บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการวิจัยทางระบาดวิทยาในหลายประเทศพบอุบัติการณ์ของออทิซึมเพิ่มขึ้นถึง 10 เท่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (อภิชัย มงคล และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2548) กระทรวงศึกษาธิการของสหรัฐอเมริการายงานว่า ในช่วงปีการศึกษา1992-1993 และปี 1997-1998 นั้น จำนวนเด็กที่เป็นออทิสติกเพิ่มขึ้นร้อยละ 173 และยังประมาณว่าทั่วประเทศมีนักเรียนที่เป็นโรคนี้ถึง 53,561 คน การดูแลรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคองตามอาการที่พบเท่านั้น (Vendantam,1999) จากสถิติการเกิดโรคของอเมริกาพบว่ามีอัตราการเกิดโรค 1:500 (CDC,1997) นอกจากนี้ได้มีผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กออทิสติกคาดการณ์ความชุกของโรคนี้ว่าจะเพิ่มขึ้นอีกในทุกๆปี(Knapp,1997)

สถานการณ์ในประเทศไทย ปี2547 จากการศึกษาความชุกและขนาดปัญหาออทิสซึมในประเทศไทยเพื่อทำแผนแม่บทในการจัดบริการรักษาบุคคลออทิสติกในระดับประเทศ พบเด็กที่มีความเสี่ยงต่อโรคออทิซึมจากการคัดกรอง 4.4 : 1,000 และเมื่อตรวจยืนยันโดยจิตแพทย์เด็กแล้วพบความชุกของโรคออทิสซึมเท่ากับ 9.9 : 10,000 (ศรีวรรณา พูลสรรพสิทธิ์และคณะ, 2548)ซึ่งเท่าๆกับที่พบในต่างประเทศในระยะนี้ และมีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าในอดีต ส่วนการรักษาโรคนี้ยังอยู่ในวงจำกัด(อภิชัย มงคล และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2548)

จากสถิติรายงานประจำปีของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา งานป่วยนอก (จิตเวชเด็กและวัยรุ่น) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่เดือนกันยายน 2546 ถึงเดือนกันยายน 2549 รวมระยะเวลา 3 ปี มีเด็กออทิสติกมาใช้บริการใน ปี2547, 2548 และ2549 จำนวน 63 ราย, 102 ราย, และ 184 ราย ตามลำดับ สถิติผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้นในปี 2548 และ 2549 ร้อยละ 61.9 และร้อยละ80.3 ตามลำดับ ส่วนมากจะได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสติกในช่วงอายุ 3- 6 ปี เป็นกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงปานกลางร้อยละ 97.4 ที่เหลือเป็นกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงมากและไม่ปรากฏมีเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงน้อยมารับบริการ

โรคออทิซึมเป็นโรคทางจิตเวชเด็ก เกิดจากความผิดปกติในหน้าที่ของสมองบางส่วนทำให้มีพัฒนาการล่าช้าและผิดปกติ พบได้ในทุกเชื้อชาติ ทุกระดับฐานะ และการศึกษา นั่นคือไม่ว่าเชื้อชาติใด ฐานะใดหรือพ่อแม่มีการศึกษาแค่ไหน ลูกก็มีโอกาสเป็นโรคนี้เหมือนกันทั้งนั้น

เด็กกลุ่มนี้มีความผิดปกติอย่างรุนแรงใน 4 ด้าน ได้แก่

1. พัฒนาการด้านสังคม มีการสูญเสียด้านสังคม และไม่สามารถมีปฏิกิริยาต่อสัมพันธภาพของบุคคลได้

2. พัฒนาการด้านการสื่อความหมายและภาษา มีการสูญเสียด้านการสื่อความหมายทั้งด้านการพูดและไม่ใช้คำพูด ไม่พูดและพูดภาษาที่ฟังไม่เข้าใจ พูดเลียนแบบคำที่ได้ยิน ถามซ้ำๆโดยไม่ฟังคำตอบ สีหน้าเฉยเมย ขาดจินตนาการ

3. มีการกระทำและความสนใจซ้ำซาก แสดงพฤติกรรมซ้ำๆทั้งการกระทำและความคิด (เพ็ญแข ลิ่มศิลา. 2545 : 15) แสดงออกเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเด็กในวัยเดียวกัน แยกตัว ไม่สนใจใคร ไม่สบตา เล่นกับเด็กอื่นไม่เป็น เล่นสมมุติไม่เป็นเพราะขาดจินตนาการ

4. ปัญหาทางด้านพฤติกรรม สามารถสังเกตเห็นได้ตั้งแต่ในระยะ 3 ปีแรก(American Psychiatric Association. 1994 : 70-71) โดยเฉพาะความบกพร่องด้านสังคมและการสื่อสารซึ่งเป็นความผิดปกติที่ปรากฏเด่นชัดในเด็กออทิสติก (Schieibman, Koegel, & Koegel, 1989: Adam, 2003: Wolfberg, 1999: Wetherbyl Prizant & Prizant, 2000)

ในเด็กออทิสติกแต่ละคนจะพบความบกพร่องทั้ง 4 ด้านร่วมกัน โดยจะมีความรุนแรงของแต่ละอาการแตกต่างกันไป (American Psychiatric Association. 1996 : 66)

โรคออทิซึมเป็นโรคจิตเวชเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กออทิสติกอย่างรุนแรง เป็นสาเหตุให้มีความแแปรปรวนของพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ และสภาพจิต ทำให้เด็กออทิสติกขาดความสามารถในการดำเนินชีวิตที่สมบูรณ์ ขาดความสนใจในตัวเองและสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถปฏิบัติตามที่สังคมคาดหวังได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นและเป็นปัญหาสังคม ถึงแม้ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว มีเพียงส่วนน้อยที่สามารถรักษาให้ดีขึ้น ส่วนใหญ่ยังมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ และขาดความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆได้เต็มที่ จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต(ชาญยุทธ์ ศุภคุณภิญโญ, 2547)

ทั้งนี้เนื่องมาจากสาเหตุหลักบางประการที่เห็นได้ชัด คือ เด็กเป็นวัยที่กำลังอยู่ในระยะของกระบวนการพัฒนาในทุกๆด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ภาษา สติปัญญาและบุคลิกภาพ ดังนั้นพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกจึงมีการเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการ และการที่ตัดสินความผิดปกติของพฤติกรรม ทั้งในแง่ของการวินิจฉัย และการบำบัดรักษาอาการของโรคก็ต้องคำนึงถึงระยะพัฒนาการเสมอ (จำลอง ดิษยวณิช และ พริ้มเพรา ดิษยวณิช. 2542 : 350)

เด็กออทิสติกมีความบกพร่องอย่างเด่นชัดในด้านสังคมและการสื่อสารเมื่อเปรียบเทียบกับพัฒนาการของเด็กปกติ (Schieibman, Koegel, & Koegel, 1989) พฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องทางสังคม ได้แก่ การไม่เล่นกับเด็กอื่น การขาดทักษะการเลียนแบบ และไม่มีความคิดที่เป็นจินตนาการ (Stone & Lemanek, 1990) ทำให้เด็กออทิสติกขาดโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การเล่นของเด็กออทิสติก เด็กจะเล่นกับวัตถุ(Object Play) มากกว่าการเล่นแบบสังคม (Social Play) ซึ่งการเล่นกับวัตถุมีลักษณะการเล่นไม่ค่อยสร้างสรรค์ ขาดความยืดหยุ่นและหลากหลายในวิธีการเล่น ซึ่งทำให้เด็กออทิสติกมีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพ

หรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นโดยลักษณะสำคัญตามข้อบ่งชี้ทางสังคมของเด็กกลุ่มนี้มี 4 ประการ คือ 1.มีความบกพร่องในการใช้ท่าทาง เช่น การสบตา การแสดงสีหน้า กิริยาหรือท่าทางประกอบการเข้าสังคม 2.ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมวัยได้อย่างเหมาะสม 3.ไม่แสวงหาที่จะเข้าร่วมสนุก ร่วมความสนใจ หรือร่วมความสำเร็จกับผู้อื่น และ 4.ไม่แสดงการโต้ตอบทางอารมณ์หรือสังคมกับผู้อื่น (American Psychiatric Association. 1994 : 70-71) ในเด็กออทิสติกแต่ละคนจะพบความบกพร่องทั้ง 4 ด้านร่วมกัน โดยจะมีความรุนแรงของแต่ละอาการแตกต่างกันไป บางรายมีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย ร้อยละ4-32มีอาการชักร่วมด้วย ซึ่งทำให้ผลของการรักษาและการช่วยเหลือโดยการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร (เพ็ญแข ลิ่มศิลา, 2540) ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบกันแล้ว เด็กที่มีภาวะออทิซึม (Children with Autism) หรือเด็กออทิสติก (Autistic Children) จะมีความสามารถที่ด้อยกว่าเด็กวัยเดียวกัน และไม่สามารถใช้ศักยภาพของตนในการดำรงชีวิตได้เช่นเดียวกับเด็กปกติ การรักษาตลอดจนการให้ความช่วยเหลือแก่เด็กกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญและควรกระทำตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (Early Intervention) (เพ็ญแข ลิ่มศิลา. 2540 : 1-5; ศัลนีย์ สุดประเสริญ. 2538 : ไม่ปรากฏเลขหน้า)

ปัจจุบันไม่มียาที่รักษาเด็กออทิสติกให้หายได้ (กรมสุขภาพจิต, 2546) การรักษาทางยาใช้ในกรณีที่เด็กออทิสติกเริ่มมีพัฒนาการด้านการเรียนรู้ แต่สามารถเริ่มเรียนรู้ได้เพียงระยะเวลาสั้นๆ ขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง วอกแวกบ่อย ลุกจากที่นั่งบ่อย วิ่งไปวิ่งมา นอกจากนี้ใช้เพื่อควบคุมอาการหงุดหงิดมาก เคลื่อนไหวซ้ำซาก ก้าวร้าว ไม่เข้าสังคมและในรายที่มีอาการซึมเศร้า หรือมีอาการชักร่วมด้วย และในรายที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงเมื่อมีความไม่สบายใจ ระยะเวลาของการให้ยาในเด็กแต่ละคนไม่เท่ากัน การใช้ยาจึงอาจใช้ระยะเวลานานเป็นปี โดยมุ่งเน้นให้เด็กมีลักษณะทางพัฒนาการใกล้เคียงเด็กปกติมากที่สุด ยึดหลักพัฒนาการบำบัดครอบคลุมพัฒนาการ 4 ด้าน คือ ด้านสังคม ด้านการสื่อความหมาย ด้านพฤติกรรม และด้านการเรียนรู้ ถ้าสามารถใช้การรักษาร่วมเพื่อบำบัดแก้ไขความผิดปกติด้านพัฒนาการช่วยเหลือให้เด็กสามารถใช้ภาษา และทำกิจวัตรประจำวันได้ ก็ไม่จำเป็นต้องใช้ยา (เพ็ญแข ลิ่มศิลา, 2541)

การรักษาร่วมในปัจจุบันที่ใช้กันอยู่ ได้แก่ การลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ กิจกรรมบำบัด การฝึกพูด การกระตุ้นพัฒนาการ ดนตรีบำบัด เป็นต้น

สรุปได้ว่ายังไม่มีการบำบัดรักษาใดที่สามารถช่วยเหลือเด็กออทิสติกให้หายขาดจากโรคได้ ทั้งนี้เพราะความบกพร่องอย่างรุนแรงและความล่าช้าของพัฒนาการหลายด้าน ทำให้เด็กออทิสติกมีความบกพร่องในการเข้าใจ "คน"และส่งผลกระทบโดยรวม ดังนี้คือ

เด็กออทิสติกไม่เข้าใจความคิดความรู้สึกของคนอื่น ทำให้ไม่สามารถเข้าใจสถานการณ์ทางสังคม มีความบกพร่องในการรับรู้เชิงสังคม แยกแยะความแตกต่างระหว่างบุคคลแต่ละคน

และความแตกต่างระหว่างบุคคลกับสิ่งอื่นได้ยาก มีปัญหาสัมพันธภาพจึงชอบแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่กระตือรือล้นที่จะทำให้คนอื่นพอใจ ไม่มีความสนใจร่วม มีการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม สื่อสารไม่เข้าใจทำให้เรียนรู้ได้ช้า และต่อต้านการสอน

ด้านความบกพร่องในการรับสัมผัส เด็กออทิสติกไวต่อสิ่งเร้ารอบตัว สิ่งเร้าบางอย่างกระตุ้นให้เกิดอาการตื่นกลัว เด็กจะสับสนและเครียดเมื่อมีสิ่งเร้ามาก สมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่ง ชอบอยู่ตามลำพัง และแสดงพฤติกรรมแปลกๆ

เด็กออทิสติกมีความบกพร่องทางภาษา ทั้งด้านความเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาในการสื่อสาร ฟังไม่เข้าใจ ขาดจินตนาการ ขาดความสนใจในการร่วมสนุกร่วมเล่นและร่วมความสำเร็จกับเด็กในวัยเดียวกัน เด็กออทิสติกพูดหรืออธิบายไม่เป็น บอกความต้องการของตนไม่ได้ทำให้คนรอบข้างไม่เข้าใจ เป็นเหตุให้เด็กหงุดหงิด และก้าวร้าว

ด้านความบกพร่องในการจัดระบบ เด็กออทิสติกวางขอบเขตให้ตัวเองไม่ได้ สับสนง่าย ควบคุมพฤติกรรมตนเองไม่ได้ มีพฤติกรรมแปลกๆ อารมณ์รุนแรง ไม่เข้าใจกฎ ทำตามระเบียบไม่ได้ ไม่มีสมาธิ ไม่อยู่นิ่ง ความจำเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนไม่ดี สับสนในลำดับขั้นตอน นึกไม่ออกว่าต้องทำอะไรต่อไป กังวลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง แต่รู้สึกปลอดภัยและสบายใจเมื่ออยู่กับสิ่งที่คุ้นเคย ชอบทำกิจวัตรเดิมๆซ้ำๆ ปรับตัวได้ยากเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง ไม่ยอมรับสิ่งใหม่ๆ ไม่ชอบเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ปรับตัวยาก

สรุปสิ่งที่เกิดขึ้นกับเด็กออทิสติกได้ว่า มีความผิดปกติทางสมอง สมองบางส่วนมีการเปลี่ยนแปลงและทำหน้าที่บกพร่อง เป็นเหตุให้มีความผิดปกติหลายด้าน ทั้งการสื่อสาร การรับรู้ทางสังคม การรับรู้สิ่งเร้ารอบตัว การจัดระบบภายในตนเอง และมีอาการผิดปกติในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการเล่นของเด็กที่ไม่เหมาะสมกับวัย คือเล่นในลักษณะสำรวจ เล่นสมมุติไม่เป็น ขาดความคิดสร้างสรรเนื่องจากไม่ทราบถึงวิธีการเล่นจึงไม่สามารถเข้าร่วมเล่นกับเด็กอื่นๆได้ เกิดปัญหาด้านสังคมและอารมณ์ ต่อต้านการเปลี่ยนแปลง มีความกลัวอย่างไม่มีเหตุผล และมีความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวัน

ภาวะบกพร่องและความล่าช้าด้านพัฒนาการของเด็กออทิสติกส่งผลกระทบให้เด็กออทิสติก และครอบครัวได้รับความทุกข์ทรมานเป็นระยะเวลายาวนาน และอาจเกิดการลุกลามของปัญหาที่มีผลเสียหายร้ายแรง พยาบาลจะต้องตัดสินใจในระดับที่ยากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนทั้งร่างกายและจิตใจ การตัดสินใจนั้นต้องอาศัย การผสมผสานของทั้งประสบการณ์และการใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลร่วมกับหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ ความรู้ทางวิชาการ และ งานวิจัยต่างๆในการประเมินภาวะสุขภาพและทดสอบพัฒนาการเด็กออทิสติกอย่างเป็นระบบ เพื่อคัดกรองให้ทราบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัย เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา หรือมีปัญหาพัฒนาการแล้ว สำหรับจัดบริการสุขภาพ เตรียมการศึกษา การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการอบรม

เลี้ยงดู และการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้ก้าวหน้าได้สูงสุดเต็มตามศักยภาพ โดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน ตรวจละเอียด ใช้ได้สะดวกอย่างกว้างขวางในงานวิจัยและการประเมินผลโครงการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กออทิสติกอย่างเป็นรูปธรรม คือสามารถทดสอบพัฒนาการและแปลผลได้อย่างถูกต้อง (DENVER II, 2546)

การบำบัดรักษาปัญหาสุขภาพจิตด้วยการเล่นบำบัดเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับเด็กเล็กโดยเฉพาะเด็กที่ยังไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาอย่างผู้ใหญ่ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสังคม อารมณ์ ความนึกคิด จินตนาการ ความฝัน ความคับข้องใจ การรู้จักตนเอง ความคิดเห็นเกี่ยวกับสัมพันธภาพพ่อ-แม่และตัวเด็กเอง ในผู้ใหญ่หรือเด็กโตเราใช้การพูดเป็นสื่อในการรักษาแบบจิตบำบัด(Psychoanalytic oriented psychotherapy) และจิตวิเคราะห์ ส่วนการเล่นบำบัดเป็นการรักษาจิตบำบัดอิงจิตวิเคราะห์แบบหนึ่งในงานสุขภาพจิตเด็ก ดังนั้นจำเป็นต้องมีของเล่นเป็นสื่อจึงเรียกว่า การเล่นบำบัด (Play therapy) (สุภา มาลากุล ณ อยุธยา, 2549)

สิ่งสำคัญเบื้องต้นในการเล่นบำบัด คือการที่ผู้บำบัดและผู้ป่วยสามารถสื่อสารกันได้ และผู้บำบัดสามารถประเมินปัญหาและความขัดแย้งภายในจิตใจที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเกิดในระดับจิตสำนึก ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มารับการรักษา ส่วนใหญ่ระดับจิตสำนึกมีความยินยอมและเต็มใจมารับการรักษาในขณะที่ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีลักษณะตรงกันข้าม นอกจากนี้ผู้ใหญ่มีพัฒนาการทางการสื่อสารดีเพียงพอที่จะเล่า รับฟัง เชื่อมโยง และเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งเด็กยังทำได้ไม่ดีนัก ดังนั้นการเล่นจึงเป็นวิธีการหนึ่งเพื่อใช้เข้าถึงเด็กเพื่อการประเมินและบำบัด (สุวรรณี พุทธศรี, 2549)

พยาบาลผู้บำบัดใช้แนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพบพลาวซึ่งเป็นกระบวนการสัมพันธภาพที่มีความหมาย ช่วยลดแรงต้านของเด็ก เพราะการพูดคุยกับเด็กผ่านการเล่น เด็กจะยอมรับผู้บำบัดได้มากขึ้น (บัณฑิต ศรไพศาล, 2549) การร่วมเล่นพูดคุยโต้ตอบกับเด็กช่วยให้พยาบาลผู้บำบัดรู้จักเด็กเป็นรายบุคคลทั้งกาย บุคลิกภาพ ความรู้สึกนึกคิด ความหวัง การรู้จักตนเอง ความคับข้องใจ ความปรารถนา และการรู้จักตัดสินใจ เพื่อช่วยให้เด็กรู้จักตนเอง รับรู้สถานการณ์ที่เป็นปัญหาอย่างถูกต้อง ส่งผลให้เกิดปัจจัยบำบัด ปรับตัวเพื่อการเจริญเติบโต (Growth) และพัฒนาการ(Development)ของบุคคลทั้งสองฝ่าย และการทำหน้าที่ร่วมกับกระบวนการอื่นๆของมนุษย์ ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) การปฏิบัติการส่วนใหญ่จะเน้นที่กระบวนการสร้างและรักษาสัมพันธภาพที่เต็มไปด้วยความอบอุ่นและไว้วางใจ โดยเน้นเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อช่วยพัฒนาระบบตัวตนให้สามารถผสมผสานความต้องการและประสบการณ์อย่างมีแบบแผน บรรลุเป้าหมายตามความคาดหวัง พยายามหาหนทางให้ตนเองสมหวัง ช่วยลดความไม่พึงพอใจ ความคับข้องใจ ความเครียดและความวิตกกังวลด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ พัฒนารูปแบบความกลัวไปในทางสร้างสรรค์โดย

การเล่นระบายอารมณ์ เกิดจินตนาการ อารมณ์เชิงบวก และทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงความคิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปรับปรุงตนเองซึ่งประเมินได้จากปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนของการบำบัด

ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการเล่นบำบัดของ Beyer และ Gammeltoft (2001) เป็นเครื่องมือในการปรับแก้ลักษณะการเรียนรู้ทั้งทักษะและวิธีการเล่นเพื่อแก้ไขความบกพร่องด้านพัฒนาการ ช่วยให้เด็กรับรู้ความเป็นตัวตน พัฒนาความรู้จักตนเอง(จินตนา ยูนิพันธ์, 2544) เรียนรู้การเรียกชื่ออวัยวะต่างๆ แล้วแยกว่าอะไรคือของตนเอง อะไรคือของคนอื่นด้วยการมองตนในกระจกตลอดจนรับรู้ความเป็นเจ้าของความคิดและการกระทำ การพัฒนาความเป็นตัวตนนี้ พยาบาลจะพัฒนาควบคู่ไปกับการกระทำกิจวัตรประจำวัน จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมการแก้ไขปัญหาด้านพัฒนาการที่เหมาะสมตามระดับสติปัญญาและระดับพัฒนาการ ประคับประคองเด็กออทิสติกให้มีความมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สามารถสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลผู้บำบัด และเพื่อนในวัยเดียวกัน ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาทักษะที่จำเป็นอื่นๆโดยเฉพาะทักษะด้านสังคมและภาษา และเปิดโอกาสให้เด็กมีพัฒนาการของจิตใจต่อไปเต็มตามศักยภาพที่มีอยู่ อย่างเป็นสุข

พยาบาลผู้บำบัดประเมินผลการเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการอย่างใกล้ชิด โดยใช้ The FIM™ Instrument ซึ่งได้รับการออกแบบให้ใช้โดยบุคลากรทุกสาขาอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการทดสอบการใช้งานตั้งแต่ปี ค.ศ.1984และใช้กันอย่างแพร่หลายในปี ค.ศ.1988 เป็นต้นมา เป็นเครื่องมือพื้นฐานบอกระดับความรุนแรงของการสูญเสียความสามารถและใช้ติดตามผลการรักษาเมื่อได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว การวัดความสามารถแต่ละอย่างจำเพาะเจาะจงมาก กระชับ สามารถใช้ได้ง่าย รวดเร็ว เชื่อถือได้ สามารถใช้วัดระดับความสามารถด้านต่างๆ รวมทั้งการสื่อสาร ความจำ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นของผู้ป่วยแรกรับ เมื่อเสร็จสิ้นขบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล และใช้ติดตามผลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยแบ่งระดับความสามารถในการทำกิจกรรมเป็น 7 ระดับ เพื่อบ่งบอกความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งความจำเป็นของการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ที่จะคงคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กออทิสติกแต่ละคนไว้

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาสนใจศึกษาการใช้การเล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก กลุ่มที่มีระดับความรุนแรงปานกลาง อายุ 3 – 6ปี ที่อยู่ในวัยเล่น เป็นกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีโอกาสพัฒนาศักยภาพให้ดีขึ้นและเข้าสู่ระบบการศึกษาได้ โดยการจัดประสบการณ์การเล่นอย่างมีเป้าหมาย เพื่อช่วยให้เด็กออทิสติกสามารถพัฒนาตัวตน เข้าใจความรู้สึกของตัวเองและผู้อื่น รอคอยได้ มีสมาธิ มีความสนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้นซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นต่อไป

คำถามการศึกษา

พัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกภายหลังได้รับการบำบัดด้วยการเล่นจะสูงกว่าก่อนการบำบัดหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกก่อนและหลังการใช้การ เล่นบำบัดในการพยาบาลเด็กออทิสติก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

จากการศึกษาผลงานวิจัยและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าการเล่นบำบัดมีความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการโดยเฉพาะด้านสังคมของเด็กออทิสติก(Quill, 2002) ในการเล่นที่มีผู้ใหญ่เข้าร่วมกับเด็กจะช่วยให้บรรยากาศการเล่นง่ายต่อเด็กออทิสติกมากขึ้น เพราะเด็กออทิสติกมีความยากในการริเริ่มการเล่นด้วยตัวเอง แต่สามารถทำได้ดีถ้าหากสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวถูกจัดให้เหมาะสมเพื่อการเล่น และความต้องการของเด็กออทิสติก ผลการศึกษาพบว่าเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมโครงการ มีการพัฒนาคุณภาพของการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Beyer & Gammeloft, 2001)

การศึกษาเกี่ยวกับ Expressive Movement Play Therapy ซึ่งประกอบด้วย 18 session ที่ประเมินในเรื่องของการพูดกับการเคลื่อนไหวร่างกาย การพูดกับการตอบสนองทางร่างกายและทักษะทางสังคมที่เป็นอิสระ พฤติกรรมการเล่นคู่ขนาน และพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ โดยศึกษากับผู้ป่วยเด็กออทิสติก 1 คน ผลการศึกษาพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น จากค่าคะแนนเฉลี่ยและจากผลการประเมินของครูพบว่าทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกมีคะแนนดีขึ้น (Adam & Garriott, 2003)

การศึกษาการจัดทำโปรแกรมเบื้องต้นในการฝึกทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติก 24 คน ทำการประเมินผลในระยะเวลา 1 เดือน จากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมนี้ประสบความสำเร็จคือทำให้ทักษะทางสังคมของเด็กดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม เด็กจะไม่มีการพัฒนาการเล่นอย่างต่อเนื่องถ้าหากไม่ได้รับการกระตุ้น ดังนั้นภายหลังการจัดการเล่นแบบ 1: 1 ควรจัดการเล่นเป็นกลุ่มเล็กๆเพิ่มเติมด้วย (Berckelaer & Onnes, 2003) การศึกษาโดยทบทวนอุบัติการณ์ในเรื่องของความยากลำบากในการเล่นสมมุติในเด็กออทิสติก โดยมุ่งความสามารถเฉพาะบุคคลในสถานการณ์การเล่นอิสระ มากกว่าสถานการณ์ที่ถูกจัดระบบ จากการศึกษาพบว่าเด็กออทิสติกมีความยากลำบากในการเล่นสมมุติ แต่ปัญหาความยุ่งยากในการเล่นสมมุติของเด็กออทิสติกจะลดลงได้ ถ้าหากว่าเด็กออทิสติกอยู่ในสถานการณ์ที่กำหนดเอาไว้ และมีการจัดระบบเพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจได้ดียิ่งขึ้น (Jarrold, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการเล่นสมมุติใน

เด็กออทิสติกว่ามีความยากลำบาก จำเป็นต้องได้รับการสอนอย่างมีขั้นตอน (Sherratt, 1999) ; (Wolfberg, 1999)

การทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับการเล่นและทักษะทางภาษาที่ผิดปกติของเด็กออทิสติก โดยเปรียบเทียบระหว่างเด็กออทิสติกกับเด็กที่มีความบกพร่องเกี่ยวกับพัฒนาการกลุ่มอื่นๆซึ่งพบว่ามีการเล่นมาก่อนภาษาแต่ในเด็กออทิสติกบกพร่องทั้งภาษาและการเล่นผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างการเล่นและภาษาอาจสัมพันธ์กับการมีปฏิสัมพันธ์ของเด็กและผู้ปกครองในระหว่างการเล่น(Lewis, 2003)

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเล่นและความพึงพอใจในการเล่นกับวัตถุของเด็กออทิสติกในสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด โดยการออกแบบการเล่นอย่างเป็นระบบ ตามแนวคิดของLibby et al. (1998) พบว่าเด็กออทิสติกสามารถริเริ่มการเล่นด้วยตนเอง ชอบเล่นของเล่น มีความพอใจในการเล่นสำรวจและการเล่นสมมุติ และไม่พบความบกพร่องในการเล่นแบบสมมุติ พบว่าเด็กออทิสติกแต่ละคนมีพัฒนาการของปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนแตกต่างกัน และเสนอแนะว่าการใช้อุปกรณ์ของเล่นในการเล่นบำบัดมีผลดีต่อการปรับพฤติกรรมมากกว่าการเล่นที่ไม่ใช้อุปกรณ์ในการเล่น(Dominguez et al, 2006) สอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่ว่า การเลือกอุปกรณ์ของเล่นด้วยตนเองของเด็กออทิสติกเป็นระบบการจัดการกับความยุ่งยากในการสื่อสารกับผู้อื่นหรือการเกี่ยวข้องกับอุปกรณ์การเล่นอื่นๆ ดังนั้นการจัดเตรียมอุปกรณ์ของเล่นที่เหมาะสมกับเด็กออทิสติกจะช่วยลดความยุ่งยากในการเล่นของเด็กและช่วยให้เด็กออทิสติกเรียนรู้การเล่นได้ง่ายขึ้น มีข้อเสนอแนะอีกว่าของเล่นประเภทของใช้ในชีวิตประจำวันที่ใช้ในบ้าน และของเล่นที่เร้าให้เกิดการแสดงออก(เช่น ตุ๊กตาจำลองมนุษย์ค้างคาว) จะช่วยสร้างแรงจูงใจให้เด็กออทิสติกก้าวข้ามวงจรแห่งความยุ่งยาก และประสบความสำเร็จในการร่วมสถานการณ์การเล่นบำบัด (Williams et al, 1999)

ผู้ศึกษาได้มีโอกาสเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้การเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกตลอดจนการใช้เครื่องมือในการทดลองและเครื่องมือกำกับการทดลองของวิมล เนติวิธวรกุล (พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์) ผู้ริเริ่มและพัฒนาการใช้การเล่นบำบัดตามแนวคิดของ Beyer และ Gammeltoft (2001) เพื่อพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก ที่มารับบริการทุกวันที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ในเดือนพฤศจิกายน 2549 เป็นเวลา 1 เดือน พบว่าเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมโปรแกรมการเล่นบำบัด มีพัฒนาการด้านสังคมและภาษาดีขึ้นอย่างชัดเจน ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและสนใจประยุกต์ใช้โปรแกรมการเล่นบำบัดของวิมล เนติวิธวรกุล ในบริบทของเด็กออทิสติกที่มีพัฒนาการระดับปานกลาง และมาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

แนวคิดในการศึกษาและการจัดกิจกรรมครั้งนี้อ้างอิงจากความผิดปกติของเด็กออทิสติกที่มีพัฒนาการแตกต่างจากเด็กปกติในวัยเดียวกัน เด็กออทิสติกไม่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองทั้งหมด เช่น เด็กออทิสติกไม่สามารถเลียนแบบและแสดงบทบาทสะท้อนกลับได้ซึ่งแตกต่างจากเด็กปกติทั่วไป ส่งผลให้เด็กออทิสติกขาดทักษะในการเล่นที่ซับซ้อน การเล่นที่ต้องอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน 2 คน หรือมากกว่า ขาดการเชื่อมโยงการเล่นกับประสบการณ์เดิม หรือมีความลำบากในการเชื่อมโยง ซึ่งต่างจากเด็กปกติ ดังนั้นในการเล่นบำบัด จึงเริ่มด้วยการฝึกมุ่งให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับพยาบาลผู้บำบัด 1 คนก่อน เพื่อให้เด็กออทิสติกได้เลียนแบบการเล่น เมื่อเด็กออทิสติกทำได้แล้ว จึงจัดสถานการณ์ให้ได้เล่นกับเด็กคนอื่นๆต่อไป

ผู้ศึกษากำหนดกรอบแนวคิดโดยใช้หลักการของ Beyer และ Gammeltoft (2001) ที่อธิบายว่าเด็กออทิสติกสามารถเรียนรู้ที่จะจดจำลำดับของกิจกรรมภายใต้การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมทักษะด้านสังคมและการเรียนรู้ สามารถชดเชยให้เรียนรู้ได้อย่างเหมาะสมโดยการจัดระบบ กำหนด กฎ กติกา และการจัดกิจกรรมที่สามารถเดาสิ่งที่จะเกิดต่อไปได้ มีการจัดลำดับก่อนหลังและใช้การเรียงลำดับที่ชัดเจนสม่ำเสมอโดยใช้กลวิธีผ่านการรับรู้ทางสายตาเป็นหลัก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการสื่อสารทั้งการรับสารและการส่งสาร ในการสอนเด็กใช้การแนะนำ การกระตุ้นเตือนหรือการจับมือทำ เพื่อให้เด็กมีประสบการณ์ที่ดี และเกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรม พยายามจัดสิ่งต่างๆให้ง่ายต่อการเข้าใจ โดยการกำหนดขั้นตอนหรือข้อตกลงที่ชัดเจน กำหนดเส้นบอกขอบเขต จัดตารางเวลา การติดภาพบอกตำแหน่งสิ่งของและการติดภาพบอกที่นั่งของเด็กแต่ละคน การจัดการเล่นทำโดยผู้บำบัดจัดของเล่นและดูแลร่วมเล่นกับเด็ก

การเล่นตามแนวคิดของ Beyer และ Gammeltoft (2001)ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

1. ระยะการสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วยการเล่น ที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลผู้บำบัด การสร้างสัมพันธภาพ ทำให้เกิดความไว้วางใจและเกิดการพัฒนาตัวตนซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาทักษะทางด้านสังคมและภาษา

2. ระยะบำบัด ประกอบด้วย การบำบัดรายบุคคล และรายกลุ่ม

การบำบัดรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน กิจกรรมในระยะบำบัดจะทำให้เด็กเรียนรู้ กฎ กติกาและมีทักษะในการอยู่ร่วมกับคนอื่น รวมทั้งพัฒนาความเข้าใจคำศัพท์ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน สามารถสื่อสารด้วยท่าทางและคำพูดได้อย่างเหมาะสม

การบำบัดรายกลุ่ม ประกอบด้วย การเล่นเกมที่ส่งเสริมให้รู้จักการรอคอย การเรียนรู้กฎ กติกา และการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน เป็นการใช้ทักษะทางสังคมและภาษาในสถานการณ์จริง

รวมทั้งพัฒนาความเข้าใจคำศัพท์ที่ใช้ในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น และสามารถสื่อสารด้วยท่าทางและคำพูดได้อย่างเหมาะสม

พยาบาลผู้บำบัดกำหนดสถานการณ์การเล่นที่มีการเตรียมกำกับ ควบคุมสภาพแวดล้อมของเด็กออทิสติกให้เอื้อต่อการสร้างสัมพันธภาพและการติดต่อสื่อสารกับเด็ก ให้ความสำคัญกับการกำหนดสถานการณ์ จัดหาสถานที่ที่สงบและไม่มีสิ่งรบกวนในการจัดการเล่นบำบัด ใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดโดยการสื่อสารความรู้สึกกับเด็กออทิสติก แสดงออกถึงการยอมรับเด็กออทิสติกทั้งด้านบวกและด้านลบขณะเล่นบำบัด พยาบาล ผู้บำบัดเป็นผู้ควบคุมเด็กและให้การสนับสนุนที่จำเป็น การทำกิจกรรมบนโต๊ะเป็นเหมือนการกำหนดขอบเขตให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น การเล่นเป็นหนทางในการทำกิจกรรมร่วมกัน และนำไปสู่การฝึกกิจวัตรประจำวันและขยายไปสู่การสร้างสรรค์ หรือกิจกรรมฝึกการรับสัมผัสและการเคลื่อนไหวที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่สถานการณ์ภายนอกได้ การช่วยเหลือและการจัดการเล่นให้เด็กออทิสติกเกิดความพึงพอใจสะท้อนตัวตนหรืออารมณ์ของเด็ก สามารถจัดการกับความต้องการจริงๆของเขาได้ โดยเด็กออทิสติกจะเรียนรู้ที่จะแสดงอารมณ์ ปลดปล่อยพลังงานออกมาซึ่งเป็นสัญชาติญาณในการปรับตัวและการดำรงชีวิตประจำวัน (Wolfberg, 1999) ในกรณีที่เด็กไม่ได้รับการบำบัดเด็กออทิสติกจะมีความบกพร่องด้านพัฒนาการที่เรื้อรังติดตัวไปตลอดชีวิต ขาดโอกาสทางการศึกษาและเป็นภาระของครอบครัวและสังคมอย่างมาก

กล่าวโดยสรุปจากแนวคิดข้างต้น ผู้ศึกษาเชื่อว่าการใช้การเล่นบำบัดในการพยาบาลเด็กออทิสติกจะทำให้พัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกดีขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงตั้งสมมุติฐานการศึกษาว่า พัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกดีขึ้นภายหลังการเล่นบำบัด

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้การเล่นบำบัดในเด็กออทิสติก อายุ 3 – 6 ปี ที่มารับการรักษาที่งานผู้ป่วยนอก(จิตเวชเด็กและวัยรุ่น) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเป็น Autism ตามข้อวินิจฉัยของDSM IV(American Psychiatric Association, 1994) มีระดับความรุนแรงปานกลาง โดยใช้เกณฑ์การจำแนกความรุนแรงตามพฤติกรรมและการเรียนรู้ ที่พัฒนาขึ้นใช้ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา คือมีความล่าช้าของพัฒนาการด้านภาษา การสื่อสาร ทักษะสังคม การเรียนรู้ รวมทั้งด้านการช่วยเหลือตนเอง มีปัญหาพฤติกรรมกระตุ้นตนเอง แต่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และอาจเรียนในระบบได้ถึงระดับหนึ่ง

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น คือ การเล่นบำบัด

ตัวแปรตาม คือ พัฒนาการด้านสังคมและ
พัฒนาการด้านภาษา ของเด็กออทิสติก

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การเล่นบำบัด (Play Therapy) หมายถึง กิจกรรมที่ได้รับการพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Beyer และ Gammeltoft (2001)(วิมล เนติวิวิธวรกุล, 2548) และดำเนินการตามลำดับ โดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กออทิสติกผ่านการเล่น พยาบาลผู้บำบัดเป็นผู้กระตุ้นเด็กให้สนใจกับการรับรู้ศักยภาพของตน รับรู้ความรู้สึกความเป็นตัวของตัวเอง กระตุ้นให้เกิดการสร้างพฤติกรรมใหม่ๆโดยไม่เกิดความวิตกกังวล และทำให้สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่คิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ หรือทำให้เกิดจินตนาการได้ การเล่นบำบัดประกอบด้วย 2 ขั้นตอน 15 คาบ ระยะเวลา 3 สัปดาห์ คือ

1. ระยะการสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้บำบัดใช้กิจกรรมการเล่นที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ของเด็กออทิสติกกับพยาบาลผู้บำบัด มุ่งให้เกิดความไว้วางใจ และสร้างเสริมการพัฒนาตัวตนในเด็ก

2. ระยะบำบัด ประกอบด้วย การบำบัดรายบุคคล และรายกลุ่ม

2.1 การบำบัดรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน กิจกรรมในระยะบำบัดจะทำให้เด็กเรียนรู้ กฎ กติกา และมีทักษะในการอยู่ร่วมกับคนอื่น รวมทั้งพัฒนาความเข้าใจคำศัพท์ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน สามารถสื่อสารด้วยท่าทางและคำพูดกับพยาบาลผู้บำบัดได้อย่างเหมาะสม

2.2 การบำบัดรายกลุ่ม ประกอบด้วย การเล่นเกมที่ส่งเสริมให้รู้จักการรอคอย การเรียนรู้กฎกติกา และการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน เป็นการใช้ทักษะทางสังคมและภาษาในสถานการณ์จริง รวมทั้งพัฒนาความเข้าใจคำศัพท์ที่ใช้ในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น และสามารถสื่อสารด้วยท่าทางและคำพูดได้อย่างเหมาะสม

การใช้การเล่นบำบัด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการเตรียมความรู้และทักษะในการดำเนินการเล่นบำบัดกับเด็กออทิสติกที่งานผู้ป่วยนอก (จิตเวชเด็กและวัยรุ่น) ระยะเวลานาน 15 วัน

เด็กออทิสติก หมายถึง ผู้ป่วยเด็ก อายุระหว่าง 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก(จิตเวชเด็กและวัยรุ่น) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กว่าป่วยเป็นโรคออทิซึมโดยใช้การจำแนกโรคตามDSM IV(American Psychiatric Association, 1994) และมีระดับความรุนแรงปานกลาง ตามเกณฑ์การจำแนกที่พัฒนาขึ้นใช้ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา คือมีพัฒนาการล่าช้าทางด้านภาษา การสื่อสาร ทักษะสังคม การเรียนรู้ รวมทั้งด้านช่วยเหลือตนเอง และมีปัญหาพฤติกรรมกระตุ้นตนเอง แต่สามารถพัฒนาจนช่วยเหลือตัวเองได้ และอาจเรียนในระบบได้ถึงระดับหนึ่ง

พัฒนาการทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น เป็นการเชื่อมโยงระหว่างอารมณ์และพฤติกรรม ได้แก่ ทักษะการสื่อสารโดยท่าทาง เช่น การสบตา การแสดงสีหน้า และท่าทางต่างๆ ในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ เช่น การเข้าใจกฎ กติกา การรู้จักการรอคอย การสลับบทบาท การแสดงความเป็นเจ้าของ เป็นต้น ความรู้สึกสนุกร่วมกับผู้อื่น มีความสนใจร่วมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งกับผู้อื่นได้ ในการศึกษานี้วัดได้โดยใช้เครื่องมือของ วิมล เนติวิธวรกุล (2548) คือ แบบประเมินพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก

พัฒนาการทางภาษา หมายถึง ความสามารถในการฟังเข้าใจในการสื่อสารกับบุคคลอื่น การเข้าใจคำสั่ง หรือคำพูดในชีวิตประจำวัน หรือที่คุ้นเคย รวมทั้งความสามารถในการใช้คำพูดในการสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ถูกต้องเหมาะสมในเวลาที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ วัดได้โดยใช้เครื่องมือของวิมล เนติวิธวรกุล(2548) คือ แบบประเมินพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโดยใช้การเล่นบำบัดเพื่อพัฒนาทักษะด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก

2. เป็นแนวทางในการศึกษาประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการใช้การเล่นบำบัดเพื่อพัฒนาทักษะด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก