วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS
ISSN 2672-9148 (print)ISSN 2651-1711 (online)



นิพนธ์ต้นฉบับ
Received: Aug. 28,2022
Revised: Apr. 2, 2023
Accepted: Apr.28,2023
Published: Apr. 29, 2023

# ผลของโปรแกรมไทยต่อพัฒนาการด้านอารมณ์สังคมเด็กออทิสติก และทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ และความเครียดของผู้ดูแล: กรณีศึกษา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

# The Effect of the THAI MODEL Program on the Social Emotional Development of Children with Autism Spectrum Disorders, Interaction Skills and Caregiver Stress: A Case Study of Hat Yai District, Songkhla Province

เสาวลักษณ์ หมื่นเพชร[1*] พิมพ์ชนก ไชยวัน[1] แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ[2]
[1] งานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหาดใหญ่
[2] สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล
Saowalak Muenphet[1*] Pimchanok Chaiwan[1] Kaewta Nopmaneejumruslers[2]
[1] Occupational Therapy Unit, Department of Rehabilitation Medicine, Hatyai Hospital
[2] National Institute for Child and Family Development, Mahidol University

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมไทย (Thai Home-based Autism Intervention Model: THAI Model) ต่อพัฒนาการด้านอารมณ์สังคมเด็กออทิสติก และทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ และความเครียดของผู้ดูแล เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดกลุ่มเดียว ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวเด็กออทิสติกจำนวน 12 ครอบครัว ประกอบด้วยเด็กออทิสติก 12 คน และผู้ดูแล 12 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง สำหรับโปรแกรมไทยประกอบด้วย 1) กิจกรรมห้องเรียนพ่อแม่ 2) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กและฝึกสอนผู้ดูแลที่คลินิกโดยนักกิจกรรมบำบัด 3) การส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านโดยผู้ดูแล และ 4) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบประเมินพัฒนาการอารมณ์สังคม 2) แบบประเมินทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ และ 3) แบบวัดความเครียดผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon signed rank test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือน เด็กมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นของพัฒนาการด้านอารมณ์สังคม ($Z = -1.29$, $p = .197$) และผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นของทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ($Z = -1.783$, $p = .075$) ส่วนคะแนนความเครียดของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.71$, $p = .007$) โดยสรุป โปรแกรมไทยทำให้ครอบครัวมีทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกมากขึ้น ความเครียดในครอบครัวลดลง และสามารถนำไปปฏิบัติเองที่บ้านได้ โดยการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม และระยะติดตามผล

**คำสำคัญ**: การส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์สังคม, เด็กออทิสติก, ผู้ดูแล, โปรแกรมไทย

**Corresponding author:** เสาวลักษณ์ หมื่นเพชร E-mail: saowalak.luckd@gmail.com

ISSN 2672-9148 (print)ISSN 2651-1711 (online)


# Abstract

The aim of this study was to investigate the effects of the Thai Home-based Autism Intervention Model (THAI Model) program on the social emotional development of children with autism spectrum disorders, interaction skills and caregiver stress. It was a quasi-experimental single group with pretest-posttest design. The study subjects consisted of 12 families of autistic children, including 12 autistic children and 12 caregivers, selected by purposive sampling. The THAI Model program is consisting of 1) Parental classroom, 2) Clinic visits by promoting child development and coaching caregivers in the clinic by occupational therapists, 3) Home based program to promote home development by caregivers, and 4) Home visits. Data were collected consisting of 1) the Functional Emotional Assessment Scale, 2) the Child Interaction Scale, and 3) the Parenting Stress Index. Data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon Signed Rank Test. Six months after program completion, children had higher mean scores for social emotion development (Z = -1.29, p =.197) and caregivers had higher mean scores for child interaction skills (Z = -1.783, p =. .075). Caregiver's stress scores were significantly decreased (Z = -2.71, p = .007). In conclusion, THAI Model program can enhance families more skills in caring for autistic children, reduce family stress, and can be practiced at home. We suggest for further study by increasing the sample size and longer follow-up period.

**Keywords:** Social emotional developmental stimulation, autistic, caregiver, THAI model

**Corresponding author**: Saowalak Muenphet  E-mail: saowalak.luckd@gmail.com

## บทนำ

เด็กออทิสติก (Autism spectrum disorder: ASD) คือ กลุ่มความผิดปกติในพัฒนาการบางด้าน โดยบกพร่องการพัฒนาทักษะทางสังคม การสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย และมีลักษณะพฤติกรรม กิจกรรม และความสนใจเป็นแบบแผน ซ้ำ ๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่อง ไม่ยืดหยุ่น สังเกตได้เมื่อเด็กอายุ 18 เดือนขึ้นไป พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นโรคที่มีความผิดปกติของสมองที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด (American Psychiatric Association, 2013) พบการเพิ่มจำนวนของเด็กออทิสติกมากขึ้นในทุกประเทศทั่วโลกตั้งแต่ปี 2000-2022 มีความชุกเพิ่มขึ้นจาก 6.7 เป็น 23.0 ต่อประชากร 1,000 คน หรือมีอัตราส่วนของความผิดปกติเพิ่มขึ้นจาก 1:150 เป็น 1:44 (Centers for Disease Control and Prevention, 2022) ขณะที่ประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์และแนวโน้มโรคออทิสติกพบเด็กไทย 1,000 คน เป็นออทิสติก 6 คน (Autistic Thai Foundation, 2010) และจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพระหว่างปี 2560-2562 พบว่าอำเภอหาดใหญ่เป็นพื้นที่ให้บริการออทิสติกมากที่สุดในจังหวัดสงขลาจำนวน 260 264 และ 325 คน ตามลำดับ (Health Data Center, 2019) เช่นเดียวกับงานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหาดใหญ่ มีผู้รับบริการเด็กออทิสติกรายใหม่เฉลี่ยเพิ่มขึ้นต่อเดือนจาก 7 คน เป็น 12 คน ( Occupational Therapy Department, 2019)

ออทิสติกเป็นกลุ่มอาการที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายสำคัญของการรักษา คือ การส่งเสริมพัฒนาการที่บกพร่องให้ใกล้เคียงเด็กปกติมากที่สุด (American Psychiatric Association, 2013; Centers for Disease Control and Prevention, 2022; Munir, Lavelle, Helm, Thompson, Prestt & Azeem, 2016) มีการออกแบบการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับความสามารถ และสภาพปัญหาของเด็กออทิสติกแต่ละคน จึงต้องใช้หลายวิธีร่วมกันเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุดโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยา และพยาบาล ผ่านกระบวนการ 1) การส่งเสริมพัฒนาการ 2) พฤติกรรมบำบัด 3) การฝึกพูดหรือแก้ไขการพูด 4) การรักษาด้วยกิจกรรมบำบัดในกรณีที่เด็กมีปัญหาระบบการบูรณาการความรู้สึกผิดปกติซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และ5) การรักษาด้วยยา (Munir, Lavelle, Helm, Thompson, Prestt & Azeem, 2016; Piyasil, 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการใช้โปรแกรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกหลากหลายวิธี ส่วนใหญ่เป็นการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัว ซึ่งอยู่บนพื้นฐานความจริงที่ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญทำให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการดีขึ้น เนื่องจากครอบครัวมีความใกล้ชิดและอยู่กับเด็กตลอดเวลา ลักษณะโปรแกรมเป็นการให้ความรู้ เทคนิค และวิธีการแล้วให้ครอบครัวนำไปปฏิบัติ จากนั้นวัดผลการบำบัดจากอาการของเด็กออทิสติก (Punphong, Yunibhand & Suktrakul, 2019; Siriumpunkul, 2019; Suppasri, Nukaew, & Suttharangsee, 2017) ตัวอย่างโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการ เช่น การส่งเสริมพัฒนาการด้วยการบูรณาการประสาทความรู้สึก (Sensor Integration: SI) เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าความผิดปกติทางพฤติกรรมบางอย่างของเด็กออทิสติก เช่น พฤติกรรมกระโดดขึ้นลงซ้ำ ๆ สะบัดมือซ้ำ ๆ ซน ไม่นิ่ง ปัญหาการเคี้ยวหรือกลืน ตลอดจนอารมณ์แปรปรวนหงุดหงิดง่ายเกิดจากการเสียสมดุลการบูรณาการประสาทความรู้สึก (Sensory integrative dysfunction) ใช้การบำบัดผ่านการทำกิจกรรมโดยเน้นระบบประสาทความรู้สึก 3 ระบบ ได้แก่ 1) การรับสัมผัส (Tactile) 2) ความรู้สึกผ่านเอ็น ข้อต่อ และกล้ามเนื้อ (Proprioceptive) และ3) การรักษาสมดุลของร่างกาย (Vestibular) ผลการบำบัดที่ต่อเนื่องพบว่าช่วยให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น (Nitithaveeratsakul & Bhulapatna, 2020)

การส่งเสริมพัฒนาการด้วยการเล่น เป็นการบำบัดด้วยการเล่น ที่มองว่าการเล่นเป็นกิจกรรมการดำเนินชีวิต เป็นธรรมชาติของเด็กซึ่งเกิดจากแรงจูงใจภายใน การเล่นสนุก พบว่าช่วยให้พัฒนาการสังคม สติปัญญา และภาษาดีขึ้น (Kosasena & Yunibhand, 2013) ส่วนการส่งเสริมพัฒนาการด้วยเทคนิค ดีไออาร์/ฟลอร์ไทม์ (Developmental Individual difference Relationship-based: DIR/Floortime Techniques) เป็นเทคนิคที่ใช้บรรยากาศผ่อนคลาย เหมือนนั่งเล่นบนพื้น พ่อแม่เล่นกับลูกอย่างสนุกสนาน อาศัยสิ่งที่เด็กสนใจเป็นเครื่องนำทาง พบว่าเด็กออทิสติกมีคะแนนด้านการพูด การใช้ภาษา และการสื่อสารดีขึ้น (Reis, Pereira & Almedia, 2018; Singsathorn, Suksong & Permsirivanich, 2016) ซึ่งโปรแกรมดังที่กล่าวมาเป็นการส่งเสริมพัฒนาการที่มุ่งไปยังความก้าวหน้าของพัฒนาการเด็กออทิสติกเป็นหลัก

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกต้องกระทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ อาศัยความถี่และความเข้มข้นของการฝึกมากพอ อย่างน้อยต้องมีความถี่ 15 ชั่วโมงใน 1 สัปดาห์และฝึกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี (Piyasil, 2015) ทำให้บางครอบครัวเข้าใจว่าการบำบัดที่ได้ผลดีคือ การส่งเสริมพัฒนาการจากสหวิชาชีพที่ดูแลโดยตรงเท่านั้น ซึ่งจะเกิดขึ้นกับครอบครัวที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยใหม่ ๆ เด็กออทิสติกในกลุ่มอายุน้อย ๆ พบว่าขาดความเชื่อมั่นในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกด้วยตนเอง ความสามารถในการพึ่งพาตนเองทำได้น้อย ประกอบกับรอคิวนานกว่าจะได้ส่งเสริมพัฒนาการ (Apaiyanukorn, Kohprasert & Kohprasert, 2013) ส่งให้ครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวล ในเรื่องของพัฒนาการเด็กออทิสติกที่ไม่สมวัย เกิดช่องว่างกับเด็กปกติทั่วไป ในด้านการช่วยเหลือตนเอง การสื่อสาร การเล่นกับเพื่อน รวมถึงการเข้าโรงเรียน ครอบครัวจึงต้องแสวงหาสหวิชาชีพจากสถานบริการสุขภาพหลาย ๆ ที่ (Hirsch & Paquin, 2019; Kunlaka, 2017) ผลที่ตามมาคือ การแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ขณะที่บางครอบครัวต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลเด็กออทิสติกเต็มเวลา สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวเด็กออทิสติก (Sri-Amnuay, 2018; White, Mcmorris, Weiss & Lunsky, 2012) ซึ่งเป็นปัญหาในมิติของครอบครัวที่ไม่ค่อยได้รับการแก้ไขอย่างชัดเจน มักเป็นรูปแบบหรือกิจกรรมในช่วงเวลาสั้น ๆ

โปรแกรมไทย (Thai Home-based Autism Intervention Model: THAI Model) เป็นโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกที่บ้าน ซึ่งพัฒนามาจากแนวทาง ดีไออาร์/ฟลอร์ไทม์ และนำมาต่อยอดให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย โดยสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งคัดเลือกโรงพยาบาลทั่วประเทศ เพื่อนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้เป็นคลินิกพัฒนาการเด็กต้นแบบ จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลท่าบ่อ โรงพยาบาลแม่ระมาด และโรงพยาบาลพนมสารคาม โดยเน้นให้ครอบครัวมีความรู้และทักษะที่เหมาะสมในการกระตุ้นพัฒนาการบุตรหลานได้ด้วยตนเอง ซึ่งโปรแกรมนี้ประกอบด้วย 1) กิจกรรมห้องเรียนพ่อแม่ 2) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กและฝึกสอนผู้ดูแลที่คลินิกโดยนักกิจกรรมบำบัด 3) การส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านโดยผู้ดูแล และ4) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวให้ความสำคัญทั้งเด็กออทิสติกและครอบครัว มีจุดเด่นของห้องเรียนพ่อแม่ที่คำนึงถึงครอบครัวในการเพิ่มพูนทักษะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งผลถึงพลังและกำลังใจในการดูแลเด็กออทิสติก (National Institute for Child and Family Development, 2021)

งานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหาดใหญ่ เป็นหน่วยงานที่

ส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกอย่างต่อเนื่อง ได้มีการอบรมและนำเทคนิค ดีไออาร์/ฟลอร์ไทม์ มาใช้ร่วมกับการบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพกิจกรรมบำบัด มีการทำงานร่วมกันภายใต้ความร่วมมือระหว่างกลุ่มงานกุมารเวชกรรม จิตเวช และหู คอ จมูก ที่มีระบบการส่งต่อระหว่างกลุ่มงานอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าบริบทของโรงพยาบาลหาดใหญ่มีความเป็นสหวิชาชีพในการปฏิบัติงาน แต่ก็ไม่สามารถให้บริการได้เพียงพอกับจำนวนเด็กออทิสติกที่ถูกส่งมาปรึกษา ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ ประกอบกับโปรแกรมดังกล่าวเป็นรูปแบบการให้บริการที่มีการวัดผลลัพธ์ทั้งตัวเด็กและผู้ดูแล สามารถนำไปใช้ที่บ้านได้ ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงศึกษาโปรแกรมไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เกิดเป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก นำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลที่ดีต่อการเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กออทิสติก ทำให้เด็กออทิสติกมีความรุนแรงของโรคลดลง ลดปัญหาระยะยาวของครอบครัวและชุมชนได้

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมไทยต่อพัฒนาการด้านอารมณ์สังคมเด็กออทิสติก และทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก และความเครียดของผู้ดูแล

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบวัดกลุ่มเดียวก่อน และหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นครอบครัวเด็กออทิสติก ที่เข้ารับบริการงานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหาดใหญ่ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงธันวาคม พ.ศ 2563

กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวเด็กออทิสติก อายุ 1-4 ปี ประกอบด้วยเด็กออทิสติก 12 คน และผู้ดูแล 12 คนที่เข้ารับบริการ

### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (inclusion criteria)

เด็กออทิสติก

เด็กอายุ 1-4 ปีได้รับการตรวจประเมินและวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะออทิสติกตามเกณฑ์ DSM5

ผู้ดูแล

1) เป็นผู้ดูแลหลักของเด็ก สามารถพาเด็กมารับบริการที่โรงพยาบาล

2) เป็นผู้ที่อยู่กับเด็กออทิสติก และมีเวลาส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

3) สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้อย่างชัดเจน

4) ยินดีและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเก็บข้อมูลวิจัยผ่านวีดิทัศน์ โดยวีดิทัศน์นี้จะใช้เฉพาะในงานวิจัย ไม่มีการเผยแพร่และลงนามในหนังสือยินยอม

**เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria)**

เด็กออทิสติก

1) เด็กมีความเจ็บป่วยทางร่างกาย ไม่พร้อมรับการส่งเสริมพัฒนาการ เช่น เด็กหลังผ่าตัด เด็กป่วยเรื้อรัง ร่างกายอ่อนเพลียมาก

2) เด็กไม่มีผู้ดูแลหลักที่สามารถอยู่กับเด็กได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

ผู้ดูแล

1) ผู้ดูแลอายุมากกว่า 70 ปี และสภาพร่างกายไม่พร้อมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

2) ผู้ดูแลที่มีความเครียดมาก หรือมีโรคทางจิตเวช

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง**

โปรแกรมไทย (Thai Home-based Autism Intervention Model หรือ THAI Model) เป็นโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกที่บ้านซึ่งพัฒนามาจากแนวทาง ดีไออาร์/ฟลอร์ไทม์ และนำมาต่อยอดให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย โดยสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล ประกอบด้วย (National Institute for Child and Family Development, 2021)

1) กิจกรรมห้องเรียนพ่อแม่ (Parental classroom)
เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้ผู้ดูแล และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน โดยมีนักกิจกรรมบำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินรายการนำเสนอสื่อวีดิทัศน์ THAI Model: คู่มือการดูแลเด็กพิเศษด้วยหัวใจ ประกอบการจัดกิจกรรม ใช้ระยะเวลา 2-3 ชั่วโมงต่อครั้ง โดยดำเนินการทุก 2 เดือน จำนวน 3 ครั้ง ณ คลินิกกิจกรรมบำบัด

2) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กและฝึกสอนผู้ดูแลโดยนักกิจกรรมบำบัด (Clinic visit) เป็นกิจกรรมที่เด็กและผู้ดูแลมารับบริการส่งเสริมพัฒนาการ และนักกิจกรรมบำบัดฝึกสอนผู้ดูแลแบบ 1 : 1 ณ คลินิกกิจกรรมบำบัด เป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลได้สร้างสัมพันธภาพ เพิ่มการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กออทิสติกกับผู้ดูแล โดยที่นักกิจกรรมบำบัด สาธิต ช่วยปรับเทคนิคการเล่น แล้วนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน และผู้ดูแลสะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้ โดยดำเนินการเดือนละ 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ทั้งหมด 10 ครั้ง

3) การส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านโดยผู้ดูแล (Home based program)
เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลนำแนวทางที่ได้เรียนรู้จากจากการฝึกปฏิบัติในคลินิกนำไปทำต่อที่บ้าน ประกอบด้วย 4 กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ (1) การเล่นกับเด็ก (2) การฝึกทักษะในชีวิตประจำวัน เช่น การช่วยเหลือตัวเอง การทำงานบ้าน (3) การฝึกพื้นฐานระบบประสาท เช่น การออกกาลังกาย (4) การเล่นกับเพื่อน ซึ่งผู้ดูแลมีเวลาทำกิจกรรมกับเด็กอย่างน้อย 10 ชั่วโมง/สัปดาห์ หรือ 1.5 ชั่วโมง/วัน

4) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน (Home visit) นักกิจกรรมบำบัดติดตามพัฒนาการเด็กออทิสติกที่บ้าน ดำเนินการ 1 ครั้ง

**ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

2.1 แบบเก็บข้อมูลพื้นฐาน เป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับเด็กและครอบครัว จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนบุตร ผู้เลี้ยงดูหลัก ขนาดและลักษณะครอบครัว

2.2 แบบประเมินพัฒนาการอารมณ์สังคม (Functional Emotional Assessment Scale, FEAS) วัดจากการสังเกต ใช้กับเด็กอายุ 0-42 เดือน โดยแบ่งเป็น 6 ส่วน 34 ข้อ ตามขั้นพัฒนาการอารมณ์ สังคมของเด็กปฐมวัย (Functional emotional development) มี 6 ขั้น ดังนี้ ขั้น 1 ความสามารถในการสงบ & สนใจจดจ่อ (Self regulation and attention) ช่วงอายุพัฒนาการ แรกเกิด - 3 เดือน ขั้น 2 ความผูกพันและสัมพันธภาพกับคน (Bonding and engagement) ช่วงอายุพัฒนาการ 2-5 เดือน ขั้น 3 การสื่อสารด้วยท่าทาง (Emotional gestures) ช่วงอายุพัฒนาการ 4-9 เดือน ขั้น 4 สื่อสารได้ต่อเนื่องเพื่อแก้ปัญหา (Social problem solving)

ช่วงอายุพัฒนาการ 9-18 เดือน ขั้น 5 สื่อสารด้วยสัญลักษณ์ (Emotional idea) ช่วงอายุพัฒนาการ 18-30 เดือน ขั้น 6 เชื่อมโยงเหตุและผล (Emotional thinking) ช่วงอายุพัฒนาการ 30-48 เดือน แบบวัดเป็น Linkert scale 4 ระดับ คือ 0=ไม่มีหรือพบช่วงสั้นๆ 1=เห็นบางครั้งหรือเห็น 2-3 ครั้ง 2=เห็นสม่ำเสมอหรือบ่อยครั้ง N/O=ไม่มีโอกาสได้ทำ ค่าความเที่ยงตรง ความเชื่อมั่นของแบบประเมินพัฒนาการอารมณ์ สังคม เท่ากับ 0.83-0.90 (Greenspan, Degangi & Weider, 2009)

2.3 แบบประเมินทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก (I-CARE) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดยสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว ตาม Guidelines สำหรับผู้ปกครองของ Greenspan, Degangi & Weider (2009) ประเมินทักษะของผู้ปกครอง 5 ด้านจากการสังเกต ได้แก่ 1) การมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก (Interaction) 2) การปลอบโยนเด็ก (Comfort) 3) การปรับตัวให้เข้ากับความแตกต่างของเด็ก (Adapt) 4) การสังเกตและตอบสนองการสื่อสารของเด็ก (Read and Respond) และ 5) การให้กำลังใจและให้โอกาสเด็ก (Encouragement) แบบวัดเป็น Linkert scale 4 ระดับ คือ 0=ไม่มีหรือพบช่วงสั้นๆ 1=เห็นบางครั้งหรือเห็น 2-3 ครั้ง 2=เห็นสม่ำเสมอหรือบ่อยครั้ง N/O=ไม่มีโอกาสได้ทำ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2.4 แบบสอบถามความเครียดผู้ปกครองในการเลี้ยงดูบุตร (Parenting stress index-short form, PSI-SF) เป็นแบบวัดระดับความเครียดของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ โดยการประเมินค่าจาก 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง อ้างในงานวิจัยของ Klongdee, Nintachan & Sangon (2016) มีค่าความเชื่อมั่นทางสถิติของแบบสอบถามเพื่อวัดความสอดคล้อง (Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.904

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

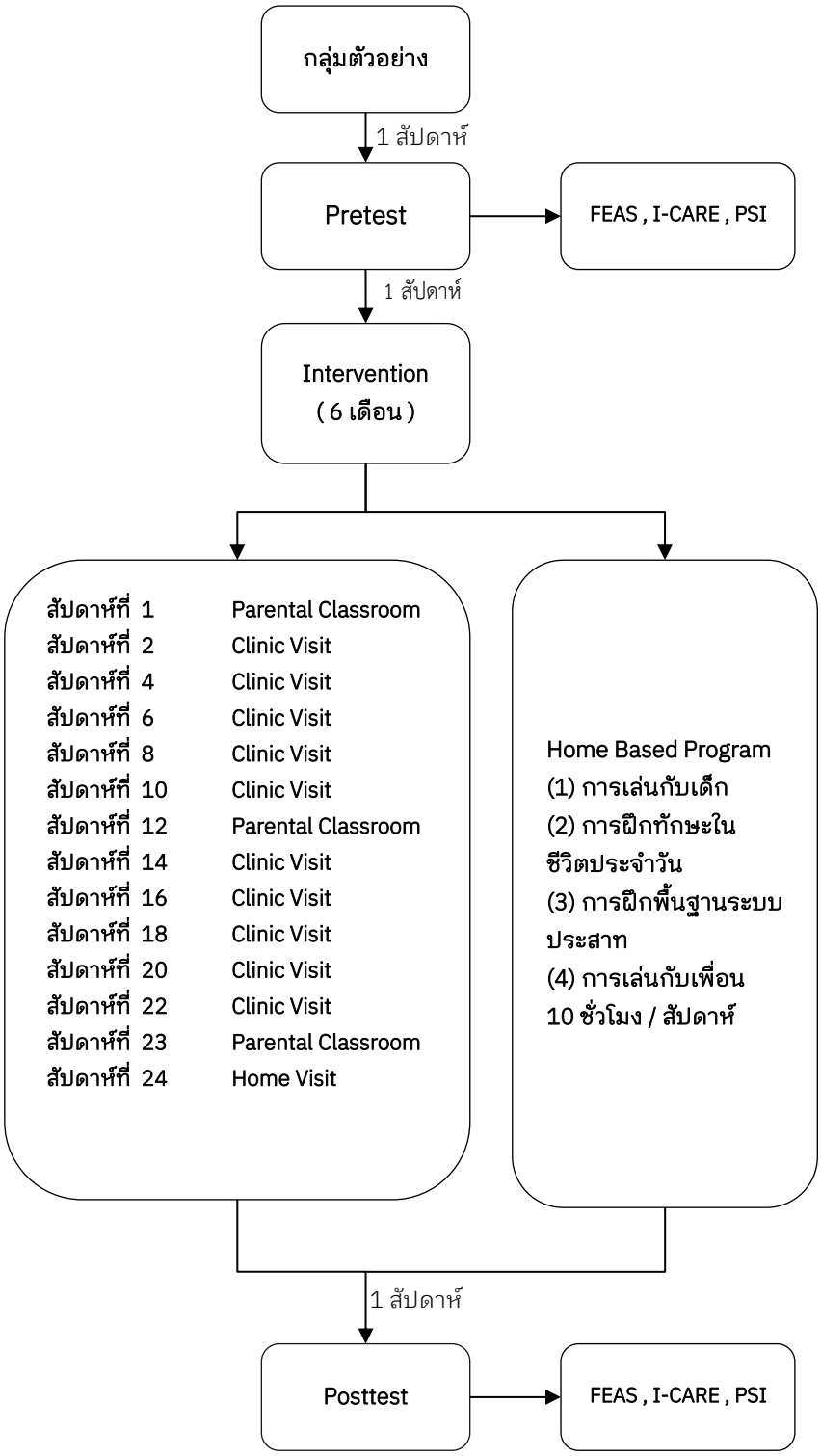
**ขั้นก่อนการทดลอง**

เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่

**ขั้นดำเนินการทดลอง**

1. ผู้วิจัยพบผู้ดูแลและกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเก็บข้อมูลและเข้าร่วมโปรแกรม ก่อนเริ่มวิจัย ประเมินพัฒนาการด้านอารมณ์ สังคมเด็ก และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ดูแล ผ่านการบันทึกวิดีทัศน์ผู้ดูแลเล่นกับเด็ก 10-15 นาที และความเครียดของผู้ดูแลผ่านการทำแบบสอบถาม และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมครบที่กำหนด จากนั้นอีก 1 สัปดาห์จึงดำเนินการประเมินอีกครั้ง

2. ดำเนินโปรแกรมไทยเป็นเวลา 6 เดือน ประกอบด้วย 1) กิจกรรมห้องเรียนพ่อแม่ 2) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กและฝึกสอนผู้ดูแลที่คลินิกโดยนักกิจกรรมบำบัด 3) การส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านโดยผู้ดูแล และ4) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ดังภาพที่ 1




**ภาพที่ 1** แผนภาพแสดงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ คำนวณค่าเฉลี่ย ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพัฒนาการอารมณ์ สังคม ของเด็ก คะแนนทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก และคะแนนความเครียดของผู้ดูแล ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้ Wilcoxon signed-rank test

## จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่ 40/2563 โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือ พร้อมทั้งอธิบายถึงการวิจัยครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

## ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติก 12 คน เป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 3 ปี 1 เดือน กำลังเรียนหนังสือและไม่ได้เรียนหนังสือเท่ากัน และเด็กออทิสติกเป็นบุตรลำดับที่ 1 ร้อยละ 66.67 เป็นบุตรลำดับที่ 2 ร้อยละ 33.33 สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล 12 คน ส่วนใหญ่เป็นมารดาร้อยละ 66.67 รองลงมา คือ ยายร้อยละ 25 และบิดาร้อยละ 8.33 อายุเฉลี่ยของผู้ดูแล 37.25 ปี มีระดับการศึกษาปริญญาตรี มัธยมศึกษาและประถมศึกษาตอนปลายเท่ากันร้อยละ 25 ครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลมีอาชีพเป็นแม่บ้าน รองลงมา คือ ค้าขายร้อยละ 41.67 และรับจ้างร้อยละ 8.33 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 30,750 บาท เป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 58.33 และสถานภาพบิดามารดาอยู่ด้วยกันร้อยละ 83.34 แสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแล

| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง | จำนวน (ร้อยละ) |
|---|---|
| ข้อมูลของเด็ก (N=12) | |
| เพศ | |
| ชาย | 12 (100.0) |
| อายุ | |
| 12-24 เดือน | 2 (16.67) |
| 25-36 เดือน | 4 (33.33) |
| 37-48 เดือน | 6 (50.0) |
| | Mean = 36.42 SD = 8.63 |
| การศึกษา | |
| กำลังเรียนหนังสือ | 6 (50.0) |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ | 6 (50.0) |
| เด็กออทิสติกเป็นบุตรลำดับที่ | |
| 1 | 8 (66.67) |
| 2 | 4 (33.33) |
| ข้อมูลผู้ดูแล (N=12) | |
| ผู้ดูแลหลัก | |
| มารดา | 8 (66.67) |
| ยาย | 3 (25.0) |

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแล (ต่อ)

| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง | จำนวน (ร้อยละ) |
|---|---|
| บิดา | 1 (8.33) |
| อายุ | |
| น้อยกว่า 25 ปี | 1 (8.33) |
| 26-30 ปี | 1 (8.33) |
| 31-35 ปี | 3 (25.0) |
| 36-40 ปี | 2 (16.67) |
| มากกว่า 40 ปี | 5 (41.67) |
| | Mean = 37.25 SD = 8.10 |
| ระดับการศึกษา | |
| ปริญญาตรี | 3 (25.0) |
| ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง | 1 (8.33) |
| ประกาศนียบัตรวิชาชีพ | 1 (8.33) |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 3 (25.0) |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 1 (8.33) |
| ประถมศึกษาตอนปลาย | 3 (25.0) |
| อาชีพ | |
| แม่บ้าน | 6 (50.0) |
| ค้าขาย | 5 (41.67) |
| รับจ้าง | 1 (8.33) |
| รายได้ครอบครัว | |
| 10,000-20,000 บาท | 7 (58.33) |
| 20,001-30,000 บาท | 1 (8.34) |
| มากกว่า 30,000 บาท | 4 (33.33) |
| | Mean = 30,750 SD = 26,313 |
| ลักษณะครอบครัว | |
| ครอบครัวเดี่ยว | 7 (58.33) |
| ครอบครัวขยาย | 5 (41.67) |
| สถานภาพบิดามารดา | |
| อยู่ด้วยกัน | 10 (83.34) |
| แยกกันอยู่ | 2 (16.66) |

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม THAI Model พบว่าคะแนนพัฒนาการอารมณ์ สังคมของเด็ก (FEAS) เพิ่มขึ้นจาก 27.14 เป็น 29.07 คะแนนทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กของผู้ดูแล (I-CARE) เพิ่มขึ้นจาก 10.28 เป็น 14.18 แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนความเครียดของผู้ดูแล (PSI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ จาก 96.75 เป็น 90.58 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการอารมณ์ สังคมของเด็ก คะแนนทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กของผู้ดูแล และ คะแนนความเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังทดลอง

| ตัวแปร | ก่อนทดลอง n = 12 | | หลังทดลอง n = 12 | | Z | *p-value* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | SD | M | SD | | |
| คะแนนพัฒนาการอารมณ์ สังคมของเด็ก (FEAS) | 27.14 | 5.44 | 29.07 | 5.09 | -1.290 | .197 |
| คะแนนทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กของผู้ดูแล (I-CARE) | 10.28 | 4.44 | 14.18 | 4.89 | -1.783 | .075 |
| คะแนนความเครียดของผู้ดูแล (PSI) | 96.75 | 8.50 | 90.58 | 6.88 | -2.710 | .007 * |

*p-value < .05

## อภิปรายผล

โปรแกรมไทยเป็นลักษณะของโปรแกรมที่เน้นให้ครอบครัวมีความรู้และทักษะที่เหมาะสมในการกระตุ้นพัฒนาการของบุตรหลานได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย1) กิจกรรมห้องเรียนพ่อแม่ 2) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กและฝึกสอนผู้ดูแลที่คลินิกโดยนักกิจกรรมบำบัด 3) การส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านโดยผู้ดูแล และ 4) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือน จากผลการศึกษาพบว่า เด็กมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นของพัฒนาการอารมณ์ สังคม (Z = -1.29, p =.197) และผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นของทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก (Z = -1.783, p = .075) แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า ประเด็นที่หนึ่ง ในเรื่องของลักษณะและอาการความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถเห็นผลความก้าวหน้าของการรักษาได้ชัดเจนในระยะเวลา 6 เดือนที่ทำการศึกษา ประเด็นที่สอง ความถี่และความเข้มข้นของการส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านโดยผู้ดูแล ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปพบว่า ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวและเด็กออทิสติกเป็นบุตรลำดับที่ 1 ทำให้การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวที่นอกเหนือจากพ่อ แม่ ทำได้น้อย และประสบการณ์การเล่นกับเด็ก การฝึกทักษะในชีวิตประจำวันไม่เพียงพอ ประกอบกับปัจจัยของบริบทพื้นที่ศึกษาวิจัย พบว่าอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีความพร้อมของสถานบริการสุขภาพหลากหลายทั้งภาครัฐและเอกชน ทำให้ครอบครัวมีทางเลือกอื่นเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Muenphet, Hongchayangkool, Rodklai, Sornsrivichai & Balthip (2021) ที่ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลออทิสติก โดยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังของอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าครอบครัวบุคคลออทิสติกตื่นตัวเกิดแรงจูงใจมากในช่วงที่ได้รับวินิจฉัยใหม่ ๆ จากการได้รับข้อมูลและเตรียมความพร้อมจากบุคลากรด้านสุขภาพในเรื่องของลักษณะโรค การจัดการภาวะแทรกซ้อน รวมถึงเข้ารับการฝึกทักษะต่าง ๆ ทำให้พึ่งพิงระบบสาธารณสุขมากกว่ากระทำด้วยตนเอง

คะแนนความเครียดของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -2.71, p = .007) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญสะท้อนรูปแบบกิจกรรมห้องเรียนพ่อแม่ ซึ่งเป็นบรรยากาศของการเสริมพลัง (empowerment) เกิดความรู้สึกเป็นหัวอกเดียวกัน ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งมีส่วนสำคัญให้ครอบครัวเกิดพลังใจ มีแรงผลักดันในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก เกิดความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น ภายหลังที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม เนื่องจากมีบุคลากรให้ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง และสามารถนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้ ทำให้ความกังวลและความเครียดลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suppasri, Nukaew, & Suttharangsee (2017) พบว่าผู้ดูแลออทิสติกที่ได้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเนื่องจากปัญหาที่มีความคล้ายคลึงกัน ช่วยให้เกิดการระบายความรู้สึก สร้างอารมณ์ทางบวก เกิดความเข้มแข็งทางใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ขณะเก็บข้อมูลวิจัย เป็นช่วงของสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19 ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยไม่มากพอ ซึ่งเป็นข้อจำกัดของงานวิจัย และบางกิจกรรมดำเนินการไม่ได้ เช่น เยี่ยมบ้าน จึงมีการปรับรูปแบบเป็นการติดตามทางโทรศัพท์แทน

## การนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมไทยสามารถเป็นแนวทางสำหรับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกได้ โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนรวมโดยครอบครัว และเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในเรื่องความเครียดของผู้ดูแล นอกจากนี้สามารถแก้ปัญหาในพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากร ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ดูแลได้

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. บางกิจกรรมในโปรแกรมไทยนี้สามารถประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางการดูแลและให้บริการสำหรับเด็กออทิสติกที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 โดยใช้รูปแบบทางไกล (telehealth) เช่น การส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านโดยผู้ดูแล แล้วมีการติดตามพัฒนาการผ่านทางโทรศัพท์ แอพพลิเคชันไลน์ หรือ ระบบ zoom

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม และติดตามผลระยะยาว เช่น 1 ปีเพื่อศึกษาความยั่งยืนของโปรแกรม

3. โปรแกรมนี้อาจไม่เหมาะสมกับทุกช่วงวัย เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 1-4 ปี และควรใช้แบบวัดพัฒนาการเด็กด้านอื่นร่วมด้วย

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงแก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ และทีมงานสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีส่วนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

## References

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5th ed). American Psychiatric Pub.

Apaiyanukorn, S., Kohprasert, K., & Kohprasert, M., (2013). The Development of a Model on Early Intervention Service for Children with Autism in Regional Hospital. *The Journal of Psychiatric and Mental Health, 27*(2), 99–111. (in Thai)

Autistic Thai Foundation. (2010). *The Situation of Autistic persons in Thailand 2010*. Retrieved 8 Jun 2022, from http://oknation.nationtv.tv/blog/autisticthai/2010/06/04/entry-2. (in Thai)

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder*. Retrieved 9 Jun 2022, from https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html

Greenspan, S., Degangi, G., & Wieder, S. (2009). *Engaging autism: Covering all types of ASD, including Asperger syndrome, from the earliest signs in infancy through the school years and on the adulthood.* Da Capo Press.

Health Data Center. (2019). Percentage of autistic person access to service. Retrieved 10 May 2022, from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php. (in Thai)

Hirsch, K. H., & Paquin, J. D. (2019). "The Stress of the Situation has Changed us Both": A Grounded Theory Analysis of the Romantic Relationship of Parents Raising Children with Autism. *Journal of Child and Family Studies*, *28*(10), 2673–2689.

Klongdee, K., Nintachan, P., & Sangon, S. (2016). Factors related to parenting stress in caregiver of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. *30*(1), 52–68. (in Thai)

Kosasena, U., & Yunibhand, J. (2013). Effects of play therapy with family involvement on social, intellectual, and language development of Autistic children. *The Journal of Psychiatric and Mental Health, 27*(3), 125–137. (in Thai)

Kunlaka, S. (2017). Caring for Children with Autism Spectrum: A Case Study. *Journal of Ramathibodi Nursing*, *24*(3), 227–238. (in Thai)

Muenphet, S., Hongchayangkool, K., Rodklai, A., Sornsrivichai, V., & Balthip, K. (2021). The Participatory Care for People with autism using the Innovative Care for Chronic Condition framework, Hatyai, Songkhla. *Journal of Ratchasuda College for Research and Development of Person with Disabilities, 17*(2), 34–48. (in Thai)

Munir, K. M., Lavelle, T. A., Helm, D. T., Thompson, D., Prestt, J., & Azeem, M. W. (2016). *Autism: A global framework for action*. Retrieved 6 Jun 2022, from https://www.wish.org.qa/reports/autism-a-global-framework-for-action/

National Institute for Child and Family Development. (2021). THAI Model. Retrieved 10 Jun 2022, from https://www.mahidolclinic.com/thai-model.html. (in Thai)

Nitithaveeratsakul, P., & Bhulapatna, P. (2020). A study on using sensory integration therapy program to improve sensory skills of preschoolers with Autism Spectrum Disorder (ASD): A case study of UDONSENSORY SCHOOL UDON THANI Province. *Journal of research and develop in special education, 9*(2), 1–15. (in Thai)

Occupational Therapy Department, Hat yai Hospital. Occupational therapy statistics report. Songkhla Province, Thailand; 2019. (in Thai)

Piyasil, V. (2015). *Children with disabilities*. Pentagon advertising. (in Thai)

Punphong, S., Yunibhand, J., & Suktrakul, S. (2019). The effect of enhancing family caregiving ability program on autistic symptoms among autistic preschoolers. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 31*(3), 74–86. (in Thai)

Reis, H., Pereira, S., & Almeida, L. (2018). Intervention effects on communication skills and sensory regulation on children with ASD. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention, 11*(3), 1–14.

Singsathorn, D., Suksong, W., & Permsirivanich, W. (2016). Effects of Development Promotion based on DIR/Floortime Techniques in Autistic Children, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 27*(1), 104–122. (in Thai)

Siriumpunkul, P. (2019). Effectiveness of parental competencies and developmental stimulation program by playing on the knowledge, parental child-care, and adaptive behavior of Children with Autism. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 20*(1), 311–320. (in Thai)

Sri-Amnuay, R. (2018). The lived experiences of parents who raise children with autism spectrum disorder: Implications for providing family-based early intervention. *Journal of research and development in special education, 7*(1), 82–103. (in Thai)

Suppasri, J., Nukaew, O., & Suttharangsee, W. (2017). The Effect of a family psychoeducation program for Children with Autism on the burden of caregivers: A Preliminary Study. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Healtht, 4*(special), 196–213. (in Thai)

White, S., Mcmorris, C., Weiss, J., & Lunsky, Y. (2012). The experience of crisis in families of Individuals with Autism Spectrum Disorder across the lifespan. *Journal of Child and Family Studies - J CHILD FAM STUD, 21*(3), 457–465.