



สถาบันราชภัฏบุรีรัมย์มีความยินดีเผยแพร่ข้อมูล องค์ความรู้ นี้แก่ผู้สนใจ
การนำข้อมูลจากเว็บไซต์นี้ไปใช้เพื่อการศึกษา วิจัย
หรือเผยแพร่ต่อเพียงบางส่วน หรือทั้งหมด
กรุณาอ้างอิง “ชื่อเจ้าของผลงาน” เป็นแหล่งที่มาของข้อมูล



รายงานการวิจัยเรื่อง

**ผลการใช้โปรแกรม ARS ต่อความพร้อมในการเข้าสู่ระบบ
การศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย สถาบันราชานุกูล**

**EFFECTS OF USING AUTISTIC READY TO SCHOOL PROGRAM
TOWARDS THE READINESS ON GOING TO SCHOOL
OF EARLY CHILDHOOD AUTISM**

โดย

**นางพนิดา รัตน์ไพโรจน์
นางทิพวัน ค่ายสงคราม
นางสาวอุดมลักษณ์ หารท่าค้อ**

สถาบันราชานุกูล

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2553

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็ก ออทิสติกปฐมวัย สถาบันราชานุกูล ก่อนกับหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ARS และเพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อการใช้โปรแกรม ARS

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นเด็กออทิสติกอายุ 3 - 5 ปี ของหอผู้ป่วยออทิสติก สถาบันราชานุกูล จำนวน 8 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงเฉพาะที่มีค่าคะแนนแบบประเมินความพร้อมของเด็กออทิสติกปฐมวัยเพื่อส่งต่อสถานศึกษาในระดับต่ำ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรม ARS ซึ่งเป็นโปรแกรมพัฒนาความพร้อมของเด็กออทิสติก เน้นกิจกรรมการพัฒนาความพร้อมใน 4 ทักษะ ได้แก่ กิจกรรมพัฒนาทักษะการรับรู้และความเข้าใจ ภาษา ทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน ทักษะพื้นฐานการเรียนรู้ และลดพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความพร้อมของเด็กออทิสติกปฐมวัยเพื่อส่งต่อสถานศึกษา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.72 2) แบบประเมินพฤติกรรมของคอร์เนอร์ฉบับให้บุคลากรประเมิน (Corners Teacher Questionnaire -CTQ) 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการใช้โปรแกรม ARS ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 8 มีนาคม – 17 มิถุนายน 2553 ใช้เวลา 12 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 และ 12 เป็นสัปดาห์การประเมินและประเมินผล สัปดาห์ที่ 2 –10 เป็นการทดลอง ซึ่งเด็กจะมาร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 4 วัน ๆ 3 ชั่วโมง รวมเวลาร่วมกิจกรรมทั้งหมด 120 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon Matched Pair Sign Rank Test และ $p \text{ value} < .05$

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

- 1) ภายหลังจากทดลองใช้โปรแกรม ARS เด็กออทิสติกปฐมวัยมีความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษา มากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยความพร้อมในทักษะการรับรู้และความเข้าใจภาษา ทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน และทักษะพื้นฐานการเรียนรู้ ของเด็กออทิสติกปฐมวัยเพิ่มมากขึ้น และการมีพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ลดลง
- 2) ผู้ปกครองเด็กออทิสติกปฐมวัย มีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม ARS ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : ARS โปรแกรม เด็กออทิสติกปฐมวัย ความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษา

Abstract

The objectives of this quasi- experimental research were to compare the readiness on going to school of early childhood autism before and after using ARS Program and to study parents satisfaction after using ARS Program. Research designed was one- group pretest –posttest designed. The 8 samples were selected by purposive sampling from 3-5 years of autistic children who had the readiness on going to school score at low level. The research instruments were consisted of ARS Program, The Readiness on Going to School of Early Childhood Autism Scale, Corner's Teacher Questionnaire –CTQ, Parent Satisfaction Questionnaire. Data were collected between March 8th – June 17th , 2010 . The duration of experiment were 12 weeks, the first week was the week for assessment and the last week was the week for evaluation, the 2-11 weeks were the implementation of program. During implementation, the children spent the time for 3 hours from 9.00-12.00 hrs, 4 days /week . The data analyzed by frequency, percentage, mean, standard-deviations and compare mean by Wilcoxon Matched Pair Sign Rank Test and $p\text{-value} < .05$

The research results were as follows:

- 1) After using ARS Program, the readiness on going to school of early childhood autism were significant higher than before at the .05 level.
- 2) The level of parents satisfaction towards ARS Program were very good.

Keywords : ARS program , autistic, readiness , going to school

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ปรีชา วิหคโต รองศาสตราจารย์ ดร.สมพงษ์ แดงตาด และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนธ์นีย์ วิหคโต ที่ได้กรุณาเป็นวิทยากรสอน ให้คำแนะนำและติดตามการทำวิจัยครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่วิธีเริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ คณะผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงพรรณพิมล วิบุลากร ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล ผู้บังคับบัญชา ที่อนุมัติและสนับสนุนการอบรมปฏิบัติการแก่บุคลากร เรื่อง การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ทำให้งานวิจัยเรื่องนี้ ได้มีการดำเนินการจนสำเร็จ

ขอขอบคุณ คุณสินีนาง จิตต์ภักดี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล ที่ให้การส่งเสริมสนับสนุน ให้กำลังใจคณะผู้วิจัย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณนาถอนงค์ บำรุงชน หัวหน้ากลุ่มงานบริการการพยาบาล สถาบันราชานุกูล ผู้ซึ่งเป็นหัวหน้าทีมจัดการกิจกรรมการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ซึ่งช่วยผลักดัน สนับสนุน ให้กำลังใจและติดตามความก้าวหน้าในการศึกษาวิจัยเรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่อง

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณเด็กๆและผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่าง ของหอผู้ป่วยออทิสติก และผู้เกี่ยวข้อง ที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่คณะผู้วิจัย งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

คณะผู้วิจัย

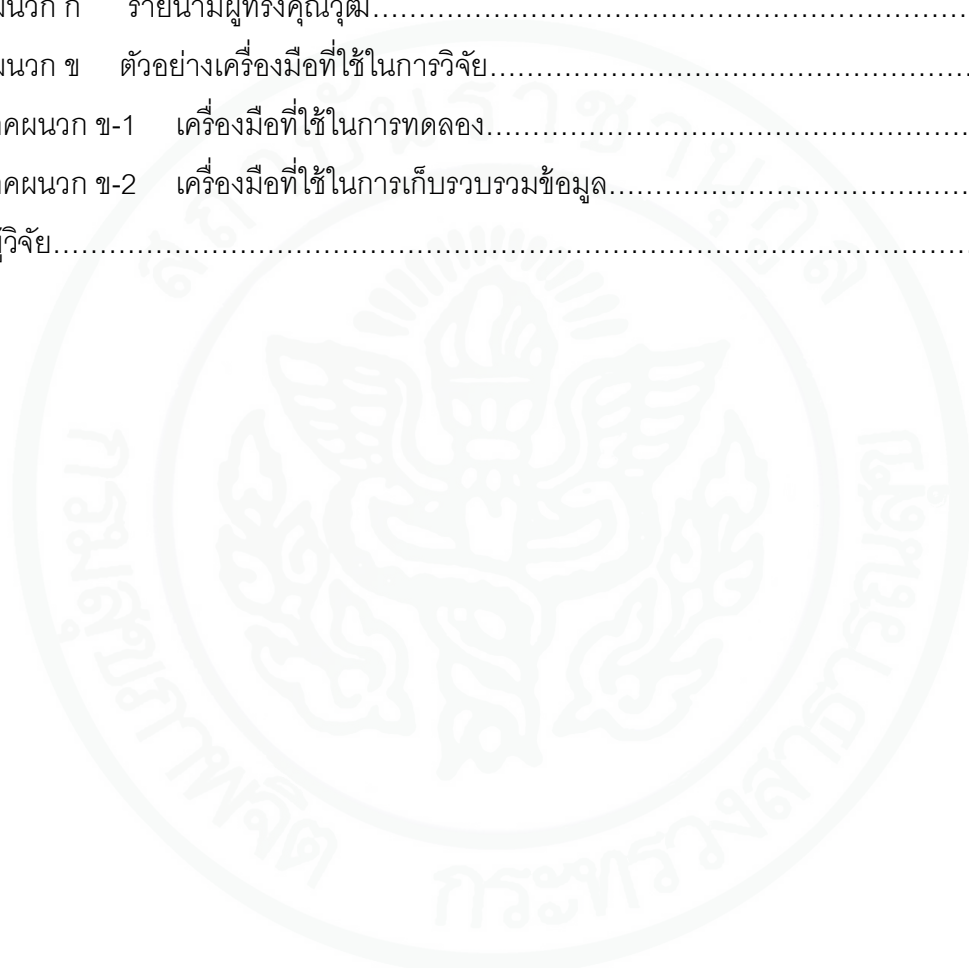
กันยายน 2553

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	๗
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	๘
กิตติกรรมประกาศ.....	๙
สารบัญ.....	๑
สารบัญตาราง.....	๗
สารบัญแผนภูมิ	๗
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	62
รูปแบบการวิจัย.....	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	63
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	63
วิธีดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล.....	72
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	80
สรุปผลการวิจัย.....	80
อภิปรายผล.....	83

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	87
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	87
รายการอ้างอิง.....	88
ภาคผนวก.....	92
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	93
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	96
ภาคผนวก ข-1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	97
ภาคผนวก ข-2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	105
ประวัติผู้วิจัย.....	109

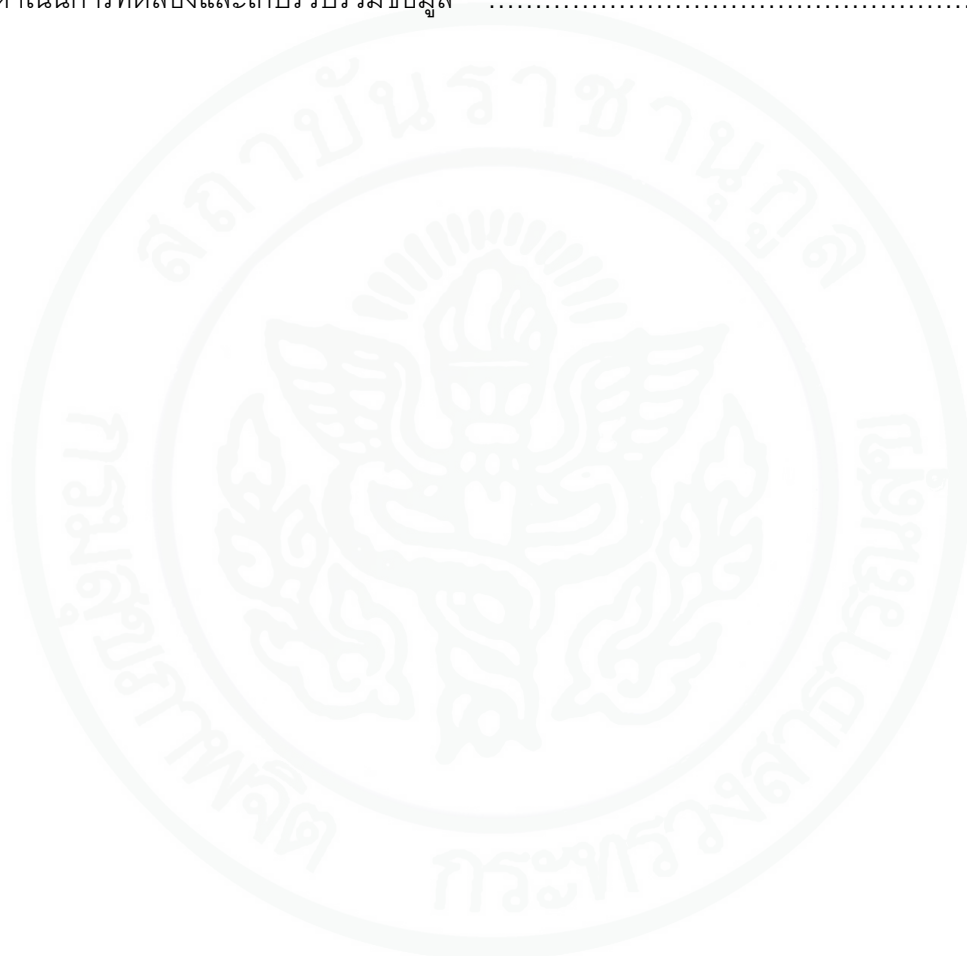


สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัย	76
2	เปรียบเทียบคะแนนร้อยละที่ได้จากการประเมิน ความพร้อมเด็กออกทิสติกปฐมวัยเพื่อส่งต่อ สถานศึกษา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ARS	77
3	เปรียบเทียบคะแนนที่ได้จากการประเมินพฤติกรรม เด็กของคอนเนอร์ (ฉบับครู) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ARS	78
4	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็ก ออทิสติกปฐมวัย และพฤติกรรมเด็ก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ARS	78
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความ พึงพอใจของผู้ปกครองเด็กออทิสติกปฐมวัย ที่มีต่อการใช้โปรแกรม ARS จำแนกรายข้อ	79

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	สรุปขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ARS	64
2	ขั้นตอนการสร้างแบบประเมินความ พึงพอใจของผู้ปกครอง	70
3	วิธีดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล	73



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กออทิสติกเป็นหนึ่งในกลุ่มเด็กพิการที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ เนื่องจากข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องด้านพัฒนาการที่เห็นได้เด่นชัดในทักษะการสื่อความหมาย ทักษะทางสังคม รวมถึงการมีพฤติกรรม หรือรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว สังคม อย่างปกติสุข การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกในปัจจุบัน มีการดูแลจากผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่ายไม่ว่าจะเป็นด้านครอบครัว ด้านการแพทย์หรือสาธารณสุข ด้านการศึกษา ด้านสังคมและอาชีพ

สถาบันราชานุกูล ได้เปิดหอผู้ป่วยออทิสติก ตั้งแต่ปี 2547 จนถึงปัจจุบัน โดยหอผู้ป่วยออทิสติก มีหน้าที่รับผิดชอบหลักคือให้บริการแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย ช่วงอายุ 1 ½ -5 ปี มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพเด็กออทิสติกปฐมวัยให้มีพัฒนาการใกล้เคียงหรือเหมาะสมกับวัย ลดข้อจำกัดของรูปแบบในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อการปรับตัวของเด็กให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมต่างๆที่อยู่รอบตัวเขา เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และในสภาพความเป็นจริงของการจัดบริการนั้นพบว่าอาการสำคัญ 3 อันดับแรก ที่เป็นปัญหาของเด็กที่นำมาสู่การใช้บริการของหอผู้ป่วยออทิสติกตั้งแต่ปี 2550-2552 มีดังนี้ อันดับแรก ได้แก่เด็กมีปัญหาการสื่อสารเช่นไม่พูด พูดได้น้อย พูดคนเดียว อันดับสองได้แก่ปัญหาเด็กขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง ชอบวิ่งไปมา รื้อค้นสิ่งของ ปีนปายไต่เก้าอี้ และอันดับสามได้แก่เด็กมีพฤติกรรมเอาแต่ใจ ตนเองมากเกินไป เวลาถูกขัดใจจะร้องไห้เสียงดัง ทิ้งตัว ดิ้นขัดขืน ทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายผู้อื่นที่อยู่ใกล้ๆ ผลจากสภาพปัญหาที่กล่าวมาเหล่านี้ทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้ากว่าวัยเป็นอย่างมาก มีพฤติกรรมทางสังคมที่เป็นปัญหาอย่างมากต่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่นทั้งในครอบครัวหรือในที่สาธารณะต่างๆ ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ เล่นกับเด็กในช่วงวัยเดียวกันหรือวัยใกล้เคียงไม่ได้ ไม่สามารถเข้าสู่ระบบการศึกษาตามวัยได้ รวมทั้งเพิ่มระดับความเครียด ความวิตกกังวลของครอบครัวหรือผู้ดูแลต่อภาระรับผิดชอบการดูแลเด็กในปัจจุบันและที่จะเกิดขึ้นตามมาในอนาคต

การจัดบริการของหอผู้ป่วยออทิสติกในปัจจุบัน เป็นบริการแบบทีมสหวิชาชีพ โดยมีพยาบาลเป็นทีมบุคลากรหลักในการดูแลช่วยเหลือ ตามแนวคิด ครู หมอ พ่อแม่ ด้วยการจัดบริการแบบโปรแกรม คือ โปรแกรมพื้นฐาน (Intensive Program) มุ่งพัฒนาศักยภาพการหรือฝึกทักษะต่างๆที่เด็กพร่องหรือขาด รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของพ่อแม่ในด้านความรู้และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกปฐมวัย กิจกรรมหลัก

ในโปรแกรม ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ กิจกรรมกระตุ้นประสาทสัมผัส การใช้สื่อภาพ (Visual Strategies) การลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กิจกรรมส่งเสริมสมาธิ กิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ใช้เวลาในการให้บริการตามโปรแกรมสำหรับเด็กแต่ละรายเป็นเวลา 3 เดือน เมื่อครบกำหนด 3 เดือน เด็กทุกรายจะได้รับการประเมินโดยใช้แบบประเมินความพร้อมในการเข้าสู่ระบบศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย แบ่งกลุ่มเด็กตามคะแนนที่ได้จากการประเมินตามแบบประเมิน ออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีความพร้อมในระดับมากที่สุด ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป กลุ่มที่ 2 มีความพร้อมในระดับมาก ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 กลุ่มที่ 3 มีความพร้อมในระดับปานกลางได้คะแนนระหว่างร้อยละ 40-59 และกลุ่มที่ 4 มีความพร้อมในระดับต่ำ ได้คะแนนไม่เกินร้อยละ 40 โดยข้อมูลการบริการของหอผู้ป่วยออทิสติกในปี 2552 พบว่าเด็กได้คะแนนในกลุ่มที่ 1 มีความพร้อมในระดับมากที่สุด ร้อยละ 6.25 กลุ่มที่ 2 มีความพร้อมในระดับมาก ร้อยละ 25 กลุ่มที่ 3 มีความพร้อมในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.75 กลุ่มที่ 4 มีความพร้อมในระดับต่ำ ร้อยละ 6.25 ในจำนวนนี้ได้มีการติดตามต่อเนื่องหลังการจำหน่ายอีก 6 เดือน พบว่ามีเด็กร้อยละ 50.00 สามารถเข้าไปเรียนชั้นอนุบาลร่วมกับเด็กปกติ ร้อยละ 31.25 เข้าไปเรียนในระบบการศึกษาพิเศษ ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 18.75 ยังเข้าสู่ระบบการศึกษาไม่ได้ โดยจำนวนเด็กที่เข้าเรียนในชั้นอนุบาลร่วมกับเด็กปกติ เป็นเด็กกลุ่ม มีความพร้อมในระดับมากที่สุด ระดับมาก และระดับปานกลางบางส่วน ส่วนเด็กที่เข้าไปเรียนในระบบการศึกษาพิเศษ เป็นเด็กกลุ่มมีความพร้อมในระดับปานกลาง ส่วนเด็กกลุ่มที่มีความพร้อมในระดับต่ำนั้นยังไม่ได้เข้าเรียน การที่เด็กไม่สามารถเข้าสู่ระบบการศึกษาได้ จะส่งผลให้เด็กเรียนรู้ได้ช้า ขาดโอกาสที่จะได้รับประสบการณ์การเรียนรู้จากโลกภายนอกที่กว้างขึ้น

ปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุที่ทำให้เด็กออทิสติก มีปัญหาในการเข้าสู่ระบบการศึกษานั้นมีด้วยกันหลายปัจจัย เช่น จากสภาพของโรคออทิสติกที่เด็กเป็น เนื่องจากโรคออทิสติกเป็นโรคที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการบกพร่องด้วยรูปแบบที่มีลักษณะเฉพาะ ที่เห็นความบกพร่องชัดเจนอย่างน้อย 3 ด้านคือ ทักษะทางสังคมบกพร่อง เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การมีสมาธิ การมีความสนใจร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่น บกพร่องทางด้านการสื่อสาร ทั้งการสื่อสารด้วยคำพูดและการสื่อสารด้วยภาษาท่าทาง รวมทั้งความเข้าใจ การปฏิบัติตามคำบอกหรือคำสั่ง นอกจากนี้ยังมีข้อบกพร่องในการแสดงพฤติกรรมต่างๆออกมาทั้งในเรื่องการหมกมุ่นกับบางสิ่งบางอย่าง สนใจในบางเรื่อง ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เด็กคุ้นเคยเขามักจะทนไม่ได้ เป็นต้น ปัจจัยต่อมาเกิดจากสภาพการเลี้ยงดูของครอบครัว เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูลักษณะต่างกัน ระดับพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ บุคลิกภาพ และพฤติกรรมของเด็กก็มีความต่างกันไปในแต่ละคน โดยครอบครัวแต่ละครอบครัวก็มีปัจจัยย่อยที่ส่งผลกระทบต่อเด็กแตกต่างกันอีกด้วย เช่น ความคาดหวังของครอบครัวที่มีต่อตัวเด็ก สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว ทศนคติที่มีต่อการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว ความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือปัญหาของครอบครัว เป็นต้น ส่วนปัจจัยที่สำคัญอีกประการได้แก่โอกาสที่เด็กจะได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสมกับตัวของเขา เช่น ได้รับการฝึก

ทักษะในการดำรงชีวิตที่บกพร่องหรือขาดไป ได้รับโอกาสเรียนรู้การปรับตัวจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่เอื้ออำนวย ได้รับโอกาสใช้ชีวิตแบบเด็กปกติ เป็นต้น ซึ่งการเรียนรู้จะต้องสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการตามช่วงวัย สอดคล้องดังเช่นที่ Jean Piaget (อ้างใน AHERTON J S, 2010) ได้กล่าวว่าเด็กทุกคนเกิดมาพร้อมที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา และการปฏิสัมพันธ์ก่อให้เกิดพัฒนาการทางเชาวน์ปัญญาขึ้น โดยขั้นตอนพัฒนาการทางเชาวน์ปัญญานั้น จะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามลำดับ

นอกจากนี้ในการเรียนรู้ของคน Bandura (1997) มีความเชื่อว่าการเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนเรานั้นเกิดขึ้นจากการสังเกตจากตัวแบบ ซึ่งจะแตกต่างจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่ต้องอาศัยการลงมือทดลอง เพราะนอกจากจะสูญเสียเวลาแล้ว ยังอาจมีอันตรายได้ในบางพฤติกรรม ในการเรียนรู้โดยผ่านตัวแบบนั้น ตัวแบบเพียงคนเดียวสามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิด และการแสดงออกได้พร้อมๆ กัน และเนื่องจากคนเรานั้นใช้ชีวิตในแต่ละวันในสภาพแวดล้อมที่แคบๆ ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับสภาพต่างๆ ของสังคมจึงผ่านมาจากประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการได้ยิน และได้เห็นโดยมีประสบการณ์ตรงมาเกี่ยวข้อง คนส่วนมากรับรู้เรื่องราวต่างๆ ของสังคมโดยการผ่านทางสื่อแทบทั้งสิ้น หน้าที่ตัวแบบจะมีด้วยกัน 3 ประการ คือ สร้างพฤติกรรมใหม่ เสริมพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น และทำหน้าที่การยับยั้งการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยลักษณะของตัวแบบ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทด้วยกันคือ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Live Model) คือตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตปฏิสัมพันธ์โดยตรง และตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หรือหนังสือ นวนิยาย ภาพ เป็นต้น

แนวทางในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกปฐมวัยให้มีความพร้อมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น โดยมีข้อจำกัดลดน้อยลงนั้น ได้มีผู้ทำการศึกษาแนวทางหรือวิธีการต่างๆ หลายวิธี เช่น จากการศึกษาของ อุนเรอเน คล้ายทรัพย์ (2547) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาความเข้าใจภาษาของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนโดยใช้การสื่อสารทางเลือก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้าใจภาษาของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนโดยใช้การสื่อสารทางเลือก และเพื่อเปรียบเทียบความเข้าใจภาษาของเด็กออทิสติกก่อนและหลัง โดยใช้การสื่อสารทางเลือก จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนที่ไม่มีความพิการซ้ำซ้อน จำนวน 8 คน ที่เรียนอยู่ในศูนย์การศึกษาพิเศษ สถาบันราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการสอนด้วยวิธีใช้การสื่อสารทางเลือก ความเข้าใจภาษาของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในการศึกษาของทัศนีย์ จันทร์ป้อม(2551) ที่ได้ศึกษาการใช้กิจกรรมเสริมประสบการณ์เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กปฐมวัยจากภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักเรียนชั้นอนุบาล 2 โรงเรียนบ้านแซ้วฟ้า มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านสังคม อารมณ์ และจิตใจ ของนักเรียนชั้นอนุบาล 2 พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมเสริมประสบการณ์เด็กมีการพัฒนา

ทักษะทางสังคมที่พึงประสงค์รวม 3 ด้าน คือมีความรักธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมและความเป็นไทย รวมทั้งมีจินตนาการ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ส่วนในต่างประเทศนั้น Brooke Ingersoll and Laura Schreibman (2006) ได้ศึกษาผลการใช้เทคนิค Reciprocal Imitation Training (RIT) กับเด็กออทิสติกปฐมวัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้วิธีการฝึกเด็กออทิสติกด้วยเทคนิค Reciprocal Imitation Training (RIT) ที่มีต่อการสื่อความหมาย การเล่นสมมติและการมีสมาธิ มีความสนใจร่วมในการทำกิจกรรมกับผู้อื่น กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กออทิสติกปฐมวัย จำนวน 5 ราย ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมด้วยเทคนิค Reciprocal Imitation Training (RIT) เด็กออทิสติกปฐมวัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการเลียนแบบดีขึ้น โดยส่งผลถึงทักษะการสื่อความหมาย การเล่นสมมติ การมีสมาธิ และมีความสนใจร่วมในการทำกิจกรรมกับผู้อื่นให้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และเช่นเดียวกันกับ Christina Whalen, Laura Schreibman, and Brooke Ingersoll (2006) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมฝึกการมีสมาธิ (Joint Attention Training) ที่มีต่อการเลียนแบบทักษะสังคม พฤติกรรมทางบวก การเล่น และการสื่อความหมายของเด็กออทิสติกปฐมวัย ผลการศึกษาพบว่าภายหลังใช้โปรแกรมเด็กมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นดีขึ้น รวมทั้งการแสดงอารมณ์ความรู้สึกต่อคนอื่น นอกจากนี้ทักษะในการเลียนแบบ การสื่อความหมายก็พัฒนาขึ้นด้วย

จากสภาพปัญหาและผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการดูแลช่วยเหลือต่างๆตามที่กล่าวมา คณะผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรม ARS ขึ้นมา ซึ่งเป็นโปรแกรมบริการต่อยอดจาก Intensive Program สำหรับเด็กออทิสติกปฐมวัยที่ยังไม่สามารถเข้าสู่ระบบการศึกษาได้เนื่องจากมีความพร้อมในระดับต่ำ โดยบูรณาการมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลคือการใช้กระบวนการพยาบาล และจัดกิจกรรมพัฒนาเด็ก เน้นการเรียนรู้ด้วยการสังเกตจากตัวแบบตามแนวคิดของ Bandura(1997) เพื่อให้เด็กมีความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม ARS ที่มีต่อความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย สถาบันราชานุกูล

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัยสถาบันราชานุกูล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ARS
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการใช้โปรแกรม ARS

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากร การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประชากร คือ เด็กออทิสติกปฐมวัยที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยออทิสติก สถาบันราชานุกูล ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2552 – กรกฎาคม 2553

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กออทิสติกปฐมวัยเพศชายและหญิง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 8 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ผ่านการฝึกตามโปรแกรมพื้นฐาน (Intensive Course) ของหอผู้ป่วยออทิสติก
2. มีความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาในระดับต่ำ โดยการประเมินตามแบบประเมินความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย
3. ผู้ปกครองยินดีให้เด็กเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ส่วนเกณฑ์คัดเลือกรอกจากกลุ่ม (Exclusion Criteria) คือ เด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้น้อยกว่าร้อยละ 80 หรือผู้ปกครองต้องการออกจากการเข้าร่วมการวิจัย

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2552 – กรกฎาคม 2553 ตัวแปรที่ทำการศึกษา ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ดังนี้

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การใช้โปรแกรม ARS

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรม ARS (Autistic Ready to School) หมายถึง กระบวนการพัฒนาศักยภาพของเด็กออทิสติกปฐมวัยที่ทีมพยาบาลจิตเวชเด็กนำมาใช้ โดยบูรณาการกระบวนการพยาบาลและพัฒนาศักยภาพของเด็กด้วยวิธีการสังเกตจากตัวแบบตามแนวคิดของ Bandura เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้และมีทักษะที่พร้อมต่อการเข้าสู่ระบบการศึกษาในโรงเรียน กระบวนการต่างๆเหล่านี้ ประกอบด้วย

- 1) การประเมินความพร้อมของเด็กในการเข้าสู่ระบบการศึกษาในโรงเรียน
- 2) การวางแผนพัฒนา
- 3) การพัฒนา
- 4) การประเมินผล

2.ความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย หมายถึงความพร้อมของเด็กอทิสติกปฐมวัยในการไปเข้าเรียนในโรงเรียนปกติหรือศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนการศึกษาพิเศษ ซึ่งประกอบด้วยความพร้อมในด้านทักษะต่างๆ ดังนี้

- 1) ทักษะการรับรู้และเข้าใจภาษา (Receptive Language Skills)
- 2) ทักษะทางสังคม (Social Skills) และการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Self Help Skills)
- 3) ทักษะพื้นฐานการเรียนรู้ (Basic Academic Skills)
- 4) มีพฤติกรรมที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ ซึ่งพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคสำคัญและขัดขวางการเรียนรู้ของเด็กอทิสติกปฐมวัย ได้แก่
 - สมาธิสั้น วอกแวกง่าย
 - ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือสิ่งของ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้เมื่อถูกขัดใจ
 - มักแสดงพฤติกรรมหรือมีรูปแบบการดำรงชีวิตแปลกๆ ซ้ำๆ เช่น ชอบถือเชือกตลอดเวลา ชอบกระโดดสะบัดมือ เขย่ามือ/ขา ต้องทำกิจกรรมเดิมๆ ซ้ำๆ ทุกวัน เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เป็นต้น

3.ความพึงพอใจของผู้ปกครอง หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ปกครองของเด็กอทิสติกปฐมวัยที่เข้าร่วมโปรแกรม ARS เกี่ยวกับการใช้โปรแกรม ARS ในประเด็นหลักที่สำคัญ 3 ประเด็น คือ

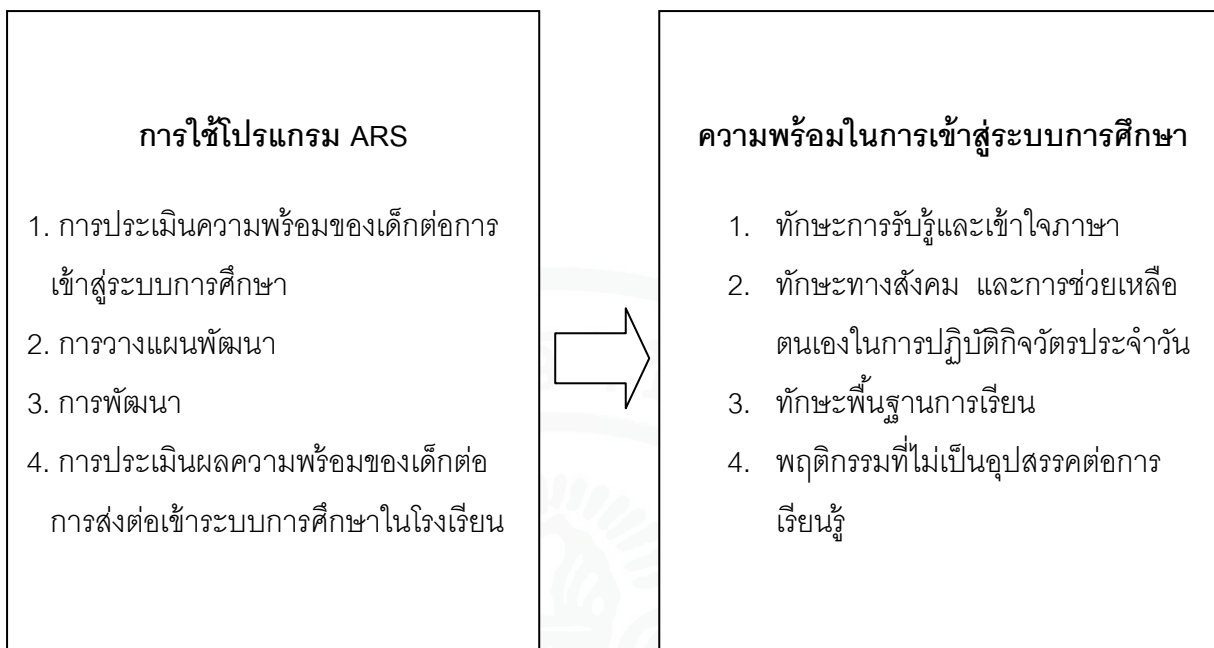
- 1) เนื้อหาในโปรแกรม
- 2) วิธีดำเนินการ
- 3) ประโยชน์ที่ได้รับ

4.เด็กอทิสติกปฐมวัย หมายถึง บุคคลอายุตั้งแต่แรกเกิด – 5 ปี ที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น หรือจิตแพทย์ หรือกุมารแพทย์ ว่าเป็นโรคออทิสติก

คำถามการวิจัย

ภายหลังที่ใช้โปรแกรม ARS แล้ว เด็กอทิสติกปฐมวัยมีความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ARS เด็กออทิสติกปฐมวัยมีความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษามากขึ้น
2. ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกปฐมวัย ที่เข้าร่วมโปรแกรม ARS มีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมในระดับมากขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เด็กออทิสติกปฐมวัยได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างเหมาะสม สามารถเข้าเรียนในระบบโรงเรียน หรือศูนย์เด็กเล็กได้
2. ได้องค์ความรู้ที่สามารถนำไปต่อยอดหรือขยายผล สำหรับการพัฒนาระบบบริการเด็กออทิสติกปฐมวัยในแนวคิด ครู- หมอ – พ่อแม่ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. ได้ชุดเทคโนโลยีที่สามารถใช้ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการพัฒนาศักยภาพเด็กออทิสติกปฐมวัย สำหรับหน่วยงานหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องสนใจนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ ผลการใช้โปรแกรม ARS ต่อความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย ” คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตการศึกษาคครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคออทิสติก
2. แนวทางการพัฒนาศักยภาพเด็กออทิสติกปฐมวัยในปัจจุบัน
3. แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย
4. การใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลเด็กออทิสติก
5. แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรม ARS (Autistic Ready to School)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.โรคออทิสติก

ออทิสติก มาจากรากศัพท์ภาษากรีกว่า ออโต้ (Auto) แปลว่าตนเอง (Self) หมายถึง แยกตัวอยู่ตามลำพังในโลกของตัวเอง การขาดการติดต่อกับผู้อื่น หันเข้าหาตนเองและไม่แยแสต่อโลกภายนอก (Bleuler, 1934 อ้างในกัลยา วิริยะ,2539 : ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2548) ในอดีตจะมีชื่อเรียกที่หลากหลาย เช่น Infantile autism , Kanner's syndrome, Childhood schizophrenia, Symbiotic Psychosis (Fortinash & Holoday Warret, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆในประเทศไทย ได้กล่าวถึงโรคออทิสติกว่าเป็นโรคทางจิตเวชเด็ก ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในหน้าที่ของสมองบางส่วนทำให้มีพัฒนาการล่าช้า ที่มีลักษณะเฉพาะตัว โดยเด็กออทิสติกจะไม่สามารถพัฒนาทักษะได้เหมาะสมกับวัยใน 3 ด้านสำคัญได้แก่ ในด้านสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านภาษาและการสื่อความหมาย อารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งจะเป็นพฤติกรรมเฉพาะมีการกระทำและความสนใจซ้ำๆ (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2541 ; อุมภาพร ตั้งคสมบัติ, 2545 ; เบญจพร ปัญญาายง , 2546 ; ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2548)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association [APA],1994) ได้กล่าวไว้ว่า โรคออทิสติก เป็นความผิดปกติของพัฒนาการระบบประสาท โดยความผิดปกติดังกล่าวมักเกิดขึ้นในวัยเด็ก

ประมาณ 3 ปีแรกของชีวิต เด็กที่เป็นโรคนี้มีความบกพร่องทางพัฒนาการอย่างรุนแรง โดยเฉพาะใน 3 ด้านใหญ่ ๆ คือการสื่อความหมาย การสื่อสาร ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ

องค์การอนามัยโลก (world Health Organization [WHO], 1992) กล่าวว่าโรคออทิสติก เป็นความผิดปกติด้านพัฒนาการ โดยมีความผิดปกติของหน้าที่ใน 3 ด้าน คือการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อสาร และพฤติกรรมซ้ำ ๆ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

แมกซีนฟิลด์ (Maxine Field ,1990) กล่าวว่าเด็กออทิสติกเป็นเด็กที่มีพฤติกรรมแบบจำเพาะ แสดงออกทางพัฒนาการที่ผิดปกติ และพบได้ในช่วงแรกของชีวิตก่อนอายุ 30 เดือน

จากความหมายของออทิสติกดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่าออทิสติกเป็นโรคทางจิตเวชเด็กจะมีความผิดปกติเกี่ยวกับพัฒนาการด้านสังคม การสื่อความหมายและภาษา มีพฤติกรรมและความสนใจบางอย่างที่ซ้ำ ๆ โดยมีอาการปรากฏชัดเจนก่อนอายุ 3 ปี

สาเหตุ

โรคออทิสติกเป็นความผิดปกติของสมองที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิด มีผู้พยายามศึกษาวิจัยเป็นระยะเวลานาน แต่ยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาวิจัยและทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุอาจได้แก่

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factor) จากการศึกษาผ่านมาพบรายงานว่า โรคออทิสติกมีการถ่ายทอดในครอบครัวในพ่อแม่เดียวกัน จะมีโอกาสในการเกิดโรคร้อยละ 2-6 มีอัตราส่วน 1:5 ในเด็กทั่วไป 1:2000 และในฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twin) ร้อยละ 36 -60 ในขณะที่คู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ ถ้าอีกคนเป็นโรค อีกคนจะไม่เป็น (สมภาพ เรื่องตระกูล,2545)

2. ปัจจัยความผิดปกติของระบบประสาท (neurological abnormalities) โรคออทิสติกมีความผิดปกติของระบบประสาทพบร้อยละ 30-50 ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของบาเซลแกงเกลีย (basal ganglia) โดยเฉพาะบริเวณนีโอโทรเอทรัม (neotriatum) ของสมองส่วนมีเดียลแอสเป็ค (medial aspects) ของฟรอนทัลโลบ (frontal lobe) หรือลิมบิก ซิสเต็ม (limbic system) (สมภาพ เรื่องตระกูล , 2545) ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับความจำ อารมณ์ การเรียนรู้และแรงจูงใจ จะมีความผิดปกติในลักษณะของ

เซลล์มีจำนวนมากกว่าปกติ ไม่สามารถทำหน้าที่ผสมผสานได้อย่างสมบูรณ์ และพบในส่วนของซีรีเบลลัม (cerebellum) มีหน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ควบคุมการเคลื่อนไหวอย่างผสมผสาน (co-ordination) ซึ่งพบลักษณะของเซลล์สมองทั้ง 2 ส่วน เป็นเซลล์ที่ไม่พัฒนาไปตามวัยเด็ก จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น เป็นผลให้เด็กออทิสติกจะมีอาการของโรคลมชักในระยะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น เมื่อทำการตรวจสอบคลื่นสมองด้วยไฟฟ้า พบว่ามีความผิดปกติของคลื่นสมองแบบไม่เฉพาะเจาะจง (non –specific) มากกว่าเด็กปกติทั่วไป (เบญจพร ปัญญา ยง , 2546) จากการศึกษาของสมาคมออทิสติกแห่งชาติ (The National Autistic society [NAS], 2000) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บทางสมอง โดยเริ่มศึกษาในผู้ป่วยสมองพิการ พบว่าหลังจากได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมคล้ายๆ เด็กออทิสติกคือ โบกมือ ซอบบมองแสง กลิ้งตัว ทำเสียงซ้ำๆ แยกตัว บางรายทำร้ายตนเอง แต่เมื่ออาการดีขึ้น พฤติกรรมจะหายไป จะเห็นได้ว่าการได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง จะช่วยในการบ่งชี้สาเหตุของการเกิดโรคออทิสติกที่ชัดเจนขึ้น และมีนัยสำคัญในการนำสาเหตุไปอธิบายโรคสมองอื่นๆ สอดคล้องกับสำนักวิทยาการพัฒนาเด็กแห่งชาติ (National academy for child development dysfunction) ซึ่งอาจเกิดจากการกระทบกระเทือนทางสมอง (Robert & Doman , 1986)

3. ปัจจัยทางเคมี (neurotransmitters factors)

จากการศึกษาของกระบวนการทางชีวเคมีและปัจจัยการเผาผลาญในสมอง โดยศึกษาถึงสารเคมีในสมองที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของออทิสติกพบว่า มีระดับสารเคมีบางอย่างผิดปกติ ดังนี้

3.1 ซีโรโทนิน (Serotonin) จาก การศึกษาพบว่าระดับซีโรโทนิน ในวัยทารกจะสูงและลดลงเมื่อสู่วัยเด็ก หลังจากนั้นระดับซีโรโทนินจะมีระดับคงที่ในวัยผู้ใหญ่ แต่ในกลุ่มเด็กออทิสติกจะมีระดับซีโรโทนินสูงตลอดชีวิต (hyperserotenemic) พบร้อยละ 30-40 (Masibov & Dawson, 1986 อ้างใน อรสิริ ภิเศก, 2542) ส่งผลให้เด็กมีสติปัญญาต่ำและเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม เช่น เด็กจะมีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง (hyperactivity) ภาวะวุ่นวาย (restlessness) หุนหันพลันแล่น (compulsive behavior) ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม (lack of interest) และก้าวร้าว (aggression) (Tsai & Ghaziuddin, 1992; เพ็ญแข ลิ้มศิลา , 2538)

3.2 โดปามีน (dopamine) โดปามีนเป็นสารชีวเคมีที่อยู่ในสมองส่วนกลาง จากการศึกษพบว่ามึระดับสูงในเด็กออทิสติก (Schreibman,1998) โดปามีนจะมีความสำคัญกับการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย พฤติกรรมการดื่ม การรับประทานอาหาร รวมทั้งพฤติกรรมทางเพศ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงการทำงานที่คาบเกี่ยวกันของสารเอพิเนฟริน(epinephrine) สารนอร์เอพิเนฟริน (nor-epinephrine) และระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) ซึ่งสารเหล่านี้จะมีระดับที่ไม่ปกติในเด็กออทิสติก ได้มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันของสารชีวเคมีเหล่านี้ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการรักษาอาการออทิสติก โดยการใช้ยาเพื่อยับยั้งการทำงานที่ผิดปกติของสารชีวเคมีดังกล่าว เพราะเชื่อว่าจะรักษาอาการออทิสซึมลงได้ (Schreibman,1998;Tsai and Ghziuddin,1992)

3.3 สาร ซี เอส เอฟ โฮโมวานิลลิก เอซิด(CSF homovanillic acid) สูงกว่าปกติ ซึ่งสารนี้จะช่วยอธิบายการเกิดพฤติกรรมซ้ำๆ บางอย่าง (เพ็ญแข ลิมศิลา , 2538)

3.4 สารแคทีโคลามีน (catecholamine) สารนี้มีความสำคัญกับความบกพร่องทางสังคม อาการสมาธิสั้น การเกิดพฤติกรรมบางอย่างซ้ำๆ (เพ็ญแข ลิมศิลา , 2538)

4. ปัจจัยขณะตั้งครรภ์หรือขณะคลอด (peri-natal factor) โรคออทิสติกมีอุบัติการณ์ของปัญหาแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ หรือขณะคลอดสูงกว่าคนทั่วไป (เพ็ญแข ลิมศิลา , 2538) ซึ่งจะพบความผิดปกติของสมองตั้งแต่เด็กอยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดหรือภายหลังการคลอด เช่น มารดาเป็นโรคหัดเยอรมันระหว่างตั้งครรภ์เด็กขาดออกซิเจนระหว่างคลอด การเจ็บป่วยของเด็กหลังคลอด เช่น โรคใช้สมองอักเสบ หรือเป็นหัดไทรน ก็จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของสมองผิดปกติได้ (เบญจพร ปัญญาวยง, 2546) นอกจากนี้พบอัตราเสี่ยงของเด็กจะสูงขึ้นเมื่อพ่อหรือแม่มีลูกเมื่ออายุมาก (Schreibman,1998)

5. ปัจจัยทางภูมิคุ้มกันวิทยา (immunological factor) มีการศึกษาเปรียบเทียบครอบครัวของเด็กออทิสติกกับครอบครัวเด็กปกติ จำนวน 61 และ 42 ครอบครัวตามลำดับ พบว่าร้อยละ 46 ของครอบครัวเด็กออทิสติกมีสมาชิกในครอบครัวมีความผิดปกติของภูมิคุ้มกันจำนวน 2 คนขึ้นไป (Zimmerman, 1999 อ้างในอิชยา เชื้ออนันต์ 2545)

โดยสรุปในปัจจุบันนี้ ยังไม่สามารถค้นหาสาเหตุของการเกิดออทิสติกได้อย่างชัดเจน แต่มีหลักฐานที่จะพยายามอธิบายถึงโรคออทิสติกว่าสามารถเกิดจากปัญหาในลักษณะต่างๆ กัน โดยการ

ตั้งสมมติฐานต่างๆเพื่อค้นหาสาเหตุของโรค แต่สิ่งสำคัญคือการมีความรู้ และการสังเกตที่ใกล้ชิด เพื่อเป็นข้อมูลในการวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็ว และวางแผนในการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในทางการแพทย์จึงมีการจัดทำเกณฑ์ขึ้นมาเพื่อช่วยในการวินิจฉัยการเกิดออทิสติก

อาการและอาการแสดงของโรคออทิสติก

เด็กออทิสติกจะแสดงอาการผิดปกติหลายด้านด้วยกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค และในเด็กแต่ละคนจะมีความผิดปกติในแต่ละด้าน ยังมีความรุนแรงที่แตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบกลุ่มอาการของเด็กออทิสติกดังนี้

1. ความผิดปกติทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยพิจารณาตามกลุ่มอายุ และพฤติกรรมทางสังคมที่กลายเป็นบุคลิกภาพดังนี้

1.1 กลุ่มอายุ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (2544) ได้กล่าวถึงอายุของเด็กออทิสติก ที่แสดงความบกพร่องด้านสัมพันธ์ภาพที่ชัดเจน โดยแบ่งใน 2 วัยคือ วัยทารก และวัยอนุบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 วัยทารก เด็กปกติจะติดผู้เลี้ยงง่าย อยากให้ผู้เลี้ยงอุ้ม มองหน้า สบตา มองตา ถ้าเดินได้มักเดินเข้าหาผู้เลี้ยง ตรงข้ามกับเด็กออทิสติก จะไม่ชอบให้อุ้ม ไม่กอดตอบเวลาอุ้ม ไม่สบตา ไม่มองหน้า ไม่สนใจตามหา เงียบเฉย ไม่เรียกร้องอะไรทั้งสิ้น ไม่ยิ้ม ไม่มีเสียงอ้อแอ้

1.1.2 วัยอนุบาล เด็กปกติจะสนใจเล่นกับเพื่อน รับรู้ว่าคุณอื่นโกรธ ไม่พอใจ ดีใจ ต้องการให้คนอื่นเลี้ยงปกป้อง เห็นความสำคัญของคนเลี้ยง รู้จักอิจฉา เรียกหาเมื่อไม่เห็น ตกใจกลัว แล้ววิ่งมาหาให้ปลอบโยน พบสิ่งแปลกใหม่อยากให้มาดูด้วยกัน แต่ในเด็กออทิสติกจะแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจกิจกรรมกลุ่มโดยไม่มีช่วงเวลาเล่นกับเพื่อนระยะเวลาสั้นๆ เหมือนเด็กวัยเดียวกันเมื่อคนแปลกหน้าเข้าไปสัมผัส โอบกอดเด็กมักมีท่าที่ชัดเจนไม่ผ่อนคลาย

1.2 พฤติกรรมทางสังคมที่กลายเป็นบุคลิกภาพประจำตัวของเด็กออทิสติกแบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1.2.1 กลุ่มแยกตัว (aloof child) ลักษณะพฤติกรรมของเด็กออทิสติกกลุ่มนี้จะแยกตัวเอง อาจเข้าหาคนเพียงเพื่อให้ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายไม่ใช่เพื่อความอบอุ่นทางใจ เด็กจะไม่

ชอบอยู่ใกล้คน แต่ถ้าได้ฝึกตั้งแต่เล็กๆ พอจะเข้าหาคนได้ อย่างไรก็ตามความต้องการอยู่คนเดียวยังมีเด่นชัด และสำหรับเด็กกลุ่มนี้แล้วการอยู่คนเดียวในช่วงเวลาที่ผ่านไปเรื่อยๆถ้ายังพบคนมากยิ่งเครียด โดยเฉพาะคนแปลกหน้า เมื่อโตขึ้นอาการแยกตัวยังคงอยู่ แต่ถึงแม้เด็กจะแยกตัวแต่จะติดคนเลี้ยงบางคน ซึ่งถ้ามีการเปลี่ยนคนเลี้ยงไม่ว่ากรณีใดๆ เด็กจะหงุดหงิด

อาการออทิสติกในกลุ่มแยกตัวนี้มักชัดเจน และไม่มีภาษาสื่อสาร คนเลี้ยง หรือผู้ปกครองจึงไม่ค่อยรู้สึกภูมิใจกับเด็กมากนัก เพราะไม่มีปฏิริยาโต้ตอบกลับ บางครั้งยังถูกปฏิเสธในสิ่งที่เสนอไปด้วย หรืออาจถูกเด็กทุบตี ไม่ทำตามคำสั่งของคนเลี้ยงดู คนเลี้ยงกลุ่มนี้จึงค้นหาวิธีการสื่อสารกับเด็กให้ได้ แม้ว่าวิธีการสื่อสารนั้นจะดูแปลกก็ตาม แต่เด็กยังต้องการความรักความอบอุ่น ซึ่งผู้ปกครองสามารถกระทำได้ตลอดเวลา การแสดงความรักความเอาใจใส่ให้เด็กได้รับรู้ได้โดยผ่านการให้รางวัลเมื่อเด็กทำพฤติกรรมที่เหมาะสม หลายคนมักคิดว่าเด็กกลุ่มนี้ไม่รู้เรื่อง ฉะนั้นไม่ต้องเอาใจใส่มากนักซึ่งเป็นความคิดที่ผิด

นอกจากนี้เด็กกลุ่มนี้เมื่อโตขึ้นเป็นวัยรุ่นแล้ว สามารถมีทักษะการทำงานพอควร กล่าวคือ เด็กจะทำงานได้โดยที่ลักษณะงานเข้าได้กับความสนใจของเขา อีกทั้งพฤติกรรมก้าวร้าว รื้อยเปื้อย ร้องเสียงดัง เล่นมือ หมุนตัว ก็ยังพบได้บ่อยๆ และทำให้เป็นปัญหาการคบเพื่อน รวมถึงการทำงาน

1.2.2 กลุ่มยอมตาม (passive child) มีลักษณะยอมตามให้คนอื่นเข้าหา โอบกอด หรือร่วมทำกิจกรรมที่มีคนคอยควบคุมได้ มีมนุษยสัมพันธ์ดีกว่ากลุ่มแยกตัว สามารถเลียนแบบได้ทั้งท่าทางและคำพูด แต่มักไม่เข้าใจการกระทำที่ลอกเลียนแบบมา อย่างไรก็ตามเด็กออทิสติกกลุ่มนี้ผู้เลี้ยงดูสามารถจัดการกับเด็กได้ดีกว่าทุกกลุ่ม ที่สำคัญเด็กกลุ่มนี้จะอยู่ร่วมกับคนอื่นได้ดีกว่าทุกกลุ่ม

เด็กกลุ่มนี้เมื่อโตขึ้นสามารถประกอบอาชีพ และอยู่อย่างอิสระ แม้ว่ามีจำนวนน้อยก็ตาม เพื่อนร่วมงานมักนิยม บางคนมีความสามารถดีมาก แต่บางครั้งการเป็นคนหัวอ่อนทำให้เพื่อนรำคาญ ซึ่งทำให้เด็กออทิสติกเครียด เขาต้องการเพื่อน แต่ไม่เข้าใจเรื่องความสัมพันธ์ โดยคิดว่าคนที่คุยด้วยเป็นเพื่อนทั้งนั้น ความคิดที่ไร้เดียงสาทำให้บางครั้งเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจนเกิดปัญหา สรุปได้ว่าเด็กกลุ่มนี้มีความสำเร็จมากกว่าทุกกลุ่ม

1.2.3 กลุ่มเข้าหาคน (active child) เป็นกลุ่มที่จัดการได้ยากที่สุด ขณะที่เขาต้องการความสนใจ คนรอบข้างมักไม่สนใจเขา เพราะวิธีการเข้าหาคนมักถามซ้ำๆ พุดซ้ำๆ บางครั้งเข้ามาคลอเคลีย และมักเกินเลยไปเป็นลักษณะก้าวร้าว ก่อความรำคาญ ลักษณะภายนอกดูเหมือนชอบเข้าหาคน แต่ถ้าสังเกตการเข้าหาไม่ใช่ความต้องการคลอเคลีย แต่เข้ามาเพื่อดูสิ่งที่เขาสนใจ โดยไม่สนใจความคิด ความรู้สึกของคนรอบข้าง แสดงออกโดยเฝ้าถามซ้ำๆ แต่ไม่สนใจคำตอบ จะพบว่ากลุ่มนี้มีทักษะทางสังคมมากกว่ากลุ่มแยกตัว แต่อุปสรรคใหญ่ที่ทำให้กลุ่มนี้ไม่ค่อยประสบความสำเร็จ คือ พฤติกรรมการรบกวนคนอื่น ผู้ปกครองมักประเมินความสามารถของเด็กผิดพลาด เพราะเขาพุดเก่ง พุดมาก และดูเหมือนสนใจเข้าหาคน เด็กกลุ่มนี้จะเริ่มต้นด้วยการเข้าไปโรงเรียน แล้วครูรายงานกลับมาว่าเรียนไม่ได้ จึงย้ายโรงเรียนซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง

ในการจัดการกับพฤติกรรมเด็กกลุ่มนี้ ผู้ปกครองควรให้ความสนใจเด็กเมื่อเข้าหาผู้อื่น เมื่อสนทนาเด็กควรตอบคำถามเฉพาะคำถามแรกๆ เท่านั้น ถ้ายังถามซ้ำอีกไม่ควรสนใจ แต่ควรเปลี่ยนหัวข้อสนทนา ผู้ปกครองวางเฉยต่อข้อความซ้ำนั้น หรือในขณะที่เข้ากลุ่มกับเพื่อนๆ เขามักรบกวนกลุ่มด้วยการพุดซ้ำๆ ผู้ปกครองจึงควรเข้าช่วยจัดการ ยิ่งเมื่อเขาตื่นตื่น วิดกกังวล เขาจะแสดงความหงุดหงิดก้าวร้าว จนควบคุมยาก และเขาไม่สนใจเพื่อนอีกต่อไป

โดยสรุป ลักษณะเด็กออทิสติกไม่ว่าจะเป็นแบบใดใน 3 แบบข้างต้นดังกล่าวมาแล้วลักษณะเด่นก็คือ การไม่สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ในลักษณะโต้ตอบกับบุคคลอื่นได้

2. ความบกพร่องทางการสื่อสาร เด็กออทิสติกร้อยละ 80 จะมีปัญหาทางภาษาและการสื่อสารอย่างรุนแรง ได้แก่ พุดซ้ำหรือพุดไม่ได้เลย ไม่สามารถเริ่มต้นบทสนทนาหรือตอบสนองต่อบทสนทนา กับผู้อื่นได้ มีคำศัพท์เฉพาะตัวหรือภาษาแปลกๆ ที่เป็นภาษาเฉพาะของเด็กเองและผู้อื่นฟังไม่เข้าใจ ใช้คำพุดซ้ำๆ สื่อสารโดยใช้ท่าทางไม่เป็น มักพุดเสียงเรียบเฉย ไม่มีระดับเสียงสูงๆ ต่ำๆ แบบคนทั่วไป พุดซ้ำประโยคหรือข้อความที่ผู้อื่นพุดด้วยเด็กบางคนมีพัฒนาการทางภาษาดีตามสมควร แต่ไม่เข้าใจความหมายที่ลึกซึ้งหรือความหมายเชิงนามธรรม เช่น ไม่เข้าใจคำอุปมาอุปมัยหรือคำพุดล้อเล่นของเพื่อน และใช้ภาษาไม่ถูกต้องตามกาลเทศะเหมือนเด็กปกติ

3. ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กออทิสติก อุมพร ตรังคสมบัติ(2545) ได้กล่าวไว้ว่า

3.1 การแสดงออกทางอารมณ์ เด็กออทิสติกจะแสดงออกทางอารมณ์ที่น้อย หรือรุนแรงเกิน เช่น เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉยเวลาพูดคุย เวลาโกรธหรือไม่พอใจร้องกรี๊ดเป็นเวลานานหรือร้องอย่างโหยหวนผิดปกติ ชอบแยกตัว และเล่นคนเดียว กลัวบางอย่างโดยไม่มีเหตุผล

3.2 การเคลื่อนไหวผิดปกติ คือมีการเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำๆ เช่น หมุนตัว เดินเขย่ง วิ่งไปมาอย่างไร้จุดหมาย โบกมือไปมา เป็นต้น ชอบทำอะไรซ้ำๆ เช่นโยกตัว โบกมือไปมา ชอบดูโฆษณาทางโทรทัศน์หรือดูการ์ตูนซ้ำๆ หรือชนมาก ไม่อยู่นิ่ง สมาธิสั้น

3.3 การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างไม่แน่นอน เช่น เด็กบางคนอาจดูคล้ายคนหูหนวกเพราะไม่ตอบสนองต่อเสียงเรียก ไม่หันมาเมื่อพ่อแม่เรียก เป็นต้น ปรับตัวยาก ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัว หรือกิจวัตรประจำวัน เช่นทำกิจวัตรประจำวันเดิม เดินตามเส้นทางเดิม เป็นต้น ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงจะหงุดหงิด อาละวาด ประสาทสัมผัสเด็กออทิสติกจะมีความไวมากเกินไป (hypersensitive) เช่น ไวต่อเสียง ทนเสียงปกติธรรมดา เช่นเสียงสุนัขเห่า หรือเสียงคนปิดประตูไม่ได้จะร้องไห้หรืออาละวาด เมื่อได้ยินเสียงดังกล่าว บางคนไวต่อการเคลื่อนไหวหรือการสัมผัสจับต้อง จะตกใจง่ายต่อสิ่งเร้าบางอย่างและร้องกรี๊ดหรือโวยวายเกินเหตุ เป็นต้น หรือบางกรณีประสาทสัมผัสน้อยเกินไป(hyposensitive) เช่น ไม่รู้สึกเจ็บปวดแม้เจ็บหรือมีบาดแผลก็ไม่ร้องไห้ เป็นต้น

3.4 มีความผิดปกติในการเล่น กล่าวคือ ไม่มีจินตนาการ จะเล่นสมมติหรือเลียนแบบไม่เป็น เล่นของเล่นไม่เป็น ชอบเล่นของเล่นซ้ำๆ อย่างไม่มีจุดหมาย ชอบของที่หมุนไปมา ชอบเอาของเล่นมาดูใกล้ตา เล่นเกมที่มีลักษณะโต้ตอบไม่เป็น เช่น เล่นจ๊ะเอ๋ เล่นร่วมกับเด็กอื่นไม่เป็น ไม่เข้าใจกฎกติกาหรือวิธีการเล่น เป็นต้น

ชูศักดิ์ จันทยานนท์ (2542) และ อุมพร ตรังคสมบัติ (2545) ได้กล่าวถึงระดับอาการของบุคคลออทิสติกไว้ว่ามี 3 ระดับ ได้แก่

1. ระดับกลุ่มที่มีอาการน้อย (mild autism) หรือเรียกว่ากลุ่มออทิสติกที่มีศักยภาพสูง ซึ่งจะมีระดับสติปัญญาปกติหรือสูงกว่าปกติ มีพัฒนาการทางภาษาดีพอใช้และดีกว่ากลุ่มอื่น เรียนรวมกับเด็กปกติได้ บางรายเรียนสูงถึงปริญญาเอก บางครั้งเรียกเด็กกลุ่มนี้ว่า ไฮ ฟังก์ชัน ออทิสซึม (high function autism) แต่ยังคงมีความบกพร่องในทักษะทางสังคม การรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของบุคคลอื่นในปัจจุบันเรียกเด็กกลุ่มนี้ว่า กลุ่มแอสเพอร์เกอร์ซินโดรม (asperger syndrome) ตามชื่อแพทย์ที่ค้นพบ โดยสภาพพื้นฐานความต้องการจำเป็นทั้งในกลุ่มที่มีศักยภาพสูงกับกลุ่มแอสเพอร์เกอร์ ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก

2. ระดับกลุ่มที่มีอาการปานกลาง (moderate autism) เด็กกลุ่มนี้จะมีพัฒนาการล่าช้าในพัฒนาการด้านภาษาการสื่อสาร ทักษะทางสังคม การเรียนรู้ที่จำกัด รวมทั้งการช่วยเหลือตนเองพอใช้ เรียนหนังสือได้ไม่สูงเท่ากลุ่มแรก และมีพฤติกรรมกระตุ้นตนเองพอสมควร

3. ระดับกลุ่มที่มีอาการรุนแรง (severe autism) เด็กกลุ่มนี้จะมีพัฒนาการเกือบทุกด้าน และอาจเกิดร่วมกับภาวะอื่น เช่น ปัญญาอ่อน รวมทั้งมีปัญหายุติกรรมที่รุนแรงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องมีผู้ดูแลตลอดชีวิต แต่พบว่าเด็กกลุ่มนี้มีไม่มากนัก

สรุป อาการและอาการแสดงของเด็กออทิสติก จะแสดงออกโดยไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ในการโต้ตอบกับบุคคลอื่นได้ มีปัญหาทางภาษาและการสื่อสาร จะพูดช้า หรือไม่พูดเลย ใช้คำศัพท์แปลกๆ สื่อสารโดยใช้ท่าทางไม่เป็น และมีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งจะแสดงออกทางอารมณ์ไม่สมเหตุสมผล มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าไม่แน่นอน ไม่มีจินตนาการในการเล่น เล่นสมมติหรือเลียนแบบไม่เป็น จากลักษณะเด็กออทิสติกดังกล่าว แบ่งกลุ่มระดับอาการได้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับกลุ่มอาการน้อย ระดับกลุ่มอาการปานกลาง ระดับกลุ่มอาการรุนแรง ซึ่งแต่ละระดับอาการมีแนวทางการรักษาและให้ความช่วยเหลือแตกต่างกัน

การวินิจฉัยโรคออทิสติก

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสติก ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค DSM-IV โดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (The American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder - Forth Edition, 1994) จัดโรคออทิสติก (Autistic Disorder) อยู่ในกลุ่ม "Pervasive

Developmental Disorders” ซึ่งก็คือ มีความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน แสดงอาการอย่างชัดเจนในวัยเด็ก ก่อให้เกิด พัฒนาการทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และการสื่อสาร ไม่เป็นไปตามปกติ มีพฤติกรรม ความสนใจ และกิจกรรมที่ผิดปกติ ได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยออทิสติกดังนี้

A. เข้าเกณฑ์ต่อไปนี้ 6 ข้อหรือมากกว่า จากหัวข้อ (1) (2) และ (3) โดยอย่างน้อยต้องมี 2 ข้อ จากหัวข้อ (1) และจากหัวข้อ (2) และ (3) อีกหัวข้อละ 1 ข้อ

1. มีคุณลักษณะในการเข้าสังคมที่ผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้

- 1.1. บกพร่องอย่างชัดเจนในการใช้ท่าทางหลายอย่าง (เช่น การสบตา การแสดงสีหน้า กิริยาหรือท่าทางประกอบการเข้าสังคม)
- 1.2. ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับที่เหมาะสมกับอายุได้
- 1.3. ไม่แสดงความอยากเข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจ หรือร่วมงานให้เกิดความสำเร็จกับคนอื่น ๆ (เช่น ไม่แสดงออก ไม่เสนอความเห็น หรือไม่ชี้ว่าตนสนใจอะไร)
- 1.4. ไม่มีอารมณ์หรือสัมพันธภาพตอบสนองกับสังคม

2. มีคุณลักษณะในการสื่อสารผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้

- 2.1. พัฒนาการในการพูดช้าหรือไม่มีเลย โดยไม่แสดงออกว่าอยากใช้การสื่อสารวิธีอื่นมาทดแทน (เช่น แสดงท่าทาง)
- 2.2. ในรายที่มีการพูดได้ ก็ไม่สามารถเริ่มพูดหรือสนทนาต่อเนื่องกับคนอื่นได้
- 2.3. ใช้คำพูดซ้ำหรือใช้ภาษาที่ไม่มีใครเข้าใจ
- 2.4. ไม่มีการเล่นสมมติที่หลากหลาย คิดเองตามจินตนาการ หรือเล่นเลียนแบบสิ่งต่างๆ ตามสมควรกับพัฒนาการ

3. มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัด ใช้ซ้ำ และรักษาเป็นเช่นเดิม โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้

หมกมุ่นกับพฤติกรรมซ้ำๆ (stereotyped) ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป และความสนใจในสิ่งต่างๆมีจำกัด ซึ่งเป็นภาวะที่ผิดปกติทั้งในแง่ของความรุนแรงหรือสิ่งที่สนใจ

ติดกับกิจวัตร หรือย้ำทำกับบางสิ่งบางอย่างที่ไม่มีประโยชน์โดยไม่ยืดหยุ่น

ทำกิริยาซ้ำๆ (mannerism) (เช่น เล่นสะบัดมือ หมุน โยกตัว)

สนใจหมกมุ่นกับเพียงบางส่วนของวัตถุ

B. มีความช้าหรือผิดปกติในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ ก่อนอายุ 3 ปี

1 ปฏิสัมพันธ์กับสังคม

2 ภาษาที่ใช้สื่อสารกับสังคม

3 เล่นสมมติหรือเล่นตามจินตนาการ

C. ความผิดปกติไม่เข้ากับ Rett's Disorder หรือ Childhood Disintegrative Disorder ได้ดีกว่า

กัญแจสำคัญ ที่เป็นตัวทำนาย โรคออทิสติก ในเด็กอายุ 18 เดือนขึ้นไป มี 4 อาการหลัก ถ้าพบว่ามีอาการผิดปกติเหล่านี้ตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป ควรนึกถึงโรคออทิสติก และควรมีการดำเนินการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และให้ความช่วยเหลืออย่างทันที คือ

1. เล่นสมมติ เล่นจินตนาการไม่เป็น (lack of pretend play)

2. ไม่สามารถชี้นิ้วบอกความต้องการได้ (lack of protodeclarative pointing)

3. ไม่สนใจเข้ากลุ่ม หรือเล่นกับเด็กคนอื่น (lack of social interest)

4. ไม่มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจร่วมกับคนอื่นได้ (lack of joint attention)

2. แนวทางการพัฒนาศักยภาพเด็กออทิสติกปฐมวัยในปัจจุบัน

วิธีการดูแลรักษาเด็กออทิสติกในปัจจุบันนี้ ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา (2548) ได้สรุปไว้ว่าสามารถพัฒนาศักยภาพให้เด็กออทิสติกปฐมวัยมีพัฒนาการดีขึ้นได้ จนสามารถเรียนรู้ ปรับตัว ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสังคม และประกอบอาชีพได้ โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด (Independent Living) แนวทางการดูแลรักษาออทิสติกเพื่อการพัฒนาเด็กออทิสติกปฐมวัย จำเป็นต้องใช้ทีมงานผู้เชี่ยวชาญจากสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team Approach) ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น (Child and Adolescent Psychiatrist) นักจิตวิทยา (Psychologist) พยาบาลจิตเวช (Psychiatric Nurse) นักแก้ไขการพูด (Speech Therapist) นักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist) นักวิชาการการศึกษาพิเศษ (Special Education Teacher) นักสังคมสงเคราะห์ (Social Worker) ฯลฯ การดูแลรักษาไม่ได้อยู่ที่ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น และไม่มีรูปแบบที่เป็นสูตรสำเร็จ รูปแบบเดียวที่ใช้ได้กับทุกคน แต่อยู่ที่ครอบครัวของเด็กออทิสติกปฐมวัยด้วยว่าจะสามารถนำวิธีการบำบัดรักษาต่างๆ ที่ได้รับ มาประยุกต์ใช้ที่บ้านอย่างต่อเนื่องเหมาะสมเป็น การพัฒนาความสามารถใช้การบูรณาการโดยแบ่งแนวทางหลักๆ ออกเป็น 10 แนวทาง ดังนี้

1. ส่งเสริมพลังครอบครัว (Family Empowerment)

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก ไม่ใช่หน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นหน้าที่ของทุกคน พลังครอบครัว คือ พลังแห่งความสำเร็จ ผู้ปกครองและพี่น้องของเด็กออทิสติกบางคน อาจมีความต้องการพิเศษเป็นการเฉพาะ ซึ่งจะต้องให้การช่วยเหลือด้วย ผู้ปกครองมักจะมีความเสี่ยงต่ออาการซึมเศร้า หรือความเครียดเพิ่มขึ้น (Marcus et al., 1997 อ้างในทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2548) พี่น้องอาจจะมีความเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการเพิ่มขึ้น (Rutter et al., 1997 อ้างในทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2548) ซึ่งยิ่งทำให้ผู้ปกครองได้รับผลกระทบมากขึ้น ดังนั้นการเตรียมพลังกายและพลังใจในตัวผู้ปกครองเองจึงมีความสำคัญมาก แพทย์ที่ดูแลควรให้คำปรึกษา (Counseling) ถึงสิ่งที่ผู้ปกครองเป็นกังวลใจ ปัญหา และแนวทางการดูแลที่เหมาะสม สิ่งสำคัญอันดับแรกที่จะทำให้กลไกการช่วยเหลือขับเคลื่อนไปได้ คือ การที่พ่อแม่ยอมรับว่าลูกมีปัญหา หรือความบกพร่องบางอย่างที่แตกต่างจากเด็กคนอื่น ควรได้รับการช่วยเหลือและแก้ไข ถึงแม้ว่าจะยังไม่ยอมรับว่าลูกเป็นอะไร แต่ควรรู้ว่าจะช่วยอะไรลูกได้บ้าง การยอมรับปัญหาเร็ว จะช่วยให้เด็กไม่เสียโอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือ การเริ่มต้นและการพัฒนาที่ดี คือการสวมหัวเข้าหากัน

จับเข้าด้วยกัน ช่วยกันในแนวทางเดียวกัน ใ่วางใจซึ่งกันและกัน โดยสมาชิกทุกคนในครอบครัวมีโอกาสช่วยเหลือเด็กเท่าๆ กัน คำแนะนำหลักๆ ที่ทุกคนในครอบครัวควรทำความเข้าใจคือ

1. ออทิสติก เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่ยืนยันได้แน่นอนว่า ไม่ใช่เกิดจากการเลี้ยงดู อย่าโทษตัวเองว่าเลี้ยงลูกไม่ดีแล้วทำให้เป็นออทิสติก

2. ออทิสติก สามารถพัฒนาได้ด้วยวิธีการดูแลรักษาแบบบูรณาการ ไม่ใช่เลือกวิธีที่คิดว่าดีที่สุดเพียงวิธีการเดียวมาดูแลเด็ก

3. เด็กออทิสติก คือศูนย์กลางของการดูแลรักษา ซึ่งต้องมีการออกแบบวางแผนการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับแต่ละคน ไม่ใช่ทำเหมือนกันทุกคน

4. ครอบครัว คือกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน ทำให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับออทิสติก เป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเรียนรู้ เพราะจะช่วยให้การดูแลรักษาเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง ผู้ปกครองทุกคนเริ่มต้นที่ไม่รู้เหมือนกัน แต่ปลายทางแห่งความสำเร็จต่างกันตามการเรียนรู้ของแต่ละคน ทักษะต่างๆ จะสั่งสมตามประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือที่ได้ลงมือทำไป ไม่ต้องกังวลว่าจะทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี แต่ควรเริ่มต้นลงมือฝึกเด็กก่อน แล้วค่อยๆ พัฒนาการตามคำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญ

2. ส่งเสริมความสามารถเด็ก (Ability Enhancement)

แนวทางการดูแลในปัจจุบันส่วนใหญ่จะพุ่งเป้าไปที่การแก้ไขความบกพร่อง จนทำให้ลืมมองในมุมที่เป็นความสามารถของเด็ก และพบว่าเด็กออทิสติกบางคนมีความสามารถพิเศษเฉพาะด้านด้วย ถ้ามองเห็นความสามารถของเด็ก การยอมรับจากสังคมก็เกิดง่ายขึ้น โอกาสที่เขาจะได้เรียนรู้และพัฒนาาก็เพิ่มขึ้น ส่วนความผิดปกติที่มีก็ได้รับการแก้ไข บนฐานความคิดที่ว่า “ แก้ไขเพื่อดึงความสามารถที่มืออยู่ออกมาใช้ให้เต็มที่ เต็มตามศักยภาพ ไม่ใช่แก้ไขเพื่อลดความผิดปกติเท่านั้น ” และเมื่อได้รับการยอมรับในสังคมแล้ว โอกาสที่จะพัฒนาทักษะด้านสังคมก็เพิ่มขึ้นด้วย เนื่องจากพวกเขาไม่ต้องเป็นฝ่ายที่ปรับตัวเข้าหาสังคมเพียงด้านเดียว แต่สังคมก็พยายามปรับตัวเข้าหาพวกเขาด้วยเช่นกัน เป็นการพบกันครึ่งทาง ถ้ามุ่งแก้ไขความบกพร่องเพียงด้านเดียว ก็จะทำให้หมดกำลังใจเร็ว เนื่องจากมองเห็นแต่ปัญหา แต่ถ้ามุ่งส่งเสริมความสามารถควบคู่ไปด้วย จะช่วยให้มีกำลังใจ เนื่องจากมองเห็นการ

เปลี่ยนแปลง ความสามารถในที่นี้ไม่จำเป็นต้องเป็นความสามารถพิเศษเสมอไป แต่คือสิ่งที่เด็กสามารถทำได้ เช่น ส่งเสียงอะไรได้บ้าง พูดคำว่าอะไรได้บ้าง เล่นอะไรเป็นบ้าง ดูแลช่วยเหลือตัวเองในเรื่องอะไรได้บ้าง แล้วขยายความสามารถที่ทำได้เหล่านี้ให้ดียิ่งขึ้น โดยเปิดโอกาสให้เด็กได้ทำบ่อยๆ แล้วสอนเพิ่มในเรื่องที่ใกล้เคียงกับสิ่งที่เด็กทำได้ ก็จะทำให้เรียนรู้ได้ง่ายขึ้น และขยายขอบเขตความสามารถเพิ่มขึ้น การเสริมสร้างโอกาสให้เด็กได้เล่นของเล่นที่หลากหลาย ได้ทำกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น ดนตรี กีฬา งานศิลปะต่างๆ ช่วยงานที่พ่อแม่ทำ ก็จะช่วยเสริมให้เด็กมีโอกาสแสดงความสามารถให้เห็นเพิ่มขึ้น

3. ส่งเสริมพัฒนาการ (Early Intervention)

การส่งเสริมพัฒนาการ คือการจัดกิจกรรมเพื่อใช้ในการส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการเป็นไปตามวัย โดยยึดหลักและลำดับขั้นพัฒนาการของเด็กปกติ ควรทำตั้งแต่อายุน้อย โดยต้องทำอย่างเข้มข้นสม่ำเสมอ และต่อเนื่องในระยะเวลาที่นานพอ การออกแบบการฝึกต้องให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาความสามารถ และความเร็วในการเรียนรู้ของเด็กแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน เด็กควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาการแบบองค์รวม เพื่อให้เกิดความสมดุล การส่งเสริมพัฒนาการเพียงด้านเดียว เช่น การสอนพูด โดยไม่ได้พัฒนาทักษะสังคมร่วมไปด้วย อาจทำให้เป็นแบบนกแก้วนกขุนทอง คือ พูดได้เก่งก็จริง แต่ไม่เข้าใจความหมาย ไม่มองหน้าสบตา ไม่สื่อสาร เป็นต้น (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2545) กิจกรรมที่นำมาใช้ฝึกสอนต้องเหมาะสมตามระดับพัฒนาการของเด็ก โดยสอนจากง่ายไปยาก ถ้าสอนเร็วเกินไปเด็กก็ทำไม่ได้ วิธีการสังเกตง่ายๆ คือ สอนในเรื่องที่เด็กคนอื่นในวัยเดียวกันสามารถทำได้ สภาพแวดล้อมที่ช่วยให้เด็กเรียนรู้ได้ดี ควรมีความเป็นระเบียบ แบบแผน แบ่งเป็นสัดส่วนชัดเจน มีความแน่นอน คาดเดาได้ เช่น รู้ว่าสิ่งของที่ต้องการเก็บไว้ที่ไหน ต่อไปจะต้องทำอะไร นั่งเล่นที่มุมไหนได้บ้าง เพื่อให้เด็กสามารถเข้าใจง่ายขึ้น มีความรู้สึกปลอดภัย และไม่ควรมีสิ่งเร้ามากเกินไปซึ่งจะรบกวนสมาธิได้ สิ่งสำคัญมากที่ควรรู้คือ เด็กสามารถเรียนรู้ได้ดีจากคนมากกว่าวัตถุ จากการมีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบกันมากกว่าการฟังหรือดูเพียงอย่างเดียว ซึ่งเป็นเพียงการสื่อสารทางเดียว ดังนั้นจึงควรดึงเด็กมาทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันกับคนในบ้านให้มากที่สุด ไม่ควรให้นั่งดูโทรทัศน์คนเดียว เนื่องจากการสื่อสารทางเดียว ทำให้เด็กยิ่งกลับเข้าไปในโลกส่วนตัวของเขาเองมากขึ้น เด็กไม่สามารถเรียนรู้คำศัพท์จากโทรทัศน์ได้ดีเท่ากับการสอนด้วยตัวเราเอง ทักษะพื้นฐานในการเรียนรู้ที่ควรเริ่มฝึกเป็นอันดับแรก เพื่อดึงเด็กออกจากโลกส่วนตัวของเขาเองมาเรียนรู้โลกภายนอก ควรเน้นในเรื่องการมองหน้าสบตา การมีสมาธิ การฟัง และการทำตามคำสั่ง การฝึกทักษะ

เหล่านี้ในระยะเริ่มต้นจะใช้เวลานาน และเห็นการเปลี่ยนแปลงช้า ทำให้เกิดความเครียดทั้งกับผู้ปกครอง และตัวเด็กเอง แต่เมื่อเด็กมีทักษะพื้นฐานเหล่านี้ดีแล้ว การต่อยอดในทักษะที่ยากขึ้นก็จะไม่ใช่เรื่องยากอีกต่อไป

4. พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy)

โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดประกอบด้วย การวิเคราะห์พฤติกรรมแบบประยุกต์ (Applied Behavior Analysis; ABA) และกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral Modification Procedure) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมให้คงอยู่ต่อเนื่อง หยุดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ การทำพฤติกรรมบำบัด ตั้งแต่อายุน้อยๆ และทำอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด โดยไม่ขึ้นกับโปรแกรม หรือปรัชญาที่ใช้ในการฝึก (Roger, 1996 อ้างในทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2548) พบว่าช่วยเสริมสร้างทักษะด้านภาษา ทักษะสังคม ทักษะการคิด และทักษะอื่นๆ นอกจากนี้ยังช่วยลดระดับความเครียดของผู้ปกครองด้วย ในการประเมินพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ จะทำการประเมินทั้งทักษะการปรับตัว (Adaptive Skill) และลักษณะพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Problem Behavior) ทักษะการปรับตัว มักประเมินโดยใช้ แบบประเมิน Vineland Adaptive Behavior Scales หรือสังเกตจากการเล่นของเด็ก ว่าเป็นลักษณะการเล่นแบบใด ส่วนลักษณะพฤติกรรมที่เป็นปัญหา แบบประเมินที่นำมาใช้ ได้แก่ The Autism Diagnostic Interview (ADI) หรือ The Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) เทคนิคที่ใช้มีพื้นฐานมาจากหลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ และหลักพฤติกรรมในเรื่องสิ่งเร้ากับการตอบสนอง เริ่มต้นโดยเลือกพฤติกรรมที่เป็นปัญหา วิเคราะห์ว่าอะไรคือสิ่งเร้า อะไรคือการตอบสนองที่ตามมา แล้วใช้เทคนิคต่างๆ ในการจัดการสิ่งเร้าหรือผลที่ตามมา เพื่อปรับพฤติกรรม เทคนิคที่ใช้ได้ผลดีคือการให้แรงเสริม (Reinforcement) เมื่อมีพฤติกรรมที่ต้องการ แรงเสริมมีทั้งสิ่งที่จับต้องได้ เช่น ขนม ของเล่น สติกเกอร์ และสิ่งที่จับต้องไม่ได้ เช่น คำชมเชย ตบมือ ยิ้มให้ กอด หอมแก้ม เป็นต้น โปรแกรมที่มีงานวิจัยรับรองว่าได้ผลดี คือ โปรแกรมของโลวาาส (Lovaas Program) เป็นการฝึกเด็กแบบเข้มข้น ตัวต่อตัว โดยใช้หลักการวิเคราะห์พฤติกรรมแบบประยุกต์ เน้นการฝึกตัวต่อตัวที่บ้าน ทำอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง ฝึก 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ นาน 6 เดือนติดต่อกัน ซึ่งได้ผลดีมากในเด็กที่เข้ารับการฝึกก่อนอายุ 5 ปี พบว่าเด็กมีความสามารถในการเรียนรู้ และชาวปัญญาดีขึ้น สามารถไปเรียนร่วมกับเด็กปกติได้

5. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (Medical Rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ประกอบด้วย การฝึกและแก้ไขการพูด กิจกรรมบำบัด หรือกายภาพบำบัด (ในรายที่มีปัญหาด้านกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวร่วมด้วย)

5.1. การฝึกและแก้ไขการพูด (Speech Therapy) ถ้าเด็กพูดได้เร็ว โอกาสที่จะมีพัฒนาการทางภาษาใกล้เคียงปกติก็จะเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกัน การใช้ภาษาที่ไม่เหมาะสมก็ลดลงด้วย ดังนั้นการฝึกและแก้ไขการพูด จึงมีความสำคัญ ในการเตรียมความพร้อมเด็กก่อนที่จะสอนพูด ควรฝึกการเปล่งลมเคลื่อนไหวปาก โดยการเป่ามือ เป่ากระดาษ เป่าลูกโป่ง เป่าฟองสบู่ เป่านกหวีด ฝึกการเคลื่อนไหวลิ้น โดยการอมลูกอม เลียอมยิ้ม และฝึกการเล่นเสียงในถ้วย ข้อปฏิบัติที่จะช่วยให้เด็กออกเสียงพูดได้เหมาะสมตามวัย มีดังนี้ (เดือนฉาย แสงรัตนายนต์, 2545 อ้างในทวิศักดิ์ สิริรัตนเวชชา, 2548)

1. พยายามพูดกับเด็กเกี่ยวกับสิ่งที่เด็กกำลังมอง หรือกำลังทำอยู่ เพื่อสร้างเป้าหมายในการมองอย่างมีความหมาย
2. ขณะที่เสียงใดเสียงหนึ่งเกิดขึ้นรอบตัว ควรชี้ชวนให้เด็กสนใจฟังอย่างสม่ำเสมอ โดยอาจพูดเลียนแบบเสียงที่เกิดขึ้น เพื่อสร้างเป้าหมายในการฟังอย่างมีความหมาย
3. ขณะที่ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้กับเด็ก ควรพูดให้เด็กฟังถึงสิ่งที่ท่านกำลังทำอยู่ เพื่อให้เด็กเรียนรู้คำศัพท์ และเนื้อหาของคำศัพท์ ซึ่งเป็นการสร้างการเรียนรู้ความหมายจากการปฏิบัติที่เห็นจริง
4. ควรสอนจากความเข้าใจคำศัพท์ ก่อนนำมาสู่การพูด
5. ควรสอนให้เด็กพูด โดยใช้คำนามที่มองเห็นเป็นรูปธรรม จดจำง่าย ค้นเคย และอยู่ใกล้ตัวเด็ก
6. ควรให้เด็กมีโอกาสได้เปล่งเสียงออกมาบ้าง โดยสอนพูดนำ แล้วเว้นระยะให้เด็กออกเสียง รอเวลาอย่างแย่งเด็กพูด
7. เป็นแบบอย่างในการพูดที่ดีให้เด็ก พูดให้ชัดเจน ใช้คำให้ถูกต้อง เนื่องจากเด็กจะลอกเลียนแบบจากผู้พูดกับเขา

8. อาจใช้โคลงกลอน หรือเพลง ช่วยกระตุ้นการพูดของเด็ก เพราะช่วยให้เด็กสนใจ และจดจำได้ง่าย

9. เด็กบางรายอาจต้องใช้เทคนิคพิเศษเพื่อดึงความสนใจ และสร้างความพร้อมในการสอนภาษาและการพูด โดยเตรียมการมองเห็น การฟัง อย่างมีความหมาย ฝึกการเคลื่อนไหวปาก ลิ้น การเปล่งเสียง

ผู้เชี่ยวชาญที่ฝึกและแก้ไขการพูด คือ “ นักแก้ไขการพูด ” หรือ “ นักอรรถบำบัด ” (Speech Therapist/ Speech Pathologist) แต่เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญในสาขานี้มีไม่เพียงพอกับความต้องการในปัจจุบัน ดังนั้น สามารถเข้ารับบริการฝึกจาก “ ครูฝึกพูด ” ซึ่งเป็นครูการศึกษาพิเศษ ที่ผ่านการอบรมในด้านการฝึกและแก้ไขการพูด ในเบื้องต้นได้เช่นกัน แต่ควรมีการประเมิน ติดตามความก้าวหน้าในการฝึก และคำแนะนำเพิ่มเติมจากนักแก้ไขการพูดเป็นระยะ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการฝึกและแก้ไขการพูด ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ แต่คือผู้ปกครองซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับเด็ก ดังนั้นไม่ใช่การรอจนถึงวันนัดแล้วค่อยฝึกเท่านั้น เพราะจะไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร ผู้ปกครองสามารถกระตุ้นให้มีการพูดได้โดยผ่านการเล่นได้เช่นกัน พยายามสร้างสถานการณ์ ที่กระตุ้นให้เกิดการสื่อสารขึ้น เช่น เวลาลเล่นต่อจิ๊กซอว์ ก็อาจเอาไปซ่อนชิ้นหนึ่งเพื่อให้เด็กถามหา หรือ อาจเอารองเท้าของคนอื่นมาให้เด็กใส่ เพื่อให้เด็กบอกว่า “ ไม่ใช่ ” หรือถามหารองเท้าของตนเอง เป็นต้น นอกจากนี้ควรนำเทคนิควิธีการฝึก ซึ่งได้รับการแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ มาปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การพูดเป็นวิธีการสื่อความหมายที่สำคัญที่สุด แต่ถ้ายังไม่สามารถพูดได้ ก็จำเป็นต้องหาวิธีการอื่นมาทดแทน เพื่อให้สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ซึ่งเรียกวิธีการเหล่านี้ว่า การสื่อความหมายทดแทน (Augmentative and Alternative Communication; AAC) เพื่อใช้ทดแทนการพูดเป็นการชั่วคราว หรือโดยถาวรในรายที่มีความบกพร่องทางการพูดอย่างรุนแรง ตัวอย่างเช่น กลวิธีการรับรู้ผ่านการมองเห็น (Visual Strategies) โปรแกรมแลกเปลี่ยนภาพเพื่อการสื่อสาร (Picture Exchange Communication System; PECS) เครื่องโอบา (Communication Devices) และโปรแกรมปราคาสรีย์ เป็นต้น กลวิธีการรับรู้ผ่านการมองเห็น เป็นการกระตุ้นการรับรู้ในการสื่อสาร โดยการมองเห็นเครื่องมือต่างๆ ที่จัดทำขึ้นเพื่อบอกข้อมูล แสดงสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นให้เด็กเห็นได้ชัดเจน เช่น ตารางเวลา ปฏิทิน สมุดบันทึก รายการซื้อของ เมนูอาหาร เป็นต้น โปรแกรมแลกเปลี่ยนภาพเพื่อการสื่อสาร เป็นการจัดระบบการเรียนรู้ในเรื่องการสื่อสาร โดยให้เด็กหยิบภาพให้ผู้ร่วมสนทนา เพื่อสื่อสารถึงสิ่งที่ต้องการ โดยมีการฝึกอย่างเป็น

ระบบ รวม 6 ชั้นตอน จนสามารถแสดงความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ต่างๆ ได้ โปรแกรมปราศรัย เป็นซอฟต์แวร์มัลติมีเดีย เพื่อช่วยในการสื่อสารสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางการพูด โดยใช้ร่วมกับเครื่องโอบา วิจัยและพัฒนาโดยศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (เนคเทค) เป็นเครื่องมือที่ทำหน้าที่เป็นเสมือนกล่องที่บรรจุเสียงพูดที่ใช้ในการสนทนาไว้อย่างไม่จำกัดจำนวน โดยแบ่งเสียงเป็นหมวดหมู่ตามการใช้งาน ซึ่งแต่ละเสียงจะประกอบด้วย หน่วยเสียงพูด รูปภาพ และข้อความ

5.2.กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) เป็นการประยุกต์ กิจวัตร หรือกิจกรรม มาใช้ในการตรวจประเมิน วินิจฉัย ส่งเสริม ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ ช่วยเสริมสร้างสมาธิ ทักษะการคิด พัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็ก และการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อ ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ นักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist) จะเป็นผู้ที่ประยุกต์ใช้กิจกรรมต่างๆ มาช่วยในการบำบัดเด็ก ตามสภาพปัญหาของแต่ละคน ขอบเขตงานของนักกิจกรรมบำบัดจะครอบคลุมถึง

1. การสอนและฝึกให้เด็กสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองในด้านต่างๆ เช่น การทานอาหาร การใส่เสื้อผ้า เป็นต้น
2. กิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองในเด็กที่มีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ก้าวร้าว ไม่สบตา
3. กิจกรรมกระตุ้นการดูด การเคี้ยว และการกลืน
4. กิจกรรมเตรียมความพร้อมของทักษะต่างๆ ที่เป็นพื้นฐานทางการศึกษา เช่น ฝึกทักษะการเขียน ฝึกทักษะการอ่าน เป็นต้น เพื่อส่งเสริมการรับรู้และเรียนรู้
5. กิจกรรมฝึกทักษะการเคลื่อนไหว กระตุ้นการชันคอ การคลาน การเดิน
6. กิจกรรมเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้ที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง
7. กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการใช้มือในการหยิบจับหรือทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

8. กิจกรรมการฝึกทักษะในการสื่อความหมาย
9. กิจกรรมการฝึกทักษะทางสังคม
10. กระตุ้นให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมหรือสังคมเพื่อการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข โดยไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือผู้อื่น
11. ประดิษฐ์ ดัดแปลงอุปกรณ์หรือเครื่องช่วย เพื่อให้เด็กสามารถช่วยเหลือตัวเองในการแต่งกาย การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร เป็นต้น
12. ให้คำปรึกษากิจกรรมการเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการ การเรียนรู้ในโรงเรียน จีน แอร์ (Jean Ayres) นักกิจกรรมบำบัด ได้อธิบายว่า เด็กออทิสติกจะมีความสามารถของตัวรับความรู้สึก และกระบวนการนำความรู้สึกไปที่สมองผิดปกติ ซึ่งอาจมากเกินไปหรือน้อยเกินไป โดยเฉพาะด้านระบบการทรงตัว (Vestibular Sense) การรับสัมผัส (Tactile Sense) และการรับความรู้สึกจากเอ็นและข้อ (Proprioceptive Sense) เมื่อรับความรู้สึกจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวเข้ามาซึ่งถือเป็นสิ่งเร้า แล้วไม่สามารถทำการจัดระเบียบของสิ่งเร้านั้นได้ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม แต่ถ้าสามารถควบคุมสิ่งเร้าคือการรับความรู้สึกต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะเป็นการกระตุ้นกลไกการทำงานของสมองให้สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ดีขึ้น นักกิจกรรมบำบัด จึงมีการนำทฤษฎีการผสมผสานการรับความรู้สึก (Sensory Integrative Theory) มาประยุกต์ใช้เพื่อกระตุ้นระบบการรับความรู้สึกของเด็กให้มีการพัฒนาที่ดีขึ้น

6. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มทักษะพื้นฐานด้านสังคม การสื่อสาร และทักษะทางความคิด ซึ่งทำให้เกิดผลดีในระยะยาว โดยเนื้อหาหลักสูตรจะเน้นการเตรียมความพร้อม เพื่อให้เด็กสามารถใช้ในชีวิตประจำวันจริงๆ ได้ แทนการฝึกแต่เพียงทักษะทางวิชาการเท่านั้น ควรมีการจัดทำ แผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program; IEP) โดยออกแบบให้เหมาะสมกับระดับความสามารถ ความบกพร่อง และความสนใจของเด็กแต่ละคน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ง่าย ไม่สับสน เด็กสามารถนำทักษะที่ได้จากชั้นเรียนไปใช้นอกห้องเรียนได้ โปรแกรมการสอน

ในห้องเรียนที่น่าสนใจ คือ โปรแกรม TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) พัฒนาโดย Dr.Eric Schopler เน้นการสอนอย่างมีระบบ ขั้นตอน และการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับเด็ก เป็นหัวใจสำคัญ โดยมีการจัดห้องเรียนให้เป็นระบบ จัดของ เป็นหมวดหมู่ จัดตารางเวลากิจกรรมต่างๆ แนนอน และมีความคาดหวังที่ชัดเจน ทำให้เด็กรู้ว่าเขาต้องทำอะไรบ้าง และสอนอย่างมีขั้นตอน วิธีการสอนจะเน้นใช้ภาพมากกว่าเสียง สอนให้สื่อสารโดยใช้รูปหรือสัญลักษณ์ต่างๆ เนื้อหาจะครอบคลุมในทักษะทุกด้าน สำหรับประเทศไทยเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา สำหรับบุคคลออทิสติก กำลังอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา เพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2545 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 43 กล่าวไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกัน ในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ไม่น้อยกว่าสิบสองปี ที่รัฐจัดให้อย่างทั่วถึง และมีคุณภาพโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย” พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 10 วรรค 2 กล่าวไว้ว่า “การจัดการศึกษาสำหรับบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ สังคม การสื่อสาร และการเรียนรู้ หรือมีร่างกายพิการ หรือทุพพลภาพ หรือบุคคลซึ่งไม่สามารถพึ่งตนเองได้ หรือไม่มีผู้ดูแล หรือผู้ด้อยโอกาส ต้องจัดให้บุคคลดังกล่าว มีสิทธิและโอกาสที่ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็นพิเศษ” ปัจจุบันมีทางเลือกในการศึกษาเพิ่มขึ้น ทั้งในรูปแบบโรงเรียนการศึกษาพิเศษเฉพาะทาง โรงเรียนเรียนร่วม ห้องเรียนคู่ขนาน ห้องเรียนปกติ รวมถึงการศึกษานอกโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัย

7.การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social Rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ประกอบด้วย การฝึกฝนทักษะในชีวิตประจำวัน และการฝึกฝนทักษะสังคม เพื่อให้บุคคลออทิสติกสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ

7.1การฝึกฝนทักษะในชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living Training) ควรมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ให้เด็กสามารถทำได้ด้วยตนเองเต็มความสามารถที่เขาจะมีอยู่ โดยต้องการความช่วยเหลือให้น้อยที่สุด ในการฝึกฝน เด็กจำเป็นต้องเรียนรู้ที่ละขั้นตอนจนสามารถปฏิบัติได้ และเกิดเป็นความเคยชิน ติดตัวไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เพื่อให้เด็กช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ ลดการดูแลของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง และเด็กเกิดความภาคภูมิใจ เมื่อเขาสามารถทำอะไรได้ด้วยตัวเอง

7.2.การฝึกฝนทักษะสังคม (Social Skill Training) ทักษะสังคม เป็นความบกพร่องที่สำคัญของเด็กออทิสติก ดังนั้นจึงต้องให้การฝึกฝนด้านนี้เป็นพิเศษ ซึ่งทำได้โดยจำลองเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ เพื่อให้ทดลองปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ หรือการสอนโดยให้จดจำรูปแบบบทสนทนาในสถานการณ์ต่างๆ เพื่อนำมาใช้โดยตรง วิธีการสอนทักษะทางสังคมอีกวิธีหนึ่งที่นิยมกันมากคือการใช้นิทานที่เป็นเรื่องเล่าทางสังคม(Social Stories ซึ่งผู้คิดค้นขึ้นคือ แครอล เกรย์ (Carol Gray, 1991) โดยนิทานที่ใช้จะมีความเฉพาะตัวสำหรับเด็กออทิสติกแต่ละราย เนื่องจากจะแต่งหรือสร้างนิทานมาจากพฤติกรรมทางสังคมที่เป็นข้อจำกัด สิ่งที่บกพร่องของเด็กเอง เด็กแต่ละคนจะมีข้อจำกัดหรือสิ่งที่บกพร่องต่างกัน รวมทั้งบริบทของสิ่งแวดล้อมและคนรอบข้างก็ต่างกันด้วย การแต่งหรือสร้างนิทานจึงมีการกำหนดเป้าหมายเชิงพฤติกรรมก่อน จากนั้นจึงจะกำหนดเรื่องราว หรือสถานการณ์ต่างๆ ในสังคม มาสอนเด็ก โดยเน้นในเรื่องราว วิธีการปฏิบัติหรือแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบผู้อื่นทางสังคมที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้เด็กออทิสติกสามารถเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคม เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของผู้อื่น และวิธีปฏิบัติตนที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ สามารถปรับตัวเข้าสังคมได้ โดยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลง เรื่องราวทางสังคมที่นำมาสอน จะเป็นเหตุการณ์ที่พบได้จริง เป็นปัจจุบัน

8.การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation)

แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ในปัจจุบันเปลี่ยนจากการให้ทำงานในสถานพยาบาล หรือโรงงานในอารักขา มาสู่ตลาดแรงงานจริง หรือการประกอบอาชีพส่วนตัว ภายใต้การชี้แนะ การฝึกอาชีพ การจัดหางาน และการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ เพื่อไปสู่เป้าหมายให้บุคคลออทิสติกสามารถทำงาน มีรายได้ และดำรงชีวิตโดยอิสระ ฟังพาผู้อื่นน้อยที่สุด จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทักษะที่จำเป็นในการทำงาน เช่น การตรงต่อเวลา การปรับตัวเข้ากับหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงาน ความปลอดภัยในการทำงาน เป็นต้น และฝึกทักษะพื้นฐานเฉพาะทางอาชีพ ควบคู่กันไป ในการทำงานจะมีผู้ฝึกสอนงาน (Job Coach) ฝึกให้ ณ ที่ทำงานจริง คอยช่วยเหลือแนะนำในเรื่องเทคนิคการทำงาน และทักษะสังคม ให้คำปรึกษา ประเมินผล และพัฒนาในจุดที่ยังบกพร่องอยู่บุคคลออทิสติกสามารถประกอบอาชีพได้ปกติตามความถนัดของแต่ละคน ถ้ามีการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสม และสังคมมีความเข้าใจ เปิดโอกาสให้

9.การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

การรักษาด้วยยาไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อรักษาให้หายขาดจากโรคออทิสติกโดยตรง แต่นำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการบางอย่างที่เกิดร่วมด้วย เด็กไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาทุกคน และเมื่อทานยาแล้วก็ไม่จำเป็นต้องทานต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเช่นกัน แพทย์จะพิจารณาปรับขนาดยา หรือหยุดยา เมื่ออาการเป้าหมายทุเลาลงแล้ว ในปัจจุบันยังไม่พบว่ามียาตัวใดที่ช่วยแก้ไขความบกพร่องด้านการสื่อสารและด้านสังคม ซึ่งเป็นปัญหาหลักของเด็กออทิสติกได้ ส่วนยาที่นำมาใช้พบว่ามีประโยชน์ในการลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) หุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ก้าวร้าว (Aggression) และหมกมุ่น (Obsessive Preoccupation) ยาที่นำมาใช้รักษามีหลายชนิด ได้แก่ กลุ่มยารักษาโรคจิต (Neuroleptics) ยารักษาโรคซึมเศร้า กลุ่ม SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) และยาเพิ่มสมาธิ (Psychostimulant) เป็นต้น ในอดีตเคยมีการนำวิตามินบี 6 มาใช้ร่วมกับแมกนีเซียม (Megavitamin Treatment) โดยอ้างถึงผลงานวิจัยซึ่งพบว่ามีเด็กร้อยละ 30 อาการดีขึ้น (Rimland, 1988 อ้างในทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2548) แต่จากผลงานวิจัยล่าสุด โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Double-blind, placebo controlled study) สรุปว่าไม่ได้ผล (Martineau et al., 1998 อ้างในทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2548)

10.การบำบัดทางเลือก (Alternative Therapy)

นอกจากแนวทางหลักที่ใช้ในการบำบัดรักษาข้างต้นแล้ว ในปัจจุบันยังมีแนวทางการบำบัดทางเลือกที่หลากหลาย สามารถเลือกใช้ควบคู่กับแนวทางหลัก ตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหา และผลการตอบสนองที่ได้รับของเด็กแต่ละคน

สิ่งสำคัญที่ควรทำความเข้าใจคือ การบำบัดทางเลือกใช้เสริมแนวทางหลักให้มีประสิทธิผลเพิ่มขึ้น ไม่ใช่การนำมาใช้โดดๆ เพียงอย่างเดียวแล้วได้ผล การบำบัดทางเลือกดังกล่าวประกอบด้วย

1.ศิลปะบำบัด (Art Therapy)

ศิลปะ คือหนทางแห่งการปลดปล่อยอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ตามความต้องการของเด็กแต่ละคน และช่วยพัฒนาศักยภาพในด้านการเรียน การเล่น และการแสดงออกต่างๆ ศิลปะบำบัด คือการใช้กิจกรรมทางศิลปะเพื่อค้นหาข้อบกพร่อง ความผิดปกติบางประการของกระบวนการทางจิตใจ และ

ใช้กิจกรรมทางศิลปะที่เหมาะสม ช่วยในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดีขึ้นเพื่อ ลดปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม และเสริมสร้างศักยภาพในด้านต่างๆ ใช้สื่อ วัสดุ อุปกรณ์ และรูปแบบที่หลากหลาย เช่น ชีต เขียน วาด ระบาย ตัดปะ บั่น ถักทอ เพื่อเป็นทางเลือกที่จะระบายความรู้สึกนึกคิด จนสามารถเข้าใจ และจัดการกับความรู้สึกได้ สามารถสื่อสารกับผู้คนรอบข้างได้ การประเมินผลการดูแลรักษา เน้นที่กระบวนการ และกิจกรรมทางศิลปะ ไม่ได้เน้นที่ผลงานทางศิลปะ ซึ่งแตกต่างจากการเรียนศิลปะ ที่จะเน้นผลงาน และเพิ่มความสามารถทางศิลปะ

2.ดนตรีบำบัด (Music Therapy)

ดนตรีบำบัด คือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการนำดนตรี หรือองค์ประกอบอื่นๆ ทางดนตรี มาประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยน พัฒนา และคงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยนักดนตรีบำบัดเป็นผู้ดำเนินการไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ผ่านทางกิจกรรมทางดนตรีต่างๆ อย่างมีรูปแบบ โครงสร้างที่ชัดเจน มีหลักเกณฑ์ และระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ เป้าหมายของดนตรีบำบัดไม่ได้เน้นที่ทักษะทางดนตรี แต่เน้นในด้านพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของแต่ละคนที่ได้รับการบำบัด สามารถประยุกต์ใช้ได้หลายบริบท ทั้งที่บ้าน โรงเรียน และโรงพยาบาล

3.เครื่องเอชอีจี (HEG; Hemoencephalogram)

เป็นเครื่องมือตรวจวัดการปรับเปลี่ยนกระแสการไหลเวียนของเลือดที่ผิวสมอง เพื่อแปลผลข้อมูล และป้อนกลับไปเป็นตัวนำทางเพื่อให้เด็กเกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองว่าทำอย่างไร จึงจะสามารถสร้างความตั้งใจได้ โดยดูจากกระบวนการป้อนกลับที่ผ่านทางจอคอมพิวเตอร์ ที่เป็นลักษณะของกราฟแท่ง และอาจจะมีเสียงดนตรีเพื่อความเพลิดเพลิน เมื่อเด็กได้รับการฝึกฝนให้เรียนรู้ในการนั่ง สร้างความตั้งใจ และสามารถด้วยเครื่องเอชอีจีแล้ว เด็กก็จะสามารถเรียนรู้ได้ว่าขณะที่ตนเองนั่งเรียนอยู่ในชั้นเรียนควรจะทำอย่างไร จึงจะฟังคุณครูสอนในชั้นเรียนได้อย่างตั้งใจ และจะเข้าใจในการเรียนการสอนในที่สุด ทำให้ผลการเรียนดีขึ้น หากเด็กได้รับการฝึกฝนอย่างดีแล้วก็จะสามารถมีสมาธิ และตั้งใจเรียนได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องใช้เครื่องอื่น เฮอเชล ทูมิน (Hershel Toomin) ได้ทำการพัฒนาเครื่องเอชอีจี มากกว่า 20 ปี แต่การศึกษาวิจัยที่สนับสนุนในเรื่องนี้ยังมีไม่มาก ส่วนใหญ่อ้างอิงจากการวิจัยในเครื่องมือ Neurofeedback ซึ่งผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า สามารถช่วยในเรื่องสมาธิได้ดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่มสมาธิ

สั้น และนอกจากนี้ยังได้ผลดีในกลุ่มอื่นๆ เช่น ออทิสติก แอลดี โรคจิตเภท หรือแม้แต่คนปกติก็พบว่าช่วยเพิ่มความสามารถในการคิด (Cognitive Performance) เครื่องเอชอีจี เริ่มนำมาใช้ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 โดยได้มีการทำการศึกษาวิจัยเรื่องการใช้เครื่อง ร่วมในการบำบัดเด็กออทิสติกและสมาธิสั้น พบว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจ คือ เด็กมีความตั้งใจเรียนและเข้าใจในบทเรียนมากขึ้น

4. การฝังเข็ม (Acupuncture)

การฝังเข็ม เป็นวิชาแพทยศาสตร์แผนโบราณของจีน ที่ว่าด้วยองค์ประกอบของร่างกายสองส่วน คือ หยินและหยาง คนเราเจ็บป่วยก็เนื่องด้วยความไม่สมดุลในการทำงานของหยินและหยางในร่างกาย ดังนั้นการรักษาจึงมีหลักการอยู่ที่การปรับสมดุลของอวัยวะภายใน โดยการกระตุ้นจุดบนผิวหนังภายนอกผ่านเส้นเมริเดียน ในปัจจุบันเริ่มมีการฝังเข็มเพื่อเพิ่มสมาธิ และลดอาการชนมาก อยู่ไม่นิ่ง ในเด็กออทิสติก เมื่อเข็มแทงเข้าไปถึงตำแหน่งของจุดฝังเข็ม จะมีอาการปวดตื้อๆ หรือปวดหน่วงๆ และปวดร้าวไปตามทิศทางเดินของเส้นลมปราณ ตามทฤษฎีแพทย์แผนจีน เชื่อว่าการฝังเข็มทำให้ระบบลมปราณหมุนเวียนดีขึ้น และช่วยปรับสมดุลของร่างกาย

5. การบำบัดด้วยสัตว์ (Animal Therapy)

มีการนำสัตว์มาร่วมในโปรแกรมการบำบัดอยู่หลายแบบ สัตว์ที่มีการนำมาใช้ได้แก่ โลมา (Dolphin) ม้าแคระ (Pony) และสุนัข เป็นต้น โดยต้องมีการคัดเลือกและฝึกฝนสัตว์มาเป็นอย่างดี พบว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจ พบว่าสัตว์สามารถช่วยในเรื่อง การรับรู้สัมผัส เสริมสร้างสมาธิ เพิ่มความไว้วางใจผู้อื่น เพิ่มแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังช่วยให้เด็กเรียนรู้ในเรื่องสัมพันธภาพ และการตอบสนองทางอารมณ์ได้ดีขึ้นด้วย

3. แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย

เด็กออทิสติกปฐมวัยก็เหมือนกับเด็กปฐมวัยทั่วไป ที่มีความต้องการต่างๆ เหมือนกัน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตคืออาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค ความรัก ความรู้สึกปลอดภัย รวมทั้งต้องการการยอมรับจากผู้อื่น เมื่อเขาอยู่ร่วมกับครอบครัว ก็ต้องปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในการเป็นสมาชิกที่ดีของครอบครัว ในช่วงปฐมวัยหน้าที่ที่สำคัญของเด็กคือการเริ่มต้นในการเรียนรู้รอบครอบครัว เข้าสู่ระบบการศึกษาในโรงเรียน สำหรับเด็กปกติทั่วไปช่วงปฐมวัยการเปลี่ยนแปลงในการ

เรียนรู้จากบ้านไปสู่โรงเรียน เป็นเรื่อง que เด็กสามารถเรียนรู้และปรับตัวได้ไม่ยาก แต่สำหรับเด็กออทิสติกปฐมวัยนั้น การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เป็นเรื่องที่ยากลำบากมาก จากข้อจำกัดต่างๆ ของอาการออทิสติก ที่มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ต่างจากคนทั่วไป ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากน้อยตามระดับความรุนแรงของภาวะโรค เช่น รูปแบบการรับประทานอาหาร รูปแบบการนอน รูปแบบการขับถ่าย ตลอดจนทักษะต่างๆ ที่มีความบกพร่องเด่นชัดในกลุ่มเด็กออทิสติก คือ ทักษะการสื่อความหมาย ทักษะทางสังคม การแสดงพฤติกรรมที่มีรูปแบบเฉพาะและจำกัด เป็นต้น

การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกปฐมวัยให้มีความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษา จึงต้องเป็นความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย นำไปสู่การดูแลช่วยเหลือแบบครบ หอม พ่อแม่ จุดเริ่มต้นแรกของการดูแลช่วยเหลือจะเริ่มมาจากพ่อแม่หรือครอบครัวก่อน เพราะเป็นสิ่งแวดล้อมแรกที่เด็กได้มีปฏิสัมพันธ์ด้วย การเรียนรู้ของเด็กออทิสติกปฐมวัยจึงเริ่มต้นที่ครอบครัวด้วยเช่นกัน จากนั้นการดูแลช่วยเหลือจะมีกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นทีมสหวิชาชีพหรือพูดย่อๆ คือ หอมเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง เนื่องจากข้อจำกัด ข้อบกพร่องที่เด่นชัดของออทิสติก เช่น จิตแพทย์เด็ก พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักแก้ไขการพูด นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น เมื่อข้อบกพร่องหรือข้อจำกัดได้รับการดูแลช่วยเหลือดีขึ้น หมายถึงเด็กมีความพร้อม ก็จะเป็นช่วงวัยที่เข้าสู่ระบบการศึกษา กลุ่มครูจะเข้ามามีส่วนร่วมอีกกลุ่มหนึ่ง จากนั้นความร่วมมือจะต้องเกิดขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กออทิสติกสามารถดำเนินชีวิตและเรียนรู้สิ่งต่างๆ รอบตัวได้ตามศักยภาพที่เขามี เช่นเดียวกับเด็กทั่วไป

การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกปฐมวัยให้มีความพร้อม ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องมีความรู้ ความเข้าใจตัวเด็ก รวมทั้งข้อจำกัด ข้อบกพร่องที่มี ต้องเรียนรู้หรือหาวิธีที่จะช่วยฝึก / สอนให้เด็กออทิสติกสามารถเรียนรู้ได้ดีขึ้น เด็กในช่วงปฐมวัยการเรียนรู้โดยการเลียนแบบเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นเนื่องจากการพัฒนาทางภาษายังพัฒนาไม่เต็มที่ การเรียนรู้ทักษะหรือสิ่งใหม่โดยการเลียนแบบจะช่วยให้เด็กปฐมวัยเรียนรู้ได้ดีขึ้น (Bryna Siegel, 2003) นอกจากนี้ นายแพทย์ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล(2545) ได้กล่าวถึงมุมมองความเข้าใจสำหรับการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกไว้ด้วย ดังนี้

ลักษณะเฉพาะของเด็กออทิสติก

- เด็กออทิสติกต้องเรียนรู้จากของจริงที่เป็นรูปธรรม หากเป็นแบบจำลองหรือตัวหนังสือ เด็กจะเข้าใจได้ยากหรือไม่เข้าใจเลย
- เด็กออทิสติกมีความจำดี แต่การวิเคราะห์หาเหตุผลและเข้าใจถึงข้อยกเว้นต่างๆจะทำไม่ค่อยได้ เมื่อเรียนรู้อะไรไป ก็จะยึดติดกับข้อสรุปนั้นไม่ยอมเปลี่ยนแปลง หรือถ้าปรับก็จะผกผันกับคนทั่วไป
- เด็กออทิสติกมักมีปัญหาในการเลือกรับรู้สิ่งเร้า มักจดจำรายละเอียดได้ดี แต่ไม่ใช่สิ่งที่เป็นสาระสำคัญ ซึ่งความสามารถในการจดจำรายละเอียดจะดีเกินกว่าคนปกติมาก
- การรับสัมผัสของเด็กออทิสติกค่อนข้างมีปัญหา เพราะมีความไวต่อสิ่งเร้าบางอย่างสูงหรือต่ำกว่าคนทั่วไปมาก โดยเฉพาะในเรื่องเสียง
- ลักษณะเฉพาะนี้ไม่ได้เกิดกับเด็กออทิสติกทุกคนเหมือนกัน แต่ละคนจะมีความแตกต่างเฉพาะตัวและมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความผิดปกติของสมองและพัฒนาการของเด็กเอง

พฤติกรรมที่พบได้ทั้งในเด็กออทิสติกและเด็กปกติ

เด็กออทิสติกมีทั้งพฤติกรรมปกติและผิดปกติร่วมกัน พฤติกรรมปกติอาจจะแสดงออกเมื่อโตขึ้น ทำให้ดูไม่ออก บ่อยครั้งการกระทำที่ปกติก็แสดงความผิดปกติออกมาด้วย เช่นทำซ้ำๆมากเกินไป หรือทำโดยไม่มีเหตุผล ไม่มีปีไม่มีขลุ่ย เป็นต้น

ตัวอย่างพฤติกรรมที่เห็นได้บ่อย เช่น พฤติกรรม Egocentric Speech ซึ่งมีลักษณะ ดังนี้

- Echolalia เป็นการพูดทวนคำ หากเกิดกับเด็กออทิสติกจะเป็นอาการที่ระบุว่าทำบ่อยและนานกว่าคนทั่วไป ซึ่งในเด็กปกติอาจเกิดเกิด ในช่วงที่เริ่มพูด แต่จะมีความเหมาะสมกับวัยและเกิดเป็นระยะสั้นๆ
- Delay Echolalia เป็นอีกรูปแบบหนึ่งของ Echolalia เด็กจะนำคำพูดที่เคยได้ยินมาพูดซ้ำ โดยไม่มีวัตถุประสงค์ เหมือนพูดไปอย่างนั้นเอง คำที่เด็กพูดอาจมาจากการได้ยินพ่อแม่คุยกัน ดูโทรทัศน์ หรือฟังจากที่อื่น เด็กอาจนำมาพูดเป็นบางครั้ง หรืออาจพูดแล้ว

หายไปหลายวัน แล้วกลับมาพูดคำนั้นอีก เด็กออทิสติกที่เริ่มพูดได้ จะพูดแบบ Delay Echolalia และส่วนมากทำซ้ำซ้ำๆ เป็นเป็นเวลานาน

- Monologue คือการพูดคนเดียว ลักษณะคล้ายรำพึงรำพันหรือการคิดต่างๆในผู้ใหญ่ มักเป็นบทพูดยาวๆที่เด็กคิดขึ้นเองหรือจำมาได้ ในเด็กปกติจะพบได้เช่นกันในช่วงวัยก่อนเรียน เด็กจะพูดไปเรื่อยเปื่อยไม่คำนึงถึงว่าจะมีใครฟังหรือไม่ แต่ในเด็กออทิสติกที่พูดคนเดียวจะถูกเรียกว่าเพ้อเจ้อ
- Collective Monologue เป็นการคุยกันแบบต่างคนต่างพูด ต่างเล่าเรื่องราวตนเอง แต่ไม่มีใครฟังใคร ดูแล้วน่าเอ็นดู พบในช่วงวัยก่อนเรียน

นอกจากนี้ นายแพทย์ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล(2545)ยังกล่าวถึงพฤติกรรมของเด็กออทิสติก

ที่ต้องแปลความหมายให้ลึกซึ้ง มี 3 กลุ่ม ใหญ่ คือ พฤติกรรมการเรียนรู้ พฤติกรรมการสื่อสาร และ พฤติกรรมต่อต้าน ดังนี้

พฤติกรรมการเรียนรู้ มีการกระทำซับซ้อนหลายอย่างที่เด็กออทิสติกแสดงออกมาได้อย่างน่าประหลาดใจ โดยพฤติกรรมเหล่านั้นเป็นผลมาจากความคิดหรือการเรียนรู้บางอย่างใด อย่างหนึ่ง พฤติกรรมการเรียนรู้บางอย่างจะเหมือนกับที่เด็กปกติแสดงออกมา เพียงแต่เด็กออทิสติกจะแสดงออกมาได้จะมีอายุมากกว่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเด็กออทิสติกมีพัฒนาการทางความคิดเช่นเดียวกัน แต่เกิดขึ้นช้ากว่าเด็กปกติ และเป็นลักษณะของการเรียนรู้ก่อนมีภาษา การเรียนรู้ก่อนมีภาษา จะเกิดขึ้นในช่วง Sensory motor ซึ่งเด็กจะมีอายุราว 0-2 ปี ข้อมูลที่นำเข้า (Data entry) มาจากการมองเห็นหรือประสาทสัมผัสด้านอื่นมากกว่าการเรียนรู้จากคำพูด เด็กออทิสติกหลายรายที่เมื่อโตแล้วรู้เรื่อง ได้เล่าประสบการณ์ตอนเด็กว่าเขาไม่สามารถคิดออกมาเป็นภาษา จะนึกคิดเป็นภาพมากกว่าคำพูด

พฤติกรรมการสื่อสาร มีหลายครั้งที่พ่อแม่รู้ว่าเด็กออทิสติกต้องการอะไรจากการแสดงออกของเด็กและเหตุแวดล้อม ย่อมแสดงว่าเด็กพอจะสื่อสารได้บ้างแล้ว เช่น จูงมือพ่อแม่ไปหยิบของที่ตนเองต้องการ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ถือว่าเป็น “อาการ” เหมือนกันในตำราทุกเล่ม แต่ไม่เคยมีใครมองพฤติกรรมนี้ว่าเป็นการสื่อสารตามปกติ เนื่องจากเมื่อพิจารณาให้ถ่องแท้ จะพบว่านี่คือการสื่อสารด้วยท่าทางที่สื่อทั้งเนื้อหาและวัตถุประสงค์ได้ตรงที่สุด

การจูงมือ เป็นการสื่อสารที่น่าสนใจของเด็กออทิสติก เพราะเป็นการสื่อสารจากการประมวลผล ความคิดภายในของเด็ก และเป็นการติดต่อกับโลกภายนอกอย่างสมเหตุสมผล ตัวอย่างเช่น เมื่อเด็กอยาก ดื่มนม แล้วจูงมือพ่อไปที่ตู้เย็น แสดงว่าสมองเด็กต้องทำงานหลายอย่าง

ขั้นแรก	ต้องรู้ความต้องการของตนเองก่อนว่าจะดื่มนม
ขั้นที่สอง	ต้องจำหรือคิดได้ว่านมอยู่ที่ไหน
ขั้นที่สาม	ประเมินว่าหยิบเองได้หรือไม่
ขั้นที่สี่	ประเมินแล้วว่าหยิบเองไม่ได้ ต้องแก้ปัญหาโดยหาคนช่วย
ขั้นที่ห้า	เลือกพ่อ (เด็กไม่ได้เลือกสิ่งของ แสดงว่าเด็กรู้จักความแตกต่างระหว่างคนกับสิ่งของ)

ขั้นที่หก ตัดสินใจติดต่อ เลือกวิธีสื่อสารด้วยการจูงมือ แม้ว่าลำดับขั้นตอนการคิดของสมองจะทำงานต่างไปจากตัวอย่างที่สมมติขึ้น แต่สมองของเด็กออทิสติกก็ต้องทำงาน เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจอย่างหนึ่งอย่างใดแน่นอน

การประมวลผล (Processing) การสื่อสารเป็นผลมาจากการประมวลผลข้อมูลของบุคคล เมื่อได้ข้อมูล บุคคลนั้นจะแปลงข้อมูลเป็นรูปแบบการสื่อสารอย่างใดอย่างหนึ่ง เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมสื่อสารและเรียนรู้แบบเดียวกับเด็กปกติ แต่ทำได้ในวัยที่ล่าช้ากว่ามาก อาจอายุ 3-4 ปี ในการปรับพฤติกรรมนั้นไม่ควรทำให้การสื่อสารหายไป ควรพัฒนาให้การสื่อสารดีขึ้น ส่วนการเก็บข้อมูลนั้น พ่อแม่หรือผู้เกี่ยวข้องต้องเรียนรู้วิธี “รับ” ข้อมูลของเด็กด้วย จึงจะ “ส่ง” ข้อมูลได้เหมาะสม การแปลความหมายพฤติกรรม ให้เป็นพฤติกรรมสื่อสารจะช่วยขยายโอกาสในการติดต่อกับเด็ก แทนที่จะคิดว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เราจะแก้ปัญหาลูกได้ดีกว่าเดิม

พฤติกรรมต่อต้าน การต่อต้านเป็นพฤติกรรมปกติสำหรับเด็กทั่วไปในวัย 2 ปี ในเด็กออทิสติก จะมีการต่อต้านเหมือนกัน แต่เกิดขึ้นตอนโตและเด็กจะไม่พูด การต่อต้านของเด็กมักถูกแปลในทางลบเสมอ ถ้ามองมุมกลับ เด็กที่มีการต่อต้านแสดงว่าเริ่มติดต่อกับโลกภายนอก ยิ่งไปกว่านั้นเมื่อเด็กตัดสินใจต่อต้าน ย่อมรู้ว่าตนเองต้องการอะไร และรู้ด้วยว่าความต้องการตนเองไม่สอดคล้องกับโลกภายนอก ไม่เพียงแต่รู้ แต่เด็กยังเลือกที่จะสู้โดยการสื่อสารเชิงปฏิเสธออกมาด้วย เมื่อใดที่เด็กต่อต้าน จึงน่าจะเป็นสัญญาณที่ว่าเด็กมีการพัฒนาพฤติกรรมทางสังคม นอกจากทางสังคมแล้ว เด็กยังมีการจัดระบบความคิดและตัดสินใจด้วย

นอกจากมุมมองความเข้าใจสำหรับการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกที่กล่าวมาแล้วนั้น ความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย ยังเกี่ยวข้องกับพัฒนาการตามช่วงวัยของเด็กอีกด้วย เนื่องจากพัฒนาการเป็นเรื่องของทักษะต่างๆที่จำเป็นต่อการเรียนรู้โลกภายนอกของเด็กออทิสติกปฐมวัย สำหรับพัฒนาการของเด็กออทิสติกปฐมวัยนั้น การที่จะบอกว่าพัฒนาการของเด็กบกพร่องมากน้อยเพียงใด ในปัจจุบันที่นิยมกันจะใช้การเทียบเคียง (Bench Marking) กับพัฒนาการของเด็กปกติในช่วงวัยเดียวกัน โดยถือว่าพัฒนาการของเด็กปกติเป็นพัฒนาการมาตรฐาน เมื่อมีการประเมินเทียบเคียงแล้วจึงจะบอกได้ถึงระดับความพร้อมของเด็กออทิสติกปฐมวัยได้ว่ามีมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้จากคู่มือส่งเสริมพัฒนาการของสถาบันราชานุกูล (2551) แบ่งทักษะออกเป็น 5 ทักษะ ดังนี้

- 1) ทักษะการเคลื่อนไหว (Gross Motor)
- 2) ทักษะการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor)
- 3) ทักษะความเข้าใจภาษา (Receptive Language)
- 4) ทักษะการใช้ภาษา (Expressive Language)
- 5) ทักษะการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Soci

รายละเอียดของทักษะแต่ละด้าน

1. ทักษะการเคลื่อนไหว (Gross Motor)

ทักษะการเคลื่อนไหวเป็นทักษะที่เกี่ยวข้องกับการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อที่ใช้สำหรับการเคลื่อนไหวร่างกาย ท่าทาง จึงเกี่ยวข้องกับการชันคอ คอว่า นั่ง คลาน ยืน เดิน วิ่ง กระโดด การทรงตัว การปีนป่าย ขึ้นลงบันได การเล่นบอล การถีบจักรยาน พัฒนาการด้านนี้ของเด็กตั้งแต่แรกเกิด – 5 ปี สรุปในภาพรวมที่สำคัญๆ เช่น

อายุ 3 เดือน	สามารถท่านอนคว่ำ ยกศีรษะตั้งขึ้น 90° ได้นาน 5 วินาที
อายุ 6 เดือน	สามารถนั่งได้นาน 10 วินาที โดยไม่ล้ม ใช้มือเล่นของเล่นได้
อายุ 9 เดือน	สามารถเกาะเดินไปด้านหลังได้ 4-5 ก้าว
อายุ 1 ปี	สามารถเดินได้เอง โดยยังยกแขนสูง
อายุ 2 ปี	สามารถเดินขึ้นบันได โดยใช้มือข้างหนึ่งจับราวบันได อีกข้างจับมือผู้ปกครอง และก้าวพักเท้า 2 ข้างในแต่ละขั้น
อายุ 3 ปี	สามารถยืนขาข้างเดียวได้นาน 3 วินาที
อายุ 4 ปี	สามารถกระโดดได้ไกล 30 ซม. โดยเท้าทั้ง 2 ข้างถึงพื้นพร้อมกัน
อายุ 5 ปี	สามารถขว้างลูกเทนนิส ลงตะกร้าในระยะ 1.5 เมตร ได้ 3 ใน 5 ครั้ง

2. ทักษะการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor)

ทักษะการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา เป็นทักษะที่เกี่ยวข้องกับมอง การใช้มือในการหยิบ จับสิ่งของ การทำกิจกรรมที่ต้องมองและใช้มือหยิบ / จับ / ژی ของให้สัมพันธ์กับการใช้ตามองสิ่งของนั้น การจับคู่ แยกประเภท การแก้ปัญหา พัฒนาการของเด็กตั้งแต่แรกเกิด – 5 ปี สรุปในภาพรวมที่สำคัญๆ เช่น

อายุ 3 เดือน	สามารถมองจุดที่วัตถุลึบไปจากสายตา
อายุ 6 เดือน	สามารถเปลี่ยนมือถือที่วัตถุ
อายุ 9 เดือน	สามารถใช้มือหยิบลูกเกดได้ รู้จักมองตามของเล่นที่ทำตก
อายุ 1 ปี	สามารถจับนิ้วเพื่อหยิบลูกเกด ใส่วัตถุลงในถ้วยเล็กๆได้
อายุ 2 ปี	สามารถต่อก้อนไม้ □ ลูกบาศก์เป็นหอคอย ได้ 6 ก้อน
อายุ 3 ปี	สามารถตัดหรือเล็มกระดาษด้วยกรรไกรได้
อายุ 4 ปี	สามารถแยกสีได้ 4 สี
อายุ 5 ปี	สามารถวาดรูปคนที่มีส่วนประกอบของร่างกายได้ 6 ส่วน

3. ทักษะความเข้าใจภาษา (Receptive Language)

ทักษะความเข้าใจภาษา เป็นทักษะที่เกี่ยวข้องกับการฟังและความสนใจ การตอบสนองต่อท่าทาง หรือคำสั่งง่ายๆ การเลือกระหว่างของหลายอย่าง การทำตามคำสั่งเกี่ยวกับลักษณะของสิ่งของหรือตำแหน่งของสิ่งของ รวมทั้งการฟังและความสนใจ พัฒนาการของเด็กตั้งแต่แรกเกิด – 5 ปี สรุปในภาพรวมที่สำคัญๆ เช่น

อายุ 3 เดือน	สามารถหันตามเสียงเรียกในระยะห่าง 30 ซม.
อายุ 6 เดือน	สามารถเปลี่ยนสีหน้าตอบสนองต่อเสียงที่นุ่มนวลหรือเสียงที่เกรี้ยวกราด
อายุ 9 เดือน	สามารถโบกมือหรือตบมือตามสั่ง
อายุ 1 ปี	สามารถชี้ไปที่วัตถุตามสั่ง
อายุ 2 ปี	สามารถชี้วัตถุได้ 6 ใน 6 ชนิด จากการบอกประโยชน์ของวัตถุ
อายุ 3 ปี	สามารถตอบคำถาม หรือทำตามท่าทางให้ดู เมื่อถามว่า“ถ้า หนาว/เหนื่อย/ หิว จะทำอย่างไร
อายุ 4 ปี	สามารถตอบคำถามง่ายๆ โดยการพูดหรือชี้ขณะฟังนิทาน
อายุ 5 ปี	สามารถทำตามคำสั่งเกี่ยวกับลักษณะของสิ่งของ เช่น ความหนัก-ความเบา / ว่างเปล่า-เต็ม / มากกว่า – น้อยกว่า / ตรงกลาง / อื่นกลาง / ระหว่าง

4. ทักษะการใช้ภาษา (Expressive Language)

ทักษะการใช้ภาษา เป็นทักษะเกี่ยวกับการเปล่งเสียง การเลียนเสียง เลียนแบบการกระทำ การแสดงท่าทางเพื่อสื่อออกไปให้คนอื่นรู้และเข้าใจว่าเราต้องการอะไร การพูดคำที่มีความหมาย ความชัดเจนในการพูด พัฒนาการของเด็กตั้งแต่แรกเกิด – 5 ปี สรุปในภาพรวมที่สำคัญๆ เช่น

อายุ 3 เดือน	สามารถแสดงสีหน้าหรือเคลื่อนไหวร่างกายเป็นการตอบสนองต่อคำพูด
อายุ 6 เดือน	สามารถเลียนแบบการเล่นเสียง
อายุ 9 เดือน	สามารถเลียนแบบการกระทำใหม่ๆ ได้ 1 อย่าง เช่น ส่ายหน้า พยักหน้า ยกมือ
อายุ 1 ปี	สามารถทักทาย / ลา โดยการใช้เสียงหรือท่าทาง
อายุ 1 ปีครึ่ง	สามารถพูดคำเดี่ยวที่มีความหมายได้อย่างน้อย 4-6 คำ
อายุ 2 ปี	สามารถพูดคำศัพท์ได้อย่างน้อย 25 คำ
อายุ 3 ปี	สามารถออกเสียง ม /ป /พ /ภ / บ ชัดเจน เมื่อเป็นพยางค์ต้นหรือตัวสะกด ร้องเพลงจบเพลงหรือเกือบจบ (มีผิดบ้าง)
อายุ 4 ปี	สามารถเล่าเหตุการณ์ที่ผ่านไปใหม่ๆ ได้
อายุ 5 ปี	สามารถผลัดกันพูดคุยกับเพื่อนในกลุ่มได้

5. ทักษะการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Social)

ทักษะนี้จะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การกินอาหาร การดื่มน้ำ การแต่งตัว การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย และการปฏิบัติตัวเมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งการเล่นกับผู้อื่น พัฒนาการของเด็กตั้งแต่แรกเกิด – 5 ปี สรุปในภาพรวมที่สำคัญๆ เช่น

อายุ 3 เดือน	สามารถยิ้มและส่งเสียงโต้ตอบ เมื่อมีผู้พูดคุยและตะแคงตัว
อายุ 6 เดือน	สามารถแสดงอาการว่าจะได้กินนม เมื่อเห็นนมแม่หรือขวดนม
อายุ 9 เดือน	สามารถใช้มือหยิบอาหารกิน จ้องมอง หรือร้องไห้เมื่อเห็นคนแปลกหน้า
อายุ 1 ปี	สามารถร่วมเล่นจ๊ะเอ๋ได้ ถือช้อนและพยายามเอาอาหารเข้าปาก
อายุ 1 ปีครึ่ง	สามารถกลิ้งปัสสาวะตอนกลางวันได้นาน 2-3 ชั่วโมง
อายุ 2 ปี	สามารถรู้จักปกป้องสิ่งของเมื่อถูกแย่ง
อายุ 3 ปี	สามารถแสดงท่าทางบอกได้ เมื่อต้องการขับถ่าย เริ่มเล่นสมมติเกี่ยวกับงานบ้านได้
อายุ 4 ปี	สามารถผลัดกันเล่นกับเด็กอื่นในกลุ่ม
อายุ 5 ปี	สามารถแปรงฟันได้เอง เล่นเลียนแบบบทบาทผู้ใหญ่ได้

เด็กออทิสติกปฐมวัยควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ระบบการศึกษาอย่างไร

การเตรียมความพร้อมของเด็กออทิสติกก่อนเข้าเรียนในระบบการศึกษา เด็กควรมีพื้นฐานสำคัญในเรื่องต่างๆดังนี้ (www.magickidschool.com, 2553)

1. การเข้าใจคำสั่งง่ายๆ สามารถตอบสนองได้บ้าง
2. สามารถสื่อความต้องการของตนเองได้บ้างเล็กน้อย
3. เด็กสามารถนั่งทำกิจกรรมต่างๆได้นานพอประมาณ
4. ไม่มีพฤติกรรมที่รุนแรงเป็นอันตรายต่อผู้อื่น

ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้ได้มาจากการฝึกฝนปรับพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง เราจะประเมินได้ อย่างไรก็ตาม เด็กออทิสติกคนนี้มีความพร้อมที่จะเข้าเรียนในชั้นเรียนได้ ในการประเมินความพร้อม ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น เด็กคุ้นเคยกับสถานที่หรือไม่ คุ้นเคยกับผู้ประเมินหรือไม่ ถ้าไม่คุ้นเคย เด็กยอมไม่ร่วมมือ และดูเหมือนจะไม่มีความพร้อมทั้งๆที่เด็กทำได้ โดยทั่วไปเราจะดูแค่ ว่า เด็กพอเข้าใจคำสั่งง่ายๆได้ไหม พอทำตามได้บ้างไหม พอที่จะทำกิจกรรมในช่วงเวลาสั้นๆได้ไหม มีพฤติกรรมที่รุนแรง เป็นปัญหาไหม เท่านั้นน่าจะมากเพียงพอแล้วสำหรับการนำเด็กเข้าเรียน

ในเด็กออทิสติก เราไม่ต้องรอให้เด็กมีความพร้อมทุกอย่างแล้วค่อยเข้าเรียน แต่เราให้เด็กเข้าเรียนเพื่อสร้างความพร้อมเพิ่มขึ้น ใช้สังคมเด็กวัยเดียวกันเป็นตัวกระตุ้นในการเรียนรู้ ไม่ต้องรอให้เด็กพูดได้แล้วค่อยเข้าเรียน แต่เราให้เด็กเข้าเรียนเพื่อกระตุ้นให้พูดได้ ถ้าทุกคนเข้าใจในหลักการเหล่านี้ตรงกัน ก็ไม่ต้องไปกังวลเรื่องการประเมินความพร้อม อาจมีความจำเป็นที่ต้องเตรียมความพร้อมบ้างในบางด้าน แต่ไม่ต้องรอจนพร้อมทุกด้าน

เด็กออทิสติกสามารถเรียนร่วมกับเด็กทั่วไปได้หรือไม่

เด็กออทิสติกสามารถเรียนร่วมกับเด็กทั่วไปได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของปัญหาและความพร้อมบางด้านที่จำเป็น โดยทั่วไปเด็กสามารถเรียนร่วมได้ ถ้าผ่านการฝึกฝนปรับพฤติกรรมแบบเข้มข้นตั้งแต่เล็กและทำมาอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตาม การเรียนร่วมกับเด็กทั่วไปได้หรือไม่ อาจไม่ใช่ประเด็นสำคัญเท่ากับ การวิเคราะห์ดูว่ารูปแบบการเรียนรู้แบบใดเหมาะสมกับตัวเด็กมากที่สุด สามารถดึงศักยภาพในตัวเด็กให้แสดงออกมาได้มากที่สุด

อุปสรรคที่มักพบเมื่อต้องเข้าเรียนในโรงเรียนเรียนร่วมและวิธีการแก้ไขปัญหา

อุปสรรคที่มักพบส่วนใหญ่ คือ ความเข้าใจ และการยอมรับของโรงเรียน บางแห่งครูไม่รู้จักรว่าเด็กออทิสติกเป็นอย่างไร ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน ไม่รู้ว่าจะสอนอย่างไร จึงต้องมีการพูดคุย

สื่อสารให้ชัดเจนระหว่างผู้ปกครองและครูอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยให้มองที่ปัญหาของเด็กว่าพฤติกรรมแต่ละเรื่องจะแก้ไขอย่างไร อย่าไปมองที่ความเป็นออทิสติก เพราะถ้ามุ่งเป้าที่พฤติกรรม คุณครูจะมีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหามากกว่า และอาจขอคำแนะนำเพิ่มเติมจากทีมแพทย์ที่ดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง ก็จะช่วยทำให้ทุกอย่างเป็นไปด้วยความราบรื่น ถ้ามีการเรียนรู้ร่วมกันทั้ง 3 ฝ่าย คือ ผู้ปกครอง ครู และทีมแพทย์ที่ดูแลเด็กก็จะช่วยให้สามารถฟันฝ่าเอาชนะอุปสรรคไปได้อย่างแน่นอน

สรุป ความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับลักษณะอาการทางคลินิกของเด็กออทิสติกปฐมวัย พฤติกรรมการเรียนรู้ พฤติกรรมการสื่อสาร พฤติกรรมต่อต้าน พัฒนาการตามวัย ที่ประกอบด้วยทักษะต่างๆคือทักษะการเคลื่อนไหว ทักษะการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ทักษะความเข้าใจภาษา ทักษะการใช้ภาษา และทักษะการช่วยเหลือตนเองและสังคม เด็กแต่ละรายจะมีความพร้อมมากน้อยต่างกัน ขึ้นอยู่กับความบกพร่องนั้นรุนแรงมากน้อยเพียงใด

4. การใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลเด็กออทิสติก

กระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาย่างเป็นระบบ โดยอาศัยหลักการและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (สำนักการพยาบาล, 2550 : 12) ถือว่าเป็นกรอบการทำงานที่เป็นแนวทาง สำหรับให้พยาบาลใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งฟอร์ติแนชและโฮโลเดย์ วอร์เรต (Fortinash & Holoday Worret, 2003 : 1) กล่าวไว้ในทำนองเดียวกันว่า กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการแก้ปัญหาย่างเป็นขั้นเป็นตอน (step-by-step) เพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นเป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยในลักษณะที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

พยาบาลจิตเวชใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลชีวิตผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ในการดูแลเด็กออทิสติกก็เช่นกัน เราสามารถใช้กระบวนการพยาบาล มาเป็นกรอบในการจัดกิจกรรมการดูแลได้ โดยขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลเด็กออทิสติก ตามกระบวนการพยาบาลนั้น ประกอบด้วย

- การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)
- การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
- การกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง (Outcome Identification)

- การวางแผนหรือการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล (Planning)
- การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)
- การประเมินผล (Evaluation)

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)

การประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่พยาบาลรวบรวมข้อมูลของเด็กออทิสติก โดยพยาบาลจะต้องใช้ทักษะสำหรับการประเมิน ตั้งแต่ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ การสัมภาษณ์ประวัติ การสังเกต การทดสอบ การจดบันทึก ทักษะต่างๆที่กล่าวมานี้มีพื้นฐานจากความรู้ทางด้านจิตสังคม (Bio-psychosocial background) และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพปกติ และภาวะที่ไม่ปกติ เช่น พฤติกรรมแบบใดที่ถือว่าเป็นพฤติกรรมปกติตามวัย พฤติกรรมใดที่ถือว่าเป็นพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือพัฒนาการตามวัยของเด็กที่มีอายุ 3-5 ปี เป็นอย่างไร พัฒนาการของเด็กออทิสติกปฐมวัยที่ประเมินได้เพียงเท่านี้ ถือว่าล่าช้ามากน้อยเพียงใด

ข้อมูลที่พยาบาลต้องรวบรวมโดยการประเมินภาวะสุขภาพของเด็กออทิสติก ที่สำคัญและจำเป็น เช่น

- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด
- ประวัติพัฒนาการของเด็กออทิสติก
- ข้อมูลของผู้ดูแลเด็กออทิสติก
- ข้อมูลการประเมินพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านการเคลื่อนไหว การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก การสื่อความหมาย ทั้งด้านความเข้าใจภาษาและการพูดสื่อสารกับผู้อื่น ทักษะทางสังคม ด้านการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการปฏิบัติพื้นฐานงานบ้าน
- ข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น แบบแผนการรับประทานอาหาร แบบแผนการนอน แบบแผนการขับถ่าย
- ข้อมูลปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและส่งผลต่อการดูแล
- ข้อมูลการใช้ยา ประวัติการเคยแพ้ยา แพ้อาหาร
- ข้อมูลการประเมินเพื่อจำแนกประเภทตามความต้องการการพยาบาล

- ข้อมูลที่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ต้องการแก้ปัญหามากที่สุดในช่วงนี้
- ข้อมูลการประเมินภาวะเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิตของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ที่อาจส่งผลต่อการดูแลเด็กออทิสติก
- ฯลฯ

ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กออทิสติก ที่พยาบาลประเมินและรวบรวมได้แล้วทั้งหมด ตามแนวทางที่กล่าวมา จะนำมาใช้ในขั้นตอนต่อไปของการดูแลช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาด้วยการใช้กระบวนการพยาบาล คือการวินิจฉัยทางการพยาบาล

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

ขั้นตอนของการวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่พยาบาลต้องวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมมา ได้จากการประเมินด้วยวิธีการต่างๆ เมื่อวิเคราะห์แล้วจึงทำการวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นจะเป็นข้อความที่อธิบายถึงภาวะสุขภาพหรือการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของเด็กออทิสติก ข้อความที่เขียนนี้อาจเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้ว (Actual) หรือเป็นภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น (potential alteration in person's life) ก็ได้ พยาบาลสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่ส่งต่อภาวะสุขภาพของเด็กออทิสติกได้ เช่น ข้อวินิจฉัยเกี่ยวกับทางชีววิทยา จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ จิตวิญญาณ เป็นต้น

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวินิจฉัยทางการแพทย์ มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ การวินิจฉัยทางการพยาบาล จะเป็นการมองหาจากการตอบสนองหรือแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติก ต่างจากการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่วินิจฉัยจากอาการและอาการแสดง

องค์ประกอบของการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จะมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการมาเกี่ยวข้อง ที่เราเรียกกันว่า รูปแบบ PES ได้แก่

- 1) ปัญหา (Problem – P) การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบบนี้ เป็นการระบุปัญหาที่แสดงถึงการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพที่ไม่เหมาะสมหรือมีโอกาสหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดการตอบสนองต่อภาวะที่ไม่เหมาะสมได้ ตัวอย่าง เช่น
 - มีความบกพร่องในการสื่อความหมาย
 - บกพร่องในการตอบสนองต่อการรอคอย
 - ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง
- 2) สาเหตุ (Etiology) สาเหตุของปัญหา เราจะรู้จักกันในอีกชื่อว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Related factors) ปัญหาที่เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เมื่อเรามาดูที่สาเหตุ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว เราจะพบว่าบางข้อวินิจฉัยมีสาเหตุจากหลายด้าน มาเกี่ยวข้องกัน เช่น สาเหตุจากด้านชีววิทยา จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ จิตวิญญาณ เป็นต้น ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แบบนี้ เช่น
 - มารดามีความวิตกกังวล เนื่องมาจากคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถในการดูแลลูก
 - บกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเนื่องมาจากขาดความรู้สึกละอายใจในตนเอง
 - บกพร่องในการแก้ปัญหาเวลาที่เครียดเนื่องมาจากมีความวิตกกังวลสูง
- 3) อาการและอาการแสดง (Signs and symptoms) การเขียนอาการและอาการแสดง ของเด็กออทิสติกนี้ ส่วนใหญ่เราจะรู้จักกันในชื่อของลักษณะของผู้ป่วย ซึ่งเป็น การอธิบายลักษณะการตอบสนองหรือการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย ที่บ่งถึงลักษณะของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้น เช่น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล :

บกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเนื่องมาจากขาดความรู้สึกละอายใจในตนเอง

อาการและอาการแสดงที่ควรบันทึกลงไปด้วยก็คือ ผู้ป่วยบอกว่าตนเองไม่สามารถ

แก้ปัญหาได้ มักบอกกับใครๆว่าตัวเองทำอะไรไม่ดี ทำอะไรไม่เคยสำเร็จ แสดงท่าทีว่ารู้สึกละอายที่ต้องออกไปนั่งทำกิจกรรมกับคนอื่น เป็นต้น พยาบาลควรประเมินเด็กออทิสติก ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เพราะการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลจึงจะสามารถระบุได้ครอบคลุมทั้งข้อวินิจฉัยที่

เป็นความเสี่ยงต่อการมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี และข้อวินิจฉัยที่เป็นปัญหาการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้ว

3. การกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง (Outcome Identification)

ในการใช้กระบวนการพยาบาล พยาบาลจำเป็นต้องกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง ซึ่งเป็นสิ่งที่เกี่ยวโยงมาจากการระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่กำหนดถือว่าเป็นเครื่องมือที่ชี้เฉพาะปัญหาแต่ละปัญหาของเด็กออทิสติกแต่ละคน

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง จะเป็นสิ่งที่ช่วยกำหนดทิศทางการดูแล ทั้งในเชิงของการบริหารจัดการ การปฏิบัติการพยาบาล และระยะเวลาที่ใช้ในการแก้ไขปัญหา ตัวอย่างผลลัพธ์ทางการพยาบาล เช่น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง : เด็กมีความปลอดภัย

ตัวชี้วัด : จำนวนครั้งที่เด็กแสดงพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีความบกพร่องในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง : เด็กควบคุมตนเองในการปัสสาวะได้นานอย่างน้อย

1-2 ชั่วโมง

ตัวชี้วัด : จำนวนครั้งที่เด็กปัสสาวะรดกางเกง

4. การวางแผนหรือการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล (Planning)

ขั้นตอนการวางแผนหรือการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เป็นการวางแผนการดูแลที่พยาบาลเป็นผู้กำหนดคำสั่งกิจกรรมการพยาบาล (prescribes) ว่าจะมีกิจกรรมการพยาบาลอะไรบ้าง ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการวินิจฉัยทางการพยาบาลและจะกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังโดยมี เหตุผลที่อธิบายได้ว่ากิจกรรมพยาบาลที่กำหนดนั้น เมื่อปฏิบัติแล้วจะสามารถแก้ไขสาเหตุของปัญหา หรือความเสี่ยงนั้นลงได้อย่างไร บรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวังได้หรือไม่ การวางแผนกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเป็นการวางแผนเฉพาะ

ให้แก่เด็กออทิสติกแต่ละรายตามสภาพปัญหาและความต้องการ ที่พยาบาลได้วินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลไว้ ทั้งข้อวินิจฉัยที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว และข้อวินิจฉัยที่เป็นความเสี่ยงหรือมีโอกาสเกิดความเสี่ยงขึ้นได้สูง

การวางแผนการพยาบาลหรือการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพนั้น ควรคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆเหล่านี้ด้วยคือ

1. ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม (Collaboration) ในการวางแผนการดูแลเด็กออทิสติก จากด้านพ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือครอบครัวของเด็กออทิสติก
2. ระบุอาการ อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงต่างๆอย่างครอบคลุม ครอบคลุม และมีการจัดลำดับความสำคัญในการให้การพยาบาล (Priorities of care)
3. เลือกวิธีการบำบัดทางการพยาบาลต่างๆ ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของเด็กออทิสติก
4. การดูแลเด็กออทิสติกเป็นการร่วมมือกันของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทุกคน โดยเน้นปัญหาและความต้องการของเด็กออทิสติกเป็นศูนย์กลาง

แผนการพยาบาลเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลรวมทั้งการเชื่อมโยงการดูแลกับทีมสหวิชาชีพด้วย การวางแผนจึงต้องเป็นการวางแผนให้มีการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลสำหรับเด็กออทิสติก จะเป็นกิจกรรมที่เน้นการดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นกิจกรรมที่ดูแลช่วยเหลือแก้ปัญหาเฉพาะราย เช่น

- สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับเด็กออทิสติกและครอบครัว

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นสิ่งที่เป็นจุดเริ่มต้นในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นสิ่งที่ช่วยให้เด็กออทิสติกมีความรู้สึกไว้วางใจ (Trust) พยาบาล เมื่อมีความไว้วางใจ การดูแลและการให้ความร่วมมือต่างๆจะเกิดตามมา นอกจากนี้พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับพ่อแม่หรือผู้ปกครองด้วย เพราะการดูแลเด็กออทิสติก เป็นการดูแลที่เน้นการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลของญาติด้วย

- ดูแลให้ได้รับอาหาร น้ำ ออกกำลังกาย และพักผ่อน

เป็นการพยาบาลเพื่อให้เด็กออทิสติกได้รับการตอบสนองของความต้องการพื้นฐานของร่างกาย โดยเน้นการรับประทานอาหารที่สะอาด มีสารอาหารครบ 5 หมู่ ปริมาณที่พอเพียง เหมาะสมกับภาวะอาการหรือโรคที่เป็น มีการออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

- จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยและความสุขสบายของเด็กออทิสติก รวมถึงเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ต้องส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กออทิสติกด้วย เช่น การไม่วางของมีคม หรือของเล่นที่แตกหักชำรุดไว้ให้เด็กหยิบฉวยได้ง่าย การเปิดประตู หน้าต่างให้อากาศถ่ายเท การดูแลพื้นห้องน้ำและอาคารไม่ให้เปียกและ ป้องกันเด็กเดินลื่น หกล้ม เป็นต้น

- ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยหรือฝึกทักษะดำรงชีวิตประจำวัน

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการตามวัยหรือฝึกทักษะดำรงชีวิตประจำวัน เป็นกิจกรรมการฝึกเด็กออทิสติกในทักษะต่างๆที่จำเป็นและเป็นทักษะที่เขามีความบกพร่อง ได้แก่

1. ทักษะกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ : การนั่ง การยืน เดิน การขึ้น-ลงบันได การกระโดด การปีน การถีบจักรยาน ฯลฯ
2. ทักษะกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา : การใช้มือหยิบจับสิ่งของ การปักหมุด การจับดินสอ การต่อก้อนไม้ การต่อภาพจิ๊กซอว์ ฯลฯ
3. ทักษะความเข้าใจภาษา : การเลียนแบบท่าทางเมื่อบอกให้ทำตามเช่น การนั่ง ยกมือขึ้น กอดอก สวัสดี การปฏิบัติตามคำสั่ง การชี้ส่วนต่างๆของร่างกายเมื่อ ถามว่าอยู่ไหน ฯลฯ
4. ทักษะการพูด : การเลียนเสียงสัตว์ การพูดเป็นคำเดี่ยว คำคู่ พูดเป็นประโยค การพูดเพื่อตอบคำถาม ฯลฯ
5. ทักษะทางสังคม : การ สวัสดี การขอบคุณ การรอคอย การปฏิบัติตามระเบียบของกลุ่ม การแต่งกายให้เหมาะสมกับกาลเทศะ การบอกหรือสื่อให้ผู้อื่นทราบเมื่อรู้สึกไม่สบาย เจ็บหรือปวดที่อวัยวะส่วนต่างๆของร่างกาย ฯลฯ
6. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน : การรับประทานอาหาร การขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ การใส่-ถอดเสื้อผ้าศีรษะ การติด-ปลดกระดุมเสื้อ การอาบน้ำ สระผม แต่งตัว ฯลฯ

7. การปฏิบัติพื้นฐานงานบ้าน : การทေးเย การกวาดบ้าน เช็ดโต๊ะ ภู่าน ล้างจาน เก็บผ้า ซักผ้า รีดผ้า พับผ้า เก็บที่นอน พับผ้าห่ม ฯลฯ

- การแก้หรือลดปัญหาจากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์
เด็กออทิสติก ส่วนใหญ่มักจะมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ร่วมด้วย เนื่องจากข้อจำกัดในการรับรู้และเข้าใจในการควบคุมตนเอง กิจกรรมการพยาบาลจึงเป็นการช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ให้เกิดขึ้นน้อยลงหรือหายไป โดยให้หลักการ 3 ประการ ได้แก่ ยับยั้งการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้น การสร้างพฤติกรรมใหม่มาแทน และการปรับแก้พฤติกรรม ร่วมกับการให้แรงเสริมทางบวก เมื่อเด็กออทิสติกแสดงให้เห็นว่าให้ความร่วมมือในการลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์นั้น

- ให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) แก่พ่อแม่หรือผู้ปกครอง
การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นการให้ความรู้ทั้งในเชิงของความรู้และทักษะในการปฏิบัติ โดยมุ่งให้ความรู้เกี่ยวข้องกับหลักการ D-METHOD ได้แก่

D-Disease คือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เด็กออทิสติกเป็น

สาเหตุ อาการและอาการแสดง แนวทางการดูแลรักษา

M-Medication คือยาที่เด็กออทิสติกรับประทานประจำมีหรือไม่

วัตถุประสงค์ที่ควรระวังในการใช้ยา สิ่งที่ไม่ควรทำในการใช้ยา

E-Environment คือการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงความปลอดภัย

จากการเกิดอุบัติเหตุ และส่งเสริมหรือเอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็กออทิสติก

T-Treatment คือการรักษาต่างๆที่เด็กออทิสติกได้รับ และแนวทางการดูแลรักษาต่อไปใน

อนาคต บทบาทที่ผู้ปกครองควรดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ในขณะที่รับการ

รักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

H-Health คือ การดูแลภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของเด็กออทิสติกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ

อารมณ์และสังคม โดยเน้นในด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ

O-Out Patient & Referral คือ การมาตรวจตามนัดภายหลังการจำหน่าย การเตรียมตัวมา

ตรวจตามนัด ขั้นตอนการมาตรวจตามนัด รวมถึงการให้ข้อมูลสถานบริการต่างๆ

ในชุมชนที่อยู่ใกล้บ้านและเกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กออทิสติก และส่งต่อในกรณี

ที่จำเป็นต้องส่งต่อ

D-Diet คือ การดูแลให้เด็กออทิสติกได้รับอาหารที่เหมาะสมกับสภาพโรคที่เป็นหรือสภาพ

ร่างกาย โดยให้ได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ ตามที่ร่างกายต้องการ

- ให้การปรึกษา (Counseling)

เป็นกิจกรรมทางการแพทย์ ที่มุ่งเน้นช่วยลดภาวะวิตกกังวลหรือภาวะเครียดของพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง ซึ่งจะมีผลต่อการดูแลเด็กออทิสติก โดยให้การปรึกษาได้ทั้งแบบรายบุคคลหรือกลุ่ม เรื่องที่ให้การปรึกษาอาจมีทั้งเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลเด็กออทิสติก และเรื่องที่เกี่ยวข้องทางอ้อมก็ได้

- บริการจัดการ ดูแล ใฝ่ระวัง ในการรับประทานยา (Medication Management)

กิจกรรมการพยาบาลนี้ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้เด็กออทิสติกได้รับยาตามแนวทางการรักษาของแพทย์ รวมทั้งป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา เช่น การให้ยาผิดชนิด ผิดขนาด ผิดคน ผิดช่องทาง ผิดเวลา รวมทั้งการไม่บันทึกในการให้ยา

- การจัดกลุ่มบำบัดแก่พ่อแม่หรือผู้ปกครอง

กิจกรรมการพยาบาลนี้ เป็นกิจกรรมที่จัดแก่พ่อแม่หรือผู้ปกครอง ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญ และมีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อการพัฒนาและดูแลเด็กออทิสติก กลุ่มบำบัดที่จัดนี้ถือว่าเป็นการบำบัดทางการแพทย์เช่น กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy Group) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self Help Group)

5. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

กระบวนการพยาบาลในขั้นตอนนี้ เป็นขั้นตอนที่พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการ

ที่กำหนดไว้ หลายแห่งเรียกว่าคำสั่งการพยาบาล (Nursing orders หรือ Nursing prescriptions) ซึ่งเป็นสิ่งที่ระบุว่าให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลอย่างไร เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทั้งในเชิงของผลลัพธ์และการป้องกันหรือลดปัญหาให้น้อยลง

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลเด็กออทิสติก สิ่งสำคัญที่พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องใช้คือ ทักษะในการสื่อสาร เพราะกิจกรรมต่างๆในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ต้องเกี่ยวข้องกับการสื่อสารทั้งสิ้น เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การสอน การฝึกทักษะ การส่งเสริมพัฒนาการ การให้สุขภาพจิต

ศึกษา การทำกลุ่มบำบัดทางการพยาบาล การให้การปรึกษา เป็นต้น กิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้จะช่วยให้เด็กออทิสติกเข้าใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆตามแผนการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัตินี้ จะบรรลุวัตถุประสงค์ และเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังได้หากมีการปฏิบัติโดยปรับแก้ที่สาเหตุหรือปัจจัยสนับสนุนหรือบางคนเรียกว่าข้อมูลสนับสนุน เนื่องจากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอาจเหมือนกันได้ เพราะบริบทของแต่ละคนไม่เหมือนกัน เช่น สิ่งแวดล้อมที่บ้าน ลักษณะการเลี้ยงดูของครอบครัว ความรุนแรงของโรค ลักษณะของผู้ดูแล บุคลิกภาพของผู้ดูแล บุคลิกภาพของเด็กออทิสติก ความต้องการทางจิตใจ ความเข้มแข็งทางด้านจิตใจทั้งของผู้ดูแลและเด็กออทิสติก

6. การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลการพยาบาล เป็นการประเมินผลความสำเร็จจากการปฏิบัติการพยาบาลหรือประเมินผลการบรรลุวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง การประเมินนี้จึงต้องประเมินเป็นระยะๆ โดยเน้นประเมินความสำเร็จจากภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติหรือการมีทักษะ หรือมีพัฒนาการที่ดีขึ้นของเด็กออทิสติก ขั้นตอนสำคัญของการประเมินผล ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 2 ขั้นตอน คือ

- ขั้นตอนที่ 1 พยาบาลจะประเมินผลโดยการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของเด็กออทิสติก กับเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาล โดยรวมถึงประเมินผลเปรียบเทียบกับเวลาที่กำหนดไว้ด้วย
- ขั้นตอนที่ 2 เป็นการรวบรวมผลการประเมินมาวิเคราะห์ ในกรณีที่ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง มีสาเหตุที่เกิดจากปัจจัยใดได้บ้าง เช่น เราใช้เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลน้อยไปในการฝึกทักษะหรือส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กออทิสติก ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่กำหนดมีความเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติหรือไม่ ข้อมูลสำหรับประเมินผลเพียงพอหรือไม่ เป็นต้น

เมื่อประเมินผลแล้ว เราต้องเอาผลการประเมินมาเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนการพยาบาลตามวงจรของการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

5.แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรม ARS (Autistic Ready to School)

โปรแกรม ARS (Autistic Ready to School) หมายถึง กระบวนการพัฒนาศักยภาพของเด็กออทิสติกปฐมวัยที่ทีมพยาบาลจิตเวชเด็กนำมาใช้ โดยบูรณาการกระบวนการพยาบาลและพัฒนการเรียนรู้ของเด็กด้วยวิธีการสังเกตจากตัวแบบตามแนวคิดของ Bandura เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้และมีทักษะที่พร้อมต่อการส่งต่อเข้าระบบการศึกษาในโรงเรียน กระบวนการต่างๆเหล่านี้ ประกอบด้วย

- 1) การประเมินความพร้อมของเด็กออทิสติกปฐมวัยในการเข้าสู่ระบบการศึกษา
- 2) การวางแผนพัฒนา
- 3) การพัฒนา
- 4) การประเมินผล

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและพัฒนาโปรแกรม ARS

โปรแกรม ARS เป็นโปรแกรมที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive Theory) ของ Albert Bandura (1997) ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล ในการประยุกต์ทฤษฎีนั้นเป็นการนำเอาเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการสร้างและพัฒนาโปรแกรมดังนี้

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive Theory) ของ Albert Bandura

คณะผู้วิจัยได้เลือกประเด็นสำคัญจากแนวคิดของทฤษฎีนี้ที่ Bandura ได้กล่าวถึงแนวคิดการเรียนรู้ของคน จากแนวคิด 3 ประการด้วยกัน คือ การเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) การกำกับตนเอง (Self-Regulation) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) โดยสิ่งที่นำมาประยุกต์คือ แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต ซึ่ง Bandura มีความเชื่อว่าการเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนเรานั้นเกิดขึ้นจากการสังเกตจากตัวแบบ ซึ่งจะแตกต่างจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่ต้องอาศัยการลองผิดลองถูก เพราะนอกจากจะสูญเสียเวลาแล้ว ยังอาจมีอันตรายได้ในบางพฤติกรรม ในการเรียนรู้โดยผ่านตัวแบบนั้น ตัวแบบเพียงคนเดียวสามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิด และการแสดงออกได้พร้อมๆ กัน และเนื่องจากคนเรานั้นใช้ชีวิตในแต่ละวันในสภาพแวดล้อมที่แคบๆ ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับสภาพต่างๆ ของสังคมจึงเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ของผู้อื่น ด้วยการได้ยินและได้เห็นโดยมีประสบการณ์ตรงเข้ามา

เกี่ยวข้อง คนส่วนมากรับรู้เรื่องราวต่างๆ ของสังคมโดยการผ่านทางสื่อแทบทั้งสิ้น หน้าที่ตัวแบบจะมีด้วยกัน 3 ประการ คือ

1. ทำหน้าที่สร้างพฤติกรรมใหม่ ในกรณีนี้ เป็นกรณีที่ผู้สังเกตตัวแบบนั้นยังไม่เคยได้เรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวมาก่อนในอดีต เช่น พฤติกรรมการพูดของเด็ก หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับทักษะในการช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

2. ทำหน้าที่เสริมพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น เป็นกรณีที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยเรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวมาบ้างในอดีต ตัวแบบก็จะทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้ที่เคยเรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวพยายามพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น เช่น การดูนักเทนนิสมือหนึ่งของโลกแข่งขัน อาจจะเป็นแรงจูงใจให้อยากทำให้ดี เหมือนกับนักเทนนิสมือหนึ่งของโลกบ้าง จึงจดจำวิธีการตีของนักเทนนิสคนนี้ แล้วนำมาพัฒนาทักษะการตีเทนนิสของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

3. ทำหน้าที่การยับยั้งการเกิดพฤติกรรม ในกรณีที่ผู้สังเกตมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์หรือยังไม่เคยมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์มาก่อน ตัวแบบนั้นก็จะช่วยทำให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นลดลงหรือไม่เกิดขึ้น เช่น การเห็นคนข้ามถนนตรงที่ไม่ใช่ทางม้าลาย หรือสะพานลอย แล้วถูกรถชนตายก็จะทำให้เกิดการยับยั้งไม่ให้คุณคนที่จะสังเกตพฤติกรรมดังกล่าวทำตาม เป็นต้น

ลักษณะของตัวแบบ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทด้วยกันคือ

1. ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Live Model) คือตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตปฏิสัมพันธ์โดยตรง
2. ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หรือหนังสืออนิเมชัน ภาพ เป็นต้น

ในการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบนี้ Bandura (1997) ได้กล่าวว่าประกอบด้วยกระบวนการ

4 ประการ

1. กระบวนการตั้งใจ (Attentional Processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้มากจากการ

สังเกต ถ้าเขาไม่มีความตั้งใจ และรับรู้ได้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนี้ องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ แบ่งออกได้เป็น 2 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง พบว่าตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจจะสังเกตนั้นต้องมีลักษณะเด่นชัด เป็นตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่สลับซับซ้อนมากนัก จิตใจรวมทั้งพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกนั้นแล้วควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์อีกด้วย นอกจากนี้องค์ประกอบของตัวแบบแล้ว ยังมีองค์ประกอบของผู้สังเกตอีกด้วย ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ ซึ่งรวมถึงการเห็น การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่น และสัมผัส ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบของการได้เรียนรู้มาก่อนแล้ว

2. กระบวนการเก็บจำ (Retention Process) บุคคลจะไม่สามารถรับอิทธิพลมากนักจากตัว

แบบถ้าเขาไม่สามารถจะจดจำได้ถึงลักษณะของตัวแบบ บุคคลจะต้องแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างเพื่อให้จำได้ง่ายขึ้น ซึ่งแน่นอนปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการเก็บจำ คือ การเก็บรหัสเป็นสัญลักษณ์ เพื่อให้ง่ายแก่การจำ การจัดระบบโครงสร้างทางปัญญา การชักซ้อมลักษณะของตัวแบบ ที่สังเกตในความคิดของตนเอง และชักซ้อมด้วยการกระทำ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความสามารถทางปัญญา และโครงสร้างทางปัญญาของผู้สังเกตด้วย

3. กระบวนการกระทำ (Production Process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลง

สัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้นั้นมาเป็นการกระทำ ซึ่งจะกระทำได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกตการกระทำของตนเอง การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง การเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สังเกตอีกด้วย ได้แก่ ความสามารถทางกาย และทักษะในพฤติกรรมย่อยๆ ต่างๆ ที่จะทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมได้ดีตามตัวแบบ

4. กระบวนการจูงใจ (Motivational Process) การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดง

พฤติกรรมหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ กระบวนการจูงใจย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของสิ่งล่อใจจากภายนอก สิ่งนั้นจะต้องกระตุ้นการรับรู้ เป็นสิ่งของที่จับต้องได้ เป็นที่ยอมรับของสังคม และพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบนั้นสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจที่เห็นผู้อื่นได้รับ ตลอดจนสิ่งล่อใจของตนเอง ซึ่งอาจเป็นวัตถุสิ่งของ การประเมินตนเอง นอกจากนี้ในแง่

ของผู้สังเกตนั้น ยังขึ้นอยู่กับความพึงพอใจในสิ่งล่อใจ ความลำเอียงจากการเปรียบเทียบทางสังคม และมาตรฐานภายในตนเอง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Brooke Ingersoll and Laura Schreibman. (2006) ได้ศึกษาผลการใช้เทคนิค Reciprocal Imitation Training (RIT) กับเด็กออทิสติกปฐมวัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้วิธีการฝึกเด็กออทิสติกด้วยเทคนิค Reciprocal Imitation Training (RIT) ที่มีต่อการสื่อความหมาย การเล่นสมมติและการมีสมาธิ มีความสนใจร่วมในการทำกิจกรรมกับผู้อื่น กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กออทิสติกปฐมวัย จำนวน 5 ราย ซึ่งมีลักษณะดังนี้ คืออายุจริงอยู่ในช่วง 29-45 เดือน อายุพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กปกติอายุในช่วง 15-29 เดือน อายุพัฒนาการด้านการสื่อความหมาย อยู่ในช่วงเทียบเท่ากับเด็กอายุน้อยกว่า 8 -25 เดือน และระดับความรุนแรงของอาการออทิสติก อยู่ในช่วง Severe – Moderate Autistic เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย คู่มือ DSM-IV เพื่อใช้วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเด็กเป็นออทิสติก ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule- Generic) เพื่อใช้ประเมินยืนยันการวินิจฉัยออทิสติก Bayley Scales of Infant Development (2nd) เพื่อประเมินระดับสติปัญญา MacArthur Communication Development Index(CDI) เพื่อประเมินทักษะการสื่อสาร และ CARS (Childhood Autism Rating Scale) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคออทิสติก ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรตามเป็นแบบสังเกตต่างๆ 3 แบบ คือ The Motor Imitation Scale, The Joint Attention Assessment , The Structure Laboratory Observation (SLO) และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการฝึกเด็กออทิสติกด้วยเทคนิค Reciprocal Imitation Training (RIT) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล 10 สัปดาห์ โดยแบ่งออกเป็น 5 ระยะๆ ละ 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจะมาร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสัปดาห์ละ 3 วัน เริ่มแรกจะมีการเก็บข้อมูลฐาน (Baseline) ก่อนเริ่มใช้โปรแกรม ด้วยการให้เด็กเล่นอิสระ (Free Play) โดยผู้วิจัยจะทดสอบเด็กในระหว่างเล่น 4 กิจกรรม คือ เด็กและผู้วิจัยเล่นของเล่นแบบเดียวกัน แต่ต่างคนต่างเล่น เด็กและผู้วิจัยเลือกเล่นของเล่นต่างชนิดกัน และต่างคนต่างเล่น ให้เด็กเล่นของเล่นที่เด็กเลือกเล่นเองมาก่อน และให้ผู้วิจัยเลือกเล่นของเล่นที่เด็กไม่เคยเล่น เด็กและผู้วิจัยเล่นอิสระ เลือกของเล่นที่สนใจเอง เพื่อตัดสินใจเลือกอุปกรณ์ ของเล่น สำหรับใช้ทดลองในโปรแกรม ส่วนระยะทดลองใช้โปรแกรม

แบ่งเป็น 5 ระยะเวลาคือ ระยะที่ 1 ให้เด็กเล่นของเล่นตามอิสระที่ต้องการโดยไม่มีรูปแบบใดๆทั้งสิ้น ระยะที่ 2 ให้เด็กเล่นของเล่น จากของเล่นที่เด็กเคยเล่นมาก่อน ระยะที่ 3 ให้เด็กเล่นของเล่นเดิมที่เคยเล่นและเล่นเลียนแบบจากผู้วิจัยโดยใช้ของเล่นชิ้นเดียวกันนั้น ระยะที่ 4 ให้เล่นลักษณะเดียวกับระยะที่ 3 และเพิ่มเติมอีกคือให้เด็กเล่นของเล่นชิ้นใหม่ที่ไม่เคยเล่นมาก่อนอย่างอิสระ ระยะที่ 5 ให้เด็กเล่นของเล่นเดิมที่เคยเล่นและเล่นเลียนแบบจากผู้วิจัยโดยใช้ของเล่นชิ้นเดียวกันนั้น จากนั้นให้เล่นของเล่นใหม่ที่ไม่เคยเล่นมาก่อนอย่างอิสระ แล้วเล่นเลียนแบบจากผู้วิจัย ในระหว่างการเล่นแต่ละระยะ การสังเกตจะดูสมาธิและความสนใจของเด็กจากการเด็กสามารถเล่นเลียนแบบผู้วิจัยได้หรือไม่ ไม่ว่าจะเป็นการเลียนแบบท่าทางการเปล่งเสียง การพูด หากเด็กสามารถเล่นเลียนแบบได้ ผู้วิจัยจะมีการให้แรงเสริมด้วยการแสดงความชื่นชมเด็ก แต่ถ้าเด็กเลียนแบบไม่เป็นหรือไม่เลียนแบบ ผู้วิจัยจะช่วยเหลือเด็กด้วยการจับมือเด็กให้ทำ (Physical Prompt) และชื่นชมเด็ก การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง จะเก็บภายหลังใช้โปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และจากนั้นอีก 1 เดือน เก็บซ้ำอีกครั้งหนึ่ง โดยใช้วิธีการเช่นเดียวกับการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองใช้โปรแกรม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ และหาค่าสถิติจากความถี่และ One-way ANOVA ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมด้วยเทคนิค Reciprocal Imitation Training (RIT) เด็กออทิสติกปฐมวัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการเลียนแบบดีขึ้น โดยส่งผลถึงทักษะการสื่อความหมาย การเล่นสมมติ การมีสมาธิ และมีความสนใจร่วมในการทำกิจกรรมกับผู้อื่นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

Tiziana Zalla, Nelly Labruyere, and Nicholas Georgieff (2006) ได้ศึกษาผลการทดสอบความสามารถของเด็กออทิสติกในการทำงานที่มีการกำหนดจุดมุ่งหมายให้สำเร็จ กลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่ม ได้แก่ เด็กออทิสติกวัยรุ่น 16 ราย (ช =15, ญ=1) อายุ 7-18 ปี ระดับ IQ ระหว่าง 42-88 กลุ่มที่ 2 เป็นเด็กวัยรุ่น Mental Retardation 14 ราย (ช =9, ญ=5) อายุ 10-17 ปี ระดับ IQ ระหว่าง 46-78 กลุ่มที่ 3 เป็นเด็กปกติ 15 ราย (ช =9, ญ=6) อายุ 5-12 ปี วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีการกำหนดเกณฑ์ ดังนี้ กลุ่มออทิสติกและกลุ่ม MR จับคู่ (Matched Pair) โดยกำหนดความเท่าเทียมกันจากอายุจริง (Chronological Age- CA) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ชุดสื่อภาพขนาดภาพละ 5X7 ซม. สำหรับใช้ทดสอบความสามารถของกลุ่มตัวอย่างในการฟังและปฏิบัติตามคำสั่งให้เรียงลำดับหรืออธิบายเหตุการณ์/ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีทั้งหมด 4 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 เป็นชุดภาพกิจกรรมที่กระทำภายในบ้าน มีทั้งหมด 8 ภาพ (กิจกรรมละ 5 ภาพ) เป็นภาพคน 1 คน กำลังทำกิจกรรมภายในบ้าน ได้แก่ ปิ้งขนมปัง

โดยใช้เตาปิ้งขนมปังไฟฟ้า ต้มcoke นอนบนเตียง ล้างมือ แปรงฟัน อุณหภูมิสด พูดโทรศัพท์ แต่งตัว ชุดที่ 2 เป็นชุดภาพกิจกรรมที่กระทำนอกร้าน จำนวน 8 กิจกรรมๆละ 5 ภาพ ได้แก่ นั่งดูภาพยนตร์ นั่งรถเมล์ นั่งรถไฟ อยู่ในลิฟท์ ส่งe-mail พาสุนัขไปเดินเล่นนอกร้าน ไปส่งPostcard เขียนิตยสาร ชุดที่ 3 เป็นชุดภาพการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของคน 2 คน จำนวน 8 กิจกรรมๆละ 5 ภาพ ได้แก่ การตรวจร่างกาย สั่งอาหารในร้านอาหาร ซื้อเค้กจากร้าน ไปทำผมที่ร้านทำผม ฉลองวันเกิด เอาขนมหวานไปให้แม่ทาน ซื้อไอศกรีม ช่วยแม่ตกแต่งต้นคริสมาสต์ ชุดที่ 4 เป็นชุดภาพเหตุการณ์หรือเกิดปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ จำนวน 8 เหตุการณ์ๆ ละ 5 ภาพ ได้แก่ แจกันตกจากโต๊ะ ลูกโป่งสวรรค์แตกอยู่บนต้นไม้ รังนกตกจากต้นไม้ ลูกเจี๊ยบออกจากไข่ ฟ้าแลบใส่กิ่งไม้ หินหล่นจากหน้าผา ระเบิดหิน ฝนตกหนักมีพายุและฟ้าแลบเหนือหลังคาบ้าน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม จะได้รับการทดสอบความสามารถในการเรียงลำดับภาพเหตุการณ์เป็นรายบุคคล ซึ่งแต่ละคนจะต้องเรียงชุดภาพแต่ละชุดให้ถูกต้อง/เหมาะสมกับลำดับการเกิดเหตุการณ์ ผู้วิจัยจะเป็นผู้สังเกต สอบถามและจับเวลา / ให้คะแนนกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย จากนั้นจึงนำค่าคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป เกณฑ์ที่ผู้วิจัยให้คะแนน /จับเวลา มีดังนี้ 1. ความสามารถในการรับรู้ต่อเรื่องราวจากชุดภาพแต่ละชุด โดยการบอกให้กลุ่มตัวอย่างที่รับการทดสอบตั้งชื่อชุดภาพ กำหนดคะแนนดังนี้ ได้ 0 คะแนน ถ้าบอกชื่อชุดภาพนั้นไม่ได้ / ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับภาพ จะได้ 1 คะแนน ถ้าบอกชื่อชุดภาพนั้นได้เหมาะสม สอดคล้องกับภาพ ได้ 2 คะแนน ถ้าบอกชื่อชุดภาพนั้นได้เหมาะสม สอดคล้องกับภาพ อธิบายรายละเอียดได้ดี 2. ระยะเวลาที่ใช้ในการเลือกภาพแต่ละชุด 3.ระยะเวลาที่ใช้ในการเรียงลำดับภาพแต่ละชุด ซึ่งเป็นสิ่งแสดงถึงความสามารถในการตอบสนองต่อเป้าหมายของงานที่กำหนดให้ทำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ One-way ANOVA , non-paired t-test , non-parametric Mann-Whitney U-test , Pearson Correlation ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดสอบพบว่าในภาพรวมเด็กออทิสติกใช้เวลาในการเรียงลำดับภาพเหตุการณ์ให้ถูกต้อง/เหมาะสม มากกว่าทั้งกลุ่มเด็ก MR และกลุ่มเด็กปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กออทิสติกใช้เวลาในการเรียงลำดับภาพกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่มีความแตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับเด็ก MR แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติ

Christina Whalen, Laura Schreibman, and Brooke Ingersoll (2006) ได้ทำการศึกษาวิจัยการใช้โปรแกรมฝึกการมีสมาธิ (Joint Attention Training) ที่มีต่อการเลียนแบบทักษะสังคม พฤติกรรม

ทางบวก การเล่น และการสื่อความหมายของเด็กออทิสติก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลที่เกิดตามมาภายหลังการใช้โปรแกรมฝึกการมีสมาธิ (Joint Attention Training) ที่มีต่อการเลียนแบบทักษะสังคม พฤติกรรมทางบวก การเล่น และการสื่อความหมายของเด็กออทิสติก กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กออทิสติกปฐมวัยจำนวน 4 ราย อายุจริงเฉลี่ย 4 ปี 2 เดือน แต่อายุสมองเฉลี่ยที่ 1 ปี 5 เดือน ทั้งหมดเป็นเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กออทิสติก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ คู่มือ DSM-IV เพื่อใช้วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเด็กเป็นออทิสติก Bayley Scales of Infant Development (2nd) เพื่อประเมินระดับพัฒนาการ MacArthur Communication Development Index(CDI)เพื่อประเมินทักษะการสื่อสาร CARS (Childhood Autism Rating Scale) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคออทิสติก ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการฝึกเด็กออทิสติกด้วยโปรแกรม Joint Attention Training วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองใช้โปรแกรม Joint Attention Training ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 2-10 สัปดาห์ แต่ละรายใช้เวลาไม่เท่ากัน ข้อมูลที่เก็บจะใช้กิจกรรมการเล่นเป็นตัวช่วย ประกอบด้วย 1)ประเมินความสามารถของเด็กในการตอบสนองต่อผู้อื่นและพฤติกรรมที่เด็กแสดงต่อผู้อื่นโดยไม่มีการช่วย เช่น เอาของมาหวดให้ดู การชี้ ใช้เวลา 30 นาที / ราย / สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะได้รับการฝึกให้ตอบสนองต่อการฝึก เช่น การวางมือไว้บนวัตถุตามที่ผู้ฝึกบอก มองตามวัตถุ พฤติกรรมที่ฝึกจะฝึกทีละอย่าง ถ้าเด็กทำได้ถูกต้องมากกว่า 80 % 2)การดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม Joint Attention Training โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 - การกระตุ้นการตอบสนอง ใช้เวลา 3 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะได้รับการฝึกให้ตอบสนองต่อการฝึก เช่น การวางมือไว้บนวัตถุตามที่ผู้ฝึกบอก มองตามวัตถุ พฤติกรรมที่ฝึกจะฝึกทีละอย่าง ถ้าเด็กทำได้ถูกต้องมากกว่า 80 % จึงจะฝึกพฤติกรรมใหม่ต่อไป ระยะที่ 2 - การมีสมาธิ สนใจทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ใช้เวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสอนให้เริ่มมีความสนใจในการทำกิจกรรมกับผู้วิจัย ร่วมกับการให้ความร่วมมือต่อการมองตาม การชี้ โดยกำหนดว่า ถ้าเด็กสามารถมองตามได้ 30% และชี้ได้ 15% ของพฤติกรรมแต่ละอย่าง จึงจะเปลี่ยนไปสอนพฤติกรรมใหม่ต่อไป 3)เก็บข้อมูลหลังการทดลองใช้โปรแกรม Joint Attention Training และติดตามผลอีก 3 เดือนและเก็บข้อมูลซ้ำอีกครั้ง ผลการวิจัยพบว่าเด็กออทิสติกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นดีขึ้น รวมทั้งการแสดงอารมณ์ความรู้สึกต่อคนอื่น นอกจากนี้ทักษะในการเลียนแบบ การสื่อความหมายก็พัฒนาขึ้นด้วย

ประทีป เล่งน้อย (2553) ได้ศึกษาการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียนของเด็กออทิสติกโดยใช้พฤติกรรมเสริมแรงทางสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียนของเด็กออทิสติกโดยใช้พฤติกรรมเสริมแรงทางสังคม และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียนของเด็กออทิสติกระหว่างก่อนและหลังการปรับพฤติกรรมโดยการเสริมแรงทางสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียน ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกทางกายหรือที่แสดงออกทางคำพูด ระดับเตรียมความพร้อมศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 3 จ.สงขลา ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2550 จำนวน 2 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้การวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ชุดการสังเกตและแบบบันทึกพฤติกรรมแบบช่วงเวลา แผนการสอนเฉพาะบุคคล (IIP) ผลการวิจัยพบว่าเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียนหลังการเสริมแรงทางสังคมแล้วพบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ พฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียนของเด็กออทิสติกลดลง หลังได้รับการเสริมแรงทางสังคม เปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียนของเด็กออทิสติกที่ได้รับการเสริมแรงทางสังคม พบว่า พฤติกรรมพฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียนระยะที่ 1 กับระยะที่ 4 เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง คือ คนที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 38.36 คนที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 42.10

กาญจนา คุณรังสีสมบุญ, อัมพิการ์ มณีวงศ์และ กนกวรรณ บุญศรี(2551) ได้ทำการศึกษาเรื่องอาชานำบัดในเด็กออทิสติก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็ก ออทิสติกที่เข้าร่วมโครงการอาชานำบัด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากสถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์ว่าเป็นออทิสติก จำนวน 10 คน อายุระหว่าง 3.8 -17.1 ปี เพศหญิง 4 คน เพศชาย 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 แบบ ได้แก่ แบบที่หนึ่ง เป็นแบบประเมินพัฒนาการทางภาษา โดยนักแก้ไขการพูด แบบที่สองเป็นแบบประเมินพฤติกรรม ประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรม ABC (Aberrant Behavior Checklist-Community) (Thai Version) แบบประเมินพฤติกรรม ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist) แบบประเมินพฤติกรรมของคอร์นเนอร์ฉบับให้ผู้ปกครองประเมิน (CPQ - Corners Parent Questionnaire) และแบบที่สามเป็นแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคน เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการไปขี่ม้า ซึ่งจัดโดยกองพันสัตว์ กรมการสัตว์ทหารบก ค่ายตากสิน อ.แมริม จ.เชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 6 กุมภาพันธ์ -7 พฤษภาคม 2551 ทุกวันพุธ สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ในเวลา 8.00 – 9.00 น. จำนวน

ทั้งหมด 12 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า เด็กออทิสติกทุกคนมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านอารมณ์ ด้านสังคม และพัฒนาการ การประเมินพัฒนาการทางด้านภาษาโดยนักแก้ไขการพูดพบว่าดีขึ้น 6 คน ส่วนการประเมินพฤติกรรมโดยใช้แบบประเมิน ABC , ATEC , และ APQ พบว่าเด็กมีพฤติกรรมดีขึ้น 7 คน ผู้ปกครองทุกคนมีความพึงพอใจมากที่สุดในด้านกิจกรรมในโครงการ ความปลอดภัยของโครงการ พัฒนาการและพฤติกรรมที่ดีขึ้นของเด็ก หลังเข้าร่วมโครงการ

พัชรี จิวพัฒนกุล, ผดุง อารยะวิญญู, สมสรร วงษ์อยู่น้อย และองอาจ นัยพัฒน์ (2550) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาแบบฝึกเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาแบบฝึกเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นเด็กออทิสติก เล็กโดยวิธีเจาะจง จำนวน 6 คน ที่มีปัญหาทักษะทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านการควบคุมตนเอง การสื่อสารความหมายกับบุคคลอื่น การทำงานร่วมกับบุคคลอื่น เรียนอยู่ในช่วงชั้นที่ 1 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2549 โรงเรียนวัดโสมนัส สำนักงานเขตการศึกษา กรุงเทพมหานครเขต 1 สำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบตรวจสอบทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติก เป็นแบบตรวจสอบ 31 รายการ แบบ 2 ตัวเลือก ใช้ตรวจสอบรายบุคคล แบบเสริมสร้างทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติก มีลักษณะเป็นแผนจัดกิจกรรมครอบคลุมทักษะสังคมทั้ง 3 ด้าน รวมทั้งสิ้น 64 กิจกรรม และแบบประเมินทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติกมีลักษณะเป็นแบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรม(Interval Scoring) โดยกำหนดการสังเกตครั้งละ 10 นาที แบ่งเป็น 10 ช่วงเวลา ๆ ละ 1 นาที วิธีทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้รูปแบบการวิจัยทางการศึกษาพิเศษ การทดลองกลุ่มตัวอย่างเดี่ยว(Single Subject Design) Across Behaviors) แบบ AB-A ผลการวิจัยพบว่า แบบฝึกเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 - ตรวจสอบทักษะทางสังคม ขั้นตอนที่ 2 - เสริมสร้างทักษะทางสังคม ขั้นตอนที่ 3 - ประเมินทักษะทางสังคม และประสิทธิภาพของแบบฝึกเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติก มีความเหมาะสมอยู่ในระดับดีมาก โดยแบบตรวจสอบทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติก มีค่าเที่ยงตรงเชิงพินิจเท่ากับ 1.00 เด็กออทิสติกที่ได้รับการเสริมสร้างทักษะทางสังคม 3 ด้าน มีทักษะทางสังคมสูงขึ้น

รุ่งนภา ททรัพย์สุพรรณ(2546) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาผลของกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหวโดยครอบครัวที่มีต่อการแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ การเล่นอย่างเหมาะสม และ

การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ของเด็กออทิสติก เป็นการวิจัยแบบ Single Subject Design รูปแบบ ABA Design หลายเส้นฐานข้ามพฤติกรรม (Multiple Baseline Across Behavior) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลการใช้กิจกรรมกระตุ้นการรับรู้สีและการเคลื่อนไหวโดยครอบครัวที่มีต่อการแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ การเล่นอย่างเหมาะสม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ของเด็กออทิสติก กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง จากเด็กออทิสติกเพศชาย อายุ 11 ปี จำนวน 1 คน ได้รับการวินิจฉัยจากนักกิจกรรมบำบัดว่ามีภาวะความบกพร่องของการรับรู้สีและการเคลื่อนไหว มีปัญหาเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ การเล่นอย่างเหมาะสม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ โดยมีภูมิลำเนาอยู่อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เรียนร่วมกับเด็กปกติแบบเต็มเวลา อยู่ชั้นประถมปีที่ 4 ไม่มีครูการศึกษาพิเศษอยู่ในโรงเรียน สามารถเขียน อ่านหนังสือและสื่อสารได้บ้าง ไม่ได้รับการบำบัดอื่นๆ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ชุดแบบฝึกกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้สีและการเคลื่อนไหวโดยครอบครัว และอุปกรณ์การสังเกตและแบบบันทึกพฤติกรรมเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ การเล่นอย่างเหมาะสม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีที่ค้นบันทึกพฤติกรรมขณะที่เด็กเล่นอย่างอิสระ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาในการทดลองรวม 28 สัปดาห์ โดยระยะที่ 1 เป็นระยะเส้นฐานใช้เวลา 6 สัปดาห์ ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ฝึกเด็กด้วยกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้สีและการเคลื่อนไหว ใช้เวลา 16 สัปดาห์ ระยะที่ 3 เป็นระยะถอดถอน ใช้เวลา 6 สัปดาห์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต 2 คน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนช่วงเวลาที่ມีในการทดลองแต่ละระยะ ผลการวิจัยพบว่า เด็กออทิสติกที่ได้รับการกระตุ้นด้วยกิจกรรมการรับรู้สีและการเคลื่อนไหวโดยครอบครัว มีการแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ ลดลง มีการเล่นอย่างเหมาะสมมากขึ้น รวมทั้งมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใหญ่มากขึ้น

สุชีรินทร์ เย็นสวัสดิ์ (2548) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาทักษะการสื่อสารของเด็กออทิสติกจากการสอนโดยใช้ป้ายกระดานสื่อสาร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทักษะการสื่อสารของเด็กออทิสติกจากการสอนโดยใช้ป้ายกระดานสื่อสารด้านการแสดงออกด้านภาษาท่าทาง (Non-verbal Language) และศึกษาทักษะการสื่อสารของเด็กออทิสติกจากการสอนโดยใช้ป้ายกระดานสื่อสารด้านการแสดงออกด้านการพูด (Verbal Language) รูปแบบการวิจัยเป็นแบบ Single Subject Design รูปแบบ Basic A-B (Baseline and Intervention Design) ประกอบด้วยระยะเส้นฐาน(Baseline) และระยะการจัดกระทำ (Intervention) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นเด็กออทิสติกเพศชาย อายุ 6 ปี จำนวน 1 คน ใช้วิธีได้การ

เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ว่าเป็นเด็กออทิสติก ไม่สามารถสื่อสารเป็นภาษาท่าทางหรือภาษาพูด มีพฤติกรรมกระตุนตนเอง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ทำร้ายตนเองและผู้อื่น เด็กเรียนอยู่ที่ห้องเรียนคูชานานออทิสติกโรงเรียนบ้านไผ่ประถมศึกษา และได้รับการฝึกพูดจากนักอรรถบำบัดเดือนละ 1 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แผนการสอนโดยการใช้ป้ายกระดานสื่อสารจำนวน 15 แผนการสอน สื่อการสอนโดยใช้ป้ายกระดานสื่อสาร 1 ชุด ประกอบด้วย ป้ายกระดานสื่อสารขนาด 2 X 2 ฟุต จำนวน 1 ป้าย แผ่นภาพการสื่อสารสร้างจากสิ่งเสริมแรงที่เด็กชอบจำนวน 7 ชนิด สร้างเป็นแผ่นภาพ รวม 21 ภาพ แผ่นภาพการสื่อสารสร้างจากกิจกรรมที่เด็กชอบ จำนวน 2 กิจกรรม สร้างเป็นแผ่นภาพ รวม 6 ภาพ ภาพการสื่อสารสร้างจากสิ่งของที่เด็กไม่ชอบ จำนวน 1 ชนิด สร้างเป็นแผ่นภาพรวม 3 ภาพ และอุปกรณ์การสังเกต แบบบันทึกพฤติกรรมการสื่อสารกับครูผู้สอน การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลา 5 สัปดาห์ รวม 50 ครั้ง โดยสัปดาห์ที่ 1 คือระยะ A เป็นระยะเส้นฐานพฤติกรรมยังไม่มีการสอนตัวอย่างที่ศึกษา แต่ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมทุกวันๆละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน จากนั้นจะเข้าสู่ระยะทดลองในสัปดาห์ที่ 2-4 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะ B1 จะทำการสอนตัวอย่างที่ศึกษาจากการสอนโดยใช้ป้ายกระดานสื่อสารขั้นที่ 1 แลกเปลี่ยนรูปภาพ ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมทุกวันในสัปดาห์ที่ 2 เป็นเวลา 5 วัน ตั้งแต่วันจันทร์-ศุกร์ วันละ 2 ครั้ง ในเวลา 9.00-9.30 น. และ 13.00-13.30 น. รวม 10 ครั้ง ระยะ B2 จะทำการสอนตัวอย่างที่ศึกษาจากการสอนโดยใช้ป้ายกระดานสื่อสารขั้นที่ 2 ขยายระยะเวลา ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมทุกวันในสัปดาห์ที่ 3 เป็นเวลา 5 วันตั้งแต่วันจันทร์-ศุกร์ วันละ 2 ครั้ง ในเวลา 9.00-9.30 น. และ 13.00-13.30 น. รวม 10 ครั้ง ระยะ B3 จะทำการสอนตัวอย่างที่ศึกษาจากการสอนโดยใช้ป้ายกระดานสื่อสารขั้นที่ 3 จำแนกภาพ ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมทุกวันในสัปดาห์ที่ 4 เป็นเวลา 5 วัน ตั้งแต่วันจันทร์-ศุกร์ วันละ 2 ครั้ง ในเวลา 9.00-9.30 น. และ 13.00-13.30 น. รวม 10 ครั้ง สัปดาห์ที่ 5 เป็นระยะติดตามผล หมายถึงระยะติดตามผลพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการต่อไปอีกระยะหนึ่งจนกว่าพฤติกรรมจะคงที่ ผลการวิจัยพบว่าทักษะการสื่อสารแบบใช้ภาษาท่าทางของเด็กสูงขึ้น แต่ทักษะการสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดไม่เปลี่ยนแปลง

อุ้นเรือน คล้ายทรัพย์ (2548) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาความเข้าใจภาษาของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน โดยใช้การสื่อสารทางเลือก การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบ One group Pretest-Posttest Design กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง จากเด็กออทิสติกก่อนวัย

เรียน ที่มีปัญหาด้านภาษา ไม่มีความพิการซ้ำซ้อน จำนวน 8 คน เรียนอยู่ในศูนย์การศึกษาพิเศษ ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2547 สถาบันราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1.ชุดการสอนการสื่อสารทางเลือก ประกอบด้วยแผนการสอนความเข้าใจภาษา โดยใช้การสื่อสารทางเลือก สื่อการสอน แบบประเมินความเข้าใจภาษาในแต่ละหน่วย 2.แบบทดสอบความเข้าใจภาษา ก่อนและหลังการใช้การสื่อสารทางเลือก การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ ละครึ่ง 5 วัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที รวม 60 ครั้ง โดยแบ่งการสอนเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นเด็กออทิสติกที่ยังไม่พูด มีจำนวน 3 คน สอนเวลา 9.00-10.00น. กลุ่มที่ 2 เป็นเด็กออทิสติกที่พูดได้ มีจำนวน 5 คน สอนเวลา 10.30-11.00น. ใช้เวลาสอนหน่วยละ 2 สัปดาห์ / กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ The Wilcoxon Matched Paires Signed Ranks Test และกราฟรายงานผลพัฒนาการเป็นรายบุคคล ผลการวิจัยพบภายหลังได้รับการสอนโดยใช้การสื่อสารทางเลือก กลุ่มเด็กออทิสติกที่ยังไม่พูด มีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นแต่ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ ส่วนเด็กออทิสติกที่พูดได้มีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก และความเข้าใจภาษาของเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรม ARS ที่มีต่อความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็ก
ออทิสติกปฐมวัย ในสถาบันราชานุกูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. วิธีดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) แบบกลุ่มเดียว
ทดสอบก่อนและหลัง (One group Pretest Posttest Design) ดังภาพ ต่อไปนี้

$$O_1 \quad x \quad O_2$$

O_1 หมายถึง ความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย
ก่อนการใช้โปรแกรม ARS

x หมายถึง โปรแกรม ARS

O_2 หมายถึง ความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย
หลังการใช้โปรแกรม ARS

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ เด็กออทิสติกปฐมวัยที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยออทิสติก สถาบันราชานุกูล ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2552 – กรกฎาคม 2553 จำนวน 50 ราย

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เด็กออทิสติกปฐมวัยชายและหญิง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 8 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ผ่านการฝึกตามโปรแกรมพื้นฐาน (Intensive Course) ของหอผู้ป่วยออทิสติก
2. มีความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาในระดับต่ำ โดยการประเมินตามแบบประเมินความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย
3. ผู้ปกครองยินดีให้เด็กเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ส่วนเกณฑ์คัดเลือกรวมออกจากกลุ่ม (Exclusion Criteria) คือ เด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้น้อยกว่าร้อยละ 80 หรือผู้ปกครองต้องการออกจากกรเข้าร่วมการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม ARS
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ชุดประเมินความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย

ประกอบด้วย

2.1.1 แบบประเมินความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย

2.1.2 แบบประเมินพฤติกรรมของคอร์เนอร์ฉบับให้บุคลากรประเมิน (CTQ -

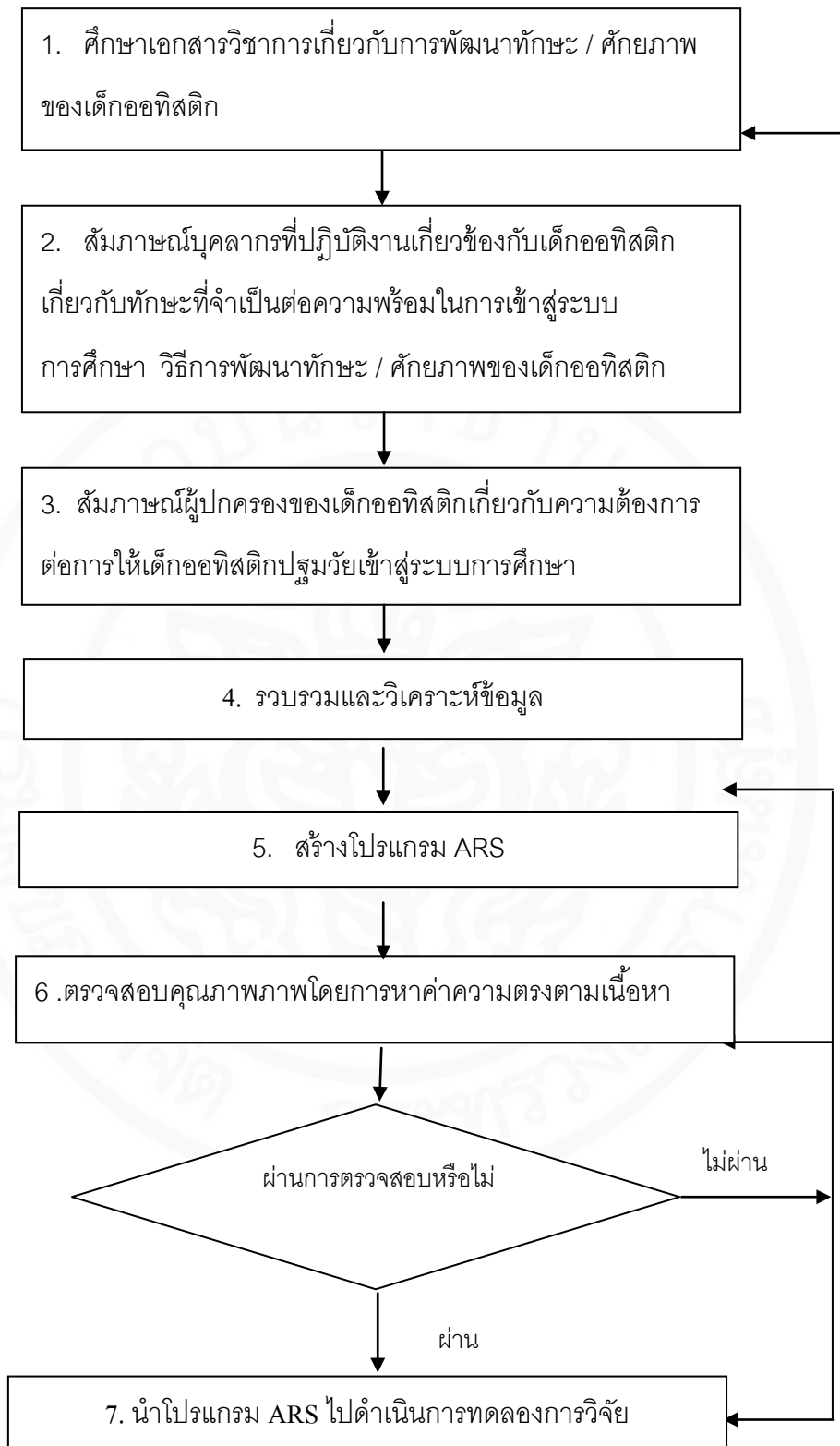
Corners Teacher Questionnaire)

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กออทิสติกปฐมวัยต่อการใช้โปรแกรม

ARS

รายละเอียดในการสร้างเครื่องมือวิจัยแต่ละชนิด มีดังนี้

แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ARS



จากแผนภูมิที่ 1 การสร้างโปรแกรม ARS ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาเอกสารวิชาการเกี่ยวกับวิธีการ หรือเทคนิคพัฒนาศักยภาพเด็กออทิสติกและเด็กกลุ่มอื่นๆ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำราวิชาการเกี่ยวกับ ปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมของเด็กออทิสติกปฐมวัย ที่ส่งผลกระทบต่อศักยภาพเด็กออทิสติกในประเด็นทักษะที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นทั้งกลุ่มและรายบุคคล สมมติ พฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ เช่น ก้าวร้าว อยู่ไม่นิ่ง รบกวนผู้อื่น ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการเรียนรู้ของมนุษย์ โดยเน้นการศึกษาทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1977) รวมทั้งการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกปฐมวัย นอกจากนี้ยังได้ศึกษางานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ได้วิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพ หรือทักษะต่างๆแก่เด็กออทิสติก

2. สัมภาษณ์บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติก เกี่ยวกับวิธีการฝึกทักษะ หรือพัฒนาศักยภาพของเด็กออทิสติก คณะผู้วิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ กับบุคลากรที่มิวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กออทิสติกในสถาบันราชานุกูล จำนวน 12 คน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักวิชาการศึกษาพิเศษ 3 คน ประเด็นหลักที่พูดคุย ได้แก่ ทักษะที่จำเป็นต่อความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษา วิธีการที่ควรใช้ในการเตรียมความพร้อม ระยะเวลาที่ใช้ และการติดตามผล

3. สัมภาษณ์ผู้ปกครองจำนวน 7 ราย เกี่ยวกับกับความคิดเห็นและความต้องการต่อการให้ลูกออทิสติกเข้าสู่ระบบการศึกษา โดยยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการพาลูกไปโรงเรียนมาก่อน และสัมภาษณ์อีก 4 ราย ที่ลูกสามารถไปเรียนในโรงเรียนร่วมกับเด็กปกติได้ ในประเด็นปัญหาที่พบจากการไปเรียนที่โรงเรียน วิธีการแก้ปัญหาของผู้ปกครอง

4. รวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการศึกษาเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์บุคลากร และการสอบถามความคิดเห็น ความต้องการของผู้ปกครองตามที่กล่าวมาข้างต้น มาวิเคราะห์ โดยแยกหมวดหมู่ตามประเด็นเนื้อหาที่ได้ สำหรับใช้ในการสร้างโปรแกรม ARS ต่อไป

5. สร้างโปรแกรม ARS คณะผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดที่ผ่านการวิเคราะห์แล้ว มาสร้างโปรแกรม ลักษณะของโปรแกรมจะประกอบด้วย โครงสร้าง เนื้อหา และวิธีการใช้โปรแกรม ดังนี้

5.1 โครงสร้างของโปรแกรม ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน ได้แก่

- ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความพร้อมของเด็กต่อการส่งต่อเข้าระบบการศึกษาในโรงเรียน
- ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนพัฒนา
- ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนา
- ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผล

5.2 เนื้อหา ในโปรแกรม ARS เนื้อหาจะเป็นแผนการพยาบาลที่ประยุกต์แนวคิดของ Bandura (1977) และกระบวนการพยาบาลเข้าด้วยกัน สำหรับจัดกิจกรรมแบบกลุ่มและรายบุคคลแก่เด็กที่เข้าร่วมโปรแกรม จะมีแผนการพยาบาลทั้งหมด 4 ชุด ได้แก่

แผนการพยาบาลชุดที่ 1 การพัฒนาทักษะสังคม และทักษะการรับรู้และเข้าใจภาษา เนื้อหาประกอบด้วย

- การจัดกิจกรรมเคารพธงชาติและสวดมนต์
- การออกกำลังกาย 12 ท่า

แผนการพยาบาลชุดที่ 2 การพัฒนาทักษะสังคมและการสร้างเสริมสมาธิ เนื้อหาประกอบด้วย

- กิจกรรมสัมพันธ์ภาพ
- กิจกรรมกระตุ้นประสาทสัมผัส ได้แก่ ดมกลิ่น ชิมรส
- ทำสมาธิ

แผนการพยาบาลชุดที่ 3 การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ เนื้อหาประกอบด้วย

- กิจกรรมการพัฒนาทักษะสังคมและการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน
- กิจกรรมพัฒนาทักษะการรับรู้และความเข้าใจภาษา
- กิจกรรมพัฒนาทักษะพื้นฐานการเรียนรู้

แผนการพยาบาลชุดที่ 4 การแก้ไข/ลดพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ เนื้อหาประกอบด้วย

- การจัดการสมาธิสั้น วอกแวกง่าย หุนหันพลันแล่น
- การจัดการปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ไม่ได้
- การจัดการปัญหาพฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ หรือมีรูปแบบการดำรงชีวิตแปลกๆ

5.3 วิธีการใช้โปรแกรม ใช้ระยะเวลาดำเนินการตามโปรแกรม 12 สัปดาห์ โดยเด็กจะต้องมาฝึกสัปดาห์ละ 4 วัน ในวันจันทร์ – พฤหัสบดี วันละ 3 ชั่วโมง ตั้งแต่ 9.00 -12.00 น. รวมใช้เวลาทั้งสิ้น 120 ชั่วโมง ตามรายละเอียด ดังนี้

- สัปดาห์ที่ 1 ประเมินความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษา
 - สัปดาห์ที่ 2-3 กิจกรรมพัฒนาทักษะการรับรู้และความเข้าใจภาษา
 - สัปดาห์ที่ 4-5 กิจกรรมพัฒนาทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน
 - สัปดาห์ที่ 6-7 กิจกรรมพัฒนาทักษะพื้นฐานการเรียนรู้
 - สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมพัฒนาทักษะการรับรู้และความเข้าใจภาษา
 - สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมพัฒนาทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน
 - สัปดาห์ที่ 10-11 กิจกรรมพัฒนาทักษะพื้นฐานการเรียนรู้
 - สัปดาห์ที่ 12 ประเมินความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษา
- ** กิจกรรมสร้างเสริมสมาธิและการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมดำเนินการทุกสัปดาห์

6. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นนี้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็ก 1 คน และพยาบาลจิตเวช 2 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity) ด้วยการหาค่า IOC (Index of congruence) เกณฑ์ที่กำหนดคือ 2 ใน 3 โดยโปรแกรมนี้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะในเรื่องการกำหนดระยะเวลาดำเนินโปรแกรมที่แน่นอน แยกเป็นแต่ละสัปดาห์ รวมทั้งปรับลดทักษะที่ต้องพัฒนาดังจาก 7 เหลือ 4 ทักษะคือ ทักษะการรับรู้และเข้าใจภาษา ทักษะทางสังคม และการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทักษะพื้นฐานการเรียนรู้ และพฤติกรรมที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ เพื่อให้ขอบเขตของประเด็นเนื้อหาที่มีความชัดเจน ไม่มากและกว้างจนเกินไป จะทำให้ง่ายต่อการนำไปใช้จริง ผู้วิจัยจึงได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง

7. นำโปรแกรม ARS ไปดำเนินการทดลองการวิจัย

กระบวนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1)แบบประเมินความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินของหอผู้ป่วยออทิสติก สถาบันราชานุกูล ที่ได้พัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี 2551 ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว ด้วยการหาค่าความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็ก 1 คน พยาบาลจิตเวช 2 คน ครูโรงเรียนอนุบาลที่มีเด็กออทิสติกปฐมวัยไปเรียนร่วมด้วย 2 คน และผู้บริหารโรงเรียนอนุบาล 2 คน พร้อมทั้งนำไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วย ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.72 ลักษณะของแบบประเมินเป็นการประเมินรายข้อ ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วย

ทักษะกล้ามเนื้อมัดใหญ่	5 ข้อ
ทักษะกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา	15 ข้อ
ทักษะการรับรู้และเข้าใจภาษา	9 ข้อ
ทักษะการใช้ภาษา	3 ข้อ
ทักษะการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน	7 ข้อ
ทักษะทางสังคม	6 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนจะมี 3 ระดับ คือ

เด็กไม่สามารถทำได้	0	คะแนน
เด็กทำได้ แต่ต้องช่วยเหลือบ้าง	1	คะแนน
เด็กทำได้ด้วยตนเอง	2	คะแนน

การแปลผล จะแปลผลเป็นระดับความพร้อมในการเข้าสู่สถานศึกษา มีทั้งหมด 5 ระดับ คือ

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	หมายถึง	มีความพร้อมระดับดีมาก
คะแนนร้อยละ 70-79	หมายถึง	มีความพร้อมระดับดี
คะแนนร้อยละ 60-69	หมายถึง	มีความพร้อมระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 40-59	หมายถึง	มีความพร้อมระดับต่ำ
คะแนนร้อยละ 0-39	หมายถึง	มีความพร้อมระดับต่ำมาก

2. แบบประเมินพฤติกรรมของคอร์เนอร์ฉบับให้บุคลากรประเมิน (CTQ - Corners Teacher Questionnaire) ลักษณะแบบประเมินจะเป็นข้อคำถาม ซึ่งจะประเมินพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของเด็กออทิสติกปฐมวัย ได้แก่

- 1) สมาธิสั้น วอกแวกง่าย หุนหันพลันแล่น
- 2) ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ไม่ได้
- 3) พฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ หรือมีรูปแบบการดำรงชีวิตแปลกๆ

การให้ค่าคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

ไม่มีพฤติกรรมนั้น	= 0	คะแนน
แสดงพฤติกรรมนั้นเล็กน้อย / แสดงไม่บ่อย	= 1	คะแนน
แสดงพฤติกรรมนั้นปานกลาง	= 2	คะแนน
แสดงพฤติกรรมนั้นบ่อยมาก / เป็นประจำ	= 3	คะแนน

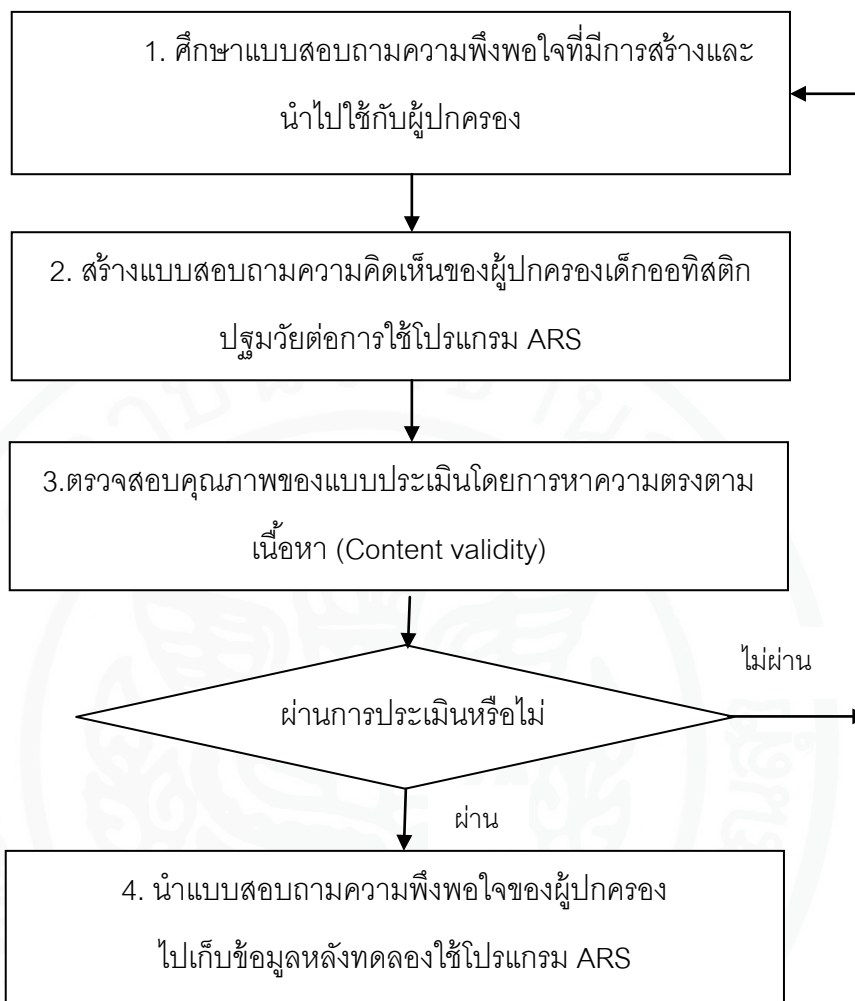
การแปลผล จะแปลผลเป็นระดับการมีปัญหาพฤติกรรม มีทั้งหมด 4 ระดับ คือ

คะแนน 0-20	หมายถึง	ไม่มีปัญหาพฤติกรรม
คะแนน 21-40	หมายถึง	มีปัญหาพฤติกรรมเล็กน้อย
คะแนน 41-60	หมายถึง	มีปัญหาพฤติกรรมปานกลาง
คะแนน 61-84	หมายถึง	มีปัญหาพฤติกรรมมาก

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อโปรแกรม ARS แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครอง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อ มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

แผนภูมิที่ 2

ขั้นตอนการสร้างแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง



จากแผนภูมิที่ 2 การสร้างแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาแบบสอบถามความพึงพอใจที่มีการสร้างไว้แล้ว ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดอบรมของกรมสุขภาพจิต แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปกครองที่มีต่อการใช้โปรแกรม SMART PARENT โดยศึกษาในประเด็นเนื้อหา จำนวนข้อที่ให้ตอบ และเกณฑ์การให้คะแนน

2. สร้างแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อโปรแกรม ARS โดยมีลักษณะเป็นแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ ในประเด็นสำคัญคือเนื้อหาตามโปรแกรม 4 ข้อ เทคนิคในการถ่ายทอด 3 ข้อ ประโยชน์ที่ได้รับ 3 ข้อ ให้เลือกแสดงความคิดเห็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าคะแนนการตอบให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	5	คะแนน
เห็นด้วย	ได้	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	1	คะแนน

การแปลผลระดับความคิดเห็น

คะแนนเฉลี่ย 0 - 1.99	หมายถึง ฟังพอใจน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.00 - 2.99	หมายถึง ฟังพอใจปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.00 - 3.99	หมายถึง ฟังพอใจมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.00 - 5.00	หมายถึง ฟังพอใจมากที่สุด

3. นำแบบประเมินความพึงพอใจที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินโดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ด้วยการหาค่า IOC (Index of congruence) เกณฑ์ที่กำหนดคือ 2 ใน 3 ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรปรับเป็นให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามเอง แทนการประเมินด้วยการสัมภาษณ์แบบ Focus Group เนื่องจากอาจจะสรุปแปลผลระดับความคิดเห็นจะได้มีเกณฑ์ที่แน่นอน ส่วนความคิดเห็นที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพให้ผู้ปกครองเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในแบบสอบถามได้ คณะผู้วิจัยจึงได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะโดยปรับเป็นแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อ ดังกล่าวข้างต้น

4. นำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองที่สร้างขึ้นนี้ ไปใช้เก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อการใช้โปรแกรม ARS ภายหลังจากที่ได้ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม ARS

4. วิธีดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 8 มีนาคม – 17 มิถุนายน 2553 รวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ แบ่งการทดลองและเก็บข้อมูลเป็น 3 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองใช้โปรแกรม ARS (Pre- test)

ได้ดำเนินการไปเมื่อวันที่ 8-11 มีนาคม 2553 เป็นสัปดาห์ที่ 1 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินความพร้อมในการส่งต่อสถานศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย และการประเมินพฤติกรรมของคอร์เนอร์ฉบับให้บุคลากรประเมิน (CTQ - Corners Teacher Questionnaire) ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย

ช่วงที่ 2 ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม ARS

ได้ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 15 มีนาคม – 10 มิถุนายน 2553 เป็นสัปดาห์ที่ 2 -11 โดยแต่ละสัปดาห์จะจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้

ช่วงที่ 3 เก็บข้อมูลหลังการทดลองใช้โปรแกรม ARS (Post- test)

ได้ดำเนินการไปเมื่อวันที่ 14-17 มิถุนายน 2553 เป็นสัปดาห์ที่ 12 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินความพร้อมในการส่งต่อสถานศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย การประเมินพฤติกรรมของคอร์เนอร์ฉบับให้บุคลากรประเมิน (CTQ - Corners Teacher Questionnaire) และประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กออทิสติกปฐมวัยต่อการใช้โปรแกรม ARS ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย

จากนั้นจึงนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งก่อนและหลังทดลองการใช้โปรแกรม ARS ไปวิเคราะห์ผล ซึ่งสรุปเป็นแผนภูมิวิธีดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ดังนี้

แผนภูมิที่ 3 วิธีดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการทดลอง (Pre-test)

- ประเมินความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย
- ประเมินพฤติกรรมของคอร์ธเนอร์ฉบับให้บุคลากรประเมิน (CTQ)

ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 วันที่ 8-11 มีนาคม 2553



2. ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม ARS

สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 15-18 มีนาคม 2553

สัปดาห์ที่ 3 วันที่ 22-25 มีนาคม 2553

- กิจกรรมพัฒนาทักษะการรับรู้และความเข้าใจภาษา

สัปดาห์ที่ 4 วันที่ 29 มีนาคม -1 เมษายน 2553

สัปดาห์ที่ 5 วันที่ 19-22 เมษายน 2553

- กิจกรรมพัฒนาทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน

สัปดาห์ที่ 6 วันที่ 26-29 เมษายน 2553

สัปดาห์ที่ 7 วันที่ 3-6 พฤษภาคม 2553

- กิจกรรมพัฒนาทักษะพื้นฐานการเรียนรู้

สัปดาห์ที่ 8 วันที่ 10-13 พฤษภาคม 2553

- กิจกรรมพัฒนาทักษะการรับรู้และความเข้าใจภาษา

สัปดาห์ที่ 9 วันที่ 24-27 พฤษภาคม 2553

- กิจกรรมพัฒนาทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน

สัปดาห์ที่ 10 วันที่ 31 พฤษภาคม - 3 มิถุนายน 2553

สัปดาห์ที่ 11 วันที่ 7 -10 มิถุนายน 2553

- กิจกรรมพัฒนาทักษะพื้นฐานการเรียนรู้

ดำเนินการสัปดาห์ที่ 2 -11 ระหว่างวันที่ 15 มีนาคม – 10 มิถุนายน 2553



3. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังดำเนินการทดลอง (Post-test)

- ประเมินความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย
- ประเมินพฤติกรรมของคอร์ธเนอร์ฉบับให้บุคลากรประเมิน (CTQ)
- ประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการใช้โปรแกรม ARS

ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 12 วันที่ 14-17 มิถุนายน 2553

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล แยกตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล และสถิติเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์เฉพาะในการวิจัย	เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	วิธีการรวบรวมข้อมูล	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
1. เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กกอดทิสติกปฐมวัยก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ARS	1. แบบประเมินความพร้อมเด็กกอดทิสติกปฐมวัยเพื่อส่งต่อสถานศึกษา	นำแบบประเมินไปประเมินเด็กกอดทิสติกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ARS	1. หาค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย 2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Non-Parametric ประเภท Wilcoxon Matched Pair Sign Rank Test
	2. แบบประเมินพฤติกรรมของคอร์เนอร์ฉบับให้บุคลากรประเมิน (CTQ - Corners Teacher Questionnaire)	นำแบบประเมินไปประเมินเด็กกอดทิสติกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ARS	1. หาค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย 2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Non-Parametric ประเภท Wilcoxon Matched Pair Sign Rank Test
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กกอดทิสติกปฐมวัยที่มีต่อโปรแกรม ARS	แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กกอดทิสติกปฐมวัยที่มีต่อโปรแกรม ARS	ใช้วิธีให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามภายหลังดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม ARS เสร็จสิ้น	1. หาค่าเฉลี่ยรายข้อ 2. วิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นอื่นๆเพิ่มเติมเป็นแต่ละประเด็น จากข้อเสนอนั้นะ



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย สถาบันราชานุกูล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ARS และเพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กออทิสติกปฐมวัยต่อการใช้โปรแกรม ARS ดังนั้นผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะเสนอเป็น 3 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย สถาบันราชานุกูล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ARS

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีต่อการใช้โปรแกรม ARS

ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของกลุ่มประชากร

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้จำแนกลักษณะของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น เพศ อายุ โดยวิเคราะห์ออกเป็นค่าความถี่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	87.50
หญิง	1	12.50
อายุ		
3 - 3 ปี 11 เดือน	1	12.50
4 - 4 ปี 11 เดือน	5	62.50
5 - 5 ปี 11 เดือน	2	25.00
ผู้ดูแลหลัก		
พ่อ	3	37.50
แม่	5	62.50
ประวัติการเคยไปโรงเรียน / ศูนย์เด็กเล็ก		
เคย	6	75.00
ไม่เคย	2	25.00

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเด็กออกทิสติกเพศชายถึงร้อยละ 87.50 ช่วงวัยส่วนใหญ่ คือ อายุ 4 ปี รองลงมาคือช่วงอายุ 5 ปี ส่วนผู้ดูแลเด็กที่เป็นผู้ดูแลหลัก นั้น เป็นแม่ร้อยละ 62.50 รองลงมาเป็นพ่อ ร้อยละ 37.50 และประวัติการเคยไปโรงเรียน / ศูนย์เด็กเล็ก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยผ่านระบบโรงเรียนหรือศูนย์เด็กเล็กมาก่อนถึงร้อยละ 75 ส่วนที่ไม่เคย มีเพียงร้อยละ 25

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย สถาบันราชานุกูล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ARS ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นดังตารางที่ 2 ตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนร้อยละที่ได้จากการประเมินความพร้อมเด็กเพื่อส่งต่อสถานศึกษา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ARS

เด็กคนที่	คะแนนร้อยละของการประเมินความพร้อมเด็กเพื่อส่งต่อสถานศึกษา			
	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม	
	ร้อยละ	ระดับความพร้อม	ร้อยละ	ระดับความพร้อม
1	45.00	ระดับต่ำ	71.25	ระดับดี
2	43.75	ระดับต่ำ	67.50	ระดับปานกลาง
3	38.75	ระดับต่ำมาก	66.25	ระดับปานกลาง
4	50.00	ระดับต่ำ	73.75	ระดับดี
5	36.25	ระดับต่ำมาก	60.00	ระดับปานกลาง
6	41.25	ระดับต่ำ	75.00	ระดับดี
7	41.25	ระดับต่ำ	70.00	ระดับดี
8	42.50	ระดับต่ำ	65.00	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนร้อยละการประเมินความพร้อมเด็กเพื่อส่งต่อสถานศึกษา ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีระดับความพร้อมในระดับต่ำ รองลงมาคือมีความพร้อมระดับต่ำมาก แต่ภายหลังการทดลอง ระดับความพร้อมเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีระดับความพร้อมในระดับปานกลาง และระดับดีอย่างละเท่าๆกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนที่ได้จากการประเมินพฤติกรรมเด็กของคอนเนอร์ (ฉบับครู) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ARS

เด็กคนที่	คะแนนของการประเมินพฤติกรรมเด็กของคอนเนอร์ (ฉบับครู)			
	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม	
	คะแนน	ระดับการมีปัญหาพฤติกรรม	คะแนน	ระดับการมีปัญหาพฤติกรรม
1	62	มีปัญหาระดับมาก	26	มีปัญหาระดับเล็กน้อย
2	64	มีปัญหาระดับมาก	35	มีปัญหาระดับเล็กน้อย
3	80	มีปัญหาระดับมาก	45	มีปัญหาระดับปานกลาง
4	49	มีปัญหาระดับปานกลาง	13	ไม่มีปัญหาพฤติกรรม
5	82	มีปัญหาระดับมาก	36	มีปัญหาระดับเล็กน้อย
6	69	มีปัญหาระดับมาก	31	มีปัญหาระดับเล็กน้อย
7	80	มีปัญหาระดับมาก	33	มีปัญหาระดับเล็กน้อย
8	72	มีปัญหาระดับมาก	34	มีปัญหาระดับเล็กน้อย

จากตารางที่ 3 พบว่าก่อนการทดลอง เด็กส่วนใหญ่มีค่าคะแนนการประเมินที่แสดงถึงการมีปัญหาพฤติกรรมในระดับมาก มีเพียง 1 รายที่มีปัญหาพฤติกรรมในระดับปานกลาง แต่ภายหลังจากทดลองระดับการมีปัญหาพฤติกรรมของเด็กทุกรายดีขึ้น โดยมีปัญหาเล็กน้อย 6 ราย มีปัญหาระดับปานกลาง 1 ราย และไม่มีปัญหาพฤติกรรม 1 ราย

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย และพฤติกรรมเด็ก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ARS

ประเด็นที่ศึกษา	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม		Z	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษา	33.88	3.314	54.88	3.944	-2,257	.012 *
พฤติกรรมเด็ก	69.75	11.273	31.62	9.226	-2.533	.011 *

*p<.05

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย สูงกว่า และคะแนนเฉลี่ยการประเมินพฤติกรรมเด็ก น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีต่อการใช้โปรแกรม ARS ผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีต่อการใช้โปรแกรม ARS จำแนกรายข้อ

ความคิดเห็น	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับความคิดเห็น
ด้านเนื้อหา			
1. ลูกมีความสามารถดีขึ้นกว่าเดิม	4.88	.354	พอใจมากที่สุด
2. กิจกรรมน่าสนใจ	4.50	.535	พอใจมากที่สุด
3. ได้รับข้อมูลขั้นตอนตามโปรแกรม	4.38	.744	พอใจมากที่สุด
4. มีส่วนร่วมจัดเนื้อหา	4.75	.463	พอใจมากที่สุด
ด้านเทคนิค/วิธีการ			
5. บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ	4.63	.518	พอใจมากที่สุด
6. สื่อ / อุปกรณ์ การสอนเหมาะสม	4.50	.535	พอใจมากที่สุด
7. ระยะเวลาเข้ารับโปรแกรมเหมาะสม	4.63	.518	พอใจมากที่สุด
ด้านประโยชน์ที่ได้รับ			
8. เด็กเรียนรู้และปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น	5.00	.000	พอใจมากที่สุด
9. นำไปปรับใช้ได้จริงในการดูแลลูก	4.88	.354	พอใจมากที่สุด
10. มั่นใจมากขึ้นในการพาลูกไปเรียนในโรงเรียน	4.75	.463	พอใจมากที่สุด

จากตารางที่ 5 พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีต่อการใช้โปรแกรม ARS อยู่ระดับพอใจมากที่สุด สำหรับคะแนนเฉลี่ยข้อย่อยรายข้อพบว่าด้านประโยชน์ที่ได้รับคือเด็กได้เรียนรู้และปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ได้คะแนนเต็ม 5.00 ส่วนข้อย่อยอื่นๆได้คะแนนเฉลี่ยพอๆกัน คืออยู่ในช่วงระหว่าง 4.38 – 4.88

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

1. สรุปการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลการใช้โปรแกรม ARS ต่อความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย สถาบันราชานุกูล มีวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม ARS ที่มีต่อความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย สถาบันราชานุกูล

1.1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย สถาบันราชานุกูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ARS
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กออทิสติกปฐมวัย สถาบันราชานุกูลที่มีต่อโปรแกรม ARS

1.2 สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ARS เด็กออทิสติกปฐมวัยมีความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษามากขึ้น
2. ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกปฐมวัย ที่เข้าร่วมโปรแกรม ARS มีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมในระดับมากขึ้นไป

1.3 วิธีดำเนินการวิจัย

1.3.1 รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (One group Pretest Posttest Design) ดังภาพ ต่อไปนี้

$$O_1 \quad x \quad O_2$$

- O₁ หมายถึง ความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย ก่อนการใช้โปรแกรม ARS
- x หมายถึง โปรแกรม ARS
- O₂ หมายถึง ความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย หลังการใช้โปรแกรม ARS

1.3.2 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษากับเด็กออทิสติกที่มาใช้บริการในสถาบันราชานุกูล ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2552 – กรกฎาคม 2553

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประชากร คือ เด็กออทิสติกปฐมวัยที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยออทิสติก สถาบันราชานุกูล ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2552 – กรกฎาคม 2553 จำนวน 50 ราย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 8 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ผ่านการฝึกตามโปรแกรมพื้นฐาน (Intensive Course) ของหอผู้ป่วยออทิสติก
2. มีความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาในระดับต่ำ โดยการประเมินตามแบบประเมินความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย
3. ผู้ปกครองยินดีให้เด็กเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ส่วนเกณฑ์คัดเลือกออกจากกลุ่ม (Exclusion Criteria) คือ เด็กใช้เวลาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้น้อยกว่าร้อยละ 80 หรือผู้ปกครองต้องการออกจากการเข้าร่วมการวิจัย

ตัวแปรในการวิจัย ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ดังนี้

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การใช้โปรแกรม ARS

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย

1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม ARS

1.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) แบบประเมินความพร้อมเด็กออทิสติกปฐมวัยเพื่อส่งต่อสถานศึกษา ซึ่งจะประเมินทักษะสำคัญ 3 ทักษะ ได้แก่ ทักษะความเข้าใจภาษา ทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทักษะพื้นฐานการเรียนรู้

- 2) แบบประเมินพฤติกรรมของคอร์เนอร์ฉบับให้บุคลากรประเมิน (CTQ - Corners Teacher Questionnaire) ซึ่งจะประเมินพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของเด็กออทิสติกปฐมวัย ได้แก่
- สมาธิสั้น วอกแวกง่าย หุนหันพลันแล่น
 - ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ไม่ได้
 - พฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ หรือมีรูปแบบการดำรงชีวิตแปลกๆ
- 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีต่อการใช้โปรแกรม ARS สอบถามในประเด็นสำคัญ 3 ประเด็น ได้แก่ ขั้นตอน ดำเนินการตามโปรแกรม ความสามารถของบุคลากร และประโยชน์ที่ได้รับ

1.5 การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 8 มีนาคม – 17 มิถุนายน 2553 รวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ แบ่งการทดลองและเก็บข้อมูลเป็น 3 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองใช้โปรแกรม ARS (Pre- test) ได้ดำเนินการไปเมื่อวันที่ 8-11 มีนาคม 2553 เป็นสัปดาห์ที่ 1 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินความพร้อมในการส่งต่อสถานศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย และการประเมินพฤติกรรมของคอร์เนอร์ฉบับให้บุคลากรประเมิน (CTQ - Corners Teacher Questionnaire) ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย

ช่วงที่ 2 ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม ARS ได้ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 15 มีนาคม – 10 มิถุนายน 2553 เป็นสัปดาห์ที่ 2 -11 โดยแต่ละสัปดาห์จะจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้

ช่วงที่ 3 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองใช้โปรแกรม ARS (Post- test) ได้ดำเนินการไปเมื่อวันที่ 14-17 มิถุนายน 2553 เป็นสัปดาห์ที่ 12 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินความพร้อมในการส่งต่อสถานศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย การประเมินพฤติกรรมของคอร์เนอร์ฉบับให้บุคลากรประเมิน (CTQ - Corners Teacher Questionnaire) และประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กออทิสติกปฐมวัยต่อการใช้โปรแกรม ARS ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย จากนั้นจึงนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งก่อนและหลังทดลองการใช้โปรแกรม ARS ไปวิเคราะห์ผล

1.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1.6.1 การเปรียบเทียบความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ARS วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Non Parametric ประเภท Wilcoxon Matched Pair Sign Rank Test

1.6.2 ความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีต่อโปรแกรม ARS วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ยรายข้อ และวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นอื่นๆเพิ่มเติมเป็นแต่ละประเด็น จากข้อเสนอนี้

1.7 ผลการวิจัย ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1.7.1 ภายหลังจากทดลองใช้โปรแกรม ARS เด็กออทิสติกปฐมวัยมีความพร้อมในการเข้าสูระบบการศึกษามากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยความพร้อมในทักษะการรับรู้และความเข้าใจภาษา ทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน และทักษะพื้นฐานการเรียนรู้ ของเด็กออทิสติกปฐมวัยเพิ่มมากขึ้น และการมีพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ลดลง

1.7.2 ผู้ปกครองเด็กออทิสติกปฐมวัย มีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม ARS ในระดับมากที่สุด

2. อภิปรายผล

จากผลการวิจัยข้อแรกที่พบว่า ภายหลังจากทดลองใช้โปรแกรม ARS เด็กออทิสติกปฐมวัยมีความพร้อมในการเข้าสูระบบการศึกษามากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยความพร้อมในทักษะการรับรู้และความเข้าใจภาษา ทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน และทักษะพื้นฐานการเรียนรู้ ของเด็กออทิสติกปฐมวัยเพิ่มมากขึ้น และการมีพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ลดลง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อแรกที่ตั้งสมมติฐานไว้ว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ARS เด็กออทิสติกปฐมวัยมีความพร้อมในการเข้าสูระบบการศึกษามากขึ้น อธิบายได้ ดังนี้

โปรแกรม ARS เป็นโปรแกรมที่มีขั้นตอนการปฏิบัติที่กำหนดไว้แน่นอน ตามหลักของกระบวนการพยาบาล ซึ่งมีพื้นฐานมาจากกระบวนการแก้ไขปัญหาทางวิทยาศาสตร์ ตามที่ Fortinash & Holoday(2003 : 1-24) ได้กล่าวถึงขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลไว้ว่ามีทั้งหมด 6 ขั้นตอนได้แก่ การประเมิน (Assessment) การระบุปัญหา/ การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcome Identification) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) ทั้งนี้ในโปรแกรมได้มีการจัดทำแผนการพยาบาลออกเป็น 4 ชุด แต่ละชุดจะมีความสอดคล้องกับการใช้กระบวนการพยาบาล คือ มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของแต่ละเรื่องไว้ โดยเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่สามารถวัดผลออกมาได้ อย่างเป็นรูปธรรม จากนั้นจะมีการระบุวิธีการ ประกอบด้วยขั้นตอนปฏิบัติในเรื่องนั้นเป็นข้อๆ รวมทั้ง

กำหนดสื่อ / อุปกรณ์ที่ต้องใช้ วิธีประเมินผล นอกจากการมีการจัดทำแผนไว้อย่างชัดเจนแล้ว ในโปรแกรม ARS ยังกำหนดระยะเวลาไว้ด้วยว่าแต่ละสัปดาห์จะพัฒนากลุ่มตัวอย่างด้วยกิจกรรมอะไร ซึ่งประเด็นนี้ เป็นจุดที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติตามโปรแกรมมีเป้าหมายในการปฏิบัติที่แน่นอน จึงส่งผลให้กระบวนการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกปฐมวัยเป็นไปด้วยดี สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยอื่นๆ ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยทดลองใช้วิธีการต่างๆ ในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก เช่น การศึกษาวิจัยเรื่องอาชญาบำบัดในเด็กออทิสติก (กาญจนา คุณรังสีสมบุญ และคณะ, 2551) การวิจัยเรื่อง การศึกษาผลของกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้สัมผัสและการเคลื่อนไหวโดยครอบครัวที่มีต่อการแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ การเล่นอย่างเหมาะสม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ของเด็กออทิสติก (รุ่งนภา ทรัพย์สุพรรณ, 2546) หรือ การวิจัยเรื่อง การศึกษาทักษะการสื่อสารของเด็กออทิสติกจากการสอนโดยใช้ป้ายกระดาษสื่อสาร (สุชินทร์ เย็นสวัสดิ์, 2548) การวิจัยที่ยกตัวอย่างมานี้ล้วนแล้วแต่กำหนดระยะเวลาและวิธีการทดลองไว้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้งสิ้น

นอกจากที่กล่าวมาข้างต้น วิธีการพัฒนาหรือดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกปฐมวัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ยังเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กโดยอาศัยตัวแบบ (Model) คือ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ โดยกระบวนการดูแลช่วยเหลือหรือฝึกเด็กนั้น พยาบาลจะมีการสาธิต ทำให้เด็กดูก่อน จากนั้นจึงบอกให้เด็กทำตาม ถ้าเด็กทำไม่ได้ ก็ต้องช่วยจับมือทำ พร้อมกับให้กำลังใจ หรือบางครั้งก็ต้องทำให้ดูเป็นตัวอย่างหลายๆ ครั้ง ยกตัวอย่างกิจกรรมที่ใช้พัฒนาเด็ก เช่น การสอนให้เด็กออทิสติกยกถาดอาหารไปไว้ที่อ่างล้างจานหลังรับประทานอาหารกลางวันเสร็จแล้ว การใช้วิธีบอกเด็กให้ทำเพียงอย่างเดียว เด็กจะไม่เข้าใจและปฏิบัติตามไม่ได้ แต่เมื่อพยาบาลทำให้เด็กดูเป็นตัวอย่าง ด้วยการยกถาดอาหารจากโต๊ะแล้วเดินถือถาดไปวางที่อ่างล้างจาน เด็กจะเห็นภาพตัวอย่างนี้ แล้วเกิดความเข้าใจได้ง่าย การสอนหรือฝึกเด็กจะง่ายขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ Bandura (1977) ที่กล่าวไว้ว่า การเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนเรานั้นเกิดขึ้นจากการสังเกตจากตัวแบบ ซึ่งจะแตกต่างจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่ต้องอาศัยการลองผิดลองถูก เพราะนอกจากจะสูญเสียเวลาแล้ว ยังอาจมีอันตรายได้ในบางพฤติกรรม ในการเรียนรู้โดยผ่านตัวแบบนี้ ตัวแบบเพียงคนเดียวสามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิด และการแสดงออกได้พร้อมๆ กัน และเนื่องจากคนเรานั้นใช้ชีวิตในแต่ละวันในสภาพแวดล้อมที่แคบๆ ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับสภาพต่างๆ ของสังคมจึงผ่านมาจากประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการได้ยิน ได้เห็น โดยมีประสบการณ์ตรงมาเกี่ยวข้อง คนส่วนมากรับรู้เรื่องราวต่างๆ ของสังคมโดยการผ่านทางสื่อแทบทั้งสิ้น ซึ่งหน้าที่ตัวแบบจะมีด้วยกัน 3 ประการ คือ ทำหน้าที่สร้างพฤติกรรมใหม่ ทำหน้าที่เสริมพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น และทำหน้าที่การยับยั้งการเกิดพฤติกรรม ทั้งนี้ลักษณะของตัวแบบ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทด้วยกันคือ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Live Model) คือตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตปฏิสัมพันธ์โดยตรง กับตัวแบบที่เป็น

สัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทย์ โทรทัศน์ การ์ตูน หนังสือ หรือนวนิยาย ภาพ เป็นต้น เช่นเดียวกันกับที่นายแพทย์ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2545) ได้กล่าวถึง ลักษณะเฉพาะของเด็กออทิสติกไว้ว่าเด็กออทิสติกต้องเรียนรู้จากของจริงที่เป็นรูปธรรม หากเป็นแบบจำลองหรือตัวหนังสือ เด็กจะเข้าใจได้ยากหรือไม่เข้าใจเลย

การพัฒนาศักยภาพเด็กออทิสติกให้มีความพร้อม จะเป็นการพัฒนาทักษะต่างๆแก่เด็ก โดยในโปรแกรม ARS เน้นการพัฒนาทักษะที่สำคัญ 4 ทักษะ คือ ทักษะความเข้าใจภาษา ทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทักษะพื้นฐานการเรียนรู้ และลดหรือแก้ไขพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของเด็กออทิสติกปฐมวัย หากวิเคราะห์ในประเด็นความครอบคลุม จะเห็นว่าไม่ครอบคลุมทุกทักษะ เนื่องจากทักษะในโปรแกรมเป็นทักษะเป้าหมาย แต่ทักษะอื่นๆอาจเกิดตามมาควบคู่กันได้ ยกตัวอย่าง เช่น การจัดกิจกรรมเข้าแถว เคารพธงชาติ เป้าหมายหลักคือต้องการพัฒนาทักษะสังคมให้แก่เด็ก ให้เด็กได้เรียนรู้วิธีปฏิบัติตัวเมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น และมีกติกาข้อตกลงของกลุ่มที่เด็กต้องยอมรับและปฏิบัติตามคือ การยืนนิ่ง ไม่วิ่งไปวิ่งมาตามใจตัวเอง เมื่อได้ยินเสียงเพลงชาติ แต่สิ่งที่ได้ตามมาด้วยก็มีหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นการฝึกทักษะการฟัง การทรงตัว การควบคุมอารมณ์ตนเอง เป็นต้น ในงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวกับเด็กออทิสติก จะเน้นพัฒนาทักษะเป้าหมายต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็นพัฒนาทักษะ การทำงานที่มีการกำหนดจุดมุ่งหมายให้สำเร็จ การเลียนแบบทักษะสังคม พฤติกรรมทางบวก การลดพฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียนของเด็กออทิสติก การแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ การเล่นอย่างเหมาะสม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ของเด็กออทิสติก ความเข้าใจภาษาของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน (Brooke Ingersoll and Laura Schreibman, 2006 ; Tiziana Zalla, Nelly Labruyere, and Nicholas Georgieff , 2006 ; Christina Whalen, Laura Schreibman, and Brooke Ingersoll ,2006 ; ประทีป เล่งน้อย ,2553 ; พัชรี จิวพัฒน์กุล, ผดุง.อารยะวิญญู, สมสรร วงษ์อยู่น้อย และองอาจ นัยพัฒน์ , 2550 ; รุ่งนภา ทรัพย์สุพรรณ,2546 ; สุชินทร์ เย็นสวัสดิ์ ,2548 ; อุ๋นเรือน คล้ายทรัพย์, 2548) ดังเช่นได้มีผู้เชี่ยวชาญได้กล่าวถึง การเตรียมความพร้อมของเด็กออทิสติกก่อนเข้าเรียนในระบบการศึกษาไว้ว่า ในเด็กออทิสติก เราไม่ต้องรอให้เด็กมีความพร้อมทุกอย่างแล้วค่อยเข้าเรียน แต่เราให้เด็กเข้าเรียนเพื่อสร้างความพร้อมเพิ่มขึ้น ใช้สังคมเด็กวัยเดียวกันเป็นตัวกระตุ้นในการเรียนรู้ ไม่ต้องรอให้เด็กพูดได้แล้วค่อยเข้าเรียน แต่เราให้เด็กเข้าเรียนเพื่อกระตุ้นให้พูดได้ ถ้าทุกคนเข้าใจในหลักการเหล่านี้ ตรงกัน ก็ไม่ต้องไปกังวลเรื่องการประเมินความพร้อม อาจมีความจำเป็นที่ต้องเตรียมความพร้อมบ้างในบางด้านแต่ไม่ต้องรอจนพร้อมทุกด้าน (www.magickidschool.com, 2553)

2.2 จากผลการวิจัยข้อที่สองที่พบว่า ผู้ปกครองเด็กออทิสติกปฐมวัย มีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม ARS ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกปฐมวัย ที่เข้าร่วมโปรแกรม ARS มีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมในระดับมากขึ้นไป อธิบายได้ ดังนี้

ประเด็นแรก ในขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ARS คณะผู้วิจัยได้มีการสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กออทิสติกปฐมวัยด้วยเพื่อหาข้อมูลความคิดเห็น ความต้องการ ในการพัฒนาความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย โดยสัมภาษณ์ทั้งในกลุ่มที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการพาลูกไปโรงเรียนมาก่อน และกลุ่มที่ลูกสามารถไปเรียนในโรงเรียนร่วมกับเด็กปกติได้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลเป้าหมาย ที่สามารถนำไปจัดทำเนื้อหาของโปรแกรม ที่ผู้ปกครองพูดถึงมากที่สุดคือเรื่องของการที่ลูกไม่มีสมาธิ มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ชัดใจไม่ได้ ปฏิบัติตามคำสั่งไม่ได้ ปฏิบัติไม่ถูก เนื้อหาและขั้นตอนวิธีการดำเนินการตามโปรแกรม ARS จึงช่วยตอบโจทย์ความต้องการของผู้ปกครองในเรื่องการช่วยให้เด็กออทิสติกมีความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาได้

ประเด็นที่สอง เมื่อพิจารณาลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าจากกลุ่มตัวอย่าง 8 ราย มีเด็กถึง 5 รายที่เคยมีประสบการณ์ไปโรงเรียนมาก่อน แต่ประสบความล้มเหลวไม่สามารถเรียนได้โดยตลอด จึงอาจทำให้ผู้ปกครองมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นว่า ลูกจะมีโอกาสไปโรงเรียนได้อีกหรือไม่ โดยที่โรงเรียนไม่ปฏิเสธ หรือบอกกับผู้ปกครองว่าเด็กอยู่ไม่นิ่ง ควบคุมตัวไม่ได้ หรือมีพฤติกรรมรบกวนชั้นเรียนและเพื่อนๆ มากจนครูควบคุมไม่ได้ การที่เด็กได้เข้าโปรแกรมนี้ จึงเป็นการช่วยให้เด็กมีความพร้อมมากขึ้นในการเข้าสู่ระบบการศึกษา และตรงกับความต้องการของผู้ปกครอง ถึงแม้กลุ่มผู้ปกครองที่ลูกยังไม่เคยไปโรงเรียนมาก่อน ผู้ปกครองก็ยังคงกังวลเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการเตรียมความพร้อมของเด็กออทิสติกก่อนเข้าเรียนในระบบการศึกษา (www.magickidschool.com, 2553) ที่ว่า เด็กออทิสติกสามารถเรียนร่วมกับเด็กทั่วไปได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของปัญหาและความพร้อมบางด้านที่จำเป็น โดยทั่วไปเด็กสามารถเรียนร่วมได้ ถ้าผ่านการฝึกฝนปรับพฤติกรรมแบบเข้มข้นตั้งแต่เล็กและทำมาอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตาม การเรียนร่วมกับเด็กทั่วไปได้หรือไม่ อาจไม่ใช่ประเด็นสำคัญเท่ากับ การวิเคราะห์ดูว่ารูปแบบการเรียนรู้แบบใดเหมาะสมกับตัวเด็กมากที่สุด สามารถดึงศักยภาพในตัวเด็กให้แสดงออกมาได้มากที่สุด อุปสรรคที่มักพบส่วนใหญ่ คือ ความเข้าใจ และการยอมรับของโรงเรียน บางแห่งครูไม่รู้จักว่าเด็กออทิสติกเป็นอย่างไร ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน ไม่รู้ว่าจะสอนอย่างไร จึงต้องมีการพูดคุยสื่อสารให้ชัดเจนระหว่างผู้ปกครองและครูอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยให้มองที่ปัญหาของเด็กว่า

พฤติกรรมแต่ละเรื่องจะแก้ไขอย่างไร อย่าไปมองที่ความเป็นออทิสติก เพราะถ้าเพิ่งไปที่พฤติกรรม คุณครู จะมีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหามากกว่า และอาจขอคำแนะนำเพิ่มเติมจากทีมแพทย์ที่ดูแลเด็กอยู่ อย่าง ต่อเนื่อง ก็จะช่วยให้ทุกอย่างเป็นไปด้วยความราบรื่น ถ้ามีการเรียนรู้ร่วมกันทั้ง 3 ฝ่าย คือ ผู้ปกครอง ครู และทีมแพทย์ที่ดูแลเด็กก็จะช่วยให้สามารถฟันฝ่าเอาชนะอุปสรรคไปได้อย่างแน่นอน ซึ่งจากผลการ ประเมินความพึงพอใจ ได้สะท้อนออกมาให้เห็นอย่างชัดเจนว่าโปรแกรมนี้สนองตอบความต้องการของพ่อแม่ ในเรื่องนี้ จากประเด็นข้อสงสัยด้านประโยชน์ที่ได้รับคือเด็กได้เรียนรู้และปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ได้ คะแนนเต็ม 5.00 รองลงมาเป็นการมั่นใจในการนำไปปรับใช้ได้จริงในการดูแลลูก และมีความมั่นใจ มากขึ้นในการพาลูกไปเรียนในโรงเรียน \

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 3.1.1 ผู้ที่จะใช้ควรศึกษาขั้นตอนตามโปรแกรม ARS ให้เข้าใจ รวมทั้งเนื้อหาและวิธีการใน แผนการพยาบาลแต่ละชุด ก่อนนำโปรแกรม ARS ไปใช้
- 3.1.2 กลุ่มเด็กที่เหมาะสมกับการใช้โปรแกรม ARS คือเด็กออทิสติกปฐมวัย ที่ผ่านการประเมิน ความพร้อมตามแบบประเมินความพร้อมเด็กออทิสติกปฐมวัยในการส่งต่อสถานศึกษา และผลประเมินความพร้อมอยู่ในระดับต่ำหรือต่ำมาก
- 3.1.3 ระยะเวลาที่ใช้ ควรใช้เวลาตามที่กำหนดในโปรแกรม คือ 120 ชั่วโมง ไม่ควรน้อยกว่านี้ เพื่อให้กระบวนการเรียนรู้ของเด็กออทิสติกปฐมวัยได้ผล

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 3.2.1 เพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กออทิสติกปฐมวัยให้มากขึ้น เพื่อเป็นการขยายผล การศึกษาวิจัยให้ครอบคลุมและมีขนาดกลุ่มตัวอย่างมากพอที่จะใช้อ้างอิงได้ต่อไป
- 3.2.2 ทดลองใช้กับหน่วยบริการแบบผู้ป่วยนอก แต่ปรับระยะเวลาจาก 120 ชั่วโมง ใน เวลา 12 สัปดาห์ (สัปดาห์ละ 4 วันๆละ 3 ชั่วโมง) เป็น 120 ชั่วโมง ในเวลา 30 สัปดาห์ (สัปดาห์ละ 2 วันๆละ 2 ชั่วโมง)

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กาญจนา คุณรังสีสมบุญ, อัมพิการ์ มณีวงศ์และ กนกวรรณ บุญศรี. **อาชานำบัดในเด็กออทิสติก**
www.jvkk.go.th , 2551.
- กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. **ชุดเอกสารการศึกษาด້วยตนเอง วิชาการศึกษาพิเศษเรื่อง
การจัดการศึกษาพิเศษสำหรับบุคคลออทิสติก**.กรุงเทพฯ: กรมสามัญศึกษา
กระทรวงศึกษาธิการ, 2544.
- กัลยา วิริยะ. **การรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกและการดูแลบุตรออทิสติกในมารดาที่มีบุตรเป็น
ออทิสติก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- ชูศักดิ์ จันทยานนท์. **การเรียนรู้เด็กออทิสติก**. เอกสารการประชุมสัมพันธ.โรงเรียนอนุบาลจันทยานนท์,
2541.
- ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. **พัฒนาการบำบัดสำหรับเด็กออทิสติก ตามแนวทางป่าหมอเพ็ญแข**.
กรุงเทพฯ: แปลน พับลิชชิ่ง จำกัด, 2545.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. **คู่มือออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภา
ลาดพร้าว, 2548.
- เบญจพร ปัญญาียง. **โรคออทิสซึม. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิต ครั้งที่ 1**.
เชียงใหม่, มิถุนายน 2546.
- เพ็ญแข ลิมศิลา. **การวินิจฉัยโรคออทิสซึม. เอกสารประกอบการอบรมพัฒนาการบำบัดในเด็ก
ออทิสติกอายุต่ำกว่า 5 ปี**. พฤษภาคม, 2538.
- พัชรี จิวพัฒนกุล, ผดุง.อารยะวิญญู, สมสรร วงษ์อยู่น้อย และองอาจ นัยพัฒน์. **การพัฒนาแบบฝึก
เพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติก**.
www.ejournals.swu.ac.th/index.php/jedu/article/view/552
- รุ่งนภา ททรัพย์สุพรรณ. **การศึกษาผลของกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้สีและการเคลื่อนไหวโดย
ครอบครัวที่มีต่อการแสดงพฤติกรรมซ้ำ ๆ การเล่นอย่างเหมาะสม และการมีปฏิสัมพันธ์
กับผู้ใหญ่ของเด็กออทิสติก**. วิทยานิพนธ์ศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2546.
- สุชินทร์ เย็นสวัสดิ์. **การศึกษาทักษะการสื่อสารของเด็กออทิสติกจากการสอนโดยใช้บ้านกระดาน
สื่อสาร**. วิทยานิพนธ์ศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2548.

- สำนักการพยาบาล. **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. ปรับปรุงครั้งที่ 2. สำนักการพยาบาล
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
- สถาบันราชานุกูล. **รายการตรวจพัฒนาการเด็กอายุแรกเกิด-5 ปี**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ปิยะนงค์
พับลิชซิ่ง จำกัด, 2551.
- สมภพ เรืองตระกูล. **ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2545.
- อิชยา เขื่อนม่น. **สุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็ก
ออทิสติก**. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและ
การพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- อุ้นเรื่อน คล้ายทรัพย์. **การศึกษาความเข้าใจภาษาของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน โดยใช้การ
สื่อสารทางเลือก**. ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2548.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. **ช่วยเหลือออทิสติก**. กรุงเทพฯ: ชันด้าการพิมพ์, 2545.
- อรสิริ ภิเชก. **แบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัวเด็กออทิสติก**. สังคมศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการแพทย์และสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
<http://www.magickidschool.com/article.php>, 2553.

ภาษาอังกฤษ

Albert Bandura. **SELF-EFFICACY : The Exercise of Control**. New York : W.H. Freeman and Company, 1997.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (4th ed)**. Washington, DC.: American Psychiatric Inc, 1994.

ATHERTON J S. **Learning and Teaching; Piaget's developmental theory**. (On-line)UK:
Available: <http://www.learningandteaching.info/learning/piaget.htm>, 2010.

Brooke Ingersoll and Laura Schreibman. **Teaching Reciprocal Imitation Skills to Young Children with Autism Using a Naturalistic Behavioral Approach : Effects on Language, Pretend Play, and Joint Attention**. Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol 36, No4, 2006. p487-505

Bryna Siegel. **Helping Children with Autism Learn: A Guide to Treatment Approaches for Parents and Professionals**. www.comeunity.com

Christina Whalen, Laura Schreibman, and Brooke Ingersoll. **The Collateral Effects of Joint Attention Training on Social Imitations, Positive Affect, Imitation, and Spontaneous Speech for Young Children with Autism**. Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol 36, No4, 2006. p655-664.

Fortinach & Holoday Warret. **Psychiatric Nursing Care Plans 4th ed**. St.Louis : Mosby Inc., 2003.

Maxine Field. "Autism". **Pediatric Primary care**. (710-714). Chicago- Year Book Medical Publisher Ins, 1990.

National Autistic Society. **Computer application for people with autism**. Retrieved August 18, 2000, from [http:// www. oneworld. Org. lautism – uk](http://www.oneworld.org/autism-uk).

Robert, J. and Doman, Jr. (1986). "The autistic child". **Journal of National Academy For child Development**. Retrived August 18, 2000, from [http//www. hacd. Org. artiles. Act Child. Html](http://www.hacd.org/artiles.ActChild.html).

Schreibman, L. **Autism Biomedical Hill, USA**: Sage Publications, 1998.

Tiziana Zalla, Nelly Labruyere, and Nicholas Georgieff. **Goal-Directed Action Representation in Autism**. Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol 36, No4, 2006. p527-540.

Tsai, L.Y. & Ghaziuddin, M. Biomedical Research Autism. In D. E. Berkey (Ed.) **Autism Identification, Education and Treatment**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1992.

World Health Organization [WHO]. **The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder: clinical description and diagnostic guidelines**. Geneva: World Health Organization, 1992



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นางมััจฉรี ไอสถานท์

ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ
ประวัติการศึกษา -	ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย
-	ประกาศนียบัตรครุพยาบาล
-	การศึกษาระดับบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
-	ประกาศนียบัตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
-	การศึกษามหาบัณฑิต (การศึกษาสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา)
ประสบการณ์ -	เคยดำรงตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วยชาย 1 สถาบันราชานุกูล หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการการพยาบาล สถาบันราชานุกูล หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันราชานุกูล
ผลงานวิจัย -	การศึกษาศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการทำงานของครูในโรงเรียนสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา - การศึกษาผลของการอบรมเสริมทักษะการดูแลเด็กปัญญาอ่อนสำหรับผู้ปกครองต่อความสามารถในการเสริมทักษะดำรงชีวิตประจำวันของเด็กปัญญาอ่อน - การประเมินผลโครงการพัฒนาบริการด้วยรูปแบบหอผู้ป่วยครอบครัว

2. นางนาถอนงค์ บำรุงชน

ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานบริการพยาบาล
ประวัติการศึกษา -	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
-	ประกาศนียบัตรหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ประสบการณ์ -	ให้การพยาบาลแก่บุคคลที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญาวัย 0-5 ปี โดยใช้คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี - ให้การพยาบาลแก่บุคคลที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญาวัย เรียน วันรุ่น และวัยผู้ใหญ่ โดยใช้คู่มือฝึกเด็กในการดำรงชีวิตประจำวัน

ผลงานวิจัย

- ให้การฝึกอบรมภาคปฏิบัติแก่ผู้ประกอบการ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป ทั้งรายบุคคลและกลุ่ม
- เป็นคณะกรรมการผลิตคู่มือฝึกเด็กในการดำรงชีวิตประจำวัน
- เป็นคณะกรรมการโครงการผลิตสื่อด้านวิชาการประเภทวีดีทัศน์ การวิจัยเรื่อง “การดูแลบุคคลปัญญาอ่อนระดับปานกลางอายุ 13-15 ปี ตามแผนการจำหน่ายแบบ M-E-T-H-O-D ของผู้ประกอบการภายหลังจำหน่าย

3. แพทย์หญิงชดาพิมพ์

ตำแหน่ง

เผ่าสวัสดิ์

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สถาบันราชานุกูล



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



ภาคผนวก ข-1

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง



ตัวอย่างโปรแกรม ARS (Autistic Ready to School)

ระยะเวลาในการดำเนินการตามโปรแกรม ARS ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 - ระยะประเมินก่อนการใช้โปรแกรม ARS ใช้เวลา 1 สัปดาห์ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อประเมินความพร้อมของเด็กออทิสติกปฐมวัย ได้แก่

1. ทักษะที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ของเด็กออทิสติกปฐมวัย

เครื่องมือที่ใช้ประเมินได้แก่ แบบประเมินความพร้อมเด็กออทิสติกปฐมวัยเพื่อส่งต่อสถานศึกษา ซึ่งจะประเมินทักษะสำคัญ 3 ทักษะ ได้แก่

- 1) ทักษะความเข้าใจภาษา
- 2) ทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 3) ทักษะพื้นฐานการเรียนรู้

2. พฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของเด็กออทิสติกปฐมวัย

เครื่องมือที่ใช้ประเมินได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมเด็กของคอนเนอร์ (Conner's) ซึ่งจะประเมินพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของเด็กออทิสติกปฐมวัย ได้แก่

- 1) สมาธิสั้น วอกแวกง่าย หุนหันพลันแล่น
- 2) ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ไม่ได้
- 3) พฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ หรือมีรูปแบบการดำรงชีวิตแปลกๆ

ระยะที่ 2 - ระยะการใช้โปรแกรม ARS ใช้เวลา 10 สัปดาห์ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2-11 ซึ่งเป็นฝึกเด็กออทิสติกปฐมวัยให้มีความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาในระบบโรงเรียนปกติหรือโรงเรียน/ศูนย์การศึกษาพิเศษ โดยผู้รับผิดชอบในการฝึกได้แก่บุคลากรทีมพยาบาลจิตเวชเด็กและทีมนักวิชาการศึกษาพิเศษ ใช้เวลาฝึก 4 วัน / สัปดาห์ ในวันจันทร์ - ศุกร์ รวม 30 ครั้ง ดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่	ครั้งที่	กิจกรรมการฝึก	คู่มือที่ใช้
2-7	1-18	1) เคารพธงชาติ ออกกำลังกาย	แผนการฝึกชุดที่ 1
		2) กลุ่มสัมพันธ์ภาพ สมาธิ	แผนการฝึกชุดที่ 2
		3) พัฒนาทักษะการเรียนรู้ - ทักษะความเข้าใจภาษา - ทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	แผนการฝึกชุดที่ 3
		4) ลด/แก้ไขพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้	แผนการฝึกชุดที่ 4

สัปดาห์ที่	ครั้งที่	กิจกรรมการฝึก	คู่มือที่ใช้
8-11	19-30	1) เคารพธงชาติ ออกกำลังกาย	แผนการฝึกชุดที่ 1
		2) กลุ่มสัมพันธ์ภาพ สมาธิ	แผนการฝึกชุดที่ 2
		3) พัฒนาทักษะการเรียนรู้ - ทักษะพื้นฐานทางการเรียน - ทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	แผนการฝึกชุดที่ 3
		4) ลด/แก้ไขพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้	แผนการฝึกชุดที่ 4

ระยะที่ 3 - ระยะประเมินหลังการใช้โปรแกรม ARS ใช้เวลา 1 สัปดาห์ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อประเมินความพร้อมของเด็กออทิสติกปฐมวัย และความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการใช้โปรแกรม ARS ได้แก่

1. ทักษะที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ของเด็กออทิสติกปฐมวัย

เครื่องมือที่ใช้ประเมินได้แก่ แบบประเมินความพร้อมเด็กออทิสติกปฐมวัยเพื่อส่งต่อสถานศึกษา ซึ่งจะประเมินทักษะสำคัญ 3 ทักษะ ได้แก่

- 1) ทักษะความเข้าใจภาษา
- 2) ทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 3) ทักษะพื้นฐานการเรียนรู้

2. พฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของเด็ก ออทิสติกปฐมวัย

เครื่องมือที่ใช้ประเมินได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมเด็กของคอนเนอร์ (Conner's) ซึ่งจะประเมินพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของเด็กออทิสติกปฐมวัย ได้แก่

- 1) สมาธิสั้น วอกแวกง่าย หุนหันพลันแล่น
- 2) ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ไม่ได้
- 3) พฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ หรือมีรูปแบบการดำรงชีวิตแปลกๆ

3. ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการใช้โปรแกรม ARS

เครื่องมือที่ใช้ประเมินได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กออทิสติกปฐมวัยต่อการใช้โปรแกรม ARS สอบถามในประเด็นสำคัญ 3 ประเด็น ได้แก่ ขั้นตอนดำเนินการตามโปรแกรม ความสามารถของบุคลากร และประโยชน์ที่ได้รับ

สรุปแผนภูมิการดำเนินโปรแกรม ARS



แผนการฝึก ชุดที่ 2

การจัดกลุ่มสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ฝึก	อุปกรณ์	วิธีการฝึก
1. กิจกรรมสัมพันธภาพ	1. แก้วน้ำจัดเป็นครึ่งวงกลม 2. กระดานที่ติดภาพถ่ายเด็กทุกคนไว้แล้ว 3. ป้ายชื่อ นามสกุลและชื่อเล่นของเด็ก 4. กระดาษ	1. ให้เด็กนั่งแก้วน้ำล้อมวงเป็นรูปครึ่งวงกลม โดยผู้ฝึกนั่งตรงกลาง 2. ทักทายเด็ก เด็กๆ เมื่อเจอหน้ากันต้องพนมมือไหว้ “สวัสดีครับ/ค่ะ” 3. วันนี้เรามาเจอกันเป็นวันจันทร์ สีประจำวันจันทร์เหลือง (วันพุธ สีประจำวันพุธสีเขียว, วันศุกร์ สีประจำวันศุกร์ สีส้ม) พร้อมบอกวันที่ เดือน ปีพุทธศักราช 4. มานับเลขกันดูว่าวันนี้เพื่อนๆ ของเรามาทั้งหมดกี่คน นับ 1,2,3,4,5...จนครบจำนวนเด็ก เมื่อครบจำนวนแล้วสรุปอีกครั้ง ว่าวันนี้เพื่อนๆ เรามาทั้งหมด....คน 5. ถามใครเป็นผู้ชาย ยกมือขึ้น ใครเป็นผู้หญิง ยกมือขึ้น สรุปอีกครั้งว่าเพื่อนผู้ชายมีทั้งหมด....คน เพื่อนผู้หญิงมีทั้งหมด....คน รวมแล้ว....คน 6. วันนี้ครูจะให้เด็กเด็กๆ ออกมาแนะนำตัว หน้าชั้นให้กับเพื่อนๆ ฟัง ทีละคน เรียกชื่อนามสกุล และชื่อเล่นเด็ก เมื่อเรียกชื่อให้เด็กยกมือขวาขึ้น พร้อมบอกมาครับ/ค่ะ และให้เดินออกมาหน้าชั้น ยกมือไหว้สวัสดีทักทายเพื่อน ผม/หนูชื่อ ด.ช/ด.ญ.....สกุล.....ชื่อเล่น.....หลังจากนั้นให้เด็กส่งกระดาษเพื่อรับรู้
		รูปถ่ายหน้าตาของตนเอง และหยิบป้ายชื่อตนเองไปติดได้รูปภาพตนเองที่แผ่นกระดาน และให้เด็กอ่านชื่อ นามสกุล ชื่อเล่น ตนเองอีกครั้ง ทำอย่างนี้จนครบทุกคน

กิจกรรมที่ฝึก	อุปกรณ์	วิธีการฝึก
<p>2. กิจกรรมกระตุ้นประสาทสัมผัส</p> <p>2.1 การดมกลิ่น</p> <p>2.1.1 กลิ่นหอม</p>	<p>1. ดอกไม้ ผัก หรือ วัตถุที่มีกลิ่นหอม เช่น ดอกมะลิ ดอกแก้ว ดอกโมก กระดังงา</p> <p>ชিং ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด กระชาย หัวหอม กระเทียม กระเพรา</p> <p>โหระพา แมงลัก</p> <p>แป้ง น้ำหอม</p> <p>2. จาน 2 ใบ</p> <p>3. ซ้อนตามจำนวนเด็ก</p>	<p>1. ให้เด็กรับกลิ่นแล้วดมเป็นรูปครึ่งวงกลม</p> <p>2. วันนี้เราจะมาดมกลิ่นของดอกมะลิ ครูจะให้เด็กๆ ดมทีละคน เมื่อดมแล้วให้บอกเพื่อนๆ ว่ากลิ่นเป็นอย่างไร เมื่อเริ่มกิจกรรมผู้ฝึกจะเดินไปหาเด็กทีละคน และให้เด็กใช้ซอสดักดอกมะลิจากจานที่เตรียมไว้ ใส่จมูกดมและให้เด็กบอกกลิ่น เช่น ดอกมะลิกลิ่นหอม หลังจากดมแล้วให้เด็กใส่จานอีกใบ ทำไปเรื่อยๆจนครบทุกคน โดยให้เด็กดมวันละ 1 กลิ่น และสลับสิ่งของไปเรื่อย ภายใน 1 สัปดาห์</p>
<p>2.1.2 กลิ่นเหม็น</p>	<p>1. อาหารที่กลิ่นเหม็น เช่น ปลาเค็ม กะปิ ปลาร้า</p> <p>2. จาน 2 ใบ</p> <p>3. ซ้อนตามจำนวนเด็ก</p>	<p>1. ให้เด็กรับกลิ่นแล้วดมเป็นรูปครึ่งวงกลม</p> <p>2. ทำเช่นเดียวกันกับการดมกลิ่นหอม โดยทำสลับกับกลิ่นหอม เป็นกลิ่นละสัปดาห์</p>
<p>2.2 การชิมรส</p> <p>2.2.1 รสหวาน</p>	<p>1. ผลไม้ / เครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น แดงโม น้ำตาล นมข้นหวาน น้ำหวาน</p> <p>2. จาน 2 ใบ</p> <p>3. ซ้อนตามจำนวนเด็ก</p>	<p>1. ให้เด็กรับกลิ่นแล้วดมเป็นรูปครึ่งวงกลม</p> <p>2. วันนี้เราจะมาชิมรสชาติของแดงโม ครูจะให้เด็กๆ ชิมทีละคน เมื่อชิมแล้วให้บอกเพื่อนๆ ว่ารสชาติเป็นอย่างไร เมื่อเริ่มกิจกรรมผู้ฝึกจะเดินไปหาเด็กทีละคน และให้เด็กใช้ซอสดักแดงโมจากจานที่เตรียมไว้ ใส่ปากชิมและให้เด็กบอกรสชาติ เช่น แดงโม รสหวาน หลังจากชิมรสแล้วให้เด็กวางซอสนใส่จานอีกใบ ทำไปเรื่อยๆจนครบทุกคน โดยให้เด็กชิมรสวันละ 1 อย่าง และสลับสิ่งของไปเรื่อย ภายใน 1 สัปดาห์ และทำคู่กับการดมกลิ่น</p>

กิจกรรมที่ฝึก	อุปกรณ์	วิธีการฝึก
2.1.2 รสเปรี้ยว	1. เครื่องดื่ม/ผลไม้ /อาหารที่มีรสเปรี้ยว เช่น น้ำมะนาว น้ำส้ม มะม่วง มะขามเปียก น้ำส้มสายชู ตะลิงปลิง 2. จาน 2 ใบ 3. ช้อนตามจำนวนเด็ก	1. ให้เด็กรับน้ำจืดชิมรสเปรี้ยวเป็นรูปครึ่งวงกลม 2. วันนี้เราจะมาชิมรสชาติของน้ำมะนาว ครูจะให้เด็กๆ ชิมทีละคน เมื่อชิมแล้วให้บอกเพื่อนๆ ว่ารสชาติเป็นอย่างไร เมื่อเริ่มกิจกรรมผู้ฝึกจะเดินไปหาเด็กทีละคน และให้เด็กใช้ช้อนตักน้ำมะนาวจากจานที่เตรียมไว้ ใส่ปากชิมและให้เด็กบอกรสชาติ เช่น น้ำมะนาวรสหวาน หลังจากชิมรสแล้วให้เด็กวางช้อนใส่จานอีกใบ ทำไปเรื่อยๆจนครบทุกคน โดยให้เด็กชิมรสวันละ 1 อย่าง และสลับสิ่งของไปเรื่อยๆ ภายใน 1 สัปดาห์ และทำคู่กับการดมกลิ่น
2.1.3 รสเค็ม	1.อาหารที่มีรสเค็ม เช่น เกลือ ปลาเค็ม กะปิ 2. จาน 2 ใบ 3. ช้อนตามจำนวนเด็ก	1. ให้เด็กรับน้ำจืดชิมรสเค็มเป็นรูปครึ่งวงกลม 2. วันนี้เราจะมาชิมรสชาติของเกลือ ครูจะให้เด็กๆ ชิมทีละคน เมื่อชิมแล้วให้บอกเพื่อนๆ ว่ารสชาติเป็นอย่างไร เมื่อเริ่มกิจกรรมผู้ฝึกจะเดินไปหาเด็กทีละคน และให้เด็กใช้ช้อนตักเกลือจากจานที่เตรียมไว้ ใส่ปากชิมและให้เด็กบอกรสชาติ เช่น เกลือรสเค็ม หลังจากชิมรสแล้วให้เด็กวางช้อนใส่จานอีกใบ ทำไปเรื่อยๆจนครบทุกคน โดยให้เด็กชิมรสวันละ 1 อย่าง และสลับสิ่งของไปเรื่อยๆ ภายใน 1 สัปดาห์ โดยทำคู่กับการดมกลิ่น
3.กิจกรรมสมาธิ	1. เครื่องเล่นซีดี 2. แผ่นซีดี เพลงดอกไม้บาน	1. ให้เด็กรับน้ำจืดชิมรสเป็นรูปครึ่งวงกลม 2. ผู้ฝึกบอกให้เด็กรับสมาธิ และอยู่ในอาการสงบ วางมือประสานบนตัก 3. เปิดเพลงดอกไม้บาน โดยผู้ฝึกและเด็กทำท่าประกอบเพลงไปพร้อมๆกัน ท่าประกอบเพลง มีดังนี้ เสียงดนตรี - นั่งตัวตรง หลังตรง อยู่ในอาการสงบ วางมือประสานบนตัก เข้าชิด

กิจกรรมที่ฝึก	อุปกรณ์	วิธีการฝึก
		<p>เสียงเพลง “ลมหายใจเข้า” - ทำท่ามือ ประสานไขว้ไว้บนอก</p> <p>เสียงเพลง “ลมหายใจออก” – ทำท่ามือผาย ทั้ง 2 ข้าง มือออกจากอก</p> <p>เสียงเพลง “เหมือนดอกไม้บาน” – ทำท่ามือ พนม ค่อยๆยกสูงขึ้นถึงหน้าผาก พร้อมกับ และผายปลายนิ้วมือออกจากกัน</p> <p>เสียงเพลง “ภูผาใหญ่กว้าง” - ทำท่ายกมือ ขึ้นถึงบริเวณหน้าผาก ให้ปลายนิ้วประกบกัน และกางสันมือออกเป็น 3 เหลี่ยม</p> <p>เสียงเพลง “ตั้งสายน้ำจ๋าเย็น” – ทำท่าหงาย ฝ่ามือซ้าย คว่ำฝ่ามือขวา ขยับสว่นทางกัน ไปมา</p> <p>เสียงเพลง “ดั่งนภาภาศ อันบางเบา” – ทำท่า วาดมือผ่านหน้า เป็นวงกลม แล้วกลับมาที่ท่า วางมือประสานบนตัก</p>

ภาคผนวก ข-2

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล



แบบประเมินความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กออทิสติกปฐมวัย

ชื่อเด็ก..... อายุ.....ปี H.N.....

พยาบาลผู้ประเมิน..... วันที่ประเมิน.....

ข้อ	รายการประเมิน	ผลการประเมิน			หมายเหตุ
		0	1	2	
	กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Gross Motor)				
	วิ่งเต็มฝ่าเท้าได้ 3 เมตร				
	เดินขึ้นลงสลับเท้าจับราวบันไดได้				
	ปีนขึ้นและลงบันไดที่พาดไว้หรือตาข่ายเชือก สูง 1 เมตรได้				
	วิ่งไปเตะลูกบอลที่อยู่ห่าง 3 เมตร				
	เดินบนไม้กระดานกว้าง 10 ซม. ได้ 3 เมตร				
	การรับรู้และเข้าใจภาษา (Receptive Language)				
	เลือกวัตถุตามสั่งได้อย่างน้อย 4 ชนิด				
	ชี้วัยวะส่วนต่างๆ ได้ 7 ส่วน				
	ชี้/ยกมือ/หันมอง เมื่อถามว่า..ชื่อเด็ก.. อยู่ไหน				
	การใช้ภาษา				
	เลียนแบบท่าทางได้อย่างน้อย 5 อย่าง เช่น กอดอก ตบมือ ยกมือขึ้น บ้ายบาย ส่งจูบ อ้าปาก				
	พูดคำเดียวที่มีความหมายได้ 4-6 คำ				
	ทักษะทางสังคม (Social Skills)				
	สวัสดีและขอบคุณได้เมื่อบอกให้ทำ				
	เล่นการใช้สิ่งของตามหน้าที่ง่ายๆ ได้ เช่นหวีผม ป้อนอาหาร โทรศัพท์ ขับรถ				
	ร่วมกิจกรรมกลุ่มที่มีกฎกติกาต่างๆ โดยมีผู้ใหญ่ช่วยเหลือ				

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กออทิสติกปฐมวัยต่อการใช้โปรแกรม ARS

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อการใช้โปรแกรม ARS ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 5 ระดับดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ระดับคะแนน 5
เห็นด้วยมาก	ระดับคะแนน 4
เห็นด้วยปานกลาง	ระดับคะแนน 3
เห็นด้วยน้อย	ระดับคะแนน 2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ระดับคะแนน 1

กรุณาอ่านและใส่เครื่องหมาย ✓ ตรงช่องตัวเลือกแต่ละข้อ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. หลังจากจบโปรแกรมARS ท่านมีความมั่นใจว่าลูกมีความสามารถดีขึ้นกว่าเดิม					
2. กิจกรรมที่ใช้สอนเด็กมีความน่าสนใจ					
3. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนบริการตามโปรแกรม ARS อย่างต่อเนื่อง					
4. ท่านคิดว่าการร่วมมือในการดูแลเด็ก ระหว่างหอผู้ป่วยออทิสติกและห้องเรียนออทิสติก เป็นการตอบสนองของความต้องการของท่านในการพัฒนาเด็กให้มีความพร้อมต่อการเข้าสู่ระบบการศึกษา					
5. บุคลากรที่ฝึกเด็กมีความรู้ ความสามารถ เหมาะสม					
6. สื่อ / อุปกรณ์ที่ใช้ในการสอนเด็กมีความเหมาะสม					
7. ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเหมาะสม					
8. ลูกของท่านเกิดการเรียนรู้/ปรับตัว ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นดีขึ้น					
9. ท่านคิดว่าท่านสามารถนำความรู้และประสบการณ์จากการเข้าร่วมโปรแกรมไปปรับใช้ในการดูแลลูกได้ต่อเนื่อง					
10. ท่านมีความมั่นใจมากขึ้นในการที่จะนำลูกไปเรียนร่วมกับเด็กปกติ					

ประวัติผู้วิจัย

1. นางพนิดา รัตน์ไพโรจน์

วัน เดือน ปีเกิด 12 เมษายน 2504

การศึกษา - ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง

- คณะกรรมการบัณฑิต สาขาพัฒนาการเด็กและครอบครัว
- ประกาศนียบัตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล
- ประกาศนียบัตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนานาชาติ (Certificate of Attendance in The International Short Training Program in Psychiatric Nursing)

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช สถาบันราชานุกูล

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล

2. นางทิพวัน คำยสงคราม

วัน เดือน ปีเกิด 26 ตุลาคม 2507

การศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต

- ประกาศนียบัตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล

3. นางสาวอุดมลักษณ์ หารทำค้อ

วัน เดือน ปีเกิด 1 มิถุนายน 2516

การศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต

- ประกาศนียบัตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล