

ผลของการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษา
ของเด็กออทิสติก

นางสาวอุบลวรรณ์ โกสาเสนา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2555

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE EFFECTS OF PLAY THERAPY WITH FAMILY INVOLVEMENT
ON SOCIAL, INTELLECTUAL AND LANGUAGE
DEVELOPMENT OF AUTISTIC CHILDREN

Miss Ulaiwan Kosasena

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อ
	พัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก
โดย	นางสาวอุทัยวรรณ โกสาเสนา
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลจิต)

อูลัยวรรณ โกสาเสนา : ผลของการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก (THE EFFECTS OF PLAY THERAPY WITH FAMILY INVOLVEMENT ON SOCIAL, INTELLECTUAL AND LANGUAGE DEVELOPMENT OF AUTISTIC CHILDREN)

อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, 137 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา ของเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม 2) เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกหลังได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กออทิสติก ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปดัมภ์ จำนวน 40 คน คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยการจับคู่ด้วยอายุ และระดับความรุนแรงของโรค กลุ่มทดลองได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก 2) แบบประเมินพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก 3) แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก และ 4) แบบตรวจสอบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบำบัดที่บ้าน เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกหลังได้รับการเล่น บำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกที่ได้รับการเล่นบำบัด แบบครอบครัวมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ดังนั้น การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติกได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปลายมือชื่อนิสิต _____

ปีการศึกษา _____ 2555 _____ ปลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก _____

5377625736 : MAJER MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD : PLAY THERAPY/ FAMILY INVOLVEMENT/ SOCIAL, INTELLECTUAL AND LANGUAGE DEVELOPMENT/ AUTISTIC CHILDREN

ULAIWAN KOSASENA : THE EFFECTS OF PLAY THERAPY WITH FAMILY INVOLVEMENT ON SOCIAL, INTELLECTUAL AND LANGUAGE DEVELOPMENT OF AUTISTIC CHILDREN. ADVISO: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIPHAND, Ph.D., 137 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were 1) to compare social, intellectual and language development before and after their participation in the play therapy with family involvement, and 2) to compare in regular nursing care activities. Research samples consisted of 40 family. Theses samples were randomly assigned into the experimental group and control group, 20 subjects in each group, by matched pairs identified by age, level of autistic. The experimental group received the play therapy with family involvement program for 7 weeks and the control group received the regular nursing care activities. Research instruments were 1) the play therapy with family involvement, 2) the social and language development scale, 3) functional play autistic scale and 4) functional play autistic 3-6 years old scale. The reliability of these the social and language development scale were .91, respectively. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows :

1. The score of social, intellectual and language development before and after their participation in the play therapy with family involvement, was significantly higher than that before the experimental. (p<.05)
2. The score of social, intellectual and language development before and after their participation in the play therapy with family involvement, was significantly higher than that who participation in regular nursing care activities. (p<.05)

Field of study....Mental Health and psychiatric Nursing.....Student's signature.....

Academic year.....2012.....Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ที่ได้ให้ความกรุณาเสียสละเวลาดูแลเอาใจใส่ ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอื้ออาทร ตลอดจนเป็น แรงกระตุ้น และให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยเกิดแรงบันดาลใจ ความมุ่งมั่น มุมานะในการ ทำวิจัยอย่างเต็มความสามารถ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยมีความ ประทับใจ ซาบซึ้งในความ เมตตา กรุณา ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้วิจัยเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ ชัมภลจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็น ที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบของเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการศึกษา

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้อนุมัติทุนอุดหนุน วิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ ที่กรุณาให้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนหัวหน้าหอผู้ป่วยและอาจารย์พี่เลี้ยงที่ให้ความ อนุเคราะห์ที่สละเวลาช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเต็มที่

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน โรงพยาบาลยันฮีทุกท่านและพี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อนร่วมรุ่นทุกคนที่ ให้กำลังใจในการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ ขอขอบคุณทุกคน ในครอบครัว และสามี ที่เข้าใจ ผู้ซึ่งเป็นที่กำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือ แก่ผู้วิจัยเสมอมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน รวมทั้งกำลังใจที่มอบให้

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอมอบให้ บิดา มารดา สามี เต็มกอบกอบ และครอบครัวเต็มกอบกอบที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณญาติทุก ท่าน ที่ ๆ น้อง ๆ ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่อาจเอ่ยนามได้ทั้งหมดสำหรับคำแนะนำและกำลังใจ ที่มอบให้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	45
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	49
การดำเนินการวิจัย.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
5 ผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	86

	หน้า
รายการอ้างอิง.....	99
ภาคผนวก.....	106
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	107
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในงานวิจัย.....	109
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	112
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	126
หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง และผู้อยู่ในปกครอง.....	132
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	134
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	137

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
1	แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระดับความรุนแรงของโรคออสติซึม บุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	48
2	รายละเอียดการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม.....	61
3	แสดงรายละเอียดจากผลการตรวจสอบครอบครัวในการเล่นกับเด็กที่บ้าน.....	71
4	แสดงรายละเอียดจากผลการตรวจสอบความสามารถของเด็กโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการเล่นบำบัด.....	72
5	จำนวนและร้อยละของเด็กออสติติก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ เพศ บุตรคนที่ ระดับความรุนแรง และผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่กับเด็กมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน.....	76
6	จำนวนและร้อยละของเด็กออสติติก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในบ้านทั้งหมด.....	77
7	จำนวนและร้อยละของเด็กออสติติก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามการวินิจฉัย อาการนำที่สังเกตพบ การรักษาในปัจจุบัน และช่วงอายุที่พบอาการนำ.....	78
8	จำนวนและร้อยละของเด็กออสติติก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามการพยาบาลอื่น ๆ	79
9	จำนวนและร้อยละของเด็กออสติติกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลเด็กออสติติกอย่างใกล้ชิด ระดับการศึกษา และแนวทางการดูแลและการเลี้ยงดู.....	80
10	คะแนนพัฒนาการของเด็กออสติติกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง จำแนกพัฒนาการด้าน สังคม สติปัญญา และภาษา.....	81
11	คะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	82
12	คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการของเด็กออสติติกก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	83

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กออทิสติก (Autistic) เป็นที่รู้จักมานานและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากรายงานของต่างประเทศ คาดการณ์ว่ามีอัตราการเกิดโรคออทิสซึม ในเด็ก 4-5 คน ต่อเด็ก 10,000 คน ในปี ค.ศ. 1960 คาดการณ์ว่า ในอเมริกาเด็กออทิสติกพบ 1 คนต่อเด็ก 1,000 คน ถึง 1 คนต่อเด็ก 500 คน ในเด็กช่วงอายุ 1 - 15 ปี (Videbeck, 2008; National Institute of Child & Human Development, 2006) และจากการศึกษาวิจัยอุบัติการณ์ในประเทศไทย พบว่า เด็กออทิสติก 1 คนต่อประชากร 1,000 คน คาดว่าอุบัติการณ์น่าจะเพิ่มขึ้น (สุภาพจิต, กรม., 2548) จากสถิติของโรงพยาบาลยูวประสาทไวยุโรปถัมภ์ พบว่าในระหว่างปี 2546-2550 มีเด็กออทิสติกใหม่ มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นจาก 125 ราย เป็น 227 ราย ต่อวัน คิดเป็น ร้อยละ 55.07 พบ อัตราส่วนเด็กชายต่อเด็กหญิงเท่ากับ 3.3: 1 (สุภาพจิต, กรม., 2550) แสดงให้เห็นถึงอุบัติการณ์และการค้นพบเด็กออทิสติก ในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติของสมองบางส่วนส่งผลต่อความผิดปกติด้านพัฒนาการของเด็ก ถูกเรียกชื่อตามภาษาอังกฤษทั่วโลก มีความหมายว่า ตัวเอง คือ Self เพราะ เด็กออทิสติกมักจะแยกตัวอยู่ตามลำพัง คือ อยู่ในโลกของตัวเองเหมือนกับมีกำแพงที่มองไม่เห็น กันเด็กแยกจากสังคมรอบด้าน ทำให้เด็กมีลักษณะเฉพาะของพัฒนาการล่าช้า คือ มีความผิดปกติทางด้านสังคม การสื่อสาร การพูด การใช้ภาษา มีพฤติกรรมซ้ำๆบางอย่าง เรียกเด็กที่เป็นออทิสซึม ว่า เด็กออทิสติก (Autistic child) (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2541) อาการดังกล่าวอาจจะปรากฏให้เห็นได้ตั้งแต่วัยขวบปีแรก และจะพบอาการตามข้อบ่งชี้บางอย่างชัดเจนเมื่อเด็กมีอายุ 18 เดือนขึ้นไป (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2546) อาการแรกที่ชัดเจนในเด็กออทิสติก คือ การพูด เด็กอาจเริ่มพูดตั้งแต่ 9 เดือน จนกระทั่งครบ 12 เดือน พัฒนาการจะหยุด และถดถอยอย่างชัดเจนเมื่ออายุ 18 - 24 เดือน เด็กจะไม่พูด หรือพูดแล้วสื่อสารไม่เข้าใจ รวมทั้งไม่เข้าใจความหมายของคำศัพท์ ไม่เพียงแต่พัฒนาการด้านภาษาเท่านั้นที่เป็นปัญหาสำคัญ ปัญหาพัฒนาการด้านสัมพันธภาพ หรือทางสังคมก็จัดเป็นปัญหาที่สำคัญของเด็กออทิสติกด้วยเช่นกัน (Hundry, Leadbitter, Temple, Slonims, McConachie, Aldred, Howlin, Charman & Consortium, 2010)

พัฒนาการในเด็กออทิสติกมีความผิดปกติหลายด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านภาษา สังคมสติปัญญา และพฤติกรรม โรคออทิสซึมส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้า พัฒนาการด้านสังคม และภาษา เป็นกุญแจสำคัญในการเปิดโลกให้เด็กเกิดการเรียนรู้เพื่อให้เกิดพัฒนาการที่เหมาะสมของเด็ก ในอนาคต (Hundry et al., 2010) ซึ่งพัฒนาการด้านสังคม และภาษา ที่เด็กจะสามารถเรียนรู้ได้ดี

หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับสติปัญญา หรือ IQ ของเด็กออทิสติกที่มี ซึ่งเด็กออทิสติกนั้นมีสติปัญญา หรือ IQ น้อยกว่า 75 % ซึ่งแสดงให้เห็นถึงคะแนนเด็กมีพัฒนาการล่าช้า และมักถูกประเมินเป็นอันดับแรกของการประเมินพัฒนาการเด็ก ซึ่งพัฒนาการด้านสติปัญญาที่มีความล่าช้า นั้นส่งผลต่อพัฒนาการด้านภาษาและสังคมให้เกิดความล่าช้าและเป็นปัญหาตามมา (Bhat, Landa, & Galloway, 2011) จะเห็นได้ว่า พัฒนาการในเด็กออทิสติกมีความผิดปกติที่เชื่อมโยงกันประกอบด้วยพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา ที่ส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถด้านต่างๆ ของเด็กออทิสติกให้เกิดความล่าช้าตามมา

ปัจจุบันมีแนวทางการรักษาที่พัฒนาด้วยวิธีต่างๆ ที่เปิดกว้างมากขึ้น การรักษาเด็กออทิสติกมีหลายวิธีแตกต่างกันตามลักษณะและอาการของเด็ก เช่น การรักษาด้วยการฝึกพูด การรักษาด้วยยา พฤติกรรมบำบัด การฝึกพัฒนาการเด็กด้านกล้ามเนื้อ รวมถึงการเล่นบำบัด (Kenny & Winick, 2000) นอกจากนี้ Freud (ฟรอยด์) กล่าวว่า การเล่นบำบัดเป็นวิธีหนึ่งที่น่ามาใช้ในการ บำบัดเด็กออทิสติกเนื่องจากการเล่นเป็นเหมือนงาน หรือธรรมชาติของเด็ก (Mohr, 2009) และการเล่นบำบัดสามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษา ของเด็กออทิสติกได้ (Paparella, Goods, Freeman & Kasari, 2011) ปัจจุบันการเล่นบำบัดเด็กออทิสติกด้วยการเล่นบำบัดมีอย่างแพร่หลาย เพราะ การเล่น คือ กิจกรรมหลักของเด็กและเป็นพื้นฐานการเจริญเติบโต การเรียนรู้ของเด็ก ซึ่งการเรียนรู้ที่ดีที่สุดในช่วงวัยเด็กนั้น คือ การเล่น เด็กสามารถเรียนรู้ผ่านการเล่น การใช้การเล่นบำบัดมาบำบัดเด็กออทิสติกเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่สามารถส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กออทิสติกเช่นกัน ดังนั้น การเล่นบำบัดจึงถูกนำมาใช้ส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก เห็นได้จากการศึกษาการนำการเล่นบำบัดไปใช้ในเด็กออทิสติก ในอายุ 6 ½ ปี ที่ได้รับวินิจฉัยว่าอยู่ในระดับรุนแรง พบว่า หลังการเล่นบำบัดเด็กมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีขึ้น (Josefi & Ryan, 2004) และ ยังพบว่า การส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา สังคม และสติปัญญาให้กับเด็กออทิสติกตั้งแต่เนิ่น ๆ ก่อนข้างได้ผลดี เนื่องจากเด็กออทิสติกถือว่าเป็นเด็กที่อยู่ในวัยแห่งการเรียนรู้ หากได้รับการเรียนรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยพัฒนาศักยภาพของเด็กให้มีความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันได้ (Wittenborn, Faber, Harvey, & Thomas, 2006)

อย่างไรก็ตามครอบครัวของเด็กออทิสติกต้องการให้ลูกที่เกิดมาเป็นปกติเหมือนเด็กทั่วไป แต่เมื่อเด็กได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นเด็กออทิสติก มีพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กปกติ ครอบครัวจะเกิดความทุกข์ ความเศร้า เสียใจ โทษตัวเอง หรือเกิดจากบาปกรรม และพยายามที่หาวิธีดูแลรักษา เพื่อให้เด็กหาย หรือสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หลายครอบครัวมีปัญหาการดูแลเด็กออทิสติกที่คล้ายคลึงกัน ก่อให้เกิดความอึดอัด คับข้องใจใน ปัญหาของเด็กออทิสติกนั้นส่งผลกระทบต่อทุกคนในครอบครัว (Papageorgiou & Kalyva, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ

Osborne, McHugh, Saunders, & Reed (2009) พบว่า เมื่อครอบครัว รับรู้ว่เด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กออทิสติก แต่ครอบครัวยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง อันจะส่งผลต่อการเลี้ยงดูและพัฒนาการของเด็กด้านภาษา สังคม และพฤติกรรมตามมา (Matson, Mahan, & Matson, 2009) การดูแลเด็กด้วยความรัก ความเอาใจใส่ คือ สิ่งที่ครอบครัวมีต่อเด็ก เนื่องจากครอบครัวมีความเข้าใจเด็กและอยู่กับเด็กตลอดเวลา รวมทั้งการดูแลกิจวัตรประจำวัน และการเล่น ซึ่งขณะเดียวกันครอบครัวจะคอยอบรมเลี้ยงดูให้เด็กมีพัฒนาการและการเรียนรู้ที่ดีและเหมาะสม (Stuart & Sundeen, 1983) ในขณะเดียวกันการบำบัดรักษาเด็กออทิสติกนั้นมีความค่าใช้จ่ายสูง และต้องมีความต่อเนื่อง การบำบัดเฉพาะในโรงพยาบาลอย่างเดียวยังไม่พอ เด็กต้องได้รับการบำบัดที่บ้านด้วย เพื่อให้เด็กได้รับการพัฒนาที่ต่อเนื่องต่อไปในอนาคต ดังนั้นเพื่อลดปัจจัยดังกล่าว การฝึกอบรมให้ความรู้และทักษะต่างๆ ให้กับครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติกที่ถูกต้องนั้น เป็นการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งของเด็กออทิสติกและครอบครัว ซึ่งการที่มีครอบครัวเข้าร่วมการบำบัดรักษาเด็กออทิสติกนั้นเป็นปัจจัยหลักที่จะนำไปดูแลเด็ก และเป็นสิ่งที่ทำทหายสำหรับครอบครัว อีกทั้งยังลดค่าใช้จ่าย ระยะเวลา และเกิดความต่อเนื่องในระยะยาว (Matson et al., 2009) และ Bolte et al. (2011) ยังกล่าวว่า เนื่องจากพัฒนาการของเด็กนั้นเริ่มจากครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นจุดแรกที่มีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก เป็นสิ่งแรกในการปูพื้นฐานสำหรับเด็ก ทั้งพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา เนื่องจากครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและอยู่กับเด็กตลอดเวลา ซึ่งจะเข้าใจในตัวเด็กมากที่สุด รวมทั้งในการดำรงชีวิตและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันในครอบครัว ดังนั้น หากครอบครัวไม่มีความรู้ไม่เข้าใจถึงโรคและการดูแล เด็กออทิสติกพัฒนาการด้านต่าง ๆ จะได้รับการบำบัดแก้ไขไม่ถูกต้องอันส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของเด็กตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดการเล่นบำบัดของ Beyer & Gammeltoft (2001) อธิบายว่า เด็กออทิสติกสามารถเรียนรู้ และจดจำผ่านสายตาเป็นหลัก โดยมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา โดยการจัดลำดับก่อนหลังที่ชัดเจนในการเล่น และความต่อเนื่องของการเล่นบำบัด ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลสร้างความคุ้นเคย ระหว่างเด็กและครอบครัว ด้วยการทักทาย แนะนำตัว กระตุ้นให้เด็กถาม และตอบ เล่นกับเด็กและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน อันเป็นปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา เป็นกิจกรรมรายบุคคล ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาบำบัด การบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อให้เด็กเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและฝึกการใช้ทักษะทางสังคม สติปัญญาและภาษาในสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน ได้อย่างเหมาะสม เพื่อพัฒนาความเข้าใจภาษาพูดและภาษาท่าทาง ที่ใช้ใน ชีวิตประจำวัน ได้อย่างเหมาะสม โดยแต่ละครั้งพยาบาลเป็นผู้ประเมินความสามารถในการเล่นของ

เด็กออทิสติกและครอบครัวหลังเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งครอบครัวจะได้เรียนรู้วิธีการเล่นจากพยาบาล และสามารถนำไปปฏิบัติเองที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมรายบุคคล โดยพยาบาลจะจัดกิจกรรมจากความผิดปกติของพัฒนาการเด็กออทิสติก เพื่อฝึกให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับพยาบาลก่อน และพัฒนาควบคู่ไปกับการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยครอบครัวเข้าร่วมเล่นทุกครั้ง ซึ่งงานวิจัยนี้ผู้ใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในเด็กออทิสติก คือ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้นมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการการล่าช้าเพื่อให้เด็กได้มีพัฒนาสมวัย หรือใกล้เคียงกับวัยของเด็กให้มากที่สุด นอกจากนี้พยาบาลยังให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวด้วยความเอาใจใส่ในการร่วมกันแก้ไขปัญหาพร้อมกับครอบครัว โดยยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อให้เด็กออทิสติกได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด เพราะเด็กออทิสติกนั้นมีปัญหาพัฒนาการรอบด้าน แต่ปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลต่อพัฒนาการด้านอื่นๆ คือ พัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญา และภาษา ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเฉพาะด้านในการแก้ไขปัญหา

คำถามการวิจัย

1. พัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกหลังได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมหรือไม่
2. พัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกหลังทดลองในกลุ่มที่ได้รับการได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมจะเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกหลังได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมุติฐาน

เด็กออทิสติก อาการที่แสดงออกชัดเจน ได้แก่ ขาดการปฏิสัมพันธ์ ทางสังคม ขาดการสื่อสารทั้งทางวาจาและท่าทาง แยกตัวและขาดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของโรคออทิสซึมที่ชัดเจน แต่มีวิธีการดูแลรักษาที่ช่วยเด็กสามารถพัฒนาได้ และพัฒนาได้ดีหากมีความต่อเนื่อง เป้าหมายของการดูแลรักษา คือ สามารถเรียนรู้ ปรับตัว ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และประกอบอาชีพได้ โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด (Independent Living) แนวทางการดูแลรักษาเด็กออทิสติก จำเป็นต้องใช้ทีมงานผู้เชี่ยวชาญจากสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team Approach) (Videbeck, 2008) หัวใจสำคัญของการดูแลรักษาไม่อยู่ที่ผู้เชี่ยวชาญ แต่อยู่ที่ครอบครัวของเด็กออทิสติก และในการดูแลนั้น ถ้ามีเจตคติที่ถูกต้อง มีทักษะที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ให้ทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วม และมีความรักให้กัน ในครอบครัว เปิดโอกาสช่วยเหลือเด็กเท่าๆ กัน ปรึกษาปรึกษาซึ่งกันและกัน ทีมงานผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และสาธิตเทคนิควิธีต่างๆ ให้นำไปฝึกปฏิบัติต่อไปได้ ซึ่งครอบครัว คือ สิ่งสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กออทิสติกได้อย่างเต็มศักยภาพ (ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2549) ซึ่งการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลอุบลประสาธน์ วัตถุประสงค์ในปัจจุบัน คือ การนัดเด็กออทิสติกแบบผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ ให้มาบำบัดตามนัดสัปดาห์ละ 2 วัน ระยะเวลา 3 เดือน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มวันจันทร์และวันอังคาร กับ กลุ่มวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้จะได้รับการดูแลตามปกติ คือ พยาบาล หรือผู้บำบัด เป็นผู้บำบัดเด็กออทิสติกเพียงฝ่ายเดียว บางกิจกรรมอาจให้ครอบครัวเข้าร่วมสังเกตการณ์ หรือให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม แต่ครอบครัวไม่ได้นำกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้าน และขาดทักษะในการดูแลเด็กออทิสติก ส่วนการบำบัดด้วยการเล่นบำบัดจะได้รับเพียงบางราย โดยแพทย์จะเป็นผู้ส่งให้ APN พยาบาลชำนาญการพิเศษ เพื่อบำบัดด้วยการเล่นบำบัด ซึ่งเด็กจะไม่ได้รับการบำบัดทุกคน ขณะเดียวกัน การพยาบาลตามปกตินั้นนำการเล่นบำบัดไปดูแลเด็กออทิสติกเพียงบางส่วนเท่านั้น และบางครั้งเด็กเกิดการเจ็บป่วยไม่สามารถมาบำบัดได้ เด็กจึงไม่ได้รับความต่อเนื่องในการบำบัดตามไปด้วย ขณะเดียวกันเด็กบางคนอาจไม่พร้อมในการทำกิจกรรม เมื่อถูกกระตุ้น หรือจำกัดพฤติกรรมเด็กอาจเกิดพฤติกรรมต่อต้าน ปฏิเสธ ส่งผลให้เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม ส่งผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการได้ไม่ดีเท่าที่ควร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเล่นบำบัดแบบมารดามีส่วนร่วมของ Kasari et al. (2006) พบว่า สามารถบำบัดเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ขาดความสนใจในกิจกรรม และหลังการบำบัดเด็กออทิสติกมีพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาดีขึ้นเมื่อมีมารดาเข้าร่วมในการการเล่นบำบัดอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาทุกขั้นตอน เน้นให้เด็กเกิดการเรียนรู้จากจินตนาการ

การเชื่อมโยงกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การเล่นเกมแบบ การเล่นกับครอบครัวและผู้บำบัด รวมทั้งการเล่นเป็นกลุ่ม โดยเล่นอย่างต่อเนื่อง Kool & Lawver (2010) ได้อธิบายว่า การเล่นบำบัด ช่วยส่งเสริมด้านภาษาในการสื่อสารในเด็กออทิสติกและส่งเสริมสัมพันธภาพทางด้านสังคม จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าแนวทางการบำบัดด้วยการเล่นบำบัด (Play Therapy) เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ รวมไปถึงการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาและสังคม สอดคล้องกับ การวิจัยของ Kasari, Freeman, & Paparella (2006) พบว่า การเล่นบำบัดโดย มารดามีส่วนร่วมและมีการดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิดฝึกลูกอย่างต่อเนื่องโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการ ดูแลทุกขั้นตอนจะทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาที่ดี อีกทั้งยัง พบว่า Bromfield (1989) และ Axline's (1969 อ้างถึงใน Kenny & Winick, 2000) ได้นำการเล่นบำบัดมา ใช้ในเด็กออทิสติกระดับดี โดยใช้ระยะเวลา 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และพบว่ายังได้ผลดีกับเด็กออทิสติก ที่มีอาการรุนแรงที่มีปัญหาพัฒนาการด้านการสื่อสารและสังคม ถ้ามีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 7 ครั้ง จะได้ผลพัฒนาการที่ดี นอกจากนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางการเล่นบำบัดของ Beyer & Gammeltoft (2001) และประยุกต์ร่วมกับการมีครอบครัวเข้ามา มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเล่นบำบัดของ Kasari et al. (2006) โดยใช้ระยะเวลาในการเล่นบำบัด 5-6 สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที กลุ่มตัวอย่างอายุ 3-4 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าและขาดความสนใจในกิจกรรม ฝึก 2-3 ครั้งต่อ สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยนำมาพัฒนาในงานวิจัยครั้งนี้โดยใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับเด็กออทิสติก

จากแนวทางการเล่นบำบัดของ Beyer & Gammeltoft (2001) อธิบายว่า เด็กออทิสติก สามารถเรียนรู้ และจดจำผ่านสายตาเป็นหลัก โดยมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา และสังคม ด้วยการจัดการเล่นที่เหมาะสมและมีความต่อเนื่องของกิจกรรม ประยุกต์ร่วมกับการมี ครอบครัวเข้ามา มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเล่นบำบัดของ Kasari et al. (2006) คือ การเล่นบำบัด โดยมารดามีส่วนร่วมและมีการดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิดฝึกลูกอย่างต่อเนื่อง โดยให้มารดามีส่วนร่วมใน การดูแลทุกขั้นตอนจะทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาที่ดี ดังนั้น ผู้วิจัยได้นำ การเล่นบำบัด แบบครอบครัวมีส่วนร่วมมาทดลองกับกลุ่มเป้าหมาย และผู้วิจัยให้ครอบครัวนำการ เล่นบำบัดกลับไปทำต่อเนื่องกับเด็กที่บ้านหลังจบการเล่นบำบัดแต่ละครั้ง ซึ่งจากการให้คำแนะนำ และส่งเสริมทักษะการเล่นบำบัดให้กับสมาชิกในครอบครัว จะทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถ นำการเล่นบำบัดไปส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกต่อเนื่องและตลอดเวลาที่อยู่กับเด็กที่บ้านได้ เนื่องจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมทักษะพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของ เด็กออทิสติกให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมและช่วยเหลือตัวเองได้ต่อไป

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกหลังได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมจะเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัด
2. คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกที่ได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมจะเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) ทำการทดลองผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เด็กออทิสติก อายุ 3-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสซึม ตามเกณฑ์ (DSM IV) จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ตัวแปรตาม คือ พัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก

คำจำกัดความในการวิจัย

เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคออทิสซึม ตามการวินิจฉัยโรค Diagnostic & statistical manual of mental disorders, Ed 4, text revision, Washington, DC, 2000, American Psychiatric Association. (DSM-IV-TR) เป็นกลุ่มโรคที่มีพัฒนาการผิดปกติหลายด้าน ได้แก่ 1) พัฒนาการด้านสังคมที่ผิดปกติ คือ มีพฤติกรรมเหมือนอยู่ในโลกของตนเอง ไม่สนใจบุคคลอื่น ไม่มองหน้าและไม่สบตา ไม่ชอบเล่น หรือสร้างความผูกพันกับผู้อื่น 2) พัฒนาการด้านภาษาที่ผิดปกติ คือ พูดช้า หรือไม่พูด พูดซ้ำ หรือใช้ภาษาที่ไม่มีใครเข้าใจ มีภาษาพูดเป็นของตนเองไม่มีการเล่นสมมติ หรือเล่นเลียนแบบตามพัฒนาการ 3) มีความสนใจ หรือพฤติกรรมซ้ำๆ คือ หมกมุ่นกับพฤติกรรมซ้ำๆ (Stereotyped) ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป สนใจในสิ่งต่างๆ จำกัด แสดงออกที่ไม่มีความหมายไม่มียืดหยุ่น ทำกิริยาซ้ำๆ (Mannerism) เช่น เล่นสะบัดมือ หมุนตัว โยกตัว

พัฒนาการ ด้านสังคม สติปัญญาและภาษา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในด้านความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับวัย ได้แก่ 1. ด้านการสื่อสาร การแสดงออกด้วยท่าทาง เช่น ชี้ออกความต้องการ การจูงมือไปยังสิ่งที่เด็กต้องการ การตอบสนองต่อคำสั่งด้วยภาษาท่าทางและคำพูดได้ และการสื่อสารด้วยคำพูด เช่น การออกเสียงเป็นคำ ๆ ร่วมกับการสื่อสารด้วยท่าทาง การพูดเป็นประโยคสั้นๆ หรือยาวตามความสามารถของเด็ก 2. ด้านการเข้าสังคม เด็กรู้จักเล่นกับผู้อื่น ทักทายบุคคลใกล้ชิด เจ้าหน้าที่ และพยาบาลผู้บำบัด 3. ด้านสติปัญญา มีความสามารถในการจดจำบุคคล เหตุการณ์ต่างๆ รวมทั้งลำดับขั้นตอนในการทำกิจกรรมที่กำหนดได้ การรู้จักรอคอย และแก้ไขปัญหา

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ เป็นประจำของผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ ที่จัดให้บริการแก่เด็กออทิสติก โดยพยาบาลทำการซักประวัติ, พฤติกรรมบำบัด, พัฒนาการบำบัด, การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) ในการดูแลเด็กออทิสติกแก่ครอบครัวทุกวันจันทร์ ประมาณ 4-6 ครั้ง ได้แก่ เรื่อง การรักษาด้วยยา ฝึกพูดเบื้องต้น การดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี การทำสื่อการสอน การให้ Empowerment แก่ครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติกที่บ้าน การส่งเสริมพัฒนาการ โดยพยาบาลวิชาชีพที่ห่อผู้ป่วย ได้แก่ การนวด การร้องเพลง การเรียนรู้กับเพื่อนในชั้นเรียน การฟังนิทาน การวาดภาพระบายสี การเล่นเกมเป็นกลุ่ม ตามที่จัดขึ้น ซึ่งเป็นโปรแกรมที่หลากหลายเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัน ซึ่งเด็กออทิสติกและครอบครัวจะได้รับทุกคน ระยะเวลาในการดำเนินการ 3 เดือน

การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้กับเด็กออทิสติก ด้วยการ เล่นบำบัด โดยมีการจัดการเล่นบำบัดเป็นลำดับขั้นตอนจากง่ายไปยากและต่อเนื่อง โดยมีบุคคลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ได้แก่ บิดา หรือมารดา เข้าร่วมในกิจกรรม ซึ่งผู้บำบัดใช้การเล่นบำบัดในการฝึกปฏิบัติ ตลอดจนการประเมินความสามารถหลังจากทำกิจกรรมกับเด็กทุกครั้ง จนบิดา หรือมารดา สามารถทำได้และทำเป็น และนำไปปฏิบัติกับ เด็กออทิสติกที่บ้านได้เอง ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดการเล่นบำบัดของ Beyer & Gammeltoft (2001) และประยุกต์ร่วมกับหลักการการมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการเล่นบำบัดของ Kasari et al. (2006) เป็นกิจกรรมการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ประกอบด้วยการ เล่นบำบัด 6 เกม 13 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 7 สัปดาห์ติดต่อกัน มี 2 ขั้นตอน คือ 1) ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ ในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยการเล่นบำบัดรายบุคคล 2 เกม จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที และ 2) ระยะเวลาบำบัด ในสัปดาห์ที่ 2-7 มี 4 เกม จำนวน 11 ครั้ง แบ่งเป็นการเล่นบำบัดรายบุคคล 3 เกม จำนวน 9 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที และการเล่นรายกลุ่มบำบัด 1 เกม จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ (Relational Play) จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับเด็ก และครอบครัว โดยพยาบาลนำของเล่นวางไว้ให้เด็กเลือก หยิบจับ และการรู้จักตัวตนผ่านการสื่อสารโดยมองกระจกเงาสะท้อน ขณะที่ครอบครัวสังเกตพยาบาลทำ และฝึกปฏิบัติกับเด็ก เพื่อให้เด็กรู้จักตัวตนของตัวเอง การมอง การสบตา การเรียนรู้ผ่านกระจก สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเด็กออทิสติกและเกิดความไว้วางใจ และให้เด็กเกิดการรู้จักของเล่นใหม่ ๆ รู้จักบุคคลอื่น (พยาบาล)

ขั้นตอนที่ 2 ระยะบำบัด ประกอบด้วยการบำบัดรายบุคคลและการบำบัดรายกลุ่ม การบำบัดรายบุคคล เพื่อให้เด็กเรียนรู้การมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและฝึกการใช้ทักษะทางสังคม สติปัญญาและภาษาในสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน ได้อย่างเหมาะสม เพื่อพัฒนาความเข้าใจภาษาพูดและภาษา กาย ที่ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม โดยแต่ละครั้งพยาบาลประเมิน ความสามารถในการเล่น ของเด็กออทิสติกและครอบครัวหลังเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งครอบครัวจะได้เรียนรู้วิธีการเล่นจากพยาบาล และสามารถนำไปปฏิบัติเองที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง เป็นการเล่นบำบัดรายบุคคล 3 เกม จำนวน 9 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และบำบัดรายกลุ่ม 1 เกม จำนวน 2 ครั้ง กลุ่มละ 60 นาที ดังนี้

การบำบัดรายบุคคล จำนวน 9 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ได้แก่

การเล่นเลียนแบบ 3 ครั้ง/เกม โดยนำตุ๊กตาเอามาเล่นตามบทบาทสมมุติ เช่น การกิน การนอน การเดิน การยืน และการนำโทรศัพท์มาใช้ในการสื่อสารระหว่างกัน หลังจากนั้น ครอบครัวฝึกปฏิบัติและทำกับเด็กทุกขั้นตอน

การเล่นกับสื่อ 3 ครั้ง/เกม โดยการเล่าเรื่องใช้ภาพเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การตื่นนอนอาบน้ำ แต่งตัว หาว เข้านอน และนอนหลับโดยพยาบาลทำให้เด็กดูแล้ว ให้เด็กทำตาม หลังจากนั้นครอบครัวฝึกปฏิบัติและทำกับเด็กทุกขั้นตอน

การเล่นสลับบทบาทและการเล่นตามกติกาต่างๆ 3 ครั้ง/เกม ใช้หมวกเป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Play) ประกอบด้วยการเล่นต่อบล็อกไม้ให้สูงขึ้นและเล่นจับคู่การ์ดสี เล่นโดยใช้หมวก เป็นสัญลักษณ์ในการสลับกันเล่น ผู้ที่เล่นให้ใส่หมวก ซึ่งเริ่มจากการเล่นต่อบล็อกไม้ไม่ให้สูงขึ้น เมื่อจบเกมเล่นจับคู่การ์ดสี พยาบาลแบ่งแผ่นกระดานสี่วงกลม 6 สีให้คนละ 1 แผ่น และแผ่นวงกลม สี 6 วง ๆ ละ 1 สี พยาบาลทำการจับคู่สีในกระดานของตนเอง และกระตุ้นให้เด็กออทิสติกจับคู่สีใน กระดานของตนเองในการเล่นจนครบคู่สี

การบำบัดรายกลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ประกอบด้วย

เกมกินขนม และการเคลื่อนไหวร่างกายเข้าจังหวะ พยาบาลผู้บำบัด นั่งกับเด็กและ ครอบครัวเป็นวงรอบโต๊ะ พยาบาลเป็นผู้นำในการร้องเพลงสวัสดีและให้เด็ก ๆ แนะนำตัว กับเพื่อน ๆ ในกลุ่ม ให้ผู้นำกลุ่มใส่หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการแจกการ์ดรูปขนมและ

การ์ดไม่มีรูปขนม เมื่อแจกการ์ดครบทุกคนแล้วให้ผู้นำกลุ่มให้สัญญาณในการเปิดการ์ด เมื่อพลิกการ์ดดูถ้าใครเปิดได้การ์ดที่มีรูปขนม จะได้กินขนมตามรูปในการ์ด สลับกันเป็นผู้นำกลุ่มจนครบทุกคน เมื่อจบเกมพยาบาลให้เด็กออกมาทำการเคลื่อนไหวร่างกายเข้าจังหวะโดยให้เด็กล้อมกันเป็นวงกลมและให้ครอบครัวร่วมเล่น พยาบาลร้องเพลงเข้าจังหวะ ประกอบด้วย เพลงสวัสดี เพลงออกกำลังและทำการเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะ เพลงดอกไม้บาน-หุบ และเพลงบ๊ายบาย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการวิจัยด้วยเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาที่เพิ่มมากขึ้นของเด็กออทิสติก
2. เป็นการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตละจิตเวชในการส่งเสริมการดูแลเด็กออทิสติก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้การเล่นบ๊อบบี้แบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือวารสาร บทความและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและนำเสนอแนวคิดตามลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติก
 - 1.1 ความหมายของเด็กออทิสติก
 - 1.2 เกณฑ์ในการวินิจฉัยออทิสติก
 - 1.3 การประเมินเด็กออทิสติก
 - 1.4 การดูแลรักษาเด็กออทิสติก
2. การพยาบาล
 - 2.1 แนวคิดและหลักการพยาบาลเด็กออทิสติก
 - 2.2 กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติก
3. พัฒนาการเด็ก
 - 3.1 ความหมายของพัฒนาการเด็กปกติ
 - 3.2 องค์ประกอบของพัฒนาการเด็ก
 - 3.3 ความสัมพันธ์กันของพัฒนาการแต่ละด้าน
- 4 พัฒนาการเด็กออทิสติก
 - 4.1 การส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก
 - 4.2 เครื่องมือวัดพัฒนาการเด็กออทิสติก
5. การเล่นบ๊อบบี้ในเด็กออทิสติก
6. การเล่นบ๊อบบี้โดยครอบครัวมีส่วนร่วม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติก

1.1 ความหมายของเด็กออทิสติก

Videbeck (2008) ให้ความหมาย เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กที่ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้ปกติ พัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษา ล่าช้า สื่อสารไม่เข้าใจ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว ไม่สามารถคิดเชื่อมโยง หรือจินตนาการ หรือแก้ปัญหาได้ บางรายมีพฤติกรรมซ้ำๆ

มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2552) ให้ความหมาย เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างและสิ่งแวดล้อม เด็กบางรายสามารถสื่อสารกับผู้อื่นและก็มีผลฉลาด บางรายลักษณะคล้ายเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งอาการและความรุนแรงไม่เท่ากัน แต่มีปัญหาทางสังคม การสื่อสาร พฤติกรรม สมาธิ กล้ามเนื้อและความรู้สึก ที่ล่าช้าคล้ายกัน

Filipek et al. (2000) ให้ความหมายว่า เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษา การสื่อสารทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง มีปัญหาการเข้าสังคม การเรียนรู้ร่วมกับผู้อื่น และพฤติกรรมซ้ำๆ เด็กมักอยู่ในโลกของตนเองและแยกตัวเป็นส่วนใหญ่

Johnson Johnson, Myers, M. S., & the Council on Children With Disabilities Embargo Release. (2007) และ Pravikoff (2011) ให้ความหมายว่า เด็กออทิสติกหมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ 1) ด้านภาษา เด็กไม่สามารถสื่อสาร หรือเข้าใจบุคคลอื่น มีภาษาพูดเป็นของตนเอง 2) ด้านสังคมไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และ 3) พฤติกรรมที่กำจัด คือ ทำเฉพาะกิจกรรมที่ตนสนใจเพียงสิ่งเดียว ซึ่งสันนิษฐานการเกิดโรคจากพยาธิสภาพของสมอง พันธุกรรม หรือยีน เด็กออทิสติกเสี่ยงต่อการเกิดอาการชัก และการแสดงความก้าวร้าวต่อตนเอง หรือผู้อื่น ซึ่งเด็กออทิสติกไวต่อการสัมผัสความเจ็บปวด แสง เสียงที่เป็นสิ่งเร้าทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

จากการทบทวนวรรณกรรม เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน ได้แก่ เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการด้านภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร สื่อความหมายกับบุคคลอื่น พัฒนาการด้านสติปัญญาที่เด็กไม่สามารถเรียนรู้สิ่งรอบตัว หรือผู้อื่น พัฒนาการด้านสังคมที่เด็กไม่สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่น ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านพฤติกรรมซ้ำๆ การแยกตัวอยู่ในโลกของตนเองเพียงลำพัง การเล่นคนเดียว เล่นไม่เป็น สื่อสารกับบุคคลอื่น บอกความต้องการของตนเองไม่ได้ มีภาษาเป็นของตัวเอง ความไม่มั่นใจในตนเองในการทำสิ่งต่างๆ ขาดจินตนาการและการเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ การเลียนแบบกิจกรรมต่างๆที่ไม่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นการเรียนรู้ที่สำคัญต่อพัฒนาการของเด็กออทิสติกในการเข้าสังคมเพื่อพัฒนาไปเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ต่อไปในอนาคต

สาเหตุของโรคออทิซึม

จากการศึกษา พบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคออทิซึมนั้น เกิดจากพยาธิสภาพของสมองที่มีความผิดปกติที่ส่งผลกระทบต่อสติปัญญา ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการสื่อสาร ปัจจุบันมีการนำเครื่องมือที่ทันสมัยเพื่อตรวจวินิจฉัยโรค ได้แก่ การใช้เครื่อง Magnetic resonance imaging (MRI) (Verhoeven, 2010) เครื่อง Single-photo emission CT (SPECT) หรือ Positron-emission tomography (PET) (Filipek, Accardo, Ashwal, Baranek, CookE, Dawson, Gordon, Gravel, Johnson, Kallen, Levy, Minschew, Ozonoff, Prizant, Rapin, 2000) เป็นเครื่องมือที่มีความละเอียดสูงเพื่อหาความผิดปกติของสมองและวินิจฉัยโรคออทิซึม จากการตรวจ พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สติปัญญาและการเรียนรู้ การเข้าใจบุคคลอื่น เข้าใจอารมณ์ความคิดของบุคคลอื่น ความสามารถในการเล่น เกิดจากความผิดปกติของสมองส่วนหน้า คือ The inferior frontal gyrus, Inferior parietal lobule และ The superior temporal sulcus ส่วนการสื่อสารของเด็กออทิสติกที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง มีพฤติกรรมซ้ำซาก ความจำ การเล่นแบบเชื่อมโยง เกิดจากความผิดปกติของสมองส่วน The left inferior frontal gyrus (LIFG) และ Left superior & middle temporal gyrus

นอกจากนี้การประเมินโดยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ด้วยวิธีการทดสอบการได้ยินเป็นอีกวิธีหนึ่งที่น่ามาประเมินพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาและสังคมในเด็กออทิสติก โดยประเมินจาก 3 วิธี คือ 1) จากการสื่อสารปกติ 2) จากประสาทสัมผัส 3) จากการสูญเสียการได้ยินและประสาทสัมผัส ผลที่ได้อาจพบว่าเด็กอาจสูญเสียการได้ยิน หรือสูญเสียการได้ยินชั่วคราวอันเกิดจากหูอักเสบ หรือมีน้ำในช่องหูที่เป็นสาเหตุให้เด็กไม่ได้ยินที่สามารถเกิดขึ้นได้ในเด็กออทิสติก (Filipek et al., 2000)

อาการอื่นที่มักพบร่วมด้วย ได้แก่ การตอบสนองต่อสิ่งเร้ามากเกินไป อารมณ์รุนแรง และเปลี่ยนแปลงง่าย พฤติกรรมซนมาก อยู่ไม่นิ่ง ขาดสมาธิ พฤติกรรมก้าวร้าวและทำร้ายตนเอง อาจตรวจพบความพิการเล็กน้อยบางอย่าง เช่น ลักษณะใบหูผิดปกติ (Hypertelorism) ตา 2 ข้างห่างกันมากกว่าปกติ ส่วนใหญ่มีโอกาสเข้าเกณฑ์ วินิจฉัย ก่อนอายุ 2 ปี แต่ประมาณร้อยละ 20-30 ของเด็กที่มีพัฒนาการในช่วง 12-18 เดือน ทุกด้านปกติ อาจเริ่มพูดเป็นคำที่มีความหมายได้บ้างแล้ว หลังจากนั้นจึงเริ่มมีพัฒนาการถดถอยและแสดงอาการของโรคชัดเจนขึ้น ลักษณะ อาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้เรียกว่า “Late-onset autism” หรือ “Regressive autism” (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคออทิซึม

โรคออทิซึม เป็นโรคในกลุ่ม Neurodevelopment disorder สันนิษฐานว่ามีสาเหตุจากทั้งปัจจัยด้านพันธุกรรม พบว่าฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน หากมีคนหนึ่งเป็นอีกคนหนึ่งจะมีโอกาสสูงและพบว่าเกิดจากพันธุกรรมมากกว่าสิ่งแวดล้อม และ 90% สาเหตุทางพันธุกรรม การเกิดโรคออทิซึมมากกว่าโรคซึมเศร้า หรือ โรควิตกกังวลในเด็ก (Komaroff, 2011) และสภาพแวดล้อม ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาของสมองตั้งแต่เป็นทารกในครรภ์จนถึงวัยทารกและวัย เตะาะตะคาคาการณ์ว่าเป็นอิทธิพลจากปัจจัย สภาพแวดล้อมที่อาจเกี่ยวข้อง ได้แก่ การติดเชื้อไวรัส กระบวนการทางระบบภูมิคุ้มกัน สารที่เป็นพิษต่อระบบประสาท ในปัจจุบันยังไม่มีการอธิบายการเกิดโรคได้อย่างชัดเจน แต่ไม่ได้เกิดจากการ เลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม หรือขาดการกระตุ้นพัฒนาการ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

การตั้งครรภ์ ขณะเป็นตัวอ่อนในครรภ์สมองเด็กจะมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ดังนั้น หากมีสิ่งมากระทบสมองเด็กโดยเฉพาะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ ได้แก่ การติดเชื้อไวรัส หัดเยอรมัน การขาด Oxygen ขณะคลอด การแบ่งโครโมโซมที่ผิดปกติ รวมทั้งการเผาผลาญอาหารที่ไม่เหมาะสมขณะคลอด (Filipek et al., 2000) และการขาดยา Folic acid รวมทั้งการคลอดที่รวดเร็ว (Komaroff, 2011)

โรคที่พบร่วมกับ Autism

ร้อยละ 70-75 ของเด็กออทิสติก เป็นโรคปัญญาอ่อนร่วมด้วย แต่เด็กบางคนอาจมีความสามารถบางด้านสูงกว่าปกติ เช่น ความจำ การอ่าน การคำนวณ ดนตรีและวาดภาพ โดยมี IQ น้อยกว่า 35 จะมีอยู่ประมาณร้อยละ 10 ที่มีระดับ IQ ปกติ และเด็กออทิสติกจะมี IQ น้อยกว่า 70 (Filipek et al., 2000)

ร้อยละ 15-80 ของเด็กออทิสติก มีคลื่นสมองผิดปกติ และร้อยละ 3-32 เป็นโรคลมชัก (Seizure) โรคลมชักนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค การมีโรคปัญญาอ่อน และการเป็นโรคทางกายร่วมด้วย (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

การแบ่งระดับเด็กออทิสติก

แบ่งได้ 3 ระดับ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ดังนี้

1. ระดับที่มีอาการน้อย เรียกว่า Mild Autism บางครั้งเรียก กลุ่มออทิสติกที่มีศักยภาพสูง (High Functioning Autism) จะมีระดับสติปัญญาปกติ หรือสูงกว่าปกติ มีพัฒนาการทางภาษาดีกว่ากลุ่มอื่น อาจมีความสามารถบางอย่างแฝงอยู่ หรือเป็นอัจฉริยะ แต่ยังคงมีความบกพร่องในทักษะด้านสังคม การรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของบุคคลอื่น ในปัจจุบันมีคนเรียกเด็กกลุ่มนี้อีกชื่อหนึ่งว่า แอสเพอร์เกอร์ (Asperger Syndrome) มีอยู่ประมาณร้อยละ 5-20

2. ระดับกลุ่มที่มีอาการปานกลาง เรียกว่า กลุ่ม Moderate Autism กลุ่มนี้จะมีความล่าช้าในพัฒนาการด้านภาษา การสื่อสาร ทักษะสังคม การเรียนรู้ รวมทั้งด้านการช่วยเหลือตนเองแต่สามารถพัฒนาจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้และอาจเรียนในระบบได้ถึงระดับหนึ่ง กลุ่มนี้จะมีอยู่ประมาณร้อยละ 50-75

3. ระดับกลุ่มที่มีอาการรุนแรง เรียกว่ากลุ่ม Severe Autism กลุ่มนี้จะมีความล่าช้าในพัฒนาการเกือบทุกด้าน มีปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรงและอาจเกิดร่วมกับภาวะความพิการอื่น เช่น ปัญญาอ่อน ตาบอด หากไม่รับการกระตุ้นพัฒนาการมาตั้งแต่ต้นจะสามารถพัฒนาได้เพียงแค่ช่วยเหลือตนเองได้ เรียนรู้ได้น้อย กลุ่มนี้มีอยู่ประมาณร้อยละ 20-30

1.2 เกณฑ์ในการวินิจฉัยออทิสติก

การประเมินและวินิจฉัยออทิสติกนั้นส่วนมากมักพบความผิดปกติบางอย่างที่สังเกตได้ตั้งแต่อายุได้ 18 เดือน และจะได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์เมื่ออายุ 2 ปี (Filipek et al., 2000) และมีความผิดปกติที่สำคัญ 3 ด้าน (Verhoeven et al., 2010) ได้แก่ พัฒนาการด้านภาษา พัฒนาการด้านสังคม และพฤติกรรมซ้ำซาก สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) กล่าวถึงเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะออทิสซึม เป็นข้อบ่งชี้ของ DSM IV (Filipek et al., 2000 และ Johnson et al., 2007) มีดังนี้

1. เข้าเกณฑ์ต่อไปนี้ 6 ข้อ หรือมากกว่า จากข้อ 1.1, 1.2 และ 1.3 โดยจากข้อ 1.1 อย่างน้อยต้องมี 2 ข้อ จากข้อ 1.2 และ 1.3 อย่างน้อยต้องมี 1 ข้อ

1.1 มี คุณลักษณะในการเข้าสังคมที่ผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้

- ก. บกพร่องอย่างชัดเจนในการใช้ท่าทาง เช่น การสบตา การแสดงสีหน้า ท่าทาง
- ข. ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับที่เหมาะสมได้
- ค. ไม่แสดงความอยากเข้าร่วมกิจกรรมกับคนอื่น ๆ ไม่เสนอว่าตนสนใจอะไร
- ง. ไม่มีอารมณ์ หรือสัมพันธ์ภาพตอบสนองกับสังคม

1.2 มี คุณลักษณะในการสื่อสารผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้

- ก. พัฒนาการในการพูดช้า หรือไม่มีเลย ไม่สื่อสารโดยใช้วิธีท่าทางมาทดแทน
- ข. ในรายที่มีการพูดได้ ก็ไม่สามารถเริ่มพูด หรือสนทนาต่อเนื่องกับคนอื่นได้
- ค. ใช้คำพูดซ้ำ หรือใช้ภาษาที่ไม่มีใครเข้าใจ มีภาษาพูดเป็นของตนเอง
- ง. ไม่มีการเล่นสมมติที่หลากหลาย หรือเล่นเลียนแบบสิ่งต่างๆ ตามพัฒนาการ

1.3 มี แบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัด แสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้

- ก. หมกมุ่นกับพฤติกรรมซ้ำๆ (Stereotyped) ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป

- ข. ติดกับกิจวัตร หรือย่ำทำกับบางสิ่งบางอย่างที่ไม่มีประโยชน์โดยไม่ยืดหยุ่น
- ค. ทำกิริยาซ้ำๆ (Mannerism) เช่น เล่นสะบัดมือ หมุน โยกตัว

2. มีความ ซ้ำ หรือผิดปกติในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ ก่อนอายุ 3 ปี

- 2.1 ปฏิสัมพันธ์ กับสังคม
- 2.2 ภาษาที่ใช้สื่อสารกับสังคม
- 2.3 การใช้สัญลักษณ์ หรือการเล่นตามจินตนาการ

3. ความผิดปกติไม่เข้ากับ Rett's Disorder หรือ Childhood Disintegrative Disorder เป็นตัวทำนาย โรคออทิสซึม ในเด็กอายุ 18 เดือนขึ้นไป มี 4 อาการหลัก ถ้าพบว่ามีอาการผิดปกติเหล่านี้ตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป ควรนึกถึงโรคออทิสซึม และควรมีการดำเนินการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และให้ความช่วยเหลืออย่างทันที อาการดังกล่าว คือ

- 3.1 เล่นสมมติ เล่นจินตนาการไม่เป็น (Lack of Pretend Play)
- 3.2 ไม่สามารถชี้นิ้วบอกความ ต้องการได้ (Lack of Protodeclarative Pointing)
- 3.3 ไม่สนใจเข้ากลุ่ม หรือเล่นกับเด็กคนอื่น (Lack of Social Interest)
- 3.4 ไม่มีพฤติกรรมที่แสดงออก ถึงความสนใจร่วมกับคนอื่นได้ (Lack of Joint Attention)

1.3 การประเมินเด็กออทิสติก

ขั้นตอนในการประเมินเด็กเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคออทิสซึม (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552 และ Hatfield, 2003) มีดังนี้

1. การซักประวัติ การตรวจร่างกาย โดยเฉพาะประวัติพัฒนาการ และลักษณะอาการพัฒนาการผิดปกติ การประเมินความรุนแรงของโรค ในด้านต่างๆ การประเมินจุดแข็งแรงของเด็ก ระดับเซาว์ปัญหา การปรับตัว และปัญหาพฤติกรรมที่มักพบร่วมด้วย

2. การซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อการวินิจฉัยโรคทางกายที่สัมพันธ์กับ Autistic spectrum disorder การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อวินิจฉัย Autistic spectrum disorder แต่ควรพิจารณาส่งตรวจทาง Hearing test การส่งตรวจทางพันธุศาสตร์ และส่งตรวจคลื่นสมองในกรณีสงสัยว่า มีความผิดปกติตามความเหมาะสม เพื่อให้คำแนะนำและวางแผนการรักษาที่เจาะจงกับโรค ถ้ามีความจำเป็น

1.4 การดูแลรักษาเด็กออทิสติก

ทีมสุขภาพที่มีบทบาทในการดูแลรักษาเด็กออทิสติก อันประกอบด้วย แพทย์ ทำหน้าที่ตรวจวินิจฉัย ให้ยารักษาอาการ หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา พิจารณาส่งต่อเพื่อบำบัดรักษาและส่งเสริมพัฒนาการ นักกิจกรรมบำบัด มีหน้าที่ ส่งเสริม ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ ช่วยเสริมสร้างสมาธิ ทักษะการคิด พัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็ก

และการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อ ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ต่างๆ มาช่วยในการบำบัดเด็กตามสภาพปัญหาของแต่ละคน นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมอื่นๆ ที่ทีมสุขภาพนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ได้แก่ ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด (Fortinash & Worret, 2008) นักอรรถบำบัดมีหน้าที่ ส่งเสริมพัฒนาการด้านการพูด การออกเสียง ในรายที่ออกเสียงไม่ได้ ไม่เป็น ส่งเสริมทักษะในการออกเสียงที่ถูกต้องและชัดเจนมากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2552) นักสังคมสงเคราะห์จะคอยให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการคำรักษา หรือสวัสดิการความพิการ การส่งต่อเพื่อติดตามหลังจากเด็กออกทิสติก กลับสู่ชุมชน การประสานงานกับหน่วยงานต้นสังกัดในดำเนินการส่งต่อเพื่อการรักษา การประสานงานกับโรงเรียน เพื่อรับเด็กที่สามารถเรียนได้ มีโอกาสเพิ่มความรู้ด้านวิชาการ

2. การพยาบาล

บทบาทพยาบาลในการรักษาเด็กออทิสติกนั้น พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปกติด้วย ต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพการเกิดโรค ความผิดปกติของอาการทางสุขภาพจิตของเด็ก ต้องเข้าใจความสามารถในการทำกิจกรรมของเด็ก พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการ ลดความเสี่ยง อันตรายที่อาจเกิดกับเด็ก เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การป้องกันเด็กจากอันตรายโดยตรง การให้ความรู้แก่ครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อพัฒนาการ ความรู้สึก และการเจ็บป่วยของเด็ก การดูแลในการกินยาหลังได้รับการรักษาด้วยอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้และทักษะครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กออทิสติก รวมทั้งครอบครัวบำบัด (Katherine et al., 2007)

การพยาบาล หมายถึง การกระทำต่อมนุษย์ การดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยด้านสุขภาพเบื้องต้น รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะศาสตร์ทางการพยาบาล ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ต้องจบการศึกษาจากมหาวิทยาลัย หรือวิทยาลัยพยาบาลที่สภาการพยาบาลรับรอง และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลในระดับพื้นฐาน มีการนำแนวทางของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หรือแพทย์วางแผนปฏิบัติไว้แล้วนำไปใช้ ส่วนผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาอย่างน้อยระดับปริญญาโททางคลินิก หรือชุมชน ได้รับวุฒิบัตรความชำนาญการเฉพาะทางที่สภาการพยาบาลกำหนด เป็นผู้ผ่านการเตรียมมาอย่างดีในการดูแลประชาชนให้ครอบคลุม เท่าเทียม มีประสิทธิภาพ คุ่มค่าใช้จ่าย เป็นดัชนีบ่งชี้

ความก้าวหน้าของอาชีพพยาบาล (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2553) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความสำคัญ เป็นการบำบัดรักษา เป็นกระบวนการดูแลระหว่างบุคคล เป็นความร่วมมือกับบุคคลอื่นเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีในการดำเนินชีวิต พยาบาลช่วยผ่อนคลายความเครียดของผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทั้งกลางวันและกลางคืน การค้นคว้าศึกษาวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มความสามารถพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยทางจิตนั้น มีการขยายออกสู่สังคมและชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วย แต่ไม่เพียงแต่การเจ็บป่วยทางจิตเท่านั้นรวมถึงปัญหาสุขภาพอย่างอื่นด้วย นอกจากนี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยังทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยรายบุคคลและครอบครัวที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ด้วยประสบการณ์และจากการศึกษาค้นคว้า โดยยึดหลักการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยในการบำบัดรักษา อีกทั้งการให้ความรู้ผู้ป่วยทางจิตในการนำไปดูแลตนเองได้เมื่อเกิดการเจ็บป่วย (Barker, 2009)

2.1 แนวคิด หรือหลักการพยาบาลเด็กออทิสติก

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กออทิสติก เป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้นต้องมีองค์ความรู้ที่ผสมผสานศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาด้านพัฒนาการของเด็ก (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2546) เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว และฟื้นฟูสภาพจิตในผู้ป่วยให้มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตามวัย เป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ในอนาคต (Stuart & Sundeen, 1983) ขณะที่พยาบาลจะต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกอย่างละเอียด เพื่อถ่ายทอดได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง (Barker, 2009) หลักการพยาบาลมี ดังนี้

2.1.2 การใช้กระบวนการพยาบาล คือ มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะโรค (Care Management) คือ มีความสามารถในการวางแผนการพยาบาล ในการบำบัดรักษาโรคในแต่ละระดับของความรุนแรงของโรคได้ การใช้กระบวนการพยาบาล คือ การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planing) การทำกิจกรรมการบำบัดทางพยาบาล (Nursing Intervention) และการประเมินผล (Evaluation) (Stuart & Sundeen, 1983)

2.1.2 การใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเด็กต้องใช้ความรู้ทางศาสตร์การพยาบาล และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น จิตเวชศาสตร์ มนุษย์ศาสตร์ รวมทั้งมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพราะการรักษาจำเป็น

ต้องเป็นทีม มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะ โรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct Care) คือ มีความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้านสังคม สติปัญญา พัฒนาการที่ล่าช้าของเด็ก เพื่อพัฒนาตัวตนของเด็ก (Self) มีความรอบรู้ในการจัดการกับการแก้ไข ปัญหาของเด็กได้อย่างเหมาะสม การใช้ทักษะพื้นฐาน ด้านสัมพันธภาพ และการสื่อสาร ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับเด็ก โดยใช้การพยาบาลแนวองค์รวม หมายถึงการดูแลช่วยเหลือเด็กพร้อมๆกัน ทั้งทางร่างกาย รวมทั้งด้านการเจริญเติบโตทางกาย การเคลื่อนไหว สติปัญญา ภาษา จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2546)

2.1.3 มุ่งการปฏิบัติการพยาบาลสู่ผลลัพธ์ มีการตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนของการพยาบาลต้องใช้องค์ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การสอน และการแก้ไขปัญหาสุขภาพ มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation) (Fortinash & Worret, 2008)

2.1.4 ให้ความสำคัญกับครอบครัว การดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาทางจิต หรือโรคจิตนั้นเนื่องจากกลไกการเกิดปัญหาทางจิตเกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ได้รับการดำรงชีวิตและการปฏิบัติของบิดา มารดา ผู้เลี้ยงดู หรือผู้ใกล้ชิด ที่สำคัญ (Parents or Caregiver or Significant others) ดังนั้นการการปฏิบัติวิชาชีพของพยาบาลจิตเวชเด็กต้องคำนึงถึงและปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือเด็กร่วมกับครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดสำคัญ รวมทั้งต้องปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือ บุคคลในกลุ่มนี้ด้วย (จินตนา ยูนิพันธ์, 2546)

2.1.5 ใช้ทักษะพื้นฐาน ด้านสัมพันธภาพ และการสื่อสาร (Collaboration) ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่ เหมาะสมกับเด็ก ทักษะจำเป็นที่พยาบาลจิตเวชต้องพัฒนา คือ การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับวัยของเด็ก ที่พยาบาลจิตเวชต้องพัฒนาให้เข้าถึงประสบการณ์ของตัวเด็ก อาจใช้ทักษะการสื่อสารทั้งที่เป็นภาษา และอวัจนภาษา พยาบาลจะใช้ทักษะพื้นฐานนี้ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ รวมถึงการติดต่อประสานงานเพื่อรับและส่งต่อผู้ป่วยได้ (Fortinash & Worret, 2008)

2.1.6 การใช้แหล่งข้อมูลสำคัญ ข้อมูลส่วนใหญ่พยาบาลได้จากบิดา มารดา ผู้ดูแล ครู หรือเพื่อน ในการประเมิน และระบุปัญหาของเด็กเพื่อนำไปแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องต่อไป เป้าหมายที่สำคัญในการระบุปัญหาของเด็กได้อย่างชัดเจนจะส่งผลต่อการบำบัดรักษาที่ได้ผลดีตามมา การบำบัดอาจมีหนึ่งชนิด หรือมากกว่าได้ตามสถานที่ ปรับเปลี่ยนกระบวนการตามความเหมาะสม รวมทั้งการตัดสินใจของเด็กที่เปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ ตามเป้าหมายการพยาบาล

จิตเวชเด็กของ Wilson & Kneisl (Stuart & Sundeen, 1983) และ Watson (2007) เชื่อว่า การดูแลเป็นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ และการพยาบาลคือศาสตร์แห่งการดูแลมนุษย์ (Human caring science) เป้าหมายของการดูแลคือการช่วยเหลือบุคคลให้คืนพบภาวะดุลยภาพ (Harmony) ของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ วัฒนธรรมให้มีความสำคัญกับความเป็นมนุษย์ในแง่ของการเคารพในศักดิ์ศรีของทุกคน ให้มีความสำคัญกับประสบการณ์ของบุคคล และเชื่อว่าการพยาบาลคือศิลปะและสุนทรียศาสตร์อันนำไปสู่การพยาบาลที่เน้นรูปแบบการดูแลที่เข้าถึงจิตใจกันระหว่างคนสองคน มีการสร้างสัมพันธ์ภาพ เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงของประสบการณ์ชีวิตของทั้งสองฝ่าย โดยใช้ทั้งการพยาบาล ศิลปะ สุนทรียศาสตร์ (Suliman, Elizabeth, Omer, & Thomas, 2009) ซึ่งหลักการดูแลเด็กออทิสติกด้วยการใช้การเล่นบำบัด (Play Therapy) นั้นเป็นการบำบัดอีกวิธีหนึ่งที่อาศัยการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดการเจริญเติบโตและพัฒนาการกับเด็ก

2.2 กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติก

2.2.1 บทบาทในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้สมวัย หรือใกล้เคียงกับพัฒนาการของเด็กปกติมากที่สุดลักษณะของเด็กจะมีความเป็นตัวตน หรือความเป็นตัวเอง (Self หรือ Autonomy) ตามแนวคิดของ Erikson (1902-1904, อ้างถึงใน Santrock, 1996) ที่มีอยู่ของเด็กแต่ละบุคคล ดังนั้นการที่จะพัฒนา หรือส่งเสริมให้เด็กเกิดสิ่งเหล่านี้ เพื่อให้เด็กได้แสดงออกถึงความเป็นตัวเอง พยาบาลจะต้องมี Interpersonal ที่ดีที่จะส่งออกไป เพื่อแสดงสิ่งดีให้กับเด็กเพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่สิ่งแวดล้อมรอบตัว (Sullivan, 1953 อ้างถึงใน Zeigler-Hill, 2009) เพราะเด็กออทิสติกนั้นมีปัญหาพัฒนาการรอบด้านที่เป็นปัญหา แต่ปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านอื่น ๆ คือ พัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา เพราะสิ่งเหล่านี้คือสิ่งที่ใช้ในการสื่อสาร การเรียนรู้ สร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เมื่อเกิดปัญหา หรืออุปสรรคที่เด็กไม่สามารถจะกระทำได้ ก่อให้เกิดความคับข้องใจ แยกตัวเอง อยู่กับโลกของตัวเองมากขึ้น ดังนั้นการที่จะบำบัดรักษาเด็กกลุ่มนี้จะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้เฉพาะทาง เป็นบุคคลที่มีความชำนาญเพื่อให้การฝึกเด็กได้รับประสิทธิภาพสูงสุด

2.2.2 บทบาทพยาบาลในการแก้ไขปัญหาโดยความร่วมมือของครอบครัว ซึ่งการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เป็นสิ่งสำคัญเพราะครอบครัวเข้าใจเด็กมากที่สุด และครอบครัวเป็นรากฐานของเด็กในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการสื่อสารที่ครอบครัวจะต้องใช้กับเด็กทุกวัน ดังนั้นการนำครอบครัวมาฝึกฝน ฝึกทักษะในการบำบัดเด็กออทิสติกนั้น จึงเป็นเรื่องที่ควรกระทำเพื่อให้ครอบครัวเกิดความรู้ในการดูแลเด็กในกลุ่มนี้ได้อย่างต่อเนื่อง

2.2.3 พยาบาลต้องเข้าใจความคิดของเด็กออทิสติกแต่ละคน เพื่อช่วยสื่อสารความหมายความต้องการของเด็กได้ ซึ่งเด็กออทิสติกมีข้อจำกัดในการสื่อสาร ความเข้าใจสิ่งรอบตัว ดังนั้นพยาบาลต้องตระหนักและตีความประเด็นปัญหาเหล่านี้ให้ได้ เพราะความยากในการบำบัดเด็กออทิสติกนั้นคือการเข้าใจปัญหาที่เด็กเป็น (Barker, 2009)

2.2.4 พยาบาลต้องมีความสามารถในการทำงานเป็นทีมและทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอื่นในการบำบัดรักษา ต้องศึกษาเรียนรู้และฝึกฝนโปรแกรมการบำบัดรักษาให้เกิดความเชี่ยวชาญ มีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก มีแนวทางและทักษะในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก มีทักษะในการประเมินอาการและผลการรักษา มีการบริหารจัดการและการประสานงานที่ดี มีความเชี่ยวชาญในการใช้ทักษะต่างๆ อย่างบูรณาการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กออทิสติก (Elder, 2009)

2.2.5 มาตรฐานการดูแลเด็กออทิสติกตามมาตรฐานการปฏิบัติตามการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มี 5 มาตรฐาน ได้แก่ 1) ความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทางการพยาบาลที่ป้องกันได้ 2) การบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ใช้บริการ 3) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 4) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ 5) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่องานบริการพยาบาล (สุขภาพจิต, กรม. 2553) โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ได้นำมาตรฐานการดูแลเด็กออทิสติกปฏิบัติ ซึ่งมีแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก Clinical Nursing Practice Guideline (CNP) ตามมาตรฐานการดูแลเด็กออทิสติกแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มแรก เป็นระยะที่มีความรุนแรง เน้นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจ การรู้จักตัวตนของเด็ก การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย 2) ระยะกลาง เป็นระยะที่มีอาการรุนแรงปานกลาง เน้นการดูแลตนเองการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร และ 3) ระยะก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเล็กน้อย เน้นความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ความสามารถในการสื่อสารกับผู้อื่น และความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2546)

3. พัฒนาการเด็ก

พัฒนาการเด็กแต่ละช่วงวัยมีลำดับขั้นตอนตามการเจริญเติบโตและความสามารถของเด็ก ซึ่งสามารถอธิบายพัฒนาการของเด็กปกติอายุระหว่าง 3-6 ขวบ ได้ดังนี้

3.1 ความหมายของพัฒนาการ

บัญญัติ สุขเจริญและคณะ (2550) กล่าวว่า พัฒนาการ หมายถึง ความสามารถในด้านต่างๆของเด็ก ในการแสดงออกถึงความสนใจและการทำกิจกรรมต่างๆ

3.2 องค์ประกอบของพัฒนาการเด็ก

3.2.1 พัฒนาการด้านร่างกาย

วิ่งและหยุดโดยไม่ล้ม รับลูกบอลด้วยมือและลำตัว เดินขึ้นลงบันไดสลับท้ำได้ อย่าง คล่องแคล่ว กระโดดขาเดียวอยู่กับที่และกระโดดขาเดียวไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่องได้ กระโดดกระเด้งไม่ชอบอยู่เฉย รับลูกบอลที่กระดอนขึ้นจากพื้นด้วยมือทั้งสอง ใช้กรรไกรมือเดียว และตัดกระดาษเป็นเส้นตรง หรือตามแนวเส้นโค้งที่กำหนดให้ได้ วาดและระบายสีอิสระได้ เขียน รูปสามเหลี่ยมตามแบบได้ ใช้ก้ำมเนื้อเล็กได้ดี เช่น ตัดกระดาษ ผูกเชือกทรงเท้า ฯลฯ ยึดตัวได้ คล่องแคล่ว (บัญญัติ สุขเจริญและคณะ, 2550)

3.2.2 พัฒนาการด้านภาษา

พูดประโยคยาว ๆ ได้มากขึ้น เป็นประโยคที่ใช้คำ 4-6 คำ รู้จักเรียงประโยคได้ ถูกต้อง ชอบทำเสียงแปลก ๆ ซื่อว๊วะได้ 13 ส่วน ตอบคำถามง่ายๆ ได้ ร้องเพลงง่ายๆ ได้ ชอบท่อง หรือร้องเพลง ที่มีจังหวะและเนื้อร้องที่มีคำสัมผัสกัน หรือโฆษณาทางทีวี บอกชื่อนามสกุล ที่อยู่ได้ บางคนอาจบอกวัน เดือน ปี เกิดได้ด้วย รู้จักคำประมาณ 900-3000 คำ □ รู้จักเพศของตัวเอง ชอบถามทำไม เมื่อไร อย่างไร และถามความหมายของคำ ยังคงสับสนระหว่างเรื่องจริงกับเรื่องเล่าใน หนังสือเด็ก ชอบเรื่องสนุก ตลก และชอบภาษาแปลก ๆ สนใจคำใหม่ ๆ ชอบการอ่าน จดจำเรื่อง โปรดและมักแสดงท่าทางประกอบ เวลาอยู่กับเพื่อน หรืออยู่คนเดียว (Egel, 2006:366)

3.2.3 พัฒนาการด้านสังคม

รับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง ชอบเล่นแบบคู่ขนาน (เล่นของเล่นชนิดเดียวกัน แต่ต่างคนต่างเล่น) เล่นสมมติได้ รู้จักรอยยิ้ม แต่งตัวได้ด้วยตนเองไปห้องส้วมได้เอง เล่นร่วมกับผู้อื่นได้ รอคอยตามลำดับก่อน – หลัง แบ่งของให้คนอื่น เก็บของเล่นเข้าที่ที่ได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เล่น หรือทำงาน โดยมีจุดมุ่งหมายร่วมกับผู้อื่นได้ พบผู้ใหญ่ รู้จักทำความเคารพ รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย (Egel, 2006: 358-360)

3.2.4 พัฒนาการด้านสติปัญญา

สำรวจสิ่งต่าง ๆ ที่เหมือนกันและต่างกันได้ บอกชื่อของตนเองได้ ขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา สนทนาโต้ตอบ / เล่าเรื่องด้วยประโยคสั้น ๆ ได้ สนใจนิทานและเรื่องราวต่าง ๆ จำแนกสิ่งต่าง ๆ ด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้าได้ บอกชื่อและนามสกุลของตนเองได้ พยายามแก้ปัญหาด้วยตนเองหลังจากได้รับคำแนะนำ บอกความแตกต่างของกลิ่น สี เสียง รส รูปร่าง จำแนก และจัดหมวดหมู่สิ่งของได้ บอกชื่อ นามสกุล และอายุของตนเองได้ พยายามหาวิธีแก้ปัญหาด้วยตนเอง สนทนาโต้ตอบบอกเล่าเป็นเรื่องราวได้ (Egel, 2006: 358-360)

3.3 ความสัมพันธ์กันของพัฒนาการในแต่ละด้าน

ความสัมพันธ์ของพัฒนาการ หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของเด็กที่มีความเชื่อมโยงกันทั้งพัฒนาการด้านร่างกายที่มีการเจริญเติบโตตามวัยที่สอดคล้องและเหมาะสมกับความคิดและสติปัญญาของเด็ก อันส่งผลให้เกิดพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออกทิสติกอย่างเหมาะสม ทำให้เด็กสามารถสื่อสาร หรือเข้าใจความหมายจากการสื่อสารระหว่างบุคคล เข้าใจผู้อื่น อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้

4. พัฒนาการเด็กออทิสติก

พัฒนาการเด็กออทิสติกนั้นมีความสำคัญ สามารถแบ่งความผิดปกติของเด็กออทิสติก คือ พัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา ภาษา และพฤติกรรม (Bolte, 2010) ซึ่งโรคออทิสซึม นั้นส่งผลให้เกิดพัฒนาล่าช้า และส่งผลต่อพัฒนาการด้านอื่นๆ ที่จะพัฒนาตัวคนเดียวออทิสติกให้เป็นผู้ใหญ่ออนาคต สิ่งแรกที่จะติดต่อกับผู้อื่นคือการสื่อสาร เนื่องจากภาษาเป็นสิ่งที่ใช้สื่อความหมายความเข้าใจกับบุคคลอื่น บอกความต้องการต่างๆ ของตนเองและผู้อื่น ใช้สื่อสารและเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น ขณะเดียวกันพัฒนาการด้านสติปัญญานั้นเป็นสิ่งสำคัญในการเรียนรู้ การจดจำ การคิดแก้ไขปัญหา ซึ่งถ้าพบว่าเด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาอยู่ในระดับต่ำ จะส่งผลให้การเรียนรู้ของเด็กไม่ติดตามมา ส่งผลให้เกิดปัญหาเรื่องพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก ก่อให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินชีวิตในสังคมกับบุคคลอื่นต่อไป (Hudry et al, 2010) ดังนั้นจากประเด็นดังกล่าวปัญหาที่สำคัญยิ่งสำหรับเด็กออทิสติกคือ พัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษา ซึ่งผู้ให้ความหมายของพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกดังต่อไปนี้

1. พัฒนาการทางด้านสังคมของเด็กออทิสติก

พัฒนาการด้านสังคมในเด็กออทิสติก มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Beyer & Gammeltoft (2001) กล่าวว่า พัฒนาการด้านสังคมของเด็กนั้นเริ่มตั้งแต่แรกเกิดสามารถแยกได้ว่าสิ่งไหนคือมนุษย์และสิ่งไหนไม่ใช่มนุษย์ เมื่ออายุสองเดือนเด็กสามารถแยกความแตกต่างได้มากขึ้น เรียนรู้จากการสัมผัส แสดงออกถึงความสนใจด้วยสีหน้าท่าทาง และมีมือ เรียนรู้การพึ่งพาตนเอง แต่ในเด็กออทิสติกนั้นเด็กเล่นไม่เป็น การเล่นนั้นๆ ต้องสอนซ้ำบ่อยๆ เด็กออทิสติกอาจแสดงออกด้านการขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมตั้งแต่อายุ 6 เดือน คือ เด็กจะไม่มองหน้า ไม่สบตา ไม่แสดงออกถึงความสนใจสิ่งต่างๆ รอบตัว ไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นสื่อสารกับตน ไม่แสดงออกทางสีหน้าและท่าทาง หรืออาจแค่มองผ่าน ไม่จดจ่อกับสิ่งใด

Volkmar (2005) กล่าวว่า เด็กออทิสติกไม่ชอบเข้าสังคม เด็กอาจแสดงออกโดยการแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่เข้าร่วมกลุ่ม หรือเล่นกับเพื่อนวัยเดียวกัน เด็กมักแยกตัวเล่นคนเดียว ไม่สามารถ

รอกอยได้ หรืออาจแบ่งปันของให้คนอื่นไม่เป็น ไม่ชอบการกอดรัด ไม่แสดงออกถึงความรัก หรือความโกรธ เด็กอาจแสดงสีหน้าเรียบเฉยเมื่อดีใจ หรือเสียใจ

Solomon, Olsen, Niendam, Ragland, Yoon, Minzenberg, & Carter (2011) กล่าวว่า เด็กออทิสติกมีความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การอยู่ร่วมกับผู้อื่น ไม่สามารถเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ก่อนได้ ไม่แสดงความต้องการของตนให้ผู้อื่นเข้าใจ ขณะเดียวกันไม่สามารถเข้าใจความต้องการ หรือการแสดงออกของผู้อื่นเช่นกัน

2. พัฒนาการทางด้านสติปัญญาของเด็กออทิสติก

พัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กออทิสติก มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Beyer & Gammeltoft (2001) กล่าวว่า พัฒนาการในเด็กพัฒนาตลอดเวลา เด็กสามารถเรียนรู้ จากกลิ่น เสียง รส สัมผัส และนำไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิต แต่ในเด็กออทิสติกนั้น เริ่มแสดงอาการความผิดปกติด้านการเรียนรู้ช่วงอายุ 9-12 เดือน และแสดงอาการที่เด่นชัดที่อายุ 2 ขวบ คือ เด็กมีปัญหาและอุปสรรคในการเรียนรู้ การจดจำสิ่งต่างๆ ไม่สามารถรับรู้ความรู้สึก ความต้องการของผู้อื่น ไม่สามารถคิด หรือแก้ปัญหา ส่งผลให้เกิดความล่าช้าพัฒนาการด้านสังคม และภาษาตามมา

Pravikoff (2011) อธิบาย เด็กออทิสติกมีความล่าช้าในการเรียนรู้ด้านภาษา หรือสิ่งรอบตัวได้ไม่ดี รวมทั้งเรียนรู้การเข้าสังคมได้ไม่ดี และจะแสดงกิริยาที่ไม่เหมาะสม ไม่ถูกกาลเทศะ และมักสนใจกิจกรรมเพียงกิจกรรมเดียว หรือการทำสิ่งเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลง หมกมุ่นอยู่กับกิจกรรม หรือพฤติกรรมเพียงสิ่งเดียว เล่นของสิ่งเดียว กินอาหารแบบเดิมๆ พฤติกรรมจำกัดอยู่กับของเดิมสิ่งๆ ที่ทำเดิมๆ เช่นการเดินเขย่งเท้า การกินอาหารเดิมๆ แยกตัวเล่นอยู่ตามลำพัง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมทั้งครอบครัว และบุคคลอื่น หรือของเล่นใหม่ๆ การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ บกพร่อง ปฏิเสธ หรือต่อต้านการนำเสนอสิ่งใหม่ หรือเมื่อโดนขัดใจ

3. พัฒนาการทางด้านภาษาของเด็กออทิสติก

ภาษา เป็นสิ่งที่ใช้สื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ประกอบด้วยภาษาพูดและภาษาท่าทาง ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของพัฒนาการด้านภาษาในเด็กออทิสติกไว้ ดังนี้

Joanne & Weigel (1998) กล่าวว่า ภาษาในเด็กออทิสติก แรกคลอดจะมีการพูดแบบเด็กปกติทั่วไป คือ อ้อแอ้ไม่เป็นภาษา เมื่อโตขึ้น 6 เดือนแรกก็จะพูดอ้อแอ้หลังจากนั้นจะหยุดพูด หรือหยุดพูดตลอดไป เด็กอาจเริ่มหัดพูดเมื่ออายุ 5-8 ปี หรือพูดเป็นคำๆ แต่ไม่สามารถผสมคำได้อย่างมีความหมาย อาจพูดซ้ำคำในเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี เด็กเลียนแบบคำพูดของคนอื่น หรือจำจากทีวี หรือใช้ความหมายผิด เช่น อยากออกนอกบ้านแต่เด็กใช้คำว่าขึ้นรถแทนคำว่าออกไปข้างนอก เด็กจะไม่เข้าใจความหมายของคำ หรือคำว่า ฉัน ของฉัน หรือเธอ ของเธอ การแสดงความรู้สึกบนใบหน้าก็

เป็นปัญหาสำหรับเด็กออทิสติก จะไม่สามารถแสดงสีหน้า หรือท่าทางเพื่อแสดงดีใจ เสียใจ โกรธ น้ำเสียงไม่มีสูง หรือต่ำ เนื่องจากเด็กไม่สามารถใช้ภาษาแสดงว่าต้องการอะไร เด็กจะใช้วิธีร้อง หรือแย่งของแทนที่จะขอ เด็กจะไม่รู้ความหมายของการยิ้ม ไม่เข้าใจภาษาทางร่างกาย เช่น การกอด การจูบ การแสดงความโกรธ เด็กไม่สามารถเรียนรู้ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมการแสดงออกของผู้อื่น หรือความต้องการของคนอื่น รวมทั้งความต้องการของตน

Eigsti, et al. (2010) กล่าวว่า ภาษาในเด็กออทิสติกนั้นเป็นความผิดปกติในการสื่อความหมาย ความล่าช้าของพัฒนาการด้านภาษาในการแสดงออกเพื่อการสื่อสาร จากความขัดแย้งที่เป็นปัญหานี้ ทำให้เด็กเกิดปัญหาการเข้าสังคมตามมา เนื่องจากเด็กขาดความสามารถในการเลียนแบบเสียงพูด จากภาษาที่ได้ยิน หรืออาจออกเสียงตามเสียงที่ได้ยิน (Echolalia) แต่เด็กไม่เข้าใจความหมายของคำ เด็กอาจเลียนแบบเสียงจากโทรทัศน์ หรือเสียงของการ์ตูน ชอบสร้างเสียง หรือภาษาขึ้นมาใหม่เป็น ภาษาของตนเอง โดยผู้อื่นไม่เข้าใจความหมายและสื่อความหมายไม่ได้

Pravikoff (2011) อธิบาย ภาษาของเด็กออทิสติก หมายถึง การสื่อสารที่เด็กไม่สามารถ แสดงออกทางสีหน้า แววตา หรือท่าทาง เพื่อบ่งบอกความต้องการของตนให้ผู้อื่นเข้าใจได้

Solomon et al. (2011) กล่าวว่า ภาษาของเด็กออทิสติก หมายถึง ความบกพร่องของ พัฒนาการของเด็กออทิสติกที่มีความขัดด้านการสื่อความหมาย เด็กไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่น เข้าใจ หรือไม่สามารถเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นก่อนได้ เด็กมักสื่อสารโดยไม่เป็นคำพูด พูดซ้ำๆ ไม่ มีความหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษา ของเด็กออทิสติก เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมและเรียนรู้สิ่งต่างๆรอบตัว เกิดการเข้าใจความหมายในการ สื่อสารกับบุคคลอื่น เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมและความสารถ ในดำรงชีวิตกับ บุคคลอื่น เข้าใจความต้องการ อารมณ์ ของตนเองและผู้อื่น ซึ่งพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและ ภาษานั้นเป็นปัญหาสำคัญของเด็กออทิสติกที่จะเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่พัฒนาการด้านอื่นๆของเด็ก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกในการวิจัย ครั้งนี้

4.1 การส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก

วัยเด็กเป็นวัยแห่งการเรียนรู้ การเล่น เพื่อหาประสบการณ์ เป็นวัยที่ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ในทุกๆ ด้าน ในการส่งเสริมพัฒนาการให้เหมาะสมตามวัย เพื่อพัฒนาศักยภาพในตัว เด็กให้แสดงออกมาอย่างเต็มที่ ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นปัจจัยหลักในการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็ก และเมื่อเด็กเกิดความผิดปกติด้านพัฒนาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ทำหน้าที่ดูแล แก้ไขปัญหา รวมทั้งการให้คำปรึกษา จะต้องมีความรู้ความชำนาญในการแก้ปัญหา และส่งเสริม

พัฒนาการเด็กออทิสติก ดังนี้

4.1.1 การส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยการเล่นบำบัด

การเล่นบำบัด ด้วยการจัดลำดับขั้นตอนในการเล่นกับเด็กออทิสติกเพื่อส่งเสริมพัฒนาการจากง่ายไปยากและต่อเนื่อง สามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษา ได้โดยพยาบาลจะจัดกิจกรรมจากความคิดปกติพัฒนาการของเด็กออทิสติก ควบคู่ไปกับแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวันมาเป็นพื้นฐาน

4.1.2 การส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยครอบครัว

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นพื้นฐานทั่วไปของแต่ละครอบครัวในการเลี้ยงดูและดูแลเด็ก ซึ่งลักษณะที่แสดงออกที่เป็นการแสดงออกถึงความรัก ความเอื้ออาทร การเล่นหยอก ล้อ การป้อนอาหาร นม เลี้ยงดูในแต่ละวัน การดูแลกิจวัตรประจำวัน การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การอบรมสั่งสอนในการทำสิ่งที่ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง การให้การศึกษา การดูแลส่งเสริมสุขภาพและการเจริญเติบโต (Katherine, 2007)

4.1.3 การส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้น พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีบทบาทสำคัญในการเข้าไปดูแล บำบัดรักษาเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีสภาพจิตใจปกติ ให้มีความสามารถ และพัฒนาการที่ดีขึ้น จึงต้องอาศัยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีความรู้ในการแก้ไขปัญหาแต่ละจุดของเด็ก และจัดรูปแบบการบำบัดต่างๆ ที่เหมาะสมกับโรค วัย ความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละราย (McDougall, 2006)

4.2 เครื่องมือวัดพัฒนาการเด็กออทิสติก

เครื่องมือที่ใช้วัดพัฒนาการของเด็กมีหลายชนิด ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในการนำไปใช้ เช่น เพื่อการคัดกรอง เพื่อการประเมินระดับความรุนแรงและการวินิจฉัย สำหรับงานวิจัยนี้ขอกล่าวถึงเครื่องมือวัดพัฒนาการ ดังนี้

4.2.1 แบบประเมินพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษา ของเด็กออทิสติก

สร้างขึ้น โดย วิมล เนติวิชรกุล (2548) โดยมี รศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธ์ ทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษา สร้างจาก Function Independent Measure (FIMS) สร้างขึ้นโดย American Congress of Rehabilitation Medicine และ American Academy of Physical Medicine & Rehabilitation (Delisa, 1993) ที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติปรับมาใช้และ โรงพยาบาลที่มีหน่วยงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้อยู่ สามารถใช้บอกความรุนแรงของความพิการ และผลของการรักษาตามเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่มีลักษณะเป็นแนวคิด 2 มิติประกอบด้วย ข้อรายการประเมิน

ด้านกล้ำเนื้อ 13 ข้อ ด้านการคิด สถิติปัญญา 5 ข้อ รวม 18 ข้อ ที่ครอบคลุมความสามารถทำกิจกรรม ทั้งด้านการเคลื่อนไหว การใช้กล้ำเนื้อและสติปัญญา ถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับ และนำไปใช้อย่างกว้างขวาง โดยศึกษาจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาจัดกรอบเดิมตามแบบประเมินของ (FIMS) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาปรับภาษาและให้เข้าใจง่ายขึ้นสรุปคำถามได้ 10 ข้อ เพื่อนำมาใช้ประเมินวัดก่อนและหลังสิ้นสุดกิจกรรม มีรายละเอียด คือ แบ่งแบบประเมินออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 การประเมินพัฒนาการด้านสังคมและสติปัญญา ประกอบด้วย 8 ข้อ เรื่องสมาธิความสนใจ 2 ข้อ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 3 ข้อ ความจำ 2 ข้อ และพฤติกรรมซ้ำๆ 1 ข้อ ส่วนที่ 2 ประเมินด้านภาษาประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ รวมทั้งสิ้น 10 ข้อ มีการให้คะแนน 7 ระดับ (Rating scale) โดยวัดจากความสนใจในกิจกรรมของเด็กออทิสติกเป็นหลักทำการทดลอง และได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .80 และถูกนำไปใช้ในการศึกษาอิสระแล้ว 3 ครั้ง ในเรื่องการศึกษาการใช้การเล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านภาษาและสังคมของเด็กออทิสติก ในปี พ.ศ. 2548, 2549 และ พ.ศ.2551

4.2.2 เครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเดนเวอร์ทู (Denver II)

เครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเดนเวอร์ทู (Denver II) เป็นเครื่องมือที่ใช้พัฒนาและปรับปรุงมาจากเครื่องมือ DDST (The Denver Development Screening Test) ซึ่งจัดขึ้นโดย Dr. Frackenberg และ คณะตั้งแต่ 1967 เครื่องมือถูกพัฒนาขึ้นพัฒนาเพื่อใช้ในทางคลินิก โดยแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ สำหรับการคัดกรองพัฒนาการเบื้องต้นของเด็กปฐมวัยที่มีปัญหา หรืออาจมีปัญหาพัฒนา ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก เนื่องจากประเมินได้ง่ายและรวดเร็ว เดนเวอร์ทู เป็นแบบคัดกรองพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปี เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองปัญหาด้านพัฒนาการที่อาจเกิดขึ้นในเด็กปกติ และใช้เฝ้าระวังปัญหาทางด้านพัฒนาการที่อาจเกิดขึ้นในเด็กที่เสี่ยง โดยประเมินจากพฤติกรรมพัฒนาการตามอายุของเด็กในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน ดังนี้ 1) พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม 2) พัฒนาการด้านการใช้กล้ำเนื้อมัดเล็ก 3) พัฒนาการด้านภาษา 4) พัฒนาการด้านการใช้กล้ำเนื้อมัดใหญ่ แบบทดสอบมีจำนวน 1 แผ่น มี 2 หน้า ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้ 1) ด้านหน้าของแบบทดสอบ แบ่งเป็นข้อทดสอบย่อยข้อละ 1 พฤติกรรม จำนวน 125 ข้อ แนวช่องเท่ากับ 1 เดือน แนวบนของแบบทดสอบแสดงอายุของเด็ก แบ่งเป็น เดือน และ ปี ช่องระหว่าง 1 เดือน -24 เดือน สเกลแต่ละช่องเท่ากับ 1 เดือน อายุมากกว่า 24 เดือน สเกลแต่ละช่องเท่ากับ 3 เดือน แนวตั้งของแบบทดสอบเป็นการประเมินพฤติกรรมพัฒนาการตามอายุ ของเด็กในด้านต่างๆ 4 ด้าน โดยแต่ละด้านจะแยกจากกัน และจัดเป็นหมวดหมู่อย่างชัดเจนอยู่ภายในกรอบสี่เหลี่ยมผืนผ้า แต่ละกรอบจะแสดงอัตราร้อยละ ตั้งแต่ 25 50 75 และ 90 ของเด็กปกติที่สามารถผ่านข้อทดสอบดังกล่าว 2) ด้านหลังของการ

ทดสอบ จะเป็นข้อแนะนำพิเศษสำหรับข้อทดสอบบางข้อที่ต้องการความเฉพาะเจาะจงในการทดสอบ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่พัฒนา โดย วิมล เนติวิธกุล (2548) ที่สอดคล้องกับแปรตามที่ศึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้มากที่สุด ซึ่งแบบประเมินชุดอื่น ๆ นั้นเป็นการประเมินพัฒนาการ 4 ด้าน ในเด็กปกติ เมื่อนำแบบประเมินแต่ละชุดมาเปรียบเทียบกับศึกษารายละเอียดในการใช้ที่เหมาะสมและเป็นไปได้แล้วนั้น พบว่า แบบประเมินที่พัฒนา โดย วิมล เนติวิธกุล (2548) สอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้มากที่สุด และปัจจุบันโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ใช้แบบประเมินนี้เพื่อประเมินพัฒนาการด้านภาษาและสังคมในเด็กออทิสติกด้วย แบบประเมินนี้มีผู้นำไปใช้ในการศึกษาได้แก่ ชุศรี ปิ่นโต (2549) และพิรยา นันทนาเนตร์ (2551) ได้นำไปใช้ในการประเมินพัฒนาการด้านภาษาและสังคมของเด็กออทิสติก จำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และ .80 ตามลำดับ

5. การเล่นบำบัดในเด็กออทิสติก

การเล่นเป็นพื้นฐานในการพัฒนาความสามารถด้านต่างๆ ของเด็ก เป็นกิจกรรมที่สร้างความสนุกสนานเพลิดเพลิน การผ่อนคลายอารมณ์ สร้างการเรียนรู้ใหม่ๆ รอบตัว เกิดความคิดสร้างสรรค์ การปรับตัว การแก้ปัญหา ซึ่งมีผู้ให้รายละเอียดของการเล่นและการเล่นบำบัดไว้หลากหลาย ดังนี้

5.1 ความหมายของการเล่น

Hughes (1999); Rubin & Coplan 1998; Sullivan (1953, อ้างถึงใน Holmes, & Willoughby, 2005) กล่าวว่า การเล่น หมายถึง การเชื่อมโยงสถานการณ์หลายๆเหตุการณ์ให้เกิดพัฒนาทางด้านสติปัญญา ทางด้านสังคม และอารมณ์ โดยผ่านการเล่น โดยเด็กจะปรับตัวตามสถานการณ์และความสามารถที่มี รวมไปถึงการใช้ทักษะทางด้านภาษา นอกจากนี้ในการเล่นยังสร้างโอกาสที่จะในการวางแผนและการแก้ปัญหา การเล่นเป็นการเตรียมความพร้อมให้เด็กในการพัฒนางานที่ซับซ้อนอีกมากมายของชีวิต ช่วยให้เด็กพัฒนาทางด้านอารมณ์ การใช้ชีวิตประจำวัน และเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน ดังนั้นในการเล่นจึงมีความสำคัญสำหรับเด็กทุกคน

Axline, 1969; Sourkes, 1995 & Wonden (2000 อ้างถึงใน Camara van Breemen, 2009) กล่าวว่า การเล่น คือ ภาษาของเด็ก และแสดงออกถึงความคิด จินตนาการ ความกลัว เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ โดยผ่านการเล่น ดังนั้น การเล่นเป็นพัฒนาการในการบำบัดระดับกลาง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างประสบการณ์สำหรับเด็ก

Stagnitti (2004) กล่าวว่า การเล่น คือ การเชื่อมโยงปรากฏการณ์ต่างเข้าด้วยกัน โดยมีการเห็นชอบ และความเข้าใจที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการเล่นอย่างแท้จริง จากความเข้าใจที่ชัดเจนนำไปสู่เป้าหมาย หรือแนวทางในการเข้าใจตัวตนอย่างชัดเจนโดยผ่านการเล่น

Mancini & Palagi (2009) กล่าวว่า การเล่นมีผลช่วยลดอาการตึงเครียด เกิดความร่วมมือระหว่างเด็กและผู้ดูแลเพื่อการพัฒนาในด้านอื่น เช่น สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ลดพฤติกรรมก้าวร้าวที่เด็กแสดงออกเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เกิดความผ่อนคลาย ลดความขัดแย้งภายในจิตใจของเด็ก

Trawick-Smith & Dziurgot (2009) กล่าวว่า การเล่นนั้นช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างเด็กในชั้นเรียนและเกิดสัมพันธภาพที่ดีและเหมาะสมระหว่างเด็กกับครู เปิดโอกาสให้เพื่อนและครูเข้าถึงตัวเด็ก เข้าใจความต้องการและสามารถสื่อสารผ่านการเล่น เป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในห้องเรียน เกิดความไว้วางใจและส่งเสริมการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ รอบตัว

O'Connor & Stagnitti (2010) กล่าวว่า การเล่นเป็นสิ่งที่เด็กๆ ทุกคนจะต้องผ่านการเล่นการเล่นเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการในเด็ก การแสดงออก ด้านความคิดและพฤติกรรม การเล่นสามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการเข้าใจหลักการของการเล่นจะส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กได้เป็นอย่างดี

จากการทบทวนวรรณกรรม การเล่นเป็นสิ่งที่ส่งเสริมการมีตัวตนของเด็ก เป็นสื่อกลางในการเชื่อมโยงเด็กกับสถานการณ์ บุคคล การสื่อสาร เป็นการเตรียมความพร้อมด้านสังคม สติปัญญา การดำรงชีวิต และการแก้ปัญหา

5.2 ชนิดของการเล่น

การเล่น มี 4 ระดับ (Flippin & Wason, 2011) ดังนี้

5.2.1 การเล่นสำรวจ (Exploratory play) เป็นการเล่นที่ไขกั๊กสัมผัส หรือมีการเคลื่อนไหวต่อผู้ ใช้การออกเสียง การโยนของเล่น

5.2. 2 การเล่นสัมพันธภาพ (Relational Play) เป็นการเล่นที่มีการคิดค้นสร้างสรรค์เกิดเป็นผลงาน เช่น การวางวงแหวนซ้อนกัน การต่อบล็อก การใส่และการเอาออก

5.2. 3 การเล่นตามบทบาท (Functional Play) เป็นการเล่นที่แสดงถึงความคิดสร้างสรรค์ความตั้งใจ เช่น สามารถเล่นของเล่นได้เองตามความสนใจและกำหนดให้

5.2. 4 การเล่นตามจินตนาการ (Symbolic play) เป็นการเล่นที่แสดงถึงความคิดสร้างสรรค์แสดงออกถึงจินตนาการ เช่น เอากล้วยมาทำเป็นโทรศัพท์เนื่องจากมีลักษณะคล้ายโทรศัพท์ ความรู้สึกร้อน เย็น การเล่นที่หลากหลาย

พยาบาลควรมีการประเมินผลคุณภาพสภาพแวดล้อมเพื่อการเล่นที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการส่งเสริมการเรียนรู้ (Learning Stimulation) การส่งเสริมการใช้ภาษา (Language Stimulation)

เช่น การใช้ภาษาที่ถูกต้อง การรับฟังและเปิดโอกาสให้พูด การแสดงออกด้วยคำพูดที่ให้ความรู้สึกที่ดี (O'Connor & Stagnitti, 2010) ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของบ้าน ที่อยู่อาศัย หรือโรงพยาบาล (Physical Environment) เช่น ความปลอดภัย ลักษณะสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก การส่งเสริมความรักความอบอุ่นและการยอมรับ (Warmth & Acceptance) ในครอบครัว เช่น ความใกล้ชิดและการพูดคุยของพ่อแม่และลูก การโต้ตอบ ชมเชย ยกย่อง การแสดงความรัก การส่งเสริมความรู้ (Academic Stimulation) เช่น การร้องเพลงและการอ่านง่ายๆ ให้กับเด็ก (Fortinash & Worret, 2008)

5.3 แนวคิดเชิงทฤษฎีการเล่นและการเล่นบำบัด

Sigmund Freud (1905, อ้างถึงใน Bromfield, 2003) กล่าวว่า การเล่น หมายถึง ธรรมชาติของเด็กในการสร้างความผ่อนคลาย ลดความหวาดกลัว แสดงออกถึงพัฒนาการด้านร่างกายและเพศ ไปจนถึงการเข้าใจพัฒนาการพัฒนาการด้านอารมณ์และประสบการณ์ของเด็ก

Piaget (1962 อ้างถึงใน Kool & Lawver, 2010) กล่าวว่า การเล่น หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ตั้งแต่ขวบปีแรกและพัฒนาต่อไปเรื่อยๆตามพัฒนาการและอายุ จากการเล่นที่ไม่มีความหมาย จนถึงการเล่นที่ซับซ้อน การเล่นส่งผลต่อพัฒนาการแสดงออกของเด็กทั้งด้านภาษา สติปัญญา และอวัจนภาษา การเล่นส่งผลให้เกิดความสมดุลในการใช้สัญลักษณ์และภาษา โดยการสร้างความสมดุลด้วยการเล่น และใช้การเล่นในการเปิดรับโลกภายนอกของเด็ก ร่วมกับส่งเสริมพัฒนาการ เป็น Case-by-Case

Beyer & Gammeltoft (2001) กล่าวว่า การเล่นบำบัด หมายถึง กิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาและสังคมของเด็กออทิสติก ส่งเสริมทักษะทางสังคมและทักษะในการเล่น ได้เป็นอย่างดี ส่งเสริมให้เด็กได้เรียนรู้ประสบการณ์การเล่นจากผู้บำบัด ส่งเสริมให้เด็กได้แสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกผ่านการเล่น ส่งเสริมด้านการตัดสินใจ การเลือก การอยู่กับผู้อื่น และการรอคอย เนื่องจากเด็กออทิสติกสามารถเรียนรู้ จดจำผ่านสายตาและสบตาผู้อื่นเป็นหลัก โดยมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา ด้วยการเล่นมีลำดับขั้นตอนจากง่ายไปยากและต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการนำแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวันมาเป็นพื้นฐาน ซึ่งใช้หลักการสามเหลี่ยมเชื่อมโยง คือ ด้านสังคม ด้านภาษา และจินตนาการ ที่มีผลต่อกัน ซึ่งเมื่อเด็กมีสังคมได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ จากสังคม เด็กจะสื่อสารกับผู้อื่นด้วยภาษาและท่าทางเพื่อบอกความต้องการ และเด็กจะใช้ประสบการณ์และจินตนาการในเชื่อมโยงการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่ง Beyer & Gammeltoft ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาการเล่นบำบัด เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กออทิสติก

National Research Council (2001); Brown & Whiten (2000, อ้างถึงใน Mastrangelo, 2009)) กล่าวว่า ทฤษฎีของจิตใจ (Theory of mind) หมายถึง การรับรู้การเข้าใจผู้อื่น (เรียกว่า mindblindness) จะเห็นว่าเด็กที่มีความผิดปกติของโรคออทิสซึม ไม่สามารถที่จะรับรู้ หรือเข้าใจ ความคิดความรู้สึก หรือความตั้งใจของผู้อื่น ซึ่งเป็นการแสดงลักษณะเฉพาะของเด็ก เป็นปัญหาที่เชื่อมโยงกับความบกพร่องทางสังคมและการสื่อสาร อันเป็นพื้นฐานทั้งหมดในการโต้ตอบกับบุคคลอื่นในการเล่น

National Research Council (2001); C. Hughes & Russell (1993, อ้างถึงใน Mastrangelo, 2009) กล่าวว่า ทฤษฎีการทำบทบาทหน้าที่ของเด็กออทิสติก (Theory of executive function) หมายถึง ความผิดปกติของเด็กออทิสติกด้านการทำบทบาทหน้าที่ การวางแผนงานล่วงหน้า และความยืดหยุ่นทางความคิดของเด็กออทิสติก และเด็กไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่รุนแรงได้ เด็กมักขาดความเชื่อมโยง ความสนใจในกิจกรรม การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การปรับตัวที่เหมาะสม และจินตนาการในการเล่น สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญสำหรับเด็กออทิสติกที่จะแสดงความสามารถในการเล่นที่เป็นตัวตนของเด็กออกมา

National Research Council (2001); Morgan et al. (2003, อ้างถึงใน Mastrangelo, 2009) กล่าวว่า ทฤษฎีความเชื่อมโยง (Theory of central coherence) หมายถึง เป็นทฤษฎีศูนย์กลางความเชื่อมโยงที่จะอธิบายช่องว่างในโรคออทิสซึม ที่แสดงให้เห็นปัญหาหลักที่เกิดขึ้นจากพื้นฐานการพัฒนาของเด็กที่ไม่สอดคล้องกันแบบอัตโนมัติก่อให้เกิดการตีความของบริบท หรือเหตุการณ์ที่ผิดเพี้ยน เด็กสนใจเล่นจดจ่ออยู่กับของเล่นสิ่งเดียว ไม่สามารถเล่นเป็นเรื่องราว หรือเหตุการณ์ได้ แสดงให้เห็นว่าเด็กออทิสติกไม่สามารถประมวลผลแบบองค์รวม ไม่สามารถเล่นบทบาทสมมุติ สามารถเข้าใจเรื่องราว หรือสถานการณ์ขณะในการเล่นได้

Axline (1947, อ้างถึงใน Pehrsson & Aguilera, 2007) กล่าวว่า การเล่นบำบัด หมายถึง การให้เด็กเป็นศูนย์กลางในการบำบัดด้วยการเล่น เปิดโอกาสให้เด็กอยู่ในบริบทการรักษาที่ดีเรื่องไม่มีเงื่อนไขของผู้ให้คำปรึกษา เพื่อให้เด็กได้แสดงความคิด แสดงอารมณ์ และเพศสภาพที่แท้จริง ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ส่งเสริมการเจริญเติบโต ครอบคลุมถึงการพัฒนาของความสัมพันธ์ที่อบอุ่นการแก้ปัญหาเพื่อสร้างความตระหนักและความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตต่อไป

Mastrangelo (2009) กล่าวว่า การเล่นเป็นวิธีการบำบัดวิธีหนึ่ง ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของเด็ก การพัฒนาการเล่นสามารถนำมาบำบัดให้เกิดความซับซ้อนและจินตนาการ ความคิดสร้างสรรค์ ให้เกิดกระบวนการคิดและการกระทำของเด็ก เด็กออทิสติก ประมาณ 75% มีความผิดปกติทางด้านสติปัญญา ซึ่งมีความล่าช้าในการสื่อสารและความบกพร่องทางสังคม การเล่นนำมาใช้

บ้ำบัดความยากลำบากในการสื่อสารของเด็กรวมไปถึงการเลียนแบบและปรับตัว ซึ่งเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตของเด็กที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม อีกทั้งการเล่นช่วยสร้างความสนใจในการเรียนรู้ เข้าใจสัญลักษณ์และเข้าใจในการแสดงอารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ที่ผิดปกติ การตอบสนองต่อพฤติกรรมก้าวร้าว

Lawer & Blankenship (2008) กล่าวว่า การเล่นบ้ำบัดเป็นการบ้ำบัดที่ทันสมัยโดยผู้เชี่ยวชาญบ้ำบัดกับเด็ก โดยใช้หลักฐานและการวินิจฉัยในการนำการเล่นบ้ำบัดมาใช้ การเล่นบ้ำบัดเป็นแนวทางในการบ้ำบัดให้เด็กเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด การระบุปัญหาของเด็กผ่านการเล่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและแข็งแรงของเด็กในการดำรงชีวิต รวมทั้งสร้างทักษะทางสังคมที่ดี

Camara van Breemen (2009) กล่าวว่า การเล่นบ้ำบัดเป็นการปฏิบัติที่มีขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้การเข้าใจในการปฏิบัติการเล่นบ้ำบัดจะส่งผลให้เกิดคุณค่าและแนวทางในการบ้ำบัดที่จะส่งผลต่อพัฒนาการด้านการสื่อสารกับครอบครัวและบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Kenny & Winick (2000) กล่าวว่า การดูแลตนเองในเด็กออทิสติกนั้นเป็นเรื่องที่มีความยากลำบาก เนื่องจากเด็กไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจา หรือแสดงออกของพฤติกรรมของตนเองแม่ที่บ้านและที่โรงเรียนได้ พวกเขาได้นำครอบครัวเข้าร่วมในกิจกรรมที่บ้ำบัดโดยใช้การบ้ำบัด Case-by-Case (Case Study) ใช้เวลา 15 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง บ้ำบัดกับเด็ก 45 นาที และอีก 15 นาที ฝึกพ่อแม่ ร่วมกับแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น พบว่า สามารถควบคุมพฤติกรรมได้อย่างมีเหตุผล เกิดความสุขและมั่นใจตัวเอง สามารถนำไปดูแลเด็กออทิสติกที่บ้านได้นั้นส่งผลให้เด็กมีพัฒนาที่ก้าวหน้าและมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ผู้ปกครองรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดภาวะความเครียดในการดูแลบุตรได้

Wittenborn et al. (2006) พบว่า การเล่นบ้ำบัดโดยมีมารดามีส่วนร่วมยังช่วยผ่อนคลายและสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้แก่เด็กออทิสติกและมารดาโดยใช้บิดา มารดาเข้าร่วมบ้ำบัดแบบบูรณาการ มุ่งเน้นการจัดการด้านอารมณ์ พัฒนาการด้านภาษา และสติปัญญาของเด็กออทิสติก

Kasari et al. (2006) พบว่า จากการทดลองโดยนำการเล่นบ้ำบัดซึ่งมีมารดาเข้าร่วม ใช้กลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติก 58 คน อายุ 3-4 ปี ใช้เวลา 5-6 สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที ในการฝึกเด็กร่วมกับครอบครัว ส่งผลต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาในเด็กออทิสติก เด็กมีความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว ใช้สายตาในการมองและสบตากับผู้อื่น หรือกิจกรรมมากขึ้น แสดงออกโดยใช้ของเล่นแทนการสื่อสาร และพูดมากขึ้น โดยแนวคิดในการเล่นบ้ำบัดในงานวิจัยของเขา คือ ความสนใจในการเล่นและการเล่นแบบใช้สัญลักษณ์ (จินตนาการ) การเล่นโดยการให้บทบาทสมมุติ

Matson et al. (2009) พบว่า การฝึกอบรมให้ความรู้และทักษะต่างๆให้กับผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติกที่ถูกต้องนั้นเป็นการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งของเด็กออทิสติกและผู้ปกครองเป็นปัจจัยหลักที่จะนำไปสู่ดูแลเด็กต่อไป และเป็นสิ่งที่ทำทนายสำหรับผู้ปกครอง อีกทั้งยังลดค่าใช้จ่ายระยะเวลา และสิ่งสำคัญมากกว่านั้นคือเด็กออทิสติกลดการรักษาด้วยยา โดยทดลองในเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน จำนวน 35 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง

จากการทบทวนงานวิจัยการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติก พบว่า การเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกหมายถึง การบำบัดเด็กออทิสติกด้วยกิจกรรมการเล่น เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพเป็นอย่างดี มีความแพร่หลาย มีกิจกรรมที่หลากหลายไม่ตายตัว อันจะผลต่อพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กออทิสติกโดยเฉพาะพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษา และแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเล่นและการเล่นบำบัดมีหลากหลาย มีแนวคิดในการส่งเสริมพัฒนาการความสามารถของเด็กที่มีในตัวให้แสดงออกได้อย่างเต็มความสามารถ การเข้าใจความหมายของการสื่อสารทั้งการพูดและสัญลักษณ์ ลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ส่งเสริมพัฒนาการด้านความคิดและการรับรู้ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ดังนั้น ผู้วิจัยสนใจแนวคิดของ Beyer & Gammeltoft (2001) ที่ใช้หลักการสามเหลี่ยมเชื่อมโยงกัน และนำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาการเล่นบำบัดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กออทิสติกด้านสังคม สติปัญญาและภาษา และจากการทบทวนงานวิจัยการเล่นบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในเด็กออทิสติก พบว่า การเล่นบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดเด็กออทิสติก หมายถึง การบำบัดเด็กออทิสติกด้วยการเล่นโดยการฝึกฝนครอบครัวให้ทำได้ และทำเป็น สามารถนำไปฝึกปฏิบัติกับลูกได้ที่บ้านเมื่อสิ้นสุดการฝึกเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกให้คงอยู่ต่อไป

5.4 ประโยชน์ของการเล่น

จากที่ได้ศึกษาข้อมูลสามารถอธิบายประโยชน์ของการเล่นได้ ดังนี้ การเล่นสามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ เช่น สัมพันธภาพกับผู้อื่น ลดความก้าวร้าว สร้างความคุ้นเคย ลดความเครียด คลายความวิตกกังวล ส่งเสริมการเป็นตัวตนของเด็กเกิดความรักความสามัคคี ส่งเสริมการคิด การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆรอบตัว อีกทั้งยังส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษา ให้กับเด็ก

จากการทบทวนวรรณกรรมการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกมีผู้เขียนและศึกษา 8 เรื่องที่กล่าวถึงการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติก Axline (1947, อ้างถึงใน Pehrsson & Aguilera, 2007) กล่าวว่า เด็กออทิสติกนั้นเหมือนเด็กปกติทั่วไปคือ เป็นวัยแห่งการเรียนรู้ต้องการความรักความอบอุ่น ต้องการการแสดงออกความเป็นตัวตน ซึ่ง Mastrangelo (2009) ได้สนับสนุนแนวคิดนี้ ว่า

การเล่นบำบัดสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และซับซ้อน ลดพฤติกรรมก้าวร้าว Lawer & Blankenship (2008) และ Camara van Breemen (2009) ถ้าผู้บำบัดมีความเชี่ยวชาญและบำบัดเป็นลำดับขั้นตอนจะส่งที่ดีต่อพัฒนาการของเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ Kenny & Winick (2000) ยังพบว่า การดูแลเด็กออทิสติกเป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับครอบครัว Wittenborn et al., (2006) ได้นำครอบครัวเข้ามาร่วมในการเล่นบำบัดกับเด็กออทิสติกโดยใช้การเล่นเพื่อให้เด็กเกิดความสนใจในกิจกรรมและเล่นโดยใช้สัญลักษณ์หรือบทบาทสมมติเพื่อให้เด็กเกิดจินตนาการ ส่งผลต่อการจัดการด้านอารมณ์ พัฒนาการด้านภาษา และสติปัญญา และ Kasari et al. (2006) ได้ทำการทดลองโดยนำการเล่นบำบัดโดยให้มารดาเข้าร่วมการบำบัดทุกครั้ง พบว่า ส่งผลต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาในเด็กออทิสติก Matson et al. (2009) กล่าวว่า การเล่นบำบัดนี้สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวลงได้ หากครอบครัวนำเอาไปใช้และมีทักษะความรู้ ในการดูแลเด็กออทิสติกอย่างถูกต้อง ดังนั้นการเล่นบำบัดเป็นการบำบัดเด็กออทิสติกที่มีประสิทธิภาพ และการนำครอบครัวเข้ามาร่วมในการบำบัดเพื่อส่งเสริมทักษะจะช่วยพัฒนาศักยภาพของเด็กอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจและนำแนวคิดการเล่นบำบัดของ Kasari et al. (2006) มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิด Beyer & Gammeltoft (2001) ในงานวิจัยครั้งนี้

6. การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

จากการศึกษาการเล่นบำบัดตามแนวคิดของ Beyer & Gammeltoft (2001) และหลักการของ Kasari et al. (2006) เป็นกิจกรรมที่นำมาบำบัดที่มีประสิทธิภาพ สามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก และการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเล่นบำบัดด้วยของ Kasari et al. (2006) โดยใช้การบำบัด Case-by-Case ใช้เวลา 11 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที และการบำบัดรายกลุ่ม 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ขณะเล่นกับเด็กกระตุ้นให้ครอบครัวเล่นไปพร้อม ๆ กัน เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเล่นกับเด็ก สร้างความคุ้นเคย เพิ่มทักษะในการเล่นบำบัดและร่วมกันแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นขณะปฏิบัติร่วมกับพยาบาลผู้บำบัด เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กออทิสติกเมื่อกลับไปบ้าน ครอบครัวสามารถเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กเกิดความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัวคนรอบข้าง รู้จักการใช้สายตาในการมองและสบตากับผู้อื่น หรือเรียนรู้การเล่นอื่นๆมากขึ้น รวมทั้งการเล่นกับเพื่อน ได้เพิ่มขึ้น รวมทั้งการแสดงออกโดยใช้ของเล่นแทนการสื่อสาร และพูดมาก การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมนี้ต้องการส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกให้คงอยู่ต่อไป ซึ่งบทบาทพยาบาลในการเล่นบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมของเด็กออทิสติกนั้น

พยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเด็กออทิสติก พัฒนาการเด็กออทิสติก ข้อจำกัดในโรคที่เป็น กิจกรรมการพยาบาลในการบำบัดรักษา ความสามารถในการติดต่อสื่อสารติดต่อประสาน ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ความจริงใจ ความรับผิดชอบ ซื่อสัตย์ การสนใจศึกษาค้นคว้าเพื่อหาการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีและทันสมัยมีความเป็นผู้นำกล้าตัดสินใจ โดยใช้หลักความถูกต้องอ้างอิงทางวิทยาศาสตร์

6.1 การพัฒนาการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก

คู่มือกิจกรรมการเล่นบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Beyer & Gammeltoft (2001) และหลักการของ Kasari et al. (2006) ที่อธิบายว่า เด็กออทิสติกสามารถเรียนรู้ จดจำผ่านสายตาและสบตากับผู้อื่นเป็นหลัก โดยมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา ด้วยการเกมการเล่นตามลำดับขั้นตอนจากง่ายไปยากและต่อเนื่องจะสามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษา ได้โดยพยาบาลจัดกิจกรรมจากความผิดปกติด้านพัฒนาการของเด็กออทิสติก พัฒนาควภูไปกับแนวทางการดำเนินชีวิตประจำวันมาเป็นพื้นฐาน ในการสร้างคู่มือซึ่งผู้วิจัยศึกษาโปรแกรมการเล่นบำบัดสำหรับเด็กออทิสติก ของ วิมล เนติวิชรกุล (2548) และสร้างขึ้นจากการบูรณาการระหว่างแนวคิดการเล่นบำบัดของ Beyer & Gammeltoft (2001) และ การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมของ Kasari et al. (2006) ในเด็กออทิสติก เพื่อนำมาสร้างคู่มือการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ โดยกลุ่มตัวอย่าง是孩子ออทิสติกอายุ 3-6 ปี เป็นเด็กที่อยู่ในวัยแห่งการเรียนรู้ เป็นวัยก่อนวัยเรียนที่ครอบครัวต้องมีการเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการให้เหมาะสม และมีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งใช้ระยะเวลา 7 สัปดาห์ จำนวน 13 ครั้ง กิจกรรมรายบุคคล ครั้งละ 30 นาที กิจกรรมรายกลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ (Relational Play)

พยาบาลสร้างความคุ้นเคย ระหว่างเด็กและครอบครัว โดย ทักทาย แนะนำตัว กระตุ้นให้เด็กถาม และตอบ เล่นกับเด็กและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความไว้วางใจซึ่งกัน และกัน อันเป็นปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาด้านสังคม สติปัญญาและภาษาเป็นระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพรายบุคคล ครั้งละ 30 นาที 2 เกม จำนวน 2 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 1 การเล่นบำบัดรายบุคคลเพื่อสร้างสัมพันธภาพ 2 เกม (ครั้งละ 30 นาที)

เกมที่ 1 ชื่อเกม: เกมมารู้จักกันเถอะ

วิธีการ : พยาบาลผู้บำบัด นำของเล่น เช่น ตุ๊กตา ลูกบอล สัตว์ โทรศัพท์ รถ อย่างละ 1 ชิ้น จำนวน 5 ชิ้น มาวางไว้ข้างหน้าเด็ก พยาบาลผู้บำบัดชวนเด็กออทิสติกหยิบของเล่น ถ้าเด็กไม่หยิบ

พยายามจับมือเด็กมาหิบบของเล่น หรือหิบบของเล่นมาใส่มือเด็ก พร้อมเป็นแบบในการเล่นของเล่นแต่ละชิ้นให้เด็กเล่นเลียนแบบถ้าเด็กเล่นไม่ได้ก็ให้พยายามผู้บำบัดจับมือ / ตะนําให้เล่น แล้วกระตุ้นให้เด็กออกทิสติกหิบบเอง พร้อมกระตุ้นให้พูดชื่อของเล่น ถ้าเด็กไม่พูดพยายามผู้บำบัดพูดให้ฟัง เพื่อให้เด็กเกิดการรู้จักของเล่นใหม่ๆ รู้จักบุคคลอื่น (พยาบาล) โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและเล่นกับเด็กกับพยาบาลตลอดการเล่น หลังจากนั้นให้ครอบครัวลองปฏิบัติการเล่นตามแบบที่พยาบาลเล่นกับเด็กให้ดูพร้อมกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ รวมทั้งให้เทคนิคในการเล่นและตอบข้อสงสัยของครอบครัว เวลา 15 นาที ระหว่างกิจกรรมพยาบาลผู้บำบัดสังเกตและประเมินผลว่าเด็กสามารถหิบบของเล่นด้วยนิ้วมือไม่ปล่อยก็ขึ้นแล้วบันทึกผล หลังจากนั้นประเมินด้วยแบบตรวจสอบความสามารถของเด็กโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการเล่นบำบัดและแบบประเมินความสามารถของเด็กออทิสติก ซึ่งแบบประเมินทั้งสองชุดเป็นเครื่องมือกำกับการทำลอง เด็กต้องได้คะแนนรวมกัน 4 ครั้งของแต่ละเกม ร้อยละ 75 % จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ จากการเล่นทั้งหมด 13 ครั้ง และประเมินด้วยแบบตรวจสอบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบำบัดที่บ้าน ที่ครอบครัวควรเล่นกับเด็กทุกเกม อย่างน้อยเกมละ 2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์เล่นไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง อันจะส่งผลต่อความสามารถของครอบครัวในการนำไปปฏิบัติกับเด็กได้อย่างต่อเนื่อง

เกมที่ 2 ชื่อเกม: เกมตัวของหนู

วิธีการ : พยาบาลผู้บำบัดแนะนำตัวเอง ทักทายเด็กออทิสติก กระตุ้นให้เด็กแนะนำตัวเอง โดยให้มองกระจกและถามเด็กออทิสติกว่าใคร พร้อมกับชี้ที่ตัวพยาบาลผู้บำบัด หรือชี้ที่ตัวเด็ก กรณีที่เด็กพูดได้กระตุ้นให้เด็กตอบ ถ้าเด็กไม่ตอบพยาบาลชี้ที่ตัวพยาบาล หรือตัวเด็กแล้วตอบชื่อของพยาบาลผู้บำบัดและชื่อของเด็กออทิสติกเอง หากเด็กออทิสติกพูดไม่ได้ เมื่อพยาบาลพูดชื่อของตนเอง หรือชื่อของเด็กออทิสติก พยาบาลผู้บำบัดจับมือ หรือตะนําให้เด็กตอบสนองด้วยการชี้ทักทายและแนะนำตัวสลับกันเช่นนี้คนละ 3 ครั้ง โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและเล่นกับเด็กกับพยาบาลตลอดการเล่น หลังจากนั้นให้ครอบครัวลองปฏิบัติการเล่นตามแบบที่พยาบาลเล่นกับเด็กให้ดูพร้อมกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ รวมทั้งให้เทคนิคในการเล่นและตอบข้อสงสัยของครอบครัว ระหว่างกิจกรรมพยาบาลผู้บำบัดสังเกตและประเมินผลว่าเด็กสามารถเล่นผ่านกระจกได้ หรือไม่แล้วบันทึกผล หลังจากนั้นประเมินด้วยแบบตรวจสอบความสามารถของเด็กโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการเล่นบำบัดและแบบประเมินความสามารถของเด็กออทิสติก ซึ่งแบบประเมินทั้งสองชุดเป็นเครื่องมือกำกับการทำลอง เด็กต้องได้คะแนนรวมกัน 4 ครั้ง ของแต่ละเกม ร้อยละ 75 % จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ จากการเล่นทั้งหมด 13 ครั้ง และประเมินด้วยแบบตรวจสอบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบำบัดที่บ้าน ที่ครอบครัวควรเล่นกับเด็กทุกเกม อย่างน้อย

เกมละ 2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์เล่นไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง อันจะส่งผลต่อความสามารถของครอบครัวในการนำไปปฏิบัติกับเด็กได้อย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2 ระยะบำบัด การบำบัดรายบุคคล เพื่อให้เด็กเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และฝึกการใช้ทักษะทางสังคม สถิติปัญญาและภาษาในสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม เพื่อพัฒนาความเข้าใจภาษาพูดและภาษากาย ที่ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม โดยแต่ละครั้งพยายามประเมิน ความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกและครอบครัวหลังเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งครอบครัวได้เรียนรู้วิธีการเล่นจากพยาบาลและสามารถนำไปปฏิบัติเองที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง เป็นการบำบัดรายบุคคล 3 เกม จำนวน 9 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และบำบัดรายกลุ่ม 1 เกม จำนวน 2 ครั้ง กลุ่มละ 60 นาที ดังนี้

การบำบัดรายบุคคล สัปดาห์ที่ 2-7 ครั้งที่ 3-13 ประกอบด้วย

เกมที่ 3 การเล่นเกมเลียนแบบตามบทบาท (Functional Play)

ชื่อเกม : เกมหนูทำได้ (3 ครั้ง/เกม ครั้งละ 30 นาที)

จุดประสงค์ : พัฒนาความตั้งใจ ประเมินความสนใจ สอนทักษะชีวิตประจำวัน บทบาทสมมุติ สร้างความมั่นใจและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคม

วิธีการ : พยาบาลผู้บำบัดนำตุ๊กตามาเล่นทำท่าทางต่างๆ เช่น นั่ง นอน กินข้าว แล้วให้เด็กเล่นตามพยาบาลผู้บำบัด ถ้าเด็กเล่นไม่เป็นให้พยาบาลผู้บำบัดจับมือ/แนะนำให้เล่น เมื่อเด็กออทิสติกเล่นได้ให้คำชมเชยด้วยคำพูดและปรบมือให้เด็ก พร้อมกระตุ้นให้เด็กโต้ตอบด้วยคำพูด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและเล่นกับเด็กกับพยาบาลตลอดการเล่น หลังจากนั้นให้ครอบครัวลองปฏิบัติการเล่นตามแบบที่พยาบาลเล่นกับเด็กให้ดูพร้อมกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ หลังสิ้นสุดการเล่นบำบัดทั้งสองแบบพยาบาลผู้บำบัดสรุปผลการเล่นของเด็ก ให้เทคนิคในการเล่น และตอบข้อสงสัยของครอบครัว หลังจากนั้น พยาบาลผู้บำบัดนำโทรศัพท์มาเล่นรับโทรศัพท์ให้เด็กเล่นตามพยาบาลผู้บำบัด ถ้าเด็กเล่นไม่เป็นให้พยาบาลผู้บำบัดจับมือ / แนะนำให้เล่น เมื่อเด็กออทิสติกเล่นได้ให้คำชมเชยด้วยคำพูดและปรบมือให้เด็ก พร้อมกระตุ้นให้เด็กโต้ตอบด้วยคำพูด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและเล่นกับเด็กกับพยาบาลตลอดการเล่น หลังจากนั้นให้ครอบครัวลองปฏิบัติการเล่นตามแบบที่พยาบาลเล่นกับเด็กให้ดูพร้อมกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ ระหว่างกิจกรรมพยาบาลผู้บำบัดสังเกตและประเมินผลว่าเด็กสามารถเล่นตามและเล่นเลียนแบบได้ หรือไม่ หลังจากนั้นประเมินด้วยแบบตรวจสอบความสามารถของเด็กโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการเล่นบำบัดและแบบประเมินความฉลาดของเด็กออทิสติก ซึ่งแบบประเมินทั้งสองชุดเป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง เด็กต้องได้คะแนนรวมกัน 4 ครั้งของแต่ละเกม ร้อยละ 75 % จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ จากการเล่นทั้งหมด 13 ครั้ง และประเมินด้วยแบบตรวจสอบ

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบำบัดที่บ้าน ที่ครอบครัวควรเล่นกับเด็กทุกเกม อย่างน้อยเกมละ 2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์เล่นไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง อันจะส่งผลต่อความสามารถของครอบครัวในการนำไปปฏิบัติกับเด็กได้อย่างต่อเนื่อง

เกมที่ 4 การเล่นกับสื่อ

ชื่อเกม: สิ่งที่ทำ (3 ครั้ง/เกม ครั้งละ 30 นาที)

จุดประสงค์ :

1. เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้ การเชื่อมโยงเหตุการณ์ เข้าใจการสื่อสารของบุคคลอื่น
2. เพื่อให้เด็กเกิดการเชื่อมโยงระหว่างภาพในสมองกับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน

วิธีการ : พยาบาลผู้บำบัดนำภาพลำดับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน 2-3 เหตุการณ์ ได้แก่ การตื่นนอน อาบน้ำ แต่งตัว หาว เข้านอน และนอนหลับ เล่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอธิบายให้เด็กออกทิสติกฟังและดู แล้วให้เด็กออกทิสติกนำสิ่งของจำลองมาวางที่รูปภาพให้ตรงกัน พร้อมกระตุ้น ให้เด็กออกทิสติกพูดคุยโต้ตอบ ถ้าเด็กออกทิสติกจับคู่ภาพไม่ถูกต้องให้พยาบาลผู้บำบัดจับมือ / แนะนำให้วางจับคู่ให้ถูกต้อง โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและเล่นกับเด็กกับพยาบาลตลอดการเล่น หลังจากนั้นให้ครอบครัวลองปฏิบัติตามแบบที่พยาบาลเล่นกับเด็กให้ดูพร้อมกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ หลังสิ้นสุดการเล่นบำบัดทั้งสองแบบพยาบาลผู้บำบัดสรุปผลการเล่นของเด็ก ให้เทคนิคในการเล่น และตอบข้อสงสัยของครอบครัว เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาความเข้าใจการสื่อสาร การเล่าเรื่องและเชื่อมโยงเหตุการณ์ ระหว่างกิจกรรม พยาบาลบำบัดสังเกตและประเมินผลว่าเด็กสามารถเล่นตามได้ หรือไม่ หลังจากนั้นประเมินด้วยแบบตรวจสอบความสามารถของเด็กโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการเล่นบำบัดและแบบประเมินความสามารถของเด็กออกทิสติก ซึ่งแบบประเมินทั้งสองชุดเป็นเครื่องมือกำกับการทำลอง เด็กต้องได้คะแนนรวมกัน 4 ครั้งของแต่ละเกม ร้อยละ 75 % จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ จากการเล่นทั้งหมด 13 ครั้ง และประเมินด้วยแบบตรวจสอบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบำบัดที่บ้าน ที่ครอบครัวควรเล่นกับเด็กทุกเกม อย่างน้อยเกมละ 2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์เล่นไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง อันจะส่งผลต่อความสามารถของครอบครัวในการนำไปปฏิบัติกับเด็กได้อย่างต่อเนื่อง

เกมที่ 5 การเล่นสลับบทบาทและตามกติกา

ชื่อเกม: ฉันทับเชอ (3 ครั้ง/เกม ครั้งละ 30 นาที)

จุดประสงค์ :

1. เพื่อให้เด็กออกทิสติกเกิดการเรียนรู้จากการมอง
2. เพื่อให้เด็กรู้จักรอคอย และเรียนรู้กติกา

วิธีการ : พยาบาลผู้บำบัดนำของเล่น ได้แก่ บล็อกไม้มาเล่นสลับกันต่อบล็อกไม้ให้สูงขึ้น

โดยผู้นำใช้หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการบล็อกไม้ต่อและสลับกันเล่น หากใครมีหมวกคนนั้นจะเป็นผู้ได้ต่อบล็อกไม้ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาและสังคมในการเข้าใจความหมาย รู้จักการรอคอย โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและเล่นกับเด็กกับพยาบาลตลอดการเล่น หลังจากนั้นให้ครอบครัวลองปฏิบัติการเล่นตามแบบที่พยาบาลเล่นกับเด็กให้ดูพร้อมกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ หลังสิ้นสุดการเล่นบ๊อบบี้ทั้งสองแบบพยาบาลผู้บำบัดสรุปผลการเล่นของเด็กให้เทคนิคในการเล่น และตอบข้อสงสัยของครอบครัว เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาความเข้าใจ การสื่อสาร การเล่าเรื่องและเชื่อมโยงเหตุการณ์ หลังจากนั้น เป็นการจับคู่สีในแผ่นกระดานของตนเอง โดยพยาบาลผู้บำบัด แบ่งแผ่นกระดานสีวงกลม 6 สีให้คนละ 1 แผ่น และแผ่นวงกลมสี 6 วง ๆ ละ 1 สี พยาบาลทำการจับคู่สีในกระดานของตนเอง และกระตุ้นให้เด็กออกทิสติกจับคู่สีในกระดานของตนเอง ถ้าเด็กจับคู่ไม่ถูกต้อง ให้พยาบาลผู้บำบัด จับมือ และนำไปทำ พร้อมกระตุ้นให้ ออกเสียง โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและเล่นกับเด็กกับพยาบาลตลอดการเล่น หลังจากนั้นให้ครอบครัวลองปฏิบัติการเล่นตามแบบที่พยาบาลเล่นกับเด็กให้ดูพร้อมกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ หลังสิ้นสุดการเล่นบ๊อบบี้ทั้งสองแบบพยาบาลผู้บำบัดสรุปผลการเล่นของเด็กให้เทคนิคในการเล่น และตอบข้อสงสัยของครอบครัว เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาความเข้าใจ การสื่อสาร การเล่าเรื่องและเชื่อมโยงเหตุการณ์ ระหว่างกิจกรรมพยาบาลผู้บำบัดสังเกตและประเมินผลว่าเด็กสามารถเล่นสลับบทบาทได้ หรือไม่ หลังจากนั้นประเมินด้วยแบบตรวจสอบความสามารถของเด็ก โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการเล่นบ๊อบบี้และแบบประเมินความสามารถของเด็กออกทิสติก ซึ่งแบบประเมินทั้งสองชุดเป็นเครื่องมือกำกับการทำลอง เด็กต้องได้คะแนนรวมกัน 4 ครั้งของแต่ละเกม ร้อยละ 75 % จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ จากการเล่นทั้งหมด 13 ครั้ง และประเมินด้วยแบบตรวจสอบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบ๊อบบี้ที่บ้าน ที่ครอบครัวควรเล่นกับเด็กทุกเกม อย่างน้อยเกมละ 2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์เล่นไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง อันจะส่งผลต่อความสามารถของครอบครัวในการนำไปปฏิบัติกับเด็กได้อย่างต่อเนื่อง

การบำบัดรายกลุ่ม (Social Play) 10 คน/กลุ่ม

เกมที่ 6 การเล่นตามกติกากลุ่ม (2 ครั้ง /เกม ครั้งละ 60 นาที)

ชื่อเกม: เกมกินขนม และการเคลื่อนไหวร่างกายเข้าจังหวะ

จุดประสงค์ :

1. เพื่อให้เด็กมีความเข้าใจภาษา กติกาเกม เกมที่ซับซ้อนมากขึ้น ด้วยวิธีง่ายๆ
2. เพื่อเตรียมทักษะทางสังคมของเด็กออกทิสติกให้พร้อมสำหรับการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

อย่างเหมาะสม

วิธีการ : พยายามนั่งล้อมวงรอบ โต๊ะกับเด็กและครอบครัว เพื่อให้เด็กเกิดการรู้จักเพื่อนใหม่ เกิดการเรียนรู้ และการสื่อสารโดยให้เด็กนั่งกับครอบครัวเป็นคู่รอบโต๊ะ มีการ์ดรูปขนมและการ์ดที่ไม่มีรูปขนม สำหรับแจกสมาชิกครอบครัว ให้ผู้นำกลุ่มใส่หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการแจกการ์ดทั้งสองแบบ เมื่อแจกการ์ดครบทุกคนแล้วให้ผู้นำกลุ่มให้สัญญาณในการเปิดการ์ด เมื่อพลิกการ์ดดูแล้วถ้าใครเปิดได้การ์ดที่มีรูปขนม จะได้กินขนมที่เปิดได้ สลับกันเป็นผู้นำกลุ่มจนครบทุกคน ซึ่ง 3 ครั้งแรกให้มีรูปขนมหมด เพื่อให้เด็กสนใจมองกิจกรรม เพราะเด็กเรียนรู้จากการมองได้ดี ครั้งถัดมาแทรกการ์ดที่ไม่มีรูปขนมเข้าไปในการแจกทีละครั้ง ถ้าเด็กเล่นไม่เป็นให้พยาบาลผู้บำบัดช่วยจับมือ / แนะนำให้เล่น และกล่าวคำชมเชยเมื่อเด็กทำได้ เพื่อให้เด็กออทิสติกเข้าใจคำสั่งและสถานการณ์ที่มีกติกาได้ใช้ทักษะในการสลับบทบาทกับเพื่อนเด็กออทิสติกในวัยเดียวกัน และให้เด็กออทิสติกเกิดความสุขสนานและเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและเล่นกับเด็กกับพยาบาลตลอดการเล่น หลังจากนั้นให้ครอบครัวลองปฏิบัติตามที่พยาบาลเล่นกับเด็กให้ดูพร้อมกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ หลังจากนั้น พยายามให้เด็กล้อมกันเป็นวงกลมโดยครอบครัวร่วมเล่น พยายามร้องเพลงเข้าจังหวะ (Exploratory play) เช่น เพลงออกกำลัง เพลงดอกไม้บานและหุบ เพลงสวรรค์ เพลงบายบาย ขณะร้องเพลงและเดินรอบวง จะมีการหยุดเปิดช่วงๆ การหุบเข้าของวงและการขยายวง การเดินเร็ว การเดินช้า ตามคำสั่งของผู้นำกลุ่มโดยให้ผู้นำกลุ่มใส่หมวกเป็นสัญลักษณ์ เพื่อให้เด็กออทิสติกเข้าใจคำสั่ง และสถานการณ์ที่มีกติกาได้ใช้ทักษะในการสลับบทบาทกับเพื่อนเด็กออทิสติกในวัยเดียวกัน และเกิดความสุขสนานและเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและเล่นกับเด็กกับพยาบาลตลอดการเล่น หลังจากนั้นให้ครอบครัวลองปฏิบัติตามที่พยาบาลเล่นกับเด็กให้ดูพร้อมกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ หลังสิ้นสุดการเล่นบำบัดทั้งสองแบบพยาบาลผู้บำบัดสรุปผลการเล่นของเด็ก ให้เทคนิคในการเล่น และตอบข้อสงสัยของครอบครัว กล่าวปิดกลุ่ม ในครั้งสุดท้าย และทำแบบประเมินหลังจบกลุ่มวิจัย 1 สัปดาห์

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Baggerly & Bratton, (2000, อ้างถึงใน Kool & Lawver, 2010) ได้ศึกษาการใช้การเล่นบำบัดในเด็กสมาธิสั้น ตัวอย่างกลุ่มประชากรทำแบบทดสอบก่อนและหลังสิ้นสุดกิจกรรมทั้งหมด 16 ครั้ง พบว่า ความกังวลใจลดลง ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น เรียนรู้สิ่งที่ยากได้เพิ่มขึ้น

El-Ghoroury1 & Romanczyk (1999) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการเล่นต่อปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวของเด็กออทิสติก กลุ่มตัวอย่างคือครอบครัวเด็กออทิสติก

จำนวน 9 ครอบครัว พบว่า มารดาและบิดาเล่นกับเด็กออทิสติกมากขึ้นกว่าที่ป่อกติในขณะที่เด็กออทิสติกเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ต่อพี่น้องมากกว่าบิดา/มารดา คะแนนมีความสัมพันธ์กันระหว่างพฤติกรรมของผู้ปกครองในการเล่นและการเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ของเด็กออทิสติกที่มีต่อบิดา/มารดา ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าบิดา/มารดา อาจชดเชยการเล่นสำหรับความพิการของเด็ก โดยเริ่มการมีปฏิสัมพันธ์ด้วยการเล่นมากขึ้น

Hill (2006) ได้ศึกษาผลของการเล่นบำบัดโดย มีบิดา/มารดา มีส่วนร่วม ซึ่งนำไปศึกษาในเด็กที่ถูกทำร้ายทางเพศ พบว่า เด็กมีความไว้วางใจ คลายความวิตกกังวล ผ่อนคลาย มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีขึ้นกับบุคคลอื่น ส่งเสริมให้เด็กกล้าแสดงออก นำไปสู่ความรู้และทักษะที่จะพัฒนาให้มีบิดา/มารดา หรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาเด็กที่ปัญหาทางจิตเวชต่อไป

Kenny & Winick (2000) ได้ศึกษาผลของการเล่นบำบัดโดยมีบิดา/มารดา มีส่วนร่วม ซึ่งนำไปศึกษาในเด็กออทิสติกผู้หญิงอายุ 11 ปี ที่มีปัญหาด้านสังคม พฤติกรรมที่เป็นปัญหา และอารมณ์ที่แสดงออก รวมถึงขั้นตอนการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงและการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบว่า การเล่นโดยมีมารดาเข้าไปมีส่วนร่วม ทั้งการดูแลเด็กออทิสติกและการให้ความรู้แก่มารดา ร่วมกับผู้ดูแลที่มีความชำนาญ ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่ดี มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น สนใจบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบข้างเพิ่มขึ้น ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น มีทักษะในการดำเนินชีวิต

Kasari et al. (2006) พบว่า การเล่นบำบัดโดยมีมารดาเข้าร่วมส่งผลต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาในเด็กออทิสติก เด็กมีความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว ใช้สายตาในการมองและสบตาผู้อื่น หรือกิจกรรมมากขึ้น แสดงออกโดยใช้ของเล่นแทนการสื่อสาร และพูดมากขึ้น โดยทดลองในเด็กออทิสติก 58 คน อายุ 3-4 ปี ใช้เวลา 5-6 สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที ในการฝึกเด็กและครอบครัว

Matson et al. (2009) พบว่า การฝึกอบรมให้ความรู้และทักษะต่างๆให้กับผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติกที่ถูกต้องนั้นเป็นการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งของเด็กออทิสติกและผู้ปกครองเป็นปัจจัยหลักที่จะนำไปดูแลเด็กต่อไป และเป็นสิ่งที่ทำหายสำหรับผู้ปกครอง อีกทั้งยังลดค่าใช้จ่ายระยะเวลา และสิ่งสำคัญมากกว่านั้นคือเด็กออทิสติกลดการรักษาด้วยยา โดยทดลองในเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน จำนวน 35 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง

วิมล เนติวิชรกุล (2548) ได้ศึกษาการใช้การเล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบ พัฒนาการด้านภาษาและสังคมของเด็กออทิสติกก่อนและหลังการใช้การเล่น กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาเป็นแบบผู้ป่วยในแบบ Day care ของโรงพยาบาลจุฬาราชวิทยาลัย โรงพยาบาลจิตเวช จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 10 คน พบว่า

พัฒนาการด้านภาษาและสังคมของเด็กออทิสติก หลังการใช้การเล่นบำบัดสูงกว่าก่อนการใช้การเล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชูศรี ปิ่นโต (2549) ได้ศึกษาการใช้การเล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบ พัฒนาการด้านภาษาและสังคมของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังการใช้การเล่น บำบัดตัวอย่างคือ เด็กออทิสติกอายุระหว่าง 3-6 ปี จำนวน 20 คน ที่เข้ารับการ รักษาแบบผู้ป่วย Day care แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้รับการ บำบัดจากผู้ศึกษาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง รวมระยะเวลา 3 สัปดาห์ พบว่า พัฒนาการด้านภาษาและสังคมของเด็กออทิสติก หลังการใช้การเล่นบำบัดสูงกว่าก่อนการใช้การเล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พิรยา นันทนาเนตร์ (2551) ได้ศึกษาการใช้การเล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านสังคมและภาษา ของเด็กออทิสติก เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบ พัฒนาการด้านภาษาและสังคมของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังการใช้การเล่น บำบัดตัวอย่างคือ เด็กออทิสติก อายุระหว่าง 3-6 ปี จำนวน 20 คน โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ได้รับการบำบัดจากผู้ศึกษาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม จำนวน 12 ครั้ง รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า พัฒนาการด้านภาษาและสังคมของเด็กออทิสติก หลังการใช้การเล่นบำบัดสูงกว่าก่อนการใช้การเล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกมีผู้เขียนและศึกษา 8 เรื่องที่ กล่าวถึงการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติก Axline (1947, อ้างถึงใน Pehrsson & Aguilera, 2007) กล่าวว่า เด็กออทิสติกนั้นเหมือนเด็กปกติทั่วไป คือ เป็นวัยแห่งการเรียนรู้ต้องการความรักความ อบอุ่น ต้องการการแสดงออกความเป็นตัวตน ซึ่ง Mastrangelo (2009) ได้สนับสนุนแนวคิดนี้ ว่า การเล่นบำบัดสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และซับซ้อน ลด พฤติกรรมก้าวร้าว Lawer & Blankenship (2008) และ Camara van Breemen (2009) ถ้าผู้บำบัดมี ความเชี่ยวชาญและบำบัดเป็นลำดับขั้นตอนจะส่งผลดีต่อพัฒนาการของเด็กออทิสติกได้อย่างมี ประสิทธิภาพ นอกจากนี้ Kenny & Winick (2000) ยังพบว่า การดูแลเด็กออทิสติกเป็นเรื่องยุ่งยาก สำหรับครอบครัว Wittenborn et al. (2006) ได้นำครอบครัวเข้าร่วมในการเล่นบำบัดกับเด็กออทิ สติกโดยใช้การเล่นเพื่อให้เด็กเกิดความสนใจในกิจกรรมและเล่นโดยใช้สัญลักษณ์ หรือบทบาท สมมุติเพื่อให้เด็กเกิดจินตนาการ ส่งผลต่อการจัดการด้านอารมณ์ พัฒนาการด้านภาษา และ สถิติปัญญา และ Kasari et al. (2006) ได้ทำการทดลองโดยนำการเล่นบำบัดโดยให้มารดาเข้าร่วม การบำบัดทุกครั้ง พบว่า ส่งผลต่อพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญาและภาษาในเด็กออทิสติก Matson et al. (2009) กล่าวว่า การเล่นบำบัดนี้สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวลงได้ หากครอบครัวนำเอาไปใช้และมีทักษะความรู้ ในการดูแลเด็กออทิสติกอย่างถูกต้อง

ดังนั้น การเล่นบำบัดเป็นการบำบัดเด็กออทิสติกที่มีประสิทธิภาพ และการนำครอบครัวเข้ามาร่วมในการบำบัดเพื่อส่งเสริมทักษะจะช่วยพัฒนาศักยภาพของเด็กอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจและนำแนวคิดการเล่นบำบัดของ Kasari et al. (2006) มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิด Beyer & Gammeltoft (2001) ในงานวิจัยครั้งนี้ และงานวิจัยทุกงานทั้งการทดลองในประเทศไทยหรือในต่างประเทศ ที่ทำการทดลองกับเด็กสมาธิสั้น เด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง เด็กดัดยาเสพติด เด็กถูกทำร้าย เด็กออทิสติก และครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดด้วยการเล่น ล้วนแล้วแต่ ส่งเสริมพัฒนาการด้านการเรียนรู้ ด้านภาษาและสังคม ส่วนใหญ่ใช้การเล่นบำบัดโดยพยาบาล หรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้บำบัดกับผู้ป่วยเพียงฝ่ายเดียวเท่านั้น และมี 2 การศึกษาที่มีการนำครอบครัวเข้าร่วมในการบำบัดด้วยการเล่น ในเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นการบำบัดที่นิยมมากขึ้น ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทยที่ใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา ของเด็กออทิสติก ดังนั้น ผู้วิจัยทำการวิจัยเรื่อง ผลของการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกอย่างต่อเนื่อง

8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการเล่นบำบัดของ Beyer & Gammeltoft (2001) และหลักการของ Kasari et al. (2006) ที่อธิบายว่า เด็กออทิสติกสามารถเรียนรู้ จุดจำผ่านสายตาและสบตาผู้อื่นเป็นหลัก โดยมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษา ด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีการเล่นลำดับขั้นตอนจากง่ายไปยากและต่อเนื่องจะสามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษา ได้โดยพยาบาลจัดกิจกรรมจากความผิดปกติจากพัฒนาการของเด็กออทิสติก พัฒนาควบคู่ไปกับแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยพยาบาลทำให้ครอบครัวดูและลองให้ครอบครัวปฏิบัติกับเด็กให้พยาบาลดู กล่าวคำชมเชยเมื่อเด็กและครอบครัวทำได้ พยาบาลสังเกตและประเมินผลโดยสังเกตจากเด็กสนใจในการทำกิจกรรมของเด็กว่าหยิบของเล่นและเล่นเลียนแบบได้ หรือไม่ เพื่อให้ครอบครัวสามารถทำได้และนำไปฝึกต่อเองที่บ้าน มาใช้ในการบำบัดครั้งนี้ แนวคิดและหลักการดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่สำคัญของเด็กออทิสติก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม (Family Involvement)

ประกอบด้วยการเล่นบำบัด 2 ขั้นตอน 13 ครั้ง รวม 7 สัปดาห์ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ สัปดาห์ที่ 1 ครั้งละ 30 นาที

เกมที่ 1 การสร้างความคุ้นเคย สัมผัส ทักทาย แนะนำตัว การให้เด็กหยิบจับของเล่น การรู้จักของเล่น การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์กับผู้อื่น โดยพยายามทำกับเด็ก และครอบครัวฝึกทำกับเด็กให้พยาบาลดู

เกมที่ 2 การรู้จักตัวตนของเด็กผ่านกระจก การเรียนรู้จากภาพสะท้อนของกระจกเงา ให้เด็กรู้จักตนเอง และผู้อื่นผ่านกระจกเงา

ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาบำบัด ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 2-7 เกมที่ 3 -6

การเล่นรายบุคคล ครั้งละ 30 นาที ประกอบด้วย ได้แก่

เกมที่ 3 การเล่นเกมแบบ 3 ครั้ง/เกม โดยนำตุ๊กตาเอามาเล่นตามบทบาทสมมุติ เช่น การกิน การนอน การเดิน การยืน และการนำโทรศัพท์มาใช้ในการสื่อสารระหว่างกัน

เกมที่ 4 การเล่นเกมสื่อ 3 ครั้ง/เกม โดยการเล่าเรื่องใช้ภาพเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การตื่นนอน อาบน้ำ แต่งตัว หวานนอน เข้านอน และนอนหลับ

เกมที่ 5 การเล่นเกมสลับบทบาทและการเล่นตามกติกา 3 ครั้ง/ครอบครัว ประกอบด้วยการเล่นต่อบล็อกไม้ให้สูงขึ้นและเล่นจับคู่การ์ดสี เล่นโดยใช้หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการสลับกันเล่น ผู้ที่เล่นให้ใส่หมวก ซึ่งเริ่มจากการเล่นต่อบล็อกไม้ให้สูงขึ้น เมื่อจบเกมเล่นจับคู่การ์ดสี พยายามแบ่งแผ่นกระดานสีวงกลม 6 สีให้คนละ 1 แผ่น และแผ่นวงกลมสี 6 วง ๆ ละ 1 สี พยายามทำการจับคู่สีในกระดานของตนเอง และกระตุ้นให้เด็กออทิสติกจับคู่สีในกระดานของตนเองในการเล่นจนครบคู่สี

การเล่นรายกลุ่ม 10 คน/กลุ่ม 2 ครั้ง/เกม กลุ่มละ 60 นาที ประกอบด้วย

เกมที่ 6 เกมกินขนม มีการ์ตูนขนมและการ์ดไม่มีรูปขนม สำหรับแจกสมาชิกรอบวง ให้ผู้นำกลุ่มใส่หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการแจกการ์ดทั้งสองแบบ เมื่อแจกการ์ดครบทุกคนแล้วให้ผู้นำกลุ่มให้สัญญาณในการเปิดการ์ด เมื่อพลิกการ์ดดูแล้วถ้าใครเปิดได้การ์ดที่มีรูปขนม จะได้กินขนมที่เปิดได้ สลับกันเป็นผู้นำกลุ่มจนครบทุกคน หลังจากนั้นเล่นการเคลื่อนไหวร่างกายประกอบเพลง ผู้นำกลุ่มใช้หมวกเป็นสัญลักษณ์และกลองแถมโบรินทำดนตรีเข้าจังหวะขณะเดินรอบวง แล้วให้เด็กปฏิบัติตามคำสั่งของผู้นำกลุ่ม ได้แก่ เพลงสวัสดี เพลงมาออกกำลัง เพลงดอกไม้บาน-หุบ เพลงอ้อลา เป็นต้น

* แต่ละกิจกรรมพยาบาลเล่นกับเด็กเป็นตัวอย่างหลังจากนั้นครอบครัวฝึกทำกับเด็กให้พยาบาล

พัฒนาการ
เด็กออทิสติก
ด้านสังคม
สติปัญญา
และภาษา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก มีรูปแบบดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง	Burns & Glove (1997)
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม	

X หมายถึง การให้การทดลองโดยใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

O₁, O₃ หมายถึง การวัดพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาก่อนการทดลอง

O₂, O₄ หมายถึง การวัดพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาหลังการ

ทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยมี 2 กลุ่ม คือ

1.1 เด็กออทิสติก มีอายุระหว่าง 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. เด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดดังต่อไปนี้

1.1 มีอายุระหว่าง 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

1.2 มีระดับความรุนแรงของอาการออทิสซึมที่ระดับปานกลาง ถึง ระดับรุนแรง

1.3 สมาชิกในครอบครัว 45 คน คัดเลือกจาก บิดา/มารดาในครอบครัวเด็กออทิสติกที่เลี้ยงดูเด็ก อยู่กับเด็กวันละ 10 ชั่วโมงและไม่รวมเวลาที่เด็กหลับ

1.3 ไม่มีความเจ็บป่วยทางกาย หรือเป็นโรคทางด้านสมองอื่นร่วม ได้แก่ ปัญญาอ่อน สมองพิการ ลมชัก

1.4 บิดา/มารดา ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถร่วมบำบัดได้จนครบที่กำหนด

2. บิดา/มารดาเด็กออทิสติก หมายถึง บิดา หรือมารดา ที่เลี้ยงดูเด็กและอยู่กับเด็ก วันละ

10 ชั่วโมงและไม่รวมเวลาที่เด็กหลับ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอ้างอิงกลุ่มตัวอย่างนี้ จากการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ สุวิมล ว่องวานิช และ นางลักษณ์ วิรัชชัย (2546, อ้างถึงใน อวยพร เรื่องตระกูล , 2553) ที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวน 40 คน คือ มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

กลุ่มเด็กออทิสติก คัดเลือกจาก ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสซึม ตาม (DSM IV) ที่โรงพยาบาลที่ใช้ เป็นเกณฑ์ จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ มีอายุระหว่าง 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

สมาชิกในครอบครัว คัดเลือกจาก บิดา/มารดาในครอบครัวเด็กออทิสติกที่เลี้ยงดูเด็ก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกเด็กออทิสติกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสซึม ตาม (DSM IV) ที่โรงพยาบาลที่ใช้ เป็นเกณฑ์ จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ มีอายุระหว่าง 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่ ระดับปานกลาง ถึง ระดับรุนแรง จากการคัดแบ่งกลุ่มโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเป็นผู้ประเมินเด็กโดยใช้เครื่องมือ Autism Diagnosis Observation Schedule (ADOS) เป็นเครื่องมือในการวินิจฉัยเด็กที่สงสัยมีภาวะออทิสซึม ประกอบด้วยการประเมินด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การเล่น จินตนาการ รวมถึงพฤติกรรมซ้ำๆ

2. ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sampling Random Sampling) โดยจับฉลากแบบใส่คืน (Sampling with Replacement) เพื่อหากกลุ่มทดลอง โดยบิดา/มารดา จำนวน 40 คน จับฉลากเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งเป็นกลุ่มละ 20 คน ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ซึ่งมี บิดา/มารดา เด็กออทิสติก จำนวน 2 คน ที่ขอจับฉลากด้วย ถ้าผลจับฉลากได้เข้าร่วมการวิจัย แต่ขอปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยเนื่องจากไม่สะดวกเรื่องเวลา

3. จับคู่เด็กออทิสติกและบิดา/มารดา (Matching) การจับคู่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเด็กออทิสติกแต่ละคนจะคู่กับบิดา/มารดาที่ดูแลเด็ก เป็นบุคคลที่สามารถดูแลเด็กได้อย่างใกล้ชิดจำนวน 1 คนในการเข้าร่วมฝึกการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะ

ใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ อายุ โดยใช้ปีเดียวกันเป็นเกณฑ์ในการจับคู่ และระดับความรุนแรงของโรค ดังนั้น ทำการจับคู่โดยคัดเลือกเด็กออทิสติกที่มีบิดา/มารดา คู่แ และเด็กออทิสติกที่มีอายุและระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ที่กำหนด จนครบ 40 คน เพื่อใช้ในการแบ่งกลุ่มโดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายคือการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และเข้ากลุ่มควบคุม 20 คน ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ คือ วันที่ 17-21 กันยายน 2555 (14.00-15.00 น.) ปรากฏดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระดับความรุนแรงของโรคอหิวาต์หมู บุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	ข้อมูลเด็กอหิวาต์		ระดับความรุนแรง		ข้อมูลครอบครัว	
	อายุ	อายุ	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม
1	3 ปี 3 เดือน	3 ปี 1 เดือน	รุนแรง	รุนแรง	มารดา	มารดา
2	3 ปี 5 เดือน	3 ปี 2 เดือน	รุนแรง	รุนแรง	บิดา	มารดา
3	3 ปี 8 เดือน	3 ปี 5 เดือน	รุนแรง	รุนแรง	มารดา	มารดา
4	4 ปี 1 เดือน	4 ปี	รุนแรง	รุนแรง	มารดา	มารดา
5	4 ปี 1 เดือน	4 ปี	รุนแรง	รุนแรง	มารดา	บิดา
6	4 ปี 2 เดือน	4 ปี	รุนแรง	รุนแรง	มารดา	บิดา
7	4 ปี 2 เดือน	4 ปี	รุนแรง	รุนแรง	มารดา	บิดา
8	4 ปี 9 เดือน	4 ปี 1 เดือน	รุนแรง	รุนแรง	มารดา	มารดา
9	4 ปี 10 เดือน	4 ปี 9 เดือน	รุนแรง	รุนแรง	มารดา	มารดา
10	4 ปี 11 เดือน	4 ปี 10 เดือน	รุนแรง	รุนแรง	มารดา	มารดา
11	3 ปี 6 เดือน	3 ปี 6 เดือน	ปานกลาง	ปานกลาง	มารดา	มารดา
12	3 ปี 11 เดือน	3 ปี 11 เดือน	ปานกลาง	ปานกลาง	มารดา	มารดา
13	3 ปี 5 เดือน	3 ปี 6 เดือน	ปานกลาง	ปานกลาง	บิดา	มารดา
14	3 ปี 7 เดือน	3 ปี 8 เดือน	ปานกลาง	ปานกลาง	มารดา	มารดา
15	3 ปี 9 เดือน	3 ปี 11 เดือน	ปานกลาง	ปานกลาง	มารดา	มารดา
16	4 ปี	4 ปี 1 เดือน	ปานกลาง	ปานกลาง	มารดา	มารดา
17	4 ปี	4 ปี 2 เดือน	ปานกลาง	ปานกลาง	บิดา	มารดา
18	4 ปี 8 เดือน	4 ปี 8 เดือน	ปานกลาง	ปานกลาง	มารดา	มารดา
19	5 ปี 5 เดือน	5 ปี 5 เดือน	ปานกลาง	ปานกลาง	บิดา	มารดา
20	5 ปี 11 เดือน	5 ปี 6 เดือน	ปานกลาง	ปานกลาง	มารดา	มารดา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ในการทดลองจากโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์

2. ในขั้นตอนก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบิดา/มารดาของเด็กออทิสติก ซึ่งแจ้งขั้นตอน วัตถุประสงค์ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการศึกษา ผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบถึงการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อเด็กออทิสติกและบิดา/มารดา รวมถึงการรับบริการตามปกติที่ยังคงได้รับตามปกติ อีกทั้งข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ เสนอในภาพรวมเท่านั้น จากนั้นสอบถามความสมัครใจเมื่อบิดา/มารดา นำเด็กออทิสติกเข้าร่วมการวิจัย และดูแลให้ บิดา/มารดา เด็กออทิสติกเซ็นยินยอมนำเด็กออทิสติกเข้าร่วมการวิจัย ก่อนเริ่มทำการทดลอง และขณะเดียวกันแจ้งให้บิดา/มารดา ทราบว่าสามารถนำเด็กออทิสติกถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาการวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมดำเนินการวิจัยจนเสร็จสิ้นได้

3. หลังสิ้นสุดการวิจัย 1 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยใช้แบบประเมินพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก ประเมินผลการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน โดยจัดเอกสาร คู่มือ สื่อในการเล่นบำบัด อธิบายลำดับขั้นตอนและวิธีการเล่นบำบัดให้กับกลุ่มควบคุมเหมือนกับกลุ่มทดลองทุกประการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุดได้แก่

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

คู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับพยาบาล

คู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับครอบครัว

ชุดที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก

แบบประเมินพัฒนาการด้าน สังคม สถิติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก

แบบตรวจสอบความสามารถของเด็ก โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการเล่นบำบัด

วิธีการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1. คู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งการเล่นบำบัดในงานวิจัยนี้ ผู้บำบัดคือผู้วิจัยจะดำเนินการตามคู่มือนี้ เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างจากการเล่นบำบัดตามแนวคิดของ Beyer & Gammeltoft (2001) และหลักการของ Kasari et al. (2006) รวมทั้งศึกษาโปรแกรมการเล่นบำบัด ของ วิมล เนติวิชรกุล (2548) มาเป็นพื้นฐานในการสร้างคู่มือ ประกอบด้วย 2 คู่มือ คือ คู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับพยาบาล และ คู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับครอบครัว โดยมีขั้นตอนการสร้างทั้งสองคู่มือดังนี้

1.1 ศึกษาตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติก และการเล่นบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม จากนั้นนำการเล่นบำบัดมาประยุกต์โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมการบำบัดเด็กออทิสติก

1.2 ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับพยาบาล และขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม นำแนวคิดเทคนิคต่างๆที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมากำหนดโครงสร้างของกิจกรรมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ให้เหมาะสมกับเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี ประกอบด้วยการเล่นบำบัด 6 เกม จำนวน 13 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ แบ่งเป็นระยะสร้างสัมพันธภาพ รายบุคคล 2 เกม จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ระยะบำบัดรายบุคคล 3 เกม จำนวน 9 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที และระยะบำบัดรายกลุ่ม 1 เกม จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ และระยะบำบัด

1.3 เนื้อหาในคู่มือที่สร้างขึ้น

1.3.1 คู่มือการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย หลักการและเหตุผล : กลุ่มอาการออทิสซึม (Autism) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อาการที่แสดงออกชัดเจนของกลุ่มอาการนี้ ได้แก่ ขาดการปฏิสัมพันธ์ ทางสังคม ขาดการสื่อสาร ทั้งทางวาจา และไม่ใช้วาจา แยกตัว และขาดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ แต่สามารถบำบัดรักษาให้ดีขึ้น เพื่อให้เด็กสามารถเรียนรู้ ปรับตัว ใช้ชีวิตอยู่ร่วมในสังคม และประกอบอาชีพได้

แนวคิดการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม : นำแนวคิดการเล่นบำบัดของ Kasari et al. (2006) มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิด Beyer & Gammeltoft (2001) ในงานวิจัยครั้งนี้

คุณสมบัติผู้บำบัด : ผู้บำบัด มีความรู้ความสามารถในการบำบัดเด็กออทิสติก ซึ่งผ่านการฝึกฝนการเล่นบำบัดจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติก และพยาบาลผู้ช่วยวิจัย ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพและจิตเวชเด็ก

และวัยรุ่นระยะสั้น 4 เดือน มีความรู้ความเข้าใจในการใช้แบบประเมินพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก

คุณสมบัติเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมกลุ่มการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม : มีอายุระหว่าง 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีระดับความรุนแรงระดับปานกลาง ถึง รุนแรง มีครอบครัวดูแล ไม่มีความเจ็บป่วยทางกาย หรือเป็นโรคทางด้านสมองอื่นร่วม เช่น ปัญญาอ่อน สมองพิการ ลมชัก

คุณสมบัติของครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัย : บุคคลในครอบครัวที่ดูแลเด็กออทิสติกอย่างใกล้ชิดครอบครัวละ 1 คน สามารถเข้าร่วมกลุ่มการเล่นบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมกลุ่มการเล่นบำบัด

สื่อและอุปกรณ์ : ของเล่นสำหรับเด็ก ที่ปลอดภัย ไม่มีคม ประกอบด้วย รถที่มีเสียงและสีที่สดใส ตุ๊กตาจับ ยืน นั่ง ได้ โทรศัพท์มือถือ ลูกบอลมีสีสดใส สัตว์พลาสติกบีบมีเสียง

การประเมินผล : ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ขณะทำการเล่นบำบัด ประเมินผลความก้าวหน้าของพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังทำการเล่นบำบัดกับครอบครัวเมื่อสิ้นสุดการบำบัด

รายละเอียดของการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม : ใช้ระยะเวลา 7 สัปดาห์ รวมการเล่นบำบัดทั้งหมด 6 เกม จำนวน 13 ครั้ง แบ่งเป็น ระยะสร้างสัมพันธภาพ รายบุคคล 2 เกม จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ระยะบำบัดรายบุคคล 3 เกม จำนวน 9 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที และระยะบำบัดรายกลุ่ม 1 เกม จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที

1.3.2 คู่มือการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับครอบครัว ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับครอบครัว เป็นคู่มือที่จัดให้เหมาะสมกับครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี ประกอบด้วยการเล่น 6 เกม โดยมีเกมที่เล่นจากง่ายไปยาก จากรายบุคคลเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วย

จุดประสงค์การเรียนรู้ : 1) เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกลุ่มอาการออทิสซึม 2) เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ขั้นตอนการเล่น : ควรเล่นจากง่ายไปหายาก โดยเล่นสิ่งที่เด็กสนใจก่อนแล้วค่อย ๆ ปล่อยให้ลองเล่นสิ่งใหม่ ๆ พร้อมทั้งเพิ่มสมาชิกในบ้านเข้ามาร่วมเล่น เพื่อให้เด็กเกิดความเคยชินไว้วางใจ และรู้จักบุคคลอื่นรวมทั้งการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ขณะเดียวกันไม่ควรคาดหวังกับเด็กมากเกินไป พยายามใช้ความอดทน และเข้าใจธรรมชาติของเด็กให้มากที่สุด และสิ่งที่ขาดไม่ได้คือการมอบความรักความอบอุ่นให้กับเด็ก ควรมองว่าเด็กเป็นบุคคลหนึ่งที่มีสิทธิเท่าเทียมกันกับคนในครอบครัว

อุปกรณ์ : ของเล่นสำหรับเด็ก ที่ปลอดภัย ไม่มีคม ประกอบด้วย รถที่มีเสียง และสี่ล้อสี่ล้อ ตุ๊กตาจับ ยืน นั่ง ได้ โทรศัพท์มีเสียง ลูกบอลมีสี่ล้อสี่ล้อ สัตว์พลาสติกบีบมีเสียง

สถานที่ : เล่นได้ทุกที่ควรเป็นบริเวณที่เหมาะสม เช่น พื้นห้องรับแขก บริเวณอื่นที่สะดวกแต่ไม่เสียงดังจนเกินไป

รายละเอียดของการเล่นบำบัด

เกมที่ 1 เกมมารู้จักกันเถอะ: การหยิบจับของเล่น เช่น ตุ๊กตา ลูกบอล สัตว์ โทรศัพท์ รถ

เกมที่ 2 เกมตัวของหนู: การเล่นผ่านกระจก

เกมที่ 3 เกมหนูทำได้: เล่นตามบทบาทสมมติ ด้วยการนำตุ๊กตามาเล่นตามบทบาทสมมติ เช่นการกิน การนอน การเดิน การยืน และการใช้โทรศัพท์

ครั้งที่ 4 เกมสิ่งที่หนูทำ: การเล่นเกมโดยใช้ภาพลำดับเหตุการณ์การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ครั้งที่ 5 เกมเชือกกับฉัน: การต่อบล็อกไม้ให้สูงขึ้น และจับคู่การ์ดสี โดยใช้หมวกเป็นสัญลักษณ์

ครั้งที่ 6 เกมกินขนมและการเคลื่อนไหวร่างกายเข้าจังหวะ: เกมกินขนม และการเคลื่อนไหวร่างกายเข้าจังหวะ

ซึ่งแต่ละเกมจะมีแบบประเมินท้ายเกมให้บิดา มารดาประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้าน

ชุดที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก เป็นข้อคำถามเพื่อถามบิดา/มารดาที่ดูแลเด็ก ในการกรอกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติก ประกอบด้วย เพศ อายุ วันเดือนปีเกิด การวินิจฉัยโรค ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในบ้าน เป็นบุตรคนที่ ประวัติการรักษา การเข้าเรียน

2.2 แบบประเมินพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยศึกษาดำรงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเครื่องมือวัดพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก ของ วิมล เนติวิชรกุล (2548) สร้างจาก Function Independent Measure (FIMS) สร้างขึ้นโดย American Congress of Rehabilitation Medicine และ American Academy of Physical Medicine & Rehabilitation (Delisa,1993) โดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ นำไปใช้เพื่อระบุความรุนแรงของอาการและผลของการรักษา ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ซึ่งวิมล เนติวิชรกุล ได้นำมาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ค่าความน่าเชื่อถือ .80 และนำไปใช้ในการประเมินเด็กออทิสติกในการศึกษา เรื่อง ผลของการ

เล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านสังคม และภาษา ของเด็กออทิสติกที่ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผลการใช้เครื่องมือจะต้องให้ผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมิน และต้องมีความเข้าใจในแบบประเมิน และการแปลผล ซึ่งจะต้องเป็นคนเดียวกันในการวัดก่อนและหลังการทดลองเนื่องจากแบบประเมิน เป็นแบบให้คะแนนความคิดเห็นในการเทียบคะแนนแต่ละข้อ หากมีการประเมินหลายคนอาจมีความคลาดเคลื่อนได้

2.2.2 ผู้วิจัยปรับแบบประเมินพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก ก่อน-หลัง ได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมิน เพื่อความสะดวก และสามารถอ่านทำความเข้าใจได้มากขึ้น มีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะของแบบประเมินพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก มีข้อคำถาม 10 ข้อ เพื่อนำมาใช้ประเมินก่อนและหลังสิ้นสุดการวิจัย แบ่งแบบประเมินออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 รายการ เป็นการประเมินพัฒนาการด้านสังคมและ สถิติปัญญา ได้แก่ ด้านสมาธิความสนใจ 2 รายการ ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 3 รายการ ด้านความจำ 2 รายการ และพฤติกรรมซ้ำๆ 1 รายการ มีการให้คะแนน 7 ระดับ (Rating scale) คือ 1 ถึง 7 คะแนน ดังนี้

(1) คะแนน หมายถึง มองผ่านทะลุ/นั่งประจำที่ได้ < 1 นาที/ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นเดือน/ แยกตัวไม่สนใจบุคคลอื่น/เดินหนีเมื่อมีการกระตุ้น/หงุดหงิดกรีดร้อง ทำร้ายตนเอง เมื่อต้องรอคอย หรือสลับบทบาท/ จำได้เฉพาะผู้ดูแล/จำขั้นตอนทำกิจกรรมไม่ได้เลย/เกิดพฤติกรรมซ้ำๆ > 25 ครั้ง

(2) คะแนน หมายถึง สนใจมองกิจกรรมที่ทำอยู่/นั่งประจำได้ 1-5 นาที ต้องมีผู้กระตุ้น เดือน/แยกตัวสนใจเฉพาะคนในครอบครัวจับมือสอนทักทายทุกครั้ง/อารมณ์เรียบเฉย รอคอย สลับ บทบาทไม่ได้ ต้องจำกัดพฤติกรรม/จำคนใกล้ชิดได้ 2-3 คน/จำขั้นตอนการทำกิจกรรมได้ < 20 %/ เกิดพฤติกรรมซ้ำๆ 21-25 ครั้ง

(3) คะแนน หมายถึง สนใจมองกิจกรรมที่ทำอยู่/นั่งประจำได้ 5-10 นาที ต้องมีผู้กระตุ้น เดือน/เข้าร่วมกลุ่มได้ช่วงสั้นๆ ไม่กระตุ้นมักแยกตัว/เมื่อถูกทักทาย กระตุ้น ทำเป็นแบบจับมือสอน ทุกครั้ง/อารมณ์เป็นไปตามสถานการณ์ รอคอยสลับบทบาทไม่ได้เมื่อถูกขัดใจ จำกัดพฤติกรรม บางครั้ง/ จำคนในครอบครัวได้หมด/ จำขั้นตอนการทำกิจกรรมได้ 20 % /เกิดพฤติกรรมซ้ำๆ 16-20 ครั้ง

(4) คะแนน หมายถึงสนใจมองกิจกรรมที่ทำอยู่/นั่งประจำได้ 10-15 นาที ต้องมีผู้กระตุ้น เดือน/เข้าร่วมกลุ่มช่วงสั้นๆ ทักทายเป็นแบบและจับมือทำ/เมื่อถูกทักทายหยุดรอ ต้องกระตุ้น ทักทายกลับ/อารมณ์เป็นไปตามสถานการณ์ รอคอยสลับบทบาทไม่ได้เมื่อถูกขัดใจ/จำเฉพาะคนใน

ครอบครัวและพยาบาลเจ้าของไข้ได้/จำขั้นตอนการทำกิจกรรมได้ 20-40 %/เกิดพฤติกรรมซ้ำ ๆ 11-15 ครั้ง

(5) คะแนน หมายถึง สนใจมองกิจกรรมที่ทำอยู่/นั่งประจำได้ 15-20 นาที ต้องมีผู้กระตุ้นเตือน/เข้าร่วมกลุ่มได้ ทักทายไม่เหมาะสม ทักทายคนในครอบครัวได้ เจ้าหน้าที่ได้ 2-3 คน และเพื่อนได้บางคน/อารมณ์เป็นไปตามสถานการณ์ รอคอยได้ แต่สลับบทบาทไม่ได้/เมื่อถูกทักทายหยุดรอ ทักทายกลับเมื่อกระตุ้นเตือนด้วยเสียงดัง/จำคนในครอบครัวแลพยาบาลผู้บำบัดได้แต่จำเพื่อนไม่ได้/จำขั้นตอนการทำกิจกรรมได้ 40-60 %/เกิดพฤติกรรมซ้ำ ๆ 6-10 ครั้ง

(6) คะแนน หมายถึง สนใจมองกิจกรรมที่ทำอยู่/นั่งประจำได้ 20 นาทีต้องมีผู้กระตุ้นเตือน/เข้าร่วมกลุ่มได้ดี ทักทายคนในครอบครัวได้ เจ้าหน้าที่ได้ 1-2 คน และเพื่อนได้บางคนอย่างถูกกาลเทศะ/เรียนรู้สีหน้าผู้ใกล้ชิด รู้จักรอคอย สอนการสลับบทบาท/ยอมรับการทักทาย มองหน้าสบตา ได้เหมาะสมด้วยวาจาและท่าทางจำคนในครอบครัวแลพยาบาลผู้บำบัดได้ และจำเพื่อนได้บางคน/จำขั้นตอนการทำกิจกรรมได้ 60-80 %/เกิดพฤติกรรมซ้ำ ๆ 1-5 ครั้ง

(7) คะแนน หมายถึง สนใจมองกิจกรรมที่ทำอยู่/นั่งประจำได้ 20 นาทีไม่ต้องมีผู้กระตุ้นเตือน/เข้าร่วมกลุ่มได้ดี ทักทายคนในครอบครัวได้ เจ้าหน้าที่ได้ 1-2 คน และเพื่อนทุกคนอย่างถูกกาลเทศะ/จำคนในครอบครัว พยาบาล เพื่อนได้ทั้งหมด/ ยอมรับการทักทาย มองหน้า สบตาและทักทายกลับได้ถูกต้องเหมาะสม/จำขั้นตอนการทำกิจกรรมได้ 80-100 %/ไม่เกิดพฤติกรรมซ้ำ ๆ

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามประเมินพัฒนาการด้านภาษา จำนวน 2 รายการ

มีการให้คะแนน 7 ระดับ (Rating scale) คือ 1 ถึง 7 คะแนน ดังนี้

- (1) คะแนน หมายถึง ฟังไม่เข้าใจ ทำตามคำสั่งไม่ได้เลย หรือตอบสนองไม่ถูกต้อง
- (2) คะแนน หมายถึง เข้าใจคำสั่งที่ซับซ้อนตอบสนอง < 30 % /สื่อสารด้วยท่าทางได้แต่ต้องคอยช่วยเหลือ
- (3) คะแนน หมายถึง เข้าใจคำสั่งที่ซับซ้อน 30-50 %/ สื่อสารเป็นคำและท่าทางได้แต่ต้องคอยช่วยเหลือ
- (4) คะแนน หมายถึง เข้าใจคำสั่งที่ซับซ้อน 50-70 %/ สื่อสารเป็นคำแต่ต้องช่วยเหลือสื่อสารท่าทางได้ดี
- (5) คะแนน หมายถึง เข้าใจคำสั่งที่ซับซ้อน 70-90 %/ สื่อสารเป็นประโยคสั้นๆแต่ใช้เวลานาน
- (6) คะแนน หมายถึง เข้าใจคำสั่งที่ซับซ้อนได้ปกติ/ สื่อสารได้แต่อาจพูดไม่ชัด
- (7) คะแนน หมายถึง สามารถเข้าใจการสื่อสารและตอบสนองได้เหมาะสม

วิธีรวมคะแนน นำคะแนนของแต่ละข้อมารวมกันเพื่อเป็นคะแนนพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติกของแต่ละคน

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก เป็นแบบประเมินความสามารถในการเล่นของครอบครัวในการเล่นเกมที่กำหนดให้ แบบประเมินมีเนื้อหาที่สอดคล้องและครอบคลุมตามคู่มือการเล่นบำบัด โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

3.1.1 ผู้วิจัยศึกษาเครื่องมือตรวจสอบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบำบัดโดยศึกษาและพัฒนาจากแบบประเมินของวิมล เนติวิชรกุล (2548) และพัฒนาจากคู่มือการเล่นบำบัดแต่ละเกม

3.1.2 ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก โดยครอบคลุมเนื้อหาตามคู่มือการเล่นบำบัด ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน ทั้งหมด 6 เกม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ประเมินโดยการสังเกตความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกในขณะนั้น ประเมินทั้งหมด 13 ครั้ง โดยทำการประเมินหลังทำการทดลองเสร็จแต่ละครั้ง โดยให้คะแนนเป็นหมายเลข 0 ถึง 3 คะแนน ดังนี้

(0) คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย

(1) คะแนน หมายถึง หยิบของได้ 1-2 ชิ้น /เล่นเลียนแบบได้โดยมีผู้กระตุ้นเตือนส่วนใหญ่

(2) คะแนน หมายถึง หยิบของได้ 3-4 ชิ้น /เล่นเลียนแบบได้โดยมีผู้กระตุ้นเตือนเล็กน้อย

(3) คะแนน หมายถึง หยิบของได้ 5 ชิ้น /เล่นเลียนแบบได้ทันที

เกณฑ์กำกับการทดลองโดยเกณฑ์การประเมิน ต้องได้คะแนนร้อยละ 75 % ขึ้นไป

3.2 แบบตรวจสอบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบำบัดที่บ้าน เป็นแบบประเมินความสามารถในการเล่นของครอบครัวในการเล่นเกมที่กำหนดให้ที่บ้าน พัฒนาจากคู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม แบบประเมินมีเนื้อหาที่สอดคล้องและครอบคลุมตามเกมการเล่นในคู่มือการเล่นบำบัด ได้แก่ พัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยศึกษาจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยให้สอดคล้องและครอบคลุมตามคู่มือการเล่นบำบัด

3.2.2 ดำเนินการสร้างแบบตรวจสอบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบำบัดที่บ้าน ให้ครอบคลุมเนื้อหาตามเกมการเล่นในคู่มือการเล่นบำบัด บิดา/มารดาเป็นผู้ประเมินร่วมกับผู้วิจัย ประกอบด้วยการเล่นกับตุ๊กตา การเล่นกับกระจก การเล่นกับโทรศัพท์ การเล่นจับคู่

ภาพ การเล่นสลับบทบาท และ การเล่นเป็นกลุ่ม เป็นแบบประเมินในการเล่นแต่ละสัปดาห์ แบบประเมินเป็นแบบ Checklist

3.2.3 ลักษณะของเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อเป็นประเมินการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวในการเล่นบำบัดที่บ้าน โดยครอบครัวลงมือเล่นกับเด็กเองหลังจากจบเกมการเล่นจากผู้ บำบัดกลับไปที่บ้านในแต่ละเกมแต่ละสัปดาห์ และสามารถเล่นเกมเดิมซ้ำหลายครั้งได้ในแต่ละ สัปดาห์แต่ละจะต้องได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3.2.4 วิธีการตรวจสอบ ให้คะแนนโดยใช้เครื่องหมายถูกลงในช่องที่ทำในแต่ละ สัปดาห์ โดยพยาบาลเป็นคนสอบถามการเล่นบำบัดที่บ้านจากบิดา หรือมารดา และรวมคะแนนจาก สัปดาห์แต่ละสัปดาห์และจำนวนครั้งตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือไม่

เกณฑ์กำกับการทดลอง

ประเมินตามแบบตรวจสอบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบำบัดที่บ้าน เกณฑ์ ที่กำหนด คือ เด็กต้องเล่นทุกเกม และเล่นอย่างน้อยเกมละ 2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ เล่นที่บ้านไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง หากไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ต้องเล่นซ้ำในเกมนั้นๆ เพื่อให้เด็กสามารถปฏิบัติ ได้ตามเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการทดลอง

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

การตรวจสอบคุณภาพความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้การดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย แบบประเมินพัฒนาการด้าน สังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก และแบบ ประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นแล้วนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ ปรึกษาตรวจสอบ การพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา แก่ใจเนื้อหาและภาษาที่พูด ความ ถูกต้องของภาษา ความเข้าใจของผู้ตอบ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (ตามรายชื่อในภาคผนวก ก) พร้อมโครงร่างวิจัยฉบับ ย่อ ซึ่งมีคำนิยามของตัวแปรที่ศึกษา ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุมและใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียน ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ หลังจากนั้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน สอดคล้องกัน โดย ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

หลังจากปรับแก้ไขตามที่คุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะที่สมบูรณ์ภายใต้การดูแลแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรมรวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

คู่มือการเล่นบำบัดเด็กออทิสติกสำหรับพยาบาล

มีประเด็นที่ต้องแก้ไขดังนี้

1. กระบวนการโครงสร้างและเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่องการเล่นบำบัดเนื้อหาค่อนข้างน้อยและเข้าใจยาก ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้สมบูรณ์ ละเอียด และอ่านง่ายขึ้น เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย และเพื่อให้กระบวนการของการเล่นบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. เพิ่มระยะเวลาการบำบัดจาก 5 สัปดาห์ เป็น 7 สัปดาห์ ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และระบุระยะเวลาในแต่ละสัปดาห์ให้ชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งเพิ่มรายละเอียดในการบำบัดให้ชัดเจนมากขึ้น ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไข และปรับปรุงตามคำแนะนำ หลังจากการปรับปรุงได้คู่มือการเล่นบำบัดเด็กออทิสติกสำหรับพยาบาล นำไปใช้เป็นคู่มือการทดลองในการทำวิจัยครั้งนี้

คู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับครอบครัว

มีประเด็นที่ต้องแก้ไขดังนี้

1. เนื้อหาในบางเกมไม่สอดคล้องกับเนื้อหาตามคู่มือการเล่นบำบัดเด็กออทิสติกสำหรับพยาบาล ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้มีความสอดคล้องและเข้าใจง่าย
2. ควรมีรูปภาพประกอบเพื่อความเข้าใจง่าย และขนาดชัดเจน ผู้วิจัยได้แก้ไข เพิ่มรูปภาพขนาดที่ชัดเจน
3. ควรจัดสื่อสำหรับครอบครัวเพื่อนำไปฝึกที่บ้าน ผู้วิจัยได้จัดเตรียมอุปกรณ์ และสื่อสำหรับครอบครัวเพื่อนำไปฝึกต่อที่บ้าน

แบบประเมินพัฒนาการด้าน สังคม สถิติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก ได้ค่า CVI = .90

มีข้อเสนอแนะให้เพิ่มเติมและปรับแก้เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ถึงความถูกต้อง ชัดเจน และภาษาที่เหมาะสม ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น มีประเด็นการแก้ไขดังนี้

ข้อ 2.1 การสื่อสารกับบุคคลอื่น เพิ่ม คำอธิบายในการสื่อสารกับบุคคลอื่น ทำตามคำสั่งได้ /ใช้ภาษาพูดได้

ข้อ 2.2 แสดงออกทางภาษา เพิ่ม คำอธิบายในการแสดงออกทางภาษา เป็น การแสดงออก เพื่อสื่อความต้องการ

แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก ได้ค่า CVI= .80

มีข้อเสนอแนะให้เพิ่มเติมและปรับแก้เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ถึงความถูกต้อง ชัดเจน และภาษาที่เหมาะสม ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น มีประเด็นการแก้ไขดังนี้

1. ควรแยกการเล่นแต่ละเกมให้ชัดเจน
2. เพิ่มเกมจับคู่สี และ เกมขนม
3. คำชี้แจง ควรตัด คำว่ากรณีวินิจฉัยออก เนื่องจาก บ่อยในชื่อแบบประเมินแล้ว

2. ความเที่ยง (Reliability)

การหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ

หลังจากตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุม และการใช้ภาษาอย่างเหมาะสมและปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบประเมินพัฒนาการด้าน สังคม สถิติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติกไปทดลองหาค่าความเที่ยง (Reliability) กับเด็กออทิสติกและครอบครัว ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Cornbach's Alpha Coefficient (Burns & Grove, 1997) ของแบบประเมินพัฒนาการด้าน สังคม สถิติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 นอกจากนี้ผู้วิจัยนำคู่มือการเล่นบำบัดไปทดลองใช้กับเด็กออทิสติกและครอบครัว ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย ดำเนินการจนครบ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ และปรับปรุงให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

การดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. การเตรียมผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยมีการเตรียมตัวในการเป็นผู้บำบัดโดยฝึกการบำบัดด้วยการเล่นบำบัดจาก วิมล เนติวิชรกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN) ในการใช้การเล่นเพื่อการบำบัดในเด็กออทิสติกจากโรงพยาบาลยูประสาทไวทโยปถัมภ์ เป็นระยะเวลา 4 เดือน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2554 และเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2555 จนเกิดทักษะและการเรียนรู้ในการเล่นบำบัด เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพแก่เด็กออทิสติกตามเป้าหมาย
2. การเตรียมเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด จากบทความวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัยในการใช้แบบประเมินการด้านสังคม สถิติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก วัดก่อนและหลังการทดลอง
3. การเตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง โดยทำการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ โรงพยาบาลยูประสาทไวทโยปถัมภ์ ขนาด ความรุนแรงของโรค เพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง โดยการชี้แจงรายละเอียดของการทำการทดลองให้ครอบครัวที่เข้าร่วมรับทราบ ซึ่งกำหนดกลุ่มเด็กออทิสติกและครอบครัวจำนวน 40 คู่ แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คู่ และกลุ่มควบคุม 20 คู่ การบำบัดมีการนิเทศโดย คุณวิมล เนติวิชรกุล พยาบาลชำนาญการ (APN) ตลอดระยะเวลาการทดลอง และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ให้คำแนะนำในการบำบัด ระหว่างวันที่ 17-21 กันยายน 2555
4. เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 10-14 กันยายน 2555 ก่อนการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลยูประสาทไวทโยปถัมภ์ที่มีประสบการณ์ดูแลเด็กออทิสติกโดยตรงเป็นเวลา 7 ปี เป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กละวัยรุ่น 4 เดือน มาแล้ว โดยผู้วิจัยชี้แจงการศึกษากิจกรรมต่างๆ ในการบำบัดด้วยการเล่น และวิธีการตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยศึกษาซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน ซึ่งวันเวลาในการนัดระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยไม่สอดคล้องกันบางวันเนื่องจากผู้วิจัยต้องขึ้นปฏิบัติงานแต่ก็สามารถนัดเจอกันได้และชี้แจงทำความเข้าใจในการใช้แบบประเมินผู้ป่วยได้ครบถ้วน

5. เตรียมสถานที่สำหรับทำการทดลอง ขอความร่วมมือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขอทำการทดลองในโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียด ขั้นตอน และระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ก่อนดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจงวัตถุประสงค์ ให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการทำวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหลัง จากนั้นให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ระยะดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง

1. ผู้บำบัดคือผู้วิจัยในการดำเนินการทดลองโดยใช้การเล่นบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ประกอบด้วยการเล่นบำบัด 6 เกม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 7 สัปดาห์ติดต่อกัน มี 2 ขั้นตอน คือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ ในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยการเล่นบำบัดรายบุคคล 2 เกม จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที และ 2) ระยะบำบัด ในสัปดาห์ที่ 2-7 มี 4 เกม จำนวน 11 ครั้ง แบ่งเป็นการเล่นบำบัดรายบุคคล 3 เกม จำนวน 9 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที และการเล่นรายกลุ่มบำบัด 1 เกม จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที โดยผู้บำบัดเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเล่นบำบัดกับกลุ่มตัวอย่าง ทุกวันจันทร์ ถึง วันอังคาร และวันพฤหัสบดี ถึง วันศุกร์ ตั้งแต่ เวลา 08.30 - 16.00น. ทั้งนี้ผู้วิจัยตกลงและจัดสรรเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัยร่วมกับครอบครัว อย่างชัดเจน และในกลุ่มทดลองยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติในรูปแบบต่างๆ ของโปรแกรมที่โรงพยาบาลจัดขึ้นทุกประการ

ตารางที่ 2 การดำเนินการปฏิบัติการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

วัน/เวลา	ขั้นตอนบำบัด
<p>สัปดาห์ที่ 1 การเล่นเกม สร้างสัมพันธ์ภาพ 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ</p> <p>เกมที่ 1 เกมมารู้จักกันเถอะ โดยนำของเล่น เช่น ตุ๊กตา ลูกบอล สัตว์ โทรศัพท์ ให้เด็กจับ</p> <p>เกมที่ 2 เกมตัวของฉัน โดยฝึกให้เด็กแนะนำตัวเองผ่านกระจก</p>
<p>สัปดาห์ที่ 2-3 การบำบัดรายบุคคล 3 ครั้ง/สัปดาห์ ระยะเวลา 30 นาที</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2 ระยะบำบัด</p> <p>เกมที่ 3 เกมหนูทำได้ พยายามนำตุ๊กตามาเล่นให้เด็กดูแล้วให้เด็กเล่นตาม เช่น เดิน กิน นอน และนำโทรศัพท์มาเล่นตาม เช่น ยกหูพูด</p>
<p>สัปดาห์ที่ 3-4 การบำบัดรายบุคคล 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที</p>	<p>เกมที่ 4 เกมสิ่งที่หนูทำ พยายามผู้บำบัดนำภาพลำดับเหตุการณ์การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แล้วหยิบภาพให้ตรงกับสิ่งที่บอก เช่น ตื่นนอน อาบน้ำ แต่งตัว หาว เข้านอน และนอนหลับ</p>
<p>สัปดาห์ที่ 4-6 การบำบัดรายบุคคล 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที</p>	<p>เกมที่ 5 เกมใครสูงกว่า พยายามนำของเล่น เช่น บล็อกไม้มาสลับกันในการเล่นให้สูงขึ้น และเล่นจับคู่การ์ดสี โดยใช้หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการสลับกันเล่น</p>
<p>สัปดาห์ที่ 7 การบำบัดรายกลุ่ม 2 ครั้ง กลุ่มละ 60 นาที</p>	<p>เกมที่ 6 เกมกินขนม ใช้การ์ดในการเล่นผู้นำให้หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการแจกการ์ด จนครบทุกคนแล้วเปิด</p> <p>การ์ดดู ว่าใครได้การ์ดที่มีรูปขนม จะได้กินขนมนั้น และ เกมเข้าจังหวะ พยายามร้องเพลงเข้าจังหวะ และให้เด็กทำตามคำสั่ง</p>
<p>* ทุกเกมให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติและทำกับเด็กให้พยาบาลดู 5 -10 นาที*</p>	

ผลการดำเนินการ

รายงานพัฒนาการเด็กออทิสติกหลังเข้าร่วมการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีรายละเอียดดังนี้

1. รายละเอียดการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับเด็กออทิสติก

ทำการทดลองในวันที่ 17 กันยายน - 9 พฤศจิกายน 2555

วันที่ 17 – 21 กันยายน 2555 เวลา 8.00 – 16.00 น. ทดลองใช้แบบประเมินพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย และนำการเล่นบำบัดที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองกับผู้ช่วยวิจัยและผู้นิเทศน์โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย

วันที่ 17 และ 20 กันยายน 2555 เวลา 14.00 – 15.00 น. แนะนำตัวผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำความรู้จักกัน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ปฐมนิเทศ เพื่อทำความเข้าใจการเข้ากลุ่มการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก

รายละเอียดการใช้การเล่นบำบัด ครั้งที่ 1 และ 2

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการทดลองในวันที่ 24, 25, 27 และ 28 กันยายน 2555 ในผู้ป่วยกลุ่ม Moderate และ Severe ตามลำดับ เพื่อให้เด็กได้รู้จักของเล่นใหม่ การหยิบจับ และการเล่นกับกระจก รู้จักตัวเอง และบุคคลอื่น (พยาบาล) เวลา 08.00 น. – 16.00 น. เป็นรายบุคคล คนละ 30 นาที

ครั้งที่ 1 เกมที่ 1 เกมมารู้จักกันเถอะ รายบุคคล โดยพยาบาลกล่าวทักทาย แนะนำตัว การให้เด็กหยิบจับของเล่น การรู้จักของเล่น การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์การเล่นกับพยาบาล โดยพยาบาลผู้บำบัดให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติตามแบบพยาบาลกับเด็กให้พยาบาลดู เมื่อสิ้นสุดการเล่นบำบัดครอบครัวนำการเล่นบำบัดไปใช้กับเด็กออทิสติกที่บ้าน

ครั้งที่ 2 เกมที่ 2 เกมตัวของหนู โดยให้เด็กรู้จักตนเองผ่านกระจกเงาร่วมกับครอบครัว กระตุ้นให้เด็กแนะนำตัวเอง และชี้ที่อวัยวะต่างๆในร่างกายของเด็ก ของบิดา/มารดา และพยาบาลผ่านกระจกเงา และกระตุ้นให้สื่อสารด้วยภาษาพูดและภาษาท่าทาง โดยพยาบาลผู้บำบัดให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติตามแบบพยาบาลกับเด็กให้พยาบาลดู เมื่อสิ้นสุดการเล่นบำบัดครอบครัวนำการเล่นบำบัดไปใช้กับเด็ก

ออทิสติกที่บ้าน

การประเมินผลสัปดาห์ที่ 1

เด็กได้เรียนรู้ของเล่นใหม่ สนุกสนาน ครอบครัวมีทักษะในการเล่นกับเด็ก เด็กเกิดความสุขสนุกสนานในการเล่น หลายครอบครัวบอกว่าเด็กรู้จักมอง ยิ้ม หัวเราะ ชี้อวัยวะตัวเองได้มากขึ้น ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก ประเมินความสามารถ

ของบิดา/มารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกจากความสามารถของเด็กออทิสติก เด็กบางคนไม่เคยทราบมาก่อนว่าในกระจกเป็นตัวเองมีความสงสัย บางรายทาบกระจก วิ่งเข้ามาดูแล้ววิ่งผ่านไปหรือแคะมองผ่านๆ ไม่สนใจ เด็กบางคนเกิดความสงสัยพยายามเปิดดูข้างหลังว่ามีคนอยู่ในกระจกหรืออยู่อีกด้านหนึ่งที่ตรงข้ามกับตนเอง พยายามพลิกให้เด็กดูว่าไม่มีเด็กคนอื่นแต่คือตัวเด็กเองที่อยู่ในกระจกเงา หลังจากนั้นเมื่อเด็กเข้าใจว่าเป็นตนเองจะเล่นผ่านกระจก เช่น ยิงฟัน ยิ้ม แลบลิ้น จูบ หอมตัวเอง ชี้อวัยวะตัวเอง หรือของบิดา/มารดา

รายละเอียดการเล่นบำบัด ครั้งที่ 3 - 8

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 ดำเนินการทดลองในวันที่ 1, 2, 4, 5, 8, 11 และ 12 ตุลาคม 2555 ในผู้ป่วยกลุ่ม Moderate และ Severe ตามลำดับ การเล่นเกมแบบ และ การเล่นเกมจับคู่ภาพ เวลา 08.00 น. – 16.00 น. เป็นรายบุคคล คนละ 30 นาที

ครั้งที่ 3-8 เกมหนูทำได้ และ สิ่งทีหนูทำ โดยนำเด็กออทิสติกและครอบครัวเข้าร่วม เพื่อให้เด็กรู้จักการเล่นแบบ รู้จักเชื่อมโยงภาพเหตุการณ์กับการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ เกมที่ 3 โดยใช้ตุ๊กตาแทนตัวเด็ก พ่อ แม่ คนในครอบครัว โดยให้ตุ๊กตาเดิน ขึ้น นั่ง นอน กิน และเกมที่ 4 การเรียนรู้การใช้ชีวิตประจำวันด้วยการจับคู่ภาพลำดับเหตุการณ์ ประกอบด้วยชุดที่ 1 การตื่นนอน อาบน้ำ แต่งตัว ของเล่นจำลองชุดที่ 1 หมอน ฟักบัวอาบน้ำ ชุดเด็ก ภาพลำดับเหตุการณ์การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ชุดที่ 2 หาว เข้านอน นอนหลับ ของเล่นจำลอง ชุดที่ 1 โทรทัศน์ ที่นอน ผ้าห่ม โดยพยาบาลผู้บำบัดให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติตามแบบพยาบาลกับเด็กให้พยาบาลดู เมื่อสิ้นสุดการเล่นบำบัดครอบครัวนำใช้การเล่นบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน

การประเมินผลสัปดาห์ที่ 2 และ 3

เด็กได้เรียนรู้กิจวัตรประจำวัน เล่นแบบ ทำตาม และนำไปเล่นที่บ้าน เล่นกับพี่ และเพื่อน มากขึ้น เล่นจับคู่ภาพได้รวดเร็วขึ้น ครอบครัวนำไปประยุกต์ต่อที่บ้านมีทักษะในการเล่นกับเด็กมากขึ้นครอบครัวนำการเล่นบำบัดไปใช้กับเด็กที่บ้าน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยใช้แบบตรวจสอบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบำบัดที่บ้าน และแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก ประเมินความสามารถของบิดา/มารดา ที่ดูแลเด็กออทิสติกจากความสามารถของเด็กออทิสติก

รายละเอียดการเล่นบำบัด ครั้งที่ 9-11

สัปดาห์ที่ 3-5 ดำเนินการทดลองในวันที่ 9, 15, 16, 18, 19 และ 25 ตุลาคม 2555 ในผู้ป่วยกลุ่ม Moderate และ Severe ตามลำดับ การเล่นเกมแบบ (ต่อบล็อกไม้และการจับคู่การ์ดสี) เวลา 08.00 – 16.00 น. เป็นรายบุคคล คนละ 30 นาที

ครั้งที่ 9-11 เกมที่ 5 ฉันทับเธอ โดยนำเด็กออกทิสติกและครอบครัวเข้าร่วม เพื่อให้เด็กรู้จักการรอกอยด้วยการเล่นสลับบทบาท พยาบาลผู้บำบัดนำของเล่น ประกอบด้วย การเล่นต่อบล็อกไม้ให้สูงขึ้นและเล่นจับคู่การ์ดสี เล่นโดยใช้หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการสลับกันเล่น ผู้ที่เล่นให้ใส่หมวก ซึ่งเริ่มจากการเล่นต่อบล็อกไม้ให้สูงขึ้น เมื่อจบเกมเล่นจับคู่การ์ดสี พยาบาลแบ่งแผ่นกระดาษสีวงกลม 6 สีให้คนละ 1 แผ่น และแผ่นวงกลมสี 6 วง ๆ ละ 1 สี พยาบาลทำการจับคู่สีในกระดาษของตนเอง และกระตุ้นให้เด็กออกทิสติกจับคู่สีในกระดาษของตนเองในการเล่นจนครบคู่สี และครอบครัวฝึกปฏิบัติตามแบบพยาบาลกับเด็กให้พยาบาลดู

การประเมินผลสัปดาห์ที่ 3-5

เด็กได้เรียนรู้การรอกอย การสลับบทบาท ประสาทสัมผัสทางสายตา การจับคู่การ์ดสี การเล่นเลียนแบบ การเล่นตามจินตนาการ เข้าใจการเล่นที่มีขั้นตอนและกติกามากขึ้น ครอบครัวนำการเล่นบำบัดไปใช้กับเด็กที่บ้าน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยใช้แบบตรวจสอบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบำบัดที่บ้าน และแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออกทิสติก ประเมินความสามารถของบิดา/มารดาที่ดูแลเด็กออกทิสติกจากความสามารถของเด็กออกทิสติก

รายละเอียดการเล่นบำบัด ครั้งที่ 12-13

สัปดาห์ที่ 5 และ 6 ดำเนินการทดลองในวันที่ 22, 26, 29 ตุลาคม และ 1 พฤศจิกายน 2555 ในผู้ป่วยกลุ่ม Moderate และ Severe ตามลำดับ เวลา 08.30 น. – 16.00 น. เป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 60 นาที

ครั้งที่ 12-13 โดยนำเด็กออกทิสติกและครอบครัวเข้าร่วม เพื่อให้เด็กได้ร่วมเล่นกับเพื่อนวัยเดียวกัน การปฏิสัมพันธ์ การรู้จักรอกอย พยาบาลผู้บำบัดนำเล่นเกม ประกอบด้วย เกมกินขนมและการเคลื่อนไหวร่างกายเข้าจังหวะ พยาบาลผู้บำบัดนั่งกับเด็ก และครอบครัวเป็นวงรอบโต๊ะ พยาบาลเป็นผู้นำในการร้องเพลงสวัสดีและให้เด็ก ๆ แนะนำตัวกับเพื่อน ๆ ในกลุ่ม ให้ผู้นำกลุ่มใส่หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการแจกการ์ดรูปขนมและการ์ดไม่มีรูปขนม เมื่อแจกการ์ดครบทุกคนแล้วให้ผู้นำกลุ่มให้สัญญาณในการเปิดการ์ด เมื่อพลิกการ์ดดูถ้าใครเปิดได้การ์ดที่มีรูปขนม จะได้กินขนมตามรูปในการ์ด สลับกันเป็นผู้นำกลุ่มจนครบทุกคน เมื่อจบเกมพยาบาลให้เด็กออกมาทำการเคลื่อนไหวร่างกายเข้าจังหวะ พยาบาลร้องเพลงเข้าจังหวะ (Exploratory play) ประกอบด้วย เพลงสวัสดี เพลงออกกำลังและทำการเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะ เพลงดอกไม้บาน-หุบ และเพลงบ้ายบาย และครอบครัวฝึกปฏิบัติตามแบบพยาบาลกับเด็กให้พยาบาลดู

การประเมินผลสัปดาห์ที่ 6

เด็กได้เรียนรู้การรอกอย การสลับบทบาท ประสาทสัมผัสทางสายตา การเล่นเลียนแบบ การมีจินตนาการ การเข้ากลุ่ม การปรับตัวในสังคม การสื่อสาร การเรียนรู้การเป็นผู้นำเพื่อส่งเสริม

ความมั่นใจในตัวเอง สร้างความเป็นตัวตน และกล้าแสดงออก เข้าใจการเล่นที่มีขั้นตอนและกติกา มากขึ้นครอบครัวนำการเล่นบ๊อบบี้ไปใช้กับเด็กที่บ้าน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยใช้แบบตรวจสอบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบ๊อบบี้ที่บ้าน และแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออกทิสติก ประเมินความสามารถของบิดา/มารดาที่ดูแลเด็กออกทิสติกจากความสามารถของเด็กออกทิสติก

2. ตัวอย่างกรณีศึกษาหลังเข้าร่วมการเล่นบ๊อบบี้แบบครอบครัวมีส่วนร่วม

กรณีศึกษารายที่ 1 Case Moderate Function

เด็กชายไทย รูปร่างสมวัย ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเป็นโรคออทิสซึม 3 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ แบบผู้ป่วยนอก ตั้งแต่อายุ 3 ปี เนื่องจากไม่พูด พูดซ้ำ เรียกไม่หัน ไม่นิ่ง สื่อสารด้วยท่าทางมากกว่า ภายหลังจากการได้รับการรักษากลับไปอยู่ที่บ้านครอบครัวนำเด็กเข้าโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เด็กสามารถอยู่กับเด็กอื่นได้แต่สื่อสารไม่ชัด ไม่นิ่ง เรียกไม่หัน จึงหยุดเรียนและนำตัวมารักษาที่โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ตามนัด แพทย์พิจารณาให้เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการเล่นบ๊อบบี้ เด็กสวดตามการกระตุ้น ยังไม่นิ่ง แต่เมื่อกระตุ้นเดือนจะนิ่งได้ นั่งทำกิจกรรมได้เป็นช่วง ๆ ยังไม่มีทักษะการรอคอย พูดสื่อสารเป็นคำๆ ได้ แต่ยังไม่ชัด ไม่ได้รับยา ไม่ได้ได้รับการรักษาอื่น ๆ นอกจาก การรักษาตามแผนของหอผู้ป่วย เด็กเข้ารับการเล่นบ๊อบบี้โดยบิดา/มารดาที่ดูแลเด็กยินดีเข้าร่วมโครงการ ในช่วงเริ่มสร้างสัมพันธภาพ

สัปดาห์ที่ 1 เด็กมีสีหน้าตื่นเต้นและสงสัย พยาบาลแนะนำตัว บอกชื่อพยาบาล และกระตุ้นเด็กบอกชื่อตัวเองและกล่าวทักทายได้โดยกระตุ้นเล็กน้อย พาเล่นของเล่นที่สนใจเด็กหยิบเล่นตามได้ พาเล่นกระจกเด็กสงสัยและทูปกระจก เมื่อพยาบาลชี้บอกให้เล่นให้ดูเด็กเล่นเลียนแบบได้ เด็กมีสีหน้าสดใสมากขึ้น สนุกและเริ่มไว้วางใจมากขึ้น

สรุป เด็กสามารถสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลได้ เกิดความไว้วางใจและมีทักษะการรับรู้ การเรียนรู้ที่ดีขึ้น ต่อมาในระยะบำบัดภายในสัปดาห์ที่ 2-3 เล่นบ๊อบบี้กับเด็กออกทิสติก เพื่อให้เด็ก รู้จักการเล่นเลียนแบบ รู้จักเชื่อมโยงภาพเหตุการณ์กับการดำเนินชีวิตประจำวัน และนำบิดา/มารดา เข้าร่วมเพื่อให้เกิดทักษะในการเล่นบ๊อบบี้กับเด็ก ได้แก่

เกมที่ 3 เกมหนูทำได้ โดยใช้ตุ๊กตาเป็นตัวแทน เด็ก พ่อ แม่ หรือสมาชิกในครอบครัว โดยให้ตุ๊กตาเดิน ยืน นั่ง นอน กิน และโทรศัพท์ เด็กเล่นเลียนแบบได้ เมื่อชวนคุยเด็กสื่อสารได้ สนใจการเล่นและพยายามทำตาม สื่อสารได้ดีด้วยท่าทาง พยายามออกเสียงคำเพิ่มเติม

เกมที่ 4 สิ่งที่หนูทำ เป็นการส่งเสริมเรียนรู้การใช้ชีวิตประจำวันด้วยการจับคู่ภาพลำดับเหตุการณ์ ประกอบด้วยชุดที่ 1 การตื่นนอน อาบน้ำ แต่งตัว ของเล่นจำลองชุดที่ 1 ได้แก่ หมอน

ฝึกบัวอาบน้ำ ชุดเด็ก ภาพลำดับเหตุการณ์การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ชุดที่ 2 ได้แก่ หาว เข้านอน นอนหลับ ของเล่นจำลอง ชุดที่ 1 ได้แก่ โทรทัศน์ ที่นอน ผ้าห่ม เด็กสนใจมองกิจกรรม ใช้สายตา และจดจำภาพได้ดี เข้าใจการสื่อสารว่าเล่นเกมอะไร จับคู่ภาพได้ครบทุกคู่โดยนั่งได้ตลอดการเล่น บำบัด พยาบาลกระตุ้นให้เด็กบอกว่าแต่ละภาพเหตุการณ์คือภาพอะไร เด็กตอบได้ เป็นคำ ๆ ที่ชัดเจนมากขึ้น พยาบาลส่งเสริมให้เด็กพูดเป็นพยางค์ที่ยาวขึ้น เป็น 2 คำติดต่อกัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว เก้าอี้ เป็นต้น ขณะเดียวกันผู้วิจัยให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติตามแบบพยาบาลกับเด็กให้พยาบาลดู เมื่อสิ้นสุดการเล่นบำบัด ครอบครัวได้นำการเล่นบำบัดกับเด็กออกทิสติกไปปฏิบัติต่อบ้าน เมื่อกลับมาเล่นการเล่นบำบัดเดิมเด็กมีความคล่องมากขึ้น และต้องปรับความยากเพิ่มมากขึ้น

สรุป เด็กสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจ การเชื่อมโยงภาพเหตุการณ์ กับการดำเนินชีวิต ได้ และบิดา/มารดาที่ดูแลเด็กมีความสนใจและนำไปปฏิบัติการเล่นบำบัดที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

ในระยะบำบัดภายในสัปดาห์ที่ 3-5 โดยนำเด็กออกทิสติกและบิดา/มารดาเข้าร่วม เพื่อเพื่อให้เด็กรู้จักการรอคอยด้วยการเล่นสลับบทบาท

เกมที่ 5 การเล่นต่อบล็อกไม้ให้สูงขึ้นและเล่นจับคู่การ์ดสี เล่นโดยใช้หมวกเป็นสัญลักษณ์ ในการสลับกันเล่น เริ่มจากเล่นต่อบล็อกไม้ไม้ให้สูงขึ้น เด็กมีอาการหงุดหงิดเมื่อต้องสลับบทบาท ไม่ยอมทำ บัดของเล่นทิ้ง พยาบาลและครอบครัวช่วยกระตุ้นให้เด็กสนใจการเล่นและลองเล่นต่อ โดยมีบิดา/มารดาคอยเชียร์อยู่ข้างๆ เพื่อให้เด็กเล่นด้วยความสนุกสนานและมีการสลับบทบาท และเพิ่มให้มีบิดา/มารดาช่วยเล่น เพื่อให้เด็กมีระยะเวลาการรอคอยมากขึ้นและเพิ่มทักษะครอบครัว หลังจากนั้นพาเด็กเล่นจับคู่การ์ดสี เด็กจับคู่การ์ดสีได้ 3-4 สี แต่ยังออกเสียงชื่อสีไม่ได้ทุกสี พยาบาลเล่นให้เด็กดูพร้อมส่งเสริมให้เด็กออกเสียง หลังจากนั้นเด็กเล่นเลียนแบบได้ทั้งหมดแต่ยังออกเสียงได้ไม่ชัดเจน

สรุป เด็กสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจกติกา รู้จักรอคอย เล่นสลับบทบาทได้ บิดา/มารดาที่ดูแลเด็กมีความสนใจและนำไปปฏิบัติการเล่นบำบัดที่บ้านอย่างต่อเนื่องในระยะบำบัด ภายในสัปดาห์ที่ 5 และ 6 โดยนำเด็กออกทิสติกและบิดา/มารดาเข้าร่วมเพื่อให้เด็กได้ร่วมเล่นกับเพื่อนวัยเดียวกัน การปฏิสัมพันธ์ การรู้จักรอคอย

เกมที่ 6 เกมกินขนมและการเคลื่อนไหวร่างกายเข้าจังหวะ เด็กเข้าใจการเล่นร่วมกับผู้อื่น รอคอยได้ เข้าใจคำสั่ง พูดได้ชัดเจนเมื่อต้องการสิ่งของ จำคนในครอบครัว ชื่อเพื่อน ผู้วิจัยได้ เด็กนั่งเข้ากลุ่มตลอดจนจบกลุ่ม เกิดความสนุกสนาน ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ดี

สรุป เด็กสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจกติกา รู้จักรอคอย เล่นสลับบทบาทได้ดี พูดได้ชัดเจนเป็นประโยคได้มากขึ้น บิดา/มารดาที่ดูแลเด็กมีความสนใจและนำไปปฏิบัติการเล่นบำบัดที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษารายที่ 2 Case Severe Function

เด็กหญิงไทยรูปร่างสมวัย เด็กมาด้วยอาการไม่พูด พูดซ้ำ ซนไม่นิ่ง สื่อสารด้วยท่าทางมากกว่าตั้งแต่อายุ 1 ปี 7 เดือน แต่เข้าใจว่าเด็กมีพัฒนาการซ้ำจึงไม่ได้มาตรวจรักษาทันที หลังจากนั้นอาการพัฒนาการเด็กไม่ดีขึ้น จึงเข้ารับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นโรคออทิซึมเมื่ออายุ 3 ปี จึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ แบบผู้ป่วยนอก ตั้งแต่อายุ 3 ปี ภายหลังจากการได้รับการรักษาเด็กยังสื่อสารไม่ไม่ชัด ไม่นิ่ง ร้องติดแม่ตลอดเวลาแม้ว่าแม่นั่งอยู่ด้วยเด็กจะเรียกหาแม่เพราะความเคยชิน หุนหันพลันแล่น จึงหยุดเรียนและนำตัวมารักษาที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ตามนัด แพทย์พิจารณาให้เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการเล่นบำบัด เด็กสับสนตามการกระตุ้น ยังไม่นิ่ง แม้กระตุ้นเตือน เด็กไม่มีสมาธิ นั่งทำกิจกรรมได้เป็นช่วง สั้นๆ ยังไม่มีทักษะการรอคอย พูดสื่อสารเป็นคำๆ ได้ แต่ยังไม่ชัด ไม่ได้รับยา ไม่ได้ได้รับการรักษาอื่นๆ นอกจากการรักษาตามแผนการรักษาของหอผู้ป่วย ซึ่งเด็กได้เข้ารับการเล่นบำบัดในครั้งนี้ โดยบิดา/มารดาที่ดูแลเด็กยินดีเข้าร่วมโครงการ ในช่วงเริ่มสร้างสัมพันธภาพสัปดาห์ที่ 1 เด็กมีสีหน้าตื่นเต้นและสงสัย กลัวร้องให้ตลอดเวลา พยาบาลแนะนำตัว บอกชื่อพยาบาล หลอกล่อเด็กด้วยของเล่นที่หลากหลาย และกระตุ้นเด็กกล่าวทักทาย เด็กทำแต่จะร้องตลอดซึ่ง บิดา/มารดาที่ดูแลบอกว่าเด็กจะมีพฤติกรรมแบบนี้ตลอด หลังจากนั้นพยาบาลพาเล่นของเล่นที่สนใจเด็กหยิบเล่นได้ เริ่มลดการร้องลง และหยิบของเล่นอื่นที่พยาบาลแนะนำให้เล่นได้เมื่อพยาบาลพาเล่นกระจกเด็กสงสัยและร้องหาแม่เมื่อพยาบาลชี้บอกให้เล่น และเล่นให้เด็กดู เด็กเล่นยังสงสัย แต่นิ่งมากขึ้นและเริ่มมองชี้ตามได้ บางส่วนของร่างกาย

สรุป เด็กสามารถสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลได้ เกิดความไว้วางใจและมีทักษะการรับรู้ การเรียนรู้ที่ดีขึ้น ต่อมาในระยะบำบัดภายในสัปดาห์ที่ 2-3 เล่นบำบัดกับเด็กออทิสติก เพื่อให้เด็กรู้จักการเล่นเลียนแบบ รู้จักเชื่อมโยงภาพเหตุการณ์กับการดำเนินชีวิตประจำวัน และนำบิดา/มารดาเข้าร่วมเพื่อให้เกิดทักษะในการเล่นบำบัดกับเด็ก ได้แก่

เกมที่ 3 เกมหนูทำได้ โดยใช้ตุ๊กตาเป็นตัวแทน ตัวเด็ก พ่อ แม่ คนในครอบครัว โดยให้ตุ๊กตาเดิน ยืน นั่ง นอน กิน และโทรศัพท์ เด็กเล่นเลียนแบบได้ เมื่อชวนคุยเด็กสื่อสารได้ สนใจการเล่นและพยายามทำตาม สื่อสารได้ดีด้วยท่าทาง พยายามออกเสียงคำเพิ่มเติม เด็กมีจินตนาการรู้จักหยิบตุ๊กตาให้แม่และบอกว่าเป็นแม่ รู้จักตักป้อน แบ่งปัน บอกผู้วิจัยเล่นตาม ร้องหาแม่บ้าง แต่ไม่ร้องให้ เริ่มเข้าใจว่าแม่อยู่ด้วยตลอด พูดสื่อสารคำอื่นมากขึ้น เช่น นอน แม่ ห่มผ้า เป็นต้น

เกมที่ 4 สิ่งี่หนูทำ เป็นการส่งเสริมเรียนรู้การใช้ชีวิตประจำวันด้วยการจับคู่ภาพลำดับเหตุการณ์ ประกอบด้วยชุดที่ 1 การตื่นนอน อาบน้ำ แต่งตัว ของเล่นจำลองชุดที่ 1 หมอน ผักบัว

อาบน้ำ ชุบน้ำ เด็ก ภาพลำดับเหตุการณ์การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ชุดที่ 2 หาว เข้านอน นอนหลับ ของเล่นจำลอง ชุดที่ 1 โทรทัศน์ ที่นอน ผ้าห่ม เด็กสนใจมองกิจกรรม ใช้สายตาและจดจำภาพได้ดี เข้าใจการสื่อสารว่าเล่นเกมอะไร จับคู่ภาพได้ครบทุกคู่โดยนั่งได้ตลอดการเล่นบ๊อบบี้ พยายามกระตุ้นให้เด็กบอกว่าแต่ละภาพเหตุการณ์คือภาพอะไร เด็กตอบได้ เป็นคำๆ ที่ชัดเจนมากขึ้น พยายามส่งเสริมให้เด็กพูดเป็นประโยคยาวขึ้นเป็น 2 คำติดต่อกัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว เก้าอี้ เป็นต้น เด็กไม่ร้องหาแม่เล่น ได้สนุกสนาน มีจินตนาการเป็นของตนเอง นำฝักบัวมาอาบน้ำให้ตุ๊กตา และแม่ขณะเดียวกันผู้วิจัยให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติตามแบบพยายาลกับเด็กให้พยายาลดู เมื่อสิ้นสุดการเล่น บ๊อบบี้ครอบครัวนำใช้การเล่นบ๊อบบี้กับเด็กออกที่สตูดิโอที่บ้าน เมื่อกลับมาเล่นการเล่นบ๊อบบี้เกมเดิมเด็กมีความคล่องมากขึ้น และต้องปรับความยากเพิ่มมากขึ้น

สรุป เด็กสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจ การเชื่อมโยงภาพเหตุการณ์ กับการดำเนินชีวิต ได้ มีความคิดสร้างสรรค์ และบิดา/มารดาที่ดูแลเด็กมีความสนใจและนำไปปฏิบัติการเล่นบ๊อบบี้ที่บ้านอย่างต่อเนื่องในระยะบ๊อบบี้ภายในสัปดาห์ที่ 3-5 โดยนำเด็กออกที่สตูดิโอและบิดา/มารดาเข้าร่วม เพื่อเพื่อให้เด็กรู้จักการรอคอยด้วยการเล่นสลับบทบาท

เกมที่ 5 การเล่นเกมบล็อกไม้ให้สูงขึ้นและเล่นจับคู่การ์ดสี เล่นโดยใช้หมวกเป็นสัญลักษณ์ ในการสลับกันเล่น เริ่มจากเล่นเกมบล็อกไม้ไม้ให้สูงขึ้น เด็กเข้าใจเมื่อต้องสลับบทบาท หลังจากเล่นให้ดู เด็กสนใจการเล่นและลองเล่นต่อโดยมีบิดา/มารดาคอยเชียร์อยู่ข้างๆ เพื่อให้เด็กเล่นด้วยความสนุกสนานและมีการสลับบทบาท และเพิ่มให้มีบิดา/มารดาเข้าร่วม เพื่อให้เด็กมีระยะเวลาการรอคอยมากขึ้นและเพิ่มทักษะครอบครัว หลังจากนั้นพาเด็กเล่นจับคู่การ์ดสี เด็กจับคู่การ์ดสีได้ครบ แต่ยังไม่ออกเสียงชื่อสีไม่ได้ครบทุกสี พยายามเล่นให้เด็กดูพร้อมส่งเสริมให้เด็กออกเสียง หลังจากนั้นเด็กเล่นเลียนแบบได้ทั้งหมดแต่ยังไม่ออกเสียงได้ไม่ชัดเจน

สรุป เด็กสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจกติกา รู้จักการรอคอย เล่นสลับบทบาทได้ บิดา/มารดาที่ดูแลเด็กมีความสนใจและนำไปปฏิบัติการเล่นบ๊อบบี้ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

ในระยะบ๊อบบี้ภายในสัปดาห์ที่ 5 และ 6 โดยนำเด็กออกที่สตูดิโอและบิดา/มารดาเข้าร่วม เพื่อให้เด็กได้ร่วมเล่นกับเพื่อนวัยเดียวกัน การปฏิสัมพันธ์ การรู้จักการรอคอย

เกมที่ 6 เกมกินขนมและการเคลื่อนไหวร่างกายเข้าจังหวะ เด็กเข้าใจการเล่นร่วมกับผู้อื่น รอคอยได้ เข้าใจคำสั่ง พูดได้ชัดเจนเมื่อต้องการสิ่งของ จำคนในครอบครัว ชื่อเพื่อน ผู้วิจัยได้เด็กนั่งเข้ากลุ่มตลอดจนจบกลุ่ม เกิดความสนุกสนาน ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ดี

สรุป เด็กสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจกติกา รู้จักการรอคอย เล่นสลับบทบาทได้ดี พูดได้ชัดเจนเป็นประโยคได้มากขึ้น บิดา/มารดาที่ดูแลเด็กมีความสนใจและนำไปปฏิบัติการเล่นบ๊อบบี้ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่พบในการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมและแนวทางแก้ไขในภาพรวม

1. ครอบครัวบางรายบอกว่าเกมไม่หลากหลายเนื่องจากมีการเล่นเกมเดิมซ้ำหลายครั้ง ได้อธิบายเหตุผลที่มีการเล่นเกมเดิมซ้ำเพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้และเกิดทักษะเชื่อมโยงกับชีวิตประจำวัน
2. เปิดโอกาสให้พูดคุยปัญหาที่กังวลใจ ทำให้ครอบครัวเข้าใจการดูแล การเล่นบำบัดกับเด็กออทิสติกได้ถูกต้อง
3. ในขั้นตอนการบำบัดบางรายไม่มาเนื่องจากเจ็บป่วย ได้นำเกมที่ไม่ได้เล่นมาเล่นร่วมกับเกมอื่นด้วย
4. ในขั้นตอนการบำบัดมีการบำบัดรายบุคคล จึงเปิดโอกาสให้ครอบครัวที่เดินทางไกลได้บำบัดเป็นลำดับต้นๆ ทั้งนี้ได้ตกลงกับครอบครัวอื่นๆก่อน

กลุ่มควบคุม ได้รับ

สำหรับกลุ่มควบคุม (เด็กออทิสติก และบิดา/มารดา) ในสัปดาห์ที่ 1-7 จะได้รับบริการด้านกิจกรรมการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ เป็นประจำของผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ ที่จัดให้บริการแก่เด็กออทิสติก โดยพยาบาลทำซัพพอร์ต, พฤติกรรมบำบัด, พัฒนาการบำบัด, การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) ในการดูแลเด็กออทิสติกแก่ครอบครัวทุกวันจันทร์ ประมาณ 4-6 ครั้ง ได้แก่ เรื่อง การรักษาด้วยยา ฝึกพูดเบื้องต้น การดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี การทำสื่อการสอน การให้ Empowerment แก่ครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติกที่บ้าน การส่งเสริมพัฒนาการโดยพยาบาลวิชาชีพที่ห่อผู้ป่วย ได้แก่ การนวด การร้องเพลง การเรียนรู้กับเพื่อนในชั้นเรียน การฟังนิทาน การวาดภาพระบายสี การเล่นเกมเป็นกลุ่ม ตามที่จัดขึ้น เป็นโปรแกรมที่หลากหลายเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัน ซึ่งครอบครัวและเด็กออทิสติกจะได้รับทุกคน ระยะเวลาในการดำเนินการ 3 เดือน ซึ่งครอบครัวและเด็กออทิสติกจะได้รับทุกคน แบ่งเป็นกลุ่มวัน จันทร์-อังคาร และวันพฤหัสบดี-ศุกร์ ส่วนวันพุธ เป็นการนัดเด็กที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน มาส่งเสริมพัฒนาการเพิ่มเติม นอกจากนี้เด็กจะได้รับการฝึกพูดโดยนักฝึกพูดในบางรายที่มีปัญหาการออกเสียงและแพทย์พิจารณา รายละเอียด 2-3 ครั้ง ตามคิวและตารางนัด และเด็กยังได้รับการฝึกกิจกรรมบำบัดโดยนักกิจกรรมบำบัดในบางรายที่มีปัญหาการใช้กล้ามเนื้อ การทำงานของระบบกล้ามเนื้อไม่ดี และแพทย์พิจารณา รายละเอียด 3-4 ครั้ง ตามคิวและตารางนัด โดยจะฝึกการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก มัดใหญ่ เช่น การคีบของชิ้นเล็กๆ การหนีบไม้หนีบผ้า การร้อยลูกปัด เป็นต้น

2. ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ การศึกษา การได้รับยา และข้อมูลครอบครัวที่ดูแลใกล้ชิด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับเด็ก

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก ประเมินความสามารถของบิดา/มารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมในการวิจัย หลังสิ้นสุดการบำบัดทุกครั้ง ในวันที่ 24 กันยายน 2555 ถึงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2555

เกณฑ์ในการประเมิน ตามรายละเอียดในกลุ่มมีการใช้แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก เพื่อประเมินคะแนนความสามารถในการเล่นและการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือไม่ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเด็กและครอบครัวทุกครั้งหลังสิ้นสุดการเล่นในแต่ละเกม จากการใช้แบบประเมิน 1) แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก โดยนำคะแนนรวมทั้ง 13 ครั้งมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวน 13 ครั้งจากการเล่นบำบัด ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนต้องผ่านร้อยละ 75 ขึ้นไป และ 2) แบบตรวจสอบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบำบัดที่บ้าน โดยการสอบถามบิดา/มารดาในการนำการเล่นบำบัดแต่ละเกมไปเล่นที่บ้านในแต่ละสัปดาห์แล้วนำมารวมกันจากสัปดาห์ที่ 1-7 ได้ผลรวมของการเล่นของเด็กแต่ละคน ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบตรวจสอบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบำบัดที่บ้านเพื่อประเมินความต่อเนื่องของบิดา/มารดาในการนำการเล่นบำบัดไปปฏิบัติต่อกับเด็กที่บ้าน ซึ่งเกณฑ์ต้องเล่นทุกเกม และเล่นอย่างน้อยเกมละ 2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ เล่นที่บ้านไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง รายละเอียดการเล่นบำบัดที่บ้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดจากผลการตรวจสอบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบำบัดที่บ้าน

คนที่	เล่นกับ ตุ๊กตา /รถ	เล่นกับ กระจก	เล่นกับ โทรศัพท์	เล่นจับคู่ ภาพ	เล่นสลับ บทบาท	เล่นเป็น กลุ่ม	รวม/ครั้ง
1	12	10	8	8	4	2	44
2	12	10	8	8	6	2	46
3	12	10	8	8	6	2	46
4	8	10	8	8	6	2	42
5	8	10	8	8	6	2	42
6	12	12	8	8	6	2	48
7	14	12	10	9	7	2	54
8	12	10	8	9	8	2	49
9	8	6	10	6	8	3	41
10	10	8	9	8	6	2	43
11	11	9	11	9	6	3	49
12	8	8	7	7	4	2	36
13	7	4	4	3	3	2	23
14	7	6	8	7	4	2	34
15	9	10	11	9	6	2	47
16	10	9	8	8	6	2	43
17	7	6	6	4	4	2	29
18	13	13	11	7	6	3	53
19	10	8	10	8	4	2	42
20	10	10	6	8	4	2	40

จากตารางที่ 3 พบว่า 20 ครอบครัวสามารถปฏิบัติการเล่นบำบัดที่บ้านกับเด็กออทิสติกได้ทั้งหมด 20 ครอบครัว คิดเป็น ร้อยละ 100 ซึ่งครอบครัวที่สามารถปฏิบัติการเล่นบำบัดที่บ้านกับเด็กออทิสติกได้มากที่สุดคือ 54 ครั้ง และ ครอบครัวที่สามารถปฏิบัติการเล่นบำบัดที่บ้านกับเด็กออทิสติกได้น้อยที่สุดคือ 23 ครั้ง

ตารางที่ 4 แสดงรายละเอียดจากผลการตรวจสอบความสามารถของเด็กโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการเล่นบำบัด

คนที่	คะแนนเฉลี่ย	เกมที่ปฏิบัติได้น้อย
1	76	เกมที่ 3 เกมหนูทำได้ เกมที่ 4 เกมสิ่งที่หนูทำ และเกมที่ 5 เกมเชอกับฉัน
2	75	เกมที่ 2 เกมตัวของหนู เกมที่ 3 เกมหนูทำได้ เกมที่ 4 เกมสิ่งที่หนูทำ และเกมที่ 5 เกมเชอกับฉัน
3	76	เกมที่ 2 เกมตัวของหนู
4	79	เกมที่ 2 เกมตัวของหนู
5	82	เกมที่ 2 เกมตัวของหนู
6	84	เกมที่ 4 เกมสิ่งที่หนูทำ
7	92	ไม่มี
8	94	ไม่มี
9	97	ไม่มี
10	92	ไม่มี
11	93	ไม่มี
12	85	ไม่มี
13	75	เกมที่ 2 เกมตัวของหนู และ 4 เกมสิ่งที่หนูทำ
14	85	ไม่มี
15	97	ไม่มี
16	90	ไม่มี
17	76	เกมที่ 4 เกมสิ่งที่หนูทำ และเกมที่ 5 เกมเชอกับฉัน
18	97	ไม่มี
19	97	ไม่มี
20	82	ไม่มี

จากตารางที่ 4 พบว่า 20 ครอบครัว สามารถปฏิบัติการเล่นบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้านได้ทั้งหมด 18 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 100% และผ่านเกณฑ์ 75% จำนวน 20 คน และเกมที่เด็กปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ เกมที่ 2 เกมตัวของหนู และเกมที่ 5 เกมเชอกับฉันจำนวน 5 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คะแนนพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก (Pre-test)

โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือ โดยให้บิดา/มารดา ที่ดูแลเด็กออทิสติกให้ข้อมูลในการทำแบบประเมินโดยผู้ช่วยวิจัย 1 สัปดาห์ และเก็บแบบประเมินที่ลงข้อมูลแล้วไว้ที่ผู้วิจัย

คะแนนพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก (Post-test)

กลุ่มควบคุม ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบประเมินพัฒนาการด้านภาษา สังคม และสติปัญญาของเด็กออทิสติก (Post-test) อีกครั้งหลังการเข้าร่วมการวิจัยอีก 1 สัปดาห์

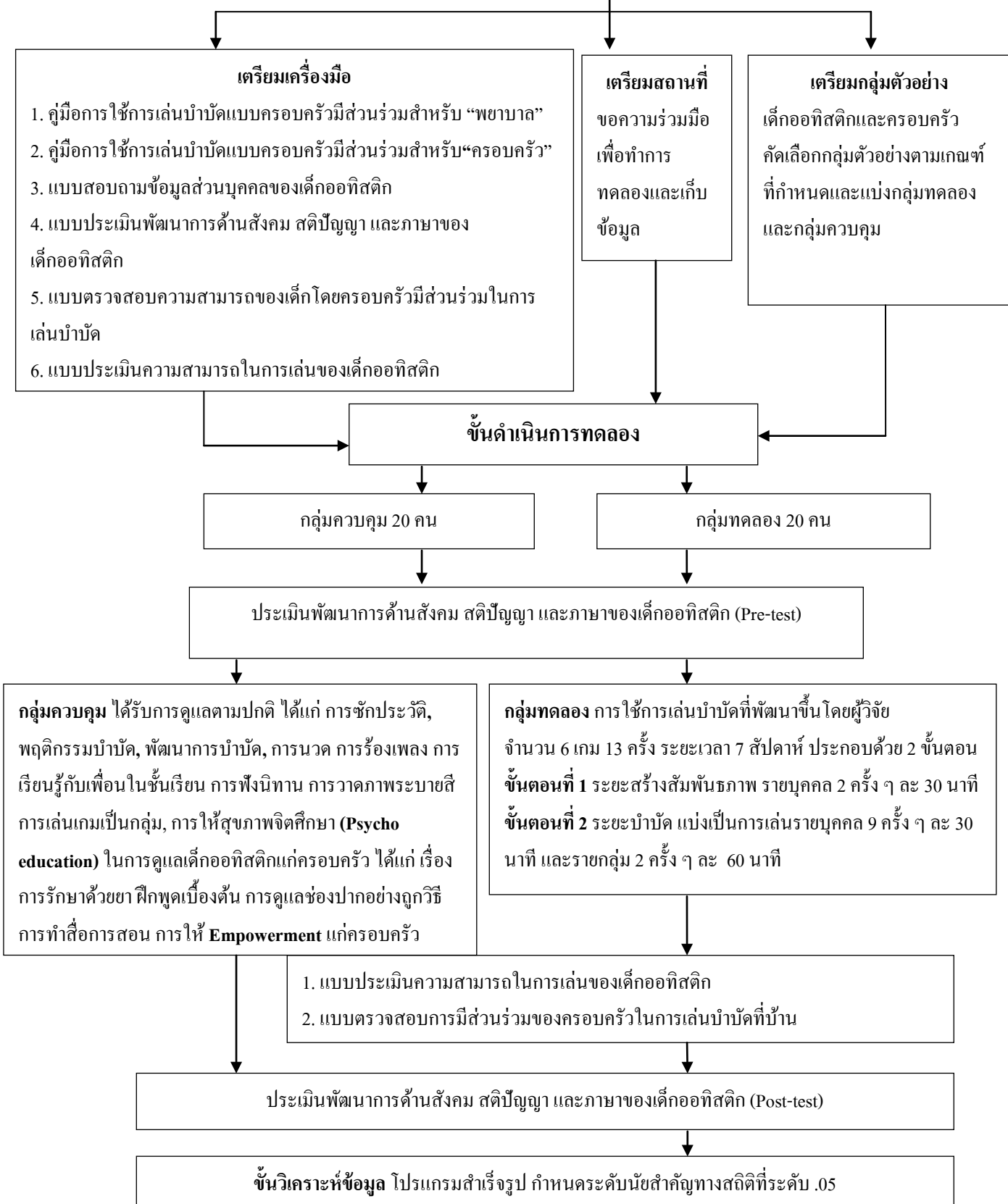
กลุ่มทดลอง ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินพัฒนาการด้านภาษา สังคม และสติปัญญาของเด็กออทิสติก (Post-test) อีกครั้งหลังการเข้าร่วมการวิจัยอีก 1 สัปดาห์

จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติกแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ก่อนและหลังได้รับกิจกรรมการเล่นบำบัดในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) กำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติกแบบครอบครัวมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)
4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากป้องกันความคลาดเคลื่อนจากปัจจัยภายนอก



เตรียมเครื่องมือ

1. คู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับ “พยาบาล”
2. คู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับ “ครอบครัว”
3. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก
4. แบบประเมินพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก
5. แบบตรวจสอบความสามารถของเด็กโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการเล่นบำบัด
6. แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก

เตรียมสถานที่

ขอความร่วมมือเพื่อทำการทดลองและเก็บข้อมูล

เตรียมกลุ่มตัวอย่าง

เด็กออทิสติกและครอบครัว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม 20 คน

กลุ่มทดลอง 20 คน

ประเมินพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก (Pre-test)

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การชักประวัติ, พฤติกรรมบำบัด, พัฒนาการบำบัด, การนวด การร้องเพลง การเรียนรู้กับเพื่อนในชั้นเรียน การฟังนิทาน การวาดภาพระบายสี การเล่นเกมเป็นกลุ่ม, การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) ในการดูแลเด็กออทิสติกแก่ครอบครัว ได้แก่ เรื่องการรักษาด้วยยา ฝึกพูดเบื้องต้น การดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี การทำสื่อการสอน การให้ Empowerment แก่ครอบครัว

กลุ่มทดลอง การใช้การเล่นบำบัดที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย จำนวน 6 เกม 13 ครั้ง ระยะเวลา 7 สัปดาห์ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน
ขั้นตอนที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ รายบุคคล 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที
ขั้นตอนที่ 2 ระยะบำบัด แบ่งเป็นการเล่นรายบุคคล 9 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที และรายกลุ่ม 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที

1. แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก
2. แบบตรวจสอบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบำบัดที่บ้าน

ประเมินพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก (Post-test)

ขั้นวิเคราะห์ข้อมูล โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมและเพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกหลังได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี และครอบครัวที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 40 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คู่ กลุ่มทดลอง 20 คู่ โดยจับคู่ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันตามที่กำหนดในเรื่อง อายุ ระดับความรุนแรง ที่จับคู่กันจนครบ 40 คู่

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกหลังได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. เด็กออทิสติกที่มีความล่าช้าด้านพัฒนาการระดับ ปานกลาง ถึง รุนแรง อายุ 3-6 ปี
2. บุคคลในครอบครัวที่ดูแลเด็กออทิสติกอย่างใกล้ชิด (บิดา หรือ มารดา)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของเด็กออทิสติก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ เพศ บุตรคนที่ ระดับความรุนแรง และผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่กับเด็กมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน (n=20)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	15	75	17	85
	หญิง	5	25	3	15
อายุ	3-4 ปี	11	55	11	45
	4 ปี1เดือน-5 ปี	7	35	7	35
	5 ปี1เดือน-6 ปี	2	10	2	10
บุตรคนที่	1	12	60	11	55
	2	7	35	8	40
	3	1	5	1	5
ระดับความรุนแรง	ปานกลาง	10	50	10	50
	รุนแรง	10	50	10	50
สมาชิกในครอบครัว(บิดา/มารดา) ที่มีเวลาอยู่กับเด็กมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน	บิดา	4	20	3	15
	มารดา	16	80	17	85

จากตารางที่ 5 พบว่า เด็กออทิสติกทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพศของเด็กออทิสติก พบมากในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 75 และ 85 ตามลำดับ พบเด็กออทิสติกได้ในอายุระหว่าง 3-4 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 และ 45ตามลำดับ เป็นบุตรคนที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 60 และ 55 ตามลำดับ มีระดับความรุนแรงของโรค ปานกลาง ถึง ระดับความรุนแรงของโรค รุนแรง คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน และมีผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่กับเด็กออทิสติกมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน เป็นมารดามากกว่าบิดา โดยมารดาที่อยู่กับเด็กมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน(ไม่รวมเวลานอนหลับ) คิดเป็นร้อยละ 80 และ 85 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของเด็กออทิสติก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในบ้านทั้งหมด (n=20)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา	เข้าเรียนในโรงเรียนปกติ	4	20	11	55
(เข้าเรียนใน โรงเรียน)	เข้าเรียนใน โรงเรียนปกติในชั้น เรียนพิเศษ	0	0	1	5
	เข้าเรียนใน โรงเรียนปกติในชั้น เรียนร่วม	1	5	1	5
	เข้าเรียนใน โรงเรียนการศึกษา พิเศษ	1	5	0	0
	อยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก(Day care)	8	40	1	5
	ไม่ได้เข้าเรียน	6	30	6	30
จำนวนสมาชิกใน บ้านทั้งหมด	2 คน	0	0	1	5
	3 คน	7	35	5	25
	4 คน	6	30	6	30
	5 คน	1	5	3	15
	6 คน	2	10	3	15
	> 7 คน	4	20	2	10

จากตารางที่ 6 พบว่า เด็กออทิสติก กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (Day care) คิดเป็นร้อยละ 40 และ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เข้าเรียนในโรงเรียนปกติ คิดเป็นร้อยละ 55 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกในบ้าน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 35 และ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกในบ้าน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 30

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของเด็กออทิสติก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม การวินิจฉัย อาการนำที่สังเกตพบ การรักษาในปัจจุบัน และช่วงอายุที่พบอาการนำ (n=20)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยครั้งแรก	1 ปี	1	5	0	0
	2 ปี	8	40	11	55
	3 ปี	8	40	8	40
	4 ปี	2	10	0	0
	5 ปี	1	5	1	5
อาการนำที่สังเกตพบ	ไม่นิ่ง	8	40	4	20
	พูดช้า	10	50	14	70
	พฤติกรรมซ้ำ ๆ	2	10	2	10
การรักษาในปัจจุบัน	ไม่ได้รับยา	10	50	13	65
	ได้รับ	10	50	7	35
ช่วงอายุที่พบอาการนำ	1-2 ปี	4	20	1	5
	2ปี1เดือน-3 ปี	12	60	16	80
	3ปี1เดือน-4 ปี	3	15	3	15
	4ปี1เดือน-5 ปี	1	5	0	0

จากตารางที่ 7 พบว่า เด็กออทิสติกทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Autism ช่วงอายุ 2-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และ 55 ตามลำดับ อาการที่สังเกตพบมากคือ พูดช้า คิดเป็นร้อยละ 50 และ 70 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับยา คิดเป็นร้อยละ 50 และ 65 ตามลำดับ และ ช่วงอายุที่พบอาการนำ คือ 2ปี1เดือน-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 และ 80 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของเด็กออทิสติก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม การพยาบาลอื่นๆ (n=20)

	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การพยาบาล	ฝึกพูด	7	35	8	40
	ส่งเสริมพัฒนาการ	16	80	16	80
	กิจกรรมบำบัด	15	75	13	65
	ดนตรีบำบัด	2	10	0	0
	สุขภาพจิตศึกษา สำหรับครอบครัว โดยพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การใช้ยา การดูแลเด็กออทิสติกที่บ้าน	20	100	20	100
	การบำบัดอื่นๆ เช่น ชี้นำ	3	15	6	30

จากตารางที่ 8 พบว่า การพยาบาลตามปกติที่เด็กออทิสติกทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้รับ คือ สุขภาพจิตศึกษา สำหรับครอบครัวโดยพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของเด็กออทิสติกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลเด็กออทิสติกอย่างใกล้ชิด ระดับการศึกษา และ แนวทางการดูแลและการเลี้ยงดู (n=20)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุของสมาชิก	20-30 ปี	6	30	3	15
ในครอบครัว	31-40 ปี	9	45	14	70
(บิดา/มารดา)	41-50 ปี	5	25	3	13
ที่ดูแลเด็กออทิสติกอย่างใกล้ชิด					
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	5	25	2	10
	มัธยมศึกษา	5	25	10	50
	อนุปริญญา	3	15	8	40
	ปริญญาตรี	6	30	0	0
	ปริญญาโท	1	5	0	0
แนวทางการดูแล	เป็นแนวทางเดียวกันส่วน	18	90	17	85
และการเลี้ยงดูเด็ก	เป็นแนวทางเดียวกันปาน	2	10	2	10
ออทิสติกในครอบครัว	เป็นแนวทางเดียวกันเล็กน้อย	0	0	1	5

จากตารางที่ 9 พบว่า ระดับการศึกษาของบิดา/มารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกกลุ่มทดลอง ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 30 และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนแนวทางการดูแลและการเลี้ยงดูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นแนวทางเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 90 และ 85 ตามลำดับ และอายุของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลเด็กออทิสติกอย่างใกล้ชิดมีอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และ 70 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 10 คะแนนพัฒนาการของเด็กออทิสติกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง จำแนกตาม คะแนนของพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา

คู่ที่	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่างคะแนน	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่างคะแนน
1	32	36	4	30	44	14
2	18	25	7	24	51	27
3	34	49	15	32	52	20
4	51	55	4	32	44	12
5	31	54	23	28	48	20
6	32	37	5	37	53	16
7	29	40	11	30	61	31
8	44	46	2	40	62	22
9	33	42	9	41	64	23
10	46	51	5	43	61	18
11	34	43	9	48	51	3
12	41	46	5	33	50	17
13	48	58	10	33	41	8
14	41	44	3	44	63	19
15	40	53	13	48	68	20
16	49	60	11	41	69	28
17	25	43	18	26	41	15
18	30	40	10	46	66	20
19	29	37	8	24	54	30
20	42	47	5	43	62	19
รวม	729	906	177	723	1105	382
\bar{X}	36.45	45.30	8.85	36.15	55.25	19.1
SD	8.745	8.498	0.25	7.916	9.043	1.13

จากตารางที่ 10 พบว่า

1. ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพอกัน
2. หลังการทดลอง
 - 2.1 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทุกคนมีคะแนนเพิ่มขึ้น
 - 2.2 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่ม 8.85 คะแนนโดยเฉลี่ยขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่ม 19.1 คะแนนโดยเฉลี่ย
 - 2.3 ค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 27.28 และ 12.64 ตามลำดับจากคะแนนเต็ม 70 คะแนน

ตารางที่ 11 คะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

พัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	36.15	7.916	19	-12.277	.000
หลังการทดลอง	55.25	9.043			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	36.45	8.745	19	-7.407	.000
หลังการทดลอง	45.30	8.498			

จากตารางที่ 11 พบว่า ในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าพัฒนาการของกลุ่มทดลองสูงขึ้น ในกลุ่มควบคุมก็พบเช่นกันว่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าพัฒนาการของกลุ่มควบคุมก็สูงขึ้นเช่นเดียวกัน

ตอนที่ 3 คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการของเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 12 คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการของเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

พัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	36.15	7.916	38	-.114	.910
กลุ่มควบคุม	36.45	8.745			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	55.25	9.043	38	3.586	.001
กลุ่มควบคุม	45.30	8.498			

จากตารางที่ 12 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ต่างกันที่ระดับ .05 แสดงว่ากลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนพัฒนาการมากกว่าการเพิ่มขึ้นของกลุ่มควบคุม

ข้อสังเกตจากการดำเนินการ

รายงานข้อสังเกตหลังเข้าร่วมการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีรายละเอียดดังนี้

ทำการทดลองในวันที่ 17 กันยายน - 9 พฤศจิกายน 2555

รายละเอียดการใช้การเล่นบำบัด ครั้งที่ 1 และ 2

สัปดาห์ที่ 1 เวลา 08.00 น. - 16.00 น. เป็นรายบุคคล คนละ 30 นาที

ครั้งที่ 1 เกมที่ 1 เกมมารู้จักกันเถอะ

ครั้งที่ 2 เกมที่ 2 เกมตัวของหนู

ข้อสังเกตกระบวนการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ผลการเล่นบำบัดครั้งที่ 1 เด็กบางคนกลัวของเล่นช่วงแรกๆ บางคนกรี๊ดร้อง ร้องให้ตลอดเวลา ขว้างปาของเล่นทิ้ง พยายามหยิบของเล่นแปลกใหม่ที่มีไฟกระพริบ มีเสียงเพลงและให้เวลาเด็กได้ปรับตัว เด็กเริ่มสนใจและเล่นได้ บิดา/มารดาดีใจที่เด็กเล่นของเล่นได้หลายหลาย พยายามเล่นเลียนแบบ

ครอบครัวบางครอบครัวบอกว่ามีเวลาน้อยเนื่องจากบ้านอยู่ไกลและต้องทำงาน แนะนำปรับให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตโดยสามารถเล่นกับลูกได้ตลอดเวลา เช่น ขณะเดินทาง อาบน้ำ เข้านอน

ผลการเล่นบำบัดครั้งที่ 2 เด็กบางคนไม่เคยทราบมาก่อนว่าในกระจกเป็นตัวเองมีความสงสัย บางรายทูปกระจก วิ่งเข้ามาดูแล้ววิ่งผ่านไป หรือแกล้มองผ่านๆ ไม่สนใจ เด็กบางคนเกิดความสงสัยพยายามเปิดดูข้างหลังว่ามีคนอยู่ในกระจก หรืออยู่อีกด้านหนึ่งที่ตรงข้ามกับตนเอง พยายามพลิกให้เด็กดูว่าไม่มีเด็กคนอื่นแต่คือตัวเด็กเองที่อยู่ในกระจกเงา หลังจากนั้นเมื่อเด็กเข้าใจว่าเป็นตนเองจะเล่นผ่านกระจก เช่น ยิงปืน ยิ้ม แลบลิ้น จูบ หอมตัวเอง ซื่อวิยะตัวเอง หรือของ บิดา/มารดา

รายละเอียดการเล่นบำบัด ครั้งที่ 3 - 8

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 ครั้งที่ 3-8 เกม เกมหนูทำได้ และ สิ่งทีหนูทำ

ข้อสังเกตกระบวนการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ผลการเล่นบำบัดครั้งที่ 3-8 เด็กบางรายกลัวตุ๊กตา พยายามผู้บำบัดส่งของเล่นให้ บิดา/มารดา เล่นให้เด็กดูเพื่อลดความกลัว บางรายติดเกมนี้มาก หรือบางรายหิบบของติดตลอดเวลา พยายามใช้การเล่นอื่นเข้าไปแทรกเพื่อให้เด็กมีการเล่นที่หลากหลาย โดยยึดเกมที่เด็กชอบอยู่เป็นหลักเพื่อให้เด็กเกิดการเชื่อมโยง บางรายเอาของเล่นเข้าปากทุกครั้ง หรือเคาะกับพื้น พยายามกระตุ้นให้เด็กเล่นถูกวิธีและเล่นให้เด็กดู บางครอบครัวกังวลเรื่องเมื่อรับโทรศัพท์เด็กจะกรี๊ดร้อง และเมื่อดีใจจะกระโดดและสะบัดมือ แนะนำให้มีการรับ หรือคุยโทรศัพท์ห่างตัวเด็กเพื่อลดการกระตุ้นการกรี๊ดร้องของเด็ก เด็กบางรายเล่นเป็นแล้วเมื่อนำมาเล่นซ้ำจะไม่สนใจ หรือสนใจน้อย พยายามปรับเกมให้มีความซับซ้อนขึ้นเพื่อให้เด็กเกิดความสนใจ บางรายชอบกิจกรรมที่ออกแรงมาก ๆ ไม่ชอบนั่งกับที่ ต้องปรับการเล่นให้มีกิจกรรมเคลื่อนไหวมากขึ้นและตลอดเวลาเพื่อให้เด็กเกิดความสนใจ เช่น การกระโดด วิ่ง ร่วมกับใช้เกมการเล่นบำบัด

รายละเอียดการเล่นบำบัด ครั้งที่ 9-11

สัปดาห์ที่ 3-5 ครั้งที่ 9-11 เกมที่ 5 ฉันทกับเธอ

ข้อสังเกตกระบวนการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ผลการเล่นบำบัดครั้งที่ 9-11 เด็กบางรายติดเกมเดิมไม่ยอมเล่นเกมอื่นต้องให้เล่นควบคู่กัน จึงยอมเล่น บางรายเมื่อต้องสลับบทบาทไม่พอใจปิดของเล่นและไม่เล่น ต้องกระตุ้นร่วมกับ ครอบครัว

รายละเอียดการเล่นบ๊อบบี้ ครั้งที่ 12-13

สัปดาห์ที่ 5 และ 6 ครั้งที่ 12-13 การเล่นบ๊อบบี้รายกลุ่ม

ข้อสังเกตกระบวนการเล่นบ๊อบบี้แบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ผลการเล่นบ๊อบบี้ครั้งที่ 12-13 เด็กบางรายรอคอยไม่ได้อาจร้องไห้ หรือคืน บางรายวิ่งไปมารอบกลุ่ม พยายามร่วมกับครอบครัวกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในกลุ่ม บางรายต้องการกินขนมคนเดียว พยายามและครอบครัวกระตุ้นเพื่อให้เด็กรู้จักรอคอยและส่งเสริมให้มีการแบ่งปัน หลังจากสังเกตเพื่อนคนอื่นในกลุ่มเล่นรวมทั้งวิธีการเล่นที่ถูกต้อง เด็กเกิดการเรียนรู้ รอคอยได้ เด็กมีการปรับตัวและพฤติกรรมลดลง เข้ากลุ่มได้ พยายามกล่าวชื่นชมในตัวเองและครอบครัวทุกคน

สรุปข้อคิดเห็นของครอบครัวเด็กออทิสติก

1. เป็นโครงการที่ดี มีความเหมาะสมกับเด็กออทิสติก ครอบครัวได้ความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะสามารถนำไปปฏิบัติกับเด็กออทิสติกได้จริง
2. มีคู่มือการเล่นบ๊อบบี้สำหรับครอบครัว ทำให้สะดวกต่อการปฏิบัติ มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการด้วยการเล่น ซึ่งขั้นตอนการเล่นบ๊อบบี้ระบุไว้ในคู่มือ
3. พึงพอใจมากเด็กมีความสนใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมเล่นกับครอบครัว พี่ๆ บุคคลอื่นในบ้าน สามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่น การเล่นเกมแบบ
4. เป็นโครงการที่ดี ทำให้เด็กมีความสุข สนุกสนาน เข้าสังคมได้ดีขึ้น ร่วมกิจกรรมและเริ่มเล่นกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น รู้จักสิ่งแวดล้อมดีขึ้น
5. เด็กออทิสติกเริ่มพยายามออกเสียงตาม รู้จักออกเสียงคำอื่นๆ ได้มากขึ้น
6. เด็กมีสมาธิมากขึ้น รู้จักรอคอย รู้จักแบ่งปัน รู้จักแลกเปลี่ยน
7. เด็กสนใจของเล่นและเล่นเป็น เชื่องโยงในชีวิตประจำวัน การเล่นเกม ผูกจินตนาการเบื้องต้น และต่อยอดได้หลายด้าน ผูกกล้ามเนื้อ
8. คลายความวิตกกังวลของเด็ก ลดพฤติกรรมก้าวร้าว การเล่นบ๊อบบี้ส่งผลให้เด็กมีความสุขใจให้ความร่วมมือในการเล่นเกม
9. เด็กออทิสติกสามารถมองเห็นหน้าสบตาสังเกตอย่างเห็นได้ชัด พัฒนาการดีขึ้นทุกด้านอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 5

ผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและ หลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) มีจุดประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษา ของเด็กออทิสติก ที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ ตัวแปรต้น คือ การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมของเด็กออทิสติก ตัวแปรตาม คือ ตัวแปรตาม คือ พัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และ ภาษาของเด็กออทิสติก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกหลังได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกหลังได้รับการเล่น บำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมจะเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัด
2. คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกที่ได้รับการเล่นบำบัด แบบครอบครัวมีส่วนร่วมจะเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการวิจัย คือ

- 1.1 เด็กออทิสติก มีอายุระหว่าง 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ

- 2.1 เด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดดังต่อไปนี้

- 2.1.1 มีอายุระหว่าง 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

- 2.1.2 มีระดับความรุนแรงของอาการออทิซึมที่ระดับปานกลาง ถึง ระดับรุนแรง
- 2.1.3 สมาชิกในครอบครัว คัดเลือกจาก บิดา/มารดาในครอบครัวเด็กออทิสติก ที่เลี้ยงดูเด็กและอยู่กับเด็ก วันละ 10 ชั่วโมงและไม่รวมเวลาที่เด็กหลับ
- 2.1.4 ไม่มีความเจ็บป่วยทางกาย หรือเป็นโรคทางด้านสมองอื่นร่วม ได้แก่ ปัญญาอ่อน สมองพิการ ลมชัก
- 2.1.5 บิดา/มารดายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถร่วมบำบัดได้จนครบ ที่กำหนด
- 2.2 สมาชิกในครอบครัวเด็กออทิสติก หมายถึง บิดา หรือ มารดา ที่เลี้ยงดูเด็ก อยู่กับเด็ก วันละ 10 ชั่วโมงและไม่รวมเวลาที่เด็กหลับ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอ้างอิงกลุ่มตัวอย่างนี้ จากการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ สุวิมล ว่องวานิช และ นงลักษณ์ วิรัชชัย (2546, อ้างถึงใน อวยพร เรื่องตระกูล , 2553) ที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวน 40 คน คือ มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

กลุ่มเด็กออทิสติก คัดเลือกจาก ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิซึม ตาม (DSM IV) ที่โรงพยาบาลที่ใช้ เป็นเกณฑ์ จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ มีอายุระหว่าง 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

สมาชิกในครอบครัว คัดเลือกจาก สมาชิกในครอบครัวเด็กออทิสติกที่ให้ความรักความอบอุ่นแก่เด็กและการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกอย่างใกล้ชิด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

คู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับพยาบาล

คู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับครอบครัว

ชุดที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก

แบบประเมินพัฒนาการด้าน สังคม สถิติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก

แบบตรวจสอบความสามารถของเด็กโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการเล่นบำบัด

รายละเอียดของเครื่องมือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1. คู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับพยาบาล เป็นคู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับพยาบาล และขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม ประกอบด้วยการเล่นบำบัด 6 เกม จำนวน 13 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ แบ่งเป็นระยะสร้างสัมพันธภาพ รายบุคคล 2 เกม จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ระยะบำบัดรายบุคคล 3 เกม จำนวน 9 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที และระยะบำบัดรายกลุ่ม 1 เกม จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที

2. คู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับครอบครัว เป็นคู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับครอบครัว เป็นคู่มือที่จัดทำให้เหมาะสมกับครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี และจัดการฝึกสอนเพื่อใช้การเล่นบำบัดกับเด็กออทิสติกได้เองอย่างต่อเนื่องที่บ้านขณะทำการวิจัยและหลังจบการวิจัย ประกอบด้วย 6 เกม โดยมีเกมที่เล่นจากง่ายไปยาก จากรายบุคคลเป็นรายกลุ่ม

ชุดที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก เป็นข้อคำถามสำหรับครอบครัว ในการกรอกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติก ประกอบด้วย เพศ อายุ วันเดือนปีเกิด การวินิจฉัยโรค ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในบ้าน เป็นบุตรคนที่ ประวัติการรักษา การใช้ยา การเรียน

2.2 แบบประเมินพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก เพื่อใช้ประเมินพัฒนาการด้านภาษาและสังคมของเด็กออทิสติกของ วิมล เนติวิชรกุล (2548) สร้างจาก Function Independent Measure (FIMS) สร้างขึ้นโดย American Congress of Rehabilitation Medicine และ American Academy of Physical Medicine & Rehabilitation (Delisa,1993) ที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติสามารถใช้ออกความรุนแรงของอาการและ

ผลของการรักษาโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ประเมินที่ศูนย์สรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติปรับมาใช้และโรงพยาบาลที่มีหน่วยงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้อยู่ ได้นำมาปรับให้เข้าใจง่ายขึ้น ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .91 โดยกิจกรรมมีระดับคะแนนดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามประเมินพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา จำนวน 8 รายการ

(1) คะแนน หมายถึง มองผ่านทะลุ/นั่งประจำที่ได้ < 1 นาที/ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นเดือน/แยกตัวไม่สนใจบุคคลอื่น/จำได้เฉพาะผู้ดูแล

(2) คะแนน หมายถึง สนใจมองกิจกรรมที่ทำอยู่/นั่งประจำได้ 1-5 นาที ต้องมีผู้กระตุ้นเดือน/แยกตัวสนใจเฉพาะคนในครอบครัว/จำคนใกล้ชิดได้ 2-3 คน

(3) คะแนน หมายถึง สนใจมองกิจกรรมที่ทำอยู่/นั่งประจำได้ 5-10 นาที ต้องมีผู้กระตุ้นเดือน/เข้าร่วมกลุ่มได้ช่วงสั้นๆ ไม่กระตุ้นมักแยกตัว/จำคนในครอบครัวได้หมด

(4) คะแนน หมายถึง สนใจมองกิจกรรมที่ทำอยู่/นั่งประจำได้ 10-15 นาที ต้องมีผู้กระตุ้นเดือน/เข้าร่วมกลุ่มช่วงสั้นๆ /จำเฉพาะคนในครอบครัวและพยาบาลเจ้าของไข้

(5) คะแนน หมายถึง สนใจมองกิจกรรมที่ทำอยู่/นั่งประจำได้ 15-20 นาที ต้องมีผู้กระตุ้นเดือน/เข้าร่วมกลุ่มได้ ทักทายไม่เหมาะสม

(6) คะแนน หมายถึง สนใจมองกิจกรรมที่ทำอยู่/นั่งประจำได้ 20 นาทีต้องมีผู้กระตุ้นเดือน/เข้าร่วมกลุ่มได้ดี ทักทายเจ้าหน้าที่ได้ 1-2 คน อย่างถูกกาลเทศะ

(7) คะแนน หมายถึง สนใจมองกิจกรรมที่ทำอยู่/นั่งประจำได้ 20 นาทีไม่ต้องมีผู้กระตุ้นเดือน/เข้าร่วมกลุ่มได้ดี ทักทาย เจ้าหน้าที่และเพื่อนทุกคนอย่างถูกกาลเทศะ

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามประเมินพัฒนาการด้านภาษา จำนวน 2 รายการ

มีการให้คะแนน 7 ระดับ (Rating scale) คือ 1 ถึง 7 คะแนน ดังนี้

(1) คะแนน หมายถึง ฟังไม่เข้าใจ ทำตามคำสั่งไม่ได้เลย หรือตอบสนองไม่ถูกต้อง

(2) คะแนน หมายถึง เข้าใจคำสั่งที่ซับซ้อนตอบสนอง < 30 % /สื่อสารด้วยท่าทางได้แต่ไม่ค่อยช่วยเหลือ

(3) คะแนน หมายถึง เข้าใจคำสั่งที่ซับซ้อน 30-50 % /สื่อสารเป็นคำและท่าทางได้แต่ต้องคอยช่วยเหลือ

(4) คะแนน หมายถึง เข้าใจคำสั่งที่ซับซ้อน 50-70 % /สื่อสารเป็นคำแต่ต้องช่วยเหลือสื่อสารท่าทางได้ดี

(5) คะแนน หมายถึง เข้าใจคำสั่งที่ซับซ้อน 70-90 % /สื่อสารเป็นประโยคสั้นๆแต่ใช้เวลานาน

(6) คะแนน หมายถึง เข้าใจคำสั่งที่ซับซ้อนได้ปกติ/ สื่อสารได้แต่อาจพูดไม่ชัด

(7) คะแนน หมายถึง สามารถเข้าใจการสื่อสารและตอบสนองได้เหมาะสม

วิธีรวมคะแนน นำคะแนนของแต่ละข้อมารวมกันเพื่อเป็นคะแนนพัฒนาการด้านสังคมสติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติกของแต่ละคน

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก เพื่อประเมินความสามารถในการเล่นของครอบครัวในการเล่นเกมนานาชาติที่กำหนดให้ ขณะที่เล่นกับผู้บำบัด แบบประเมินมีเนื้อหาที่สอดคล้องและครอบคลุมตามคู่มือการเล่นบำบัด ได้แก่ พัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน ทั้งหมด 6 เกม ประเมินโดยการสังเกตความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกในขณะนั้น ประเมินทั้งหมด 13 ครั้ง

3.2 ผู้วิจัยพัฒนา แบบตรวจสอบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบำบัดที่บ้าน โดยครอบคลุมเนื้อหาตามคู่มือการเล่นบำบัด ประเมินโดยสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลเด็กออทิสติก ร่วมกับผู้วิจัย

เกณฑ์กำกับการทดลอง

ประเมินจากความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก โดยมีเกณฑ์การประเมินจากปัจจัยการเล่นของเด็กออทิสติกที่เกิดขึ้น ต้องได้คะแนนร้อยละ 75 % ขึ้นไป แสดงว่ามีความสามารถในการเล่นบำบัดกับเด็กออทิสติกได้ค่อนข้างดี หากคะแนนไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ผู้วิจัยและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขร่วมกันเพื่อสามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์

ผลการประเมินพบว่าเด็กออทิสติกทั้ง 20 คน ผ่านเกณฑ์ การประเมินร้อยละ 75 % ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 100

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการทดลอง

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

การตรวจสอบคุณภาพความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้การดำเนินการทดลอง หลังจากนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ การพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา แกะไขเนื้อหาและภาษาที่พูด ความถูกต้องของภาษา ความเข้าใจของผู้ตอบ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (ตามรายชื่อในภาคผนวก ก) หลังจากนั้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมี

ความเห็นตรงกัน สอดคล้องกัน โดยค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ผลการตรวจสอบคุณภาพความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ ดังนี้

แบบประเมินพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก ได้ค่า CVI = .90

แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก ได้ค่า CVI = .80

2. ความเที่ยง (Reliability)

หลังจากตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุม และการใช้ภาษาอย่างเหมาะสมเรียบร้อยแล้วนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับเด็กออทิสติกและครอบครัว ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Combach's Alpha Coefficient (Burns & Grove, 1997) ของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 นอกจากนี้ผู้วิจัยนำคู่มือการเล่นบำบัดไปทดลองใช้กับเด็กออทิสติกและครอบครัว ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย ดำเนินการจนครบ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ และปรับปรุงให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นการทดลอง

คัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ เด็กออทิสติก รักษาแบบผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยจัดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีจับคู่ อายุ และระดับความรุนแรง ซึ่งกำหนดกลุ่มเด็กออทิสติกและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลเด็กจำนวน 40 คู่ โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลองที่ละคู่จนครบ 40 คู่ กลุ่มทดลอง 20 คู่ และกลุ่มควบคุม 20 คู่

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยเป็นผู้ใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ในช่วง 8.00-16.00 สัปดาห์ที่ 1-7 และเป็นผู้ดูแลและกำกับสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลเด็ก โดยให้ความรู้เกี่ยวกับเด็กออทิสติก ให้คำปรึกษาในเรื่องการดูแลช่วยเหลือทักษะต่างๆ ของการเล่นบำบัด รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคต่างๆ

2. ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินพัฒนาการเด็กออทิสติก ก่อน-หลัง เข้าร่วมทดลองด้วยการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ Moderate และ Severe ทำการทดลองในวันที่ 17 กันยายน - 9 พฤศจิกายน 2555 มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติก ประกอบด้วย เพศ อายุ วันเดือนปีเกิด การวินิจฉัยโรค ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในบ้าน เป็นบุตรคนที่ ประวัติการรักษา การใช้ยา การเรียน

2.2 ผู้ช่วยวิจัยจะประเมินพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา ของเด็กออทิสติก (Pre-test) โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการซึ่งประกอบด้วย พัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก

2.3 กลุ่มทดลองจะได้รับการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ตามขั้นตอนดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ

ในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยการเล่นบำบัดรายบุคคล 2 เกม จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที
ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาบำบัด

ในสัปดาห์ที่ 2-7 มี 4 เกม จำนวน 11 ครั้ง แบ่งเป็นการเล่นบำบัดรายบุคคล 3 เกม จำนวน 9 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที และการเล่นรายกลุ่มบำบัด 1 เกม จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการทดลอง

ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1 การเตรียมผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยมีการเตรียมตัวในการเป็นผู้บำบัดโดยฝึกการบำบัดด้วยการเล่นบำบัดจาก วิมล เนติวิชรกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN) ในการใช้การเล่นเพื่อการบำบัดในเด็กออทิสติกจากโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เป็นระยะเวลา 6-7 เดือน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2554 และเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2555 จนเกิดทักษะและการเรียนรู้ในการเล่นบำบัด เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพแก่เด็กออทิสติกตามเป้าหมาย

1.2 การเตรียมเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด จากบทความวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด

1.3 คัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ เด็กออทิสติก รักษาแบบผู้ป่วยในแบบ ไป-กลับ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยจัดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีจับคู่ อายุ และระดับความรุนแรง โดยคัดเลือกจากเด็กออทิสติกที่มีบิดา หรือมารดาดูแล และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เตรียมสถานที่สำหรับทำการทดลอง ขอความร่วมมือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เพื่อขอทำการทดลองในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 **กลุ่มควบคุม** สำหรับกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 1-7 ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา การปรับพฤติกรรมในรูปแบบต่างของ โปรแกรมที่โรงพยาบาลจัดขึ้น

2.2 **กลุ่มทดลอง** ได้รับการเล่นบ๊อบบี้แบบครอบครัวมีส่วนร่วม ตามขั้นตอนดังนี้
 ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาสัมพันธภาพ ในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยการเล่นบ๊อบบี้รายบุคคล 2 เกม จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาบ๊อบบี้ ในสัปดาห์ที่ 2-7 มี 4 เกม จำนวน 11 ครั้ง แบ่งเป็นการเล่นบ๊อบบี้รายบุคคล 3 เกม จำนวน 9 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที และการเล่นรายกลุ่มบ๊อบบี้ 1 เกม จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที

3. ระยะเวลารวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบประเมินพัฒนาการด้านภาษา สังคม และสติปัญญาของเด็กออทิสติก (Post-test) อีกครั้งหลังการเข้าร่วมการวิจัยอีก 1 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินพัฒนาการด้านภาษา สังคม และสติปัญญาของเด็กออทิสติก (Post-test) อีกครั้งหลังการเข้าร่วมการวิจัยอีก 1 สัปดาห์

จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัย ผลการใช้การเล่นบ๊อบบี้แบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก ได้ผลการวิจัยดังนี้

1. ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพอกัน

2. หลังการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทุกคนมีคะแนนเพิ่มขึ้น

2.2 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่ม 8.85 คะแนน โดยเฉลี่ยขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่ม 19.1 คะแนน โดยเฉลี่ย

3. ค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 27.28 และ 12.64 ตามลำดับจากคะแนนเต็ม 70 คะแนน

4. ในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 36.15 หลังการทดลองเท่ากับ 55.25 ดังนั้นพัฒนาการหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าพัฒนาการของกลุ่มทดลองสูงขึ้น

5. ในกลุ่มควบคุมคะแนนพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก ก่อนการทดลองเท่ากับ 36.45 หลังการทดลองเท่ากับ 45.30 ดังนั้นในกลุ่มควบคุมก็พบเช่นกันว่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าพัฒนาการของกลุ่มควบคุมก็สูงขึ้นเช่นเดียวกัน

6. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 36.15 กลุ่มควบคุม เท่ากับ 36.45 ในส่วนหลังการทดลองพบว่า คะแนนพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก กลุ่มทดลอง เท่ากับ 55.25 กลุ่มควบคุม เท่ากับ 45.30 ดังนั้น ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีการทางสถิติด้วย independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญา และภาษามากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แสดงว่ากลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนพัฒนาการมากกว่าการเพิ่มขึ้นของกลุ่มควบคุม

อภิปรายผลการวิจัย

การใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในเด็กออทิสติก

จากการวิจัย ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ที่ตั้งไว้ กล่าวคือเด็กออทิสติกกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญา และภาษาเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1. ในส่วนของการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกเมื่อพิจารณาผลของการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญา และภาษา ของเด็กออทิสติก ซึ่งจะเห็นว่าหลังจากเด็กออทิสติกได้รับการส่งเสริมพัฒนาการจากต้นแบบเป็นลำดับขั้นตอนอย่างต่อเนื่องพบว่า ภายหลังจากการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเด็กออทิสติกมีพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญา และภาษาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kenny & Winick (2000) ที่ใช้การเล่นบำบัดโดยมีมารดามีส่วนร่วม กับเด็กออทิสติกผู้หญิงอายุ 11 ปี ที่มีปัญหาด้านสังคม พฤติกรรม และอารมณ์ที่เป็นปัญหา พบว่า การเล่นโดยมีมารดาเข้า

ไปมีส่วนร่วมทั้งการดูแลเด็กออทิสติกและการให้ความรู้แก่มารดา ร่วมกับผู้ดูแลที่มีความชำนาญ ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่ดี มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น สนใจบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบข้างเพิ่มขึ้น ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น มีทักษะในการดำเนินชีวิต และวิมล เนติวิธวรกุล (2548) ชูศรี ปิ่นโต (2549) และพิรยา นันทนาเนตร์ (2551) ได้ศึกษาการใช้การเล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านสังคม และภาษา ของเด็กออทิสติก เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบ พัฒนาการด้านภาษาและสังคมของเด็กออทิสติก พบว่า พัฒนาการด้านภาษาและสังคมของเด็กออทิสติก หลังการใช้การเล่นบำบัดสูงกว่าก่อนการใช้ การเล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ในส่วนของผู้ดูแลเมื่อพิจารณาเนื้อหาการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมใช้ หลักการอ้างอิงตามแนวคิดของ Beyer & Gammeltoft (2001) และประยุกต์ร่วมกับการมีครอบครัว เข้ามา มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเล่นบำบัดของ Kasari et al. (2006) จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีความ สนใจ ใส่ใจในการนำการเล่นบำบัด แนวทางการบำบัด และทักษะที่ได้รับจากผู้วิจัย นำกลับไปทำ ต่อที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญา และ ภาษาของเด็กออทิสติก เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และสามารถนำไปดำเนินการต่อเพื่อส่งเสริมพัฒนาการให้คงที่และยั่งยืน

3. ในส่วนของการเล่นบำบัดเมื่อเปรียบเทียบกับกายภาพบำบัดตามปกติ พบว่า เมื่อเด็กออทิสติกได้รับการบำบัดด้วยการเล่นบำบัด เด็กออทิสติกมีพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญญา และ ภาษาของเด็กออทิสติกสูงขึ้นมากกว่าการได้รับการกายภาพบำบัดตามปกติ โดยการกายภาพบำบัดตามปกติจะมีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกที่หลากหลาย เป็นกลุ่มใหญ่ ซึ่งเด็กบางคนอาจจะเรียนรู้ได้ไม่ ทันเพื่อน หรือบางรายอาจไม่เข้าใจในกิจกรรมที่จัดให้ อีกทั้งกิจกรรมมีความหลากหลายเปลี่ยนไป ทุกวันเด็กอาจยังไม่เกิดการเรียนรู้กิจกรรมนั้นและยังปรับตัวในแต่ละกิจกรรมได้ไม่เท่ากันทุกคน และครอบครัวมีความกังวลเมื่อเข้าร่วมกลุ่มเนื่องจากกลัวเด็กจะทำไม่ได้เท่าเพื่อน อาจมีการสั่งการ และช่วยจับมือทำตลอดเวลาแทนการแสดงออกที่แท้จริงของเด็ก ทำให้เด็กไม่สามารถแสดงออก ตามความคิด หรือความสามารถของตนเองเท่าที่ควร ส่วนการเล่นบำบัดเป็นการส่งเสริมพัฒนาการ เด็กด้วยการเล่นจากง่ายไปยาก กระตุ้นให้เด็กเรียนรู้และสนใจในการเล่นด้วยตัวเอง ส่งเสริมให้เด็ก แสดงออกถึงความสามารถของตนเอง เพื่อให้เด็กเกิดความมั่นใจในตนเอง ได้แสดงความเป็นตัวตน ของตนเอง เกิดความสนุกสนานสนใจเรียนรู้จากการเล่นโดยครอบครัวคอยอยู่ข้างๆ ช่วยกระตุ้นให้ เด็กได้ทำเองและพัฒนาทักษะการเล่นบำบัดเพื่อนำกลับไปเล่นกับเด็กที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก การให้เด็กได้เล่นได้ทำกิจกรรมด้วยตัวเองเพื่อลดการพึ่งพาและเพิ่มพูนศักยภาพในตัวเด็ก รวมทั้ง การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีทักษะในการเล่นบำบัดกับเด็กเพื่อให้มีความรู้ความสามารถ ในการดูแลเด็กลดค่าใช้จ่ายต่อการปฏิบัติได้จริง และเกิดความต่อเนื่อง

4. เปรียบเทียบผลการทดลองผลการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้าน

สังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก

5. เมื่อพิจารณาเกมการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และ ภาษาของเด็กออทิสติก พบว่า เกมบางเกมใช้ระยะเวลาสั้นสามารถที่จะดำเนินการเกมต่อไปได้เลย และในรายที่ปฏิบัติได้น้อยผู้วิจัยเล่นเพื่อทบทวนเกมเดิมที่เคยเล่นมาแล้วซ้ำ และสังเกตพบว่าเด็กเล่นได้คล่องมากขึ้น

6. จากการใช้การเล่นบำบัดนั้น ก่อให้เกิดการเชื่อมโยงเหตุการณ์ในการดำเนินชีวิตและเกมที่กำลังเล่น เกิดจินตนาการ การเรียนรู้บุคคลอื่น การเรียนรู้ของเล่นใหม่ การสื่อสารทั้งภาษาท่าทางและการพูด การบ่งบอกความต้องการของตนเองที่ชัดเจนมากขึ้น

7. จากการใช้การเล่น บำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ช่วยส่งเสริมศักยภาพด้านการพยาบาลในเด็กออทิสติกให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ แนวทางในการส่งเสริม การดูแล ให้เด็กและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี เด็บโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือประเทศชาติต่อไป

สรุปได้ว่า การส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการพยาบาลที่มีกระบวนการวางแผนที่ชัดเจน มีคู่มือ อุปกรณ์ในการดำเนินการเล่นบำบัดกับเด็กออทิสติกเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ พัฒนาการที่ดีขึ้น มีการบันทึกและประเมินผลลัพธ์ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสอบถามถึงปัญหาที่ครอบครัวพบขณะดำเนินการทดลอง โดยยึดหลักครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ร่วมกันแก้ไขปัญหา ก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติที่บ้าน ทำให้เด็กออทิสติกสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองตามที่มีอยู่ และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยการใช้ การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมของเด็กออทิสติก สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อเพิ่มพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติกไปใช้ พยาบาลจะต้องมีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเด็กออทิสติก พัฒนาการของเด็กปกติแต่ละช่วงวัย ที่มีทักษะในการประสานงาน เพื่อเตรียมความพร้อมของการดำเนินการเล่นบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินการการเล่นบำบัดที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อเพิ่มพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก ซึ่งใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่เน้นการพัฒนาให้ครอบครัวเกิดทักษะเกี่ยวกับการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกได้อย่างต่อเนื่องด้วยตัวเองอย่างมี

ประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงมีการติดตามระยะยาว เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ครอบครัวได้นำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนเกิดทักษะทำได้โดยอัตโนมัติระหว่างการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการเผยแพร่การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคมสติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก อบรมให้กับพยาบาลวิชาชีพในชุมชน และครู ซึ่งทำหน้าที่ดูแลเด็กให้เด็กได้รับการดูแลในแนวทางเดียวกัน

2.2 ควรมีการปรับการเล่นบำบัดให้สอดคล้องกับพัฒนาการแต่ละช่วงวัย เพราะเด็กแต่ละช่วงอายุมีพัฒนาการที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค และ ช่วงอายุของเด็ก

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

1. ความคิดเห็นต่อกิจกรรม พบว่า ครอบครัวเด็กออทิสติกจำนวน 18 ราย ต้องการให้มีกิจกรรมแบบนี้เกิดขึ้นอีก หากเด็กได้เข้าร่วมการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมนี้ เชื่อว่าพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาจะดีขึ้นมาก เป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายและอยู่ในชีวิตประจำวัน และต้องการให้เพิ่มระยะเวลาในการทดลองให้นานขึ้น

2. การเรียนรู้ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ คือ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดเด็กออทิสติกว่าสามารถส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กออทิสติกเพิ่มขึ้นได้อย่างชัดเจนและครอบครัวสามารถนำทักษะการเล่นบำบัดที่ได้ไปปฏิบัติกับเด็กอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้ เพิ่มพูนความรู้ความสามารถแก่ผู้วิจัยในการนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากการวิจัย ไปดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กออทิสติกและครอบครัวต่อไปในอนาคต

2. ควรเพิ่มการเล่นบำบัดในโรงเรียน หรือสถานที่ศึกษาของเด็กกลุ่มนี้ให้มากขึ้น หรือฝึกครูในโรงเรียนเพื่อให้มีทักษะในการเล่นบำบัดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก

3. กลุ่มทดลองมี 2 ครอบครัวที่ไม่สามารถเล่นกับเด็กเมื่อกลับไปที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก ต้องทำงานและการเดินทางที่ไกล และแนวทางการเลี้ยงดูที่ขัดแย้งกันกับคนในครอบครัว ซึ่งอาจเป็น บิดา หรือมารดา ปฏิเสธการเจ็บป่วยของบุตร และยังไม่ยอมรับโครงการที่จัดขึ้นว่าจะได้ผลจริง หรือไม่

4. เมื่อเด็กเรียนรู้เกมที่เล่นไปแล้ว ถ้าเด็กจำได้จะไม่สนใจต้องปรับเปลี่ยนเทคนิคให้เด็กสนใจเล่นตลอดเวลาและหลากหลาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติกหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หรือระยะติดตาม ประเมินผลในระยะยาว 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

2. ควรให้ครอบครัวตระหนักถึงบทบาทหน้าที่และความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัว และผู้ป่วย เพื่อดึงสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก และให้ครอบครัวเกิดความรู้ ทักษะในการเล่นกับเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ควรกำหนดระยะเวลาให้นานขึ้น ติดตามและสนับสนุนความรู้ความสามารถในการนำไปใช้ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และคงไว้ซึ่งพัฒนาการที่ดีของเด็กต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2546). *มาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเด็กออทิสติก*. สำหรับพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลจิตเวช. โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์. จังหวัดสมุทรปราการ: ช.แสงงามการพิมพ์.

ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพมหานคร.

ชูศรี ปิ่นโต. (2549). *การศึกษาการเล่นบำบัดต่อความสามารถทางสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก* โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2549). *โรคออทิสติก (Autistic Disorder)*. HAPPY HOME ACADEMY. นนทบุรี.

บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. จำนวน 3,000 เล่ม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย .

บัญชาจักษ์ สุขเจริญ และ คณะ. (2550). *ตำราการพยาบาลเด็ก; คณาจารย์ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*. จำนวน 1,000 เล่ม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ฟรี-วัน.

พิรยา นันทนาเนตร์. (2551). *การศึกษาการเล่นบำบัดต่อความสามารถทางสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก* โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญแข ลิ่มศิลา. (2541). *การวินิจฉัยโรคออทิสซึม*. สมุทรปราการ: ช.แสงงามการพิมพ์.

เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ. (2553). *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการดูแลช่วยเหลือและบำบัดทางจิตแก่เด็ก/วัยรุ่น และบุคคลปัญญาอ่อน*. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง ในโรงพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัคราณา)

มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บีคอน อินเตอร์ไพร์ซ.

มนัสวี จำปาเทศ. (2546). *การศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การปรับตัวของมาดามที่ดูแลเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์ แนวคิดสู่การประยุกต์. จำนวน 1,000 เล่ม.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิตร หนูเจริญกุล. (2553). การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชขั้นสูง บูรณาการสู่การปฏิบัติ. 3,000 เล่ม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุดทอง.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2552). จิตสังคมบำบัดในโรคทางจิตเวชและทางกาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สภาการพยาบาล. (2550). แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก. จำนวน 2,000 เล่ม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุดทอง,
- สุขภาพจิต, กรม. (2548). สถานการณ์ออกทิสติกไทย. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี
- สุขภาพจิต, กรม. (2550). จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชต่อวันที่ได้รับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี
- สุขภาพจิต, กรม. (2553). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี
- วิมล เนติวิชรกุล. (2548). การศึกษาการใช้การเล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทย์ เทียงบุญธรรม. (2545). พจนานุกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. กรุงเทพมหานคร: รวมสาส์น,
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2553). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2554). การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทางการแพทย์. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว. ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ชานคำการพิมพ์.
- อุไรวรรณ แก่นจันทร์. (2547). การศึกษาการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดที่มีต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก แผนกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อวยพร เรืองตระกูล. (2553). สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ I. ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร.

ภาษาอังกฤษ

- Beyer, J. & Gammeltoft, L. (2001). *Autism and Play*. 2rd. London and Philadelphia . Jessica Kings lay Publishers.
- Bhat, N.A., Landa, J. R. & Galloway, C.J. (2011). *Current Perspectives on Motor Functioning in Infants, Children, and Adults With Autism Spectrum Disorders*. American Physical Therapy. Volume 91. No.7
- Bolte, S., Westerwald, E., Holtman, M., Freitag, C., & Poustka, F. (2010). Autistic Traits and Autism Spectrum Disorders: The Clinical Validity of Two Measures Presuming a Continuum of Social Communication Skills. *J Autism Dev Disord*. Germany : 66–72
- Bromfield, R N. (2003). *Psychoanalytic Play Therapy*. In CE Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 1–13). Hoboken, NJ: Wiley.
- Burns, N. & Grove, S. (1997). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization*. 3rd edn. WB Saunders Company, Philadelphia.
- Camara van Breemen. (2009). *Using play in pediatric palliative care: Listening to the story and caring for the body*. Clinical nurse specialist. Educator and Counselor. Canada.
- Dogra, N. & Leighton, S. (2009). *Nursing in child and Adolesent Mental Health*. Library of Congress Catalogin. Refine caton limited, Bangay, Suffolk printed in the UK by Bell and Bain, Glasgow.
- McDoougall, T. (2006). *Child and adolescent Mental Health Nursing*. 1st. Blackwell, Autralia.
- Eigsti, Marchena, B. A., Schuh, M. J. & Kelley, K. (2010). *Language acquisition in autism spectrum disorder : A developmental review*. Department of Psychology, University of Connecticut, United States & Queen’s University, Canada.
- El-Ghoroury1 & Romanczyk (1999). Play Interactions of Family Members Towards Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 3rd.
- Elder, R.(2009). *Psychiatric Mental Health Nursing*. 2nd. Elsevier, Australia.
- Engel. (2006). *Pediatric Assessment*. 4th. Medicine Hat, Alberta, Canada.
- Filipek, P.A.; Accardo,P.J.; Ashwal, S.; Baranek, G.T. PhD; Cook, Jr, E.H.; Dawson, G. PhD; . Gordon, B.; Gravel, J.S. PhD; Johnson,C.P. MEd; Kallen, R.J.; Levy, S.E.; Minshew,N.J.; Ozonoff, S.; Prizant,B.M. PhD, CCC-SLP; Rapin, I. (2000). *Practice parameter: Screening and diagnosis of autism Report of the Quality*

Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. AAN Enterprises, Inc

- Flippin, M. & Watson, R. L (2011). Relationships Between the Responsiveness of Fathers and Mothers and the Object Play Skills of Children With Autism Spectrum Disorders. *Journal of Early Intervention.* University of North Carolina, Chapel Hill. 33 : 220-234
- Fortinash, M. K. & Worret ,A. P. (2007). *Psychiatric Nursing Care Plans.* 5th. Canada: Mosby Elsevier.
- Fortinash, M. K. & Worret ,A. P. (2008). *Psychiatric Mental Health Nursing.* Canada: Mosby Elsevier.
- Hatfield. (2003). *Introductory Pediatric Nursing.* 6th. Lippincott Williams and Wilkins. New York, London.
- Hill, A. (2006). Play Therapy with Sexually abused children : Including Parents in Therapeutic play. *Journal compilation.* Child and Family Social Work : 316-324
- Holmes, E. & Willoughby, T. (2005). Play behavior of children with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual & Developmental Disability.* State University of New York at Buffalo, USA, and 2Brock University, Canada., September; 30(3) : 156–164
- Hundry, K., Leadbitter, K., Temple, K., Slonims, V., McConachie, H., Aldred, C., Howlin, P., Charman, T., & Consortium, P. (2010). *Preschoolers with autism show greater impairment in receptive compared with expressive language abilities.* Department of psychology, Institute of Psychiatry, London, UK.
- Johnson, M., Myers, M. S., & the Council on Children With Disabilities Embargo Release . (2007). *Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders* Chris Plauche. Monday, October 29.
- Josefi, O., & Ryan, Y. (2004). Non-directive play therapy for young children with autism: A case study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry.* 9 : 533-551
- Kasari, C., Freeman, S. & Paparella, T. (2006). Joint attention and symbolic play in young children with autism: a randomized controlled intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry .* UCLA, USA . 47. 6 : 611–620
- Kenny, C. M., Winick, B. C. (2000). An Integrative Approach to Play Therapy With an Autistic Girl. *International Journal of Play Therapy* : 11-33

- Komaroff, L. A. (2011). *Harvard Mental Health Letter*. Published by Harvard Health Publications, a division of Harvard Medical School.
- Kool, R., & Lawver, T. (2010). Play Therapy. *Considerations and Applications for the Practitioner*. *Psychiatry*. 7. No.10: 19-24
- Landreth, G. & Bratton, S. (1999). *Play Therapy*. ERIC Digests are in the public domain and may be freely reproduced and disseminated. This publication was funded by the U.S. Department of Education, Office of Educational Research and Improvement, Contract No. ED-99-CO-0014. Opinions expressed in this report do not necessarily reflect the positions of the U.S. Department of Education.
- Lawver, T. & Blankenship, K. (2008). *Play Therapy*. A Case – Based Example of a Nondirective. Department of Psychiatry, Boonshoft school of Medicine, Wright State University, Dayton, Ohio.
- Mancini & Palagi.(2009). Play and social dynamics in a captive herd of gelada baboons. (*Theropithecus gelada*) *Centro Interdepartmental Museo di Storia Natural e del Territorio, Universitt di Pisa, Via Roma 79, 5*
- Mastrangelo, S.(2009). *Play and the Child With Autism Spectrum Disorder : From Possibilities to Practice*. York University,
- Matson, L. M., Mahan, S. & Matson, L. J. (2009). *Parent training: A review of methods for Children with autism spectrum disorders*. *Department of Psychology*. Louisiana State University. *United States Research in Autism Spectrum Disorders* 3 : 868–875
- Mohr, K. W. (2009). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. China: Lippincott Williams & Wilkins,
- O'Connor & Stagnitti. (2010). *Play, behavior, language and social skills: The comparison of a play and a non-play intervention within a specialist school setting*. *School of Health and Social Development*. Deakin University, Australia.
- Osborne, A. L., McHugh, L., Saunders, J., Reed, P. (2009). A possible contra-indication for early diagnosis of Autistic Spectrum Conditions: Impact on parenting stress. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2: 707–715
- Paparella, T., Goods, S. K. Freeman, S. & Kasari, C. (2011). The emergence of nonverbal attention and requesting skills in young children with autism. *Journal of Communication Disorders* 44. United states : 569-583

- Papageorgiou, V. & Kalyva, E. (2010). *Self-reported needs and expectations of parents of children with autism spectrum disorders who participate in support groups*. Medical Psycho-Pedagogical Centre of North Greece, Psychiatric Hospital of Thessaloniki. *Research in Autism Spectrum Disorders* 4: 653–660
- Pehrsson, D. E., & Aguilera, M. E. (2007). *Play therapy: Overview and implications for counselors (ACAPCD-12)*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Pravikoff, D. (2011). *Autism*. Published by Clinahs Information Systems. Glendale, California.
- Ruble, A. L., McGrew, H. J. (2007). Community services outcome for families and children with autism spectrum disorders. *Research in Autism spectrum disorder 1* : 360-372
- Rudy, J. L. (2007). Play Therapy and Autism : The Basics About.com Health's Disease and Condition content . Medical Review Board, August 18.
- Ramklint, M. & Knorrning, von L. (2002). *Personality disorders in former child psychiatric patients*. Child and Adolescent Psychiatry University Hospital. Sweden.
- Santrock, W. J. (1996). *Adolescence*. W. B. Saunders Company. Philadelphia
- Stagnitti, k. (2004). *Understanding Play. The implications for play assessment*. Australian Association of Occupational Therapists. Warrnambool, Victoria, Australia.
- Solomon, M., Olsen, E., Niendam T., Ragland, D. J., Yoon, J. Minzenberg, M. & Carter, S. C. (2011). From lumping to splitting and back again: Atypical social and language development in individuals with clinical-high-risk for psychosis, first episode schizophrenia, and autism spectrum disorders. *Schizophrenia Research*. United States : 146–151
- Stuart, G. W. & Sundeen, J. S. (1983). *Principle and practice of psychiatric nursing*. London : The C.V. Mosby.
- Suliman, A.W., Elizabeth, W., Omer, T., Thomas, L. 2009. Applying Watson's Nursing Theory to Assess Patient Perceptions of Being Cared for in a Multicultural Environment. *Journal of Nursing Research* . King Saud bin Abdul-Aziz University for Health Sciences. 17, 4.
- Trawick-Smith & Dziurgot .(2010). Good-fit' teacher–child play interactions and the subsequent Autonomous play of preschool children. Center for Early Childhood Education, Eastern Connecticut State University, United States.
- Volkmar, R. F., et al. (2005). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders /*

- Hoboken*, 3 rd ed. N.J.: John Wiley,
- Videbeck, L. S. (2008). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. China: Lippincott Williams & Wilkins.
- Verhoeven, S. J., Cock, De. P., Lagae, L. & Sunaert, S. (2009). *Neuroimaging of autism*. *Neuroradiology*. Belgium : 3–14
- Wittenborn, K. A., Faber, J. A., Harvey, M. A., & Thomas, K.V. (2006). Emotionally Focused Family Therapy and Play Therapy Techniques. *The American Journal of Family Therapy*. Taylor & Francis Group: 333-342.
- Zeigler-Hil, V. (2009). *The interpersonal nature of self-esteem: Do different measures of self-esteem possess similar interpersonal content*. Department of Psychology. University of Southern Mississippi. 118 College. United States.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์ธวัชวัฒน์ งามสมุทร โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	นายแพทย์ชำนาญการ
2. แพทย์หญิงวิรัชพัชร กิตติธระระพันธ์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	นายแพทย์ชำนาญการ
3. คุณสุภาวดี ชุ่มจิตต์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. คุณวิมล เนติวิชรกุล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
5. คุณจี้ม สกุลน่วม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการประจำ คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ

ภาคผนวก ข
ดัชนีที่ใช้ในการวิจัย

การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา

ความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) หมายถึง คำถามในแบบสอบถามมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับมโนทัศน์ของตัวแปร หรือคำถามในแบบสอบถามมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับแนวคิดหรือทฤษฎีของตัวแปร การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Hambleton et al. 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบประเมินพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก

$$CVI = \frac{9}{10} = .90$$

2. ค่าดัชนี ความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก

$$CVI = \frac{8}{10} = .80$$

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

จากการใช้โปรแกรม SPSS

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	VAR00001	3.5667	1.0063	30.0
2.	VAR00002	3.9000	.9948	30.0
3.	VAR00003	4.4000	.9322	30.0
4.	VAR00004	4.9667	.9994	30.0
5.	VAR00005	4.7000	1.0875	30.0
6.	VAR00006	4.6667	1.2954	30.0
7.	VAR00007	4.9667	1.1592	30.0
8.	VAR00008	5.8667	1.0080	30.0
9.	VAR00009	4.9000	1.0619	30.0
10.	VAR00010	4.2333	1.1651	30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	46.1667	64.0057	8.0004	10

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
s1	42.6000	53.6276	.6354	.9034
s2	42.2667	56.4782	.4372	.9141
s3	41.7667	52.7368	.7681	.8966
s4	41.2000	51.8207	.7774	.8954
s5	41.4667	52.4644	.6575	.9021
s6	41.5000	48.9483	.7381	.8975
s7	41.2000	50.5103	.7375	.8971
s8	40.3000	57.8034	.3384	.9195
c1	41.2667	49.9954	.8579	.8899
c2	41.9333	49.2368	.8202	.8915

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 10

Alpha = .9102

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป (ข้อมูลของเด็ก)

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. เกิดวันที่เดือน.....ปี.....
3. เป็นบุตรคนที่ (ระบุ).....ในจำนวน (ระบุ).....
4. ผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่กับเด็กมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน (เกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็น).....
5. จำนวนสมาชิกในบ้านทั้งหมด ระบุ คน
6. การเรียนในระบบโรงเรียน () เข้าเรียนในโรงเรียนปกติ
 () เข้าเรียนในโรงเรียนปกติในชั้นเรียนพิเศษ
 () เข้าเรียนในโรงเรียนปกติในชั้นเรียนร่วม
 () เข้าเรียนในโรงเรียนการศึกษาพิเศษ
 () อยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
 () ไม่ได้เข้าเรียน

3. การพยาบาลตามปกติ

ประเภท	ระยะเวลาที่บำบัด	ความสม่ำเสมอ	
		สม่ำเสมอ	ไม่สม่ำเสมอ
1. ฟีกพูด ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ส่งเสริมพัฒนาการ ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. กิจกรรมบำบัด ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. HEG (Hem encephalography) ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ดนตรีบำบัด ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. สุขภาพจิตศึกษา โครงการ สำหรับครอบครัวโดยพยาบาล วิชาชีพไปรตระบุ ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. การบำบัดอื่นๆ คือ ปี.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

แบบประเมินพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก
โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องระดับคะแนน
(ตามเกณฑ์การประเมินพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก)

หัวข้อการประเมิน	ครั้งที่ / ว.ด.ป.													
	1 /							2 /						
	คะแนน							คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. ด้านสังคมและสติปัญญา (Social and Cognition)														
1.1 ความสนใจจากการมอง														
1.2 ความสนใจในของเล่นที่จัดให้														
1.3 ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม														
1.3.1 การเป็นผู้เริ่มต้นสร้าง ปฏิสัมพันธ์														
1.3.2 การเป็นผู้ที่ทักทายตอบกลับเมื่อมี ผู้ทักทาย														
1.3.3 ความเข้าใจกฎเกณฑ์ และ มารยาททางสังคม														
1.4 ความจำ														
1.4.1 การจดจำบุคคล														
1.4.2 จดจำกิจกรรมที่กำหนดให้														
1.5 พฤติกรรมซ้ำๆ														
2. ด้านภาษา (Communication)														
2.1 ฟังเข้าใจในการสื่อสารกับบุคคล														
2.2 การแสดงออกทางภาษา														

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม.....

.....

เกณฑ์การประเมินพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก มีระดับคะแนนดังนี้

กิจกรรม	คะแนน						
	7	6	5	4	3	2	1
1. ทักษะทางสังคมและสติปัญญา (Social Cognition)							
1.1 ความสนใจจากการมอง	สนใจมองกิจกรรมที่ทำอยู่ได้เอง 20 นาที โดยไม่ต้องมีผู้กระตุ้นเดือน	สนใจมองกิจกรรมที่ทำอยู่ได้ 20 นาที โดยต้องมีผู้กระตุ้นเดือน	สนใจมองกิจกรรมที่ทำอยู่ได้ 15-20 นาที โดยต้องมีผู้กระตุ้นเดือน	สนใจมองกิจกรรมที่ทำอยู่ได้ 10-15 นาที โดยต้องมีผู้กระตุ้นเดือน	สนใจมองกิจกรรมที่ทำอยู่ได้ 5-10 นาที โดยต้องมีผู้กระตุ้นเดือน	สนใจมองกิจกรรมที่ทำอยู่ได้ 1-5 นาที โดยต้องมีผู้กระตุ้นเดือน	มองผ่านทะลุหรือจับจ้องได้น้อยกว่า 1 นาที และไม่มีการตอบสนองต่อการกระตุ้นเดือน
1.2 ความสนใจในการเล่นที่จัดให้	นั่งประจำที่และทำกิจกรรมได้เอง 20 นาที โดยไม่ต้องมีผู้กระตุ้นเดือน	นั่งประจำที่และทำกิจกรรมได้ 20 นาที โดยต้องมีผู้กระตุ้นเดือน	นั่งประจำที่และทำกิจกรรมได้ 15-20 นาที โดยต้องมีผู้กระตุ้นเดือน	นั่งประจำที่และทำกิจกรรมได้ 10-15 นาที โดยต้องมีผู้กระตุ้นเดือน	นั่งประจำที่และทำกิจกรรมได้ 5-10 นาที โดยต้องมีผู้กระตุ้นเดือน	นั่งประจำที่และทำกิจกรรมได้ 1-5 นาที โดยต้องมีผู้กระตุ้นเดือน	นั่งประจำที่และทำกิจกรรมได้น้อยกว่า 1 นาที โดยต้องมีผู้กระตุ้นเดือน
1.3 ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 1.3.1 การเป็นผู้เริ่มต้นสร้างปฏิสัมพันธ์	-เข้าร่วมกลุ่มได้ดี กล่าวทักทายบุคคลใกล้ชิดได้แก่ คนในครอบครัว เจ้าหน้าที่ เฉพาะคนที่ดูแล 1-2 คน และเพื่อนผู้ป่วยทุกคนอย่างถูกกาลเทศะ	-เข้าร่วมกลุ่มได้ดี กล่าวทักทายบุคคลใกล้ชิดคือคนในครอบครัว เจ้าหน้าที่ เฉพาะคนที่ดูแล 1-2 คน และเพื่อนผู้ป่วยเฉพาะบางคนเท่านั้นอย่างถูกกาลเทศะ	-เข้าร่วมกลุ่มได้ ทักทายแบบไม่เหมาะสม เช่น วิ่งไปตี วิ่งชน ดม ต้องคอยกระตุ้นเดือน แต่ยังร่วมมือ ยอมทักทาย คนในครอบครัว เจ้าหน้าที่ 1-2 คน และเพื่อนผู้ป่วยเฉพาะบางคนเท่านั้น	-เข้าร่วมกลุ่มได้ช่วงสั้น ทักทายเฉพาะคนในครอบครัว การทักทายผู้อื่น ต้องกระตุ้นเดือน ทำเป็นแบบ และจับมือสอนการทักทาย	-เข้าร่วมกลุ่มได้ช่วงสั้นๆ เมื่อไม่กระตุ้นก็แยกตัว ทักทายเฉพาะคนในครอบครัว ต้องกระตุ้นเดือน และต้องทักทายผู้อื่นเป็นแบบก่อนจึงจะทำตาม	-แยกตัวไม่สนใจบุคคลอื่นนอกจากคนในครอบครัว ต้องจับมือสอนให้ทักทายผู้อื่นตลอดทุกครั้ง	-แยกตัวไม่สนใจบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม ขัดขึ้นเมื่อมีการกระตุ้นเดือน

กิจกรรม	คะแนน						
	7	6	5	4	3	2	1
1.3.2 การเป็นผู้ ทักทายตอบ กลับเมื่อมีผู้ ทักทาย	-ยอมรับการ ทักทาย ด้วยการ มองหน้าสบตา และทักทายตอบ กลับได้ถูกต้อง และเหมาะสมทุก สถานการณ์	-ยอมรับการทักทาย ด้วยการมองหน้า สบตา และตอบกลับ ได้เหมาะสมด้วยวาจา / ท่าทางเฉพาะบางคน และบางสถานการณ์ เฉพาะบางคนและบาง สถานการณ์	-เมื่อถูกทักทายแสดงการ รับรู้ เช่น หยุดรอ หัน มอง ไม่ทักทาย แต่เมื่อ กระตุ้นด้วยเสียงดังกว่า ปกติซ้ำๆ จะทักทายตอบ ด้วยวาจา / ท่าทางได้ ทักทายตอบด้วยวาจา / ท่าทางได้	-เมื่อถูกทักทายแสดง การรับรู้เช่น หยุดรอ แต่ ต้องมีการกระตุ้นเตือน และทักทายกลับเป็น แบบและแนะนำ เล็กน้อย จึงจะทำตาม แนะนำเล็กน้อย จึงจะ ทำตาม	-เมื่อถูกทักทายต้อง มีการกระตุ้นเตือน ทำเป็นแบบและจับ มือสอน / พุดทุก ครั้ง	แยกตัวไม่สนใจ บุคคลอื่น และ สิ่งแวดล้อม ไม่ ตอบกลับการ ทักทายด้วย ตนเอง ต้องจับมือ และมีผู้พุดแทน ทุกครั้งต้องจับมือ และมีผู้พุดแทน ทุกครั้ง	-แยกตัวไม่สนใจ บุคคลอื่นและ สิ่งแวดล้อม ขัดจีน / เดินหนีเมื่อมีการ กระตุ้นเตือนให้ ทักทายตอบกลับ ทักทายตอบกลับ
1.3.3 ความ เข้าใจ กฎเกณฑ์ มารยาททาง สังคม เช่นการ รอคอย, สลับ บทบาท	-รู้จักรอคอย และมี ทักษะในการสลับ บทบาทที่ เหมาะสม	-รู้จักรอคอย แต่ยังไม่ เข้าใจการสลับบทบาท ยังต้องการการสอน การสลับบทบาท ด้วย การบอกให้ทำ	-รู้จักรอคอย แต่ไม่เข้าใจ การสลับบทบาทต้องการ การช่วยเหลือ ด้วยการทำให้ เป็นแบบให้ทำตาม	-รอคอย / สลับบทบาท ไม่ได้ ในบาง สถานการณ์ที่ถูกต้อง / ต้องการมากๆ ต้องช่วย สอน แนะนำหรือจับมือ ทำทุกครั้ง	-รอคอย / สลับ บทบาทไม่ได้ หุนหันพลันแล่น ควบคุมตนเองไม่ได้ ต้องจำกัดพฤติกรรม ด้วยบุคคลอื่น	-รอคอย / สลับ บทบาทไม่ได้ หุนหันพลันแล่น ควบคุมตนเอง ไม่ได้ ต้องจำกัด พฤติกรรมด้วย บุคคลอื่น	-หงุดหงิด กรีดร้อง ทำร้ายตนเอง / ผู้อื่น เมื่อต้องรอคอย หรือ ต้องมีการสลับ บทบาท
1.4. ความจำ (Memory) 1.4.1 จำบุคคล	-สามารถจดจำคน ในครอบครัว พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้บำบัด และเพื่อนผู้ป่วยใน กลุ่มได้ทั้งหมด	-สามารถจดจำคนใน ครอบครัว พยาบาล เจ้าของไข้ พยาบาลผู้ บำบัด ได้ แต่จำเพื่อน ผู้ป่วยได้บางคน	-สามารถจดจำคนใน ครอบครัว พยาบาล เจ้าของไข้ พยาบาลผู้ บำบัด ได้ แต่จำเพื่อน ผู้ป่วยไม่ได้เลย	-จำได้เฉพาะคนใน ครอบครัวและพยาบาล เจ้าของไข้ได้	-จำคนในครอบครัว ได้ทั้งหมด แต่จำ บุคคลอื่นไม่ได้เลย	-จำได้เฉพาะผู้ ใกล้ชิดที่อาศัยอยู่ ในบ้านเดียวกัน 2-3 คนเท่านั้น	-จำไม่ได้เลย หรือจำ ได้เฉพาะผู้ดูแลหลัก 1 คนเท่านั้น

กิจกรรม	คะแนน						
	7	6	5	4	3	2	1
1.4.2 จำ กิจกรรมที่ กำหนดให้ได้	-จำอุปกรณ์ ขั้นตอนในการทำ กิจกรรมได้ ทั้งหมดทุก กิจกรรม 80-100%	-จำอุปกรณ์ ขั้นตอน ในการทำกิจกรรมได้ 60-80%	-จำอุปกรณ์ ขั้นตอน ในการทำกิจกรรมได้ 40-60%	-จำอุปกรณ์ ขั้นตอน ในการทำกิจกรรมได้ 20-40%	-จำอุปกรณ์ ขั้นตอน ในการทำกิจกรรมได้ 20%	-จำอุปกรณ์ ขั้นตอน ในการทำกิจกรรมได้ น้อยกว่า 20%	-จำอุปกรณ์ ขั้นตอน ในการทำกิจกรรม ทุกกิจกรรมไม่ได้ เลย
1.5 พฤติกรรม ไม่พึงประสงค์ / พฤติกรรม ซ้ำๆ	ไม่เกิดพฤติกรรม ไม่พึงประสงค์/ พฤติกรรมซ้ำๆ เลย ตลอดช่วงการทำ กิจกรรม	เกิดพฤติกรรมไม่พึง ประสงค์/ พฤติกรรม ซ้ำๆ 1-5 ครั้ง ตลอดช่วง การทำกิจกรรม	เกิดพฤติกรรมไม่พึง ประสงค์/ พฤติกรรม ซ้ำๆ 6-10 ครั้ง ตลอด ช่วงการทำกิจกรรม	เกิดพฤติกรรมไม่พึง ประสงค์/ พฤติกรรม ซ้ำๆ 11-15 ครั้ง ตลอดช่วงการทำ กิจกรรม	เกิดพฤติกรรมไม่พึง ประสงค์/ พฤติกรรม ซ้ำๆ 16-20 ครั้ง ตลอดช่วงการทำ กิจกรรม	เกิดพฤติกรรมไม่พึง ประสงค์/ พฤติกรรม ซ้ำๆ 21-25 ครั้ง ตลอดช่วงการทำ กิจกรรม	เกิดพฤติกรรมไม่พึง ประสงค์/ พฤติกรรมซ้ำๆ มากกว่า 25 ครั้ง ตลอดช่วงการทำ กิจกรรม
2. การสื่อความหมาย (Communication)							
2.1 การสื่อสาร กับบุคคลอื่น (Receptive Language) เช่น - ทำตามคำสั่ง - ใช้ภาษาพูด ได้	สามารถเข้าใจ คำสั่งที่ซับซ้อน จากการฟังคำพูด และตอบสนองได้ ถูกต้องในเวลา ที่เหมาะสม	สามารถเข้าใจคำสั่งที่ ซับซ้อนจากการฟัง คำพูดและตอบ สนองได้ถูกต้องใน เวลาที่เหมาะสม แต่ใช้ เวลามากกว่าปกติ	สามารถเข้าใจคำสั่งที่ ซับซ้อนจากการฟัง คำพูดและตอบสนอง ได้ถูกต้องในเวลา ที่เหมาะสม 70-90%	สามารถเข้าใจคำสั่งที่ ซับซ้อนจากการฟัง คำพูดและตอบสนอง ได้ถูกต้องในเวลา ที่เหมาะสม 50-70%	สามารถเข้าใจคำสั่งที่ ซับซ้อนจากการฟัง คำพูดและตอบสนอง ได้ถูกต้องในเวลา ที่เหมาะสม 30-50% ต้องช่วยโดยอธิบาย เพิ่มเติมหรือนะให้ฟัง คำพูดหรือคำสั่ง	สามารถเข้าใจคำสั่งที่ ซับซ้อนจากการฟังและ ตอบสนองได้ถูกต้อง ในเวลาที่เหมาะสม น้อยกว่า30% ต้องช่วย โดยอธิบายเพิ่มเติมหรือ นะให้ฟังคำพูดหรือ คำสั่ง	ฟังไม่เข้าใจ ทำตาม คำสั่งไม่ได้เลย หรือตอบ สนองไม่ถูกต้อง

กิจกรรม	คะแนน						
	7	6	5	4	3	2	1
2.2 แสดงออกทางภาษา (Expressive Language) เช่น การแสดงออกเพื่อสื่อความต้องการ	สามารถใช้คำพูดและท่าทางในการสื่อสารได้ถูกต้องเหมาะสม	สามารถใช้คำพูดในการสื่อสารได้แต่อาจมีปัญหา เช่น พูดไม่ชัด พูดไม่คล่อง นึกคำพูดลำบาก แต่สื่อสารด้วยท่าทางได้ถูกต้องเหมาะสม	สามารถใช้คำพูดในการสื่อสารเป็นประโยคสั้นๆ ได้แต่อาจมีปัญหา เช่น พูดไม่ชัด พูดไม่คล่อง นึกคำพูดลำบาก แต่สื่อสารด้วยท่าทางได้ถูกต้องเหมาะสม แต่ใช้เวลา นานมากกว่าปกติ	ใช้คำพูดในการสื่อสารได้ในระดับคำ ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการสนทนา แต่สื่อสารด้วยท่าทางได้ดี	ใช้คำพูดในการสื่อสารได้ในระดับคำ แต่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการสนทนาและสื่อสารด้วยท่าทางได้	ไม่สามารถใช้คำพูดในการสื่อสารได้แต่สื่อสารด้วยการสื่อสารด้วยท่าทางได้แต่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น	ฟังไม่เข้าใจ ทำตามคำสั่งไม่ได้เลย หรือตอบสนองไม่ถูกต้อง

แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ในช่องด้านหน้าของข้อคะแนน

หัวข้อการประเมิน/ระดับคะแนน				
รายการ	3 คะแนน	2 คะแนน	1 คะแนน	0 คะแนน
เกมที่ 1 การหยิบจับของเล่น	<input type="checkbox"/> สามารถหยิบจับของเล่นด้วยนิ้วมือได้โดยไม่ร่วง	<input type="checkbox"/> หยิบจับของเล่นด้วยนิ้วมือได้โดยไม่ร่วงหล่น 3-4 ชิ้น	<input type="checkbox"/> หยิบจับของเล่นด้วยมือได้ 1-2 ชิ้น	<input type="checkbox"/> ไม่หยิบจับของเล่นเลย
เกมที่ 2 การเล่นกับกระจก	<input type="checkbox"/> เล่นเลียนแบบได้ทันที	<input type="checkbox"/> เล่นเลียนแบบได้ โดยต้องช่วยแนะนำ	<input type="checkbox"/> เล่นเลียนแบบได้ โดยต้องช่วยจับมือทำ	<input type="checkbox"/> เล่นไม่ได้เลย และต่อต้านเมื่อกระตุ้นเตือน
เกมที่ 3 - การเล่นตุ๊กตา - การเล่นโทรศัพท์	<input type="checkbox"/> เล่นเลียนแบบได้ทันที	<input type="checkbox"/> เล่นเลียนแบบได้ โดยต้องช่วยแนะนำ	<input type="checkbox"/> เล่นเลียนแบบได้ โดยต้องช่วยจับมือทำ	<input type="checkbox"/> เล่นไม่ได้เลย และต่อต้านเมื่อกระตุ้นเตือน
เกมที่ 4 - การจับคู่ภาพลำดับ	<input type="checkbox"/> จับคู่ภาพได้ทุกภาพ : 3 ภาพ	<input type="checkbox"/> จับคู่ภาพได้ 2 ภาพ	<input type="checkbox"/> จับคู่ภาพได้ 1 ภาพ	<input type="checkbox"/> จับคู่ภาพไม่ได้เลย
- การจับคู่ภาพลำดับ	<input type="checkbox"/> จับคู่ภาพได้ทุกภาพ : 3 ภาพ	<input type="checkbox"/> จับคู่ภาพได้ 2 ภาพ	<input type="checkbox"/> จับคู่ภาพได้ 1 ภาพ	<input type="checkbox"/> จับคู่ภาพไม่ได้เลย
เกมที่ 5 - การเล่นสลับบทบาท	<input type="checkbox"/> เล่นสลับบทบาทได้ทันที	<input type="checkbox"/> เล่นสลับบทบาทได้ โดยต้องช่วยแนะนำ	<input type="checkbox"/> เล่นสลับบทบาทได้ โดยต้องช่วยจับมือทำ	<input type="checkbox"/> เล่นไม่ได้เลย และต่อต้านเมื่อกระตุ้นเตือน
- การเล่นสลับบทบาท (จับคู่การ์ดสี)	<input type="checkbox"/> เล่นสลับบทบาทได้ทันที	<input type="checkbox"/> เล่นสลับบทบาทได้ โดยต้องช่วยแนะนำ	<input type="checkbox"/> เล่นสลับบทบาทได้ โดยต้องช่วยจับมือทำ	<input type="checkbox"/> เล่นไม่ได้เลย และต่อต้านเมื่อกระตุ้นเตือน
เกมที่ 6 การเล่นเป็นกลุ่ม	<input type="checkbox"/> เข้าใจกฎ กติกาในการเล่น	<input type="checkbox"/> เล่นเป็นกลุ่มได้ โดยต้องแนะนำ	<input type="checkbox"/> เล่นเป็นกลุ่มได้ โดยต้องมีผู้ช่วยเหลือ	<input type="checkbox"/> เล่นไม่ได้เลย และต่อต้านเมื่อกระตุ้นเตือน

แบบตรวจสอบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเล่นบำบัดที่บ้าน

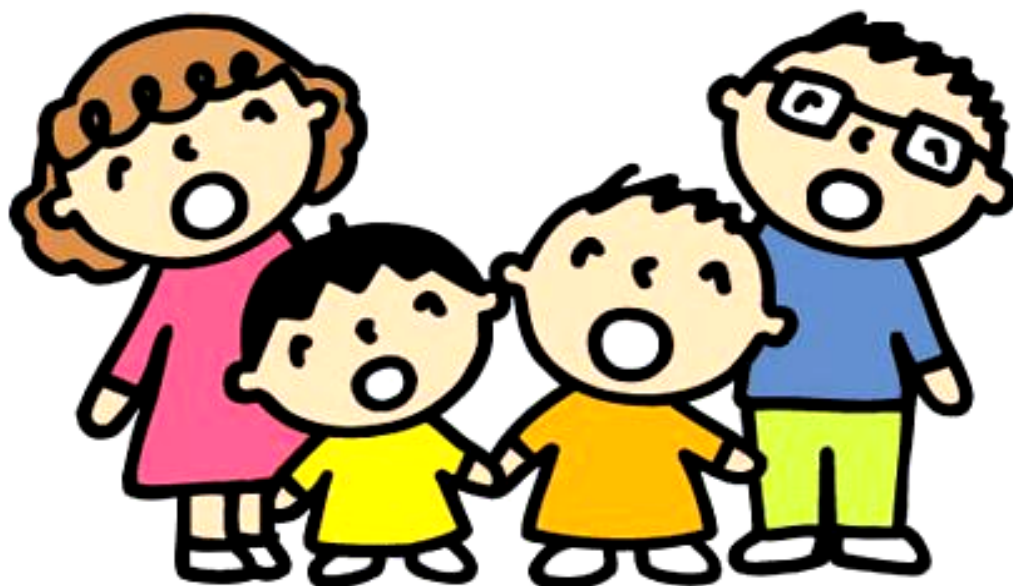
คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องข้อความ หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

เกม	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 5	สัปดาห์ที่ 6	สัปดาห์ที่ 7	สัปดาห์ที่ 8
1. การเล่นกับตุ๊กตา /รถ								
2. การเล่นกับกระจก								
3. การเล่นกับโทรศัพท์								
4. การเล่นจับคู่ภาพ								
5. การเล่นสลับบทบาท								
6. การเล่นเป็นกลุ่ม								

หมายเหตุ ประเภท : เล่นทุกเกม

ความบ่อย : อย่างน้อยเกมละ 2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์เล่นไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง

คู่มือการใช้งานบอร์ดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
สำหรับ “พยาบาล”



จัดทำโดย

นางสาว อุทัยวรรณ โกสาศนา รหัสนิสิต 5377625736
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคปกติ)
คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2555

คู่มือการใช้งานบอร์ดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
สำหรับ “ครอบครัว”



จัดทำโดย

นางสาว อุดัยวรรณ โกสาเสนา รหัสบัณฑิต 5377625736
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคปกติ)
คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2555

ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบอนุญาตของประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่องานวิจัย ผลของการเล่นบ๊อบบี้ดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก

ผู้วิจัย นางสาว อุลัยวรรณ โกสาเสนา

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 730/573 คอนโดบางอ้อริเวอร์ไซด์ ซอย จรัญ 94/1 ถนน จรัญสนิทวงศ์

สถานที่พักอาศัย บางอ้อ บางพลัด กทม 10700

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 087- 8547606

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของการเล่นบ๊อบบี้ดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก ทางโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์แจ้งให้สัตยาบันโครงการมาผ่านจริยธรรมจากต้นสังกัดก่อนจากนั้นจึงนำไปยื่นโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์อีกครั้งเพื่อพิจารณาจริยธรรมต่อไป และผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้แล้วจึงอนุญาตให้เด็กเข้าร่วมวิจัยได้

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับการเล่นบ๊อบบี้ดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

3.2 เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก หลังได้รับการเล่นบ๊อบบี้ดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

4.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ เด็กที่เป็นออทิสติกในครอบครัว ตามเกณฑ์วินิจฉัย จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วย ในแบบไป-กลับ

4.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ

4.2.1 เด็กที่เป็นออทิสติกในครอบครัว ตามเกณฑ์วินิจฉัย จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 40 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

4.2.2 เด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในแบบไป-กลับ โรงพยาบาลยูวประสาท

ไวทยโปลัมภ์จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดดังต่อไปนี้

4.2.2.1. มีอายุระหว่าง 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

4.2.2.2. ที่มีระดับความรุนแรงระดับปานกลาง ถึง รุนแรง มีครอบครัวดูแล

4.2.2.3. ไม่มีความเจ็บป่วยทางกาย หรือเป็นโรคทางด้านสมองอื่นร่วม เช่น ปัญญาอ่อน สมองพิการลมชัก เป็นต้น

4.2.2.4. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถร่วมบำบัดได้จนครบที่กำหนด

4.2.3. กลุ่มครอบครัวคัดเลือกจากสมาชิกในครอบครัว ๆ ละ 1 คน ที่สามารถดูแลเด็กได้อย่างใกล้ชิด (ผู้ดูแลเด็กออกทัศนศึกษาอย่างน้อย 10 ชั่วโมง / วัน โดยไม่นับช่วงเวลาที่เด็กหลับ)

- ผู้วิจัยทำการคัดเลือกเด็กออกทัศนศึกษาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการออทิซึม ตามเกณฑ์วินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในแบบไป-กลับ มีอายุระหว่าง 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีระดับความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรง มีครอบครัวดูแลใกล้ชิด หลังจากนั้นขออนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย โดยเด็กอยู่กับครอบครัว ครอบครัวละ 1 คน รวมเด็กออทิซึมและครอบครัว จำนวน 40 คู่ สุ่มตัวอย่างแบบง่ายเพื่อหาตัวแทนกลุ่ม โดยครอบครัวจำนวน 40 คู่ จับฉลากเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งเป็นกลุ่มละ 20 คู่ ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

- ผู้ช่วยวิจัย 1 คน ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นระยะสั้น 4 เดือน เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กออทิซึม มีความรู้ความเข้าใจในประเมินเด็กออทิซึม ในการใช้แบบประเมินพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญหา และภาษาของเด็กออทิซึมและ มีความเข้าใจในการดำเนินการแต่ละขั้นตอน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในแบบไป-กลับ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทยโปลัมภ์ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ ซึ่งได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อมต่างๆ ก่อนพบแพทย์

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับการบำบัดด้วยการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม สถิติปัญหาและภาษาของเด็กออทิซึมโดยประยุกต์จากแนวคิดการบำบัดด้วยการเล่นบำบัดของ Beyer & Gammeltoft และหลักการของ Kasari รวมทั้งศึกษาโปรแกรมการเล่นบำบัด ของ วิมล เนติวิชรกุล มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนากลุ่มมือ โดย ประกอบด้วยการเล่นบำบัด 6

เกม จำนวน 13 ครั้ง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ การบำบัดรายบุคคล และการบำบัดรายกลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้บำบัดเองและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยผู้ประเมินผลการดำเนินการ ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง ทุก วันจันทร์ ถึง วันอังคาร และ วันพฤหัสบดี ถึง วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30-16.00น. รวม 7 สัปดาห์ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1 ครั้งละ 30 นาที

วัน/เวลา	กลุ่มที่	สถานที่	การดำเนินการ
จันทร์ – อังคาร 08.30-16.00น.	1	-ห้องจัดกิจกรรมที่แผนกผู้ป่วย ใน ชั้น 2 -ผู้วิจัย/เด็กออทิสติก/ครอบครัว	เกมที่ 1 การสร้างความคุ้นเคย สัมผัส ทักทาย แนะนำตัว การให้เด็กหยิบจับของ เล่น การรู้จักของเล่น การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์กับผู้อื่น
พฤหัสบดี – ศุกร์ 08.30-16.00น.	2	-ห้องจัดกิจกรรมที่แผนกผู้ป่วย ใน ชั้น 2 -ผู้วิจัย/เด็กออทิสติก/ครอบครัว	เกมที่ 2 การรู้จักตัวตนของเด็กผ่านกระจก การเรียนรู้จากภาพสะท้อนของกระจกเงา ให้เด็กรู้จักตนเอง และผู้อื่นผ่านกระจกเงา

ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาบำบัด ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 2-7 เกมที่ 3 -6

วัน/เวลา	กลุ่มที่	สถานที่/ผู้เข้าร่วมวิจัย	การดำเนินการ
การบำบัดรายบุคคล ครั้งละ 30 นาที			
จันทร์ – อังคาร 08.30-16.00น.	1	-ห้องจัดกิจกรรมที่แผนกผู้ป่วย ใน ชั้น 2 -ผู้วิจัย/เด็กออทิสติก/ครอบครัว	เกมที่ 3 การเล่นเกมแบบ 3 ครั้ง/เกม โดย นำตุ๊กตาเอามาเล่นตามบทบาทสมมุติ เช่น การกิน การนอน การเดิน การยืน และการ นำโทรศัพท์มาใช้ในการสื่อสารระหว่างกัน
พฤหัสบดี – ศุกร์ 08.30-16.00น.	2	-ห้องจัดกิจกรรมที่แผนกผู้ป่วย ใน ชั้น 2 -ผู้วิจัย/เด็กออทิสติก/ครอบครัว	เกมที่ 3 การเล่นเกมแบบ 3 ครั้ง/เกม โดย นำตุ๊กตาเอามาเล่นตามบทบาทสมมุติ เช่น การกิน การนอน การเดิน การยืน และการ นำโทรศัพท์มาใช้ในการสื่อสารระหว่างกัน

วัน/เวลา	กลุ่มที่	สถานที่	การดำเนินการ
จันทร์ – อังคาร 08.30-16.00น.	1	-ห้องจัดกิจกรรมที่แผนกผู้ป่วย ใน ชั้น 2 -ผู้วิจัย/เด็กออทิสติก/ครอบครัว	เกมที่ 4 การเล่นเกมกับสื่อ 3 ครั้ง/เกม โดยการ เล่าเรื่องใช้ภาพเหตุการณ์ในชีวิตจริง ประจำวัน ได้แก่ การตื่นนอน อาบน้ำ แต่งตัว หวานนอน เข้านอน และนอนหลับ
พฤหัสบดี – ศุกร์ 08.30-16.00น.	2	-ห้องจัดกิจกรรมที่แผนกผู้ป่วย ใน ชั้น 2 -ผู้วิจัย/เด็กออทิสติก/ครอบครัว	เกมที่ 4 การเล่นเกมกับสื่อ 3 ครั้ง/เกม โดยการ เล่าเรื่องใช้ภาพเหตุการณ์ในชีวิตจริง ประจำวัน ได้แก่ การตื่นนอน อาบน้ำ แต่งตัว หวานนอน เข้านอน และนอนหลับ
จันทร์ – อังคาร 08.30-16.00น.	1	-ห้องจัดกิจกรรมที่แผนกผู้ป่วย ใน ชั้น 2 -ผู้วิจัย/เด็กออทิสติก/ครอบครัว	เกมที่ 5 การเล่นเกมสลับบทบาทและการเล่น ตามกติกา 3 ครั้ง/เกม ประกอบด้วยการเล่น ต่อบล็อกไม้ให้สูงขึ้นและเล่นจับคู่การ์ดสี
พฤหัสบดี – ศุกร์ 08.30-16.00น.	2	-ห้องจัดกิจกรรมที่แผนกผู้ป่วย ใน ชั้น 2 -ผู้วิจัย/เด็กออทิสติก/ครอบครัว	เกมที่ 5 การเล่นเกมสลับบทบาทและการเล่น ตามกติกา 3 ครั้ง/เกม ประกอบด้วยการเล่น ต่อบล็อกไม้ให้สูงขึ้นและเล่นจับคู่การ์ดสี
การบำบัดรายกลุ่ม 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที			
จันทร์ – อังคาร 08.30-16.00น.	1	-ห้องจัดกิจกรรมที่แผนกผู้ป่วย ใน ชั้น 2 -ผู้วิจัย/เด็กออทิสติก/ครอบครัว	เกมที่ 6 เกมกินขนม 2 ครั้ง ประกอบด้วย เกมกินขนมและการเคลื่อนไหวร่างกายเข้า จังหวะ
พฤหัสบดี – ศุกร์ 08.30-16.00น.	2	-ห้องจัดกิจกรรมที่แผนกผู้ป่วย ใน ชั้น 2 -ผู้วิจัย/เด็กออทิสติก/ครอบครัว	เกมที่ 6 เกมกินขนม 2 ครั้ง ประกอบด้วย เกมกินขนมและการเคลื่อนไหวร่างกายเข้า จังหวะ

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะให้ความระมัดระวังอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด ซึ่งระบบโรงพยาบาลได้เน้นเรื่องความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องโดยจัดสถานที่ในการดำเนินการเป็นส่วนหนึ่งในหอผู้ป่วยไม่ได้แยกตามลำพัง มีการจัดอัตรากำลังขึ้นปฏิบัติงานและแบ่งหน้าที่รับผิดชอบแต่ละส่วนอย่างชัดเจน ห้องที่ใช้ดำเนินการวิจัยเป็นห้องที่อยู่รวมในแผนก และติดกับห้องที่มีเจ้าหน้าที่ดูแลหลักดำเนินการ หากเกิดอันตรายสามารถขอความช่วยเหลือได้ทันที อีกทั้ง

แผนกยังมีกล้องวงจรปิดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ติดตามและสังเกตความผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ขณะเดียวกันผู้ปกครองเด็กและผู้บ่าบักยังให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาขณะดำเนินการเล่นกับเด็ก

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

10. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141

โทรสาร 0-2218-8147

**หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
สำหรับผู้ปกครอง และผู้อยู่ในปกครอง**

ทำที่.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า.....ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้เกี่ยวข้องเป็น

(โปรดระบุเป็น พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล)

ขอแสดงความยินยอมให้(ค.ช, ค.ญ).....ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ใน

ความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการเล่นบ๊อบบี้แบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม

สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก

ชื่อผู้วิจัย นางสาว อุลัยวรรณ โกสาเสนา

ที่อยู่ติดต่อ สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) แผนก ศูนย์หัวใจ รพ.ยันฮี เลขที่ 454 ถ. จรัญฯ ซ.จรัญฯ

90 แขวง บางอ้อ เขตบางอ้อ กทม. 10700 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) โทร 02-879-0300 ต่อ 10460-2

(ที่บ้าน) 730/573 คอนโดบางอ้อริเวอร์ไซด์ ซอย จรัญ 94/1 ถนน จรัญสนิทวงศ์ บางอ้อ บางพลัด

กทม 10700 โทรศัพท์มือถือ 087-8547606

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติ หรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า หรือเป็นความประสงค์ของผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแล ถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของ

ข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุเป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา/ ผลต่อการศึกษา/ ผลต่อการศึกษา)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้า หากผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ปกครอง/ผู้ดูแลมีความเข้าใจข้อความในข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร ตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือยินยอมโดยตลอดแล้ว ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

ภาคผนวก จ
ผลการพิจารณาจริยธรรม



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 132/2555

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 086.2/55 : ผลของการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาการด้าน
สังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอุลลัษรณ โกสาเสนา

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม..... ประจักษ์ วัฒนศิริ ลงนาม..... นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักสันประดิษฐ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 27 สิงหาคม 2555

วันหมดอายุ : 26 สิงหาคม 2556

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย..... 086.2/55
วันที่รับรอง..... 27 ส.ค. 2555
วันหมดอายุ..... 26 ส.ค. 2556

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ



๖๑ ถนนสุขุมวิท ตำบลปากน้ำ
อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ๑๐๒๗๐

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

หมายเลขผู้ขอทำวิจัย
๑๑๙/๕๕
(ที่เข้าประชุม)

คณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัยโรงพยาบาลอุรวประสาธไวทยาลัย

เอกสารรับรองโครงการ

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย).....ผลของการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา.....
.....และภาษาของเด็กออทิสติก.....

ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ).....THE EFFECTS OF PLAY THERAPY WITH FAMILY INVOLVEMENT ON SOCIAL, INTELLECTUAL.....
.....AND LANGUAGE DEVELOPMENT OF AUTISTIC CHILDREN.....

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานสังกัด.....นางสาวอุลลียวรรณ โกสาเสนา นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์.....
.....จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....

สถานที่ทำวิจัย.....โรงพยาบาลอุรวประสาธไวทยาลัย.....

เอกสารที่รับรอง

๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย
๒. แบบสอบถาม และประเมินรายละเอียด
๓. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
๔. คู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับ “พยาบาล”
๕. คู่มือการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับ “ครอบครัว”

วันหมดอายุ : ๑๗ กันยายน ๒๕๕๕

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

ลงนาม.....*สมุท ธิงสุคน*.....

(แพทย์หญิงรินสุช องอาจสกุลมัน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย

(๑๗ กันยายน ๒๕๕๕)

วันที่

ลงนาม.....*สมุท ธิงสุวรรณี*.....

(แพทย์หญิงสุวรรณี เรืองเดช)

(๑๗ กันยายน ๒๕๕๕)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว อุลัยวรรณ โกสาเสนา เกิดเมื่อวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2525 ที่อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ปีการศึกษา 2548 และเข้ารับการศึกษาคือต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลส่งเสริมพัฒนาการ ประจำสถานพยาบาลของบริษัทเอกชน