

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษ  
ที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ

ปราณี ศรีวรรณ

- 1 ส.ค. 2560

369082

TH00 25599

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก


คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา


ธันวาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ ปราณ ศรีวรรณ ฉบับนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

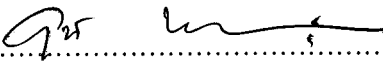
  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

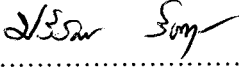
  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยูนี พงศ์จตุรวิทย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


  
.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยูนี พงศ์จตุรวิทย์)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรีย์กมล รัชนกกุล)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่...19...เดือน...พฤษภาคม...พ.ศ. 2560

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุนิ พงศ์จตุรวิทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นด้วยความเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงรินสุข งามงามสุข และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยพลัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ ให้คำแนะนำ และอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่พยาบาลงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยพลัมภ์ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ขอขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์แก่การวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางจาก หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างาน ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางจากที่ให้โอกาสผู้วิจัยมาศึกษาต่อ ให้กำลังใจ สนับสนุนช่วยเหลือด้วยดี ตลอดมา

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้กำลังใจระหว่างการศึกษา จนสามารถบูรณาการความรู้ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ ครอบครัวที่ให้กำลังใจ และการสนับสนุนด้วยดีตลอดมา จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จสมบูรณ์ ได้ด้วยดี

ปราณี ศรีวรรณ

56910016:สาขาวิชา: การพยาบาลเด็ก; พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คำสำคัญ: การทำหน้าที่ของครอบครัว/ ทักษะชีวิต/ เด็กพิเศษ/ บุคลิกภาพบกพร่อง

ปราณี ศรีวรรณ: ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ (RELATIONSHIPS BETWEEN FAMILY FUNCTIONING AND LIFE SKILLS OF SPECIAL CHILDREN WITH PERSONALITY DISORDERS)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: นุจรี ไชยมงคล, Ph.D., युनी พงศ์จตุรวิทย์, Ph.D. 85 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

ครอบครัวที่ทำหน้าที่เหมาะสมช่วยส่งเสริมทักษะชีวิตให้เด็กที่อยู่ในครอบครัวได้เจริญเติบโตและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขทั้งที่เป็นเด็กทั่วไปและเด็กพิเศษ การวิจัยครั้งนี้เป็นการแบบพรรณนาเชิงหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบสะดวก จำนวน 54 ราย เป็นผู้ปกครองของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว และแบบสอบถามทักษะชีวิตของเด็กวัยรุ่น มีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .89 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของครอบครัวเท่ากับ 104.09 ( $SD = 10.12$ ) และทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพเท่ากับ 139.22 ( $SD = 16.81$ ) ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวมกับทักษะชีวิตในภาพรวม ( $p > .05$ ) แต่พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวมและรายด้าน 5 ด้านคือ การสื่อสาร การควบคุมพฤติกรรม การทำหน้าที่ทั่วไป การแก้ไขปัญหา และการตอบสนองทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิตรายด้านบางด้าน ( $p < .05$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวเกี่ยวข้องกับทักษะชีวิตบางด้าน การวิจัยครั้งต่อไปที่ลึกซึ้งมากขึ้นเพื่อให้ได้คำตอบว่าทักษะชีวิตของเด็กพิเศษด้านใดที่สำคัญ และสามารถพัฒนาได้จากการทำหน้าที่ของครอบครัว จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพและครอบครัวของเด็กเหล่านั้น

56910016: MAJOR: PEDRIATRIC NURSING; M.N.S. (PEDRIATRIC NURSING)

KEYWORDS: FAMILY FUNCTIONS/ LIFE SKILLS/ SPECIAL CHILDREN/  
PERSONALITY DISORDERS

PRANEE SRIWAN: RELATIONSHIPS BETWEEN FAMILY FUNCTIONING AND  
LIFE SKILLS OF SPECIAL CHILDREN WITH PERSONALITY DISORDERS: NUJJAREE  
CHAIMONGKOL, Ph.D., YUNEE PONGJATURAWIT, Ph.D. 85 P. 2016.

A well-functioning family would enhance life skills of both normal and special children in the family to be well-grown up with happy living in society. This descriptive correlational study aimed to examine the relationships between family functioning and life skills of special children with personality disorder. A convenience sample of 54 parents of special children with personality disorder who received follow-up treatment at Yuvaprasart Vitayopatham, Samut Prakarn province was recruited in the study from February to May 2016. Research instruments included a demographic questionnaire, the Chulalongkorn Family Inventory and the Adolescent's Life Skill Questionnaire. Cronbach's alpha reliabilitis of questionnaires were .89 and .90, respectively. Descriptive statistics and Pearson product moment correlation were used to analyze the data.

Results revealed that total mean scores of family functions and life skills were 104.09 ( $SD = 10.12$ ) and 139.22 ( $SD= 16.81$ ). Statistically significant relationship between the overall mean scores of family functioning and life skills was not found ( $p > .05$ ). However, the overall family functioning and the 5 subscales including communication, behavior control, general function, problem solving and emotional response were found to have relationships with some aspects of the children's life skills ( $p < .05$ ).

These findings indicate that family functioning is related to some aspects of life skills. Further research should deeply focus on finding an answer of what aspects of the children's life skills is crucial and able to be improved by family functioning. It would be beneficial for both the special children with personality disorder and their family.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
เด็กพิเศษที่มีความบกพร่องทางด้านบุคลิกภาพ.....	10
แนวคิดทักษะชีวิต.....	21
การทำหน้าที่ของครอบครัว.....	27
การทำหน้าที่ของครอบครัวและทักษะชีวิตของเด็กในครอบครัว.....	31
3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	36
รูปแบบการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	37
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	39
การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	40
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	41

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย .....	42
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	42
ส่วนที่ 2 คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวและทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มี ความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ.....	44
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของ เด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ.....	46
5 สรุปและอภิปรายผล .....	49
สรุปผลการวิจัย .....	49
อภิปรายผล .....	50
ข้อเสนอแนะ .....	56
บรรณานุกรม.....	58
ภาคผนวก.....	66
ภาคผนวก ก.....	67
ภาคผนวก ข.....	75
ภาคผนวก ค.....	78
ภาคผนวก ง.....	82
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	85

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของข้อมูลทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง ( $n = 54$ ).....	43
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของคะแนนการทำหน้าที่ของ ครอบครัว ทั้งคะแนนรวมและรายด้าน ( $n = 54$ ) .....	45
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของคะแนนทักษะชีวิตของเด็กพิเศษ ที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพทั้งคะแนนรวมและรายด้าน ( $n = 54$ ) .....	46
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวทั้ง คะแนนรวมและรายด้านกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้าน บุคลิกภาพ ( $n = 54$ ).....	47
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับ ทักษะชีวิตทั้งคะแนนรวมและรายด้าน ( $n = 54$ ) .....	48



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กพิเศษที่มีความบกพร่องทางด้านบุคลิกภาพ (Special children with personality disorders) หมายถึง เด็กที่มีการแสดงออก หรือมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากเด็กปกติในวัยเดียวกัน ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมบางอย่างของตนเองได้ ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นไม่เป็นที่ยอมรับ หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานของความประพฤติปฏิบัติของสังคม ทำให้ไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ โดยเด็กจะแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม เวลา สถานที่ หรือการปฏิบัติของกลุ่มบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมชน ไม่อยู่นิ่ง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แสดงพฤติกรรมไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ หรือแสดงพฤติกรรมแปลก ๆ ที่บุคคลปกติไม่ทำกัน เช่น เดินหมุนตัวตลอดเวลา ทำเสียงร้องแปลก ๆ ไม่สบตาหรือมองหน้าผู้อื่น แยกตัว ทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น เป็นต้น (Dodd, Franke, Grzesik, & Stoskopf, 2014) ซึ่งจะเกิดผลกระทบต่อเด็ก ทำให้ไม่สามารถเรียนหนังสือได้เหมือนเด็กปกติ มีบุคลิกภาพไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น ทำให้เกิดความคับข้องใจ ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ หรือรักษาสัมพันธภาพกับเพื่อนและบุคคลอื่นได้ เด็กพิเศษที่มีความบกพร่องทางด้านบุคลิกภาพ ได้แก่ ออทิสติก ชนสมาธิสั้น และภาวะดื้อต่อต้าน เป็นต้น ทั้งนี้เด็กที่มีความบกพร่องทางด้านบุคลิกภาพจัดเป็นกลุ่มหนึ่งของเด็กพิเศษ ซึ่งคือเด็กที่มีความสามารถด้านใดด้านหนึ่งพิเศษกว่าเด็กปกติ หรือเด็กที่มีความต้องการการดูแลเป็นพิเศษ จากสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 พบเด็กออทิสติก ร้อยละ 0.2 ชนสมาธิสั้น ร้อยละ 7.4 และภาวะดื้อต่อต้าน ร้อยละ 4.8 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2555) เด็กพิเศษที่มีความบกพร่องทางด้านบุคลิกภาพมีความต้องการที่จะเข้าสังคมและมีเพื่อน แต่มีความยากลำบากในการควบคุมพฤติกรรมของตนที่แสดงออกมา หรือแสดงพฤติกรรมที่แปลก แตกต่างหากเด็กไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง จะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ การปรับตัว และมีพฤติกรรมไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม เนื่องจากไม่สามารถควบคุม รวมทั้งจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ ไม่สนใจบุคคลรอบข้าง รอคอยไม่เป็น ไม่รู้จักคิดวิเคราะห์และใช้เหตุผลในการตัดสินใจทำกิจกรรม ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาหรือเผชิญกับความเปลี่ยนแปลง และความกดดันที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เมื่อโตขึ้นจะมีความเสี่ยงมากกว่าบุคคลทั่วไป ต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและเกิดความล้มเหลวในการเรียนหรือการประกอบอาชีพ (Davis & Humphrey, 2012)

เด็กและเยาวชนในปัจจุบันตกอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้มีปัญหาด้านพฤติกรรม และมีผลกระทบต่อการศึกษาและการสร้างสัมพันธภาพ (อรวรรณเลาะห์เรณู, 2551) รวมทั้งปัญหาด้านคุณธรรม จริยธรรมที่พบได้บ่อย เช่น ปัญหาการเสพติด การลักขโมย การทะเลาะวิวาท จากการสำรวจข้อมูลต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทย พบว่าเด็กและเยาวชนไทยมีจุดด้อยในการพูดความจริง และความซื่อสัตย์ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาค่อนข้างน้อย (สุริยเดว ทรีปาตี, 2552) ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ต้องได้รับความช่วยเหลือและแก้ไขตั้งแต่เด็ก เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการดำเนินชีวิต การป้องกันและแก้ไขทำได้หลายวิธี เช่น การพัฒนาศักยภาพเด็กไทย การใช้บังคับกฎหมายเด็กและเยาวชน การสร้างความมั่นคงให้สถาบันครอบครัว และการพัฒนาทักษะชีวิตให้กับเด็ก (ปานบตี เอกะจัมปะกะ, 2552; Graham & Fox, 2007) ส่วนในเด็กพิเศษซึ่งมีความบกพร่องในด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรมด้วยแล้ว เด็กกลุ่มนี้ก็ยังมีความยากลำบากในการปรับตัวและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทำให้มีความวิตกกังวล มีความเครียดเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้เด็กไม่ได้รับการยอมรับในสังคม หรือไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมอย่างเด็กปกติโดยทั่วไป (Goodman & Scott, 2005)

ทักษะชีวิต เป็นความสามารถในการปรับตัว เพื่อให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถจัดการกับอารมณ์ ความต้องการ และเผชิญสิ่งท้าทายที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างเหมาะสม กับสภาพสังคมและวัฒนธรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (World Health Organization [WHO], 1994) ทักษะชีวิตเป็นความสามารถทางจิตสังคม องค์การอนามัยโลกได้มีการเผยแพร่แนวคิด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลรู้จักดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ โดยมุ่งเน้นให้ดำเนินชีวิต รวมทั้งปรับตัวเพื่ออยู่ในสังคมด้วยตนเองอย่างมีความสุข โดยไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้จัดองค์ประกอบของทักษะชีวิตไว้ 10 ประการ ได้แก่ การคิดวิเคราะห์วิจารณ์ ความคิดสร้างสรรค์ ความตระหนักรู้ในตนเอง ความเห็นใจผู้อื่น การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การจัดการกับอารมณ์และการจัดการความเครียด ซึ่งองค์ประกอบของทักษะชีวิตนั้นมีความคล้ายคลึงกันในแต่ละวัฒนธรรม และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามบริบท ได้แก่ ความแตกต่างทางศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรมและประเพณี ทักษะชีวิตจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนจำเป็นต้องมี เพราะตั้งแต่มนุษย์เกิดมา จะต้องได้รับการหล่อหลอมจากครอบครัวและสังคม (ยงยุทธวงศ์ภิมย์สานต์ และสุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2550) ซึ่งเป็นปฏิริยาต่อเนื่องกันตั้งแต่วัยเด็ก สู่วัยรุ่น จนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยพัฒนาการในแต่ละช่วงวัยนั้นได้รับภาวะความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายใน เช่น สภาพร่างกาย อารมณ์ ความต้องการ และจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ครอบครัว และเพื่อน การที่

บุคคลจะยืนหยัดอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขโดยไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของสังคม เด็กและวัยรุ่นจึงต้องสามารถจัดการกับแรงกระทบทั้งภายในและภายนอกได้อย่างสมดุล

ในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) ได้มีการปรับปรุงทักษะชีวิตตามแนวคิดของ (WHO, 1994) เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย โดยเพิ่มเติมองค์ประกอบทักษะชีวิตตามพฤติกรรมการเรียนรู้ 2 องค์ประกอบ คือ ความภาคภูมิใจในตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เชื่อมมั่นในการนำความสามารถของตนเองมาใช้ให้เกิดประโยชน์ และ ความรับผิดชอบต่อสังคม เป็นความพยายามและรับผิดชอบต่อผลการกระทำ โดยตระหนักว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีทักษะชีวิตที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวต่อปัญหาของเด็กและเยาวชน เพื่อสามารถเผชิญกับปัญหารอบตัว ส่วนหนึ่งของเด็กและเยาวชนที่จะมีทักษะชีวิตที่ดี และเหมาะสมมักมาจากครอบครัวที่อบอุ่น มั่นคง และมีการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีศักยภาพ (Sajidin, Nurkamto, Saleh, & Sultan, 2013; Mangrulkar, Whitman, & Posner, 2001) ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นหน่วยพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อทักษะชีวิต

สำหรับเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพจะมีพฤติกรรมและการแสดงออกที่แตกต่างจากเด็กส่วนใหญ่เป็นอย่างมาก และมีอาการอยู่นาน มีทนต่อความตึงเครียดและความคับข้องใจได้น้อยกว่าเด็กปกติ ทำให้เกิดความวิตกกังวล หรืออาการของโรคจิตชั่วคราวได้ รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นบกพร่องไป ส่งผลให้เด็กอยู่ในสังคมอย่างไม่มีความสุขและประสบความสำเร็จน้อยกว่าที่ควร (Edwards, 2001) การที่เด็กจะสามารถอยู่ในสังคม และสามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้ อย่างมีความสุขนั้น จำเป็นต้องมีทักษะชีวิตที่ดี ทักษะชีวิตเป็นศักยภาพอย่างหนึ่ง ทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การเล่น การเรียนรู้ต่าง ๆ การทำงาน การเข้าสังคม ตลอดจนความคิดสร้างสรรค์ รวมไปถึงการแก้ปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนการจัดการกับอารมณ์หากไม่มีทักษะนี้แล้ว เวลาที่เกิดปัญหาต่าง ๆ จะไม่รู้จักรักษาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้สำเร็จลุล่วงไปได้ และหากปัญหาถูกสะสมไปนานจะทำให้เกิดปัญหาทางสังคม (จริยา จุฑาภิสิตธิ์ และจุฑามาส วรโชติคำจร, 2554)

ครอบครัวเป็นสังคมแรกที่เด็กได้ดำเนินชีวิตร่วมกัน ถ้าพ่อแม่ ผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัวมีความรัก ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจกัน จะทำให้เด็กมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย เกิดการเรียนรู้ เลียนแบบบุคคล จากการฟัง การดู การอ่าน และการแสดงออกพฤติกรรมและอารมณ์ที่เหมาะสม ในทางตรงกันข้ามถ้าครอบครัวขาดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ หรือมีการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ดี ครอบครัวแตกแยก มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว จะทำให้เด็กมีพฤติกรรมเช่นนั้นตามไปด้วย (Ajzen, 1991; Bastian, Burns & Nettelbeck, 2005; Gorman, Tolan, Loeber & Henry, 1998) ครอบครัวเปรียบเสมือนเบ้าหลอมบุคลิกภาพ พฤติกรรม และทักษะชีวิตของเด็กใน

เบื้องต้น จากผลการศึกษาของ ศศิวิมล เกลียวทอง (2556) พบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อทักษะชีวิตของนักเรียนประกอบด้วย การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย การมีสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว ครู และเพื่อน ๆ ด้วยกัน และจากการศึกษาของ นพัสชวินทร์ มุลทาทอง (2555) พบว่า เด็กนักเรียนที่มีทักษะชีวิตที่ดีนั้น จะมีความสามารถในการใช้ความคิด การสื่อสาร การปรับตัว และการตัดสินใจ ที่จะจัดการกับอารมณ์และความเครียดในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้เด็กรู้จักดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ส่งผลให้มีสภาพการดำรงชีวิตที่มีความสุข สามารถดำรงตนอยู่ในสังคม โดยไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคมอย่างไรก็ดีจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบรายงานการศึกษาทักษะชีวิตของเด็กพิเศษไม่ว่าจะเป็น เด็กออทิสติกเด็กชนสมาสี้น หรือมีภาวะคือต่อต้าน

การทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นภารกิจที่ครอบครัวปฏิบัติเพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัว ได้รับการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกในครอบครัวมีการพัฒนาและปรับตัว ให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกครอบครัว Rayn, Eptein, Keitner, Miller and Bishop (2005) กล่าวว่าครอบครัวเป็นระบบเปิด ในครอบครัวประกอบด้วย ระบบย่อย ๆ ได้แก่ สมาชิก คู่สมรส พี่น้อง บุตร แต่ละหน่วยในระบบครอบครัวมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน พฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ โดยได้จัดแบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวออกเป็น 7 ด้าน ประกอบด้วย การทำหน้าที่ทั่วไป การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) สถาบันครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาให้สมาชิกภายในครอบครัวมีบุคลิกภาพและทักษะชีวิตที่ดี สามารถเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ช่วยกระตุ้นให้สมาชิกเกิดความอดทนต่อความยากลำบาก มีการปรับตัว สามารถเอาชนะปัญหาโดยไม่ย่อท้อ และมีเป้าหมายในชีวิต (ทิพย์วัลย์ สุรินยา, 2557; Denham, 2003; Mangrukar et al., 2001) จากการศึกษาของ สุภาพร แสงหล้า, นุจรีย์ไชยมงคล และยุณี พงศ์จตุรวิทย์ (2557) พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำหน้าที่ของครอบครัว ส่งผลต่อพฤติกรรมทางสังคมในเด็ก และ อโนชา ทัศนารณชัย, นุจรีย์ไชยมงคล และสุนทราวดี เขียรพิเชษฐ (2552) พบว่า ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ที่ดีหรือเหมาะสมมาก บุคคลที่อยู่ในครอบครัวนั้นจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย ดังนั้นการทำหน้าที่ของครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ การแสดงออกของพฤติกรรมในสังคม รวมทั้งทักษะชีวิตของเด็กซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว

ในครอบครัวซึ่งมีสมาชิกเป็นเด็กพิเศษ ซึ่งเด็กต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ และต่อเนื่องยาวนาน โดยเริ่มแรกบางครอบครัว จะมีการปฏิเสธต่อการเจ็บป่วย โดยแสดงออกโดยการไม่

ยอมรับการรักษา หรือผลการวินิจฉัย บางรายพาไปรักษาหลายแห่ง แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปเด็กยังมีพฤติกรรม อาการ ไม่ดีขึ้น ก็จะยอมรับ แสดงความรู้สึกริดรอน กลัวโทษตัวเอง ซึ่งทำให้เกิดความเครียด ในครอบครัวได้ บางครอบครัวแสดงออกโดยการปกป้องเด็กมากเกินไป ตามใจ ไม่ชัดเจน เนื่องจาก สงสาร ต้องการชดเชยให้เด็ก โดยการส่งเสริมให้ได้รับการรักษา การเข้าโปรแกรมฝึกพัฒนาการ ทั้งด้านร่างกายและสังคม หรือการส่งเสริมความสามารถพิเศษที่เด็กมีเพื่อให้เป็นที่ยอมรับ และทำให้เด็กภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่ง โปรแกรมการรักษา และการฝึกต่าง ๆ จะมุ่งเน้นให้ผู้ปกครองเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมพฤติกรรมดี และสอนให้ผู้ปกครองนำมาใช้ปฏิบัติเพื่อให้ความสามารถในการปรับพฤติกรรมเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในระยะการเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาผู้ปกครองจึงมีกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกันกับเด็กและสมาชิกคนอื่น ๆ มีการแบ่งหน้าที่ การดูแล ชัดเจน บางรายลาออกจากงานประจำมาเพื่ออยู่ดูแลบุตรอย่างเดียว สมาชิกคนอื่นให้ความร่วมมือในด้านการสนับสนุนด้านอื่น ๆ เนื่องจากครอบครัวต้องการให้เด็กเป็นที่ยอมรับ และสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคมเช่นเด็กปกติทั่วไป (Wong, Hockenberry-Eaton, Wilson, Winketein & Schwartz, 2001)

ครอบครัวจึงเป็นเสมือนพื้นฐานสำคัญ ในการที่จะส่งเสริมความมั่นคงให้กับเด็กในการเผชิญกับสังคมภายนอกครอบครัว ดังนั้นถ้าครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ได้ดี ย่อมส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการ และมีทักษะชีวิตที่ดีเช่นกัน ในปัจจุบันนี้พบเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพเพิ่มมากขึ้น จากการรักษาและการกระตุ้นพฤติกรรมทำให้เด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพสามารถเข้าร่วมสังคมกับเด็กปกติโดยทั่วไป สามารถเรียนรู้ร่วมกับเด็กปกติมากขึ้น (Solomon, Ono, Timmer, & Goodlin-Jones, 2008; Lewandowski, Tonya, Jennifer, Susannah, & Christine, 2010)จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังกล่าว พบการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีบุตรในวัยต่าง ๆ และมีการศึกษาทักษะชีวิตของเด็กปกติ แต่ไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะในมุมมองของผู้ปกครอง หรือบิดามารดาที่ให้การดูแลเด็กพิเศษเหล่านั้น ผลการวิจัยจะสามารถใช้เป็นประโยชน์สำหรับการศึกษารุ่นต่อไป รวมทั้งเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมหรือโครงการสำหรับเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพและครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวที่มีเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ ได้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสม และส่งผลต่อการพัฒนาทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัว และทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ

## สมมติฐานการวิจัย

การทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป มีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ

## ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ

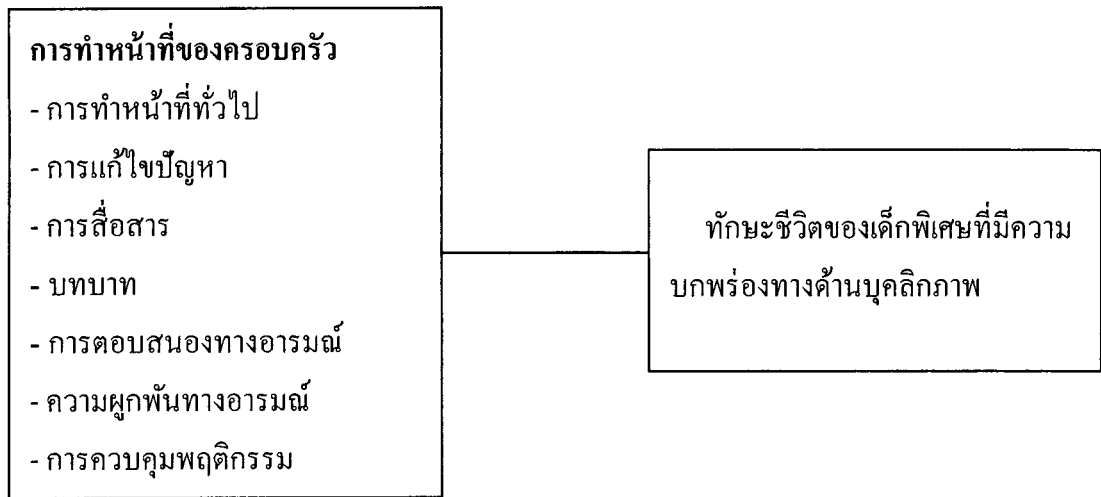
## กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) ที่มุ่งเน้นให้เด็กและเยาวชน มีความสามารถในการปรับตัวและแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อพึ่งพาตนเอง และสามารถป้องกันตัวเองให้พ้นจากอันตรายต่าง ๆ ได้ โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดองค์ประกอบของทักษะชีวิตที่จำเป็นสำหรับเด็ก 10 ด้าน คือ การคิดวิเคราะห์ ความคิดสร้างสรรค์ การตระหนักรู้ในตนเอง ความเห็นใจผู้อื่น การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับความเครียดร่วมกับ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) ซึ่งได้มีการปรับปรุงทักษะชีวิตตามแนวคิดของ WHO (1994) เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย โดยเพิ่มเติมองค์ประกอบทักษะชีวิตตามพฤติกรรมการเรียนรู้ 2 องค์ประกอบ คือ ความภาคภูมิใจในตนเอง และ ความรับผิดชอบต่อสังคม

ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมแรกเริ่มที่มีความสำคัญที่สุด เป็นสถาบันแรกที่ทำหน้าที่ทางสังคมในการถ่ายทอดค่านิยม ปลูกฝังความเชื่อ สร้างเสริมทัศนคติ กำหนดบุคลิกภาพ วิธีประพฤติปฏิบัติตน รวมทั้งการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมให้แก่ สมาชิก ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาและ

หล่อหลอมบุคลิกภาพของเด็กให้เป็นไปตามที่สังคมต้องการ นำไปสู่การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ขณะเดียวกัน ยังเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือดูแล เยียวยา บำบัด พื้นฟู ในยามที่ต้องเผชิญกับปัญหาวิกฤตที่กระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย เนื่องจากสถาบันครอบครัวเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญในการพัฒนาเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวที่เข้มแข็งมีระบบเครือญาติ และสายใยผูกพันมาช้านาน สถาบันครอบครัวที่อ่อนแอลงไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความอ่อนแอในครอบครัว และมีผลทำให้สมาชิกเกิดปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และการเข้าสังคมมีความผิดปกติตามมาซึ่งการที่เด็กพิเศษที่มีความบกพร่องทางด้านบุคลิกภาพ จะมีทักษะชีวิตที่เหมาะสมนั้นต้องมาจากการเลี้ยงดูอบรมสั่งสอน และมีต้นแบบมาจากครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ที่เหมาะสม ซึ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวประกอบด้วย การทำหน้าที่ 7 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทั่วไป การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรมถ้าครอบครัวรับทราบว่ามีสมาชิกมีความเจ็บป่วยหรือมีพฤติกรรมผิดปกติ สมาชิกแต่ละคนก็จะแสดงบทบาทเพื่อช่วยกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ในพื้นฐานของความรัก ความผูกพันกันในครอบครัว ทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ ร่วมมือกันเพื่อข้ามผ่านวิกฤตที่กำลังเผชิญได้ เมื่อเด็กได้รับความรัก ความเอาใจใส่ด้วยความรัก ความเข้าใจ เด็กจะเกิดการเลียนแบบของพฤติกรรมที่ดี มีการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่เหมาะสม ยิ่งครอบครัวใด มีการชื่นชมให้กำลังใจ จะยิ่งสร้างเสริมให้เด็กมีความภาคภูมิใจในตนเอง มั่นใจในการแสดงพฤติกรรมที่ดี มีการ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น สามารถคิดวิเคราะห์แก้ปัญหา และเผชิญกับความเครียดในสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน รู้จักสร้างสัมพันธ์ภาพ และรักษาความสัมพันธ์ที่ดีนั้นได้ รวมทั้งการให้อภัย การทำประโยชน์ให้สังคม จนเป็นที่ยอมรับของครอบครัวและบุคคลอื่นได้ ดังแสดงในภาพที่ 1





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**เด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ** หมายถึง เด็กอายุระหว่าง 10-18 ปี ที่มีการแสดงออกต่อผู้อื่น การรับรู้และการสื่อสารที่แตกต่างไปจากเด็กปกติในวัยเดียวกัน และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ว่าเป็นโรคในกลุ่มที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ ได้แก่ เด็กสมาธิสั้น เด็กออทิสติกในกลุ่มที่มีความสามารถสูง (Moderated-high function) ซึ่งผ่านการฝึกฝน และสามารถเรียนร่วมในชั้นเรียนกับเด็กปกติหรือเด็กที่มีภาวะคือต่อต้าน โรคใดโรคหนึ่ง ไม่มีโรคร่วม หรือมีความพิการทางด้านร่างกาย และสติปัญญาไปด้วย โดยเด็กได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และรักษาอย่างต่อเนื่อง มาอย่างน้อย 1 ปี รวมทั้งกำลังเรียนหนังสือร่วมในชั้นเรียนกับเด็กปกติ

**ทักษะชีวิต** หมายถึง ความสามารถของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องทางด้านบุคลิกภาพ ผ่านการรับรู้ของบิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ในการกระทำหรือแสดงออกในสังคม การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ประกอบด้วยทักษะ 12 ด้าน คือ การคิดวิเคราะห์ ความคิดสร้างสรรค์ การตระหนักรู้ในตนเอง ความเห็นใจผู้อื่น การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การจัดการกับอารมณ์ การจัดการกับความเครียด ความภูมิใจในตนเอง และความรับผิดชอบต่อสังคม ประเมินโดยใช้แบบวัดที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดทักษะชีวิตของวัยรุ่น (บุษกร สืบซึ่ง, 2549)

**การทำหน้าที่ของครอบครัว** หมายถึง การกระทำหรือแสดงบทบาทของสมาชิกแต่ละคน ในครอบครัวของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องทางด้านบุคลิกภาพ ที่มีต่อกันในการอยู่ร่วมกัน

การอบรมสั่งสอน การให้ความรักความอบอุ่น การปกป้องดูแล และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ประกอบด้วยการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ทั่วไป การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม ประเมิน โดยใช้แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวของ Chulalongkorn Family Inventory (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องทางด้านบุคลิกภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า และ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปไว้ในหัวข้อตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. เด็กพิเศษที่มีความบกพร่องทางด้านบุคลิกภาพ
2. แนวคิดทักษะชีวิต
3. การทำหน้าที่ของครอบครัว
4. การทำหน้าที่ของครอบครัวและทักษะชีวิตของเด็กในครอบครัว

#### เด็กพิเศษที่มีความบกพร่องทางด้านบุคลิกภาพ

บุคลิกภาพ (Personality) แปลความหมายตามพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน หมายถึง สภาพเฉพาะบุคคล รูปร่าง ท่าทาง ความรู้ ทัศนคติ ลักษณะเฉพาะของแต่ละคนและลักษณะนิสัยเฉพาะคน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

Erikson นักจิตวิทยาพัฒนาการ กล่าวว่า บุคลิกภาพเป็นลักษณะโดยรวมของบุคคลทั้ง รูปลักษณ์ทางกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญาและพฤติกรรม ซึ่งทำให้มีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บุคลิกภาพบางอย่างก็ติดตัวมาแต่กำเนิด และบางอย่างก็ได้รับผลจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสภาพแวดล้อม และสังคมในแต่ละบุคคลมีการพัฒนาและประสบการณ์ที่ไม่เหมือนกัน ทำให้บุคคลมีลักษณะเฉพาะตัว โดยปรากฏให้เห็นด้านกายภาพ ได้แก่ รูปร่างหน้าตา สีผิว อายุ เพศ ด้านจิตใจ ได้แก่ สติปัญญา อารมณ์และความรู้สึก ส่วนด้านสังคม ได้แก่ อุปนิสัยใจคอ ความนิยมชมชอบ ระเบียบแบบแผนและประเพณี ทั้งนี้ Erikson เชื่อว่าวัยเด็กเป็นวัยที่เต็มไปด้วยพลังงาน มีความคิดริเริ่มที่จะทำสิ่งใหม่ ประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองอย่างอิสระ โดยมีผู้ใหญ่ บิดา มารดา หรือครูคอยช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อให้เด็กมีการแสดงพฤติกรรม มีบุคลิกภาพ มีการปรับตัวทั้งด้านอารมณ์และสังคมในทางที่เหมาะสม ดังนั้นการเรียนรู้ทำให้บุคลิกภาพของคนเปลี่ยนแปลงไปที่ละน้อย และความคับข้องใจที่เกิดจากการไม่ได้ถูกสนองความต้องการ มีผลต่อพัฒนาการของบุคลิกภาพ การปรับตัวจึงมีส่วนสัมพันธ์กับพัฒนาการทางบุคลิกภาพเป็นอย่างมาก (ทิพวรรณ ทรัพย์, 2554)

ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กทำให้มีการถ่ายทอดลักษณะและมาตรฐานทางสังคม โดยการเสริมแรงและการเรียนรู้โดยการเลียนแบบซึ่งเด็กจะเลียนแบบพฤติกรรมการแสดงออกของบิดา

มารดา หรือผู้เลี้ยงดู มากกว่าทำตามคำสั่งสอน ดังนั้นทัศนคติและการเป็นต้นแบบของบิดา มารดา มีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของเด็กเป็นอย่างมาก อิทธิพลของการเลี้ยงดูที่มีผลต่อบุคลิกภาพที่แตกต่างกันของเด็ก ได้แก่ การเลี้ยงดูที่ทอดทิ้ง กระทำทารุณ หรือประณามอย่างไม่สมควร ลงโทษเสมอจะส่งผลให้เด็กมีบุคลิกภาพ ซึ่กั้ว กั้วล มีปมด้อย ขอมให้คนเอาเปรียบ ใฝ่หาความรัก หรือมีบุคลิกภาพในทางตรงกันข้าม คือ ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น ส่วนการเลี้ยงดูโดยมีการแสดงความรักที่ไม่เท่ากัน ทำให้เด็กเกิดความอิจฉา แข่งแย้งชิงดี เข้าอารมณ์ เต็มไปด้วยความรู้สึกชิงชัง ในเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูที่พ่อแม่แสดงความห่วงใย และตามใจเกินขอบเขต จะทำให้เป็นเด็กไม่เป็นของตัวเอง ไม่รับผิดชอบตนเอง มีวุฒิภาวะต่ำ ส่วนเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบโอบอุ้ม คุ้มครองมากเกินไป จะเติบโตเป็นคนที่ไม่มีความอดทน โดยลักษณะของพฤติกรรมที่พบเหล่านี้ทำให้เด็กมีความบกพร่องทางด้านบุคลิกภาพ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)

#### **ลักษณะของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ**

เด็กพิเศษ มาจากคำเต็มว่า “เด็กที่มีความต้องการพิเศษ” หมายถึง เด็กที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ช่วยเหลือเป็นพิเศษ เพิ่มเติมจากวิธีการตามปกติ ทั้งในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียนรู้และการเข้าสังคม เพื่อให้เด็กได้รับการพัฒนาเต็มตามศักยภาพตามลักษณะความจำเป็นและความต้องการของแต่ละคน ได้แก่ เด็กที่มีความสามารถพิเศษ เด็กที่มีความบกพร่องในด้านร่างกาย พฤติกรรม อารมณ์ สังคมเด็กยากจนและด้อยโอกาส เป็นต้น (American Psychiatric Association, 2000) เด็กที่มีความบกพร่องทางบุคลิกภาพพบได้ ในกลุ่มของเด็กที่มีบกพร่องทางพฤติกรรมและอารมณ์ โดยเด็กจะมีการควบคุม การแสดงออกและอารมณ์ของตนเองให้อยู่ในสภาพปกติ เช่นคนปกติคนนั้น ๆ ไม่ได้และพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้น ไม่เป็นที่ยอมรับและไม่เป็นไปตามมาตรฐานการประพฤติปฏิบัติของสังคม ทำให้ไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเรียบร้อย ส่งผลให้ไม่สามารถเรียนหนังสือได้ ไม่สามารถรักษาความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่น มีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เกิดความคับข้องใจและเก็บกด หรือมีอาการแสดงทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดตามส่วนต่าง ๆ ร่างกาย หรือมีความหวาดกลัว (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2549)

การตัดสินใจว่าเด็กคนใดมีความบกพร่องทางด้านบุคลิกภาพ ต้องพิจารณาจากระดับความรุนแรง และความสม่ำเสมอของการแสดงพฤติกรรมควบคุมกัน ไป เด็กอาจมีบุคลิกภาพบกพร่องเพียงด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ เนื่องจากเด็กต้องการความปลอดภัย และมั่นคงในครอบครัว ต้องการความรักความเข้าใจ จากสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งความมั่นคงปลอดภัยในสถานที่ที่เด็กต้องออกไปมีปฏิสัมพันธ์ หรือคุ้นเคยด้วย ถ้าเด็กสามารถแสดงออกแล้วมีการตอบสนองที่ถูกต้อง เด็กก็จะมีพฤติกรรมไปในทางที่ปกติ ส่วนเด็กที่ไม่สามารถสื่อสารหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ ก็จะทำให้เด็กเกิดความคับข้องใจ แสดงพฤติกรรมที่แปลกแยกไปจากบุคคลอื่น ๆ เรียกว่ามีความบกพร่อง

ของบุคลิกภาพ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2550; Edwards, 2001) ซึ่งเด็กจะมีการแสดงออกต่อเนื่องจนติดเป็นนิสัย และแสดงออกให้พบทั้งที่บ้าน และในสังคม ได้แก่

1. ก้าวร้าว ก่อความ เด็กจะแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ก่อความความสงบสุขของบุคคลอื่น รวมไปถึงแสดงความโหดร้าย ทารุณสัตว์ ชกต่อย ทำร้ายร่างกายตนเองหรือผู้อื่น ตีคนสุรา เสพสารเสพติด คุกคาม หวิดร้อง ไม่เคารพเชื่อฟังผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ฝ่าฝืนคำสั่งของพ่อแม่ เด็กที่มีบุคลิกภาพแบบนี้มักจะเกิดความขัดแย้งกับคนใกล้ชิด และจะแสดงพฤติกรรมที่รุนแรงมากขึ้น หากไม่ได้รับการเอาใจใส่และแก้ไขที่ถูกต้อง

2. การเคลื่อนไหวร่างกายที่ผิดปกติ เด็กจะมีลักษณะอยู่ไม่นิ่ง เคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลาโดยปราศจากจุดหมาย นอกจากนี้ยังมีความสนใจสิ่งต่าง ๆ น้อย ขาดสมาธิ โดยจะหันเหความสนใจไปสู่สิ่งอื่นได้ง่าย เด็กที่มีการเคลื่อนไหวผิดปกตินี้ บางครั้งจะพบความก้าวร้าวร่วมด้วย มีการปรับตัวทางสังคมไม่เหมาะสม เช่น มีพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์อันเป็นที่ยอมรับของสังคม รวมกลุ่มเป็นอันธพาล ทำลายสาธารณสมบัติ ลักขโมย หนีเรียน มีการทำร้าย หรือต่อสู้กับนักเรียน ระหว่างโรงเรียนคู่อริ การประทุษร้ายทางเพศ ซึ่งบุคลิกภาพนี้มักพบในเด็กวัยรุ่นเป็นส่วนใหญ่

3. วิดกกังวลและปมด้อย เด็กจะไม่กล้าพูด ไม่กล้าแสดงออก เกิดความประหม่าเมื่อต้องออกไปรายงานหน้าชั้นเรียน บางคนถนัดปีศาจ อุจจาระไม่ได้เมื่อเกิดความวิตกกังวล หรือเด็กจะมีอาการป่วยไข้ทุกครั้งเมื่อถึงเวลาไปโรงเรียน เด็กบางคนจะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ร้องไห้บ่อย ๆ ซึ่งเป็นบุคลิกภาพที่เกิดจากความวิตกกังวลเหล่านี้ ถือเป็นปมด้อยของเด็ก

4. การหลีกเลี่ยงสังคม สามารถพบได้จากการสังเกต ส่วนมากพบในเด็กที่มีบุคลิกภาพขี้อาย เจ้าอารมณ์ มักพบว่าเด็กไม่ค่อยพูดคุย ไม่เล่นกับเพื่อน ชอบแยกตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับเพื่อน เนื่องจากเด็กขาดทักษะที่จำเป็นในการสื่อสารกับผู้อื่น ขาดความเชื่อมั่นในตนเองจึงชอบอยู่คนเดียว ทำอะไรคนเดียว บางคนอาจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ แต่มักแสดงความก้าวร้าว แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ไม่มีวุฒิภาวะความผิดปกติในการเรียน

เด็กที่มีผลการเรียนดีมักเป็นที่นิยมชมชอบของครู พ่อแม่ และเพื่อน ๆ ในเด็กที่มีบุคลิกภาพบกพร่องส่วนใหญ่มีผลการเรียนที่ไม่ดี จึงกลายเป็นเด็กที่มีปัญหาในการเรียนรู้ ทำให้เรียนรู้ได้ช้า อ่าน เขียนหนังสือไม่ถูก ทำให้กลายเป็นเด็กมีปัญหาด้านการเรียน จากการศึกษาวิจัยพบว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านบุคลิกภาพมักมีผลการเรียนต่ำ โดยเฉพาะด้านการอ่าน การสะกดคำ และการคำนวณ (นิรมล พัจสุนทร และคณะ, 2554) เด็กที่มีความบกพร่องทางด้านบุคลิกภาพ ในปัจจุบันมีการวินิจฉัยโรคซึ่งนับว่าเป็นความบกพร่องทางพฤติกรรมและอารมณ์ ได้แก่ โรคออทิซึม โรคสมาธิสั้น และโรคดื้อต่อต้าน (American Psychiatric Association, 2000)

## โรคออทิซึม (Autism)

เป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับพัฒนาการด้านสังคม การสื่อสาร และการแสดงอารมณ์ เรียกบุคคลที่มีลักษณะอาการของโรคออทิซึมว่า “ออทิสติก” (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2550) ดังนั้นเด็กออทิสติก จึงหมายความว่าเด็กที่ความผิดปกติ หรือมีความบกพร่องทางด้านพัฒนาการทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีพัฒนาการด้านการสื่อสารบกพร่อง รวมทั้งมีการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่บกพร่องด้วย (American Psychiatric Association, 2000) โดยเด็กออทิสติกมักจะไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ ไม่สบตา สื่อสารไม่เข้าใจพูดซ้ำ หรือไม่พูด มักใช้การสื่อสารทางด้านร่างกายเป็นหลัก มีการแสดงพฤติกรรมแปลก ๆ ชอบทำอะไรซ้ำ ๆ ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีความพอใจกับสิ่งแวดล้อมเดิม หรือการกระทำซ้ำซาก มักสังเกตเห็นได้ชัดเมื่ออายุก่อน 3 ปี อัตราความชุกของโรคออทิซึม พบประมาณร้อยละ 60 รายต่อเด็ก 10,000 ราย พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอัตราส่วน 2-4:1

### อาการและอาการแสดง

กลุ่มอาการของออทิซึม มีอาการแสดงที่หลากหลาย และไม่มีขอบเขตจำกัด ทำให้การแยกแยะกลุ่มอาการออกจากกัน ทำได้ค่อนข้างยาก รวมทั้งอาการแสดงของโรคแตกต่างกันไป ในแต่ละราย ทำให้พบความแตกต่างด้านพัฒนาการของเด็กออทิสติก เมื่อเทียบกับเด็กปกติที่เห็นได้ชัดเจน คือมีความบกพร่องของพัฒนาการทางสังคม ภาษาและการสื่อสาร การแสดงอารมณ์และพฤติกรรม

ความบกพร่องของพัฒนาการทางสังคม เป็นความบกพร่องหลักของเด็กออทิสติก โดยเด็กออทิสติกจะแสดงพฤติกรรมไม่สนใจผู้อื่น เฉยเมย ไม่แสดงออกทางสีหน้าหรือกิริยาท่าทาง ไม่สบตาผู้อื่น มองผ่านบุคคลคล้ายเป็นสิ่งของ ชอบแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจความรู้สึกผู้อื่น บางครั้งทำคล้ายไม่รู้ร้อนรู้หนาว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือไม่ได้เลย ไม่สามารถลอกเลียนแบบท่าทางผู้อื่น เล่นสมมุติไม่เป็น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545; American Psychiatric Association, 2000)

ความบกพร่องของพัฒนาการทางภาษาและการสื่อสาร โดยเด็กออทิสติกจะมีปัญหาเรื่องการพูดซ้ำ หรือใช้ภาษาของตนเอง ไม่มีความหมาย หรือภาษามนุษย์ต่างดาว โดยที่ผู้อื่นฟังไม่เข้าใจ ซึ่งพัฒนาการด้านนี้พ่อแม่จะสังเกตเห็นความผิดปกติได้เป็นอันดับแรก ในเด็กออทิสติกบางรายที่พูดได้ อาจไม่สามารถเริ่มต้นบทสนทนา หรือสนทนาต่อเนื่องเป็นเรื่องราวกับผู้อื่นได้ บางรายพบความผิดปกติในการเปล่งเสียงคำพูดเกี่ยวกับความดัง ไม่ควบคุมระดับความหนักเบาของเสียง การเน้นเสียง และอาจพบความผิดปกติในรูปแบบเนื้อหาของคำพูด มีการพูดวกไปวนมา ชอบพูดซ้ำไปซ้ำมา พูดเลียนแบบทันที ทำให้สนทนากับบุคคลอื่นไม่ได้นาน เด็กบางคนสื่อสารโดยใช้ท่าทาง

เมื่อต้องการอะไรจะขอหรือชี้ไม่เป็น แต่จะใช้วิธีดึงมือ หรือเอาร่างกายดันให้ไปหาสิ่งนั้น ๆ แทน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2550)

ความบกพร่องของพัฒนาการด้านอารมณ์และพฤติกรรมเด็ก โดยจะแสดงการเคลื่อนไหวร่างกายหรืออวัยวะต่าง ๆ เช่น สะบัดมือ เคาะมือ หมุนตัวเอง กระโดดขึ้นลง มีความหมกหมุ่นหรือสนใจ เฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของสิ่งของ เช่น เมื่อเล่นรถของเล่น ก็จะหยายรถแล้ว หมุนล้อไปมา หรือเล่นแต่พวงมาลัยรถ ไม่สนใจส่วนประกอบอื่น ๆ ทำให้เล่นของเล่นไม่ตรงวัตถุประสงค์ของของเล่นนั้น ๆ มีการปรับตัวยาก ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมรอบตัว โดยเฉพาะกับกิจวัตรประจำวัน เช่น ไปโรงเรียนต้องเดินเข้าประตูหน้า แล้วเดินเลี้ยวขวาขึ้นห้องเรียนเช่นนั้นทุกวันไม่เปลี่ยนแปลง ของเล่นทุกชิ้นต้องวางเรียงกันในตำแหน่งเดิม แบบเดิม ถ้าเคลื่อนย้ายหรือหายไป จะแสดงอาการอึดอัด ร้องไห้ไม่หยุด อาละวาดทุบตีคนอื่นจนกว่าจะได้ของสิ่งนั้นกลับคืนมา บางครั้งมีการแสดงอารมณ์ไม่สมเหตุสมผล บางคนแสดงอารมณ์น้อยไปหรือมากเกินไป เช่น เมื่อได้ยินเสียงสุนัขเห่าเด็กจะเอามือปิดตาตัวเองทั้งสองข้าง และบางคนมีอารมณ์รุนแรงทำให้มีการทำร้ายตนเอง เช่นการ โขกศีรษะกับพื้น กัดแขนตัวเอง เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ตนเองต้องการ (American Psychiatric Association, 2000)

เด็กออทิสติกเป็นเด็กที่มีความผิดปกติทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษา และการสื่อความหมาย ซึ่งมีสาเหตุเนื่องมาจากการทำหน้าที่บางส่วนของสมองผิดปกติไป และความผิดปกตินี้จะพบได้ก่อนอายุ 30 เดือน โดยยังไม่มีผู้ใดสามารถสรุปได้ว่าอะไรคือสาเหตุที่แท้จริงทำให้เป็นโรคออทิสซึม ถึงแม้จะมีงานวิจัยใหม่ ๆ จะพบว่ามีความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมีปัจจัยเกี่ยวข้องกับไวรัส กรรมพันธุ์ หรือการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในร่างกายร่วมด้วย การสังเกตว่าเป็นเด็กออทิสติกหรือไม่นั้น พ่อแม่ หรือผู้ดูแลสามารถสังเกตพัฒนาการของเด็ก ว่าเป็นไปตามช่วงวัยขวบปีแรกของพัฒนาการที่เด็กปกติควรจะเป็น ดังเช่น ไม่สนใจให้ใครกอดรัด ไม่แสดงท่าทางหรือเลียนเสียง ไม่ส่งเสียงเรียก หรือบางรายอาจติดคนมากผิดปกติไม่ยอมให้คนอื่นอุ้ม หรือจับตัว ไม่สบตา ไม่มองตามสิ่งที่เคลื่อนไหว ไม่ตอบสนองทางด้านอารมณ์ ไม่ลอกเลียนแบบ ไม่ส่งเสียงอ้อแอ้ ซึ่งนี้ไม่เป็น ท่าทางเฉยเมย ไร้อารมณ์ เมื่อชักชวนให้เล่น ไม่แสดงอาการดีใจ เมื่อได้ในสิ่งที่ต้องการ เด็กบางรายอาจมีการติดของอย่างใดอย่างหนึ่งซ้ำ ๆ ขาดไม่ได้ เช่น ติดเชือกฟาง ผ้าอ้อม จะถือไว้ตลอดเวลา ถ้าดึงออกจะกรี๊ดร้อง จนคนเลี้ยงดูสังเกตว่าเด็กแตกต่างไม่เหมือนเด็กอื่น (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550; Graham & Fox, 2007)

ส่วนเด็กที่อายุเกิน 1 ขวบปีขึ้นไป อาจมีอาการไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและบุคคล ชอบแยกตัว ไม่เล่นกับคนอื่น เช่น เมื่อเข้ามาในห้องตรวจแพทย์ ก็ไม่สนใจว่ามีใครอยู่ จะตรงเข้าไปเล่น

กับสิ่งของ หรือค้นหาของเล่นมาเล่น ไม่กลัวใคร หรือบางคนอาจกลัวจนมากเกินไป ไม่สามารถชี้ นิ้วบอกความต้องการ ชี้สิ่งของที่ต้องการ เล่นสมมติไม่เป็น เช่นเมื่อเล่นตุ๊กตาดูจะไม่อุ้ม แต่จะหยิบ มาโยนไปมา หรือใช้ช้อนป้อนใส่ปากตุ๊กตาได้ ไม่แสดงความสนใจร่วมกับบุคคลอื่นได้ เมื่อมี กิจกรรมกลุ่มเด็กจะไม่สนใจ หากสังเกตพบว่าเด็กมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ไปจากเด็กปกติควรรีบ ปรึกษาแพทย์ทันที (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)

ความผิดปกติที่พบได้ตั้งแต่วัยก่อน 2 ขวบ 6 เดือน โดยเด็กจะมีความบกพร่องดังต่อไปนี้ ด้านภาษา พูดช้ากว่าปกติ และไม่สามารถใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารได้ เช่น เปล่งเสียงที่ไม่มี ความหมาย หรือพูดทวนวลีซ้ำ ๆ ด้านการเล่น ไม่เล่นกับเด็กคนอื่น ๆ สนใจของเล่นเฉพาะบาง ประเภทเป็นพิเศษ ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ไม่แสดงความผูกพันแบบเด็กทั่ว ๆ ไป เช่น ไม่สนใจบุคคลรอบข้าง ไม่สบตา ไม่กลัวคนแปลกหน้า เข้ามาหาแบบผิวเผินระดับอาการออทิสติก ระดับอาการของบุคคลออทิสติก ประเมินได้จากพฤติกรรมหรือการเรียนรู้ ไม่มีสูตรตายตัว อาจจำแนกระดับอาการกว้าง ๆ ได้ 3 ระดับ ดังนี้ (American Psychiatric Association, 2000)

1. ระดับกลุ่มที่มีอาการน้อยเรียกว่ากลุ่ม Mild autism หรือบางครั้งเรียก กลุ่มออทิสติกที่มีศักยภาพสูง (High functioning autism) ซึ่งจะมีระดับสติปัญญาปกติ หรือสูงกว่าปกติ มีพัฒนาการทางภาษาคือดีกว่ากลุ่มอื่น อาจมีความสามารถบางอย่างแฝงอยู่หรือเป็นอัจฉริยะ แต่ยังคงมีความบกพร่องในทักษะด้านสังคม การรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของบุคคลอื่น ในปัจจุบันมีผู้เรียกเด็กกลุ่มนี้อีกชื่อหนึ่งว่า แอสเพอร์เกอร์ (Asperger syndrome) ตามชื่อแพทย์ผู้ค้นพบ พบประมาณ ร้อยละ 5-20
2. ระดับกลุ่มที่มีอาการปานกลางเรียกว่ากลุ่ม Moderate autism ในกลุ่มนี้จะมีความล่าช้าในพัฒนาการด้านภาษา การสื่อสาร ทักษะสังคม การเรียนรู้รวมทั้งด้านการช่วยเหลือตนเอง และมีปัญหาพฤติกรรมกระตุ้นตนเองพอสมควร แต่สามารถพัฒนาจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และอาจเรียนในระบบได้ถึงระดับหนึ่ง พบประมาณร้อยละ 50-75
3. ระดับกลุ่มที่มีอาการรุนแรงเรียกว่ากลุ่ม Severe autism (Low functioning autism) ในกลุ่มนี้จะมีความล่าช้าในพัฒนาการเกือบทุกด้าน และอาจเกิดร่วมกับภาวะความพิการอื่น เช่น ปัญญาอ่อน รวมทั้งมีปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรง มีพัฒนาการช้า หากไม่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการมาตั้งแต่ต้นจะสามารถพัฒนาได้แค่ช่วยเหลือตนเองได้ เรียนรู้อะไร ไม่ได้มาก พบประมาณร้อยละ 20-30

### การรักษาโรคออทิสซึม

การรักษาเด็กออทิสติกส่วนมาก เป็นการรักษาแบบผสมผสานด้วยวิธีการต่าง ๆ ร่วมกัน ไป เช่น การกระตุ้นพัฒนาการที่หยุดยั้ง หรือบกพร่องในทุกด้านเป็นรายบุคคล การฝึกพูดและออกเสียง พฤติกรรมบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพในการเรียนรู้ การฝึกการใช้กล้ามเนื้อเล็กและมัด



ใหญ่ การเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ดนตรีบำบัด การทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อเสริมสร้างทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การฝึกกิจวัตรประจำวัน การจัดให้เรียนร่วมกับเด็กปกติ หรือเรียนในชั้นเรียนพิเศษตามระดับความสามารถของเด็ก เป็นต้น (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550; Solomon et al., 2008)

ส่วนการรักษาโดยการให้ยา ในปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้เฉพาะสำหรับโรคออทิซึมให้หายได้ มีเพียงการให้ยาตามอาการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการลดพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ เช่น อาการอยู่ไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ มีอารมณ์ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว ทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น เพื่อลดและควบคุมพฤติกรรมของเด็กออทิสติกให้ลดลง จนพอที่จะฝึกสอนเด็กให้มีพัฒนาการ และการเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น เช่น Risperidone เป็นต้น (ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล, 2550)

### **โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD)**

เป็นโรคที่มีความบกพร่องของพฤติกรรมที่ประกอบด้วย อาการสมาธิสั้น ซุกซนไม่อยู่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น โดยอาการที่ปรากฏจะมีความต่อเนื่อง สม่ำเสมอและมีอาการติดต่อกันนานกว่า 6 เดือน ทำให้เด็กมีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ ส่งผลเสียต่อการเรียนรู้ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีการเรียนรู้ที่ผิดปกติ หรือไม่สามารถประกอบอาชีพการงานได้ จากการศึกษาอัตราความชุกในต่างประเทศ พบร้อยละ 5.29 (American Psychiatric Association, 2000) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา พบว่ามีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 5.01 (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, 2555) ถ้าหากคำนวณจากเด็กวัยเรียน 10 ล้านคนในประเทศไทย พบว่ามีเด็กสมาธิสั้น 500,000 คน หรือประมาณได้ว่า ในแต่ละชั้นเรียนที่มีนักเรียน 40-50 คน จะมีเด็กสมาธิสั้นรวมอยู่ด้วย 2 คน โรคสมาธิสั้น พบได้ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วน 3:1

### **อาการและอาการแสดง**

อาการและอาการแสดงที่สำคัญของเด็กสมาธิสั้น แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2550) ดังนี้

1. อาการซนมากกว่าปกติ (Hyperactivity) โดยลักษณะของความซนจะมากกว่าเด็กทั่วไป ไม่อยู่นิ่ง มีการเคลื่อนไหวร่างกาย หรืออวัยวะของตนเองตลอดเวลา ไม่อยู่นิ่ง หรืออยู่ไม่สุขตลอดเวลา

2. อาการสมาธิสั้น (Inattentiveness) สามารถสังเกตได้โดยเด็กจะวอกแวกง่าย เมื่อมีสิ่งเร้าเล็กน้อยก็สามารถทำให้เด็กเสียสมาธิได้แล้ว เช่น ในขณะที่เด็กกำลังอ่านหนังสือพอมีเสียงของตกพื้น หรือกิ้งก่าไหล่นเบา ๆ เด็กจะหันไปหาต้นเสียงและสนใจกับสิ่งนั้น ๆ ทันที หรือขณะนั่งเรียนอยู่ในห้องเรียนพอมมีคนเดินผ่านหน้าห้องก็จะหันไปมองและสนใจคนที่เดินผ่านทันที อาการสมาธิสั้นนี้เป็นลักษณะของความไวต่อสิ่งเร้าภายนอกโดยผ่านทาง ตา หู สัมผัส นอกจากนั้นยังอาจเกิด

จากสิ่งเร้าภายในตัวเด็กเองได้เช่นกัน โดยเด็กจะแสดงออกในลักษณะอาการเหม่อลอย นั่งนิ่ง ๆ เป็นระยะเวลานาน เหม่อมอง ไปนอกห้องบ่อย ๆ เป็นต้น นอกจากนี้อาการสมาธิสั้นยังแสดงออกในรูปของการทำงานไม่สำเร็จ ไม่ต่อเนื่อง เพราะในขณะที่ทำงานอย่างหนึ่งอยู่นั้น ในใจก็คิดวอกแวก ไปถึงเรื่องอื่นต่อไป ทำให้กว่าจะทำงานเสร็จต้องใช้เวลาานานกว่าคนอื่น หรืออาจไม่เสร็จตามเวลา ต้องคอยจ้ำจี้จ้ำไชงานจึงจะสำเร็จลุล่วงไปได้

3. อาการหุนหันพลันแล่น (Impulsiveness) เด็กมักแสดงออกในลักษณะที่รอคอยไม่เป็น เช่น ในขณะที่พ่อแม่กำลังคุยกับผู้ใหญ่ เมื่อเด็กอยากจะทำอะไรก็ทำทันทีทันทีทันใดโดยไม่คำนึงถึงความเหมาะสม และเป็นคนละเรื่องกันกับที่สนทนากันอยู่ โดยเด็กไม่สามารถอดใจรอให้การสนทนานั้นจบเสียก่อน หรือเมื่อบอกให้เด็กช่วยหยิบแก้วน้ำให้ เด็กจะรีบเร่งวิ่งไปหยิบมายื่นให้โดยไม่ฟังคำสั่งให้จบว่า ให้หยิบแก้วใบไหน แล้วเอาไปให้ใคร การแสดงออกในลักษณะรีบเร่ง หุนหันพลันแล่น รอคอยไม่เป็น เป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กเกิดอุบัติเหตุกับตัวเองได้ง่าย เช่น เมื่อเห็นบ่อน้ำเด็กรีบกระโดดลงไปทั้งที่ว่ายน้ำไม่เป็น หรือรีบวิ่งข้ามถนนโดยไม่มองรถที่แล่นไปมาก่อน

ลักษณะอาการสำคัญทั้ง 3 กลุ่มของเด็กสมาธิสั้นที่แสดงออกข้างต้น เด็กอาจจะมีครบทั้ง 3 กลุ่ม หรืออาจมีเพียงลักษณะใดลักษณะหนึ่งที่เด่นหรืออาจมีลักษณะเด่นร่วมกัน 1-2 กลุ่มอาการเลยก็ได้ โดยใช้เกณฑ์ของกลุ่มเด็กปกติทั่วไปเป็นเกณฑ์ในการช่วยเปรียบเทียบ เช่น เด็กวัย 7 ปีสามารถนั่งเล่นอยู่กับที่ได้้นานประมาณ 15-30 นาที แต่ถ้าเด็กไม่สามารถนั่งอยู่กับที่ได้ก็ให้ลูกคิดไว้ก่อนมาอาจมีความผิดปกติได้ และมีอาการขาดสมาธิ และ/ หรืออาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นที่เป็นพฤติกรรมผิดปกติ เกิดขึ้นอย่างน้อย 2 สถานการณ์ขึ้นไป เช่น ทั้งที่บ้าน และที่โรงเรียน เป็นต้น จนทำให้เด็กเกิดปัญหาในด้านการเรียนรู้ ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเด็กไม่มีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย (American Psychiatric Association, 2000)

### การรักษาโรคสมาธิสั้น

การรักษาโรคสมาธิสั้น ต้องอาศัยการรักษาแบบผสมผสานด้วยวิธีการหลายอย่างร่วมกัน ประกอบด้วย

1. การให้ความรู้ คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เพื่อให้มีการร่วมวางแผนการรักษาตามแนวทาง และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ให้การช่วยเหลือด้านจิตใจแก่พ่อแม่ และแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งให้ความรู้ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับอาการ ผลกระทบของโรค การรักษา ซึ่งจะช่วยให้เด็กสมาธิสั้น ได้รับการดูแลและปฏิบัติที่เหมาะสมกับระดับพัฒนาการ

2. การปรับสภาพแวดล้อม เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นไม่สามารถการควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ทำให้มีบุคลิกภาพที่บกพร่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการค้าเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ถูกดูว่า

ทำโทษบ่อย ดังนั้นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้น รวมทั้งการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยให้เด็กสามารถควบคุมตนเองได้จึงเป็นสิ่งสำคัญ (เสาวลักษณ์ หมั่นสมุทร, 2552; Deault, 2009; Harries, 2006) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งรบกวนและสิ่งเร้าต่อเด็ก เช่น พยายามจัดห้องให้มีระเบียบ ไม่วางของเล่นเกลื่อนกลาด ไม่มีเสียงเอะอะ โหวกเหวก เปิดเสียงเพลงดังจนเด็กไม่สามารถรวบรวมสมาธิในการนั่งทำการบ้านได้ หรือ แม่แต่การพาเด็กไปเที่ยวนอกสถานที่ ก็ไม่ควรพาไปในที่อึกทึก วุ่นวาย รวมทั้งการช่วยเสริมสร้างวินัยให้เด็กเพื่อให้เด็กสามารถควบคุมตนเอง นับเป็นการเสริมทางอ้อมเพื่อให้เด็กรวบรวมสมาธิ ได้แก่การจัดตารางกิจวัตรประจำวันให้เด็กเพื่อสร้างระเบียบพื้นฐาน ว่าควรทำอะไร เมื่อไหร่ อย่างไร จะเสร็จเมื่อไร การสร้างระเบียบแบบนี้ต้องมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป โดยให้พ่อแม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมในระยะแรกเริ่ม และค่อย ๆ ลดบทบาทลงจนกระทั่งเด็กสามารถปฏิบัติตามกิจวัตรได้เอง ส่วนการหากิจกรรมเสริมทักษะ เช่น การเรียนดนตรี ศิลปะ การอ่านหนังสือ การฝึกธรรมะ การเล่นกีฬา ก็มี ส่วนช่วยให้เด็กรู้จักควบคุมตนเองได้ดีด้วยเช่นกัน แต่ยกเว้นกีฬา หรือเกมที่มีความรุนแรงเพราะจะกลับกลายเป็นกระตุ้นให้เด็กมีอาการแย่ลงไปอีก ดังนั้นพ่อแม่ต้องมีความเข้าใจ อดทน มีความหนักแน่นในหลักการ และที่สำคัญต้องไม่ใช้ความรุนแรงในการลงโทษกับเด็ก อาจเปลี่ยนการลงโทษโดยการตกลงกันไว้ก่อน เช่น งดเวลาดูโทรทัศน์ลงเมื่อยังทำการบ้านไม่เสร็จ (มาโนช อารมณ์สุวรรณ, 2550; วิฐารณ บุญสิทธิ, 2555) เป็นต้น

3. การประสานงานกับโรงเรียน การแนะนำให้ครูดูแลช่วยเหลือที่โรงเรียน มีความจำเป็นเนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมีความสามารถในการเรียนรู้ได้ แต่อาจมีบุคลิกภาพรวมทั้งการแสดงออกที่แตกต่างจากเด็กปกติ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมของตนเอง ทำให้มีการแสดงกิริยาอาการที่ไม่เหมาะสม รบกวนเด็กปกติในชั้นเรียน ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนที่มีรูปแบบที่เหมาะสม รวมทั้งมีระยะเวลาที่เหมาะสมจะช่วยให้การรับรู้ของเด็กมีการพัฒนาดีขึ้น

4. การรักษาโดยการใช้ยา จะทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ คือเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นที่แน่ชัด และมีอาการมากจนเกิดผลกระทบต่อการเรียน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยยาที่ให้ออกฤทธิ์ที่สมอง ทำให้เด็กสามารถควบคุมตนเอง มีสมาธิจดจ่อทำให้ตั้งใจเรียนและทำงานที่รับผิดชอบได้ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เด็กสามารถฝึกความมีระเบียบวินัย ความรับผิดชอบ และทักษะชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ทั้งนี้ต้องมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดี และข้อเสียของทางเลือกในการรักษาโดยใช้ยา และไม่ใช้ยา เพื่อให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตัดสินใจ ในกรณีที่เป็เด็กโต หรือวัยรุ่น ควรให้เด็กมีส่วนร่วมในการรับรู้และตัดสินใจร่วมด้วย โดยยาที่ใช้ ได้แก่ Methylphenidate, Atomoxetine เป็นต้น ซึ่งเด็กสมาธิสั้นจะตอบสนองต่อยาประมาณร้อยละ 60-70 และร้อยละ 10 ของผู้ได้ยาอาจมีอาการข้างเคียง เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีอารมณ์เศร้า

หงุดหงิด ซึ่งมักจะเกิดในเด็กที่ได้รับยาในขนาดยาที่สูง และอาการข้างเคียงจะหายไปอย่างรวดเร็ว เมื่อลดขนาดยาหรือหยุดยา ดังนั้นการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินอาการและผลกระทบทางจิตสังคมต่าง ๆ รวมทั้งการติดตามผลการเรียน การปรับตัวในสังคม การมีทักษะชีวิตที่ดี โดยให้ครูเป็นผู้ร่วมประเมินด้วย ส่วนการพิจารณาหยุดยาจะทำเมื่อมีภาวะและเด็กสามารถควบคุมตนเองได้ดี มีการเรียนรู้และการปรับตัวที่ดีขึ้น (มาโนช อารณสูวรรณ, 2550; Melinda, Lawrence, & Jeanne, 2010)

### โรคดื้อต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder: ODD)

เป็นความผิดปกติของพฤติกรรมที่พบในเด็ก มีรูปแบบพฤติกรรมต่อเนื่องของการไม่เชื่อฟัง โดยเด็กจะแสดงอารมณ์โกรธเป็นหลัก รวมไปถึงการทำตนเป็นปรปักษ์และต่อต้านต่อผู้ใหญ่เป็นประจำในระดับที่มากกว่าเด็กปกติทั่วไป เด็กที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพแบบนี้ ดูภายนอกจะเป็นเด็กที่ดื้อมาก และโกรธง่าย (American Psychiatric Association, 2000) ตามปกติแล้วเด็กทุกคนอาจดื้อและควบคุมยากเป็นบางครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาที่เหนื่อย หิว เครียด อารมณ์เสีย โดยเด็กจะชวนทะเลาะ เลียง ไม่เชื่อฟัง และฝ่าฝืนคำสั่งของพ่อแม่ ครู หรือผู้ใหญ่ พฤติกรรมที่ไม่เชื่อฟังเป็นเพียงส่วนหนึ่งของพัฒนาการในเด็กอายุสองถึงสามปี หรือวัยรุ่นที่กำลังจะก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตามการไม่ให้ความร่วมมือ และมีพฤติกรรมต่อต้านอย่างเปิดเผยนั้น ถ้าเด็กมีการแสดงพฤติกรรมต่อเนื่องเป็นประจำถึงขั้นรุนแรงกว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน ก็ส่งผลกระทบต่อการใช้สัมพันธภาพในสังคม ครอบครัว และการเรียนรู้ได้ จากการศึกษาพบเด็กโรคดื้อต่อต้านถึง ร้อยละ 16 ของเด็กวัยเรียน (Bezdzian et al., 2011) โดยสาเหตุของโรคยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พ่อแม่หลายรายพบว่าลูกที่เป็นโรคดื้อต่อต้านมักมีพฤติกรรมเรียกร้อง หรือแข็งกร้าวมากกว่าพี่น้องด้วยกัน เมื่ออายุเท่ากันในตอนเด็ก สำหรับในประเทศไทยพบอัตรา ร้อยละ 3 ของเด็กที่เรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 เมื่อแยกตามภาคพบว่าในกรุงเทพมหานครมีความชุกสูงสุด ร้อยละ 5.5 โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงมีอัตราส่วน 2.6:1 (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, 2555)

### อาการและอาการแสดง

โรคดื้อต่อต้านเป็นความบกพร่องของบุคลิกภาพที่มักพบตั้งแต่เด็ก โดยพบได้บ่อยและเกิดขึ้นได้ทั่วไป ซึ่งทำให้ผู้อื่นเกิดความเดือดร้อน โดยทำให้เกิดการละเมิดสิทธิของผู้อื่น โดยไม่รู้สึกลังเล ไม่มีความรับผิดชอบ ก้าวร้าว ทำลายข้าวของสาธารณะ ทำผิดกฎเกณฑ์กติกาของหมู่คณะ หรือกฎหมาย อาการเริ่มจากชน ไม่อยู่นิ่ง พุดคุยเก่ง ไม่ตั้งใจเรียน ชอบพูดคำหยาบคาย ใจร้อน จี้โมโห เวลาโกรธมักจะควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ทำให้เกิดเรื่องวิวาทกับผู้อื่น โรคดื้อต่อต้านนี้มักแสดงให้เห็นในเด็กอายุ 8 ปีแต่อาจพบได้ในเด็กที่อายุมากกว่านั้น แต่โดยส่วนใหญ่แล้วจะพบก่อนเข้าสู่วัยรุ่น (ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล, 2550) เมื่อเด็กมีภาวะดื้อต่อต้านจะเป็นอาการที่เป็นสัญญาณเตือนที่ค่อย ๆ

เกิดขึ้น และจะแสดงอาการรุนแรงมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปเป็นเดือนหรือปีโดยมีระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานเกิน 6 เดือน จนนำไปสู่ปัญหาภายในครอบครัว โรงเรียน หรือสังคม อาการหลัก ๆ ที่เด็กโรคคือต่อต้านแสดงเป็นประจำได้แก่ มีการแสดงอารมณ์ฉุนเฉียวตลอดเวลา เถียงหรือชวนผู้ใหญ่ทะเลาะ ปฏิเสธที่จะปฏิบัติตามคำสั่งและกฎเกณฑ์ ตั้งใจทำให้คนอื่นรำคาญ โทษคนอื่นเมื่อเกิดข้อผิดพลาด หรือตนเองเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่ไม่ดี หงุดหงิดอารมณ์เสียบ่าย โกรธเคืองเจ้าคิดเจ้าแค้น ทำให้มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีปัญหาในการเรียนรู้ ไม่มั่นใจในตนเอง ทำให้เป็นคนมองโลกในแง่ร้ายไม่เชื่อฟังชอบทำตัวเป็นปรปักษ์กับผู้ใหญ่ โดยที่ตัวเองมองว่าพฤติกรรมของตนเป็นเรื่องปกติ ไม่เชื่อในคำสอนของผู้ใหญ่เนื่องจากคิดว่าคำสอนเหล่านั้นไร้ประโยชน์ ไร้เหตุผลที่จะปฏิบัติตาม ซึ่งอาการดังกล่าวเด็กจะแสดงออกในหลายสิ่งแวดล้อม แต่อาจเห็นได้ชัดสุดที่บ้าน และโรงเรียน พ่อแม่บางคนพบว่าลูกที่เป็นโรคคือต่อต้านมักมีพฤติกรรมเรียกร้อง หรือแข่งกร้าวมากกว่าพี่น้องด้วยกันเมื่ออายุเท่ากัน โรคคือต่อต้านนี้ยากที่จะจำแนกออกจากอาการป่วยทางจิต หรือโรคทางพฤติกรรมอื่น ๆ ดังนั้นการวินิจฉัยและการรักษามักจะทำควบคู่กัน ไป เพราะหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องแล้ว อาจทำให้อาการคือและอารมณ์รุนแรงของเด็กเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ควรตรวจสอบด้วยว่าเด็กมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยหรือไม่ เพราะการใช้สารเสพติดจะทำให้เด็กมีพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไปได้มากยิ่งขึ้น (ศุภระวรรณ อินทราว, 2554)

### การรักษาโรคคือต่อต้าน

การรักษาโรคคือต่อต้าน ที่ได้ผลดีต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน ประกอบด้วย ด้านบิดามารดา (Parent management training) คือการให้คำปรึกษาและฝึกบิดามารดาแบบตัวต่อตัว หรือแบบกลุ่มในเรื่องการปฏิบัติกับเด็กอย่างถูกต้อง โดยใช้หลักพฤติกรรมบำบัด เช่นการให้รางวัล คำชมเชย แก่เด็ก ในเวลาที่เด็กมีพฤติกรรมเหมาะสม หลีกเลี่ยงการลงโทษรุนแรง หรือการปฏิบัติกับเด็กแบบไม่คงเส้นคงวา ด้านตัวเด็ก (Child problem-solving skills training) เป็นการฝึกช่วยเหลือเด็กให้รู้จักยับยั้งชั่งใจ รู้จักหาวิธีอื่น ๆ ในการแก้ปัญหา เห็นถึงอันตราย ผลต่าง ๆ ที่จะได้รับจากการแก้ปัญหาวิธีนั้น ๆ และรู้จักประเมินพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจตนเอง ด้านจิตบำบัดกับผู้ป่วยเด็ก จะเน้นการสร้างสัมพันธภาพของครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดกับเด็ก การเสริมคุณค่าในตนเองของเด็ก ขณะเดียวกันต้องค่อย ๆ ช่วยให้เด็กรู้จักควบคุมตนเอง และแสดงออกอย่างเหมาะสม และด้านครอบครัวบำบัด จะช่วยลดความขัดแย้งของบิดามารดา และบุตร โดยให้มีการแสดงออกที่เหมาะสม มีการสื่อสารในครอบครัวอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพให้มากขึ้น (พรทิพย์ วชิรดิถ, 2555)

วิธีดูแลเด็กโรคคือต่อต้านนี้ บิดามารดา ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล ต้องจัดการกับความรู้สึกกับข้อใจ หรือความรู้สึกโกรธ โมโหของตนเองด้วย จะต้องใช้ความอดทน ไม่ใช้การเอาชนะเด็ก และควรเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับเด็ก และต้องทำความเข้าใจกับอาการและอาการแสดงของโรคที่เด็กเป็นอยู่ ยอมรับธรรมชาติของเด็ก ไม่บังคับ และไม่ตามใจเด็กมากเกินไป ต้องบอกและยืนยันเหตุผลอย่างจริงจัง มีการกระทำต่อเด็กอย่างอ่อนโยนแต่เด็ดขาดชัดเจน ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่จะแสดงให้เด็กรู้ว่า มีคนรัก และใส่ใจความรู้สึกของเด็ก ไม่ควรเอาชนะเด็กตรง ๆ รู้จักใช้เทคนิคการจูงใจให้เด็กอยากทำ โดยการบอกซ้ำ คะยั้นคะยอ หลีกเลี่ยงการต่อล้อต่อเถียงเพราะจะนำไปสู่การทะเลาะวิวาท ไม่พูดถึงเด็กในทางลบบ่อย ๆ สร้างสัมพันธภาพและความเข้าใจเพื่อให้เด็กรู้สึกมั่นคง เคารพ เชื่อฟัง เมื่อจำเป็นต้องลงโทษ ควรใช้เวลาออก หรือจัดให้อยู่ในมุมสงบ เพื่อฝึกให้เด็กควบคุมตนเอง โดย บิดามารดา ต้องปรับพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ จริงจัง ค่อยเป็นค่อยไป ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นรากฐานให้เด็กมีการพัฒนาคุณธรรมที่เหมาะสมต่อไป การแจ้งครูประจำชั้นเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากเด็กไปโรงเรียนจำเป็นต้องได้รับการปรับพฤติกรรมไปในทางเดียวกัน และมีครูช่วยประเมินพฤติกรรม โดยผ่านสมุดบันทึกพฤติกรรม ในกรณีที่ครอบครัวมีบุตรหลายคน ต้องมีการทำข้อตกลงเกี่ยวกับการกำหนดกฎและวินัยของบ้านให้เข้าใจตรงกัน เปิดโอกาสให้บุตรทุกคนได้ระบาย และซักถามข้อข้องใจ เพื่อสร้างความเข้าใจ เห็นใจและเกิดการช่วยเหลือกันระหว่างพี่น้อง (ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล, 2550)

### แนวคิดทักษะชีวิต

แนวคิดทักษะชีวิตได้รับความสนใจมีการศึกษาและนำไปใช้เป็นแนวทางให้การปฏิบัติอย่างแพร่หลายมีผู้ให้ความหมายของทักษะชีวิตไว้มากมายอาทิเช่น

WHO (1994) เป็นผู้บัญญัติศัพท์นี้รวมทั้งให้ความหมายของทักษะชีวิตว่าเป็นความสามารถในการปรับตัวและพฤติกรรมของบุคคลต่อความต้องการของตนเองให้เหมาะสมเพื่อจัดการปัญหาที่เผชิญในชีวิตประจำวัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเตรียมความพร้อมสำหรับการดำเนินชีวิตในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสมและมีความปกติสุข

UNICEF (2001 อ้างถึงใน วุฒิพงษ์ ลิ้มปวีโรจน์, 2550) กล่าวถึงทักษะชีวิตว่าเป็นความสามารถในการใช้ความรู้เจตคติและทักษะต่าง ๆ ที่ช่วยในการสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคลให้สามารถรับผิดชอบตนเองสำหรับการดำเนินชีวิต โดยมีการสร้างทางเลือกที่ดี การต่อต้านความกดดันจากกลุ่มเพื่อนและการจัดการกับสิ่งที่เข้ามาคุกคามชีวิต

กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, 2543 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2554) ให้ความหมายว่าเป็นความสามารถอันประกอบด้วยความรู้เจตคติและทักษะในอันที่จะ

จัดการปัญหารอบตัวในสภาพสังคมปัจจุบันและเตรียมความพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคตไม่ว่าจะเป็นเรื่องเพศสารเสพติดคบหาทชายหญิงชีวิตครอบครัวสุขภาพสิ่งแวดล้อมจริยธรรมและปัญหาสังคม

สรุปได้ว่าทักษะชีวิตหมายถึงความสมบูรณ์ของความสามารถที่มีติดตัวมาแต่กำเนิด ความสามารถที่มนุษย์สามารถเรียนรู้จากตนเองและผู้อื่น ซึ่งรวมถึงสภาพแวดล้อมทั้งทางธรรมชาติและทางสังคมที่มนุษย์เป็นผู้สร้างขึ้นและความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเพื่อจัดการตนเองโดยใช้ความรู้เจตคติเทคโนโลยีทักษะการคิดวิเคราะห์ห้อย่างมีเหตุผลการแก้ปัญหาอย่างมีคุณธรรมและจริยธรรมที่ดีเพื่อให้สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบันและในอนาคตได้อย่างมีความสุข

### องค์ประกอบของทักษะชีวิต

WHO (1994) ศึกษาถึงองค์ประกอบและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไปตามสถานการณ์ สามารถวิเคราะห์ที่ได้ถึงทักษะชีวิตพื้นฐานหรือทักษะชีวิตหลัก (Core set of skills) และนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็กและวัยรุ่น โดยกำหนดองค์ประกอบสำคัญของทักษะชีวิตไว้ 10 ทักษะประกอบด้วย

1. ทักษะการตัดสินใจ (Decision making skills) เป็นการใช้เหตุและผลในการประเมินทางเลือกและประเมินผลของบุคคลเพื่อตัดสินใจในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ทักษะการคิดวิเคราะห์ (Critical thinking skills) เป็นการใช้วิจารณ์ญาณในการวิเคราะห์สังเคราะห์แยกแยะข้อมูลข่าวสารรวมทั้งประเมินปัจจัยปัญหาจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่แวดล้อมและปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลจากสื่อชนิดต่างๆที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต
3. ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Effective communication skills) เป็นความสามารถในการใช้คำพูดท่าทางเพื่อแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนให้ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์วัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี โดยแสดงความคิดเห็นเห็นความต้องการการขอร้องดักเตือนให้ความช่วยเหลือและปฏิเสธอีกทั้งยังรับรู้ถึงอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดของอีกฝ่ายได้ด้วย
4. ทักษะมนุษยสัมพันธ์ (Interpersonal relationship skills) เป็นความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสมสามารถดำรงรักษาความสัมพันธ์ที่ตรึงถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากการรักษาสัมพันธ์ภาพซึ่งจะนำไปสู่การอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข
5. ทักษะการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness skills) เป็นความสามารถในการเข้าใจจุดดีจุดด้อยของตนเองต้องการและไม่ต้องการอะไรเข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้าน

ความสามารถพิเศษระดับการศึกษาหรืออาชีพซึ่งส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้วย

6. ทักษะความเห็นใจผู้อื่น (Empathy skills) ความสามารถในการเข้าถึงความเหมือน ความแตกต่างระหว่างบุคคลจะช่วยให้เข้าใจและยอมรับผู้อื่นในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นความสามารถพิเศษระดับการศึกษา ศาสนา ฯลฯ โดยเฉพาะบุคคลที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือและการดูแลเป็นพิเศษจากสังคม

7. ทักษะการเผชิญกับอารมณ์ต่าง ๆ (Coping with emotions skills) เป็นความสามารถในการควบคุมอารมณ์ การรู้จักและเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งรู้วิธีการจัดการกับอารมณ์ซึ่งจะทำให้สามารถตอบสนองและแสดงพฤติกรรมออกมาได้อย่างเหมาะสม

8. ทักษะการแก้ปัญหา (Problem solving skills) เป็นทักษะของบุคคลในการแก้ปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะตึงเครียดทั้ง

9. ทักษะการคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking skills) เป็นส่วนที่จะสนับสนุนการตัดสินใจและแก้ปัญหาจากการค้นหาทางเลือกและผลที่จะเกิดขึ้น โดยสามารถนำเอาประสบการณ์มาใช้ในการปรับตัวในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมแม้ว่าบางครั้งยังไม่มีมติตัดสินใจหรือลงมือกระทำก็ตามความคิดสร้างสรรค์ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

10. ทักษะการเผชิญกับผู้สร้างความกดดัน (Coping with stressors skills) เป็นความสามารถของบุคคลในการรับรู้สาเหตุวิธีการผ่อนคลายความเครียดและแนวทางในการควบคุมระดับความเครียดเพื่อให้เกิดพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม

สำหรับในประเทศไทย ได้เริ่มนำทักษะชีวิตมาใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2538 โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (วุฒิพงษ์ ลิ้มปวีโรจน์, 2550) ได้เพิ่มองค์ประกอบทักษะชีวิตเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทยอีก 2 ทักษะคือความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) และความรับผิดชอบต่อสังคม (Social responsibility) โดยจัดแบ่งองค์ประกอบให้ครอบคลุมพฤติกรรมการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้านมี 12 องค์ประกอบ เพื่อให้ง่ายและสะดวกต่อการจัดการเรียนและการนำทักษะชีวิตมาใช้ปฏิบัติ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ดังนี้

1. ทักษะชีวิตด้านพุทธิพิสัย ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Thinking) ข้อมูลข่าวสารสถานการณ์และปัญหาต่าง ๆ ที่กำลังเผชิญอยู่และความคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking) เป็นความสามารถในการคิดออกไปอย่างกว้างขวางไม่ยึดติดอยู่ในกรอบ Thinking) เป็นความสามารถในการวิเคราะห์แยกแยะ

2. ทักษะชีวิตด้านจิตพิสัย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความตระหนักรู้ในตนเองความเห็นใจผู้อื่นความภูมิใจในตนเองความรับผิดชอบต่อสังคม



3. ทักษะชีวิตด้านทักษะพิสัย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสารการตัดสินใจการแก้ปัญหาการจัดการกับอารมณ์และการจัดการความเครียด (ผานิตา ปานเงิน, 2556)

### สาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องของทักษะชีวิต

Nelson-Jones (1997 อ้างถึงใน พิชญากร ศรีประ โท, 2555) ได้กล่าวว่าบุคคลซึ่งบกพร่องในทักษะชีวิตจะไม่สามารถพัฒนาหรือเติมเต็มศักยภาพของตนได้ตลอดจนการที่บุคคลมีความเจ็บป่วยทางจิตใจเป็นสิ่งสะท้อนถึงความบกพร่องของชีวิตบุคคลสามารถมีทักษะชีวิตที่เข้มแข็งและอ่อนแอในที่นี้เน้นเฉพาะตัวบุคคล หรืออาจเกิดจากบุคคลที่มีทักษะการคิดที่อ่อนแอ (Thinking skills weakness) ซึ่งเกิดจากความรับผิดชอบที่ไม่พอเพียงทำให้หลีกเลี่ยงความรับผิดชอบและกฎระเบียบส่วนตนที่ไม่เป็นจริงเป็นกฎที่ยึดติด โดยตนเอง โดยการคิดว่าจะต้อง (Must) ควรจะ (Ought) และน่าจะเป็น (Should) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บุคคลมีทักษะที่ไม่เข้มแข็งการรับรู้ตนเองที่ไม่ถูกต้องการพุดคุยกับตนเองในทางลบและการกลัวการเปลี่ยนแปลงซึ่งลักษณะที่กล่าวมานี้จะทำให้ก่อเกิดเป็นนิสัยที่ถาวรของตนเองและบุคคลส่วนใหญ่จะต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากความกลัว (นิตยา ษชภักดี, 2554)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) ปัจจัยที่จะเป็นภูมิคุ้มกันในชีวิตมีความเข้มแข็งเกิดจากปัจจัยคุ้มกันหลักภายใน (ปัจจัยภายในตัว) ประกอบด้วย ทักษะพื้นฐาน (Generic skill) และทักษะเฉพาะ (Specific skill) เป็นทักษะที่ต้องสร้างให้เป็นทุนตั้งแต่เด็กเมื่อไปเผชิญเรื่องใดๆก็แล้วแต่ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงก็จะป้องกันตนเองได้ความผูกพัน (Adolescent connectedness) เด็กจะไม่ทำในสิ่งไม่ดีถ้าเด็กมีความผูกพันกับพ่อแม่และสมาชิกในครอบครัวซึ่งเปรียบเสมือนตัวสร้างภูมิคุ้มกันและการสร้างความผูกพันต่อสมาชิกในครอบครัวและในชุมชนที่ดีความเป็นตัวของตัวเองที่ปลูกฝังไว้ (Psychological autonomy) ถ้าตัวเด็กมีจะไม่ไปพึ่งพาผู้อื่นเพราะการพึ่งพาผู้อื่นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้ถูกชักจูงไปในทางที่ไม่ดีเช่นติดสารเสพติดติดเกมส์เป็นต้นและความศรัทธาอุดมการณ์ (Adolescent spirituality and religious faith) ส่วนปัจจัยคุ้มกันภายนอก (สิ่งแวดล้อมทางสังคม) การสนับสนุนของครอบครัวช่วยให้บรรยากาศมีความรักความอบอุ่นในครอบครัวการเลี้ยงดูด้วยความรักการใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาการควบคุมที่เหมาะสม (Appropriate regulation) การสนับสนุนจากโรงเรียนและการสนับสนุนจากชุมชนให้เข้าถึงเยาวชน โดยให้บริการกิจกรรมทางเลือกในทางบวก (Positive choices for adolescent) (อาภาพร เฝ้าวัฒนา, 2555)

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะชีวิต

ทักษะชีวิตเป็นความสามารถในการนำกระบวนการต่าง ๆ ไปใช้ในการดำเนินชีวิต

ประจำวัน การเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง การทำงาน และการอยู่ร่วมกันในสังคม ด้วยการสร้างเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล การจัดการปัญหา และความขัดแย้งต่าง ๆ อย่างเหมาะสม การปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสภาพแวดล้อม และการรู้จักหลีกเลี่ยงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะชีวิตของเด็ก สามารถพัฒนาได้จากการสร้างเสริมให้เด็กมีทักษะดังนี้

ความภูมิใจในตนเอง คือ ความคิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความภูมิใจ เห็นคุณค่า ความสามารถของตนเอง มีความมั่นใจในการคิด ตัดสินใจ มีการแสดงออก สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ อย่างมีความสุข ประสบความสำเร็จ สร้างประโยชน์ต่อตนเองและส่วนรวม เด็กวัยเรียน จะเป็นวัยที่พัฒนาความรู้สึก ความรับผิดชอบในตนเอง เป็นวัยที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ อยากรู้อยากเห็น ช่างสังเกต สนใจสิ่งต่าง ๆ ชอบคิด ชอบทำ แก้ปัญหาได้ มีความขยัน ตั้งใจ ต้องการความสำเร็จ เป็นคนเด่น เป็นคนสำคัญ เป็นที่นิยมชมชอบของผู้ใหญ่ จึงเป็นวัยที่สามารถสร้างเสริมพัฒนาบุคลิกภาพ ปลุกฝังความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับคุณค่า ความภูมิใจในตนเอง เพื่อให้เด็กเติบโตอย่างมีคุณค่าต่อไป

การมีวินัยและความรับผิดชอบ เด็กที่มีวินัยในตนเองและมีความรับผิดชอบ จะเป็นเด็กที่สามารถบังคับตนเองให้ปฏิบัติตามให้ถูกกาลเทศะ ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคม เคารพสิทธิของผู้อื่น ทำตามหน้าที่ของตน และมีความซื่อสัตย์สุจริต โดยไม่ต้องมีผู้ควบคุมหรือลงโทษ หากผู้ใหญ่เสริมสร้างความมีวินัยในตนเองและความรับผิดชอบให้กับเด็กวัยเรียน จะทำให้เด็กเรียนรู้ที่จะปรับตัวและยอมรับกติกา กฎระเบียบของกลุ่ม ของโรงเรียน เข้าใจสิทธิของผู้อื่น ยอมรับฟังความคิดเห็น มีความอดทน อดกลั้น ควบคุมตนเองได้ และสามารถปรับตัวอยู่ในกลุ่มสังคมได้อย่างภาคภูมิใจ

ทักษะทางสังคม คือ การที่เด็กสามารถแสดงออกเหมาะสมกับกาลเทศะ เป็นที่ยอมรับในสังคม เด็กวัยเรียนเป็นช่วงสำคัญสำหรับ เตรียมตัวเข้าสู่วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เริ่มเรียนรู้มารยาททางสังคม เรียนรู้ที่จะทำกิจกรรม อยู่ร่วมกับผู้อื่น ที่นอกเหนือไปจากคนในครอบครัวเด็กที่มีทักษะชีวิตที่ดี จะช่วยให้เด็กรู้จักที่จะอยู่กับตัวเอง รู้จักที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความบากบั่น รู้จักคิด พบปัญหา สามารถแก้ไขได้ รู้จักปรับตัวที่จะอยู่ในสังคมได้ เป็นภูมิคุ้มกัน สร้างความเข้มแข็งให้เด็กรู้จักดูแลตนเองและพึ่งตนเองได้ในที่สุด

ความสามารถในการใช้ทักษะชีวิต หรือใช้ทักษะชีวิตเป็น จะเกิดประโยชน์ต่อเด็กคือ ทำให้ความสุขที่ได้อยู่กับครอบครัว เห็นคุณค่าของการมีชีวิตและครอบครัวที่อบอุ่นเป็นสุข มีการแสดงออกถึงความรัก ความกตัญญูระหว่างกันในครอบครัวในโอกาสที่เหมาะสม ช่วยทำงาน ช่วยแบ่งเบาภาระในครอบครัว และรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจนสำเร็จ เด็กมีความรู้ ทักษะ และกระบวนการเรียนรู้ ที่หลากหลายมาสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ ให้เกิดประโยชน์ และนำมา

แก้ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม มีทักษะในการแสวงหาความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร สามารถเชื่อมโยงความรู้ จัดกลุ่มความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร ที่ได้จากการเรียนรู้ นำมาจำแนก เป็นประเด็นความรู้เดิมกับประเด็นความรู้ใหม่ ตั้งใจเรียนหนังสือ และมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เด็กสามารถทำงานและอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข สามารถทำงานด้วยตนเองและทำงานร่วมกับผู้อื่น ได้สำเร็จ ยอมรับฟังความคิดเห็น และแสดงความคิดเห็นของตนเองด้วยกิริยาจากสุภาพ สามารถจัดการกับปัญหาความขัดแย้ง และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม และเด็กรู้จักป้องกันหลีกเลี่ยงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ที่ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น สามารถดูแลสุขภาพร่างกายของตนตามหลักของสุขบัญญัติ ให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย ไม่ก่อเหตุที่นำไปสู่การทะเลาะวิวาทและความรุนแรง มีสุขภาพจิตที่ดี มีมุมมองเชิงบวก มีการควบคุมอารมณ์ สามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดด้วยการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ เพื่อผ่อนคลายความเครียดได้

พ่อแม่ ผู้ปกครองจะจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะชีวิตให้สมาชิกได้ด้วยการเป็นแบบอย่างที่ดี ในการประพฤติปฏิบัติและชักนำให้เกิดการประพฤติปฏิบัติตาม พ่อแม่แสดงความรักและยอมรับเด็ก ครอบครัวมีความอบอุ่น เป็นมิตร ทำให้มีความปลอดภัย ทั้งทางร่างกายและอารมณ์ สมาชิกมีความเข้าใจในการพัฒนาทักษะตนเองที่จะช่วยให้ตนเองประสบความสำเร็จ และสามารถสร้างประโยชน์ให้กับตนเองและผู้อื่นได้ต่อไป รู้จักปลูกฝังให้เกิดศรัทธาต่อตนเอง เสริมสร้างให้มีวินัยในตนเองและมีความรับผิดชอบ รักษากฎกติกา มารยาทในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เห็นข้อดีของตัวเองที่นำภาคภูมิใจ มีความสุข ความพอใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ มีพฤติกรรมความเคยชินที่ดีในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างประณีต สะอาดรอบคอบ ทั้งการกิน การอยู่ การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย การจัดเก็บของใช้ส่วนตัวและส่วนรวม การรับประทานอาหาร และการสร้างทักษะการเข้าใจตนเองและเข้าใจคนอื่น ให้สมาชิกได้ตระหนักรู้ว่าตนเองมีลักษณะเป็นอย่างไร มีความสามารถในด้านใดบ้าง ได้รู้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่ตนเองชอบหรือไม่ชอบ และได้เรียนรู้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่เพื่อนชอบและไม่ชอบ เพื่อเป็นการเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น เริ่มรู้จักการมีเหตุผล และรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นที่ต่างไปจากตน รู้จักเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ด้วยการฝึกให้บุตรทำงานบ้าน ให้รู้จักเป็นผู้บริการผู้ใหญ่ในบ้าน เช่น เสิร์ฟน้ำ จัดโต๊ะอาหาร ทำอาหาร เลี้ยงน้อง รดน้ำต้นไม้ กรอกน้ำใส่ตู้เย็น เป็นต้น ส่วนการสร้างเสริมทักษะทางสังคม ประกอบด้วยการพูดสื่อสาร การรู้จักฟัง รู้จักขอโทษขอโพย ให้เด็กสามารถสื่อสารกับคนอื่นให้เข้าใจ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น สามารถรู้ว่า เมื่อไร อย่างไร กับใคร ควรจะสื่อสารอย่างไรจึงจะเป็นการสื่อสารที่ถูกกาลเทศะ สอนให้เด็กรู้จักแก้ปัญหาในสิ่งที่มากระทบ ฝึกให้เด็กรู้จักวิเคราะห์สิ่งต่าง ๆ ที่มีอยู่รอบตัวว่าสิ่งเหล่านี้มีคุณค่าแท้หรือคุณค่าเทียม ทำอย่างไรเด็กจึงจะรู้เท่าทัน รู้จักสำรวจ ระวัง ไม่ลุ่มหลงมัวเมา ไม่ทำให้

เกิดความทุกข์เดือดร้อนกับใคร นอกจากนี้ผู้ปกครองควรให้ความสำคัญกับคุณธรรมและการรู้เท่าทันอารมณ์ แนะนำวิธีบริหารจัดการอารมณ์ต่าง ๆ รู้จักผ่อนคลายอารมณ์ พยายามฝึกสิ่งที่ไม่ดีเพิ่มสิ่งที่ดี ปลูกฝังให้มีความเป็นห่วงเพื่อนมนุษย์ เป็นห่วงสิ่งแวดล้อม ประเทศชาติ และมีอุดมการณ์ในการช่วยเหลือคนอื่น

### การทำหน้าที่ของครอบครัว

Wright and Leahey (2005) ได้ให้ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวว่า เป็นกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติในแต่ละวัน ทั้งที่เป็นกิจกรรมส่วนตัวและการดูแลสมาชิกทั้งในยามปกติและยามมีการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวสามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเกิดปัญหาในครอบครัวได้

Friedman (1992 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ได้ให้ความหมายว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นส่วนสำคัญของโครงสร้างครอบครัว เป็นการกระทำขั้นพื้นฐาน ที่สมาชิกจะต้องกระทำกิจกรรมร่วมกัน มีหน้าที่ด้วยกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว และสังคม ทำให้ เกิดความผาสุก มีความเจริญรุ่งเรือง รวมทั้งมีพัฒนาการของครอบครัวอย่างปกติสุข สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้

รุจา ภูไพบูลย์ (2541) ให้ความหมายว่า เป็นกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวควรกระทำเพื่อประโยชน์ต่อการอยู่รอดของครอบครัว หน้าที่ของครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับโครงสร้างของครอบครัว ส่วนครอบครัวจะทำหน้าที่ได้ดีหรือไม่นั้น เป็นผลมาจากลักษณะโครงสร้างของครอบครัว อาจกล่าวได้ว่าโครงสร้างเป็นเหตุหรือตัวแปรต้น ส่วนหน้าที่เป็นผลหรือตัวแปรตาม ถ้าโครงสร้างของครอบครัวเหมาะสม มันคงดี จะส่งผลทำให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่จำเป็นอย่างครบถ้วนสมบูรณ์

สรุปว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวหมายถึงกิจกรรมการแสดงออกทางพฤติกรรมที่สมาชิกแสดงต่อกันของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่มีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตหรือทางกฎหมายด้วยความรักความผูกพันซึ่งกันและกัน แบ่งปัน และช่วยเหลือเกื้อกูลกันด้วยความปรารถนาดีโดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกในด้านสังคมอารมณ์ และจิตใจเพื่อสามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความสุขทั้งในครอบครัวและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

### การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิด McMaster model

แนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของ McMaster model of family functioning หรือ MMFF (Wright & Leahey, 2005) ได้นิยามครอบครัวว่าเป็นระบบเปิด (Open system)

ประกอบด้วยระบบย่อยได้แก่สมาชิกแต่ละคน (Individual subsystem) คู่สมรส (Spousal subsystem) และพี่น้อง (Sibling subsystem) ครอบครัวจะมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่น ๆ เช่น ระบบครอบครัวขยายชุมชน โรงเรียนองค์กรทางศาสนาในแต่ละหน่วยระบบครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ส่วนการทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ๆ นั้นไม่สามารถกระทำได้โดยการวิเคราะห์บุคคลนั้นเพียงอย่างเดียว ต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของบุคคลต่อครอบครัวทั้งระบบด้วยรูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดองค์กรในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกำหนดพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน (Friedman, Bowben & Jones, 2003)

การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของMcMaster model (Wright & Leahey, 2005) ประกอบด้วย การแก้ปัญหาการสื่อสารบทบาทการตอบสนองทางอารมณ์ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรมโดยมีรายละเอียดดังนี้

การทำหน้าที่ทั่วไป หมายถึง ความสัมพันธ์ในครอบครัวของสมาชิกกับระบบภายนอกอื่น ๆ ด้วย เช่น เครือญาติ ชุมชน โรงเรียน องค์กรทางศาสนา ครอบครัวจะดำรงอยู่อย่างปกติสุขหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน ว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ถ้าครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะผลักดันสมาชิกพัฒนาไปได้อย่างดี ทั้งกายและใจ เนื่องจากครอบครัวมีความเข้มแข็งมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีลูกวัยรุ่นนั้น สมาชิกครอบครัวควรคำนึงถึงธรรมชาติของวัยรุ่น ควรรับฟังความรู้สึกและความต้องการของกันและกัน แสดงออกถึงการให้กำลังใจกันและกันด้วยท่าที การสัมผัสและคำพูด ซึ่งทำหน้าที่ครอบครัวแต่ละด้านมีความคาบเกี่ยวกันอยู่เสมอ

การแก้ปัญหา (Problem solving) หมายถึงความสามารถของครอบครัวในการแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ดีสามารถปฏิบัติหน้าที่ด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสื่อสาร (Communication) หมายถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) การสื่อสารมี 2 รูปแบบคือการสื่อสารโดยใช้คำพูด (Verbal communication) การสื่อสารวิธีนี้จะสื่อเนื้อหาได้ชัดเจนส่วนการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (Nonverbal communication) เป็นการสื่อสารโดยการแสดงออกทางน้ำเสียงสีหน้าแววตาและท่าทางเป็นต้นเนื้อหาของการสื่อสารแบ่งเป็น 2 ประเภทคือเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ดำเนินชีวิตประจำวัน และเนื้อหาที่เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกครอบครัวที่สื่อสารด้านวัตถุได้ดีอาจมีการสื่อสารทางด้านอารมณ์ไม่ดีก็ได้แต่ครอบครัวที่มีการสื่อสารทางด้านวัตถุไม่ดีมักจะมีปัญหาการสื่อสารด้านอารมณ์ด้วยเสมอ ดังนั้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงต้องวิเคราะห์จากเนื้อหาข้อมูลที่แลกเปลี่ยนกันต้องชัดเจนไม่คลุมเครือสามารถจับ

ใจความได้และจุดหมายปลายทางของเนื้อหาที่สื่อจะต้องไปสู่บุคคลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นโดยตรง ไม่อ้อมค้อมหรือผ่านบุคคลอื่นต่อ ๆ กันมาครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีจะต้องสื่อสารชัดเจน และตรงต่อบุคคลเป้าหมายครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ไม่ดีจะมีการสื่อสารที่คลุมเครือและอ้อมค้อมในครอบครัวปกติจะมีความสามารถในการสื่อสารแตกต่างกันออกไปบางครั้งการสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาที่ขัดแย้งกันอาจไม่ชัดเจนหรือไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมายแต่ก็จะเป็นอยู่ในช่วงสั้น ๆ และไม่ทำให้เกิดปัญหาแต่อย่างใด

บทบาท (Role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพจน์ต่อกันเป็นประจำแบ่งได้ดังนี้ คือ บทบาทพื้นฐาน เป็นบทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วนเพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุขคือการจัดหาปัจจัยสี่ให้แก่สมาชิกการพุ่มพักเลี้ยงดูและการประคับประคองสนับสนุนแก่สมาชิกบทบาทด้านการบริหารจัดการภายในครอบครัวได้แก่ การเป็นผู้นำในการตัดสินใจการคงไว้เพื่อมาตรฐานของครอบครัวการออกกฎระเบียบการควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวเป็นต้นและบทบาทอื่น ๆ ได้แก่ บทบาทเฉพาะของสมาชิกแต่ละครอบครัวเช่น ลูกมีหน้าที่เรียนหนังสือให้ได้คะแนนดี ให้เป็นที่ภาคภูมิใจของครอบครัว เป็นต้น

การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective responsiveness) หมายถึงความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อกันอย่างเหมาะสม (พิมพากรณ์ กลั่นกลิ่น, 2555) ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณอารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวจะมีหลายแบบรวมกันอยู่ อาทิ อารมณ์ทางบวกเช่นอารมณ์รักเป็นสุขส่วนอารมณ์ทางลบเช่น อารมณ์กลัวโกรธเป็นต้นครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ปกติจะมีการแสดงอารมณ์ได้หลายแบบทั้งในปริมาณและสถานการณ์ที่เหมาะสม ส่วนในครอบครัวที่มีปัญหาก็จะมีความจำกัดในการแสดงอารมณ์โดยอาจแสดงออกมากเกินไปหรือน้อยเกินไปบางครั้งครอบครัวแสดงออกเฉพาะอารมณ์เชิงลบหรือบางครั้งแสดงอารมณ์เชิงบวกสมาชิกที่เติบโตมาในครอบครัวที่ไม่แสดงอารมณ์อย่างเหมาะสมจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างจำกัดและอาจมีปัญหาบุคลิกภาพหรืออาการป่วยทางกายอันเนื่องมาจากสาเหตุทางจิตใจได้

ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective involvement) หมายถึง ความผูกพันห่วงใยเอาใจใส่สนใจและเห็นคุณค่าของกันและกันของสมาชิกในครอบครัว โดยแบ่งระดับความผูกพันได้ตั้งแต่ปราศจากความผูกพันคือสมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีต่อกันต่างคนต่างอยู่ไม่ใส่ใจดูแลห่วงใย ทั้งที่อยู่รวมกันในบ้านเดียวกันหรือครอบครัวเดียวกันความผูกพันแบบไม่มีความรู้สึกคือสมาชิกในครอบครัวสนใจกันในเรื่องที่ตนเองได้ผลประโยชน์หรืออยากรู้เท่านั้น และความสนใจนี้ปราศจากความลึกซึ้งทางอารมณ์ความห่วงใยด้วยความจริงใจหรือทำไปเพียงเพราะเป็นหน้าที่ต้องการควบคุมอีกฝ่ายหนึ่งเท่านั้นความผูกพันเพื่อตนเองคือมีความสนใจอีกฝ่ายหนึ่งเพื่อตนเองหรือเสริม

คุณค่าให้ตนเองเท่านั้น ไม่มีความจริงใจต่ออีกฝ่ายหนึ่ง ความผูกพันอย่างมีความเข้าใจกัน สมาชิกจะมีความสนใจเข้าใจผูกพันกันอย่างแท้จริง แสดงความเข้าใจในความต้องการของอีกฝ่าย หนึ่งอย่างแท้จริง ซึ่งความผูกพันแบบนี้จะมีความเหมาะสมที่สุด เพราะเป็นการแสดงออกของ สมาชิกในการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของอีกฝ่ายหนึ่งอย่างเหมาะสม ความผูกพันมาก เกินไปเป็นความผูกพันที่แสดงออกถึงความปกป้องอีกฝ่ายหนึ่งมากเกินไป หรือจู้จี้จ้านมากเกินไป อีกฝ่ายไม่สามารถตัดสินใจหรือแสดงความเห็นจนขาดความเป็นส่วนตัว ความผูกพันเสมือนเป็น บุคคลเดียวกันคือมีการแสดงออกของความผูกพันที่แน่นแฟ้นจนเสมือนบุคคลเดียวกันทำให้สมาชิก ไม่มีความเป็นส่วนตัว ทั้งนี้ความผูกพันทางอารมณ์ในแต่ละครอบครัวแตกต่างกันไป (พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2555)

การควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) หมายถึงการจัดการวิธีการที่ครอบครัวแสดง ในการควบคุมพฤติกรรมและความประพฤติของสมาชิกให้อยู่ในขอบเขตไม่เกิดปัญหาหรือความ เดือดร้อนแก่บุคคลอื่นในครอบครัวหรือสังคมโดยมีการควบคุมพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความต้องการด้านจิตใจและชีวภาพเช่น การกินนอนเพศพฤติกรรมทางสังคมเช่นการคบเพื่อน พฤติกรรมที่เป็นอันตรายความไม่ระมัดระวังจนเกิดอุบัติเหตุการทำร้ายร่างกายตนเองหรือผู้อื่นการ รักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัวเช่นเด็กต้องเคารพเชื่อฟังคำสอนของพ่อแม่การควบคุม พฤติกรรมในครอบครัวแบ่งเป็นการควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (Rigid behavior control) ครอบครัวจะมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนไว้ตายตัวแน่นอนมีกฎระเบียบ เข้มแข็งมีบทลงโทษเมื่อสมาชิกฝ่าฝืนกฎระเบียบนั้น ๆ ชัดเจนครอบครัวแบบนี้จะปฏิบัติหน้าที่ได้ดี เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนรู้ว่าต้องทำอะไรแต่มีผลเสียคือสมาชิกจะปรับตัวลำบากเนื่องจากไม่ สามารถต่อรองหรือบอกเหตุผลหรือเปลี่ยนแปลงกฎให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นการ ควบคุมแบบนี้นำไปสู่การต่อต้านแบบดื้อเงียบการควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น (Flexible behavior control) มีการปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์และความเหมาะสมครอบครัวมีมาตรฐาน และกฎเกณฑ์ที่ยืดหยุ่นพอประมาณมีความเป็นเหตุเป็นผลการควบคุมแบบนี้จะมีประสิทธิภาพมาก ที่สุดเพราะมีความเป็นเหตุผลสูงมีการยอมรับและเข้าใจในตัวบุคคลทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึก อยากร่วมมือและปฏิบัติตามการควบคุมพฤติกรรมแบบอะไรก็ได้ (Laissez-faire behavior control) สมาชิกสามารถแสดงพฤติกรรมได้ตามใจและความต้องการของตนไม่มีกฎระเบียบไม่มี การชี้แจงการมอบหมายบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจนการสื่อสารในครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก ไม่ยอมรับฟังผู้อื่นครอบครัวที่มีการปฏิบัติหน้าที่แบบนี้สมาชิกในครอบครัวจะมีความรู้สึกไม่มั่นคง ควบคุมตนเองไม่ได้ทำให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อเรียกร้องความสนใจจากบุคคลอื่นและ การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (Chaotic behavior control) ครอบครัวที่มีการควบคุมพฤติกรรม

ไม่สม่ำเสมอ บางครั้งเข้มงวดบางครั้งยืดหยุ่นทำให้สมาชิกสามารถทำอะไรได้ตามความพอใจของตัวเองลักษณะแบบนี้ทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติตนของสมาชิกว่าจะทำตัวอย่างไรเมื่อเวลาใดการควบคุมแบบนี้ไม่เหมาะสมที่สุดเพราะทำให้เกิดความไม่เสถียรภาพหรือความเสมอต้นเสมอปลายของการแสดงออกการทำหน้าที่ของครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์, 2554)

การแบ่งระดับการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถแบ่งได้ 3 กลุ่มคือ ครอบครัวมีการทำหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพสูงมาก (Optimally functional families) มีการแสดงออกถึงความห่วงใยเอื้ออาทรต่อ ตรงไปตรงมากัน เปิดเผย เห็นอกเห็นใจ และไว้วางใจซึ่งกันและกัน ระหว่างสมาชิกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญมีการสื่อสารที่เปิดเผย ทำให้บรรยากาศในครอบครัวอบอุ่น ผ่อนคลายเต็มไปด้วยที่ความหวัง ครอบครัวที่มีลักษณะเช่นนี้ จะพัฒนา หล่อหลอมให้เด็กเป็นคนดี มีความสามารถและปรับตัวได้ดี เมื่อโตขึ้น สามารถสร้างสัมพันธภาพกับสังคมภายนอกได้ดี และมีประสิทธิภาพ ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ที่ระดับปานกลาง (Moderately dysfunctional families) มีการทำหน้าที่ที่ครอบครัวต่ำกว่าระดับแรก แต่พบการทำหน้าที่ที่ครอบครัวแบบนี้มากที่สุดในสังคม การทำหน้าที่ส่วนใหญ่มีลักษณะบทบาท และขอบข่ายของพ่อแม่ และลูกไม่ชัดเจน ไม่คงที่ เกิดความคลุมเครือในระเบียบปฏิบัติของครอบครัว มีการชู้แทนการต่อรองกันของสมาชิก และหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบต่อความคิดและการกระทำ ไม่ยอมรับการพัฒนาและเปลี่ยนแปลง เด็กที่โตมาในครอบครัวแบบนี้จะมีทัศนคติ และความคิดเห็นแคบและจำกัด ไม่สนใจความรู้สึก และสัมพันธภาพกับคนอื่น ส่วนครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพต่ำมาก (Severely dysfunctional families) ครอบครัวแบบนี้มีการติดต่อกับโลกภายนอกน้อยมาก ขอบข่ายและบทบาทของสมาชิกในครอบครัวก็ยุ่งเหยิง ไม่เป็นระเบียบ ขาดความยืดหยุ่น บรรยากาศในครอบครัวจะมีความบาดหมางกันอย่างเปิดเผย มีการทำท้าว ทะเลาะวิวาท เกิดความสับสนในครอบครัว ส่งผลให้เด็กที่โตมาในครอบครัวมีแนวโน้มแยกตัวจากสังคม ขาดการรับรู้และตอบสนองทางอารมณ์กับผู้อื่น พยายามหลีกเลี่ยงการติดต่อกับสังคม ภาวะผู้นำขาดหายไป บางคนมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม ขาดความรับผิดชอบ หุนหันพลันแล่น ไม่ละอายใจในสิ่งที่ตนกระทำผิด

### การทำหน้าที่ของครอบครัวและทักษะชีวิตของเด็กในครอบครัว

เมื่อมีเด็กพิเศษเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว จะต้องใส่ใจดูแลเป็นอย่างมากในการเลี้ยงดูเพื่อให้อยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติสุข และจะทำอย่างไรเพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจร่วมกัน ในการปฏิบัติต่อเด็กพิเศษ โดยหลักการก็เลี้ยงเหมือนเด็กทั่วไป แต่เน้นการกระตุ้นเพิ่มเติม ในจุดที่เป็นปัญหาให้เข้มข้นขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็ต้องส่งเสริมในจุดที่เป็นความสามารถเฉพาะตัวของเด็กให้พัฒนาควบคู่กันไปด้วย ในแต่ละช่วงวัยก็มีส่วนสำคัญที่ต้องเน้นแตกต่างกัน ดังนี้ ในช่วง



ปฐมวัย 5 ขวบปีแรก ตั้งแต่เริ่มรู้ว่าเป็นออทิสติก ให้นำเข้า โปรแกรมปรับพฤติกรรมแบบเข้มข้น ส่งเสริมพัฒนาการในทุกด้านอย่างต่อเนื่อง ฝึกและแก้ไขการพูด เสริมสร้างทักษะการดูแลตนเอง และทักษะสังคมที่เหมาะสมตามวัย เริ่มต้นด้วยการกระตุ้นให้เด็กตอบสนองอย่างสม่ำเสมอ เรียก แล้วหันมอง เน้นการมองหน้าสบตา เล่นโต้ตอบกัน โดยการกระตุ้นเด็กให้ออกจากโลกส่วนตัวของตนเอง มารับรู้และสนใจสิ่งแวดล้อมภายนอกเพิ่มขึ้น เพราะถ้าปล่อยให้เด็กเป็นไปตามธรรมชาติของเขา เด็กก็จะอยู่ในโลกส่วนตัวมากขึ้น ไม่สนใจใคร เริ่มมีอาการแย่งของเล่น ๆ กระตุ้นตัวเองโดยการโยกตัว หมุนตัว เล่นมือ ส่งเสียงเป็นภาษาของตัวเอง และไม่ยอมเรียนรู้โลกภายนอกในที่สุด การเตรียมความพร้อมพื้นฐานในการเรียนรู้ โดยการฝึกฝนให้เข้าใจคำสั่งง่าย ๆ และทำตามได้ เช่น ขอบมือ กอดอก นั่ง เป็นต้น และฝึกฝนให้มีสมาธิจดจ่ออยู่กับกิจกรรมที่ทำได้นานพอ ไม่ลุกเดินไปมาตลอดเวลา ส่วนในช่วงวัยเรียน เน้นฝึกฝนทักษะด้านสังคมเพิ่มขึ้น สามารถเข้ากลุ่มกิจกรรมร่วมกับเพื่อนฝูง รู้จักการรอคอย รู้จัก กฎ กติกา ในการเล่นเกมส์ ผลัดกันเล่นผลัดกันทำ ซึ่งเป็นพื้นฐานในการเข้าใจกติกาทางสังคมต่อไป และในช่วงวัยรุ่น มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและอารมณ์อย่างมาก เริ่มรับรู้และเข้าใจความแตกต่างของตนเองกับเพื่อนฝูง จำเป็นต้องมีการเตรียมตัวให้ข้อมูล สอนให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลง และความแตกต่างระหว่างบุคคลล่วงหน้า เพื่อให้เด็กไม่ตื่นเต้นตกใจจนเกินไป และสามารถปรับตัวได้เหมาะสมการดูแลเด็กออทิสติกเป็นเรื่องยาก แต่ก็ไม่ยากจนเกินไป เพราะทุกแรงกายแรงใจที่ทุ่มเทลงไป ออกดอกออกผลให้เห็นเสมอ แม้ว่าจะใช้เวลานาน แต่ก็มีเปลี่ยนแปลง และพัฒนาให้เห็นชัดเจนการเสริมสร้างพัฒนาการด้านการเรียนรู้ ต้องทำอะไรพื้นฐานสำคัญของการเรียนรู้ คือ การเข้าใจคำสั่งง่าย ๆ สามารถทำตามได้ และการมีสมาธิจดจ่อได้พอประมาณถ้าเด็กไม่เข้าใจคำสั่งง่าย ๆ ไม่สามารถทำตามได้ สอนอะไรไปเด็กก็ไม่ตอบสนอง ไม่เรียนรู้เต็มที่ ดังนั้นควรปรับพื้นฐานเหล่านี้ให้คงที่ก่อน โดยการปรับพฤติกรรมแบบเข้มข้นถ้าเด็กไม่มีสมาธิ การเรียนรู้ก็จะเป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากเด็กไม่สามารถคัดกรองข้อมูลที่สอน เข้าไปเก็บในหน่วยความจำของสมองได้

การฝึกฝนเด็กให้มีสมาธิจดจ่ออยู่กับกิจกรรมที่ทำได้นาน ตามความเหมาะสมในแต่ละช่วงอายุ จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดีเด็กออทิสติกบางคน พบว่ามีปัญหาพัฒนาการช้าทุกด้านร่วมด้วย ดังนั้นควรมีการส่งเสริมพัฒนาการทุกด้านควบคู่กัน ทั้งด้านกล้ามเนื้อใหญ่ มัดเล็ก ไม่ค่อยมีปัญหา เดิน วิ่ง คล่องแคล่ว ส่วนด้านกล้ามเนื้อเล็ก มักพบปัญหาได้บ่อยพอสมควร เด็กอาจมีลักษณะงุ่มง่าม การหยิบจับไม่ถนัด การประสานงานการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อไม่ค่อยดีการเสริมสร้างพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อ เช่น ฝึกการเพิ่มแรงของกล้ามเนื้อ โดยการ ปั่น บีบ ดึง ตัด ยกของ เป็นต้น ฝึกการใช้นิ้วมือหยิบจับ โดยการร้อยลูกปัด เอาลูกกลมเสียบหลัก ระบายสีให้อยู่ในกรอบ และที่สำคัญคือ การรับประทานอาหาร หยิบจับช้อนเอง ซึ่งเป็นการฝึกที่ได้ผลดี เนื่องจาก

ต้องทำสม่ำเสมอทุกวันเด็ก จะมีแนวโน้มที่อยู่ในโลกส่วนตัวมากขึ้นเรื่อยๆ ถ้าไม่มีการกระตุ้น ดึงออกมา ยิ่งถ้าปล่อยทิ้งไว้ตามธรรมชาติของเด็ก ปัญหาที่ยังทวีความรุนแรงขึ้นการชักจูงอย่างเดียวยังได้ผลไม่เต็มที่ ต้องใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรม โดยนำทฤษฎีการเรียนรู้มาประยุกต์ใช้ ให้แรงเสริมทั้งการพูดชมเชย กอด ให้ของที่เด็กชอบ เมื่อเด็กสนใจทำตามคำสั่ง มีการตอบสนองต่อคำสั่งเป็นอย่างดีไม่ควรให้เด็กอยู่คนเดียว พูดคนเดียว เล่นคนเดียว หรือนั่งดูโทรทัศน์ทั้งวัน เพราะเป็นการเสริมให้เด็กอยู่ในโลกส่วนตัวมากขึ้น ควรดึงเด็กมาอยู่กับคนในบ้านให้มากที่สุด ปิดโทรทัศน์หรือจำกัดเวลาดูให้น้อยที่สุด เข้าไปพูดคุยและเล่นกับเด็กให้มากขึ้นทุกคนในครอบครัว ควรมีการรับรู้ร่วมกัน มีการพูดคุยกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และช่วยกันหาข้อมูลเพิ่มเติมจากหลาย ๆ แหล่ง ว่าอดีตคืออะไร แต่ละคนสามารถมีบทบาทในการช่วยเหลือได้อย่างไร การปรึกษากันจะช่วยให้ออกแบบการช่วยเหลือเด็กเป็นไปในแนวทางเดียวกันได้เหมาะสม ข้อสงสัยต่าง ๆ ที่ยังสับสน เก็บไว้ไปปรึกษาแพทย์ที่ดูแลต่อไป

อุปสรรคที่ผู้ดูแลเด็กออทิสติกต้องเผชิญและวิธีการแก้ไขปัญหา คือผู้ดูแลเด็กออทิสติกมักพบกับอุปสรรคเป็นระยะ แต่ทุกครั้งก็สามารถฟันฝ่าอุปสรรคได้เสมอ และเมื่อผ่านมาได้แต่ละครั้งก็จะได้เห็นพัฒนาการของเด็กที่ก้าวหน้าขึ้น สิ่งเหล่านี้จะเป็นกำลังใจในการดูแลต่อไปได้เป็นอย่างดีอุปสรรคที่สำคัญในการฝึกฝนเด็กช่วงแรกคือ เด็กต่อต้าน ไม่ร่วมมือ ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ท้อแท้หมดกำลังใจ ซึ่งอย่าตั้งความหวังสูงเกินไปในช่วงแรก ค่อย ๆ ก้าวไปที่ละขั้น เพราะว่าพัฒนาการเป็นเสมือนขั้นบันได ที่ไม่มีทางลัด ให้ขึ้นไปได้อย่างรวดเร็ว ถ้าคาดหวังว่าเด็กจะต้องพูดได้ภายใน 1 เดือน ก็คงทำให้หมดกำลังใจง่าย แต่ถ้าคาดหวังว่าเด็กจะพอเข้าใจคำสั่งง่าย ๆ และทำตามได้บ้าง ก็จะมีกำลังใจสู้ต่อไป พอเด็กทำได้แล้วค่อยคาดหวังเพิ่มขึ้นในเรื่องอื่น ๆ ต่อไป ส่วนความอ่อนล้าจากการฝึกฝน เป็นธรรมดาที่จะรู้สึกอ่อนล้า เบื่อหน่าย และท้อแท้บ้างเป็นบางครั้งหลังจากได้ทุ่มเทฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง อ่อนล้าก็พัก เติมกำลังใจให้ตัวเอง แล้วกลับมาตั้งต้นใหม่เมื่อพร้อม อย่าไปรู้สึกผิดที่บางช่วงทุ่มเทไม่เต็มที่ ตลอดเวลาโดยไม่ได้หยุดพัก บางช่วงเวลาเด็กอาจมีพัฒนาการที่ถดถอยไปบ้าง แต่เมื่อกระตุ้นแล้วก็จะกลับมาเหมือนเดิมได้อย่างรวดเร็ว เพราะสิ่งใดที่เคยทำได้แล้วย่อมไม่มีหายไปไหน

เนื่องจากการทำหน้าที่ของแต่ละครอบครัวจะมีความแตกต่างกันไปเนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ดังเช่นการศึกษาของ Schumacher and Camp (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ในครอบครัวการทำหน้าที่ของครอบครัวในวัยรุ่นพบว่าความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวความผูกพันในครอบครัวความรักและความเป็นหนึ่งเดียวกันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองจะช่วยทำให้สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ดีส่งผลให้วัยรุ่นมีการปรับตัวที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อครอบครัว และการสื่อสารใน

ครอบครัวกับทักษะชีวิตพื้นฐานของวัยรุ่นของ บุษกร สืบซึ่ง (2549) พบว่าในครอบครัวที่มีความผูกพันของสมาชิกกันมาก และมีการสื่อสารที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวด้วย จะส่งผลให้เด็กวัยรุ่นในครอบครัวมีต้นแบบ และมีความมั่นใจในการพัฒนาการมีทักษะชีวิตที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทักษะทางสังคมของเด็กและเยาวชนของ พรพรรณ มากบุญ (2556) พบว่าครอบครัวที่สมาชิกภายในครอบครัวมีความใกล้ชิดผูกพันและห่วงใยกัน มีการช่วยเหลือเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน มีการให้คำปรึกษาให้กำลังใจและกระทำกิจกรรมร่วมกัน จะเป็นพื้นฐานความอบอุ่นและความมั่นคงในครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะวัยรุ่นให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถเผชิญกับสถานการณ์และสิ่งยั่วยุดต่าง ๆ ภายในสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้การศึกษาทั้งสองเรื่องดังกล่าวได้ศึกษาเกี่ยวกับความผูกพัน การสื่อสาร การช่วยเหลือกันของสมาชิกในครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งของการทำหน้าที่ของครอบครัว ที่ส่งผลผลต่อทักษะชีวิตของเด็กที่อยู่ในครอบครัวได้

จากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวที่มีบุตรออทิสติกของ เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี (2555) พบว่า ครอบครัวที่มีบุตรออทิสติกมีการเปลี่ยนแปลงด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน และด้านจิตใจ ด้านการทำงาน และด้านสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bastian et al. (2005) พบว่าเมื่อครอบครัวมีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ย่อมมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยทำให้ครอบครัวจะต้องมีการปรับเปลี่ยนการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อให้การดูแลสุขภาพที่เจ็บป่วยในครอบครัวเพิ่มมากขึ้นต้องแบกรับภาระการทำงานมากขึ้นเพื่อหารายได้เป็นค่ารักษาพยาบาลสมาชิกจากการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง พบว่าผู้ดูแลมีระดับความซึมเศร้าความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นเมื่อสมาชิกที่เจ็บป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นจนถึงไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ทำให้เกิดภาระของสมาชิกคนอื่นในครอบครัวเป็นสาเหตุทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาวะจิตใจการทำหน้าที่ของครอบครัวและคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคพันธุกรรมที่มีความผิดปกติของอาการปวด (Cystic fibrosis) ซึ่งเป็น โรคเรื้อรังที่ยังรักษาไม่ได้และจากการศึกษาของ Roberts, Mazzucchelli, Studman, and Sander (2006) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวและคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับดีนั้นมาจากการรู้จักหาแหล่งประโยชน์ที่จะคอยช่วยเหลือมีผลทำให้การดำเนินของ โรคเป็นไปในทางที่ดีขึ้นด้วยซึ่งเป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของคนพิการของ อโนชา ทัศนารนชัย และคณะ (2552) พบว่าคนพิการที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสมจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ที่ดีจะส่งผลให้คนพิการที่เป็นสมาชิกในครอบครัวนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการศึกษาของ มะลิวัลย์ เรือนคำ และศุภลักษณ์ เข็มทอง (2552) ที่ศึกษาทักษะชีวิตสำหรับเด็กออทิสติกผ่านมุมมองผู้ดูแลพบว่าทักษะชีวิตพื้นฐานมีความสำคัญทำให้เด็กสามารถพึ่งพาตนเอง มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จัดการกับอารมณ์และแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก เช่น บ้าน โรงเรียน และชุมชน เพราะเด็กที่ได้รับการรักษาต้องใช้เวลาอยู่ร่วมในโรงเรียน และบ้านค่อนข้างมาก ในปัจจุบันมีการพบเด็กที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ เช่น เด็กออทิสติก สมาธิสั้นและดื้อต่อต้าน เมื่อได้รับการวินิจฉัยและรักษาแล้ว สามารถเข้าสู่สังคม เรียนร่วมกับเด็กกลุ่มปกติเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมองค์ประกอบพื้นฐานของทักษะชีวิตให้เด็ก จะช่วยให้สามารถบอกความต้องการที่แท้จริง ควบคุมอารมณ์ ทำให้เรียนรู้ได้ ใกล้เคียงเด็กปกติมากที่สุด

ดังนั้นครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีย่อมส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีความสุข มีการปรับตัวที่ดีในการดำเนินชีวิตทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีปัญหาหรือเกิดความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวช่วยให้สมาชิกได้รับการดูแลรักษาและส่งผลให้พ้นจากความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองของเด็กพิเศษอายุ 10-18 ปี ที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ว่ามีภาวะออทิซึม (Autistic spectrum disorder: ASD) สมาธิสั้น (Attentive hyperactive disorder: ADHD) หรือคือต่อต้าน (Oppositional defiant disorder: ODD) ซึ่งพาเด็กเข้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ และได้รับการรักษาต่อเนื่อง มาอย่างน้อย 1 ปี

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กพิเศษอายุ 10-18 ปี ที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็ก ว่ามีภาวะออทิซึม ในกลุ่มที่มีความสามารถสูง (Moderated-high function) สมาธิสั้น หรือคือต่อต้าน โรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียวไม่มีโรคร่วม หรือมีความพิการทางด้านร่างกาย และสติปัญญา โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ผ่านรักษาอย่างต่อเนื่อง มาอย่างน้อย 1 ปี รวมทั้งกำลังเรียนหนังสือร่วมในชั้นเรียนกับเด็กปกติ ซึ่งพาเด็กเข้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience sampling) ในช่วงเวลาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2559 โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นบิดา หรือ มารดา หรือผู้ดูแลหลัก เช่น ยาย ป้า ลุง เป็นต้น คนใดคนหนึ่ง และดูแลเด็กมาอย่างน้อย 1 ปี

2. มีการสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยเข้าใจ

##### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ของ Cohen (1988) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) ที่ระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 จำนวนตัวแปรต้น

เท่ากับ 1 ตัวแปร ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the Test) เท่ากับ .80 และค่าขนาดอิทธิพลระดับกลาง (Estimate effect size ขนาด Moderate value) = .15 แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วย โปรแกรมคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก Statistic Calculator Version 2.0 (Soper, 2009) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 54 รายเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพ่อหรือแม่หรือผู้ดูแลหลักของเด็กที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ ประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และข้อมูล ของเด็กที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ ประกอบด้วย อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค อายุเมื่อเริ่มวินิจฉัยโรค

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว นำมาจาก Chulalongorn Family Inventory (CFI) ของ อูมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ใช้ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน ได้แก่

การแก้ไขปัญหา (6 ข้อ)	ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 8, 25, 26
การสื่อสาร (5 ข้อ)	ได้แก่ข้อ 9, 16, 23, 28, 31
บทบาท (3 ข้อ)	ได้แก่ข้อ 10, 17, 29
การตอบสนองทางอารมณ์(5 ข้อ)	ได้แก่ข้อ 4, 11, 18, 34, 35
ความผูกพันทางอารมณ์ (5 ข้อ)	ได้แก่ข้อ 5, 12, 21, 24, 33
การควบคุมพฤติกรรม (4 ข้อ)	ได้แก่ข้อ 6, 13, 27, 30
การทำหน้าที่ทั่วไป (8 ข้อ)	ได้แก่ข้อ 7, 14, 15, 19, 20, 22, 32, 36

รวมทั้งหมด 36 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบตามความเป็นจริงของการทำหน้าที่ของครอบครัวกับข้อความในแบบสอบถามลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน 1 หมายถึง เป็นจริงน้อยที่สุด จนถึงคะแนน 4 เป็นจริงมากที่สุด คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 36-144 รวม 36 ข้อ แบ่งเป็นข้อความคำถามด้านบวก 24 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 34, 35 ข้อคำถามด้านลบ 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33, 36 ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .90 (อโนชา ทิศนาชนชัย และคณะ, 2552)

**ส่วนที่ 3** แบบวัดทักษะชีวิตของวัยรุ่น เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ปกครองของเด็กที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพตอบ ใช้เพื่อวัดทักษะชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ

ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินของแบบสอบถามทักษะชีวิตของวัยรุ่น ของ บุษกร สืบซึ่ง (2549) ซึ่งประกอบด้วยทักษะชีวิต 12 ด้าน

การคิดวิเคราะห์วิจารณ์	ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
ความคิดสร้างสรรค์	ได้แก่ข้อ 8, 9, 10, 11, 12, 13
การตระหนักรู้ในตนเอง	ได้แก่ข้อ 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20
ความเข้าใจผู้อื่น	ได้แก่ข้อ 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28
ความภาคภูมิใจในตนเอง	ได้แก่ข้อ 29, 30, 31, 32, 33, 34
ความรับผิดชอบต่อสังคม	ได้แก่ข้อ 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42
การตัดสินใจ	ได้แก่ข้อ 53, 54, 57, 58
การแก้ไขปัญหา	ได้แก่ข้อ 55, 56, 59, 60
การสื่อสาร	ได้แก่ข้อ 43, 44, 45, 46
การสร้างสัมพันธภาพ	ได้แก่ข้อ 47, 48, 49, 50, 51, 52
การจัดการกับอารมณ์	ได้แก่ข้อ 61, 62, 63
การจัดการความเครียด	ได้แก่ข้อ 64, 65, 66

รวม 66 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ คือ จริง ค่อนข้างจริง ไม่จริง แบ่งเป็นข้อความคำถามด้านบวก 49 ข้อได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 55, 58, 59, 60, 61, 63, 65, 66 ข้อคำถามด้านลบ 16 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 7, 8, 33, 36, 47, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 62, 64 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความคำถามด้านบวก	ข้อความคำถามด้านลบ
จริง	3	1
ค่อนข้างจริง	2	2
ไม่จริง	1	3

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 66-198 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึงมีทักษะชีวิตพื้นฐานต่ำคะแนนสูงหมายถึงมีทักษะชีวิตสูง และสามารถนำคะแนนไปเทียบกับเกณฑ์ปกติ (Norms) ของแบบประเมินทักษะชีวิตของ บุษกร สืบซึ่ง (2549) และจัดแบ่งเป็นระดับได้ดังนี้

คะแนนมากกว่า	171	อยู่ในเกณฑ์สูง (สูงกว่าปกติ)
คะแนนระหว่าง	148-171	อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (ปกติ)
คะแนนน้อยกว่า	148	อยู่ในเกณฑ์ต่ำ (ต่ำกว่าปกติ)

แบบวัดทักษะชีวิตของวัยรุ่นมีการศึกษาแล้วว่ามีความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดนี้เท่ากับ .83 (บุษกร สืบซึ่ง, 2549)

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวและแบบสอบถามทักษะชีวิตของวัยรุ่น เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาแล้วจากการศึกษาครั้งก่อน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544; บุษกร สืบซึ่ง, 2549) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่หาความตรงตามเนื้อหา

### ความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวและแบบสอบถามทักษะชีวิตของวัยรุ่น จะนำไปใช้กับพ่อแม่ หรือผู้ปกครองเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ ที่มีอายุระหว่าง 10-18 ปี ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย จากนั้นนำค่าที่ได้ มาหาความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีการของแอลฟาครอนบาค ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว เท่ากับ .89 และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทักษะชีวิต เท่ากับ .90

## การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอ โครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโดยขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ ในการตระหนักถึงการเคารพสิทธิมนุษยชน โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการวิจัยและให้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง โดยการลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลใด ๆ ทั้งทางตรงหรือทางอ้อมต่อการบริการ และการรักษาขณะดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการให้ข้อมูล โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายต่อผู้ให้ข้อมูล ทุกคำตอบของกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถามไม่มีถูกหรือผิด ถือเป็นความลับเอกสารข้อมูลทุกอย่างไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยถูกสรุปผลเป็นภาพรวมและนำเสนอในเชิงวิชาการเพื่อประโยชน์ทางการศึกษา และเป็นข้อมูลในการให้บริการทางการแพทย์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย



## การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการรับรอง จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาล ยูวประสาทไวทโยปถัมภ์แล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ ภายหลังจากได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ เพื่ออธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ติดต่อประสานงานกับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อชี้แจงขั้นตอนและการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลการวิจัยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างมารอพบแพทย์ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2559

3. ผู้วิจัยแนะนำตนเองต่อกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียด เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ และแจกแบบสอบถามด้วยตนเองพร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนของการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนอย่างละเอียด โดยไม่จำกัดเวลาตอบแบบสอบถาม ระหว่างการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเปิด โอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

4. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมด้วยตัวเอง และตรวจสอบความถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาทำแบบสอบถาม ตามกำหนดประมาณ 20-30 นาที ขณะที่ทำแบบสอบถามผู้ทำวิจัยจะอยู่ช่วยเหลือดูแลเด็กแทน โดยหากิจกรรมเช่นการระบายสี เล่นเกม หรืออ่านหนังสือรอเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตรหรือไม่ให้บุตรมารบกวนสมาธิ

5. เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว จึงนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว และทักษะชีวิต ทั้งคะแนนในภาพรวมและรายด้าน โดยใช้คะแนนเฉลี่ย พิสัยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. หาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการทำหน้าที่ของครอบครัว กับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพทั้งในภาพรวม และรายด้าน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson' correlation coefficients)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัว ทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว และทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดา หรือผู้ปกครองของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 54 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว และทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความสัมพันธ์กับเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ คือเป็นมารดา ร้อยละ 40.7 รองลงมาเป็นบิดา ร้อยละ 37.0 อายุเฉลี่ย 41.59 ปี ( $SD = 9.53$ ,  $range = 25-73$ ) ส่วนมากมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 24.1 และ 37.0 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.0 รองลงไปอาชีพค้าขายและรับราชการ (ร้อยละ 16.7 และ 14.8 ตามลำดับ) ส่วนมากมีรายได้ของครอบครัว อยู่ระหว่าง 20,001-40,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 53.7)

เด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ มีอายุเฉลี่ย 11.89 ปี ( $SD = 1.82$ ,  $range = 10-18$ ) เพศชาย ร้อยละ 77.8 เพศหญิง ร้อยละ 22.2 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมาธิสั้น ร้อยละ 64.8 ออทิสซึม ร้อยละ 22.2 และดื้อต่อต้าน ร้อยละ 13.0 ระยะเวลาที่เด็กได้รับการรักษาเฉลี่ย 5.11 ปี ( $SD = 2.38$ ,  $range = 1-10$ ) ได้รับการรักษาโดยการให้ยา ร้อยละ 77.8 พฤติกรรมบำบัด ร้อยละ 20.4 และการศึกษาพิเศษ ร้อยละ 1.8 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม  
ตัวอย่าง ( $n = 54$ )

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
<b>ความสัมพันธ์กับเด็ก</b>		
มารดา	22	40.7
บิดา	20	37.0
ย่า/ ยาย	8	14.8
น้า/ ป้า	3	5.6
ผู้ดูแล (บ้านสงเคราะห์)	1	1.9
อายุ (ปี)	Mean = 41.59, SD = 9.53, range = 25-73	
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	13	24.1
มัธยมศึกษา	20	37.0
ปริญญาตรี	17	31.5
ปริญญาโท หรือสูงกว่า	3	5.6
ไม่ได้ศึกษา	1	1.8
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้าง	20	37.0
ค้าขาย	9	16.7
รับราชการ	8	14.8
ธุรกิจส่วนตัว	7	13.0
รัฐวิสาหกิจ	4	7.4
อื่นๆ	6	11.1
<b>รายได้ครอบครัว (บาท/ เดือน)</b>		
< 20,000	15	27.8
20,001-40,000	29	53.7
40,001-60,000	7	13.0
> 60,000	3	5.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ (%)
อายุเด็ก (ปี) Mean = 11.89, SD = 1.82, range = 10-18		
เพศ		
ชาย	42	77.8
หญิง	22	22.2
การวินิจฉัยโรค		
สมาธิสั้น	35	64.8
ออทิซึม	12	22.2
คือต่อต้าน	7	13.0
ระยะเวลาที่รักษา (ปี) Mean = 5.11, SD = 2.38, range = 1-10		
การรักษาที่ได้รับ		
การใช้ยา	42	77.8
พฤติกรรมบำบัด	11	20.4
การศึกษาพิเศษ	1	1.8

## ส่วนที่ 2 คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวและทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ

### 1. การทำหน้าที่ของครอบครัว (Family functioning)

คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 104.09 ( $SD = 10.12$ , range = 84-130) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ การแก้ไขปัญหา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.48 ( $SD = 2.02$ , range = 13-23) การสื่อสารมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.25 ( $SD = 1.93$ , range = 9-18) บทบาทที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.56 ( $SD = 1.30$ , range = 7-12) การตอบสนองทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.54 ( $SD = 2.12$ , range = 9-20) ความผูกพันทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.26 ( $SD = 1.97$ , range = 9-20) การควบคุมพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.28 ( $SD = 1.41$ , range = 8-13) และการทำหน้าที่ทั่วไปมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.72 ( $SD = 3.23$ , range = 18-30) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว ทั้งคะแนนรวมและรายด้าน ( $n = 54$ )

การทำหน้าที่ของครอบครัว	Mean	SD	Range	Possible range	Mean by item (1-4)
คะแนนรวม	104.09	10.12	84-130	36-144	2.89
คะแนนรายด้าน					
1. การแก้ไขปัญหา	17.48	2.02	13-23	6-24	2.91
2. การสื่อสาร	13.25	1.93	9-18	5-20	2.65
3. บทบาท	9.56	1.30	7-12	3-12	3.19
4. การตอบสนองทางอารมณ์	14.54	2.12	9-20	5-20	2.91
5. ความผูกพันทางอารมณ์	14.26	1.97	9-20	5-20	2.85
6. การควบคุมพฤติกรรม	10.28	1.41	8-13	4-16	2.57
7. การทำหน้าที่ทั่วไป	24.72	3.23	18-30	8-32	3.09

## 2. ทักษะชีวิต (Life skills)

คะแนนทักษะชีวิตในภาพรวมของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 139.22 ( $SD = 16.81$ , range = 104-176) ซึ่งหมายถึงมีทักษะชีวิตต่ำ (คะแนนรวมต่ำกว่า 148) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านทั้ง 12 ด้าน ได้แก่ การคิดวิเคราะห์ห้วงการณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.30 ( $SD = 1.92$ , range = 8-16) ความคิดสร้างสรรค์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.50 ( $SD = 3.05$ , range = 8-16) การตระหนักรู้ในตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.00 ( $SD = 2.39$ , range = 11-21) ความเห็นใจผู้อื่นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.61 ( $SD = 2.97$ , range = 11-23) การสร้างสัมพันธภาพมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.30 ( $SD = 3.26$ , range = 10-24) การสื่อสารมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.33 ( $SD = 1.80$ , range = 4-12) การตัดสินใจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.39 ( $SD = 1.64$ , range = 5-12) การแก้ไขปัญหา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.07 ( $SD = 1.61$ , range = 4-11) การจัดการอารมณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.00 ( $SD = 1.15$ , range = 3-9) การจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.39. ( $SD = 1.00$ , range = 4-8) ความภาคภูมิใจในตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.03 ( $SD = 2.35$ , range = 8-18) และความรับผิดชอบต่อสังคมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.25 ( $SD = 3.26$ , range = 10-24) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของคะแนนทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพทั้งคะแนนรวมและรายด้าน ( $n = 54$ )

ทักษะชีวิต	Mean	SD	Range	Possible range	Mean by item ( 1-3)
คะแนนรวม	139.22	16.81	104-176	66-198	2.11
คะแนนรายด้าน					
1. การคิดวิเคราะห์วิจารณ์	12.30	1.92	8-16	7-21	1.76
2. ความคิดสร้างสรรค์	11.50	3.05	8-16	6-18	1.92
3. การตระหนักรู้ในตนเอง	15.00	2.39	11-21	7-21	2.14
4. ความเห็นใจผู้อื่น	17.61	2.97	11-23	8-24	2.20
5. การสร้างสัมพันธภาพ	18.30	3.26	10-18	6-18	2.55
6. การสื่อสาร	8.33	1.80	4-12	4-12	2.08
7. การตัดสินใจ	8.39	1.64	5-12	4-12	2.09
8. การแก้ไขปัญหา	8.07	1.61	4-11	4-12	2.01
9. การจัดการอารมณ์	6.00	1.15	3-9	3-9	2.00
10. การจัดการความเครียด	6.39	1.00	4-8	3-9	2.13
11. ความภาคภูมิใจในตนเอง	13.03	2.35	8-18	6-18	2.17
12. ความรับผิดชอบต่อสังคม	18.25	3.26	10-24	8-24	2.28

### ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ ข้อมูลของตัวแปรทุกตัวเป็นลักษณะข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous data) และมีการกระจายแบบ โคน์ปกติ (Normality) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation) ผลการวิเคราะห์พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวทั้งคะแนนรวมและรายด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิตในภาพรวมของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ ( $p > .05$ ) ดังแสดงใน ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวทั้งคะแนนรวมและรายด้านกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ ( $n = 54$ )

การทำหน้าที่ของครอบครัว	ทักษะชีวิต ( $r$ )	$p$ -value
คะแนนรวม	.07	.621
คะแนนรายด้าน		
1. การแก้ไขปัญหา	.18	.204
2. การสื่อสาร	.21	.120
3. บทบาท	.07	.627
4. การตอบสนองทางอารมณ์	.16	.258
5. ความผูกพันทางอารมณ์	.06	.689
6. การควบคุมพฤติกรรม	-.17	.218
7. การทำหน้าที่ทั่วไป	-.11	.421

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวมและรายด้าน กับทักษะชีวิตรายด้านทั้ง 12 ด้าน ผลการวิเคราะห์พบความสัมพันธ์ ดังตารางที่ 5 ดังนี้

การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิตด้านการคิดวิเคราะห์วิจารณ์ ( $r = .29, p < .05$ ) การทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวม ด้านการแก้ไขปัญหา และการตอบสนองทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ( $r = .27, p < .05, r = .31, p < .05$  และ  $r = .42, p < .01$  ตามลำดับ)การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการทำหน้าที่ทั่วไป มีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิตด้านความเห็นใจผู้อื่น ( $r = -.31, p < .05$ ) การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไปมีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิตด้านการสื่อสาร ( $r = -.27, p < .05$  และ  $r = -.28, p < .05$  ตามลำดับ)การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสาร และการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิตด้านความภาคภูมิใจในตนเอง ( $r = .35, p < .01$  และ  $r = -.27, p < .05$  ตามลำดับ)นอกจากนี้พบไม่มีความสัมพันธ์ ( $p > .05$ )



ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตทั้งคะแนนรวมและรายด้าน ( $n = 54$ )

การทำหน้าที่ครอบครัว	ทักษะชีวิต (r)												
	ในภาพรวม	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ในภาพรวม	.07	.22	.02	.27*	-.21	.60	.12	.18	-.13	-.06	.10	.02	-.15
1. การแก้ไขปัญหา	.18	.18	.18	.31*	-.13	.08	.11	.23	.02	.14	.22	.02	-.17
2. การสื่อสาร	.21	.29*	.14	.26	-.06	.35**	.20	.17	-.10	.57	.18	.07	-.11
3. บทบาท	.07	.13	.01	.26	-.05	.13	.20	.00	-.10	.07	-.17	.10	-.17
4. การตอบสนองทางอารมณ์	.16	.21	.01	.42**	-.09	.09	.08	.20	-.06	.14	.12	-.03	-.07
5. ความผูกพันทางอารมณ์	.06	.10	-.07	.16	-.12	.05	.11	.25	-.23	-.07	.21	.06	-.14
6. การควบคุมพฤติกรรม	-.17	-.09	-.17	-.08	-.14	-.27*	-.13	-.09	.07	-.27	.02	-.13	.07
7. การทำหน้าที่ทั่วไป	-.11	.18	-.10	.06	-.31*	-.10	.04	.07	-.18	-.28*	-.08	.00	-.15

1 = การวิเคราะห์วิจารณ์      2 = ความคิดสร้างสรรค์      3 = การตระหนักรู้ในตนเอง  
4 = ความเห็นใจผู้อื่น      5 = ความภาคภูมิใจในตนเอง      6 = ความรับผิดชอบต่อสังคม  
7 = การตัดสินใจ      8 = การแก้ไขปัญหา      9 = การสื่อสาร  
10 = การสร้างสัมพันธภาพ      11 = การจัดการกับอารมณ์      12 = การจัดการความเครียด

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวและทักษะชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) จำนวน 54 ราย เป็นผู้ปกครองของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และแบบสอบถามทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

#### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็ก ร้อยละ 40.7 รองลงมาเป็นบิดา ร้อยละ 37.0 อายุเฉลี่ย 41.59 ปี ( $SD = 9.53$ , range = 25-73) ส่วนมากมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 24.1 และ 37.0 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.0 รองลงไปอาชีพค้าขายและรับราชการ (ร้อยละ 16.7 และ 14.8 ตามลำดับ) ส่วนมากมีรายได้ของครอบครัว อยู่ระหว่าง 20,001-40,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 53.7)

เด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ มีอายุเฉลี่ย 11.89 ปี ( $SD = 1.82$ , range = 10-18) เพศชาย ร้อยละ 77.8 เพศหญิง ร้อยละ 22.2 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมาธิสั้น ร้อยละ 64.8 ออทิสซึม ร้อยละ 22.2 และคือต่อต้าน ร้อยละ 13.0 ระยะเวลาที่เด็กได้รับการรักษาเฉลี่ย 5.11 ปี ( $SD = 2.38$ , range = 1-10) ได้รับการรักษาโดยการให้ยา ร้อยละ 77.8 พฤติกรรมบำบัด ร้อยละ 20.4 และการศึกษาพิเศษ ร้อยละ 1.8

2. คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 104.09 ( $SD = 10.12$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ การแก้ไขปัญหา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.48 ( $SD = 2.02$ ) การสื่อสารมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.25 ( $SD = 1.93$ ) บทบาทมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.56 ( $SD = 1.30$ ) การตอบสนองทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.54 ( $SD = 2.12$ ) ความผูกพันทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 14.26 ( $SD = 1.97$ ) การควบคุมพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.28 ( $SD = 1.41$ ) และการทำหน้าทีทั่วไปมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.72 ( $SD = 3.23$ )

3. คะแนนทักษะชีวิตในภาพรวมของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 139.22 ( $SD = 16.81$ ) ซึ่งหมายถึงมีทักษะชีวิตต่ำ (คะแนนรวมต่ำกว่า 148) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านทั้ง 12 ด้าน ได้แก่ การคิดวิเคราะห์หิววิจารณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.30 ( $SD = 1.92$ ) ความคิดสร้างสรรค์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.50 ( $SD = 3.05$ ) การตระหนักรู้ในตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.00 ( $SD = 2.39$ ) ความเห็นใจผู้อื่นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.61 ( $SD = 2.97$ ) การสร้างสัมพันธภาพมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.30 ( $SD = 3.26$ ) การสื่อสารมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.33 ( $SD = 1.80$ ) การตัดสินใจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.39 ( $SD = 1.64$ ) การแก้ไขปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.07 ( $SD = 1.61$ ) การจัดการอารมณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.00 ( $SD = 1.15$ ) การจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.39 ( $SD = 1.00$ ) ความภาคภูมิใจในตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.03 ( $SD = 2.35$ ) และความรับผิดชอบต่อสังคมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.25 ( $SD = 3.26$ )

4. การทำหน้าที่ของครอบครัวทั้งคะแนนรวมและรายด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิตในภาพรวมของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ ( $p > .05$ )

5. การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิต ด้านการคิดวิเคราะห์หิววิจารณ์ ( $r = .29, p < .05$ ) การทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวม ด้านการแก้ไขปัญหา และการตอบสนองทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิต ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ( $r = .27, p < .05, r = .31, p < .05$  และ  $r = .42, p < .01$  ตามลำดับ) การทำหน้าที่ของครอบครัว ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป มีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิตด้านความเห็นใจผู้อื่น ( $r = -.31, p < .05$ ) การทำหน้าที่ของครอบครัว ด้านการควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป มีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิตด้านการสื่อสาร ( $r = -.27, p < .05$  และ  $r = -.28, p < .05$  ตามลำดับ) การทำหน้าที่ของครอบครัว ด้านการสื่อสาร และการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิตด้านความภาคภูมิใจในตนเอง ( $r = .35, p < .01$  และ  $r = -.27, p < .05$  ตามลำดับ) นอกจากนี้พบไม่มีความสัมพันธ์ ( $p > .05$ )

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 104.09 ( $SD = 10.12, range = 84-130$ ) จากคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 36-144 มีค่ากลางเท่ากับ 90 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ครอบครัวเหมาะสมมาก เป็นไปตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของ McMaster model of family functioning ที่ว่าครอบครัวประกอบด้วย

ระบบย่อย ได้แก่ สมาชิกแต่ละคน คู่สมรสและพี่น้อง ครอบครัวจะมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกครอบครัว พฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่น การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งไม่สามารถกระทำได้โดยการวิเคราะห์บุคคลนั้นเพียงอย่างเดียว ต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของบุคคลต่อครอบครัวทั้งระบบด้วย รูปแบบของปฏิสัมพันธ์ และการจัดองค์กรในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกำหนดพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน (Friedman et al., 2003)

ครอบครัวที่มีบุตรเป็นเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพนั้น จะต้องดูแล ใส่ใจกับเด็กมากกว่าเด็กปกติทั่วไป เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มีความผิดปกติในด้านพฤติกรรม การช่วยเหลือตนเอง หรือบางรายอาจมีความผิดปกติของการดำเนินชีวิตในสังคม พ่อแม่จำเป็นต้องให้การดูแลฝึกฝน ปรับพฤติกรรมเพื่อทำให้เด็กสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด และสามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อน ๆ ในวัยเดียวกันและสมาชิกคนอื่น ๆ ในบางครอบครัวจำเป็นต้องดูแลเด็กแบบตัวต่อตัว และตลอดทั้งวันทั้งคืน บางครอบครัวมารดาจำเป็นต้องอยู่ดูแลลูกอย่างเดียว ทำให้บิดาต้องรับภาระในด้านอื่น ๆ แทน ดังนั้นจึงทำให้ครอบครัวที่มีเด็กพิเศษเหล่านี้ต้องมีการพูดคุย แบ่งหน้าที่ในการทำงานของแต่ละคนอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ เมริสา พงษ์ศักดิ์ศรี, สร้อยสุดา วิทยากร, ศศิธร สังข์อู่ และนันท์ณี เสถียรศักดิ์พงศ์. (2553) ที่พบว่า การดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัวที่มีบุตรออทิสติกวัยรุ่น ครอบครัวจะตระหนักถึงการพัฒนาการและความเปลี่ยนแปลงของบุตร สนใจโปรแกรมการศึกษาของบุตร รับฟัง และใส่ใจเกี่ยวกับอารมณ์ รวมทั้งด้านการศึกษาต่อของบุตร และการตระหนักถึงความปลอดภัยในการจัดสิ่งแวดล้อมให้กับบุตร ผู้ปกครองและบุคคลในครอบครัวจึงมีความใส่ใจรับฟังผู้อื่น ใส่ใจกับที่พฤติกรรมผิดปกติของบุตร และให้ความร่วมมือกับครอบครัวมากขึ้น ดังนั้นครอบครัวที่มีบุตรบกพร่องทางด้านบุคลิกภาพจึงมีการทำหน้าที่ครอบครัวอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

เมื่อพิจารณาการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นรายด้าน พบว่า บทบาท มีค่าคะแนนสูงสุด (Mean by item = 3.19) (ตารางที่ 2) แสดงว่าสมาชิกในครอบครัวมีการแสดงบทบาทของแต่ละคนได้ดี เนื่องจากในครอบครัวที่มีบุตรเป็นเด็กพิเศษนั้นจะต้องดูแลช่วยเหลือเด็กอย่างใกล้ชิด และตลอดเวลา เนื่องจากเด็กบางคนช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีความบกพร่องทางการเรียนรู้และการใช้ชีวิตในสังคม พ่อแม่จึงต้องให้การช่วยเหลือและดูแลเป็นพิเศษเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดี และเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการเรียนรู้ การเลียนแบบพฤติกรรมของเด็กปกติ รวมทั้งสามารถปรับตัว แก้ไขปัญหาที่พบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาที่กล่าวว่า พ่อแม่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก ได้แก่ การอบรมเกี่ยวกับระเบียบวินัย การสอนให้รู้จักสิ่งต่าง ๆ รอบตัว การชี้ชวนดูรูปภาพและอ่านหนังสือ การฝึกกิจวัตรประจำวัน จะส่งผลเป็นความรู้ให้กับเด็กในการที่จะ

ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกได้อย่างเหมาะสมต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ วิจิต สุทธิโส (2545) พบว่า การแสดงบทบาทของครอบครัวที่มีบุตรเป็นเด็กออทิสติก ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กออทิสติกอยู่ในระดับที่ดี และมีความพร้อมในการดูแลพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก มีความสามารถในการพัฒนาการเรียนรู้ของเด็กออทิสติก ทั้งในด้านการพัฒนา ทักษะกล้ามเนื้อ ทักษะการช่วยเหลือตนเอง ทักษะการรับรู้ ทักษะความสนใจ และทักษะกล้ามเนื้อเล็ก ทักษะด้านสังคม ทักษะการเลียนแบบ ทักษะการสื่อสาร และทักษะพื้นฐานวิชาการ ตามลำดับ

การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการควบคุมพฤติกรรม มีค่าคะแนนต่ำสุด (Mean by item = 2.57) (ตารางที่ 2) เนื่องจากเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านความพร้อมในด้านการสื่อสารร่วมด้วย ทำให้ พ่อแม่ หรือผู้ดูแล ไม่อาจคาดเดาความต้องการการแสดงพฤติกรรมของเด็กได้ หรือเด็กก็ไม่สามารถสื่อสารออกมาเพื่อให้ผู้อื่นเข้าใจได้เนื่องจากความบกพร่องในโรคที่ตนเองเป็นอยู่ นอกจากนี้ในเด็กที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพมักพบว่ามี การแสดงอารมณ์และ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองบางครั้งมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์กะทันหันเมื่อมีสิ่งกระตุ้น มีการแสดงอารมณ์ก้าวร้าว รุนแรงหรือต่อต้านทำให้พ่อแม่ หรือสมาชิกในครอบครัวไม่อาจคาดเดาความต้องการและอารมณ์ของเด็กที่เปลี่ยนแปลงและสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติก ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ความเจ็บป่วย การได้รับความกดดันเกินไป การกระตุ้นตนเอง การเรียกร้องความสนใจ ความต้องการหลีกเลี่ยง คือ เด็กจะเลือกทำพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ตนเองไม่ชอบ เช่น เด็กทราบว่ เมื่อทานข้าวเสร็จเด็กจะต้องเก็บจานและทำความสะอาดโต๊ะ เด็กจะทำงานแตกเพื่อหลีกเลี่ยงการทำงาน จึงต้องฝึกให้เด็กมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองครอบครัวจึงเลือกที่จะไม่ขัดใจหรือไม่พยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็ก (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2550)

2. คะแนนทักษะชีวิตในภาพรวมของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 139.22 ( $SD = 16.81$ , range = 104-176) ซึ่งหมายถึงมีทักษะชีวิตต่ำ (คะแนนรวมต่ำกว่า 148) เนื่องจากเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องทางด้านบุคลิกภาพมีความยากลำบากในการควบคุมพฤติกรรมและจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ ไม่สนใจบุคคลรอบข้าง รอคอยไม่เป็น ไม่รู้จักคิดวิเคราะห์และใช้เหตุผลในการตัดสินใจทำกิจกรรม ทำให้เด็กไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม หรือแสดงพฤติกรรมที่แปลก แตกต่างจากคนทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษา ปิยพงษ์ แซ่ตั้ง (2556) พบว่า เด็กที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ มีพฤติกรรมผิดปกติ มักระดับสติปัญญาต่ำมีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวทางการเรียนและการทำงานทำให้เกิดความคับข้องใจ รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมละเมิดกฎหมายและระเบียบสังคม และขาดความสามารถในการคาดการณ์ถึงผล มีความ

ยากลำบากในการเข้าใจถึงเหตุผลทางกฎหมายและทางจริยธรรม จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้าย ละเมิดสิทธิผู้อื่น รวมทั้งไม่ปฏิบัติตามกฎหมายของสังคม ดังนั้นเด็กที่มีความบกพร่องด้าน บุคลิกภาพจึงมีทักษะชีวิตต่ำ

เมื่อพิจารณาทักษะชีวิต พบด้านที่มากที่สุด คือ การสร้างสัมพันธภาพ (Mean by item = 2.55) (ตารางที่ 3) ในครอบครัวที่มีบุตรเป็นเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ หรือ มีความผิดปกติมักพบได้ตั้งแต่เด็กยังเล็ก บางรายพบว่ามีพัฒนาการที่ผิดปกติมาก่อน บางรายพูด ช้า หรือไม่พูดเลย เมื่อครอบครัวพบ มักจะนำเด็กเข้าสู่ระบบการรักษา ซึ่งระยะเวลาในการรักษา มักจะมีระยะเวลาด้านค่อนข้างยาวนาน รวมทั้งเด็กจะถูกสอนและฝึกมากอย่างดีใน โปรแกรมการรักษา และการกระตุ้นพัฒนาการ เด็กจะคุ้นเคยกับคนอื่น ๆ ง่ายมากขึ้น ได้เข้าร่วมกิจกรรมที่ฝึกทักษะใน ด้านต่าง ๆ มากกว่าเด็กปกติโดยทั่วไป ทำให้เด็กเข้ากับบุคคลอื่นได้ง่าย รวมทั้งเชื่อฟังคำสั่งของ ผู้ใหญ่มากกว่าเด็กอื่น ๆ ที่ไม่ได้รับการฝึกฝนมาตั้งแต่ต้นสอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยาณี อินตะสิน (2550) พบว่า การจัดกิจกรรม การเล่นเกมช่วยกระตุ้นให้เด็กออทิสติกอยากอยู่ร่วมกับ เพื่อนมากขึ้น ทำให้เด็กเกิดความกระตือรือร้น และแสดงพฤติกรรมแลกเปลี่ยนสิ่งของกับเพื่อน ๆ รู้จักเห็นใจผู้อื่น ช่วยเหลือผู้อื่น รู้จักกฎกติกามากขึ้น นอกจากนี้ในปัจจุบันเด็กกลุ่มนี้เ็นกลุ่มที่ ได้รับการยอมรับ และเป็นกลุ่มที่ได้รับการขยายโอกาสให้เรียนรู้ร่วมกับเด็กในชั้นเรียนปกติ คุณครู ผู้ดูแลเด็ก ๆ จึงได้รับการฝึกฝนให้ดูแลเด็กกลุ่มนี้เป็นอย่างดี ทำให้เด็กสามารถเรียนรู้และมี สัมพันธภาพกับเพื่อน ๆ สามารถเข้าใจมุมมองอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่น ใช้ภาษาพูดและภาษากาย เพื่อสื่อสารความรู้สึกนึกคิดและความต้องการของผู้อื่นวางตัวได้ถูกต้องกับสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถใช้การสื่อสารที่สร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความร่วมมือและทำงานร่วมกับเพื่อนได้

ทักษะชีวิตด้านที่ต่ำสุด คือ ด้าน การคิดวิเคราะห์วิจารณ์ (Mean by item = 1.76) (ตารางที่ 3) เนื่องจากเด็กที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ มีข้อจำกัดในด้านการสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ การใช้วิจารณญาณในการวิเคราะห์สังเคราะห์แยกแยะข้อมูลข่าวสารรวม หรือการประเมินปัจจัยปัญหา จากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่แวดล้อมและปัจจัยแวดล้อมสอดคล้องยังไม่สามารถใช้สติปัญญาในการ แก้ปัญหาอย่างเต็มที่เด็กยังไม่สามารถคิดรวบยอดกับสิ่งต่าง ๆ ยังไม่มีเหตุผลความคิดความเข้าใจ ขึ้นอยู่กับการรับรู้จากประสาทสัมผัสเป็นส่วนใหญ่ยังไม่สามารถใช้เหตุผล ดังนั้นการส่งเสริม ทักษะการวิเคราะห์วิจารณ์จึงจำเป็นต้องเปิดโอกาสเด็กเรียนรู้ผ่านการจำแนกแยกแยะ การแก้ปัญหา ที่สัมพันธ์กับชีวิตจริงการจัดกิจกรรม หรือประสบการณ์ให้เด็กได้เรียนรู้ จึงมุ่งการใช้สถานการณ์ ให้เด็กได้แก้ปัญหาหรือหาคำตอบ ทดลอง ปฏิบัติเพื่อให้คลี่คลายข้อสงสัยต่าง ๆ ใช้คำถามกระตุ้น ให้เด็กสนใจ เกิดการลองผิดลองถูก การให้โอกาส ให้เวลาในการกระทำซ้ำ ๆ เพื่อเรียนรู้จะเสริมให้ เด็กเกิดการแก้ปัญหาได้แม้ว่าเด็กจะยังไม่มีความพร้อมในการคิดวิเคราะห์เหมือนกับวัยผู้ใหญ่แต่

การสร้างโอกาสให้เด็กคิด จะกระตุ้นให้เด็กกล้าคิด กล้าทำ ได้แสดงออกผ่านการเล่น ผ่านภาษา ท่าทาง การแสดงความรู้สึกทางคำพูดจะเป็นการกระตุ้นให้เด็ก เป็นผู้ใฝ่เรียนรู้และสร้างสรรค์

3. การทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวมและรายด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิต ในภาพรวม ( $p > .05$ ) (ตารางที่ 5) เมื่อนำการทำหน้าที่ครอบครัวรายด้าน มาวิเคราะห์ร่วมกับทักษะชีวิตในรายด้าน พบว่าบางด้านของการทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับบางด้านของ ทักษะชีวิตเด็กในบางด้าน เนื่องจากเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพมีความผิดปกติ และ ความบกพร่องในด้านการสื่อสาร พฤติกรรม การควบคุมอารมณ์หรือพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้ง การคิดวิเคราะห์ ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมองในส่วนที่ทำหน้าที่ ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่มีผู้ศึกษาวิจัย เกี่ยวกับทักษะชีวิตในเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องทางด้านบุคลิกภาพมาก่อน แต่สำหรับในเด็กปกติ ในวัยเรียน มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับทักษะชีวิตในเด็กปกติ พบว่าเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับการ เติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีความรับผิดชอบสามารถดูแลตนเองและผู้อื่นรวมทั้งสามารถดำรงชีวิตใน สังคม มีความรับผิดชอบต่อสังคม การพัฒนาทักษะชีวิตจึงมีความสำคัญและจำเป็นต้องเริ่ม วางรากฐานตั้งแต่การเริ่มต้นชีวิตของเด็กทั้ง โดยครอบครัวมีส่วนสำคัญในการพัฒนาทักษะชีวิต ให้แก่เด็กปฐมวัยสอดคล้องกับการศึกษาจากการศึกษาของ Patterson (1998) ได้นำเสนอวิธีการ สอนทักษะชีวิตให้กับเด็กปฐมวัย ซึ่งประกอบด้วยการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การจัดการ ใช้จ่ายความปลอดภัยและมารยาททางสังคมโดยทั่วไปจะช่วยให้เด็กเรียนรู้การทำหน้าที่ต่าง ๆ ใน สังคมช่วยให้เติบโตและมีฐานะเหมาะสมตามวัย

การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสาร และการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ กับทักษะชีวิตด้านความภาคภูมิใจในตนเองมีแสดงว่า การควบคุมพฤติกรรมและความประพฤติ ของสมาชิกให้อยู่ในขอบเขต ไม่เกิดปัญหาหรือความเดือดร้อนแก่บุคคลอื่นในครอบครัวหรือสังคม โดยมีการควบคุมพฤติกรรมรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว มีการปรับเปลี่ยนได้ตาม สถานการณ์และความเหมาะสมครอบครัว มีมาตรฐานและกฎเกณฑ์ มีการยอมรับและเข้าใจในตัว บุคคล ร่วมกับการสื่อสารที่มีคุณภาพ ทำให้สมาชิกให้ความร่วมมือและปฏิบัติตาม เมื่อเด็กปฏิบัติ ตามได้ดีจะทำให้เป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Schumacher and Camp (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ในครอบครัวการทำหน้าที่ของครอบครัวใน วัยรุ่น พบว่า ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวความผูกพันในครอบครัวความรักและความเป็นหนึ่ง เดียวกันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะช่วยให้ สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ดีส่งผลให้วัยรุ่นมีการปรับตัวที่ดี การส่งเสริมให้เด็กมีการ แสดงพฤติกรรมและอารมณ์ที่พึงประสงค์ ผู้ใหญ่ต้องเป็นแบบอย่างของการเป็นผู้แสดงอารมณ์และ

พฤติกรรมที่เหมาะสม และช่วยให้เด็กได้มีโอกาสแสดงน้ำใจต่อบุคคลสัตว์ตลอดจนสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพื่อให้ฝึกฝน และเรียนรู้ธรรมชาติของคนและผู้อื่นควรเปิดโอกาสให้เด็กได้ซึมซับอารมณ์เชิงบวกอย่างสม่ำเสมอ เช่น การชื่นชมให้กำลังใจ เมื่อเด็กสามารถควบคุมตนเองได้ การชื่นชมโอบกอดเมื่อเด็กช่วยเหลือและดูแลผู้อื่น หรือมีการให้รางวัลเมื่อเด็กแสดงน้ำใจหรือแสดงออกซึ่งคุณธรรมต่าง ๆ จะช่วยหล่อหลอมให้เด็กเติบโตท่ามกลางความรักและสังคมที่เอื้ออาทรต่อกัน ให้เห็นความสำคัญของความสุขอันเกิดจากการให้ และจะเป็นพื้นฐานให้เด็กเคารพ เห็นคุณค่าของการมีจิตใจที่ดีงามต่อไป

การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไปมีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิต ด้านการสื่อสาร เนื่องจากเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพบางคนมีพัฒนาการทางภาษา การใช้คำพูดในการสื่อความหมาย มีความบกพร่องในการรับรู้ และใช้คำศัพท์ที่ยากขึ้น เช่น คำสรรพนาม คำศัพท์ที่มีความหมายเชิงนามธรรม คำที่แสดงความรู้สึกรวมไปถึงการรับรู้ และการใช้ประโยชน์ที่มีความหมายซับซ้อนของโครงสร้างไวยากรณ์ นอกจากนี้ เด็กยังไม่สามารถบอกความรู้สึกนึกคิดซึ่ง ไม่สามารถนึกคิดและจินตนาการบอกเล่าเรื่องราว ถ่ายทอดไม่เป็น ทำให้ไม่สามารถในการเป็นผู้เริ่มต้นสนทนากับผู้อื่นก่อน ไม่สามารถตีความจากกิริยาอาการอวัจนภาษาของผู้อื่นได้ ครอบครัวแสดงบทบาทในการควบคุมพฤติกรรมและความประพฤติของสมาชิกให้อยู่ในขอบเขตเป็นการรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว เช่น เด็กต้องเคารพเชื่อฟังคำสอนของพ่อแม่ และทำให้เด็กแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนให้ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์วัฒนธรรมขนบธรรมเนียม ประเพณี โดยแสดงความคิดเห็น ความต้องการอย่างอิสระและยอมรับในเหตุผล ทำให้เด็กกล้าที่จะพูด แสดงความคิดเห็น ไม่เกิดความรู้สึกกดดัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล เกลียวทอง (2556) พบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อทักษะชีวิตของนักเรียนประกอบด้วย การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย การมีสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว ครู และเพื่อน ๆ ด้วยกัน

การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการทำหน้าที่ทั่วไปมีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิตด้านความเห็นใจผู้อื่น แสดงว่าครอบครัวมีการทำหน้าที่ที่ดี จะทำให้เด็กมีความสามารถในการเข้าถึงความเหมือนความแตกต่างระหว่างบุคคลจะช่วยให้เด็กเข้าใจและยอมรับผู้อื่นในทุกด้านเพราะรับรู้ว่าคุณค่าของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิวัลย์ เรือนคำ และศุภลักษณ์ เข็มทอง (2552) ที่ศึกษาทักษะชีวิตสำหรับเด็กออทิสติกผ่านมุมมองผู้ดูแล พบว่าการพัฒนาทักษะชีวิตพื้นฐานที่มีความสำคัญทำให้เด็กสามารถพึ่งพาตนเอง คือเด็กต้อง เห็นใจผู้อื่น มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จัดการกับอารมณ์และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ได้การส่งเสริมทักษะชีวิตควรสร้างตั้งแต่ในช่วงปฐมวัยโดยการจัดให้เด็กได้เรียนรู้ผ่านการทำกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดำเนินชีวิต เปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ผู้คน สิ่งต่าง ๆ รอบตัว เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงและ



ลงมือปฏิบัติ สามารถเชื่อมโยงทั้งด้านการคิดการตัดสินใจ และความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้คน ผ่านการชี้แนะควบคุมและจัดการกับอารมณ์ การเกื้อกูล สัมพันธ์กับผู้อื่นในการเผชิญกับเหตุการณ์หรือการปฏิบัติคนในวิถีชีวิต ให้เกิดความสมดุลในชีวิต สามารถแก้ไขหรืออยู่กับปัญหาได้อย่างไม่เป็นทุกข์หรือมีการปรับตนที่เหมาะสม

4. การทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวม ด้านการแก้ไขปัญหา และการตอบสนองทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ( $r = .27, p < .05, r = .31, p < .05$  และ  $r = .42, p < .01$  ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 5) สามารถอธิบายได้ว่า การทำหน้าที่ทั่วไปของครอบครัวจะดำรงอยู่อย่างปกติสุข ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติหน้าที่ประจำวันว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ถ้าครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะผลักดันสมาชิกพัฒนาไปได้อย่างดีทั้งกายและใจ เนื่องจากครอบครัวมีความเข้มแข็งมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันควรรับฟังความรู้สึกและความต้องการของกันและกัน แสดงออกถึงการให้กำลังใจ ด้วยท่าที การสัมผัสและคำพูด ซึ่งการทำหน้าที่ครอบครัวแต่ละด้านมีความคาบเกี่ยวกันอยู่เสมอ รวมทั้งกับครอบครัวมีความสามารถในการแก้ปัญหาด่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ดี สามารถปฏิบัติหน้าที่ด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และต้องมีการตอบสนองทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อกันอย่างเหมาะสม (พินพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2555) ถ้าครอบครัวมีการทำหน้าที่ที่เหมาะสมในด้านเหล่านี้จะช่วยเสริมสร้างให้เด็กมีความคิด ความใส่ใจในตนเอง รู้ว่าสิ่งใดควรกระทำ และสามารถตระหนักถึงผลที่จะได้รับเมื่อกระทำสิ่งใดไป การรู้จักความถนัดความสามารถ จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง เข้าใจความแตกต่างของแต่ละบุคคล รู้จักตนเอง ยอมรับเห็นคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีเป้าหมายในชีวิต

## ข้อเสนอแนะ

### สำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพสามารถนำผลการวิจัยในด้านการทำหน้าที่ของครอบครัว ทั้ง 7 ด้านไปวางแผนการพยาบาล และให้การดูแลครอบครัวรวมทั้งเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ เพื่อให้ครอบครัวรวมทั้งด้านร่างกายจิตใจและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อเด็ก
2. พยาบาล ครูและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพสามารถนำผลการวิจัยไปจัดทำโครงการเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ โดยเฉพาะด้านการคิดวิเคราะห์ เพื่อสร้างให้เด็กมีความภาคภูมิใจในตนเองสามารถเรียนรู้ร่วมกับเด็กปกติอย่างมีความสุข

### สำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยจัดทำเป็น โปรแกรมการพัฒนาทักษะชีวิตในเด็กพิเศษ เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีทักษะชีวิตที่เหมาะสม มีความสามารถในการดำเนินชีวิต เผชิญปัญหาและอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). แผนพัฒนาสุขภาพจิต: ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549). ในเอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ การแปลงพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนที่ 9สู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). รายงานสถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพเด็กไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กัญญาวิรุ์ บุญเสนนันท์. (2555). ผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(1), 114-128.
- กัลยาณี อินตะสิน. (2550). การศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกในระดับปฐมวัยจากการจัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวประกอบการเล่นเกม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จริยา จุฑาภิลิทธิ และจุฑามาส วร โชติกำจร. (2554). กลุ่มอาการออทิสซึม (Autism spectrum disorders). ใน ทิววรรณ หารรรษคุณาชัย, รวิวรรณ รุ่งไพรวลัย, ชาศริยา ชีรนตร, อติศรี สุดาเพ็องฟู, สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงษ์ และพงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์ (บรรณาธิการ), คำรา พัฒนาการ และพฤติกรรมเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป (หน้า 24-48). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์.
- จีราภรณ์ ธรรมบุตร. (2555). ผลของโปรแกรมอบรมพ่อแม่เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตในเด็กวัยเรียนร่วมกับโปรแกรมอบรมทักษะชีวิตในเด็กวัยเรียนต่อทักษะชีวิตของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. วิทยานิพนธ์ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑามาส วิโรจน์อนันต์, จตุรพร แสงกุล และพรพรด ลิมประเสริฐ. (2549). โรคออทิสซึม. สงขลา นครินทร์เวชสาร, 24(4), 135-143.
- ชาญวิทย์พรนภดล, วินัดดา ปิยะศิลป์, จิตราภรณ์จิตรธร และศิริินดา จันทร์เพ็ญ. (2557). การพัฒนาแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย อายุระหว่าง 3-18 ปี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 59(4), 335-354.
- ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล. (2550). Disruptive behavioral disorder ใน วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ, จิตเวชเด็กและวัยรุ่น (หน้า 125-136). กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.

- คารุณี งามขำ และจินตนา ยูนิพันธุ์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ภาคตะวันออก. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(1), 16-28.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2549). *เด็กพิเศษ* เข้าถึงได้จาก [http://www.happyhome.clinic.com / sp01-Specialchild.htm](http://www.happyhome.clinic.com/sp01-Specialchild.htm)
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน. (2555). ความชุกของโรคสมาธิสั้นและภาวะคือต่อต้านของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในประเทศไทย. *วารสารสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์*, 21(2), 66-76.
- ทิพย์วัลย์ สุรินยา. (2557). การทำหน้าที่ของครอบครัว ความสามารถในการฟื้นฝ่าอุปสรรคและการปรับตัวของนักเรียนช่วงชั้นที่ 4 โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานคร. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี*, 25(2), 38-56.
- ทิพวรรณ หารรรษคุณาชัย. (2554). *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอนเตอร์ไพรซ์.
- นพัสชวินทร์ มูลทาทอง. (2555). ทักษะชีวิตกับการศึกษาเพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชน. *วารสารครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*, 9(1), 23-30.
- นภาพร ตุ่มน้อย. (2551). อิทธิพลของการสนับสนุนจากสังคม การสนับสนุนจากครอบครัวและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของครอบครัวที่มีต่อภาระของครอบครัวในการดูแลเด็กพิเศษ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิตยา คชภักดี. (2554). พัฒนาการเด็ก. ใน ทิพวรรณ หารรรษคุณาชัย, รวีวรรณ รุ่งไพรวัดย์, ชาครียา ชีรเนตร, อติศรีสุดา เฟื่องฟู, สุรลักษณ์ สุจริตพงศ์และพงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์ (บรรณาธิการ), *ตำราพัฒนาการ และพฤติกรรมเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป* (หน้า 1-27). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอนเตอร์ไพรซ์.
- นิตยา ไทยาภิรมย์. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน. ใน พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น (บรรณาธิการ), *การสร้างเสริมสุขภาพเด็กทุกช่วงวัย* (หน้า 123-153). กรุงเทพฯ: คลังน่านาวิทยา.

- นิรมล พัจสุนทร, จินตนา สิงขรอาจ, พิศดา อุ๋นไพร, วริศรา ศรีสวัสดิ์, ฉันทนา อุดมสิน และ  
อรนุช กิตติศิริวัฒนกุล. (2554). ปัญหาการเรียนและพฤติกรรมในเด็กนักเรียนชั้น  
ประถมศึกษาปีที่ 1-3 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์  
แห่งประเทศไทย*, 56(4), 345-351.
- นิลิตา อังกุล. (2552). *ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะชีวิตของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 3 สังกัด  
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิจัยและสถิติ  
การศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4).* กรุงเทพฯ:  
ยูเออนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุษกร สืบซึ่ง. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อครอบครัวและการสื่อสารในครอบครัว  
กับทักษะชีวิตพื้นฐานของวัยรุ่นในจังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาล  
ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- เบญจพร ปัญญาขง. (2543). *คู่มือช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น.* กรุงเทพฯ: ศูนย์สุขวิทยาจิตกรมสุขภาพจิต  
กระทรวงสาธารณสุข.
- ปานบดี เอกะจัมปกะ. (2552). *รายงานสถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อ  
สุขภาพเด็กไทย.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ปิยพงษ์ แซ่ตั้ง. (2556). *การศึกษาคะแนนความสามารถทางสติปัญญาของเด็กและเยาวชนชายที่  
กระทำความผิดโดยใช้ความรุนแรงโดยใช้แบบทดสอบความสามารถทางสติปัญญา  
ฉบับภาษาไทย. วารสารกระบวนการยุติธรรม, 6(3), 97-117.*
- พรทิพย์ วชิรดิถ. (2555). *โปรแกรมการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนสำหรับครู.  
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 20(2), 77-90.*
- พรพรรณ มากบุญ. (2556). *ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะทางสังคมของเด็กและเยาวชนชายในศูนย์ฝึกและ  
อบรมเด็กและเยาวชนเขต 2 จังหวัดราชบุรี. วารสารวิทยบริการ, 24(4), 114-152.*
- พิชญากร ศรีประโคน. (2555). *ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตโดยใช้หนังสือการ์ตูนต่อ  
ทักษะชีวิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพเด็กทุกช่วงวัย. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*

- พิสมัย พงศาธิรัตน์ และพรทิพย์ วชิรดิถก. (2556). ปัจจัยสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(1), 108 -120
- เพ็ญแข ลีมีลีลา. (2550). Pervasive development disorder. ใน *วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ), ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2 (หน้า 97-105)*. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.
- ผานิตา ปานเงิน. (2556). *ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตโดยใช้หนังสือการ์ตูนต่อทักษะชีวิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มะลิวัลย์ เรือนคำ และสุภลักษณ์ เข็มทอง. (2552). ทักษะชีวิตสำหรับเด็กออทิสติกผ่านมุมมองผู้ดูแล. *วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่*, 42(2), 112-119.
- มานิช อารณัฐวรรณ. (2550). *โรคสมาธิสั้นหลากหลายวิธีบำบัดเพื่อลูกรัก*. กรุงเทพฯ: รักลูกแฟมิลี่กรุ๊ป.
- เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี, สร้อยสุดา วิทยากร, ศศิธร สังข์อู่ และนนท์ณี เสถียรศักดิ์พงศ์. (2553). การเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัวออทิสติก. *วารสารกิจกรรมบำบัด*, 15(1), 18-27.
- เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี. (2556). การเปลี่ยนแปลงของครอบครัววัยรุ่นที่มีบุตรออทิสติกวัยเด็กตอนกลางและครอบครัวที่มีบุตรออทิสติกวัยรุ่น. *วารสารสวนปรุง*, 28(1), 27-41.
- ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และสุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์. (2550). *ทักษะชีวิต*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.).
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คพับลิเคชันส์.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้*. กรุงเทพฯ: วีเคพรินติ้ง.
- รุจา ภูไพบูลย์, อรุณศรี เตชต์หงส์, สมร อริยานุชิตกุล, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, เพชรรัตน์ เกิดคอนแฝก และจำปี ประสิทธิ์ชัย. (2553). *เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาทักษะชีวิตและทักษะสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาและการมีส่วนร่วมของครอบครัว (ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2554). *พัฒนาทักษะชีวิตและทักษะสุขภาพเด็กวัยเรียน รายงานประจำปี 2554*. กรุงเทพฯ: โครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วันชาติ แวดล้อม, นุจรี ไชยมงคล และนฤมลธีระรังสิกุล. (2553). อิทธิพลของการสนับสนุนของคู่สมรสและการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีต่อความไวในการตอบสนองต่อสัญญาณทารกของมารดาวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 3(2), 44-56
- วิจิต สุทธิโส. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทครอบครัวกับความพร้อมของเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ทางการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิจากรณ บุญสิทธิ. (2555). โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและการรักษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), 373-386
- วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. (2550). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.
- วุฒิพงษ์ ลิ้มปวีโรจน์. (2550). *ทักษะชีวิต*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิวิมล เกลียวทอง. (2556). ปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อทักษะชีวิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal*, 6(3), 443-460.
- ศรีเรื่อน แก้วกั้งวาล. (2550). *จิตวิทยาเด็กที่มีลักษณะพิเศษ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ศรีเรื่อน แก้วกั้งวาล. (2553). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัยแนวคิดเชิงทฤษฎี-วัยเด็กตอนกลาง เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศุภระวรรณ อินทรขาว. (2554). *กุมารเวชศาสตร์ทันสมัย*. กรุงเทพฯ: โอกรูป เพรส.
- สุภาพร แสงหล้า, นุจรี ไชยมงคล และยุนิ พงศ์จตุรวิทย์. (2557). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางสังคมในเด็กก่อนวัยเรียนที่รับบริการในศูนย์เลี้ยงเด็กในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(2), 65-67.
- สุริยเดว ทรีปาตี. (2552). *ต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชน*. กรุงเทพฯ: แผนงานสุขภาพเด็กและเยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส).
- เสาวลักษณ์ หมั่นสมุทร. (2552). *การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น*. สมุทรปราการ: โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.
- อโนชา ทศนาชนชัย, นุจรี ไชยมงคล และสุนทราวดี เรียรพิเชษฐ. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับคุณภาพชีวิตคนพิการ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(2), 21-31.

- อรวรรณ เจาะประโคน. (2551). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะชีวิตของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 3 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาศรีสะเกษ เขต 3. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.*
- อรวรรณ เล่าห์เรณู. (2551). *ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่เหมาะสม. ใน นิรชา เรื่องคารกานนท์, ชาศริยา ธีรเนตร, รวิวรรณรุ่งไพรวลัย และทิพวรรณ หารรรษคุณาชัย (บรรณาธิการ). ตำรา พัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก. กรุงเทพฯ. โฮลิสติกพับลิชชิง.*
- อภาพร เผ่าวัฒนา. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในวัยรุ่น. ใน อภาพร วัฒนา, สุรินทร กลั้วพากร, สุณีย์ ละกำป็น และขวัญใจ อำนางศัตย์ชื้อ (บรรณาธิการ), การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (หน้า 162-185). กรุงเทพฯ: คลังนานาวิทยา.*
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.*
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2545). *ช่วยลูกออทิสติก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Social Human Decision Processes, 50*, 179-211.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed.)*. Washington DC: American Public Health Association.
- Bastian, V. A., Burns, N. R., & Nettelbeck, T. (2005). Emotional intelligence predicts life skills but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and Individual Differences, 39*, 1153-1145.
- Bezdjian, S., Krueger, R. F., Derringer, J., Malone, S., McGue, M., & Lacono, W. G. (2011). The structure of DSM-IV ADHD, ODD and CD criteria in adolescent boy. *A Herarchical Approach Psychiatric Research, 3*, 411-421.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences (2<sup>nd</sup> ed.)*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum.
- Davis, S. K., & Humphrey, N. (2012). Emotional intelligence predicts adolescent mental health beyond personality and cognitive. *Personality and Individual Differences, 52*, 144-149.
- Deault, L. C. (2009). A systemic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairment in children with attention-deficit / hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry Human Development, 41*, 168-192.



- Denham, S. A. (2003). Family research reveals new practice model. *Holistic Nursing Practice*, 17(3), 143-151.
- Dodd, J. L., Franke, L. K., Grzesik, J. K., & Stoskopf, J. (2014). Comprehensive multi-disciplinary assessment protocol for autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual Disability-Diagnosis and Treatment*, 2, 68-82.
- Edwards, G. (2001). Parent-adolescent conflict in teen-ages with ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 557-572.
- Friedman, M. M., Bowben, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing research: Theory, and Practice* (5<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
- Goodman, R., & Scott, S. (2005). Autism spectrum disorders. *Child Psychiatry*. (p. 43-51). Oxford: Blackwell.
- Gorman-Smith, D., Tolan, P. H., Loeber, R., & Henry, D. (1998). Relation of family problems to patterns of delinquent involvement among urban youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(5), 319-333.
- Graham, C. L., & Fox, G. S. (2007). Development of school-age children. In A. Martin & R. F. Volkmar (Eds), *Lewis's child and adolescent psychiatry: A Comprehensive textbook* (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Harries, K. (2006). Comparison of psychosocial correlates in primary school age children with attention-deficit/ hyperactivity disorder-Combined type, with and without dysthymic disorder. *Child Psychiatric Human Development*. 36, 419-426.
- Lewandowski, A. S., Tonya, M. P., Jennifer, S., Susannah, H., & Chistine, T. C. (2010). Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *Adolescence*, 11(11), 1027-1037.
- Mangrulkar, L., Whitman, C. V., & Posner, M. (2001). *Life skills approach to child and adolescent healthy human development*. Washington: Pan American Health Organization.
- Patterson, P. (1998). Market metaphors and political vocabularies. *Public Productivity and Management Review*, 22(2), 220-231.
- Rayn, C. E., Eptein, N. B., Keitner, G. I., Miller, I. W., & Bishop, D. S. (2005). *Evaluating and treating families: The McMaster approach*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.

- Roberts, C., Mazzucchelli, T., Studman, L., & Sanders, M. R. (2006). Behavioral family intervention for children with developmental disabilities and behavioral problem. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*(2), 180-193.
- Sajidin, Nurkamto, J., Saleh, M., & Sultan, R. (2013). Intergrating life skills in English language teaching (ELT) strategies, problems and their possible solutions. *Journal of Language and Literature, 7*(2), 75 -91.
- Schumacher, J. A., & Camp, L. L. (2010). The relation between family functioning, ego identity, and self esteem in young adult. *Psi chi Journal of Undergraduate Research, 15*(4), 179-185.
- Solomon, M., Ono, M., Timmer, S., & Goodlin-Jones, S. (2008). The Effective of parent-child interaction therapy for families of children on the autism spectrum. *J Autism Development Disorder, 38*(9), 1767-1776.
- Soper, D. (2009). *Statistical calculator version 2.0*. Retrieved from <http://www.danielsoper.com/statcalc/calc01.aspx>.
- Wong, D.L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schwartz, P. (2001). *Wong's essentials of pediatric nursing* (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby.
- World Health Organization [WHO]. (1994). *Life skills education for children and adolescences in school*. London: Education Department of Health. Retrieved from [http://www.asksource.info/\\_pdf/31181\\_lifeskills\\_1994.pdf](http://www.asksource.info/_pdf/31181_lifeskills_1994.pdf).
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (3<sup>rd</sup> ed). Philadelphia: F. A. Davis.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

## แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

### คำชี้แจง

แบบสอบถามในงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- |   |                |
|---|----------------|
| ส่วนที่ 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล         | มีจำนวน 11 ข้อ |
| ส่วนที่ 2. แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว | มีจำนวน 36 ข้อ |
| ส่วนที่ 3. แบบวัดทักษะชีวิตของเด็ก          | มีจำนวน 66 ข้อ |

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หรือเติมคำในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริง

1. อายุผู้ตอบแบบประเมิน ..... ปี
2. ระดับการศึกษา
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ปริญญาโท หรือ สูงกว่า	
3. อาชีพ
 

<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> รับราชการ	<input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> ค้าขาย	<input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
4. รายได้ของครอบครัว
 

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 20,000 บาทต่อเดือน
<input type="checkbox"/> 20,001-40,000 บาทต่อเดือน
<input type="checkbox"/> 40,001-60,000 บาทต่อเดือน
<input type="checkbox"/> มากกว่า 60,001 บาทต่อเดือน
5. ความสัมพันธ์กับเด็ก
 

<input type="checkbox"/> บิดา/ มารดา
<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองระบุความสัมพันธ์.....
6. โรคของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัย
 

<input type="checkbox"/> ออทิสซึม	<input type="checkbox"/> สมาธิสั้น	<input type="checkbox"/> คือต่อต้าน
-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------
7. อายุปัจจุบันของเด็ก..... ปี
8. เพศของเด็ก
 

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
9. ระยะเวลาในการรักษา..... ปี
10. การศึกษาของเด็กในปัจจุบัน ระดับชั้น .....
11. การรักษาที่ได้รับ
 

<input type="checkbox"/> พฤติกรรมบำบัด
<input type="checkbox"/> การใช้ยา
<input type="checkbox"/> การศึกษาพิเศษ
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความ	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)
1. สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาส่วน ใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านได้				
2. มีการพูดคุยกันเสมอว่า วิธีการแก้ไขปัญหาที่ทำ ไปนั้น ได้ผลหรือไม่				
3. เมื่อคุณขอให้คนในครอบครัวทำอะไรให้คุณมัก ไม่แน่ใจว่าเขาจะทำให้หรือเปล่า				
4. ...				
5. ...				
6. ...				
7. ทุกคนเข้ากันได้เป็นอย่างดี				
8. เมื่อมีปัญหา มักมีการปรึกษากันว่าจะแก้ปัญหา อย่างไร				
9. บ่อยครั้งที่คุณไม่สามารถพูดในสิ่งที่คุณคิดหรือ รู้สึก				
10. ...				
11. ...				
12. ...				
13. ครอบครัวของคุณมีการห้ามการทำร้ายร่างกาย กัน				
14. สมาชิกในครอบครัวมีความไว้วางใจซึ่งกัน และกัน				
15. การตกลงเรื่องต่าง ๆ ร่วมกันเป็นไปได้ลำบาก เพราะไม่เข้าใจกัน				
16. ...				

ข้อความ	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)
17. ...				
18. ...				
19. ทุกคนยอมรับว่า แต่ละคนมีแบบฉบับของตนเอง				
20. ครอบครัวของคุณรักใคร่ ประองคองกันดี				
21. บางคนในครอบครัวก็ยุ่งุ่นวายกับคนอื่นมากเกินไปจนน่าอึดอัดใจ				
22. ...				
23. ...				
24. ...				
25. ครอบครัวของคุณเผชิญปัญหาต่าง ๆ ร่วมกันได้ดี				
26. ครอบครัวของคุณแก้ปัญหาความไม่สบายใจระหว่างกันได้ค่อนข้างดี				
27. ครอบครัวของคุณมีลักษณะตามสบายไม่ยึดมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ใด ๆ				
28. ...				
29. ...				
30. ...				
31. คุณกล้าบอกคนในครอบครัว เมื่อเขาทำในสิ่งที่คุณไม่ชอบ				
32. ในยามวิกฤติ คนในครอบครัวสามารถพึ่งพาอาศัยกันได้				
33. ผู้ใหญ่ในครอบครัวออกคำสั่ง หรือควบคุมเด็กมากเกินไป				
34. ...				
35. ...				
36. ...				



### ส่วนที่ 3. แบบวัดทักษะชีวิตเด็ก

คำชี้แจง ขอให้ท่านให้คะแนนในแต่ละข้อความว่าตรงกับความเป็นจริงของเด็กของท่าน  
เพียงข้อละ 1 คำตอบดังนี้

คำอธิบาย

- (3) มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เด็กของท่านกระทำ  
เป็นส่วนมาก
- (2) ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เด็กของท่านกระทำปานกลาง
- (1) น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เด็กของท่านกระทำ  
เป็นส่วนน้อย

ข้อความ	ระดับ		
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
1. เด็กมองอะไรแล้ววิเคราะห์ได้หลายแง่มุม			
2. เมื่อพบปัญหาแล้วเด็กพยายามคิดหาสาเหตุเพื่อหาทางแก้ไขปัญหา			
3. ...			
4. ...			
5. ...			
6. ...			
7. เด็กมักจะสรุปสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยใช้เหตุผลของตัวเอง			
8. เด็กชอบทำตามสิ่งที่ผู้อื่นทำมาก่อน			
9. ...			
10. ...			
11. ...			
12. ...			
13. เด็กจะคิดอย่างรอบคอบก่อนทำ			
14. เด็กบอกความรู้สึกที่แท้จริงของคนได้ว่าชอบหรือไม่ชอบอะไร			
15. ...			
16. ...			
17. ...			

ข้อความ	ระดับ		
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
18. ...			
19. เด็กรู้ความสามารถของตนเอง			
20. เด็กสามารถทำอะไรได้ดีเหมือนเด็กคนอื่น			
21. ...			
22. ...			
23. ...			
24. ...			
25. เด็กเป็นที่ฟังของเพื่อน ๆ ได้			
26. เป็นเด็กไม่ชอบยุ่งเรื่องของคนอื่น			
27. ...			
28. ...			
29. ...			
30. ...			
31. เมื่อได้รับคำวิจารณ์จากคนอื่นเด็กจะนำไปพัฒนาตนเอง			
32. เด็กสามารถเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตได้			
33. ...			
34. ...			
35. ...			
36. ...			
37. เด็กรู้จักเสียสละ แบ่งปันให้คนอื่น			
38. เด็กให้ความร่วมมือกับส่วนรวม			
39. ...			
40. ...			
41. ...			
42. ...			
43. เด็กสามารถพูดให้ผู้อื่นคล้อยตามได้			

ข้อความ	ระดับ		
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
44. เด็กมักจะถูกเพื่อนในกลุ่มเลือกให้เป็นผู้นำ			
45. ...			
46. ...			
47. ...			
48. ...			
49. เด็กชอบทำงานร่วมกับคนอื่น			
50. หากต้องทำงานกับคนอื่นเด็กจะทำได้ดี			
51. ...			
52. ...			
53. ...			
54. ...			
55. เด็กจะตัดสินใจทำอะไรฉบับไว			
56. เมื่อเกิดปัญหาเด็กสามารถแก้ไขเองได้			
57. ...			
58. ...			
59. ...			
60. ...			
61. เป็นเด็กใจเย็น ไม่โกรธใครง่าย			
62. เด็กจะรับไม่ได้เมื่อผิดหวังหรือเสียใจ			
63. ...			
64. ...			
65. ...			
66. ...			

ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ  
Relationships between Family Functionings and Life Skills of Special Children with Personality Disorders

ชื่อนิสิต นางปรามิ ศรีวรรณ

รหัสประจำตัวนิสิต 56910016 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชา การพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02 - 10 - 2558

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ปกครองของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 54 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ

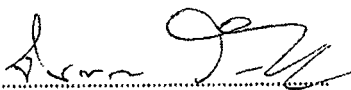
2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 2 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2558

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



หมายเลขผู้ขอทำวิจัย  
๑๑๑ / ๕๕  
(ที่เข้าประชุม)

๒๑ ถนนสุขุมวิท ตำบลปากน้ำ  
อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ๑๐๒๗๐

โทร. ๐๒ ๓๘๔ ๓๓๘๑-๓ ต่อ ๗๒๑๐๖  
โทรสาร. ๐๒ ๓๘๐ ๐๖๙๖

คณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์  
เอกสารรับรองโครงการ

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษ  
ที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ

ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ) Relationships between family functioning's and life skills of special  
children with personality disorders

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานสังกัด นางปราณี ศรีวรรณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางจาก  
สถานที่ทำวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

เอกสารที่รับรอง

๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย
๒. เอกสารชี้แจงการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (จธ๒.๑)
๓. หนังสือยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย (จธ๒.๒)
๔. เครื่องมือวิจัย

วันหมดอายุ : ๒๕ มกราคม ๒๕๖๐

คณะกรรมการจริยธรรมการในงานวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการ  
ให้การรับรองโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The  
Belmont, CIOMS Guidelines และ The International Conference on Harmonization in good Clinical  
Practice (ICH - GCP)

ลงนาม.....  
(นางรินสุช งามงามสกุลมั่น)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย

(๒๕ มกราคม ๒๕๕๙)  
วันที่

ลงนาม.....  
(นางสาวรชนี ฉลองเกื้อกุล)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

(๒๕ มกราคม ๒๕๕๙)  
วันที่

ภาคผนวก ค

คำชี้แจงในการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

---

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับ  
ทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ

วันที่คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย  
ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและ  
มีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะ  
บอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่  
มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง  
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย  
ในภาพรวมที่เป็น  
การสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม  
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)





## เอกสารชี้แจงในการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก เป็นผู้ปกครองของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพที่ดูแลเด็กเป็นหลัก การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 54 คน โดยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้วสิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริงของครอบครัวท่านและเด็กในปกครองของท่านมากที่สุด หากมีข้อสงสัย

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับทักษะชีวิตของเด็ก ผู้วิจัยนำผลไปเผยแพร่เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพและครอบครัว รวมทั้งเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในขั้นต่อไปอย่างไรก็ดีอาจมีความเสี่ยงหรือความไม่สบายใจที่เกิดขึ้นจากการวิจัยได้บ้าง เช่น การใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามพอสมควร ซึ่งระหว่างที่ท่านทำแบบสอบถามผู้วิจัยจะคอยช่วยดูแลบุตรหลานของท่าน โดยจะจัดกิจกรรมสำหรับเด็กให้ระหว่างที่ท่านทำแบบสอบถาม

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจท่านสามารถยกเลิกการให้ข้อมูลโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาใด ๆ โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้จะไม่มีภาระระบุชื่อ หรือที่อยู่โดยผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลจากแบบสอบถามให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ให้ข้อมูล ทุกคำตอบจะไม่มีถูกหรือผิดข้อมูลจะถูกสรุปผลเป็นภาพรวม แล้วนำมาเสนอในเชิงวิชาการเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษา ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย หลังจากนั้นข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการเผยแพร่การวิจัยเรียบร้อยแล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางปราณี ศรีวรรณหมายเลขโทรศัพท์091-117-2600 หรือที่รศ.ดร.นุจรี ไชยมงคลอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102809

นางปราณี ศรีวรรณ  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯทราบได้ที่เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯฝ่ายวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพาโทร. 038-102823

ภาคผนวก ง  
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับ  
ทักษะชีวิตของเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย  
ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและ  
มีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะ  
บอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่  
มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง  
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย  
ในภาพรวมที่เป็น  
การสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม  
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงนาม.....พยาน  
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย  
(.....)

-2-

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้า  
ฟัง  
จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้  
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง  
หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/

(.....) ผู้แทนโดยชอบธรรม

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)