

การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติก ในจังหวัดขอนแก่น ด้วยโปรแกรมฝึกทักษะสังคม

ธิดากร มณีรัตน์¹, พัชรภรณ์ เจนใจวิทย², ภัทรา ฤทธวรารักษ์³,
ภัทราภรณ์ กาบกลาง⁴, ปิยะวรรณ ศรีสุรักษ์⁵, พรหมณี หาญหิ⁶

บทคัดย่อ

ครอบครัวที่มีคนพิการได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะครอบครัวบุคคลออทิสติกวัยรุ่นซึ่งต้องการมีปฏิสัมพันธ์สังคมตามวัย และการพัฒนาทักษะสังคมต้องอาศัยครอบครัวเป็นหลัก งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตครอบครัวด้วยโปรแกรมฝึกทักษะสังคม ใช้การวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานที่เสร็จสมบูรณ์ เครื่องมือประกอบด้วย แบบวัดคุณภาพชีวิตครอบครัวจำนวน 30 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.93 และโปรแกรมฝึกทักษะสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับออทิสซึม 2) ทักษะพ่อแม่ 3) ทักษะสังคมเรื่องวินัยที่บ้าน 4) ทักษะสังคมเรื่องการจัดการตนเองเมื่อโกรธ 5) ทักษะสังคมเรื่องการเข้าหาเพื่อน และ 6) เรื่องเล่าทางสังคม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกอายุ 12 -20 ปี จำนวน 52 ครอบครัว ผู้วิจัยแจกแบบวัดคุณภาพชีวิตครอบครัวให้ตอบ และคัดเลือกผู้มีคะแนนต่ำสุดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง 10 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 10 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอบรม 6 สัปดาห์ ละ 3 ชั่วโมง ร่วมกับการติดตามโดยการส่งการบ้าน และการเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติก ระยะก่อนได้รับโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนไม่แตกต่างกัน ระยะหลังได้รับโปรแกรมพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตครอบครัวกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p=0.026$) โดยพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตครอบครัวในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นทั้งโดยรวมและรายองค์ประกอบ ($p<0.001$) ดังนั้น ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวมีความต่างของค่าเฉลี่ยสูงสุด (9.58) รองลงมาคือด้านการเลี้ยงดูบุตรในครอบครัว (8.06) ด้านการสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ (7.90) ด้านสุขภาพความเป็นอยู่ (6.00) และด้านข่าวสารสวัสดิการที่ได้รับ (5.00)

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตครอบครัว, โปรแกรมฝึกทักษะสังคม, ออทิสติก

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³กุมารแพทย์ด้านพัฒนาการ โรงพยาบาลขอนแก่น

⁴นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

⁵ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁶อาจารย์ ศูนย์วิจัยออทิสติก มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding Author: Thirakorn Maneerat , Email: thirakorn1@gmail.com

PROMOTING FAMILY QUALITY OF LIFE OF FAMILY WHO HAVE INDIVIDUAL WITH AUTISM IN KHON KAEN PROVINCE THROUGH SOCIAL SKILL TRAINING PROGRAM

*Thirakorn Maneerat¹, Patcharaporn Jenjaivit², Pathra Ruechurak³,
Pattraporn Kabklang⁴, Piyawan Srisuruk⁵, Pornmanee Hanhak⁶*

ABSTRACT

Families with disabilities were affected by the quality of life, especially the family who have individual with autism who want to have social interaction according to age growth. The development of social skills depends mainly on the family. The purpose of this research is to enhance the family quality of life (FQOL) through social skills training program. Using quasi-experimental research as part of the completed work. The research tools included the FQOL questionnaire, consisting of 30 items, had a reliability of 0.93 and social skills training program developed by the researcher consisting of 1) basic knowledge about autism 2) parenting skills 3) social skills on discipline at home 4) social skills on self-management when angry 5) social skills for approaching friends and 6) social stories. The sample consisted of 52 families who have individual with autism aged 12 -20 years. The researcher distributed FQOL questionnaire to answer and selected the lowest score to be the experimental group of 10 people and the comparison group of 10 people. The experimental group would receive the 6 weeks course training by 3 hours per week, follow-up by home program and home visits. The results showed that FQOL were not different in two group before receiving the program. After the program it was found that FQOL in the experimental group were higher than comparison group ($p=0.026$). The FQOL of the experimental group showed that, after the program there was higher mean score than before in both overall FQOL and in each factor ($p<0.001$). As follow, the family relationships was the highest difference (9.58), then the family rearing (8.06), the social and emotional support (7.90), the well-being (6.00) and the information and welfare (5.00)

Key words: Family quality of life , Autism spectrum disorder , Social skills training program

¹ Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

³ Medical Physician, Senior Professional Level, Khon Kaen Hospital

⁴ Public Health Officer, Professional Level, Khon Kaen Hospital

⁵ Assistant Professor, Faculty of Education, Khon Kaen University

⁶ Instructor, Autistic Research Center, KhonKaen University

บทนำ (Introduction)

ออทิสติก หรือ ออทิสซึมสเปกตรัม เป็นความพิการประเภทที่ 7 มีความบกพร่องทางพัฒนาการ 2 ด้านคือปฏิสัมพันธ์การสื่อสารทางสังคม และพฤติกรรม ปัจจุบันอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในอเมริกาพบบุคคลออทิสติกเพิ่มขึ้นเป็น 1 ต่อ 59 ของประชากรเด็กอายุ 8 ปี¹ พบในทุกเชื้อชาติทุกเชื้อสาย และคาดว่าอุบัติการณ์น่าจะเพิ่มขึ้นอีก โดยยังไม่พบสาเหตุที่แน่ชัด แต่อาการความบกพร่องมีตั้งแต่เกิดไปจนตลอดชีวิต

ครอบครัวของบุคคลออทิสติกเหล่านี้ได้รับผลกระทบโดยตรงทั้งต่อร่างกายและจิตใจ² ต้องมีค่าใช้จ่ายจำนวนมากกว่าคนทั่วไป 4.1-6.2 เท่า³ พบว่าบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติกมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าและมีปัญหาทางร่างกายมากกว่าบิดามารดาทุกกลุ่ม⁴ และต้องเผชิญปัญหามากมายรวมทั้งปัญหาพฤติกรรมด้วย⁵ ทั้งนี้เนื่องจากคนพิการด้านออทิสติก เป็นความพิการที่ไม่เห็นประจักษ์ เสี่ยงต่อการถูกละเลย มีข้อจำกัดจากความบกพร่องหลักด้านการสื่อสารทางสังคม ไม่สามารถระบุปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของตนเองได้ ใช้เวลาเกือบทั้งหมดอยู่ที่บ้าน⁶ และส่วนใหญ่ไม่ได้ไปโรงเรียนเช่นคนทั่วไปเพราะถูกโรงเรียนปฏิเสธจากการที่ไม่สามารถจัดการปัญหาพฤติกรรมได้ ซึ่งการไม่ได้ไปโรงเรียนยังเป็นอุปสรรคขัดขวางพัฒนาการด้านทักษะสังคม

ครอบครัวจึงต้องเผชิญปัญหาพฤติกรรมที่ตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การมีข้อมูลคุณภาพชีวิตครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญ⁷ ทั้งเพื่อตอบคำถามว่าบริการในปัจจุบันสามารถตอบสนองต่อประเด็นความต้องการของครอบครัวหรือไม่ และเพื่อใช้ออกแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

คุณภาพชีวิตครอบครัว (family quality of life [FQOL]) เป็นการประเมินผลลัพธ์สุขภาพทางมนุษยศาสตร์ (humanistic outcome) เพิ่มเติมจากผลลัพธ์ทางคลินิกเพื่อวัดผลลัพธ์ของครอบครัว จากบริการที่ได้รับ มีพัฒนาการจากคุณภาพชีวิตระดับบุคคล เริ่มใช้เมื่อต้นทศวรรษที่ 1980s จากแนวคิดที่ว่าคนพิการมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดครอบครัว⁸ โดยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตครอบครัวมีความแตกต่างกันตามบริบทสังคมวัฒนธรรม สำหรับประเทศไทยได้มีการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีคนพิการ⁹ ที่สอดคล้องกับแนวคิดของ The Beach Center Family Quality of Life Scale (FQOL)¹⁰ โดยคุณภาพชีวิตครอบครัวไทยประกอบด้วย 5 ด้านได้แก่ 1) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว 2) ด้านการเลี้ยงดูบุตรในครอบครัว 3) ด้านสุขภาพ ความเป็นอยู่ และกายภาพของครอบครัว 4) ด้านการสนับสนุนทางสังคม และอารมณ์ 5) ด้านข่าวสาร สวัสดิการ และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ ซึ่งเป็นการสะท้อนการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงของสังคม ที่เห็นว่าคนพิการและครอบครัว มีสิทธิ

ในการมีชีวิตที่มีคุณภาพคล้ายคลึงกับคนทั่วไป สอดคล้องกับกระแสการเคลื่อนไหวด้านลดการจัดบริการในสถาบัน (deinstitutionalize) ให้ความสำคัญแก่คนพิการโดยชุมชน (community base rehabilitation [CBR]) ที่ส่งผลต่อการถ่ายโอนบทบาทบุคลากรผู้ครอบครัว ครอบครัวจึงกลายเป็นหุ้นส่วนสำคัญ ที่เป็นทั้งผู้ให้และรับบริการสุขภาพในขณะเดียวกัน การจัดบริการภาครัฐจึงต้องตอบสนองทั้งต่อคนพิการและครอบครัวไปพร้อมกัน¹¹ เช่นเดียวกับหลักการพยาบาลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered approach)¹² คำนี้ถึงความต้องการของทุกคนในครอบครัว รวมทั้งความสัมพันธ์ของแต่ละคนในครอบครัว ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อพัฒนาการและกระบวนการเรียนรู้ของคนพิการและครอบครัว

การจัดการกับทักษะสังคมของบุคคลออทิสติก โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่น เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและความอ่อนแอของครอบครัว เพราะเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นบุคคลออทิสติก ส่วนใหญ่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมากขึ้นตามวัยและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป แต่ด้วยการด้อยทักษะการเข้าสังคม ทำให้เกิดความสับสนยุ่งยากและรุนแรงขึ้น จนกระทั่งต้องใช้ยาบำบัดเพื่อจัดการเกี่ยวกับความกดดันและความกังวล คนในครอบครัวจึงต้องการความรู้และทักษะที่จำเป็น

เหมาะสมตามพัฒนาการแต่ละช่วงวัย เพื่อฝึกทักษะให้รวมทั้งการตอบสนองที่เหมาะสมด้วย

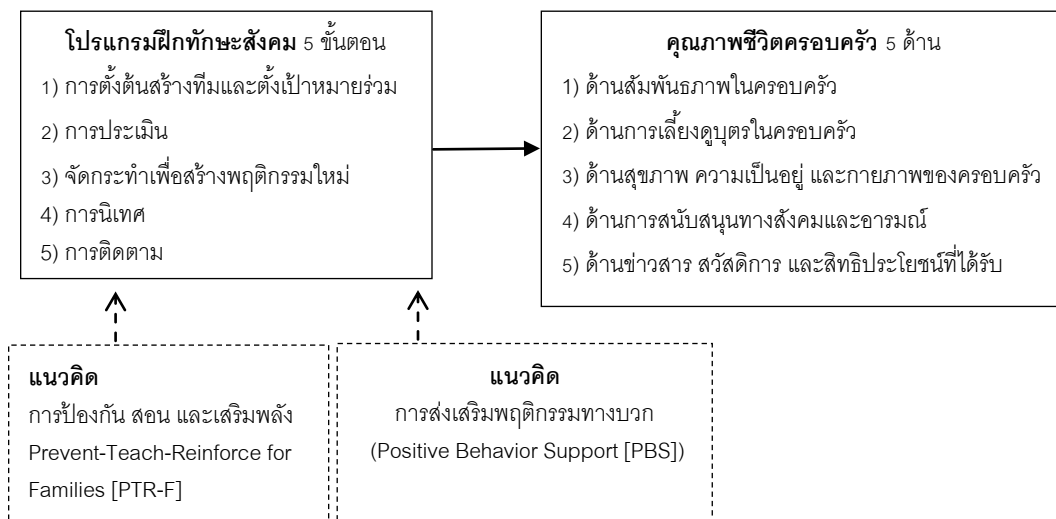
ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาจึงได้พัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะสังคม (social skill training) ที่มีลักษณะของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงจากครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การตั้งต้นสร้างทีมและตั้งเป้าหมายร่วม initiating the process 2) การประเมิน assessing 3) จัดกระทำเพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่ developing interventions 4) การสอนนิเทศ coaching และ 5) การติดตามกำกับ monitoring ซึ่งโปรแกรมฝึกทักษะสังคมที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จะสามารถเสริมสร้างคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีวัยรุ่นออทิสติกได้ ช่วยลดความเครียดของครอบครัว สามารถปรับตัวพึ่งตัวเองได้ คนในครอบครัวเรียนรู้ที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างเหมาะสม มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของคนพิการและเป็นส่วนที่เกื้อกูลสังคมอย่างมีคุณธรรมด้วย

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะสังคม ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคล ออทิสติกวัยรุ่น

2. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมฝึกทักษะสังคมในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการวิจัยประเภทกึ่งทดลองแบบ two group pre-post test

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นครอบครัวที่มีคนพิการด้านออทิสติก ที่จดทะเบียนคนพิการในจังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้งสิ้น 277 คน¹³

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ครอบครัวที่มีคนพิการด้านออทิสติกอายุ 12 -20 ปี ที่จดทะเบียนคนพิการในจังหวัดขอนแก่น คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G power

กำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.3 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า power เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 49 คน หลังจากนั้นใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยสุ่มอำเภอที่อาศัยอยู่จำนวน 26 อำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่างรวมจำนวน 52 ครอบครัว หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลมาจัดเรียงคะแนนคุณภาพชีวิตครอบครัวจากน้อยไปมาก และคัดเลือกสมาชิกครอบครัวผู้มีคะแนนต่ำสุดจำนวน 30 คน สอบถามความสมัครใจ เพื่อคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่ม

ตัวอย่างในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิต ครอบครัวด้วยโปรแกรมฝึกทักษะสังคม โดยมีเกณฑ์ในคัดออกจากโครงการวิจัย คือ 1) เป็นคนที่มี significant hearing or vision loss หูตึงมากหรือตามองไม่เห็นที่รุนแรง 2) มีโรคทางระบบประสาทหรือโรคทางกายอื่นๆ เช่น intellectual disorder, cerebral palsy, history of severe head trauma or stroke เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ประกอบด้วย

แบบวัดคุณภาพชีวิตครอบครัว :
ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีคนพิการไทยของ ธีรกร มณีรัตน์ และคณะ (2557)⁹ จำนวน 30 ข้อ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.93 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.93 โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตครอบครัว ประกอบด้วย 2 ส่วน ข้อมูลทั่วไป และ ข้อมูลคุณภาพชีวิตครอบครัว เป็นมาตรวัดประมาณค่าความพึงพอใจ 5 ระดับ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

โปรแกรมฝึกทักษะสังคม :
ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะสังคม เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัว สำหรับครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น โดยประยุกต์ 2 แนวคิดเข้าด้วยกัน ได้แก่ แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมทางบวกสำหรับครอบครัว (Positive Behavior Support

[PBS]) ของ Carr et al (2002)¹⁴ ซึ่งอธิบายถึงการเรียนรู้ที่จะป้องกันและแทนที่พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการสร้างพฤติกรรมใหม่ และแนวคิด Prevent-Teach-Reinforce for Families [PTR-F] ของ Glen et al. (2017)¹⁵ โปรแกรมฝึกทักษะสังคมครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การตั้งต้นสร้างทีมและตั้งเป้าหมายร่วม 2) การประเมิน 3) จัดกระทำเพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่ 4) การสอนนิเทศ และ 5) การติดตามกำกับ ผวนกรรวมกับกรอบแนวคิดของคุณภาพชีวิตครอบครัว โดยเน้นให้โปรแกรมมีความเหมาะสมกับการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น เนื้อหาของโปรแกรมได้มาจากการสนทนากลุ่มผู้ปกครอง 6 คน การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 13 คน และตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 8 ท่าน หลังจากนั้นทดลองใช้โปรแกรม และนำไปปรับปรุงเพื่อนำไปใช้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมประกอบด้วย ความรู้พื้นฐาน 6 ชั่วโมง และความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะสังคม 12 ชั่วโมง รวมเวลา 18 ชั่วโมง การอบรมแต่ละครั้งใช้เวลา 3 ชั่วโมง รวม 6 ครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรมบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต ชมวิดีโอทัศน์ การเล่าประสบการณ์ และการฝึกปฏิบัติ มีเนื้อหา ดังนี้

ครั้งที่ 1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ
อาชีพที่เลือก ประกอบด้วยอาชีพที่เลือกมา
และ
แนวทางการดูแล

ครั้งที่ 2 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ
ทักษะพ่อแม่ (ป้องกัน สอนพฤติกรรมใหม่
แทนที่พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และเสริม
พลัง) ประกอบด้วย การรู้ตัวรู้คุณค่าเสีย
ใจ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ครั้งที่ 3 ทักษะสังคม ประกอบด้วย
วินัยที่บ้าน ตารางภาพนาฬิกาชีวิต

ครั้งที่ 4 ทักษะสังคม การจัดการ
ตนเองเมื่อโกรธ ถูกรังแก ถูกกลั่น

ครั้งที่ 5 ทักษะสังคม การเข้าหา
เพื่อน การทำงานเป็นทีม ไปงานเลี้ยง ไป
เที่ยว

ครั้งที่ 6 ทักษะสังคม เรื่องเล่าทาง
สังคม

วิธีการเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัย
ดำเนินการดังนี้ เก็บข้อมูลคุณภาพชีวิต
ครอบครัว โดยเก็บกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน
52 ครอบครัว ที่อาศัยอยู่ 26 อำเภอด้วย
ตนเอง นำข้อมูลที่ได้มาจัดกระทำวิเคราะห์
ข้อมูล และจัดเรียงลำดับข้อมูลคุณภาพชีวิต
ครอบครัวจากน้อยไปมาก คัดเลือกกลุ่ม
ตัวอย่างที่ได้คะแนนจากน้อยที่สุดขึ้นมา
จำนวน 30 คน สอบถามความสมัครใจ และ
จัดเข้ารับการอบรมตามโปรแกรมจำนวน
13 คน ดำเนินการตามโปรแกรม 5 ขั้น ใช้
เวลา 3 เดือน ติดตามโดยการส่งการบ้าน
ในไลน์กลุ่ม และการเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาหลังการ

ทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบ
แบบวัดคุณภาพชีวิตครอบครัว คะแนนในครั้ง
นี้เป็นคะแนนหลังการทดลอง (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วย
โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ค่าสถิติเชิง
พรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอ้างอิง ใช้
สถิติ t-test (Independent sample t-test)
เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิต
ครอบครัว ทดสอบค่าเฉลี่ยกรณีกลุ่มตัวอย่าง
2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน และใช้สถิติ Pair-
t test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกรณี
2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน และ 95%
Confidence Interval ระดับนัยสำคัญทาง
สถิติ 0.05

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณา
รับรองเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
วิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อ
วันที่ 11 พฤศจิกายน 2559 เลขที่ HE 591359

ผลการวิจัย (Result)

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจและลงชื่อเข้า
ร่วมโครงการเป็นกลุ่มทดลองทั้งหมด 13 ราย
มีเพียง 10 ราย ที่อยู่ครบตลอดโครงการ ส่วน
ใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 8 คน มีอายุเฉลี่ย
45.1 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 34-10 ปี
จำนวน 6 คน สถานภาพคู่จำนวน 7 คน
เกือบทั้งหมดดูแลบุคคลออทิสติกมากกว่า

10 ปี บุคคลออกทิสติกเป็นเพศชาย 9 คน
มีอายุระหว่าง 12- 20 ปี อายุเฉลี่ย 16.1 ปี

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

10 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 9 คน
มีอายุเฉลี่ย 42.4 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง

35-40 ปี จำนวน 5 คน สถานภาพคู่จำนวน
6 คน เกือบทั้งหมดมีระยะเวลาที่ดูแลบุคคล
ออกทิสติกมากกว่า 10 ปี บุคคลออกทิสติกเป็น
เพศชาย 9 คน มีอายุระหว่าง 13- 29 ปี อายุ
เฉลี่ย 16.9 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะประชากร จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=10)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=10)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	2	20	1	10
หญิง	8	80	9	90
2. อายุ				
35-40 ปี	6	60	5	50
41-50 ปี	2	20	4	40
51-60 ปี	2	20	1	10
เฉลี่ย(min-max)	45.1 (35-60)		42.4 (31-60)	
4. สถานภาพสมรส				
คู่	7	70	6	60
ม่าย	3	30	3	30
โสด	0	0	1	10
5. ระยะเวลาที่ดูแลบุคคลออกทิสติก				
5-10 ปี	1	10	1	10
> 10 ปี	9	90	9	90
เฉลี่ย(min-max)	13.6 (8-29)		15.2 (10-30)	
6. เพศของบุคคลออกทิสติก				
ชาย	9	90	9	90
หญิง	1	10	1	10

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะประชากร จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=10)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=10)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. อายุของบุคคลออกทิสติก				
12-15 ปี	5	50	5	50
16-20 ปี	5	50	5	50
เฉลี่ย(min-max)	16.1 (12-20)		16.9 (13-29)	

ข้อมูลคุณภาพชีวิตครอบครัว
ระดับคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่นนั ะยะก่อนการได้รับโปรแกรมฝึกทักษะสังคม พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 20 อยู่ในระดับต่ำ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนในระยะหลังได้รับโปรแกรมฝึกทักษะสังคม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่

ร้อยละ 90 มีระดับคุณภาพชีวิตครอบครัวในระดับปานกลาง และร้อยละ 10 มีระดับคุณภาพชีวิตครอบครัวในระดับสูง ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับคุณภาพชีวิตครอบครัวในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

คุณภาพชีวิต		กลุ่มทดลอง (n=10)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=10)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนได้รับโปรแกรม	ระดับสูง	0	0	0	0
	ระดับปานกลาง	8	80	8	80
	ระดับต่ำ	2	20	2	20
หลังได้รับโปรแกรม	ระดับสูง	1	10	0	0
	ระดับปานกลาง	9	90	8	80
	ระดับต่ำ	0	0	2	20

เมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น ระยะเวลา ก่อนการได้รับโปรแกรมฝึกทักษะสังคม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับ 100.04 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนคุณภาพชีวิตครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับ 101.40 ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($p=0.616$) ส่วนในระยะเวลาหลังได้รับโปรแกรมฝึกทักษะสังคม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับ 132.27 และกลุ่ม

เปรียบเทียบมีคะแนนคุณภาพชีวิตครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับ 99.93 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.026$) ดังตารางที่ 3 และเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น ระยะเวลา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฝึกทักษะสังคม ในกลุ่มทดลอง พบว่า มีความต่างกันทั้งโดยรวมและรายองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

คุณภาพชีวิตครอบครัว		n	\bar{X}	S.D.	Mean Difference	95 % CI of Mean Difference	t	df	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	10	100.04	13.05	-1.36	92, 108	0.5	18	0.616
	กลุ่มเปรียบเทียบ	10	101.4	7.32		96.9, 106			
หลังได้รับโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	10	132.27	15.16	32.34	123, 142	-13	18	0.026*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	10	99.93	6.06		96.2, 104			

*p-value < 0.05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของของคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น
จังหวัดขอนแก่น ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

องค์ประกอบ	ก่อน ทดลอง \bar{X} (S.D.)	หลัง ทดลอง \bar{X} (S.D.)	\bar{d}	S.D. s_d	95% CI of μd	t	df	p-value
สัมพันธภาพในครอบครัว	48.9 (2.8)	54.4 (0.9)	9.58	0.66	3.09, 7.101	7.03	9	<0.001*
การเลี้ยงดูบุตรในครอบครัว	21.1 (2.1)	29.2 (0.6)	8.06	0.77	6.57, 9.54	8.44	9	<0.001*
สุขภาพ ความเป็นอยู่ และ กายภาพของครอบครัว	20.2 (2.1)	26.2 (2.4)	6.00	0.88	3.82, 8.17	9.06	9	<0.001*
การสนับสนุนทางสังคม และอารมณ์	15.8 (1.1)	23.7 (2.5)	7.90	0.69	6.02, 9.77	9.87	9	<0.001*
ข่าวสาร สวัสดิการ และสิทธิ ประโยชน์ที่ได้รับ	16.0 (1.0)	21 (2.7)	5.00	0.58	3.03, 6.97	8.07	9	<0.001*
คุณภาพชีวิตครอบครัว โดยรวม	100.0 (13.0)	132.2 (15.1)	32.23	13.0	18.94, 45.51	10.75	9	<0.001*

*p-value< 0.05

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1. คุณภาพชีวิตครอบครัวของครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น จังหวัดขอนแก่น

จากผลการวิจัยที่พบว่า ครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีระดับคุณภาพชีวิตครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 20 อยู่ในระดับต่ำ ในระยะก่อนการได้รับโปรแกรมฝึกทักษะสังคม ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และเมื่อแยกพิจารณา

คุณภาพชีวิตครอบครัวรายด้านพบว่า ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านสุขภาพ ความเป็นอยู่ และกายภาพของครอบครัว อธิบายได้ดังนี้

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่นจังหวัดขอนแก่น ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ขัดแย้งกับการศึกษาของเพ็ญนภา กุลนาคดล¹⁶ ที่ศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพในครอบครัว

มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากวัยรุ่นทั่วไป อยู่ในวัยเรียนมีกิจกรรมนอกห้องเรียนมากมาย ไม่ได้ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับบ้าน เหมือนคนพิการ พ่อแม่จึงรับรู้คุณภาพชีวิต ครอบครัวด้านสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำ อย่างไรก็ดีตามในการศึกษาค้นคว้านี้กลับสะท้อนให้เห็นว่า แม้มีคนพิการในครอบครัว พ่อแม่ผู้ดูแลมีการะเพิ่มขึ้น แต่สมาชิกในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเหมาะสม ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีต่อสมาชิกครอบครัว และมีการแสดงออกที่สื่อถึงความรัก ดูแลเอาใจใส่เอื้ออาทร ให้เกียรติและยอมรับกันและกัน เช่น กอด สัมผัสอย่างอ่อนโยน โทรศัพท์ถามทุกข์สุข ให้อาหารใหญ่ เป็นต้น จึงส่งผลคุณภาพชีวิตครอบครัวในองค์ประกอบ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ส่วนในองค์ประกอบคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีคะแนนต่ำสุด คือด้านการเลี้ยงดูบุตรในครอบครัว แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ครอบครัวในการเลี้ยงดูบุตรในศตวรรษที่ 21 ว่ามีแนวโน้มของพ่อแม่ที่ถึงแม้จะมีความรู้สูงแต่ขาดทักษะการอบรมเลี้ยงดูลูก มีความรู้แต่ปฏิบัติไม่ถูกวิธี ทั้งสถานการณ์ปัจจุบันที่พ่อแม่ผู้ดูแลมีเวลาให้กันน้อยลง จึงส่งผลให้องค์ประกอบด้านการเลี้ยงดูบุตรในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้ อาจเนื่องจากเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น บุคคลออทิสติก ส่วนใหญ่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมากขึ้นตามวัย แต่ด้วยการด้อยทักษะการเข้าสังคม ทำให้เกิดความสับสนยุ่งยาก

และรุนแรงขึ้น ดังนั้นหากพ่อแม่และคนในครอบครัว มีความรู้และทักษะที่จำเป็นเหมาะสมตามพัฒนาการแต่ละช่วงวัย และได้รับสร้างเสริมความสามารถที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการพัฒนาทักษะสังคมของออทิสติกวัยรุ่น นอกจากจะลดผลกระทบจากความรุนแรงของพฤติกรรมเชิงลบ ยังช่วยเสริมสร้างพัฒนาการของบุคคลออทิสติก¹⁷ และยังส่งผลต่อสัมพันธภาพกับพ่อแม่ที่มั่นคงต่อไป¹⁸ หรืออาจกล่าวในอีกมุมมองหนึ่งคือ คุณภาพชีวิตครอบครัวที่สำคัญคือ การพัฒนาความเป็นพ่อแม่ การกระทำของพ่อแม่ที่ตระหนักและเห็นคุณค่าของการพัฒนาลูก ส่งผลให้เกิดความรักและความผูกพันในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น

2. ผลการใช้โปรแกรมฝึกทักษะสังคม ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น

ผลการใช้โปรแกรมฝึกทักษะสังคมที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น พบว่า ครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมฝึกทักษะสังคมส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 มีระดับคุณภาพชีวิตครอบครัวในระดับปานกลาง และร้อยละ 10 มีระดับคุณภาพชีวิตครอบครัวในระดับสูง และสูงขึ้นในระยะหลังการทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ใช้หลักการและแนวคิดบูรณาการการส่งเสริมพฤติกรรมทางบวก (PBS) ผสมผสานแนวคิด (PTR-F) เพื่อป้องกัน สอน และเสริมพลังมาใช้ ดังการศึกษาของ Smith-Bird, & Turnbull¹⁹

และ Hieneman²⁰ ที่พบว่า การส่งเสริมพฤติกรรมทางบวก ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งในระดับบุคคลและคุณภาพชีวิตครอบครัวและการศึกษาของ Lucyshyn et al.²¹ ที่พบว่า การป้องกัน สอน และเสริมพลังนอกจากจะช่วยลดพฤติกรรมเชิงลบในระยะยาวแล้วยังช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกและคุณภาพชีวิตของพ่อแม่ผู้ดูแลด้วย ยิ่งไปกว่านั้นจุดเด่นของโปรแกรมที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตครอบครัว มีดังนี้

2.1) บทบาทของพ่อแม่ ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยเสริมให้ครอบครัวมีพัฒนาการคุณภาพชีวิตครอบครัวที่ดีขึ้น มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ แสดงออกซึ่งกันและกันได้มากขึ้น เมื่อผนวกรวมกับองค์ความรู้ที่ได้รับจากโปรแกรม ทำให้สมาชิกครอบครัวสามารถพัฒนาตนเอง รับรู้ถึงหลักการป้องกัน การส่งเสริมพฤติกรรมทางบวก และเสริมพลัง และเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง การใช้ภาษาสื่อสารเชิงบวก และการสร้างวินัยภายในบ้าน ตลอดจนระบบสอนนิเทศ การติดตามและกลวิธีในการช่วยเหลือครอบครัวผ่านไลน์กลุ่มและการเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้เพราะพ่อแม่เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการให้การช่วยเหลือ ฉะนั้นจากกล่าวได้ว่าความสำเร็จของโปรแกรมประการหนึ่งขึ้นอยู่กับ การแสดงออกถึงบทบาทที่ชัดเจนในการดูแลช่วยเหลือครอบครัวของตนเอง

2.2) การจัดขนาดกลุ่มในการอบรมเป็นกลุ่มเล็ก พอที่จะเปิดโอกาสให้อาสาสมัคร มีโอกาสที่จะพูดคุย ชักถาม เรียนรู้และมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และเต็มที่ ดังที่ Gladding²² เสนอว่าขนาดของกลุ่มให้คำปรึกษาที่ได้ผลสูงสุดควรมีสมาชิกประมาณ 8-12 คน และมีสอดคล้องกับคำแนะนำของ Jacobb, Mansson & Harvill²³ ที่กล่าวว่าขนาดของกลุ่มที่อบรม จะมีผลทำให้ผู้เข้าอบรมได้มีโอกาสเรียนรู้เพื่อที่จะรู้จักตนเองจากปฏิกิริยาของสมาชิกที่มีต่อตนเอง เป็นการได้รับข้อมูลย้อนกลับจากสมาชิกคนอื่นและวิทยากร สอดคล้องกับคำกล่าวของนาถลดา ตะวันกาญจน์โชติ²⁴ ที่กล่าวว่าโปรแกรมที่จะสามารถพัฒนาทักษะสังคมได้อย่างต่อเนื่องควรเน้นการสอนสาธิตซึ่งเป็นรูปแบบที่มีการระบุนการจัดกระทำเพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ชัดเจน และมีการบ้านให้กลับไปทำ มีการนิเทศโดยการเยี่ยมบ้านพร้อมให้คำปรึกษาปัญหา ทำให้เกิดผลลัพธ์เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาลง^{25,26} ส่งผลให้บุคคลออทิสติกสามารถพัฒนาทักษะสังคมได้อย่างต่อเนื่อง จากจุดเด่นของกระบวนการภายในโปรแกรม ที่ประกอบด้วย 1) การตั้งต้นสร้างทีมและตั้งเป้าหมายร่วม 2) การประเมิน 3) การจัดกระทำเพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่ 4) การนิเทศ และ 5) การติดตาม ทำให้โปรแกรมฝึกทักษะสังคมที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ทำให้สมาชิกครอบครัวสามารถนำองค์ความรู้มา

ประยุกต์ใช้ได้เป็นอย่างดี จึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตครอบครัวดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบบริการ ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การมีความรู้ในการฝึกทักษะสังคมของวัยรุ่นนอกทิสติกเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งจากคำบอกเล่าของผู้เข้าร่วมการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นการทำตามกันมา ยังไม่สามารถจัดการกับทักษะสังคมที่เป็นปัญหาชี้ให้เห็นว่าครอบครัวยังต้องการความรู้เพื่อดูแลบุคคลออทิสติกวัยรุ่นให้มีทักษะสังคมสามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกในชุมชนได้อย่างกลมกลืน เข้าถึงบริการที่จำเป็น สามารถดำรงชีวิตอยู่ด้วยตนเองตามศักยภาพ ลดอัตราการเจ็บป่วยจากปัญหาพฤติกรรมซ้ำซ้อน ดังนั้นเพื่อเข้าสู่เป้าหมายการเป็นสังคมที่เข้มแข็งเอื้ออาทร และมีความสุข ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องเช่น โรงพยาบาล ศูนย์บริการคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน หรืออื่นๆ จึงควรมีการปรับเปลี่ยนบริการ ให้เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ผลการศึกษาครั้งนี้ ยังชี้ให้เห็นว่า ครอบครัวถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการดำเนินชีวิต หน่วยบริการจึงควรสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลออทิสติกวัยรุ่นในชุมชน เนื่องด้วยจุดเด่นของสังคมวัฒนธรรมไทย เช่น ความเกื้อกูลกันในหมู่

เครือญาติ จึงควรใช้เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาเครือข่ายการดูแลครอบครัวต่อไป เช่น การส่งเสริมการพัฒนากลุ่มแม่ผู้ดูแล การหล่อเลี้ยงผู้ดูแล เป็นต้น นอกจากนี้ ยังสามารถนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตครอบครัวไปใช้ในพื้นที่ และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินระดับปัญหาก่อนให้การดูแล ตลอดจนใช้ประเมินประสิทธิภาพของการจัดบริการต่อไป เพื่อให้เกิดความมั่นคงแก่สถาบันครอบครัว ซึ่งเป็นหลักในการพัฒนาหล่อหลอมบุคคลตั้งแต่ในครรภ์จนถึงเชิงตะกอน เพื่อเป็นการปลูกฝังคุณลักษณะที่ดีในอนาคตต่อไป

การพัฒนางานวิจัย ควรมีการวิจัยคุณภาพชีวิตครอบครัว ในบริบทที่หลากหลาย เช่น ครอบครัวที่ย่ำแย่ ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว และควรนำโปรแกรมนี้เป็นแนวทางจัดบริการทั้งภาครัฐและองค์กรเอกชน เช่น สมาคมเพื่อและสมาคมของคนพิการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากข้อค้นพบเกี่ยวกับโปรแกรมฝึกทักษะสังคม ที่ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับออทิสซึม ทักษะพ่อแม่ และการพัฒนาทักษะสังคมนี้ ชี้ให้เห็นว่านโยบายที่จะเอื้อให้ครอบครัวสามารถเสริมสร้างทักษะสังคมของบุคคลออทิสติกได้นั้น ผู้กำหนดนโยบายต้องปรับกรอบแนวคิดและวิธีการทำงานในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ให้เปิดกว้างสู่การสร้างเสริมพลังอำนาจครอบครัว เพื่อเติมเต็มความต้องการความรู้ในการเลี้ยงดูทุกช่วงวัย ตลอดจนการ

จัดการป้องกันปัญหาแต่แรกเริ่มโดยเฉพาะ
วัยรุ่นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อ ที่ “ยิ่งโต ยิ่งรุนแรง”
ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณกองทุนพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตคนพิการแห่งชาติ และสำนักงาน
คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่ให้ทุน
สนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณศาสตราจารย์
ชั้นสูง นายแพทย์สุชาติ พหลภาคย์
ผู้อำนวยการแผนงานวิจัยและที่ปรึกษา
สถาบันวิจัยและบริการด้านออทิซึม ที่ให้
คำแนะนำตรวจสอบในทุกขั้นตอน
ขอขอบคุณสมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิซึม
จังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนบางส่วนใน
การนำเสนอผลงานวิจัยในต่างประเทศ
ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนสถานที่ในการทำ
วิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
ขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศูนย์วิจัยออทิซึม มูลนิธิขอบฟ้ากว้าง ศูนย์
การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 9 ขอนแก่น
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนแกนนำ
เรียนร่วม ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณครอบครัวที่มี
บุคคลที่มีภาวะออทิซึมทุกท่านที่เสียสละเวลา
และเปิดโอกาสให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่ง
ในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. **MMWR Surveill Summ.** 2018; 67 (No. SS-6): 1–23. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1>.
2. Gray DE. Coping over time: the parents of children with autism. **J Intellect Disabil Res.** 2006; 50(12): 970-976. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00933.x>.
3. Shimabukuro TT, Grosse SD, Rice C. (2008). Medical expenditures for children with an autism spectrum disorder in a privately insured population. **J Autism Dev Disord.** 2008 Mar; 38(3): 546-52. Epub 2007 Aug 10.
4. Benjak T. Subjective quality of life for parents of children with autism spectrum disorders in Croatia. **Applied Research Quality Life.** 2011; 6: 91–102. DOI 10.1007/s11482-010-9114-6.
5. Werner S, Edwards M, & Baum NT. Family quality of life before and after out-of-home placement of a family member with an intellectual disability.

- Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 2009; 6: 32–39.
6. Brown RI, Geider S, Primrose A & Jokinen NS. Family life and the impact of previous and present residential and day care support for children with major cognitive and behavioural challenges: a dilemma for services and policy. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2011; 55(9): 904-917.
 7. Isaacs BJ, Brown I, Brown RI, Baum N, Myerscough T, Neikrug S, et al. The international family quality of life project: Goals and description of a survey tool. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2007; 4: 177–185.
 8. Schalock R, Brown I, Brown RI, Cummins R, Felce D, Matikka L, et al. Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental Retardation*. 2002; 40: 457-470.
 9. Maneerat T, Jongudomkarn D, & Khiewyoo J. Development of family quality of life scale for Thai families who have persons with disabilities. *Journal of Nursing Science and Health [Internet]*. 2014; 37(4): 13-6. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/23949>.
 10. Hoffman L, Marquis J, Poston D, Summers JA, & Turnbull A. Assessing family outcomes: Psychometric evaluation of the Beach Center Family Quality of Life Scale. *Journal of Marriage and Family*. 2006; 68: 1069–1083.
 11. Keen D. Parents, families and partnerships: issues and considerations. *International Journal of Disability Development and Education*. 2007; 54(3): 339-349.
 12. Friedman MM. *Family nursing theory and assessment*. (2nd e.d.) 1986 Connecticut : Appleton-Century-Crofts.
 13. พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดขอนแก่น. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจังหวัดขอนแก่น ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560–2564 (แผนปฏิบัติการภายใต้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 5 พ.ศ.2560–2564) 2560. เอกสารจัดสำเนา.
 14. Carr EG, Dunlap G, Horner RH, Koegel RH, Turnbull AP, Sailor W, & Fox L. Positive behavior support: Evolution of an applied science. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 2002; 4: 4-16. [Ref list]

15. Dunlap G, Strain PS, Lee JK, Joseph JD, Vatland C, & Fox L. Prevent Teach - Reinforce for Families: A model of individualised positive behavior support for home and community. 2017; Baltimore, ML: Paul H. Brookes Publishing Co.
16. เพ็ญภา กุลนาคดล. การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตครอบครัวด้วยโปรแกรมภาษารัก. **วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**. 2559; 22(2): 233-246.
17. Leann ES, Jan SG, Marsha MS, & Jinkuk H. Symptoms and behavior problems of adolescents and adults with autism: effects of mother-child relationship quality, warmth, and praise. **American Journal on Mental Retardation**. 2008; 113(5): 387-402.
18. Siller M, & Sigman M. The behaviors of parents of children with autism predict subsequent development of their children's communication. **J Autism Dev Disord**. 2002; 32: 77-89.
19. Smith-Bird E, & Turnbull AP. Linking positive behavior support to family quality-of-Life outcomes. **Journal of Positive Behavior Interventions**. 2005; 7: 174-180.
20. Hieneman M. Positive behavior support for individuals with behavior challenges. **Behavior Analysis in Practice**. 2015; 8(1): 101-108.
21. Lucyshyn JM, Albin RW, Horner RH, Mann JK, Mann JA, Wadsworth G. Family Implementation of positive behavior support for a child with autism: longitudinal, single-case, experimental, and descriptive replication and extension. **Journal of Positive Behavior Interventions**. 2007; 9(3): 131-150.
22. Gladding ST. Effective group counseling. 1994. Greensboro, NC: ERIC/CASS.
23. Jacobb EE, Masson RL, & Harvill RL. **Group counseling: strategies and skills**. 2002. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
24. นาถลดา ตะวันกาญจน์โชติ. ทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียน. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 2559; 30(2): 1-27.
25. Frankel F, Myatt R, Sugar C, Whitham C, Gorospe CM, & Laugeson E. A randomized controlled study of parent-assisted children's friendship training with children having autism spectrum disorders. **Journal Autism Development Disorders**. 2010; 40: 827-842.

26. Reichow B, Steiner AM, & Volkmar F.
Social skills groups for people aged
6 to 21 with autism spectrum disorders
(ASD). **The Cochrane Database
Systemic Review**. 2012; (7): Cd008511.