



กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล

ISSN 0857-8036

วารสารราชานุกูล

Rajanukul Journal

ปีที่ ๓๔ เล่มที่ ๒ : กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๕

Vol. 34 No.2 : July - December 2022





กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล

ISSN 0857-8036

วารสารราชานุกูล

คณะที่ปรึกษา

พลเอกวันชัย เรืองตระกูล	ประธานมูลนิธิเพื่อสถาบันราชานุกูล
พญ.นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช	ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

บรรณาธิการ

พญ.ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์	สถาบันราชานุกูล
-------------------------	-----------------

รองบรรณาธิการ

ดร.จันทน์ มุ่งเขตกลาง	สถาบันราชานุกูล
-----------------------	-----------------

กองบรรณาธิการ

ผศ.ดร.วัฒนะ พรหมเพชร	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร.ณัฐนันท์ จันทร์เจ้าฉาย	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.กชกร จุยมณี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.จารุวรรณ สกุลคู่	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.อิทธิเทพัญญ์ อธิวิภาต	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)

พญ.โซชิดา ภาวสุทธิพิศุทธิ์	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
----------------------------	-------------------------------

พญ.ณิชาวรรณ จงรักชันทกิจ	มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวพนินทร วงษ์ใหญ่	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.จารุวรรณ หมั่นหมี่	โรงพยาบาลราชวิถี
นางสาวชุตติวรรณ แก้วไสย	สถาบันราชานุกูล
พว.อัญชรส ทองเพ็ชร	สถาบันราชานุกูล
นางรังสิมา เทียนทอง	สถาบันราชานุกูล

ฝ่ายจัดการ (กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ)

นางสาวปรารถนา รัตนศิริวรรณ	สถาบันราชานุกูล
นายชินดนัย ไชยเสนา	สถาบันราชานุกูล

วารสารราชานุกูล จัดทำขึ้นโดยสถาบันราชานุกูล เพื่อเป็นช่องทางสำหรับเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูพัฒนาการเด็ก ทั้ง 5 ด้าน อันประกอบด้วย 1) ด้านการเคลื่อนไหว ทั้งกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Gross Motor) และกล้ามเนื้อมัดเล็ก (Fine Motor) 2) ด้านสติปัญญา/การรู้คิด (Intelligence/Cognition) 3) ด้านภาษาและการสื่อสาร ทั้งการเข้าใจภาษา (Receptive Language) และการใช้ภาษา (Expressive Language) 4) ด้านการช่วยเหลือตนเอง (Self-help personal) และ 5) ด้านทักษะอารมณ์และสังคม (Social and Emotional Skills) รวมไปถึงภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability) และโรคพัฒนาการระบบประสาท (Neurodevelopmental Disorders) อื่นๆ โรคที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็ก (Child Developmental Disorders) และยังรวมถึงสุขภาพจิตเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว ภายใต้กระบวนการค้นคว้าของสหวิชาชีพสาขาต่าง ๆ

กำหนดออก:

ปีละ 2 ฉบับ เดือน มิถุนายน และธันวาคม

ดาวน์โหลดและส่งบทความ

<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/RJJ>

การติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารราชานุกูล
กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ สถาบันราชานุกูล
4737 ถ. ดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400 โทร.0-2248-8900 ต่อ 70348
โทรสาร. 0-2248-2944
e-mail: journal.raja2014@gmail.com

หมายเหตุ

ข้อคิดเห็นและความเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้มีพนธ์มิใช่ของกองบรรณาธิการหรือของสถาบันราชานุกูล

ผู้อ่านสามารถนำข้อความข้อมูลจากวารสารไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน การอ้างอิง การจะนำไปใช้วัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกองบรรณาธิการก่อน



กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล

ISSN 0857-8036

Rajanukul Journal

Advisory board

Gen. Wanchai Rungtakul	President of the Foundation for Rajanukul Institute
Noppawan Sriwongpanich, M.D.	Director of Rajanukul

Editor

Chadapim Phoasavasdi, M.D.	Rajanukul Institute
----------------------------	---------------------

Assistant editor

Chantane Mungkhetklang, Ph.D.	Rajanukul Institute
-------------------------------	---------------------

Editorial board

Asst.prof.Wattana Prohmpetch, Ph.D.	Prince of Songkla University
Asst.prof.Nattanun Chanchaochai, Ph.D.	Chulalongkorn University
Kotchaworn Chuymanee, Ph.D.	Chulalongkorn University
Jaruwan Sakulku, Ph.D.	Mahidol University
Aitthanatt Eitvipart, Ph.D.	National Science and Technology Development Agency (NSTDA)
Chosita Pavasutthiphaisit, M.D.	Rajanagarindra Institute of Child Development.
Nitchawan Jongrakthanakit, M.D.	Mahidol University
Dr. Jaruwan Munmee	Rajavithi Hospital
Ms.Panintorn Vongyai	Chiang Mai University
Uncharose Thongpetch, APN	Rajanukul Institute
Ms.Chutiwan Kaewsai	Rajanukul Institute
Mrs.Rangsima Thianthong	Rajanukul Institute

General administration

Ms.Prattana Rattanatiawan	Rajanukul Institute
Mr.Chindana Chaisena	Rajanukul Institute

The Rajanukul Journal is the official journal of Rajanukul Institute, Ministry of Public Health, Thailand. It has a publication policy in the areas of Research study or academic knowledge related to promoting, preventing, treating and rehabilitating children's development in all areas: 1) Movement development including gross and fine motor 2) Intelligence/Cognition 3) Language and Communication including receptive and expressive 4) Self-help personal and 5) Social and Emotional Skills. Furthermore, Intellectual Disability and other Neurodevelopmental Disorders including child development disorders, as well as child, adolescent, and family mental health are also included. All those topics should be conducted under research process and methodology of multidisciplinary perspective.

Free subscription:

Free access online: It is a six - monthly journal.

Download and Submission:

<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/RJJ>

Contact:

Editorial department of Rajanukul Journal
Center of Excellent Development Division,
Rajanukul Institute
4737 Dindaeng road, Bangkok, 10400 Thailand
Tel. +66-2248-8922 Fax. +66-2248-2944
e-mail: journal.raja2014@gmail.com

Remark:

The views and options expressed in this publication do not necessarily reflect those of the publishers or editors. They are not also reflecting the endorsement, official attitude, or position of Rajanukul Institute or of the Editorial Board.

Authorization or photocopy items for internal or personal use of specific clients, is granted. This consent does not extend to other kinds of copying, such as for general distribution, for advertising, or for resale.



กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล

วารสารราชานุกูล ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2565

	หน้า
สารบัญ	
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	E
บรรณาธิการแถลง	J
นิพนธ์ต้นฉบับ	
เปรียบเทียบการใช้แบบทดสอบ Stanford Binet Intelligence Scale-Fifth Edition และ Wechsler Nonverbal Scale of ability ในเด็กออทิสติกที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่อง	1
จันทน์ มุ่งเขตกลาง, สุชารัตน์ ลิ้มปะนพรัตน์	
การพัฒนาแบบวัดสุขภาวะทางจิต (Psychological Well-Being Scale-PWBS) ฉบับภาษาไทย	13
ญาดา ธงธรรมรัตน์	
กระบวนการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาของเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา	23
ยุวดี อ่ำประยูร	
กรณีศึกษา	
กรณีศึกษา: ความตระหนักรู้ในตนเองของเยาวชนระดับชั้นมัธยมศึกษาในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	38
ปณยาพร ไต้เจริญสุข, ศุจิมน มังคลรังษี	
ปภินกะ	
ถอดบทเรียนการให้บริการของบุคลากรในสถานพยาบาลของรัฐที่จัดบริการทางจิตวิทยาแก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวด้วยระบบออนไลน์เพื่อวิเคราะห์โอกาสพัฒนางานบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยระบบออนไลน์	51
อัจฉิมา ศิริพิบูลย์ผล, ประเสริฐ จุฑา	
สื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ: รายงานการประเมินผลการใช้นิทานของผู้ปกครองและครูปฐมวัย	59
ต่อพัฒนาการเด็กออทิสติก	
ปรารธนา รัตนถิรวรรณ, จารุพัชร ฉลาดแพทย์, จันทรา พิระขจร	
ดรชนีวารสารราชานุกูลปี 2565	69
ชุตีวรรณ แก้วไสย	



กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล

Rajanukul Journal

Vol. 34 No.2 July – December 2022

	page
Content	
Instruction to Authors	E
Edition Preface	J
Original article	
A comparison of the Stanford Binet Intelligence Scale-Fifth Edition and the Wechsler Nonverbal Scale of ability in children with autism and significantly impaired adaptive functioning	1
Chantane Mungkhetklang, Sucharat Limpanopparat	
The developing of the psychological well-being in Thai version	13
Yada Thongthammarat	
The Effects of Stimulative Process on Language Development for Autistic children with the Involvement of their parents	23
Yuwadee Amprayoon	
Case study	
A Case Study: Self-awareness among secondary school students in Phranakhon Si Ayutthaya province	38
Punyaporn Daijaroensuk, Sujimon Mungkulrungsi	
Miscellany	
Lessons learned from mental health staffs in government hospitals providing psychological services for children and families online to analyze development opportunities in behavior modification online service.	51
Adjima Siriphiboonphol, Prasert Chutha	
Magic media for childhood with special needs: evaluation report of caregivers and teacher's learning experiences from using storybooks to enhance development of children with autism spectrum disorder	59
Pratthana Rattanatirawan, Jarupat Chalardphat, Jantra Peerakachon	
Subject Index 2022	69
Chutiwan Kaewsai	

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารราชานุกูลจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ด้านสุขภาพจิตเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว พัฒนาการเด็ก และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะบรรณาธิการ และผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วเป็นลิขสิทธิ์ของสถาบันราชานุกูลและผู้นิพนธ์

เพื่อให้ได้มาตรฐานสากล ผู้ประสงคที่จะส่งต้นฉบับมาลงตีพิมพ์ในวารสาร ต้องจัดเตรียมต้นฉบับให้ได้มาตรฐานตามคำแนะนำ ดังนี้

ประเภทของบทความ

1. บทบรรณาธิการ (Editorial)

เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางสุขภาพจิตเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว พัฒนาการเด็ก และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หรืออาจเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มีองค์ประกอบ ดังนี้

- 1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 1.3 เนื้อเรื่อง (Text) ประกอบด้วย
 - บทนำ (Introduction)
 - ประเด็นหลักและคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์

- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อย่อย คำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่

1.4 สรุป (Summary)

1.5 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

1.6 เอกสารอ้างอิง (References)

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัย โดยยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับใด ๆ มาก่อน มีองค์ประกอบดังนี้

- 2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อเรื่องควรเป็นวลีสั้น ๆ แต่ได้ใจความ สามารถสื่อให้ผู้อ่านคาดเดาถึงแนวทางและผลการวิจัยได้
- 2.2 ชื่อผู้นิพนธ์ และสังกัด (Author & by-line) เขียนชื่อ นามสกุล ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีมีผู้นิพนธ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น ชื่อหน่วยงานของผู้เขียนที่เป็นปัจจุบันเพื่อสะดวกในการติดต่อ
- 2.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและอังกฤษ ให้เรียงตามลำดับหัวข้อ ดังนี้ วัตถุประสงค์ (Objective) วัสดุและวิธีการ (Materials and methods) ผล (Results) สรุป (Conclusion) จำนวนไม่ควรเกิน 300 คำ ตามด้วยคำสำคัญให้อยู่ในหน้าเดียวกัน
- 2.4 คำสำคัญ (Key words) เขียนเป็นคำหรือวลีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

- 2.5 บทนำ (Introduction) ให้ข้อมูลข้อสนเทศและประเด็นสำคัญทางวิชาการรวมทั้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น
- 2.6 วัสดุและวิธีการ (Materials and methods) กล่าวถึงการออกแบบกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ทางสถิติโดยเรียงเรียงตามขั้นตอน
- 2.7 ผล (Results) รายงานและอธิบายผลที่สำคัญตามความจริง อาจมีตารางและภาพประกอบไม่เกิน 4 ตาราง หรือภาพ และไม่ซ้ำซ้อนกับคำบรรยาย
- 2.8 วิจารณ์ (Discussion) นำประเด็นสำคัญที่เป็นจริงของผลการวิจัยมาศึกษา อธิบาย เรียงตามลำดับที่นำเสนอในผลว่าเหมือนหรือต่างจากผลการศึกษาของผู้อื่นอย่างไร โดยมีหลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ การนำผลมาประยุกต์ใช้ รวมทั้งข้อเสนอแนะทางวิชาการ
- 2.9 สรุป (Conclusion) เขียนสรุปเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้
- 2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) เขียนขอบคุณบุคคลที่ช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ โดยเขียนให้สั้น เรียบง่าย ชัดเจน แสดงความมีน้ำใจแต่ไม่เกินจริง และกล่าวถึงแหล่งสนับสนุนด้วย
- 2.11 เอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงใช้ระบบ Vancouver 2003 โดยผู้ที่เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงและการอ้างอิงในเนื้อหาให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก (ตัวเลขยกไม่ใส่วงเล็บ) และเรียงต่อไปตามลำดับ หากอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

การเตรียม ตาราง และรูปภาพ

1. การใส่ตาราง ให้เรียงต่อจากคำอธิบายประกอบด้วยชื่อตาราง สดมภ์ มีหน่วยนับ มีเส้นตารางเฉพาะแนวนอน จำนวน 3-5 ตาราง
2. รูปภาพดิจิทัล ให้ใช้รูปแบบ JPEG

3. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review article)

เป็นบทความจากการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบัน มีองค์ประกอบดังนี้

- 3.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 3.2 ชื่อผู้พิมพ์ และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 3.4 คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3 – 5 คำ
- 3.5 บทนำ (Introduction)
- 3.6 บทปริทัศน์ ซึ่งอาจแบ่งเป็นส่วน ๆ ตามหัวข้อย่อย โดยเริ่มจากบทวัตถุประสงค์แล้วแจ้งข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการทบทวนเอกสารและการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องปริทัศน์ไว้เป็นหมวดหมู่ ผสมผสานกับข้อวิจารณ์ หรือข้อคิดเห็นเสนอแนะ ที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ ๆ บางครั้งบทวิจารณ์ (Discussion) อาจแยกไว้เป็นหัวข้อต่างหาก

- 3.7 สรุป (Conclusion)
- 3.8 เอกสารอ้างอิง (References)

4. รายงานเบื้องต้น (Preliminary report)

เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูล

เพิ่มเติม มีส่วนประกอบที่สำคัญเช่นเดียวกับนิพนธ์
ต้นฉบับ

5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจ และ
ไม่เคยมีรายงานมาก่อน หรือมีรายงานจำนวนน้อย
ราย ชื่อเรื่องควรต่อท้ายด้วย: รายงานผู้ป่วย
(Case report) เพื่อให้ผู้อ่านทราบว่าเป็นรายงาน
ผู้ป่วย ถ้าแสดงรูปภาพ ต้องจำเป็นจริง ๆ และได้
รับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบ โดยมี
องค์ประกอบดังนี้

- 5.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 5.2 ชื่อผู้นิพนธ์ และสังกัด (Author & by-line)
ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 5.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษา
อังกฤษ
- 5.4 คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและภาษา
อังกฤษ จำนวน 3 – 5 คำ
- 5.5 บทนำ (Introduction)
- 5.6 รายงานผู้ป่วย (Report of case) ซึ่งบอก
ลักษณะอาการของผู้ป่วย ผลการตรวจ
(Findings) การรักษาและผลการรักษา/บำบัด
- 5.7 วิจารณ์ (Discussion)
- 5.8 สรุป (Conclusion)
- 5.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)
- 5.10 เอกสารอ้างอิง (References)

6. กรณีศึกษา (Case study)

กรณีศึกษาเป็นการศึกษาที่อยู่ในขอบข่าย
ของการวิจัยเชิงคุณภาพ เน้นการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็น
ปรากฏการณ์หนึ่ง ๆ (One phenomenon)
เพื่อศึกษาในเชิงลึกเพียงหนึ่งกรณี โดยมีรูปแบบ
ดังนี้

- 6.1 การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive) แสดง
รายละเอียดของบริบทอย่างสมบูรณ์ของ
ปรากฏการณ์ที่เลือกมาศึกษา
- 6.2 การศึกษาแบบมุ่งการค้นหา (Exploratory)
เป็นการวิจัยนำร่องเพื่อหาแนวทางสำหรับ
มโนทัศน์ที่ยังไม่ชัดเจน หรือเพื่อสร้าง
สมมติฐานสำหรับการวิจัยแบบสำรวจใน
ภายหลัง หรือเพื่อค้นหาประเด็นปัญหาที่
แท้จริงของปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งอยู่
ที่ไหน
- 6.3 การศึกษาแบบมุ่งหาคำอธิบาย (Explanatory)
ปรากฏการณ์ที่เลือกมาศึกษาอาจเป็นที่รู้จัก
หรือคุ้นเคยอยู่บ้างไม่มากนักน้อย แต่เป็น
การศึกษาเพื่อค้นหาคำอธิบายที่ยังไม่เคยมีมา
ก่อน (หรือคำอธิบายอาจจะมียู่ แต่ไม่เป็นที่
พอใจ)

ทั้ง 3 รูปแบบของกรณีศึกษานี้ให้นำเสนอด้วย
เทคนิคบรรยายเพื่อให้รายละเอียดตามบริบทของ
กรณีศึกษา ไม่เน้นการวิเคราะห์

7. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภท

1-6 ได้ มีองค์ประกอบดังนี้

- 7.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 7.2 ชื่อผู้นิพนธ์ และสังกัด (Author & by-line)
ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 7.3 เนื้อเรื่อง (Text) ประกอบด้วย
 - บทนำ (Introduction)
 - ประเด็นหลักสำคัญ และคำอธิบายที่
ประกอบด้วยเนื้อหา
 - ประเด็นย่อยหรือหัวข้อย่อย และ
คำอธิบาย
 - ประเด็นสำคัญ
 - ประเด็นย่อย

- สรุป (Conclusion)

7.4 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

7.5 เอกสารอ้างอิง (References)

การเตรียมต้นฉบับ

1. ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทย และ/หรือ ภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทยควรใช้ ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรม ศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถานเป็น บรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ อนุโลม ให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ พบในเรื่องภาษาไทย ให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ซึ่งขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษ และหลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษเป็น กิริยา การเขียนค่าสถิติร้อยละให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง ค่า p-value ให้ใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น $p < .01$, $p = .04$, $p = 0.10$
2. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Word ตัวอักษร Angsana UPC ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 Column) ต่อ 1 หน้า กระดาษ A4 ให้ พิมพ์ห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. (1 นิ้ว) และต้นฉบับแต่ละเรื่องไม่ควร เกิน 10-15 หน้ากระดาษ A4

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับได้ทาง <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/RJJ/index>

ถ้าเป็นการทดลองในมนุษย์ให้แนบสำเนา หนังสือรับรองของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้วย

การเขียนเอกสารอ้างอิง

ในคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์นี้ได้รวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ Vancouver 2003 ไว้ทั้งหมด 5 ประเภท ดังนี้

1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร

- 1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป
รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้นิพนธ์, ชื่อเรื่อง, ชื่อย่อวารสาร ปี; ปีที่วารสาร: หน้า.

ตัวอย่าง (กรณีผู้นิพนธ์ไม่เกิน 6 คน)

Silpakit O, Amompichetkoom M, Kaojaren S. Comparative study of bioavailability and clinical efficacy carbamazepine in epileptic patients. Ann Pharmacother 1997;31:548-52.

ตัวอย่าง (กรณีผู้นิพนธ์เกิน 6 คน)

Meydani SN, Leka LS, Fine BC, Dallal GE, Keusch GT, Singh MF, et al. Vitamin E and respiratory tract infections in elderly nursing home residents: a randomized controlled trial. JAMA 2004; 292:828-36.

- 1.2 กรณีที่หน่วยงานเป็นผู้นิพนธ์ ใช้รูปแบบพื้นฐานเช่นเดียวกับ 1.1 ดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อหน่วยงาน. ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสาร ปี; ปีที่วารสาร: หน้า.

- 1.3 กรณีไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

ตัวอย่าง Cancer in South Korea [editorial]. S Afz Med J 1994; 84: 15.

- 1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)

ตัวอย่าง Strauss SE. History of chronic fatigue syndrome. Rev Inf Dis 1991;11 supply 1: 52-7.

2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ/ตำรา

2.1 การอ้างอิงจากหนังสือที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อสกุลผู้พิมพ์ อักษรย่อชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. พิมพ์ครั้งที่ (กรณีพิมพ์มากกว่า 1 ครั้ง). ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. 5th ed. New York: Harper and Row; 1974.

ตัวอย่าง สงัน สุวรรณเลิศ. ฝึกอบรมผู้เข้าในวรรณคดีทางจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์; 2529.

2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม

ตัวอย่าง ธนู ขาติธนนท์,บรรณาธิการ. คู่มือประกอบการใช้ ICD-10. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2536.

2.3 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและเป็นผู้ตีพิมพ์

ตัวอย่าง กรมสุขภาพจิต.คู่มือICD-10. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2538.

2.4 เอกสารอ้างอิงเป็นบทหนึ่งในหนังสือ

ตัวอย่าง Strang J, Gradley B, Stockwell T. Assessment of drug and alcohol use. In: Thompson C, editor. The instrument of psychiatric researchh. London:John Willey&son;1989: 211-32.

2.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม (Conference proceeding)

ตัวอย่าง ทรงเกียรติ ปิยะกะ.บทบรรณาธิการ.ยัมสุภยยาเสพตติ.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติประจำปี 2545 เรื่องสุขภาพจิตกับยาเสพตติ; 21-23 สิงหาคม 2545; ณ โรงแรมปริ้นซ์พาเลซ.กรุงเทพฯ:กรมสุขภาพจิต; 2545.

3. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [วิทยานิพนธ์]. ชื่อเมือง: ชื่อมหาวิทยาลัย; ปี.

ตัวอย่าง Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [Ph.D. thesis]. London: University of London; 1998.

ตัวอย่าง พนิษฐา พานิชชีวะกุล. การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพที่เป็นสหมิติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท [วิทยานิพนธ์ดุขฎีบัณฑิต]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้วิจัย (หรือสถาบัน). ชื่อเรื่อง. ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์; ปี.

ตัวอย่าง อรรวรรณ ศิลปะกิจ. รายงานการวิจัยเรื่องเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก.นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2541.

5. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

5.1 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. [online]. Available from: เว็บไซต์ [วันที่เข้าถึง].

ตัวอย่าง Wallker J. The Columbia guide to online style Dec 1996. [online]. Available from:www.cas.usp.edu/english/wallker/apa.Hml [1999 Feb 11]

บรรณาธิการแถลง

วารสารราชานุกุลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปี พ.ศ. 2565 (ปีที่ 34) เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม โดยฉบับนี้มีการปรับปรุงบรรณาธิการใหม่ แต่ยังคงมีความมุ่งมั่นที่จะรักษาคุณภาพและมาตรฐานของวารสาร และยังคงวัตถุประสงค์ของวารสารไว้ เพื่อเป็นวารสารที่มีมาตรฐานในการเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง วารสารฉบับนี้ กองบรรณาธิการได้พิจารณาคัดเลือกผลงานทางวิชาการที่มีคุณค่ายิ่ง ซึ่งประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับ 3 เรื่อง ได้แก่ เปรียบเทียบการใช้แบบทดสอบ Stanford Binet Intelligence Scale-Fifth Edition และ Wechsler Nonverbal Scale of ability ในเด็กออทิสติกที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่อง การพัฒนาแบบวัดสุขภาวะทางจิต (Psychological Well Being Scale – PWBS) ฉบับภาษาไทย และ กระบวนการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาของเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา กรณีศึกษา 1 เรื่อง ได้แก่ ความตระหนักรู้ในตนเองของเยาวชนระดับชั้นมัธยมศึกษาในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปกิณกะ 2 เรื่อง ได้แก่ ถอดบทเรียนการให้บริการของบุคลากรในสถานพยาบาลของรัฐที่จัดบริการทางจิตวิทยาแก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวด้วยระบบออนไลน์เพื่อวิเคราะห์โอกาสพัฒนางานบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยระบบออนไลน์ และสื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ : รายงานการประเมินผลการใช้นิทานของผู้ปกครองและครูปฐมวัยต่อพัฒนาการเด็กออทิสติก ทางกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่านจะได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่จากเนื้อหาของวารสารในฉบับนี้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้หรือนำไปอ้างอิงทางวิชาการให้เกิดประโยชน์ต่อไป

ท้ายนี้ขอขอบคุณผู้พิมพ์ที่ส่งบทความต่าง ๆ เข้ามายังวารสาร ทั้งนี้ขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ [https://he03.tci-thaijo.org /index.php/RJJ](https://he03.tci-thaijo.org/index.php/RJJ) และยังสามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย

ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์

บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

เปรียบเทียบการใช้แบบทดสอบ Stanford Binet Intelligence Scale-Fifth Edition และ Wechsler Nonverbal Scale of ability ในเด็กออทิสติกที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่อง

จันทน์ มุ่งเขตกลาง, ประด. * สุชารัตน์ ลิ้มปะนพรัตน์, วท.บ. *

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อตรวจสอบความแตกต่างของคะแนนความสามารถที่ได้จากแบบทดสอบ Stanford Binet Intelligence Scale-Fifth Edition (SB5) (เฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา) และ Wechsler Nonverbal Scale of Ability (WNV) ในเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่อง ซึ่งกิจกรรมทดสอบที่ไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ภาษาของทั้งสองแบบทดสอบนำไปสู่แนวทางการเลือกใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้

วัสดุและวิธีการ เด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องร่วมด้วย (จากการประเมินด้วยแบบประเมิน Vineland Adaptive Behavior Scales แล้วได้ค่า Adaptive Behavior Composite ต่ำกว่า 30) อายุ 4 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยออทิสติก 1, 2 และ 3 ของสถาบันราชานุกูล จำนวน 37 คน รับการทดสอบทางสติปัญญาด้วยแบบทดสอบ SB5 (เฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา) และแบบทดสอบ WNV โดยค่าความสามารถทางสติปัญญา (ค่า IQ) ที่ได้จากแบบทดสอบทั้งสองนำมาวิเคราะห์ความแตกต่างด้วย Wilcoxon signed-rank test

ผล ค่า IQ จากแบบทดสอบ SB5 ($\bar{x}$ = 51.05, SD = 12.07) สูงกว่า WNV ($\bar{x}$ = 47.16, SD = 12.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -2.483, p = 0.013) นอกจากนี้ เด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องยังสนใจและให้ความร่วมมือในการทำแบบทดสอบ SB5 (เฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา) ที่ใช้การหยิบจับลงมือทำมากกว่าแบบทดสอบ WNV ที่โดยมากใช้การชี้รูปภาพ

สรุป แม้ว่าทั้ง SB5 และ WNV จะเป็นแบบทดสอบมาตรฐานที่สามารถใช้ทดสอบสติปัญญาได้เช่นเดียวกัน แต่สำหรับเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องที่มักมีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าแบบทดสอบ SB5 (เฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา) น่าจะเป็นทางเลือกที่ดีกว่า WNV ซึ่งการค้นพบดังกล่าวอาจช่วยสร้างความตระหนักและชี้ให้เห็นว่าแบบทดสอบทางสติปัญญาต่างชนิดกันสามารถถึงความสามารถและเอื้อต่อการตอบสนองของผู้รับการทดสอบได้แตกต่างกัน อันจะนำไปสู่การเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมต่อการใช้งานมากขึ้น

คำสำคัญ เด็กออทิสติก ทักษะการปรับตัวบกพร่อง แบบทดสอบ SB5 แบบทดสอบ WNV

*สถาบันราชานุกูล

ติดต่อผู้นิพนธ์ email: k_chantaneer@hotmail.com

Original Articles

A comparison of the Stanford Binet Intelligence Scale-Fifth Edition and the Wechsler Nonverbal Scale of ability in children with autism and significantly impaired adaptive functioning

Chantanee Mungkhetklang, Ph.D., Sucharat Limpanopparat, B.S.**

Abstract

Objectives To examine the difference between the Stanford Binet Intelligence Scale-Fifth Edition (SB5) (only Nonverbal Domain) and the Wechsler Nonverbal Scale of Ability (WNV) in children with Low Functioning Autism (LFA). Despite the nonverbal feature of both assessments, there are dissimilarities which could lead to the efficacy in real-world practice.

Materials and Methods Thirty-seven children with autism from Autistic ward 1, 2 and 3 at Rajanukul Institute aged above 3 years, who have Adaptive Behavior Composite score from Vineland Adaptive Behavior Scales below than 30, were assigned. The participants were asked to do all subtests of the WNV and nonverbal domain in the SB5. The IQ scores from both tests non-normally distributed were analyzed using the Wilcoxon signed-rank test.

Results The results revealed that the IQ scores from the SB5 ($\bar{x}$ = 51.05, SD = 12.07) were significantly higher ($Z = -2.483$, $p = 0.013$) than IQ scores from the WNV ($\bar{x}$ = 47.16, SD = 12.23). Furthermore, the subtest materials in the SB5 are more convincing for LFA which mostly using hand to do trial and error rather than just pointing for the WNV.

Conclusion Though the WNV and the SB5 are reliable instruments, the SB5 may be a greater choice for pulling out the potential of the children with LFA which are usually underestimated due to their limited language skills. Our results expected to raise awareness and enlighten practitioners about the differences in various cognitive tests which would help to enhance the effectiveness of intelligence assessment on those individuals.

Keywords: Autism, adaptive functioning, Stanford Binet Intelligence Scale-Fifth Edition (SB5), Wechsler Nonverbal Scale of Ability (WNV)

**Rajanukul Institute*

Corresponding author email: k_chantanee@hotmail.com

บทนำ

การประเมินความสามารถทางสติปัญญาเป็นหนึ่งใน การตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกที่จำเป็น ซึ่งการทำทดสอบทางสติปัญญาในบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยแต่ละกลุ่มโรค มีความท้าทายแตกต่างกันไปตามลักษณะอาการของโรค ทั้งนี้การประเมินความสามารถทางสติปัญญาในกลุ่มเด็กออทิสติกนับว่าเป็นกระบวนการสำคัญขั้นพื้นฐาน¹ และเป็นเรื่องละเอียดอ่อน เนื่องจากเด็กออทิสติกจำนวนมากมีแนวโน้มที่จะเข้าใจเหตุผลจากการมองเห็นมากกว่าเข้าใจเหตุผลเชิงภาษา² โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่อง (impaired adaptive function) ซึ่งมีข้อจำกัดด้านภาษาทั้งมิติของการทำความเข้าใจและการใช้ภาษา อีกทั้งส่วนใหญ่ยังไม่มีภาษาพูดหรือออกเสียงพูดได้จำกัด³ ดังนั้น การประเมินความสามารถทางสติปัญญาของเด็กออทิสติกกลุ่มนี้ จึงต้องพิจารณาเลือกเครื่องมือในการทดสอบอย่างรอบคอบ และควรเป็นเครื่องมือที่สามารถทดสอบได้โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยทักษะทางภาษาของผู้รับการประเมินเข้ามาเกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามเครื่องมือประเมินความสามารถทางสติปัญญามีหลากหลาย⁴ ซึ่งการพิจารณาเลือกเครื่องมือของนักจิตวิทยาคลินิกต้องพิจารณาถึงหลายปัจจัย ทั้งรูปแบบวิธีการทดสอบและความเหมาะสมกับระดับอายุของผู้ถูกทดสอบ รวมทั้งเกณฑ์มาตรฐานของแบบทดสอบและข้อจำกัดของแต่ละบุคคล เพื่อให้สามารถประเมินความสามารถของบุคคลนั้นๆ ได้ใกล้เคียงศักยภาพที่แท้จริงมากที่สุด โดยกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องมีความท้าทายในการรับมือ เนื่องจากข้อจำกัดด้านการสื่อสารทำให้มักถูกพิจารณาว่าไม่

สามารถประเมินความสามารถทางสติปัญญาได้ หรือถูกประเมินความสามารถต่ำกว่าความเป็นจริง⁵

งานวิจัยครั้งนี้เลือกเปรียบเทียบแบบทดสอบ Stanford Binet Intelligence Scale-Fifth Edition (SB5)^{6, 7} ที่ใช้สำหรับบุคคลอายุ 2 ปี ถึง 89 ปีขึ้นไปและ Wechsler Nonverbal Scale of ability (WNV)⁸ ที่ใช้สำหรับบุคคลอายุ 4 ปี ถึง 21 ปี 11 เดือน ทั้งสองแบบทดสอบนี้สามารถประเมินความสามารถทางสติปัญญาที่ไม่อาศัยความเข้าใจเชิงภาษาได้ ซึ่งเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องอาจตอบสนองต่อการประเมินจากแบบทดสอบประเภทนี้ได้มากกว่าแบบทดสอบอื่นๆ ที่ต้องอาศัยความเข้าใจเชิงภาษา อันจะนำไปสู่ผลการประเมินความสามารถทางสติปัญญาที่น่าเชื่อถือและสอดคล้องกับความเป็นจริงในเด็กกลุ่มนี้ที่มากขึ้น^{9, 10} ทำให้ผู้เชี่ยวชาญมักเลือกใช้ทั้งสองแบบทดสอบในการประเมินเด็กกลุ่มนี้ แต่ด้วยโครงสร้างของแบบทดสอบทั้งสองชนิดมีความแตกต่างกัน ทำให้วิธีดำเนินการทดสอบมีอุปกรณ์และระยะเวลาในการดำเนินการทดสอบมีความแตกต่างกันไปด้วย ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ว่าแบบทดสอบ SB5 และ WNV จะให้ผลการประเมินที่แตกต่างกันได้ แม้ว่าจะใช้ประเมินในเด็กคนเดียวกัน ผลการเปรียบเทียบที่ได้จะทำให้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับคุณลักษณะต่างๆ ว่าเครื่องมือชนิดใดที่น่าจะมีความเหมาะสมที่จะใช้สำหรับประเมินความสามารถทางสติปัญญาในกลุ่มออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องมากกว่ากัน และนำมาปรับใช้กับการให้บริการในหน่วยงานที่ ต้องทดสอบความสามารถทางสติปัญญาในเด็กออทิสติกกลุ่มนี้ได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถจากแบบทดสอบ Stanford Binet

Intelligence Scale-Fifth Edition (SB5) (เฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา) และ Wechsler Nonverbal Scale of ability (WNV) จากการประเมินความสามารถทางสติปัญญาของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่อง โดยมีสมมุติฐานว่าคะแนนความสามารถของทางสติปัญญาของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องที่วัดด้วยแบบทดสอบ SB5 (เฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา) และแบบทดสอบ WNV มีความแตกต่างกัน

วัตถุประสงค์และวิธีการ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษาความแตกต่างของคะแนนที่ได้จากแบบทดสอบ Stanford Binet Intelligence Scale-Fifth Edition (SB5) (เฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา) และแบบทดสอบ Wechsler Nonverbal Scale of Ability (WNV) ในเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่อง โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันราชานุกูล รหัส RI 001/2563 (วันที่รับรอง 8 มกราคม 2563 วันที่หมดอายุ 7 มกราคม 2564) ประชากร คือ เด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องอายุ 4 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออทิสติก 1, 2 และ 3 ของสถาบันราชานุกูล ที่มีอายุ 4 ปี ขึ้นไป จำนวน 37 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ต้องได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS)¹¹ แล้วได้คะแนนทักษะการปรับตัว (Adaptive Behavior Composite) น้อยกว่า 30 คะแนน ซึ่งจัดว่ามีความ

บกพร่องด้านความสามารถการปรับตัวอยู่ในระดับหนัก (Severe Deficit) 2) ผู้ปกครองให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการทดสอบจนเกินควบคุม 2) ไม่สามารถเข้ารับการประเมินได้ครบ 3 ครั้ง และ 3) ผู้ปกครองขอออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบประเมิน Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS)¹¹ เป็นแบบวัดเพื่อใช้ประเมินทักษะการปรับตัวสำหรับบุคคลอายุ 0 – 18 ปี ลักษณะเป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เพื่อประเมินทักษะ 3 ด้าน คือ

1. ด้านการสื่อสาร (การรับรู้และเข้าใจภาษา การแสดงออกทางภาษาและการเขียน/อ่าน)
2. ด้านการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน (ทักษะการช่วยเหลือตัวเอง ทักษะการช่วยเหลืองานบ้านและทักษะในชุมชน)
3. ด้านทักษะสังคม (สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การเล่นและการใช้เวลาว่าง และทักษะการแก้ปัญหา)

คะแนนรวมของทักษะทั้งสามด้านใช้ในการคำนวณหาค่าทักษะการปรับตัว คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.38 (SD=5.34) แบบประเมิน VABS พบว่ามีค่า split-half, inter-rater and test-retest reliability ของแต่ละด้านในระดับดีมาก¹¹ งานวิจัยครั้งนี้ใช้ค่าคะแนนทักษะการปรับตัวในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบทดสอบ Stanford Binet Intelligence Scale-Fifth Edition (SB5)^{6, 7} เป็นแบบทดสอบมาตรฐานทางจิตวิทยาคลินิก ใช้เพื่อประเมินความสามารถทางสติปัญญาสำหรับบุคคลอายุ 2 ปี ถึง 85 ปีขึ้นไป โดยมีลักษณะเป็นการทดสอบรายบุคคล การทดสอบแบ่งเป็นความสามารถด้านการกระทำ/ไม่เกี่ยวข้อง

กับภาษา (Nonverbal Domain) และด้านภาษา (Verbal Domain) โดยทั้งสองด้านดังกล่าว ประเมินความสามารถ 5 ด้าน คือ

1. ด้านการคิดเชิงเหตุผลที่ไม่อาศัยการเรียนรู้ (Fluid Reasoning)
 2. ความรู้ความเข้าใจทั่วไป (Knowledge)
 3. ความเข้าใจในเหตุผลเชิงปริมาณ (Quantitative Reasoning)
 4. กระบวนการรับรู้เชิงมิติสัมพันธ์ (Spatial Reasoning)
 5. ความจำขณะปฏิบัติงาน (Working Memory)
- คะแนนรวมที่ได้นำไปคำนวณค่าความสามารถทางสติปัญญา (ค่า IQ) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 100 (SD=15) แบบทดสอบ SB5 พบว่ามีค่า split-half, inter-rater and test-retest reliability ของแต่ละด้านในระดับดี⁶ ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้จะนำมาใช้เฉพาะส่วนการประเมินความสามารถด้านการกระทำ/ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา (Nonverbal Domain) 3) แบบทดสอบ Wechsler Nonverbal Scale of ability (WNV)⁸ เป็นแบบทดสอบมาตรฐานทางจิตวิทยาคลินิก ใช้เพื่อประเมินความสามารถทางสติปัญญาที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา สำหรับบุคคลอายุ 4 ปี ถึง 21 ปี 11 เดือน โดยมีลักษณะเป็นการทดสอบรายบุคคล คะแนนรวมที่ได้นำไปคำนวณค่าความสามารถทางสติปัญญา (ค่า IQ) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 100 (SD=15) แบบทดสอบ WNV พบว่ามีค่า split-half, inter-rater and test-retest reliability ของแต่ละด้านในระดับดี โดย WNV ประกอบไปด้วยแบบทดสอบย่อยดังนี้
1. Matrices วัดความสามารถในการคิดเชิงเหตุผล

2. Coding วัดความไวในการประมวลผลจากการมองโดยต้องอาศัยการทำงานประสานกันระหว่างมือกับตา
3. Object Assembly หรือ Spatial Span วัดความสามารถในการคิดเชิงสังเคราะห์หรือความจำขณะใช้งาน
4. Recognition หรือ Picture Arrangement วัดความสามารถในการจดจำระยะสั้น หรือ การลำดับการคิด

ในการประเมินต้องให้เด็กทำทั้ง 4 แบบทดสอบย่อย โดยบางแบบทดสอบย่อยของแบบทดสอบ WNV สามารถใช้ประเมินได้ทุกระดับอายุที่แบบทดสอบกำหนด (แบบทดสอบย่อย Matrices) แต่บางแบบทดสอบย่อยออกแบบมาให้เหมาะสำหรับการประเมินในกลุ่มเด็กเล็กและเด็กโตแยกกัน ดังนั้น ในกลุ่มเด็กเล็กที่มีอายุระหว่าง 4-7 ปี ในข้อ 3 ให้เลือกใช้แบบทดสอบย่อย Object Assembly ส่วนในข้อ 4 ให้เลือกใช้แบบทดสอบย่อย Recognition ในกลุ่มเด็กโตที่มีอายุระหว่าง 8-21 ปี ในข้อ 3 ให้เลือกใช้แบบทดสอบย่อย Spatial Span ส่วนในข้อ 4 ให้เลือกใช้แบบทดสอบย่อย Picture Arrangement

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประสานเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยออทิสติก 1 และ 2 เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนด
2. ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครอง
3. นัดเวลาเด็กออทิสติกแต่ละราย
4. ดำเนินการประเมินโดยนักจิตวิทยาคลินิกหนึ่งราย โดยนัดประเมินทั้งหมดสามครั้งที่ห้องทดสอบ ณ กลุ่มงานจิตวิทยา แต่ละครั้งห่างกันหนึ่งสัปดาห์ขึ้นไป ครั้งแรกประเมินด้วยแบบประเมิน VABS กรณีพบว่าเด็กออทิสติกมี

คะแนนความสามารถในการปรับตัวน้อยกว่า 30 คะแนน จึงจะนำเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายในครั้งถัดไป ครั้งที่สอง ประเมินความสามารถทางสติปัญญาด้วยแบบทดสอบ SB5 เฉพาะส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา (Nonverbal Domain) ครั้งที่สาม ประเมินความสามารถทางสติปัญญาด้วยแบบทดสอบ WNV

5. ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลก่อนและหลังการประเมินทุกครั้ง
6. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; SD) ของผลคะแนน และสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เพื่อ

ทดสอบสมมุติฐาน ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพอื่น ๆ เช่น ระยะเวลาในการดำเนินการทดสอบ ความร่วมมือและความสามารถในการปรับตัวของเด็กขณะทำการทดสอบ

ผล

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อแสดงข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นผู้ป่วยเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องในหอผู้ป่วยออทิสติก 1, 2 และ 3 ของสถาบันราชานุกูล จำนวน 37 คน เป็นเพศชาย 29 คน เพศหญิง 8 คน มีอายุระหว่าง 3 – 15 ปี ($M = 6.45$) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

	รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	29	78.4
	หญิง	8	21.6
อายุ	4 ปี	14	37.9
	5 ปี	8	21.6
	6 ปี	3	8.1
	7 ปี	1	2.7
	9 ปี	3	8.1
	10 ปี	2	5.4
	11 ปี	3	8.1
	13 ปี	1	2.7
	15 ปี	2	5.4

ผลคะแนนความสามารถทางสติปัญญา

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ค่ามัธยฐาน (MD) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด (MIN) และค่าสูงสุด (MAX) พบว่าเด็กออทิสติกกลุ่มที่มี

ทักษะการปรับตัวบกพร่องมีคะแนนทักษะการปรับตัวจากแบบประเมิน Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS) โดยเฉลี่ย 18.38 คะแนน ($SD = 5.34$) เมื่อพิจารณาแยกเป็นด้านย่อยทั้ง

สามด้านแล้ว พบว่ามีคะแนนด้านการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันมากที่สุด ($\bar{x}$ = 26.70, SD = 6.94) รองลงมาคือ ด้านการสื่อสาร ($\bar{x}$ = 12.46, SD = 6.18) และน้อยที่สุดคือด้านทักษะสังคม ($\bar{x}$ = 10.08, SD = 23.58) ตามลำดับ

คะแนนความสามารถทางสติปัญญาจากแบบประเมิน Stanford Binet Intelligence Scale-Fifth Edition (SB5) เฉพาะด้านการกระทำ/ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา พบว่าเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีความบกพร่องด้านทักษะการปรับตัวมีคะแนนเฉลี่ย 51.05 คะแนน (SD = 12.07) เมื่อพิจารณาเป็นด้านย่อยทั้ง 5 ด้านแล้วพบว่ามีคะแนนด้านกระบวนการรับรู้เชิงมิติสัมพันธ์สูงสุด ($\bar{x}$ = 3.89, SD = 3.54) รองลงมาคือด้านการคิดเชิงเหตุผลที่ไม่อาศัยการเรียนรู้ ($\bar{x}$ = 3.22, SD = 3.21) ด้านความรู้ความเข้าใจทั่วไป ($\bar{x}$ = 1.51, SD

= 1.12) ด้านความจำขณะปฏิบัติงาน ($\bar{x}$ = 1.44, SD = 1.96) และน้อยที่สุดคือด้านความเข้าใจเหตุผลเชิงปริมาณ ($\bar{x}$ = 1.41, SD = .83) ตามลำดับ

คะแนนความสามารถทางสติปัญญาจากแบบประเมิน Wechsler Nonverbal Scale of ability (WNV) พบว่า เด็กออทิสติกกลุ่มที่มีความบกพร่องมีคะแนนเฉลี่ย 47.16 คะแนน (SD = 12.23) เมื่อพิจารณาแยกเป็น 4 แบบทดสอบย่อย แล้วพบว่ามีคะแนนด้าน Object Assembly/Spatial Span มากที่สุด ($\bar{x}$ = 29.89, SD = 12.08) รองลงมาคือด้าน Coding ($\bar{x}$ = 25.59, SD = 11.36) ด้าน Recognition/Picture Arrangement ($\bar{x}$ = 21.57, SD = 4.42) และน้อยที่สุดคือด้าน Matrices ($\bar{x}$ = 13.54, SD = 7.74) ตามลำดับ ดังข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลคะแนนความสามารถทางสติปัญญาของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีความบกพร่องด้านความสามารถการปรับตัว (N=37)

แบบประเมิน	$\bar{X}$	MD	SD	MIN	MAX
Wechsler Nonverbal Scale of ability (WNV)					
ความสามารถทางสติปัญญา (คะแนนรวม)	47.16	44	12.23	30	84
Matrices	13.54	10	7.74	10	46
Coding	25.59	25	11.36	10	40
Object Assembly/Spatial Span	29.89	31	12.08	10	60
Recognition/Picture Arrangement	21.57	23	4.42	11	35
Stanford Binet Intelligence Scale-Fifth Edition (SB5) ด้านการกระทำ					
ความสามารถทางสติปัญญา (คะแนนรวม)	51.05	44	12.07	42	83
ด้านการคิดเชิงเหตุผลที่ไม่อาศัยการเรียนรู้	3.22	1	3.21	1	10
ความรู้ความเข้าใจทั่วไป	1.51	1	1.12	1	5
ความเข้าใจเหตุผลเชิงปริมาณ	1.41	1	.83	1	4

แบบประเมิน	$\bar{X}$	MD	SD	MIN	MAX
กระบวนการรับรู้เชิงมิติสัมพันธ์	3.89	1	3.54	1	13
ความจำขณะปฏิบัติงาน	1.44	1	1.96	1	7

*หมายเหตุ: mean median SD Min Max ของทั้ง 2 แบบทดสอบ เป็นค่าคะแนนมาตรฐาน (standard score)

การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐาน คะแนนความสามารถทางสติปัญญาของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องที่วัดด้วยแบบประเมิน SB5 และ WNV มีความแตกต่างกัน

ผลการทดสอบการแจกแจงปกติ (Test of Normality) พบว่าผลคะแนนจากแบบทดสอบ Stanford Binet Intelligence Scale-Fifth Edition (SB5) และแบบทดสอบ Wechsler Nonverbal Scale of ability (WNV) ในการประเมินความสามารถทางสติปัญญาของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องมีการแจกแจงไม่ปกติ ($p < 0.05$) จึงใช้สถิตินอนพาราเมตริกต์ Wilcoxon Signed Ranks Test ในการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 3

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์โดยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่าคะแนนความสามารถของทางสติปัญญาของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องที่วัดด้วยแบบทดสอบ SB5 (เฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา) และแบบทดสอบ WNV มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.483$, $p = 0.013$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 24 คนมีคะแนนความสามารถทางสติปัญญามากกว่าเมื่อวัดด้วย SB5 (เฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คนมีคะแนนความสามารถของทางสติปัญญามากกว่าเมื่อวัดด้วย WNV และมีกลุ่มตัวอย่าง 3 คน ที่ได้คะแนนเท่าเดิมไม่ว่าจะวัดด้วยแบบประเมินใด

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนความสามารถของทางสติปัญญาของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีความบกพร่องด้านวุฒิภาวะทางสังคมที่วัดด้วยแบบประเมิน SB5 และ WNV

ตัวแปร	คะแนน SB5 - คะแนน WNV	N	Mean Rank	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
ความสามารถทางปัญญา	คะแนนมากกว่า	24	18.44	-2.483 ^a	.013
	คะแนนน้อยกว่า	10	15.25		
	คะแนนเท่ากัน	3			

a. Based on positive ranks.

วิจารณ์

การเปรียบเทียบคะแนนจากแบบทดสอบ SB5 (เฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา) และแบบทดสอบ WNV ในเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องเพื่อประเมินความสามารถทางสติปัญญานั้น พบว่า คะแนนความสามารถของทางสติปัญญาของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องจากแบบทดสอบ SB5 และแบบทดสอบ WNV มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความสามารถทางสติปัญญาสูงกว่าเมื่อวัดด้วยแบบทดสอบ SB5 (เฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา) นอกจากนี้จากการสังเกตพฤติกรรมของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องพบว่าให้ความร่วมมือมากกว่าขณะถูกประเมินด้วยแบบทดสอบ SB5 (เฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา) เมื่อเทียบกับแบบทดสอบ WNV ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรูปแบบการทดสอบในแบบทดสอบ SB5 (เฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา) มีอุปกรณ์ประกอบหลากหลายประเภท ซึ่งถือได้ว่าเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการดึงดูดความสนใจของเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ โดยเฉพาะกลุ่มออทิสติก¹² และเอื้อให้ผู้ประเมินทำการประเมินให้ดูเป็นตัวอย่างก่อนให้เด็กทำตาม จึงน่าจะช่วยให้เด็กออทิสติกโดยเฉพาะกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องซึ่งมีทักษะด้านภาษาต่ำ สามารถทำตามคำสั่งโดยอาศัยความเข้าใจจากการมองเห็นได้และสามารถคงความสนใจต่อแบบทดสอบได้เมื่อต้องหยิบจับลงมือทำด้วยตนเองมากกว่าการทำตามคำสั่งที่ต้องอาศัยความเข้าใจจากการฟัง ตรงกับลักษณะการเรียนรู้ของเด็กออทิสติกที่สามารถเรียนรู้ได้ผ่านภาพ/การบอกนัยผ่านภาพ (Visual cues) หรือได้มีโอกาส

หยิบจับเพื่อลองผิดถูก¹³⁻¹⁵ ในขณะที่แบบทดสอบ WNV ข้อคำถามส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นรูปภาพหรืออุปกรณ์ให้เด็กชี้นิ้วเพื่อเลือกตอบ ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจเชิงภาษาในระดับหนึ่งเพื่อฟังคำสั่งเบื้องต้นว่าต้องให้ดูภาพคำสั่งและทำตามคำสั่งภาพดังกล่าว และฟังฟังความสามารถในการตีความหมายของภาพมากกว่า ดังนั้นเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องในการเข้าใจทางภาษาอย่างมากมักพบปัญหาในระบบการรับรู้ทางการฟัง¹⁶ อาจไม่สามารถทำตามได้แม้ในขั้นตอนที่ง่ายที่สุด อย่างไรก็ตามแม้แบบทดสอบ SB5 (เฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา) ใช้ระยะเวลาโดยรวมในการทดสอบนานกว่าและต้องอาศัยประสบการณ์ของผู้ประเมินที่มากกว่าแบบทดสอบ WNV เนื่องจากมีขั้นตอนและอุปกรณ์ที่ซับซ้อนกว่า แต่กลับพบว่าเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องให้ความร่วมมือสามารถทำกิจกรรมทดสอบได้มากกว่าเนื่องจากแต่ละกิจกรรมการทดสอบใช้ระยะเวลาสั้นๆ ก่อนจะเปลี่ยนไปทำกิจกรรมทดสอบย่อยอื่นไปเรื่อย ๆ ตามกระบวนการทดสอบ และเป็นอุปกรณ์ที่ให้เด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องได้หยิบจับลงมือทำ โดยเฉพาะกิจกรรมทดสอบสำหรับกลุ่มเด็กอายุน้อย อย่างไรก็ตามเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องนั้นมีความสามารถด้านทักษะการปรับตัวเทียบเท่ากับเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ดังนั้นวิธีการทดสอบและอุปกรณ์ของแบบทดสอบ SB5 (เฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา) จึงน่าจะเหมาะสมกว่า ซึ่งการที่ผู้ประเมินจะเลือกใช้แบบทดสอบใดในการประเมินความสามารถทางสติปัญญาของบุคคล ต้องพิจารณาทั้งกระบวนการ/วิธีการประเมิน อุปกรณ์ที่ใช้ในการประเมินร่วมกับศักยภาพของบุคคลนั้นๆ ในเบื้องต้นเป็นหลัก

ดังนั้นหากพบว่าเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องมีแนวโน้มว่ามีศักยภาพเทียบเท่าเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปีจากการประเมินด้วย Vineland Adaptive Behavior Scale อาจเลือกใช้แบบทดสอบ SB5 (เฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา) ตามคุณลักษณะของแบบประเมินที่สามารถประเมินได้ตั้งแต่อายุ 2 ปีขึ้นไปซึ่งกิจกรรมในช่วงอายุน้อยยังไม่ต้องอาศัยความเข้าใจทางภาษาหรือมีข้อจำกัดทางวัฒนธรรมของเครื่องมือมากนัก แต่หากเด็กมีแนวโน้มที่จะมีศักยภาพมากกว่า 6 ปีขึ้นไป อาจเลือกใช้แบบทดสอบ WNV เนื่องจากกระบวนการ/วิธีการประเมินต้องใช้ในการตีความและความเข้าใจที่มากขึ้น รวมทั้งความหลากหลายของอุปกรณ์ที่จะดึงดูดความสนใจมีน้อยกว่า SB5 ทั้งนี้ควรคำนึงถึงทักษะของผู้ประเมินด้วย

งานวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัด กล่าวคือ แม้แบบทดสอบทั้งสองจะถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความสามารถทางสติปัญญาที่ไม่มีพียงทักษะทางภาษาเป็นหลักเพื่อให้เหมาะกับเด็กกลุ่มที่มีความบกพร่องทางด้านหรือภาษา แต่ในการประเมินจริงก็ยังมีบางองค์ประกอบที่ต้องอาศัยความเข้าใจด้านภาษาของผู้รับการทดสอบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้¹⁷ เช่น คำสั่งที่ต้องพูดบอกให้เด็กวางชิ้นส่วนรูปภาพ การสื่อสารเป็นภาษาท่าทางเพื่อให้เด็กเข้าใจว่าต้องดูคำสั่งที่เป็นรูปภาพ เป็นต้น นอกจากนี้แบบทดสอบ/แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ถูกดัดแปลงและแปลมาจากต่างประเทศ ทำให้บางข้อคำถามมีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ยกต่อทั้งผู้ประเมินในการถามและต่อตัวเด็กในการทำความเข้าใจและตอบ/ตอบสนอง ดังนั้นหากในอนาคตหากมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมไทย ก็น่าจะช่วยให้การประเมิน

ความสามารถของเด็กออทิสติกไทยสอดคล้องกับศักยภาพจริงที่มีมากยิ่งขึ้น

สรุป

ทั้งแบบทดสอบ SB5 (เฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา) และแบบทดสอบ WNV เป็นแบบทดสอบที่เชื่อถือได้ มีมาตรฐาน และสามารถใช้ทดสอบความสามารถทางสติปัญญาได้เช่นเดียวกัน แต่สำหรับเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่องซึ่งมักมีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร การวิจัยครั้งนี้พบว่าแบบทดสอบ SB5 (เฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา) น่าจะเป็นทางเลือกที่ดีกว่าแบบทดสอบ WNV ซึ่งการค้นพบดังกล่าวอาจช่วยสร้างความตระหนักและชี้ให้เห็นว่าแบบทดสอบทางสติปัญญาต่างชนิดกันสามารถตีความสามารถและเฝ้าต่อการตอบสนองของผู้รับการทดสอบได้แตกต่างกัน อันจะนำไปสู่การเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมต่อการใช้งานมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงสำหรับการให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีของผู้ปกครองและเด็กออทิสติกทุกคนที่เข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งพยาบาลผู้ดูแลเด็กออทิสติกในหอผู้ป่วยออทิสติก 1, 2 และ 3 ที่ช่วยประสานขอความร่วมมือจากผู้ปกครองเป็นไปด้วยความราบรื่น

เอกสารอ้างอิง

1. Klaiman C, Fernandez-Carriba S, Hall C, Saulnier C. Assessment of autism across the lifespan: A way forward. *Current Developmental Disorders Reports*. 2015; 2(1):84-92.
2. Hurlburt RT, Happe F, Frith U. Sampling the form of inner experience in three adults with Asperger syndrome *Psychological medicine*. 1994;24(2):385-95.
3. Tager-Flusberg H. Understanding the language and communicative impairments in autism. *International review of research in mental retardation*. 23: Elsevier; 2000. p. 185-205.
4. Boring EG. A history of experimental psychology. 2d ed.. ed. New York: New York : Appleton-Century-Crofts; 1950.
5. Eagle RS. Accessing and assessing intelligence in individuals with lower functioning autism. *Journal of Developmental Disabilities*. 2002;9:45-53.
6. Roid GH. Stanford-Binet intelligence scales- fifth edition: technical manual. Itasca, IL: Riverside Publishing; 2003.
7. Roid GH. Stanford-Binet intelligence scales- fifth edition: examiners' manual. Itasca, IL: Riverside Publishing; 2003.
8. Naglieri JA, Brunnert K. Wechsler nonverbal scale of ability (WNV). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc; US; 2009. 315-38 p.
9. Roid GH, Miller LJ. Leiter international performance scale-revised (Leiter-R). Wood Dale, IL: Stoelting. 1997;10.
10. Grondhuis SN, Lecavalier L, Arnold LE, Handen BL, Scahill L, McDougle CJ, et al. Differences in verbal and nonverbal IQ test scores in children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2018;49:47-55.
11. Sparrow SS, Cicchetti DV. The Vineland adaptive behavior scales: Allyn & Bacon; 1989.
12. Banire B, Jomhari N, Ahmad R. Visual hybrid development learning system (VHDL) framework for children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*. 2015;45(10): 3069-84.
13. Colorosa SR, Makela CJ. Integrative literature review: Styles of learning for autism spectrum disorders and human resource development: informing performance management. *International Journal of Business and Social Science*. 2014;5(13).
14. Gunn KC, Delafield-Butt JT. Teaching children with autism spectrum disorder with restricted interests: A review of evidence for best practice. *Review of Educational Research*. 2016;86(2):408-30.
15. Correa Camargo JAC. Visual worksheets: a tool to enhance fluency and accuracy in a student with Asperger Syndrome

- (AS): Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2018.; 2018.
16. Marco EJ, Hinkley LB, Hill SS, Nagarajan SS. Sensory processing in autism: a review of neurophysiologic findings. *Pediatric research*. 2011;69(8):48-54.
17. DeThorne LS, Schaefer BA. A guide to child nonverbal IQ measures. 2004.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบวัดสุขภาวะทางจิต (Psychological Well-Being Scale-PWBS) ฉบับภาษาไทย

ญาดา ธงธรรมรัตน์, ปร.ด.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อแปลแบบวัดสุขภาวะทางจิต (Psychological Well-Being Scale-PWBS) จากภาษาอังกฤษเป็นฉบับภาษาไทย และทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย

วัสดุและวิธีการ การวิจัย Validity study ในกลุ่มตัวอย่าง 122 คน เป็นประชาชนไทย อายุ 14-60 ปี อ่านเขียนหนังสือภาษาไทยได้ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช เก็บข้อมูลความตรงและความเที่ยงด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ดัชนีวัดความสุขคนไทย และแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความตรงด้วย Pearson Correlation และวิเคราะห์ความเที่ยงด้วย Cronbach's alpha

ผล ความตรง (Concurrent validity) ของแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทยทั้งฉบับ เท่ากับ .510 และองค์ประกอบย่อยแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย ด้าน 1) เป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) 2) ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม (Environment mastery) 3) พัฒนาตนเอง (Personal Growth) 4) สัมพันธภาพทางบวก (Positive relationship with others) 5) จุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in life) และ 6) ยอมรับตนเอง (Self-acceptance) เทียบกับดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย เท่ากับ .289, .414, .380, .395, .479, .488 ตามลำดับ ความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทยทั้งฉบับ เท่ากับ .901 และองค์ประกอบย่อยรายแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย 1) เป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) 2) ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม (Environment mastery) 3) พัฒนาตนเอง (Personal Growth) 4) สัมพันธภาพทางบวก (Positive relationship with others) 5) จุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in life) และ 6) ยอมรับตนเอง (Self-acceptance) เท่ากับ .470, .622, .643, .674, .516, .760 ตามลำดับ

สรุป แบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทยมีความตรงเท่ากับ .510 และมีความเที่ยงเท่ากับ .901

คำสำคัญ สุขภาวะทางจิต แบบวัดทางจิตวิทยา การแปลย้อนกลับ

*โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์

ติดต่อผู้นิพนธ์ email: bbyadapings@gmail.com

Original Articles

The developing of the Psychological well-being in Thai version

Yada Thongthammarat, Ph.D.*

Abstract

Objectives To translate the psychological well-being scale into Thai and tested its psychometric properties of the Psychological well-being in Thai version

Materials and Methods This was a validity study in 122 Thai population, aged 18-60 years who can read Thai fluency and never been diagnosed with any psychiatric conditions. Research instrument were the Thai Happiness Index-15 and the translated Psychological well-being. Data were analyzed by using descriptive statistic, Pearson Correlation, and Cronbach's alpha

Results Concurrent validity of the Psychological well-being in Thai version was .510, and for 6 factors were as follow: Autonomy (.289) Environment mastery (.414) Personal Growth (.380) Positive relationship with others (.395) Purpose in life (.479) and Self-acceptance (.488). Reliability of the Psychological well-being in Thai version was .901 and in 6 factors were as follow: Autonomy (α = .470) Environment mastery (α = .622) Personal Growth (α = .643) Positive relationship with others (α = .674) Purpose in life (α = .674) and Self-acceptance (α = .760).

Conclusion Validity of the Psychological well-being in Thai version was .510 and total reliability was .901

Keywords: psychological well-being, psychological test, back-translation method

* Nakhon Ratchasima Ratchanakarin Psychiatric Hospital

Corresponding author email: bbyadaping@gmail.com

บทนำ

สุขภาวะทางจิต^{1,2} มี 6 องค์ประกอบ ดังนี้
 1) เป็นตัวของตัวเอง (autonomy) คือ มีความมุ่งมั่น และมีอิสระทางความคิด สามารถยืนหยัดต่อแรงกดดันทางสังคม ควบคุมพฤติกรรมจากภายใน และประเมินตนเองจากมาตรฐานของตนเอง 2) ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม คือ มีทักษะและความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบตัว จัดการกับกิจกรรมภายนอกที่เข้ามา และสร้างให้เกิดประโยชน์สูงสุดสามารถเลือกสิ่งที่เหมาะกับความต้องการและค่านิยมของตนเอง 3) พัฒนาค้นตนเอง คือ รู้สึกต้องการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มองเห็นชีวิตคือการพัฒนาและเติบโต ไปสู่ประสบการณ์ใหม่ 4) สัมพันธภาพทางบวก คือ มีความอบอุ่น และเชื่อมั่นในสัมพันธภาพกับผู้อื่น เข้าใจในเรื่องราวการให้และการรับเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างกันของมนุษย์ 5) จุดมุ่งหมายในชีวิต คือ มีเป้าหมายและทิศทางในการดำเนินชีวิต รู้จักชีวิตในอดีตและปัจจุบันมีคุณค่า มีความเชื่อที่สามารถทำให้ดำรงชีวิตอย่างมีเป้าหมายและ 6) ยอมรับตนเอง คือ มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ยอมรับข้อดีข้อด้อยของตนเอง และรู้สึกดีกับชีวิตของตนเองในอดีต

แบบวัดสุขภาวะทางจิต³ วัด 6 องค์ประกอบ คือ 1) เป็นตัวของตัวเอง 2) ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม 3) พัฒนาค้นตนเอง 4) สัมพันธภาพทางบวก 5) จุดมุ่งหมายในชีวิต และ 6) ยอมรับตนเอง ค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) อยู่ระหว่าง 0.81 ถึง 0.88 และในแต่ละองค์ประกอบ มี internal reliability ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (α) ระหว่าง 0.86 ถึง 0.93^{4,5} แบบวัดสุขภาวะทางจิตมี 4 ฉบับ คือ 1) 84 ข้อคำถาม 2) 54 ข้อคำถาม 3) 42 ข้อคำถาม และ 4) 18 ข้อคำถาม⁵

การวัดทางจิตวิทยา (psychometrics) ในแต่ละองค์ประกอบ มีรายละเอียดดังนี้ anatomy ($\alpha=.71$), environment mastery ($\alpha=.78$), personal growth ($\alpha=.75$), positive relationships with others ($\alpha=.78$), purpose in life ($\alpha=.70$), and self-acceptance ($\alpha=.84$)⁶

แบบวัดสุขภาวะทางจิต เป็นแบบตอบด้วยตนเอง ค่าคะแนนจาก 1 ถึง 7 โดย 1 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = เห็นด้วย 3 = เห็นด้วยเล็กน้อย 4 = เฉย ๆ 5 = ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย 6 = ไม่เห็นด้วย 7 = ไม่เห็นด้วยอย่างมาก⁶ การคิดคะแนนเป็นภาพรวม และมีการกลับค่าคะแนนในข้อบางข้อ คำถาม แบบวัดนี้ไม่มีจุดตัดระดับของสุขภาวะ แต่เป็นการคิดคะแนนรวมเทียบกลุ่ม โดยกลุ่มที่สูงกว่า 75 เปอร์เซนต์ถือว่ามีความสุขทางจิตสูง และกลุ่มที่ต่ำกว่า 25 เปอร์เซนต์ถือว่ามีความสุขทางจิตต่ำ หรือสามารถแบ่งจากค่าเฉลี่ยของกลุ่ม โดยกลุ่มสุขภาวะทางจิตสูง มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงกว่าค่าเฉลี่ย +1.5 และกลุ่มสุขภาวะทางจิตต่ำ มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานต่ำกว่าค่าเฉลี่ย -1.5⁵ ซึ่งมีการพัฒนาเพื่อหาค่าความตรงและความเที่ยงในหลายภาษา เช่น ภาษาจีน (ฮ่องกง และสาธารณรัฐประชาชนจีน) สำหรับในประเทศไทยมีการพัฒนาแบบวัดสุขภาวะทางจิตขึ้นตามแนวคิดของ Ryff แต่พบว่ายังไม่ครอบคลุมในการวัดองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตทั้ง 6 ด้านและใช้เฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ⁷

การศึกษาโครงสร้างของแบบวัดสุขภาวะทางจิต⁸ ฉบับสั้นองค์ประกอบย่อยละ 3 ข้อ 6 องค์ประกอบรวมแบบทดสอบทั้งฉบับ 18 ข้อ เปรียบเทียบกับฉบับสมบูรณ์ที่พัฒนาในปีค.ศ. 1989 และปีค.ศ. 1994 พบว่า ฉบับปีค.ศ. 1989 เมื่อเปรียบเทียบกับแบบวัดความสุข มีค่าความตรง

แยกตามองค์ประกอบ Autonomy, Environment mastery, Personal Growth, Positive relationship with others, Purpose in life และ Self-acceptance เท่ากับ .36, .62, .25, .30, .42, .55 ตามลำดับ ฉบับปีค.ศ.1994 เมื่อเปรียบเทียบกับแบบวัดความสุข มีค่าความตรงแยกตามองค์ประกอบ Autonomy, Environment mastery, Personal Growth, Positive relationship with others, Purpose in life และ Self-acceptance เท่ากับ .31, .51, .16, .38, .41, .54 ตามลำดับ

การพัฒนาแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับสั้นสำหรับวัยรุ่นในประเทศไทย⁹ โดยพัฒนาจากแบบวัดสุขภาวะทางจิตของ Ryff ฉบับ 42 ข้อ เป็นภาษาจีน ตัดข้อความทางลบออกและเพิ่มข้อความทางบวกเข้าไป ได้แบบทดสอบฉบับสั้น องค์ประกอบย่อยละ 4 ข้อ 6 องค์ประกอบ รวมแบบทดสอบทั้งฉบับ 24 ข้อ ได้ค่าความตรงอยู่ระหว่าง .64 ถึง .89 และค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง .77 ถึง .88

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามแนวทางการฟื้นฟูสุขภาวะ (Recovery) นักจิตวิทยาคลินิกจึงได้พัฒนาบริการจิตบำบัดให้สอดคล้องกับแนวทางการฟื้นฟูสุขภาวะด้วย Well Being-Therapy มาทดลองบริการแก่ผู้ป่วย ซึ่งแนวทางการบำบัดดังกล่าวมีพื้นฐานมาจาก Ryff's cognitive model of psychological well-being^{1,2} แต่แบบประเมินในการบำบัดยังเป็นการวัดสุขภาวะทางจิตในภาพรวม จึงต้องการแบบวัดสุขภาวะทางจิตที่เป็นภาษาไทยที่สามารถวัดองค์ประกอบย่อย เพื่อการติดตามสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมในแต่ละองค์ประกอบย่อย จากการทบทวนวรรณกรรมแม้ว่าแบบ

ประเมินสุขภาวะทางจิตมีการแปลเป็นฉบับภาษาไทยแล้ว แต่พบว่าเป็นการแปลแบบประเมินที่เป็นชุดข้อคำถาม 84 ข้อและมีการทดสอบความตรงความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย¹⁰ และถึงแม้จะมีการหาค่า IOC รวมถึงมีค่า Internal Consistency ที่ค่อนข้างสูง แต่ยังมีจำนวนข้อคำถาม 63 ข้อ¹¹ จึงไม่เหมาะกับการนำไปใช้งานจริงในคลินิก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาแบบวัดสุขภาวะทางจิต (Psychological Well-Being Scale-PWBS) ฉบับภาษาไทยขึ้น ในกลุ่มประชาชนไทยทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามแบบวัดสุขภาวะทางจิตยังสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานทางจิตวิทยาคลินิก ใช้ติดตามสุขภาวะทางจิตในกลุ่มประชากรทั่วไป หรือใช้ในการวิจัยทางจิตวิทยา ทางสาธารณสุข หรืออื่น ๆ ได้เช่นกัน

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแปลแบบวัดสุขภาวะทางจิต (Psychological Well-Being Scale-PWBS) จากภาษาอังกฤษเป็นฉบับภาษาไทย และเพื่อทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทยในกลุ่มประชาชนไทยทั่วไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

สำหรับการพัฒนาแบบวัดสุขภาวะทางจิตในครั้งนี้ เป็นการวิจัย Validity study ใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ¹²⁻¹⁷ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้ 1) ผู้วิจัยแปลต้นฉบับแบบวัดสุขภาวะทางจิตจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย 2) ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย ครั้งที่ 1 3) นักภาษาศาสตร์แปลฉบับภาษาไทย ครั้งที่ 1 กลับเป็นฉบับแปลกลับภาษาอังกฤษ ครั้งที่ 1 โดยไม่เห็นต้นฉบับของแบบวัดสุขภาวะทางจิต

4) ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาด้วยกระบวนการ face validity นำแบบวัดสุขภาวะฉบับภาษาไทย ครั้งที่ 1 และฉบับแปลกลับภาษาอังกฤษ ครั้งที่ 1 มาเปรียบเทียบกับเนื้อหา concept equivalence โดยผู้แปลทั้งสองคนและผู้เชี่ยวชาญ จนกว่าจะมีการปรับข้อคำถามด้วยความเห็นที่ตรงกันทั้งสามคนว่า เนื้อหาการแปลฉบับภาษาไทยมีความหมายเดียวกันกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ 5) ผู้สมัครทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน และ 6) ทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย (internal reliability) และหาความสัมพันธ์กับดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (Thai Happiness Indicators–TMHI) ในกลุ่มตัวอย่าง การแปลภาษาเป็นกระบวนการสำคัญในการแปลแบบทดสอบ/แบบวัดข้ามวัฒนธรรม ซึ่งผู้แปลสามารถเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับงบประมาณ ข้อจำกัด หรือบริบททางวัฒนธรรมตนเอง

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนไทยที่ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช อ่านเขียนภาษาไทยได้ อายุ 18-60 ปี และยินยอมให้ข้อมูลผ่าน google form เลือกแบบสุ่มอย่างง่าย จำนวน 122 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามแนวทางการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cochran กรณีไม่ทราบขนาดประชากรที่ชัดเจน^{18,19} ผู้วิจัยจึงใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation ด้วยโปรแกรม G power โดยกำหนดค่า effect size เป็น 0.3 (medium) α err prop = 0.05 power = 0.95 รายละเอียดตามรูปที่ 2 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 115 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 10% รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 122 คน ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ 003/2565 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2565

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ภูมิลำเนา และสุขภาพ 2) ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (Thai Happiness Indicators: THI-15)²⁰ เป็นแบบประเมินความสุขด้วยตนเอง จำนวน 15 คำถาม เพื่อประเมินความสุขของคนไทยในประชาชนทั่วไป ในกลุ่มอายุ 15-60 ปี ไม่จำกัดเพศ สามารถอ่านออกเขียนได้ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านด้วยตนเองได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง การศึกษาความตรงร่วมสมัย (concurrent validity) กับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย พบความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง โดยมีค่าสหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient) เท่ากับ 0.49 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.70 3) แบบวัดสุขภาวะทางจิต (Psychological Well-being Scale)³ วัด 6 องค์ประกอบคือ (1) เป็นตัวของตัวเอง (2) ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม (3) พัฒนาตนเอง (4) สัมพันธภาพทางบวก (5) จุดมุ่งหมายในชีวิต และ (6) ยอมรับตนเอง ค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) อยู่ระหว่าง 0.81 ถึง 0.88, และในแต่ละองค์ประกอบมี internal reliability ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (α) ระหว่าง 0.86 ถึง 0.93 4,5 จำนวน 42 ข้อคำถาม เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามผ่าน Google form จนกลุ่มตัวอย่างครบ 122 คน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ Concurrent

validity ระหว่างแบบวัดสุขภาวะทางจิต (PWBS) กับดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (Thai Happiness Indicators – THI) ด้วยค่า Pearson Correlation และวิเคราะห์ Reliability และ Internal consistency ด้วยค่า Cronbach’s alpha

ผล

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 122 คน โดยเป็นเพศหญิงจำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 65.6 เพศชายจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 และเพศทางเลือกจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.1 กลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ถึง 30 ปีจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 22.1 อายุ 31 ถึง 45 ปีจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 31 อายุ 46-60 ปีจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 36.9 การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 ปริญญาตรี

จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 สูงกว่าปริญญาตรีจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 35.2 สุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 77 มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดัน ฯลฯ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 33 ภูมิลาเนาภาคกลางจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 36.1 ภาคเหนือจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 18 ภาคใต้จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 8.2 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 37.7 อาชีพว่างงานจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.7 งานอิสระจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.7 ค้าขายจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 รับจ้างจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 13.9 รับราชการจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 และอื่น ๆ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 25.4

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ภายในระหว่างองค์ประกอบย่อยของแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย

องค์ประกอบย่อย						
แบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย	AU	EM	PG	PR	PL	SA
1. เป็นตัวของตัวเอง (Autonomy: AU)	-					
2. ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม (Environment mastery: EM)	.560**	-				
3. พัฒนาดตนเอง (Personal Growth: PG)	.543**	.678**	-			
4. สัมพันธภาพทางบวก (Positive relationship with others: PR)	.411**	.624**	.691**	-		
5. จุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in life: PL)	.362**	.553**	.623**	.563**	-	
6. ยอมรับตนเอง (Self-acceptance: SA)	.431**	.604**	.660**	.664**	.618**	-

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

จากตารางที่ 1 พบว่าความสัมพันธ์ภายในระหว่างองค์ประกอบย่อยแบบวัดสุขภาวะทางจิต ฉบับภาษาไทย อยู่ระหว่าง .362 ถึง .678 โดยพบว่ามีความสัมพันธ์สูงสุดระหว่างสัมพันธ์ภาพทางบวก (Positive relationship with others)

และพัฒนาตนเอง (Personal Growth) และความสัมพันธ์ต่ำสุดระหว่าง เป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) และจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in life)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบย่อยของแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย แบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย และดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย

แบบวัด	แบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย	องค์ประกอบย่อยของแบบวัดสุขภาวะทางจิต ฉบับภาษาไทย					
		AU	EM	PG	PR	PL	SA
ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย	.510**	.289**	.414**	.380**	.395**	.479**	.488**

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

จากตารางที่ 2 พบว่าความตรง (Concurrent validity) ของแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย เทียบกับดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยทั้งฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation) เท่ากับ .510 และหากพิจารณาองค์ประกอบย่อยของแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย พบว่า ความตรง

(Concurrent validity) ขององค์ประกอบย่อยแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย ด้าน Autonomy, Environment mastery, Personal Growth, Positive relationship with others, Purpose in life, Self-acceptance เทียบกับดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย เท่ากับ .289, .414, .380, .395, .479, .488 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ด้วย Cronbach's alpha ภาพรวม และองค์ประกอบย่อยของแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย

	N of Items	Cronbach's Alpha
แบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย	42	.901
Autonomy	7	.470
Environment mastery	7	.622
Personal Growth	7	.643
Positive relationship with others	7	.674
Purpose in life	7	.516
Self-acceptance	7	.760

วิจารณ์

ความตรง (Concurrent validity) ของแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย เทียบกับดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation) เท่ากับ .510 และหากพิจารณาองค์ประกอบย่อยของแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย พบว่ามีความสัมพันธ์ใกล้เคียงกับการหาความตรงและความเที่ยง ปีค.ศ.1989 และปีค.ศ.1994 พบว่าฉบับปีค.ศ.1989 เมื่อเปรียบเทียบกับแบบวัดความสุข มีค่าความตรงแยกตามองค์ประกอบ Autonomy, Environment mastery, Personal Growth, Positive relationship with others, Purpose in life และ Self-acceptance เท่ากับ .36, .62, .25, .30, .42, .55 ตามลำดับ ฉบับปี 1994 เมื่อเปรียบเทียบกับแบบวัดความสุข มีค่าความตรงแยกตามองค์ประกอบ Autonomy, Environment mastery, Personal Growth, Positive relationship with others, Purpose in life และ Self-acceptance เท่ากับ .31, .51, .16, .38, .41, .54 ตามลำดับ⁸

เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับสั้น (18 ข้อคำถาม) ของ Ryff⁹ ที่พบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบย่อยในแบบวัดสุขภาวะทางจิตกับแบบประเมินความสุข ด้าน Autonomy .08, Environment mastery .40, Personal Growth .15, Positive relationship with others .26, Purpose in life .13, Self-acceptance .36 ตามลำดับ กับการศึกษาครั้งนี้ พบความตรงและความเที่ยงที่ค่อนข้างสูงกว่า แสดงถึงแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับสั้น อาจ

ไม่สามารถวัดองค์ประกอบย่อยได้ดีเทียบเท่ากับฉบับปกติ การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ คือ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้วัดสุขภาพจิตด้านบวก คือ ความสุข เพียงอย่างเดียว สำหรับการศึกษาค้นคว้าต่อไปควรเพิ่มแบบวัดผลทางจิตวิทยาที่สอดคล้องกับองค์ประกอบย่อยแต่ละด้าน ได้แก่ Autonomy, Environment mastery, Personal Growth, Positive relationship with others, Purpose in life, Self-acceptance เพื่อให้มีความตรงในการวัดสุขภาวะทางจิตได้หลากหลายมิติมากขึ้น และแบบวัดสุขภาวะทางจิตมีค่าความตรงและความเที่ยงที่สามารถนำไปใช้ในกลุ่มประชาชนทั่วไป หรือใช้ติดตามความก้าวหน้าของผู้ที่เข้ารับการบำบัดจิตบำบัดตามแนวทาง Well-Being Therapy

สรุป

ความตรง (Concurrent validity) ของแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทยทั้งฉบับเท่ากับ .510 และองค์ประกอบย่อยแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย ด้าน Autonomy, Environment mastery, Personal Growth, Positive relationship with others, Purpose in life, Self-acceptance เทียบกับดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย เท่ากับ .289, .414, .380, .395, .479, .488 ตามลำดับ ความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทยทั้งฉบับ เท่ากับ .901 และองค์ประกอบย่อยรายแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับภาษาไทย ด้าน Autonomy, Environment mastery, Personal Growth, Positive relationship with others, Purpose in life และ Self-acceptance เท่ากับ ($\alpha = .760$) .470, .622, .643, .674, .516, .760 ตามลำดับ

เอกสารอ้างอิง

1. Fava GA. Well-Being Therapy: Treatment Manual and Clinical Applications. German: KARGER; 2016.
2. Ruini C, Fava GA. Clinical Applications of Well-Being Therapy. In Linley PA, Joseph S, editors. Positive psychology in practice. John Wiley & Sons, Inc; 2004. p. 371–87.
3. Ryff CD. Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. psychotherapy and Psychosomatics 2014;83:10-28. doi:10.1159/000353263
4. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology 1989; 57(6):1069-81. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
5. Ryff CD. 14-items handout of Psychological Well-Being Scale. Institute on Aging. University of Wisconsin. US.; 2012.
6. ICPSR. MIDUS projects. 2016 [cited 2016 May 20]. Available from: <https://www.icpsr.umich.edu/web/ICPSR/studies/37095>
7. Warupsorn R. The effect of personal growth group on psychological well-being of the elderly. (Master). Bangkok: Chulalongkorn University; 2006.
8. Ryff CD, Keyes C. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. Journal of Personality and Social Psychology 1995;69:719-727. doi:10.1037/0022-3514.69.4.719
9. Chan D, Chan L, Sun I. Developing a Brief Version of Ryff's Scale to Assess the Psychological Well-Being of Adolescents in Hong Kong. European Journal of Psychological Assessment 2017;35:1-9.
10. อภากร เปี้ยวนิม, พูลพงศ์ สุขสว่าง, ปิยะทิพย์ ประจุพรหม. การพัฒนามาตรวัดความฉลาดทางจิต. วารสารพยาบาล 2563; 69(2):30-36.
11. Chaleeraktragoon T, Taesilapasathit C. Family influence on career choices as a predictor for psychological well-being of Thai university students. Journal of Liberal Arts, Thammasat University 2022;22(2):300-315. doi:10.14456/lartstu.2022.24
12. Beaton DE, Bombardier CF, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. SPINE 2000; 25(24):3186-91.
13. Cha ES, Kim KH, Erlen JA. Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. Journal of Advanced Nursing 2007;58(4):386-95.
14. Chan TSF, Lam LCW, Chiu HFK. Validation of the Chinese version of the Zarit Burden Interview. Hong Kong Journal of Psychiatry 2005;15(1):9-13.

15. Sawasdipani N, Tiansawad S. Instrument Translation for Cross-Cultural Research: Technique and Issues to be considered. Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(2):19-28.
16. Silpakit O, Silpakit C, Chomchuen R. Psychometric study of the Thai version of Zarit Burden Interview in psychiatric caregivers. Journal of Mental Health of Thailand 2015;23(1):12-23.
17. Tang JY, Ho AH, Luo H, Wong GH, Lau BH, Lum TY, et al. Validating a Cantonese short version of the Zarit Burden Interview (CZBI-Short) for dementia caregivers. Aging Ment Health 2016; 20(9): 996-1001.
18. Uakarn C, Chaokromthong K, Sintao N. Sample Size Estimation using Yamane and Cochran and Krejcie and Morgan and Green Formulas and Cohen Statistical Power Analysis by G*Power and Comparisons. APHEIT INTERNATIONAL JOURNAL 2021; 10(2):76-88.
19. วิมลภ รัษฎัตรานนท์. การหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย: มายาคติในการใช้สูตรของทาโรยามาเนและเครทชี-มอร์แกน. วารสารสหวิทยาการวิจัย 2562 ฉบับบัณฑิตศึกษา; 8(1), 11-28.
20. กรมสุขภาพจิต.ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย Thai Happiness Indicators (THI-15). [อินเทอร์เน็ต]. 2545 เข้าถึงได้จาก: www.dmh.go.th/test/download/files/thi15.pdf

นิพนธ์ต้นฉบับ

กระบวนการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาของเด็กออทิสติก โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา

ยุวดี อ่ำประยูร, ศศ.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของกระบวนการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาของเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา

วัสดุและวิธีการ เป็นการฝึกพูดที่นักแก้ไขการพูดฝึกกระตุ้นทักษะทางภาษา รวมทั้งมอบหมายให้ผู้ปกครองเป็นผู้ฝึกเด็กที่บ้าน มีการตรวจสอบกิจกรรมการฝึกพูดที่บ้าน มีการฝึกพูดทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที เป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยมีการประเมินผลการฝึกก่อนหลังด้วยแบบประเมิน Developmental Skills Inventory (DSI) เฉพาะด้านความเข้าใจภาษาและด้านการใช้ภาษา เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2564 ถึง ธันวาคม 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นออทิสติกที่มีอายุระหว่าง 2 ถึง 5 ปี จำนวน 15 คน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผล พบว่าเด็กออทิสติกที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษามีคะแนนทางด้านความเข้าใจภาษาสูงกว่าก่อนเข้ารับกระบวนการกระตุ้น (ก่อนทดลอง $\bar{X} = 9.01$, S.D. = 3.43 หลังทดลอง $\bar{X} = 13.13$, S.D. = 4.22) โดยคะแนนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และพบว่าเด็กออทิสติกมีคะแนนด้านการใช้ภาษาสูงกว่าก่อนเข้ารับกระบวนการกระตุ้น (ก่อนทดลอง $\bar{X} = 8.40$, S.D. = 4.69 หลังทดลอง $\bar{X} = 14.27$, S.D. = 6.03) โดยคะแนนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

สรุป ผลของกระบวนการกระตุ้นพัฒนาการภาษาของเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา สามารถช่วยเพิ่มความสามารถทางภาษาของเด็กออทิสติกให้ดีขึ้นได้

คำสำคัญ พัฒนาการทางภาษา กระบวนการฝึกพูดโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา ออทิสติก

*โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ติดต่อผู้พิมพ์ email: yuwadee3005@gmail.com

Original Articles

The Effects of Stimulative Process on Language Development for Autistic children with the Involvement of their parents

Yuwadee Amprayoon, M.A.*

Abstract

Objectives This study aims to evaluate the results of language stimulation for children with autism with aids from their parents.

Materials and Methods Speech therapy was conducted by certified speech therapist, who later assigned parents to carry over the session at home. Speech therapist would also verify activities used at home. There were 3 sessions, with each lasted 60 minutes and they were conducted throughout 3 months. Pre/Post-evaluation was conducted via Developmental Skills Inventory (DSI) only in language comprehension and expression. The study lasted from August to December 2021. Fifteen samples were specifically selected from children with clinical diagnosis of autism aged from 2-5 years old. Data were analyzed via descriptive statistics with percentage, mean, standard deviation (SD) and paired t-test.

Results Autistic children who had engaging parents at home with their language stimulation possessed high language comprehension scores ($\bar{x} = 13.13$, S.D. = 4.22) with significant difference in statistics at p-value 0.01, and language expression scores were ($\bar{x} = 14.27$, S.D. = 6.03) with alike statistical results.

Conclusion Language stimulation with parents' engagement at home can improve language capacity for children with autism.

Keywords: language development, language stimulation with parents' engagement, autism

* Mettapracharak Hospital

Corresponding author email: yuwadee3005@gmail.com

บทนำ

จากรายงานอุบัติการณ์เด็กออทิสติก ในอดีตพบเพียง 2-5 คน ต่อประชากร 10,000 คน จากรายงานการสำรวจอุบัติการณ์กลุ่มอาการออทิสติกของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2553 พบความชุก 1:88¹ ปัจจุบันมีอัตราอุบัติการณ์สูงขึ้น โดยพบเด็กออทิสติก 5-10 คน ต่อประชากร 10,000 คน อัตราการเกิดโรคผู้ชายต่อผู้หญิง 4-5 คนต่อ 1 คน ส่วนรายงานของประเทศไทยของกรมสุขภาพจิต² ในปี 2558 พบเด็กไทยอายุ 0-5 ปี มีอัตราป่วย 6 ต่อ 1,000 คน มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 5,000 คน โรคออทิสติก (Autistic Disorder) หรือ ออทิสซึม (Autism) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการเด็ก รูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว โดยเด็กไม่สามารถพัฒนาทักษะสังคม ทักษะทางภาษา และการสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย มีลักษณะพฤติกรรม กิจกรรม และความสนใจ เป็นแบบแผนซ้ำ ๆ ไม่ยืดหยุ่น ปัญหาดังกล่าวเป็นตั้งแต่เล็ก แสดงให้เห็นก่อนอายุ 3 ขวบ หากเด็กได้รับการวินิจฉัย ดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตั้งแต่อายุน้อย ๆ และทำอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยให้เด็กกลุ่มนี้ดีขึ้นได้มาก³ การบำบัดอาการออทิสติกมีขั้นตอนคือให้ความสำคัญในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ปรับพฤติกรรม และเสริมสร้างด้านการเรียนรู้ อาศัยเทคนิคและแนวคิดต่าง ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือเด็ก รวมถึงการฝึกกิจวัตรประจำวัน การเรียนรู้รูปร่างตัวผ่านการเล่น ฝึกให้เด็กเล่นของเล่น สร้างเสริมปฏิสัมพันธ์ผ่านการเล่น การส่งออรรถบำบัด (Speech Therapy) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญด้านการแก้ไขการพูดจะสอนให้เด็กเปล่งเสียงและพูดออกมา โดยออรรถบำบัดจะช่วยให้เด็กเรียนรู้ภาษาและสื่อสารกับผู้อื่นได้ ในรายที่มีปัญหาด้าน

พฤติกรรมควรส่งเด็กเพื่อทำพฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) เพื่อช่วยให้เด็กเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีปัญหา สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้เด็กเข้าใจกฎเกณฑ์และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ นอกจากนี้การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา โดยบิดามารดาเป็นผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญในการฝึกสอนเด็กมาวางแผนการรักษาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ผู้เชี่ยวชาญสามารถวางแผนฝึกเด็กโดยตรง ให้การปรึกษาบิดามารดา สมาชิกทุกคนในครอบครัวทั้งครูและคนในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ผู้เชี่ยวชาญสามารถช่วยบิดามารดาแก้ไขปัญหายากที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะกับเด็ก เป็นผู้ส่งเสริมการดูแลเด็กที่บ้าน ผู้เชี่ยวชาญให้กำลังใจบิดามารดา ให้ข้อมูลที่เป็นจุดสังเกต และป้องกันปัญหาพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้น ซึ่งทั้งบิดามารดาและผู้เชี่ยวชาญต่างก็มีความสำคัญเท่าเทียมกันในการช่วยเหลือเด็กออทิสติก มีงานวิจัยที่พบว่าการมีส่วนร่วมในการฝึกของผู้ปกครองของเด็ก ออทิสติกทำให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้น^{4,5,6}

คลินิกฝึกพูด โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านการแก้ไขการพูด จากสถิติของผู้ป่วยที่มีมารับบริการด้านความบกพร่องทางภาษาของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์ ในช่วงปี พ.ศ.2562 พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ที่มาขอรับบริการด้วยปัญหาทางภาษามีจำนวนถึง ประมาณ 70 ราย จากสถิติการมารับบริการของคลินิกฝึกพูด โดยมีเด็กมารับบริการจากสาเหตุพูดช้าเนื่องจากมีภาวะออทิสติกเป็นอันดับแรก ประมาณร้อยละ 42 ซึ่งเด็กกลุ่มนี้หากได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติ การประเมินและการช่วยเหลือบำบัดแก้ไขเร็วมากเท่าไร จะเป็นผลดีต่อการพัฒนาความสามารถทาง

ภาษาและช่วยลดความรุนแรงของการพูดติดกบได้ จากการทบทวนและประเมินผลการให้บริการทางคลินิกที่ผ่านมา พบว่าผู้ปกครองส่วนหนึ่งให้ข้อมูลว่า ขาดความรู้และขาดความมั่นใจในการฝึกทักษะทางภาษาให้กับลูก ดังนั้นการเพิ่มความรู้ให้กับผู้ปกครอง และให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา การใช้ศักยภาพของผู้ปกครอง อาจจะเป็นทางเลือกในการให้บริการเพื่อตรงกับความต้องการของผู้ปกครอง ช่วยให้ผู้ปกครองเกิดความมั่นใจและช่วยให้เกิดความต้องการที่สอดคล้องกันเพิ่มมากขึ้นระหว่างผู้ให้บริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากระบวนการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาของเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi –Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (One group Pretest Posttest Design) ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) รหัส 008/2564 (วันที่รับรอง 12 กรกฎาคม 2564 วันที่หมดอายุ 11 กรกฎาคม 2565) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นออทิสติกที่มีอายุระหว่าง 2 ถึง 5 ปี ประเมินระดับความรุนแรงของอาการออทิสติก (The Childhood Autism Rating Scale : C.A.R.S.) ของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ที่มีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับ Mild และ Moderate จำนวน 15 คน

พร้อมผู้ปกครองที่มาใช้บริการที่คลินิกฝึกพูด โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กได้แก่ อายุ เพศ ประวัติการเลี้ยงดู การเจ็บป่วยร้ายแรง เป็นต้น มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครอง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา เป็นต้น มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 3 สอบถามเกี่ยวกับการติดตามผลการฝึกที่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อและข้อคำถามปลายเปิด 1 ข้อ สร้างโดยผู้วิจัย ส่วนที่ 4 แบบวัดทักษะผู้ปกครอง สร้างโดยผู้วิจัย โดยผู้ปกครองแสดงวิธีการฝึกเด็ก ให้ผู้วิจัยประเมิน
- 2) คู่มือการฝึกพูดที่บ้าน สร้างโดยผู้วิจัย ซึ่งปรับปรุงมาจากออทิสซึม: การสอนพูดและการรักษาบำบัดแบบสหสาขาวิทยาการของเบญจมาศ พระธานี⁷ และพัฒนาจากคู่มือการสอนภาษาสำหรับครอบครัวยุติตามระดับภาษา 7 ระดับ⁸
- 3) สมุดคู่มือประจำตัวการฝึกพูดของเด็ก เพื่อให้ผู้ปกครองได้บันทึกผลการฝึกพูดที่บ้านได้ สร้างโดยผู้วิจัย ทั้งคู่มือการฝึกพูดที่บ้าน และสมุดคู่มือประจำตัวเด็กที่สร้างโดยผู้วิจัย ได้ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความสอดคล้องในเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญให้เพิ่มเนื้อหาในเรื่องการฝึกการเคลื่อนไหวของอวัยวะที่ใช้ในการออกเสียงในคู่มือการฝึกพูดที่บ้าน
- 4) แบบประเมิน DSI หรือ Developmental Skills Inventory ใช้ประเมินพัฒนาการ เด็กอายุ 0-5 ปี แบ่งพัฒนาการออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ ด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor , GM) การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor, FM) การเข้าใจภาษา (Receptive Language, RL) การใช้ภาษา (Expressive Language, EL) และ

การช่วยเหลือตัวเองและสังคม (Personal and Social, PS) งานวิจัยครั้งนี้เลือกใช้เฉพาะด้านภาษาคือ การเข้าใจภาษา (Receptive Language, RL) จำนวน 104 ข้อ และการใช้ภาษา (Expressive Language, EL) จำนวน 104 ข้อ ผู้วิจัยนำมาจากคู่มือการประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี (DSI:300 ข้อ) ของสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต⁹ การดำเนินการศึกษาตามขั้นตอน ดังนี้

1. คัดเลือกเด็กออทิสติกตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. แจกจ่ายละเอียดของโครงการวิจัยกับผู้ปกครอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของกระบวนการฝึกพูด ขอความยินยอมจากผู้ปกครอง และให้ผู้ปกครองเซ็นยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้
 - 3.1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กออทิสติก มีการประเมินความสามารถทางภาษาของเด็ก โดยใช้แบบประเมิน DSI (developmental screening inventory) และประเมินระดับความรุนแรงของอาการออทิสติก (The Childhood Autism Rating Scale : C.A.R.S.)
 - 3.2 แนะนำการฝึกเด็กตามแผนการสอนรายบุคคล ให้ความรู้ แจกคู่มือการฝึกพูดที่บ้าน สาธิตการฝึกพูด และให้โอกาสผู้ปกครองในการฝึกทักษะการฝึกพูด มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ และให้คำแนะนำ มอบหมายการบ้าน สมุดคู่มือประจำตัวการฝึกพูดที่บ้านของเด็กรายบุคคล โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการฝึกที่บ้าน ให้คำแนะนำการบันทึกข้อมูล แจกแบบสอบถามการติดตามผลการฝึกพูดที่บ้าน นัดติดตามผลการฝึกโดยผู้วิจัยเดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 เดือน

3.3 ผู้วิจัยติดตามการฝึกพูดที่บ้านของผู้ปกครอง โดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

- 3.3.1 ผู้วิจัยสอบถามผลการฝึกที่บ้านจากสมุดคู่มือประจำตัวการฝึกพูดที่บ้านของเด็ก โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา และจากแบบสอบถามการติดตามผลการฝึกพูดที่บ้านหากผู้ปกครองมีปัญหาในการฝึกที่บ้าน เช่น เด็กมีความสนใจสั้น เด็กไม่อยู่นิ่ง ฯลฯ จะมีการพูดคุย ชักถามปัญหาที่เกิดขึ้น และให้การช่วยเหลือผู้ปกครอง หลังจากนั้นให้ผู้ปกครองแสดงการฝึกที่บ้านให้ดู กรณีที่ผู้ปกครองทำไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยมีรูปแบบ คือ ผู้วิจัยทำให้ดู ผู้ปกครองทดลองทำ อภิปรายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ปกครอง หากผู้ปกครองมีความก้าวหน้าในการฝึก ผู้วิจัยให้การบ้านใหม่เพิ่ม
- 3.3.2 ผู้วิจัยประเมินทักษะของผู้ปกครอง หลังจากให้ผู้ปกครองแสดงการฝึกที่บ้านให้ผู้วิจัยดู มอบหมายการบ้าน การนัดติดตามเดือนที่ 2, 3 มีขั้นตอนเช่นเดียวกัน
- 3.4 หลังครบกำหนด 3 เดือน สิ้นสุดกระบวนการฝึกพูดโดยผู้ปกครองร่วมรักษา ผู้วิจัยประเมินความสามารถทางภาษาของเด็กโดยใช้แบบประเมิน developmental screening inventory
- 3.5 แจ้งผู้ปกครองสิ้นสุดโครงการวิจัย ผู้ปกครองสามารถพาเด็กมารับบริการต่อเนื่องตามแผนการรักษา

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไปของเด็ก ข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครอง การติดตามการฝึกที่บ้านของผู้ปกครอง ทักษะของผู้ปกครองในรูปร้อยละ ความถี่และค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบความสามารถทางภาษาของเด็ก

ก่อนหลังการทดลองในแต่ละราย โดยใช้ paired t-test

ผล

เด็กก้อทิสติกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีอายุระหว่าง 2-5 ปี อายุเฉลี่ย 3 ปี 2 เดือน และพบว่าเด็กก้อทิสติกที่เข้าร่วมการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นจำนวนร้อยละ 80 และพบว่าส่วนใหญ่พ่อแม่เป็นผู้เลี้ยงดูเองคิดเป็นร้อยละ 86.7 เด็กส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยร้ายแรง เด็กที่มีประวัติเจ็บป่วย

ร้ายแรง ร้อยละ 20 (3 คน) พบว่าเด็ก 1 คนเป็นโรคลมชัก และเด็กมีปัญหาด้านการนอน 2 คน โดยเด็กที่มีปัญหาการนอนคนที่ 2 มีปัญหาอารมณ์รุนแรงต้องกินยา เด็กทุกคนไม่เคยรับบริการด้านแก้ไขการพูดมาก่อน และพบว่าเด็กร้อยละ 60 มีอาการก้อทิสติกระดับน้อย (mild) ร้อยละ 40 มีอาการระดับปานกลาง (moderate) เด็กทุกคนมีแผนการบำบัดในด้าน การเพิ่มความสนใจ การฝึกความเข้าใจภาษา การฝึกการเปล่งเสียง และการพูดเป็นคำที่มีความหมาย แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน

ข้อมูลเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	12	80.0
หญิง	3	20.0
2. ประวัติการเลี้ยงดู		
พ่อ แม่เลี้ยงเอง	13	86.7
อยู่กับญาติ	2	13.3
3. ประวัติเจ็บป่วยร้ายแรง		
มี	3	20.0
ไม่มี	12	80.0
4. ประวัติการรับบริการด้านการแก้ไขการพูด		
ไม่เคย	15	100.0
5. การประเมินระดับอาการก้อทิสติก		
mild	9	60.0
moderate	6	40.0
6. ลักษณะทั่วไปและพฤติกรรมของเด็ก		
ความสนใจสั้น	15	100.0
มองสบตาน้อย	15	100.0
อยู่ไม่นิ่ง	15	100.0

ข้อมูลเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
7. แผนการบำบัดแก้ไขเพื่อการกระตุ้น และส่งเสริม		
พัฒนาการทางภาษาและการพูด		
เพิ่มความสนใจ	15	100.0
ฝึกความเข้าใจภาษา	15	100.0
การเปล่งเสียง	15	100.0
การพูดเป็นคำที่มีความหมาย	15	100.0

ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 33-62 ปี อายุเฉลี่ยของผู้ปกครอง 43 ปี 7 เดือน สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 93.3 ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็กโดยเป็นมารดาของเด็กร้อยละ 46.7 และมีความสัมพันธ์โดยเป็นบุคคลอื่นในครอบครัวร้อยละ 33.3 โดยเป็นยาย 3 คน เป็นปู่ 1 คน และเป็นย่า 1 คน อาชีพของบิดา ส่วนใหญ่ทำอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 73.3 และมารดาทำอาชีพรับจ้าง ร้อยละ

53.3 ระดับการศึกษาของบิดา ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 จบมัธยมศึกษา /ปวช.ปวส. ส่วนระดับการศึกษาของมารดา ส่วนใหญ่ร้อยละ 40 จบมัธยมศึกษา/ปวช. ปวส. และร้อยละ 40 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี/ ปริญญาโท ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 93.3 ผู้ดูแลใกล้ชิดเด็กส่วนมากเป็นมารดาเด็ก จำนวนร้อยละ 66.7 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครอง จำนวน 15 คน

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครอง	จำนวน	ร้อยละ
1. ช่วงอายุ		
อายุ 30-39 ปี	7	46.7
อายุ 40-49 ปี	3	20.0
อายุ 50-59 ปี	4	26.7
อายุ 60-69 ปี	1	6.7
2. สถานภาพสมรส		
คู่	14	93.3
หย่าร้าง / แยกกันอยู่	1	6.7
3. ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็ก		
มารดา	7	46.7
บิดา	3	20.0
อื่นๆ	5	33.3
4. อาชีพของบิดา		
รับจ้าง	11	73.3

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครอง	จำนวน	ร้อยละ
อิสระ	2	13.3
อื่นๆ	2	13.3
5. อาชีพของมารดา		
รับจ้าง	8	53.3
อิสระ	2	13.3
อื่นๆ	5	33.3
6. ระดับการศึกษาของบิดา		
ประถมศึกษา	2	13.3
มัธยมศึกษา / ปวช./ ปวส.	9	60.0
ปริญญาตรี	4	26.7
7. ระดับการศึกษาของมารดา		
ประถมศึกษา	3	20.0
มัธยมศึกษา / ปวช./ ปวส.	6	40.0
ปริญญาตรี	5	33.3
สูงกว่าปริญญาตรี	1	6.7
8. ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	14	93.3
ครอบครัวขยาย	1	6.7
9. ผู้ดูแลใกล้ชิด		
บิดา	1	6.7
มารดา	10	66.7
อื่นๆ	4	26.7

การติดตามการฝึกที่บ้านของผู้ปกครองทั้ง 3 ครั้งพบว่า ด้านการกระตุ้นพัฒนาการภาษาให้กับลูกที่บ้าน ผู้ปกครองฝึกทุกวัน ทั้ง 3 เดือน จำนวนครั้งที่ผู้ปกครองฝึกพูดให้กับลูกมากกว่า 5 ครั้งต่อวัน ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกต่อครั้งส่วนใหญ่น้อยกว่า 10 นาที ปัญหาที่ผู้ปกครองพบในการฝึกพูดที่บ้าน

คือเด็กไม่ร่วมมือ เด็กเบื่อ โดยเฉพาะในเดือนที่ 3 พบว่า ปัญหาของเด็กเพิ่มสูงขึ้นเพราะเด็กมีพฤติกรรมอยู่นิ่งๆ ไม่สนใจเล่น เด็กบางคนไม่สนใจในการทำกิจกรรม แสดงดังตารางที่ 3 มีการให้คำแนะนำ เช่น การเลือกกิจกรรมตามความสนใจของเด็ก ฯลฯ

ตารางที่ 3 การติดตามการฝึกที่บ้านของผู้ปกครอง ในเดือนที่ 1-3

การติดตามการฝึกที่บ้านของผู้ปกครอง	เดือนที่ 1 ร้อยละ	เดือนที่ 2 ร้อยละ	เดือนที่ 3 ร้อยละ
1. การกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาให้กับลูกที่บ้าน			
ฝึกบ่อย	100.0	93.3	93.3
ฝึกบ้าง	-	6.7	6.7
2. จำนวนครั้งที่ผู้ปกครองฝึกพูดให้กับลูก / วัน			
5 ครั้งต่อวัน	20.0	26.7	33.3
มากกว่า 5 ครั้งต่อวัน	80.0	73.3	66.7
3. ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกต่อครั้ง			
น้อยกว่า 10 นาที	73.3	73.3	80
ประมาณ 15 – 20 นาที	26.7	26.7	13.3
มากกว่า 20 นาทีขึ้นไป	-	-	6.7
4. ปัญหาที่ผู้ปกครองพบในการฝึกพูดให้กับลูกที่บ้าน			
เด็กไม่ร่วมมือ	33.3	40	26.7
เด็กร้อง	6.7	33.3	6.7
เด็กเบื่อ	20.0		20.0
อื่น ๆ (ความสนใจสั้น พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง)	40.0	26.7	46.7

การติดตามเดือนที่ 1 หลังจากที่คุณผู้ปกครองกลับไปฝึกที่บ้าน พบว่า ทักษะที่คุณผู้ปกครองทำได้ ร้อยละ 100 ได้แก่ ด้านการผลัดกันเล่นกับเด็ก และทักษะทางด้านการปรับพฤติกรรม การเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมในการให้รางวัล ทักษะที่คุณผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังทำไม่ได้ ได้แก่ ทักษะการรอการตอบสนองจากเด็ก ร้อยละ 92.3 การให้ความช่วยเหลือเด็กด้วยการจับมือทำ ผู้ปกครองทำไม่ได้ ร้อยละ 92.3 ด้านการใช้คำพูด หรือคำสั่ง ผู้ปกครองทำไม่ได้ร้อยละ 92.3 ด้านการกระตุ้นให้เด็กมองตามของเล่น ผู้ปกครองทำไม่ได้ร้อยละ 84.6 การกระตุ้นให้เด็กมองตามของเล่น และเล่นของเล่น ผู้ปกครองทำไม่ได้ร้อยละ 84.6 ด้านการควบคุมให้เด็กนั่งอยู่กับที่ การฝึกให้เด็กจดจ่อ การกระตุ้นให้เด็กมองของ

เล่น และมีความสนใจร่วมกับผู้สอน ผู้ปกครองทำไม่ได้ร้อยละ 76.9 ด้านการกระตุ้นให้เด็กเล่นตามแบบ การเลือกอุปกรณ์สอนทักษะทางภาษา การเลือกรางวัล การรอ ผู้ปกครองทำไม่ได้ร้อยละ 69.2 ทักษะด้านการเล่นกับเด็ก การเลียนเสียงเลียนแบบท่าทาง ผู้ปกครองทำไม่ได้ ร้อยละ 61.5 ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำเพิ่มแก่ผู้ปกครองในทักษะด้านต่าง ๆ ที่ผู้ปกครองยังทำได้ไม่ค่อยดี ติดตามหลังจากที่คุณผู้ปกครองกลับไปฝึกที่บ้าน การติดตามเดือนที่ 2 ผู้ปกครองมีทักษะที่ดีขึ้นในด้านการฝึกให้เด็กสนใจของเล่น สามารถควบคุมให้เด็กนั่งอยู่กับที่ กระตุ้นให้เด็กสนใจจดจ่อ กระตุ้นให้เด็กมองของเล่น ให้เด็กถือของเล่นและจับของเล่น กระตุ้นให้เด็กเล่นของเล่น และด้านความสนใจร่วมกับ

ผู้สอน ทักษะของผู้ปกครองในเดือนที่ 3 หลังจบกระบวนการกระตุ้นพัฒนาการภาษาโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา ผู้ปกครองมีทักษะโดยรวมในด้านต่าง ๆ ดีขึ้น

ด้านที่ 1 การฝึกให้เด็กสนใจของเล่น ผู้ปกครองมีทักษะในด้านต่าง ๆ ดีขึ้น เช่นการควบคุมให้เด็กอยู่กับที่ กระตุ้นให้เด็กจดจ่อ มองของเล่น มองตามของเล่น การกระตุ้นให้เด็กจับของเล่น และเล่นของเล่น และมีความสนใจร่วมกับผู้สอน

ด้านที่ 2 ทักษะการเล่น ด้านการเล่นกับเด็ก ผู้ปกครองมีทักษะในด้านการเล่นเลียนเสียงกับเด็ก เล่นแบบทำทาง และการกระตุ้นให้เด็กเล่นตามแบบ

ด้านที่ 3 ทักษะการรอ ด้านการรอการตอบสนองจากเด็ก ผู้ปกครองมีทักษะเพิ่มขึ้นบ้างเล็กน้อย

ด้านที่ 4 การเลือกอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับเด็กและเหมาะสมกับเรื่องที่จะสอน ผู้ปกครองมีทักษะดีขึ้น

ด้านที่ 5 การให้รางวัล สามารถเลือกรางวัลที่เหมาะสมกับเด็ก ผู้ปกครองมีทักษะดีขึ้น

ด้านที่ 6 ทักษะการให้ความช่วยเหลือเด็ก โดยการจับมือทำ ผู้ปกครองมีทักษะดีขึ้น

หลังจบกระบวนการกระตุ้นพัฒนาการภาษา ทักษะที่ผู้ปกครองยังทำได้ไม่ค่อยดี คือการฝึกให้เด็กมองตามของเล่น การผลัดกันเล่นกับเด็ก การฝึกให้เด็กโต้ตอบโดยท่าทาง หรือตอบด้วยคำพูด ทักษะในการใช้คำพูดหรือคำสั่งเพื่อกระตุ้นให้เด็กทำกิจกรรมเป้าหมายต่อไปได้ ทักษะในด้านการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็ก ผู้ปกครองยังไม่เข้าใจถึงสาเหตุ ตลอดจนถึงสิ่งเร้าที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็กออกัสติก ผู้ปกครองไม่สามารถลดการเสริมแรง เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม และไม่สามารถปรับพฤติกรรมเบื้องต้นง่ายๆ ได้ ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมแก่ผู้ปกครอง และให้คำแนะนำในการดูแลช่วยเหลือเด็ก และเน้นในด้านการฝึกเด็กอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในตาราง ที่ 4

ตารางที่ 4 ทักษะของผู้ปกครองติดตามเดือนที่ 1-3

ทักษะของผู้ปกครอง		เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3
		ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. การฝึกให้เด็กสนใจของเล่น				
1.1 สามารถควบคุมให้เด็กนั่งอยู่กับที่	ทำได้	23.1	66.7	73.3
	ทำไม่ได้	76.9	33.3	26.7
1.2 สามารถกระตุ้นให้เด็กสนใจ จดจ่อ	ทำได้	23.1	41.7	66.7
	ทำไม่ได้	76.9	58.3	33.3
1.3 สามารถกระตุ้นให้เด็กมองของเล่น	ทำได้	23.1	41.7	53.3
	ทำไม่ได้	76.9	58.3	46.7
1.4 สามารถกระตุ้นให้เด็กมองตามของเล่น	ทำได้	15.4	16.7	33.3
	ทำไม่ได้	84.6	83.3	66.7

ทักษะของผู้ปกครอง		เดือนที่ 1 ร้อยละ	เดือนที่ 2 ร้อยละ	เดือนที่ 3 ร้อยละ
1.5 สามารถกระตุ้นให้เด็กถือของเล่นและจับของเล่น	ทำได้	46.2	58.3	80.0
	ทำไม่ได้	84.6	50.0	33.3
1.6 สามารถกระตุ้นให้เด็กเล่นของเล่น	ทำได้	15.4	50.0	66.7
	ทำไม่ได้	84.6	50.0	33.3
1.7 สามารถกระตุ้นให้เด็กมีความสนใจร่วมกับผู้สอน	ทำได้	23.1	41.7	46.7
	ทำไม่ได้	76.9	58.3	53.3
2. ทักษะการเล่น				
2.1 สามารถเล่นกับเด็กได้ เช่น การเล่นเลียนเสียง	ทำได้	38.5	41.7	66.7
	ทำไม่ได้	61.5	58.3	33.3
2.2 สามารถกระตุ้นให้เด็กเล่นตามแบบ	ทำได้	30.8	50.0	66.7
	ทำไม่ได้	69.2	50.0	33.3
2.3 สามารถผลัดกันเล่นกับเด็ก	ทำไม่ได้	100.0	100.0	100.0
3. ทักษะการรอ				
3.1 ผู้ปกครองสามารถรอการตอบสนองของเด็ก	ทำได้	30.8	25.0	46.7
	ทำไม่ได้	69.2	75.0	53.3
3.2 ผู้ปกครองสามารถให้เด็กตอบโดยท่าทางหรือด้วยคำพูด	ทำได้	7.7	8.3	26.7
	ทำไม่ได้	92.3	91.7	73.3
4. การเลือกอุปกรณ์ในการสอนทักษะทางภาษาได้ เหมาะสมกับเรื่องที่สอนและระดับอายุ	ทำได้	30.8	41.7	80.0
	ทำไม่ได้	69.2	58.3	20.0
5. การให้รางวัล				
5.1 ผู้ปกครองสามารถเลือกรางวัลที่เหมาะสมกับเด็ก	ทำได้	30.8	66.7	80.0
	ทำไม่ได้	69.2	33.3	20.0
5.2 ผู้ปกครองสามารถเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมในการให้ รางวัล	ทำได้	0.0	8.3	20.0
	ทำไม่ได้	100.0	91.7	80.0
6. ทักษะการให้ความช่วยเหลือเด็กเพื่อช่วยให้เด็ก สามารถทำกิจกรรมได้สำเร็จ				
6.1 ผู้ปกครองสามารถให้ความช่วยเหลือเด็กโดยการจับมือ	ทำได้	7.7	50.0	80.0
	ทำไม่ได้	92.3	50.0	20.0
6.2 ผู้ปกครองสามารถใช้คำพูด หรือคำสั่ง ช่วยกระตุ้นให้ เด็กทำกิจกรรมเป้าหมายต่อไป	ทำได้	7.7	8.3	20.0
	ทำไม่ได้	92.3	91.7	80.0

ทักษะของผู้ปกครอง		เดือนที่ 1 ร้อยละ	เดือนที่ 2 ร้อยละ	เดือนที่ 3 ร้อยละ
7. การแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็ก				
7.1 ผู้ปกครองสามารถระบุพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กได้เข้าใจถึงสาเหตุ	ทำได้	7.7	16.7	26.7
	ทำไม่ได้	92.3	83.3	73.3
7.2 ผู้ปกครองเข้าใจถึงสิ่งเร้า หรือตัวเร้าที่เป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว	ทำได้	0.0	0.0	6.7
	ทำไม่ได้	100.0	100.0	93.3
7.3 ผู้ปกครองสามารถที่จะลดการเสริมแรงเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์	ทำไม่ได้	100.0	100.0	100.0
7.4 ผู้ปกครองสามารถปรับพฤติกรรมเบื้องต้นง่าย ๆ ได้	ทำไม่ได้	100.0	100.0	100.0

การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการสิ้นสุดกระบวนการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาของเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา พบว่าเด็กออทิสติกที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา มีคะแนนความสามารถทางภาษาและการพูด โดยใช้แบบประเมิน Developmental Skills Inventory (DSI) หลังจากจบกระบวนการกระตุ้นพัฒนาการภาษา 3 เดือน มีคะแนนทางด้าน

ความเข้าใจภาษาสูงกว่าก่อนเข้ากระบวนการกระตุ้น โดยคะแนนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และนอกจากนี้ยังพบว่าเด็กออทิสติกมีคะแนนทางด้านการใช้ภาษา หลังจากจบกระบวนการ 3 เดือน สูงกว่าก่อนเข้ากระบวนการกระตุ้นโดยคะแนนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนความสามารถทางภาษาและการพูด ก่อนและหลังการเข้ากระบวนการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา

พัฒนาการภาษา	คะแนนความสามารถทางภาษาและการพูด		P-value ^a
	ก่อนทดลอง (Mean±SD)	หลังทดลอง (Mean±SD)	
ด้านความเข้าใจภาษา (Receptive Language;RL)	9.01±3.43	13.13±4.22	0.01*
ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language,EL)	8.40±4.69	14.27±6.03	0.01*

^a=Paired T – test

วิจารณ์

การศึกษาผลของกระบวนการการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาของเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา พบว่าสามารถช่วยเพิ่มความสามารถทางภาษาของเด็กออทิสติกให้ดีขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพิริยา อภิพรจันทร์ เสาวรส แก้วหิรัญ⁴ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการภาษาโดยผู้ปกครองด้วยแบบส่งเสริมพัฒนาการ DSI มีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านความเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษา ในระยะก่อนการให้โปรแกรมและหลังการให้โปรแกรม เดือนที่ 3, 6 และ 9 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากเด็กได้รับการฝึกที่บ้านจากผู้ปกครองอย่างสม่ำเสมอ ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบสร้างคู่มือการฝึกพูดที่บ้านให้กับผู้ปกครอง และในคู่มือมีการยกตัวอย่างของสถานการณ์ที่ใช้ประกอบการฝึกที่บ้าน

นอกจากนี้จากการที่ผู้ปกครองแสดงวิธีการฝึกที่บ้านให้ผู้วิจัยดู หลังจบกระบวนการผู้ปกครองมีคะแนนที่เกี่ยวกับทางด้านทักษะการฝึกพูดเพิ่มขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้ผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของญาดา ธงธรรมรัตน์⁷ ผู้ปกครองที่เข้ารับโปรแกรมการศึกษาสำหรับผู้ปกครองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพื้นฐานเด็กปฐมวัยออทิสติก มีทักษะเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการจัดลำดับกิจกรรมจากงานที่ง่ายไปสู่งานที่ยาก การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยมีแผนกิจกรรมที่มอบหมายให้กับผู้ปกครองและเป็นกิจกรรมที่เพิ่มความสนใจให้กับเด็ก การฝึกความเข้าใจภาษา การเปล่งเสียง และการพูดเป็นคำที่มีความหมาย ผู้วิจัยมอบหมาย

แผนการฝึกที่บ้านเป็นลำดับกิจกรรม 9 กิจกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเด็ก นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีคำแนะนำเพิ่มในรายละเอียดโดยแนะนำให้ผู้ปกครองอ่านเพิ่มเติมจากคู่มือการฝึกพูดที่บ้าน มีตัวอย่างกิจกรรมที่ใช้กระตุ้นความสนใจให้กับเด็ก นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับเดือนฉาย แสงรัตนายนต์⁶ ทักษะของผู้ปกครองในด้านที่เกี่ยวกับการใช้เทคนิคเพื่อช่วยเหลือในการสร้างพฤติกรรมการเรียนรู้ภาษาและการพูด โดยอิงตามแนวพฤติกรรมบำบัด ช่วยให้เด็กนั่งได้ นิ่งขึ้น มีสมาธินานขึ้น ร่วมมือทำกิจกรรมได้ตามเป้าหมาย มีการมอง การฟัง และการเลียนแบบตามผู้สอนได้เพิ่มขึ้น ช่วยให้เด็กเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น ส่งผลให้เด็กมีความก้าวหน้าของพัฒนาการภาษา ผลการศึกษา ในด้านการแสดงออกทางภาษาของเด็กออทิสติก ผลที่ได้แตกต่างจากการศึกษาของเดือนฉาย แสงรัตนายนต์⁶ มีการประเมินความรู้ ทักษะของผู้ปกครองโดยใช้แบบประเมินที่สร้างขึ้น วัดพฤติกรรมและการปรับตัวด้านการสื่อความหมายของเด็กด้วย Vineland and Adaptive Behavior Scale (VABS) ก่อนและหลังทดลอง 3 เดือน พบว่าผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และทักษะมากกว่ากลุ่มควบคุมเด็กพูดช้าทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมและการปรับตัวด้านการสื่อความหมายในเรื่องการใช้ภาษาที่เพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกัน แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้เนื่องจาก ผู้วิจัยได้ออกแบบการประเมินทักษะของผู้ปกครองโดยวัดทักษะเป็นรายบุคคล เมื่อผู้ปกครองแสดงการฝึกที่บ้านให้ผู้วิจัยดู ผู้วิจัยมีการให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลย้อนกลับ และสาธิตเพิ่มเพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจ

วิธีการฝึกพูดให้กับเด็กตามแผนการสอนย่อย ให้ผู้ปกครองได้ฝึกซ้อมการฝึกพูด จนผู้ปกครองเข้าใจ จึงมอบหมายงานให้ผู้ปกครองไปฝึกต่อที่บ้าน และให้คำแนะนำเพิ่มเติมโดยเน้นแนะนำเอกสารจากคู่มือการฝึกพูดที่บ้านให้ผู้ปกครองไปอ่านทบทวนเพิ่มเติม หลังจากศึกษาด้วยตนเองแล้วหากพบปัญหาหรือสงสัย ให้ผู้ปกครองหยิบยกประเด็นที่ไม่เข้าใจในเรื่องนั้น ๆ มาพูดคุยและซักถามในการนัดครั้งถัดไป การมีกระบวนการที่ช่วยเหลือผู้ปกครองในการฝึกเด็กต่อที่บ้านได้อย่างเป็นจริง ส่งผลให้ผลที่ได้จากการศึกษาแตกต่างกัน

สรุป

ผลของกระบวนการกระตุ้นพัฒนาการภาษาของเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา พบว่าสามารถช่วยเพิ่มความสามารถทางภาษาของเด็กออทิสติกให้ดีขึ้นได้ ทำให้ผู้ปกครองมีทักษะในการฝึกที่บ้านที่ดีขึ้น การมีสมุดคู่มือประจำตัวเด็กและมีกิจกรรมที่ให้ผู้ปกครองฝึก บันทึกผลการฝึก และมีการติดตามผลการฝึกที่บ้านของผู้ปกครองทุกเดือน เป็นการพัฒนารูปแบบการรักษาที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา นักแก้ไขการพูดมีกระบวนการ อธิบายชี้แนะ การให้ความรู้พื้นฐาน สาธิตการฝึกพูด ให้ผู้ปกครองร่วมสังเกตการณ์ และให้ผู้ปกครองฝึกปฏิบัติจริง มีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ปกครองไปฝึกที่บ้าน มีการวางแผนร่วมกัน และการมีส่วนร่วมในการฝึกเด็กต่อที่บ้าน ซึ่งผู้ปกครองสามารถเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการฝึกเด็กต่อที่บ้าน เนื่องจากผู้ปกครองมีข้อมูลในด้านกิจกรรมที่เด็กชอบและเด็กสนใจเมื่ออยู่ที่บ้าน หากผู้ปกครองพบปัญหาในการฝึกที่บ้าน นักแก้ไขการพูดและผู้ปกครองช่วยกันออกแบบพัฒนากิจกรรมที่ตรงกับ

ความสนใจของเด็กเพื่อช่วยในการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาที่บ้าน นอกจากนี้การมีคู่มือการฝึกพูดที่บ้าน ผู้ปกครองสามารถศึกษาและอ่านทบทวนขณะที่อยู่บ้าน เป็นการช่วยพัฒนาองค์ความรู้ให้กับผู้ปกครอง กระบวนการเหล่านี้นับว่าเป็นรูปแบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ช่วยส่งผลให้เด็กออทิสติกได้รับการส่งเสริมและแก้ไขที่ดีขึ้น ก่อให้เกิดผลดีต่อการพัฒนาความสามารถทางภาษาของเด็ก อีกทั้งช่วยลดความรุนแรงของปัญหาการพูดผิดปกติที่จะตามมา และเป็นการช่วยเหลือผู้ปกครอง ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลบุตร โดยการพัฒนากิจกรรมการฝึกพูดเป็นการช่วยให้ครอบครัวที่มีบุตรออทิสติกได้รับประโยชน์อย่างแท้จริง อีกทั้งสอดคล้องกับการปฏิบัติตนเพื่อชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร.เบญจมาศ พระธานี คุณสมจิต รวมสุข คุณเสาวลักษณ์ คุณทวี ช่วยกรุณาเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำ ตรวจสอบและแก้ไขจนผลการศึกษาลุล่วง และขอขอบคุณ นพ.โกเมน คงสกุล หัวหน้ากลุ่มงานแก้ไขความผิดปกติทางการสื่อความหมายและการได้ยิน ที่สนับสนุนการศึกษาค้นคว้านี้และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา และขอขอบพระคุณผู้ปกครองทุกท่านเป็นอย่างมาก ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- หนังสือพิมพ์คมชัดลึก. เผยผู้ป่วยออทิสติกเข้าถึงการรักษาแค่ 15%. [อินเทอร์เน็ต]. [วันที่ 3 เมษายน 2557]. เข้าถึงจาก www.hfocus.org/content/2014/04/6833. [10 มิถุนายน 2564].
- กรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิตประสบผลสำเร็จพัฒนาเครื่องตรวจวินิจฉัยภาวะ “ออทิสติก” เด็กไทย ชุดแรกของประเทศ.[อินเทอร์เน็ต]. [26 กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thansettakij.com/technology/323713>. [10 มิถุนายน 2564].
- สุชาร์ตน์ ลิ้มปะนพรัตน์. กลุ่มอาการออทิสติก. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.rajanukul.go.th/academic/academics-data/mdg/1/268>
- พรพิริยา อภิพรจันทร์, เสาวรส แก้วศิริบุญ. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยผู้ปกครองด้วยแบบส่งเสริมพัฒนาการ DSI. เชียงใหม่ : สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์; 2556.
- สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในเด็กออทิสติกอายุ 2-4 ปี ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์:โปสเตอร์เผยแพร่; 2554.
- อาริสรา ทองเหม. การศึกษาผลการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์; 2560.
- เบญจมาศ พระธานี. ออทิสซึม: การสอนพูดและการรักษาบำบัดแบบสหสาขาวิทยาการ.ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
- งานอรรถบำบัด. คู่มือการสอนภาษาสำหรับครอบครัวยุทธศาสตร์ตามระดับภาษา 7 ระดับ. เชียงใหม่: สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์; 2557.
- คณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สถาบันราชานุกูล. คู่มือการประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี (DSI:300 ข้อ) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว; 2557.
- ญาดา ธงธรรมรัตน์. ผลของโปรแกรมการศึกษาสำหรับผู้ปกครองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพื้นฐานเด็กปฐมวัยออทิสติก[ปริญญาานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต การศึกษาปฐมวัย]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2549.
- เดือนฉาย แสงรัตนายนต์. ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกพูดเด็กพูดช้าโดยใช้คู่มือสำหรับผู้ปกครอง.วารสารราชานุกูล 2559; 31:1-12.

กรณีศึกษา

กรณีศึกษา: ความตระหนักรู้ในตนเองของเยาวชนระดับชั้นมัธยมศึกษา ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ปณยาพร ได้เจริญสุข*, ศุภิมน มังคลรังษี, รพ.ค.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจพฤติกรรมรุนแรง ความถี่ของพฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง และความตระหนักรู้ในตนเอง ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความตระหนักรู้ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมรุนแรง ความถี่ของพฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง และความตระหนักรู้ในตนเองของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

วัสดุและวิธีการ กรณีศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 106 คน ระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสำรวจพฤติกรรมรุนแรง แบบทดสอบระดับความตระหนักรู้ แบบสอบถามความถี่พฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) และสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Pearson's Correlation)

ผล ผู้ตอบแบบสอบถามมีคะแนนพฤติกรรมรุนแรงอยู่ในระดับปกติ ($\bar{x} = 28.95$) มีการปฏิบัติพฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้เป็นบางครั้ง ($\bar{x} = 25.07$) และมีคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 36.82$) โดยพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตระหนักรู้ในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .561$) จากการวิเคราะห์ Generalized Linear Model พบว่าตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายความตระหนักรู้มากที่สุดคือพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถาม ($Beta = 0.515, p < 0.01$) และตัวแปรที่มีอำนาจรองลงมาคือเพศของผู้ตอบแบบสอบถาม ($Beta = 0.201, p < 0.01$) **สรุป** ผลของกระบวนการกระตุ้นพัฒนาการภาษาของเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา สามารถช่วยเพิ่มความสามารถทางภาษาของเด็กออทิสติกให้ดีขึ้นได้

สรุป ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมรุนแรงอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีความตระหนักรู้ในตนเองระดับปานกลาง และปฏิบัติพฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเป็นบางครั้ง พบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความตระหนักรู้ในตนเองคือเพศและพฤติกรรมรุนแรง โดยพฤติกรรมและความตระหนักรู้ในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .561$)

คำสำคัญ พฤติกรรมรุนแรง พฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง ความตระหนักรู้ในตนเอง

*โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา **สถาบันทรูเลิร์นนิ่ง

ติดต่อผู้วิจัย email: punpundajja@gmail.com

Case study

**A Case Study: Self-awareness among secondary school students
in Phranakhon Si Ayutthaya province**

*Yuwadee Amprayoon, M.A.**

Abstract

Objectives To explore aggressive behavior, frequency of self-awareness-enhancing behavior and self-awareness, to study factors that affect self-awareness and study relation between aggressive behavior, frequency of self-awareness enhancing behavior and self-awareness of secondary school students studying at laboratory school of Phra Nakhon Si Ayutthaya Rajabhat University

Materials and Methods Data were collected from 106 volunteers between May and June 2021. The tools used to collect data were: a personal information questionnaire, behavior survey, self-awareness quiz, and self-awareness-enhancing behavioral frequency questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, multiple regression analysis, and Pearson's Correlation

Results The respondents had behavioral scores at the normal level ($\bar{x}=28.95$), sometimes practiced self-awareness-enhancing behaviors ($\bar{x} = 25.07$), and self-awareness at a moderate level ($\bar{x} = 36.82$). The behavior had a statistically significant positive correlation with self-awareness ($r = .561$). According to the Generalized Linear Model analysis, it was found that the variable that had the most power to predict self-awareness was the respondent's behavior (Beta = 0.515, $p<0.01$) and the second most powerful variable was the gender (Beta = 0.201, $p<0.01$).

Conclusion Most of the respondents had behavioral levels within the normal range, Moderate self-awareness, and occasionally practiced the behavior of self-awareness enhancement, moreover, it was found that the factors affecting self-awareness were gender and behavior. The behavior and self-awareness had a statistically significant positive correlation ($r = .561$).

Keywords: behavior, self-awareness enhancing behavior, self-awareness

**Pra Nakhon Si Ayutthaya Rajabhat Demonstration School ** Tree Learning Institute*

Corresponding author email: punpundaija@gmail.com

บทนำ

ในยุคโลกาภิวัตน์และสังคมยุคใหม่ (New Normal) สภาพแวดล้อมและสื่อสังคมออนไลน์ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อวัยรุ่นทั้งในด้านของสุขภาพร่างกายและจิตใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของเยาวชนเป็นหนึ่งในปัญหาใหญ่เชิงโครงสร้างสังคมที่เป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมดังกล่าว โดยพบว่ามีจำนวนคดีที่เด็กและเยาวชนถูกจับกุมส่งสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนระหว่างปี พ.ศ. 2553 – 2562 ทั้งสิ้น 228,120 คดี ในขณะที่ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนคดีทั้งสิ้น 19,470 คดี เป็นคดีความผิดเกี่ยวกับทรัพย์ 2,028 คดี ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย 1,705 คดี ความผิดเกี่ยวกับเพศ 790 คดี ความผิดเกี่ยวกับความสงบสุข เสรีภาพ ชื่อเสียง และการปกครอง 437 คดี ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ 9,600 คดี ความผิดเกี่ยวกับอาวุธและวัตถุระเบิด 770 คดี และความผิดอื่น ๆ 4,140 คดี¹³ การประทุพผิตเหล่านี้มีพื้นฐานมาจากพฤติกรรมซึ่งถูกหล่อหลอมโดยสภาพแวดล้อม สังคมรอบข้าง และการเลี้ยงดูนับตั้งแต่เป็นเด็กจนเติบโต รวมถึงปัจจัยทางกายภาพและปัจจัยทางความคิดที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์อื่น ๆ

สำหรับพฤติกรรมเกร่ พัฒนาการทางสมอง พันธุกรรม สภาพแวดล้อม และสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเชิงกายภาพ¹⁷ นอกจากสาเหตุดังกล่าว ตามแนวคิดของฟรอยด์และทฤษฎีจิตวิเคราะห์มีมุมมองต่อความก้าวร้าวว่าเป็นเพียงสิ่งธรรมชาติที่ต้องเกิดขึ้นควบคู่ไปกับความเป็นมนุษย์และเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ (Freud) แต่ในทางตรงกันข้ามจากมุมมองของนักจิตวิทยาสังคม พฤติกรรมก้าวร้าวหมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกทางวาจา

และการกระทำ เช่น การส่งเสียงตะคอก ช่มชู่ ทำลายข้าวของและร่างกายของตนเองหรือผู้อื่น โดยที่บุคคลนั้นกำลังเสียงหรือหลีกเลี่ยงจากการถูกกดขี่ ช่มชู่ ทำร้าย หรือจากพฤติกรรมแง่ลบอื่นๆ โดยมีบุคคลบางประเภท ที่ต้องการปกป้องตนเองจากการถูกกล่าวหา เพื่อแสดงความยิ่งใหญ่ของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้มากกว่าที่ควรจะเป็น จากทฤษฎีของ Bahreini Nahid และ Aghaei Jeshvaghani Asghar ระบุว่าเยาวชนที่มีพฤติกรรมเกร่หรือพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมีคะแนนการประเมินความรู้ความเข้าใจ คะแนนความตระหนักรู้ทั่วไป และคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่ำกว่าเยาวชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ¹³ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นปัญหาหนึ่งที่เกิดจากการขาดความตระหนักรู้ทั้งในตนเองและศีลธรรม รวมถึงการขาดความสำนึกรู้สึกผิดและการควบคุมตนเอง^{17,4} การขาดหรือสูญเสียความตระหนักรู้ในตนเองสามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ จากวิจัย Disorders of Behavior and Self-Awareness ของ George P. Prigatano พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณ frontal lobe เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของพฤติกรรมและสติสัมปชัญญะ ทั้งความว่องไวในการตอบสนองของการแตะนิ้ว รวมถึงผู้ป่วยมักไม่สามารถเชื่อได้ว่าตนเองได้รับบาดเจ็บทางสมอง แม้ว่าเหตุการณ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นจริงก็ตาม เพราะผู้ป่วยสูญเสียความคุ้นเคย กล่าวคือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของพวกเขาถูกบิดเบือนไป¹⁴ อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยของ Dr. Lori Haase จาก University of California San Diego ระบุว่าบุคคลที่มีความสามารถในการรักษาระดับความตระหนักรู้ในตนเองมีแนวโน้มเชิงบวกที่จะจัดการความเครียดและความวิตกกังวลได้¹⁹

ความตระหนักรู้ในตนเองมีความสำคัญเสมือนแก่นของการจัดการนิสัยและความฉลาดทางอารมณ์ เนื่องจากความตระหนักรู้ทำให้บุคคลเข้าใจจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเองรวมถึงรับรู้ถึงอารมณ์และผลกระทบและประสิทธิภาพของตนเองต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม¹⁵ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการขาดความตระหนักรู้ในตนเองส่งผลกระทบไม่เพียงแต่เฉพาะตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังรวมถึงองค์กรและสังคม (Chandana Watagodakumbura)¹¹ เพราะบุคคลผู้ขาดความตระหนักรู้ในตนเองจะกำหนดตนเองเป็นศูนย์กลางของการตัดสินใจ เข้าใจว่าตนเองถูกเสมอโดยไม่พิจารณาข้อดีหรือข้อเสียของตนเอง เป็นผู้เริ่มต้นในการตัดสินใจอื่น แต่ไม่ยอมรับในคำวิจารณ์ของผู้อื่น อีกทั้งยังมีความเสี่ยงที่จะบั่นทอนคุณค่าตนเองและผู้อื่นหลังจากได้รับคำวิจารณ์ที่ไม่ดี เนื่องจากโดยปกติผู้ที่ขาดความตระหนักรู้จะมีความมั่นใจในตนเองต่ำ ทำให้มีความต้องการคำชื่นชมสรรเสริญและการปฏิบัติอย่างเป็นพิเศษมากกว่าบุคคลทั่วไป ในบางกรณีพวกเขาจึงแสดงท่าทางโอ้อวด ข่มขู่ หรือข่มเหงรังแกผู้อื่นและปฏิเสธความผิดพลาดของตนเอง (Marko M)¹⁶ และก่อนที่บุคคลจะสามารถตระหนักรู้ถึงความเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือก่อนที่จะตระหนักถึงความเชื่อมโยงของตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง บุคคลมีความจำเป็นต้องพัฒนาความตระหนักรู้ในตนเองและสะท้อนภาพของตนเองให้ชัดเจนก่อน ดังนั้นเพื่อที่จะแก้ไขปัญหาทางสังคมที่เกิดจากความก้าวร้าวรุนแรง การส่งเสริมความตระหนักรู้ในตนเองจึงเป็นการเริ่มต้นการแก้ไขปัญหาจากจุดเริ่มต้นภายในตัวบุคคล โดยพฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเบื้องต้นสามารถทำได้ง่ายในยุคสมัยปัจจุบัน เช่น การตั้งเป้าหมายของตนเอง

การเขียนไดอารี่บันทึกเรื่องราว ฝึกการรับฟังอย่างลึกซึ้ง ทำกิจกรรมเสริมสมาธิ ทำบันทึกสะท้อนตนเองสำรวจตัวเอง ทบทวนความก้าวหน้าของตนเอง ทบทวนข้อดีข้อเสียของตนเอง สังเกตคู่สนทนา การทำแบบทดสอบบุคลิกภาพ การมีที่ปรึกษาที่สามารถไว้วางใจได้ ทำบันทึกรายการสิ่งที่ต้องทำ (to do list) สอบถามลักษณะพฤติกรรมของตนเองจากคนรอบข้าง ฝึกที่จะถามคำถามเชิงบวก เริ่มจากการรับฟังคนรอบข้าง เปิดใจรับสิ่งใหม่ ๆ และการมีอุปนิสัยการเขียนไดอารี่เพื่อสะท้อนตัวตนและบันทึกเหตุการณ์ในแต่ละวัน (CIPD Qualifications, Apprenticeships, Training and HR Services) (Anthony Tjan) (Spiritual Science Research Foundation)^{9,12,18}

งานวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้ในตนเองของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เนื่องจากเป็นช่วงวัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวหลายด้านพร้อม ๆ กัน เป็นวัยที่จะเกิดปัญหาได้มาก การมีความตระหนักรู้ในตนเองจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถพัฒนาดตนเองได้ดี ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญของการดำเนินชีวิตต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อสำรวจพฤติกรรมรุนแรง ความถี่ของพฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง และความตระหนักรู้ในตนเอง 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความตระหนักรู้ 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมรุนแรง ความถี่ของพฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองและความตระหนักรู้ในตนเอง

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษา นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ที่กำลังศึกษาอยู่ที่โรงเรียน

สาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา ในช่วงเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2564 โดยมีกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยคือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา โดยเป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จำนวน 106 คน จากประชากรทั้งหมด 780 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของวัยรุ่น ความตระหนักรู้ในตนเอง ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีแรงจูงใจ และการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่น และได้พัฒนาเป็นแบบสอบถามออนไลน์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลนี้ได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ ศาสนา ระดับชั้น เกรดเฉลี่ย และรายได้ครอบครัวต่อเดือน ทั้งหมดจำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2) แบบสำรวจระดับพฤติกรรม มีคำถามจำนวน 12 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นการให้คะแนนแบบการปฏิบัติน้อยสุดไปถึงมากที่สุด โดย 3 หมายถึง ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ 2 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และ 1 ไม่ปฏิบัติ พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 12-36 คะแนนที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบจะนำมารวมกัน โดยแบ่งเกณฑ์ดังนี้ พฤติกรรมที่มีความเสี่ยงพบพฤติกรรมรุนแรงระดับสูง (0 - 12 คะแนน) พฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์มีความเสี่ยงที่จะพัฒนาสู่พฤติกรรมเกร (13 - 24 คะแนน) และพฤติกรรมปกติ (24 คะแนน ขึ้นไป) ส่วนที่ 3) แบบทดสอบระดับความตระหนักรู้ ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ ระดับความตระหนักรู้ในตนเองสูง (ร้อยละ

80 ขึ้นไป) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน ส่วนที่ 4) เป็นแบบสอบถามความถี่พฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง ทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามเลือกตอบโดยตอบหนึ่งตัวเลือกจากตัวเลือกแบบมาตราส่วน 5 ระดับ คือ ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ (สัปดาห์ละ 7 วัน) 5 คะแนน ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ (สัปดาห์ละ 5-6 วัน) 4 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (สัปดาห์ละ 3-4 วัน) 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (สัปดาห์ละ 1-2 วัน) 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ (สัปดาห์ละ 0 วัน) 1 คะแนน โดยคิดคะแนนเต็ม 50 คะแนน

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรม ความตระหนักรู้ และความถี่ของพฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตระหนักรู้ ได้แก่ สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) และสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร Pearson's Correlation

ผล

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ร่วมตอบแบบสอบถามจำนวน 106 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.9) และส่วนใหญ่เป็นนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 33.0) รองลงมาเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 31.1) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยที่ 3.50 - 4.00 (ร้อยละ 74.5) และรองลงมาเป็นนักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยอยู่ที่ 3.00-3.49 (ร้อยละ 19.8) เมื่อพิจารณาศาสนาของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามนับถือศาสนาพุทธมากที่สุด

(ร้อยละ 90.6) ที่เหลือเป็นผู้ที่ไม่ได้นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 9.4) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ที่ 15,000-30,000 บาท (ร้อยละ 31.1) ในขณะที่มีผู้กรอกแบบสอบถามที่มีรายได้อยู่ที่ 50,001-100,000 บาทเป็นอันดับรองลงมา (ร้อยละ 25.5) ทางด้านพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 28.95$, S.D. = 4.04) จากผลการศึกษาพบว่า เพศชายมีระดับคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยต่ำกว่าเพศหญิง โดยที่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของเพศชายเท่ากับ 28.43 (S.D. = 5.37) ส่วนเพศหญิงมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยอยู่ที่ 29.22 (S.D. = 3.48) กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 30.29$, S.D. = 3.71) รองลงมาเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ($\bar{X} = 29.72$, S.D. = 3.50) ผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่ได้นับถือศาสนาพุทธมีคะแนนพฤติกรรมมากที่สุด ($\bar{X} = 30.50$, S.D. = 2.68) กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 15,000-30,000 บาท มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 29.64$, S.D. = 3.40) เมื่อพิจารณาจากเกรดเฉลี่ยเด็กพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีเกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 3.00 มีคะแนนพฤติกรรมสูงสุด ($\bar{X} = 29.2$, S.D. = 2.76) เมื่อเปรียบเทียบกับนักเรียนที่มีผลการเรียนกลุ่มอื่น ๆ ด้านความถี่ของพฤติกรรม

เสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง พบว่าโดยเฉลี่ยผู้ตอบแบบสอบถามมีการปฏิบัติพฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเป็นบางครั้ง ($\bar{X} = 25.07$, S.D. = 7.52) ผู้ตอบแบบสอบถามเพศหญิงมีคะแนนความถี่ของพฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองมากกว่าเพศชายเล็กน้อย ($\bar{X} = 25.58$, S.D. = 6.55) ในขณะที่เพศชายมีคะแนนเฉลี่ยที่ ($\bar{X} = 25.32$, S.D. = 8.18) และพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่นับถือศาสนาพุทธมีความถี่ของพฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองมากที่สุด ($\bar{X} = 25.43$, S.D. = 7.28) เมื่อพิจารณาระดับชั้นของกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามพบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีคะแนนความถี่ของพฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองมากที่สุด ($\bar{X} = 28.63$, S.D. = 7.37) สำหรับชั้นมัธยมศึกษาที่มีคะแนนความถี่ของพฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง รองลงมาคือ ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ($\bar{X} = 27.83$, S.D. = 7.27) และพบว่า ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 15,000 มีความถี่ของพฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองมากที่สุด ($\bar{X} = 26.91$, S.D. = 8.14) และรองลงมาคือที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวมากกว่า 100,000 บาท ($\bar{X} = 26.16$, S.D. = 4.71) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ คะแนนพฤติกรรม ความตระหนักรู้ในตนเอง และความถี่ของพฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง (n = 106)

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	n (%)	พฤติกรรมรุนแรง		ความตระหนักรู้ในตนเอง		ความถี่ของพฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้	
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
เพศ							
ชาย	28 (26.4)	28.43	5.37	34.36	7.44	25.32	8.18
หญิง	73 (68.9)	29.22	3.48	37.89	5.99	25.58	6.55
อื่น ๆ / ไม่ต้องการระบุ	5 (4.7)	29.60	4.72	38.80	4.27	20.00	10.42
ศาสนา							
พุทธ	96 (90.6)	28.88	4.19	36.70	6.55	25.43	7.28
ไม่นับถือศาสนาพุทธ	10 (9.4)	30.50	2.68	39.90	5.24	23.50	6.75
ระดับชั้น							
มัธยมศึกษาปีที่ 1	35 (33.0)	30.29	3.71	38.77	6.74	24.54	6.27
มัธยมศึกษาปีที่ 2	8 (7.6)	25.25	5.80	30.00	10.64	28.63	7.37
มัธยมศึกษาปีที่ 3	6 (5.7)	29.50	4.46	37.17	4.96	19.50	6.53
มัธยมศึกษาปีที่ 4	6 (5.7)	28.67	4.17	36.67	6.09	27.83	7.27
มัธยมศึกษาปีที่ 5	18 (17.0)	29.72	3.50	37.56	4.53	27.78	8.41
มัธยมศึกษาปีที่ 6	33 (31.1)	28.21	3.78	36.55	5.33	24.36	7.03
เกรดเฉลี่ย							
ต่ำกว่า 3.00	8 (7.5)	29.25	2.76	37.75	5.42	27.88	10.38
3.00-3.50	21 (19.8)	28.95	4.02	38.86	6.64	23.00	7.87
3.50-4.00	77 (72.6)	29.02	4.26	36.42	6.52	25.58	6.60
รายได้ครอบครัว							
ต่อเดือน							
น้อยกว่า 15,000 บาท	11 (10.4)	29.27	2.19	38.18	3.76	26.91	8.14
15,000-30,000 บาท	33 (31.1)	29.64	3.40	39.00	6.17	23.38	7.52
30,001-50,000 บาท	16 (15.1)	28.50	4.75	36.94	5.03	25.63	7.82

ลักษณะทาง ประชากรศาสตร์	n (%)	พฤติกรรมรุนแรง		ความตระหนักรู้ ในตนเอง		ความถี่ของพฤติกรรม เสริมสร้างความ ตระหนักรู้	
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
50,001-100,000 บาท	27 (25.5)	29.33	4.20	36.78	6.38	25.37	7.79
มากกว่า 100,000 บาท	19 (17.9)	27.84	5.25	33.21	8.17	26.16	4.71
รวม	106 (100)	28.95	4.04	36.82	6.10	25.07	7.52

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ Pearson's Correlation พบว่าพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับความตระหนักรู้ในตนเอง ($r = .561$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร Pearson's Correlation

ตัวแปร	พฤติกรรมรุนแรง	ความถี่ของพฤติกรรม เสริมสร้างความ ตระหนักรู้ในตนเอง	ความตระหนักรู้ ในตนเอง
พฤติกรรมรุนแรง	1	-	-
ความถี่ของพฤติกรรม เสริมสร้างความตระหนัก รู้ในตนเอง	0.48	1	-
ความตระหนักรู้ในตนเอง	0.561**	-0.05	1

**correlation is significant at the 0.01

*correlation is significant at the 0.05

จากการวิเคราะห์แบบจำลองเชิงเส้น พบว่า ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายความตระหนักรู้ของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มนี้มากที่สุด คือ พฤติกรรมรุนแรงของผู้ตอบแบบสอบถาม ($Beta = .515, p < 0.01$) และตัวแปรที่มีอำนาจ

รองลงมาในด้านการทำนายความตระหนักรู้ของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มนี้ คือ เพศของผู้ตอบแบบสอบถาม ($Beta = .201, p < 0.01$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แบบจำลองเชิงเส้นทำนายความตระหนักรู้

ตัวแปร	B	SE	Beta	Sig
ค่าคงที่	17.127	6.323		0.008
เพศ	2.527	1.003	0.201	0.013
ศาสนา	-1.006	1.777	-0.046	0.572
ระดับชั้น	0.021	0.24	0.007	0.931
รายได้ของครอบครัว	-0.822	0.353	-0.185	0.022
เกรดเฉลี่ย	-1.254	0.856	-0.119	0.146
พฤติกรรมรุนแรง	0.817	0.127	0.515	0
ความถี่ของพฤติกรรม	0.011	0.071	0.12	0.879
เสริมสร้างความตระหนักรู้				

วิจารณ์

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตระหนักรู้ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสาธิตมัธยมศึกษาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 106 คน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 28.95$, S.D.=4.04) มีคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 36.82$, S.D. = 6.10) และ มีคะแนนความถี่ของพฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในระดับปฏิบัติเป็นบางครั้ง ($\bar{X} = 25.07$, S.D. = 7.52) เมื่อพิจารณาเพศของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ($n = 73$, ร้อยละ 68.9) และพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าผู้ตอบแบบสอบถามเพศชาย ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากลักษณะทางธรรมชาติ ความเชื่อและวัฒนธรรมโบราณของไทยที่มีความเชื่อว่าผู้หญิงจะต้องมีพฤติกรรมเรียบร้อย

ซึ่งสอดคล้องกับผลศึกษาของตฤดี วรรณมาศ² ที่พบว่าผู้หญิงต้องมิกิริยาดี มารยาดี รู้จักการวางตัว ในขณะที่พฤติกรรมส่วนใหญ่ของเพศชายโดยธรรมชาติโลดโผนกว่าเพศหญิง อีกทั้งปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมมีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมที่รุนแรงมากขึ้น การศึกษาจากมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี⁴ พบว่า สื่อโทรทัศน์มีแนวโน้มส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของเพศชายทั้งทางวาจา ทางกริยาและพฤติกรรมทางเพศ เช่น ทุบตี ติบตีสระ ทำลายข้าวของ หยาดคาย โวยวาย ด่าทอ และข่มขืน โดยพบว่า มีเพศชายบางส่วนซึมซับเนื้อหาของสื่อเป็นประจำโดยไม่รู้ตัว

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ที่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ($n = 35$, 33.0%) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดีกว่าผู้ตอบแบบสอบถามในระดับชั้นการศึกษาที่สูงกว่าอาจเป็นเพราะผู้ตอบแบบสอบถามในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีความเคยชินกับพฤติกรรมเดิมขณะที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนระดับชั้นประถมศึกษาที่มีกฎ

ระเบียบเครื่องวัดกว่าโรงเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ในขณะที่ผู้ตอบแบบสอบถามระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมไม่ดีที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการปรับตัวเข้าสู่สภาพแวดล้อมและกฎระเบียบใหม่ที่มีความอะลุ่มอล่วยและอิสระภาพที่มากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตกล่าวว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ที่มักจะแปรปรวน และบ่อยครั้งที่ไม่สามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้ก็เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ⁸ เป็นผลให้ผู้ตอบแบบสอบถามระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีพฤติกรรมไม่ดีมากขึ้น ในขณะที่ผู้ตอบแบบสอบถามระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีแนวโน้มพฤติกรรมที่ดีขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นช่วงที่ผู้ตอบแบบสอบถามค่อย ๆ ปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาพสังคมรอบข้าง ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของทัศนีย์ สุริยะไชย³ ที่พบว่า นักเรียนที่มีระดับชั้นต่างกันมีการตระหนักรู้ในตนเองโดยรวมและในรายด้านทุกด้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการศึกษาของทัศนีย์ สุริยะไชย ใช้เกณฑ์ระดับชั้นในการเปรียบเทียบความแตกต่างของอายุของกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นเดียวกัน อาจมีอายุที่ไม่เท่ากันเสมอไป และการที่อยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมเดียวกันส่งผลต่อพฤติกรรมของนักเรียนไปในแนวทางเดียวกัน

เมื่อพิจารณาปัจจัยรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ที่ 15,001-30,000 บาท ($\bar{X} = 39.00$, $S.D = 6.17$) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและความตระหนักรู้สูงกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ของครอบครัวสูงกว่า อาจเป็นกลุ่มรายได้ 15,000-30,000 บาทต่อเดือน เป็นกลุ่มที่มีเวลาให้กับกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว ส่งเสริมอบรมบ่มนิสัย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วณัญญา แก้วแก้วปาน⁶ ในประเด็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในครอบครัว ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ออกมา สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันพฤติกรรมดังกล่าว การที่จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัวเกิดได้จากการที่สมาชิกมีเวลาอยู่ร่วมกันและทุกคนในครอบครัวได้ทำกิจกรรมหลายอย่างด้วยกัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่นับถือศาสนาพุทธมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและความตระหนักรู้ในตนเองสูงกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ระบุว่าเป็นผู้นับถือศาสนาพุทธ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ตอบแบบสอบถามได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับศาสนาหรือตัวแทนของศาสนาที่มีการประพฤติปฏิบัติที่ไม่ควรกระทำ ยกตัวอย่าง กรณีเจ้าอาวาสวัดแห่งหนึ่ง ในอำเภอพยุหะคีรี เสพเมถุนกับหญิงสาววัยกลางคน โดยมีคลิปยืนยันเป็นหลักฐาน¹ หรือในกรณีคริสตจักรรัฐเพนซิลเวอร์เนีย สหรัฐอเมริกามีข้อมูลว่าบาทหลวงนักล่าลามและฆ้องขึ้นเด็กมากกว่า 1,000 คนในรอบ 70 ปีที่ผ่านมา²⁰ และนำข้อมูลเหล่านั้นมาเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจเลือกนับถือศาสนา แสดงให้เห็นว่านักเรียนมีการรับรู้ในตนเองว่าชอบหรือไม่ชอบอะไร ประกอบกับการมีกระบวนการคิดและตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับมา อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้มิได้สะท้อนภาพของสังคมโดยรวม ในปัจจุบันศาสนาพุทธยังคงมีภาพลักษณ์ที่ดีและ

มีพระสงฆ์ที่เผยแพร่ศาสนาภายใต้ศีลธรรมอันดี อยู่เป็นจำนวนมากเช่นเดียวกันกับศาสนาอื่น ๆ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่มีผล ต่อความตระหนักรู้ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา คือ เพศ ($\text{Beta} = 0.20, p < 0.05$) และพฤติกรรม ($\text{Beta} = 0.515, p < 0.01$) ผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของทัศนีย์ สุริยะไชย³ ที่พบว่า นักเรียนหญิงมีความตระหนักรู้ในตนเองโดยรวมสูงกว่าเพศชาย และการศึกษา ของ Bahreini Nahid และ Ageai Jeshvaghani Asghar ระบุว่าเยาวชนที่มีพฤติกรรมเกเรมีคะแนน การประเมินความรู้ความเข้าใจ และคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่ำกว่าเยาวชนทั่วไปอย่าง มีนัยสำคัญ¹⁰

ดังนั้นเพื่อให้ นักเรียนมีแนวโน้มของ พฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น มุมมองของนักจิตวิทยา สังคมการทดลอง (Social-experimental) เชื่อว่า พฤติกรรมที่ไม่ดี เกิดจากการเรียนรู้ผ่าน ประสบการณ์⁵ และจากทฤษฎีการวางเงื่อนไขด้วยการกระทำของสกินเนอร์⁷ พบว่า พฤติกรรม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ เงื่อนไขหรือสิ่งเร้า ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม พฤติกรรมแสดงออก และผลของพฤติกรรม สกินเนอร์พบว่า สิ่งเร้าเป็นส่วนหนึ่งของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสิ่งเร้า นี้เรียกว่า ตัวเสริมแรง ในที่นี้ ตัวเสริมแรงทางบวก คือ สิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ บ่อยขึ้น ดังนั้นควรมีการรณรงค์ผ่านสื่อ เพิ่มการอบรมและ จัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาเพื่อส่งเสริมระดับความตระหนักรู้ ในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาไปในทางบวก มากยิ่งขึ้น และเป็นแนวทางไปสู่การลดปัญหา สังคมที่เกิดจากพฤติกรรมการขาดความตระหนักรู้ ในอนาคตต่อไป

สรุป

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตระหนักรู้ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่กำลัง ศึกษาอยู่ในโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏ พระนครศรีอยุธยาพระนครศรีอยุธยา ผู้ตอบ แบบสอบถามจำนวน 106 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ($n = 73, 68.9\%$) มีผู้ตอบแบบสอบถาม ที่เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ($n = 35, 33.0\%$) และส่วนใหญ่เป็นนักเรียนในชั้น มัธยมศึกษาปีที่1 ($n = 35, 33.0\%$) พบว่า มีผู้ตอบ แบบสอบถามซึ่งนับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ($n = 96, 90.6\%$) มีผู้ที่ไม่ได้นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 10 คน (9.4%) และเมื่อพิจารณารายได้ เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ที่ 15,000-30,000 ($n = 33, 31.1\%$) ทางด้านพฤติกรรม ผู้ตอบ แบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมอยู่ใน เกณฑ์ปกติ ($\bar{X} = 28.95, S.D = 4.04$) มีคะแนน ความตระหนักรู้ในตนเองระดับปานกลาง ($\bar{X} = 36.82, S.D = 6.10$) และมีคะแนนความถี่ ของพฤติกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง อยู่ในเกณฑ์ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ($\bar{X} = 25.07, S.D = 7.52$) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความตระหนักรู้ในตนเองคือ เพศ ($\text{Beta} = .201, p < .01$) และพฤติกรรม ($\text{Beta} = .515, p < .01$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ ควร มีการเพิ่มกิจกรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมที่ดีใน กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เพื่อให้ นักเรียน มีความตระหนักรู้ในตนเอง เพื่อเป็นพื้นฐานของ การรับมือสถานการณ์ และการพัฒนาตนเอง ในอนาคต หากนักเรียนมีพฤติกรรมที่ดีจะช่วยให้ มีความตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้น ความตระหนักรู้ที่มากขึ้นจะส่งเสริมให้นักเรียนเข้าใจสถานการณ์ ตนเอง และสภาพแวดล้อมมากยิ่งขึ้น ทำให้รับมือ

กับอารมณ์ของตนเองและสภาพแวดล้อมได้มากขึ้น ดังนั้นจึงควรจัดอบรม โฆษณา หรือประชาสัมพันธ์ เพื่อปลูกฝังให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่ดี มีความตระหนักรู้ในตนเอง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติตน เพื่อการพัฒนาตนเองและลดปัญหาสังคมที่เกิดจากเยาวชนอย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้นในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จึงทำให้การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. คลิปข่าวหลุด พระดังเล่นเช็กซ์กับสีกา ผ่าเหลืองร้อน ชิงศึก อ่างปัญหาสุขภาพ (คลิป). [https://www.thairath.co.th/news/local/central/2504532]. ไทยรัฐออนไลน์ 2022.
2. ดลฤดี วรรณมาศ. “กุลสตรี” ในโรงเรียนผู้หญิง: กระบวนการสร้างความเป็นผู้หญิงในโรงเรียนราชินี. มหาวิทยาลัยศิลปากร. เข้าถึงได้ที่ www.sure.su.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/15111/BA_Dolrudee_Wanmas.pdf?sequence=&isAllowed=y. [31 December 2022]
3. ทศนีย์ สุริยะไชย. ความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้ในตนเองกับการร่วมรู้สึกในวัยรุ่น. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. เข้าถึงได้ที่ http://ir.swu.ac.th/jspui/bitstream/123456789/1164/1/Tussanee_S.pdf. [31 December 2022]
4. มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี. ความรุนแรงต่อสตรีในละครโทรทัศน์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเพศชายในเขตกรุงเทพมหานคร. เข้าถึงได้จาก <http://cms.dru.ac.th/jspui/bitstream/123456789/1470/9.pdf>. [31 December 2022]
5. มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ความก้าวร้าว. เข้าถึงได้ที่ [http://old-book.ru.ac.th/e-book/p/PC263\(51\)/PC263-5.pdf](http://old-book.ru.ac.th/e-book/p/PC263(51)/PC263-5.pdf). [31 December 2022]
6. วณัญญา แก้วแก้วปาน. สัมพันธภาพครอบครัวกับปัญหาการกระทำความผิดในวัยรุ่น. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. เข้าถึงได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/85969/68357>. [31 December 2022]
7. หุสนา ลาเต๊ะ. ทฤษฎีการวางเงื่อนไขด้วยการกระทำของสกินเนอร์. คณะครู ศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. เข้าถึงได้ที่ http://nukjit.blogspot.com/2015/12/blog-post_11.html. [31 December 2022]
8. อนันต์ โลหะพัฒนบำรุง. สภาวะอารมณ์ที่ไม่คงที่ในวัยรุ่น (ตอนจบ). กรมสุขภาพจิต. เข้าถึงได้ที่ <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2504>. [31 December 2022]
9. Anthony K. Tjan. 5 Ways to Become More Self-Aware. Harvard Business Review 2015. Retrieve from <https://hbr.org/2015/02/5-ways-to-become-more-self-aware>. [31 December 2022]

10. Bahreini Nahid, Agaei jeshvaghani Asghar. Comparison of Emotional Regulation and Self-awareness between Normal and Delinquent Adolescents. JOURNAL OF THOUGHT & BEHAVIOR IN CLINICAL PSYCHOLOGY 2019;13(52):57-6. Retrieved from: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=777485>. [31 December 2022]
11. Chandana Watagodakumbura. What are the problems associated with lack of self-awareness in leaders?. ResearchGate. Retrieve from www.researchgate.net/post/What-are-the-problems-associated-with-lack-of-self-awareness-in-leaders. [31 December 2022]
12. CHRYSOS. How to develop self-awareness in the workplace. Retrieve from <https://www.chrysos.org.uk/blog/how-to-develop-self-awareness-in-the-workplace>. [31 December 2022]
13. Department of Luvenile Observation and Protection. Case Statistics report 2020. Retrieve from www.djop.go.th/images/djopimage/year63-2.pdf. [31 December 2022]
14. George P. Prigatano. Disorders of Behavior and Self-Awareness. Barrow Neurological Institute. Retrieved from <https://www.barrowneuro.org/volume-15-no-4-1999/disorders-of-behavior-and-self-awareness/>. [31 December 2022]
15. Lauren Landry. WHY EMOTIONAL INTELLIGENCE IS IMPORTANT IN LEADERSHIP. Harward Business School Online. Retrieve from: <https://online.hbs.edu/blog/post/emotional-intelligence-in-leadership>. [31 December 2022]
16. Marko. 40 Signs If You Lack Self Awareness: Complete List. Retrieve from <https://markooo.com/lack-of-self-awareness/>. [31 December 2022]
17. Smitha Bhandari. Mental Health and Conduct Disorder. WebMD 2022. Retrieved from <https://www.webmd.com/mental-health/mental-health-conduct-disorder>. [31 December 2022]
18. SSRF. Personality Defect Removal and Personality Improvement. Spiritual Science Research Foundation. Retrieve from www.spiritualresearchfoundation.org [31 December 2022]
19. Tom Bunn. Self-Awareness: Does It Increase or Decrease Anxiety. Psychology today 2016. Retrieved from www.psychologytoday.com/self-awareness-does-it-increase-or-decrease-anxiety. [31 December 2022]
20. workpoint TODAY. พระนักบวช นักบุญ รวมเศสทั่วโลก “ประพฤติผิดในคราบศาสนา”. workpoint TODAY 2019 April 5. เข้าถึงได้ที่ <https://workpointtoday.com/รวมคดีสะเทือนโลก/>. [31 December 2022]

ปกิณกะ

ถอดบทเรียนการให้บริการของบุคลากรในสถานพยาบาลของรัฐที่จัดบริการทางจิตวิทยาแก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวด้วยระบบออนไลน์เพื่อวิเคราะห์โอกาสพัฒนา งานบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยระบบออนไลน์

อัจจิมา ศิริพิบูลย์ผล, วท.ม.*, ประเสริฐ จุฑา, วท.ม.*

การให้บริการในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการให้ความรู้ สาธิต ผูกทักษะการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้ปกครองของผู้รับบริการ ความต่อเนื่องในการมารับบริการที่คลินิกในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กับการนำวิธีการไปปรับใช้ที่บ้านส่งผลต่อความก้าวหน้าทางพฤติกรรมของผู้รับบริการ¹ อย่างไรก็ตามนับตั้งแต่สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) รัฐบาล ได้มีมาตรการและนโยบายการเว้นระยะทางสังคม (social distancing) ในช่วงสถานการณ์ดังกล่าว มีผลให้อัตราการมารับบริการของผู้รับบริการในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกุล มีแนวโน้มลดลง ดัง ข้อมูลผู้มารับบริการเฉลี่ยในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกุลในช่วงก่อนการระบาดของไวรัส COVID-19 นับตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 เป็น 25 ราย ต่อเดือน แต่หลังจากการระบาดในระลอกที่ 1 ซึ่งเริ่มต้นในเดือนมีนาคม 2563 พบว่ามีผู้รับบริการลดลง

เป็น 15 ราย อีกทั้งผลกระทบของการระบาดในระลอกที่ 1 ทำให้หน่วยงานมีความจำเป็นต้องงดการให้บริการผู้ป่วยในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายเว้นระยะทางสังคมของรัฐบาล ดังนั้น จึงทำให้ไม่สามารถให้บริการและติดตามความก้าวหน้าทางพฤติกรรมของผู้รับบริการในขณะนั้นได้ เนื่องจากยังไม่มีระบบการให้บริการรองรับผู้รับบริการที่ถูกลื่อนนัด อย่างไรก็ตามภายหลังจากที่สถานการณ์ระบาดในระลอกที่ 1 คลี่คลายลงภายหลังจากกลับมาเปิดให้บริการได้ตามปกติ แต่กลับพบว่าผู้รับบริการที่มารับบริการในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีจำนวนลดลงอย่างต่อเนื่องโดยตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2563 ถึงเดือนกันยายน 2563 มีผู้รับบริการในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉลี่ย 14 รายต่อเดือน จำนวนผู้รับบริการที่ลดลงอย่างต่อเนื่องนี้ครอบคลุมไปถึงช่วงสถานการณ์การระบาดในระลอกที่ 2 ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 โดยพบว่าผู้รับบริการในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉลี่ย 10 รายต่อเดือน

*สถาบันราชานุกุล

ติดต่อผู้พิมพ์ email: d_adjima@hotmail.com

นอกจากนี้การระบาดสูงสุดในเดือนพฤษภาคม 2564 พบการระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 กลายพันธุ์ ส่งผลให้การระบาดขยายวงกว้างมากขึ้นจึงทำให้ในเดือนนี้กลุ่มงานจิตวิทยามีความจำเป็นต้องงด และเลื่อนการให้บริการ ผู้รับบริการในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายเว้นระยะทางสังคมของรัฐบาลอีกครั้ง ผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้ความต่อเนื่องในการได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมเกิดความชะงักเนื่องจากยังไม่มีโปรแกรมบริการที่มารองรับผู้ป่วยในช่วงที่ถูกเลื่อนนัดดังกล่าว นับตั้งแต่มีการระบาดของ COVID-19 เป็นต้นมา สถานการณ์การปรับตัวของบุคลากรทางการแพทย์และความพยายามในการให้บริการทางการแพทย์เพื่อลดช่องว่างของการให้บริการแก่ผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ดังกล่าวมักถูกกล่าวถึงในเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการแบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ซึ่งแนวคิดหลักของการแพทย์ทางไกลนี้เป็นการสื่อสารการบำบัดจากผู้บำบัดไปยังผู้ป่วยหรือผู้รับบริการโดยผ่านเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยทำให้ผู้บำบัดและผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องอยู่ในสถานที่เดียวกันอีกต่อไป² การแพทย์ทางไกลมีประโยชน์ต่อการให้บริการในยุค COVID-19 อย่างมากโดยเฉพาะประเด็นที่ช่วยลดข้อจำกัดในการเดินทาง อีกทั้งสามารถใช้เป็นช่องทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันโรค รวมถึงการศึกษาวิจัยเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์ ระบบนี้เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพคุ้มค่าต่อการลงทุน เนื่องจากช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยรวม และเพิ่มประสิทธิภาพในการ

รักษา เพราะใช้บุคลากรทางการแพทย์ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล อีกทั้งยังช่วยลดระยะเวลาของแพทย์ในการเดินทางมาเพื่อรักษาพยาบาล^{3,4} อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการนำระบบ telemedicine มาใช้เพื่อการบำบัดในกลุ่มเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมโดยผู้ปกครอง ในประเทศไทยยังมียังงานวิจัยที่ศึกษาอยู่ค่อนข้างจำกัด ผู้วิจัยจึงต้องการถอดบทเรียนจากบุคลากรที่มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานที่ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับเด็กและครอบครัว หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กด้วยระบบ telemedicine หรือระบบออนไลน์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเป็นไปได้ในการใช้ระบบ telemedicine ในการให้บริการในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล รวมทั้งวิเคราะห์โอกาสพัฒนาเพื่อเป็นข้อเสนอแนะในการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยระบบออนไลน์ในอนาคตเพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงต่อไป

กระบวนการถอดบทเรียนการให้บริการของบุคลากรในสถานพยาบาลของรัฐที่จัดบริการทางจิตวิทยาแก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวด้วยระบบออนไลน์ครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้จากการถอดบทเรียนมาวิเคราะห์โอกาสพัฒนางานบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยระบบออนไลน์ กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล การเก็บข้อมูลการวิจัยนั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อถอดบทเรียนจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน และผู้ปฏิบัติงานจำนวน 15 คนที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของรัฐที่มีการจัดบริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับเด็กและครอบครัว หรือการให้บริการสำหรับเด็กและครอบครัว

โดยบุคลากรที่ไม่สะดวกเข้าร่วมการประชุมแบบกลุ่ม ผู้วิจัยจะนัดให้ประชุมผ่านระบบออนไลน์แทน ซึ่งในการสนทนากลุ่มในครั้งนี้ได้ใช้แนวคำถามที่เป็นคำถามปลายเปิดตามประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล ภายหลังจากดำเนินการถอดบทเรียน ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพหลังจากการประชุมถอดบทเรียนจากบุคลากรดังนี้ 1) การจำแนกและจัดระบบข้อมูลเพื่อให้เข้าใจถึงความหมายและความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์จากทัศนะของผู้ถูกวิจัย (Native's Category) และ 2) การหาความสัมพันธ์ของข้อมูล แยกแยะเงื่อนไขเพื่ออธิบายสาเหตุความสัมพันธ์ รวมทั้งเป็นการอธิบายการเกิดขึ้น การดำรงอยู่และการเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

ผลจากการถอดบทเรียนดังกล่าว มีดังนี้ ประเด็นที่ 1 ลักษณะของงานบริการทางจิตวิทยาด้วยรูปแบบออนไลน์ในหน่วยงานต่าง ๆ

1.1 ระบบออนไลน์ที่ใช้ในการให้บริการในหน่วยงานต่าง ๆ

การให้บริการทางจิตวิทยาด้วยระบบออนไลน์ในระยะแรกของกลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูลใช้ระบบออนไลน์ของ Line Official Account ควบคู่กับการใช้โทรศัพท์ติดต่อสื่อสารกับผู้ปกครองด้วยโทรศัพท์มือถือของกลุ่มงานจิตวิทยา และโทรศัพท์สายนอกของกลุ่มงานจิตวิทยา ส่วนรูปแบบอื่นที่มีการนำมาใช้ในหน่วยงานอื่น เช่น การให้บริการด้วย Line Open Chat แบบกลุ่ม และระบบ Zoom เพื่อติดต่อบริการออนไลน์ มาใช้ให้บริการผู้ป่วย

1.2 กลุ่มเป้าหมาย และเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยสำหรับการให้บริการด้วยระบบออนไลน์

ในระยะทดลองใช้ระบบนี้ในหน่วยงานการณการระบาดของ COVID-19 ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายของการให้บริการด้วยระบบออนไลน์ทางจิตวิทยาของกลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล จึงเน้นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่สามารถสวมหน้ากากอนามัยได้ หรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ เช่น อยู่น้ำลาย ทำร้ายร่างกายคนอื่น นอกจากนี้ยังให้บริการแก่กลุ่มผู้ป่วยที่ผู้ปกครองแจ้งความประสงค์ขอรับบริการด้วยระบบออนไลน์เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยงาน

สำหรับประสบการณ์ในการจัดบริการด้วยระบบออนไลน์ในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานทางจิตวิทยาอื่น ๆ พบว่า การให้บริการดังกล่าวยังสามารถจัดให้แก่ผู้รับบริการที่อยู่ในระหว่างรอคิวเข้ามาใช้บริการอันเนื่องมาจากคิวรอที่มีเป็นจำนวนมาก และใช้เวลานานในการรอจนกว่าจะได้รับบริการ ซึ่งสามารถใช้ช่องทางออนไลน์เพื่อให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้ home program เพื่อนำไปฝึกต่อที่บ้าน โปรแกรมนี้จากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญพบว่าการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่ผู้ปกครองผ่านคลิปวิดีโอ และผู้ปกครองจะได้รับความรู้ผ่านชุดคู่มือต่าง ๆ เช่น ใบความรู้ แบบประเมิน การบ้าน เป็นต้น ช่วยให้ผู้ปกครองมีองค์ความรู้ และได้ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงในระดับขั้นพื้นฐาน จากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ การจัดอบรมโปรแกรมพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองด้วยระบบออนไลน์ คือ 1) หลังจากผู้ปกครองเข้าโปรแกรมพื้นฐานด้วยระบบออนไลน์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ควรได้รับการ

ประเมินเพื่อยุติหรือจัดหาโปรแกรมการบำบัดทางจิตวิทยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป และ 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยระบบออนไลน์อาจทำได้ตามความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย และการให้บริการด้วยระบบออนไลน์สามารถทำได้ในรูปแบบผสมทั้งมารับบริการที่คลินิก และรับบริการด้วยระบบออนไลน์ (hybrid service) จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการประเมินเพื่อจำหน่ายจากโปรแกรม การให้บริการทางจิตวิทยาด้วยระบบออนไลน์ยังถูกถ่ายทอดจากผู้เชี่ยวชาญอีกว่าสามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในกลุ่มต่าง ๆ เช่น 1) ผู้ป่วยเก่าอาการดีขึ้น หรือ คงที่ ไม่ปรับการรักษาใน 6 เดือนที่ผ่านมา 2) ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์เสี่ยงสูง 3) ผู้ป่วยในกลุ่มอายุข้างต้นมีความพร้อมทางด้านการใช้เทคโนโลยี และมีอุปกรณ์การใช้งานมีระดับสติปัญญาสามารถใช้เครื่องมือสื่อสารทางไกลได้ และไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง (organic sign)

1.3 ช่องทางการนัดหมายเพื่อเข้ารับบริการด้วยระบบออนไลน์

ช่องทางการนัดหมายผู้ป่วยที่มาใช้บริการด้วยระบบออนไลน์ กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยและผู้ปกครองรับบริการมาที่กลุ่มงานจิตวิทยา ให้ทำการแจ้งความประสงค์โดยตรง เพื่อขอนัดครั้งหน้าเป็นแบบออนไลน์ 2) ผู้ปกครองรับบริการมาที่กลุ่มงานจิตวิทยา ให้ทำการแจ้งความประสงค์โดยโทรนัดครั้งหน้าเป็นแบบออนไลน์ และ 3) ผู้ให้บริการโทรนัดผู้ปกครองเพื่อให้บริการในครั้งหน้าเป็นแบบออนไลน์ กรณีที่มีสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 อยู่ในระดับที่รัฐบาลต้องประกาศภาวะฉุกเฉิน หรือกรณีที่ประเมินแล้วว่าผู้รับบริการ

มีความเสี่ยง เช่น ไม่สามารถสวมหน้ากากอนามัยได้ สวมได้ไม่ต่อเนื่อง

ส่วนช่องทางการนัดหมายเพื่อเข้ารับบริการด้วยระบบออนไลน์ในหน่วยงานอื่นที่สามารถทำได้จากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยใหม่ที่ถูกส่งมาพบนักจิตวิทยาคลินิกจะได้รับการนัดหมายเพื่อรับบริการในโปรแกรมให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งเป็นรูปแบบออนไลน์และให้ home program เพื่อนำไปฝึกต่อที่บ้าน 2) นักจิตวิทยาพิจารณาให้บริการผู้ป่วยเก่าที่มารับการบำบัดทางจิตวิทยา โดยนัดสลับครั้งในการให้บริการแบบมารับบริการที่คลินิก (ระบบปกติ) กับการให้บริการด้วยระบบออนไลน์

1.4 เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานระบบออนไลน์

โปรแกรมหรือช่องทางที่กลุ่มงานจิตวิทยาสถาบันราชานุกูล ใช้ในการบริการทางจิตวิทยาด้วยระบบออนไลน์ มีดังนี้ 1) Line Official Account: ผู้รับบริการจะต้องติดตั้งโปรแกรม Line ในเครื่องที่จะติดต่อสื่อสาร จากนั้นเพิ่มเพื่อนทาง QR code กับกลุ่มงานจิตวิทยา ใน account ที่มีชื่อว่า “Psychology Rajanukul” และ 2) การโทรศัพท์ติดต่อสื่อสารกับผู้ปกครองด้วยหมายเลขโทรศัพท์มือถือของกลุ่มงานจิตวิทยา และโทรศัพท์สายนอกของกลุ่มงานจิตวิทยา

ส่วนเทคโนโลยีที่ผู้เชี่ยวชาญได้กล่าวถึงเทคโนโลยีและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางจิตวิทยาด้วยระบบออนไลน์ มีดังนี้ 1) application “Line Open Chat แบบกลุ่ม” เพื่อติดต่อบริการออนไลน์ 2) อุปกรณ์ชุดคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ และ Tele conference 3) Notebook, iPad กรณีมีห้องที่ให้บริการสำหรับติดตั้งอุปกรณ์มีไม่เพียงพอ

1.5 ความพร้อมของทรัพยากรในการให้บริการออนไลน์ในหน่วยงาน

จากการวิเคราะห์ความพร้อมของทรัพยากรที่สนับสนุนการทำงานด้วยระบบออนไลน์ ของกลุ่มงานจิตวิทยา มีดังนี้ 1) ในช่วงสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ยังไม่มีการใช้ระบบออนไลน์อื่นนอกเหนือจาก Line Official Account และโทรศัพท์ในการให้บริการผู้ป่วย 2) ขาดอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีออนไลน์ในหน่วยงาน ได้แก่ เครื่องคอมพิวเตอร์แบบพกพา (Notebook), iPad และอุปกรณ์เชื่อมต่ออื่น ๆ ได้แก่ headphone headset, software ที่เกี่ยวกับโปรแกรมออนไลน์ 3) ไม่มีห้อง/zone สำหรับให้บริการออนไลน์ในหน่วยงาน 4) ไม่มี flow การทำงานในการให้บริการด้วยระบบออนไลน์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และหน่วยงานกลางของสถาบันฯ 5) ไม่มีการเชื่อมต่อระบบหรือทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่ชัดเจน และ 6) ผู้ป่วยที่สามารถให้บริการแบบออนไลน์ในสถาบันราชานุกูลรองรับเฉพาะกลุ่มคนไข้ที่มีสิทธิการรักษารองรับ เช่น คนไข้ที่มีสิทธิบัตรคนพิการ เป็นต้น แต่ยังไม่รองรับในกลุ่มที่ต้องชำระค่าบริการเอง

ในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานอื่น ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้สรุปความพร้อมของทรัพยากรในการให้บริการจากหน่วยงานนอกอื่น คือ โรงพยาบาลสนับสนุน iPad เพื่อให้หน่วยใช้ในการให้บริการออนไลน์ แต่ข้อจำกัดที่นำมาสู่การพัฒนา มีดังนี้ 1) โรงพยาบาลขาดอุปกรณ์และระบบ internet ที่เพียงพอ 2) ยังไม่มีการคิดค่าบริการที่เป็นมาตรฐาน 3) ขาดการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ 4) ไม่มีสถานที่ 5) ไม่มีผู้ช่วยเหลือจัดการระบบ 6) ยังไม่มีระเบียบปฏิบัติมารองรับและ 7) มีการส่งต่อข้อมูลโดยใช้ไลน์ส่วนตัวของบุคลากร

เอง ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการรั่วไหลของข้อมูลผู้ป่วย และความเป็นส่วนตัวของบุคลากร อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญที่มาจากหน่วยงานที่พร้อมในการดำเนินงานด้วยระบบออนไลน์แก่ผู้รับบริการ มักได้รับการสนับสนุนและมีทรัพยากรเพียงพอในการให้บริการด้วยระบบออนไลน์ ดังนี้ 1) งบประมาณ 2) ทรัพยากรบุคคลที่ทำงานเป็นทีมและมีทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีในระดับที่ดี 3) อุปกรณ์ 4) ระบบและ 5) ห้องให้บริการกลางที่ OPD เพื่อรองรับการใช้งานของสหวิชาชีพ

1.6 ระบบงานบริการ หรือแนวปฏิบัติด้วยระบบออนไลน์ในหน่วยงาน

กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล ปัจจุบันยังไม่มีระบบงานให้บริการทางจิตวิทยาด้วยระบบออนไลน์ที่เป็นระบบ และสถาบันยังไม่มีแนวปฏิบัติการทำงานด้วยระบบออนไลน์ที่ชัดเจน กรณีนี้ผู้เชี่ยวชาญได้มีข้อเสนอคือ ควรทำงานร่วมกับระบบคณะกรรมการ PCT/งานบริการผู้ป่วยนอกหน่วยงาน โดยบุคลากรในทีมปฏิบัติงานและควรกำหนดบทบาทการทำงานที่ชัดเจน

1.7 ขั้นตอนการดำเนินงานงานบริการด้วยระบบออนไลน์ในหน่วยงาน

ขั้นตอนการให้บริการทางจิตวิทยาด้วยระบบออนไลน์ของกลุ่มงานจิตวิทยาแบ่งออกเป็นขั้นตอนสำหรับกลุ่มคนไข้ใหม่ และเก่า

การให้คนไข้ใหม่ ก่อนให้บริการ มีขั้นตอนดังนี้ 1) แพทย์ส่งปรึกษาบำบัดทางจิตวิทยา 2) ผู้ปกครองพาเด็กมาติดต่อที่กลุ่มงานจิตวิทยาเพื่อรับบัตรนัด 3) ผู้ให้บริการคัดกรองสิทธิ/นัดวันและเวลา/บันทึกลงในตารางนัด และระบุ code “Tele BM” ในตารางนัด 4) ผู้ให้บริการคีย์ในระบบ hos-xp เพื่อเบิกแฟ้มนัดก่อนวันรับ

บริการ 5) ผู้ให้บริการประสาน “ศูนย์บริการสิทธิประโยชน์” เพื่อแจ้งรายชื่อของผู้ป่วยที่ให้บริการแบบออนไลน์ล่วงหน้าก่อนวันให้บริการ 6) ผู้ให้บริการโทรยืนยันการรับบริการกับผู้ปกครองก่อนวันให้บริการล่วงหน้า 1 วัน ขณะให้บริการ ผู้ให้บริการโทรศัพท์ติดต่อผู้ปกครองตามวันและเวลาที่นัดหมาย และหลังให้บริการมีขั้นตอน ดังนี้ 1) หลังให้บริการเสร็จ นัดหมายวันและเวลาในครั้งหน้าแก่ผู้ปกครอง 2) บันทึกข้อมูลให้บริการในช่องทางดังนี้

- ค่าใช้จ่ายและนัดครั้งต่อไปในโปรแกรมhos-xp (ระบุเหตุการณ์ “ให้บริการออนไลน์”)
- บันทึกข้อมูลการให้บริการในเวชระเบียน และส่งคืนเวชระเบียน

การให้คนไข้เก่า ก่อนให้บริการมีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้ปกครองมาติดต่อเพื่อรับนัดโดยตรงที่แผนก หรือผู้ปกครองโทรขอคิวนัด หรือผู้ให้บริการโทรนัด (กรณีสถานการณ์การระบาดระดับรุนแรงและมีนโยบายการจำกัดการเดินทางมารับบริการ) 2) ผู้ให้บริการคัดกรองสิทธิ / นัดวันและเวลา/บันทึกลงในตารางนัด และระบุ code “Tele BM”ในตารางนัด 3) ผู้ให้บริการคีย์ในระบบhos-xp เพื่อเบิกแฟ้มนัดก่อนวันรับบริการ 4) ผู้ให้บริการประสาน “ศูนย์บริการสิทธิประโยชน์” เพื่อแจ้งรายชื่อของผู้ป่วยที่ให้บริการแบบออนไลน์ล่วงหน้าก่อนวันให้บริการ 5) ผู้ให้บริการโทรยืนยันการรับบริการกับผู้ปกครองก่อนวันให้บริการล่วงหน้า 1 วัน ขณะให้บริการ ผู้ให้บริการโทรศัพท์ติดต่อผู้ปกครองตามวันและเวลาที่นัดหมาย และหลังให้บริการ มีขั้นตอนดังนี้ 1) หลังให้บริการเสร็จ นัดหมายวันและเวลาในครั้งหน้าแก่ผู้ปกครอง 2) บันทึกข้อมูลให้บริการในช่องทางดังนี้

3) ค่าใช้จ่ายและนัดครั้งต่อไปในโปรแกรม hos-xp (ระบุเหตุการณ์ “ให้บริการออนไลน์”) 4) บันทึกข้อมูลการให้บริการในเวชระเบียน และส่งคืนเวชระเบียน

1.8 ความเสี่ยง และแนวทางป้องกันความเสี่ยงจากการให้บริการด้วยระบบออนไลน์

กลุ่มงานจิตวิทยา ได้วิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดจากการให้บริการด้วยระบบออนไลน์ดังนี้ 1) ข้อมูลที่ส่งต่ออาจไม่เพียงพอในการประเมินพฤติกรรม หรือการดูแลให้คำแนะนำในการบำบัด เนื่องจากเป็นการให้บริการที่เน้นการใช้ระบบโทรศัพท์ซึ่งเป็นการติดต่อสื่อสารทางเดียวกับผู้รับบริการ ส่วนในกรณีที่มีการใช้โปรแกรม Line Official Account ก็อาจได้เฉพาะข้อมูลที่เป็นภาพนิ่ง ซึ่งถูกควบคุมจำนวนในการส่งภาพเนื่องจากโปรแกรมที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเป็น free application 2) อาจเกิดความล่าช้าหรือไม่สามารถให้บริการเนื่องจากอุปกรณ์เครื่องมือที่มีปัจจุบันทางหน่วยงานมีโทรศัพท์ส่วนตัวของหน่วยงานจำนวน 1 เครื่อง และโทรศัพท์สายนอกอีก 1 เครื่อง ซึ่งอาจไม่เพียงพอกับการให้บริการด้วยระบบออนไลน์

ประเด็นที่ 2 วิเคราะห์ผลลัพธ์การดำเนินงานด้วยระบบออนไลน์ของกลุ่มงานจิตวิทยาสถาบันราชานุกูล

2.1 จุดเด่นงานบริการด้วยระบบออนไลน์ในหน่วยงาน

จุดเด่นของการดำเนินงานระบบออนไลน์ที่ผ่านมาในช่วงการระบาดของ COVID-19 ของกลุ่มงานจิตวิทยา คือ การใช้เทคโนโลยีพื้นฐานที่ผู้ปกครองของเด็กที่มารับบริการในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถเข้าถึงได้ และไม่ซับซ้อนนัก ได้แก่ Line Official Account และ

LINE ร่วมกับการพัฒนาต้นทุนทางวิชาการที่สามารถนำมาต่อยอดการดำเนินงานในการพัฒนาต้นแบบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยระบบออนไลน์ได้

2.2 ความภาคภูมิใจของหน่วยงานที่ได้จากการให้บริการทางจิตวิทยาด้วยระบบออนไลน์

ถึงแม้การให้บริการด้วยระบบออนไลน์ที่นำมาใช้ในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูลจะยังอยู่ในระหว่างการเริ่มต้นและยังไม่มีความพร้อมทางเทคโนโลยีเพียงพอ ปัจจุบันเทคโนโลยีในการติดต่อกับผู้ปกครองด้วยระบบออนไลน์ที่ใช้อยู่มี 2 ช่องทาง คือ การใช้โทรศัพท์ และการติดต่อผ่าน application “Line” แต่จากการให้บริการด้วยระบบออนไลน์ในช่วงที่สถานการณ์การระบาดของไวรัส COVID-19 ทำให้ผู้รับบริการยังคงได้รับบริการจากกลุ่มงานจิตวิทยา และไม่ต้องมาเข้ารับบริการแม้ไม่ต้องมาที่คลินิก ซึ่งนับเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการโดยตรง

2.3 ข้อจำกัด/โอกาสในการพัฒนาต่อยอดบริการด้วยระบบออนไลน์ในหน่วยงาน

โอกาสพัฒนาเพื่อการปรับปรุงบริการทางจิตวิทยาด้วยระบบออนไลน์ มีดังนี้ 1) การนำข้อมูลจากการสำรวจความต้องการของผู้รับบริการ และผลการถอดบทเรียนจากบุคลากรผู้ใช้งานระบบออนไลน์ในที่อื่น ๆ เพื่อเป็นข้อเสนอแนะแก่ผู้บริหารในการพัฒนาต้นแบบบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยระบบออนไลน์ กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล 2) การศึกษาและทดลองใช้ระบบออนไลน์อื่นนอกเหนือจาก Line Official Account ในการให้บริการผู้ป่วย 3) การทำแผนเพื่อขอรับการสนับสนุนอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับ

เทคโนโลยีออนไลน์ในหน่วยงาน ได้แก่ เครื่องคอมพิวเตอร์แบบพกพา (Notebook) อุปกรณ์เชื่อมต่ออื่น ๆ เช่น headphone headset และ software ที่เกี่ยวกับโปรแกรมออนไลน์ รวมถึงการทำแผนเพื่อปรับปรุงห้อง/ zone สำหรับให้บริการออนไลน์ในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะ

ในมุมมองของการพัฒนางานบริการทางจิตวิทยาด้วยระบบออนไลน์จากการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงาน ในมุมมองของผู้เขียนได้ข้อสรุป และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการต่อยอดงาน ดังนี้

1. ทบทวนเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการออกแบบโปรแกรมบริการด้วยระบบออนไลน์ในประเด็น การจัดตั้งบริการด้วยระบบออนไลน์มี scale ระดับใด ต้องการให้สัดส่วนของระบบออนไลน์มีขนาดเท่าใดในการให้บริการของภาพรวม ต้องการทดแทนบริการระบบปกติทั้งหมดที่เคยมีด้วยระบบออนไลน์ใช่หรือไม่ หรือต้องการให้ระบบออนไลน์ทำหน้าที่เพียงการปิดช่องว่างคนบางกลุ่มที่อาจยังตกค้างหรือไม่สามารถเข้าถึงบริการได้
2. การดำเนินงานในระยะแรกภายใต้ข้อจำกัดของความไม่พร้อมต่าง ๆ ทั้งด้านการขาดความเชื่อมโยงของระบบ และความไม่พร้อมของเทคโนโลยีที่สนับสนุนการทำงานในระบบออนไลน์ ควรเริ่มต้นจากการดำเนินงานภายในกลุ่มงานจิตวิทยาให้ชัดและสร้างสรรค์งานที่ตอบโจทย์งานบริการภายในหน่วยงานก่อน ขยับเคลื่อนไปสู่ระดับการประสานงานกับทีมต่าง ๆ ของสถาบันราชานุกูล
3. ทบทวนการใช้ระบบออนไลน์ที่เคยใช้มาก่อนหน้านี้ ได้แก่ application Line และโทรศัพท์

ในการให้บริการผู้ป่วยว่าสามารถตอบโจทย์
การให้บริการด้วยระบบออนไลน์มาน้อย
เพียงใด หากระบบเดิมมีข้อจำกัดอาจพิจารณา
ระบบใหม่ภายใต้เงื่อนไขความคุ้มค่าและ
สามารถเข้าถึงผู้รับบริการได้เป็นส่วนใหญ่ เช่น
Zoom, Line open chat, group Line ฯลฯ

4. สถานที่ในการให้บริการด้วยระบบออนไลน์
หากยังมีข้อจำกัดเรื่องของความไม่พร้อมของ
จุดกระจายสัญญาณ wifi ของสถาบันฯ
แนะนำพิจารณาการติดตั้งคอมพิวเตอร์กับ
ระบบ LAN เนื่องจากมีความคงที่ของสัญญาณ
มากกว่า
5. ควรวิเคราะห์สมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการใช้
โปรแกรมออนไลน์ต่าง ๆ ของบุคลากรกลุ่มงาน
จิตวิทยาเพื่อลดการพึ่งพาบุคลากรทางด้าน
ไอที แต่อย่างไรก็ตามควรมีการประชุมหรือ
ปรึกษาหารือเพื่อกำหนดกรอบงานร่วมกันโดย
มีการกำหนดว่างานในลักษณะใดถือว่ายังอยู่
ในการควบคุมดูแลของหน่วย และงานลักษณะ
ใดที่มีความซับซ้อนและต้องใช้สมรรถนะ
เฉพาะทางด้านไอที ที่ต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่ไอที
6. การพิจารณาเลือกอุปกรณ์ เทคโนโลยี ระบบ
ออนไลน์ที่จะนำมาประยุกต์ใช้ด้วยกันได้
7. ลักษณะบริการทางด้านจิตวิทยาที่คล้ายคลึง
กันในกลุ่มเป้าหมายเด็ก วัยรุ่น และผู้ปกครอง
ที่จะช่วยแก้ไขปัญหาทางผู้รับบริการ ที่อาจนำ
แนวคิดในการบำบัดทางจิตวิทยามาปรับ
ให้บริการแบบออนไลน์ แต่ที่สถาบันอาจจะไม่
เฉพาะเจาะจงชัดเจน ไปที่การปรับพฤติกรรม
เด็กสมาธิสั้นเท่านั้น

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย
เรื่อง การพัฒนาต้นแบบโปรแกรมบริการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมด้วยระบบออนไลน์สำหรับผู้ปกครองเด็ก

กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูลได้ผ่านการ
พิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข (หมายเลข 02/2565 วันที่
31 มกราคม 2565)

เอกสารอ้างอิง

1. Chutha P. Development of Behaviour
in Children with Delayed Development.
Bangkok: Ladprao Publishing; 2006.
2. แพทยสภา. ประกาศแพทยสภาที่ 54/2563
เรื่อง แนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือ
โทรเวช (telemedicine) และคลินิกออนไลน์.
เข้าถึงได้ที่ [https://tmc.or.th/index.php/
News/News-and_Activities/ Telemedicine](https://tmc.or.th/index.php/News/News-and_Activities/ Telemedicine).
[23 กรกฎาคม 2563]
3. Jim G, et al. Effects and Effectiveness
of Telemedicine. Health Care Financ
Rev 1995; 17(1).
4. Kichloo A, et al. Telemedicine, the
current COVID-19 pandemic and the
future: a narrative review and perspectives
moving forward in the USA. Fam Med
Com Health 2020; 8. Doi: 10.1136/fmch-
2020-000530.1

ปกิณกะ

สื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ: รายงานการประเมินผลการใช้นิทาน ของผู้ปกครองและครูปฐมวัยต่อพัฒนาการเด็กออทิสติก

ปรารภนา รัตนถิรวรรณ,วท.ม.*, จารุพัชร ฉลาดแพทย์, สส.ม.*,จันทรา พิระขจร**

การพัฒนาสื่อสำหรับเด็กออทิสติกชุด “สื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ” เป็นชุดหนังสือนิทานที่เอื้อต่อการเรียนรู้สำหรับเด็กที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษและสอดคล้องกับทฤษฎีส่งเสริมพัฒนาการกลุ่มโรคออทิสติก ได้มุ่งประโยชน์เพื่อช่วยส่งเสริมการพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตที่จำเป็นสำหรับเด็กออทิสติก โดยกลุ่มเป้าหมายที่จะนำไปใช้ ได้แก่ ผู้ปกครองครู หรือผู้ดูแลเด็กออทิสติกทั่วประเทศ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการผลิตสื่อสำหรับเด็กออทิสติกหลากหลายประเภท เช่น สื่อออนไลน์ ของเล่นส่งเสริมพัฒนาการ แต่นิทานยังคงเป็นสื่อหนึ่งที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการด้านภาษา การใช้ภาษา การเรียนรู้ การดำรงชีวิตประจำวัน และช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้เล่าและเด็ก สามารถเป็นตัวเชื่อมความผูกพันที่ดีระหว่างพ่อแม่หรือผู้ดูแลกับเด็กได้¹ การตรวจพบและดูแลบำบัดด้วยวิธีการกระตุ้นและฝึกพัฒนาการ ช่วงวัยตามกระบวนการบำบัดทางการแพทย์และทีมสหวิชาชีพตั้งแต่เนิ่น ๆ ร่วมด้วยการเล่านิทานและอ่านหนังสือให้ฟังเป็นประจำทุกวัน

สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กได้ดีโดยลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยก่อน 5 ปี เพราะจะส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพให้เด็กสามารถพึ่งพาตนเองเมื่อโตขึ้นและใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้² สำหรับเด็กปฐมวัยนั้น ครูปฐมวัยมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการวางแผนและพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อให้สอดคล้องกับพัฒนาการทั้ง 4 ด้านของเด็ก ได้แก่ พัฒนาการด้านร่างกาย พัฒนาการด้านสังคม อารมณ์ และสุนทรียศาสตร์ รวมถึงพัฒนาการด้านสติปัญญาและภาษา³ งานศึกษานี้ สื่อนิทานสำหรับเด็กออทิสติกชุด “สื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ” นี้ เป็นความร่วมมือกันระหว่างสถาบันราชานุกูล มูลนิธิหนังสือเพื่อเด็ก และบริษัทแปลนฟอริคิตส์ จำกัด โดยได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ ปี 2564 เพื่อสามารถใช้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาในด้านภาษาและทักษะการดำรงชีวิตประจำวันของเด็กออทิสติก และสามารถเป็นสื่อที่ครอบครัวหรือครูสามารถนำไปใช้ได้จริง

*สถาบันราชานุกูล **นักเขียนอิสระ

ติดต่อผู้พิมพ์ email: jibfarine@gmail.com

“สื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ” เริ่มจากชั้นพื้นฐานและเพิ่มความซับซ้อนเป็นขั้นย่อย ๆ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำความเข้าใจและยอมรับความแตกต่าง การรับรู้ด้านอารมณ์ และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม โดยใช้การนำเสนอผ่านภาพประกอบสวยงาม ดึงดูดความสนใจ รายละเอียดชัดเจน ไม่ซับซ้อน เนื้อเรื่องอ่านเข้าใจง่าย ใช้ภาษาที่เหมาะสมสำหรับการรับรู้ของเด็กออทิสติก ผ่านการสร้างสรรค์โดยคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญในแวดวงหนังสือสำหรับเด็ก พร้อมทั้งมีข้อเสนอแนะและการอบรมกระบวนการใช้สื่อโดยนักวิชาการปฐมวัย เพื่อให้เกิดการบูรณาการร่วมกันอย่างต่อเนื่องทั้งที่บ้าน สถานศึกษา และสถานพยาบาล ซึ่งมุ่งหวังจะช่วยพัฒนาทักษะทางสังคม ภาษา และอารมณ์แก่เด็กได้ โดย “สื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ” มีกระบวนการสร้างสื่อ ดังนี้

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญภาคส่วนต่าง ๆ คัดเลือกประเด็นและกำหนดเค้าโครงเนื้อหา
- 2) นักเขียนนิทานและวรรณกรรมเด็ก ร่างต้นฉบับหนังสือนิทานตามเค้าโครงที่กำหนด
- 3) นักวาดภาพนิทานวาดต้นร่างเพื่อนำไปทดลองใช้จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ **แปร่งพินกันเถอะมูมู** เน้นฝึกทักษะการแปร่งพิน **มูมูกินได้** เน้นฝึกทักษะการรับประทานอาหาร **มูมูพูดได้นะ** เน้นฝึกทักษะสังคม เรื่อง การสวัสดี ขอบคุณ **มูมูเล่นบล็อก** เน้นฝึกทักษะการเล่น **มูมูมังกรไฟฟู** เน้นฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ **มูมูมีความสุขจัง** เน้นฝึกทักษะสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น
- 4) ทดลองใช้สื่อกับกลุ่มอาสาสมัครซึ่งเป็นผู้ปกครองเด็กออทิสติก จำนวน 30 คน
- 5) นำผลจากการทดลองใช้สื่อส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิและคณะผู้วิพากษ์จากภายนอกพิจารณาผลจากการทดลองใช้ และยืนยันข้อเสนอปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ให้นักเขียนและนักวาดนิทาน

ปรับแก้ แล้วจัดทำแบบสมบูรณ์ 6) จัดพิมพ์นิทานขนาด 9x9 นิ้ว ทั้ง 6 เรื่อง

กระบวนการรวบรวมข้อมูลการนำสื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษไปใช้ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ปกครองและครูลงทะเบียนเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “สื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ” จำนวน 1 วัน ณ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต เพื่อลงทะเบียนรับสื่อนิทาน แนะนำข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ชุดนิทาน และแนวทางการประเมินผลรายสัปดาห์
- 2) ผู้ปกครองและครูนำชุดนิทานสื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ ไปใช้กับบุตรหลานออทิสติกที่บ้าน/โรงเรียน จำนวน 8 สัปดาห์หลังจากการอบรมความถี่ไม่น้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์
- 3) ทีมผู้ดำเนินโครงการติดตามผลการใช้สื่อทุกวันอาทิตย์ของแต่ละสัปดาห์ โดยให้ผู้ปกครองและครูตอบแบบประเมินผลการเรียนรู้ชุดนิทาน “สื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ” ผ่านช่องทางแอปพลิเคชัน ประเมินผลออนไลน์
- 4) หลังจากผู้ปกครองและครูนำชุดนิทานไปใช้สอนเด็กที่บ้าน/โรงเรียนครบ 8 สัปดาห์แล้ว จึงกลับมาเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “หนังสือสื่อพิเศษ พัฒนาเด็กพิเศษได้อย่างไร” ผ่านทางช่องทางสื่อออนไลน์
- 5) ประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองและครูที่มีต่อชุดนิทานรายเรื่อง โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้หนังสือชุด “สื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ” เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับเด็กออทิสติก ผ่านช่องทางแอปพลิเคชัน ประเมินผลออนไลน์

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบประเมินผลการเรียนรู้หนังสือชุด “สื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ” ออกแบบเครื่องมือโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ ศรีสุรกุล ดร.สุนันทา ขลิบทอง และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นที เชียงชนะ จากวิทยาลัยราชสุตา มหาวิทยาลัยมหิดล จัดทำแบบ

ประเมินเป็นรูปแบบออนไลน์โดย จันทรา พิระขจร และคณะ จากบริษัทแพลน ฟอร์ คิตส์ ผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ผู้ปกครองและครูปฐมวัย ประกอบด้วยข้อความจากนิทาน 6 เรื่อง รวม 31 ข้อ คะแนนเต็ม 62 คะแนน โดยมีเกณฑ์คะแนน ได้แก่ 2 = ปฏิบัติได้ถูกต้อง 1 = ปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยการกระตุ้นเตือน 0 = ปฏิบัติไม่ถูกต้อง (แม้ว่าจะมีการกระตุ้นเตือน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดการประเมินผล ดังนี้ 1) ช่วงก่อนใช้สื่อ ทำแบบประเมินผลการเรียนรู้ด้านต่าง ๆ ของเด็กพิเศษในกิจกรรมครั้งที่ 1 โดยใช้แบบประเมินผลการเรียนรู้หนังสือชุด "สื่อวิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ" 2) ช่วงระหว่างใช้สื่อ ทำแบบประเมินผลการเรียนรู้ด้านต่างๆ ของเด็กพิเศษต่อเนื่องทุกสัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินผลการเรียนรู้ หนังสือชุด "สื่อวิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ" 3) ช่วงหลังใช้สื่อ ทำแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใหญ่ที่มีต่อสื่อนิทานแต่ละเรื่อง โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจ ในการใช้หนังสือชุด "สื่อวิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ" เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับเด็กออทิสติก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

สรุปผลการนำ "สื่อวิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ" ไปใช้ในกลุ่มผู้ปกครองและครูปฐมวัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

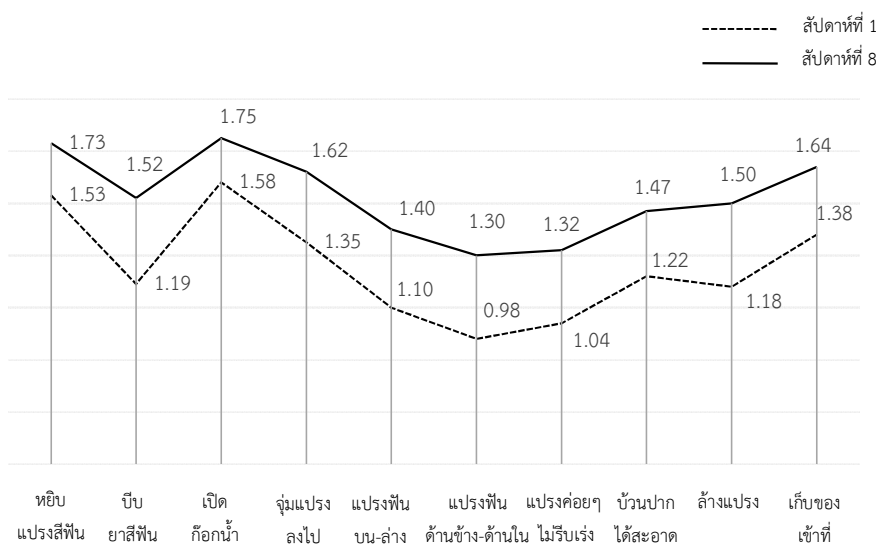
ผู้ตอบข้อมูลส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์เป็นครูที่ดูแลเด็กออทิสติก จำนวน 849 คน คิดเป็นร้อยละ 36.1 รองลงมาคือบิดามารดาของเด็กออทิสติกจำนวน 825 คน คิดเป็นร้อยละ 32.4 โดยเด็กออทิสติกที่ผู้ตอบข้อมูลดูแล พบว่า เป็นเพศชาย จำนวน 1,315 คน คิดเป็นร้อยละ 78.6 และเพศหญิง จำนวน 358 คน คิดเป็น ร้อยละ

21.4 เมื่อสอบถามข้อมูลพัฒนาการด้านภาษาจากผู้ตอบข้อมูลที่ดูแลเด็กออทิสติก พบว่า ส่วนใหญ่เด็กออทิสติกที่อยู่ในความดูแลไม่เคยได้รับการประเมินพัฒนาการด้านภาษา ร้อยละ 50 รองลงมาคือเด็กออทิสติกที่เคยรับการประเมินพัฒนาการด้านภาษา มีภาษาไม่เกิน 100 คำ ร้อยละ 34.2 และกลุ่มเด็กออทิสติกที่เคยรับการประเมินพัฒนาการด้านภาษา มีภาษาเกิน 100 คำ ร้อยละ 15.8 ด้านประสบการณ์ในการอ่านที่ผู้ปกครองและครูเคยอ่านหนังสือนิทานให้เด็กออทิสติกฟัง พบว่า ผู้ตอบข้อมูลส่วนใหญ่อ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟังเป็นครั้งคราว 2-3 วัน / สัปดาห์ ร้อยละ 43.9 รองลงมาคือผู้ตอบข้อมูลที่อ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟังนานๆ ครั้ง 2-3 ครั้ง / เดือน ร้อยละ 30 ผู้ตอบข้อมูลที่อ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟังเป็นประจำเกือบทุกวัน ร้อยละ 17.8 และไม่เคยอ่านนิทานให้เด็กฟัง ร้อยละ 8.3

สรุปผลการเรียนรู้ของเด็กออทิสติก รายเรื่องจากการใช้สื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ

เรื่องที่ 1 “แปรงฟันกันเถอะ มุมู”

กราฟแสดงภาพรวมการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายเรื่องสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8

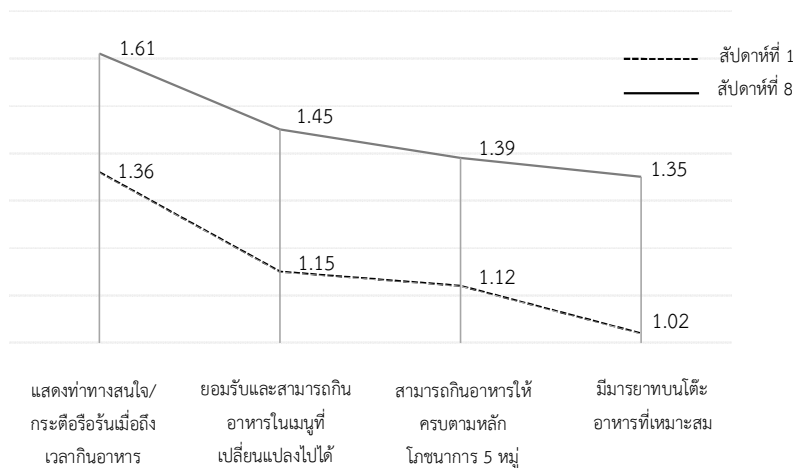


จากกราฟแสดงภาพรวมการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายเรื่องตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 (สัปดาห์แรก) และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า หลังจากมีการใช้ “สื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ” เรื่อง “แปรงฟันกันเถอะ มุมู” มีความแตกต่างของคะแนนในช่วงดังกล่าวในลักษณะคู่ขนานอย่างเห็นได้ชัด โดยในสัปดาห์ที่ 8 พ่อแม่และครูประเมินการปฏิบัติของเด็กมีแนวโน้มดีขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 ในทุก ๆ รายข้อ ในสัปดาห์ที่ 8 ข้อการประเมินที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ เปิดก๊อกน้ำ (1.75 คะแนน) ค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ แปรงฟัน

ด้านข้าง ซ้าย-ขวา (1.3 คะแนน) แต่ยังคงสูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 ที่มีค่าเฉลี่ย 0.98 คะแนนเท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละของคะแนนรายข้อ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 8 พบว่า โดยรวมเด็กที่เข้าร่วมโครงการมีแนวโน้มปฏิบัติตามรายข้อประเมินได้ก่อนแล้ว แต่การใช้สื่อนิทานเพิ่มเติมช่วยเสริมให้เด็กสามารถปฏิบัติได้ดีขึ้น ทั้งนี้ การที่ผู้ปกครอง/ครูมีสื่อที่ช่วยให้เด็กเข้าใจกระบวนการแปรงฟันได้เข้าใจและเป็นขั้นตอนที่เป็นรูปธรรมส่งผลให้เด็กสามารถปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเหมาะกับลักษณะและอาการเฉพาะของเด็กออทิสติก

เรื่องที่ 2 “มูมูกินได้”

กราฟแสดงภาพรวมการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายเรื่องสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8

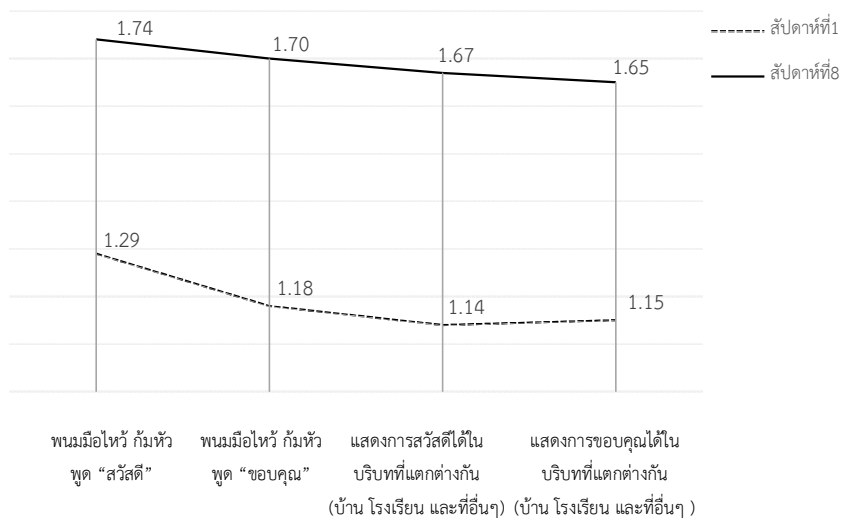


จากกราฟแสดงภาพรวมการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย เรื่อง “มูมูกินได้” ผู้ปกครองและครูที่เข้าร่วมโครงการ มีความเห็นว่า หลังจากใช้ชุดนิทาน เด็กสามารถปฏิบัติได้โดยมีความแตกต่างของคะแนนแต่ละช่วง ซึ่งในสัปดาห์ที่ 8 ผู้ปกครองและครูประเมินการปฏิบัติของเด็กมีแนวโน้มดีขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 ในทุก ๆ รายข้อ ในสัปดาห์ที่ 8 ข้อการประเมินที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ แสดงท่าทางสนใจ/กระตือรือร้นเมื่อถึงเวลารับประทานอาหาร (1.61 คะแนน) ค่าเฉลี่ย

ต่ำสุด ได้แก่ มีมารยาทบนโต๊ะอาหารอย่างเหมาะสม (1.35 คะแนน) แต่ยังคงสูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 ที่มีค่าเฉลี่ย 1.02 คะแนนเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะโดยทั่วไปของเด็กออทิสติก ที่ส่วนใหญ่จะไม่อยู่นิ่ง และมีปัญหาด้านการสื่อความหมายและทักษะทางสังคม ซึ่งผู้ปกครองหรือครูอาจใช้อาหารหรือความต้องการกินของเด็กมาปรับเป็นเงื่อนไขในการฝึกได้ เช่น ให้รอคอยก่อนเริ่มรับประทานอาหารเสริมแรงทางลบโดยการงดอาหารที่ชอบ เป็นต้น

เรื่องที่ 3 “สวัสดีครับ ขอขอบคุณครับ มุมุ่พูดได้นะ”

กราฟแสดงภาพรวมการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายเรื่องสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8

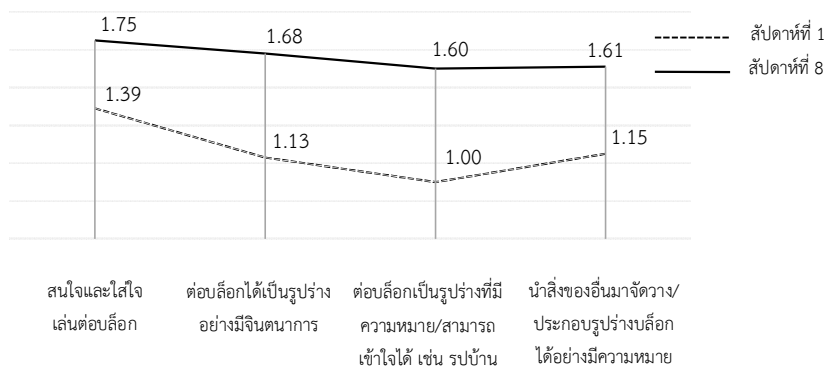


เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 ผู้ปกครองและครูที่เข้าร่วมโครงการ มีความเห็นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับเล่มที่ 1 และ 2 โดยพบว่า หลังจากใช้ชุดนิทาน เด็กสามารถปฏิบัติได้ โดยมีความแตกต่างของคะแนนแต่ละช่วงอย่างชัดเจน ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้ปกครองและครูประเมินการปฏิบัติของเด็ก พบว่ามีแนวโน้มดีขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าสัปดาห์

ที่ 1 ในทุก ๆ รายข้อ ซึ่งการพจนมมือไหว้ ก้มหัว พูด “สวัสดี” เป็นหัวข้อที่เด็กสามารถทำได้ดีขึ้น แตกต่างจากสัปดาห์ที่ 1 มากที่สุด ในสัปดาห์ที่ 8 ข้อการประเมินที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ พจนมมือไหว้ ก้มหัว พูด “สวัสดี” (1.74 คะแนน) ค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ แสดงการขอบคุณได้ในบริบทที่แตกต่างกัน (บ้าน โรงเรียน และอื่นๆ)

เรื่องที่ 4 “มูมู่เล่นบล็อก”

กราฟแสดงภาพรวมการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายเรื่องสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8

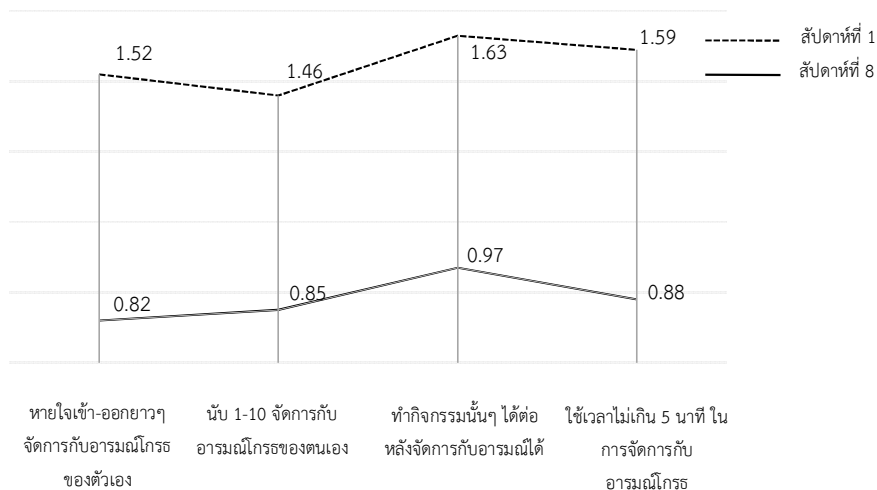


สื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ เรื่อง “มูมู่เล่นบล็อก” เน้นเรื่องจินตนาการและความคิดสร้างสรรค์จากการใช้ของเล่นภายในบ้านมาต่อยอดเป็นการเรียนรู้แก่เด็กออทิสติกได้อย่างดี เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 ผู้ปกครองและครูที่เข้าร่วมโครงการ มีความเห็นสอดคล้องกันว่า หลังจากใช้ชุดนิทาน เด็กสามารถปฏิบัติได้ โดยมีความแตกต่างของคะแนนแต่ละช่วงอย่างชัดเจน ซึ่งในสัปดาห์ที่ 8 ผู้ปกครองและครูประเมินการปฏิบัติของเด็กมีแนวโน้มดีขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 ในทุก ๆ รายข้อ เด็กสามารถต่อบล็อกเป็น

รูปร่างที่มีความหมาย/สามารถเข้าใจได้ เช่น รูปบ้าน รูปรถ ได้ดีขึ้นกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างเห็นได้ชัด (สัปดาห์ที่ 1 = 1.00 สัปดาห์ที่ 8 = 1.60) ในสัปดาห์ที่ 8 ข้อการประเมินที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ สนใจและใส่ใจเล่นต่อบล็อก (1.75 คะแนน) พบว่า สื่อนิทานเป็นตัวช่วยในการทำให้เด็กมีความสนใจเล่นอย่างมีจินตนาการมากขึ้น ทั้งนี้ผู้ปกครองหรือครูจะต้องเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความคิดเห็น ไม่จำกัดกรอบการเล่นของเด็ก รับฟังและส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านการเล่นร่วมกับผู้อื่นในครอบครัว/โรงเรียน

เรื่องที่ 5 “มูมู่กับมังกรไฟฟู”

กราฟแสดงภาพรวมการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายเรื่องสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8

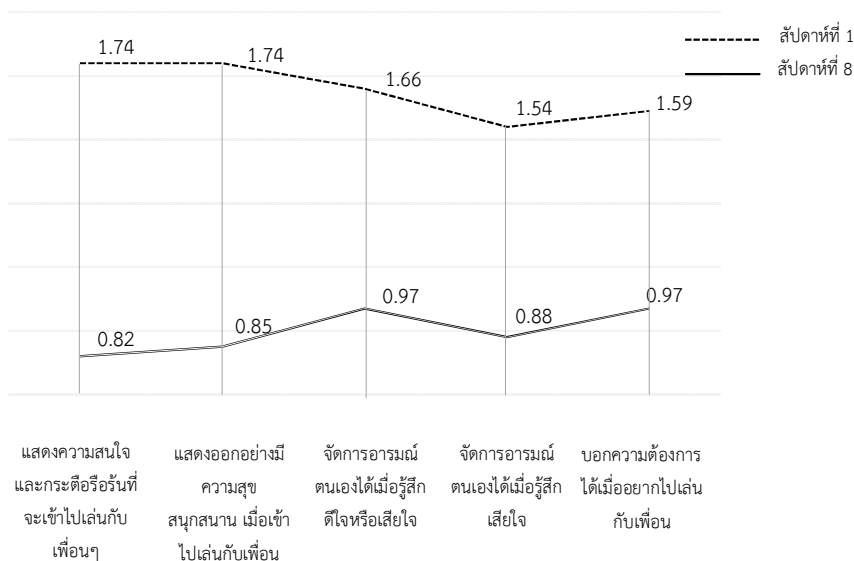


สื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ เรื่อง “มูมู่กับมังกรไฟฟู” เน้นฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญและค่อนข้างทำได้ยากในเด็กออทิสติก เนื่องจากอุปสรรคสำคัญที่มาพร้อมโรคออทิสติก คือ ความบกพร่องทางการสื่อความหมาย ทำให้เด็กไม่สามารถบอกเล่าอารมณ์ความรู้สึกและความต้องการของตนเองได้ รวมทั้งไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้ปกครองหรือครูต้องการสื่อสารหรือบอก ส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ที่ควบคุมได้ยาก และอาจกลายเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1

และสัปดาห์ที่ 8 ผู้ปกครองและครูที่เข้าร่วมโครงการ มีความเห็นสอดคล้องกันว่า หลังจากใช้ชุดนิทาน เด็กสามารถปฏิบัติได้ โดยมีความแตกต่างของคะแนนแต่ละช่วงอย่างชัดเจนเช่นเดียวกันสื่อเรื่องอื่นและมีช่วงความต่างของคะแนนค่อนข้างกว้าง ในสัปดาห์ที่ 8 ข้อการประเมินที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ต่อหลังจัดการอารมณ์ได้ (1.63 คะแนน) ในขณะที่ในสัปดาห์ที่ 1 มีความเห็นเฉลี่ยว่าสามารถทำได้ในระดับ 0.97 เท่านั้น

เรื่องที่ 6 “มูมู่มีความสุขจัง”

กราฟแสดงภาพรวมการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายเรื่องสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8



สื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ เรื่อง “มูมู่มีความสุขจัง” เน้นเรื่องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยดึงเอาการเล่นกับเพื่อนและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นมาเป็นหลักในการเชื่อมโยงเรื่องราวให้ใกล้เคียงกับชีวิตจริงมากที่สุด เด็กออทิสติกมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย สื่อชุดนี้จะทำให้เด็กไม่สามารถบอกเล่าอารมณ์ความรู้สึกและความต้องการของตนเองได้ การเริ่มต้นเล่นกับเพื่อน หรือการบอกสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจจึงเป็นเรื่องที่ยากและซับซ้อนมากในเด็กกลุ่มโรคนี้

ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 ผู้ปกครองและครูที่เข้าร่วมโครงการ มีความเห็นสอดคล้องกันว่า หลังจากใช้ชุดนิทานนี้ เด็กสามารถปฏิบัติได้ โดยมีความแตกต่างในแต่ละช่วงอย่างชัดเจนเช่นเดียวกันสื่อเรื่องอื่น ซึ่งในสัปดาห์ที่ 8 ข้อการประเมินที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ แสดงความ

สนใจและกระตือรือร้นที่จะเข้าไปเล่นกับเพื่อน และแสดงออกอย่างมีความสุขสนุกสนาน เมื่อเข้าไปเล่นกับเพื่อน (1.74 คะแนน) ในขณะที่ในสัปดาห์ที่ 1 มีความเห็นเฉลี่ยว่าสามารถทำได้ในระดับ 0.82 เท่านั้น

สรุปภาพรวมของการใช้สื่อ พบว่า จุดเด่นของหนังสือนิทานสำหรับเด็กที่ออทิสติกชุด “สื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ” คือการที่ผู้ปกครอง และครูผู้ดูแล มีความเข้าใจในการใช้สื่อนิทาน สามารถใช้หนังสือภาพเป็นสื่อในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กได้ดียิ่งขึ้น และเด็กออทิสติกได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้านการเรียนรู้อย่างสนุกสนานเพลิดเพลินผ่านสื่อหนังสือที่สร้างสรรค์ขึ้นโดยเฉพาะ และเป็นทักษะสำคัญที่เด็กออทิสติกมีอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือการส่งเสริมพัฒนาการสำคัญ ซึ่งมีความแตกต่างกับสื่อหนังสือนิทานทั่วไป ที่อาจมุ่งเน้น

พัฒนาการปกติหรือเนื้อหาที่ซับซ้อนกว่าความเข้าใจ และระดับพัฒนาการ ในด้านกระบวนการนำไปใช้ ผู้ศึกษาได้มีการจัดทำสื่อแนะแนวการใช้สื่อแต่ละเล่ม/เรื่องในรูปแบบคลิปวิดีโอออนไลน์ สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวกต่อความเข้าใจ

ด้านพฤติกรรมของเด็กหลังจากผู้ปกครอง/ครูใช้สื่อในการสอนทักษะทางสังคมพื้นฐาน พบว่า มีความสนใจสื่อมากกว่าสื่อนิทานทั่วไป และเมื่อใช้อย่างประจำสม่ำเสมอร่วมกับการเล่นปกติ พบว่า เด็กส่วนใหญ่สามารถทำตามขั้นตอนง่ายๆ ได้ มีระยะเวลาสนใจมากขึ้น ในกลุ่มที่มีความรุนแรงระดับน้อย สามารถจดจำเนื้อหา รูปภาพที่ไม่ซับซ้อนได้มากขึ้น

ด้านการนำไปใช้ สื่อชุดนี้เป็นการสนับสนุนให้ผู้ปกครองและครูมีความเข้าใจในการใช้สื่อนิทาน สามารถใช้หนังสือภาพเป็นสื่อในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งการมุ่งเน้นให้เด็กออทิสติกได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้านการเรียนรู้ผ่านสื่อนิทานที่เหมาะสมสำหรับเด็กกลุ่มโรคออทิสติก ซึ่งผู้จัดทำโครงการและผู้ที่เกี่ยวข้องในการผลิตสื่อชุดนี้ คาดหวังให้ผลที่ได้รับจะนำไปสู่ต้นแบบการพัฒนาและเผยแพร่สื่อหนังสือภาพสำหรับเด็กออทิสติกไปยังภาคส่วนอื่นทั่วประเทศ รวมถึงการรณรงค์ให้เครือข่ายตั้งแต่ระดับครอบครัว จนถึงองค์กรต่างๆ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้นิทานภาพสำหรับเด็กออทิสติก ตลอดจนสามารถจัดกิจกรรมและมีทักษะการใช้นิทานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาได้อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ ที่สนับสนุนงบประมาณปี พ.ศ.2564 ในการดำเนินการผลิตและสร้างสรรค์สื่อ และกิจกรรมการประเมินผลการนำไปใช้ ขอขอบพระคุณ คณะที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำ ขอขอบพระคุณคุณเรืองศักดิ์ ปิ่นประทีป (ลุงตุ๋ปอง) รวมทั้งนักเขียน นักวาด ภาพนิทานที่ร่วมดำเนินงานในครั้งนี้ สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณผู้ปกครองและครูทุกท่านที่ให้ความกรุณาเข้าร่วมโครงการและตอบข้อมูลการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Education and Early childhood Development. Victorian early years learning and development framework, Practice principle 6: Integrated teaching and learning approaches. Melbourne:Victoria; 2011.
2. European Commission. Proposal for key principles of a Quality Framework for Early Childhood Education and Care. Report of the Working Group on Early Childhood Education and Care under the auspices of the European Commission. Available from www.ec.europa.eu/assets/eac/education/policy/strategic-framework/archive/documents/ecec-quality-framework_en.pdf [April 2017]
3. นกนต ธรรมบวร.หลักสูตรการศึกษาปฐมวัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2549.



กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล

ดรรชนีวารสารราชานุกูล

ปีที่ 34 มกราคม 2565 – ธันวาคม 2565

ชุดวิจารณ์ แก้วใสย, วท.ม.*

เรื่อง	เดือน	หน้า
กรณีศึกษา: ความตระหนักรู้ในตนเองของเยาวชนระดับชั้น มัธยมศึกษาในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปัญยาพร ไต้เจริญสุข, ศุภิมน มังคลรังษี	ก.ค. - ธ.ค. 65	38
กระบวนการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาของเด็กออทิสติกโดย ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา ยุวดี อ่ำประยูร	ก.ค. - ธ.ค. 65	23
การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมศิลปะเพื่อเพิ่มสมาธิของเด็ก บกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลาง อายุ 6-12 ปี สุจิตรา สุขเกษม	ม.ค. - มิ.ย. 65	18
การพัฒนาแบบวัดสุขภาวะทางจิต (Psychological Well-Being Scale-PWBS) ฉบับภาษาไทย ญาดา ธงธรรมรัตน์	ก.ค. - ธ.ค. 65	13
การรับรู้สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อพฤติกรรมความเสี่ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของ ผู้ปกครอง กนกฉัตร สมชัย, นัฐพล ศรีทะวัน, วชิรา คำยาว, ประเสริฐ ประสมรักษ์	ม.ค. - มิ.ย. 65	44
การส่งเสริมการเรียนรู้และกลไกสนับสนุนการเรียนรู้สำหรับเด็ก มุสลิมนอกระบบการศึกษาในประเทศไทย กชวร จุยมณี, วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, วรรัตน์ ปทุมเจริญวัฒนา, สุวิธิดา จรุงเกียรติกุล, ระวี จุฑาตฤงค์	ม.ค. - มิ.ย. 65	61
เกมส่งเสริมทักษะการช่วยเหลือตัวเองและสังคมสำหรับเด็กออทิสติก ฉัตรชัย แพงคำฮัก, วัชรรา ลิ้มพรจิตรวิไล, ณัฐชา บุญศรี, สุธิวัชร ศุภ ลักษณ์, นิขรา เรืองดารกานนท์, โกสินทร์ จ่านงไทย, บุญเสริม แก้วก้านเฒ่าพงษ์	ม.ค. - มิ.ย. 65	30

*สถาบันราชานุกูล

เรื่อง	เดือน	หน้า
ถอดบทเรียนการให้บริการของบุคลากรในสถานพยาบาลของรัฐที่ จัดบริการทางจิตวิทยาแก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวด้วยระบบ ออนไลน์เพื่อวิเคราะห์โอกาสพัฒนางานบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยระบบออนไลน์ อัจจิมา ศิริพิบูลย์ผล, ประเสริฐ จุฑา	ก.ค. - ธ.ค. 65	51
เปรียบเทียบการใช้แบบทดสอบ Stanford Binet Intelligence Scale-Fifth Edition และ Wechsler Nonverbal Scale of ability ในเด็กออทิสติกที่มีทักษะการปรับตัวบกพร่อง จันทน์ มุ่งเขตกลาง, สุชารัตน์ ลิ้มปะนพรัตน์	ก.ค. - ธ.ค. 65	1
ผลการพัฒนาผู้บกพร่องทางสติปัญญาสู่การทำงานในสถาน ประกอบการ กรณีศึกษา สถาบันราชานุกูล ศิริโรจน์ นาคทองแก้ว, จารุพัชร ฉลาดแพทย์	ม.ค. - มิ.ย. 65	1
ลักษณะคะแนนจากแบบทดสอบ Stanford Binet Intelligence Scale – Fifth Edition (SB-5) ของผู้รับบริการออทิสติก ประธาน วงศ์กิ่งแห, เลิศจรรยา แสมขำ	ม.ค. - มิ.ย. 65	55
สื่อพิเศษ เพื่อเด็กพิเศษ: รายงานการประเมินผลการใช้นิทานของ ผู้ปกครองและครูปฐมวัยต่อการพัฒนาการเด็กออทิสติก ปรารถนา รัตนถิรวรรณ, จารุพัชร ฉลาดแพทย์, จันทรา พิระขจร	ก.ค. - ธ.ค. 65	59

