

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้และระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ คือ

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับออทิสติก

- 1.1 ประวัติความเป็นมาของออทิสติก
- 1.2 ความหมายของเด็กออทิสติก
- 1.3 สาเหตุของโรคออทิสติก
- 1.4 การวินิจฉัยโรคออทิสติก
- 1.5 พฤติกรรมของเด็กออทิสติก
- 1.6 การให้ความช่วยเหลือเด็กออทิสติก

2. เอกสารเกี่ยวกับความเครียด

- 2.1 ความหมายของความเครียด
- 2.2 ทฤษฎีของความเครียด
- 2.3 การประเมินภาวะความเครียด
- 2.4 ระดับของความเครียด

3. เอกสารเกี่ยวกับครอบครัว

- 3.1 ความหมายของครอบครัว
- 3.2 รูปแบบของครอบครัว
- 3.3 ภาวะวิกฤตของบิดามารดาเมื่อได้รับรู้ว่าบุตรเป็นออทิสติก
- 3.4 ปัญหาและผลกระทบต่อบิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก
- 3.5 หลักในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก
- 3.6 ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกของมารดา

4. เทคนิคการสร้างเครื่องมือในการวิจัย

5. บริบทของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับออทิสติก

ประวัติความเป็นมาของออทิสติก

สุไพรมา ลีลามณี (2543, หน้า 37) “ออทิสติก” ได้ถูกค้นพบมานานแล้วเมื่อปี ค.ศ. 1799 มีรายงานของแพทย์ชาวฝรั่งเศสชื่อ J.M.G Itard ได้เขียนหนังสือ “The Wild Boy of Aveyron” เป็นเรื่องราวของเด็กชายอายุ 12 ปี ชื่อ Victor ซึ่งอาศัยอยู่ตามชายป่า มีความผิดปกติทางพฤติกรรมมากมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของภาษาและการเรียนรู้ นอกจากเรื่องดังกล่าวแล้ว ในปี ค.ศ. 1919 ยังมีหนังสือที่เขียนโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ชื่อ Liner Vitner เป็นเรื่องราวที่กล่าวถึงเด็กชาย Don อายุ 2 ขวบ 7 เดือน ซึ่งมีความบกพร่องในเรื่องของการรับรู้ การใช้ภาษา มีลักษณะการแยกตัวอีกทั้งมีพฤติกรรมแปลก ซึ่งจากหนังสือดังกล่าวได้เป็นจุดกระตุ้นให้มีผู้สนใจในเด็กกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น ต่อมาในปี ค.ศ.1934 มีบทความซึ่งเขียนโดย Eugen Bleuler กล่าวถึงลักษณะหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) เด็กที่มีอาการไม่มีการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่แยแสต่อโลกภายนอก หมกมุ่นอยู่แต่กับตัวเอง โดยลักษณะนี้เรียกว่า “Autism” ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีกว่า “Auto” ซึ่งแปลว่า Self (ตนเอง) (เพ็ญแข ลัมศิลา, 2530, หน้า 277)

ในช่วง ค.ศ. 1940-1944 Prof. Hans Asperger จิตแพทย์ชาวเยอรมัน ได้กล่าวถึงเด็กกลุ่มออทิสติกที่มีปัญญาดี พูดได้แต่มีสิ่งผิดปกติในน้ำเสียง (Tone) และการสื่อแสดงความหมาย ความรู้สึกที่ผิดปกติ (Abnormal Expression) มีการเคลื่อนไหวช้า ไม่ค่อยสบตาคน (Poor Eye Contact) มองเหมือนทะลุตัวบุคคลนั้นไป (See Through) โดยเรียกเด็กกลุ่มนี้ว่า “Asperger’s Syndrome” ขณะเดียวกัน ค.ศ. 1943-1944 Dr. Leo Kanner แพทย์ชาวอเมริกันได้เป็นผู้รวบรวมลักษณะอาการเฉพาะโรค โดยมีการจัดเด็กกลุ่มนี้เป็นเด็กพิเศษซึ่งแต่เดิม Kanner คิดว่าออทิสซึมเป็นโรคที่มีมาตั้งแต่กำเนิดจึงเรียกว่า “Infantile Autism” แต่ต่อมา เขาพบว่าเด็กบางคนมีพัฒนาการเป็นปกติมาระยะหนึ่งแล้วจึงเริ่มเป็นออทิสซึมจึงใช้คำว่า “Childhood Autism” และเมื่อปี ค.ศ. 1962 มีการจัดตั้งสมาคมบิดามารดา นักวิชาการหรือผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับเด็กออทิสติกในประเทศอังกฤษและประเทศอื่นในทวีปอเมริกาและยุโรป โดยทำหน้าที่รวบรวมปัญหาข้อมูลทางการแพทย์และมีการศึกษาค้นคว้าการให้บริการแก่ครอบครัวที่พบว่าบุตรของตนเป็นออทิสซึมและพยายามเผยแพร่ความรู้ไปสู่สังคมทั่วไปด้วย

ปี ค.ศ. 1971-1976 Kolvin และคณะ และ Rutter ได้กล่าวถึงความผิดปกติทางจิตในวัยทารกและวัยเด็กเล็กนั้นต่างจากโรคจิตเภทซึ่งเกิดในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่และไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน โดยใช้คำว่า “Infantile Psychosis” เมื่อเด็กมีอาการผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรงในอายุก่อน 2-3 ขวบ ซึ่ง Infantile Autism นับว่าเป็นแบบหนึ่งของ Infantile Psychosis (เพ็ญแข ลัมศิลา, 2538, หน้า 359)

นิชรา เรื่องคารากานนท์ (2551, หน้า 6) ระยะ 20 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน มุมมองที่มีต่อกลุ่มอาการออทิซึมเริ่มเปลี่ยนแปลงไป จากโรคที่มีความสนใจเฉพาะในแวดวงจิตเวชและจิตวิทยา ความสนใจเริ่มขยายไปสู่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญอื่น เนื่องจากเด็กมีปัญหาแสดงอาการความผิดปกติทางสมองในด้านอื่นร่วมด้วย เช่น อาการชักหรือโรคลมชัก โรคที่เป็นความผิดปกติของระบบประสาทบางประเภท รวมทั้งโรคที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมหรือภาวะติดเชื้อบางชนิดในสมอง เป็นต้น ซึ่งจากเหตุผลดังกล่าว การศึกษาเกี่ยวกับออทิซึมจึงมีแพทย์จากหลากหลายสาขาวิชาเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งหมดนี้นำมาซึ่งข้อสรุปเบื้องต้นที่มีสมมติฐานว่ากลุ่มอาการออทิซึมเป็นโรคของความผิดปกติทางสมอง หมายถึงสมองมีพัฒนาการที่ล่าช้าหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติทั่วไป โดยมีสาเหตุมาจากพันธุกรรมหรือปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่อสมองซึ่งกำลังมีการศึกษาเพิ่มเติมมากขึ้น

กล่าวโดยสรุปคือ มีการค้นพบเด็กออทิซึมตั้งแต่ในสมัย ค.ศ. 1799 เป็นเด็กชายที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรม โดยเฉพาะด้านภาษาและการเรียนรู้ จากนั้นมีการค้นพบเด็กหลายคนที่มีภาวะออทิซึม และกลายเป็นสิ่งที่ได้รับความสนใจโดยมีการศึกษามากขึ้นภายหลังจากที่มีการเขียนหนังสือเกี่ยวกับเด็กกลุ่มนี้ ซึ่งปัจจุบันนอกจากในสาขาจิตเวชยังได้ขยายความสนใจไปยังกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย

ความหมายของเด็กออทิซึม

ผดุง อารยะวิญญู (2546, หน้า 1) กล่าวว่า เด็กออทิซึม เป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษทางการศึกษาประเภทหนึ่ง เด็กกลุ่มนี้ต้องการการศึกษาพิเศษ ในลักษณะที่แตกต่างไปจากการศึกษาที่ให้กับเด็กปกติ เพราะเด็กกลุ่มนี้มีความบกพร่องในพัฒนาการด้านการสื่อความหมาย ไม่ว่าจะเป็นการใช้สีหน้าท่าทางหรือใช้ภาษาถ้อยคำ มีปัญหาทางพฤติกรรม มีปัญหาทางสังคม มีพฤติกรรมที่แปลกและซ้ำ

นิชรา เรื่องคารากานนท์ (2551, หน้า 59) ออทิสติก เป็นความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท (neurodevelopmental disorder) มีลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ ความบกพร่องหรือผิดปกติของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น ความผิดปกติของพัฒนาการทางด้านภาษา ซึ่งมีลักษณะความบกพร่องในเรื่องการสื่อสารและการมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจำเพาะ กล่าวคือทำอะไรซ้ำเป็นแบบแผนที่มีลักษณะจำกัด ไม่หลากหลาย ต่างจากพฤติกรรมของคนปกติทั่วไป

ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ (2552, หน้า 47) บุคคลออทิซึม ได้แก่ บุคคลที่มีความผิดปกติของระบบการทำงานของสมองบางส่วน ซึ่งส่งผลต่อความบกพร่องทางพัฒนาการด้านภาษา ด้านสังคมและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีข้อจำกัดด้านพฤติกรรมหรือมีความสนใจจำกัดเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยความผิดปกตินี้พบได้ก่อนอายุ 30 เดือน

จากคำจำกัดความของ “ออทิสติก” ดังกล่าวข้างต้น สามารถให้คำนิยามของเด็กออทิสติกได้ว่าหมายถึง เด็กในวัยก่อน 30 เดือน ที่สามารถพบความบกพร่องในด้านพัฒนาการทางสังคม ภาษาและ การสื่อความหมาย รวมถึงมีพฤติกรรมบางอย่างผิดปกติ ได้แก่ พฤติกรรมซ้ำ เป็นต้น ซึ่งในการค้นคว้าแบบอิสระนี้เด็กออทิสติกหมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเด็กออทิสติก (Autistic Disorder)

สาเหตุของโรคออทิสติก

รัชนีกร ทองสุคติ (บรรณาธิการ) (2550, หน้า 92-93) โรคออทิสติกเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดแต่มีนักสรีรวิทยา โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์และนักวิทยาศาสตร์ได้พยายามศึกษาถึงต้นตอที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการของโรคนี้ โดยในเบื้องต้นมีงานวิจัยจำนวนมากที่สนับสนุนว่าโรคนี้เป็นความผิดปกติทางสมอง (Neurological Abnormalities) โดยพบว่าช่องในสมอง (Ventricle) มีขนาดใหญ่กว่าปกติ โครงสร้างของสมองและระบบเลือด (Metabolism) ของสมองส่วน Limbic (ส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และการอ่านอารมณ์ของผู้อื่น) ผิดปกติไป นอกจากนี้ยังพบว่าสมองส่วน Cerebellum บางส่วนและสมองส่วน Corpus Collosum (ถ่ายโอนข้อมูลจากสมองซีกซ้าย-ขวา) มีขนาดเล็กกว่าปกติ ยิ่งไปกว่านั้นการไหลเวียนโลหิตในบริเวณ Temporal lobe น้อยลงสมองโดยรวมมีขนาดใหญ่กว่าปกติ และยังมีส่วนผิดปกติในสมองอีกหลายประเด็น เป็นต้น ทั้งนี้พบว่าเด็กออทิสติกร้อยละ 25-30 มีอาการลมชัก (Seizures) ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของคลื่นสมอง

นอกจากนี้แพทย์และนักวิทยาศาสตร์ตั้งข้อสังเกตของสาเหตุของโรคนี้ในหลายประเด็น รวมถึงด้านเภสัชวิทยาาระบบประสาทที่พบว่ามีสารเคมีผิดปกติ เช่น สาร Serotonin ซึ่งเป็นสารเคมีที่สำคัญในการทำงานของสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมทางสังคมและมีความสำคัญของการเจริญเติบโตทางสมอง โดยพบว่า เด็กบางคนมีสารนี้ในสมองซีกซ้ายต่ำกว่าปกติ ทำให้เกิดความบกพร่องทางภาษาในขณะที่เด็กกลุ่มนี้มีความสามารถทางการเห็นซึ่งควบคุมโดยสมองซีกขวา สอดคล้องกับ อุมพร ตรีงคสมบัติ (2545, หน้า 14) ที่กล่าวว่า เด็กออทิสติกมีสาร Opioids ซึ่งเป็นสารประเภทยูเพอิกเพิ่มขึ้นในกระแสโลหิต สารนี้จะไปยับยั้งการเติบโตของระบบประสาททำให้ร่างกายเสียสมดุลและภูมิคุ้มกันโรคแย่ลง หรือการที่เด็กออทิสติกมีสาร Sulphate ในเลือดต่ำก็ส่งผลให้สมองทำงานแปรปรวนเช่นกัน

โรคทางกายบางโรคมีผลต่อสมองและอาจเป็นสาเหตุของโรคออทิสติกได้อีกด้วย เช่น การติดเชื้อ Herpes Simplex ทำให้เชื้อไวรัสขึ้นสมองอาจจะทำให้สมองถูกทำลายและเกิดอาการออทิสติกตามมา โรค Phenylketonuria หรือ PKU ซึ่งโรคนี้กรดอะมิโน Phenylalanine ในเลือดมีปริมาณสูงกว่าปกติทำให้เกิดอันตรายต่อเซลล์สมอง เกิดอาการชักและปัญญาอ่อน และยังมี

การศึกษาเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันผิดปกติ พันธุกรรม (ผาแผด ระดับญาติในครอบครัวและโครโมโซม) วัคซีน MMR (คางทูมและหัดเยอรมัน) (รัชนิกร ทองสุคดี, บรรณาธิการ, 2550, หน้า 92-93)

กล่าวโดยสรุปคือ ได้มีการทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคออทิสติก ในปัจจัยหลายประการแต่ยังไม่สามารถระบุถึงสาเหตุที่ชัดเจนได้

การวินิจฉัยโรคออทิสติก

กระทรวงสาธารณสุข (2548, หน้า 12-14) สำหรับทางการแพทย์ในการวินิจฉัยโรค ออทิสติกนั้นเป็นการสังเกตความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม โดยจะมีตัวชี้บอกความผิดปกติ ซึ่งได้จากการรวบรวมลักษณะความผิดปกติของออทิสติกซึ่งเหมือนกันทั่วโลก ในประเทศ สหรัฐอเมริกาใช้ DSM IV (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders IV) ได้จำแนก ออทิสติกอยู่ในกลุ่มของความผิดปกติทางด้านพัฒนาการอย่างรุนแรง เพื่อแยกสถานะปัญหาอ่อน พัฒนาการทางด้านภาษาที่ผิดปกติ การขาดความสามารถในการเรียนรู้แบบจำเพาะและทางจิตเวช รวมทั้งความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพเชิงเก็บตัว ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) ใช้ ICD -10 แม้จะมีการใช้ตัวชี้วัดความผิดปกติที่แตกต่างกันในแต่ละสถาบัน แต่อย่างไรก็ตามตัวชี้วัดความผิดปกติต่างบ่งบอกถึงลักษณะความผิดปกติของโรคออทิสติก ที่มีความคล้ายคลึงกัน โดยจัดว่าโรคออทิสติก คือ ความผิดปกติด้านพัฒนาการอย่างรุนแรง ซึ่งจะแสดงความผิดปกติ 3 ด้าน คือ ความผิดปกติด้านการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านภาษา การสื่อความหมาย และด้านพฤติกรรม

ปัจจุบันสมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้มีคู่มือของข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัยและสถิติ ความผิดปกติ ทางจิต ครั้งที่ 4 สำหรับในการวินิจฉัยโรคออทิสติกมีดังนี้ (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2540, หน้า 33) ก. ต้องพบอาการทั้งหมดอย่างน้อย 6 ข้อย่อย จากข้อ 1 ข้อ 2 และ ข้อ 3 ซึ่งต้องพบในข้อ 1 อย่างน้อย 2 ข้อย่อย และพบอย่างน้อย 1 ข้อย่อยในข้อ 2 และข้อ 3

ข้อ 1 การสูญเสียปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างน้อย 2 ข้อย่อย ดังนี้

1.1 ไม่สามารถแสดงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นเช่น ไม่สบตา

ไม่มีการแสดงออกทางสีหน้า กริยาหรือท่าทางอย่างไร

1.2 ไม่มีความสามารถในการผูกสัมพันธ์กับใครเพื่อเป็นเพื่อนกันได้

1.3 ไม่สนใจที่จะร่วมกิจกรรมและไม่สามารถร่วมทำประโยชน์ต่อส่วนรวม ร่วมกับผู้อื่นได้

1.4 ไม่สามารถติดต่อทางสังคมและแสดงออกทางอารมณ์ให้เหมาะสม เมื่ออยู่ในสังคมได้

ข้อ 2 การสูญเสียทางการสื่อความหมาย ซึ่งต้องพบหัวข้อย่อยอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้



- 2.1 มีความล่าช้าหรือไม่มีพัฒนาการด้านภาษาและการพูด หรือไม่สามารถใช้กิริยาท่าทางในการสื่อความหมายกับผู้อื่น
- 2.2 ในรายที่สามารถพูดได้ก็ไม่สามารถสนทนาโต้ตอบกับผู้อื่นได้อย่างเข้าใจและเหมาะสม
- 2.3 มักจะพูดซ้ำในสิ่งที่ตนต้องการและสนใจจะพูด โดยไม่สนใจว่ามีผู้อื่นฟังหรือไม่
- 2.4 ไม่สามารถเล่นสมมติได้ด้วยตนเองหรือไม่สามารถเล่นลอกเลียนแบบได้อย่างเหมาะสมตามวัย

ข้อ 3 มีพฤติกรรม ความสนใจและการกระทำซ้ำ ซึ่งต้องพบอย่างน้อย 1 ข้อย่อยดังนี้

- 3.1 มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ อย่างเดียวหรือมากกว่า 1 อย่างก็ได้ มีความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะที่ผิดปกติอย่างชัดเจน เช่น สนใจมองใบพัดของพัดลมที่กำลังหมุนอยู่ได้ทั้งวัน
- 3.2 ไม่มีความยืดหยุ่นในการทำกิจวัตรประจำวันที่เคยทำซ้ำเป็นประจำได้ โดยต้องทำตามขั้นตอนเหมือนเดิมทุกครั้ง
- 3.3 มีการเคลื่อนไหวซ้ำ เช่น กระดิกนิ้วมือไป-มา หรือหมุนตัวโดยไปรอบเป็นต้น
- 3.4 มีความสนใจเกี่ยวกับส่วนใดส่วนหนึ่งของวัตถุหรือของเล่นเท่านั้น เช่น เด็กสนใจหมุนล้อใดล้อหนึ่งของรถเด็กเล่นเท่านั้น โดยไม่สนใจส่วนอื่นของรถ

ข. ต้องพบความล่าช้าหรือความผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อก่อนอายุ 3 ปี คือ

- (1) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
- (2) ภาษาที่ใช้ในการสื่อความหมายในสังคม
- (3) การเล่นสมมติ หรือเล่นจากการสร้างจินตนาการ

ค. ความผิดปกตินี้ไม่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการผิดปกติอื่น เช่น กลุ่มอาการเรทท์ (Ratt's Syndrome) หรือความผิดปกติทางสมองอื่นในวัยเด็ก

แม้จะมีของบ่งชี้ของลักษณะออทิสติกของหลายสถาบัน แต่การวินิจฉัยโรคนี้เป็นเรื่องที่ยาก บางรายถูกวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก แต่เมื่อได้รับการรักษาต่อมากลับพบว่า แท้จริงแล้วเด็กไม่ใช่ออทิสติก ย่อมมีผลกระทบต่อเด็กและอารมณ์ความรู้สึกของบิดามารดา เกิดความสับสนวิตกกังวล โดยเฉพาะเด็กออทิสติกบางรายที่มีลักษณะอาการที่ไม่รุนแรง แพทย์มักจะเป็นผู้ที่มีความสำคัญหลักในการวินิจฉัยโรค แต่ในการบำบัดรักษาจะต้องมีอีกหลายวิชาชีพเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น นักจิตวิทยา ครูการศึกษาพิเศษ และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเด็ก	
ห้องสมุดความรู้	
วันที่	12 ก.ค. 2554
เลขทะเบียน	242378
เลขเวรหนังสือ	

1.1 แสดงพฤติกรรมไม่สนใจใคร ตัวอย่างเช่น ขณะที่ผู้ปกครองนำเด็กเข้ามา

มีการกระทำต่อบุคคลหรือสิ่งมีชีวิตอื่นคล้ายสิ่งของ ไม่รู้ความแตกต่างระหว่างสิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิต ตัวอย่างเช่น เมื่อเด็กกำลังนั่งเล่นรองเท้าของเขาอยู่คนเดียวโดยการยกขึ้นดมก้น และหมุนเล่นไปมา เมื่อนำลูกบอลเล็กเข้าไปให้เล่นทดแทน นอกจากจะไม่สนใจลูกบอลแล้วยังทำหน้าที่เฉยเมย และลุกขึ้นยืน มือหนึ่งถือลูกบอล อีกมือหนึ่งดึงผู้นำลูกบอล นุดเดินออกไปห่างจากที่เขา นั่งเล่น แล้วทิ้งลูกบอลแล้วปล่อยมือผู้ที่เขากำลังดึงมืออย่างแรงเสมือนขว้างของทิ้ง และวิ่งกลับไปเล่นรองเท้าในลักษณะเดิม ทำเช่นนี้ทุกครั้งที่มีผู้อื่นเข้าไปใกล้ พฤติกรรมที่เด็กแสดงนั้นเสมือนกับเขาารู้สึกว่าบุคคลเป็นสิ่งที่ไม่มีชีวิต ผู้ช่วยเหลือเด็กและผู้ปกครองจะต้องได้รับการบอกเล่าให้ระวังขณะเด็กเล่นกับสัตว์เลี้ยง เนื่องจากพบเสมอว่า เด็กจะถูกสุนัขหรือแมวกัดจนเป็นแผล เพราะเด็กเล่นกับสุนัขเหมือนเล่นกับตุ๊กตา โดยการพยายามฉีกปากหรือดึงหู และเอานิ้วจิ้มตา ดึงขา บางรายเด็กไปกัดจมูกหรือหูลูกสุนัข จนกระทั่งลูกสุนัขเห็นเด็ก จะกลัวและวิ่งหนีทันที

1.2 แสดงพฤติกรรมไม่รู้ร้อนรู่หนาว และไม่รู้จักช่วยตัวเองจากอันตราย

ตัวอย่างเช่น เมื่อเด็กออกทิสติกถูกเด็กคนอื่นตี กัด หรือจิกผม เด็กจะไม่สามารถปกป้อง หลีกเลียง หรือโต้ตอบได้ บางคนจะเฉยเมย บางคนจะร้องและส่งเสียงไม่เป็นภาษาเท่านั้น เด็กบางคน เมื่อถูกมดกัดอยู่เต็มเท้าก็จะทำเหมือนไม่รู้สึกรู้สาเจ็บปวด ยืนเฉย และไม่สามารถปีนคุดออกไปจากเท้าได้ จะเล่นเปิดปิดลิ้นชัก จนถูกลิ้นชักหนีบมือเอาไว้ ก็ไม่สามารถดึงนิ้วมือออกเองได้ จะร้องจนกว่า

จะมีคนช่วยดึงออกให้ ผู้ดูแลเด็กจึงควรระมัดระวังอันตรายและต้องอยู่ใกล้ชิดตลอดเวลา ที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ แม้ว่าพยาบาลและผู้ดูแลจะดูแล โดยไม่ให้ตลาดสายตาเลยก็ตาม ยังปรากฏอยู่เสมอว่า มีเด็กบางคนชอบกัดเด็กคนอื่น เด็กที่ถูกกัด ก็ยอมให้กัดอยู่อย่างนั้นจนกว่าผู้ดูแลจะเข้าไปช่วยเหลือ ต้องระวังแม้กระทั่งอาหาร ถ้าร้อนจัด ไม่ควรวางไว้ให้เด็กกิน เพราะเด็กจะตกกินได้แม้จะร้อนจนทำให้ปากพอง

1.3 ไม่สามารถลอกเลียนแบบการกระทำของคนอื่นได้ ตัวอย่างเช่น การ โบกมือ บ้ายบาย ถ้าสอนซ้ำ เด็กอาจจะลอกเลียนแบบได้โดยการกระทำที่ผิดแปลกไปกว่าปกติคือ โดยปกติ จะหันฝ่ามือออกนอกตัวและโบกไปมา แต่เด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะหันฝ่ามือเข้าหาตัว โดยที่นิ้วมือ อาจจะชี้ขึ้นบนหรือลงล่าง บางรายจะหันฝ่ามือออกด้านนอกโดยเอานิ้วมือชี้ลงล่าง หรือ ในการส่งจูบ เด็กออทิสติกชอบเอาหลังมือแตะปากแล้วมองคู่มือคล้ายจะค้นหาว่าเสียงออกมา ได้อย่างไร เมื่อสอนให้ยิ้มหรือหัวเราะเด็กจะบิงฟันแล้วต้องเอามือแตะฟันของเขาทุกครั้ง เนื่องจากเขาเห็นฟันของผู้สอนนั่นเอง

1.4 เด็กออทิสติกจะเล่นกับใครไม่เป็น แม้จะเป็นการเล่นอย่างง่าย ตัวอย่างเช่น การเล่นโยนและรับลูกบอลกับเพื่อน การเตะลูกบอล เป็นต้น แม้แต่เด็กออทิสติกที่ดีขึ้นจนไปเรียน ในชั้นประถมปีที่ 1 ได้ เมื่อเล่นเตะบอลกับเพื่อนเด็กไม่เคยได้เตะบอลเลย จึงรู้สึกไม่พอใจ จะวิ่งไปแย่งลูกบอลมากอดไว้คนเดียว โดยไม่ยอมให้ใครเตะลูกบอลอีกเลย

1.5 ไม่สนใจจะมีเพื่อน ไม่สามารถผูกมิตรกับใคร ขาดความสนใจใน การมีปฏิสัมพันธ์ด้านสังคมกับเด็กอื่น ตัวอย่างเช่น การกระตุ้นเด็กออทิสติก 5 คน ในวัยเดียวกัน โดยการนำเด็กให้ร่วมทำกิจกรรมเป็นกลุ่มอย่างง่ายด้วยการให้โยนลูกบอลให้แก่กันเป็นวงกลม ถ้าผู้ดูแลไม่ช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเป็นระยะแล้ว ภายใน 1 นาทีเด็กจะผละออกจากกันไปคนละทิศ ละทางเสมือนเป็นแม่เหล็กขั้วเดียวกัน แต่ละคนจะไปแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติในการเคลื่อนไหว ที่ชอบทำเป็นประจำเมื่ออยู่ในโลกของตัวเองแตกต่างกันไป โดยไม่สนใจใครเลย

2. การสูญเสียทางด้านสื่อความหมาย ทั้งด้านการพูดและการไม่ใช้คำพูด รวมทั้ง ไม่สามารถมีจินตนาการในการเล่นได้

2.1 ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมสื่อความหมายได้เลย เช่น ไม่มีการส่งเสียง อือ-ออ ไม่มีการแสดงออกทางใบหน้า เช่น แสดงอาการ โกรธ หรือแสดงอาการพอใจด้วยการยิ้มหรือ หัวเราะ เด็กหูหนวกหรือเป็นใบ้สามารถสื่อความหมายด้วยท่าทางได้ แต่เด็กออทิสติกไม่สามารถ ทำได้ ถ้าเด็กต้องการอะไร มักจะดึงมือผู้ที่อยู่ใกล้เคียงไปทำให้ เช่น ถ้าต้องการจะเปิดประตู ก็จะดึงมือผู้ที่อยู่ใกล้ไปที่ลูกบิดประตูเท่านั้น ไม่สามารถแสดงอาการลอกเลียนแบบในการพูดได้ และไม่สามารถสื่อภาษาในการพูดได้ด้วย

2.2 การสื่อความหมายที่ไม่ใช้คำพูดนั้น มีความผิดปกติอย่างชัดเจน เช่น เด็กไม่มีการสบตากับคนทั่วไป เด็กจะให้การมองผ่านไปมาจนดูเหมือนตาแกว่งไปมา หรือเด็กบางคนจะร้องดาดอแต่ลักษณะเป็นแบบตะลุมตะกลอง ถ้าสังเกตให้ดีจะพบว่าม่านตาของเด็กจะหดและขยายไปมาคล้ายกับการปรับเลนส์ของกล้องถ่ายรูป หรือเด็กบางคนจะสบตากับบุคคลโดยการมองไปด้วยตาที่เอียงไปด้านข้าง ไม่หันหน้าตรงกับหน้าของบุคคลที่เด็กต้องการจะสบตา ลักษณะคล้ายการชำเลื่อง จนเด็กออทิสติกบางรายมาพบแพทย์ด้วยมีอาการตาเหล่ไปข้างใดข้างหนึ่ง เด็กออทิสติกจะมีใบหน้าเฉยเมยไม่สามารถแสดงออกทางสีหน้าได้ เมื่อมีอาการโกรธ พอใจหรือไม่พอใจ และมีการแสดงออกทางอาการกระทำหรือท่าทีที่ผิดปกติ ขณะที่ปฏิบัติตามพันธกิจทางสังคม เช่น ถ้าได้สัมผัสเด็กออทิสติกไม่ว่าจะมีอายุเท่าใด เด็กจะทำตัวแข็งและแน่นไปมา ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองโดยการกอดตอบหรืออาการที่แสดงว่ากลัวจะจะตกจากการอุ้ม แม้แต่ผู้สัมผัสทำที่ว่าจะปล่อยมือ เด็กก็จะเฉยเมย เด็กออทิสติกจะไม่มองหน้าบุคคล ไม่เข้าไปทักทาย ไม่ยิ้มแย้มตอบ ไม่สามารถทักทายพ่อแม่หรือบุคคลที่อยู่ใกล้เคียง เคยมีเด็กออทิสติกหลายรายที่พลัดหลงจากพ่อแม่ขณะพาออกนอกบ้าน เด็กจะยอมให้คนที่ไม่รู้จักอุ้มได้อย่างหน้าตาเฉย

2.3 เด็กออทิสติกจะขาดจินตนาการในการเล่น เด็กปกติวัย 3 ขวบขึ้นไปสามารถเล่นเลียนแบบผู้ใหญ่ได้ เช่น การทำกับข้าว การขายของ การเล่นเป็นครอบครัวมีพ่อแม่ลูก เป็นต้น แต่เด็กออทิสติกจะเล่นโดยการสมมติไม่เป็น เช่น การเล่นละครสมมติให้เป็นสัตว์ การสร้างมโนภาพในการฟังนิทาน หรือการเล่นนิทานเด็กจะไม่สนใจในการฟังนิทานเกี่ยวกับการสร้างจินตนาการ ฉะนั้นการสอนหรือการเล่นนิทานให้เด็กออทิสติกฟังควรจะใช้แบบรูปธรรม เช่น การเช็ดหุ่นหรือการเล่นละคร โดยใช้ตัวแสดงจริง

2.4 มีความผิดปกติอย่างชัดเจนในการเปล่งเสียงพูด เกี่ยวกับความดังของเสียง ระดับเสียง เสียงเน้น ความเร็วช้า และเสียงสูงต่ำ ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจน เด็กออทิสติกหลายคนมีเสียงในระดับเดียวกัน บางคนจำทำเสียงสูงต่ำคล้ายเสียงดนตรี หรือในบางคนจะมีการพูดที่มีเสียงระดับสูงมากอย่างเดียว หรือ บางคนจะมีการพูดที่มีระดับเสียงต่ำมากอย่างเดียว

2.5 มีความผิดปกติอย่างชัดเจนในรูปแบบเนื้อหาของการพูด มีการพูดซ้ำซาก การพูดที่วกวนไปมาอย่างเดิม พูดเลียนแบบทันที มีการพูดโดยจำจากโทรทัศน์ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นรูปแบบของการโฆษณาที่เด็กชอบดู หรือเลียนแบบจากภาพยนตร์การ์ตูน เด็กบางคนพูดคล้ายภาษาญวน ภาษาญี่ปุ่น ภาษาฝรั่งเศส ฯลฯ แต่ความจริงแล้วเป็นภาษาที่ฟังไม่รู้เรื่องและไม่มีความหมายเลย เด็กบางคนอาจพูดความหมายของประโยคผิดไป เด็กออทิสติกบางคนจะใช้คำพูดที่เป็นลักษณะเฉพาะของตัวเอง เช่น “กูกี้ กูกี้ กูกี้” หมายความว่า เขาต้องการจะกินอาหาร

หรือคืบน้ำ หรือบางรายจะพูดไม่ตรงประเด็น จึงเห็นได้บ่งบอกว่าเด็กออทิสติกคุยกัน ทะเลาะกันหรือเถียงกันคนละเรื่อง

2.6 ไม่มีความสามารถที่จะสนทนากับใครได้นาน มักจะพูดแต่เรื่องที่ตนเองสนใจ เช่น ท่องหนังสือที่เรียนมาทั้งเล่มโดยไม่สนใจว่าใครจะฟังหรือไม่ บางรายพูดพร่ำเพ้อแต่เรื่องของจรวด ไดโนเสาร์ หรือเรื่องที่ตัวเองสามารถอ่านและจดจำมาจากหนังสือสารานุกรมสำหรับเด็ก ความสามารถเช่นนี้ทำให้คบพบเห็นเข้าใจผิดไปว่าเป็นเด็กอัจฉริยะ แต่ความจริงแล้วไม่ใช่

3. การกระทำและความสนใจซ้ำซากอย่างเด่นชัด

3.1 มีการเคลื่อนไหวของร่างกายซ้ำ เช่น การเคาะมือ โบกมือไปมา หมุนตัวเอง กระโดดขึ้นกระโดดลง ถือสิ่งของขนาดเล็กในมือ เช่น เศษกระดาษ ใบไม้ หลอดดูดน้ำ โดยเอาสิ่งของอย่างใดอย่างหนึ่งอยู่ระหว่าง 2 นิ้ว พร้อมทั้งโบกสิ่งของไปมา บางรายจะชอบโบกศีรษะ

3.2 คิดหมกมุ่นหรือสนใจส่วนใดส่วนหนึ่งของสิ่งของ เช่น ถีอรถยนต์เด็กเล่นไว้ในมือหนึ่ง อีกมือหนึ่งจะหมุนแต่ล้อรถเล่นหรือชอบดมสิ่งของ เด็กออทิสติกจะชอบลูบได้สิ่งของ ชอบถือสิ่งใดสิ่งหนึ่งอยู่ในมือ เช่น เชือกหรือหลอดดูดน้ำ บางคนจะชอบถือหนังสือชนิดใดก็ได้เปิดดูไปเรื่อยจนหมดเล่ม และทำอย่างเดิมอีกซ้ำไปซ้ำมา

3.3 แสดงความคับข้องใจอย่างมาก ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบตัว หรือเรื่องเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เช่น จะพอใจในการกินอาหารที่ซ้ำซากและเปลี่ยนแปลงยาก จนเด็กออทิสติกหลายคนต้องได้รับอาหารเช่นเดียวกับเด็กอ่อน คือ อาหารเหลว เพราะไม่ยอมเคี้ยวอาหาร เด็กออทิสติกหลายคนชอบจัดของให้อยู่อย่างเดิม ถ้ามีสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่อยู่อย่างเดิมก็จะแสดงอาการอึดอัด หรือร้องไห้ไม่ยอมหยุดจนกว่าจะหยิบสิ่งนั้นมาไว้ที่เดิม

3.4 ต้องทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เคยทำเป็นประจำ โดยมีรายละเอียดเหมือนเดิม เช่น เด็กออทิสติกที่พ่อหรือแม่พาไปเดินซื้อของในห้างสรรพสินค้าแล้วครั้งหนึ่ง ในครั้งต่อไปถ้าพาเด็กไปอีกจะต้องพาเดินไปซ้ำทางเก่าเสมอ เช่นเดียวกับทางมาโรงเรียน เด็กจะต้องใช้ทางเดินเดิมทุกวัน แม้จะมีฝนตกน้ำท่วมอย่างไรก็ไม่ยอมเปลี่ยนทางเดินใหม่

3.5 มีความสนใจขอบเขตที่จำกัด และหมกมุ่นสนใจแต่ในสิ่งเล็กน้อย เช่น การลากเส้นตามขอบของวัตถุหรือสนใจในรายละเอียดในการวาดรูป เช่น การวาดรูปคน เด็กไม่สนใจในการวาดรายละเอียดของใบหน้า แต่จะเน้นทางสร้อยคอหรือรายละเอียดของแบบเสื้อผ้ามมากกว่า

กล่าวโดยสรุปคือ การวินิจฉัยภาวะออทิสซึมแม้ว่าจะมีรายละเอียดของหลักเกณฑ์ที่แตกต่างกัน แต่มีหลักในการพิจารณา 3 ด้านสำคัญได้แก่ การสูญเสียปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

การสูญเสียทางการสื่อความหมาย และมีพฤติกรรม ความสนใจหรือการกระทำซ้ำ โดยพบก่อนอายุ 3 ปี

พฤติกรรมของเด็กออทิสติก

ศศิธร แก้วนพรัตน์ (2541, หน้า 13) เด็กออทิสติกแต่ละคนจะมีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง และย่อมแตกต่างไปจากเด็กคนอื่นซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกเหมือนกัน ทั้งนี้เป็นเพราะอาการที่เป็นมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันไป ประกอบกับแต่ละคนก็มีบุคลิกภาพเดิมของตนเองอยู่แล้ว โดยสามารถพัฒนาตามวัยได้ดังนี้ คือ

วัยทารก (0-1ปี)

เด็กทารกที่เป็นออทิสติกจะมี 2 ประเภท ประเภทแรกคือ พวกที่เห็นได้ชัดเจนว่าผิดปกติ ตั้งแต่แรกเกิด เด็กจะกรีดร้องทั้งวันทั้งคืน ตั้งแต่ลืมตาตื่นจนกว่าจะหลับ ปล่อยอย่างไรก็ไม่ยอมหยุด เด็กอาจทำตัวแข็งทื่อและขึ้นเวลาอุ้ม ต่อต้านทุกสิ่งทุกอย่าง เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว เปลี่ยนผ้าอ้อม ประเภทที่สองคือ เด็กจะเงียบ ไม่จู้จี้จุกจิก เด็กนอนนิ่งเงียบอยู่ในรถเข็นได้เป็นวัน ทำให้แม่รู้สึกว่าการที่เด็กพวกนี้คงไม่รู้จักหิว เพราะว่าเด็กไม่เคยร้องแสดงความต้องการกินอาหารและสามารถทนหิวอยู่ได้ จนกว่าจะมีคนเอาอาหารมาป้อนให้ตามเวลา เด็กประเภทนี้เลี้ยงง่าย เด็กออทิสติกไม่เคยอ้วกหรืออาเจียนทำให้แม่อึด หรือไม่เคยทำท่าพร้อมที่จะให้แม่อุ้มและเมื่อแม่อุ้มเด็กอยู่แล้ว เด็กก็ไม่เคยซุกตัวสบายอยู่ในอ้อมแขนของแม่ เวลาอุ้มเข้าสระเขาก็ไม่เคยใช้มือและขาหนีขยี้แม่ไว้ เด็กออทิสติกบางคนเวลานอนอยู่ในรถเข็นมัดเอามือขีดยึดหรือตะผ้าห่มเป็นเวลานาน บางคนโยกตัวหรือเอาหัวโขกเตียงเล่น ชอบจ้องตุ้ไฟหรือสิ่งที่มีแสงระยิบระยับ ไม่แสดง ความอยากรู้อยากเห็น ไม่เคยร้องเรียกพ่อแม่ให้มาสนใจสิ่งของเหล่านี้ด้วยการชี้หรือส่งเสียง อย่างตื้นตื้น ไม่หันตามเมื่อได้ยินเสียงเรียกชื่อ พ่อแม่สอนให้ทำอะไรที่ง่ายเช่น ตบมือ โบกมือ จะทำตามไม่ได้เลย พูดออกเสียงเป็นคำไม่ได้ แต่เด็กออทิสติกจะมีพัฒนาการด้านอื่นเป็นปกติ เช่น เด็กจะขี้มึน นิ่ง คลานหรือเดินตามอายุ มีน้ำหนักขึ้นตามปกติ

อายุ 2-5 ปี

ช่วงอายุนี้จะเห็นพฤติกรรมแบบออทิสติกได้อย่างชัดเจน ในกรณีที่เด็กดูเหมือนปกติ เมื่อตอนแรกเกิด จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเด็กออทิสติกที่ไม่มีความผิดปกติร่วม อย่างอื่น เช่น ไม่ได้มีความพิการทางร่างกาย เด็กพวกนี้จะดูเหมือนเด็กคนอื่นที่ปลานามัยดีและมักจะหน้าตาดีกว่าเด็กอื่น เด็กมักมีดวงตาโต แต่ไม่มองสบตาใครเลย ไม่สนใจต่อความเป็นไปรอบข้าง เด็กบางคนจะมีท่าทางเงียบเฉย สนใจเฉพาะวัตถุใดวัตถุหนึ่ง เช่น ก้อนหินเกลี้ยงหรือกล่องเปล่า ถ้าของเหล่านี้เกิดหายไปหรือสิ่งที่เคยทำเป็นกิจวัตรประจำวันเกิดมีการเปลี่ยนแปลง เด็กที่เคยอยู่อย่างเงียบจะกลับกลายเป็นเด็กโมโหรัย บางคนขนาดลงนอนคืนเป็นอยู่ชั่วครู่

ก็หายโกรธ นอกจากเด็กนี้จะมีการตอบสนองอย่างผิดปกติต่อเสียง โดยเด็กจะทำเพิกเฉยไม่สนใจต่อเสียงดัง แต่ถ้าเสียงนั้นเป็นเสียงที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เด็กชอบ เช่น เสียงแกะกระดาษห่อทอฟฟี่ เด็กก็จะเหลียวไปมอง มีความเข้าใจคำพูดอยู่ในขอบเขตจำกัด มีความยากลำบากในการพูด เด็กมักจะเริ่มด้วยการพูดตามคำพูดของคนอื่น ซึ่งเด็กสามารถเลียนคำพูดได้เหมือนที่เดียว โดยที่เด็กไม่เข้าใจความหมายอะไร ซึ่งเป็นการเลียนแบบอย่างที่เราเรียกว่า “Echolalia” แต่เมื่อเด็กพูดหรือแสดงความคิดเห็นของตนเอง กลับออกเสียงพูดไม่ถูกต้อง ออกเสียงพยัญชนะไม่ชัดเจน มีความยากลำบากในการควบคุมความดังของเสียงพูดของตัวเอง เด็กออทิสติกจะมีปัญหาในการเข้าใจสิ่งที่เห็น เด็กจะไม่จ้องดูผู้คนหรือวัตถุใดเป็นเวลานาน โดยเฉพาะไม่ยอมสบตาด้วยแต่จะมองผ่านไปอย่างไม่สนใจ ไม่เข้าใจท่าทางของผู้อื่น แต่เมื่อเด็กเริ่มมีการพัฒนาความสามารถในการจ้องดูสิ่งของได้นานขึ้น รู้จักสังเกตรายละเอียด เด็กเริ่มมีความเข้าใจความหมายของท่าทางและสีหน้าของผู้อื่น ซึ่งท่าทางและสีหน้าที่แสดงออกนั้นต้องง่ายและเห็นได้ชัด เด็กออทิสติกยังมีการสำรวจความเป็นไปรอบตัวโดยใช้ประสาทสัมผัส การชิมรสและการกลืนเหมือนวัยทารก เด็กมีการเคลื่อนไหวอย่างแปลกประหลาด โบกมือไปมา กระโดดขึ้นกระโดดลง ทำหน้าตาแปลกเวลาเดินมักเขย่งปลายเท้า บางครั้งก็ทำท่าเดินเกร็งขา บางคนหมุนตัวรอบตัวเองโดยไม่เวียนหัว เด็กบางคนมีการเคลื่อนไหวอย่างงุ่มง่ามเงอะเงะ เวลาเดินก็ทรงตัวไม่ดีและไม่ชอบการปีนป่าย ไม่ว่าเด็กออทิสติกจะคล่องแคล่วหรือเงอะเงะ ล้วนแต่มีการเคลื่อนไหวไม่สมอายุ เวลาวิ่งมักดูแขนขาแก้งก้าง มีความยากลำบากในการเคลื่อนไหวเลียนแบบผู้อื่น โดยมักจะทำท่าทางกลับกับแบบที่แสดงให้ดู เช่น ใช้มือข้างบน เด็กกลับขีมือลงข้างล่าง ให้แกว่งแขนขากลับไปแกว่งแขนซ้าย เป็นต้น เด็กขาดมโนภาพในการเล่น ทำให้ไม่สามารถเล่นเกมกับเด็กคนอื่นได้ เพราะไม่ทราบว่าจะเล่นอย่างไร

อายุ 5 ปีขึ้นไป

เมื่อเด็กออทิสติกยังเล็ก พ่อแม่เลี้ยงดูเด็กพวกนี้ด้วยความยากลำบาก เพราะเด็กมีพฤติกรรมที่ผิดปกติมาก ความก้าวหน้าทางพฤติกรรมและการเรียนรู้เป็นไปอย่างช้าจนพ่อแม่แทบหมดหวังแล้วว่าเมื่อไหร่เด็กจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น แต่เด็กส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี เมื่อ 2-3 ปีแรกผ่านไป การเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่คือ ปัญหาที่เกี่ยวกับสังคมและอารมณ์ เด็กเริ่มมีความผูกพันและ เข้าสังคมได้ดีขึ้น การต่อต้านการเปลี่ยนแปลงลดน้อยลง ความกลัวอย่างไม่มีเหตุผลก็ลดลง เด็กเริ่มรู้จักกลัวต่อสิ่งที่เป็นอันตราย การประพฤติตนต่อสาธารณะดีขึ้น ความลำบากเกี่ยวกับภาษาและการเคลื่อนไหวร่างกายไม่ค่อยเห็นได้ชัดเหมือนเมื่อก่อน แต่ความเปลี่ยนแปลงนี้ก็ยังไม่มากเท่ากับการที่พฤติกรรมใช้ชีวิตประจำวันดีขึ้น

อุมพร ตรังสมบัติ (2545, หน้า 3-6) ได้จำแนกพฤติกรรมของเด็กออทิสติก 3 ด้าน ดังนี้

1. ความผิดปกติทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

เด็กออทิสติกจะมีพัฒนาการทางสังคมที่บกพร่องค่อนข้างมาก โดยแสดงอาการได้หลายแบบดังนี้

- 1.1 ไม่มีการตอบสนองทางสังคมหรือไม่ค่อยมีปฏิกิริยาต่อผู้คนเหมือนเด็กปกติ
- 1.2 เรียกชื่อแล้วไม่ตอบสนอง
- 1.3 ไม่ค่อยสบตา บางรายมองทางหางตาหรือเอามือปิดตาไม่ยอมมองคน
- 1.4 ไม่มีความสนใจร่วมกับผู้อื่น เช่น ไม่เข้าไปร่วมดูสิ่งสนุกกับพี่น้อง
- 1.5 ไม่สามารถแบ่งปันทางอารมณ์กับผู้อื่น เช่น ไม่เข้าหาผู้ใหญ่เวลาร้องไห้
- 1.6 ไม่เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น
- 1.7 เห็นห่างไม่เข้ามาคลุกคลีกับพ่อแม่ เช่น ไม่ยอมให้อุ้ม หรือแสดงความรัก
- 1.8 ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับเด็กคนอื่น ไม่มีเพื่อน

ชอบอยู่คนเดียว พ่อแม่มักเล่าว่าลูกชอบเล่นคนเดียว ไม่ยอมเล่นกับเพื่อน

- 1.9 สนใจสิ่งของมากกว่าคน หากเด็กออทิสติกอยู่ในห้องที่มีคนนั่งอยู่ด้วย
- 1.10 เขาจะไม่สนใจคน แต่จะนั่งเล่นอยู่ตามลำพังราวกับไม่มีใครอยู่ในห้อง
- 1.11 เด็กมักทักทายผู้คนแบบแปลก เช่น เข้ามาคม จ้องที่พื้น หรือเอามือมาแตะตัว

บางรายเป็นแบบไม่กลัวใคร เข้ามาหาคนแปลกหน้าเหมือนคนคุ้นเคยหรือ ชอบให้ทุกคนอุ้ม

2. ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร

เด็กออทิสติก ร้อยละ 80 จะมีปัญหาทางภาษาและการสื่อสารอย่างรุนแรง ดังนี้

- 2.1 พูดช้าหรือไม่พูดเลย
- 2.2 ไม่สามารถเริ่มต้นบทสนทนากับผู้อื่นได้
- 2.3 ไม่สามารถตอบทสนทนากับผู้อื่นได้
- 2.4 เงียบ ไม่พูดกับใคร
- 2.5 มีคำศัพท์เฉพาะตัวหรือมีภาษาที่แปลก เป็นภาษาเฉพาะของเด็กเองและ

ผู้อื่นฟังไม่เข้าใจ

- 2.6 พูดซ้ำซาก เช่น อาจพูดคำโฆษณาในโทรทัศน์ซ้ำ
- 2.7 สื่อสารโดยใช้ท่าทางไม่เป็น
- 2.8 เมื่อต้องการอะไรจะขอหรือชี้ไม่เป็น แต่จะใช้วิธีดึงมือคนไปที่สิ่งนั้น
- 2.9 มักพูดเสียงเรียบเฉย ไม่มีระดับเสียงสูงต่ำเหมือนคนทั่วไป
- 2.10 พูดซ้ำประโยคหรือข้อความที่ผู้อื่นพูดด้วย

2.11 ใช้ภาษาในรูปแบบที่แปลก เช่น ใช้คำโดยไม่ได้มีความหมายเหมือนที่คนทั่วไปใช้ มีการสลับตำแหน่งของคำ หรือมีโครงสร้างประโยคที่ผิด เช่น แทนที่จะพูดว่า “หมากัดนุ้ย” กลับพูดว่า “นุ้ยกัดหมา” เป็นต้น

2.12 เด็กบางคนมีพัฒนาการด้านภาษาดีพอสมควร แต่ไม่เข้าใจความหมายที่ลึกซึ้งหรือความหมายเชิงนามธรรม เช่น ไม่เข้าใจคำอุปมา อุปมัยหรือคำพูดล้อเล่นของเพื่อนและใช้ภาษาไม่ถูกต้องตามกาลเทศะเหมือนเด็กปกติ

3. ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

3.1 มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่น้อยเกินไป เช่น เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉยเวลาพูดคุย

3.2 บางครั้งมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงเกินไป เช่น เวลาโกรธหรือไม่พอใจจะกรี๊ดร้องเป็นเวลานาน หรือร้องโหยหวนผิดธรรมดา

3.3 ชอบทำอะไรซ้ำ เช่น โบกตัว โบกมือไปมา หรือชอบดูการ์ตูนซ้ำ

3.4 มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น หมุนตัว เดินเขย่ง วิ่งไปมาอย่างไร้จุดหมาย

3.5 มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เช่น โบกหัวหรือกัดแขนตนเอง

3.6 มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างไม่แน่นอน เช่น เด็กบางคนอาจดูคล้ายคนหูหนวกไม่ตอบสนองต่อเสียงเรียก แต่พอเอาถุงนมมาเขย่าอย่างเบาเด็ก็จะหันมาทันที

3.7 ประสาทสัมผัสมีความไวมากเกินไป (Hypersensitive) เช่น ทนเสียงสูงนั้บเท่าหรือเสียงคนปิดประตูไม่ได้จะร้องไห้อย่างมากหรืออาละวาด

3.8 บางกรณีจะมีประสาทสัมผัสไวน้อยเกินไป (Hyposensitive) เช่น ไม่รู้สึกเจ็บปวด และไม่รู้สึกหนาว-ร้อน เป็นต้น

3.9 กลัวของบางอย่างโดยไม่มีสาเหตุ เช่น กลัวตุ๊กตา

3.10 ปรับตัวยาก ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในชีวิตประจำวัน เช่น แต่งตัวตามลำดับเดิม เดินทางเส้นทางเดิมถ้ามีการเปลี่ยนแปลงจะหงุดหงิดและอาละวาด

3.11 ชนมาก อยู่ไม่นิ่ง สมาธิสั้น

3.12 ไม่มีจินตนาการ เล่นของเล่นไม่เป็น เล่นของเล่นซ้ำซาก ชอบหมุนของไปมา ชอบเอาของเล่นมาดูใกล้ตา เล่นของเล่นที่มีลักษณะได้ตอบ เช่น เล่นจ๊ะเอ๋ไม่เป็น เล่นร่วมกับผู้อื่นไม่ได้และเล่นตามกติกาไม่ได้

นอกจากพฤติกรรมของเด็กออทิสติกทั้ง 3 ด้านดังกล่าวมาข้างต้น Tom E.C. Smith (2001, หน้า 265) ได้กล่าวถึงลักษณะทางความคิดของเด็กออทิสติก ดังนี้

1. แสดงความสามารถพิเศษในบางด้าน เช่น การคำนวณ หรือการสะกดคำ เป็นต้น

2. มีรูปแบบการพูดเฉพาะบุคคล เช่น พูดเสียงต่ำหรือ เสียงเดียวราบเรียบ
3. มีพัฒนาการของทักษะแต่ละด้าน ไม่สม่ำเสมอ
4. มีประวัติของระดับเชาวน์ปัญญาอยู่ในระดับต่ำ

กล่าวโดยสรุปคือ พฤติกรรมของเด็กออทิสติกมี 3 ลักษณะสำคัญคือ ความผิดปกติทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร ความผิดปกติทางอารมณ์ และพฤติกรรม นอกจากนั้นยังมีลักษณะทางความคิดที่แตกต่าง เช่น การมีความสามารถพิเศษในบางด้าน และการมีพัฒนาการของทักษะแต่ละด้านไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น

การให้ความช่วยเหลือเด็กออทิสติก

กระทรวงศึกษาธิการ (2543, หน้า 13-14) กล่าวว่าเด็กออทิสติก เป็นเด็กที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม ดังนั้นการพัฒนาพฤติกรรมให้เหมาะสมนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากทั้ง 3 ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ฝ่ายพ่อแม่ ฝ่ายแพทย์และฝ่ายครูอาจารย์

1. ฝ่ายพ่อแม่ เป็นครูคนแรกของลูก ต้องเอาใจใส่ให้ความอบอุ่น รู้จักวิธีการสังเกตพัฒนาการของลูก เพื่อเป็นข้อมูลในการรักษาบำบัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมทั้งการช่วยฝึกลูกให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และนักบำบัด พ่อแม่เด็กออทิสติกต้องมีความอดทนสูง เข้มแข็ง ทำใจยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ปรับสถานการณ์ภายในบ้านให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก
2. ฝ่ายแพทย์ หมายถึง กุมารแพทย์ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักอรรถบำบัด และ นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น ต้องร่วมมือประสานงานกับพ่อแม่และครู เพื่อช่วยรักษาบำบัดให้คำแนะนำ ฝึกอบรม เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เสริมสร้างทักษะการช่วยเหลือตนเองและทักษะอื่น เป็นต้น

3. ฝ่ายครูอาจารย์ ต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องของเด็กออทิสติก มีจิตใจที่เมตตา เห็นใจ และต้องการจะให้ความช่วยเหลือ ต้องมีความอดทนในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างเสริมทักษะใหม่และให้การศึกษาพิเศษตามความถนัดของเด็กแต่ละคน ราชันิกร ทองสุคดี (บรรณาธิการ) (2550, หน้า 97) เทคนิคในการสอนผู้เรียนออทิสติกมีดังนี้ คือ

3.1 ครูผู้สอนควรคำนึงถึงลักษณะ จุดเด่น จุดด้อยของผู้เรียนออทิสติก เป็นรายบุคคลและปรับวิธีการสอนแก่ผู้เรียน

3.2 การสื่อสารเนื้อหาการเรียนการสอนควรสอนให้มีความเป็นรูปธรรม ไปสู่นามธรรม เนื่องจากผู้เรียนออทิสติกส่วนใหญ่เรียนรู้และทำความเข้าใจ จากสิ่งที่เป็นรูปธรรม ได้ง่ายกว่านามธรรม

3.3 ในการสั่งงานผู้เรียน ครูผู้สอนควรใช้คำพูดที่ชัดเจน สั้น กระชับรัด

บอกเป็นขั้นตอนที่ช่วยให้เข้าใจง่าย เน้นในส่วนสำคัญเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนสามารถทำงานส่งได้ตามวัตถุประสงค์ของงาน

3.4 ควรจัดให้มีระบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Buddy System) เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านการประสานงานกับครูผู้สอนเกี่ยวกับเรื่องการเรียนรู้ การส่งงาน รวมทั้งเป็นผู้ปรึกษาเบื้องต้น หากผู้เรียนออกนอกสติเกิดความรู้สึกเครียดจากการเรียน

3.5 ควรจัดให้มีการสอนเสริมรายบุคคล เนื่องจากผู้เรียนออกนอกสติบางคนสามารถนั่งเรียนร่วมกับผู้เรียนในห้องได้ แต่อาจไม่มีสมาธิกับเนื้อหาที่ครูสอน ดังนั้นการสอนนอกเวลาเรียนจึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการช่วยให้ผู้เรียนออกนอกสติเข้าใจเนื้อหาวิชาการมากยิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุปคือ การให้ความช่วยเหลือเด็กออกนอกสติจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทั้ง 3 ฝ่าย คือ ฝ่ายพ่อแม่ ฝ่ายแพทย์และฝ่ายครูอาจารย์ ซึ่งในการค้นคว้าแบบอิสระนี้ ทำการศึกษาความรู้ของผู้ปกครองเด็กออกนอกสติในการให้ความช่วยเหลือเด็กออกนอกสติทั้งจากผู้ปกครอง จากทางแพทย์และสหวิชาชีพ รวมทั้งการช่วยเหลือทางการศึกษา

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเครียด

ความหมายของความเครียด

Hans Selye (1983) ได้ให้คำจำกัดความของความเครียด ไว้ว่า คือ การตอบสนองอย่างไม่จำเพาะเจาะจง (Nonspecific Responses) ของสิ่งมีชีวิตต่อสิ่งเร้าที่เป็นอันตรายและไม่พึงประสงค์ (Noxious Stimuli) และสิ่งเร้าแบบที่ได้ชื่ออีกอย่างหนึ่งว่า คือ Stressors ตัวอย่างเช่น การเสียเลือด งานหนัก การทนอยู่ในสภาพอากาศที่เย็นจัด หรือร้อนจัด การเจ็บป่วย และความกลัว เป็นต้น

Lazarus และ Folkman (1983) กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะเป็นผู้ประเมินด้วยกระบวนการทางปัญญาว่าปฏิสัมพันธ์นั้นจะเป็นสิ่งที่คุกคามทำอันตรายตนเองหรือไม่ ซึ่งการประเมินจะขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล เช่น ความคิด ความจำ ประสบการณ์ สุขภาพของตนเอง ถ้าประเมินว่าจะเกิดภาวะเครียดเกินกว่าศักยภาพและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่จะประเมินได้ ทำให้รู้สึกว่าเป็นอันตรายต่อชีวิต บุคคลจะมีการหาแหล่งประโยชน์ โดยหาทางเลือกในการจัดการกับความเครียดนั้น

จำลอง ดิษยวณิชและพริ้มเพรา ดิษยวณิช (2545, หน้า 1-2) กล่าวว่า ความเครียด (Stress) เป็นคำที่ยืมมาจากวิชาฟิสิกส์ซึ่งอธิบายว่าความเครียดเป็นความกดดัน (Pressure) หรือแรง (Force) ที่มีต่อร่างกายของคนเรา นอกจากนั้นยังมีรากศัพท์มาจากภาษาละตินคือ “Stictus” ซึ่งแปลว่า

ความตึงเครียด ในทางจิตวิทยา ความเครียดหมายถึง สิ่งที่ต้องการที่มีผลต่ออินทรีย์เพื่อก่อให้เกิดการปรับตัว สิ่งที่ต้องการคือสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่มีผลกระทบต่อคนเรา การปรับตัวที่เป็นผลตามมาทำให้คนเราเกิดสภาวะของความตึง (Tension) หรือการคุกคาม (Threat)

กรมอนามัย (2550, หน้า 22) ความเครียด (Stress) คือ ปรากฏการณ์ทางจิตสังคม ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกรู้สึกคิด พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นทั้งจากภายนอกและภายในร่างกาย เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นหรือคุกคามจากสิ่งแวดล้อมหรือมีปัญหาภายในจิตใจ ก็จะมีผลให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกรู้สึกคิด อารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเมื่อเผชิญสิ่งคุกคามนี้เรียกว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียด (Coping Behavior) ซึ่งหมายถึง กลไกทุกอย่างที่บุคคลใช้รักษาภาวะสมดุลทางจิตใจที่ถูกกระทบวน เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าเมื่อใดที่บุคคลไม่สามารถคงสภาพนั้นได้อีกต่อไป จะทำให้บุคคลเกิดภาวะวิกฤตได้

กล่าวโดยสรุปความเครียด หมายถึง ภาวะทางจิตใจของบุคคลที่รู้สึกถูกคุกคามหรือเป็นอันตรายจากสถานการณ์แวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้ามากระตุ้น ทั้งสถานการณ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ ทำให้บุคคลพิจารณาจากความคิด ความจำ ประสบการณ์เพื่อปรับตัวในการตอบสนองและจัดการกับสถานการณ์นั้น

ทฤษฎีของความเครียด

จำลอง ดิษขณิก และพริ้มเพรา ดิษขณิก (2545, หน้า 5-15) ทฤษฎีของความเครียดแบ่งออกได้ 3 ประเภทได้แก่ ทฤษฎีเชิงสิ่งเร้า ทฤษฎีเชิงการตอบสนองและทฤษฎีเชิงอันตรกิริยา

1. ทฤษฎีเชิงสิ่งเร้า (Stimulus-Oriented Theories) ทฤษฎีนี้ถือว่าความเครียดเกิดจากสิ่งเร้าที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมของบุคคล Cox และ Ferguson ในปี ค.ศ. 1991 กล่าวว่า ความเครียด (สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด) เป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาของความตึงเครียด (Strain reaction) ต่อร่างกายของคนเรา โดย Derogatis และ Coons ได้แบ่งความเครียดออกเป็น

1.1 สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดแบบเฉียบพลันและมีช่วงระยะเวลาจำกัด (Acute time-Limited Stressors) เช่น เดินไปตามท้องถนนแล้วเจอกับสุนัขดุ หรือขณะที่กำลังรอผลตรวจ HIV จากห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

1.2 ผลต่อเนื่องจากสิ่งทำให้เกิดความเครียด (Stressor sequences) เช่น การตกงาน หรือการตายของสมาชิกในครอบครัว เหตุการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดผลที่ไม่ดีตามมาได้

1.3 สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังเป็นช่วงๆ (Chronic intermittent stressor) เช่น การสอบไล่ของนักศึกษา การเรียนขับรถยนต์ และการผ่าตัด เป็นต้น

1.4 สิ่งที่ทำให้เกิดเป็นความเครียดเรื้อรัง (Chronic stressor) เช่น มีผู้ตรวจการที่ดู

มีปัญหาการเงิน หรือปัญหาเกี่ยวกับความผิดปกติทางเพศ เป็นต้น

ตามทฤษฎีเชิงสิ่งเร้ามีการเน้นที่เหตุการณ์ (Event) และการเกิด (Occurrence) ของความเครียด ถ้าเหตุการณ์ใดก็ตามนำไปสู่ความยุ่งยากทางด้านจิตใจ เกิดความวุ่นวายของพฤติกรรมหรือความเสียหายของการกระทำ (Performance) ในหน้าที่เหตุการณ์นั้นเรียกว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด การเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการกิน การนอน การเข้าสังคม การสร้างสรรค์ล้วนมีความแตกต่างกันในระดับของการปรับตัว รวมถึงมีการจัดเรียงลำดับของหน่วย การเปลี่ยนแปลงของชีวิต (Life Change Unit) โดยอาศัยวิธีการให้คะแนนบางครั้ง แม้จะเป็น เหตุการณ์ในด้านดี เช่น การแต่งงาน หากตั้งค่าคะแนนที่สูงก็อาจนำไปสู่ความเครียดได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังกล่าวถึงสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แม้ว่ารบกวนชีวิตไม่มากนัก หากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม ก็อาจเพิ่มพูนสะสมเป็นความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิตอื่นตามมาได้

2. ทฤษฎีเชิงการตอบสนอง (Response-oriented Theories) เป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นปฏิกิริยาของการตอบสนองต่อสิ่งเร้า Selye กล่าวว่า ความเครียดเป็นการตอบสนองที่ไม่จำเพาะเจาะจง (Non-specific Response) ที่มีต่อร่างกายไม่ว่าจะทางใดก็ตาม เชื่อว่าการตอบสนองต่อความเครียด ทางสรีรวิทยา (Physiological Stress) ไม่ได้ขึ้นอยู่กับชนิดของสิ่งเร้าแต่ขึ้นอยู่กับ การตอบสนอง ไม่ว่าสิ่งเร้าจะเป็นชนิดใดก็ตาม แต่การตอบสนองนั้นจะเหมือนกัน แต่สิ่งที่แตกต่างกันคือ ระดับของการตอบสนอง ซึ่งขึ้นอยู่กับปริมาณของความต้องการในการปรับตัว ดังนั้นสิ่งที่ทำให้เกิด ความเครียดอาจเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความพึงพอใจหรือความไม่พึงพอใจ ต่างก็ทำให้เกิดปฏิกิริยาของการปรับตัวเช่นกัน

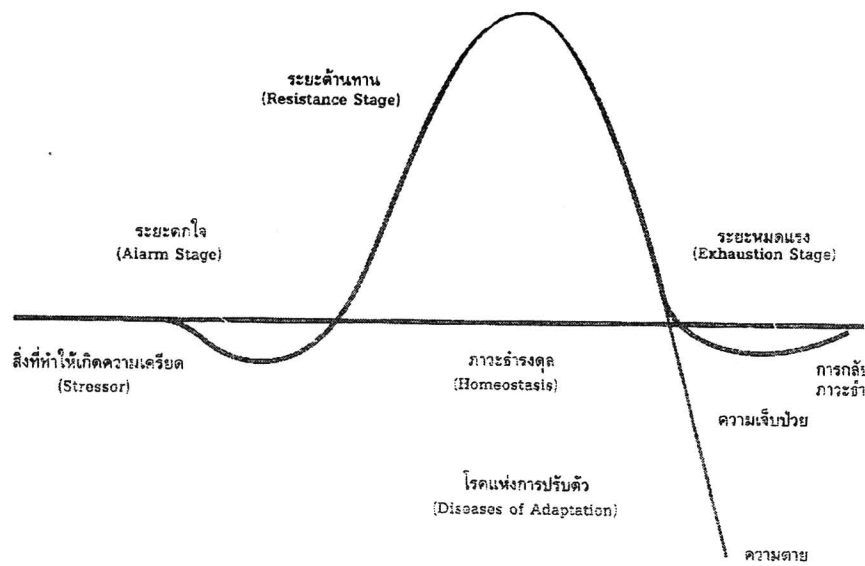
Selye พบว่า เมื่อเกิดความเครียดจะก่อให้เกิด General Adaptation Syndrome หรือ GAS ซึ่งมี 3 ระยะด้วยกัน คือ

1. ระยะตกใจ (Alarm Reaction) เป็นระยะแรกที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายเผชิญกับสิ่งเร้า สามารถแบ่งเป็นระยะย่อย ได้ 2 ระยะคือ ระยะช็อก (Shock Phase) และระยะต้านช็อก (Counter Shock Phase) ระยะช็อกเป็นระยะที่ร่างกายมีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งเร้าทันที อาจสู้อยู่หรือหนีก็ได้ ระยะนี้มีผลต่อการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก เช่น หัวใจเต้นเร็วกล้ามเนื้อ อ่อนแรง อุณหภูมิลดลงและความดันโลหิตต่ำ จากนั้นร่างกายจึงเข้าสู่ระยะต้านช็อก คือ การที่ร่างกายเกิดปฏิกิริยาย้อนกลับ ทำให้หายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น มีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อมากขึ้น ซึ่งสองระยะนี้มีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาต่อความเครียด แบบฉับพลัน

2. ระยะต้านทาน (Stage of Resistance) หรือระยะปรับตัวของร่างกายต่อสิ่งเร้าที่ทำให้ สภาพทั่วไปของร่างกายดีขึ้น อาการต่างๆหายไป ช่วยให้พลังงานที่สูญหายไปกลับคืนมาและ

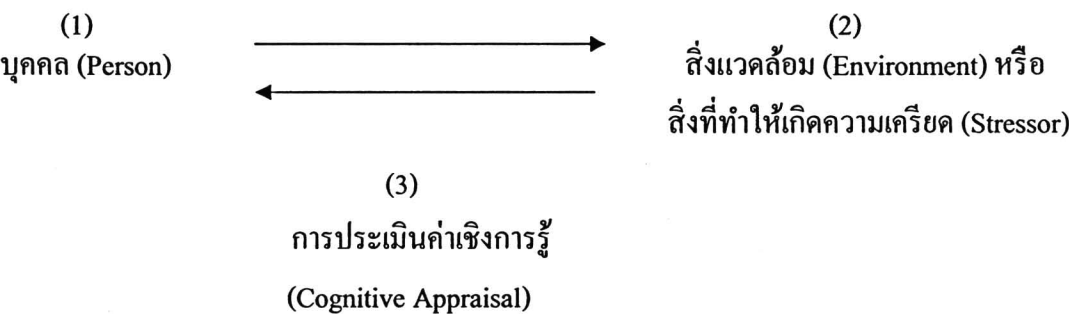
ยังเป็นระยะที่ช่วยซ่อมแซมร่างกายส่วนที่ถูกทำลายไปให้ดีขึ้น

3. ระยะหมดแรง (Stage of Exhaustion) ถ้าสิ่งเร้าที่ก่อความเครียดยังไม่ได้รับการแก้ไข ร่างกายก็จะหมดแรงจนเกิดโรค เช่น ภูมิแพ้ ลมพิษ แผลในกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และอาจถึงแก่ความตายได้



รูป 1 General Adaptation Syndrome (GAS) ตามแนวของ Selye

3. ทฤษฎีเชิงอันตรกิริยา (Interactional Theories) หรือเรียกว่า ทฤษฎีเชิงการกระทำระหว่างกันเกี่ยวกับการรู้ (Cognitive Transactional Theory) ของความเครียด Lazarus และ Folkman กล่าวว่า ความเครียดทางจิตใจเป็นสิ่งที่เกิดจากการกระทำระหว่างกันที่จำเพาะเจาะจงระหว่างบุคคลกับสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม บุคคลจะมองว่าสิ่งเร้าดังกล่าวที่ก่อให้เกิดความเครียด เกินความสามารถของตนในการจัดการและเป็นอันตรายมากน้อยเพียงใด ซึ่งการประเมินค่าด้วยการรู้ (Cognitive Appraisal) เกี่ยวข้องกับปัจจัย 3 ด้าน ดังรูป



รูป 2 การประเมินค่าเชิงการรู้เกี่ยวกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม

จากภาพอธิบายได้ดังนี้ อันตรกิริยาหรือการกระทำระหว่างกัน (Interaction) ของ (1) หรือบุคคล กับ (2) สิ่งแวดล้อม หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด ต้องอาศัยความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ของคนเพื่อ (3) การประเมินค่าด้วยการรู้ ซึ่งจุดสำคัญของทฤษฎีเชิงอันตรกิริยา คือ “ความเครียดไม่ใช่สิ่งเร้าจากจากสิ่งแวดล้อม ไม่ใช่ลักษณะเฉพาะบุคคลและไม่ใช่การตอบสนอง แต่เป็นสัมพันธ์ภาพระหว่างสามสิ่งนี้” สิ่งที่ต้องพิจารณาสองประการ คือ ประการแรกเหตุการณ์ จากสิ่งแวดล้อมอย่างเดียวกัน อาจได้รับการแปลความหมายว่าเครียดหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับ การประเมินค่าของแต่ละบุคคล ประการที่สองบุคคลเดียวกันอาจแปลความหมายของเหตุการณ์ หนึ่งว่าทำให้เกิดความเครียดในสถานการณ์หนึ่ง และไม่ใช่ในสถานการณ์หนึ่ง ขึ้นอยู่กับสภาวะ ทางอารมณ์และแรงจูงใจในขณะนั้น รวมถึงมีผลต่อกระบวนการประเมินค่าด้วย

การประเมินค่าทางปัญญา

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า การประเมินค่าทางปัญญาของบุคคล (Cognitive Appraisal Process) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ปัญญาคัดสินสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น ว่ามีผลกระทบต่อตนเองอย่างไร และสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นได้อย่างไร โดยการประเมินค่าทางปัญญาแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะคือ

1. การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary Appraisal) คือ การที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้และ ประสบการณ์มาประเมินสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เข้ามากระทบบุคคลว่ามีผลกระทบต่อตนเอง อย่างไร คว้าสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด เกินความสามารถของตน หรือไม่

2. การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary Appraisal) เป็นการประเมินของบุคคลเพื่อ พิจารณาแหล่งประ โยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นที่บุคคลได้ประเมินแล้วว่า เป็นอันตรายหรือคุกคามต่อตนเอง ซึ่งในขั้นนี้อาจเกิดขึ้นหลังจากขั้นปฐมภูมิหรือเกิดพร้อมกันก็ได้ ในขั้นนี้บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง หากความเครียด ไม่ลดลง บุคคลจะเปลี่ยนการประเมินค่าทางปัญญาใหม่

3. การประเมินค่าใหม่ (Reappraisal) เป็นการประเมินซ้ำหลังจากที่บุคคลได้แสดง ความพยายามที่จะกำจัดอันตรายทั้งทางรูปธรรมและทางความคิดออกมาแล้ว บุคคลจะประเมิน สถานการณ์ซ้ำ เพื่อพิจารณาอันตรายที่ตนได้รับนั้นยังมีอยู่ ลดลง หรือถูกกำจัดออกไปแล้ว ซึ่งเป็นการประเมิน โดยใช้ข้อมูลใหม่หรือติดตามประเมินผลวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้ไป

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินค่าทางปัญญา

Lazarus และ Folkman (1984) การประเมินค่าทางปัญญาของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (Personal Factor)

1.1 ความมุ่งมั่นผูกพัน (Commitment) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะเชื่อ ความเป็นจริง ความสำคัญ และคุณค่าที่จะทำให้บุคคลสนใจว่าตนเองเป็นใคร และกำลังทำอะไร ซึ่งความสามารถดังกล่าวทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะเอาตนเองเข้าไปผูกพันกับสถานการณ์ในชีวิต เช่น ครอบครัวหรือสถาบันทางสังคม บุคคลที่มีความมุ่งมั่นผูกพันจะมีทักษะและความปรารถนา ที่จะแก้ไขความเครียดให้ประสบผลสำเร็จ

1.2 ความเชื่อ (Beliefs) การที่บุคคลมีความเข้าใจความหมายของสิ่งต่าง ๆ ในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม ความเชื่อมีผลต่อการประเมินทางปัญญามี 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ 2) ความเชื่อที่มีอยู่จริงหรือ ความเชื่อในชีวิตและการดำรงอยู่ ซึ่งความเชื่อจะช่วยให้บุคคลเกิดความหวังและแสวงหาวิธี เจริญปัญหาที่เหมาะสมต่อไป

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situation Factors) ได้แก่

2.1 ความแปลกใหม่ของสถานการณ์ที่บุคคลประสบ (Novelty) ในสถานการณ์ ที่แปลกใหม่บุคคลจะมีการประเมินทางปัญญาว่าเป็นอันตรายและมีความเครียดที่รุนแรงกว่า สถานการณ์ที่บุคคลสามารถเชื่อมโยงกับสถานการณ์ในอดีตที่บุคคลสามารถควบคุมได้

2.2 ความสามารถในการทำนายหรือคาดการณ์ในอนาคต (Predictability) คือ การที่บุคคลสามารถทำนายหรือคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตน จะมีความเครียดที่น้อยกว่า สถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้

2.3 ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ (Event Uncertainty) สถานการณ์ที่คลุมเครือ หรือเปลี่ยนแปลงไม่แน่นอนตลอดเวลา บุคคลจะประเมินค่าทางปัญญาว่าเป็นอันตรายและ ก่อให้เกิดความเครียด

2.4 ปัจจัยด้านเวลา (Temporal Factors) ได้แก่

2.4.1 ช่วงเวลาก่อนเกิดสถานการณ์ (Imminence) หากช่วงเวลาก่อนเกิด สถานการณ์เป็นช่วงเวลาที่ยาว การประเมินค่าทางปัญญาจะยังมีความซับซ้อนมากกว่าช่วงก่อนเกิด สถานการณ์ที่นานกว่า

2.4.2 ช่วงเวลาที่สถานการณ์มีผลต่อบุคคล (Duration) หากช่วงเวลา ที่บุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้บุคคล มีความเครียดเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ

2.4.3 การที่ไม่ทราบว่าจะเกิดสถานการณ์ขึ้นเมื่อใด (Temporal Uncertainty) การที่ไม่ทราบล่วงหน้า ส่งผลต่อการประเมินทางปัญญาของบุคคล ว่าสถานการณ์นั้นเป็นอันตราย

มากกว่าการที่ทราบว่าสถานการณ์นั้นจะเกิดขึ้นอย่างแน่นอน ทำให้บุคคลมีวิธีการปรับแก้หรือตอบสนองต่อความเครียดที่แตกต่างกัน

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การประเมินค่าทางปัญญามีผลต่อความเครียด โดยการประเมินค่านั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งทางด้านบุคคล ในเรื่องของความเชื่อและความมั่นคงผูกพันและปัจจัยทางสถานการณ์ในเรื่องของความแปลกใหม่ ความสามารถในการทำนาย ความไม่แน่นอนและระยะเวลาของการเกิดสถานการณ์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความเครียดและวิธีการเผชิญกับความเครียดที่แตกต่างกันไปของแต่ละบุคคล

การประเมินภาวะความเครียด

การวัดปฏิกิริยาความเครียด กรมสุขภาพจิต (2546 อ้างใน สุภนิช สังฆะดี, 2550, หน้า 15) ความเครียดเป็นภาวะของความกดดันที่เราไม่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่เมื่อบุคคลรู้สึกเครียดจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด 4 ทางคือ ด้านนึกคิด ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรมและด้านสรีระ ดังนั้นเราจึงสามารถจะประเมินความเครียดโดยวัดจากปฏิกิริยาตอบสนอง ซึ่งสามารถสรุปได้ 4 วิธีดังนี้

1. การรายงานตนเอง (Self Report) เป็นเทคนิคและวิธีที่ใช้กันทั่วไปในนักวิทยาศาสตร์พฤติกรรม (Behavioral Scientists) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเครียดในเชิงจิตวิสัย (ตามสภาพจิตใจหรือความรู้สึกนึกคิดของผู้ประเมิน) เครื่องมือที่นิยมใช้กันเป็นส่วนใหญ่ในต่างประเทศคือ การใช้มาตรวัดภาวะความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory ของ Charles D. Spielberger สำหรับแบบรายงานตนเองที่มีการใช้ในวงการจิตวิทยาเมืองไทย ได้แก่ แบบสำรวจ Health Opinion Survey (ฉบับภาษาไทย) แบบทดสอบความเครียดสวนปรุง ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยโรงพยาบาลสวนปรุง แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทย ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต และแบบประเมินความเครียด Symptom of Stress Inventory ฉบับภาษาไทย เป็นต้น

2. การใช้เทคนิคการฉายภาพ (Projective Techniques) เป็นการวัดการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าที่กำหนดให้ เป็นการฉายภาพของบุคคลนั้นผ่านการตอบสนองของเขา เช่น แบบทดสอบ Rorschach แบบทดสอบ TAT (Thematic Apperception Test) ซึ่งการวัดโดยวิธีนี้จะต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะในการแปลผล ซึ่งต้องได้รับการฝึกฝนมาเป็นพิเศษ

3. การสังเกตพฤติกรรม (Behavior Observation) เป็นการวัดโดยสังเกตพฤติกรรมทั้งพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะความเครียดโดยตรงและสังเกตทางอ้อม การสังเกตโดยตรงจะมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระอันเนื่องมาจากความเครียด ได้แก่ หายใจแรง อาการสั่น (Tremors) เหงื่อออก การควบคุมตนเอง (Self-manipulation) เช่น การกัดเล็บ

การกระพริบตา อากัปกริยาท่าทาง (Postural Orientation) และการสังเกตการณ์เคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การก้าวเดิน เป็นต้นสำหรับการสังเกตพฤติกรรมทางอ้อม จะเป็นการประเมินระดับของการหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้เกิดความกลัว โดยมีหลักเหตุผลที่ว่า ยิ่งระดับของความกลัวมากขึ้นเท่าใด บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้สิ่งเร้านั้น

4. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ (Psychophysiological Measure) ระบบ

การตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดที่ถูกวัดได้บ่อยได้แก่ การตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น การวัดอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต การตอบสนองของระบบไฟฟ้าที่ผิวหนังและการตึงของกล้ามเนื้อ

ซึ่ง สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้ทำการศึกษาแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยและมีแนวคิดในการศึกษา 3 ส่วน ได้แก่ ความไวต่อความเครียด ที่มาของความเครียดและอาการของความเครียด

1. ความไวต่อความเครียด (Susceptibility to Stress) คนทั่วไปจะมีความแตกต่างกันในเรื่องของความไวต่อการเกิดความเครียด หากจะกล่าวในเชิงเปรียบเทียบ อาจพูดได้ว่า บางคนมีความแข็งแรงดุจม้า หรือบางคนบอบบางเหมือนผีเสื้อ ผู้ไม่เครียดง่ายจะมีสุขภาพดีมีการดูแลตนเองดี มีกำลังใจในการแก้ปัญหา ก็จะมีความบึกบึนในการต่อสู้กับความเครียดได้มากกว่า ผู้ที่บอบบางเครียดง่าย มักจะพบในกลุ่มที่ขาดการออกกำลังกาย การใช้สารเสพติด ขาดการพักผ่อน ขาดกำลังใจในการแก้ปัญหา ผู้ที่มีแนวโน้มในกลุ่มนี้จะไวต่อความเครียดมากกว่า อย่างไรก็ตามความแตกต่างนี้จะดูเหมือนเป็นลักษณะเฉพาะแต่ละคน แต่ก็มีหลายอย่างที่เราปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ ทุกคนสามารถปรับปรุงการใช้ชีวิตให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อด้านทานความเครียด เราสามารถสร้างสุขนิสัยที่ดี มีคนใกล้ชิด มีสังคมครอบครัวที่ดี สร้างความเจริญงอกงามทางด้านจิตใจ สร้างกำลังใจที่จะจัดการกับความเครียดให้เหมาะสมว่า เราจะมีเครียดเช่นไรมาก่อน การปรับปรุงตรงจุดความไวต่อการเกิดความเครียดนี้เป็นทางที่จะจัดการกับความเครียดได้อย่างรวดเร็วและได้ผลดี

2. ที่มาของความเครียด (Sources of Stress) คนทุกคนตั้งแต่วัยทารก วัยเด็กและผู้ใหญ่ ต่างก็มีความเครียดและที่มาของความเครียดเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ซึ่งที่มาของความเครียดแบ่งเป็นกลุ่มได้ดังนี้

2.1 ความเครียดจากงาน งานเป็นที่ยาสำคัญของความเครียด เนื่องจากงานนำไปสู่สามสิ่งที่ยากต่อการจัดการ คือ เงิน ความพอใจในตนเอง และความสำเร็จในชีวิต ซึ่งทั้งสามอย่างนี้

มิใช่ว่าจะได้รับการตอบสนองได้โดยง่าย ต้องลงทุนลงแรงอย่างมาก และอาจต้องเสียสละสิ่งหนึ่งเพื่อให้ได้มากอีกสิ่งหนึ่ง เช่น บางคนอาจต้องทนงานน่าเบื่อเพื่อรายได้ที่น่าพอใจ คนจะทำทุกอย่างเพื่อให้แน่ใจว่าจะได้มาซึ่งทั้งสามอย่างดังกล่าว ดังนั้นงานจึงเป็นที่มาของความเครียดแหล่งใหญ่ที่เกิดขึ้นยาวนาน

2.2 ความเครียดจากครอบครัว ในด้านหนึ่งครอบครัวจะเป็นกำลังใจสำคัญที่ประคับประคองให้คนเราปรับตัวต่อความเครียดได้ดี ครอบครัวให้ความรัก ความสุข ความเข้มแข็ง ความภูมิใจ ความพอใจ แต่ในขณะเดียวกัน ครอบครัวก็เป็นแหล่งที่มาของความเครียดแหล่งใหญ่ด้วย ครอบครัวสามารถทำให้เกิดความสับสน หงุดหงิด รำคาญ โกรธ ไม่พอใจ เป็นทุกข์หรือก้าวร้าวทำร้ายกัน ชีวิตครอบครัวเป็นเรื่องละเอียดอ่อนซับซ้อนและมีหลายแง่มุม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัวไม่ว่าทางลบหรือทางบวกทำให้เกิดความเครียดได้ทั้งสิ้น นอกจากนี้ครอบครัวยังมีโครงสร้างที่แตกต่างกันไป และมีความหมายต่างกันไปสำหรับแต่ละคน หากการแต่งงานและอยู่ร่วมกันโดยมาจากครอบครัวที่แตกต่างกันมากก็จะทำให้เกิดความเครียดได้มาก นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องเผชิญกับปัญหาภายนอกที่กระทบกระเทือนต่อคนในครอบครัว เช่น ภัยธรรมชาติ สงคราม และเพื่อนบ้านที่เป็นปัญหา เป็นต้น สาเหตุเหล่านี้อาจทำให้ครอบครัวมีความขัดแย้งมากขึ้น

2.3 ความเครียดส่วนตัว ความเครียดส่วนตัวมาจากสถานการณ์ที่มีผลต่อความสัมพันธ์ที่มีต่อตนเอง ถ้าหากคนเรามีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองอย่างมั่นคง เป็นสิ่งที่จะช่วยให้ปรับตัวกับความเครียดได้ดี ถ้าประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกดีต่อตนเองสั้นคลอนจะทำให้เราไม่สามารถผ่านอุปสรรคไปได้หากรู้สึกไม่ชอบหรือไม่สบายใจ เวลานี้ถึงตนเองก็เป็นสาเหตุทำให้เครียดได้มาก ความเครียดส่วนตัวมาจากทั้งความสำเร็จ ความล้มเหลว หรือการประสบเหตุร้าย ทำให้เกิดความไม่แน่ใจในตนเอง กังวล เสรีภาพ ความเครียดส่วนนี้ยากที่จะมองเห็นหรือรู้ตัวได้เพราะเป็นสิ่งที่ใกล้ชิดตัวจนคิดไม่ถึงว่าจะมีอิทธิพลต่อความรู้สึกของตนเอง หรือเมื่อรู้ตัวก็อาจกังวลจนคิดไม่ออกว่าจะทำอย่างไร

2.4 ความเครียดจากสังคม เป็นที่มาของความเครียดในหลายรูปแบบ ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม ทำให้เป็นทุกข์มาก ในปัจจุบันสังคมมีค่านิยมที่แต่ละบุคคลพยายามในการ จะมีอิสระในตัวของตนเอง ในอีกด้านหนึ่งก็ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีสัมพันธไมตรีเป็นที่ยอมรับและเหงาม ทางที่ดีเราควรสร้างสัมพันธกับผู้อื่น เพราะหากสูญเสียมิตรภาพเกินไป เช่น คนที่ขาดทักษะทางสังคม หรือเป็นคนขี้อาย ในภาวะที่ต้องย้ายที่อยู่ เลื่อนตำแหน่ง เพื่อนสนิทย้ายไป หรือรู้สึกว่ามีครอบครัวที่น่าอับอาย ทำให้ถดถอยจากสังคม เหล่านี้เป็นช่วงเวลาที่น่าท้อแท้และทำให้เครียดได้มาก

2.5 ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม คนจำนวนมากที่ต้องเครียดกับสิ่งแวดล้อม ในขณะที่สังคมกำลังมีการเปลี่ยนแปลงไปทุกด้าน ทำให้คนต้องปรับตัวกับสิ่งใหม่ สิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ ความขัดแย้งกันทางการเมือง เพื่อนบ้าน อาชญากรรมและความเปลี่ยนแปลงของค่านิยม ในชุมชน เป็นต้น

2.6 ความเครียดจากการเงิน คนส่วนมากให้ความสำคัญกับเรื่องการเงิน เพียงแต่คิดถึงเรื่องเงินก็ทำให้กังวลใจ เศร้า หรือโกรธทันที หากการเงินไม่มั่นคง หรือไม่แน่นอน พอลอยที่จะทำให้เกิดความไม่แน่ใจในตนเอง ครอบครัวมักจะทะเลาะกันเรื่องเงินมากกว่าเรื่องอื่น ปัญหาไม่ได้เกิดจากว่าเงินมีมากหรือน้อย แต่เป็นเพราะความวิตกกังวลเกิดกับคนทำชนชั้น ไม่ว่าจะรวยหรือจน ถ้าไม่มีเงินใช้มักเป็นความขายหน้าสันศักดิ์ศรี สิ่งที่ดีที่สุดคือความมั่นคงและสม่ำเสมอในเรื่องการเงิน

3. อาการของความเครียด อาการที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด แบ่งออกตามระบบสรีรวิทยาได้ 7 ระบบ ดังนี้

3.1 ระบบกล้ามเนื้อ โครงกระดูก กล้ามเนื้อเกี่ยวข้องกับความเครียด เพราะเป็นส่วนสำคัญพื้นฐานที่จำเป็นต้องใช้เวลาเกิดปฏิกิริยาสู้หรือถอยหนี ถึงแม้ส่วนอื่นจะเปลี่ยนแปลงเพื่อพร้อมรับกับสถานการณ์ แต่หากกล้ามเนื้อไม่พร้อมเราก็ไม่อาจปลอดภัยได้ ดังนั้นจึงเป็นเหตุให้กล้ามเนื้อจำเป็นต้องมีปฏิกิริยาเร็ว และเกิดก่อนส่วนอื่นเสมอ กล้ามเนื้อสามารถหดเกร็งได้ โดยที่เราไม่ต้องเคลื่อนไหวเพื่อตอบสนองต่อความเครียดหรือ Biofeedback โดยการการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ หากเกิดช่วงระยะเวลาที่สั้น ไม่เป็นอันตราย แต่หากเกิดระยะเวลานานเรื้อรังเป็นอันตรายอย่างมาก เพราะมีผลให้การนำเลือดไปเลี้ยงส่วนของร่างกายไม่เหมาะสม เกิดการกดทับของเส้นประสาททำให้เกิดการอักเสบได้

3.2 ระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติก เป็นระบบที่ลดปฏิกิริยาต่อการกระตุ้นร่างกาย ควบคุมการเต้นของหัวใจ ระบบย่อยอาหาร การขับถ่ายและเรื่องเพศ เมื่อเกิดความเครียดระบบนี้จะทำให้เกิดการระคายเคืองของกระเพาะอาหาร ลำไส้ ระบบขับถ่ายและการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบ ซึ่งแม้ความเครียดจะหายไปแต่อาการเหล่านี้ยังคงอยู่ ครั้นต่อมาเมื่อเกิดความเครียดเพียงเล็กน้อยก็จะเกิดอาการได้

3.3 ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ระบบนี้จะทำงานประสานกับพาราซิมพาเทติกในยามปกติรักษาความสมดุลของการไหลเวียนโลหิตและความดันโลหิต โดยการควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจและการหดตัวของหลอดเลือดในสถานการณ์ที่เกิดความเครียด ระบบประสาทนี้มีบทบาทสำคัญที่จะกระตุ้นทุกส่วนในร่างกายให้ตื่นตัวทุกส่วนในร่างกายให้ตื่นตัวรับสถานการณ์ในเวลาปกติ ซิมพาเทติกควบคุมการหลั่งสาร Noradrenaline

ในปริมาณน้อยเพื่อกระตุ้นให้อวัยวะทำงานตามปกติ เวลาเครียดระบบประสาทส่วนนี้จะหลั่งสาร Adrenaline เพิ่มขึ้นจะทำให้ร่างกายตื่นตัวอย่างเต็มที่ ซึ่งแม้ว่าความเครียดจะหายไป แต่สาร Adrenaline ยังไม่หยุดทำงาน หากมีความเครียดในระดับสูงกระตุ้นร่างกายบ่อยครั้ง จนเกิดอันตรายในระบบนี้ อาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูงหรือปวดศีรษะข้างเดียว ที่เกิดจากการหดตัวของเส้นเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงสมองได้

3.4 อารมณ์ เมื่อความเครียดมากระตุ้นร่างกายมากและบ่อยถึงระดับอันตราย มักจะเกิดอารมณ์โกรธ กังวลและเศร้าตามมา ทั้งนี้การกระตุ้นอารมณ์เกิดจากระบบลิมบิก (Limbic system) บางครั้งอารมณ์ดังกล่าวอาจปะปนกันมาจนแยกแยะลำบาก บางครั้งผู้ที่มีความเครียดรับรู้ได้เพียงว่าไม่สบายใจ และเมื่ออารมณ์คุกรุ่นมากจนจัดการไม่ได้ก็จะเสียการควบคุมตนเอง หรือหวาดกลัวว่าจะทำผิดพลาดไป

3.5 ความคิด เป็นกระบวนการทำงานของสมองที่ซับซ้อน ความเครียดเป็นตัวทำลายหรือขัดขวางการทำงานของสมอง โดยสารที่หลั่งออกมาขณะเกิดความเครียด จะกระตุ้นทุกส่วนของสมองให้ทำงานเร็วขึ้นเป็นสองเท่าของเวลาปกติ และสมองจะกระตุ้นอารมณ์ด้วยการถูกระตุ้นมากเกินไปทำให้มีความคิดไม่ต่อเนื่อง ความจำเสีย ตัดสินใจไม่เหมาะสม ขาดการยับยั้งไตร่ตรอง

3.6 ระบบฮอร์โมน เป็นอีกระบบที่ถูกกระตุ้นมากในเวลาที่มีความเครียด เพื่อเตรียมรับกับสถานการณ์ความเครียด สมองส่วนที่เรียกว่า ไฮโปธาลามัส กระตุ้นต่อมพิทูอิทารี หลังฮอร์โมนไปกระตุ้นส่วนต่างๆของร่างกาย โดยฮอร์โมนที่มีบทบาทสำคัญคือ Adreno Corticotrophic (ACTH) และ Cortisol ที่ ACTH หลั่งจากชั้นนอกของต่อม Adrenal ซึ่งมีบทบาทสำคัญในเวลา ที่ต้องเตรียมพร้อม เช่น เพิ่มระดับน้ำตาลในตับและกระตุ้น Insulin จากตับอ่อน เพื่อเพิ่มพลังกำลังเวลาที่เรากำลังต่อสู้ หรือหนี Cortisol เพิ่มภูมิคุ้มกัน ทำให้สมองตื่นตัวและกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน ในขณะที่ฮอร์โมนที่ไม่เกี่ยวข้องจะทำงานช้าลง เช่น ฮอร์โมนเพศและฮอร์โมนสำหรับการเจริญเติบโต ดังนั้นระบบฮอร์โมนเป็นระบบการทำงานที่ละเอียดอ่อนและจำเป็นต้องรักษาสมดุล หากเกิดความเครียดบ่อย การทำงานของระบบฮอร์โมนก็จะผิดปกติด้วย

3.7 ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ Humoral และ Cellular โดยที่ Humoral อยู่ในของเหลวในร่างกายเพื่อต่อสู้กับเชื้อโรคและไวรัส ส่วน Cellular อยู่ในเซลล์เพื่อต่อสู้กับไวรัสที่เข้าไปทำอันตรายเซลล์ และไวรัสเหล่านี้เป็นตัวทำให้เกิดเนื้องอกหรือมะเร็ง ความผิดปกติของ Humoral ทำให้ร่างกายสามารถติดเชื้อได้ง่าย เช่น ไขหวัดใหญ่ และความผิดปกติของ Cellular ส่งผลต่อความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็ง

ดังที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การประเมินภาวะความเครียดสามารถประเมินได้จากปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด 4 ด้านคือ ด้านนึกคิด ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรมและด้านสรีระ ซึ่งการค้นคว้าแบบอิสระนี้ใช้การประเมินความเครียดของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติกที่สร้างขึ้นโดย จีราวรรณ พุ่มศรีอินทร์ ซึ่งครอบคลุมปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดทั้ง 4 ด้าน

ประเภทและระดับของความเครียด

Miller and Keane (1997 อ้างในวรรณภา ลิลาอัมพรสิน, 2541, หน้า 18) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 2 ประเภท คือ ความเครียดทางร่างกายและความเครียดทางจิตใจ

1. ความเครียดทางร่างกาย แบ่งตามระยะเวลาการเกิด คือ

1.1 ความเครียดอย่างชนิดเฉียบพลัน (Emergency Stress) เกิดเมื่อร่างกายถูกคุกคามอย่างทันทีทันใด เช่น อุบัติเหตุ หรือเหตุการณ์ที่น่ากลัวเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน

1.2 ความเครียดชนิดต่อเนื่อง (Continuing Stress) เกิดขึ้นเมื่อร่างกายถูกคุกคามอย่างต่อเนื่อง เช่น การเปลี่ยนแปลงตามวัย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตามวัยหนุ่มสาว วัยหมดประจำเดือน วัยชรา เป็นต้น สิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความคับข้องใจอย่างต่อเนื่อง เช่น การจราจรติดขัด สิ่งแวดล้อม ทั้งทางกายและจิตใจ เป็นต้น

2. ความเครียดทางจิตใจ หมายถึง สภาพการณ์ที่เป็นผลกระทบให้เกิดความคับข้องใจขัดแย้งในจิตใจ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นทันทีทันใดเมื่อคิดว่าจะเกิดอันตราย

ลักษณะ สิริวัฒน์ (2544, หน้า 160-161) ได้จำแนกชนิดของความเครียดไว้ดังนี้

1. จำแนกตามผลที่เกิดขึ้น แนวคิดนี้จาก ซึ่งเขาได้แบ่งความเครียดตามผลที่เกิดขึ้นออกเป็น 2 ประเภทคือ

1.1 ความเครียดที่ไม่ดี หมายถึง ความเครียดที่ก่อให้เกิดความทุกข์ เกิดจากสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นกับบุคคลใดแล้วก่อให้เกิดความไม่สบายใจหรือเกิดความคับข้องใจหรือเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ทำให้รู้ทันทีว่าเป็นสิ่งไม่ดีเช่น ถูกให้ออกจากงาน หรือเกิดการหย่าร้าง หรือตัดสินใจไม่ได้ว่าจะเรียนต่อหรือทำงานดี ทำให้เกิดความเครียดจนรู้สึกปวดศีรษะ เป็นต้น

1.2 ความเครียดที่ดี ได้แก่ ความเครียดที่ทำให้เกิดความสุข ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดความสุขนี้เป็นสิ่งที่ดี สร้างความสุขให้แก่ผู้ที่ได้รับลักษณะนี้มักจะอยู่ในสภาพที่เรามีความสุขอย่างกะทันหัน หรือมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความดีใจจนตื่นเต้นมาก หรือมีความสุขสนุกสนานมากเกินไปก็จะก่อให้เกิดความรู้สึกเครียดได้เช่นกัน เช่น จะได้เดินทางไปต่างประเทศ หรือได้เข้าพิธีแต่งงาน หรือได้รับผลสำเร็จในหน้าที่การงาน ได้รับเงินเดือน 2 ขึ้น

Frain และ Valiga อ้างใน (1981, ทัยรัตน์ พันธุ์แพ, 2544, หน้า 21-22) ได้แบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ความเครียดที่เกิดขึ้นตามปกติในชีวิตประจำวัน หรือระดับต่ำ (Mild Stress) ความเครียดในระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอัตโนมัติ เป็นการปรับด้วยความเคยชินและใช้พลังงานในการปรับตัวน้อยที่สุด เช่น การต้องใช้ชีวิตแบบรีบเร่ง การแข่งขัน การใช้เวลาเดินทางไปทำงานในสภาพการจราจรสับสน การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ในระดับนี้บุคคลจะรู้สึกถึงความสามารถในการปรับตัวตอบสนองอย่างได้ผลดี ความเครียดในระดับนี้ มีน้อยมากและหมดไปในระยะเวลาอันสั้น

ระดับที่ 2 ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate Stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีสิ่งที่มาคุกคาม เช่น การสัมภาษณ์เพื่อเข้าทำงานหรือพบเหตุการณ์สำคัญในสังคม ระดับนี้ทำให้บุคคลมีการตื่นตัวและร่างกายจะเกิดปฏิกิริยาต่อต้านขึ้น ความเครียดในระดับนี้มีน้อย และหมดไปในระยะเวลาเพียงชั่วโมงเท่านั้น

ระดับที่ 3 ความเครียดระดับสูง (High Stress) ความเครียดระดับนี้ บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นระยะเวลานานและไม่สามารถปรับตัวได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว ภาวะเช่นนี้ทำให้บุคคลรู้สึกถูกคุกคาม เนื่องจากอยู่ระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลว ซึ่งถือว่าเป็นวิกฤติการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตบุคคลที่อาจไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ และมีการแสดงออกทางอารมณ์เพื่อพยายามลดความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นในระดับนี้จะเกิดขึ้นเป็นเวลาหลายชั่วโมงหรือจนกระทั่งเป็นวัน

ระดับที่ 4 ความเครียดระดับรุนแรง (Severe Stress) ถ้าสถานการณ์คุกคามยังดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่องทำให้บุคคลเกิดความเครียดสูงขึ้นอีก ความเครียดระดับนี้ทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัว และการแสดงออกในหลายลักษณะ เช่น สมาธิในการทำงานลดลง การขาดงาน ไม่สนใจครอบครัว ความเครียดในระดับนี้จะเกิดขึ้นเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี

ในการศึกษานี้ระดับของความเครียดของผู้ปกครองแบ่งระดับความเครียดตามแบบประเมินความเครียดจากการดูแลเด็กออกทีสติกไว้ 5 ระดับ ได้แก่ ระดับความเครียดมากที่สุด ระดับความเครียดมาก ระดับความเครียดปานกลาง ระดับความเครียดน้อยและระดับความเครียดน้อยที่สุด

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว

ความหมายของครอบครัว

โสภา ขปิลมันน์ (2536, หน้า 13) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่า หมายถึงกลุ่มคนที่รวมกันอยู่ในบ้านเดียวกัน อาจจะเกี่ยวหรือไม่เกี่ยวกับทางสายโลหิตหรือทางกฎหมาย แต่มีปฏิสัมพันธ์กันและให้ความรักและความเอาใจใส่ต่อกัน มีความปรารถนาดีต่อกัน

กฎหมาย สกสว. (2542, หน้า 29) ได้สรุปความหมายของครอบครัวว่า หมายถึง กลุ่มคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาอยู่ร่วมกัน โดยมีความสัมพันธ์อาจเกิดจากทางกฎหมาย สายโลหิต หรือความสมัครใจและตกลงที่จะดำเนินชีวิตร่วมกัน สมาชิกในครอบครัวจะรับรู้ภาพพจน์ภายนอก ครอบครัวได้โดยอาศัยพื้นฐานภายในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวมีพัฒนาการ โดยได้รับอิทธิพลจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวทั้งสิ้น รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่ ต้องปฏิบัติต่อกันตามโครงสร้างและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวนั้น

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544, หน้า 35) ได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า เป็นหน่วย พื้นฐานของชีวิต เป็นสถาบันที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาบุคคลให้ก้าวไปสู่ความเป็นมนุษย์ ที่สมบูรณ์ โดยผ่านประสบการณ์แห่งการอยู่ร่วมกัน แบ่งปันกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกันทั้งระหว่าง บุคคลภายในครอบครัวและระหว่างบุคคลกับสังคมภายนอก

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ครอบครัว หมายถึง หน่วยย่อยของสังคมที่ประกอบด้วยสมาชิก ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันไม่ว่าจะเป็นทางสายโลหิต ทางกฎหมายหรือ ความสมัครใจที่มาอยู่ร่วมกันและปฏิบัติหน้าที่ตามโครงสร้างในครอบครัว เพื่อช่วยเหลือเกื้อกูล ชึ่งกันและกัน

รูปแบบของครอบครัว

พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุษย์ (2545, หน้า 24 – 26) จำแนกรูปแบบของครอบครัวไว้

3 ประเภทใหญ่ คือ

1. ครอบครัวขยาย (Extended Family) เป็นลักษณะส่วนใหญ่ของครอบครัวทาง ตะวันออก ลักษณะของครอบครัวจะมีกลุ่มญาติพี่น้องอยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิด แม้มีครอบครัวใหม่แล้ว ก็ยังคงอยู่ร่วมกัน ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 รูปแบบ คือ

1.1 ครอบครัวขยายญาติพี่น้อง (Kinship Group) คือ ครอบครัวที่อยู่ร่วมกันตั้งแต่ ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่ และญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด ซึ่งอาจมีลักษณะพิเศษของการอยู่ร่วมกัน ดังนี้

ก. ครอบครัวขยายทางฝ่ายชาย (Patrilopal) ครอบครัวที่มีผู้ชายเป็นใหญ่ ได้แก่ ปู่ บิดา หรือ ญาติที่อาศัยอยู่เป็นญาติของฝ่ายชาย

ข. ครอบครัวขยายทางฝ่ายหญิง (Matrilopal) ญาติที่อาศัยอยู่เป็นทาง ฝ่ายหญิง ฝ่ายหญิงอาจมีอำนาจเป็นหัวหน้าครอบครัว เช่น ชนชาวเขาบางเผ่า หรือต่อไปฝ่ายชายอาจ ได้รับมอบหมายให้เป็นหัวหน้าครอบครัวภายหลังญาติฝ่ายหญิงเสียชีวิตแล้วก็ได้

1.2 ครอบครัวขยายร่วมเผ่าพันธุ์ (Sib) เป็นครอบครัวที่คนหมุ่ชนเผ่าเดียวกัน (Consanguineal Group) อยู่ร่วมกัน มีความคิดเห็นร่วมกัน แบ่งปันกัน โดยมีหัวหน้าครอบครัว เพียงคนเดียวเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบความเป็นอยู่ของสมาชิก เช่น ครอบครัวพวักยิบซี

1.3 ครอบครัวขยายรวมกลุ่ม (Clan) ครอบครัวชนิดนี้ประกอบด้วยหลายครอบครัวมาอยู่รวมกัน (Compromise Group) หัวหน้าครอบครัวเป็นเสมือนหัวหน้าหมู่บ้านเป็นผู้รับผิดชอบทางเศรษฐกิจ ตลอดจนการเลือกคู่ครองให้กับสมาชิกในครอบครัว คนทั้งหมู่บ้านอยู่ร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน เช่น ครอบครัวจีนโบราณ (Ancient Chinese) ครอบครัวชาวยิว (Hebrews) หรือ ครอบครัวโรมานซ์ (Romans) ในสมัยแรกเริ่มของยุโรปและอเมริกา

2. ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) ได้แก่ เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยสามี ภรรยา และบุตร ส่วนใหญ่จึงมีขนาดเล็ก จำนวนสมาชิกไม่มากนัก ในปัจจุบันครอบครัวลักษณะนี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นซึ่งรูปแบบของครอบครัวเดี่ยวนี้อยู่ 2 รูปแบบ คือ

2.1 ครอบครัวเดี่ยวชายเป็นหัวหน้าครอบครัว (Patriarchal) ผู้ชายจะมีหน้าที่รับผิดชอบการพัฒนาของครอบครัว และมีอำนาจในการตัดสินใจ

2.2 ครอบครัวเดี่ยวหญิงเป็นหัวหน้าครอบครัว (Matriarchal) ผู้หญิงมีหน้าที่รับผิดชอบเศรษฐกิจของครอบครัว และมีอำนาจในการตัดสินใจปัญหาต่าง ๆ

3. ครอบครัวกลุ่ม (Composite Family) ได้แก่ ครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยวมากกว่าหนึ่งครอบครัว หรือ ครอบครัวที่มีสามีภรรยามากกว่า 1 คน แบ่งได้ 3 รูปแบบ คือ

3.1 สามีคนเดียวภรรยาหลายคน (Polygyny) สามีเป็นคนดูแลรับผิดชอบสมาชิกในครอบครัวทุกคน

3.2 ครอบครัวภรรยาคนเดียวสามีหลายคน (Polyandry) ภรรยาเป็นผู้รับผิดชอบการใช้จ่ายของครอบครัว

3.3 ครอบครัวบ้านหลังเล็ก (Concubinage) การที่สามีเป็นหัวหน้าครอบครัว มีภรรยาคนเดียว แต่มีผู้หญิงคนอื่นที่ไม่ได้รับการยกย่องว่าเป็นภรรยา หรือเป็นภรรยาน้อยเท่านั้น

ภาวะวิกฤติของบิดามารดาเมื่อได้รับรู้ว่าบุตรเป็นออทิสติก

กรมอนามัย (2550, หน้า 22-25) กล่าวว่า ภาวะวิกฤติ (Crisis) หมายถึง ผลกระทบของสถานการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้น จนเกิดความเครียดอย่างรุนแรง ส่งผลให้เสียสมดุลทางอารมณ์ และไม่สามารถแก้ปัญหาเช่นในเวลาปกติได้

สาเหตุของภาวะวิกฤติมี 2 ประการ ได้แก่

1. ภาวะวิกฤติจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ ภาวะวิกฤตินี้อาจเกิดขึ้นในระยะต่างๆของพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ พัฒนาการชีวิตครอบครัว เนื่องจากบุคคลและครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวุฒิภาวะ ตามระยะการเจริญเติบโต และพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งการที่บุคคลหรือครอบครัวไม่สามารถปรับตัวไปสู่วุฒิภาวะที่สูงขึ้นอย่างเหมาะสม จะให้เกิดภาวะวิกฤติเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการได้

2. ภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์ เช่น การเสียชีวิตของทารกหรือคู่สมรส หรือการติดเชื้อเอชไอวี การตั้งครรภ์ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตตามพัฒนาการและเมื่อเกิดการติดเชื้อเอชไอวี จะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตตามเหตุการณ์ร่วมด้วย

ซึ่งการที่บิดามารดาได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าบุตรเป็นออทิสติกก็จัดเป็นภาวะวิกฤตที่ครอบครัวต้องเผชิญเช่นกัน บิดามารดาข่มขู่รู้สึกเศร้าเสียใจจากการคาดหวังที่จะมีบุตรที่มีสุขภาพและพัฒนาการที่สมบูรณ์ ถือเป็น ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief and Loss)

ภาวะเศร้าโศก (Grief) หมายถึง การตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจต่อการสูญเสียสิ่งที่ตนรัก และ การสูญเสีย (Loss) หมายถึง ภาวะของการขาดหรือแยกจากของบุคคล หรือขาดบางสิ่งบางอย่างที่มีค่าอันยิ่งใหญ่ของตน ซึ่งหลังจากที่แพทย์วินิจฉัยว่าเด็กเป็นออทิสติก บิดามารดาจะเกิดปฏิกิริยา ดังนี้ (กรมอนามัย, 2552, หน้า 26)

1. การตกใจอย่างแรง (Shock) และปฏิเสธ (Denial) มีอาการขาดความรู้สึกไปชั่วขณะ รู้สึกตัวเองไม่ใช่ตัวเอง และไม่สามารถที่จะตั้งสติเรียงลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเองและบุคคลที่เกี่ยวข้องได้ อาการดังกล่าวอาจจะเกิดขึ้นอยู่เป็นระยะเวลานั้น ๆ ภายใน 24 ชั่วโมง ก็จะเริ่มดีขึ้นหรือแย่ลงขึ้นอยู่กับว่าการสูญเสียนั้นว่าจะมากน้อยขนาดไหน

Lillian and Joe Tommasone (อ้างใน สุไพบรมา ลีลามณี, 2543, หน้า 53-54) กล่าวว่า เป็นปฏิกิริยาแรกๆที่เมื่อบิดามารดาประสบหรือได้ทราบว่าบุตรของตนเป็นออทิสติก ช่วงแรกจะไม่มีความรู้สึกใด แต่ย่ำคิดตลอดเวลาว่าเรื่องเศร้าที่เกิดขึ้นนี้ไม่ใช่เรื่องจริง เป็นเพียงสิ่งที่เกิดขึ้นในภาพยนตร์เท่านั้น ไม่ใช่เรื่องที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของเขา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นกลไกป้องกันตนเองที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความทุกข์หรือความยุ่งยากในชีวิต สำหรับพวกเขาแล้วในขณะนั้นได้ปิดกั้นทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นความรู้สึกเฉยชาไม่ต้องการรับรู้เรื่องใด จนกระทั่งเมื่อถึงเวลาที่พร้อมจะเริ่มในการเผชิญหน้ากับความจริงที่เกิดขึ้น

2. โกรธ (Anger) รู้สึกว่าทำไมต้องเกิดเหตุการณ์แบบนี้กับตนเอง ทำไมไม่เกิดกับคนอื่น พยายามโทษว่าเป็นความผิดของคนใดคนหนึ่ง เช่น หมอตรวจผิดหรือไม่ มีคนอื่นทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เหล่านี้ รวมถึงโทษสิ่งที่ไม่แน่ใจว่ามีจริงหรือไม่ เช่น พระเจ้า หรือสวรรค์ด้วย และที่พบได้บ่อยก็คือความโกรธต่อตนเอง ความโกรธดังกล่าวมิใช่เรื่องที่มองว่าไม่ดี หรือน่าตำหนิ หากแต่เพียงเพราะเป็นปฏิกิริยาของมนุษย์ทั่วไปที่พึงจะรู้สึกได้เมื่อเกิดเหตุการณ์การสูญเสียเท่านั้นเอง

เป็นอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความรู้สึกผิดเมื่อบิดามารดาพบว่าบุตรของตนเองเป็นออทิสติก มักจะกล่าวโทษว่าเป็นความผิดของใครบางคน ซึ่งผู้เขียนเกิดความรู้สึกโกรธทุกคนตั้งแต่พระเจ้าที่ปล่อยให้เรื่องเศร้าเช่นนี้เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังโกรธแพทย์และนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ที่ไม่สามารถหาวิธีการบำบัดรักษาให้หายเป็นปกติได้ โกรธครูและนักการศึกษาที่ไม่สามารถหาวิธีช่วยบุตรของเขาได้ รวมถึงโกรธคนในครอบครัว และเพื่อนที่แม่จะให้กำลังใจ แต่ก็ไม่ได้ช่วยให้ความทุกข์ ความเศร้าและความเจ็บปวดนั้นหายไป (Lillian and Joe Tommasone อ้างใน สุไพรมา ลีลามณี, 2543, หน้า 53-54)

3. **ต่อรอง (Bargaining)** เพื่อปลอบใจในการที่ยังไม่สามารถยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ เช่น ยังไม่สมควรที่จะเกิดเหตุการณ์แบบนี้ ขอให้ผ่านช่วงเวลานี้ไปก่อนจะได้หรือไม่ รวมถึงการพยายามหาที่ขี้ความมั่นใจที่ใหม่ เช่น กรณีที่คิดว่าหมอวินิจฉัยผิด หรือรักษาไม่ดี น่าจะมีคนที่ช่วยได้ดีกว่าหรือขอแลกเปลี่ยนด้วยชีวิตของตนเองแทนจะได้หรือไม่ ซึ่งในความเป็นจริงการสูญเสียดังกล่าวไม่สามารถแก้ไขหรือหาอะไรมาทดแทนได้ เนื่องจากต้องเป็นไปตามกฎแห่งกรรมของโลกมนุษย์

4. **ซึมเศร้า (Depression)** เกิดขึ้นเนื่องจากคิดว่าไม่สามารถจัดการแก้ไขกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้แล้ว ซึ่งเป็นความรู้สึกปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงนี้ และยังไม่ถือว่าเป็นความเจ็บป่วยแต่อย่างใด แต่ให้พึงระวังไว้ว่าอาจจะเป็นช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงในการที่ผู้เสียใจจะกระทำการที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น เช่น การทำร้ายตนเองหรือแม้กระทั่งทำร้ายผู้อื่น

เกิดจากความผิดหวังเมื่อได้รับรู้ว่าบุตรของตนไม่สามารถเป็นไปตามที่ตั้งใจ ความหวังและความฝันที่คิดไว้ตั้งแต่แรกและเห็นความเจริญเติบโตอย่างมีอนาคตที่ดีต่อไป เมื่อต้องรับรู้ว่าบุตรเป็นออทิสติก ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถบำบัดรักษาให้หายเป็นปกติได้ ย่อมเป็นเรื่องที่น่าเศร้าและเจ็บปวดสำหรับบิดามารดา ผู้เขียนก็เช่นกัน ทุกคืนพวกเขาไม่สามารถนอนหลับได้ จะใช้เวลาหมดไปกับการพูดคุยกัน ร้องไห้ด้วยกันและพยายามหาคำตอบให้กับตัวเองว่า “ทำไมเรื่องเช่นนี้ต้องเกิดขึ้นกับเรา” และ “ทำไมจึงต้องเป็นลูกของเรา” และมีคำถามอีกมากมาย

ผู้เขียนเศร้าเสียใจอย่างมาก ร้องไห้และจมอยู่กับความทุกข์ ส่วนสามีของเธอกลายเป็นคนเก็บตัว เงียบขรึม ต้องการใช้เวลาที่จะคิดอยู่คนเดียว ทั้งสองคนคิดว่าหากไม่มีบุตรคงจะดีกว่านี้ เพราะการมีบุตรที่เป็นออทิสติกเป็นเรื่องที่น่าเศร้าน่ากลัวก่อให้เกิดปัญหามากมายทั้งในเรื่องของการเลี้ยงดู การจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก เป็นเรื่องยุ่งยากที่บิดามารดาจะต้องเผชิญ ความเศร้าเสียใจเป็นความรู้สึกที่จะนำไปสู่ความคิดที่ไม่ต้องการมีบุตร เป็นความคิดที่เกิดได้กับบิดามารดาทุกคนที่พยายามหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธความจริง (Lillian and Joe Tommasone อ้างใน สุไพรมา ลีลามณี, 2543, หน้า 53-54)

5. **ยอมรับ (Acceptance)** เมื่อเวลาผ่านไป ความรู้สึกและอารมณ์เศร้า รวมถึงสติค่อย ๆ ฟื้นกลับมา ร่วมกับการได้รับข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าอย่างไรเสียก็ไม่สามารถจะแก้ไขการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้แล้ว การยอมรับจะค่อย ๆ เกิดขึ้นในที่สุดอย่างไรก็ตาม แม้จะเกิดการยอมรับแล้ว

แต่อาจจะกลับไปสู่ขั้นตอนของการซึมเศร้าสลับไปมาได้ ถ้าขาดการประทับประคองจิตใจให้เข้มแข็งขึ้น โดยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมรวมถึงตัวบุคคลคนนั่นเองที่จะสามารถฝ่าฟันกับความทุกข์ใจนั้นได้หรือไม่ด้วย

บิดามารดาของเด็กออทิสติกบางคนมีความรู้สึกไม่พอใจบุตรของตนเองที่เกิดพร้อมกับออทิสติก ทั้งที่พวกเขารู้ว่าเป็นเรื่องที่เด็กก็ไม่สามารถกำหนดหรือควบคุมไม่ให้เรื่องเลวร้ายแบบนี้เกิดขึ้นกับครอบครัวได้ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจนกว่าบิดามารดาจะทำความเข้าใจในความผิดปกติและสามารถยอมรับความผิดปกติและข้อจำกัดของบุตรได้ หากบิดามารดา ยังไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกนี้ออกไปจะเป็นการสร้างกำแพงขึ้นมาระหว่างบิดามารดาเป็นบุตรออทิสติก ดังนั้นหากบิดามารดาสามารถจัดการความไม่พอใจในตัวเด็กออกไปได้และพยายามเปลี่ยนความรู้สึกนี้ให้เป็นพลังเพื่อใช้ในการดูแล รักษาบุตรต่อไปย่อมจะเกิดเป็นผลดีต่อครอบครัว (Lillian and Joe Tommasone อ้างใน สุไพเราะ แก้วมณี, 2543, หน้า 53-54)

ปัญหาและผลกระทบต่อบิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก

กัญญา รัชมนันดา (2535, หน้า 53) กล่าวถึงผลกระทบที่มีต่อครอบครัวจากการที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเด็กออทิสติกใน 3 ด้าน ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคออทิสติกในครอบครัวนั้นส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก เช่น บิดามารดา จะเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย
2. ผลกระทบด้านจิตใจ การดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคออทิสติกในครอบครัวนั้นส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งบิดาและมารดาของเด็กออทิสติกที่พบว่า เมื่อรับรู้ว่ามีบุตรเป็นออทิสติกตนเองจะเกิดความรู้สึกผิด รู้สึกสับสน ขอมรับต่อการเจ็บป่วยของบุตรหรือสมาชิกไม่ได้ รู้สึกเจ็บปวด และสิ้นหวัง จนทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและมีปัญหาสุขภาพจิต
3. ผลกระทบด้านสังคม ผลกระทบที่พบในครอบครัวที่มีเด็กออทิสติกนั้น จะพบได้ตั้งแต่ผลกระทบในพื้นที่จนถึงชุมชน คือ ทำให้บรรยากาศและการปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวความสัมพันธ์กับญาติและเพื่อน และการนำเด็กออทิสติกไปที่สาธารณะลดลง

นอกจากผลกระทบตามที่กล่าวมาข้างต้นรจนา ทรรทรานนท์ (2525, อ้างใน สุไพเราะ ลีลามณี, 2543, หน้า 71) ได้แยกปัญหาและผลกระทบของบิดามารดาไว้ดังนี้

1. ปัญหาด้านการดูแลบุตรออทิสติก

เนื่องจากเด็กมีอาการก้าวร้าว บิดามารดาจึงกลัวว่า สมาชิกคนอื่นที่อ่อนแอกว่า จะถูกทำร้าย หรือกังวลว่า จะเกิดความลำเอียงในการเลี้ยงดูบุตรคนอื่น เนื่องจากบิดามารดา

จะต้องดูแลเอาใจใส่บุตรออทิสติกมากเป็นพิเศษ รวมถึงบุคคลอื่นในครอบครัวที่เมื่อใดก็ตามที่เกิดการเจ็บป่วย บุคคลหรือครอบครัวจะมีธรรมชาติของการพึ่งพา ควบคู่กับการรับผิดชอบหรืออีกนัยหนึ่งคือการพึ่งตนเองเพื่อจัดการกับความเบี่ยงเบนหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้น (Chitsman อ้างใน ขวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ วราภรณ์ เลิศพูนวิไลกุล ลินจง โปธิบาล ศิริรัตน์ ปานอุทัย และกนกพร สุคำวัง, 2545, หน้า 21)

2. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

เนื่องจากบิดามารดาต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลบุตรออทิสติกสูง อีกทั้งการที่เด็กมีพฤติกรรมการทำลายสิ่งของ จึงเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ บิดามารดาบางรายยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจ้างพี่เลี้ยงที่มากดูแลเด็กแทนทั้งที่เด็กบางรายโตจนไม่จำเป็นต้องมีพี่เลี้ยงแล้วก็ตาม

3. ปัญหาด้านการศึกษาของเด็กออทิสติก

พบว่าบิดามารดารู้สึกละอายหรือเศร้าเสียใจ เมื่อเห็นเด็กคนอื่นเข้าเรียนปกติ แต่บุตรของตนเองต้องเข้าเรียนในโรงเรียนการศึกษาพิเศษหรือคลินิกพิเศษเพื่อฝึกหัด เด็กบางรายไม่สามารถไปโรงเรียนได้ มารดาจึงต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตของตนเองเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของเด็ก

4. ปัญหาด้านการดำเนินชีวิตในสังคมของบิดามารดา

การที่มีบุตรออทิสติกทำให้บิดามารดามีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากพฤติกรรม ลักษณะอาการของเด็กมีความชัดเจน ทำให้เกิดการแยกตัวของครอบครัว อยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ติดต่อเพื่อน ไม่ต้อนรับผู้มาเยี่ยมเยือน บิดามารดาบางรายจะหลีกเลี่ยงการพาเด็กออกไปนอกบ้าน โดยเฉพาะในรายที่เด็กโตและมีพฤติกรรมผิดปกติรุนแรง

5. ปัญหาด้านอนาคตของบุตรออทิสติก

บิดามารดากังวลเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับบุตรในอนาคต โดยเฉพาะในเรื่องความสามารถในการใช้ชีวิตในสังคม และเมื่อบิดามารดาเสียชีวิตเด็กจะต้องเข้าไปอยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กหรือสถานสงเคราะห์

6. ปัญหาด้านระยะเวลาในการรักษา

เนื่องจากเด็กออทิสติกต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน อาการของเด็กจะดีขึ้นช้า บางรายพบว่า ไม่มีความก้าวหน้าในการรักษา ซึ่งหากเด็กมีความผิดปกติน้อย ได้รับการรักษาเร็ว และมีอาการดีขึ้น ทำให้บิดามารดามีความเครียดน้อย แต่หากเด็กมีอาการค่อนข้างรุนแรงไม่มีความก้าวหน้าจากการรักษา ย่อมทำให้บิดามารดาเกิดความเครียดและวิตกกังวลสูง

นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้ดูแล เช่น การศึกษาของ ภัทราภรณ์

หุงปันคำ และคณินิจ ไชยลังการณ (2546, หน้า 57) ที่ผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้า เนื่องจากไม่ได้พักผ่อน ตลอดจนการไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวเนื่องจากการดูแลเด็กออทิสติกที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาโดยเฉพาะบิดามารดาที่อยู่ในวัยกลางคนซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีการเสื่อมถอยในเกือบทุกระบบของร่างกาย (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2538) ส่วนผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตของบิดามารดาเด็กออทิสติก โดยรุ่งฤดี วงศ์ห่ม (อ้างในศศิธร แก้วนพรัตน์, 2541, หน้า 38) พบว่า มีระดับความเครียดโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับ เครียดมาก โดยสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด คือ การที่บิดามารดาต้องดูแลบุตรออทิสติกเพิ่มมากขึ้น และจากการศึกษาของ ศศิธร แก้วนพรัตน์ (2541, หน้า 75) พบว่าสถานการณ์ที่ทำให้บิดามารดารู้สึกสบายใจ คือ การได้รับคำแนะนำปรึกษาข้อสงสัยและวิธีการช่วยเหลือบุตรจากแพทย์ และสถานการณ์ที่ทำให้มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คือ ความกังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตรและท่าทีของคนรอบข้างที่มีต่อบุตรออทิสติก สอดคล้องกับสุไพรมา ลีลามณี (2543, หน้า 136) ว่าผลกระทบที่มีต่อมารดาเด็กออทิสติก คือ ปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจของบิดามารดา ผลกระทบในการดำเนินชีวิตส่วนตัวและการประกอบอาชีพ ผลกระทบด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านเศรษฐกิจและผลกระทบด้านสังคม

กล่าวโดยสรุปคือ ผลกระทบจากการดูแลเด็กออทิสติกที่มีต่อครอบครัวมีหลายด้าน ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ การศึกษาของเด็กออทิสติก อนาคตของเด็กออทิสติก ระยะเวลาในการรักษา และความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งการค้นคว้าแบบอิสระนี้ทำการศึกษาผลกระทบใน 5 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์ในชุมชน เศรษฐกิจและการประกอบอาชีพที่มีต่อผู้ปกครองซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลเด็กออทิสติก

หลักในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก

ในการช่วยเหลือบุตรที่มีความบกพร่องนั้น ครอบครัวควรกำหนดกรอบหรือหลักการเบื้องต้นไว้เพื่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวจะได้ยึดถือเป็นปรัชญาในการเลี้ยงดูได้อย่างสอดคล้องกับชูศักดิ์ จันทยานนท์ (อ้างใน พญกษัย ไชยลังการณ, 2552, หน้า 16-17) ซึ่งมีปรัชญาเบื้องต้น ดังนี้

1. เลี้ยงดูอย่างปกติทั่วไป

เด็กควรได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือในการดำรงชีวิตทั้งในบ้านและในสังคม โดยยึดหลักพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การดำเนินชีวิตต่าง ๆ ควรปฏิบัติอย่างปกติทั่วไป เลี้ยงดูเขาเหมือนเด็กปกติทั่วไป ฝึกฝนเขาให้รู้จักสิ่งที่พึงกระทำและพึงละเว้นกระทำ

2. จัดสภาพแวดล้อมและบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสม

บิดามารดาจะต้องช่วยเหลือบุตร โดยจัดสิ่งแวดล้อมแห่งการเรียนรู้ให้แก่บุตร

ส่งเสริมให้บุตรได้รับการศึกษาที่เหมาะสมกับสภาพความต้องการ เพื่อให้บุตรได้รับประโยชน์สูงสุดในการพัฒนาศักยภาพ เด็กควรมีโอกาสได้ร่วมกิจกรรมอย่างเต็มที่ ทั้งในบ้านและในโรงเรียน

3. การยอมรับของครอบครัว

ต้องทำให้เด็กรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มีความรับผิดชอบที่เสมอภาคกันในทุกพื้นที่ และให้เด็กได้เรียนรู้ที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว รับฟังและตอบสนองความต้องการที่เหมาะสมของเด็ก ปฏิบัติต่อเด็กอย่างเท่าเทียมกัน ให้สิทธิส่วนบุคคลแก่เขา

4. เชื้อมั่นในความสามารถของเขา

เชื่อมั่นว่าเด็กมีความสามารถที่จะเรียนรู้ได้ ซึ่งจะทำให้ครอบครัวพยายามสร้างเสริมเสาะแสวงหาโอกาสต่างมาให้บุตร ทั้งในด้านการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การศึกษา สังคมและการอาชีพ

5. ตระหนักถึงความมีสิทธิ

แม้บุตรจะมีความบกพร่อง แต่เด็กก็มีสิทธิทั้งทางนิติบัญญัติ เป็นสิทธิทางกฎหมาย ที่ผู้มีความบกพร่องพึงมีได้ ในฐานะพลเมืองของประเทศ สิทธิตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งบัญญัติรับรองสิทธิทั้งทางด้านการศึกษา การรักษา การฟื้นฟู และการพัฒนา นอกจากนี้ยังมีสิทธิโดยพฤตินัย คือ สิทธิที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เช่น สิทธิแห่งความเป็นเด็ก เด็กพึงได้รับอิสระ พึงได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว เพื่อนฝูง สังคมและศีลธรรม

เด็กออทิสติกเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนรอบคร้วที่มีความต้องการได้รับการดูแลเอาใจใส่เช่นเดียวกับเด็กทั่วไป ตามที่ ชูศักดิ์ จันทยานนท์ (อ้างใน พฤษัย ไชยลังการณ, 2552, หน้า 16-18) ได้เสนอหลักการดูแลเพื่อให้ครอบครัวที่มีบุตรออทิสติกไว้ ดังนี้

1. ยอมรับและเข้าใจในความต้องการพิเศษของลูก
2. ให้ความรัก ความอบอุ่น และเอาใจใส่แก่เด็ก
3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีแก่เด็ก สอนเขาด้วยเหตุผลอย่าใช้อารมณ์ ต้องชมเชยและชื่นชมทุกครั้งที่ทำงานเสร็จ หรือเด็กมีการแสดงออกที่เหมาะสม เพื่อให้เด็กรู้สึกมีคุณค่า การให้รางวัลนอกจากการชมเชยเป็นการกอด สัมผัส หรือแม่แต่ขนมชิ้นเล็ก
4. เน้นในสิ่งที่เด็กทำได้ เพื่อให้เด็กได้ภูมิใจและประสบความสำเร็จ
5. พัฒนาความช่วยเหลือเด็กให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองได้

6. สอนเด็กอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีการวางแผนจัดโปรแกรมที่เหมาะสมกับวัยและความสามารถของเด็ก ทำตารางเวลาฝึกไว้ พยายามจัดให้ยืดหยุ่นได้ ในขั้นแรกมีกิจกรรมหลายอย่างที่ต้องฝึก เช่น กิจกรรมการพัฒนาทักษะ กล้ามเนื้อทั้งมัดใหญ่และมัดเล็ก โดยใช้กิจกรรมเด็กอนุบาล เช่น เล่นสี ปั้นแป้ง หยิบของใส่กล่อง หยอดบล็อก โดยจัดการของเล่นเพื่อการศึกษามาให้

7. กระตุ้นทักษะทางภาษาของเด็กอย่างต่อเนื่อง เวลาพูดกับเขา พยายามพูดชัดใช้คำสั้นๆ ที่ละคำอย่างสั้นๆ เด็กจะได้เข้าใจได้

8. สอนทักษะทางสังคมที่เหมาะสมแก่เด็ก เริ่มจากการมองสบตา สอนทักษะการฟัง การเล่นกับกลุ่ม การรอคอย พยายามพาผู้สังคมจริง และสอนในทุกขณะสถานการณ์นั้นอย่างเข้าใจ ยืนยัน และอดทน

ความสามารถของมารดาในการดูแลเด็กออทิสติก

Orem (อ้างใน วนาลักษณ์ เมืองมลณิรัตน์, 2547, หน้า 44-45) ได้กล่าวว่าความสามารถของมารดาในการดูแลเด็กออทิสติก หมายถึง การที่มารดาสามารถปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กออทิสติก อันเนื่องมาจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งเป็นความซับซ้อนของมารดาที่มีหน้าที่ในการจัดกระทำให้กับเด็กออทิสติกตามบทบาทและหน้าที่ทางสังคม โดยมารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคออทิสติกจำเป็นต้องใช้ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะใช้พลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมารดา มีดังนี้

1. ความสามารถของมารดาเด็กออทิสติกที่จะสนใจและเอาใจใส่ในฐานะที่เป็นผู้ดูแล รวมทั้งมีเวลาสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแล โดยมารดาจะต้องมีเวลาสนใจ เอาใจใส่ และตระหนักถึงปัจจัยที่สำคัญในการดูแลให้บุตรได้รับการรักษา และปฏิบัติตามแผนรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจขึ้นกับบุตร เพื่อให้บุตรสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสมกับโรค

2. ความสามารถของมารดาเด็กออทิสติกที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มในการปฏิบัติดูแลบุตรอย่างต่อเนื่อง โดยที่มารดามีการนอนหลับและรับประทานอาหารที่เพียงพอ และมีความสามารถที่จะลำดับความสำคัญและการใช้พลังงานอย่างเหมาะสมเพื่อการดูแลบุตร

3. ความสามารถของมารดาเด็กออทิสติกที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวของส่วนต่างๆ ของร่างกายที่จะเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติเพื่อดูแลบุตรในชีวิตประจำวันให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่องโดยเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อได้อย่างเต็มที่



4. ความสามารถของมารดาเด็กออทิสติกที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลบุตร และการตัดสินใจ โดยใช้ข้อมูล ข้อเท็จจริงที่ถูกต้อง สามารถแยกแยะเหตุและผล รู้จักมองความเกี่ยวข้องของ ความต้องการของบุตรกับการกระทำเพื่อการดูแลตนเองของบุตร เช่น การพาบุตรไปพบแพทย์ เมื่อบุตรมีพฤติกรรมรุนแรง เช่น ทำร้ายตนเอง หรือพฤติกรรมแปลกประหลาด

5. แรงจูงใจของมารดาเด็กออทิสติกที่กระทำการดูแลบุตร โดยมีเป้าหมายของการดูแล ที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของการดำรงชีวิต สุขภาพและความผาสุก โดยมองเห็น ถึงคุณค่าและความสำคัญของการดูแลบุตร และกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ ของบุตรเพื่อป้องกันไม่ให้ภาวะของโรครุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น

6. ความสามารถที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุตรของมารดาเด็กออทิสติก และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ มารดาต้องทราบถึงอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับบุตร และมีความสามารถในการที่จะตัดสินใจพาบุตรไปพบแพทย์โดยเร็วเพื่อการรักษาที่ทันทั่วทั้งที่ เมื่อเกิดอาการผิดปกติ ได้แก่ เมื่อเกิดมีพฤติกรรมรุนแรง ชัก และสามารถดูแลบุตรให้ปฏิบัติตาม แผนการรักษา มาตราวดตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

7. ความสามารถของมารดาเด็กออทิสติกในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแล บุตรจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ มารดา จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกของบุตรและการดูแลที่ถูกต้อง ซึ่งมารดาสามารถหาความรู้ ได้จากแพทย์ พยาบาลและหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด โดยมารดา สามารถจดจำและนำมาปฏิบัติได้

8. ความสามารถของมารดาเด็กออทิสติกในการใช้กระบวนการทางความคิดและ สติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มารดาสามารถที่จะใช้ทักษะในการติดต่อ สอบถามแพทย์ พยาบาล หรือผู้รู้เมื่อพบปัญหา หรือมี ข้อข้องใจในการดูแลบุตร โดยสามารถที่จะถ่ายทอดและรับข่าวสารได้อย่างถูกต้องชัดเจน เหมาะสมและนำมาปรับการปฏิบัติดูแลได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

9. ความสามารถของมารดาเด็กออทิสติกในการจัดการจัดระบบการดูแลบุตร โดยมารดา ทราบถึงการกระทำที่ต้องปฏิบัติในการให้การดูแลบุตร และสามารถจัดลำดับของกิจกรรมต่าง ๆ ให้สัมพันธ์กับกิจวัตรประจำวันอื่นของมารดาได้

10. ความสามารถของมารดาเด็กออทิสติกที่จะปฏิบัติดูแลอย่างสม่ำเสมอ และสอดคล้องการดูแลบุตรเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต มารดาสามารถ ที่จะรักษาบทบาทของตนเอง และให้การดูแลบุตรที่อยู่ในความรับผิดชอบ โดยยังคงมีสัมพันธภาพ กับบุคคลอื่น และยังสามารถสอดคล้องการปฏิบัติในการดูแลเด็กออทิสติก เป็นส่วนหนึ่ง

ในแบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวและชุมชนได้

เทคนิคการสร้างเครื่องมือในงานวิจัย

แบบสอบถาม

เกียรตินาคี ศรีสุข (2549, หน้า 115-124) กล่าวว่า แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นชุดของคำถามที่ต้องการให้ผู้ตอบได้สะท้อนข้อมูลที่ต้องการศึกษา โดยส่วนใหญ่แบบสอบถามมักจะนิยมใช้วัดสภาพที่เป็นจริง ความคิดเห็น ความรู้สึกหรือทัศนคติ โดยทั่วไปแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ แบบสอบถามที่มีคำถามปลายปิด (Close-ended Form) และแบบสอบถาม ที่มีคำถามปลายเปิด (Open-ended Form)

หลักในการสร้างแบบสอบถาม

1. สอดคล้องกับวัตถุประสงค์งานวิจัย ในการสอบถามเพื่อทำการวิจัย แบบสอบถามที่ใช้ควรสอดคล้องกับวัตถุประสงค์งานวิจัย การถามนอกเหนือจากวัตถุประสงค์จะเป็นการรบกวนผู้ตอบแบบสอบถามมากเกินไป และยังทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ได้ถูกนำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยด้วย
2. ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้ตอบ
3. ใช้ข้อความที่สั้นกะทัดรัด ได้ใจความ
4. แต่ละข้อคำถาม ควรมีนับเพียงประเด็นเดียว คือ ไม่ใช้ประธานหรือกรรมมากกว่าหนึ่ง
5. หลีกเลี่ยงการใช้ประโยคปฏิเสธซ้อน
6. ไม่ควรใช้คำย่อ
7. หลีกเลี่ยงการใช้คำที่เป็นนามธรรมมากเกินไป เนื่องจากผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนมีมาตรฐานในการตัดสินแตกต่างกันไป

8. ไม่ควรขึ้นนำการตอบให้เป็นไปในแนวทางใดแนวทางหนึ่ง
9. หลีกเลี่ยงคำถามที่ทำให้ผู้ตอบลำบากใจที่จะตอบ
10. คำตอบที่เลือกตอบจะต้องชัดเจนและครอบคลุมคำตอบที่เป็นไปได้
11. หลีกเลี่ยงการใช้คำที่สื่อความหมายได้หลายอย่าง

ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถาม

1. ศึกษาวัตถุประสงค์ของงานวิจัย
2. กำหนดหัวข้อ ประเด็นและตัวบ่งชี้ที่ต้องการถามตามวัตถุประสงค์
3. รวบรวมคำถาม ข้อความ หรือพฤติกรรมจากตัวบ่งชี้ที่กำหนดไว้ให้มากที่สุด
4. พิจารณาแต่ละข้อคำถามว่ามีความเป็นปรนัยหรือความชัดเจนทางภาษา เหมาะที่จะใช้กับกลุ่มตัวอย่างหรือไม่

5. กำหนดสเกลหรือคำตอบที่เหมาะสม
6. นำข้อคำถามไปหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถาม โดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นเป็นผู้ตรวจสอบว่า ข้อคำถามวัดได้ตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษาและครอบคลุมสิ่งที่ต้องการศึกษาทั้งหมดหรือยัง
7. ปรับข้อคำถามตามที่คุณเชี่ยวชาญแนะนำ
8. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เพื่อหาคุณภาพแบบสอบถาม เช่น หาค่าความเชื่อมั่น ค่าอำนาจจำแนก
9. วิเคราะห์ผลการทดลองใช้
10. ปรับปรุงข้อความและเลือกเฉพาะข้อที่ดีไว้
11. จัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์

แบบสัมภาษณ์

เกียรติสุดา ศรีสุข (2549, หน้า 125-129) กล่าวว่า แบบสัมภาษณ์ (Interview Form) เป็นชุดของประเด็นคำถามที่กำหนดขึ้นไว้เป็นกรอบในการสนทนาเพื่อสอบถามสิ่งที่สนใจศึกษา แบบสัมภาษณ์มักนิยมใช้วัดความคิดเห็น ความรู้สึกหรือทัศนคติ โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างและแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง

1. แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง (Structure Interview Form) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีประเด็นคำถามกำหนดไว้ในการสนทนาอย่างเป็นขั้นตอน เรียงลำดับก่อนหลังไว้เป็นอย่างดี เมื่อจบคำถามสุดท้ายก็ปิดการสัมภาษณ์
2. แบบสัมภาษณ์ที่ไม่มีโครงสร้าง (Unstructure Interview Form) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีประเด็นคำถามกำหนดขึ้นไว้ในการสนทนาอย่างกว้าง เป็นเพียงประเด็นหลัก ส่วนประเด็นอื่นจะมีการเพิ่มเติมขึ้นระหว่างสนทนา โดยไม่มีการเรียงลำดับคำถามไว้อย่างแน่นอนตายตัว จะปิดการสัมภาษณ์เมื่อใดก็ได้ตามที่ผู้สัมภาษณ์เห็นว่าได้ข้อมูลเพียงพอแล้ว

หลักในการสร้างแบบสัมภาษณ์

1. หัวข้อที่สัมภาษณ์ต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย
2. คำถามที่ละประเด็นด้วยภาษาที่ง่าย เหมาะกับผู้ตอบ
3. คำถามไม่ควรขึ้นนำการตอบไปในทางใดทางหนึ่ง
4. หลีกเลี่ยงคำถามที่ทำให้ผู้ตอบหรือผู้สัมภาษณ์รู้สึกอึดอัดใจ

ขั้นตอนการสร้างแบบสัมภาษณ์

1. ศึกษาวัตถุประสงค์ของงานวิจัย
2. กำหนดหัวข้อ ประเด็นที่ต้องการถามตามวัตถุประสงค์

3. รวบรวมข้อคำถาม ที่ต้องการสัมภาษณ์ ตามประเด็นที่กำหนดไว้

4. พิจารณาแต่ละข้อคำถามว่ามีความเป็นปรนัยหรือความชัดเจนทางภาษา

เหมาะที่จะใช้กับกลุ่มตัวอย่างหรือไม่

5. พิจารณาข้อคำถามโดยรวมว่าครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา หากไม่แน่ใจ
ในขั้นนี้อาจนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นเป็นผู้ตรวจสอบว่า ข้อคำถามวัดได้ตรงกับประเด็น
ที่ต้องการศึกษาและครอบคลุมสิ่งที่ต้องการศึกษาทั้งหมดหรือยัง

6. ปรับข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

7. จัดทำแบบสัมภาษณ์ฉบับชั่วคราว

8. นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน
กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประมาณ 1-2 คน ว่ามีความเข้าใจข้อคำถามและและสามารถตอบคำถาม
ได้ตรงตามที่ต้องการหรือไม่

9. ปรับปรุงข้อคำถาม

10. จัดพิมพ์แบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์

ซึ่งในการค้นคว้าแบบอิสระครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการศึกษา 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถาม
ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับอรรถิสิกของผู้ปกครองที่ผู้ศึกษาสร้าง
ขึ้น 3) แบบประเมินความเครียดในการดูแลเด็กอรรถิสิกของผู้ปกครอง ซึ่งนำมาจาก จิราวรรณ
พุ่มศรีอินทร์ 4) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกรายบุคคลแบบมีโครงสร้าง

บริบทเกี่ยวกับสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ (2550, หน้า 7-10) กล่าวว่า สถาบันพัฒนาการเด็ก
ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ ณ เลขที่ 196 หมู่ที่ 4 ถนน เชียงใหม่-ฝาง
ตำบลคอนแก้ว อำเภอแมริ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ก่อตั้งและเปิดให้บริการประชนในปี พ.ศ. 2537
ภายใต้ข้อศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ และในวันที่ 16 มกราคม 2539 โดยสมเด็จพระเทพ-
รัตนราชสุดาสยามบรมราชกุมารี เสด็จเป็นองค์ประธานเปิดศูนย์ ฯ อย่างเป็นทางการ ต่อมาเมื่อวันที่
31 มีนาคม 2546 สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนากรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์
โปรดเกล้าฯ พระราชทานนามใหม่ เป็นสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ เป็นศูนย์วิชาการที่ทำการศึกษาวิจัยด้านภาวะปัญญา
อ่อนและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จัดการฝึกอบรม เผยแพร่ความรู้ สนับสนุนเทคโนโลยี รวมทั้ง
ให้การนิเทศงานด้านดังกล่าวแก่หน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

กับการดูแลเด็กในเขต 17 จังหวัดภาคเหนือ ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา แม่ฮ่องสอน พิชณุโลก อุตรดิตถ์ ตาก นครสวรรค์ พิจิตร กำแพงเพชร สุโขทัย เพชรบูรณ์ และอุทัยธานี อีกทั้งยังสนับสนุนวิชาการด้านสุขภาพจิต และส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีปัญหา ด้านพัฒนาการรวมทั้งให้บริการทางการแพทย์ ในระดับตติยภูมิแก่เด็กพัฒนาการล่าช้าที่มีปัญหา เกี่ยวข้องกับความพิการทางกาย ความพิการทางสมองปัญหาด้านการ เรียนรู้ ปัญหาพฤติกรรม

และสุขภาพจิต เช่น เด็กปัญญาอ่อนเด็กกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม เด็กสมองพิการ เด็กออทิสติก ตลอดจน เด็กด้อยโอกาส หรือเด็กที่ถูกทารุณกรรม หรือ มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต และพัฒนาการ โดยมีพื้นที่การให้บริการครอบคลุมทั่วประเทศ

วิสัยทัศน์ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ คือ เป็นสถาบันตติยภูมิระดับสูง (Excellence Center) ด้านสุขภาพจิตและพัฒนาการเด็กภายในปี 2554 โดยตั้งพันธะกิจ ปี 2551-2554 คือ ให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูเฉพาะด้านสุขภาพจิตและพัฒนาการเด็ก อย่างได้มาตรฐาน โดย

1. พัฒนาและถ่ายทอดวิชาการด้านสุขภาพจิต พัฒนาการเด็ก และสนับสนุนอุปกรณ์ ส่งเสริมสติปัญญาเด็ก
2. ประสานพัฒนาเครือข่ายเพื่อส่งเสริมให้เด็กและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้
3. ประสานความร่วมมือด้านสุขภาพจิต และพัฒนาการเด็ก เครือข่ายผู้พิการ และด้อยโอกาสดังองค์กรทั้งภายในและต่างประเทศ

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ให้บริการหลัก คือการให้บริการทางการแพทย์ เช่น คลินิกฝังเข็ม คลินิกรักษา ด้วยเครื่องกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตในสมอง คลินิกให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม การตรวจการได้ยิน การตรวจวิเคราะห์โครโมโซมการตรวจคลื่นสมอง การบำบัดทางจิตวิทยาการฝึกทักษะและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การฟื้นฟูสมรรถภาพ การศึกษาพิเศษ บริการสุขภาพจิตชุมชน บริการปรึกษาและให้ปรึกษาทางโทรศัพท์ (Hotline) สายด่วนสุขภาพจิต 1323 บริการทันตกรรม และศูนย์สาริตพัฒนาการเด็กเล็ก

นอกจากนั้นทางสถาบันยังมีการให้บริการพิเศษ ดังนี้

1. ศูนย์บำบัดฟื้นฟูจิตใจเด็กและครอบครัว บริการดูแลฟื้นฟูสุขภาพจิตใจเด็กที่ถูกทารุณกรรมและครอบครัว
2. บริการสุขภาพจิตภาวะวิกฤติ โดยให้การปรึกษาภาวะวิกฤติ ทั้งในและนอกสถานที่ และทางโทรศัพท์ หมายเลข 1323 หรือ 053-890245 ตลอด 24 ชั่วโมง
3. ห้องสมุดของเล่น โดยรวบรวมของเล่นที่บ้านของเล่นประยุกต์ และของเล่นจากต่างประเทศไว้ให้บริการแก่เด็กที่มาใช้บริการที่สถาบันฯ และเด็กจากชุมชนใกล้เคียง

เพื่อยืมกลับไปส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน

4. งานสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับคนพิการ โดยการประสานงานกับองค์กร วิลลีโอฟไฮป ประเทศสหรัฐอเมริกา ในการจัดหาอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้พิการ เช่น รถเข็นไม้เท้า เพื่อนำมามอบแก่ผู้พิการที่มีฐานะยากจนทั่วประเทศ

5. ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น ให้บริการปรึกษาปัญหาแก่วัยรุ่น ให้บริการ 3 รูปแบบ คือ ปรึกษาปัญหาแก่เด็กที่มารับบริการที่สถาบันฯ บริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตและให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์

6. ศูนย์ความรู้ผู้พิการ ให้บริการความรู้กับผู้พิการถึงสวัสดิการและสิทธิของผู้พิการ ทั้งทางอินเทอร์เน็ตและทางโทรศัพท์ หมายเลข 053-8902384

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ

งานวิจัยในประเทศ

รุ่งฤดี วงศ์ขุ่ม (2539 อ้างใน ศศิธร แก้วนพรัตน์, 2541, หน้า 38) ศึกษาภาวะเครียดของ บิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบว่า บิดามารดาของเด็กออทิสติกมีระดับความเครียดโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับเครียดมาก โดยสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด คือ การที่บิดามารดาต้องดูแลบุตรออทิสติกเพิ่มมากขึ้น

กัญญา ธัญมณฑา (2535 อ้างใน ศศิธร แก้วนพรัตน์, 2541, หน้า 38) ได้ทำการศึกษาเรื่อง เด็กออทิสติกกับผลกระทบต่อพ่อแม่ พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรออทิสติกจะได้รับผลกระทบ ในหลายด้าน เช่น สุขภาพกาย สุขภาพจิตและด้านสังคม ซึ่งผลกระทบด้านสุขภาพจิต บิดามารดาเด็กออทิสติกจะพบปัญหาความกังวลในอาการที่เด็กเป็นอยู่และมีความกังวลในบริการค่อนข้างสูง

ศศิธร แก้วนพรัตน์ (2541, หน้า 75) ศึกษาความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ในศูนย์สุขวิทยาจิต พบว่า บิดามารดาของเด็กออทิสติกเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ในข้อที่มีระดับความเครียดน้อยที่สุด แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ที่ทำให้บิดามารดารู้สึกสบายใจ คือ การได้รับคำแนะนำปรึกษาข้อสงสัยและวิธีการช่วยเหลือบุตรจากแพทย์ และสถานการณ์ที่ทำให้มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คือ ความกังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตรและท่าทีของคนรอบข้างที่มีต่อบุตรออทิสติก

สุไพเราะ ลีลามณี (2543, หน้า 136) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ การเผชิญปัญหา ภาวะวิกฤต และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก พบว่า ผลกระทบที่มีต่อมารดาเด็กออทิสติก มีดังนี้คือ ปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจของบิดามารดา ผลกระทบในการดำเนินชีวิตส่วนตัวและการประกอบอาชีพ ผลกระทบด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ

และผลกระทบด้านสังคม ซึ่งปัจจัยทางด้านการศึกษาของมารดา มีผลต่อการเผชิญปัญหาเช่นกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Lillian and Joe Tommasone ที่ในช่วงแรกจะรู้สึกหมดแรงหมดกำลังใจ เนื่องจากการที่บิดามารดาไม่มีความรู้เกี่ยวกับออทิสซึมและไม่รู้ว่าจะเริ่มต้นในการช่วยเหลือบุตรอย่างไร ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เหมือนอยู่ในหลุมมืดและลึกมาก

สุภาวดี ชุ่มจิตต์ (2544, หน้า 56) ศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมของผู้ปกครองเด็กออทิสติก พบว่า ผู้ปกครองแสดงความไม่พร้อมเมื่อจำหน่ายเด็กออทิสติกออกจากโรงพยาบาล และพ่อแม่ผู้ปกครองขาดความรู้เรื่องโรคและวิธีการดูแลแม้ว่าร้อยละ 44.1 ของผู้ปกครองได้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติกแล้วก็ตาม

จิราวรรณ พุ่มศรีอินทร์ (2545, หน้า 21) ศึกษาเกี่ยวกับระดับความเครียดและพฤติกรรม การปรับความเครียดของมารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก พบว่า มีระดับความเครียดมาก คิดเป็นร้อยละ 45 ระดับความเครียดปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36 และระดับความเครียดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16 โดยมารดาที่มีพฤติกรรมปรับความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาร้อยละ 97 พฤติกรรม การปรับความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับระดับความเครียด มีนัยสำคัญที่ 0.01

อิชยา เชื้อนมน (2545, หน้า 62) ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแล บุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก พบว่า สัดส่วนของมารดาเด็กออทิสติกที่มีสุขภาพจิตดี เท่ากับมารดาที่มีสุขภาพจิตไม่ดี และสุขภาพจิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถ ในการดูแลบุคคล ที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระยะเวลาที่ดูแลอาจช่วยเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ ความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ลด ความรู้สึกว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ยากลำบาก ส่งผลต่อการปรับตัวของมารดาได้อย่างเหมาะสม (Bull อ้างใน อิชยา, 2545)

ภัทรารักษ์ ท่งปันคำ และ คณินิจ ไชยลังการณ (2546, หน้า 59-60) งานวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล ปัญหา และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลเด็กออทิสติก ของผู้ดูแลที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ศูนย์ส่งเสริม พัฒนาการเด็กภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่ และ โรงเรียนกวีละอุนกุล จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 19 คน พบว่า ด้านประสบการณ์การดูแลมีการให้ความหมายของการดูแลว่าเป็นความท้อแท้และความท้อแท้ มีผลกระทบจากการดูแลทางด้านร่างกาย คือ ทำให้เหนื่อยล้าไม่มีเวลาพักผ่อน ตลอดจนการไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวเนื่องจากการดูแลเด็กออทิสติกที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาทางจิตใจมีทั้งความรู้สึกทางบวกและทางลบ ผลกระทบทางด้านสังคม คือทำให้มีเวลาให้กับสังคมน้อยลง มีอุปสรรคในการดูแลเด็ก จากข้อมูลที่ได้รับจากผู้ดูแลเด็กออทิสติกสามารถแบ่งออกเป็น

4 ด้าน ได้แก่ อุปสรรคด้านตัวเด็ก อุปสรรคด้านผู้ดูแล อุปสรรคด้านสถานบริการ และอุปสรรคด้านบุคคลรอบข้าง โดยสิ่งที่คุณดูแลต้องการการช่วยเหลือในการดูแลเด็กออทิสติก ได้แก่ ความต้องการให้มีสถานบริการที่คุณดูแลเด็กตลอดชีวิต ความต้องการการรักษาที่ดีและเทคโนโลยีที่ทันสมัย และความต้องการความเข้าใจ กำลังใจจากสังคม

สุทธธรรม มงคลสวัสดิ์ และ อัครพรรณ ขวัญชื่น (2546, หน้า 21-23) การศึกษาเรื่องบทบาทของครอบครัวต่อการฟื้นฟูเด็กออทิสติกในจังหวัดขอนแก่นโดยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ปกครองของเด็กออทิสติกที่กำลังเรียนในชั้นเรียนพิเศษของศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 9 จำนวน 8 ราย โดยทำการศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับครอบครัวของออทิสติก การประเมินตนเอง การวิเคราะห์ความยากลำบากที่เผชิญอยู่ ความรู้สึกต่อตนเองในเรื่องอำนาจต่อรอง และความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ด้านครอบครัวของออทิสติกพบว่า ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจพออยู่พอกิน ไม่เดือดร้อน มีปัญหาด้านความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องกับเด็กออทิสติก ส่วนพ่อและแม่มีความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้น แม้ว่าจะมีบางครอบครัวที่พ่อแม่ต้องประสบปัญหามากมาย ตั้งแต่มีลูกเป็นออทิสติก ด้านการศึกษาผู้ปกครองส่วนใหญ่ประสบปัญหาในการหาโรงเรียนสำหรับลูก เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีโรงเรียนเฉพาะสำหรับเด็กออทิสติก และผู้ปกครองมีความคาดหวังให้เด็กออทิสติกได้รับการฝึกให้สามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี

ด้านการประเมินตนเอง ผู้ปกครองส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีคุณค่าเหมือนสมาชิกคนอื่นในสังคม แม้ว่าช่วงแรกจะรู้สึกท้อแท้ ไม่กล้าสู้หน้าคน รู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ เครียดและสับสน แต่ปัจจุบันสามารถยอมรับได้ มีความมุ่งหวังในอนาคต หวังอยากให้เด็กออทิสติกช่วยเหลือตนเองได้ ดูแลตนเองได้และสามารถอยู่ในสังคมได้ แต่มีสิ่งที่ยังกังวลคืออนาคตของลูกเมื่อตนเองต้องจากไป

ด้านการวิเคราะห์ความยากลำบากที่เผชิญอยู่ มีความยากลำบากในการที่ต้องเลี้ยงดูลูกที่เป็นออทิสติกตลอด 24 ชั่วโมง และบางครั้งเมื่อเด็กออทิสติกรู้สึกไม่พอใจบางอย่าง ก็จะทำร้ายตนเอง มีผลกระทบต่อน้ำที่การทำงานของผู้ปกครอง การที่ต้องลงงานบ่อยครั้งทำให้เพื่อนร่วมงานและเจ้านายไม่พอใจ ผู้ปกครองส่วนมากจำต้องตัดสินใจลาออกจากงานเพื่อจะได้มีเวลาดูแลลูก มีผลกระทบต่อการรายได้ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง เพราะไม่มีเงินสงเคราะห์จากภาครัฐ

ด้านความรู้สึกต่อตนเองในเรื่องอำนาจต่อรอง ผู้ปกครองรู้สึกไม่มีอำนาจในการต่อรองเนื่องจากขาดการศึกษา ไม่เคยเรียกร้องหรือต่อรองเนื่องจากสังคมหรือรัฐไม่ค่อยให้ความสนใจเรื่องคนพิการ บางคนมีความรู้สึกว่าไม่มีอำนาจในการต่อรองเมื่อเข้าร่วมกลุ่มชมรมผู้ปกครองเด็กออทิสติกภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่ก็มีอำนาจต่อรองที่จำกัด เนื่องจากส่วนมากเป็นการดำเนินงานของประธานกลุ่ม ส่วนผู้ปกครองท่านอื่นสามารถช่วยเหลือได้เพียงการให้

การปรึกษาหารือเมื่อเข้าประชุมเท่านั้น

ด้านความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ส่วนมากไม่มีความสัมพันธ์กับกลไกรัฐในชุมชน เพราะเป็นเพียงสมาชิกคนหนึ่งซึ่งไม่ได้มีอำนาจหรือบทบาทใด เพียงแต่ทำงานหาเลี้ยงครอบครัว

โอภาส กันทวีชัย (2546, หน้า 33) ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุและกลวิธีการจัดการความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก พบว่า สาเหตุที่พบบ่อย 3 อันดับแรกของสาเหตุเกี่ยวกับความเครียดของมารดา คือ ความรุนแรงของโรค ร้อยละ 77.1 อายุของบุตรเมื่อได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 74.3 และธรรมชาติของโรค ร้อยละ 74.3 ส่วนกลวิธีในการจัดการความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก 3 อันดับแรกที่พบบ่อยคือ การพยายามที่จะวิเคราะห์ปัญหา ร้อยละ 94.3 การทำจิตใจให้สงบ ร้อยละ 94.3 และการจัดการแก้ไขปัญหาโดยตรง ร้อยละ 88.6

ประภาศรี พุ่มมีผล (2548, หน้า 64-73) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลความเครียดของมารดาเด็กออทิสติกในสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์และโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง มีความพร้อมในการดูแลเด็กออทิสติกอยู่ในระดับปานกลาง โดยการสนับสนุนทางสังคมและความเครียดของมารดาเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์ทางลบต่อกัน ความพร้อมในการดูแลโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก โดยพบว่าความเครียดมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านการศึกษาของมารดาเด็กออทิสติก สอดคล้องกับแนวคิดของ Norbeck et al. ที่การศึกษาทำให้มีความสามารถในการพัฒนาความรู้สติปัญญา การใช้เหตุผล การใช้ทักษะในการคิดไตร่ตรองและการตัดสินใจ

นิษาภัทร เลิศพรหมาศุติ (2549, หน้า 53) ได้ทำการศึกษาเจตคติของมารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติกที่พาบุตรเข้ารับบริการในคลินิกกิจกรรมบำบัด ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คู่มือบุตรด้วยตนเองและมีบุตรออทิสติกจำนวน 1 คน ไม่มีบุตรเป็นเด็กพิเศษอื่น พบว่า มารดากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับดี จำนวนร้อยละ 80 เจตคติด้านความรู้สึกอยู่ในระดับดีมาก จำนวนร้อยละ 62 และเจตคติด้านพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก จำนวนร้อยละ 78 นอกจากนั้นเจตคติของมารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติกทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ ด้านความรู้สึกและด้านพฤติกรรม อยู่ในระดับดีมาก จำนวนร้อยละ 56

สุทัตดา กัมพะสุต (2551, หน้า 37) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะออทิสติกกับระดับความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะออทิสติกที่ถูกต้องมากคิดเป็นร้อยละ 60 และมารดาส่วนใหญ่มีความเครียดระดับความเครียดมากถึงร้อยละ 60 และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะออทิสติกกับระดับความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก ทั้งนี้งานวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะให้ทำการศึกษา

ในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นเพื่อให้สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้

พฤษภ ไชยลังการณ (2552, หน้า 79-86) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาและแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับเด็กออทิสติกของผู้ปกครอง เพื่อพัฒนาศักยภาพเด็กออทิสติก ในผู้ปกครองของเด็กออทิสติกที่รับการรักษา ณ หอผู้ป่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ผู้ที่เข้ามาบำบัดในช่วงแรกของการแสวงหาข่าวสารคือแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ที่วินิจฉัยอาการของเด็กว่าเด็กเป็นโรคอะไร และเมื่อทราบแล้วว่าเด็กเป็นออทิสติก แพทย์ก็จะมีการให้คำแนะนำในเบื้องต้น รวมถึงพูดคุยเกี่ยวกับการรักษาและส่งมอบการรักษาต่อให้ทีมงาน ซึ่งประกอบด้วยพยาบาล และ ครูการศึกษาพิเศษเป็นผู้ดูแลเด็กต่อ หลังจากทราบว่าเด็กเป็นออทิสติก ผู้ปกครองจะค้นหาข้อมูลตามสื่อต่าง ๆ โดยข้อมูลส่วนใหญ่ที่ผู้ปกครองจะนำมาศึกษานั้น จะเป็นข้อมูลจากประสบการณ์ของผู้ที่เคยดูแลเด็กออทิสติกมาก่อน ทั้งในรูปแบบของฟ็อกเก็ตบุ๊กหรือข้อมูลในอินเทอร์เน็ต โดยสามารถแบ่งระยะการแสวงหาข้อมูลข่าวสารของผู้ปกครองเป็น 3 ระยะ อันได้แก่ ระยะแสวงหาข่าวสารของความผิดปกติที่เกิดขึ้น ระยะแสวงหาข่าวสารหลังจากทราบว่าเด็กเป็นออทิสติก และระยะลดการแสวงหาข่าวสารนั้น

พฤตศักดิ์ จันทราทิพย์ (2552, หน้า 67) ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกของมารดา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติก ของมารดามีหลายปัจจัย ดังนี้คือ ภาวะสุขภาพจิตของมารดา ความรุนแรงของโรคเด็กออทิสติก ระยะเวลาในการดูแลเด็กออทิสติกของมารดา และความพร้อมในการดูแลเด็กออทิสติกของมารดา เป็นปัจจัยที่สนับสนุนกันที่ทำให้เกิดความเครียดในการดูแลได้

เดือนเพ็ญ โยเฮือง (2550, หน้า 55) การศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ต่อการลดความเครียดในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก พบว่า คะแนนความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล น้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศิวพร ขวเขต (2549, หน้า 54-71) ทำการศึกษาการพึ่งตนเองของครอบครัว ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ปกครองให้นิยามความเบี่ยงเบนของพัฒนาการของบุตรที่เกิดขึ้นตามความรู้ ประสบการณ์และข้อมูลที่ได้จากคนรอบข้างว่าเป็นเด็กพูดช้า หรือ เป็นอาการของเด็กปกติ และรอดูอาการไปก่อน เมื่อบุตรได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการออทิสติก สมาชิกในครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนบทบาทที่เคยปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยของบุตรเพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น

อรทัย ทองเพชร (2545, หน้า 38-44) ทำการศึกษาระการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก

ที่นำบุตรเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ภาระการดูแลของมารดาเด็กออทิสติกโดยรวมอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากปัจจัยทางด้านอายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล อาชีพ และระยะเวลา ในการบำบัดรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวภา พรสิริพงษ์ (2541) ที่พบว่า มารดา เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบในการดูแลเด็กออทิสติก เนื่องจากมารดาเป็นเพศที่มีความศรัทธา ในความรัก ความผูกพัน และความรับผิดชอบในฐานะมารดาที่ไม่ทอดทิ้งบุตร และบิดาของเด็ก ออทิสติกไม่มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพแต่อย่างใด เพราะทุกครอบครัวจะมีบิดาเป็นผู้หารายได้หลัก ให้แก่ครอบครัว

อริยา ศีประเสริฐ (2543, หน้า 45-52) ได้ทำการศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแล เด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนที่ดูแลเด็กเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ทำให้ผู้ดูแลปรับตัวในการดูแลได้จนกลายเป็นภาวะปกติและสามารถให้ การดูแลเด็กที่ป่วยได้ โดยไม่รู้สึกรู้ว่ามีภาระเพิ่มขึ้น ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ทำให้มารดามีความรู้สึกรับมือ ปลอดภัย ทั้งนี้เนื่องจากรายได้ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของบุคคลในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ผู้มีรายได้มากย่อมมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้บรรลุถึงการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ตามต้องการ

งานวิจัยต่างประเทศ

Wang (2005, Abstract) ที่ทำการศึกษาผลการให้โปรแกรมกับผู้ปกครองเด็กออทิสติก ในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่าหลังจากมีการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองส่งผลให้ มีผลการรักษาที่ดีขึ้นทางการแพทย์ดีขึ้น โดยมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง

Fields (2006, Abstract) ทำการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการเลี้ยงดู เด็กออทิสติก ทั้งด้านภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจในชีวิตสมรสและความรู้เกี่ยวกับออทิสติก พบว่าประสิทธิภาพในการเลี้ยงดูของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับออทิสซึม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

Dubbs (2008, Abstract) ได้ทำการศึกษาการลดความเครียดของผู้ปกครอง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับจิตสังคมสำหรับเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมาธิสั้น เนื่องจากพฤติกรรม ของเด็กสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของผู้ปกครอง ซึ่งโปรแกรมดังกล่าว ให้ผู้ปกครอง เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดแบบจิตสังคมในช่วงฤดูร้อน โดยมีประเมินระดับความเครียด ของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่า ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการฝึกอบรม ขณะที่เด็กเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ มีระดับความเครียดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

White (2010, Abstract) ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลการบูรณาการการศึกษา ของผู้ปกครองใน โปรแกรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของครอบครัวเด็กออทิสติกแบบสเปกตรัม

โดยทำการศึกษาในผู้ดูแลเด็กออทิสติกเป็นครั้งแรก จำนวน 35 ราย โดยมีขอบเขตเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับออทิสติกสเปกตรัม พัฒนาการโดยทั่วไป การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ หลักการของ ABA การจัดการพฤติกรรม แหล่งเอื้ออำนวยทางสังคม ทักษะการสื่อสารและความเครียดของครอบครัว ซึ่งมีการทำแบบทดสอบทั้งก่อนและหลังการเข้ารับการอบรม พบว่า ผู้ดูแลให้คะแนนความมั่นใจในการจัดการกับพฤติกรรมคงที่ แต่ผู้ดูแลมีความเครียดที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย