



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ต่ออาการอหิวาต์ของเด็กอหิวาต์กวัยก่อนเรียน

สุชาวลี พันธุ์พงษ์* จินตนา ยูนิพันธุ์** และ สุนิศา สุขตระกูล***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบอาการอหิวาต์ของเด็กอหิวาต์กวัยก่อนเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และเปรียบเทียบอาการอหิวาต์ของเด็กอหิวาต์กวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กที่อหิวาต์อายุ 3-6 ปี และครอบครัวที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยได้รับการจับคู่ (Matched pair) และการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 คู่ กลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และคู่มือการดูแลเด็กอหิวาต์ สำหรับครอบครัว เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินอาการรุนแรงของโรคอหิวาต์ และแบบประเมินพลังอำนาจ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .92 และ .80 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .96 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย 1) คะแนนเฉลี่ยอาการอหิวาต์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 2) คะแนนเฉลี่ยอาการอหิวาต์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป: การใช้โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวสามารถทำให้อาการอหิวาต์ของเด็กอหิวาต์กวัยก่อนเรียนลดลงได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: ความสามารถในการดูแล/ อาการอหิวาต์/ เด็กอหิวาต์กวัยก่อนเรียน

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2562, 31(3) : 74-86

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
Email: jintana.y@chula.ac.th

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



The Effect of Enhancing Family Caregiving Ability Program on Autistic Symptoms among Autistic Preschoolers

Suchawalee Punphong^{*} Jintana Yunibhand^{**} and Sunisa Suktrakul^{***}

Abstract

Purpose: 1) to compare autistic symptoms among autistic preschoolers before and after using the enhancing family caregiving ability program, and 2) to compare autistic symptoms among autistic preschoolers using the enhancing family caregiving ability program and those received usual nursing care.

Design: Quasi-experimental research

Methods: Research sample consisted of forty Autistic children, aged 3-6 and family receiving services in the outpatient clinic of Yuwaprasartwaithayopathum hospital, selected by inclusion criteria, were matched pair by sex of autistic children and type of medicine which autistic children received in the same type, then, equally randomly assigned to an experimental group and a control group with 20 subjects in each group. The experimental group received the enhancing family caregiving ability program for 4 weeks. The control group received usual nursing care. The experimental instruments included the Enhancing Family Caregiving Ability Program and the autism caring manual for family. Data were collected using the autistic symptoms assessment scale and the empowerment assessment scale. Its CVI were .92 and .80, respectively. Their Cronbach's alpha coefficients were .96 and .89, respectively. The t-test was used in data analysis.

Findings: 1) The mean score of autistic symptoms after using the enhancing family caregiving program was significantly lower than those before, at the .01 level. 2) The mean score of autistic symptoms who received the enhancing family caregiving program was significantly decreased more than such mean score of autistic children who received usual nursing care, at the .01 level.

Conclusion: The result of this study support that the enhancing family caregiving program can reduce the autistic symptom among autistic preschoolers.

Keywords: Enhancing family caregiving ability/ Autistic symptoms/ Autistic preschoolers

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2019, 31(3) : 74-86

Article info: Received May 8, 2019; Revised June 4, 2019; Accepted June 16, 2019

^{*} Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

^{**} Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Research Advisor.
Email Address: jintana.y@chula.ac.th

^{***} Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Co-advisor.



บทนำ

โรคออทิสซึม เป็นโรคที่มีความผิดปกติของสมอง บางส่วนโดยยังไม่ทราบแน่ชัดว่าอะไรเป็นสาเหตุปัจจุบันพบการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยออทิสติกมากขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก¹ จากรายงานล่าสุดของการสำรวจความชุกของเด็กออทิสติกอย่างเป็นทางการในทุกประเทศทั่วโลกเมื่อปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีความชุกของโรคออทิสซึมคือ 1 คน ต่อเด็กทุก 68 คน² สำหรับในประเทศไทยมีการสำรวจอย่างเป็นทางการในเด็กอายุ 0-5 ปี ในปี พ.ศ. 2547 พบมีสัดส่วนความชุกของโรคออทิสซึมคือ 1 คน ต่อเด็กทุก 1,000 คน พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงเท่ากับ 4-5:1 แต่ในเพศหญิงมักจะมีอาการรุนแรงมากกว่า³ จากข้อมูลการเข้ารับการรักษาของโรงพยาบาลอุพระสาทไวทโยปถัมภ์ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2560 พบมีผู้ป่วยออทิสติกจำนวน 17,931, 16,350, และ 16,762 คนตามลำดับ และพบผู้ป่วยเด็กออทิสติกรายใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวน 4,086 คน และช่วงอายุที่พบมากที่สุดนั้นเป็นเด็กวัยก่อนเรียนคือ อายุ 3-6 ปี จำนวน 1,804 คน คิดเป็นร้อยละ 44.15

อาการออทิสติก เป็นคำที่ใช้ใน 2 ลักษณะ คือ ใช้อธิบายอาการที่เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสซึมของ DSM-5 กล่าวคือ เป็นการแสดงออกของความบกพร่องใน 2 กลุ่มอาการหลัก ได้แก่ 1) ความบกพร่องด้านการใช้ภาษาและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และ 2) การมีพฤติกรรมและความสนใจที่เป็นแบบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำๆ⁴ และเป็นคำที่ใช้อธิบายลักษณะความผิดปกติของการแสดงออกที่ไม่สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัยซึ่งใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลช่วยเหลือ โดย Rimland และ Edelson⁵ ได้กล่าวถึงอาการออทิสติกว่าเป็นความผิดปกติของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร 2) ด้านสังคม 3) ด้านประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้ และ 4) ด้านสุขภาพและพฤติกรรม อาการดังกล่าวจะปรากฏให้เห็นในช่วงขวบปีแรก และจะพบอาการอย่าง

เด่นชัดเมื่อเด็กมีอายุ 18 เดือนขึ้นไป ทั้งนี้จะพบอาการความผิดปกติอย่างรวดเร็วที่สุดในช่วงก่อนวัยเรียน ซึ่งแต่ละคนจะมีอาการที่มีความแตกต่างกันไป ตั้งแต่ความรุนแรงของอาการน้อยไปจนถึงมาก⁶

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่ออาการออทิสติก ประกอบด้วยหลายปัจจัย แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลัก ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านเด็กออทิสติก พบว่า ความผิดปกติของสมองทำให้เกิดความบกพร่องของพัฒนาการในหลายๆ ด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านภาษาและสังคมล่าช้า มีพฤติกรรม ความสนใจ และการกระทำที่ซ้ำๆ หรือจำกัด⁷ รวมทั้งสติปัญญา อายุ เพศ ก็เป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย และ 2) ปัจจัยด้านครอบครัว โดยพบว่า ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก มีอิทธิพลอย่างมากต่ออาการออทิสติก โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียนเป็นผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด ครอบครัวจึงเป็นผู้ดูแลหลัก โดยพบว่าครอบครัวที่ดูแลเด็กออทิสติกได้ไม่เหมาะสม ทำให้อาการออทิสติกแย่ลงได้⁸

อาการออทิสติกไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถบรรเทาอาการให้ลดลงได้ แนวทางการดูแลรักษาเด็กออทิสติกที่เหมาะสมในปัจจุบันมีหลายวิธี เช่น การส่งเสริมความสามารถครอบครัว กิจกรรมบำบัด อรรถบำบัด พฤติกรรมบำบัด การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการ และการเริ่มให้การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกอย่างเหมาะสม ตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัยโรค และทำอย่างต่อเนื่องถือเป็นสิ่งที่สำคัญ⁹ การดูแลเด็กออทิสติกจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมงานผู้เชี่ยวชาญจากสหวิชาชีพ แต่หัวใจสำคัญของการดูแลไม่ได้อยู่ที่ผู้เชี่ยวชาญแต่เพียงเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับครอบครัวที่จะมีความสามารถในการนำวิธีการบำบัดรักษาต่างๆ ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กออทิสติกที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอหรือไม่⁹ ครอบครัวนับเป็นสถาบันหลักที่จะต้องให้การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกตั้งแต่วัยแรกเริ่มหรือทันทีเมื่อได้รับทราบผลการวินิจฉัยสอดคล้อง กับการศึกษาของ Oono, Honey และ McCoachie¹⁰ ที่ได้ทำการศึกษาการบำบัดรักษาเด็ก



ออทิสติก ในระยะเริ่มต้น โดยการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพบว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดูแลเด็กออทิสติกตั้งแต่วัยเริ่มต้นหรือทันทีเมื่อรับทราบผลการวินิจฉัย โดยจะต้องเน้นการช่วยเหลือให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดอาการออทิสติกที่รุนแรงมากขึ้นได้ ดังนั้นการที่จะทำให้อาการออทิสติกดีขึ้นได้นั้น นอกจากจะเป็นการดูแลรักษาที่ตัวเด็กแล้ว แต่ปัจจัยที่สำคัญอย่างมากอีกหนึ่งปัจจัยก็คือ ปัจจัยครอบครัวที่จะต้องมีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยด้านครอบครัว คือ ความสามารถการดูแลเด็กออทิสติกมาจัดกระทำ โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม เพื่อนำไปสู่อาการออทิสติกที่ดีขึ้นตามมา

จากการทบทวนสถานการณ์การดูแลเด็กออทิสติกในปัจจุบัน พบปัญหาเด็กออทิสติกยังไม่ได้รับการดูแลที่ดี โดยพบว่าครอบครัวให้การดูแลเด็กออทิสติกได้ไม่เหมาะสม นำไปสู่อาการออทิสติกที่รุนแรงมากขึ้นได้¹¹ สอดคล้องกับข้อมูลทางสถิติของโรงพยาบาลยูวประสาทไวทยาลัย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีความเชี่ยวชาญและมีความเป็นเลิศในการดูแลเด็กออทิสติกพบว่า จำนวนเด็กออทิสติกที่มีอาการรุนแรงซับซ้อนหรือมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่มีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับปัญหาจากการที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม ทำให้จำนวนเด็กออทิสติกที่ถูกส่งต่อเข้ารับการรักษาในโปรแกรมการดูแลแบบเข้มข้นในแผนกผู้ป่วยในมากขึ้น ต้องรอคิวการเข้ารับการรักษา ประกอบกับการไม่มีคู่มือสำหรับพยาบาล และคู่มือสำหรับครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติกที่มีความชัดเจนในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งหากครอบครัวได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่วัยแรกเริ่มให้มีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างรวดเร็วมากที่สุด ก็จะส่งผลลัพท์ที่ดีต่อทั้งเด็กออทิสติกและครอบครัวได้ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้อ

ครอบครัวมีความสามารถในดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสมและเกิดความต่อเนื่องของการดูแล ป้องกันการเกิดอาการออทิสติกที่รุนแรงมากขึ้นได้

จากการทบทวนแนวคิดการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติกพบว่า แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่ามีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติก นำไปสู่การทำให้อาการออทิสติกดีขึ้นได้¹² ซึ่งแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับกับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีหลากหลาย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller มาเป็นกรอบแนวคิด โดยมีพื้นฐานแนวคิดที่มีความเชื่อว่า พลังอำนาจ คือแหล่งทรัพยากรที่ปรากฏอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลนั้นๆ มีการพัฒนาให้บุคคลนำทรัพยากรเหล่านี้มาใช้ได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลทำให้บุคคลตระหนักในศักยภาพและความสามารถของตน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความสามารถของตนเอง ในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้เหมาะสม จึงสนใจนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller มาใช้ในโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติก และจัดทำเป็นคู่มือดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวได้ทบทวนแหล่งพลังอำนาจของตน ทำให้ครอบครัวเด็กออทิสติกได้พัฒนาศักยภาพ นำไปสู่การเกิดความความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับแนวคิดกระบวนการกลุ่ม (Group process) โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม เนื่องจากกระบวนการกลุ่มจะทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน มีการปรับตัวเข้าหากัน และจะพยายามช่วยกันทำงาน โดยอาศัยความสามารถของแต่ละบุคคลซึ่งจะทำให้เป้าหมายสำเร็จได้^{13,14} อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านการสนับสนุนทางสังคมด้วย เนื้อหาภายในเป็นเนื้อหาที่มุ่งเน้นการพัฒนาแหล่งพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัวบุคคล เพื่อให้ครอบครัวเกิดศักยภาพ นำไปสู่การเกิดความความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก โดยเฉพาะ



อย่างยิ่งในเรื่องของการจัดการกับอาการออทิสติก ที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Ebrahimi, Malek, Babapoor และ Abdorrahmani¹⁵ ที่ได้ทำการศึกษาก่อสร้างเสริมพลังอำนาจแก่มารดาของเด็กออทิสติก พบว่ามารดาที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถการดูแลเด็กออทิสติกมากขึ้น ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกเช่นกัน

จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การเสริมสร้างความสามารถของครอบครัว ตามแนวการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ครอบครัวได้พัฒนาแหล่งพลังอำนาจภายในตน ทำให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้ดีขึ้น ซึ่งเมื่อครอบครัวมีความสามารถในการดูแลที่ดีขึ้นแล้วนั้น ก็จะส่งผลทำให้เด็กออทิสติกมีอาการดีขึ้นเช่นกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษานำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติก เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กออทิสติก เกิดแรงจูงใจในการดูแลและส่งเสริมให้ครอบครัวเด็กออทิสติกได้รับการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้นำไปสู่การเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้เด็กออทิสติกมีอาการดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และเพื่อเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest control group design)

ประชากร คือ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 ว่าเป็นโรคออทิสซึมมารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และครอบครัวเด็กออทิสติก

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กที่ออทิสติกอายุ 3-6 ปี และครอบครัวที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน มีรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง คือ

1. เด็กออทิสติก ต้องเป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 ว่าเป็นโรคออทิสซึมอายุ 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. ครอบครัวเด็กออทิสติก คือ เป็นผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก ที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และเป็นผู้ที่อยู่ในระดับยอมรับการเจ็บป่วยของเด็กออทิสติกได้แล้ว

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลักการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 80% กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลางที่ 0.5 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวคือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 34 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่าง



การศึกษาผู้วิจัยจึงได้กำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้ง 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คือ แบบประเมินความรุนแรงของโรคคอทิสซึม โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้มาจากอัญชรส ทองเพชร ซึ่งปรับจากฉบับที่แปลโดยวนาลักษณ์ เมืองมลมนิรัตน์ และภัทรภรณ์ หุ่นคำปัน สร้างโดย Rimland และ Edelson5 จำนวน 77 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92 และหลังนำไปทดลองใช้ในการศึกษานี้พบว่ามีความเที่ยงสัมพันธ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .96

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และคู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ทั้งสองเครื่องมือและผู้วิจัยได้นำโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวไปทดลองใช้จริงกับผู้ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมในด้านเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินพลังอำนาจ ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 20 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80 และหลังนำไปทดลองใช้ในการศึกษานี้พบว่ามีความเที่ยงสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เลขที่ 003/62 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชั้นเตรียมการทดลอง โดยการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือในการวิจัย เตรียมสถานที่ที่ใช้ในการทำการทดลอง จัดเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน เตรียมกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการขออนุมัติในการเก็บข้อมูลวิจัย

2. ชั้นดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การได้รับยา และข้อมูลของครอบครัว

2.1.2 ผู้วิจัยให้ครอบครัวเด็กออทิสติกประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกในความดูแลตามแบบประเมินอาการรุนแรงของโรคคอทิสซึม

2.1.3 เด็กออทิสติกและครอบครัว จะได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การได้รับยา และข้อมูลของครอบครัว

2.2.2 ผู้วิจัยให้ครอบครัวเด็กออทิสติกประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกในความดูแลตามแบบประเมินอาการรุนแรงของโรคคอทิสซึม

2.2.3 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยเด็กออทิสติกและครอบครัว จะได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์



การกำกับการทดลอง

แบบประเมินพลังอำนาจเป็นการประเมินพลังอำนาจของครอบครัวเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมในการวิจัย เพราะการมีพลังอำนาจจะทำให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลได้ดีขึ้น ผู้วิจัยให้ครอบครัวเด็กออทิสติกทำแบบประเมินพลังอำนาจ ทำแบบประเมินพลังอำนาจเมื่อสิ้นสุดการบำบัดในวันสุดท้ายของการบำบัด หากพบว่าครอบครัวประเมินแหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ยของพลังอำนาจอยู่ในระดับที่น้อย หรือระดับน้อยที่สุด ซึ่งใน 2 ระดับนี้ ผู้วิจัยจะนำครอบครัวกลุ่มนี้มาทบทวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายกลุ่ม หรือรายบุคคลต่อไปจนกว่าครอบครัวจะได้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ของการเข้าร่วมโปรแกรม

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลก่อนทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Pre-test)

ก่อนการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยนัดพบครอบครัวของเด็กออทิสติก เพื่อให้ครอบครัวประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกตามแบบประเมินความรุนแรงของโรคออทิสซึม โดยผู้วิจัยให้ความรู้และอธิบายวิธีประเมินอาการออทิสติก และให้ครอบครัวประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกทันที และเก็บแบบประเมินหลังจากครอบครัวประเมินเรียบร้อยแล้ว

รวบรวมข้อมูลหลังทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Post-test)

หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ผู้วิจัยนัดพบครอบครัวของเด็กออทิสติกหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 2 สัปดาห์ โดยให้ครอบครัวได้ประเมินอาการออทิสติก ตามแบบประเมินความรุนแรงของโรคออทิสซึม โดยนักกลุ่มทดลองให้มาประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติก หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และสำหรับ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องโรคออทิสซึม และการดูแลเด็กออทิสติก พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัวให้กลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ในการวิเคราะห์ผลข้อมูล สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการของเด็กออทิสติกก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) เปรียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) และทดสอบผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. เด็กออทิสติกทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 85 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 3-4 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 และ 45 ตามลำดับ เป็นบุตรคนที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 65 และ 80 ตามลำดับ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Autism ครั้งแรก ช่วงอายุ 3-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 เท่ากัน การรักษาในปัจจุบัน ร้อยละ 65 ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการรักษาด้วยยาเช่นเดียวกัน และในส่วนของครอบครัวของเด็กออทิสติก โดยส่วนมากแล้วทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 และ 90 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และ 60 ตามลำดับ สถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 75 และ 90 ตามลำดับ มีระดับการศึกษา ในช่วงปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 45 เท่ากัน



มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35 และ 45 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับเด็กคือ มารดาเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 60 และ 85 ตามลำดับ และระยะเวลาที่ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คือ ช่วง 3 ปี 1 เดือน ถึง 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 และ 65 ตามลำดับ

2. คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 1)

3. คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความ

สามารถในการดูแลของครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 2)

4. ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของ ครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 3)

ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมทันที ผู้วิจัย ให้ครอบครัวเด็กออทิสติกทำแบบประเมินพลังอำนาจ ผลการประเมินพบว่าครอบครัวเด็กออทิสติกกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว

คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติก	\bar{X}	SD.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	75.90	18.393	19	16.173*	.000
หลังการทดลอง	51.10	19.812			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติก	\bar{X}	SD.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	53.10	19.812	38	2.572*	.014
กลุ่มควบคุม	68.85	18.905			

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติก	\bar{d}	S_d	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	23.55	1.282	38	-11.615*	.000
กลุ่มควบคุม	6.85	.650			



ทั้ง 20 คน ได้คะแนนพลังอำนาจตามเกณฑ์ทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100

อภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลวิจัยแสดงว่า อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนลดลงจากการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ซึ่งมีรูปแบบการบำบัดที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller¹⁶ เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวเด็กออทิสติก จะมีส่วนช่วยทำให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกที่เพิ่มมากขึ้น¹² สอดคล้องกับแนวคิดของ Miller¹⁶ ที่กล่าวว่า พลังอำนาจคือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน โดยแหล่งพลังอำนาจในตัวของคุณคนมี 7 แหล่ง ซึ่งประกอบด้วย 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4) พลังงาน 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6) แรงจูงใจ และ 7) ระบบความเชื่อ ทั้งนี้ความบกพร่องของแหล่งพลังอำนาจของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน ซึ่งแหล่งพลังอำนาจดังกล่าวสามารถพัฒนาให้พลังอำนาจเข้มแข็งขึ้นได้ และในการศึกษาของการศึกษาของ Ebrahimi, Malek, Babapoor และ Abdorrahmani¹⁵ ที่ได้ทำการศึกษากการเสริมพลังอำนาจแก่มารดาของเด็กออทิสติกพบว่า มารดาที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถการดูแลเด็กออทิสติกมากขึ้น ส่งผลให้ที่ติดต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกเช่นกัน ผลการศึกษาครั้งนี้ยังมีความสอดคล้องกับ Gibson¹⁷ พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การเพิ่มความสามารถและความแข็งแกร่งของผู้ดูแลให้สามารถควบคุม

สถานการณ์ได้ ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความสามารถที่เพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Suprajitno¹⁸ ที่ได้ทำการศึกษา การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับมารดาเด็กออทิสติก พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเพิ่มศักยภาพ ทำให้มารดาเกิดความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้พัฒนาความรู้ ความคิด และความเข้าใจ รวมทั้งการรู้จักตนเอง การยอมรับตัวเอง สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดความมั่นใจ และมีวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกน้อยกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งอธิบายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว โดยปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller¹⁶ มาเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบกิจกรรม เนื้อหาในกิจกรรมมุ่งเน้นให้ครอบครัวใช้ศักยภาพและใช้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพ ได้พัฒนาแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในตัวบุคคล ทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของของ Oono, Honey และ McCoachie¹⁰ ที่ได้ทำการศึกษากการบำบัดรักษาเด็กออทิสติกในระยะเริ่มต้น มุ่งเน้นการเสริมสร้างให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นหรือทันทีเมื่อรับทราบผลการวินิจฉัย จะช่วยให้เด็กออทิสติกมีอาการที่ดีขึ้นได้ ซึ่งรายละเอียดเนื้อหาภายในโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวในการวิจัยครั้งนี้ มีการให้ครอบครัวเด็ก



ออทิสติกแต่ละครอบครัวได้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องการดูแลเด็กออทิสติก การพูดคุยเกี่ยวกับอาการออทิสติกและปัญหาการดูแลเด็กออทิสติกของแต่ละครอบครัว มีการให้ความรู้กับครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องโรคออทิสซึม สาเหตุของการเกิดโรค แนวทางการดูแล โดยเน้นความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการออทิสติกที่เป็นปัญหา และเอื้ออำนวยให้มีทักษะและวิธีการจัดการกับอาการออทิสติก การนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้ในการดูแลและจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติก และวางแผนเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติกได้ เกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมั่นใจ และมีความต่อเนื่องในการดูแลเพื่อออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลและจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลงได้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนได้ เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความสามารถของครอบครัว ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller¹⁶ ซึ่งเป็นกระบวนการที่นำไปสู่การเสริมสร้างให้ครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมมีทั้งหมด 6 กิจกรรม ทำให้กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวได้รับการพัฒนาความสามารถและศักยภาพของตนเองดังที่ได้อธิบายไว้ในข้อ 1 นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับการพยาบาลตามปกติด้วย ส่วนกลุ่ม

ควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) ด้วยวิธีการจับคู่เพศของเด็กออทิสติกและการได้รับยาของเด็กออทิสติก ดังนั้นผลการวิจัยที่พบจึงสามารถสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามขั้นตอนตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller¹⁶ ที่มีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ครอบครัวมีพลังอำนาจ ทำให้ครอบครัวเกิดความตระหนักในศักยภาพและความสามารถของตน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาผลต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า อาการออ ทิสติกของเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกในกลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแล ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลทำให้ครอบครัวได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ทำให้เกิดความสามารถในการดูแลและจัดการกับอาการออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลงเช่นกัน แต่ลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง



เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการดูแล โดยทางโรงพยาบาล มีการจัดกิจกรรมการดูแลให้กับเด็กออทิสติกหลังจากที่รับทราบผลการวินิจฉัยโรคออทิสซึม มีทีมสหวิชาชีพเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด โดยพยาบาลวิชาชีพทำกลุ่มกับเด็กออทิสติกและครอบครัว ประกอบด้วยด้วย กิจกรรมพัฒนาทักษะสังคม กิจกรรมพัฒนาทักษะการรับรู้ทางภาษา กิจกรรมพัฒนาทักษะการแสดงออกทางภาษา กิจกรรมพัฒนาทักษะด้านกล้ามเนื้อเล็ก และกิจกรรมพัฒนาทักษะการเล่น การเรียนรู้ ทำให้เด็กออทิสติกและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงที่ สอดคล้องกับ Scott และ Chris¹⁹ กล่าวไว้ว่า การดูแลเด็กตั้งแต่อายุเล็กๆ และทำอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยเสริมสร้างทักษะด้านภาษา ทักษะสังคม ทักษะการคิด และทักษะอื่นๆ ดังนั้นจึงพบว่ากลุ่มควบคุมจึงมีคะแนนอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลงเช่นกัน แต่เนื่องจากครอบครัวเด็กออทิสติกในกลุ่มในกลุ่มควบคุม ไม่ได้ผ่านกระบวนการเสริมสร้างความสามารถของครอบครัว ตามแนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และไม่ได้ได้รับการพัฒนาแหล่งพลังอำนาจในตนเองให้เกิดความสมดุล อาจส่งผลทำให้ครอบครัวเด็กออทิสติกในกลุ่มควบคุม ไม่สามารถวางแผน และจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้อาการออทิสติกลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลองได้

สรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว สามารถลดอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้ เนื่องจากโปรแกรมนี้นี้เป็นโปรแกรมที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกตามแนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ครอบครัวได้รับการเสริมสร้างแหล่งทรัพยากรที่ปรากฏอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล ทำให้ครอบครัวมีศักยภาพนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความสามารถของตนเองในการดูแลและจัดการอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวมีคะแนน

เฉลี่ยอาการออทิสติกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อาจส่งผลให้ครอบครัวในกลุ่มควบคุมไม่สามารถวางแผน และจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** ควรมีการนำโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ตามแนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลเด็กออทิสติกและครอบครัว ในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการจัดการกับอาการออทิสติก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการกับอาการออทิสติกในด้านการพูด การใช้ภาษาและการสื่อสาร และด้านประสาทรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ให้มากขึ้น โดยอาจการเพิ่มระยะเวลาของการทำกิจกรรมนั้นให้นานขึ้น หรือใช้ร่วมกับโปรแกรมอื่นๆ ที่มีความเหมาะสม

2. **ด้านการศึกษา** หน่วยงานต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาล โรงเรียน และชุมชน ควรได้รับการพัฒนาการศึกษาในเรื่องการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว เพื่อให้เด็กออทิสติกได้รับการดูแลที่เหมาะสม และเสริมสร้างให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมที่มุ่งเน้นการกระทำต่อเด็กออทิสติกร่วมด้วย เช่น มีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก การเล่นบำบัดในเด็กออทิสติก เป็นต้น และควรมีการติดตามผลในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย



References

1. Elsabbagh M, Divan G, Koh YJ, Kim YS, Kauchali S, Marcín C, et al. Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism research* 2012; 5(3): 160-79.
2. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Blumberg SJ. Estimated prevalence of autism and other developmental disabilities following questionnaire changes in the 2014 National Health Interview Survey [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>.
3. Carter AS, Black DO, Tewani S, Connolly CE, Kadlec MB, Tager-Flusberg H. Sex differences in toddlers with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders* 2007; 37(1): 86-97.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Pub; 2013.
5. Rimland B, Edelson SM. *Autism treatment evaluation checklist (ATEC)*. San Diego: Autism Research Institute; 2000. Retrieved October, 23; 2006.
6. Zablotsky B, Bramlett M, Blumberg SJ. Factors associated with parental rating of condition severity for children with autism spectrum disorder. *Disability and Health Journal* 2015; 8(4): 626-34.
7. Steinman GD, Mankuta D, Zuckerman R, Gray F. *The cause of autism: Concepts and Misconceptions*. New York: Baffin Book Publishing; 2014.
8. Missouri Autism Guidelines Initiative. *Autism spectrum disorders: Guide to evidence-based interventions*: Missouri Foundation for Health: St. Louis and Springfield, MO; 2012.
9. Siriratlekha T. *The manual of caring for patients with autism spectrum disorder*. 5 ed. Bangkok: National office of Buddhism; 2012.
10. Oono IP, Honey EJ, McConachie H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal* 2013; 8(6): 2380-479.
11. Meirsschaut M, Roeyers H, Warreyn P. Parenting in families with a child with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mothers' experiences and cognitions. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2010; 4(4): 661-9.
12. Stillman W. *Empowered autism parenting: celebrating (and defending) your child's place in the world*. San Francisco: Jossey Bass; 2009.
13. Webster M, Whitmeyer JM. Applications of theories of group processes. *Sociological Theory* 2001; 19(3): 250-70.
14. Lewin K. *Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science; social equilibria and social change*. *Human relations* 1947; 1(1): 5-41.
15. Ebrahimi H, Malek A, Babapoor J, Abdorrahmani N. Empowerment of mothers in raising and caring of child with autism spectrum disorder. *International research journal of applied and basic sciences* 2013; 4(10): 3109-13.
16. Miller JF. *Coping with chronic illness:*



- overcoming powerlessness. 2nd ed. Philadelphia: Davis; 2000.
17. Gibson. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of advanced nursing* 1995; 21(6): 1201-10.
18. Suprajitno S. EFFECT OF FAMILY EMPOWERMENT IN ENHANCING THE CAPABILITIES OF CHILDREN WITH AUTISM. *Belitung Nursing Journal* 2017; 3(5): 533-40.
19. Myers SM, Johnson CP. Management of Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics* 2007; 120(5). 1162-82.