

ผลของพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก*

**THE EFFECT OF BEHAVIOR THERAPY WITH FAMILY INVOLVEMENT
ON AGGRESSIVE BEHAVIOR OF AUTISTIC CHILDREN**

นรุตม์ แพงพรพมมา, พย.ม. (Narut Phaengphomma, BNS., RN)**

จินตนา ยูนิพันธุ์, Ph.D. (Jintana Yunibhand, Ph.D., RN)***

รัชনীกร อุปเสน, Ph.D. (Ratchaneekorn Upasen, Ph.D., RN)****

Abstract

Objectives: To compare aggressive behavior of autistic children before and after using the behavior therapy with family involvement, and to compare aggressive behavior of autistic children using the behavior therapy with family involvement and those who received regular nursing care.

Methods: This study was quasi-experimental research using the pretest-posttest design. Forty autistic children aged 6-12 years old receiving inpatient services and their family who met the inclusion criteria were matched pair and then randomly assigned into experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the behavior therapy with family involvement program for 4 weeks. The control group received usual care. Research instruments were: personal data questionnaire,

an aggressive behaviors scale, a behavior therapy performance of family scale, a nurse's protocol on behavior therapy in children with Autistic, a family manual on behavior therapy at home. All instruments were content validated by a panel of 5 professional experts. Interrater reliability of aggressive behaviors scale was .81,.85,.90,.92 and .93 respectively, and internal consistency reliability of behavior therapy performance scale was .84. The Wilcoxon was used for data analysis.

Results: 1) Aggressive behaviors of autistic children after using the behavior therapy with family involvement were significantly lower than those before, at the .05 level. 2) Aggressive behaviors of autistic children who received behavior therapy with family involvement were significantly lower than those who received

*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Master Thesis, Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

**พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันราชานุกูล (Registered Nurse, Rajanukul Institute)

***Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Associate professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University), E-mail: yuni_jintana@hotmail.com

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Assistant professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

วันที่รับ (received) 4 กุมภาพันธ์ 2559 วันที่แก้ไข (revised) 20 มีนาคม 2559 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 เมษายน 2559

regular nursing care, at the .05 level.

Conclusion: This study supported that the use of behavioral therapy with family involvement program should be included in psychiatric mental health service for autistic children.

Keywords: Autistic children, Behavioral therapy with family involvement, Aggressive behaviors

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กออทิสติก อายุ 6-12 ปี และครอบครัวที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยได้รับการจับคู่ (matched pair) แล้วสุ่มโดยใช้วิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก แบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่บ้าน แนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับพยาบาลและคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

สำหรับเด็กออทิสติก เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และได้ค่าความสอดคล้องจากการสังเกตแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเท่ากับ .81, .85, .90, .92 และ .93 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงของแบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่บ้านเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon

ผลการวิจัย: 1) พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนว่า การใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ควรเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับเด็กออทิสติก

คำสำคัญ: เด็กออทิสติก พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม พฤติกรรมก้าวร้าว

ความสำคัญของปัญหา

โรคออทิสติก (autistic disorder) พบได้ในเด็กทั่วโลกซึ่งในปัจจุบันจำนวนเด็กออทิสติกมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มจำนวนสูงขึ้นเรื่อยๆ จากการสำรวจอุบัติการณ์เด็กออทิสติกของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention of America : CDC, 2012) และจากการศึกษาในต่างประเทศเด็ก

ออทิสติกจำนวน 1,584 คน พบอัตราความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าว คิดเป็นร้อยละ 53 (Mazurek et al., 2013) นับว่ามีอุบัติการณ์ที่สูงมาก สำหรับอัตราความชุกของโรคออทิสติกในประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์ของโรคสูงขึ้นเช่นกัน จากสถิติของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2553 พบความชุกของออทิสติกประมาณ 6 : 1,000 อัตราส่วน คิดเป็นร้อยละ 0.6 (กรมสุขภาพจิต, 2553) และจากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก เป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวชพบอัตราความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวและทำร้ายตนเอง คิดเป็นร้อยละ 13.2 และพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 6.6 พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงเท่ากับ 4-5:1 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (กรมสุขภาพจิต, 2553; งานสถิติ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2553)

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การที่บุคคลมีการกระทำที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้โดยแสดงออกทางคำพูด ทางร่างกาย หรือทั้งสองทาง ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น และสิ่งของ (Yudofsky et al., 1986) ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกนั้น ประกอบไปด้วย ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการสื่อสารและภาษา โดยเด็กไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ไม่สามารถระบายออกมาเป็นคำพูดได้จึงเกิดความไม่พอใจจนถึงขั้นอารมณ์โกรธซึ่งอารมณ์โกรธ เป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลให้เด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Kloosterman et al., 2014; Erbas et al., 2013) และปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวและขาดความรู้ในการจัดการกับพฤติกรรม

ก้าวร้าว จึงส่งผลให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงขึ้น (Hill et al., 2014; Kanne & Mazurek, 2011; Mazurek et al., 2013) ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวนี้เป็นการกระทำทางวาจาทางร่างกาย หรือสิ่งของ (Yudofsky et al., 1986)

แนวทางการรักษาเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในปัจจุบันมีหลายวิธี เช่น การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการ การเล่นบำบัด กิจกรรมบำบัด พฤติกรรมบำบัด (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550) จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า พฤติกรรมบำบัดเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผลสำหรับเด็กออทิสติก (Goodman & Scott, 2012) อย่างไรก็ตามการใช้พฤติกรรมบำบัดส่วนใหญ่ มุ่งเน้นที่ตัวเด็กเป็นหลัก ส่วนผู้ปกครองนั้นเข้ามามีส่วนร่วมโดยเพียงการรับฟังความรู้เรื่องโรคออทิสติกและเทคนิคต่างๆ ที่ใช้การปรับพฤติกรรมเท่านั้น ซึ่งยังไม่พบว่าได้มีการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดโดยใช้พฤติกรรมบำบัดกับพยาบาล จากการศึกษาของโรเบิร์ตและคณะ (Roberts et al., 2011) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของเด็กออทิสติกที่ได้รับการดูแลแบบกลุ่มร่วมกับครอบครัวและเด็กออทิสติกที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่ากลุ่มเด็กออทิสติกที่ได้รับการดูแลแบบกลุ่มร่วมกับครอบครัวมีผลลัพธ์ของการรับรู้สมรรถนะมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นและปัญหาด้านพฤติกรรมลดลง ดังนั้น ครอบครัวถือเป็นบุคคลที่สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการส่งเสริมและพัฒนาทักษะของเด็ก (เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์, 2550; Jull & Mirenda, 2011)

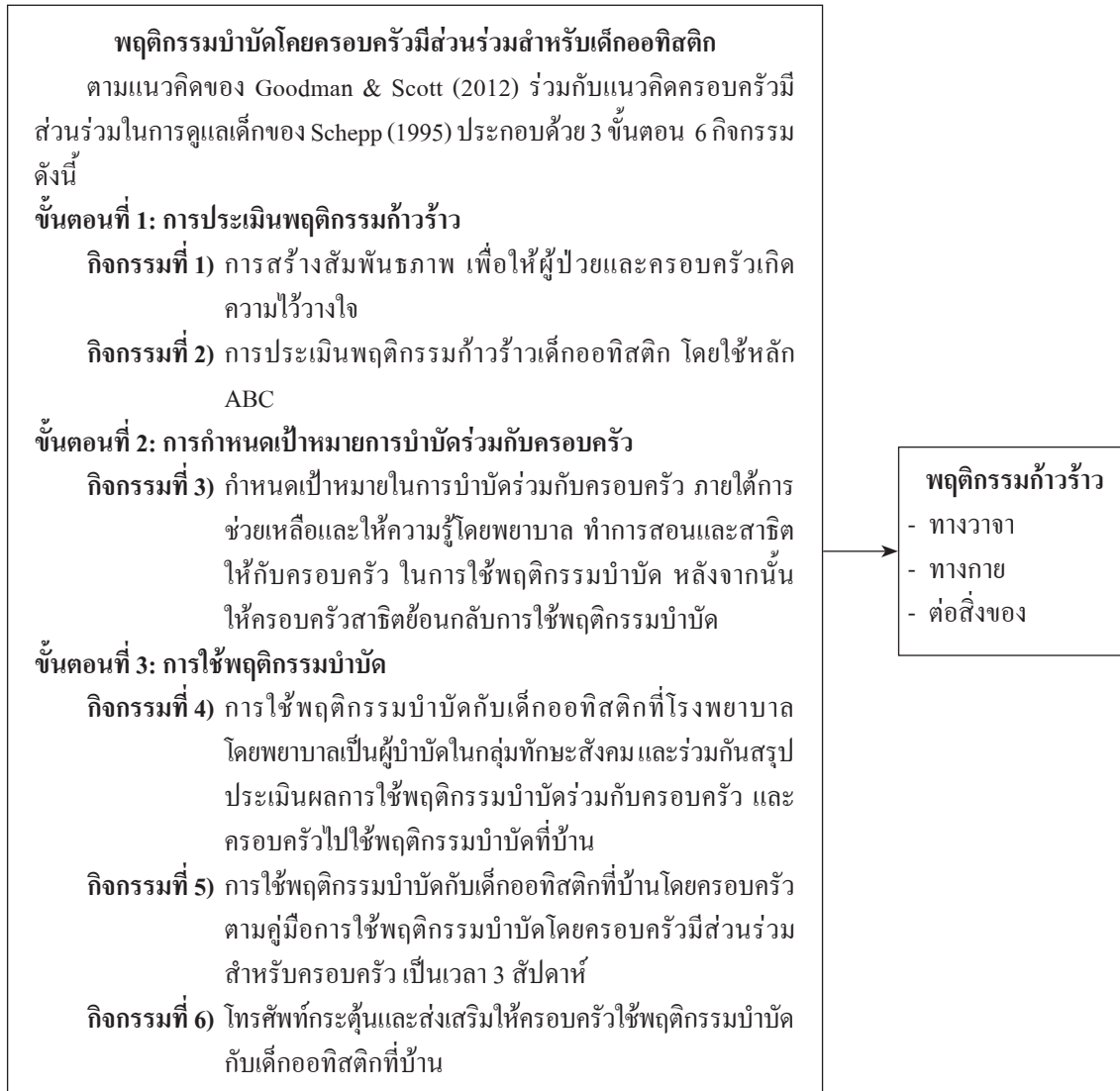
ในประเทศไทย มีการได้ศึกษาประสิทธิผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกตามแนวคิดของ Goodman and Scott (2012) สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกได้ (อัญชรส ทองเพชร, 2554) โดยให้ผู้ปกครองเข้ามาร่วมสังเกตการณ์ขณะที่ผู้วิจัยใช้พฤติกรรมบำบัดและให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมบำบัดแต่ยังไม่ได้ให้ครอบครัวลงมือปฏิบัติร่วมกับพยาบาลในการใช้พฤติกรรมบำบัดในทุกขั้นตอน ดังนั้นเพื่อการบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เกิดความปลอดภัยต่อเด็กออทิสติก ครอบครัว และสังคมซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สำคัญ ผู้วิจัย จึงได้นำผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก จากการศึกษาของอัญชรส ทองเพชร (2554) มาพัฒนาต่อเป็นรูปแบบพฤติกรรมบำบัดโดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ตามแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของซีพ

(Schepp, 1995) ร่วมกับ แนวคิดของ กู๊ดแมน และ สก็อต (Goodman & Scott, 2012) ซึ่งพัฒนามาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของสกินเนอร์ (Skinner, 1953) เพื่อใช้ในการดูแลเด็กออทิสติก ผลจากการศึกษานี้จะเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังในกลุ่มทดลอง ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด

2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก กลุ่มทดลอง หลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่าเด็กออทิสติกกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็น การวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Control Group Design)

ประชากร การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กว่าเป็น ออทิสติกที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในและ ครอบครัวเด็กออทิสติก

กลุ่มตัวอย่าง ในงานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคออทิสติกอายุ 6-12 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือญาติ ให้ประวัติว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว จากการประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าว มีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว อยู่ในระดับปานกลาง (8-15 คะแนน) ขึ้นไป จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน และ กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน

2. ผู้ปกครองเด็กออทิสติก คือ ผู้ดูแลที่ อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก ที่มีหน้าที่ ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลา ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัว ได้แก่ เพศอายุ เป็นบุตร คนที่ประวัติการรับยาประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว และข้อมูลของครอบครัว ได้แก่ เพศอายุสถานภาพ สมรส ระดับการศึกษาอาชีพความสัมพันธ์กับเด็ก

- 1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว เด็กออทิสติก พัฒนามาจากยูโดฟสกี (Yudofsky et al., 1986) ผู้วิจัยนำมาจาก อัญชรส ทองเพชร (2554) ใช้ประเมินเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรม ก้าวร้าว และนำมาพัฒนาปรับปรุงโดยให้เนื้อหา ครอบคลุม เข้าใจง่ายและมีความชัดเจนมากขึ้น โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92 และค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของการสังเกต (IOR) เท่ากับ .81, .85, .90, .92 และ .93 ตามลำดับ ลักษณะของแบบประเมินเป็นการสังเกตพฤติกรรม ก้าวร้าวทางวาจาและทางกายของเด็กออทิสติก โดยผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ส่วนย่อย ส่วนที่ 1 คือ ข้อ 1-4 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยคำพูดและ ทำทางที่ไม่รุนแรง หากพบพฤติกรรมนี้ให้คะแนน ข้อละ 2 คะแนน ส่วนที่ 2 คือ ข้อ 5-8 เป็นพฤติกรรม ก้าวร้าวด้วยวาจาและมีท่าทางคุกคามหรือทำร้าย ตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อย หากพบพฤติกรรมนี้ ให้คะแนนข้อละ 3 คะแนน ส่วนที่ 3 คือ ข้อ 9-11 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจา และท่าทางที่ คุกคามด้วยความรุนแรง อย่างชัดเจนต่อตนเอง หรือผู้อื่น หากพบพฤติกรรมนี้ให้คะแนนข้อละ 4 คะแนน ส่วนที่ 4 คือ ข้อ 12 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าว ด้วยท่าทาง หากพบพฤติกรรมนี้ให้คะแนนข้อละ 5 คะแนน ส่วนที่ 5 คือ ข้อ 13-14 เป็นพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกาย อย่างรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น หากพบพฤติกรรม นี้ให้คะแนนข้อละ 6 คะแนน

2. เครื่องมือดำเนินการทดลองคือ พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

2.1 แนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัด
โดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับพยาบาล คู่มือชุดนี้ สร้างโดยผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบำบัด ซึ่งแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Goodman and Scott (2012) ซึ่งพัฒนาวิธีการโดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กของ Schepp (1995) และพัฒนาจากอัญชรส ทองเพชร(2554) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ทั้งหมด 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ 60-90 นาที

2.2 คู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเป็นคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดสำหรับครอบครัวที่บ้านเป็นคู่มือที่จัดให้เหมาะสมกับครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติก และการสอนเพื่อใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
ผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือทั้ง 2 ชุดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม ประเด็นที่ต้องแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิมี ดังนี้

1) แนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัด
โดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับพยาบาล

กระบวนการและเนื้อหาของแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับพยาบาล เนื้อหาค่อนข้างเข้าใจยาก ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้สมบูรณ์ สะเอียดและอ่านง่ายขึ้น เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย

2) คู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัด
โดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว

ปรับการประเมินผลของกิจกรรมให้ชัดเจน และให้อ่านง่ายกับครอบครัวเด็กออทิสติก ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขการประเมินผลให้ชัดเจน รวมถึงการใช้ภาษาที่ให้ผู้ปกครองเข้าใจง่ายขึ้น

2.3 แบบวัดความสามารถปฏิบัติพฤติกรรมบำบัด ในเด็กออทิสติกที่บ้านของครอบครัวผู้วิจัยนำมาจากอัญชรส ทองเพชร (2554) ซึ่งผู้วิจัยนำมาพัฒนาและปรับปรุง โดยให้ครอบคลุมเนื้อหาในคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (สำหรับครอบครัว) ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม โดยระบุนิธีการประเมินดังนี้ (1) หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ (2) หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติได้ (ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้ให้ระบุปัญหาและสาเหตุ) แต่ละข้อเทียบเป็นข้อละ 10% ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ผ่านการหาค่าความเที่ยงตรงมีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.84 และค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.9

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากสถาบันราชานุกูล ซึ่งได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ในระหว่างเดือน มกราคม 2559 ถึงเดือน มกราคม 2560 โดยผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบและเข้าใจในกระบวนการดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน และแจ้งให้ทราบว่าผู้ปกครองสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อการมารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่ม

ตัวอย่างก่อนหน้านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาถ้าต้องการในระหว่างการดำเนินการวิจัย จากนั้นให้ผู้ปกครองลงนามในเอกสารยินยอม

การดำเนินการทดลอง

1. ระยะเตรียมการทดลอง จัดเตรียมเครื่องมือ สถานที่ เตรียมกลุ่มตัวอย่าง เตรียมผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรม เตรียมครอบครัวในการใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว และประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติกเป็นเวลา 1 สัปดาห์ก่อนดำเนินการทดลอง (Pre-test) และเก็บแบบประเมินก่อนการทดลองในวันแรกที่พาเด็กมาเข้าร่วมกิจกรรมพฤติกรรมบำบัดเพื่อรวมคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนเข้าร่วมกิจกรรมแล้วนำไปเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวหลังเสร็จกิจกรรมครั้งสุดท้าย

2. ระยะดำเนินการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกและครอบครัว จำนวน 40 คน ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ โดยเริ่มจากการจับคู่ (matched-pair) แล้วสุ่มโดยใช้วิธีการจับฉลาก เข้ากลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ในส่วนของกลุ่มทดลองจะได้รับพฤติกรรมบำบัด โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที/ครั้ง ดำเนินกิจกรรมระหว่างวันที่ 20 มกราคม 2559 - 10 กุมภาพันธ์ 2559

3. ขึ้นเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือให้ครอบครัว

ที่ดูแลเด็กออทิสติก นำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวไปประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่ที่บ้านทุกวัน เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ก่อนดำเนินการทดลอง และเก็บแบบประเมินก่อนการทดลองในวันแรกที่พาเด็กมาเข้าร่วมกิจกรรมพฤติกรรมบำบัด รวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (post-test) ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกที่บ้าน หลังดำเนินการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 โดยครอบครัวจะประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก (post-test) และนำผลมาให้ผู้วิจัยเมื่อสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 4 จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

4. การกำกับการทดลอง

แบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่บ้าน เป็นการวัดความสามารถของครอบครัวที่เข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กออทิสติกเรื่องความเข้าใจและความสามารถในการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดกับเด็ก เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ในสัปดาห์ที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS) คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า เด็กออทิสติกทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65 เท่ากัน ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 10-12 ปี

คิดเป็นร้อยละ 45 และช่วงอายุ 8-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 เป็นบุตรคนที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 80 และ 85 ตามลำดับการรักษาในปัจจุบันส่วนใหญ่ได้รับยา คิดเป็นร้อยละ 80 และ 55 ตามลำดับและอาการเมื่อเด็กโกรธหรือก้าวร้าวจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายคิดเป็นร้อยละ 60 และ 50 ตามลำดับในครอบครัวของเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95 และ 90 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 50 และ 40 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คู่ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 70 และ 80 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ในช่วงมัธยมศึกษา

ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลองที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม หลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 1

3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกของกลุ่มทดลองที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่า เด็กออทิสติกกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว	\bar{X}	SD	Z	Sig
กลุ่มทดลอง				
หลังการทดลอง	8.90	3.93	-3.983	.000***
ก่อนการทดลอง	13.00	3.97		

จากตารางที่ 1 พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ภายหลังจากได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีพฤติกรรมก้าวร่วมน้อยกว่า

ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว	\bar{X}	SD	Mann-Whitney U Test	Sig.
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	8.90	3.93	545.400	.000***
กลุ่มควบคุม	15.25	4.02		

จากตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก กลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.90 และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.25 เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกัน พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีพฤติกรรมก้าวร้าวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม น้อยกว่าก่อนได้รับพฤติกรรมบำบัด

ในส่วนของ การใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อพิจารณาแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับพยาบาลที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Goodman and Scott (2012) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของชีพ (Schepp, 1995) โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี เช่น กิจกรรมปะแป้ง กิจกรรมเก้าอี้ดนตรี กิจกรรมแข่งกันแต่งตัว กิจกรรมการเข้าคิว กิจกรรมกล่าวคำขอโทษ/กล่าวคำขอบคุณ และกิจกรรมเก็บของเล่น และของใช้ส่วนตัว เด็กได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยผ่านกระบวนการและกิจกรรมต่างๆ จะเห็นได้ว่าเมื่อเด็กออทิสติกได้รับการสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดีโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของสกินเนอร์ (Skinner, 1953) ปฏิบัติจริงตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ชัดเจนทั้งกิจกรรมและระยะเวลา

เวลาพบว่าภายหลังจากการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเด็กออทิสติกมีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสถานการณ์ต่างๆ ลดลงอย่างชัดเจนทั้งจากการสังเกตโดยครอบครัวที่บ้าน และการสังเกตโดยพยาบาลขณะเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชรส ทองเพ็ชร (2554) ที่ใช้พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกแผนกผู้ป่วยนอกเด็กออทิสติกมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง

จะเห็นได้ว่าการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ยังช่วยให้ครอบครัวเด็กออทิสติกมีความรู้และความเข้าใจในการใช้พฤติกรรมบำบัดในการดูแลเด็ก โดยมีการสอนและสาธิตการใช้พฤติกรรมบำบัด ตามคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว เน้นให้ครอบครัวนำกลับไปปฏิบัติตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวของเด็กออทิสติกมีทักษะ ความรู้และความสามารถที่จะนำพฤติกรรมบำบัดไปใช้กับเด็กออทิสติกที่บ้าน จนทำให้ครอบครัวเกิดความตระหนัก และเกิดผลระยะยาวในการดูแลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของโรเบิร์ตและคณะ (Roberts et al., 2011) ได้อธิบายว่าการสอน การอบรมให้ความรู้และทักษะต่างๆ ให้กับครอบครัวเด็กออทิสติก เป็นปัจจัยหลักที่จะนำไปดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างต่อเนื่องและเป็นสิ่งท้าทายสำหรับครอบครัว ดังนั้นการให้ความรู้กับครอบครัวเด็กออทิสติกและให้เข้ามามีส่วนร่วมก็จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างถูกต้อง และสอดคล้องกับการศึกษาของฮิลแมน (Hillman, 2006) พบว่า การนำพฤติกรรม

บำบัดไปใช้ในการบำบัดเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พบว่าเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง นอกจากนี้การใช้พฤติกรรมบำบัดในการรักษาเด็กออทิสติกที่มีอาการระดับรุนแรง ยังพบว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอื่นๆ ลดลงในช่วงของการบำบัด

ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนทักษะทางสังคม การทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกับเพื่อน รู้จักกฎกติกา ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะทางสังคมพร้อมๆ กับการใช้พฤติกรรมบำบัดและเทคนิคพฤติกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการพัฒนาทักษะทางสังคมช่วยให้บุคคลสามารถดำรงรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิต (Thomas et al., 2011) อีกทั้งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น จะช่วยให้เด็กออทิสติกได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ มีการรับรู้ตนเองทำให้ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น รู้สึกถึงการมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคม จนมีการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น อีกทั้งการเข้าร่วมในกิจกรรมโดยการใช้พฤติกรรมบำบัดทำให้เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้ และทักษะต่างๆ ในการอยู่ร่วมกันในกลุ่ม ซึ่งการพัฒนาทักษะต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้เด็กออทิสติกมีการพัฒนาตนเองให้เกิดทักษะการเข้าสังคม นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้น

สรุปได้ว่า การพยาบาลที่เน้นพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกเป็นการพยาบาลที่มีการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยมีแนวทางปฏิบัติ ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชที่จะต้องให้การพยาบาลเด็กออทิสติกทำให้ง่ายต่อการเข้าใจ ในที่บุคลากรพยาบาลมีการบันทึกผลลัพธ์และการประชุมร่วมกันเพื่อปรึกษา

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กและวิธีการแก้ไขพฤติกรรมเหล่านั้นซึ่งวิธีการมีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกันถึงที่บ้านของเด็กเพื่อให้ได้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของเด็กออทิสติกและครอบครัวตรงตามปัญหาอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมโดยยึดเด็กออทิสติกและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พยาบาลต้องส่งเสริมและสนับสนุนครอบครัวเด็กออทิสติกสามารถพัฒนาทักษะต่างๆ ได้ตามศักยภาพที่มีอยู่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นการบำบัดหนึ่งที่จะช่วยให้เด็กออทิสติกลดพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้เนื่องจากพฤติกรรมบำบัดช่วยให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมและเกิดการเลียนแบบที่ถูกต้อง เช่น การเข้าคิว การกล่าวคำขอบคุณ การกล่าวคำขอโทษ การเก็บของเล่นและของใช้ส่วนตัว นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ได้แก่ เพศของเด็ก เพศชายมักมีความรุนแรงกว่าเพศหญิง (Chou et al., 2010) และการศึกษาของครอบครัว พบว่าการศึกษาที่สูงย่อมมีทักษะและวิธีการเรียนรู้มากกว่าเนื่องจากมีการศึกษาค้นคว้าหาความรู้มากกว่า (Maskoto, 2006; Mazurek et al.,

2013) จากนั้นจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลการวิจัยที่พบจึงสามารถสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามขั้นตอนตามแนวคิดของกูดแมนและสกอตต์ (Goodman & Scott, 2012) ร่วมกับแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของชีฟ (Schepp, 1995) ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกลดลง

สรุปได้ว่า การให้การพยาบาลโดยเน้นพฤติกรรมบำบัด เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก จากการวิจัยครั้งนี้ เป็นกระบวนการวางแผนที่ชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติและคู่มือมีอุปกรณ์ในการดำเนินการกับเด็กออทิสติกเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีพัฒนาการที่ดีขึ้น มีการบันทึกและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่ครอบครัวพบขณะดำเนินการทดลอง และร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทให้มากที่สุดพบว่าครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรมได้คะแนนความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่บ้านร้อยละ 80 ขึ้นไป ทำให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองตามที่มีอยู่ และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ ทำให้เห็นถึงโอกาสพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาผลของพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะดังนี้

1. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรม

ก้าวร้าว โดยจัดเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในโรงพยาบาลและที่บ้านได้ โดยมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบทที่จะนำไปใช้ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลเด็กออทิสติก

2. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาระบบการพยาบาลเด็กออทิสติกในโรงพยาบาล โดยเน้นการใช้พฤติกรรมบำบัดในการดูแลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3. ควรมีการติดตามครอบครัวเป็นระยะๆ เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ครอบครัวได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

4. คู่มือแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว ควรเพิ่มเติมกิจกรรมให้ครอบครัวกลับไปทำที่บ้านอย่างต่อเนื่อง หลังจากกิจกรรมทั้ง 4 สัปดาห์ครบแล้ว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ผศ.ดร.รัชนิกร อุปเสน อาจารย์ที่ปรึกษา และ ผศ.ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผศ.ดร.สุนันท์ สลโกสม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ให้คำปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูลหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลที่อำนวยความสะดวกให้โรงพยาบาลเด็กออทิสติกและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญให้ความช่วยเหลือและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2553). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2553*. กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก.
- งานสถิติโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. (2556). *รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงประจำปี*. สมุทรปราการ: โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2550). การบำบัดทางเลือกในเด็กพิเศษ. กรุงเทพฯ: อรุณสกลาตพรวัว.
- เพ็ญพิไล ฤทธชานานนท์. (2550). *พัฒนาการมนุษย์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชรรณดาเพรส จำกัด.
- อัญชรส ทองเพชร. (2554). *ผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกแผนกผู้ป่วยนอก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Centers for Disease Control and Prevention of America. (2012). Prevalence of autism spectrum disorders—autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites. *United States*, 61(3), 1-19
- Chou, K., Lu, R. B., & Mao, W. C. (2010). Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(4), 187-195
- Erbas, Y., Ceulemans, E., Boonen, J., Noens, I., & Kuppens, P. (2013). Emotion differentiation in autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(10), 1221-1227.
- Goodman, R., & Scott, S. (2012). *Child and Adolescent Psychiatry*. (Third Edition). Publishing Ltd. Chapter, 39, 328-335.
- Hill, A. P., Zuckerman, E. Z., Hagen, A. D., Kriz, D. J., Duvall, S. W., Santen, J. V., Nigg, J., Fair, D., & Fombonne, E. (2014). Aggressive behavior problems in children with autism spectrum disorders: Prevalence and correlates in a large clinical sample. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 1121-1133.
- Hillman, J. (2006). Supporting and treating families with children on the autistic spectrum: The unique of the generalist psychologist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 349-358.
- Jull, S., & Mirenda, P. (2011). Parent facilitators for preschoolers with autism. *Journal of Positive Behavior Intervention*, 13, 17-30.
- Kanne, S. M., & Mazurek, M. O. (2011). Aggression in children and adolescents with ASD: Prevalence and risk factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(7), 926-937.
- Kloosterman, P. H., Kelley, E. A., Parker, J. D., & Craig, W. M. (2014). Executive functioning as a predictor of peer victimization in adolescents with and without an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 244-254.

- Maskoto, S. (2006). *Parents' satisfaction with the pediatric intensive care unit services of Siriraj Hospital*. Master's thesis in Population Education, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Mazurek, M. O., Kanne, S. M., & Wodka, E. L. (2013). Physical aggression in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 455–465.
- 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.
- Schepp, K. (1995). *Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children*. Unpublished manuscript. University of Washington.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York: The Free Press.
- Yodofsky, S., Silver, J. M., & Jackson, W. (1986). The Overt Aggressive scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of psychiatry*, 143(1), 35-39.