพฤติกรรมเลี้ยงดูที่เหมาะสม ครอบครัวมีความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม และภาษา การดูแลเมื่อเด็กมี

อาการด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ส่งผลให้อาการออทิสติกในด้านการใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมลดลงได้

การสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัวและเด็กออทิสติก โดย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม สาเหตุของการเกิดโรค พัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน พัฒนาการเด็กออทิสติก อาการออทิสติก ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการของเด็กออทิสติก ผลกระทบของ อาการออทิสติก เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเด็กออทิสติก กระตุ้นให้ครอบครัว ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงดูในบุตรหลานของตนเอง ส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถ วิเคราะห์อาการออทิสติก พฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวไม่เหมาะสมที่ส่งผลให้เด็กออทิสติกมี อาการเพิ่มขึ้น และผลกระทบของอาการออทิสติกในบุตรหลานของตนเอง ทำให้ครอบครัววิเคราะห์ สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงว่า ครอบครัวขาดความรู้และความสามารถในการปฏิบัติในส่วนใด

กิจกรรมที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านสังคม โดยการให้ความรู้ และสาธิตการเสริมพัฒนาการด้านสังคม ส่งเสริมให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในส่วนที่ ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องในการปฏิบัติ ส่งเสริมให้ครอบครัววางแผนการปฏิบัติ ด้วยตนเองและฝึกปฏิบัติการเสริมพัฒนาการด้านสังคมกับบุตรหลานของตนเองตามแนวทางที่ ครอบครัวได้วางแผนไว้ ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการปฏิบัติ การเสริมพัฒนาการด้านภาษา โดยการให้ความรู้ และสาธิตการเสริมพัฒนาการด้านภาษา ส่งเสริมให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในส่วนที่ ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องในการปฏิบัติ ส่งเสริมให้ครอบครัววางแผนการปฏิบัติ ด้วยตนเองและฝึกปฏิบัติการเสริมพัฒนาการด้านภาษากับบุตรหลานของตนเองตามแนวทางที่ ครอบครัวได้วางแผนไว้ ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 4 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้ โดยการให้ความรู้และสาธิตการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ ส่งเสริมให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่

ถูกต้องในการปฏิบัติ ส่งเสริมให้ครอบครัววางแผนการปฏิบัติด้วยตนเองและฝึกปฏิบัติการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ กับบุตรหลานของตนเองตามแนวทางที่ครอบครัวได้วางแผนไว้ ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 5 การวางแผนการปฏิบัติ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม โดยการให้ความรู้และสาธิตการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ส่งเสริมให้ครอบครัววิเคราะห์ความสามารถในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องในการปฏิบัติ ส่งเสริมให้ครอบครัววางแผนการปฏิบัติด้วยตนเองและฝึกปฏิบัติการดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมกับบุตรหลานของตนเองตามแนวทางที่ครอบครัวได้วางแผนไว้ ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 6 การปฏิบัติตามแผน ผู้วิจัยกระตุ้นให้ครอบครัวเลี้ยงดูเด็กต่อเนื่องที่บ้านทุกวัน และให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเองขณะปฏิบัติที่บ้าน ผู้วิจัยมีการติดตาม สังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือทบทวนสาธิตในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำ และให้ครอบครัวปฏิบัติซ้ำจนกว่าจะปฏิบัติได้

กิจกรรมที่ 7 ประเมินผลการปฏิบัติ โดยการกระตุ้นให้ครอบครัวประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติของตนเองที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือปฏิบัติไม่ได้ ต้องการให้สอนซ้ำ ความร่วมมือและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กขณะทำกิจกรรม ปัญหา/อุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น และหากครอบครัวไม่สามารถทำได้ ผู้วิจัยทบทวนความรู้จนกว่าจะปฏิบัติได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว
 2. เพื่อเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
- จำนวนอาสาสมัครในโครงการวิจัย คือ 40 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอตรวจสอบประวัติเวชระเบียนเพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ท่านจะได้รับเชิญให้มาตามวันเวลาที่ผู้ทำวิจัยนัดหมาย เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมการสอนและพฤติกรรมการศึกษาของครอบครัว ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 – เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 โดยในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 จัดกิจกรรมต่อเนื่องทุกวันในวันจันทร์-ศุกร์ สัปดาห์ที่ 3 – 6 จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 วันในทุกวันจันทร์ รวมจัดกิจกรรมทั้งหมด 13 ครั้ง จัดเป็น 4 กลุ่ม ทำกิจกรรมครั้งละประมาณ 90 นาที/ครั้ง กลุ่มที่ 1 เวลา 08.30 -10.00 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 10.30 -12.00 น. กลุ่มที่ 3 เวลา 13.00 -14.30 น. กลุ่มที่ 4 เวลา 14.30 -16.00 น.

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยในโครงการวิจัย

หากท่านตกลงเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ท่านจะได้รับ ความรู้ ความเข้าใจ มีความสามารถในการปฏิบัติเกี่ยวกับการเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ด้านสังคม ด้านภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมเพื่อนำมาใช้กับบุตรหลานของท่านต่อไป

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านอาจเกิดความเครียดเช่นความวิตกกังวล ความเครียด ระหว่างการอบรม ซึ่งทางผู้วิจัยและคณะยินดีให้ท่านได้รับการพักผ่อน รวมทั้งช่วยเหลือและประคับประคองจิตใจเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย

ท่านอาจไม่สบายใจ ไม่สะดวกในการเล่ารายละเอียดบางอย่างเกี่ยวกับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนในช่วงเข้ากิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยยินดีให้ผู้ดูแลแยกให้ข้อมูลแบบส่วนตัวกับผู้วิจัยได้

ท่านอาจมีความจำเป็นไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมในบางวัน ผู้วิจัยจะชดเชยโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลในวันทีนัดหมายครั้งถัดไป

ในระหว่างที่ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย จะมีผู้ช่วยวิจัยช่วยเหลือเด็กอย่างใกล้ชิด และจัดกิจกรรมเพื่อเสริมพัฒนาการด้านสังคม ภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม เช่น กิจกรรมเต้นประกอบเพลง, การเล่านิทาน,

กิจกรรมศิลปะ กิจกรรมฝึกการช่วยเหลือตนเอง เช่น ทำงานบ้าน, ฝึกแต่งกาย กิจกรรมฝึกการรับประทานอาหารประเภทต่างร่วมกับเพื่อน เป็นต้น

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

อาสาสมัครจะได้รับความรู้และมีทักษะในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกที่บ้านได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม มีความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านสังคม และภาษา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการด้านประสาทรับรู้/ การรับรู้ อาการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ส่งผลให้อาการออทิสติกลดลงได้ และเด็กสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรศึกษาก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติตามนี้

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุตรหลานของท่าน หรือปัญหาเกี่ยวกับการนำกิจกรรมไปปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้าน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- แจ้งปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัยได้ทุกปัญหา
- ให้ท่านนำคู่มือการสอนแนะพฤติกรรมการเล่นดูเด็กออทิสติกสำหรับครอบครัวมาทุกครั้งตามนัดหมายไว้

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการ

รักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวณัฐริรา ทิวาโต เบอร์โทร 096-9965931 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่มีค่าใช้จ่ายระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ไม่มี

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากโครงการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

1. เด็กหรือผู้ดูแลหลักมีปัญหาที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรมในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย เช่น เกิดการเจ็บป่วย
2. เด็กและ/หรือผู้ดูแลหลัก เข้าร่วมการทดลองไม่ครบทุกขั้นตอนตามที่กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัครผู้รับการวิจัย

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปทีนางสาวณัฐธิดา ทิวาโต 4737 สถาบันราชานุกูล ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กทม. 10400 เบอร์โทร 096-9965931

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิ์ของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงร่างการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงร่างการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงร่างการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงร่างการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ 02-2488900 ต่อ 70914 ในเวลาราชการ ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



หนังสือยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวต่ออาการ

ออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

THE EFFECT OF COACHING FAMILY MEMBER CARING BEHAVIOR ON
AUTISTIC SYMPTOMS AMONG AUTISTIC PRESCHOOLERS

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม
และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบ
ยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของ
การทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น
จากการวิจัย และแนวทางการรักษา โดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการ
ซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดความเสียหายหรืออันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว
ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับค่าชดเชยจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้ง
เหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะ
พึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย หรือคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า
ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะ

เข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อจะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคต เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....





กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล

COA No. 04/2564

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ 4737 ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

ชื่อโครงการ : ผลของการสอนแนะพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

รหัสโครงการ : RI.IRB 029/2563

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวณัฐริกา ทิวาโต

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : แบบเต็มชุด (Full Board Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารที่รับรอง :

- | | |
|--|---|
| 1. แบบเสนอโครงการวิจัย | ฉบับวันที่ 3 ธันวาคม 2563 |
| 2. เครื่องมืองานวิจัย | ฉบับวันที่ 3 ธันวาคม 2563 |
| 3. ประวัตินักวิจัยหลัก | ฉบับวันที่ 3 ธันวาคม 2563 |
| 4. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย | ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 26 มกราคม 2564 |
| 5. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 26 มกราคม 2564 |

ลงนาม

(นางสาวศุภรัตน์ เอกอัศวิน)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม

(นางมธุรดา สุวรรณโพธิ์)

ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

วันที่รับรอง : 26 มกราคม 2564

วันที่หมดอายุ : 25 มกราคม 2565

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล

Certificate of Attendance

NATTIRA TIWATO

has successfully completed

“Basic ICH GCP Training Course”

The course included the following topics:

- Introduction to the principles of ethics in human research and ICH GCP
- Role and responsibilities of investigator, sponsor and IRB/IEC
- Protocol and protocol amendment
- Informed consent document and informed consent process
- Subject recruitment and subject retention
- Case report form, sources documents and data quality management
- Handling of investigational product
- Safety reporting
- Essential documents for the conduct of a clinical study
- Quality control and quality assurance in a clinical study

Meeting Date: January 30 - January 31, 2020

Venue: Rajanukul Institute

Mathurada S.

Mathurada Suwannapho, M.D.

Rajanukul Institute Director

Pravich Tanyasittisuntorn

Pravich Tanyasittisuntorn, M.D.

Director of Medical Research Network

Medical Research Foundation

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวณัฐธิดา ทิवाโต
วัน เดือน ปี เกิด	24 พฤศจิกายน 2532
สถานที่เกิด	จังหวัดลำปาง
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในปีการศึกษา 2555 ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสูทกภาพจิตเด็กและวัยรุ่นหลักสูตร 4 เดือน ณ สถาบันราชานุกูล เมื่อปี พ.ศ. 2558

