



กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล

ISSN 3056-9095 (Print)
ISSN 3056-9168 (Online)

วารสารราชานุกูล Rajanukul Journal

ปีที่ ๓๕ เล่มที่ ๒ : กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๖

Vol. 35 No.2 : July - December 2023





กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล

ISSN 3056-9095

E-ISSN 3056-9168

วารสารราชานุกูล

คณะที่ปรึกษา

พลเอกวันชัย เรืองตระกูล	ประธานมูลนิธิเพื่อ สถาบันราชานุกูล
พญ.นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช	ผู้อำนวยการ สถาบันราชานุกูล

บรรณาธิการ

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

รองบรรณาธิการ

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

กองบรรณาธิการ

ผศ.ดร.วิณะ พรหมเพชร	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร.ณัฐนันท์ จันทร์เจ้าฉาย	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.กชกร จุยมณี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.จารุวรรณ สกุลคู	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.อิทธิพนธ์ อธิวิภาต	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)
พญ.โซษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ	สถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์
พญ.นิชวรรณ จงรักชันทกิจ	มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวพนินทร วงษ์ใหญ่	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.จารุวรรณ หมั่นหมี่	โรงพยาบาลราชวิถี
นางสาวชุติวรรณ แก้วไสย	สถาบันราชานุกูล
พว.อัญชรส ทองเพชร	สถาบันราชานุกูล
นางรังสิมา เทียนทอง	สถาบันราชานุกูล

ฝ่ายจัดการ (กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ)

นางสาวปรารถนา รัตนศิริวรรณ	สถาบันราชานุกูล
นายชินดนัย ไชยเสนา	สถาบันราชานุกูล

วารสารราชานุกูล จัดทำขึ้นโดยสถาบันราชานุกูล เพื่อเป็นช่องทางสำหรับเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูพัฒนาการเด็กทั้ง 5 ด้าน อันประกอบด้วย 1) ด้านการเคลื่อนไหว ทั้งกล้ามเนื้อใหญ่ (Gross Motor) และกล้ามเนื้อเล็ก (Fine Motor) 2) ด้านสติปัญญา/การรู้คิด (Intelligence/Cognition) 3) ด้านภาษา และการสื่อสาร ทั้งการเข้าใจภาษา (Receptive Language) และการใช้ภาษา (Expressive Language) 4) ด้านการช่วยเหลือตนเอง (Self-help personal) และ 5) ด้านทักษะอารมณ์และสังคม (Social and Emotional Skills) รวมไปถึงภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability) และโรคพัฒนาการระบบประสาท (Neurodevelopmental Disorders) อื่น ๆ 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 70325
โทรสาร. 0-2248-2944
e-mail: journal.raja2014@gmail.com

หมายเหตุ

ข้อคิดเห็นและความเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้มีพินัยมิใช่ของกองบรรณาธิการหรือของสถาบันราชานุกูล

ผู้อ่านสามารถนำข้อความข้อมูลจากวารสารไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน การอ้างอิง การนำไปใช้วัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกองบรรณาธิการก่อน



ISSN 3056-9095
E-ISSN 3056-9168

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 Mungketklang, 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 Eitivipart, 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 Rattanirawan	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 35 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566

	หน้า
สารบัญ	
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	E
บรรณาธิการแถลง	J
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การตรวจสอบการลงข้อมูลรหัสทางการแพทย์จากจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในสถาบันราชานุกูล ปรารภณา ชีวีวัฒน์	1
ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทาง สติปัญญา	14
ภาวิณี บุญสุวรรณสง, จิรพรรณ สาบุญมา, ธัสสร กลางประพันธ์	
ผลของโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา	30
ในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูลต่อคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและ สติปัญญา	
โสภณ สวัสดิ์, ประภาพรณ เตชะจิตต์โชคเกษม, ภัสสร จิตสงบ	
ผลของโปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น	43
ต่อความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น	
จิรภัทร เป็ลื่องนุช, ณภัทร พรหมชู, นรุตม์ แพงพรมมา	
บทความฟื้นฟูวิชาการ	
กลุ่มอาการดาวนส์	59
สุชาร์ตน์ ลิ้มปะนพรัตน์, ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์, จันทน์ มุ่งเขตกลาง	
ปภิกษะ	
กิจกรรมอาชบาบัดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและความสามารถในการทำกิจกรรมสำหรับเด็ก ออทิสติก	65
สุบิน สวะธรรม	
ดรชนีวารสารราชานุกูลปี 2566	70
ชุตีวรรณ แก้วไสย	



กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล

Rajanukul Journal

Vol. 35 No. 2 July – December 2023

	page
Content	
Instruction to Authors	E
Edition Preface	J
Original article	
Exploration of child and adolescent psychiatric procedure coding in Rajanukul Institute	1
Pratana Cheeveewat	
Effectiveness of a parent enhancement program on the care of children with intellectual disabilities	14
Pawinee Bunsawansong, Jirapan Saboonma, Tussaaorn Klangprapan	
The effects of nursing program for children with children with intellectual disabilities in Rajanukul Developmental Center on quality of life	30
Sopon Sawat, Papapun Tachajitcrokasam, Passorn Jitsangob	
Effects of sexual emotion management of adolescents with Autism Spectrum Disorders Program on the ability of caregivers to Manage Sexual Emotion of Adolescents with Autism Spectrum Disorders	43
Jirapat Plueangnuch, Napat Promchoo, Narut Phaengphomma	
Review article	
Down syndrome	59
Sucharat Limpanopparat, Chadapim Phoasavasdi, Chantane Mungkhetklang	
Miscellany	
Equine-assisted therapy for developmental improvement and occupational performance in autistic children	65
Subin Sawatham	
Subject Index 2023	70
Chutiwan Kaewsai	

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารราชานุกูลจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ด้านสุขภาพจิตเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว พัฒนาการเด็ก และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกรรมการ และผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วเป็นลิขสิทธิ์ของสถาบันราชานุกูล และผู้นิพนธ์

เพื่อให้ได้มาตรฐานสากล ผู้ประสงค์ที่จะส่งต้นฉบับมาลงตีพิมพ์ในวารสาร 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) เขียนชื่อนามสกุล ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ 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 และการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยเรียบเรียงตามขั้นตอน
- 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 โดยผู้ที่เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง และการอ้างอิงในเนื้อหาให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก (ตัวเลขยกไม่ใส่วงเล็บ) และเรียงต่อไปตามลำดับ หากอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

การเตรียม ตาราง และรูปภาพ

1. การใส่ตาราง ให้เรียงต่อจากคำอธิบาย ประกอบด้วยชื่อตาราง 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 โดยเริ่มจากบอกวัตถุประสงค์แล้วแจ้งข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการทบทวนเอกสารและการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับเรื่องปริทัศน์ไว้เป็นหมวดหมู่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์ หรือข้อคิดเห็นเสนอแนะ ที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ๆ บางครั้งบทวิจารณ์ (Discussion) อาจแยกไว้เป็นหัวข้อต่างหาก
- 3.7 สรุป (Conclusion)
- 3.8 เอกสารอ้างอิง (References)

4. รายงานเบื้องต้น (Preliminary report)

เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูล

เพิ่มเติม มีส่วนประกอบที่สำคัญเช่นเดียวกับนิพนธ์ต้นฉบับ

5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจ และไม่เคยมีรายงานมาก่อน หรือมีรายงานจำนวนน้อย ราย ชื่อเรื่องควรต่อท้ายด้วย: รายงานผู้ป่วย (Case report) เพื่อให้ผู้อ่านทราบว่า เป็นรายงานผู้ป่วย ถ้าแสดงรูปภาพ ต้องจำเป็นจริง ๆ และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบโดยมีองค์ประกอบดังนี้

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

6. กรณีศึกษา (Case study)

กรณีศึกษาเป็นการศึกษาที่อยู่ในขอบข่ายของการวิจัยเชิงคุณภาพ เน้นการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นปรากฏการณ์หนึ่ง ๆ (One phenomenon) เพื่อศึกษาในเชิงลึกเพียงหนึ่งกรณี โดยมีรูปแบบดังนี้

- 6.1 การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive) แสดงรายละเอียดของบริบทอย่างสมบูรณ์ของปรากฏการณ์ที่เลือกมาศึกษา
 - 6.2 การศึกษาแบบมุ่งการค้นหา (Exploratory) เป็นการวิจัยนำร่องเพื่อหาแนวทางสำหรับโน้ตที่ซึ่งไม่ชัดเจน หรือเพื่อสร้างสมมติฐานสำหรับการวิจัยแบบสำรวจในภายหลัง หรือเพื่อค้นหาประเด็นปัญหาที่แท้จริงของปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งอยู่ที่ไหน
 - 6.3 การศึกษาแบบมุ่งหาคำอธิบาย (Explanatory) ปรากฏการณ์ที่เลือกมาศึกษาอาจเป็นที่รู้จักหรือคุ้นเคยอยู่บ้างไม่มากนักน้อย แต่เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาคำอธิบายที่ยังไม่เคยมีมาก่อน (หรือคำอธิบายอาจจะมียู่ แต่ไม่เป็นที่พอใจ)
- ทั้ง 3 รูปแบบของกรณีศึกษานี้ให้นำเสนอด้วยเทคนิคบรรยายเพื่อให้รายละเอียดตามบริบทของกรณีศึกษา 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 และคำอธิบายที่ประกอบด้วยเนื้อหา
 - ประเด็นย่อยหรือหัวข้อย่อย และคำอธิบาย
 - 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 ปนในเรื่องภาษาไทย ให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ซึ่งขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษ และ หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษเป็น 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 ให้พิมพ์ ห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. (1 นิ้ว) และต้นฉบับแต่ละเรื่องไม่ควรเกิน 10-15 หน้ากระดาษ A4

การส่งต้นฉบับ

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

การเขียนเอกสารอ้างอิง

ในคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์นี้ได้รวบรวม รูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ 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 สก๊อต สุวรรณเลิศ. ผีปอบผีเข้าในวรรณคดีทางจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์; 2529.

2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม

ตัวอย่าง ธนู ขาติชนนธ์,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.ยืมสู่ภัยยาเสพติด.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติประจำปี 2545 เรื่องสุขภาพจิตกับยาเสพติด; 21-23 สิงหาคม 2545; ณ โรงแรมปรีชพาเลซ.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. การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพที่เป็นสหมิตสำหรับผู้สูงอายุในชนบท [วิทยานิพนธ์ดุขฎิบัณฑิต]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ

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

ตัวอย่าง อรรณพ 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.uspedu/english/wallker/apa.Hml [1999 Feb 11]

บรรณาธิการแถลง

วารสารราชานุกุลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปี พ.ศ. 2566 (ปีที่ 35) เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2566 เป็นเล่มสุดท้ายของปี พ.ศ. 2566 เนื้อหายังคงเน้นในกลุ่มเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา มีบทความทั้งหมด 6 เรื่อง เป็นนิพนธ์ต้นฉบับ 4 เรื่อง คือ การตรวจสอบการลงข้อมูลรหัสเหตุการณ์ทางจิตเวช เด็กและวัยรุ่นในสถาบันราชานุกุล ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองในการดูแลเด็ก บกพร่องทางสติปัญญา ผลของโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาในศูนย์ส่งเสริม พัฒนาการราชานุกุลต่อคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา และผลของโปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่นต่อความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็ก ออทิสติกวัยรุ่นบทความพื้นฟูวิชาการ 1 เรื่อง คือ กลุ่มอาการดาวนส์ และปกิณกะ 1 เรื่อง คือ กิจกรรม อาชาบำบัดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและความสามารถในการทำกิจกรรมสำหรับเด็กออทิสติก

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่เชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความเข้ามายังวารสาร และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการที่ช่วยพิจารณาตรวจสอบบทความ ทั้งนี้ขอเชิญชวนทุกท่านอ่าน บทความทางวารสารออนไลน์ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/RJJ> และยังสามารถส่งบทความเพื่อ เข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย

ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์

บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

การตรวจสอบการลงข้อมูลรหัสหัตถการทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในสถาบันราชานุกูล

ปรารธนา ชีวีวัฒน์, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสอดคล้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของการลงรหัสหัตถการทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นกับการวินิจฉัยโรค เพื่อพัฒนาฐานข้อมูลของสถาบันราชานุกูลให้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้น ก่อนนำไปขยายผลระดับกรมหรือกระทรวง

วัสดุและวิธีการ การศึกษารังนี้ เป็นวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้ชุดข้อมูลผู้ป่วยที่มีการลงรหัสหัตถการหรือการวินิจฉัยโรคในฐานข้อมูลของสถาบันราชานุกูล ระหว่าง ปี 2560-2565 กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศนำเข้าข้อมูลตามหัวข้อที่กำหนด คือ วินิจฉัย และหัตถการที่ได้รับ จากนั้นนำมาจัดกลุ่มตามการวินิจฉัย เพื่อดูความสอดคล้องระหว่างวินิจฉัยและหัตถการที่ได้รับ โดยเปรียบเทียบกับตารางกลุ่มโรค การรักษามาตรฐาน และรหัสหัตถการที่ได้พบทวนไว้ วิเคราะห์ความสอดคล้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ในการลงรหัสหัตถการ

ผล ความสอดคล้องการลงรหัสหัตถการกับวินิจัยโรค ผู้ป่วยนอก ร้อยละ 67.27 ผู้ป่วยใน ร้อยละ 80.00 กลุ่มโรคสูงสุด 3 อันดับ คือ ออทิสติก บกพร่องทางสติปัญญา และพัฒนาการล่าช้า มีอัตราความสอดคล้องสูง คือ ร้อยละ 80-100 ในด้านความสมบูรณ์ ผู้ป่วยนอกไม่ลงรหัสหัตถการ ร้อยละ 49.18 ผู้ป่วยใน ไม่ลงรหัสหัตถการ ร้อยละ 97.74 บริการที่ลงรหัสไม่ครบเป็นส่วนใหญ่ คือ หมวดบริการทางสังคมและการศึกษาพิเศษ ส่วนที่ไม่พบการลงรหัสหัตถการ ได้แก่ การตรวจประเมินต่างๆ การทดสอบทางจิตวิทยา และการให้คำปรึกษาเรื่องการใช้จ่าย

สรุป การบันทึกรหัสหัตถการ ของสถาบันราชานุกูลส่วนใหญ่สอดคล้องกับวินิจัยและการรักษามาตรฐาน โดยเฉพาะในโรคกลุ่มหลัก แต่การบันทึกรหัสหัตถการยังไม่ครบถ้วนเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยใน

คำสำคัญ รหัสหัตถการ บริการทางจิตเวช จิตเวชเด็กและวัยรุ่น

*สถาบันราชานุกูล

ติดต่อผู้พิมพ์ email: dr.pratana@gmail.com

Original Articles

Exploration of child and adolescent psychiatric procedure coding in Rajanukul Institute

Pratana Cheeveewat, M.D.*

Abstract

Objectives The objective of this investigation was to evaluate the consistency and comprehensiveness of psychiatric procedural coding in pediatric and adolescent populations diagnosed with mental health conditions. This endeavor sought to augment the precision and inclusivity of the Rajanukul Institute's database, particularly in anticipation of its scaling up to the departmental or ministerial level.

Materials and Methods This study was survey research, utilizing patient data with coded procedures or diagnosis from the Rajanukul Institute's database between 2017-2020. The Information Technology section imported data according to specified topics, including diagnoses and procedures received. Subsequently, the data were grouped based on diagnosis to examine the concordance between diagnosis and procedures received, in comparison with the disorder group table, standard treatments, and procedure codes that had been reviewed. Analysis was performed on the concordance and completeness of procedure coding.

Results The concordance of procedural coding with diagnosis was 67.27% for outpatient department and 80.00% for inpatient department. The top 3 disorders (Autism spectrum disorder, Intellectual disabilities and Global developmental delay) were highly concordance rate of 80-100%. Completeness for outpatient department without procedure coding was 49.18%, while for inpatient was 97.74%. The majority of incompletely coded services were in the categories of social services and special education. Categories with no procedures included various assessments, psychological testing, and medication counseling

Conclusion The procedural coding practices observed at the Rajanukul Institute generally demonstrate alignment with diagnoses and established standard treatment protocols, particularly evident within major disorder categories. Nevertheless, notable gaps persist in procedural coding completeness, particularly noticeable within the inpatient department setting.

Keywords: Procedure Code, Psychiatric Services, Child and adolescent psychiatry

*Rajanukul Institute

Corresponding author email: dr.pratana@gmail.com

บทนำ

บุคลากรทางการแพทยัทั้งสายหลักและสายสนับสนุนจำนวนไม่น้อยที่เข้าใจว่ารหัสเบิกจ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) คือ รหัสหัตถการ จึงลงเพียงรหัสเบิกจ่ายและไม่ได้ลงรายละเอียดทั้งหมดของหัตถการที่ได้กระทำกับผู้ป่วย¹⁻³ ทำให้สูญเสียข้อมูลการรักษาโรครทางจิตเวชไปเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้โรครทางจิตเวชถูกเข้าใจว่ารักษาด้วยการพูดคุย ใช้เพียงแรงงานคน ปัญหาที่พบคือ ค่า Relative Weight (RW) ของโรครทางจิตเวชในระบบ DRG (Diagnostic related group) อยู่ในระดับต่ำมาโดยตลอด DRG เป็นกลุ่มโรคร่วม (Casemix) ที่ประเทศไทยใช้คำนวณการจ่ายชดเชยค่าบริการแก่โรงพยาบาลระบบนี้เหมาะสมสำหรับกลุ่มโรครในระยะเฉียบพลันไม่เหมาะสมกับกลุ่มโรครทางจิตเวชและพัฒนาการซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรครเรื้อรัง ทำให้เบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนต่าง ๆ ได้น้อย โดยผู้ป่วยที่มีปัญหาพัฒนาการมีต้นทุนที่ 17,498 บาทต่อราย ในขณะที่อัตราการจ่ายชดเชยที่ได้รับต่อราย (base rate) สิทธิบัตรทอง กทม. 8,350 บาท ต่างจังหวัด 9,600 บาท สิทธิเบิกจ่ายตรง 9,506 บาท ส่วนหนึ่งเป็นจากการลงรหัสการวินิจฉัยโรคร่วมไม่ครบ อีกส่วนหนึ่งเป็นจากการลงหัตถการในการรักษาไม่ครบถ้วน⁴⁻⁶ จากการประชุมเพื่อพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยสถาบันราชานุกูลร่วมกับสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2565 ที่กรมสุขภาพจิต โดยเชิญวิทยากร จากสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขมาเป็นวิทยากร ซึ่งเป็นผู้ดูแลระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ายังไม่เคยมีการนำข้อมูลหัตถการทางจิตเวชมาประมวลผลเพื่อใช้ประโยชน์มาก่อน

ข้อมูลหัตถการบางส่วนจาก HDC พบว่า บางโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ ไม่พบการลงรหัสหัตถการจิตบำบัด บางรพ.สต. มีการลงรหัสหัตถการการบำบัดสุรหลายพันคน ในขณะที่บางรพ.สต. ไม่พบข้อมูล เหล่านี้ล้วนแสดงให้เห็นถึงความผิดปกติในการลงข้อมูลหัตถการ ซึ่งควรมีการสำรวจสภาพปัญหา สาเหตุ เพื่อนำไปปรับปรุงให้มีการลงข้อมูลที่ครบถ้วน สะท้อนการบริการและทรัพยากรที่ใช้ให้เกิดประโยชน์ แก่ผู้ป่วยอย่างแท้จริง

การศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสอดคล้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของการลงรหัสหัตถการทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นกับการวินิจฉัยโรคเทียบกับการรักษาตามมาตรฐานที่ได้ทบทวน⁷⁻¹¹ ซึ่งได้มีการจับคู่หัตถการการรักษาเหล่านั้นกับรหัสหัตถการไว้แล้วดังตารางที่ 1 กลุ่มโรค การรักษาตามมาตรฐานและรหัสหัตถการ หน้า 1-10 (สามารถ download ได้จาก QR code ท้ายบทความ) การสำรวจครั้งนี้มุ่งหมายที่จะพัฒนาฐานข้อมูลของสถาบันราชานุกูล เพื่อปรับปรุงฐานข้อมูลที่จะส่งออกไปยัง HDC ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องรหัสหัตถการทางจิตเวชจึงจำเป็นต้องสำรวจหาความบกพร่องที่มีก่อน ก่อนที่จะใช้เป็นตัวอย่างในการขยายผลในระดับกรมหรือกระทรวง เพื่อเพิ่มคุณค่าให้บริการด้านจิตเวชต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันราชานุกูล เลขที่ 04/2566 เครื่องมือที่ใช้ คือ ตารางที่กำหนดหัวข้อให้กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศคัดข้อมูลจากฐานข้อมูลตามหัวข้อที่กำหนด คือ วินิจฉัย และหัตถการที่ได้รับ ใช้ชุดข้อมูล

ผู้ป่วยทั้งหมด (ไม่มีเกณฑ์การคัดเข้าหรือคัดออก) ที่มีการบันทึกรหัสหัตถการหรือการวินิจฉัยโรคในฐานข้อมูลของสถาบันราชานุกูล ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2565 โดยกลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศคัดข้อมูลจากฐานตามหัวข้อที่กำหนด คือ วินิจฉัย และหัตถการที่ได้รับ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศส่งข้อมูลการวินิจฉัย รหัส

หัตถการ พร้อมด้วยชื่อกิจกรรมบริการ (ภาษาไทย) มาด้วย จากนั้นจึงนำมาจัดกลุ่มตามการวินิจฉัย เพื่อดูความสอดคล้องระหว่างวินิจัยและหัตถการที่ได้รับ โดยเปรียบเทียบกับตารางที่ 1 กลุ่มโรค การรักษา มาตรฐาน และรหัสหัตถการที่ได้ทบทวนไว้ วิเคราะห์ความสอดคล้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ในการลงรหัสหัตถการ โดยใช้สถิติร้อยละ

ผล

ความสอดคล้อง

ตารางที่ 2 ความสอดคล้องระหว่าง รหัสหัตถการที่บันทึกและหัตถการที่ควรมีตามมาตรฐานการรักษาในแต่ละกลุ่มโรค (แบบย่อ)

ชื่อโรค/กลุ่มโรค	รหัสวินิจฉัย	ร้อยละความสอดคล้องเฉพาะหัตถการ (OPD)**	จำนวนรายโรค OPD	ร้อยละความสอดคล้องเฉพาะหัตถการ(IPD)*	จำนวนรายโรค IPD
Substance use disorder	F1x.x	-	ไม่พบข้อมูล	-	ไม่พบข้อมูล
Psychotic disorder	F2x.x	12.5	5	-	ไม่พบข้อมูล
Mood disorder	F3.xx	66.67	125	-	ไม่พบข้อมูล
Anxiety, Phobia and OCD	F40.x-42.x	100	40	-	ไม่พบข้อมูล
Emotional disorder with onset specific to childhood	F93.x		20	-	
Reaction to stress and adjustment disorder	F43.x	25.00	10	-	ไม่พบข้อมูล
Somatoform disorder	F45.x	-	ไม่พบข้อมูล	-	ไม่พบข้อมูล
Eating disorder	F50.x	-	ไม่พบข้อมูล	-	ไม่พบข้อมูล
Sleep disorder	F51.x	75.00	2	-	ไม่พบข้อมูล
Habit and impulse disorder	F63.x	33.33	2	-	ไม่พบข้อมูล
Gender identity disorder	F64.x	-	ไม่พบข้อมูล	-	ไม่พบข้อมูล
Intellectual disabilities	F7x.x	80.00	5,462	80.00	16,409
Communication disorder	F80.x	100	621	25	8
Stuttering	F98.5			-	
Cluttering	F98.6		ไม่พบข้อมูล	-	ไม่พบข้อมูล

ตารางที่ 2 ความสอดคล้องระหว่าง รหัสหัตถการที่บันทึกและหัตถการที่ควรมีตามมาตรฐานการรักษาในแต่ละกลุ่มโรค (แบบย่อ) (ต่อ)

ชื่อโรค/กลุ่มโรค	รหัสวินิจฉัย	ร้อยละความสอดคล้องเฉพาะหัตถการ (OPD)**	จำนวนรายโรค OPD	ร้อยละความสอดคล้องเฉพาะหัตถการ(IPD)*	จำนวนรายโรค IPD
Communication disorder	F80.x	100	621	25	8
Stuttering	F98.5			-	
Cluttering	F98.6		ไม่พบข้อมูล	-	ไม่พบข้อมูล
Specific learning disorder	F81.x	66.67	291	-	ไม่พบข้อมูล
Developmental coordination disorder	F82	80.00	24	-	ไม่พบข้อมูล
Mixed specific developmental disorder	F83	100	2,473	100	16,724
Autism spectrum disorder	F84.x	100	11,889	100	31,618
ADHD	F90.x	66.67	1,944	16.67	30
	F98.8				
Conduct disorder	F91.x	33.33	15	-	ไม่พบข้อมูล
Selective mutism	F94.0	0	3	-	ไม่พบข้อมูล
Attachment disorder	F94.1-9	-	ไม่พบข้อมูล	-	ไม่พบข้อมูล
Tic disorder	F95.x	40.00	2	-	ไม่พบข้อมูล
Elimination disorder	F98.0-F98.1	-	ไม่พบข้อมูล	-	ไม่พบข้อมูล
Feeding disorder	F98.2-F98.3	-	ไม่พบข้อมูล	-	ไม่พบข้อมูล
รวม		67.27	22,910	80.00	64,788

หมายเหตุ ** ร้อยละความสอดคล้องเฉพาะหัตถการที่มีบริการในสถาบันราชานุกูล ยกเว้นการตรวจประเมินการทดสอบทางจิตวิทยาและการให้คำปรึกษาเรื่องยา เพราะไม่มีการบันทึกข้อมูลดังกล่าวในฐานข้อมูลของสถาบันราชานุกูล และเป็นโรคที่มีผู้มารับบริการ

จากตารางที่ 2 ความสอดคล้องระหว่าง รหัสหัตถการที่มีการบันทึกและหัตถการที่ควรมีตามมาตรฐานการรักษาในแต่ละกลุ่มโรค เมื่อรวมทุกโรคพบว่า ผู้ป่วยนอกมีความสอดคล้อง ร้อยละ 67.27 ผู้ป่วยใน ร้อยละ 80 ตารางที่ 2 แบบเต็มดาวน์โหลดได้จาก QR code ท้ายบทความ (หน้า 11-27)

ความสมบูรณ์

ผู้ป่วยนอก มีผู้มารับบริการระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 2,755 คน 24,409 ครั้ง ไม่ลงรหัสหัตถการ 12,004 ครั้ง จากบริการทั้งหมด 24,409 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 49.18 เมื่อแบ่งตามกลุ่มโรค พบว่าโรคที่มีการลงรหัสหัตถการครบทุกครั้ง คือ F73.1 Profound Intellectual disabilities มารับบริการ 8 ครั้ง

และ F94.x Selective mutism มารับบริการ 3 ครั้ง ส่วนโรคที่ไม่พบการลงรหัสหัตถการ คือ F2x.x Psychotic disorder มารับบริการ 5 ครั้ง F5x.x Eating and sleep disorder มารับบริการ 2 ครั้ง F6x.x Habit and impulse disorder and Gender identity disorder มารับบริการ 2 ครั้ง ส่วนกลุ่มโรคที่มารับบริการสูงสุด 3 ลำดับแรกคือ 1. F84.0 Autism spectrum disorder มารับบริการ 11,889 ครั้ง ไม่ลงรหัสหัตถการ 5,987 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50.36 2. F7x.x Intellectual disabilities (รวมทุกระดับความล่าช้า) มารับบริการ 5,462 ครั้ง ไม่ลงรหัสหัตถการ 3,631 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 66.48 และ 3. F83 Mixed specific developmental disorder มารับบริการ 2,473 ครั้ง ไม่ลงรหัสหัตถการ 580 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 23.59 รวมผู้ป่วยนอกทุกโรค (โดยตัดโรคที่ไม่เกี่ยวข้องออก) มารับบริการ 23,204 ครั้ง ไม่ลงรหัสหัตถการ 11,519 ครั้ง ความไม่สมบูรณ์ในการลงรหัสหัตถการภาพรวมทุกโรคผู้ป่วยนอกเท่ากับร้อยละ 49.64

ตารางที่ 3 การวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกและการลงรหัสหัตถการ ดาวน์โหลดได้จาก QR code ท้ายบทความ (หน้า 28-29)

กิจกรรมบริการผู้ป่วยนอกที่มีการลงรหัสหัตถการครบทุกครั้ง คือ การตรวจ/ให้คำปรึกษา แนะนำทางจิตเวช การกระตุ้นและฝึกพัฒนาการแบบครอบคลุม (Comprehensive Developmental Stimulation/ Training) การฝึกการรับรู้ (Perceptual Training) การส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้เทคนิคเฉพาะทางกิจกรรมบำบัด การตรวจประเมินและการประเมินผลความสามารถด้านการสื่อสารและการพูด การให้คำปรึกษาและให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วย และพบอีก 5 กิจกรรมบริการที่ลงรหัสหัตถการ

ครบทุกครั้ง แต่ทั้ง 5 กิจกรรมมารับบริการรายการน้อยกว่า 10 ครั้ง สามารถดูรายละเอียดได้จากตารางที่ 4

กิจกรรมบริการผู้ป่วยนอก ที่ไม่พบการลงรหัสหัตถการ คือ การส่งเสริมพัฒนาการเพื่อเตรียมความพร้อมด้านการเรียน (EDU) การส่งเสริมทักษะทางสังคมและทักษะพื้นฐานการทำงาน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมรายบุคคล/กลุ่ม การส่งเสริมพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (EDU) การส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้ดนตรี (EDU) การส่งเสริมฯ เพื่อเตรียมความพร้อมด้านการดำรงชีวิตตามวัย (EDU) จิตบำบัด/สังคมสงเคราะห์ การประเมินความพร้อมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การให้การปรึกษาด้านสังคมสงเคราะห์รายบุคคล การส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้สันทนการ (EDU) และพบอีก 12 กิจกรรมบริการ ที่ไม่พบการลงรหัสหัตถการ แต่ทั้ง 12 กิจกรรมมารับบริการรายการน้อยกว่า 10 ครั้ง สามารถดูรายละเอียดได้จากตารางที่ 4 รวมผู้ป่วยนอก ให้บริการทั้งหมด 24,409 ครั้ง ไม่ลงรหัสหัตถการ 12,004 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 49.18 ใช้ร้อยละนี้ในการตอบความสมบูรณ์ในการลงรหัสหัตถการผู้ป่วยนอก เนื่องจากเป็นข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมดไม่ตัดโรคใด ตารางที่ 4 กิจกรรมบริการผู้ป่วยนอก ดาวน์โหลดได้จาก QR code ท้ายบทความ (หน้า 30-33)

ผู้ป่วยใน มีผู้มารับบริการ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 388 คน 65,484 ครั้ง ไม่ลงรหัสหัตถการ 64,004 ครั้ง จากบริการทั้งหมด 65,484 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 97.74 เมื่อแบ่งตามกลุ่มโรค ไม่มีโรคใดที่มีการลงรหัสหัตถการครบ ส่วนโรคที่ไม่พบการลงรหัสหัตถการ คือ F06.9 Unspecified mental disorder

due to brain damage and dysfunction and to physical disease มารับบริการ 276 ครั้ง R41.8 Other symptoms and signs involving cognitive functions and awareness มารับบริการ 179 ครั้ง และ F80.9 Developmental disorder of speech and language, unspecified มารับบริการ 8 ครั้ง ส่วนกลุ่มโรคที่มารับบริการสูงสุด 3 ลำดับแรกคือ 1) F84.0 Autism spectrum disorder มารับบริการ 31,618 ครั้ง ไม่ลงรหัสหัตถการ 30,918 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 97.79 2) F83 Mixed specific developmental disorder มารับบริการ 16,724 ครั้ง ไม่ลงรหัสหัตถการ 16,159 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 96.62 และ 3) F7x.x Intellectual disabilities (รวมทุกระดับความล่าช้า) มารับบริการ 16,409 ครั้ง ไม่ลงรหัสหัตถการ 16,200 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 98.73 รวมผู้ป่วยในทุกโรค (โดยตัดโรคที่ไม่เกี่ยวข้องออก) มารับบริการ 65,244 ครั้ง ไม่ลงรหัสหัตถการ 63,769 ครั้ง ความไม่สมบูรณ์ในการลงรหัสหัตถการภาพรวมทุกโรคผู้ป่วยในเท่ากับร้อยละ 97.74

ตารางที่ 5 การวินิจฉัยโรคผู้ป่วยใน และการลงรหัสหัตถการ ดาวน์โหลดได้ QR code ทำยบทความ (หน้า 34)

กิจกรรมบริการผู้ป่วยใน ที่มีการลงรหัสหัตถการครบทุกครั้ง คือ การฝึกความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive Training) การฝึกภาษาและการพูดอื่นๆ, ไม่ระบุ การกระตุ้นและฝึกพัฒนาการแบบครอบคลุม (Comprehensive Developmental Stimulation/Training) การฝึกการรับรู้ (Perceptual Training) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิคเฉพาะทาง การตรวจ/ให้คำปรึกษาแนะนำทางจิตเวช และพบอีก 4 กิจกรรมบริการที่ลงรหัสหัตถการครบทุกครั้ง แต่ทั้ง 4 กิจกรรมมารับบริการรายการ

น้อยกว่า 10 ครั้ง สามารถดูรายละเอียดได้จากตารางที่ 6

กิจกรรมบริการผู้ป่วยใน ที่ไม่พบการลงรหัสหัตถการ คือ การส่งเสริมฯ เพื่อเตรียมความพร้อมด้านการดำรงชีวิตตามวัย การส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้สนทนา การส่งเสริมพัฒนาการเพื่อเตรียมความพร้อมด้านการเรียน การส่งเสริมพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว ward การส่งเสริมพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว ภายนอก การส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้สนทนา การ (EDU) การส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้ดนตรี การส่งเสริมพัฒนาการเพื่อเตรียมความพร้อมด้านการเรียน (EDU) การส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้ศิลปะ การให้คำปรึกษาครอบครัว/สังคมสงเคราะห์ การส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้ดนตรี (EDU) การประเมินความพร้อมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้เทคนิคเฉพาะทางอื่น ๆ (EDU) การประเมินทั่วไปทางกิจกรรมบำบัด และการส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้สนทนา/การเล่น และพบอีก 7 กิจกรรมบริการ ที่ไม่พบการลงรหัสหัตถการ แต่ทั้ง 7 กิจกรรมมารับบริการรายการน้อยกว่า 10 ครั้ง สามารถดูรายละเอียดได้จากตารางที่ 6 รวมผู้ป่วยใน ให้บริการทั้งหมด 65,484 ครั้ง ไม่ลงรหัสหัตถการ 64,004 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 97.74 ใช้ร้อยละนี้ในการตอบความสมบูรณ์ในการลงรหัสหัตถการผู้ป่วยใน เนื่องจากเป็นข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในทั้งหมด ไม่ตัดโรคใด

ตารางที่ 6 กิจกรรมบริการผู้ป่วยดาวน์โหลดได้จาก QR code ทำยบทความ (หน้า 35-37)

หมายเหตุ EDU ย่อมาจากการศึกษาพิเศษ

ตารางที่ 7 รหัสหัตถการที่มีการบันทึกทั้งหมด

ICD9CM	ชื่อหัตถการ	จำนวนครั้งการบันทึก (OPD)	จำนวนครั้งการบันทึก (IPD)
9389	Rehabilitation, not elsewhere classified	3,711	696
9375	Other speech training and therapy	3,344	330
9433	Behavior therapy	1,475	81
944	Other psychotherapy and counselling	1,355	65
9438	Supportive verbal psychotherapy	1,253	29
9319	Exercise, not elsewhere classified	678	259
9383	Occupational therapy	516	6
9374	Speech defect training	40	2
9999	Other	24	5
945	Referral for psychologic rehabilitation	9	7
รวม		12,405	1,480

รหัสหัตถการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีการบันทึกทั้งหมดมี 10 รหัส พบการบันทึกคลาดเคลื่อน 3 รูปแบบ คือ 1) การบันทึกรหัสไม่จำเพาะเจาะจง เช่น การใช้รหัส 9389 Rehabilitation, not elsewhere classified และรหัส 9999 Other พบในผู้ป่วยนอก ร้อยละ 15.39 ผู้ป่วยใน ร้อยละ 0.45 2) การบันทึกไม่ครบ 4 หลัก เช่น รหัส 944 และ 945 พบในผู้ป่วยนอก ร้อยละ 5.59 ผู้ป่วยใน ร้อยละ 0.11 และ 3. บันทึกผิด เช่น การส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้ศิลปะ บันทึก รหัสหัตถการ 9375 Other speech training and therapy เป็นต้น พบในผู้ป่วยนอก ร้อยละ 11.86 ผู้ป่วยใน ร้อยละ 0.01 ผู้ป่วยใน ร้อยละ 0.45 2. การบันทึกไม่ครบ 4 หลัก เช่น รหัส 944 และ 945 พบในผู้ป่วยนอก ร้อยละ 5.59 ผู้ป่วยใน ร้อยละ 0.11 และ 3. บันทึกผิด เช่น การส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้ศิลปะ บันทึก

รหัสหัตถการ 9375 Other speech training and therapy เป็นต้น พบในผู้ป่วยนอก ร้อยละ 11.86 ผู้ป่วยใน ร้อยละ 0.01

วิจารณ์

โรคที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นโรคในกลุ่มโรคในกลุ่มพัฒนาการระบบประสาท (Neuro-developmental disorder) เช่น ออทิสซึม บกพร่องทางสติปัญญา และพัฒนาการล่าช้า สอดคล้องกับกิจกรรมบริการสูงสุด ที่เป็นการฝึกทางพัฒนาการ และกลุ่มโรคหลักดังกล่าว มีอัตราความสอดคล้องในการบันทึกรหัสหัตถการเทียบกับการรักษามาตรฐาน⁷⁻¹¹ สูงกว่ากลุ่มโรคอื่น ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยไม่มากนัก จึงอาจพบความผิดพลาดจากจำนวนผู้ป่วยที่น้อยก็เป็นได้ ภาพรวมของความสอดคล้องผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยนอก เพราะหออผู้ป่วยของ

สถาบันราชานุกูลแบ่งการรักษาตามกลุ่มโรคและระดับพัฒนาการที่ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ในเกือบทุกโรค อาจมีบางกิจกรรมบริการและรหัสหัตถการที่เกินไปจากตารางการรักษาตามมาตรฐานด้วย⁷⁻¹¹ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วม ทำให้มีกิจกรรมบริการและรหัสหัตถการของโรคร่วมติดมาด้วยในขั้นตอนการนำเข้าข้อมูลจากระบบสารสนเทศของสถาบันราชานุกูล

ส่วนความสมบูรณ์ พบการลงรหัสหัตถการไม่ครบเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยนอกไม่ครบมากถึงร้อยละ 49 ผู้ป่วยในไม่ครบเกือบร้อยละ 100 สอดคล้องกับการวิจัย การพัฒนากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยในจิตเวช ฉบับที่ 3⁶ ที่พบการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนเช่นกัน แต่ต่างกันที่วิจัยการพัฒนากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยในจิตเวช ฉบับที่ 3 ต้องการบ่งบอกความยุ่งซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยจากระดับความรุนแรงตามแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคและอาการ แต่วิจัยฉบับนี้มุ่งแสดงความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยจากกิจกรรมที่ให้บริการจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง ส่วนกิจกรรมบริการที่มีการลงรหัสหัตถการไม่ครบเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ หมวดการให้บริการทางสังคมสงเคราะห์ หมวดการส่งเสริมพัฒนาการด้านการเรียน (การศึกษาพิเศษ) พบมากกว่าหมวดอื่น สาเหตุที่ไม่ลงรหัสหัตถการหรือลงไม่ครบ อาจเป็นเพราะนักสังคมสงเคราะห์และครูการศึกษาพิเศษบางท่านไม่ทราบว่า กิจกรรมบริการ (ชื่อภาษาไทย) ที่บันทึกมานั้นเทียบเคียงได้กับรหัสหัตถการใด เพราะยังไม่มีรหัสหัตถการ ICD9CM² ที่จำเพาะกับบริการทางสังคมซึ่งมีความกว้างขวางเพราะเกี่ยวข้องกับหน่วยงานภายนอกหลากหลายสังกัดส่วนการศึกษา

พิเศษที่จำเพาะมีเพียง 4 รหัส ในขณะที่กิจกรรมบริการของหน่วยงานการศึกษาพิเศษของสถาบันราชานุกูลมีความหลากหลายในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลายด้านไม่ใช่มีเพียงกิจกรรมทางวิชาการ จึงจำเป็นต้องมีการหารือเพื่อเทียบเคียงการลงรหัสที่เหมาะสมต่อไป

จากตารางที่ 7 รหัสหัตถการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีการบันทึกทั้งหมดมีเพียง 10 รหัส ซึ่งถือว่าน้อยมาก ถ้าเทียบกับรหัสหัตถการฟื้นฟูที่เกี่ยวกับเด็กพัฒนาการล่าช้าและรหัสหัตถการทางจิตเวช ICD9CM² ทั้งหมด 116 รหัส ในขณะที่กิจกรรมบริการของสถาบันราชานุกูลรวมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มี 46 กิจกรรม บางกิจกรรมบริการจึงจำเป็นต้องมีการเทียบเคียงว่าสามารถเข้าได้กับรหัสหัตถการใด คล้ายกับบริการของหน่วยการศึกษาพิเศษ แต่การบันทึกคลาดเคลื่อน ที่มีทั้งการบันทึกรหัสหัตถการที่ไม่จำเพาะเจาะจง การบันทึกไม่ครบ และการบันทึกผิดนั้น อาจมีสาเหตุได้ทั้งจากการตีความวัตถุประสงค์ของกิจกรรม เช่น ต้องการฝึกทักษะทางสังคม แต่ใช้กระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งอาจบันทึกได้ทั้ง 2 รหัส สหวิชาชีพบางส่วนอาจไม่แน่ใจความหมายของแต่ละรหัส จึงลงเป็นกลุ่ม โดยใช้เลข 3 หลัก และ บางส่วนอาจเป็นการพิมพ์ผิดพลาดเพราะเลขรหัสหัตถการมีความใกล้เคียงกัน เช่น จาก 9389 เป็น 9839 ดังนั้นการจัดทำแนวทางการบันทึกรหัสหัตถการควรมีการปรึกษาหารือเพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกันและกำหนดแล้วทางการบันทึกให้ชัดเจนในแต่ละวิชาชีพ

รหัสหัตถการที่ไม่พบการบันทึกมี 3 กลุ่ม รหัส คือกลุ่ม 89.xx Interview, evaluation, consultation

and examination ทั้งที่สถาบันราชานุกูล มีแพทย์และสหวิชาชีพที่มีการตรวจประเมินผู้ป่วยเฉลี่ยกว่า 200 คน ต่อวัน ซึ่งแต่ละคนอาจได้รับหลายบริการต่อวันด้วย เช่นเดียวกับกลุ่ม 94.0 Psychologic evaluation and testing ที่ไม่พบการลงรหัสหัตถการ ทั้งที่สถาบันราชานุกูลมีบริการตรวจด้วยแบบทดสอบทางจิตวิทยาเฉลี่ยหลายสิบคนต่อวัน และรหัสกลุ่ม 94.2 Psychiatric somatotherapy ทั้งที่สถาบันราชานุกูลมีการจ่ายยาจิตเวชเฉลี่ยกว่าร้อยคนต่อวัน และมีการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาจากแพทย์และเภสัชกรกับผู้ป่วยและผู้ปกครองทุกรายที่รับยา (ข้อมูลบริการเฉลี่ยรายวัน ปี 2563 - 2566 จากกลุ่มงานเวชระเบียน สถาบันราชานุกูล) สาเหตุของการไม่ลงรหัสกลุ่ม 89.xx และ 94.0 เป็นเพราะบุคลากรส่วนใหญ่ เข้าใจว่าหัตถการ หมายถึง การบำบัด แต่ในระบบ ICD² นั้นระบุให้การประเมินเป็นหัตถการด้วย ส่วนสาเหตุของการไม่ลงรหัสกลุ่ม 94.2 อาจเป็นเพราะแพทย์และเภสัชกร ไม่ทราบว่าทำให้คำปรึกษาเรื่องยาที่ให้กับผู้ป่วยและผู้ปกครองที่รับยาทุกราย เนื่องจากยาจิตเวชหลายตัวเป็นยาที่มีข้อควรระวังสูง จึงมีการให้ข้อมูลอย่างละเอียดตามที่ได้กระทำเป็นปกติ นั้น นับเป็นการให้คำปรึกษาประเภทหนึ่งที่สามารถลงรหัสหัตถการได้ จึงควรมีการชี้แจงกับสหวิชาชีพทุกท่าน ที่มีการประเมินผู้ป่วย ชี้แจงนักจิตวิทยาคลินิก ผู้ทำแบบทดสอบทางจิตวิทยา ชี้แจงแพทย์และเภสัชกร เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ยา ถึงแนวทางการลงรหัสหัตถการที่ถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยวางแผนที่จะนำผลการวิจัยนี้เสนอกับทุกสหวิชาชีพเพื่อร่วมกันทำคู่มือแนวทางการลงรหัสหัตถการที่ถูกต้องต่อไป ข้อมูลอีกส่วนที่ขาดคือ

การรักษาทางกายที่ควรได้รับในแต่ละโรค ซึ่งไม่มีบันทึกไว้ในระบบสารสนเทศของสถาบันแต่มีในใบ refer ที่ส่งไปรักษาต่อทางกาย ซึ่งส่วนนี้ หากได้ข้อมูลด้วย จะเป็นการบ่งบอกทรัพยากรที่แท้จริงในการดูแลผู้ป่วยพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นได้อย่างรอบด้าน

งานวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัด กล่าวคือ การวิจัยนี้เป็นการสำรวจฐานข้อมูลในภาพรวมของสถาบัน ไม่ได้ใช้ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซึ่งการค้นหาข้อมูลเป็นรายบุคคล อาจทำให้ได้ข้อมูลเพิ่มขึ้น และอาจพบความไม่สมบูรณ์มากขึ้น เช่นเดียวกัน และสถาบันราชานุกูล ยังใช้เวชระเบียนแบบกระดาษควบคู่กับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ แต่มีแบบฟอร์มบางส่วนที่อาจยังไม่อยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ จึงไม่มีข้อมูลส่วนนี้ในระบบสารสนเทศของสถาบัน นอกจากนั้นบางโรคมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการน้อยมาก เช่น น้อยกว่าสิบราย อาจมีผลต่อการสรุปความครบถ้วนสมบูรณ์ในการบันทึกข้อมูลของโรคนั้น เช่น โรค A มีผู้ป่วย 2 ราย ข้อมูลรหัสหัตถการบันทึกครบทั้ง 2 ราย โรคนี้อาจมีความสมบูรณ์ในการบันทึกรหัสหัตถการร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่นที่มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า เช่น Autism มีผู้ป่วยกว่าหมื่นราย อาจพบการบันทึกข้อมูลผิดพลาดได้มากกว่า

งานวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะ คือ ในทางปฏิบัติควรมีการจัดทำคู่มือแนวทางการบันทึกกิจกรรมบริการและรหัสหัตถการที่เป็นมาตรฐานของสถาบันราชานุกูล โดยการนำผลการวิจัยส่วนที่พบไม่สอดคล้องและความไม่สมบูรณ์ในการบันทึกรหัสเข้าหารือกับแต่ละหน่วยงานผู้ให้รหัส เพื่อหารือ ทำความเข้าใจ และนำไปสู่การบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง

จัดทำเป็นคู่มือมาตรฐาน รวมทั้งการพัฒนาการแจ้งเตือนในระบบสารสนเทศของสถาบัน เมื่อมีการส่งยาหรือทำหัตถการทุกครั้งให้มีการลงรหัสหัตถการในส่วนที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วนด้วย ส่วนการวิจัยในอนาคต ควรขยายผลการเก็บข้อมูลในระดับที่สูงขึ้น เช่น ในระดับกรม หรือกระทรวง เช่น ขอข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลจากการพ.อื่น ทั้งรพ.จิตเวชและรพ.ทั่วไป ทำให้ทราบว่ายังมีความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์หรืออาจมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในการบันทึกส่วนใดบ้าง สามารถนำมาเปรียบเทียบกับ ตารางที่ 1 กลุ่มโรค การรักษาตามมาตรฐานและรหัสหัตถการได้⁷⁻¹¹ รวมทั้งข้อมูลการรักษาทางกายที่ผู้ป่วยอาจได้รับจากโรงพยาบาลอื่น และควรมีการกำหนดนโยบายในการบันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ออกเป็นแนวทางเพื่อสื่อสารกับรพ.ทุกสังกัดทุกระดับ โดยอาจใช้คู่มือของสถาบันราชานุกูลเป็นต้นร่างเพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมกับข้อมูลระดับประเทศ ซึ่งจะช่วยให้ได้ภาพการดูแลผู้ป่วยระดับประเทศที่ครบถ้วนมากขึ้น ทั้งมิติทางกายและทางจิต สะท้อนภาพการใช้ทรัพยากรที่แท้จริง และอาจนำไปสู่การปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative weight , RW) กลุ่มโรคจิตเวชในระบบ DRG หรือการมีกลุ่มโรคร่วมจิตเวช (Mental health casemix) เพื่อใช้คำนวณการจ่ายชดเชยแก่โรงพยาบาลแยกต่างหากออกจากกลุ่มโรคร่วมในปัจจุบัน โดยที่กองทุนประกันสุขภาพทั้งหมด ยอมรับระบบใหม่นี้ เนื่องจากมีหลักฐานชัดเจนจากการวิจัยฐานข้อมูลระดับประเทศที่แสดงให้เห็นความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งการกำหนดนโยบายเพื่อเฝ้าระวังหรือแก้ปัญหาสุขภาพทั้งกาย

และจิตตามข้อมูลที่พบ เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นและตรงตามปัญหาที่แท้จริงของประเทศ

สรุป

การวิจัยเชิงสำรวจฉบับนี้ทำให้ทราบว่า การบันทึกกิจกรรมการให้บริการ ของสถาบันราชานุกูลมีความสอดคล้องกับวินิจัยและการรักษาตามมาตรฐานเป็นส่วนใหญ่ แต่การบันทึกรหัสหัตถการของสถาบันราชานุกูลยังไม่ครบถ้วนเป็นจำนวนมาก มีทั้งไม่บันทึก และบันทึกคลาดเคลื่อน ทำให้ข้อมูลการใช้ทรัพยากรที่แท้จริงในการดูแลผู้ป่วย ไม่ได้ถูกนำเข้าสู่ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ที่จะสะท้อนภาพการดูแลผู้ป่วยพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นได้อย่างรอบด้าน จึงทำให้ข้อมูลของประเทศที่บ่งบอกถึงความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยทางพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นบางส่วนหายไป ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของ Relative weight (RW) ในกลุ่มดังกล่าว จึงควรมีการสื่อสารทำความเข้าใจภายในสถาบัน เพื่อปรับระบบให้มีการบันทึกกิจกรรมบริการ และรหัสหัตถการ ให้มีความครบถ้วนถูกต้องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อ.วสันต์ สายทอง อดีต รองผู้อำนวยการสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข อ.ไพบุลย์ ไวกยี่ อดีตเจ้าพนักงานสถิติชำนาญงาน สสจ.พระนครศรีอยุธยา และคุณเสาวนีย์ ภิญโญ เจ้าพนักงานสถิติชำนาญ

งาน สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต
สำหรับคำแนะนำเรื่องฐานข้อมูลสุขภาพ

ขอขอบพระคุณ ดร. จารุวรรณ หมั่นมี
โรงพยาบาลราชวิถี ดร. จันทน์ มุ่งเขตกลาง และ
reviewer ของวารสารราชานุกูลทุกท่านสำหรับ
คำแนะนำเรื่องการวิจัยและการเขียนบทความลง
วารสาร

ขอขอบคุณ คุณณัฐชนก สุวรรณานนท์
และคุณวรัญญ์รัตน์ ประวัติดิษฐ์ สำหรับการนำเข้า
ข้อมูลจากระบบสารสนเทศของสถาบันราชานุกูล

ขอขอบคุณ คุณชินดนัย ไชยเสนา และคุณ
ณณิส คัมภีรานนท์ ผู้ให้คำแนะนำประสานงาน
การวิจัย



QR code ตารางที่ 1 3 4 5 6

และตารางที่ 2 แบบเต็ม

เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
หัตถการทางการแพทย์ กุมภาพันธ์ 2555.[online].
Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th>
[27 มกราคม 2566]
2. World health organization. International
classification of diseases 9 th revision
clinical modification: classification of
procedures. 9th ed. Illinois: 2015.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13
กรุงเทพมหานคร. อัตราค่าบริการสาธารณสุข
สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบ
หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่
กรุงเทพมหานคร ที่เบิกจ่ายตามรายการที่
กำหนด (Fee Schedule) ตุลาคม 2563.
[online]. Available from: https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF2/BKK_Primary_Care_Fee_Schedule_2020_10_18.pdf
[27 มกราคม 2566]
4. ทศนีย์ จันทน์น้อย. "รูปแบบการจ่ายค่ารักษา
พยาบาลสำหรับระบบประกันสุขภาพ" กลไก
และมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำระหว่าง
ระบบประกันสุขภาพ. การประชุมวิชาการการ
วิจัยระบบสุขภาพประจำปี 2556 เรื่อง “การ
ลดความเหลื่อมล้ำเพิ่มความเป็นธรรมด้าน
สุขภาพ”; 2556; นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข; 2556.

5. อรทัย เป็วเจริญ, ชัยโรจน์ ชิงสนธิพร, สุเมธี เขยประเสริฐ, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุณทัย. การเปลี่ยนแปลงสำคัญในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย ฉบับ 6.2. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29: 954-60.
6. อรทัย เป็วเจริญ, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุณทัย, ชัยโรจน์ ชิงสนธิพร, เป็ญจมาศ พฤษักานนท์, นิชนันท์ รอดเนียม. การพัฒนากลุ่มโรคร่วม ผู้ป่วยในจิตเวช ฉบับที่ 3. วารสารวิจัยระบบ สาธารณสุข 2561; 12: 95-102
7. Martin A, Volkmar FR. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, 4th ed. Connecticut: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
8. Michael R, Dorothy VMB, Daniel SP, Stephen S, Jim S, Eric T, Anita T. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th ed. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2008.
9. วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน. ตำราจิตเวช เด็กและวัยรุ่น, พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2545.
10. วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน. ตำราจิตเวช เด็กและวัยรุ่น เล่ม 2, พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2550.
11. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคณิษฐ์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี, พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2558.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง ในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา

ภาวินี บุญสวรรค์สง, พย.บ.*, จิรพรรณ สาบุญมา, พย.ม.*

ธีรสร อกลางประพันธ์, พย.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา โดย 1) เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมการดูแล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง 2) เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมการดูแล หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วัสดุและวิธีการ วิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลาง อายุ 12-18 ปี รับบริการในสถาบันราชานุกูล เดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2563 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา และเครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตประจำวันของเด็กบกพร่องทางสติปัญญา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิตินอนพาราเมตริก ได้แก่ Wilcoxon Signed - rank test และ Mann - Whitney U Test

ผล ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมการดูแลฯ ทั้งภาพรวมและรายด้านสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยอันดับการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมการดูแลฯ ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมในการดูแลฯ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนค่าเฉลี่ยอันดับการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมการดูแลฯ ของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุป โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาช่วยส่งเสริมให้ผู้ปกครองรับรู้สมรรถนะและมีพฤติกรรมการดูแลฯ สูงขึ้น

คำสำคัญ โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง เด็กบกพร่องทางสติปัญญา การรับรู้สมรรถนะในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา พฤติกรรมการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา ทักษะการดำรงชีวิตประจำวันของเด็กบกพร่องทางสติปัญญา

*สถาบันราชานุกูล

ติดต่อผู้พิมพ์ email: bpawinee@yahoo.com

Original Articles

Effectiveness of a parent competency enhancement program on the care of children with intellectual disabilities

Pawinee Bunsawansong, B.N.S*, Jirapan Saboonma, M.N.S*,

Tussaaorn Klangprapan, B.N.S*,

Abstract

Objectives To study the effectiveness of the parent competency enhancement program in the care of children with Intellectual Disability (ID) by: 1) Comparing the scores of perceived competency and caregiving behavior before and after participating in the program for the experimental group, and 2) Comparing the scores of perceived competency and caregiving behavior after the experiment between the experimental group and the control group.

Materials and Methods A quasi-experimental study with a two-group pre-test and post-test design. The sample consists of 30 parents of children with moderate ID, aged 12-18 years, receiving services at the Rajanukul Institute from June to August 2020. The sample was selected purposively. The tools used include: an experimental tool, which is the parent competency enhancement program for the care of children with ID, and a monitoring tool, which is the assessment of daily living skills for children with ID. Data analysis was performed using non-parametric statistics, specifically the Wilcoxon Signed-Rank Test and the Mann-Whitney U Test.

Results Parents who participated in the program showed higher mean scores in perceived competency and caregiving behavior, both overall and in specific areas. The mean ranks of perceived competency and caregiving behavior before and after the intervention differed statistically with significance at the .001 level. Additionally, the mean scores of perceived competency and caregiving behavior in the experimental group were higher than those in the control group. The mean ranks of perceived competency and caregiving behavior between the two groups differed statistically with significance at the .001 level.

Conclusion The parent competency enhancement program for the care of children with ID helps improve parents' perceived competency and caregiving behavior.

Keywords: Parent competency enhancement program, Intellectual disability, self-efficacy, family caring behaviors of caregiver of children with intellectual disabilities, Activities daily living of children with intellectual disabilities

*Rajanukul Institute

Corresponding author email: bpawinee@yahoo.com

บทนำ

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disabilities) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการด้านสติปัญญา ทำให้ความสามารถทางสติปัญญาทั่วไปบกพร่อง ทั้งในด้านทำความเข้าใจข้อมูล การเรียนรู้ และการใช้ทักษะใหม่ ๆ มีข้อจำกัดของการใช้ความคิด การเข้าใจแนวคิดที่ซับซ้อน การสรุปความคิดรวบยอด การใช้เหตุผล การแก้ปัญหา การตัดสินใจ และการเรียนรู้จากประสบการณ์ ส่งผลให้มีปัญหาการปรับตัวในการดำรงชีวิตประจำวัน¹

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดบริการแก่เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญามาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน สถิติการให้บริการของสถาบันราชานุกูลในปีงบประมาณ 2560-2562 พบว่า มีผู้ป่วยนอกมารับบริการ จำนวน 46,191 ราย 45,464 ราย และ 38,243 ราย ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยในมารับบริการ จำนวน 10,011 ราย 9,267 ราย และ 9,484 ราย ตามลำดับ² เป้าหมายในการบริการเพื่อช่วยให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมมากเกินไป และอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา นอกจากสหวิชาชีพในทีมสุขภาพแล้ว ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อผลสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพเด็กเหล่านี้

รูปแบบการบริการในปัจจุบันของพยาบาลผู้ป่วยนอก คือ ให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลเด็ก เน้นการฝึกทักษะการดำรงชีวิตประจำวันและพื้นฐานทางสังคมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น หลังจากให้

ความรู้ผู้ปกครองที่หน่วยงานแล้ว จะเน้นย้ำให้ผู้ปกครองนำความรู้ดังกล่าวกลับไปฝึกเด็กที่บ้าน จากนั้นนัดติดตามความก้าวหน้าของการฝึกพร้อมกับรอบการนัดหมายของแพทย์ ในระหว่างที่ยังไม่ถึงเวลานัดหากผู้ปกครองมีปัญหาในการฝึกเด็ก สามารถโทรศัพท์มาปรึกษาปัญหาได้โดยตรงกับพยาบาลซึ่งจะให้คำปรึกษาแนะนำทางโทรศัพท์แก่ผู้ปกครอง โดยประเมินเป้าหมายจากผลลัพธ์การให้บริการ ได้แก่ ร้อยละ 50 ของเด็กบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อยที่มารับบริการสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 เรื่อง 2 ระดับ ภายในเวลา 1 เดือน ร้อยละ 50 ของเด็กบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลางสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 เรื่อง 1 ระดับ ภายในเวลา 1 เดือน และร้อยละ 50 ของเด็กบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 เรื่อง 1 ระดับ ภายในเวลา 1 เดือน ทั้งนี้ได้มีการติดตามผลลัพธ์การให้บริการ 3 ปีซ้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2560-2562 พบว่ากลุ่มเด็กบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อยบรรลุเป้าหมายร้อยละ 51.25 กลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลางบรรลุเป้าหมายร้อยละ 32.15 และกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงบรรลุเป้าหมายร้อยละ 35.28 จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากลุ่มเด็กบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลางบรรลุเป้าหมายการบริการน้อยที่สุด และเมื่อวิเคราะห์รายละเอียดของข้อมูลพบว่า เป็นกลุ่มเด็กบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลางช่วงอายุ 12-18 ปี ซึ่งจากการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 50 มีเพียงร้อยละ 31.64 ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และเมื่อวิเคราะห์

ข้อมูลรายด้าน พบว่าทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน ที่มีปัญหาสำหรับเด็กกลุ่มนี้ ได้แก่ การดูแล สุขอนามัยส่วนบุคคล เรื่องการสระผม ร้อยละ 55.57 เรื่องการแปรงฟัน ร้อยละ 4.97 เรื่องการอาบน้ำ ร้อยละ 8.46 และการช่วยเหลืองานบ้าน ร้อยละ 5.67 และปัญหาทางด้านการควบคุมอารมณ์ตนเอง ร้อยละ 25.33

ผลกระทบจากการไม่บรรลุเป้าหมายการ บริการเด็กบกพร่องทางสติปัญญา ส่งผลกระทบต่อ ตัวเด็ก ผู้ปกครอง และระบบงาน ดังนี้ 1) ผลกระทบ ต่อตัวเด็ก ได้แก่ เป็นภาระในการดูแลของผู้ปกครอง ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ขาดโอกาสทางการศึกษา ในระดับที่สูงขึ้น เนื่องจากความพร้อมในการช่วยเหลือ ตนเอง ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นไม่พัฒนาไปตามวัย ขาดโอกาสทางสังคมไม่มีความพร้อมในการเข้าสู่ การทำงานหรือการฝึกอาชีพ เป็นต้น 2) ผลกระทบที่ เกิดกับผู้ปกครอง ได้แก่ ผู้ปกครองเกิดความวิตก กังวล ห่วงใยอนาคตของเด็กที่อาจต้องมีคนดูแลไป ตลอดชีวิต ท้อแท้เบื่อหน่าย และคิดว่าเด็กเป็นภาระ ของครอบครัว ครอบครัวไม่เข้มแข็งในการดูแลเด็ก ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา อีกทั้งพฤติกรรม การดูแลที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนเองในการดูแลเด็ก เป็นต้น และ 3) ผลกระทบต่อระบบงาน ได้แก่ เด็กกลายเป็นผู้ป่วย เรื้อรังที่ต้องวนเวียนมารับบริการด้วยปัญหาเดิม ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ส่งผลให้เกิดต้นทุน ต่อหน่วยบริการมากขึ้น นอกจากนี้ยังอาจส่งผล กระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ บุคลากร รู้สึกหมดกำลังใจที่ไม่สามารถพัฒนาเด็กให้บรรลุ เป้าหมายได้ เป็นต้น พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยหลักที่สำคัญ คือ ปัจจัยจากตัวผู้ปกครอง เอง จากการติดตามผู้ปกครองที่นำเด็กบกพร่องทาง สติปัญญาระดับปานกลางมารับการรักษา พบว่า ร้อยละ

62.33 ของผู้ปกครองไม่ได้นำความรู้ไปฝึกเด็ก ต่อเนื่องที่บ้านโดยผู้ปกครองให้เหตุผลว่าฝึกแล้วแต่ เด็กไม่ดีขึ้น ระหว่างฝึกเด็กมักมีพฤติกรรมดื้อ ต่อต้าน ไม่เชื่อฟังไม่ยอมฝึก เด็กโตขึ้นยังมีแรงต้านมาก ผู้ปกครองไม่รู้จะทำอย่างไร ไม่มีความรู้เพียงพอและ คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถจึงไม่ค่อยได้ฝึกเด็ก อย่างสม่ำเสมอ จำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ดูแล และทำการฝึกเด็ก และผู้ปกครองบางรายไม่ได้พาเด็ก มารับบริการตามนัด

จากการศึกษาแนวทางในการดูแลช่วยเหลือ เด็กบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลาง อายุ 12-18 ปี ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมี สุขตามศักยภาพ ได้มีนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญ ศึกษาไว้หลากหลาย และสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การกำกับดูแลสุขภาพเช่นเดียวกันกับเด็ก ปกติ เช่น ประเมินการเจริญเติบโต ภาวะโภชนาการ การให้ภูมิคุ้มกัน เป็นต้น การบำบัดรักษาสาเหตุของ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญารวมทั้งความผิดปกติที่ พบร่วม เช่น โรคหัวใจ โรคลมชัก โรคไทรอยด์ ปัญหา การมองเห็น ปัญหาการได้ยิน ปัญหาพฤติกรรม และ ปัญหาทางจิตเวช เป็นต้น การฟื้นฟูสมรรถภาพด้าน การศึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม และอาชีพ การบำบัดรักษาร่วมตามความจำเป็นของเด็กแต่ละราย เช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด แก้ไขการพูด และ ปรับพฤติกรรม เป็นต้น³ การรักษาภาวะบกพร่องทาง สติปัญญา เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพของสมองและ ร่างกาย เป้าหมายของการรักษามีใช้มุ่งรักษาให้หาย จากโรค แต่เพื่อให้เด็กบกพร่องทางสติปัญญา สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงกับคนปกติ มากที่สุด ให้ช่วยตัวเองได้ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว และสังคมมากเกินไป และสามารถประกอบอาชีพ ได้⁴ นอกจากนี้ได้มีผู้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนมาใช้ในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา

ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการ โดยรวมอยู่ในระดับดี การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ โสพิส สุมานิต และคณะ⁶ ที่ได้ทำการศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ศรีรัญย์ ปองนิมิตรพร และคณะ⁷ ได้ศึกษาความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสอนเรื่องเพศในเด็กปฐมวัยของบิดามารดา ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดามีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการสอนเรื่องเพศอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก ความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสอนเรื่องเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้กัญญาณัฐ สิทธิยศ และมานิตย์ ไชยกิจ⁸ ได้รายงานว่าผู้บำบัดที่ทำงานร่วมกับครอบครัวของเด็กออทิสติกมักจะสังเกตเห็นว่าผู้ปกครองที่มีสมรรถนะที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการพัฒนาการของเด็ก และได้รับอนุญาตให้ออกจากโปรแกรมการบำบัดภาวะออทิสซึมเร็วกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ปกครองที่ไม่มีสมรรถนะในการจัดการกับปัญหาของเด็กออทิสติก ผลจากการรับรู้ความสามารถที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความสุขในการดูแลเด็กและมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

ดังนั้นคณะผู้วิจัย จึงสนใจการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน⁹ มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา โดยคาดว่าผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมจะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสม ส่งผลให้เด็กบกพร่องทางสติปัญญาสามารถปฏิบัติทักษะการดำรงชีวิตประจำวันด้วยตนเองตามศักยภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีความสุข

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา และกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ ทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในงานบริการผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล รหัส RI 012/2562 เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2563

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของเด็กบกพร่องทางสติปัญญาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลาง (Moderate Intellectual Disability) อายุ 12-18 ปี มารับบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ระหว่าง เดือน มิถุนายน - สิงหาคม 2563 จำนวน 30 คน โดยผู้ปกครองมีอายุ 20 - 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ทำหน้าที่ ดูแลเด็กเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะอยู่ในระดับน้อย คะแนน 1.00 - 2.33 และ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลอยู่ในระดับน้อย คะแนน 0.00 – 0.99 กลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดออกจากการวิจัย ทำเข้าร่วม กิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้น้อยกว่า ร้อยละ 80 หรือเกิดปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโปรแกรมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กบกพร่องทางสติปัญญาและผู้ปกครอง

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา⁹

1.3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ปกครอง⁹

2) เครื่องมือดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดย โดยประยุกต์ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self – efficacy) ของแบนดูรา⁹มาประยุกต์ใช้ ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอน ได้แก่

1) ขั้นตอนการประเมินการรับรู้สมรรถนะผู้ปกครองก่อนการปฏิบัติตามแผน 2) ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน และ 3) ขั้นตอนการประเมินการรับรู้สมรรถนะ ผู้ปกครองหลังการปฏิบัติตามแผน ในส่วน of ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนการเสริมสร้างสมรรถนะจาก 4 แหล่งการเรียนรู้ ได้แก่ 1) เรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) กิจกรรมที่ 1 ทบทวนความรู้ การดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นที่ ประสบความสำเร็จ (Vicarious experience) กิจกรรมที่ 2

ทำอย่างไรถึงจะใช้พ่อแม่มีอาชีพ 3) การพูดชักจูง (Verbal persuasion) กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาศักยภาพทักษะการดำรงชีวิตประจำวันของเด็กบกพร่องทางสติปัญญา 4) สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and affective states) กิจกรรมที่ 4 การจัดการด้านอารมณ์และความเครียดของผู้ปกครอง กิจกรรมที่ 5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เล่าสู่การฟัง ระยะเวลาดำเนินการรวม 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที และนัดติดตามผลหลังครบโปรแกรมอีก 1 เดือน

3) เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตประจำวันของเด็กบกพร่องทางสติปัญญา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประเมินทักษะการดำรงชีวิตของเด็กบกพร่องทางสติปัญญา โดยผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินความพร้อมในการกลับสู่ชุมชนของบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาด้านร่างกาย ด้านบทบาทหน้าที่¹⁰ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและหาความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน และพยาบาล APN 1 ท่าน ได้ค่า IOC (Index of Item – Objective Congruence) เท่ากับ 0.85

3.2 แบบประเมินสมรรถนะทางสังคม (Social competence) กลุ่มผู้ป่วยอายุ 6-18 ปี ด้านการควบคุมตนเอง (Self-regulation or Self-control) ของกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันราชานุกูล¹¹ เป็นแบบสังเกตสำหรับผู้ปกครองใช้สังเกตพฤติกรรมของเด็กและให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย การอาบน้ำ การล้างมือ การช่วยพ่อแม่ทำงานบ้าน ความรับผิดชอบงานที่พ่อแม่มอบหมาย อดทนรอคอยในสถานการณ์ที่

ผู้ปกครองบอกให้รอ ไม่แสดงพฤติกรรมอาละวาด ขว้างปาสิ่งของ ก้าวร้าว พุดจาหายาบคาย เมื่อไม่พอใจหรือไม่ได้ตามต้องการ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวม ข้อมูล 2 กรกฎาคม 2563 ถึงวันที่ 9 สิงหาคม 2563 รวมทั้งสิ้น 9 สัปดาห์ แบ่งการทดลองและ เก็บข้อมูลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเก็บข้อมูลก่อน การทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะเก็บ ข้อมูลหลังการทดลอง

ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง เก็บ รวบรวมข้อมูลประเมินการรับรู้สมรรถนะการดูแล เด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ปกครอง พฤติกรรม การดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ปกครอง และทักษะการดำรงชีวิตประจำวันของเด็ก ดำเนินการ ในสัปดาห์ที่ 1 จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 60 นาที ด้วย เครื่องมือ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก พร่องสติปัญญาและผู้ปกครอง
2. แบบประเมินพฤติกรรมดูแลเด็ก บกพร่องทางสติปัญญา
3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการ ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ปกครอง

ระยะที่ 2 ดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นกิจกรรมที่พยาบาล จัดให้แก่ผู้ปกครองที่นำเด็กบกพร่องทางสติปัญญา มาใช้บริการที่งานพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบัน ราชานฤๅ ประกอบด้วยการประเมินความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันของเด็กโดยการสอบถาม จากผู้ปกครอง การสัมภาษณ์วิธีการฝึกเด็กทำ กิจวัตรประจำวันของผู้ปกครอง ปัญหาอุปสรรคที่ พบในการฝึกและวิธีการแก้ปัญหา จากนั้นพยาบาล ให้คำแนะนำวิธีการฝึก ติดตามอาการเมื่อมารับ บริการครั้งถัดไปตามการนัดพบแพทย์ กลุ่มทดลอง

ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะ ของผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทาง สติปัญญา โดยนำกระบวนการการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนของแบนดูรามามาประยุกต์ใช้

ระยะที่ 3 การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินและบันทึกผลการ ทดลอง ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลเด็ก บกพร่องทางสติปัญญา แบบสอบถามการรับรู้ สมรรถนะการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของ ผู้ปกครอง และแบบประเมินทักษะการดำรงชีวิต ประจำวันของเด็กบกพร่องทางสติปัญญา

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิตินอนพารา เมตริก (Nonparametric statistics) เนื่องจาก ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ในข้อมูลทั่วไป การ รับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมดูแลเด็กบกพร่อง ทางสติปัญญาของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การแจกแจง ความถี่ (Frequency) หาค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เปรียบเทียบการรับรู้ สมรรถนะและพฤติกรรมดูแลเด็กบกพร่องทาง สติปัญญาของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะ ผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-rank test และ เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมการ ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม เสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองในการดูแลเด็ก บกพร่องทางสติปัญญา และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ ดูแลตามปกติ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 44.7 ± 8.25 ปี อายุมากและน้อยสุด 55 ปี และ 31 ปี มีความสัมพันธ์กับเด็กบกพร่องทางสติปัญญาเป็นมารดา ร้อยละ 80 การศึกษาจบมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. ร้อยละ 66.6 และมีผู้ช่วยดูแลเด็กขณะอยู่บ้าน (ปู่/ย่า ตา/ยาย ญาติ) ร้อยละ 60.0

สำหรับเด็กบกพร่องทางสติปัญญาที่อยู่ในความดูแล จำนวน 30 คน มีความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอยู่ในระดับปานกลางตามการวินิจฉัยของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.0 อายุเฉลี่ย 13.33 ± 3.22 ปี อายุมากและน้อยสุด 18 ปี และ 12 ปี เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		รวม (N=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (กลุ่มตัวอย่าง)						
- ชาย	2	13.3	3	20.0	5	20.0
- หญิง	13	86.7	12	80.0	25	80.0
รวม	15	100	15	100	30	100
เพศ (เด็กบกพร่องทางสติปัญญา)						
- ชาย	12	80.0	12	80.0	24	80.0
- หญิง	3	20.0	3	20.0	6	20.0
รวม	15	100	15	100	30	100
อายุ (กลุ่มตัวอย่าง)						
- 20 – 30 ปี	0	0.0	1	6.7	1	3.3
- 31 – 40 ปี	3	20.0	3	20.0	6	20.0
- 41 – 50 ปี	7	46.7	6	40	13	43.4
- 51 – 60 ปี	5	33.3	5	33.3	10	33.3
รวม	15	100	15	100	30	100
ระดับการศึกษา						
- ประถมศึกษา	2	13.3	3	20.0	5	16.6
- มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส	8	53.3	7	46.7	15	50.0
- ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	5	33.4	5	33.3	10	33.4
รวม	15	100	15	100	30	100

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		รวม (N=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก						
- บิดา	2	13.3	2	13.3	4	13.3
- มารดา	11	73.4	11	73.4	22	73.4
- ญาติ	2	13.3	2	13.3	4	13.3
รวม	15	100	15	100	15	100

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการดำรงชีวิตประจำวันของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การอาบน้ำ การล้างมือ การช่วยพ่อแม่ทำงานบ้าน ความรับผิดชอบงานที่พ่อแม่มอบหมายอดทนรอคอยในสถานการณ์ที่ผู้ปกครองบอกให้รอ และไม่แสดงพฤติกรรมอาละวาดขว้างปาสิ่งของ ก้าวร้าว พุดจาหยาบคาย เมื่อไม่พอใจหรือไม่ได้ตามต้องการ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดำรงชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยทักษะการดำรงชีวิตประจำวันของกลุ่มควบคุม

หลังการทดลอง ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การอาบน้ำ การล้างมือ การช่วยพ่อแม่ทำงานบ้าน ความรับผิดชอบงานที่พ่อแม่มอบหมาย อดทนรอคอยในสถานการณ์ที่ผู้ปกครองบอกให้รอ และไม่แสดงพฤติกรรมอาละวาดขว้างปาสิ่งของ ก้าวร้าว พุดจาหยาบคาย เมื่อไม่พอใจหรือไม่ได้ตามต้องการ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดำรงชีวิตประจำวันในด้านการล้างมือ และไม่แสดงพฤติกรรมอาละวาดขว้างปาสิ่งของ ก้าวร้าว พุดจาหยาบคายเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนทักษะการดำรงชีวิตประจำวันของเด็กบกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังได้รับการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน	กลุ่มทดลอง (n=15)				p-value	กลุ่มควบคุม (n=15)				p-value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
การอาบน้ำ	1.5	0.5	1.5	0.5	0.32	1.5	0.5	2.2	0.5	0.00*
การล้างมือ	1.3	0.5	1.6	0.6	0.05*	1.7	0.6	2.4	0.5	0.00*
การช่วยพ่อแม่ทำงานบ้าน	1.1	0.8	1.1	0.7	0.66	1.1	0.7	1.9	0.8	0.00*
ความรับผิดชอบงานที่พ่อแม่มอบหมาย	1.1	0.7	1.2	0.8	0.71	1.1	0.7	1.9	0.8	0.00*
อดทนรอคอยในสถานการณ์ที่ผู้ปกครองบอกให้รอ	1.4	0.5	1.2	0.6	0.18	1.5	0.5	1.9	0.8	0.01*
ไม่แสดงพฤติกรรมอาละวาด ขว้างปาสิ่งของ ก้าวร้าว พุดจาหยาบคาย เมื่อไม่พอใจหรือไม่ได้ตามต้องการ	1.5	0.5	0.9	0.7	0.01*	1.5	0.5	1.9	0.8	0.008*

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ปกครองของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาพบว่า มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในภาพรวมและรายด้านทุกด้านได้แก่ ด้านมิติความเข้มแข็ง

มิติตามระดับความยากง่ายของงาน และมิติความสากล และพฤติกรรมการดูแลเด็กในภาพรวม และรายด้านทุกด้านได้แก่ ด้านการดูแลโดยทั่วไป ด้านการดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ และด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์มีความแตกต่างกันกว่าก่อนได้รับการทดลองทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($p\text{-value} = .00$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ปกครองกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา ($n=15$)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนเข้าโปรแกรม	หลังเข้าโปรแกรม	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
การรับรู้สมรรถนะการดูแลเด็กฯ (ภาพรวม)	1.54 $\pm$.15	4.52 $\pm$.30	< .001
มิติความเข้มแข็ง	1.53 $\pm$.24	4.39 $\pm$.39	< .001
มิติตามระดับความยากง่ายของงาน	1.50 $\pm$.35	4.62 $\pm$.34	< .001
มิติความเป็นสากล	1.60 $\pm$.35	4.56 $\pm$.42	< .001
พฤติกรรมการดูแลเด็กฯ (ภาพรวม)	.80 $\pm$.16	2.84 $\pm$.13	< .001
ด้านการดูแลโดยทั่วไป	.69 $\pm$.27	2.92 $\pm$.11	< .001
ด้านการดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ	.83 $\pm$.17	2.78 $\pm$.18	< .001
ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์	0.81 $\pm$.28	2.91 $\pm$.14	< .001

*Wilcoxon Signed Ranks Test, $p\text{-value} < .05$

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในภาพรวม และรายด้านทุกด้านได้แก่ ด้านมิติความเข้มแข็ง มิติตาม

ระดับความยากง่ายของงาน และมิติความสากล และพฤติกรรมการดูแลเด็กในภาพรวม และรายด้านทุกด้านได้แก่ ด้านการดูแลโดยทั่วไป ด้านการดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและด้านการดูแลจิตใจ และอารมณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = .00)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ปกครองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=15)	กลุ่มควบคุม (n=15)	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
การรับรู้สมรรถนะ (ภาพรวม)	4.52 $\pm$.30	2.89 $\pm$.37	< .001
มิติความเข้มแข็ง	4.39 $\pm$ 0.9	2.93 $\pm$.44	< .001
มิติตามระดับความยากง่ายของงาน	4.62 $\pm$.34	2.88 $\pm$.40	< .001
มิติความเป็นสากล	4.56 $\pm$.42	2.85 $\pm$.65	< .001
พฤติกรรมการดูแลเด็ก (ภาพรวม)	2.84 $\pm$.13	2.05 $\pm$.05	< .001
ด้านการดูแลโดยทั่วไป	2.92 $\pm$.11	1.98 $\pm$.06	< .001
ด้านการดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ	2.78 $\pm$.18	2.06 $\pm$.09	< .001
ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์	2.91 $\pm$.14	2.07 $\pm$.11	< .001

*Mann Whitney U Test, p-value < .05

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยหลายเรื่องที่ได้ประยุคนำเอาแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างสมรรถนะของแบนดูรามาใช้ เช่น งานวิจัยของโสพิส สุมานิและคณะ⁶ ที่ได้ทำการศึกษาผลของการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้

สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล ที่ได้รับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการพยาบาลปกติกับการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลปกติเพียงอย่างเดียว ซึ่งโปรแกรมได้ออกแบบเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีโอกาสเรียนรู้หรือมีประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ได้เห็นประสบการณ์การ

ดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างถูกต้อง ได้รับคำพูดชักจูงภายในขอบเขตที่เป็นจริง เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และได้รับการส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ซึ่งเป็นกลไกสำคัญ 4 วิธีในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านกิจกรรม การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็ก โปรแกรมประกอบด้วย 1) กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพและลดความวิตกกังวล ซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษา 2) กิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต เพื่อเพิ่มทักษะหลัก 3 ด้าน ให้กับผู้ป่วย ได้แก่ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ ด้านกิจกรรมการดูแลพื้นฐาน และด้านการดูแลทางจิตสังคม เริ่มในวันที่สองของการเข้ารับการรักษา โดยจัดลำดับกิจกรรมย่อยในแต่ละด้านให้เหมาะสมตามแผนการรักษาความต้องการของผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยดูแลก่อนนำทักษะความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ 3) กิจกรรมการทบทวนและเพิ่มเติมประสบการณ์การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ดำเนินการในวันที่สามและสี่ ที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์โดยผู้วิจัยปรับแก้ทักษะความรู้ของผู้ดูแลในส่วนที่ยังไม่ถูกต้อง ให้ความรู้ คำแนะนำ สาธิตทักษะและให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตด้านต่าง ๆ เพิ่มเติมใช้เวลาในแต่ละวันประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมงและยืดหยุ่นตามความเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีแผนการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย การสนทนากาการใช้คำถามการกระตุ้นเพื่อให้มีการแสดงความคิดเห็น การให้ความรู้ การสอนสาธิต และการฝึกทักษะ

ให้กับผู้ดูแล ในกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ที่สอดคล้องตามกลไกของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคู่มือการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ให้ผู้ดูแลใช้เป็นแนวทางศึกษาทำความเข้าใจ มีแบบบันทึกเหตุการณ์เพื่อใช้บันทึกปัญหาของผู้ดูแล กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมร่วมกับการพยาบาลตามปกติระยะเวลา 4 วันติดต่อกัน ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ภายหลังการทดลอง สรุปว่าผู้ดูแลที่ได้รับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการพยาบาลปกติมีการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตสูงกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลปกติเพียงอย่างเดียว ซึ่งในโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้นกิจกรรมได้เน้นกระบวนการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านแหล่งการเรียนรู้ทั้ง 4 แหล่งเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์สุตา แสนดี¹² ที่ได้ศึกษาผลการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ น้ำหนักตัว และค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร กลุ่มตัวอย่างเลือกจากผู้ที่มีความเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชนทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 35-59 ปี มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100-125 mg/dl และค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร² โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย น้ำหนักตัว และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของกลุ่มเสี่ยง

เบาหวาน ที่สร้างตามแนวคิดของทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวทางของ Bandura ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านกิจกรรมที่ยึดตามแหล่งกำเนิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 แหล่งเช่นเดียวกัน ใช้เวลาในการดำเนินการจัดกิจกรรม ทั้งหมด 6 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 2 ครั้ง ในสัปดาห์แรกได้รับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ จำนวน 5 ฐาน ระยะเวลา 6 ชั่วโมง ในแต่ละฐานจะใช้คำพูดชักจูง และการส่งเสริมสภาวะทางร่างกาย และทางอารมณ์ด้วยการสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง สะดวกสบายเหมาะแก่การเรียนรู้ ครั้งที่ 2 กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 3 พร้อมอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเป็นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากการเรียนรู้จากการประสบความสำเร็จจากการกระทำของตนเอง ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีการดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง ก่อนเข้าร่วมโครงการ และหลังสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับเดียวกัน คือระดับปานกลาง ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากเหตุผลที่กล่าวมานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา ช่วยส่งเสริมให้ผู้ปกครองเด็กบกพร่องทางสติปัญญาให้มีการรับรู้สมรรถนะที่สูงกว่าการได้รับการพยาบาลตามบริการปกติเพียงอย่างเดียว

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดด้วยสถานการณ์โควิด ทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย ได้จำนวน 15 คน ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ มีดังนี้ 1) สถานบริการสุขภาพที่ให้บริการเกี่ยวข้องกับเด็กบกพร่องทางสติปัญญา ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาไปใช้ โดยเฉพาะแผนผู้ป่วยนอก ซึ่งสามารถประยุกต์ผ่านกระบวนการหรือเทคนิคที่หลากหลายให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ 2) ควรกำหนดให้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา โดยครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักเด็กบกพร่องทางสติปัญญาที่เข้ารับบริการรายใหม่ ต้องได้รับโปรแกรมฯ ทุกครอบครัว และ 3) พยาบาลที่เป็นผู้นำกลุ่มควรมีความรู้ทัศนคติทางบวก และผ่านประสบการณ์การดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา รวมทั้งให้การปรึกษาได้เนื่องจากระหว่างการทำกลุ่มต้องใช้เทคนิคหลากหลายช่วยกลุ่มผู้ปกครองให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ในแต่ละครั้ง รวมทั้งหลังทำกลุ่มอาจต้องให้การปรึกษารายบุคคลในกรณีที่ผู้ปกครองมีความคับข้องใจ หรือขาดทักษะในการตัดสินใจและจัดการปัญหา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้ 1) ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยติดตามเป็นกลุ่มและรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ผ่านหลากหลายช่องทาง เช่น โทรศัพท์ ไลน์กลุ่ม เฟสบุ๊ก ฯลฯ เป็นการสร้างเครือข่ายสนับสนุนให้กับผู้ปกครอง และติดตามความคงอยู่ และ 2) ควรต่อยอดโดยการทำการศึกษาวิจัยในผู้ปกครองเด็กบกพร่องทางสติปัญญา

กลุ่มอื่น เช่น กลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไป และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในสถานบริการอื่นด้วย

สรุป

ผู้ปกครองที่ได้เข้าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา ทั้งภาพรวมและรายด้านสูงขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย ขอขอบคุณรองผู้อำนวยการกลุ่มการพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล ที่ให้คำปรึกษา ส่งเสริมสนับสนุน ขอขอบคุณบุคลากรทางการพยาบาลงานผู้ป่วยนอกที่อำนวยความสะดวกในทุก ๆ เรื่อง และขอขอบคุณผู้ปกครองเด็กบกพร่องทางสติปัญญาที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช, พัฏฐ ไรจน์มงามมงคล. ภาวะปัญญาอ่อน/ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา. ใน: ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2554
2. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ. สถาบันราชานุกูล. กรุงเทพฯ: สถาบัน ราชานุกูล; 2562.
3. นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช, และอิสราภา ชื่นสุวรรณ. ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability) ใน สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์,รวีวรรณ รุ่งไพรวัลย์, ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, บานชื่น เบญจสุวรรณเทพ, อติศรีสุตา เพ็องฟู,จริยา จุฑาทิ สิทธี, และ พัฏฐ ไรจน์มงามมงคล (บรรณาธิการ), ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด;2561
4. นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช. ภาวะปัญญาอ่อน/ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา. 2552;31-56.
5. ณัฐธิดา ปัญญาชนคุณ, แสงทอง อีระทองคำ, สมนึก สกุลหงส์โสภณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร. 2562;6(1):5-18.
6. โสพิส สุมานิต, เรณู พุกบุญมี, เสริมศรี สันตติ และศรีสมร ภูมณสกุล. ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะ การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล. Ramathibodi Nursing Journal [อินเทอร์เน็ต].2552 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2562];17(1), 63-74.เข้าถึงจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/9055>.
7. ศรีณย์ ปองนิมิตพร, สุดธิดา แก้วขจร, ลาวัลย์ สมบูรณ์ และนิตยา ไทยาภิรมย์. ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสอนเรื่องเพศในเด็กปฐมวัย ของบิดามารดา. 2560;28-37.
8. กัญญาณัฐ สิทธิยศ และมานิตย์ ไชยกิจ. การพัฒนาสมรรถนะของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก.2559; 12(15):4-20.
9. Bandura A. Self – efficacy. New York: W.H. Freeman;1997.

10. ยุ๊กฟอง ศรีประสาธน์. ผลของโปรแกรมเตรียมเจ้าหน้าที่บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลางอายุ 15-35 ปี; 2562.
11. กลุ่มภารกิจการพยาบาล.สถาบันราชานุกูล. แบบประเมินสมรรถนะทางสังคม (Social Competence). กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล; 2562.
12. ทิพย์สุตา แสนดี. ผลการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้ำหนัก และค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน.[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา;2559

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูลต่อคุณภาพชีวิต เด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

โสภณ สวัสดิ์, พย.ม.*, ประภาพรรณ เตชะจิตต์โชคเกษม, พย.ม.*,

ภัสสร จิตสงบ, พย.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูล 2) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของเด็กบกพร่องฯ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ

วัสดุและวิธีการ การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กบกพร่องฯ อายุ 1 ปี 6 เดือนถึง 5 ปี ที่รับบริการ ณ ศูนย์ส่งเสริมฯ และเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่าง 5 มิถุนายน - 20 สิงหาคม 2561 จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องฯ ในศูนย์ส่งเสริมฯ ซึ่งผู้วิจัยนำโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องฯ ของศูนย์ส่งเสริมฯ (คลองกุ่ม) ที่มีค่าความตรงตามเนื้อหา .93 และค่าความเชื่อมั่น .89 มาพัฒนาตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของเด็กบกพร่องฯ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเด็กกรุ่นที่ 4.0 พัฒนาโดย Dr. James W Varni ฉบับรายงานของผู้ปกครองที่แปลเป็นไทยแล้ว มีค่าความน่าเชื่อถือ .83 ค่าความเชื่อมั่น .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้ Paired t-test

ผล คุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องฯ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในศูนย์ส่งเสริมฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยก่อนการทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตภาพรวม 2.18 และหลังการทดลองมีคะแนน 2.79 ค่า p-value <.001

สรุป โปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องฯ ในศูนย์ส่งเสริมฯ สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของเด็กบกพร่องฯ ได้

คำสำคัญ โปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา การพยาบาลแบบองค์รวม คุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูล

*สถาบันราชานุกูล

ติดต่อผู้นิพนธ์ email: sosawat@gmail.com

Original Articles

The effects of nursing program for children with intellectual disabilities in Rajanukul Developmental Center on quality of life

Sopon Sawat, M.N.S*, Papapun Tachajitcrokasam, M.N.S*,

Passorn Jitsangob , B.N.S*

Abstract

Objectives 1) To study the impact of the nursing program for children with intellectual disability (ID) in Rajanukul Developmental Center, 2) To compare pre-post scores of quality of life (QOL) of children with ID who attended the program, and to compare the quality of life before and after the experiment.

Materials and Methods This study is a quasi-experimental study with pre-post measures. The participants are children with ID aged 1.6-5 years old who were admitted and participated in the program at Rajanukul Development Center From June 5 to August 20, 2018. The sample size is 20 cases from purposive sampling. The experimental tool is a nursing program for children with ID in Rajanukul Developmental Center that applied from a nursing program for children with ID (Klongkhum) with a content validity of .93 and a reliability score is .89. The program developed from the holistic nursing concept. The data collection measurements and consisting of data information from caregivers and children with ID and the quality of life assessment in the healthy dimension of children with ID that apply from The Pediatric Quality of Life Inventory 4.0: The PedsQL 4.0, parent proxy report, Thai version developed by Dr.James W Varni which content validity is .83 and reliability scores is .98. The data analysis reported in frequency percentage, pre-post SD. The quality of life scores were compared for all of the instruments using the Paired t-test statistics.

Results The research result is that the post score in the quality of life of children with ID has a statistically significant difference of 0.05. The average scores increase both overall and in each aspect of quality of life. The average QOL score before and after the program was 2.18 vs 2.79 (p-value <.001).

Conclusion The nursing program for children with intellectual disability (ID) in Rajanukul Developmental Center could enhance the quality of life of children with ID

Keywords: Nursing program for children with intellectual disability, holistic care, quality of life, Children with intellectual disability, Rajanukul Developmental center

* Rajanukul Institute

Corresponding author email: sosawat@gmail.com

บทนำ

ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชนากุล (คลองกุ่ม) เป็นศูนย์ในสังกัดสถาบันราชนากุล กรมสุขภาพจิต ตั้งอยู่ในชุมชน รับผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยใน มีบทบาทในการดูแลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา รวมทั้งผู้ดูแลเด็ก โดยพยาบาลมีบทบาทและหน้าที่ในการบริหารจัดการทั้งปัญหาสุขภาพ ปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม รวมทั้งปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้รับบริการ มีโปรแกรมจัดบริการแก่ผู้บกพร่องอายุ 1 ปี 6 เดือน ถึง 5 ปี ตามกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลตามแนวคิดการจัดบริการแบบองค์รวมในชุมชน มีกิจกรรมการบริการดังนี้ 1) การดูแลผู้ป่วยพื้นฐาน 2) การเตรียมความพร้อมเด็กบกพร่องฯ เพื่อไปเรียนร่วม 3) การเตรียมความพร้อมเด็กบกพร่องฯ เพื่อกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนและ 4) การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในการดูแลเด็กบกพร่องฯ ลักษณะบริการเน้นตอบสนองต่อความต้องการของเด็กบกพร่องฯ รวมทั้งผู้ดูแลในชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง เน้นการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพครอบครัวของเด็กที่มีความบกพร่องฯ ให้สามารถดูแลตนเองได้ สามารถแสวงหาการมีส่วนร่วมของบุคคลในชุมชน เพื่อเป้าหมายสูงสุดคือให้เด็กบกพร่องฯ และผู้ปกครองเด็กดังกล่าวได้กลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมหรือชุมชนอย่างมีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแล¹ อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลการให้บริการของสถาบันราชนากุลที่ผ่านมา พบว่าเป้าหมายที่คาดหวังไว้นั้น ในทางปฏิบัติยังเห็นผลเป็นรูปธรรมไม่ชัดเจน เช่น ยังมีผู้บกพร่องฯ จำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากสถาบันราชนากุลได้ตามแผน หลายรายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง

ที่วนเวียนมาใช้บริการ ครอบครัวไม่เข้มแข็งในการดูแลบุตรหลานของตนเอง จะเห็นได้จากข้อมูลสถิติการให้บริการผู้ป่วยของสถาบันราชนากุล ในปี 2559 พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด 32,523 ราย เป็นผู้ป่วยนอกเก่า 31,350 ราย ผู้ป่วยนอกใหม่ 1,172 ราย และจากจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด 7,501 ราย เป็นผู้ป่วยที่รับครั้งแรก 468 ราย รับครั้งรอง 7,033 ราย² จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ป่วยเก่าและเป็นผู้ป่วยที่กลับรักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยเองไม่สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้เอง และครอบครัวยังต้องพึ่งพาหน่วยบริการในการดูแลรักษา

จากข้อมูลบริการของศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชนากุล (คลองกุ่ม) ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2558-2560 เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพตามตัวชี้วัดตามรูปแบบบริการแบบองค์รวมในชุมชน กลับพบข้อมูลที่สำคัญ คือ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่สถาบันราชนากุลมีการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยพบว่าคุณภาพชีวิตของเด็กที่มาใช้บริการในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชนากุลปี 2560 จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตเด็กรุ่นที่ 4.0 (The Pediatric Quality of Life Inventory 4.0: The PedsQL 4.0) พัฒนาโดย Dr. James W Varni ฉบับภาษาไทย เฉพาะฉบับรายงานของผู้ปกครอง (Parentproxy – report) พบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ที่ระดับ 54.64 และในภาพรวมของสถาบันราชนากุลคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอายุ 2-4 ปี ที่มารับบริการในสถาบันราชนากุลในปี 2560 พบว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ที่ระดับ 58.81¹ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของเด็กบกพร่องทางสติปัญญา

ที่มารับบริการในสถาบันราชานุกูลในปี 2560 อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์คะแนนคุณภาพชีวิตที่ดี (การแปลผลอิงตามค่า Cut-off score จากการศึกษานี้ของ Dr.James W Varni) ผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 65.43 ถือว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปกติ และผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 65.43 ถือว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ²

แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมของ (Landrum et al,1993)³ ครอบคลุมการดูแลใน 4 มิติ คือกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันถ้าส่วนหนึ่งส่วนใดขาดก็จะทำให้มนุษย์เสียสมดุลโดยด้านร่างกายกล่าวถึงการดูแลสุขภาพเด็กเรื่องการไข้ก่อกวน การช่วยเหลือตัวเอง การดูแลสุขภาพ ด้านจิตใจและอารมณ์ กล่าวถึงการรับรู้ความรู้สึกกลัว เศร้า โกรธ การพักผ่อน ด้านสังคมกล่าวถึงการเล่นกับเด็กอื่น ๆ การเป็นที่ยอมรับ การทำกิจกรรมเหมาะสมกับวัย ด้านจิตวิญญาณกล่าวถึงการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งเชื่อมโยงตามมิติของคุณภาพชีวิตคือ ด้านกายภาพ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านการเรียนรู้ ประกอบเป็นกิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรมคือ กิจกรรมที่ 1 การประเมินและการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมที่ 2 สัมพันธภาพและความร่วมมือ กิจกรรมที่ 3 การดูแลด้านมิติทางกาย กิจกรรมที่ 4 การดูแลด้านมิติทางจิตใจและปัญญา กิจกรรมที่ 5 การดูแลมิติทางสังคม กิจกรรมที่ 6 การดูแลมิติทางจิตวิญญาณ กิจกรรมที่ 7 การประเมินผลทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดำเนินการเริ่มตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพทางการพยาบาล การวินิจฉัยทางการ

พยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องฯ ในศูนย์ส่งเสริมฯ ที่พัฒนาขึ้นใหม่ต่อคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องฯ โดยตั้งสมมติฐานว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในศูนย์ส่งเสริมฯ สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องฯ หลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีกว่าก่อนการได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (One group pretest-posttest design) ศึกษาคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องฯ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องฯ ในศูนย์ส่งเสริมฯ ศึกษาและเก็บข้อมูลในศูนย์ส่งเสริมฯ (คลองกุ่ม) ประชากรในการศึกษา คือเด็กบกพร่องฯ ที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมฯ กลุ่มตัวอย่างคือเด็กบกพร่องฯ อายุ 1 ปี 6 เดือนถึง 5 ปี ที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมฯ และเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) เป็นเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาอายุ 1 ปี 6 เดือน ถึง 5 ปี ที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูล 2) มารับบริการและเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูลได้จนครบกระบวนการของโปรแกรมจำนวน 24 ครั้ง 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4) ผู้ดูแลอ่านและเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์

การคัดออก 1) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอยู่ร่วมโปรแกรมจนครบกระบวนการได้ 2) กลุ่มตัวอย่างที่แสดงความต้องการออกจากการศึกษา ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย 1) ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องฯ ในศูนย์ส่งเสริมฯ 2) ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตเด็กโดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตเด็กรุ่นที่ 4.0 (The Pediatric Quality of Life Inventory 4.0: The PedsQL 4.0) 3) ตัวแปรควบคุม คือ จำนวนครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรม อายุของเด็กบกพร่องฯ เก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 5 มิถุนายน – 20 สิงหาคม 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องฯ ในศูนย์ส่งเสริมฯ ซึ่งผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการบริการของศูนย์ส่งเสริมฯ (คลองกลุ่ม) ซึ่งใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 มาพัฒนาปรับปรุงแก้ไขตามแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมของ Landrum และคณะ³ ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลแนวคิดการบริการแบบองค์รวมการดำรงชีวิตอิสระและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยเด็ก มาเป็นกรอบในการประยุกต์และพัฒนาเพื่อให้เหมาะกับการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การประเมินและการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มี 7 กิจกรรมย่อย คือ 1) การซักประวัติทางการพยาบาล การประเมินความเครียดผู้ดูแล การประเมินคุณภาพชีวิตเด็ก (1 ชั่วโมง) 2) การประเมินพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (1 ชั่วโมง) 3) การประเมินพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (1 ชั่วโมง) 4) การประเมินพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (1 ชั่วโมง)

5) การประเมินพัฒนาการด้านการใช้ภาษา (1 ชั่วโมง) 6) การประเมินพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (1 ชั่วโมง) 7) สรุปผลประเมินและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (1 ชั่วโมง)

กิจกรรมที่ 2 สัมพันธภาพและความร่วมมือมุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อลดความกังวล ความตึงเครียด และทำให้เด็กบกพร่องฯ ให้ความร่วมมือ จำนวน 18 ครั้ง ครั้งละ 25 นาที

กิจกรรมที่ 3 การดูแลด้านมิติทางกาย มี 2 กิจกรรมย่อย คือ 1) พัฒนาทักษะการใช้กล้ามเนื้อ 2) กลุ่มรับประทานอาหาร

กิจกรรมที่ 4 การดูแลด้านมิติทางจิตใจและปัญญา จำนวน 18 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที มี 3 กิจกรรมย่อย คือ 1) กลุ่มนิทานเพื่อพัฒนาทักษะทางอารมณ์ 2) กลุ่มนวด 3) กลุ่มเตรียมความพร้อมเพื่อไปเรียนร่วม

กิจกรรมที่ 5 การดูแลมิติทางสังคม 12 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที มี 2 กิจกรรมย่อย คือ 1) กลุ่มพัฒนาทักษะทางสังคม 2) กลุ่มพัฒนาทักษะการเล่น

กิจกรรมที่ 6 การดูแลมิติทางด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วยกลุ่มส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง (กลุ่มเสริมคุณค่าในตัวเอง) จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที

กิจกรรมที่ 7 การประเมินผลทางการพยาบาล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวัง จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง 30 นาที

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาเชี่ยวชาญ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ด้วยการหาค่า IOC (Index of Item – Objective Congruence) ซึ่งการวิเคราะห์ความสอดคล้อง ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการยอมรับแต่ละประเด็นที่ระดับ .05 ขึ้นไป โดยผลการประเมินได้ค่าคะแนน .93 หลังจากนั้นได้นำเครื่องมือที่ได้ไปปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองฯ ในสถาบันราชานุกูล ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's α - Coefficient) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น .89 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้ปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อปรับแก้และนำไปใช้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างตามโปรแกรม ฯ

2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ดูแลเด็กบกพร่อง ฯ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ฯ

ระยะเวลาในการดูแลเด็กบกพร่อง ฯ และสำหรับเด็กบกพร่อง ฯ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาการรักษาที่สถาบันราชานุกูลและการวินิจฉัยโรค

2.2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของเด็กบกพร่อง ฯ ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตเด็กรุ่นที่ 4.0 (The Pediatric Quality of Life Inventory 4.0: The PedsQL 4.0) พัฒนาโดย Dr. James W Varni ฉบับภาษาไทย เฉพาะฉบับรายงานของผู้ปกครอง (Parentproxy – report) แบบสอบถามนี้มีค่าความน่าเชื่อถือ .92 และการแปลผลคุณภาพชีวิตอิงตามค่า Cut-off score จากการศึกษาของ Dr.James W Varni ระบุว่าผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 65.43 ถือว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปกติ และผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 65.43 ถือว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อความที่ระบุถึงปัญหาที่พบในเด็กบกพร่อง ฯ ในมุมมองของผู้ดูแลประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็นด้านกายภาพ 8 ข้อ ด้านอารมณ์ 5 ข้อ ด้านสังคม 5 ข้อ ด้านโรงเรียน 3 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามทุกข้อหมายถึงปัญหาที่พบในเด็กบกพร่อง ฯ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันราชานุกูล (COA No.09/2561 รหัสโครงการ RI 009/2561)

ผล

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 20)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	65
หญิง	7	35
อายุ		
2 – 3 ปี	2	10
3 – 4 ปี	3	15
4 – 5 ปี	15	75
ระยะเวลาเข้ารับการรักษ		
0 – 1 ปี	7	35
1 – 2 ปี	12	60
2 – 3 ปี	1	5
การวินิจฉัยโรคของเด็ก		
Intellectual Disability	1	5
Down Syndrome	4	20
Autistic	15	75
Cerebral Palsy	0	0

ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา จำแนกรายข้อ

คุณภาพชีวิต	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	
ด้านกายภาพ							
1. การเดิน	2.40	1.31	ปานกลาง	2.70	1.34	ปานกลาง	.030*
2. การวิ่ง	2.05	1.39	ปานกลาง	2.45	1.43	ปานกลาง	.028*
3. การเล่นที่ต้องเคลื่อนไหวใน ร่างกายหรือการออกกำลังกาย	2.40	1.35	ปานกลาง	2.70	1.34	ปานกลาง	.010*
4. การยกของหนัก	2.15	1.34	ปานกลาง	2.50	1.35	ปานกลาง	.031*
5. การอาบน้ำ	1.30	1.26	น้อย	2.05	1.19	ปานกลาง	.002*
6. การช่วยเก็บของเล่นของตนเอง	1.80	.95	น้อย	2.55	1.14	ปานกลาง	<.001*
7. การแสดงท่าทางหรือบอกได้เมื่อ รู้สึกปวด	2.90	1.02	ปานกลาง	3.30	.80	มาก	.008*
8. รู้สึกเฉื่อยชา ไม่ค่อยมีเรี่ยวแรง	2.60	1.31	ปานกลาง	3.30	1.03	มาก	.001*

ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา จำแนกรายข้อ (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	
ด้านอารมณ์							
1. รู้สึกกลัว(เช่นกลัวคนแปลกหน้าหรือสิ่งของ	2.00	1.257	ปานกลาง	2.45	1.09	ปานกลาง	.016*
2. รู้สึกเศร้า(เช่นร้องไห้เสียใจเมื่อผิดหวัง)	2.40	.821	ปานกลาง	3.00	1.02	มาก	.001*
3. รู้สึกโกรธ(เช่น อาละวาดไม่ทราบสาเหตุหรือเมื่อโดนขัดใจ	2.20	1.056	ปานกลาง	2.85	.87	ปานกลาง	<.001*
4. นอนไม่ค่อยหลับ(เช่นงอแงในตอนกลางคืนหรือตื่นนอนบ่อยๆ	2.60	.940	ปานกลาง	3.40	.88	มาก	<.001
5. แสดงความรู้สึกวิตกกังวล	2.70	1.031	ปานกลาง	3.25	.78	มาก	.002
ด้านสังคม							
1. การเล่นกับเด็กคนอื่นๆ	2.25	1.164	ปานกลาง	2.80	1.19	ปานกลาง	.017*
2. เด็กคนอื่นๆไม่ต้องการเล่นด้วย	2.00	1.257	ปานกลาง	3.15	1.18	มาก	<.001*
3. การถูกเด็กคนอื่นๆล้อ	2.45	1.395	ปานกลาง	3.55	.75	มาก	<.001*
4. การไม่สามารถทำสิ่งต่างๆเกี่ยวกับการเล่นที่เด็กคนอื่นสามารถทำได้	1.40	.99	น้อย	1.90	1.16	น้อย	.004*
5. การเล่นได้ทันกับเด็กคนอื่นๆในวัยเดียวกัน	1.75	1.20	น้อย	2.25	1.20	ปานกลาง	.004*
ด้านโรงเรียน							
1. การทำกิจกรรมต่างๆของโรงเรียนได้เหมือนกับเพื่อนๆ	2.10	1.21	ปานกลาง	2.40	1.18	ปานกลาง	.010*
2. การขาดโรงเรียน(หรือสถานรับเลี้ยงเด็ก)เพราะรู้สึกไม่สบาย	2.05	1.14	ปานกลาง	2.90	1.07	ปานกลาง	<.001*
3. การมีปัญหาในโรงเรียน	2.30	.86	ปานกลาง	3.32	.94	มาก	<.001*

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องฯ หลังใช้โปรแกรมฯ ในศูนย์ส่งเสริมฯ มีคะแนนคุณภาพชีวิตจำแนกตามรายข้อ

เพิ่มมากขึ้นทุกข้อ และคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา จำแนกรายด้าน

คุณภาพชีวิต	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ด้านกายภาพ	2.20	.49	ปานกลาง	2.69	.42	ปานกลาง
ด้านอารมณ์	2.38	.28	ปานกลาง	2.99	.36	ปานกลาง
ด้านสังคม	1.97	.41	น้อย	2.73	.66	ปานกลาง
ด้านโรงเรียน	2.15	.13	ปานกลาง	2.87	.46	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องทางสติปัญญาหลังได้รับโปรแกรมฯ ในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชนาถกุลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ย

มากที่สุดคือ ด้านอารมณ์ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (=2.99) รองลงมาคือด้านโรงเรียน (=2.87) ด้านสังคม (=2.73) และด้านกายภาพ (=2.69) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างผลการประเมินคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

ตัวแปร	ก่อนการศึกษา	หลังการศึกษา	p-value
คุณภาพชีวิต	2.18 ± 0.39	2.79 ± 0.46	<.001

p < .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องฯ ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในศูนย์ส่งเสริมฯ

มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.001

วิจารณ์

การศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชนาถกุลต่อคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา พบว่า

โปรแกรม ฯ ในศูนย์ส่งเสริม ฯ ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งจากข้อมูลข้างต้นอภิปรายได้ว่า โปรแกรม ฯ ดังกล่าวที่ใช้ในศูนย์ส่งเสริมฯ มีค่าความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับได้ตามมาตรฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ว่าการ

ทดสอบ ความเชื่อมั่นของข้อความต้องไม่ต่ำกว่า 0.6 จึงจะยอมรับได้⁴ และพบว่าระหว่างทำกิจกรรมของโปรแกรม ฯ ในแต่ละขั้นตอน เช่น กิจกรรมสัมพันธ์ภาพและความร่วมมือ ทำให้ผู้ดูแล ฯ ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมด้วยทุกครั้งรู้สึกผ่อนคลายและรู้สึกได้ว่ามีสัมพันธ์ภาพกับเด็กบกพร่อง ฯ ในความดูแลของตนเองเพิ่มมากขึ้นด้วย (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล ฯ ระหว่างทำกิจกรรม) และกิจกรรมที่ 4 ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลด้านจิตใจและปัญญา ที่ประกอบด้วย 3 กิจกรรมย่อย คือ กลุ่มนวด กลุ่มนิทานและกลุ่มเตรียมความพร้อมไปเรียนร่วม พบว่าทั้งเด็กบกพร่อง ฯ และผู้ดูแล ฯ รู้สึกผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดของความคิดและกล้ามเนื้อได้เป็นอย่างดี รวมทั้งผู้ดูแล ฯ ยังมีทักษะการเล่านิทานเพื่อพัฒนาอารมณ์ของเด็กและนำไปเล่าต่อขณะดูแลเด็กที่บ้านได้ ซึ่งจากการศึกษาผลของนิทานของปาณิสรา ปาลาศ⁵ ที่พบว่าการเล่นนิทานจะส่งผลต่อพฤติกรรมการพูดความจริงของเด็กอนุบาล 1 และ 2 ของกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนสวนดอก จังหวัดเชียงใหม่ และแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมของ Landrum และคณะ ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมการ ดำรงชีวิตอิสระและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยเด็กสามารถนำมาพัฒนาเป็นกระบวนการการดูแลเด็กพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ฯ สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ฯ แตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ซึ่งแสดงให้เห็น

เห็นว่า โปรแกรม ฯ สามารถเข้าไปจัดกระทำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กบกพร่อง ฯ และจากการวิเคราะห์รายด้านจะเห็นว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กบกพร่อง ฯ เพิ่มขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ทุกด้าน อย่างไรก็ตามแม้คะแนนคุณภาพชีวิตจะเพิ่มขึ้นในทุกด้าน แต่เมื่อนำคะแนนคุณภาพชีวิตมาแปลผลอิงตามค่า Cut-off score จากการศึกษาของ Dr. James W Varni ที่ระบุว่าผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 65.43 ถือว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปกติ และผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 65.43 ถือว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งตรงกับการเก็บข้อมูลของสถาบันราชานุกูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเด็ก รุ่นที่ 4.0 (The Pediatric Quality of Life Inventory 4.0: The PedsQL 4.0) ฉบับภาษาไทย เฉพาะฉบับรายงานของผู้ปกครอง (Parentproxy – report) ซึ่งเก็บโดยกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพสถาบันราชานุกูลพบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ที่ระดับ 54.64 และในภาพรวมของสถาบันราชานุกูล คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอายุ 2-4 ปี ที่มารับบริการในสถาบันราชานุกูลในปี 2560 พบว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ที่ระดับ 58.81⁶ ซึ่งจากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาที่มารับบริการในสถาบันราชานุกูลในปี 2560 อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์คะแนนคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญลักษณ์ วันเลี้ยง⁷ ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตเด็กที่มีภาวะออทิสติกสเปกตรัมที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน พบว่าเด็กที่มีภาวะออทิสติกสเปกตรัมมี

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 60.78 ± 15.45 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำและเมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมและคุณภาพชีวิตด้านสังคมและคุณภาพชีวิตด้านโรงเรียนอยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ที่อยู่ในระดับปกติ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Chiang และ Wineman⁸ ซึ่งได้ทำการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะออทิสติกสเปกตรัมทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ เช่นเดียวกัน และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าด้านคุณภาพชีวิตด้านสังคมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Bastiaansen และคณะ⁴ ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในเด็กที่เป็นโรคทางจิตเวช ประกอบด้วย ADHD และ Disruptive behavior disorders (DBD), Anxiety disorders, Pervasive developmental disorders (PDDs), Mood disorders, Other disorders และเด็กปกติ อายุ 6 – 18 ปี จำนวน 310 คน ในประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยใช้ The PedsQL™ 4.0 ทั้งฉบับรายงานของเด็กและผู้ปกครอง พบว่า เด็กในกลุ่มโรค PDDs มีคุณภาพชีวิตด้านสังคมต่ำกว่าเด็กที่เป็นโรคทางจิตเวชอื่น ๆ และจากการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กในมุมมองของแพทย์โดยใช้ Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS) พบว่า เด็กที่เป็น Pervasive developmental disorders (PDDs) มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเด็กที่เป็นโรคทางจิตเวชอื่น ๆ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Varni และคณะ⁹ ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเรื้อรัง 10 กลุ่มโรค และ 33 โรค

จำนวน 2,500 คนกับกลุ่มควบคุมจำนวน 9,500 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้ The PedsQL™ 4.0 ทั้งฉบับรายงานของเด็กและผู้ปกครอง พบว่าเด็กที่เป็นโรคเรื้อรังทุกรายมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เด็กที่เป็นโรคเรื้อรังทุกราย (ยกเว้นเด็กที่เป็นโรคเบาหวาน) มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เด็กที่เป็นโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตโดยรวม, ด้านสุขภาพกาย และด้านจิตสังคมสูงสุด เด็กที่เป็น Cerebral Palsy มีคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านจิตสังคมต่ำสุด เด็กที่เป็นโรคทางจิตเวช (ซึ่งประกอบด้วย โรคสมาธิสั้น โรควิตกกังวล โรคทางอารมณ์ และโรค PDDs) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ รองจาก Cerebral Palsy และมีคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมใกล้เคียงกับเด็กที่เป็น cerebral palsy และมีคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ต่ำสุดการศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กที่เป็นออทิสติกสเปกตรัม จำนวน 286 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้ The PedsQL™ 4.0 ฉบับรายงานของผู้ปกครอง พบว่า เด็กที่เป็นออทิสติกสเปกตรัมมีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าเด็กปกติ และเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่เป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ พบว่าเด็กที่เป็นออทิสติกสเปกตรัมมีคุณภาพชีวิตโดยรวมด้านจิตใจ สังคม ด้านอารมณ์ และด้านสังคมต่ำกว่า แต่ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านโรงเรียนนอก จากนั้นพบว่า internalizing, externalizing problems, repetitive behaviors, social responsiveness และ adaptive behaviors มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต ส่วนระดับสติปัญญาพบว่าไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านอื่น ๆ ยกเว้นคุณภาพชีวิต

ด้านอารมณ์ สำหรับคะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นทุกด้านหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชนาฏกุล โดยโปรแกรมดังกล่าวได้นำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Landrum และคณะ³ มาเป็นกรอบแนวคิดซึ่งแบ่งกิจกรรมการพยาบาลออกเป็นมิติได้ 5 มิติ คือ มิติ กาย อารมณ์ ปัญญา สังคม และจิตวิญญาณ ผสานกับมิติของคุณภาพชีวิตในเด็กที่ประกอบด้วย 4 หมวดคือ ด้านกายภาพ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านการเรียนรู้โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) มิติทางกาย ซึ่งไปสอดคล้องกับมิติของคุณภาพชีวิตในเด็กด้านกายภาพ 2) มิติทางอารมณ์สอดคล้องกับมิติของคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ 3) มิติทางปัญญาสอดคล้องกับมิติของคุณภาพชีวิตด้านการเรียน 4) มิติทางสังคมสอดคล้องกับมิติของคุณภาพชีวิตด้านสังคม 5) มิติทางจิตวิญญาณสอดคล้องกับมิติของคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมจึงทำให้คุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ดีขึ้น และยังสอดคล้องกับการเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตของเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชนาฏกุลคล่องกลุ่มพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาวัดก่อนและหลังพบว่ามีความคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นทุกราย¹

สรุป

โปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชนาฏกุลมีกระบวนการสร้างและปรับปรุงแก้ไขจนมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้และสามารถนำไปใช้ได้กับเด็ก

บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา และมีส่วนส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กบกพร่องฯ โดยทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของเด็กบกพร่องฯ เพิ่มขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชนาฏกุลคล่องกลุ่ม. คู่มือโปรแกรมบริการศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชนาฏกุล (คล่องกลุ่ม). กรุงเทพฯ: สถาบันราชนาฏกุล; 2560.
2. สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชนาฏกุล.เอกสารประกอบการประชุมยุทธศาสตร์.กรุงเทพฯ: สถาบันราชนาฏกุล;2560.
3. Landrum P,Beck K, Rawlins P, Williams R. Mental Health Psychiatric Nursing: A Holistic Life- Cycle Approach. 17-37;1993.
4. Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF, Verhulst FC. Quality of life in children with psychiatric disorders: Self-, parent, and clinician report. J AM ACAD CHILD ADOLESC PSYCHIATRY 2004; 43: 221-230.
5. ปาณิสรา ปาลาศ. การใช้กิจกรรมเล่านิทานเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการพูดความจริงในเด็กอนุบาล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
6. สำนักพัฒนาคุณภาพสถาบันราชนาฏกุล. เอกสารข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิต.กรุงเทพฯ: สถาบันราชนาฏกุล;2561.
7. ธัญลักษณ์ วันเลี้ยง. คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีภาวะออทิสติกสเปกตรัมในมุมมองของผู้ดูแล.

- [วิทยานิพนธ์แพทย์ประจำบ้าน]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
8. Chiang HM, Wineman I. Factors associated with quality of life in individuals with autism spectrum disorders: A review of literature. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2014; 8(8): 974-986.
9. Varni JW, Limbers CA, Burwinkle TM. Impaired health-related quality of life in children and adolescents with chronic conditions: a comparative analysis of 10 disease clusters and 33 disease categories/severities utilizing the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007; 5: 43-57.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น ต่อความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น

จิราภัทร เป็ลียงนุช, พย.ม.*, ณภัทร พรหมชู, ป.พ.ส.*,
นรุตม์ แพงพรมมา, พย.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น และระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัสดุและวิธีการ การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเพศหญิง (มารดา, ป้า, ย่า, ยาย ฯลฯ) ของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก อายุ 10-18 ปี จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จับคู่ด้วยอายุซึ่งพบร้อยละ 40 อยู่ในช่วงอายุ 41-51 ปี ก่อนสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่นซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรมดังนี้ 1) สร้างความสัมพันธ์ ร่วมกันค้นหาและกล้ายอมรับ 2) สังเกตอย่างไรให้รู้หนืออารมณ์ทางเพศ 3) จัดการอารมณ์ทางเพศอย่างเข้าใจ 4) การนำความรู้สู่การปฏิบัติ 5) การติดตามความก้าวหน้าในการฝึกปฏิบัติ 6) ความภาคภูมิใจที่ต้องแบ่งปัน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล 8 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 และ 8 เป็นการประเมินความสามารถของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ส่วนสัปดาห์ที่ 2-7 เป็นการจัดกิจกรรมตามแผน สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 90 นาที วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t- test และ Independent t- test

ผล คะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่นของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{X}=30.05$, $SD = 3.66$) สูงวก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{X}=15.70$, $SD = 3.57$) และสูงกว่าคะแนนของกลุ่มควบคุม (ก่อนโปรแกรมฯ $\bar{X}=15.90$, $SD = 3.193$ และหลังโปรแกรมฯ $\bar{X}=16.20$, $SD = 3.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป โปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น เป็นวิธีการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลให้สามารถจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่นได้ ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมที่ออกแบบให้ได้รับทั้งความรู้และการฝึกทักษะตามประเด็นความรู้ที่กำหนดควบคู่กันไป สามารถช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และเกิดความเข้าใจ จดจำนำไปฝึกเด็กออทิสติกได้จริง

คำสำคัญ เด็กออทิสติกวัยรุ่น การจัดการอารมณ์ทางเพศ

*สถาบันราชานุกูล

ติดต่อผู้พิมพ์ email: jirapatplu25@gmail.com

Original Articles

Effects of sexual emotion management of adolescents with Autism Spectrum Disorders Program on the ability of caregivers to Manage Sexual Emotion of Adolescents with Autism Spectrum Disorders

Jirapat Plueangnuch, M.N.S.*, Napat Promchoo, B.N.S*,

Narut Phaengphomma, M.N.S*

Abstract

Objectives To compare the scores of caregivers' ability to manage the sexual emotions of adolescents with Autism Spectrum Disorder (ASD) before and after receiving the sexual emotion management program, and between the experimental group that received the program and the control group that received routine nursing care.

Materials and Methods A quasi-experimental study with a two-group pre-test and post-test design. The sample consists of 40 female caregivers (mothers, aunts, grandmothers, etc.) of children diagnosed with ASD, aged 10-18 years. The sample was selected purposively, matched by age, with 40% being in the age range of 41-51 years, before being randomly assigned to either the experimental or the control group, with 20 participants in each group. The experimental tool is a sexual emotion management program for adolescents with ASD, which includes 6 activities: 1) Building relationships, jointly exploring and accepting; 2) Observing how to recognize sexual emotions; 3) Managing sexual emotions with understanding; 4) Applying knowledge to practice; 5) Monitoring progress in practice; 6) Sharing pride. The data collection tool is an assessment questionnaire of caregivers' ability to manage the sexual emotions of adolescents with ASD. The experiment and data collection were conducted over 8 weeks, with weeks 1 and 8 involving assessments of caregivers' abilities before and after receiving the program, respectively. Weeks 2-7 involved activities according to the plan, once a week for 90 minutes each session. Data analysis was performed using Paired t-test and independent t-test.

Results The scores of caregivers' ability to manage the sexual emotions of adolescents with ASD in the experimental group after receiving the program ($\bar{X}$ = 30.05, SD = 3.66) were higher than before receiving the program ($\bar{X}$ = 15.70, SD = 3.57) and higher than the scores of the control group (before the program: $\bar{X}$ = 15.90, SD = 3.193 and after the program: $\bar{X}$ = 16.20, SD = 3.27), with statistical significance at the level of .05.

Conclusion The sexual emotion management program for adolescents with ASD is a method for developing caregivers' abilities to manage the sexual emotions of adolescents with ASD. Participating in activities designed to provide both knowledge and skill practice on specified topics can help caregivers to learn, understand, remember, and effectively apply the skills with adolescents with ASD.

Keywords: adolescents with autism, sexual emotion management

* Rajanukul Institute

Corresponding author email: jirapatplu25@gmail.com

บทนำ

โรคออทิสติกหรือกลุ่มอาการออทิสซึม (Autism Spectrum Disorder; ASD) เป็นโรคพัฒนาการบกพร่องจากความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท (Neurodevelopmental Disorders) ที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ ความสามารถในการเรียน และการดำรงชีวิตของเด็กและครอบครัวอย่างมาก อาการแสดงของโรคพบความบกพร่องของพัฒนาการด้านการใช้ภาษาสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ร่วมกับมีความผิดปกติของพฤติกรรมและความสนใจที่จำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำ ๆ^{1,2} อาการปรากฏในวัยเด็กและเป็นต่อเนื่องไปจนโตโดยไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่หากได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ในระยะแรกก็จะสามารถแก้ไขความบกพร่องให้ลดน้อยลงและช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นได้^{1,2} สาเหตุของการเกิดโรคยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน ความชุกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในเอเชียช่วงก่อนปี ค.ศ. 1980 พบความชุก 1.9 : 10,000 เพิ่มขึ้นเป็น 14.8 : 10,000 ในปี ค.ศ. 2010 ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกสูงถึง 1 : 68 ในเด็กวัยเรียน ส่วนในประเทศไทย จากข้อมูลสำรวจระบาดวิทยา กรมสุขภาพจิต พบความชุกผู้รับบริการออทิสติกตั้งแต่ปีพ.ศ. 2564 - 2566 ในเขตกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 2.31 2.80 และ 3.26 ตามลำดับ จากสถิติจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยออทิสติกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี³

แม้ว่าพฤติกรรมช่วยตัวเองทางเพศ (masturbation) จะเป็นพฤติกรรมทางเพศปกติที่พบได้ในบุคคลทั่วไปทุกช่วงวัย โดยเพศชายพบร้อยละ 90-94 ส่วนเพศหญิงพบร้อยละ 50-60 โดยพบร้อยละ 10 ในช่วงก่อนอายุ 7 ปี และเพิ่มเป็นร้อยละ 80 เมื่ออายุ 13 ปี และพบได้ตั้งแต่อายุ

2 เดือน โดยพบความชุกสูงสุดเมื่ออายุ 4 ปี แล้วค่อย ๆ ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น แต่จะเพิ่มอีกครั้งในช่วงวัยรุ่น⁴ สำหรับในเด็กปกติเมื่อเริ่มโตขึ้นมีความเข้าใจ และรู้ว่าการช่วยตัวเองทางเพศในที่สาธารณะเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ดังนั้น การช่วยตัวเองทางเพศจึงต้องทำในที่ลับตาผู้อื่น⁵ และไม่ควรหมกมุ่นมากเกินไป แต่ในเด็กออทิสติกนั้นมีความเข้าใจจำกัด เมื่อเด็กออทิสติกเริ่มโตก็จะมี การตื่นตัวทางเพศเหมือนเด็กปกติหรือวัยรุ่นทั่วไป แต่เพราะความไม่เข้าใจกฎเกณฑ์ของสังคม จึงไม่รู้ว่า จะจัดการกับความรูสึกดังกล่าวอย่างไร จึงมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เช่น การถูบล่า เล่นอวัยวะเพศตนเอง การช่วยตัวเอง เป็นต้น ทั้งนี้ การเล่นอวัยวะเพศตนเองเป็นปัญหาที่พบบ่อย ในเด็กปกติพบปัญหานี้ได้เช่นกันแต่เมื่อเริ่มโตขึ้นเด็กจะมีกิจกรรมทางสังคมและความสนใจที่หลากหลายขึ้น ทำให้ปัญหาดังกล่าวลดลง แต่ในเด็กออทิสติกปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้อาจพบได้นานจนโต⁶

วิธีการช่วยเหลือเด็กออทิสติกให้มีการแสดงอารมณ์ทางเพศหรือพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมนั้นมีหลักการสำคัญ คือ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลควรมีความรู้และความเข้าใจว่าเรื่องเพศเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งเมื่อเด็กออทิสติกเข้าสู่วัยรุ่นก็มีความรู้สึทางเพศ จึงต้องแนะนำในเรื่องการปรับตัวทางเพศให้เหมาะสม⁷ เช่น การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การทำกิจกรรมอื่น ๆ แทน ผ่านหลักพฤติกรรมบำบัดเพื่อแก้ไขพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ส่งเสริมข้อดีของเด็ก รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมให้ลดสิ่งเร้าที่กระตุ้นอารมณ์ทางเพศ เป็นต้น นอกจากนี้ ฐาวัรี ขันสำโรง⁸ กล่าวว่า

การออกกำลังกายเป็นวิธีช่วยลดความต้องการทางเพศซึ่งเป็นแรงขับภายใน และกระตุ้นให้ร่างกายปล่อยสารแห่งความสุข (Endorphin) และลดความเครียดได้ ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกให้แสดงออกทางเพศอย่างเหมาะสมตามวัยเพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้และปรับตัวได้ อย่างไรก็ตามพบว่า การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องเพศในเด็กออทิสติกมีน้อยพบใกล้เคียงเป็นการศึกษาของนิลชร เย็นยาชั้น⁹ เรื่องผลของโปรแกรมการสอนเรื่องเพศศึกษาต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการดูแลเรื่องเพศในผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อน ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ว่าควรดำเนินการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลที่ต้องการความรู้เรื่องเพศศึกษา

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถดูแลเด็กออทิสติกให้แสดงอารมณ์ทางเพศที่เหมาะสม จึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่นขึ้นมา โดยประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีพัฒนาการของจิตใจทางด้านเพศ แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติก โดยนำองค์ความรู้ดังกล่าวมาบูรณาการและประยุกต์เป็นโปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น ซึ่งจะส่งผลให้ปัญหาพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติกลดลง และมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมมากขึ้น ช่วยให้เด็กออทิสติกเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ได้รับการยอมรับทางสังคมตามศักยภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น และระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest - Posttest Control Groups Design) โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล หมายเลขรับรอง RI.IRB 020/2563

ประชากร คือ ผู้ดูแลซึ่งทำหน้าที่ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก ที่มารับบริการผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล ปีงบประมาณ 2564 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก อายุ 10-18 ปี ซึ่งมารับบริการผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยออทิสติก 3 และงานพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สถาบันราชานุกูล ปีงบประมาณ 2564 และ 2565 จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นบิดา มารดาหรือญาติ ซึ่งทำหน้าที่ดูแลเด็กออทิสติก อายุ 10-18 ปี ที่มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ระยะเวลาที่ดูแลเด็กตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป
2. สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้

3. ผลการประเมินความสามารถในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นเพศหญิงทั้งหมด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้น้อยกว่า ร้อยละ 80

2. กลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการเข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนในการทำวิจัย มี 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง เป็นการเตรียมทีมวิจัยให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะการใช้โปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น รวมทั้งแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย (แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น และแบบประเมินพฤติกรรมทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น) โดยทีมวิจัย 3 คน ประกอบด้วย ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1 และ 2

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง เป็นการประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่นก่อนได้รับโปรแกรมฯ และพฤติกรรมทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น (Pretest) โดยใช้แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่นและแบบประเมินพฤติกรรมทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น ดำเนินการสัปดาห์ที่ 1

2) การดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลเจ้าของไข้ ใช้การจัดกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 45-60 นาที รวม 6 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ดูแลนำไปฝึกเด็กที่บ้าน ดังนี้ 1)

สัปดาห์ที่ 2 เรื่อง การแยกเพศชาย – หญิง 2) สัปดาห์ที่ 3 เรื่อง การเปลี่ยนแปลงของร่างกายวัยรุ่น 3) สัปดาห์ที่ 4 เรื่อง การทำความสะอาดร่างกายทั่วไป 4) สัปดาห์ที่ 5 เรื่อง การทำความสะอาดขณะมีประจำเดือน/หลังขับถ่าย 5) สัปดาห์ที่ 6 เรื่อง การรู้จักพื้นที่ส่วนตัว 6) สัปดาห์ที่ 7 เรื่อง การแต่งกายให้เหมาะสมกับวัยรุ่น ในระหว่างที่ยังไม่ถึงเวลานัด หากผู้ดูแลมีปัญหาในการฝึกเด็ก สามารถโทรศัพท์ปรึกษาปัญหาโดยตรงกับพยาบาล ซึ่งจะให้คำปรึกษาแนะนำการฝึกทางโทรศัพท์แก่ผู้ดูแลในเวลาราชการ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น ดำเนินการโดยใช้กิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที รวม 6 สัปดาห์ โดยใช้หลักการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ดังนี้

แผนกิจกรรมที่ 1 สร้างความสัมพันธ์ร่วมกันค้นหา และกล้ายอมรับ ดำเนินการสัปดาห์ที่ 2

แผนกิจกรรมที่ 2 สังเกตอย่างไร ให้รู้หนูมีอารมณ์ทางเพศ ดำเนินการสัปดาห์ที่ 3

แผนกิจกรรมที่ 3 จัดการอารมณ์ทางเพศอย่างเข้าใจ ดำเนินการสัปดาห์ที่ 4

แผนกิจกรรมที่ 4 การนำความรู้ สู่การปฏิบัติ ดำเนินการสัปดาห์ที่ 5

แผนกิจกรรมที่ 5 การติดตามความก้าวหน้า ในการฝึกปฏิบัติ ดำเนินการสัปดาห์ที่ 6

แผนกิจกรรมที่ 6 ความภาคภูมิใจที่ต้อง
แบ่งปัน ดำเนินการสัปดาห์ที่ 7

3) การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง
เป็นการประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการ
จัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่นหลัง
ได้รับโปรแกรม ฯ เก็บข้อมูลพฤติกรรมทางเพศ
ของเด็กออทิสติกวัยรุ่น 1 สัปดาห์ (Post-test)
และใช้แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลใน
การจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น
ทันทีหลังได้รับโปรแกรม ฯ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 8

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
ความสัมพันธ์กับเด็ก อาชีพ ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก
ต่อวัน ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก ได้แก่
เพศ อายุ ประวัติการได้รับยา โดยใช้สถิติการแจก
แจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) และ
ค่าเฉลี่ย (Mean)

เปรียบเทียบคะแนนความสามารถของ
ผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็ก
ออทิสติกวัยรุ่น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ
จัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น
โดยใช้สถิติ Paired t- test เปรียบเทียบคะแนน
ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทาง
เพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น ก่อนและหลังได้รับ
โปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็ก
ออทิสติกวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม
ควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t- test

เปรียบเทียบความถี่ของการแสดงพฤติกรรม
ทางเพศที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติกวัยรุ่น
ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังที่ผู้ดูแลได้รับ
โปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็ก
ออทิสติกวัยรุ่น และภายในกลุ่มควบคุมก่อนและ
หลังที่ผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้
สถิติ Paired t- test

ผล

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ
สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับเด็ก (n = 40)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
20 – 30 ปี	2	10	2	10
31 – 40 ปี	4	20	4	20
41 – 50 ปี	8	40	7	35
51 – 60 ปี	6	30	7	35
สถานภาพสมรส				
โสด	2	10	1	5
คู่	12	60	12	60
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	6	30	7	35

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับเด็ก (n = 40) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	2	10	2	10
มัธยมศึกษา/ปวช	6	30	5	25
ปวส./อนุปริญญา	6	30	6	30
ปริญญาตรี	6	30	7	35
อาชีพ				
แม่บ้าน	8	40	8	40
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5	2	10
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6	30	5	25
รับจ้าง	5	25	5	25
ความสัมพันธ์กับเด็ก				
มารดา	15	75	12	60
พี่	1	5	1	5
ย่า,ยาย	3	15	4	20
ป้า/น้า/อา	1	5	3	15

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี สถานภาพสมรสพบมากที่สุดคือ คู่ ระดับการศึกษาพบมากที่สุดคือ ปริญญาตรี อาชีพที่พบ

มากที่สุดคือ แม่บ้าน และความสัมพันธ์กับเด็กพบมากที่สุดคือ เป็นมารดา

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยร่นของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยร่น และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการประเมิน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Sig. (2-tailed)
	Mean	SD	Mean	SD	
กลุ่มทดลอง(n=20)	15.70	3.57	30.05	3.66	.000*
กลุ่มควบคุม(n=20)	15.90	3.19	16.20	3.27	.110

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยร่น ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยร่น สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยร่น ของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ สูงขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยร่น ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยร่น และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยร่น			
	Mean	SD	Mean Difference	Sig. (2-tailed)
กลุ่มทดลอง (n=20)	30.05	3.66	13.85	.000*
กลุ่มควบคุม (n=20)	16.20	3.27		

*p < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็ก

ออทิสติกวัยร่น ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์

โปรแกรมที่สร้างขึ้นช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะเกิดจากการนำแนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) ของ Freud แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น ปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่พบในเด็กออทิสติก และแนวทางการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกมาประยุกต์รวมกัน โดยมีกระบวนการสร้างโปรแกรมที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมและมีการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จึงทำให้โปรแกรมมีความเหมาะสมกับผู้ดูแลที่จะนำไปใช้ นอกจากนั้นการออกแบบโครงสร้างของโปรแกรมมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน และมีความสอดคล้องใกล้เคียงกับขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ 1) การประเมินก่อนให้การพยาบาล โดยการวิจัยครั้งนี้ประเมินผู้ดูแลก่อนได้รับโปรแกรม 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยการระบุปัญหาทางการพยาบาล โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดความสามารถในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น 3) การวางแผนการพยาบาล โดยกำหนดวัตถุประสงค์ จัดทำกิจกรรมในโปรแกรม กำหนดระยะเวลา วิธีดำเนินกิจกรรม ซึ่งหมายถึงแผนกิจกรรมทั้ง 6 แผน รวมทั้งมีการจัดเตรียมสื่อการเรียนรู้และเตรียมทีมวิจัยให้มีความรู้ความเข้าใจ มีความพร้อมในการดำเนินกิจกรรม 4) การปฏิบัติการพยาบาล โดยการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ได้แก่ การปฏิบัติตามแผนกิจกรรมทั้ง 6 แผน และ 5) การประเมินผลหลังให้การพยาบาล โดยประเมินผู้ดูแลหลัง

ได้รับโปรแกรม (Post-test) จากการออกแบบโครงสร้างของโปรแกรมหดที่กล่าวมา ส่งผลให้โปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่นมีความเหมาะสมสำหรับนำไปใช้เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกได้อย่างเป็นระบบ ทั้งนี้เนื่องจาก กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล ที่มีขั้นตอนการปฏิบัติอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน ซึ่งพยาบาลสามารถคิดวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ¹⁰

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องใกล้เคียงกับการวิจัยของศรัณย์ ปองนิมิตพรและคณะ (2560)¹¹ ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสอนเรื่องเพศในเด็กปฐมวัยของบิดามารดา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการสอนเรื่องเพศในเด็กปฐมวัยของบิดามารดา ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าบิดามารดาควรได้รับการส่งเสริมความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสอนเรื่องเพศในเด็กปฐมวัยเพื่อให้เด็กมีความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังสอดคล้องใกล้เคียงกับงานวิจัยของสุจิตรา ตรีรัตน์ นุกูล และคณะ (2562)¹² ที่ได้ศึกษาการพัฒนา กิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์สำหรับส่งเสริมกรอบความคิดด้านเซ็กซ์ปัญหาของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา ผลการวิจัยนี้สรุปว่า กิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมกรอบความคิดด้านเซ็กซ์ปัญหาของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาได้ และสอดคล้องใกล้เคียงกับการวิจัยของนิดา มีทิพย์ และคณะ (2559)¹³ ที่ได้ทำการศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรอง

และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า หลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ อสม.มีระดับความรู้ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่นสูงขึ้น ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าเป็นเพราะผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่เหมาะสม ทำให้มีความสามารถสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนำแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ มาบูรณาการกับแนวคิดกระบวนการพยาบาล เพื่อใช้ในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนที่ชัดเจน เริ่มต้นจากการยอมรับปัญหา ต่อด้วยการฝึกทักษะการสังเกตอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น ตามแผนกิจกรรมที่ 2 ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องใกล้เคียงกับกระบวนการพยาบาลในขั้นตอนที่ 1 คือ การประเมินก่อนให้การพยาบาล ซึ่งเป็นการประเมินอารมณ์ทางเพศซึ่งเด็กจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมก่อนได้รับการแก้ไข จะทำให้ผู้ดูแลสามารถ รู้ว่าอารมณ์ทางเพศที่เด็กแสดงออกมานั้นเป็นพฤติกรรมทางเพศในลักษณะใด ซึ่งมี 3 ลักษณะใหญ่ ๆ ได้แก่ 1) การช่วยตัวเองทางเพศ 2) การเล่นอวัยวะเพศตนเอง และ 3) การเข้าหาผู้อื่นแบบไม่เหมาะสม จะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องใกล้เคียงกับกระบวนการพยาบาลในขั้นตอนที่ 2 คือ การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ต่อจากนั้นเป็นการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกตามแผนกิจกรรมที่ 3 แผนกิจกรรมที่ 4 และแผนกิจกรรมที่ 5 มีความสอดคล้องใกล้เคียงกับกระบวนการพยาบาลในขั้นตอนที่ 3 และขั้นตอนที่ 4 ซึ่งเป็นการวางแผนและการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล ทั้งนี้ในแต่ละแผนกิจกรรมจะประเมินผลจากการปฏิบัติของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องใกล้เคียงกับกระบวนการพยาบาลในขั้นตอนที่ 5 คือ การประเมินผลการพยาบาล นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มทดลองแต่ละคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การคิดวิเคราะห์ การนำเสนอความคิด การทำงานเป็นกลุ่ม เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ใหม่ซึ่งส่วนหนึ่ง เป็นผลมาจากประสบการณ์เดิมที่มีอยู่กับประสบการณ์ใหม่ที่ได้รับจากกระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ดังที่กรมสุขภาพจิต (2544)¹⁴ ได้กล่าวถึงการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ว่าเป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ เป็นการเรียนรู้ที่ต้องทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนกันตลอดเวลาไม่ได้เป็นการฟังบรรยายอย่างเดียว เช่น การแสดงความคิดเห็น การพูด การเขียน การวาดรูป การแสดงบทบาทสมมุติการนำเสนอ เป็นต้น ทำให้เกิดเป็นความรู้ใหม่ที่กว้างขวางขึ้นและการเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาวิธีการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น พบว่าในแต่ละครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมจะมีการให้ความรู้และการฝึกทักษะตามประเด็นความรู้ที่กำหนดควบคู่กันไป ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และเกิดความเข้าใจ จดจำ นำไปฝึกเด็ก

ออทิสติกได้จริง ทั้งนี้ นอกจากเนื้อหาของกิจกรรมแต่ละครั้งที่มีการจัดเรียงและแบ่งเนื้อหาของกิจกรรมอย่างเหมาะสมดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังพบว่าวิธีการดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย ขั้นนำ ขั้นฝึก ขั้นสรุป ซึ่งแต่ละขั้นมีรูปแบบการดำเนินการที่ชัดเจน โดยในขั้นนำผู้วิจัยในฐานะผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยกลุ่มจะทักทาย สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิก บอกวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความร่วมมือและการมีส่วนร่วม นอกจากนี้ยังสรุปทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรมครั้งก่อน เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกจดจำได้ดีขึ้น และมีสอบถามความรู้สึกติดตามผลของการทำบ้านแต่ละครั้งด้วย ซึ่งจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญได้รับการดูแลใส่ใจ ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดี ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นมากขึ้น จากนั้นขั้นฝึก ได้ดำเนินการตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ คือ 1) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2) สะท้อนคิด/อภิปราย 3) ความคิดรวบยอด และ 4) ทดลอง/ประยุกต์แนวคิด สุดท้ายจึงเข้าสู่ขั้นสรุป ซึ่งเป็นทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้ทำให้สมาชิกจดจำได้ง่ายขึ้น รวมทั้งมีการให้การบ้านอย่างต่อเนื่อง พร้อมชี้แนะวิธีการทำการบ้านเพื่อให้สมาชิกนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้จริงกับเด็กที่บ้าน และนำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในครั้งต่อไป นอกจากนี้ยังมีการเสริมแรงทางบวกโดยการกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจแก่สมาชิก รวมทั้งสมาชิกแต่ละคนให้กำลังใจ ชื่นชมซึ่งกันและกัน ซึ่งจะเป็นการเสริมพลังให้ผู้ดูแลเข้มแข็งในการจัดการปัญหาหรืออุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการดูแลเด็กออทิสติกได้ สอดคล้องกับอาร์ชโบลด์ และ สจิวต์ (Archbold & Stewart, 1994) อ้างถึงใน

การศึกษาของ พงศ์ศักดิ์ จันทราทิพย์ (2552)¹⁵ ได้กล่าวระหว่างว่าการดูแลเด็กออทิสติก ผู้ดูแลอาจเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ซึ่งอาจส่งผลกระทบทำให้เกิดความเครียดได้ ดังนั้นผู้ดูแลควรมีแนวทางหรือวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม และการเสริมแรงทางบวกเป็นวิธีการหนึ่งช่วยให้สามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสามารถปรึกษาปัญหาหรือข้อสงสัยได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์ หากยังไม่ถึงวันนัดทำกิจกรรมครั้งต่อไป ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและลดความกังวลต่าง ๆ จากการดูแลเด็กได้เป็นอย่างดี

ผลการวิจัยที่พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่นของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการวิจัยของนิรชร เยนยาชน (2549)⁹ ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนเรื่องเพศศึกษาต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการดูแลเรื่องเพศในผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนเรื่องเพศศึกษาต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการดูแลเรื่องเพศในผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนเพศหญิง ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการดูแลเรื่องเพศของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และสอดคล้องกับการวิจัยของอุดมชัย มั่นยานนท์ และจินตนา สรายุทธพิทักษ์ (2563)¹⁶ ที่ได้ทำการศึกษาผลการใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์เรื่องเพศศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมทางเพศ ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาปีที่ 2 ซึ่งศึกษาผลการใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์เรื่องเพศศึกษาที่มีต่อ

พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชายมัธยมศึกษาปีที่ 2 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย คือ การใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์ในการสอนเรื่องเพศศึกษา ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาทักษะกระบวนการคิดวิเคราะห์ ทำให้เกิดความรู้ในเรื่องที่ศึกษา รวมทั้งได้ฝึกการใช้เหตุผลและการสังเคราะห์ สามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้เช่นเดียวกัน¹⁷ ผลของโปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนต่อความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติกวัยรุ่นที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น มีความถี่ของพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมลดลงมากกว่าเด็กออทิสติกวัยรุ่นที่ผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเป็นเพราะความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น

ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่งผลให้พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติกวัยรุ่นลดลงไปด้วย ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่นมีความเหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กออทิสติกวัยรุ่นดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกว่าเป็นความต้องการตามธรรมชาติของมนุษย์ ดังที่ Freud 1990, อ้างถึงใน สุขา จันทน์เอม⁷ ได้กล่าวว่าความต้องการทางเพศเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เป็นสัญชาตญาณที่มีมาแต่กำเนิด เป็นพลังขับให้คนเราแสดงพฤติกรรมออกมาตามความพอใจโดยไม่คำนึงถึงเหตุผลใด ๆ ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลมีความเข้าใจความต้องการทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่นรวมทั้งมีความรู้และทักษะการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น จึงส่งผลให้พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมลดลง ในขณะที่การพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ผู้ดูแล จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ 1) การแยกเพศชาย-หญิง 2) การเปลี่ยนแปลงของร่างกายวัยรุ่น 3) การทำความสะอาดร่างกายทั่วไป 4) การทำความสะอาดขณะมีประจำเดือน/หลังขับถ่าย 5) การสอนให้เด็กรู้จักพื้นที่ส่วนตัว และ 6) การแต่งกายให้เหมาะสมกับวัยรุ่น ซึ่งเนื้อหาส่วนใหญ่เป็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลทางเพศทั่วไป ไม่ตรงกับสภาพปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติก และไม่เน้นการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลในการจัดการปัญหาพฤติกรรมทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น จึงทำให้ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่นของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ

พยาบาลตามปกติไม่น้อยกว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง และส่งผลให้ความถี่ของพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติกวัยรุ่นในกลุ่มควบคุมที่ผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติลดลงน้อยกว่าความถี่ของพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติกวัยรุ่นที่ผู้ดูแลอยู่ในกลุ่มทดลอง เมื่อพิจารณาถึงอายุซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุใกล้เคียงกัน ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่ง อายุออกเป็น 4 ช่วง ได้แก่ ช่วงอายุ 20-30 ปี ช่วงอายุ 31-40 ปี ช่วงอายุ 41-50 ปี และช่วงอายุ 51-60 ปี ทั้งนี้เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ ซึ่งผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุ ช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 40 และ 35 ตามลำดับ เป็นช่วงของวัยผู้ใหญ่ที่มีความพร้อมด้านวุฒิภาวะและประสบการณ์ ส่งผลต่อการพัฒนาตนเองให้มีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก สอดคล้อง ดังที่ Orem 2001, อ้างถึงใน ธิษามณฑน์ สอนกระจำ (2565)¹⁸ ที่ได้กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัย พื้นฐานที่บ่งบอกความมีวุฒิภาวะ ความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลอื่น ซึ่งเพิ่มขึ้นสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงตามความเสื่อมของโครงสร้างในวัยผู้สูงอายุ และระดับการพัฒนาของบุคคลจะแตกต่างกันตามวัยที่เพิ่มขึ้น ผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์และมีทักษะในการแก้ปัญหามากกว่าวัยรุ่นสาว การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล จะมีความเกี่ยวข้องกับอายุเป็นสำคัญ และอายุ ยังบอกถึงศักยภาพในการริเริ่มหรือการกระทำอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านอายุที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแล พบว่ามีผู้การศึกษาไว้

เช่น แก้วตา มีศรี และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2555)¹⁹ ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีประสบการณ์ มีความสามารถในการเข้าใจ ตัดสินใจในเรื่องต่างๆได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของธมลวรรณ สีนาค (2560)²⁰ ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีสุขภาพแข็งแรง มีประสบการณ์ชีวิตมาก สามารถดูแลบุคคลอื่นได้ดี และมีทักษะในการตัดสินใจ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ คือ

1) ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น ซึ่งจะช่วยให้เด็กออทิสติกวัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม 2) ได้องค์ความรู้ทางการพยาบาลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยผ่านกระบวนการวิจัยที่ได้มาตรฐาน สามารถอ้างอิงทางวิชาการ และตอบสนองพันธกิจ วิสัยทัศน์ การเป็นผู้นำทางวิชาการของสถาบันราชานุกูล

สรุป

โปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น เป็นวิธีการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลให้สามารถจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่นได้ ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมที่ออกแบบให้ได้รับทั้งความรู้และการฝึกทักษะตามประเด็นความรู้ที่กำหนดควบคุมกันไป สามารถช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และเกิดความเข้าใจ จดจำ นำไปฝึกเด็กออทิสติกได้จริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ มีดังนี้ 1) ผู้ที่จะนำโปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่นไปใช้ ควรศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่นให้เข้าใจทั้งเนื้อหาและวิธีการดำเนินการตามแผนกิจกรรมให้ครบถ้วน 2) ระยะเวลาที่ใช้ในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่นให้ได้ผล ควรใช้เวลาตามที่กำหนดในโปรแกรม คือ ไม่น้อยกว่า 6 ครั้ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 1) ควรต่อยอดโดยทำการศึกษาวิจัยในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญากลุ่มอื่น ๆ ที่มีปัญหาอารมณ์ทางเพศ เช่น กลุ่มเด็กพัฒนาการล่าช้า และกลุ่มเด็กบกพร่องทางสติปัญญา เป็นต้น 2) ควรขยายผลโดยการทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายและเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจเป็นเพศหญิงทั้งหมด ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ดีด้วยความกรุณาจากผู้บริหาร และผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน ที่เห็นความสำคัญ ให้แนวคิด และให้คำปรึกษา/แนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณนิลชร เย็นยาชัน ซึ่งผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาพัฒนาจนทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จ นอกจากนั้นขอขอบคุณผู้ปกครองและเด็กออทิสติกที่มารับบริการผู้ป่วยในสถาบันราชานุกูล รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. จริญญา จุฑาภิสิทธิ์.กลุ่มอาการออทิสซึม (Autism spectrum disorder). ในสุริย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, รวิวรรณ รุ่งไพรวัลย์, ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, บานชื่น เบญจสุวรรณเทพ, อติศรสุตา เพื่องฟู, จริญญา จุฑาภิสิทธิ์ และคณะ,บรรณาธิการ. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก. เล่ม 4. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด; 2561. หน้า 587-600.
2. วิฐารณ บุญสิทธิ.โรคออทิสซึมสเปกตรัม (Autism spectrum disorder).ใน นันทวัช สิริธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, และพนม เกตุมาน, บรรณาธิการ.จิตเวชศิริราช DSM-5. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์; 2559: 235-54.
3. กรมสุขภาพจิต.รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช.2566.[เข้าถึงเมื่อ 8 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก<https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp>.
4. ชาตรี วิฑูรชาติ. ปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยในเด็ก. ในนันทวัช สิริธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, และพนม เกตุมาน, บรรณาธิการ.จิตเวชศิริราช DSM-5. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์; 2559. หน้า 420-56.
5. ทิชากรียา อีเรนตร. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก. เล่ม 3. นนทบุรี: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2556.

6. อุมพร ตรังคสมบัติ. ช่วยลูกออทิสติกคู่มือสำหรับพ่อแม่ผู้ไม่ยอมแพ้. กรุงเทพฯ: ชันต้าการพิมพ์; 2545.
7. สุชา จันทน์เอม. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2540.
8. ฐารีย์ ชันสำโรง. โมเดลการจัดการเชิงระบบในการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่นออทิสติก. วารสารวิชาการ สคร. 9 2561;24(2): 67-79.
9. นิลชร เย็นยาชน. ผลของโปรแกรมการสอนเรื่องเพศศึกษาต่อความรู้ เจตคติและพฤติกรรม การดูแลเรื่องเพศในผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อน เพศหญิง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต], นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
10. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2553.
11. ศรันย์ ปองนิมิตพร, สุธิดา แก้วขจร, ลาวัลย์ สมบูรณ์, นิตยา ไทยาภิรมย์. ความรู้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสอนเรื่องเพศ ในเด็กปฐมวัยของบิดามารดา. พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2560; 44(2): 28-37.
12. สุจิตรา ตริรัตน์กุล, ปริญญา เรืองทิพย์, ปิยะทิพย์ ประจุพรม. การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์สำหรับส่งเสริมรอบความคิดด้านเขาวนปัญญาของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2562;12(1):101-15.
13. นิดา มีทิพย์, เดชา ทำดี และ ประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล. ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2559; 43 (ฉบับพิเศษ), 104-115.
14. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วงศ์กมล โปรดักชั่น จำกัด; 2544.
15. พงษ์ศักดิ์ จันทราทิพย์. ปัจจัยทำนายความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกของมารดา. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
16. อุดมชัย มัณยานนท์ และจินตนา สรายุทธพิทักษ์. ผลการใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์ เรื่องเพศศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชายมัธยมศึกษาปีที่ 2. วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2563; 45(3), 426-440.
17. รุจา ภูไพบูลย์. แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. การพยาบาลครอบครัว (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วี.จี.; 2558.
18. อิชามณต์ สอนกระจ่าง. ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.

19. แก้วตา มีศรี และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 2555; 26(1), 35-49.
20. ฉมลวรรณ สีนาค. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.

บทความพิเศษวิชาการ

กลุ่มอาการดาวนีย์

สุชารัตน์ ลิ้มปะนพรัตน์, วท.บ.* , ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์, พ.บ.* ,
จันทน์ มุ่งเขตกลาง, ปร.ด.*

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการดาวนีย์หรือดาวนีย์ซินโดรมเป็นโรคทางพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซม จากการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้การตรวจคัดกรอง และการวินิจฉัยมีความแม่นยำสูง สามารถทราบถึงความผิดปกติล่วงหน้าตั้งแต่อ่อนคลอด ซึ่งช่วยให้การวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันระหว่างครอบครัวกับทีมแพทย์ทำได้เหมาะสม โดยการบำบัดรักษาต้องเน้นการบูรณาการทั้งการดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจและการเรียนรู้ โดยเฉพาะทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวัน ที่ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างต่อเนื่องทั้งจากทีมแพทย์ ผู้ปกครองและครู รวมถึงผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อกระตุ้นให้เด็กกลุ่มอาการดาวนีย์มีพัฒนาการสมวัย สามารถช่วยเหลือตนเอง ดำเนินชีวิตประจำวันตามศักยภาพ และเติบโตต่อไปในสังคมได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ กลุ่มอาการดาวนีย์ การวางแผนก่อนการตั้งครรภ์

*สถาบันราชานุกูล

ติดต่อผู้พิมพ์ email: limpanopparat@gmail.com

บทนำ

กลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome) เป็นกลุ่มโรคจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่พบบ่อยที่สุด โดยเฉลี่ยจากสถิติทั่วโลกอยู่ที่ 1 คนต่อเด็กเกิดใหม่ 1,000 คน¹ ส่วนในประเทศไทยพบอัตราทารกดาวน์ที่ 1.21 คนต่อเด็กเกิดใหม่ 1,000 คน² ทั้งนี้ความผิดปกติทางพันธุกรรมนี้ส่งผลให้เด็กมีรูปร่างและหน้าตาไปในทิศทางเดียวกัน โดยลักษณะที่เด่นชัดได้แก่ ศีรษะเล็ก หายใจหอบแบบดวงตาเล็กหางตาชี้ขึ้น ใบหน้าและดั้งจมูกแบน ใบหูเล็ก ช่องปากแคบทำให้มักกลืนจุก ลำคอสั้น มือเท้าเล็กโดยมีลายนิ้วมือตัวขวาง ลำตัวสั้น กล้ามเนื้ออ่อนนุ่ม ข้อต่อ/กระดูกไม่แข็งแรง รวมไปถึงทำให้เกิดความบกพร่องทางสติปัญญาตั้งแต่ระดับน้อยไปจนถึงปานกลาง และพัฒนาการล่าช้า ไม่สมวัย โดยเฉพาะทักษะการเคลื่อนไหวและทักษะการใช้ภาษา แต่ทักษะทางสังคมเด็กกลุ่มอาการดาวน์มักทำได้ดีเนื่องจากมักจะมีอารมณ์ดี เป็นมิตร และเชื่อฟังหากได้รับการเลี้ยงดูที่ถูกต้องเหมาะสม ที่สำคัญเด็กกลุ่มอาการดาวน์มักมีปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรังมากกว่าเด็กทั่วไป ซึ่งที่พบได้บ่อย (แต่ไม่ได้พบในทุกราย) ได้แก่ ความผิดปกติทางตาและสายตา หูและการได้ยิน ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคหัวใจ โรคไทรอยด์และต่อมไร้ท่อ โรคในระบบทางเดินอาหาร โรคทางระบบประสาทและสุขภาพจิต สมอแงเสื่อม มะเร็งเม็ดเลือดขาว ฯลฯ^{3, 4} ทำให้อายุขัยโดยเฉลี่ยสั้น โดยพบว่ากว่า 25-30% ของเด็กที่เกิดมาพร้อมภาวะดาวน์ซินโดรมมักเสียชีวิตในขวบปีแรก อย่างไรก็ตามด้วยวิทยาการที่ก้าวหน้าขึ้นทำให้อายุของผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์ยืนยาวมากขึ้นไปจนถึงวัยกลางคน - 60 ปีได้⁵ ที่สำคัญการตรวจพบและเข้ารับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ช่วงต้นของ

ชีวิตกรณีเด็กเกิดมาแล้ว ก็จะช่วยส่งเสริมให้เด็กกลุ่มดาวน์สามารถมีพัฒนาการและใช้ชีวิตได้เต็มศักยภาพที่แต่ละคนมี

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

กลุ่มอาการดาวน์เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่โครโมโซมคู่ที่ 21 โดยความผิดปกตินี้สามารถแยกย่อยได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ซึ่งไม่สามารถแยกได้จากลักษณะภายนอกของเด็กกลุ่มอาการดาวน์โดยจะทราบได้ก็ต่อเมื่อตรวจสอบโครโมโซมอย่างละเอียดเท่านั้น⁶ กลุ่มแรก Trisomy 21 เป็นสาเหตุความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุด (95%) โดยที่โครโมโซมคู่ที่ 21 มีโครโมโซมเกินขึ้นมา 1 แท่ง (รวมเป็น 3 แท่งในขณะที่ปกติต้องมี 2 แท่ง) ในทุกเซลล์ของร่างกาย กลุ่มที่สอง Translocation Down syndrome: พบได้รองลงมา (3%) โดยเกิดจากการที่บางส่วนหรือทั้งแท่งส่วนเกิน (แท่งที่ 3) ของโครโมโซมคู่ที่ 21 เกิดการย้ายตัว (Translocation) ไปติดอยู่กับโครโมโซมคู่อื่น กลุ่มที่สาม Mosaic Down syndrome: พบได้น้อยที่สุด (2%) โดยเกิดจากการที่เซลล์บางส่วนเท่านั้นที่มีความผิดปกติพบโครโมโซมแบบสามแท่งที่คู่ 21 (Trisomy 21) ในขณะที่เซลล์บางส่วนปกติ ทำให้ภาวะดาวน์ซินโดรมจากสาเหตุความผิดปกตินี้อาจมีลักษณะโรคและความบกพร่องน้อยกว่ากลุ่ม Trisomy 21 และ Translocation Down syndrome อย่างไรก็ตามสาเหตุที่นำมาสู่ความผิดปกติของโครโมโซมส่วนเกินคู่ที่ 21 นั้นไม่แน่ชัดแต่ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเกิดความผิดปกติกลุ่มอาการดาวน์ มีดังนี้

- อายุของมารดา โดยพบว่ามารดาที่อายุมาก (ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เด่นชัดที่สุด เนื่องจากมีโอกาสดังครรภ์เด็กที่เป็นกลุ่มอาการดาวน์สูงกว่ามารดาที่อายุน้อยกว่านี้ประมาณ 4.7 เท่า² แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่า 70-80 % ของเด็กกลุ่มอาการดาวน์เกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี⁷ อาจเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 35 ปี เหล่านี้มีโอกาสดังครรภ์มากกว่า แต่ไม่ได้เข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือเรื่องการวางแผนครอบครัว ทำให้ไม่ทราบว่าทารกในครรภ์มีภาวะดาวน์ซินโดรม จนกว่าจะคลอดออกมา ดังนั้นการตรวจคัดกรองอาการดาวน์ทารกจึงสำคัญจำเป็นยิ่งสำหรับการตั้งครรภ์ในมารดาทุกช่วงวัย ซึ่งในปัจจุบันสามารถรับบริการได้ฟรีในทุกสิทธิการรักษาพยาบาลของสาธารณสุขไทย
- ในกรณีที่บิดามารดาของเด็กมีพันธุกรรมปกติ แต่มีบุตรที่มีอาการดาวน์ จะมีโอกาสร้อยละ 1 ที่บุตรคนต่อไปจะมีกลุ่มอาการดาวน์ด้วย และความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นหากพ่อหรือแม่มีภาวะแฝงของกรรมพันธุ์ผิดปกติ (แบบ Translocation)⁸

การวินิจฉัย

หญิงที่ตั้งครรภ์ทุกคนควรเข้ารับการตรวจคัดกรองตั้งแต่แรกโดยเร็วที่สุดตั้งแต่ช่วงอายุครรภ์ 11- 20 สัปดาห์ เพื่อประโยชน์ของครอบครัวและตัวเด็กเอง โดยกระบวนการตรวจสอบเพื่อหาความผิดปกติของกลุ่มอาการดาวน์สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ^{3, 9} ดังนี้

ระยะที่ 1 การตรวจคัดกรอง เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดของการคัดกรองควรทำ 2 วิธีนี้ร่วมกัน คือ

1. การใช้อัลตราซาวด์เพื่อดูความผิดปกติจากภาพทารกในครรภ์โดยเฉพาะตรวจวัดความหนาของน้ำที่สะสมใต้ท้ายทอยทารก (nuchal translucency) สามารถทำได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 11-13 สัปดาห์ แต่อาจเกิดความผิดพลาดของการคัดกรองได้เนื่องจากวิธีนี้มีความแม่นยำที่ 50-70%

2. การเจาะตรวจเลือดของมารดาแบบ Quadruple test เพื่อดูค่าชีวเคมีต่าง ๆ ได้แก่ Alphafetoprotein (AFP) และฮอร์โมน 3 ตัว คือ Unconjugated Estriol, Human Chorionic Gonadotropin (hCG) และ Pregnancy Associated Plasmalprotein A (PAPP-A) โดยการตรวจเลือดนี้ทั้งในระยะไตรมาสที่ 1 (11-14 สัปดาห์) และไตรมาสที่ 2 (15-20 สัปดาห์) ของการตั้งครรภ์ จะให้ผลลัพธ์ความแม่นยำของผลคัดกรองอยู่ที่ 95%

ระยะที่ 2 ตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด จะทำก็ต่อเมื่อพบผลจากคัดกรองพบว่าทารกในครรภ์มีความเสี่ยงเป็นกลุ่มอาการดาวน์เท่านั้น เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการแท้ง 0.5-1 % แม้จะสามารถยืนยันผลการตรวจได้อย่างชัดเจน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การตรวจยืนยันทารกในครรภ์ด้วยการทำหัตถการวินิจฉัย (Prenatal Diagnosis) ด้วยวิธีการเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือการเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis) การตรวจชิ้นเนื้อรก (Chorionic villus sampling)

2. ส่งตรวจผลโครโมโซมทารกในครรภ์

3. การปรึกษาและให้คำแนะนำยุติการตั้งครรภ์ กรณีที่ตรวจพบผลยืนยันทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์จริง

ระยะที่ 3 การตรวจวินิจฉัยหลังคลอด

การตรวจวินิจฉัยกรณีเด็กเกิดมาแล้ว เพื่อหารูปแบบความผิดปกติของพันธุกรรมผ่านการ

เจาะเลือดที่ตัวเด็กและเพื่อหาโรคร่วมทางกายที่พบบ่อยก็มีความจำเป็นต่อการวางแผนดูแลรักษาเด็กกลุ่มอาการดาวน์วัยทารกต่อไป เช่น การตรวจคัดกรองการได้ยิน การตรวจคัดกรองการมองเห็น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ซึ่งอาจทำร่วมกับการตรวจภาพสะท้อนหัวใจ (echocardiogram) การตรวจระดับไทโรยด์ฮอร์โมน การตรวจนับจำนวนเม็ดเลือด (CBC) การถ่ายภาพรังสีกระดูกคอ การตรวจการนอนหลับ การตรวจทางจิตวิทยา เช่น การวัดระดับสติปัญญา (IQ) เป็นต้น

การรักษาและฟื้นฟู

แม้จะไม่มีวิธีการรักษากลุ่มอาการดาวน์ให้หายขาด แต่อายุขัยของผู้ที่มีภาวะดาวน์สามารถยืนยาวขึ้นและสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ด้วยวิทยาการทางการแพทย์และการบูรณาการของสหวิชาชีพต่าง ๆ ดังนี้^{3, 5, 6}

- การดูแลด้านการแพทย์และสุขภาพอนามัย เนื่องจากมีความผิดปกติหลายอย่างที่พบร่วมได้ในกลุ่มอาการดาวน์ และสุขภาพร่างกายที่เจ็บป่วยง่าย จึงควรติดตามปัญหาสุขภาพและการรักษาเป็นระยะ รวมทั้งให้คำแนะนำต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ การติดตามการเจริญเติบโต การตรวจหัวใจอย่างละเอียด การเจาะเลือดเพื่อตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์และความผิดปกติของเม็ดเลือด การตรวจการได้ยินและการมองเห็น การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน การตรวจระบบหายใจและทางเดินอาหาร ฯลฯ ซึ่งในบางอาการเมื่อตรวจพบความผิดปกตินอกจากรักษาด้วยตัวยาแล้วอาจจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขผ่าตัด นอกจากนี้เมื่อเด็กเข้าสู่วัยเจริญ

พันธุ์ก็ควรได้รับการตรวจภายในและการพิจารณาทางเลือกถึงการคุมกำเนิด

- การส่งเสริมพัฒนาการ เด็กกลุ่มอาการดาวน์สามารถพัฒนาได้ ถ้าได้รับการฝึกสอนที่เหมาะสม ผ่านการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาล เพื่อสอนให้ผู้ปกครองเรียนรู้วิธีส่งเสริมพัฒนาการ แล้วนำกลับไปฝึกฝนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เด็กกลุ่มอาการดาวน์มีพัฒนาการที่ดีขึ้นใกล้เคียงกับเด็กทั่วไปมากที่สุด
- การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านทักษะพื้นฐานต่างๆ โดยเฉพาะการฝึกพูดและการใช้ภาษากายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด ทักษะการเข้าสังคม และจิตบำบัดในรายที่จำเป็น นอกจากนั้นเด็กกลุ่มอาการดาวน์ควรได้รับประสบการณ์ชีวิตเช่นเดียวกับเด็กทั่วไปจึงควรฝึกให้ช่วยเหลือตนเองมากที่สุด รวมทั้งฝึกการรู้จักควบคุมตนเอง การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น การปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคม และการใช้บริการต่างๆ ในสังคม เพื่อให้สามารถเรียนและใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้
- การจัดการด้านการศึกษาโดยจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program : IEP) โดยเด็กกลุ่มอาการดาวน์บางรายมีความพร้อมและได้รับการสนับสนุนที่มากเพียงพอสามารถเข้าเรียนตามชั้นเรียนปกติได้ และบางรายอาจเข้าเรียนในชั้นเรียนร่วม โรงเรียนการศึกษาพิเศษ หรือการเรียนแบบที่ผู้ปกครองออกแบบและจัดการเรียนการสอนเอง (homeschool) ตามเงื่อนไขและศักยภาพของเด็กแต่ละคนผ่านการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ปกครองและผู้เชี่ยวชาญ

- การฝึกอาชีพที่วางแผนตามรายบุคคล ซึ่งหมายรวมถึงตั้งแต่ ตัวเล็กของอาชีพที่ได้กลุ่มอาการดาวน์สามารถทำได้ การฝึกทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในงาน และการฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสมในบริบททำงาน

คำแนะนำสำหรับผู้ดูแล³

- ผู้ปกครองต้องพยายามยอมรับความจริงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะดาวน์ซินโดรมว่าสามารถเกิดได้ โดยควรเข้ารับการช่วยเหลือทั้งจากผู้เชี่ยวชาญและการเข้าร่วมกลุ่มครอบครัวของเด็กกลุ่มอาการดาวน์เพื่อให้กำลังใจซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์/ความคิดเห็นและทำกิจกรรมร่วมกัน
- กรณีผู้ปกครองเป็นบิดามารดาโดยตรงของเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ควรได้รับคำแนะนำเรื่องโอกาสในการเกิดซ้ำในบุตรคนต่อไป การวินิจฉัยก่อนคลอดและทางเลือกที่มีอยู่
- กระตุ้นพัฒนาการต้องอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานบริการและที่บ้าน โดยเฉพาะด้านการช่วยเหลือตนเอง โดยต้องการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่แรกคลอด เพราะถึงแม้เด็กกลุ่มอาการดาวน์จะมีพัฒนาการล่าช้า แต่หากได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมสามารถช่วยให้เด็กมีพัฒนาการเต็มตามศักยภาพ และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ต้องระมัดระวังเรื่องโภชนาการและการออกกำลังกาย เช่น ภาวะน้ำหนักเกิน รวมถึงส่งเสริมให้มั่นใจว่าเด็กกลุ่มอาการดาวน์ได้ทำกิจกรรมการเล่นหรือออกกำลังกายที่เพียงพอ แต่ไม่อันตรายเกินระดับสุขภาพของเด็กกลุ่มอาการดาวน์แต่ละรายด้วย
- สํารวจและส่งเสริมความสามารถพิเศษและจุดดีของเด็กกลุ่มอาการดาวน์ โดยสังเกตจากกิจกรรมหรือทักษะที่เด็กชอบทำหรือทำได้ดี เพราะเด็กกลุ่มอาการดาวน์ก็มีความสนใจส่วนตัวและความสามารถได้เหมือนเด็กทั่วไป
- เมื่อเด็กกลุ่มอาการดาวน์ถึงวัยเข้าเรียน ควรศึกษาทางเลือกทางการศึกษาและลักษณะโรงเรียนที่เหมาะสมกับศักยภาพของเด็กและครอบครัว และเฝ้าระวังปัญหาที่โรงเรียนโดยการร่วมมือกับคุณครูและสถานศึกษา
- เฝ้าระวังปัญหาพฤติกรรมและแนะนำวิธีปรับพฤติกรรมเมื่อเด็กกลุ่มอาการดาวน์โตขึ้นเนื่องจากมีโอกาสที่ทักษะทางสังคมที่เคยทำได้เมื่อถึงจุดหนึ่งอาจไม่เพียงพอเมื่อต้องปรับเข้ากับกลุ่มเพื่อนที่หลากหลายมากขึ้น และเมื่อต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ
- ให้ความรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายเมื่อเด็กกลุ่มอาการดาวน์เข้าช่วงวัยรุ่น และแนะนำเรื่องการดูแลตนเองให้ปลอดภัย ทั้งเรื่องเพศ การถูกล่อลวง และฝึกการเข้าสังคม
- พาเด็กไปรับบริการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมตามวัยตามคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์หรือบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ
- ตรวจสอบสุขภาพประจำปีอย่างเข้มงวด เพื่อตรวจหาและรักษาโรคร่วมที่มีโอกาสเกิดมากกว่าเด็กปกติ รวมถึงโรคที่สามารถพบได้มากเมื่อผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์อายุมากขึ้น เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว ภาวะสมองเสื่อม อาการซึมเศร้าหรือปัญหาสุขภาพจิต

สรุป

กลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมเป็นโรคทางพันธุกรรม ที่ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาภาวะดาวน์ซินโดรมให้หายขาดได้ ดังนั้นการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์อย่างละเอียดเป็นเรื่อง

สำคัญที่ต้องใส่ใจ นอกเหนือไปจากความกังวลใจถึงสุขภาพและความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายเท่านั้น เพื่อช่วยแนะนำให้ครอบครัวสามารถวางแผนเตรียมความพร้อมและดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Weijerman ME, De Winter P. Clinical practice. European Journal of Pediatrics. 2010;169(12):1445–1452.
2. Jaruratanasirikul S, Kor-Anantakul O, Chowwichian M, Limpitikul W, Dissaneevate P, Intharasangkanawin N, et al. A population-based study of prevalence of Down syndrome in Southern Thailand. World Journal of Pediatrics. 2016;13(1):63–69.
3. สถาบันราชานุกูล. กลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
4. Rafii MS, Kleschevnikov AM, Sawa M, Mobley WC. Down syndrome. In: Handbook of Clinical Neurology. 2019;167:321–336.
5. Mundakel G, Lal P. Down Syndrome: practice essentials, background, pathophysiology [online]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/943216-overview?form=fpf> [2023 Dec 23]
6. Centers for Disease Control and Prevention. Facts about Down Syndrome. [online]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/downsyndrome.html> [2023 Dec 23]
7. Kunsiripunyo J, Srirot W. Preparation of Counseling Nurses to Support Down Syndrome Screening System in All Age Groups of Pregnant Women. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2021;32(1):237–252.
8. Kliegman RM, Stanton BF, Geme JW St. III, Schor NF, Behrman RE, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, PA: Saunder; 2011.
9. Somsri S. ผลการตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมในสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. Srinagarind Medical Journal. 2021;36(5):513–521.

ปกิณกะ

กิจกรรมอาชานำบัดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและความสามารถในการทำกิจกรรม สำหรับเด็กออทิสติก

สุบิน สวาทธรรม, วท.ม.*

เด็กออทิสติกจัดเป็นกลุ่มเด็กที่มีความผิดปกติด้านพัฒนาการของระบบประสาท โดยพบความบกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการสื่อสาร และด้านพฤติกรรมและความสนใจ โดยมีพฤติกรรมในการทำกิจกรรมที่ซ้ำ ๆ แบบเดิม ไม่ยืดหยุ่น ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไม่เหมาะสมและมีความสนใจจำกัด¹ จากรายงานศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความชุกของออทิสติกสเปกตรัม ในปี พ.ศ. 2561 เป็น 1 ต่อ 44 คน² สำหรับในประเทศไทยมีการสำรวจอย่างเป็นทางการของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2547 พบว่าเด็กไทยอายุ 0-5 ปี มีอัตราป่วยเป็น 1 ต่อ 1,000 คน และในปี พ.ศ. 2558 มีอัตราป่วย 6 ต่อ 1,000 คน โดยคิดเป็นสัดส่วน 1 ต่อ 161 คน เพิ่มขึ้น 6 เท่าตัวในรอบ 11 ปี³ ส่วนกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้รายงานสถิติข้อมูลจำนวนผู้ป่วยออทิสติก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 ถึงเดือนกรกฎาคม ปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยออทิสติกจำนวน 18,275 คน⁴

เด็กออทิสติกมีลักษณะปัญหาเฉพาะตัวซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจากความบกพร่องทางด้านกระบวนการรับรู้ความรู้สึก ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 42-88 โดยแสดงออกมาในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป เช่น การตอบสนองความรู้สึกที่มากเกินไป การตอบสนองความรู้สึกที่น้อยเกินไป หรือการแสวงหาการรับรู้ความรู้สึก ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน (Occupation) ในด้านต่าง ๆ เช่น ทักษะทางสังคม การสื่อความหมาย การเล่นเกม การทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้และเรียนรู้การเตรียมความพร้อมทางการศึกษาการประกอบอาชีพและการดำรงชีวิตในสังคม⁵ โดยบทบาทของนักกิจกรรมบำบัดจะเน้นการบำบัดรักษาเพื่อให้เด็กออทิสติกสามารถประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตได้เหมาะสมตามวัยผ่านการทำกิจกรรมอย่างมีเป้าหมาย

แนวทางในการช่วยเหลือเด็กออทิสติกมีหลากหลายแนวทางซึ่งแนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือเด็กออทิสติกได้คือการใช้สัตว์บำบัด โดยเชื่อว่าสัตว์เป็นเหมือนสื่อกลางให้บุคคลได้มีโอกาสสร้าง พัฒนาความผูกพันและถ้อยโยง

*สถาบันราชานุกูล

ติดต่อผู้พิมพ์ email: sawatham.s@gmail.com

ความรู้สึกที่เกิดขึ้นไปยังมนุษย์ได้ โดยนำสัตว์ที่มีลักษณะตรงตามวัตถุประสงค์มาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบำบัดรักษากิจกรรมอาชญาบำบัดจึงใช้หลักสัตว์ช่วยบำบัด เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ มีเป้าหมายโดยตรงที่ใช้สัตว์ที่มีลักษณะตรงตามที่ระบุไว้โดยการทำกิจกรรมอย่างมีเป้าหมายผ่านการให้บริการโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยมีลักษณะสำคัญ คือ มีเป้าหมายวัตถุประสงค์และเหมาะสมกับเด็กออทิสติกแต่ละคน ร่วมกับทฤษฎีการบูรณาการประสาทความรู้สึก ซึ่งเป็นการกระตุ้นระบบประสาทสัมผัสและระบบประสาทส่วนกลางให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความสำคัญต่อการรับรู้ความรู้สึก 3 ระบบหลัก คือ ระบบการรับสัมผัส ระบบการทรงตัว และระบบกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ ทำงานร่วมกันให้เกิดการบูรณาการประสาทความรู้สึก และมีการตอบสนองเพื่อการปรับตัวต่อสิ่งเร้า เน้นการทำงานของสมองเป็นลำดับขั้นตอน จากองค์ประกอบพื้นฐานต่อยอดและนำไปสู่พัฒนาการขั้นสูงขึ้นไป

งานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูสถาบันราชานุกูล ได้จัดกิจกรรมโครงการอาชญาบำบัดประจำปีงบประมาณ 2566 ขึ้น เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับผู้ปกครองเกี่ยวกับการทำอาชญาบำบัดตามหลักการสัตว์บำบัดและกรอบอ้างอิงการบูรณาการประสาทความรู้สึก รวมไปถึงการพัฒนาทักษะความสามารถในการทำกิจกรรมต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจการฝึกอาชญาบำบัดตามหลักการสัตว์บำบัดและกรอบอ้างอิงการบูรณาการประสาทความรู้สึก และส่งเสริมทักษะทางสังคมและการทำกิจวัตร

ประจำวันชั้นสูง ในการเตรียมความพร้อมสำหรับการฝึกอาชีพ กลุ่มเป้าหมายในครั้งนี้นำประกอบด้วย ผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษ จำนวน 24 คน และเด็กที่มีความต้องการพิเศษ อายุ 7 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน ดำเนินการโดยมีการบรรยาย 1 ครั้ง และฝึกปฏิบัติจำนวน 4 ครั้ง ในเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2566 ณ สนามโรงฝึกขี่ม้าหลังคาปิด กองพันทหารม้าที่ 29 รักษาพระองค์ กรุงเทพมหานคร

กิจกรรมอาชญาบำบัด ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรมหลัก คือ 1) การทำกิจกรรมบนหลังม้า สำหรับเด็กอายุ 7-12 ปี 2) กิจกรรมการดูแลและให้อาหารม้า สำหรับเด็กอายุ 13 ปีขึ้นไป การทำกิจกรรมบนหลังม้า สำหรับเด็กอายุ 7-12 ปี ประกอบไปด้วย 1) กิจกรรม warm up ใช้เวลา 10 นาที 2) กิจกรรมฐาน 4 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 สหสัมพันธ์การเคลื่อนไหว ฐานที่ 2 การทำกิจวัตรประจำวัน ฐานที่ 3 การรับรู้และการเรียนรู้ ฐานที่ 4 การเตรียมความพร้อมด้านการเขียน แต่ละฐานใช้เวลาฐานละ 2-3 นาที 3) กิจกรรม cool down (10 นาที) สำหรับการดูแลและให้อาหารม้า สำหรับเด็กอายุ 13 ปีขึ้นไป ประกอบไปด้วย 1) กิจกรรมการทำความรู้จักม้า ใช้เวลา 10 นาที 2) กิจกรรมเตรียมภาชนะและให้อาหารม้า ใช้เวลา 20 นาที 3) กิจกรรมทำความสะอาดม้า ใช้เวลา 15 นาที 4) กิจกรรมเตรียมม้า และจูงม้าเดิน ใช้เวลา 15 นาที

จากการประเมินผลการดำเนินโครงการพบว่าผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการฯ มีคะแนน

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝึกอาชานำบัดตามหลักการสัตว์บำบัดและกรอบอ้างอิงการบูรณาการประสาทความรู้สึกที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 87.50 เด็กที่มีความต้องการพิเศษที่เข้าร่วมโครงการฯ มีทักษะทางสังคมที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 83.33 เด็กที่มีความต้องการพิเศษมีทักษะการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูงที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 91.66 เด็กที่มีความต้องการพิเศษมีทักษะ

โดยรวมทั้งสองด้านเพิ่มขึ้นร้อยละ 87.50 และผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการฯ มีความพึงพอใจระดับมากขึ้นไปร้อยละ 94.45 นอกจากนี้ผู้ปกครองมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติให้มากขึ้น เพื่อให้เด็กที่เข้าร่วมโครงการฯ มีระยะเวลาในการปรับตัวและเห็นผลของการฝึกปฏิบัติที่ชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 ed. Carpenter L: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
2. Maenner MJ, Shaw KA, Bakian AV, Bilder DA, Durkin MS, Esler A, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years-autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2018. MMWR Surveillance Summaries. 2021;70(11):1.
3. Tangviriyapailoon D. Using of Autism Diagnostic Observation Schedule tools in the early stages for Thai children. Workshop development of the potential use of Autism Diagnostic Observation Schedule tools in the early stages for Thai children; Rajanagarindra Institute of child development 2019. (in Thai)
4. Department of Empowerment of Persons with Disabilities. Monthly disability data statistics report 2022 [cited 2022 Aug 6]. Available from: http://ecard.dep.go.th/nep_all/stat.php. (in Thai)
5. Wittayakorn S, Chinchai S, Sriphetcharawut S. Sensory Integration Frame of Reference Theory and Clinical Practice in Occupational Therapy. Chiang Mai: Pimnana; 2012. (in Thai)

ภาพประกอบกิจกรรมกิจกรรมอาชาบำบัดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและความสามารถในการทำกิจกรรม
สำหรับเด็กออทิสติก



ภาพที่ 1 กิจกรรมฐานสหสัมพันธ์การเคลื่อนไหว



ภาพที่ 2 กิจกรรมฐานการทำกิจกรรมประจำวัน



ภาพที่ 3 กิจกรรมฐานการรับรู้และการเรียนรู้



ภาพที่ 4 กิจกรรมฐานการเตรียมความพร้อมด้าน
การเขียน



ภาพที่ 5 กิจกรรมการทำความรู้จักรักม้า



ภาพที่ 6 กิจกรรมเตรียมภาชนะและให้อาหารม้า



ภาพที่ 7 กิจกรรมทำความสะอาดม้า



ภาพที่ 8 กิจกรรมเตรียมม้า และจูงม้าเดิน



ภาพที่ 9 กิจกรรมปิดโครงการ



กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล

ดรรชนีวารสารราชานุกูล ปีที่ 35 มกราคม 2566 – ธันวาคม 2566

ชุดตัววรรณ แก้วไสย, วท.ม.*

เรื่อง	เดือน	หน้า
กลุ่มอาการดาวน์ สุชาร์ตน์ ลิ้มปะนพรัตน์, ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์, จันทน์ มุ่งเขตกลาง	ม.ค. - มิ.ย. 66	59
การเล่นเพื่อพัฒนาทักษะการเขียน ผกาวรรณ สุทธิวงศ์	ม.ค. - มิ.ย. 66	60
การสำรวจการลงข้อมูลรหัสคัดการทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นใน สถาบันราชานุกูล ปรารภนา ชีวีวัฒน์	ก.ค. - ธ.ค. 66	1
กิจกรรมอาชบำบัดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและความสามารถในการ ทำกิจกรรมสำหรับเด็กออทิสติก สุบิน สาวะธรรม	ก.ค. - ธ.ค. 66	65
ความเห็นของผู้ปกครองต่อการนำ Silver Diamine Fluoride มา ใช้ในการยับยั้งฟันผุในเด็กพิเศษ ที่มารับบริการที่สถาบันราชานุกูล ฐสรพร เต็มทอง	ม.ค. - มิ.ย. 66	30
ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองในการดูแล เด็กบกพร่องทางสติปัญญา ภาวินี บุญสุวรรณค์สง, จิรพรรณ สาบุญมา, ธีรสร กลางประพันธ์	ก.ค. - ธ.ค. 66	14
ประสิทธิผลของระบบยาอัตโนมัติ สถาบันราชานุกูล พัฒนพัฒน์ พรหมแผ้ว, จินตนา ปรัชญาสันติ	ม.ค. - มิ.ย. 66	17
ผลการศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษา ในช่วง การระบาดของโรคโควิด-19 เขตกรุงเทพมหานคร ธนโชติ เทียมแสง	ม.ค. - มิ.ย. 66	42
ผลของโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและ สติปัญญาในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูลต่อคุณภาพชีวิตเด็ก บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา โสภณ สวัสดิ์, ประภาพรณ เตชะจิตต์โชคเกษม, ภัสสร จิตสงบ	ก.ค. - ธ.ค. 66	30

*สถาบันราชานุกูล

เรื่อง	เดือน	หน้า
ระดับปัญหาพฤติกรรมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของ นักเรียนอาชีวศึกษา กรทิพย์ วิทยากาญจน์, ศุภรา เอื้ออภิสิริ, วงศ์วีร์ เมฆวิสัย	ก.ค. - ธ.ค. 66	1
เรื่องเล่า: เรียนรู้สู่อาชีพ จุฑารัตน์ สำโรงแสง	ม.ค. - มิ.ย. 66	64
ผลของโปรแกรมการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็กออทิสติกวัยรุ่น ต่อความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอารมณ์ทางเพศของเด็ก ออทิสติกวัยรุ่น จิรภัทร เปลื้องนุช, ฌภัทร พรหมชู, นรุตม์ แพงพรมมา	ก.ค. - ธ.ค. 66	43

