

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการใช้การเล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก ผู้ศึกษาได้ค้นคว้า ตำรา เอกสารงานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเรื่อง เด็กออทิสติก
  - 1.1 ความหมาย
  - 1.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรค
  - 1.3 อาการและการรักษา
  - 1.4 การเล่นในเด็กออทิสติก
2. การพยาบาลเด็กออทิสติก
  - 2.1 การพยาบาลเด็กออทิสติกในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
  - 2.2 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว
  - 2.3 กระบวนการพยาบาลเด็กออทิสติก
3. พัฒนาการเด็ก
  - 3.1 พัฒนาการโดยทั่วไป
  - 3.2 พัฒนาการด้านสังคม
  - 3.3 พัฒนาการด้านภาษา
  - 3.4 การประเมินพัฒนาการเด็ก
4. การเล่นสำหรับเด็ก
  - 4.1 ความหมายของการเล่น
  - 4.2 ทฤษฎีการเล่น
  - 4.3 ประโยชน์ของการเล่น
  - 4.4 ชนิดของการเล่น
  - 3.5 ชนิดของการเล่นสำหรับเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
5. การเล่นบำบัด
  - 5.1 แนวคิดเชิงทฤษฎี
  - 5.2 การเล่นบำบัดในเด็กออทิสติก
6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการศึกษา

## 1. ความรู้ทั่วไปเรื่องเด็กออทิสติก

### 1.1 ความหมายของเด็กออทิสติก

ออทิสซึม (autism) เป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่รุนแรง เด็กจะมีความผิดปกติเกี่ยวกับพัฒนาการด้านการสื่อสาร ภาษาและอารมณ์อย่างมาก คำว่า ออทิสซึม (autism) จิตแพทย์ ลีโอ แคนเนอร์ เป็นคนแรกที่ได้บัญญัติขึ้นและเป็นผู้กล่าวถึงพฤติกรรมจำเพาะที่พบใน เด็ก ปัจจุบันเรียกเด็กกลุ่มนี้ว่า "เด็กออทิสติก" ซึ่งมีความหมายว่า "เด็กที่อยู่ในโลกของตัวเอง" ตามกฎกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2537 ออกตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ได้จัดโรคนี้ไว้ในประเภทของคนพิการประเภทที่ 4 คือกลุ่มคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม มีอุบัติการณ์ของออทิสซึมประมาณ 40:10,000 (Bertrand J. et al, 2001)

เด็กออทิสติกมีความผิดปกติ 3 ด้านด้วยกัน (จอม ชุ่มช่วย, 2545) คือ

1. มีการสูญเสียทางปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เด็กออทิสติกมักแสดงออกโดยแยกตัวไม่สามารถแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่มีการสบตา หรือการแสดงออกทางสีหน้า กิริยาเด็กออทิสติกจะขาดการแสวงหาเพื่อที่จะเล่นกับเด็กอื่นๆ มักจะเล่นคนเดียวโดยไม่สนใจผู้อื่นเนื่องจากเล่นกับใครไม่เป็น แม้จะเป็นการเล่นอย่างง่าย และเด็กออทิสติกจะมีการกระทำต่อบุคคลหรือสิ่งมีชีวิตอื่นคล้ายสิ่งของ แสดงพฤติกรรมไม่รู้ร้อนรู้หนาว และไม่รู้จักช่วยตัวเองจากอันตรายต่างๆ

2. การสูญเสียการสื่อความหมายทางสังคม ทั้งด้านการพูด (verbal) และการไม่ใช่คำพูด(nonverbal) รวมทั้งไม่มีจินตนาการในการเล่น บ่อยครั้งมักพบว่าเด็กออทิสติกถูกพามาโรงพยาบาลด้วยอาการไม่พูด หรือ พูดซ้ำ ไม่สมวัย เด็กออทิสติกบางคนชอบพูดซ้ำซาก วกไปวนมา พูดเลียนแบบในทันที (immediate echolalia) แม้แต่เด็กออทิสติกที่สามารถพูดได้มากแล้วเด็กจะพูดโดยไม่สนใจว่าจะมีใครฟังหรือไม่ และไม่สนใจที่จะโต้ตอบหรือไม่สนทนากับผู้อื่น

3. การกระทำซ้ำๆ เด็กออทิสติกมีความสนใจซ้ำซาก และแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ ทั้งการกระทำและความคิด (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2545 : 15) ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่เห็นได้ง่ายๆ หรือแบบซับซ้อน จึงมักพบว่าเด็กออทิสติกจะติดสิ่งของอย่างใดอย่างหนึ่งมากโดยไม่มีจุดมุ่งหมายเด่นชัด บางคนต้องเดินไปตามทางเดิมที่เคยเดินไปในครั้งแรก ชอบถามคำถามซ้ำๆ มีความสนใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะอย่างเด่นชัด เช่น สนใจมองใบพัดของพัดลมที่กำลังหมุนอยู่ได้ตลอดวัน เด็กออทิสติกจะเปลี่ยนแปลงยาก และหากพบว่า สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่เป็นอยู่เป็นประจำถูกเปลี่ยนแปลงรายละเอียดไป เด็กออทิสติกจะมีการแสดงออกด้วยท่าทางหงุดหงิด หรือก้าวร้าว ปัญหาทางด้านพฤติกรรมสามารถสังเกตเห็นได้ตั้งแต่ในระยะ 3 ปีแรก(American Psychiatric Association. 1994 : 70-71)

### 1.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสซึม

การวินิจฉัยโรคออทิซึมนั้นมีความสำคัญอย่างมากต่อการดูแลรักษาและแก้ไขความบกพร่องด้านพัฒนาการของเด็กออทิสติก พบว่าการวินิจฉัยที่ถูกต้องในเด็กที่มีอายุน้อยถ้าได้รับการแก้ไขความบกพร่องด้านพัฒนาการและการปรับพฤติกรรม ก็จะมีพัฒนาการดีขึ้นใกล้เคียงกับเด็กปกติในเวลาอันสั้น ปัจจุบันการวินิจฉัยโรคออทิซึมยึดเกณฑ์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันที่ปรับปรุงเป็นครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV [DSM-IV, APA, 1994]) มีรายละเอียดดังนี้

พบอาการอย่างน้อย 6 อาการ จากอาการทั้งหมดในข้อ (1) (2) และ(3)

(1) มีความบกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างน้อย 2 ข้อ จากข้อต่อไปนี้

1. มีความบกพร่องในภาษาท่าทางอย่างชัดเจน เช่น ไม่สบตา ไม่มีการแสดงออกของสีหน้า หรือกริยาท่าทางแต่อย่างใด

2. ไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นล้มเหลว ไม่มีความสามารถที่จะผูกสัมพันธ์กับใครๆ เพื่อให้เป็นเพื่อนกันได้

3. มีความผิดปกติในการเล่นกับคนอื่น ขาดการแสวงหาเพื่อที่จะเล่นสนุกกับใครๆ ไม่แสดงความสนใจที่จะทำอะไร เช่น ไม่เข้ากลุ่ม หรือขาดความสนใจในกลุ่มที่สนุกสนาน อารมณ์ไม่เหมาะสมเมื่ออยู่ในสังคม ไม่สามารถทำประโยชน์ต่อส่วนรวมและผู้อื่นได้

(2) มีความบกพร่องในด้านการติดต่อสื่อสารอย่างน้อย 1 ข้อ จากข้อความต่อไปนี้

1. พัฒนาการทางภาษาล่าช้า หรือไม่มีพัฒนาการทางภาษา

2. มีความบกพร่องในการที่จะเริ่มต้นสนทนากับผู้อื่น หรือสนทนาได้ตอบได้อย่างเข้าใจ

และเหมาะสม

(ในรายที่มีภาษา)

3. มีการพูดซ้ำๆ หรือมีภาษาเฉพาะ โดยไม่สนใจว่าจะมีผู้อื่นฟังหรือไม่

4. จำกัดการเล่นและการเลียนแบบผู้อื่น คือไม่สามารถเล่นสมมติได้ด้วยตนเอง หรือไม่สามรถลอกเลียนแบบที่เคยพบเห็นในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามวัย

(3) มีความบกพร่องในด้านกิจกรรม การแสดงออก การเล่น และความสนใจ อย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้

1. อาการย้ำคิดหรือหมกมุ่น สนใจสิ่งของ หรือกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเด่นชัด

2. ไม่สามารถยืดหยุ่นและมีการแสดงออกทางอารมณ์ และความรู้สึกอย่างรุนแรงและไร้เหตุผลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน หรือสิ่งแวดล้อม

3. พฤติกรรมการเคลื่อนไหวซ้ำๆ อย่างผิดปกติ

4. มีความสนใจเกี่ยวกับส่วนใดส่วนหนึ่งของวัตถุหรือของเล่นเท่านั้น

ฮอฟฟ์ (Hoff. 2001) ได้แบ่งระดับอาการของเด็กออทิสติกตามระดับสติปัญญาและความสามารถทางภาษา ออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

1. เด็กออทิสติกที่มีความสามารถต่ำ (Low Function Autism)

พบได้ประมาณร้อยละ 80 ของประชากรเด็กออทิสติกทั้งหมด เด็กกลุ่มนี้จะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่า 75 และมีพัฒนาการทางภาษาติดอยู่ในขั้นการเลียนแบบ (Echolalic Speech)

2. เด็กออทิสติกที่มีความสามารถสูง (High Function Autism)

มักเป็นเด็กออทิสติกที่มีพัฒนาการทางภาษาดี มีพัฒนาการทางภาษาผ่านในขั้นการเลียนแบบ (Echolalic Speech) แต่อาจยังมีพัฒนาการล่าช้าในด้านทักษะทางสังคม ปัจจุบันเด็กออทิสติกกลุ่มนี้มักได้รับการวินิจฉัย ในอีกชื่อหนึ่งว่า แอสเพอร์เกอร์ (Asperger Syndrome) ตามชื่อแพทย์ผู้ค้นพบ

เฉพาะกลุ่มเด็กที่มีความสามารถสูงนั้น โอโซนอฟฟ์ ดอร์สัน และแมคพาร์ตแลนด์ (Ozonoff, Dowson, & McPartland. 2002: 9) ได้ให้คำจำกัดความว่า หมายถึง กลุ่มที่มีระดับสติปัญญาปกติและมีความสามารถทางภาษาดีพอใช้ และหากพิจารณาตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะออทิสติก สเปกตรัม ดิสออเดอร์ (Autistic Spectrum Disorders : ASD) ร่วมกับโอโซนอฟฟ์ ดอร์สัน และแมคพาร์ตแลนด์ได้ให้คำจำกัดความของเด็กออทิสติกที่มีความสามารถสูงว่า หมายถึง เด็กที่มีอาการตามเกณฑ์บ่งชี้ข้อที่สาม แต่มีความสามารถทางด้านความรู้คิดและการเรียนรู้ปกติ โดยที่เด็กอาจมีความยากลำบากในการเรียนรู้ภาษาในระยะแรก แต่ท้ายที่สุดแล้วจะสามารถพูดได้ในระดับใกล้เคียงกับเด็กวัยเดียวกัน ซึ่งคล้ายกับกลุ่มแอสเพอร์เกอร์ (Asperger Syndrome) แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มแอสเพอร์เกอร์จะมีอาการน้อยกว่า และมีความยากลำบากในการพัฒนาภาษาตามวัยเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีเลย

สรุปได้ว่าอาการของเด็กออทิสติกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มเด็กออทิสติกที่มีความสามารถต่ำ และกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีความสามารถสูง โดยพิจารณาจากความแตกต่างของระดับสติปัญญา และความสามารถทางภาษาเป็นสำคัญ

ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้จัดระดับความรุนแรงของโรคออทิสซึมในผู้ให้บริการซึ่งมีความสำคัญมากต่อการวางแผนการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกแต่ละคน โดยจำแนกระดับอาการของเด็กออทิสติกที่ประเมินได้จากพฤติกรรมและการเรียนรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ

1. ระดับความรุนแรงน้อย หรือบางครั้งเรียกว่า ออทิสติกศักยภาพสูง (High Function Autism) จะมีระดับสติปัญญาปกติ หรือสูงกว่าปกติ มีพัฒนาการทางภาษาดีกว่ากลุ่มอื่น อาจมีความสามารถบางอย่างแฝงอยู่ หรืออาจเป็นอัจฉริยะ แต่ยังคงมีความบกพร่องในทักษะด้านการรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่น

2. ระดับความรุนแรงปานกลาง คือ กลุ่มที่มีความล่าช้าของพัฒนาการด้านภาษา การสื่อสาร ทักษะสังคม การเรียนรู้ รวมทั้งด้านการช่วยเหลือตนเอง และมีปัญหาพฤติกรรม กระตุ้นตนเอง แต่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และอาจเรียนในระบบได้ถึงระดับหนึ่ง

3. ระดับความรุนแรงมาก คือกลุ่มที่มีความล่าช้าในพัฒนาการเกือบทุกด้าน และอาจเกิดร่วมกับภาวะความพิการอื่น เช่น ปัญญาอ่อน รวมทั้งมีพฤติกรรมที่รุนแรง มีพัฒนาการช้า หากไม่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการมาตั้งแต่ต้นจะสามารถพัฒนาได้แค่ช่วยเหลือตัวเองได้ เรียนรู้อะไรไม่ได้มาก

### 1.3 อาการและการรักษาโรคออทิซึม

เด็กออทิสติกมีลักษณะอาการตามวัยดังนี้คือ ในวัยทารกเด็กจะแสดงอาการที่ขาดความสนใจในบุคคล ไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบใดๆทั้งสิ้น เมื่อพ่อแม่พยายามจะเล่นด้วย เด็กจะเฉยไม่ยิ้ม ไม่ส่งเสียงอ้อแอ้ตอบเหมือนเด็กทั่วไป แต่อาจทำเสียงขึ้นเวลาอยู่ตามลำพัง และส่งเสียงอยู่คนเดียววนๆ อายุ 1 ปีแรก พูดออกเสียงเป็นคำไม่ได้ เมื่อพ่อแม่สอนให้ทำอะไรง่ายๆ เช่น ตบมือ โบกมือ เด็กจะทำตามไม่ได้เลย หรือไม่ทำตาม ขณะแม่ชวนเล่นหรือหยอกเย้า เอนี่ว๊ี้ที่เอวหรือรักแร้ก็ไม่ได้ตอบ ไม่หันตามเมื่อได้ยินเสียงเรียกชื่อ อายุ 2-3 ปี จะมองเห็นพฤติกรรมที่ผิดปกติเด่นชัดขึ้น เมื่อเริ่มเดินได้จะชอบเขย่งเดินด้วยปลายเท้าหรือหมุนตัวไปมา เด็กจะมีหน้าตาเฉยเมย ไม่มีสีหน้าแสดงออกทางด้านอารมณ์ ไม่ยอมสังคมกับใคร จะทักทายคนอย่างผิดปกติ ปฏิบัติต่อสิ่งมีชีวิตเสมือนเป็นเพียงวัตถุเช่น เข้าไปจับรองเท้า เลียนาฬิกา ถ้าปล่อยให้เล่นกับสัตว์อาจเกิดอันตรายได้ เด็กจะพูดช้า หรือไม่พูดเลย ถ้าพูดได้จะพูดเลียนแบบหรือถามคำถามเดิมซ้ำๆ หรือพูดแบบสร้างภาษาของตนเอง อายุ 4-5 ปี เด็กต้องการมีเพื่อนแต่ไม่รู้ต้องทำอย่างไร ไม่สามารถเล่นกับเด็กวัยเดียวกันได้นาน แยกตัวเด่นชัด ทำทางแปลกๆมากขึ้น ชอบอยู่ใกล้ผู้ใหญ่เพราะผู้ใหญ่รู้ใจ ไม่รู้จักหลบหนีหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ อายุ 6-9 ปี อารมณ์ของเด็กจะดีขึ้น ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงต่างๆน้อยลง ออกสังคมมากขึ้น ความสามารถในการใช้ภาษาติดต่อสื่อสารและสื่อความหมายได้มากขึ้น (สำนักนิเทศและพัฒนามาตรฐานการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2541)

**การรักษาโรคออทิซึม** ปัจจุบันการดูแลรักษาโรคออทิซึม มักจะกระทำในรูปแบบของการกระตุ้นพัฒนาการและการปรับพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กออทิสติกซึ่งเด็กออทิสติกแต่ละคนมีความผิดปกติคล้ายกันแต่ระดับความรุนแรงของแต่ละอาการไม่เท่ากัน จึงจำเป็นต้องประเมินความผิดปกติของเด็กออทิสติก จากประวัติที่ได้จากผู้ปกครอง จัดระดับพัฒนาการด้านสังคม การสื่อความหมาย สังเกตพฤติกรรมของเด็ก ประเมินพัฒนาการเป็นรายบุคคล และประเมินครอบครัวทุกครั้งก่อนให้การบำบัด และควรเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการวางแผนเป้าหมายการรักษาไปด้วย

การรักษาเด็กออทิสติกนั้นเนื่องจากยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดถึงสาเหตุการเกิดโรคออทิสซึม การรักษาจึงเป็นแบบประคับประคองตามอาการที่พบซึ่งแนวทางการดูแลรักษาเด็กออทิสติก โดยทั่วไป มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2541)

1. การรักษาหลัก โดยทั่วไปการรักษาหลักจะได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ เพื่อประเมินความผิดปกติของเด็กในเบื้องต้น และพิจารณาให้เด็กได้รับการรักษาในด้านอื่นๆร่วมด้วย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ทำการประเมินความผิดปกติของเด็กจากประวัติที่ได้จากผู้ปกครอง จัดระดับพัฒนาการด้านสังคม การสื่อความหมาย สังเกตพฤติกรรมของเด็ก แจ้งถึงการวินิจฉัยแนวทางการรักษาพร้อมทั้งตอบปัญหาที่บิดามารดาเด็กออทิสติกสงสัย

1.2 การรักษาทางยา จะเป็นการรักษาตามอาการ ดังนี้

การรักษาทางยาใช้ในกรณีที่เด็กออทิสติกเริ่มมีพัฒนาการด้านการเรียนรู้ เริ่มเรียนรู้ได้แต่เพียงระยะเวลาสั้นๆ ขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง วอกแวกง่าย หลุกจากที่นั่งบ่อย วิ่งไปมา นอกจากนี้ใช้เพื่อควบคุมอาการหงุดหงิดมาก เคลื่อนไหวซ้ำซาก ก้าวร้าว ไม่เข้าสังคมและในรายที่มีอาการซึมเศร้าหรือมีอาการชักร่วมด้วย ในรายที่มีอาการแสดงออกทางอารมณ์รุนแรงเมื่อไม่สบายใจ ระยะเวลาของการใช้ยาในเด็กแต่ละคนไม่เท่ากัน การใช้ยาจึงอาจใช้ระยะเวลานานเป็นปี แต่ถ้าเด็กสามารถเข้ากลุ่มได้ดี การใช้ยาอาจไม่มีความจำเป็น หลังจากใช้จะมีการประเมินอาการของเด็กทุก 6 เดือน เพื่อสังเกตอาการของเด็กและปรับยาตามความเหมาะสม

2. การรักษาร่วม ได้แก่ การลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และส่งเสริมพัฒนาการ การช่วยเหลือให้เด็กสามารถใช้ภาษา และทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยมุ่งเน้นให้เด็กมีลักษณะทางพัฒนาการใกล้เคียงเด็กปกติมากที่สุด ยึดหลักพัฒนาการบำบัดครอบคลุมพัฒนาการ 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรม ด้านการสื่อความหมาย ด้านสังคม และด้านการเรียนรู้

การรักษาพร้อมมีหลายชนิดด้วยกันโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 พฤติกรรมการบำบัด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม และสร้างพฤติกรรมใหม่ ค้นหาสถานการณ์ก่อนทำพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติก โดยใช้เทคนิคการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ดังนี้

1. หยุดรางวัลที่เคยได้รับ ทำให้พฤติกรรมลดลง ขณะเดียวกันผู้ปกครองต้องสร้างพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมขึ้นมาแทนที่ ช่วงแรกของการหยุดให้รางวัล พฤติกรรมไม่เหมาะสมจะรุนแรงขึ้น ผู้ปกครองต้องอดทนและพฤติกรรมนั้นจะค่อยๆลดลง

2. ชดเชยใช้สิ่งที่ผิด เด็กออทิสติกมักมีพฤติกรรมทำลายของเมื่อถูกขัดใจ เช่น ล้มโต๊ะ ล้มเก้าอี้ เป็นต้น บิดามารดาจะต้องอดทนรอ เมื่ออาการเด็กออทิสติกเริ่มสงบ ผู้ปกครองต้องให้เด็กเก็บสิ่งของ หรือจัดโต๊ะ เก้าอี้ให้เรียบร้อย

2.2 อรรถบำบัด เด็กออทิสติกเป็นเด็กที่มีความคิดหมกมุ่นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อยู่ในโลกที่ตัวเองสร้างขึ้นมากกว่าจะสนใจสิ่งแวดล้อมจึงไม่มีภาษาพูดและไม่สามารถสื่อความหมายกับคนทั่วไปได้ ความร่วมมือของผู้ปกครองของเด็กออทิสติกมีส่วนสำคัญ เพราะผู้ปกครองเป็นผู้ใกล้ชิดเด็กมีความพร้อมในด้านจิตใจ และความอดทนเพียงพอที่จะช่วยให้เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้เข้าใจกฎเกณฑ์ และสามารถพัฒนาพฤติกรรมได้ง่ายซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการฝึกพัฒนาภาษา การพูด และความสามารถด้านอื่นๆต่อไป (เดือนฉาย แก้วน้อย, 2544)

2.3 ให้ความรู้กับบุคคลในครอบครัวในเรื่องการดำรงชีวิตของเด็กออทิสติก และการเลี้ยงดู โดยเฉพาะปัญหาที่พบในชีวิตประจำวันที่เกิดจากความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งการดูแลและแก้ไขปัญหาลูกออทิสติก(จินตนา ยูนิพันธุ์, 2546) โดยจัดอบรมเป็นกลุ่มย่อยและรวมกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคออทิสซึม แนะนำและสาธิตให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือเด็กออทิสติกแต่ละครอบครัวด้วยตนเองที่บ้านเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ผู้ปกครองจะเป็นผู้ร่วมบำบัดที่สำคัญ เนื่องจากเวลาที่เด็กอยู่ที่บ้านมีมากกว่าที่โรงพยาบาล โอกาสที่จะช่วยเหลือเด็กแบบตัวต่อตัวจึงมีมากกว่า

สรุปการรักษาเด็กออทิสติกเป็นการผสมผสานวิธีการต่างๆร่วมกัน เช่นการส่งเสริมพัฒนาการในทุกด้านที่บกพร่องไปเป็นรายบุคคล การฝึกพูด พฤติกรรมบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเรียนรู้ ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย ดนตรีบำบัด กิจกรรมกลุ่ม การฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเรียนในชั้นการศึกษาพิเศษ และการเรียนร่วมกับเด็กปกติ เป็นต้น ในด้านการรักษาด้วยยา แพทย์จะพิจารณาให้ยารักษาตามอาการเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น ไม่มีใครสามารถบอกได้ว่าเด็กออทิสติกที่ได้รับการรักษาแล้ว อาการจะหายเป็นปกติ เนื่องจากยังไม่สามารถสรุปถึงสาเหตุของโรคได้ อย่างไรก็ตามเด็กออทิสติกที่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องสามารถดีขึ้นจนเรียนร่วมกับเด็กปกติได้ อยู่ร่วมในสังคมได้โดยคนทั่วไปจะมองไม่เห็นความผิดปกติ แต่ผู้ปกครองของเด็กเหล่านี้จะยังพบว่าเด็กมีปัญหาด้านการปรับตัวในสังคม ความนึกคิด ความเข้าใจและการแสดงออกทางอารมณ์ติดตัวไปตลอดชีวิต

#### 1.4 การเล่นในเด็กออทิสติก

เด็กออทิสติกมักจะมีรูปแบบการเล่นของเล่น หรือ การจัดการกับวัตถุต่างๆ โดยไม่สามารถเชื่อมโยงประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับมาใช้ได้ และไม่สามารถเล่นร่วมกับเด็กคนอื่นๆ เด็กออทิสติกไม่สามารถเล่นแบบ Functional Plays ได้เหมือนเด็กปกติ รูปแบบในการเล่น

มักจะเป็นเหมือนการทำงานของเครื่องยนต์ โดยขาดธรรมชาติของการค้นหา มีกิจกรรมที่เป็นรูปแบบเฉพาะ แยกจากความสนใจในสิ่งแวดล้อมอื่นๆ การเล่นบทบาทสมมุติแทบจะไม่พบเลย หรือหากพบก็มักจะมีลักษณะการเล่นที่เป็นแบบซ้ำๆ ชัดเจน และเหมือนกับครั้งแรกที่ได้เรียนรู้มาก ลักษณะเหล่านี้เกิดร่วมกับการมีความสนใจ เฉพาะเจาะจง หรือสนใจดูโทรทัศน์มาก ผิดปกติ ร่วมกับมีการเลียนแบบเกิดขึ้นด้วย

Leo Kanner (1943) อธิบายลักษณะของออทิสซึมว่ามีความจำกัดของความสามารถในการเล่น

Lorna Wing (1970 และ 1979) รายงานว่ามีเด็กออทิสซึมน้อยมากที่ใช้การเล่นแบบบทบาทสมมุติ มีรูปแบบการเล่นซ้ำๆ แตกต่างจากเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการกลุ่มอื่นๆ อย่างชัดเจน

Simon Baron – Cohen และคณะ (1985) นำเสนอ "Theory of Mind" ซึ่งเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการเข้าใจจิตใจคน และเป็นการนำเสนอที่นำไปสู่การศึกษาแนวใหม่ที่เชื่อมโยงระหว่างความสามารถของเด็กกับการเล่นสมมุติ และความสามารถในการเข้าใจพฤติกรรมของตนเองและผู้อื่น ซึ่งช่วยให้อธิบายได้ว่า การขาดทักษะการเล่นสมมุติในเด็กออทิสติก เป็นเหตุให้ขาดแรงจูงใจในการเล่น หรือขาดจินตนาการและความคิดสร้างสรรค์

ทฤษฎีอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการเล่นของเด็กออทิสติก Motivational Hypothesis ที่ว่าเด็กไม่เล่นสมมุติเพราะขาดอารมณ์ร่วม หรือ Competence Hypothesis ที่ว่า เด็กไม่เล่นสมมุติเพราะขาดความสามารถในการจินตนาการ ทั้ง 2 สมมุติฐานช่วยสนับสนุนลักษณะของเด็กออทิสติก และนำไปสู่การศึกษาที่มุ่งค้นพบว่า เด็กออทิสติกมีปัญหามาจาก ปัญหาด้านอารมณ์ หรือสติปัญญาหรือไม่ ภายหลังเชื่อว่าการเชื่อมโยงกันระหว่างอารมณ์ สังคม และสติปัญญา

## 2. การพยาบาลเด็กออทิสติก

พยาบาลมีบทบาทอิสระในการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการและการลุกลามของโรค การส่งเสริม ค้ำครองและฟื้นฟูสุขภาพ และมีบทบาทที่ต้องทำร่วมกับแพทย์ในการรักษาโรค

ในการพยาบาลเด็กออทิสติก พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะครอบคลุมด้านการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนการจัดการระบบการดูแลเด็กออทิสติกและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิต เช่น ครอบครัวและผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความวิตกกังวล การต่อต้าน และไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติที่ยุ่ยากซับซ้อนหลายมิติ และการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกซึ่งมีความเฉพาะในรายละเอียดของแต่ละบุคคล ความไม่คงที่ของอารมณ์ และพฤติกรรมที่อาจเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว เด็กออทิสติกจึงต้องการการดูแลช่วยเหลือทางการพยาบาลที่



ต่อเนื่องทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว พยาบาลต้องให้ความรู้ความเข้าใจ ให้เวลา ให้ความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้ข้อมูลความรู้ที่จำเป็นในการดูแลเด็กออทิสติกนอกเหนือเวลาที่อยู่ในหน่วยบริการ โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเพื่อร่วมกันสร้างความตระหนัก ความเข้าใจ ร่วมกำหนดจุดมุ่งหมายและกิจกรรมที่เหมาะสมกับเด็ก เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถฝึกเด็กได้เองที่บ้าน เครือข่ายบริการสามารถให้คำปรึกษาแนะนำที่สอดคล้องกันและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อเด็กออทิสติกและครอบครัว เสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัวและเครือข่ายให้มีความมุ่งมั่นจนปฏิบัติเองได้ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน ร่วมตั้งเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติงานตามโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาล ผู้ปกครองควรได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาโอกาสทางการศึกษาเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้มีที่โอกาสเรียนร่วมกับเด็กปกติตามศักยภาพที่สามารถพัฒนาได้สูงสุด ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วยแต่ละคน ให้การดูแลและช่วยเหลือให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (จินตนา ยูนิพันธ์, 2546) โดยเฉพาะถ้าได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมทั้งที่บ้าน โรงเรียน และโรงพยาบาล

## 2.1 การพยาบาลเด็กออทิสติกในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

การพยาบาลเด็กออทิสติก พยาบาลผู้บำบัดใช้ทักษะการวิเคราะห์ระบบการรักษาพยาบาลเด็กออทิสติกที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ศึกษาเกี่ยวกับการใช้การเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง บูรณาการและประยุกต์ใช้องค์ความรู้อย่างผสมผสานเพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติกที่งานผู้ป่วยนอก(จิตเวชเด็กและวัยรุ่น) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

จากการสำรวจเด็กกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาปีพ.ศ. 2546 พบเด็กกลุ่มเสี่ยงจำนวน 63 ราย ได้ทำหนังสือติดตามเพื่อมารับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ตลอดจนหาแนวทางช่วยเหลือที่เหมาะสมปี 2547โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาได้ปรับโครงสร้างงานจิตเวช จัดให้มีบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อความเหมาะสมในด้านสถานที่และการจัดอัตรากำลังของบุคลากร ให้บริการโดยทีมงานสหวิชาชีพ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับกุมารแพทย์ในการคัดกรองเด็กออทิสติกในระบบการตรวจทั่วไปแบบผู้ป่วยนอกทุกวัน กรณีพบเด็กกลุ่มเสี่ยงให้ส่งพบจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเพื่อการวินิจฉัยโรค ปี 2548 พยาบาลรับผิดชอบเป็นผู้บริหารจัดการ จัดทำโครงการออทิสติกแบบบูรณาการและสร้างเครือข่ายบริการที่เข้มแข็งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทั้งเครือข่ายบริการในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เครือข่ายนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และเครือข่ายชุมชน เกิดระบบบริการแบบครบวงจร และมีการ

ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้เชี่ยวชาญ ด้านการปฏิบัติพยาบาล ด้านการวิจัย และด้านคุณธรรมและจริยธรรมในการดูแล ช่วยเหลือ บำบัดทางการพยาบาลแก่เด็กกลุ่มเสี่ยง เด็กออทิสติกและครอบครัว ช่วยให้ได้รับการรักษาและ การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ซึ่งต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งพ่อแม่ ผู้ปกครอง ญาติพี่น้องของเด็กออทิสติก รวมทั้งกลุ่มผู้ให้บริการในทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น การเจ็บป่วยทางร่างกายของเด็ก รูปแบบการเลี้ยงดู สิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก อายุของเด็กที่เริ่มเข้ารับการรักษา ความรุนแรงของโรค รวมทั้ง โครงสร้างและความผิดปกติซ้ำซ้อนของตัวเด็กออทิสติกเองด้วย

สิ่งที่ต้องระมัดระวังคือ เด็กออทิสติกจะมีพฤติกรรมที่ผิดปกติเพิ่มขึ้นเมื่อเด็กอายุมากขึ้น จนเหมือนข้อชี้บ่งในข้อวินิจฉัยโรค ฉะนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบำบัดรักษาจึงต้องเฝ้าระวัง และช่วยปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมทุกช่วงอายุของเด็ก ภายหลังจากได้รับทราบผลการ วินิจฉัยโรคแล้วทีมงานผู้ป่วยนอก(จิตเวชเด็กและวัยรุ่น)ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พยาบาลจะกำหนดวันนัดให้พ่อแม่พาเด็กมารับการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อแก้ไขความ บกพร่องของพัฒนาการทุกด้าน และให้พ่อแม่เข้ารับการฝึกอบรมและสอนสาธิตเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งให้โปรแกรมไปฝึกต่อที่บ้าน บันทึกพฤติกรรมของเด็กออทิสติกแต่ละราย รวบรวมเข้า แฟ้มทะเบียนของผู้ป่วย เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการช่วยเหลือต่อไป

ประโยชน์จากการฝึกอบรมพ่อแม่เพื่อช่วยเหลือเด็กเบื้องต้นนั้น ทำให้พ่อแม่ยอมรับเด็ก ว่าเป็นออทิสติกเกิดความมั่นใจและกล้าเผชิญความจริง ความทุกข์ความวิตกกังวลของพ่อแม่ ลดลง และเกิดความหวัง พลังใจในการช่วยเหลือลูกของตนเองอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และได้รับการประคับประคองความรู้สึกลึก

#### บทบาทของพยาบาลในการสอนสาธิตบิดามารดาเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติก

บิดามารดาคือ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการตอบสนองความต้องการของเด็กทั้งในด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิด ให้การเลี้ยงดู ให้ความรักแก่เด็กมาโดย ตลอด ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พยาบาลมีบทบาทในการสอนบิดามารดาของเด็กออทิ สติกให้ตระหนักถึงบทบาทและหน้าที่ในการดูแลเด็กออทิสติก สอนบิดามารดาให้เข้าใจเรื่องโรค ออทิสซึมและวิธีดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก การนำกิจกรรมต่างๆไปฝึกเด็กที่บ้าน พยาบาล พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกและครอบครัว เพื่อสนองตอบความ ต้องการตามขั้นตอนพัฒนาการของเด็กทั้งด้านสังคม การสื่อความหมาย การช่วยเหลือตัวเองใน ชีวิตประจำวัน การรับรู้และการเรียนรู้สิ่งต่างๆรอบตัวเด็ก การเล่นอย่างมีความหมายและการรับรู้ ทางอารมณ์ซึ่งเป็นการแก้ไขความบกพร่องของเด็กออทิสติก เพื่อเตรียมเด็กให้พร้อมก่อนนำเด็ก

ออกสู่สังคมนอกบ้าน และสังคมของเด็กในโรงเรียนต่อไป โดยวิธีนำเด็กออกจากโลกของตัวเองสู่สังคมในบ้าน ด้วยวิธีฝึกสอนเบื้องต้น คือ

1. การกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งห้า เพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในบ้าน ส่งผลต่อการพัฒนาสมองของเด็ก ทำให้ระบบประสาทสัมผัสตื่นตัวและทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยปรับความสมดุลในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่น้อยหรือมากเกินไป ได้แก่

ก. ไม่รับรู้ต่อการสัมผัสทางกาย ไม่รู้จักจิกจี้ จนบางรายไม่รู้สึกลงถึงความเจ็บปวด ไม่รู้สึกถึงความร้อน ความเย็น และไม่รู้จักปกป้องตนเองจากอันตราย หรือรับรู้มากจนเกินไป และไม่ยอมให้แตะต้องผิวหนัง

ข. ไม่ตอบสนองต่อเสียงจนเสมือนคนหูหนวก หรือตอบสนองมากจนเกินไป โดยไม่สามารถฟังเสียงใดเสียงหนึ่งได้เลย จึงต้องเอามือปิดหูไว้เมื่อได้ยินเสียงนั้น

ค. ไม่รับรู้รสของอาหารจึงทำให้เด็กออกทิสติกจำนวนมากรับประทานแต่อาหารซ้ำซากหรือรับประทานในสิ่งที่ไม่ควรรับประทาน

ง. มีความผิดปกติในการดม เด็กออทิสติกจะชอบดมพรมหรือ มีจำนวนมากที่ดมทุกอย่างที่หยิบจับ หรือสัมผัส

1.1 การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางผิวหนังเพื่อให้รับรู้ถึงความใกล้ชิดระหว่างบุคคล ปกติเด็กออทิสติกจะแยกตัวจากบุคคลอื่นโดยสิ้นเชิง จึงควรหาวิธีสร้างแรงจูงใจให้เขาเข้ามาหาเรา เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพ่อแม่และเด็ก และช่วยให้เด็กมีประสบการณ์ที่ดีต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สามารถทำได้โดยการกระตุ้นซ้ำๆทุกวัน

1.2 การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางตา เด็กออทิสติกเกือบทุกคนมีปัญหาในการสบตาอย่างมาก เนื่องจากการสูญเสียทางด้านสังคมและการสื่อความหมาย การกระตุ้นในระยะเริ่มแรกจะเน้นเฉพาะการมองสบตากับบุคคลก่อน

1.3 การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางหู เพื่อให้การตอบสนองต่อสิ่งเร้าประสาทหู จะใช้เสียงบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็ก โดยให้กระซิบเรียกชื่อเด็กที่ข้างหู ต่อไปอาจใช้เสียงดนตรีช่วยบ้าง เพื่อกระตุ้นด้านการเรียนรู้และการสื่อความหมาย

1.4 การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางจมูก เพื่อให้เด็กได้รับรู้และเรียนรู้ถึงความแตกต่างของกลิ่นจากอาหาร ผลไม้ ดอกไม้ เริ่มจากอาหารที่เด็กชอบรับประทาน เช่น ไข่เจียว บอกเด็กว่า "หอม - ไข่เจียว" "หอม - หมูทอด" "หอม - ดอกมะลิ" "หอม - ดอกกุหลาบ" เป็นต้น

1.5 การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางลิ้น เพื่อให้เด็กได้รับรู้และเรียนรู้ถึงความแตกต่างของรสอาหารต่างๆ ที่เด็กสามารถรับประทานได้ในชีวิตประจำวัน เช่น เมื่อเด็กกำลังดื่มน้ำหวาน จะพูดคำว่า "หวาน" ถ้ากำลังรับประทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว ก็จะพูดคำว่า "เปรี้ยว"

หรือผู้ฝึกอาจจัดสิ่งที่มีรสแตกต่างกันมาสอนให้เด็กรับรู้ เช่น “น้ำตาล – หวาน” “มะนาว -เปรี้ยว” “เกลือ - เค็ม” เป็นต้น โดยให้เด็กชิมทีละอย่างจนเด็กสามารถบอกถึงรสเองได้

2. การจับมือเด็กให้ทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง เด็กออกทิสติกส่วนใหญ่เมื่อต้องการอะไร ไม่สามารถชี้บอกถึงความต้องการนั้นได้ จึงใช้วิธีจับมือบุคคลที่อยู่ใกล้ไปทำสิ่งนั้นแทน กิจกรรมนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องสอน เพื่อให้เด็กสามารถทำกิจกรรมที่ตัวเองต้องการได้ด้วยตนเอง เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจให้เด็กออกทิสติกและช่วยลดปัญหาทางอารมณ์

3. การหันตามเสียงเรียก เพื่อฝึกให้เด็กรู้จักชื่อของตนเอง ตอบสนองต่อเสียงเรียกชื่อ เพื่อกระตุ้นให้มีพัฒนาการด้านการสื่อความหมาย และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้มากขึ้น

4. การสอนให้เด็กรู้จักตนเอง และบุคคลในครอบครัว สอนให้เด็กได้รับรู้และเข้าใจว่าบุคคลในครอบครัวมีความแตกต่างกัน ตัวเองชื่ออะไร คนไหนคือ พ่อ แม่ พี่ น้อง เพื่อกระตุ้นพัฒนาการด้านการสื่อความหมาย และสังคมในระยะแรก

#### 5. การฝึกกิจวัตรประจำวัน

5.1 การสอนให้เด็กรู้จักของใช้ในชีวิตประจำวัน ก่อนที่จะเริ่มฝึกให้เด็กเรียนรู้ การช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ควรสอนให้เด็กรู้จักสิ่งของเครื่องใช้ที่ต้องใช้ในกิจกรรมนั้นๆก่อน จนสามารถหยิบจับหรือชี้สิ่งของแต่ละอย่างได้ถูกต้อง จึงจะสอนลำดับวิธีการใช้ในกิจกรรมอื่นๆต่อไป

5.2 การทำความสะอาดร่างกาย ควรฝึกให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองตามขั้นตอนทีละน้อยในการแปรงฟัน, ล้างหน้า, อาบน้ำ เด็กออกทิสติกทุกคนจะรู้สึกภูมิใจเมื่อสามารถทำได้ด้วยตนเอง

5.3 การฝึกการแต่งกาย ควรใช้เสื้อผ้า กางเกงที่เป็นผ้ายืด ซึ่งจะช่วยให้เด็กทำตามด้วยตนเองได้ง่าย เพื่อเสริมแรงจูงใจให้เด็ก เป็นการเตรียมเด็กให้พร้อมที่จะเข้าโรงเรียนต่อไป เด็กออกทิสติกส่วนใหญ่สามารถถอดเสื้อผ้าและกางเกงได้อย่างรวดเร็วโดยไม่ต้องฝึกสอน แต่ไม่สามารถสวมใส่เสื้อผ้าและกางเกงได้เอง

5.4 การฝึกใช้ช้อนรับประทานอาหาร เด็กออกทิสติกส่วนมากจะชอบใช้มือหยิบอาหารรับประทาน จึงควรสอนให้สามารถใช้ช้อนตักอาหารรับประทานได้ด้วยตัวเองอย่างถูกต้อง

5.5 การฝึกการขับถ่าย ในเด็กปกติจะมีความพร้อมที่จะรับการฝึกการขับถ่ายได้เมื่ออายุระหว่าง 2-3 ปี เด็กบางคนอาจจะมีความพร้อมก่อนอายุ 2 ปีก็ได้ สำหรับเด็กออกทิสติกจะมีความพร้อมที่จะฝึกการขับถ่ายไม่เหมือนเด็กปกติ จึงใช้อายุเป็นเกณฑ์ไม่ได้ เมื่อเริ่มฝึกควรให้เลิกใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เพื่อจะได้ทราบว่าเด็กขับถ่ายเมื่อไร ให้เด็กได้สัมผัสกับความเปียก แล้วรีบเปลี่ยนกางเกงให้ทุกครั้ง สังเกตว่าเด็กมักจะขับถ่ายเวลาใด ทั้งปัสสาวะและอุจจาระ และพาเด็กมาฝึกในเวลาใกล้เคียงกัน พร้อมทั้งใช้คำง่ายๆสอนเด็ก คือ “ฉี่” “อึ” เด็กจะสามารถรับรู้

และเรียนรู้ได้ไม่เร็วเหมือนเด็กปกติ การฝึกการขับถ่ายนี้เพื่อเตรียมเด็กให้พร้อมก่อนส่งเด็กเข้าเรียน

## 6. การเล่นและการรับรู้ทางอารมณ์

6.1 การเล่นของเล่น เด็กออทิสติกจะเล่นของเล่นไม่เป็น เนื่องจากขาดจินตนาการทำให้เด็กหันเข้าหาตัวเองอยู่ในโลกของตัวเอง ไม่รู้สึกสนุกสนานในการเล่นของเล่นเหมือนเด็กปกติ เมื่อเด็กได้รับการฝึกให้เล่นของเล่นเป็นแล้ว จะเป็นการเชื่อมโยงให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สื่อความหมายได้ง่ายขึ้น และสามารถปรับอารมณ์ให้ได้

6.2 การสื่อสารโดยใช้ท่าทาง เด็กออทิสติกที่ยังไม่สามารถพูดได้มักจะมีปัญหาทางด้านอารมณ์ จึงควรฝึกให้เด็กสามารถสื่อสารโดยใช้ท่าทางก่อน เพื่อเป็นการสื่อความหมายบอกถึงความต้องการของเด็กได้ก่อนที่เด็กจะสามารถสื่อความหมายด้วยการพูด ซึ่งจะเป็นการนำทางให้เด็กสามารถพูดได้เร็วขึ้น

6.3 การรับรู้การแสดงอารมณ์ทางสีหน้า เด็กออทิสติกจะไม่สามารถอ่านจิตใจและอารมณ์ของผู้อื่นจากการแสดงออกทางสีหน้า เนื่องจากขาดกระบวนการความคิดที่เป็นนามธรรม พบเห็นได้เสมอว่า เด็กออทิสติกจะหัวเราะเมื่อเห็นแม่กำลังร้องไห้ แม้แต่เด็กออทิสติกที่สามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติแล้ว ยังหัวเราะเมื่อเห็นเพื่อนถูกครูทำโทษ จึงควรฝึกสอนแบบรูปธรรมให้เด็กได้รับรู้ถึงสีหน้าที่แสดงออกทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน เพื่อให้เด็กอยู่ในสังคมนอกบ้านได้อย่างเหมาะสม

การสอนเด็กออทิสติกให้ได้ผลดี ต้องมีความตั้งใจ อดทนสอนซ้ำๆ ใช้ระยะเวลาไม่นานเกินไป สอนขณะที่ทั้งเด็กและผู้สอนมีอารมณ์ผ่อนคลาย ไม่ควรเร่งรัด ต้องทำใจยอมรับว่าต้องใช้เวลาสักระยะหนึ่งซึ่งอาจจะช้ากว่าเด็กปกติที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองเกิดขึ้น แต่เมื่อเด็กสามารถกระทำการใดกิจกรรมหนึ่งได้แล้ว จะไม่ลืมและจะช่วยเป็นแรงผลักดันให้ทั้งตัวเด็กออทิสติกและผู้สอนไปพร้อมๆกัน ควรระวังการสอนที่ใช้การบังคับ และการสอนมากเกินไป พบว่ากลับจะเป็นผลเสียมากกว่าจะเป็นผลดี เพราะทำให้เด็กออทิสติกหงุดหงิด มีปัญหาทางอารมณ์ ไม่ยอมปฏิบัติตามอันเป็นเหตุให้ผู้สอนท้อแท้และหมดกำลังใจได้ ทำให้การสอนไม่ได้ผลเท่าที่ควร

การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกนั้นจะใช้วิธีการหรือกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างเดียวไม่ได้ ควรใช้หลายๆวิธีการ และหลายๆกิจกรรมผสมผสานกันไปให้เป็นธรรมชาติมากที่สุด ควรให้เด็กได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พร้อมกับฝึกสอนการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างถูกต้อง เมื่อเด็กเริ่มเรียนรู้ได้แล้วควรฝึกสอนเกี่ยวกับทักษะในการดำรงชีวิตด้วย

## 2.2 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลา ( Peplau's Interpersonal

## Relation Theory)

อีลด์การ์ด อี เพบพลาว เป็นผู้สร้างทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เริ่มต้นจากแนวคิดในหนังสือเล่มแรกที่ท่านเขียน คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการพยาบาล ซึ่งกล่าวถึงระยะของกระบวนการระหว่างบุคคล บทบาทของพยาบาล และ วิธีการศึกษาการพยาบาล ในลักษณะกระบวนการระหว่างบุคคล โดยมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีพัฒนาการ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และทฤษฎีการเรียนรู้ (Forchuk & Brown , 1989 อ้างใน ภทรอำไพ พัฒนานนท์ , 2539 : 57) ท่านกล่าวถึงการพยาบาลว่า คือ การบำบัดซึ่งเป็นศิลปะของการทำให้หายหรือพ้นจากความเจ็บป่วย ช่วยบุคคลที่กำลังป่วย หรือต้องการความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพ

การพยาบาลเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนตั้งแต่สองคนขึ้นไป ที่มีเป้าหมายร่วมกัน เป้าหมายนี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดกระบวนการบำบัด ซึ่งทั้งพยาบาลและผู้ป่วยเคารพซึ่งกัน และกันในฐานะบุคคล ทั้งสองฝ่ายจะเกิดการเรียนรู้และมีความคิดที่กว้างไกล การเรียนรู้ดังกล่าวนี้จะเกิดขึ้นเมื่อแต่ละฝ่ายพบสิ่งเร้า และพัฒนาทักษะในการตอบสนองสิ่งเร้าให้ดีขึ้นกว่าเดิม ส่งผลในทางบำบัดรักษาและทำหน้าที่ร่วมกับกระบวนการอื่นๆของมนุษย์ ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีได้ การพยาบาลเป็นเสมือนเครื่องมือในการให้ความรู้เป้าหมาย เพื่อส่งเสริมให้บุคลิกภาพมีการสร้างสรรค์ให้เป็นรูปร่าง มีความเป็นเฉพาะบุคคล และมีชีวิตอยู่ในชุมชนได้

เป้าหมายแต่ละเป้าหมายที่ตั้งไว้จะสำเร็จได้ จะต้องผ่านขั้นตอนที่มีแบบแผนแน่นอน ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ จะพัฒนาไปตามแบบแผนของการบำบัด การดำเนินการตามแบบแผนเพื่อการบำบัดนี้ จะต้องยืดหยุ่นได้ โดยพยาบาลอาศัยทักษะ เทคนิคความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ศาสตร์สาขาอื่นๆ และปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้

ทฤษฎีการพยาบาลของเพบพลาว มีจุดเน้นที่กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ดังจะขอยกตัวอย่างมโนคติทางการพยาบาล ด้านการพยาบาลเพื่อนำมาใช้ ดังนี้

### การพยาบาล

หมายถึง การช่วยเหลือผู้รับบริการให้มีสมรรถภาพทั้งทางปัญญา และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพิ่มขึ้น พยาบาลใช้สัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการเป็นแกนสำคัญในการช่วยเหลือ

สำหรับขั้นตอนของการให้การช่วยเหลือผู้รับบริการในการแก้ไขปัญหาโดยใช้วิธีการ และหลักการของวิชาชีพนั้น จะเป็นแนวทางที่จะช่วยให้พยาบาลมีโอกาสพัฒนาทั้งทักษะ และวิธีการในการช่วยเหลือผู้รับบริการ

เพบพลาวแบ่งระยะของการพยาบาล หรือการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ออกเป็น

#### 4 ระยะเวลา คือ

1. ระยะเวลาเริ่มต้น (Orientation phase)
2. ระยะเวลาระบุปัญหา (Identification phase)
3. ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase)
4. ระยะเวลาสรุปผล (Resolution phase)

ซึ่งแต่ละระยะที่กล่าวมานี้ มีทั้งความคาบเกี่ยวและความเกี่ยวพันกัน ในการดำเนินการตามกระบวนการทั้ง 4 ระยะนี้ พยาบาลมีบทบาทหลายบทบาท คือ

1. คนแปลกหน้า (Stranger) เป็นบทบาทที่พยาบาลและผู้รับบริการพบกันครั้งแรก มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน มีการยอมรับนับถือ และทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน พยาบาลจะทำหน้าที่ต้อนรับ และ ยอมรับผู้รับบริการในฐานะบุคคลที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวของแต่ละคน
2. บทบาทครู (Teacher) เป็นบทบาทที่พยาบาลกระทำร่วมกับบทบาทอื่น ๆ โดยให้ความรู้ ตามความต้องการหรือความสนใจของผู้รับบริการ
3. แหล่งสนับสนุน (Resourcer) เป็นบทบาทที่พยาบาลทำหน้าที่ให้ความรู้หรือข้อมูลเฉพาะ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจปัญหา และสถานการณ์ใหม่ ๆ ที่ต้องเผชิญ และการให้ความรู้ หรือข้อมูลเฉพาะนี้ ยังอาจเป็นวิธีการที่จะนำไปพยาบาลค้นพบปัญหา หรือความต้องการการช่วยเหลือของผู้รับบริการ
4. ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) เป็นบทบาทในการใช้ทักษะ และทัศนคติที่ฝึกมา โดยเฉพาะ ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนัก กล้าเผชิญ ยอมรับ และดำเนินการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่ขัดขวางความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข และเต็มประสิทธิภาพ บทบาทนี้เป็นบทบาทสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ โดยพยาบาลจะต้องตั้งเป้าหมายทุกระยะของการสร้างสัมพันธภาพ ที่จะส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีสุขภาพดี ช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้ภาวะสุขภาพของตน ซึ่งเนะให้ผู้รับบริการเห็นสิ่งคุกคามสุขภาพนอกจากนี้ พยาบาลยังสามารถใช้การสร้างสัมพันธภาพช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้
5. ผู้นำ (Leader) เป็นบทบาทที่ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความคิดริเริ่ม และสามารถดำเนินการตามเป้าหมาย โดยการพัฒนาลักษณะแบบมีส่วนร่วม หรือแบบประชาธิปไตย
6. ผู้ชำนาญการด้านเทคนิค(Technical Expert) เป็นบทบาทในการดูแลช่วยเหลือด้านร่างกายโดยใช้ทักษะทางการพยาบาล และมีความชำนาญในการใช้เครื่องมือในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย
7. ผู้ทดแทน (Surrogate) เป็นบทบาทในการทำหน้าที่ทดแทนโดยพยาบาลจะแสดงบทบาทนี้ ในภาวะที่ผู้รับบริการไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้

### ระยะของการพยาบาล

1. ระยะเริ่มต้น (Orientation) ระยะนี้จุดเน้น คือ การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้โอกาส และไว้วางใจในความสามารถของพยาบาล ที่จะช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ระยะระบุปัญหา (Identification) เกิดขึ้นเมื่อพยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยระบายความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ต่าง ๆ และพยาบาลจะให้การพยาบาล หรือช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อต้องการ การที่ผู้ป่วยระบายความคิด ความรู้สึกออกมาโดยที่พยาบาลยอมรับนี้ ทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ประสบการณ์ของความเจ็บป่วย เป็นประโยชน์ในการปรับ หรือเปลี่ยนความรู้สึกของตนรวมทั้งเสริมสร้างความแข็งแกร่งของบุคลิกภาพสำหรับตัวผู้ป่วย
3. ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation) ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยอาจจะได้รับรู้คุณค่าของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นในระยะนี้พยาบาลจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่สร้างสรรค์ ริเริ่ม และมีประโยชน์
4. ระยะสรุปผล (Resolution) เป็นระยะที่สืบเนื่องจากระยะที่สาม โดยที่ผู้ป่วยจะต้องค่อยๆปลดปล่อยตนเองจากการมีสัมพันธภาพกับพยาบาล ระยะนี้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และเสริมสร้างความสามารถของตนในการตอบสนองความต้องการของตนซึ่งจะก่อให้เกิดความพึงพอใจ ผู้ป่วยสามารถแยกจากพยาบาลเพื่อต่อสู้หรือมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนได้อย่างอิสระ

### 2.3 กระบวนการพยาบาลเด็กออทิสติก (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544)

การพยาบาลเด็กออทิสติก ประกอบด้วยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

2.3.1 การประเมินภาวะสุขภาพ โดยทั่วไปเด็กที่มีปัญหาทางจิตแบบออทิสติก ผู้ดูแลจะสังเกตพบความบกพร่องของพัฒนาการของเด็กได้ตั้งแต่เริ่มขวบปีแรก โดยเด็กจะมีความพร่องทางด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เช่น ยิ้มช้า หรือไม่ยิ้ม ไม่แสดงปฏิกิริยาตอบสนองใดๆต่อบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดู ซึ่งเมื่อผู้ดูแลพยายามพูด เรียก หรือเล่นด้วย เด็กจะเฉย แต่อาจทำเสียงเองตามลำพัง และส่งเสียงตามลำพังอยู่ได้นานๆ โดยที่การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเป็นแบบไม่คงเส้นคงวา ไม่สม่ำเสมอหรือไม่แสดงว่าจำหน้าบิดามารดา หรือผู้ที่เลี้ยงดูได้ เห็นได้ชัดว่าแตกต่างจากการพัฒนาการของเด็กทารกปกติ

ในช่วงขวบปีแรก การเลี้ยงดูเด็กจะไม่เป็นปัญหาแต่อย่างใด อาจจะเป็นเด็กที่ผู้เลี้ยงดูกล่าวว่าเป็นเด็กเลี้ยงง่าย เช่น เมื่อจับเด็กนั่งตักบิดามารดาในขณะที่บิดามารดาสนทนากับผู้อื่น เด็กจะนั่งเฉยอยู่บนตักโดยไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบใดๆ แม้จะมีผู้อื่นมายิ้ม เล่นหยอกเย้า ใช้นิ้วจี้เอว รำกั๊ว หรือที่ห้องเด็ก เด็กก็ไม่โต้ตอบแต่อย่างใด ไม่หันตามเสียง ไม่เลียนแบบการตบมือ การ



โบกมือไปมา แม้จะจับมือให้ตบ เมื่อปล่อยมือเด็กก็จะหยุดทำ แต่ในบางครั้งบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูอาจรายงานว่า เด็กมีที่ทำรับรู้ต่อสิ่งเร้าได้บ้าง เช่น การเคาะพื้นเบาๆ หรือขูดแกรกๆ บนพื้น เป็นต้น เด็กออทิสติกบางคนชอบแสงสว่างจ้า อาจจ้องมองดวงไฟ หรือจ้องมองดวงอาทิตย์ หรือดวงจันทร์เต็มดวง ได้ครั้งละนานๆ นอกจากนี้ เด็กบางคนอาจแสดงอาการกลัวต่อสิ่งของบางอย่าง ทั้งๆที่ของเหล่านั้นไม่เป็นอันตรายแต่อย่างใด และสิ่งของที่เด็กแต่ละคนกลัวจะไม่เหมือนกัน และอาจไม่มีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิตของเด็กแต่อย่างใด เช่น กลัวต่อสีใดสีหนึ่ง เป็นต้น ในบางกรณีสิ่งของที่เด็กกลัวอาจเป็นสิ่งที่มีความหมายตรงตามประสบการณ์ของบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดู บางกรณี เด็กอาจจะเล่นของเล่นบางอย่างได้ หรือทำกิจกรรมบางอย่างได้สำเร็จ เช่น การวางตัวต่อไม้เป็นรูปต่างๆ ได้อย่างน่าแปลกใจ จนทำให้บิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดูเข้าใจผิดว่าเด็กทำได้เพราะความฉลาดของเด็ก

เมื่อเด็กโตขึ้น อายุ 2-3 ปี ความผิดปกติด้านพฤติกรรมเด็กจะเห็นเด่นชัดขึ้น โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวแบบแปลกๆ เช่น เด็กบางคนอาจเริ่มเดินด้วยท่าแปลกๆ เช่น เดิน หรือวิ่งเขย่งด้วยปลายเท้า เดินแบบม้าย่อง หมุนตัวไปมา ปีนป่ายแบบไร้จุดหมาย แต่กลัวการขึ้นลงบันได เด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะพูดออกเสียงเป็นคำๆไม่ได้ อาจเริ่มพูดเป็นคำๆได้บ้าง แต่แล้วการพูดหรือแบบแผนของการใช้เสียงจะหยุดหายไป ส่วนการเติบโตและพัฒนาการทางร่างกายจะไม่แตกต่างจากเด็กปกติ และเมื่อเข้าสู่วัยเตาะแตะเด็กปกติจะใช้เวลาส่วนหนึ่งในการเล่น ซึ่งอาจใช้ของเล่น หรือเล่นโดยใช้ของใช้ปกติ หรือของที่มีอยู่รอบตัว ที่สำคัญในเด็กปกติจะมีเป็นการเล่นที่มีการสมมติ(Made believe play) หรือการเล่นที่มีการเลียนแบบการดำรงชีวิตหรือสังคมจริง (Social imitative play) ส่วนการเล่นที่ผิดปกติในเด็กออทิสติก จะเป็นการเล่นที่มีการหมกมุ่นกับสิ่งของบางสิ่งบางอย่าง ขาดการสมมติ ไม่มีความหมายจากการเล่น แต่เป็นการเล่นที่เป็นการกระทำซ้ำๆ เล่นกับสิ่งของ หรือสิ่งของที่แปลกๆ มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผู้ดูแลยับยั้งหรือเปลี่ยนแปลงไม่ได้

ในเรื่องการรับประทานอาหาร เด็กจะรับประทานอาหารชนิดเดิม การเปลี่ยนแปลงใดๆ ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การนอน การขับถ่าย หรือกิจวัตรอื่นๆ หากต้องมีการเปลี่ยนแปลงจะทำได้ยากมาก เด็กจะทำอะไรซ้ำๆ ปฏิเสธสิ่งที่ไม่เหมือนเดิม พยาบาลจึงต้องทำการประเมินพฤติกรรมของเด็ก ทั้งในเรื่องลักษณะของพฤติกรรม ความถี่ของการกระทำ พฤติกรรมนั้นๆ และผลกระทบทที่เกิดขึ้นจากการกระทำที่ผิดปกติต่อตัวเด็กเอง ต่อบิดามารดา ต่อพี่น้อง และบุคคลในครอบครัว

2.3.2 การวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาลทำการประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาในการดำรงชีวิตของเด็กออทิสติกในครอบครัวและทำการจัดลำดับความสำคัญของสภาพความ

รุนแรงของปัญหาเพื่อวางแผนการพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงในเด็กแต่ละคน ได้แก่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่ออันตราย บาดเจ็บ หรือความบกพร่องในการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกายเกี่ยวข้องกับการขาดการดูแล ถูกทอดทิ้ง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ขาดพัฒนาการทางสังคมเกี่ยวข้องกับการดูแลที่เหมาะสม ไม่สามารถมีความไว้วางใจ และการมีความผิดปกติทางระบบประสาท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ขาดความสามารถในการสื่อความหมายเกี่ยวข้องกับการหมกมุ่นอยู่กับตนเอง การขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม และการมีความผิดปกติทางระบบประสาท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 พัฒนาการของตัวตน (Self) ล่าช้า เกี่ยวกับการหยุดยั้งของการพัฒนาการในเด็ก การขาดการดูแลที่เหมาะสม และการขาดการกระตุ้นจากสังคม

2.3.3 การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ และกิจกรรมการพยาบาล

- **การกำหนดวัตถุประสงค์** ตัวอย่างกำหนดวัตถุประสงค์ มีดังนี้

- วัตถุประสงค์ที่ 1 เด็กปลอดภัยจากการเป็นอันตรายหรือบาดเจ็บ
- วัตถุประสงค์ที่ 2 เด็กมีปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมกับผู้ดูแลอย่างน้อย หนึ่งคน
- วัตถุประสงค์ที่ 3 เด็กพัฒนาความไว้วางใจผู้ดูแลอย่างน้อยหนึ่งคน
- วัตถุประสงค์ที่ 4 เด็กสื่อความหมายความต้องการของตนได้กับผู้ดูแลอย่างน้อยหนึ่งคน
- วัตถุประสงค์ที่ 5 เด็กแสดงพฤติกรรมที่บ่งชี้ว่าเริ่มต้นกระบวนการพัฒนาตัวตน

- **กิจกรรมการพยาบาล** พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลโดยกำหนดวิธีการดูแลช่วยเหลือ หรือการบำบัดทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และต้องคำนึงถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็กตลอดกระบวนการ รวมทั้งการช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถจัดการกับความวิตกกังวล ความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากการดูแลเด็กออทิสติก

2.3.4 การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือ และบำบัดทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำคัญในเด็กออทิสติก ได้แก่

1. พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในการดูแลเด็กรายบุคคลเพื่อพัฒนาความไว้วางใจ ตลอดจนการจัดระบบการดูแลเพื่อการตอบสนองความต้องการตนเองของเด็กเป็นรายบุคคลในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านการดูแลตอบสนองความต้องการด้านร่างกายซึ่งเด็กจะมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน การดูแลแบบที่พยาบาลรับผิดชอบเด็กเป็นรายบุคคล และมีความต่อเนื่อง เช่น การดูแลแบบเจ้าของไข้จะมีความเหมาะสม

2. พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดในการป้องกันบาดเจ็บ อันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งกับตัวเด็กเองและที่อาจจะเกิดกับเด็กอื่น การรู้จักเด็กเป็นรายบุคคลเพื่อการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของเด็กที่มักจะเกิดขึ้นที่เด็กจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดเมื่อเด็กมีระดับของความวิตกกังวลสูงขึ้น พยาบาลต้องจัดการช่วยเหลือเด็กให้สามารถเผชิญกับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การช่วยเหลือเด็กในเรื่องนี้และการช่วยเหลือเด็กเมื่อเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์พยาบาลต้องมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางโดยใช้เทคนิคการบำบัดที่เหมาะสมกับลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น

3. พยาบาลจะดูแลช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการทางสังคมได้ต้องเริ่มจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความไว้วางใจ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย และระดับประคองเด็กให้มีความมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ใช้เทคนิคการให้รางวัล เมื่อเด็กเริ่มแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยเฉพาะมีการประสานสายตา ซึ่งสำคัญมากในการสร้างความผูกพันทางสังคม หรือเมื่อเด็กเริ่มมองสิ่งของหรือบุคคลอย่างมีเป้าหมาย เป็นต้น เมื่อเด็กมีพัฒนาการในทางสร้างสรรคจึงเปลี่ยนจากการให้รางวัลเป็นการให้แรงเสริมทางสังคม เช่น การกอดรัด การสัมผัส การยิ้ม การหัวเราะ หรือชมเชยด้วยคำพูด เป็นต้น

4. พยาบาลใช้การดูแลช่วยเหลือเป็นรายบุคคลระยะยาวในการพัฒนาความสามารถของเด็กในการสื่อความหมายความต้องการของตนให้ผู้อื่นทราบ โดยพยาบาลคาดการณ์ความต้องการของเด็กให้ถูกต้อง และช่วยให้เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นอย่างเต็มที่ จะช่วยให้เด็กเริ่มต้นพัฒนาความสามารถในการสื่อความหมาย ความต้องการของตนให้ผู้อื่นทราบได้ การทำความเข้าใจ และการตรวจสอบว่าพยาบาลเข้าใจความต้องการของเด็กอย่างถูกต้องเป็นเรื่องจำเป็น การใช้เทคนิคการให้แรงเสริมแบบการให้รางวัล ใช้ได้ผลดีในเด็กออทิสติก และที่สำคัญพยาบาลต้องสำนึกไว้เสมอว่า เด็กที่ได้รับการดูแลด้วยความรัก ความอบอุ่นอย่างเต็มที่เท่านั้น จึงจะมีความไว้วางใจสิ่งแวดล้อมพอที่จะสื่อความหมายความต้องการของตนกับผู้อื่นได้

5. พยาบาลต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับเด็กออทิสติก โดยการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งเพื่อให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นพัฒนาการของเด็กที่เหมาะสม ตามระดับสติปัญญาและระดับพัฒนาการของเด็ก โดยสังเขปคือ จัดสิ่งแวดล้อมต้องไม่มีของมีคม หรือของใช้ที่แตกง่าย ในกรณีเด็กมีอาการชักร่วมด้วย สภาพแวดล้อมและของใช้ในห้องพัก หรือในหอผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องมีการบุนวม ตามความจำเป็น และในกรณีของเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากการป้องกันข้างต้น พยาบาลต้องป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นด้วยการเรียนรู้แบบแผนการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หากการนำของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวให้ได้ แล้วจึงดำเนินการเฝ้าระวัง

6. พยาบาลต้องช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการของกระบวนการพัฒนาตัวตน โดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีความอบอุ่นและไว้วางใจ ช่วยให้เด็กรับรู้ความเป็นตัวตน พัฒนาความรู้จักตนเอง ดังเช่น เรียนรู้การเรียกชื่ออวัยวะต่างๆ แล้วแยกว่าอะไรเป็นของตน อะไรคือของคนอื่น ด้วยการมองตนในกระจก ในระยะแรกเด็กออกทิสติกส่วนใหญ่จะกลัวการเห็นตนเองในกระจกต่อเมื่อเด็กมีพัฒนาการในทางที่เหมาะสม การมองกระจกจะช่วยให้เด็กเรียนรู้ตนเองได้มากขึ้น ซึ่งเด็กจะแสดงออกโดยสามารถชี้ปาก จมูก ตนเองได้ ตลอดจนรับรู้ความเป็นเจ้าของ ของใช้ส่วนตัว การพัฒนาความเป็นตัวตนนี้ พยาบาลจะพัฒนาควบคู่ไปกับการกระทำกิจวัตรประจำวัน

7. พยาบาลที่ดูแลเด็กออทิสติกต้องให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือบิดามารดาให้เข้าใจ และยอมรับว่าลูกมีความผิดปกติ รวมทั้งมีความคาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็กตามสภาพที่เป็นจริง เข้าใจศักยภาพของเด็กออทิสติก มีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลเด็ก ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้เต็มตามศักยภาพ นอกจากนี้ในการช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติกซึ่งต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเลี้ยงดูลูก และต้องเผชิญกับความเครียด ความกังวล และความรู้สึกคับข้องใจ ให้มีความรู้ ความสามารถดังกล่าวข้างต้นได้นั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพ (Johnson, 1995) กลยุทธ์ที่สำคัญที่พยาบาลควรใช้เช่นเดียวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่

7.1 การกระตุ้นให้ครอบครัวมีการระบายอารมณ์

7.2 ช่วยเหลือให้ครอบครัวลดความรู้สึกผิด

7.3 สนับสนุน ปรึกษาประคับประคองให้ครอบครัวได้ผ่านพ้นกระบวนการเศร้าโศก

7.4 กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวด้วยกัน ให้โอกาสครอบครัวในการซักถามจนได้คำตอบที่พอใจ

7.5 กระตุ้นให้ครอบครัวมีการรับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง

7.6 เน้นการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ มีกำลังใจ ในการดูแลเด็ก

7.7 ร่วมกันกำหนดเป้าหมายอนาคตของเด็กอย่างเหมาะสม

7.8 สอนการมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม

7.9 ให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับสิทธิของเด็กและความรับผิดชอบของครอบครัว

7.10 สร้างเครือข่ายชุมชน

### 2.3.5 การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

พยาบาลประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยเน้นการประเมินความปลอดภัยของเด็กจากการบาดเจ็บ อุบัติเหตุ การพัฒนาความสามารถในการสื่อความหมาย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่สร้างสรรค์สู่การเจริญเติบโต และมีพัฒนาการตามวัยของเด็กในทุกด้าน และ

ต้องการให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความสามารถของครอบครัว หรือผู้ดูแลในการดูแลเด็กออกทีสติกไปพร้อมๆกัน

### 3. พัฒนาการเด็ก (กัลยา นาคเพ็ชรและคณะ, 2548)

พัฒนาการเด็กเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ มีลักษณะพัฒนาจากส่วนบนลงสู่ส่วนล่าง คือ พัฒนาจากส่วนหัวและค่อยๆเลื่อนลงสู่ส่วนล่างของร่างกายจนถึงปลายนิ้วเท้า ดังจะเห็นได้ว่าทารกจะกระพริบตาได้ก่อน จากนั้นกล้ามเนื้อใบหน้าจึงเริ่มขยับ มาสู่การพลิกคอไปมา ลงมาที่ลำตัว สะโพก ในที่สุดก็ไปสูขา สามารถเดินวิ่งได้คล่อง นอกจากนี้พัฒนาการยังมีลักษณะจากศูนย์กลางสู่ปลายนิ้ว พัฒนาการด้านต่างๆ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ พัฒนาการการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ พัฒนาการการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก พัฒนาการทางภาษาและการพูด พัฒนาการทางสังคม และพัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจ

พัฒนาการในวัยเด็กเล็กแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1. วัยทารก (Infancy) อายุแรกเกิด- 2 ปี
2. วัยเด็กตอนต้น (Early Children) อายุ 2-6 ปี

#### 3.1 พัฒนาการโดยทั่วไป

วัยเด็กเป็นวัยเริ่มต้นของชีวิตที่สำคัญวัยหนึ่ง เพราะเป็นวัยที่ต้องปรับตนเองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปลอดภัยภายหลังจากเกิด และมีพัฒนาการหลายด้านไปพร้อมๆกัน

##### วัยทารก (Infancy)

ทารกเป็นวัยที่มีขีดจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพื่อที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่างๆของชีวิตในวัยต่อไป มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างรวดเร็วในด้านการเคลื่อนไหว เริ่มจากปฏิกิริยาสะท้อน (Reflex) พัฒนาเป็นการเคลื่อนไหวมีความหมายมากขึ้น และสามารถฝึกหัดจนเกิดเป็นทักษะเบื้องต้นได้ มีอารมณ์ผูกพันกับผู้เลี้ยงดู ความสามารถสื่อความหมายเริ่มต้นจากภาษาท่าทางพัฒนาไปเป็นภาษาพูด มีความสนใจสิ่งแวดล้อมโดยเริ่มต้นเรียนรู้สิ่งรอบตัว คิดค้นหาวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ จนเกิดเป็นสติปัญญา

ทารกแรกเกิดจะมีน้ำหนักโดยเฉลี่ยประมาณ 3000 กรัม ตัวยาวประมาณ  $50 \pm 2$  เซนติเมตร อายุ 4-5 เดือนจะมีน้ำหนักเป็น 2 เท่าของแรกเกิดคือประมาณ 6 กิโลกรัม อายุ 1 ปีจะเป็น 3 เท่าของแรกเกิดคือประมาณ 9 กิโลกรัม และเป็น 4 เท่าเมื่ออายุได้ 2 ปีคือประมาณ 12 กิโลกรัม เด็กชายมักมีตัวยาวกว่าเด็กหญิงเล็กน้อย น้ำหนักและส่วนสูงของทารกแรกเกิดแต่ละ

คนอาจแตกต่างกันได้ ขึ้นอยู่กับพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ในระยะ 2 – 3 วันหลังเกิด น้ำหนักของทารกจะลดลงได้ไม่เกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักแรกเกิด เพราะทารกสูญเสียพลังงานไปในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เมื่อทารกอายุได้ประมาณ 10 วันหลังเกิด น้ำหนักจะกลับมาเพิ่มขึ้นอีก โดยเพิ่มขึ้นตามปริมาณสารอาหารที่ทารกได้รับในแต่ละวัน ศีรษะค่อนข้างใหญ่เมื่อเทียบกับลำตัว เพราะวัยนี้สมองจะมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งเป็นไปตามหลักพัฒนาการที่เรียกว่า Cephalocaudal ทำให้เส้นรอบศีรษะ (Head Circumference) ยาวกว่าเส้นรอบอก (Chest Circumference) ขนาดศีรษะจะเป็น  $\frac{1}{4}$  ของส่วนสูง เมื่อแรกเกิดส่วนของสมองที่พัฒนาสมบูรณ์มากที่สุดคือ สมองส่วนกลาง (mid brain) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่อยู่ล่างของกะโหลกศีรษะ ทำหน้าที่ควบคุมความสนใจ (attention) การเลิกให้ความสนใจ (habituation) การนอน การดื่ม ตลอดจนการกำจัดสิ่งต่างๆ ออกจากร่างกาย (elimination) สมองส่วนที่พัฒนาน้อยที่สุดเมื่อแรกเกิดคือ สมองส่วนนอก (Cortex) ซึ่งเป็นเนื้อสมองสีเทาขดไปมา (gray matter) และห่อหุ้มอยู่รอบๆ สมองส่วนกลาง สมองส่วนนอกทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ การเคลื่อนไหวของร่างกาย และความคิดที่ซับซ้อนทั้งหมดรวมถึงภาษา แม้เซลล์ประสาท (neurons) ของเนื้อเยื่อสมองส่วนนอก (Cortex) นี้จะมีมาตั้งแต่เกิด แต่เส้นใยประสาท (nerve fiber) ยังเจริญเชื่อมติดกันไม่ดีนัก ทำให้การรับส่งความรู้สึกเชื่อมระหว่างเซลล์ยังทำได้ไม่สมบูรณ์ การเพิ่มขนาดของเซลล์สมองและการเพิ่มเส้นใยประสาทจะเจริญอย่างรวดเร็ว พบว่าทารกอายุ 6 เดือนจะเจริญกว่าร้อยละ 50

อายุ 2 ปี จะเจริญประมาณร้อยละ 75 และจะหยุดการเจริญเมื่ออายุ 20 ปี (Bee, 1985) สำหรับสมองส่วนซีรีเบลลัม (Cerebellum) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่มีหน้าที่ควบคุมการทรงตัว จะพัฒนาอย่างรวดเร็วมากใน 18 เดือนแรกของชีวิต การทำงานของสมองส่วนใหญ่เป็นปฏิกิริยาสะท้อนขั้นพื้นฐาน (Primitive reflex) ปฏิกิริยาการกลืน ได้แก่ ปฏิกิริยาการดูด (Sucking reflex) ปฏิกิริยาการผวา (Moro reflex) ปฏิกิริยาการกลืน (Swallow reflex) ปฏิกิริยาการกำมือ (Grasping reflex) หันหน้าไปด้านที่ถูกกระตุ้น (Rooting reflex) การก้าวเดินถ้าจับอยู่ในท่ายืน (Stepping reflex) เมื่อเนื้อสมองพัฒนามากขึ้น ปฏิกิริยาสะท้อนขั้นพื้นฐานจะค่อยๆ ลดลงและหายไปในที่สุด ทารกแรกเกิดจะมีขนาดดวงตาใหญ่ ปากและคางเล็ก คอสั้น ไหล่แคบและลาด ท้องใหญ่ แขนขาสั้น ผิวหนังบางและอ่อนนุ่ม มองเห็นเส้นเลือดชัดเจน ผมเส้นเล็กบางนุ่ม บริเวณหน้าผาก หลังและแขนจะมีขนอ่อนอยู่บ้างเล็กน้อย ขนอ่อนจะร่วงไปเมื่ออายุประมาณ 1 สัปดาห์ โครงสร้างของกระดูกบางชิ้นยังเป็นกระดูกอ่อน เช่น จมูก ไบหู กระดูกทั้งหมดยังไม่แข็งแรง เพราะมีการเจริญเติบโตของกระดูกอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยฮอร์โมนการเจริญเติบโต (Growth Hormone) ซึ่งฮอร์โมนนี้เริ่มสร้างตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ได้ 10 สัปดาห์และจะหลังมากในช่วงอายุ 1 ปีแรกของชีวิต (Bee, 1985) ฟันเริ่มงอกเมื่ออายุ

ประมาณ 6 เดือน อายุ 1 ปีจะมีฟัน 4 – 6 ซี่ อายุ 2 ปีจะมีฟันประมาณ 18 ซี่ โดยเฉลี่ยฟันจะขึ้นเดือนละ 1 ซี่ การเคลื่อนไหวของทารกจะเป็นการเคลื่อนไหวแบบทั้งตัว (Mass activity) เพราะยังควบคุมการเคลื่อนไหวเฉพาะส่วนอย่างเจาะจงไม่ได้ ใช้เวลาส่วนใหญ่นอนหลับและมักนอนอยู่ในท่าอแขนขา ตื่นเมื่อหิวหรือไม่สุขสบาย ใน 2 – 3 วันแรกจะนอนหลับวันละประมาณ 20 ชั่วโมง และตื่นทุกๆ 2-3 ชั่วโมง ช่วงเวลาของการนอนหลับจะลดลงเรื่อยๆ จะหลับและตื่นง่ายเมื่อมีเสียงรบกวน

### พัฒนาการด้านร่างกาย

วัยทารกจะมีพัฒนาการด้านร่างกายอย่างรวดเร็วและเด่นชัด ดังนี้

#### อายุ 1 เดือน

ในท่านอนคว่ำ ทารกสามารถยกศีรษะได้เล็กน้อยชั่วขณะ พลิกตะแคงหน้าไปด้านซ้ายขวาได้เอง จะใช้ขาทั้งสองข้างถีบตัวเองไปข้างหน้า ในท่านอนหงายทารกจะหันหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง และแขนข้างนั้นจะเหยียดออกไปขณะที่แขนด้านตรงข้ามจะงอซึ่งเรียกการนอนในท่านี้ว่า Tonic- neck- reflex เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นขาที่อยู่ในท่าอเริ่มเหยียดตรง ตามองนิ่งได้ชั่วขณะ สามารถมองตามแสงสว่าง สิ่งของสีสดๆ ได้ในแนวกึ่งกลาง มืออยู่ในท่ากำเกือบตลอดเวลา จับสิ่งของด้วยฝ่ามือ เรียกว่า grasping reflex ถ้าอุ้มขึ้นมาอยู่ในท่านั่ง หลังของทารกจะงุ้มลง

#### อายุ 2 เดือน

ในท่านอนคว่ำพยายามยกคอและชูสูงขึ้น ตาเริ่มมองสายตามสิ่งของในระยะใกล้ๆ มือที่กำจะคลายออก เริ่มใช้มือไขว่คว้าอากาศ เด็กจะเตะขาหรือใช้เท้าเตะอากาศ เมื่อจับนอนตะแคงจะพลิกกลับเป็นนอนหงายได้

#### อายุ 3 เดือน

เริ่มเล่นมือ เลื้อยผ้าตนเอง มองและถือของในมือได้ชั่วขณะ จะจับของได้ต่อเมื่อเอาของใส่ในมือให้ หันศีรษะเหลียวมองตามของเล่นได้ 180 องศา จ้องหน้าผู้มาพูดคุยด้วย มองลงต่ำ และชอบเอามือเข้าปาก Moro reflex และ Grasping reflex เริ่มหายไป

#### อายุ 4 เดือน

ชันคอได้ ในท่านอนคว่ำสามารถยกศีรษะและอกสูงกว่าพื้นราบประมาณ 90 องศา พยายามเอื้อมมือไขว่คว้าของ เขย่าของเล่นชั่วขณะ เก็บของเล่นที่หล่นจากมือไม่ได้ มองเห็นสิ่งของชิ้นเล็กๆ เช่น เมล็ดถั่ว ลูกเกด สามารถหันศีรษะไปตามทิศทางที่ได้ยินเสียง

#### อายุ 5 เดือน

ในท่านอนจะพลิกตัวคว่ำ-หงายได้เอง ยกเท้าเข้าบริเวณปากได้ จับให้นั่งพิงอกหรือหมอน หลังจะตรง เอื้อมมือจับของได้ หยิบกระดาษหรือผ้าปิดหน้าออกได้ ถ้าอุ้มทารกในท่านอนทารกจะใช้เท้ายันพื้นได้

อายุ 6 เดือน

ในท่านอนคว่ำจะคืบเข้าหาสิ่งของหรือบุคคล กลิ้งได้รอบตัว เมื่อจับนั่งทารกจะใช้มือยันไว้ที่พื้นข้างหน้า จิบน้ำจากแก้ว มองหามารดาเมื่อมารดาเดินหายไป ใช้นิ้วชี้ของซันเล็กๆได้ เช่น ลูกเกิด อุ้มยืนจะเด่นอยู่กับที่

อายุ 7 เดือน

นั่งได้เอง หัดคลาน จับของเปลี่ยนมือ ใช้สองมือถือขวดนมดูดได้เอง

อายุ 8 เดือน

คลาน มองตามของที่หล่นจากมือ หึงของเล่นให้ผู้อื่นเก็บ ในท่านั่งสามารถโน้มตัวมาข้างหน้าหยิบของ และดึงตัวกลับมา นั่งได้เหมือนเดิม

อายุ 9 เดือน

เกาะยืน จับของเล่นประกบกันได้ ขว้างปาของเล่นได้ จับขวดนมเข้าปากและเอาออกจากปากได้เอง

อายุ 10 เดือน

เกาะเดิน ใช้นิ้วหยิบจับของซันเล็กๆได้ เช่น กระจุก ลูกเกิด

อายุ 11 เดือน

ตั้งไข่ จูงเดิน หยิบของใส่กระป๋อง หรือขวดโหล

อายุ 12 เดือน

ก้าวเดิน ก้มตัวลงหยิบของที่พื้น และลุกขึ้นยืนได้ เปิดหนังสือได้ที่ละ 2-3 หน้า

อายุ 13 เดือน

กลิ้งบอลให้ผู้อื่น ใส่ของซันเล็กๆลงในกล่องและเอาออกได้ ต่อลูกบาศก์ซ้อนกันได้ 2 ก้อน

อายุ 11/2 เดือน

เดินได้เตาะเตาะ คลานขึ้นบันได ใช้ 2 มือประคองแกว่น้ำยาคีมได้

อายุ 2 ปีเดินคล่อง หัดวิ่งแต่ยังไม่ถนัด ล้มบ่อยเนื่องจากตัวหนัก ขาสั้น ควบคุมการหยุดได้ไม่ดี เดินเกาะราวขึ้น-ลงบันได ปิด-เปิดดูรูปภาพในหนังสือที่ละหน้า ชีต-เขียนเป็นเส้นได้แนวตั้งตามแบบ หมุนลูกบิดประตู เปิดฝาขวด ใช้ช้อนตักอาหารใส่ปากได้ แต่ยังไม่คล่องแคล่ว สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะได้ ต่อลูกบาศก์ซ้อนกันได้ 4-6 ก้อน ต่อตัวต่อแบบง่ายได้ 3 ชั้น เดินไปด้านข้างและเดินถอยหลังได้

**พัฒนาการด้านอารมณ์**

อารมณ์เป็นปฏิกริยาของสิ่งมีชีวิตต่อการกระตุ้น ซึ่งอาจจะเป็นจากภายนอก หรือภายในตัวของมนุษย์เอง อารมณ์มีความสำคัญต่อพัฒนาการเป็นอย่างมากเพราะอารมณ์อาจทำให้เกิด



แรงกระตุ้น แรงผลักดันให้ก้าวหน้า ต่อสู้ มีกำลังใจ และมองเห็นสิ่งดีงามในชีวิต หรืออาจทำให้เกิดการทอดถอนใจจนเกิดเป็นความสิ้นหวัง ปมด้อยในชีวิตได้

พัฒนาการด้านอารมณ์ของทารกนั้น ส่วนใหญ่จะแสดงลักษณะอารมณ์ที่สนองความต้องการของตนเองเป็นที่ตั้ง เกิดขึ้นและหายไปง่าย เปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาได้ง่าย ไม่สามารถควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ของตนเอง แบบแผนของการแสดงออกทางอารมณ์มีอยู่จำกัด สิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์มักเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในขณะนั้นมากกว่าสิ่งเร้าที่เกิดจากจินตนาการ อารมณ์ของทารกมักจะถูกวางเงื่อนไขได้ง่าย

อายุแรกเกิด - 6 เดือน อารมณ์ที่พบได้ คืออารมณ์พอใจ ไม่พอใจและตื่นเต้น อารมณ์พอใจคืออารมณ์ที่เด็กได้กินอิ่ม นอนหลับ มีความสุขสบายของร่างกาย มีผู้มาอุ้มกอดรัด สัมผัสอย่างเบามือ สนใจอยู่ใกล้ชิด ทารกจะแสดงอารมณ์พอใจด้วยการไม่ร้องไห้ นอนหลับ กินหรือดูดได้ดี สงบ นอนนิ่ง นอนเล่น ยิ้ม หัวเราะ ไขว่คว้าของเล่น หรือสิ่งกระตุ้น สำหรับอารมณ์ไม่พอใจและตื่นเต้น คืออารมณ์ที่ทารกไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเอง เช่น หิว เจ็บปวด และถูกกระตุ้นที่รุนแรง รวดเร็วจนเกินไป ทำให้ทารกแสดงท่าที่ไม่เป็นสุข ร้องไห้เสียงดัง ผวาตื่น หันหน้าหนี เกร็งกล้ามเนื้อ

อายุ 6 เดือน - 2 ปี พบอารมณ์ที่แตกต่างจากวัย 6 เดือนแรก คือ

1. อารมณ์โกรธ ทารกจะแสดงอารมณ์โกรธเมื่อถูกขัดขวางความต้องการ หรือการกระทำของตนเอง ถูกบังคับให้ทำสิ่งที่ไม่ชอบ จะแสดงอารมณ์โกรธด้วยการร้องเสียงดัง ตี้นเตะ ถีบ กัด ทูบตี การกระตุ้นให้ทารกเกิดอารมณ์โกรธบ่อยๆ จะเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

2. อารมณ์กลัว จะพบได้เมื่ออายุ 6 เดือนขึ้นไป ทารกจะแสดงอารมณ์กลัวสถานการณ์หรือเหตุการณ์ ที่ก่อให้เกิดความไม่มั่นคงต่อตนเอง อารมณ์กลัวเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ ความไม่เข้าใจในสถานการณ์สิ่งแวดล้อม การถูกวางเงื่อนไข การหลอกหรือขู่ ได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าที่แปลกใหม่ หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและไม่คาดฝันทำให้ทารกปรับตัวไม่ทัน ความกลัวที่พบได้ในทารก เช่น ความมืด เสียงดัง ความสูง บิดามารดาจะตั้งจากไป คนแปลกหน้า สัตว์ สิ่งของ เป็นต้น ทารกแสดงพฤติกรรมความกลัวด้วยการถอยหนี วิ่งหนี ร้องไห้ ตัวสั่น ปิดหน้า หลบซ่อน ผลักไส ร้องกรี๊ด กลั่นหายใจชั่วขณะ ฯลฯ

3. อารมณ์อิจฉาริษยา เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่ออายุได้ 18 เดือน เมื่อทารกมีความรู้สึกสูญเสียความรักจากบิดามารดาไปให้ผู้อื่นโดยเฉพาะพี่หรือน้อง พฤติกรรมที่แสดงออกคือ ตี ผลักไส แบ่งของ กัด หรือรังแกผู้ที่ตนอิจฉา

4. อารมณ์รัก ทารกจะมีอารมณ์รักเมื่ออายุประมาณ 6 เดือน เป็นอารมณ์แห่งความสุขที่ทารกแสดงออกด้วยการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคล สิ่งของ เหตุการณ์ที่ตนเองชอบ ทารก

จะแสดงสีหน้ามีความสุข โอบกอด สัมผัสกับสิ่งที่ตนมีความรัก สำหรับทารกที่ขาดความรักจะเป็นเด็กที่มีอารมณ์เหงา ว้าเหว่ ไม่รักผู้อื่น ซึ่งทารกกลุ่มนี้เมื่อโตอยู่ในวัยผู้ใหญ่มักจะมีความรู้สึกที่เกลียดกลัว ไม่ไว้วางใจบุคคลอื่นและสังคม

5. อารมณ์สนุกสนาน ร่าเริง จะมีตั้งแต่อายุประมาณ 2 – 3 เดือน เป็นการแสดงออกเมื่อทารกเกิดความสุข พอใจที่ได้รับความรื่นเริง ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ต้องการ ได้เล่น ทำกิจกรรมในสิ่งที่ชอบ พฤติกรรมที่แสดงออก คือ ยิ้ม หัวเราะ กระโดดตบมือ โยกตัวไปมา เป็นต้น

6. อารมณ์อยากรู้ อยากเห็น เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อค้นหาและเพิ่มประสบการณ์ให้กับตนเอง ทารกจะแสดงออกด้วยการสำรวจสิ่งแวดล้อมต่างๆ อย่างสนใจ เอาใจใส่ ความอยากรู้ อยากเห็น จะสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านสติปัญญา และพัฒนาการด้านสังคม ทารกจะแสดงออกด้วยการ อม เลีย ดูด เขย่า รื้อ ค้นหา สัมผัส ค่อยแคะ รวบรวมสิ่งของ แล้วประมวลเกิดเป็นจินตภาพของตนเอง

ขั้นของพัฒนาการทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และพัฒนาการทางสติปัญญา ดังนี้ (Brokzinsky, Gormly & Ambron, 1986)

อายุ 1 เดือนแรก ทารกมีปฏิสัมพันธ์ ต่อความเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม และการกระตุ้นทางร่างกาย แต่ยังไม่แสดงอารมณ์อย่างแท้จริง

อายุ 2 – 3 เดือน ทารกเริ่มมีปฏิริยาทางอารมณ์กับสังคม แสดงความสนใจต่อโลกภายนอก และจะยิ้มเพื่อตอบสนองต่อสังคม ทารกจะแสดงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ ในระยะนี้จะมีการแลกเปลี่ยนทางสังคมระหว่างผู้เลี้ยงดูและทารก ทารกจะแสดงความรู้สึกคาดหวัง ความไม่สมหวังและสับสน วิดกกังวล โมโหด้วยการร้องไห้เสียงดัง มีการหัวเราะ และแสดงท่าทางตื่นเต้นกับการออกเสียงขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้เลี้ยงดู

อายุ 7 – 8 เดือน ทารกจะมีกิจกรรมในการมีปฏิสัมพันธ์ เช่น มีการเล่นเกมกับผู้เลี้ยงดูมากขึ้น โดยอาศัยพัฒนาการทางการเคลื่อนไหว และการใช้เสียง เช่น การเล่นจ๊ะเอ๋ แสดงท่าทาง โยกตัว หัวเราะชอบใจ การแสดงท่าตบมือตามคำบอก

อายุ 9 – 12 เดือน ทารกจะติดผู้เลี้ยงดูเป็นพิเศษหรือเรียกว่า เกิดความผูกพัน (attachment)

ทารกจะไม่เพียงแสดงอารมณ์ทางบวกอย่างมากกับผู้เลี้ยงดูหรือมารดา แต่จะมีอารมณ์ทางลบได้มาก และกลัวคนแปลกหน้าด้วย

อายุ 12 – 18 เดือน ทารกจะเริ่มสำรวจ และส่วนใหญ่จะเป็นการสำรวจสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีชีวิต ในวัยนี้จะแสดงอารมณ์สนุกสนาน และความโกรธอย่างชัดเจน

อายุ 18 – 36 เดือน เมื่อแยกจากผู้เลี้ยงดู หรือมารดาจะแสดงอารมณ์วิตกกังวลอย่างมาก

### วัยเด็กตอนต้น

วัยเด็กตอนต้น ยังคงมีการเพิ่มของน้ำหนักและส่วนสูงอย่างสม่ำเสมอ แต่มีอัตราช้ากว่าวัยทารก

#### พัฒนาการด้านร่างกาย

เมื่อเด็กอายุ 2 ปี จะมีความสูงประมาณ 87 เซนติเมตร น้ำหนักประมาณ 12 กิโลกรัม โดยน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 2 - 3 กิโลกรัม ความสูงเพิ่มขึ้นประมาณปีละ 6 - 8 เซนติเมตร เมื่ออายุ 5 ปีจะมีน้ำหนัก ประมาณ 18 กิโลกรัมและสูงประมาณ 100 เซนติเมตร อายุ 6 ปีจะมีน้ำหนักเป็น 7 เท่าของแรกคลอด คือ 21 กิโลกรัมและสูงประมาณ 120 เซนติเมตร เด็กชายจะมีส่วนสูงและน้ำหนักมากกว่าเด็กหญิง ลักษณะอ้วนกลมพุงป่องในวัยทารกจะเปลี่ยนเป็นผอมสูงมากขึ้น เพราะศีรษะ ลำตัว แขนขา มือและเท้า มีการขยายในเชิงความยาวมากกว่าความหนา ผมเส้นหยาบและสีเข้มขึ้น ฟันน้ำนมที่เริ่มงอกตั้งแต่อายุ 6 - 8 เดือน จะขึ้นครบในช่วงอายุ 2 ½ - 3 ปี หลังจากนั้น ฟันน้ำนมบางที่จะเริ่มหลุดและฟันแท้จะงอกขึ้นมาแทนในระยะท้ายๆของวัยนี้ ระบบกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัสทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ขึ้น มีความว่องไวในการใช้วัยวะต่างๆ ได้ดีและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

อายุ 3 ปี ชอบกระโดด วิ่งเล่น รู้จักวิ่งให้ช้า หรือเร็วตามที่ต้องการ วิ่งเลี้ยวหักมุม หรือหยุดวิ่งได้อย่างกะทันหัน เดินเขย่งบนปลายเท้า เดินขึ้นบันไดสลับเท้าได้ ขับขี่รถสามล้อได้ เขียนวงกลม ต่อบล็อกซ้อนกันได้ 9 - 10 ชั้น บอกสีได้ 4 สี ปั้นดินน้ำมัน ใช้กรรไกรตัดกระดาษ ร้อยลูกปัด

อายุ 4 ปี เดินลงบันไดสลับเท้า กระโดดเท้าเดียว ทรงตัวขาเดียว ห้อยโหน ปีนปาย เครื่องเล่น กระโดดตามจังหวะ โยนลูกบอล รู้จักซ้ายขวา เขียนตัวอักษรตามเส้นประ เขียนวงกลม กากบาท ไส้กระดุม ถอดเสื้อได้

อายุ 5 - 6 ปี เตะบอล เดินถอยหน้าหลัง ขับขี่รถจักรยานยนต์ 2 ล้อ เขย่งปลายเท้ากระโดด เล่นกระโดดเชือก โยนลูกบอลไปในทิศทางที่ต้องการ วาดรูปคน ระบายสียังออกนอกกรอบ เขียนรูปสามเหลี่ยม พับกระดาษได้ตามรูปแบบ เดินรำเข้าจังหวะ อาบน้ำ แต่งตัว ผูกเชือกรองเท้า ใช้นิ้วหยิบจับของชิ้นเล็กๆได้อย่างคล่องแคล่ว ใช้กรรไกรตัดกระดาษได้

#### พัฒนาการด้านอารมณ์

พัฒนาการด้านอารมณ์ของวัยเด็กตอนต้นเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองการค้นหาสิ่งแปลกใหม่ ความเป็นอิสระของตนเอง ซึ่งอารมณ์ของวัยเด็กตอนต้นยังคงมีเช่นเดียวกับวัยทารก ได้แก่ อารมณ์พอใจ ไม่พอใจ ตื่นเต้น อารมณ์โกรธ อารมณ์กลัว อารมณ์อิจฉาริษยา อารมณ์รัก อารมณ์สนุกสนานร่าเริง อารมณ์อยากรู้ อยากเห็น แต่การแสดงออกของอารมณ์จะรุนแรงกว่าวัยทารก เด็กมักมีอารมณ์หงุดหงิด ตี้อารมณ์ เขาแต่ใจตนเองเพราะเป็นวัยปฏิเสธ (Negative

phase) อารมณ์ที่เกิดขึ้นคงอยู่ชั่วขณะและหายไปได้เร็ว เด็กยังไม่รู้จักเก็บหรือเจ็บจำ ไม่มีอารมณ์ค้างหรืออาฆาตแค้น อารมณ์ที่แสดงออกจะตรงไปตรงมา เปิดเผย ยังคงเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมา

อารมณ์ในวัยเด็กตอนต้นที่แตกต่างจากวัยทารกคือ อารมณ์ลงมือลงเท้า (Temper tantrum) เป็นอารมณ์โกรธในวัยเด็กตอนต้นที่เกิดขึ้นเมื่อถูกขัดใจ แก้ปัญหาให้กับตนเองไม่ได้ เด็กจะร้องไห้ คร่ำครวญ ลงนอนดิ้นกับพื้น ทำร้ายตนเอง ตัวอ่อนปวกเปียก กลั้นหายใจ

อารมณ์ดื้อดึง (Negativistic) เป็นอารมณ์ที่ต้องการความเป็นอิสระ และพึ่งตนเอง จึงมักแสดงอาการปฏิเสธความช่วยเหลือของผู้เลี้ยงดู นิ่งเฉย ไม่สนใจต่อคำบอกหรือคำสั่งของผู้เลี้ยงดู แกล้งทำกิจกรรมอื่นๆ แทน หรือทำกิจกรรมนั้นซ้ำๆ

### 3.2 พัฒนาการด้านสังคม

พัฒนาการด้านสังคมเป็นพัฒนาการในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลและสิ่งแวดล้อม

#### วัยทารก

ในวัยทารกสังคมของเด็ก คือสังคมระหว่างเขากับบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดู เนื่องจากวัยทารกต้องพึ่งพาบิดามารดาในการเลี้ยงดู และตอบสนองความต้องการให้เขาสามารถดำรงชีวิตได้ในสังคม

อายุแรกเกิด - 6 เดือน ทารกจะตอบสนองต่อสังคมด้วยการมองประสานสายตากับผู้เลี้ยงดู มองตามสิ่งของใกล้ตัว ทารกจะแสดงอาการยิ้ม ส่งเสียงอ้ออา ตอบสนองตนขณะที่ผู้เลี้ยงดูอุ้ม กอด ให้อาหาร เล่นด้วยแสดงท่าที่มองหา หันตามเสียงที่คุ้นเคยของผู้เลี้ยงดู พยายามเคลื่อนไหวเข้าไปหาผู้เลี้ยงดู แสดงกิริยาร้องไห้ ไม่พอใจถ้าผู้เลี้ยงดู แสดงกิริยาร้องไห้ไม่พอใจถ้าผู้เลี้ยงดูไม่สนใจ ปลอ่ยให้อยู่ตามลำพัง ในกรณีที่ผู้เลี้ยงดูปลอ่ยให้ทารกอยู่ตามลำพัง หรือทอดทิ้งไม่เอาใจใส่ เป็นระยะเวลาสั้นเกินไปจะเป็นผลให้ทารกเกิดการสร้างความสุขให้ตนเองด้วยการเล่นกับตนเอง ไม่สนใจคนอื่น เมื่อโตขึ้นจะทำให้กลายเป็นบุคคลแปลกหน้า แสดงท่าที่หวาดกลัวหรือหวงตัว ถ้าบุคคลแปลกหน้าจับต้องหรืออุ้ม จะแสดงพฤติกรรมผูกพันกับผู้เลี้ยงดู กลัวการถูกพรากจากผู้เลี้ยงดู จะแสดงท่าที่กระวนกระวาย โศกเศร้าอย่างมาก เมื่อถูกพรากจากผู้เลี้ยงดู อายุประมาณ 8 - 9 เดือนจะชอบเล่นเลียนท่าทางกับผู้เลี้ยงดูชอบเล่นซ่อนหา

พัฒนาการทางสังคมนี้จะเริ่มต้นเมื่อทารกสามารถเข้าใจความแตกต่างระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น โดยทั่วไปทารกจะมีพัฒนาการทางสังคมเมื่ออายุ 2 สัปดาห์หลังจากที่ร่างกาย

สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมภายนอกครมรรคา โดยแสดงออกของพัฒนาการทางสังคมดังนี้ (Gander & Gandiner, 1981, สุณีย์ ธีรดากร, 2523)

เดือนแรก มองหน้ามารดาเป็นบางครั้งยังไม่แสดงความรู้สึกบนใบหน้า แต่จะเงิบเมื่อถูกอุ้มโยนเบาๆ หรือให้ดูนม

เดือนที่ 2 - 3 เริ่มมีการติดต่อสื่อสารเป็นอันดับแรก เมื่อมีใครพูดด้วยจะยิ้มและพยายามจะออกเสียง เริ่มมีปฏิกิริยาต่อเสียงรอบตัว ชอบมองคนมากกว่าสิ่งของ หันศีรษะและแขนขามาทางผู้เลี้ยงดู

เดือนที่ 4 - 5 เริ่มแยกเสียงต่างๆรอบตัวได้ว่าเสียงใดเป็นเสียงที่คุ้นเคยและเสียงใดไม่คุ้นเคย เริ่มมีปฏิกิริยาต่อคนแปลกหน้า รู้จักเล่นโต้ตอบ บางทีหัวเราะเสียงดังและแสดงออกถึงความต้องการที่จะให้อุ้ม

เดือนที่ 6 เริ่มแยกคนที่คุ้นเคยและคนที่ใกล้ชิด อาจมีอาการกลัวคนแปลกหน้า ดังนั้นบิดามารดาควรอยู่ใกล้ชิดกับทารกวัยนี้ เพื่อทำให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคยและความรู้สึกผูกพัน ระยะเวลาครอครัวจะมีอิทธิพลมากที่สุดในการวางรากฐานและส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคมของทารก

เดือนที่ 8 เริ่มมีความวิตกกังวลเมื่อแยกจากมารดา ชอบส่งเสียงเพื่อเรียกร้องความสนใจ ชอบเล่นจะเอ่ เลียนแบบท่าโบกมือบ้ายบาย

เดือนที่ 9 - 12 เริ่มต้นเล่นเกมกับผู้อื่นได้ เช่น ตบมือจะฉ่า สามารถแสดงความรักกับสัตว์เลี้ยง รู้จักกอดรัดเชิ่พ้องคำสั่งง่ายๆ พยายามเลียนแบบท่าทางใหม่ๆ

เดือนที่ 18 - 24 จะรู้สึกว่าบิดามารดาเป็นผู้ปกป้องคุ้มครองให้ความปลอดภัยได้ ขณะเล่นจะคอยหันมามองบิดามารดาบ่อยๆ มีความอยากรู้อยากเห็นเพิ่มขึ้น ชอบสำรวจสิ่งแวดล้อม ชอบเลียนแบบท่าทางในการทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน สามารถจำตนเองในกระจกเงาได้ เริ่มมีจินตนาการเกิดขึ้นและเริ่มเข้าใจความเป็นเจ้าของจึงแสดงออกด้วยการหวงของเล่น

### วัยเด็กตอนต้น

เป็นวัยแห่งการอยากรู้อยากเห็น เกิดความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการซึ่งนำไปสู่การพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเอง ชอบสำรวจ เลียนแบบ ต้องการความเป็นอิสระ ดื้อรั้น เริ่มต้นที่จะพึ่งตนเอง ออกสู่สังคมนอกบ้าน พัฒนาการควบคุมตนเองด้วยการเรียนรู้กฎเกณฑ์ระเบียบต่างๆของสังคม แต่ยังยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง สามารถพูดสื่อสารกับผู้อื่น อารมณ์แปรปรวนง่าย ชอบเล่นของเล่น สามารถจำแนกเพศได้

สังคมของวัยเด็กตอนต้นขยายจากผู้เลี้ยงดูไปสู่บุคคลอื่น เด็กแสดงความต้องการที่จะเล่นกับบุคคลอื่นนอกบ้าน แต่ในวัยนี้ยังยึดตนเองเป็นศูนย์กลางอยู่ ทำให้การเล่นกับผู้อื่นเกิดได้ในช่วงสั้นๆ และชอบเอาชนะผู้อื่น ลักษณะการเล่นจะเริ่มจากต่างคนต่างเล่นโดยนั่งอยู่ใกล้ๆ กัน (Parallel play) ต่อมาจะพัฒนาเป็นการเล่นที่เกี่ยวข้องกัน (Associative play) ผู้เลี้ยงดูควรเป็นผู้สอนให้เด็กรู้จักยอมขอม การรู้จักให้และรู้จักรับซึ่งจะเป็นผลดีต่อตัวของเขาในอนาคต ในวัยเด็กอาจประสบปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนเล่นให้อยู่คงทนไม่ได้ จึงเกิดการสร้างจินตนาการและบทบาทสมมุติ เด็กจะสมมุติเพื่อนเล่นขึ้นตามความต้องการและเพื่อความสุขของตนเอง จึงพบว่าเด็กสามารถนั่ง พูด เล่นกับสิ่งของได้เป็นระยะเวลาต่างๆ การเล่นสมมุตินี้เป็นประโยชน์แก่เด็กในการสร้างจินตภาพ ความคิดสร้างสรรค์ในอนาคตให้แก่เด็กได้อย่างดี ยิ่งเด็กวัยนี้เรียนรู้ความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชาย พยายามเลียนแบบลักษณะทางเพศของตนเองจากบิดาหรือมารดา ดังนั้นบิดาหรือมารดาควรแนะนำการแสดงออกตามลักษณะทางเพศของตน หรือการเลียนแบบลักษณะทางเพศของตนอย่างเหมาะสม เด็กมีคำถามเกี่ยวกับเพศของตนเองที่บิดามารดาควรตอบคำถามให้กระจ่าง ง่ายต่อการเข้าใจ ไม่ควรถือเป็นเรื่องปกปิดให้เด็กสงสัยหรือค้นหาคำตอบด้วยวิธีที่ผิดได้ เด็กวัยนี้เกิดการเรียนรู้ที่จะพัฒนาด้านจริยธรรมเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้ตนเองถูกลงโทษและยินดีที่จะทำความดีเพื่อรับรางวัลทั้งสิ่งของและคำชมจากผู้อื่น เด็กจะเลียนแบบการกระทำที่ถูกหรือผิดจากผู้เลี้ยงดู ผู้เลี้ยงดูจะเป็นผู้ชี้แนะสั่งสอนสิ่งที่ถูกต้องด้วยการกระทำและพัฒนาไปให้เหตุผลมากขึ้น ในระยะท้ายๆ ของวัยนี้เด็กต้องการเป็นอิสระเพิ่มขึ้น จึงไม่ชอบอยู่ใกล้ชิดกับผู้ใหญ่แต่ชอบที่จะเล่นกับกลุ่มเพื่อนมากกว่า เด็กจะเริ่มต่อต้านกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่ผู้ใหญ่กำหนด จึงเกิดคำเรียกวัยนี้ว่าวัยปฏิเสธ หรือวัยต่อต้าน บิดามารดาควรสนับสนุนให้เด็กเกิดความรู้สึกที่จะพึ่งตนเอง และสร้างวินัยให้แก่ตนเอง เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร จัดเตรียมหรือเก็บของใช้ส่วนตัว เป็นต้น

### 3.3 พัฒนาการด้านภาษา

วัยเด็กเล็กเป็นวัยที่มีการพัฒนาด้านภาษาอย่างเห็นได้ชัด

#### วัยทารก

ทารกสามารถรับรู้ต่อภาษาพูด และความแตกต่างของเสียงพยัญชนะได้ตั้งแต่อายุน้อยๆ โดยอายุ 1 เดือน สามารถแยกความแตกต่างของเสียงพยัญชนะที่มีความคล้ายคลึงกันมาก เช่น คำว่า บา สปา ได้ (Eimas, et al., 1971)

นอกจากนี้ในเรื่องของภาษา ทารกสามารถทำได้ดีกว่าผู้ใหญ่โดยสามารถแยกความแตกต่างของเสียง r และ l ได้ดีกว่าผู้ใหญ่ที่พูดภาษาอังกฤษ ฝรั่งเศส และเยอรมัน (Eimas, 1975)

แต่ปรากฏว่า คนจีนและญี่ปุ่นไม่สามารถแยกความแตกต่างของ r และ l ได้ ทำนองเดียวกัน ทารกที่อยู่ในครอบครัวที่ใช้ภาษาอังกฤษ สามารถแยกความแตกต่างของคำที่มีความคล้ายคลึงกันในภาษาอื่นได้ ซึ่งคำเหล่านั้นไม่มีในภาษาอังกฤษ แต่ผู้ใหญ่ที่ใช้ภาษาอังกฤษกลับมีความลำบากในการแยกความแตกต่างของเสียงนั้น (Werker, et al., 1981) เมื่อทารกเริ่มคำที่สื่อความหมายได้ คือประมาณอายุ 1 ปี ความสามารถในการแยกความแตกต่างของเสียงที่คล้ายคลึงกันที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษาที่ทารกใช้ลดลง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือประสบการณ์ทางการได้ยินเริ่มมีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาษา ที่น่าสนใจคือ ในแง่ของพัฒนาการตามช่วงอายุ ไม่ใช่เป็น เรื่องของการมีความสามารถใหม่ๆ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เท่านั้น แต่มีเรื่องของ การลดลงของ ความสามารถที่ไม่จำเป็นด้วย

### วัยเด็กตอนต้น

เด็กจะเรียนรู้คำศัพท์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก เมื่อเด็กได้ยินคำศัพท์ใหม่เพียงครั้งเดียว คำคำนั้นจะผ่านกระบวนการ Fastmapping คือ เด็กจะซึมซับคำใหม่นั้นโดยการจัดเข้าเป็นกลุ่มตามความหมายของคำคำนั้น เด็กจะเรียนรู้คำนามได้เร็วกว่าคำกริยาและคำคุณศัพท์ กริยาวิเศษณ์ คำอุทาน และคำถาม ตามลำดับ เด็กเรียนรู้คำนามทั่วไปได้เร็วกว่าคำนามที่เฉพาะเจาะจง

อายุ 3 ปี จะเริ่มพูดประโยคที่มีประธาน กริยาและกรรม พูดประโยคที่ยาวขึ้น มีส่วนขยาย การพูดสื่อภาษาของเด็กวัยนี้จะมีลักษณะเป็น Egocentric โดยเด็กทุกคนจะคาดหวังว่าคนอื่นจะเข้าใจภาษาที่ตนพูด เด็กวัยนี้สามารถใช้ภาษาได้เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น เด็กอายุ 2-3 ปีจะพูดด้วยเสียงสูงกับตุ๊กตา กับน้อง แต่จะพูดเสียงต่ำเมื่อจะสั่งสุนัขหรือแมงในบ้าน และจะใช้ภาษาที่เป็นทางการขณะเล่นสมมติเป็นแพทย์ ครู การแสดงออกขณะพูดก็จะมีเหมาะสม เด็กจะแสดงท่าที่สนใจฟังและพยักหน้าแสดงว่าตนเข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูด พูดติดอ่างชั่วคราวขณะนับเลขได้ บอกความต้องการ เริ่มถามว่าทำไม อย่างไร รู้จักทิศทางบนล่าง ใช้คำพูดปฏิเสธ

อายุ 5-6 ปี จำคำศัพท์ได้ถึง 2,000 คำ เด็กส่วนใหญ่จะเข้าใจเกือบทุกอย่างที่ได้ยิน ยกเว้นคำที่เป็นนามธรรม เช่น ความยุติธรรม อุปมาอุปไมย หรือคำที่เป็นการเปรียบเทียบ เช่น ยาว ล้น ไกล ไกล ตื้น ลึก สูง ต่ำ นอกจากนี้ คำที่แสดงความหมายของเวลาและสถานที่ ก็ยากสำหรับเด็กวัยนี้เช่นกัน เช่น ที่นี่ ที่นั่น เมื่อวานนี้ พรุ่งนี้ เด็กยังสามารถพูดได้คล่องและถูกหลักไวยากรณ์ แต่ยังออกเสียงพยัญชนะบางตัวไม่ชัด เช่น ส ว ฟ บอกชื่อ ที่อยู่ และวันเกิดของตนเองได้ ชอบท่องหรือร้องเพลงที่มีจังหวะและเนื้อร้องที่มีคำสัมผัสหรือเลียนแบบโฆษณาทีวี

ลักษณะเด่นของการสื่อสารในวัยเด็กตอนต้นคือ การช่างซักช่างถามเมื่ออายุประมาณ 2 ½ ปี เด็กจะเริ่มถามเกี่ยวกับทุกอย่างที่เห็นหรือสงสัย ถ้าผู้เลี้ยงดูให้ความสนใจในการตอบคำถามจะเป็นการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาอย่างมากมาทางหนึ่ง นอกจากนี้เด็กวัย 3-4 ปี จะสามารถเล่าเรื่องที่ผ่านมาโดยเรียงลำดับเหตุการณ์ได้อย่างถูกต้อง เช่น เด็กสามารถเล่าได้ว่ามีอะไรเกิดขึ้นขณะที่ไปภัตตาคาร เด็กจะเรียงลำดับเหตุการณ์ได้ เริ่มต้นจากสิ่งอาการรับประทาน และสุดท้ายจ่ายค่าอาหาร ในระยะแรกการเล่าเรื่องจะมีแต่ส่วนประกอบสำคัญๆ เมื่อโตขึ้นเด็กจะเล่าเรื่องโดยเก็บรายละเอียดได้มากขึ้น และอาจมีการถ่ายทอดความรู้สึกของตนเองด้วย

กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างตัวบุคคลกับคนอื่นตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่เกิดขึ้นในแวดวงเล็กๆรอบตัว คือเด็กกับมารดา บิดา ขยายไปในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชนและสังคมส่วนรวม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางจิตใจและสังคมจึงมีทั้งแบบที่มองจากภายในตัวเด็กโดยให้ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อย ได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Freud ซึ่งเน้นแรงผลักดันจากสัญชาตญาณธรรมชาติ แรงผลักดันทางเพศจากจิตใต้สำนึก ที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมตามระยะ เช่น ในระยะทารก มีการใช้ปากดูดกินเป็นศูนย์กลางที่ทำให้ทารกเรียนรู้และสร้างความสัมพันธ์กับมารดา หรือคนเลี้ยงดู ต่อมาเมื่อวุฒิภาวะสูงขึ้นก็จะเปลี่ยนศูนย์กลางของความสนใจไปที่ทวารในช่วงอายุ 2-3 ปี และที่อวัยวะเพศ ในช่วงอายุ 3-6 ปี เป็นต้น แต่ละช่วงของพัฒนาการแรงผลักดันภายในจะขัดแย้งกับสิ่งที่สังคมต้องการ ให้เด็กทำ ดังนั้นเด็กที่เจริญเติบโตขึ้นอย่างมีสุขภาพจิตที่ดีจะปรับตัวให้เกิดสมดุล โดยลดหรือแก้ไขความขัดแย้งดังกล่าวได้จึงก้าวขึ้นสู่ระยะถัดไป มิฉะนั้นจะเกิดความขัดแย้งภายใน เกิดความกังวล คับข้องใจ จนอาจกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตได้ในภายหลัง

ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงจิตสังคม (psychosocial learning theory) ของ Erikson ขยายและปรับแนวคิดของ Freud ไปสู่พัฒนาการของบุคลิกภาพทั้ง 8 ระยะ ตลอดช่วงชีวิตจากแรกเกิดถึงวัยชรา ระบุถึงประเด็นหลักทางจิตสังคมของแต่ละระยะว่ามีวิกฤตการณ์อยู่ในเรื่องอะไร เช่น วัยทารกจะมีวิกฤตการณ์ในการสร้างความเชื่อมั่นในตนเองและในคนอื่น ท้ายที่สุดจะเติบโตขึ้นเป็นคนท้อแท้ไม่มีความหวัง ส่วนในวัยประถมศึกษา วิกฤตการณ์อยู่ที่การแข่งขันและความขยัน หากสภาวะแวดล้อมไม่เอื้อเด็กจะมีความรู้สึกด้อยและต่อไปจะมีแนวโน้มที่จะขาดทักษะในการเรียนรู้การทำงานที่เป็นคุณค่าสำหรับทั้งชีวิต เป็นต้น

อีกด้านหนึ่งของแนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการด้านสังคม เน้นความสำคัญของภาวะแวดล้อมโดยเฉพาะด้านสังคมและวัฒนธรรม เช่น แนวคิดเชิงนิเวศวิทยา (Ecology of human development) ของ Bronfenbrenner ซึ่งกว้างขวางกว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับมารดา แต่คำนึงถึงอิทธิพลของสภาพครอบครัวและบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ขนบธรรมเนียม



ประเพณี ความเชื่อและศาสนา ตลอดจนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในและนอกครอบครัวที่มีผลต่อการพัฒนาการของเด็ก เช่น การเกิดของลูกคนเล็ก การเจ็บป่วย การตาย การตกงาน การย้ายถิ่น หรือที่เกิดขึ้นในสังคมส่วนรวม เช่น ภาวะสงคราม ภัยธรรมชาติ หรือการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะเศรษฐกิจการเมืองและกฎหมาย เป็นต้น

พัฒนาการทางสังคม ครอบคลุมถึงการรู้จักผิดชอบชั่วดี และมีคุณธรรม ซึ่งทฤษฎีการพัฒนาเหตุผลเชิงคุณธรรม (moral theory) ของ Kohlberg ได้เชื่อมโยงพัฒนาการด้านสังคมกับด้านสติปัญญา กล่าวถึงการใช้เหตุผลมาตัดสินว่าสิ่งใดถูกหรือผิด ซึ่งเป็นขั้นตอนตามวัยและประสบการณ์ เช่น จากพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการถูกทำโทษมาเป็นพฤติกรรมเพื่อการได้รับรางวัล พฤติกรรมต่างตอบแทนซึ่งกันและกัน ค่านิยมของสังคม กฎหมายและระเบียบ มนุษยธรรม และหลักการตามลำดับถึงระดับสูงสุดที่การบรรลุสังขธรรมซึ่งมีเพียงคนจำนวนน้อยที่จะพัฒนาได้ถึงระดับนี้

**3.4 การประเมินพัฒนาการเด็ก** เครื่องมือการคัดกรองพัฒนาการเด็กที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก ได้แก่ Denver Developmental Screening Test (DDST) ซึ่งเหมาะสำหรับเด็กวัย 1 เดือนถึง 5 ปี ที่ Frankenburg และคณะได้รวบรวมขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2510 และได้ปรับมา 2 ครั้ง เป็น DDST-R ในปีพ.ศ. 2524 และเป็น Denver II ในปี พ.ศ. 2533 ซึ่งได้ปรับเปลี่ยนจาก DDST มากทั้งการเพิ่มพฤติกรรมพัฒนาการด้านภาษา การสังเกตพฤติกรรม และการตอบสนองของเด็กมาใช้ในการประเมิน ตลอดจนปรับกฎเกณฑ์ การแปรผลการศึกษาความแม่นยำ การทำมาตรฐาน (Standardization) และการกำหนดเกณฑ์ที่ฝึกอบรมผู้ทดสอบอย่างเคร่งครัด ประเมินในเรื่อง สังคม ภาษา การใช้ก้ามเนื้อมัดเล็ก การใช้ก้ามเนื้อมัดใหญ่

จากการศึกษาเอกสาร ตำรา และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย / ผู้พิการเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาพบว่า แบบประเมินที่ใช้กับผู้ป่วย / ผู้พิการจะเป็นแบบประเมินเฉพาะ ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆ โดยเฉพาะเกณฑ์การประเมิน Function Independence Measure (FIMS) ที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ และโรงพยาบาลที่มีหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้อยู่ สามารถใช้บอกความรุนแรงของความพิการ และบอกผลของการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นการวัดระดับความสามารถจริงที่ทำได้ โดยไม่คำนึงถึงสาเหตุที่ทำให้มีปัญหา และไม่คำนึงถึงว่าระดับความสามารถที่ควรจะทำได้เป็นอย่างไร มีลักษณะเป็นแนวคิด 2 มิติ ประกอบด้วย ข้อรายการที่ประเมินด้านการใช้ก้ามเนื้อ 13 ข้อ และด้านการคิด-สติปัญญา 5 ข้อ รวม 18 ข้อ ที่ครอบคลุมความสามารถในการทำกิจกรรม และใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย / ผู้พิการ FIMS สร้างขึ้นโดย American Congress of Rehabilitation Medicine และ American Academy of

Physical Medicine and Rehabilitation (Delisa, 1993) ถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้อย่างกว้างขวาง

#### 4. การเล่นสำหรับเด็ก

##### 4.1 ความหมายของการเล่น (Definition)

"เล่น" เป็นคำกริยา หมายถึง การทำเพื่อสนุกสนาน หรือผ่อนคลายอารมณ์ เช่น เล่นเรือ เล่นดนตรี; แสดง เช่น โขน เล่นละคร เล่นงานหมา (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) การเล่นคือการกระทำที่ให้เกิดความเพลิดเพลิน เป็นกิจกรรมที่เกิดจากแรงจูงใจภายใน มุ่งเน้นไปที่ความพึงพอใจมากกว่าจุดมุ่งหมายหรือผลที่ได้รับ เป็นกิจกรรมที่สมมุติสร้างขึ้น สามารถยืดหยุ่นได้ และมีส่วนในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กทุกๆด้าน (Frick-Helms อ้างใน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2546)

Milner (1952) กล่าวว่า การเล่นมิใช่เป็นเพียงแค่ การถดถอย(Regression) แต่เป็นการสร้างสรรค์สิ่งที่สำคัญออกสู่โลกภายนอก และเป็นการรวมตัวบุคคลกับโลกภายนอกเข้าด้วยกัน

บทความเรื่อง Transitional objects and Transitional phenomena ของ Winnicott(1953) กล่าวไว้ว่า ความสามารถของเด็กในการรับรู้โลกภายนอกและโลกภายในของเด็ก จะมีช่วงกึ่งกลางโลกภายนอกและโลกภายในอยู่ร่วมกัน เรียกว่า Intermediate area of experience ซึ่งเด็กจะสามารถทำอะไรก็ได้ที่เด็กพึงพอใจโดยละทิ้งบางส่วนของโลกแห่งความเป็นจริง และบางส่วนของโลกแห่งความคิด จินตนาการ ซึ่งสิ่งนี้เองก็คือ การเล่นของเด็ก และ Transitional object จะเป็นตัวแทนประสบการณ์นั้น รวมถึงตัวเชื่อมที่ดีระหว่างโลกทั้งสอง

Berger (1969) เน้นถึงความปรารถนา ความสนุกสนาน การเล่นและการแสวงหาความพึงพอใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในมนุษย์ทุกคน การเล่นจะให้เกิดความสุขสนุกสนานได้ง่าย เพราะขณะที่เล่น เราจะวางความจริงบางส่วนทิ้งไป โดยเฉพาะความจริงที่ทำให้เจ็บปวด กิจกรรมหลากหลายที่เกิดขึ้นในระหว่างการเล่น ไม่ว่าจะเป็นการได้เป็นฝ่ายคุกคาม การได้ลองทำ ลองแพ้ ลองชนะ ฯลฯ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนสร้างความพึงพอใจให้ผู้เล่นได้ทั้งสิ้น และท้ายสุด ทั้งนักชาติพันธุ์วิทยา และนักมนุษยวิทยากล่าวถึงการเล่นว่า เป็นพฤติกรรมที่ติดตัวมาแต่กำเนิด เกิดขึ้นในทุกวัฒนธรรม และระหว่างที่เด็กเล่นนั้นเด็กจะหลุดจากบทบาททางสังคมและเศรษฐกิจที่แท้จริงของตนเอง

##### 4.2 ทฤษฎีการเล่น (Scientific Basis)

ทฤษฎีการเล่นของ Piaget เชื่อว่าการเล่นทำให้เด็กเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมอย่างเต็มที่ เพราะการเล่นเป็นวิธีการหรือหนทางที่เด็กจะสร้างประสบการณ์หรือหนทางให้กับตนเอง เพื่อเรียนรู้และรับรู้สิ่งแวดล้อม และสิ่งซึ่งไม่มีใครสอนได้ การเล่นเป็นวิธีการที่เด็กจะช่วยให้ตนเองสามารถปรับตัวและเปลี่ยนแปลงความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่อยู่รอบตัว เพื่อให้ตรงกับความเป็นจริง ความสัมพันธ์ระหว่างการเล่นกับพัฒนาการทางสติปัญญาในเด็กที่ต่างอายุและวุฒิภาวะ จะสนใจการเล่นที่แตกต่างกัน การเล่นจึงมีลำดับขั้นของการพัฒนา สอดคล้องและเกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางสติปัญญาของผู้เล่น เมื่อผู้เล่นมีพัฒนาการทางสมองสูงขึ้น การเล่นก็จะมีความซับซ้อนที่ต้องใช้ความคิดมากขึ้นตามลำดับ (Flavell, 1963)

ทฤษฎีการเล่นมุ่งที่จะอธิบายว่า ทำไมคนเราจึงเล่น ทฤษฎีหนึ่งเชื่อในเรื่องการทดแทนสรุปว่าคนเราเล่นเพื่อสร้างความพอใจให้เกิดขึ้นกับตน เนื่องจากความพอใจที่ต้องการไม่เกิดในขณะที่ทำงาน การเล่นเป็นเป้าหมายที่ผู้เล่นอาจจะประสบความสำเร็จแทนเป้าหมายที่เคยผิดหวังมา อีกทฤษฎีหนึ่งเชื่อว่า คนเล่นเพราะต้องการทำประสบการณ์ที่ดีในอดีตของตนนำไปสู่สถานการณ์ใหม่ในอนาคต ทั้งสองทฤษฎีนี้จึงมีประโยชน์ในการบอกให้ทราบว่า ใครมีความพอใจและไม่พอใจอะไร มากน้อยเพียงใด ในสถานการณ์การทำงาน เมื่อเขาแสดงออกในการเล่น เพราะเวลาที่คนเล่นมักแสดงพฤติกรรมที่ตนเองพอใจ ส่วนอีกทฤษฎีหนึ่งอาศัย Psychoanalysis อธิบายว่าการเล่นเป็นกลไกที่ช่วยระบายความรู้สึกที่กดตัน ผู้เล่นแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกไม่ได้ ในสถานการณ์อื่น ตามทฤษฎีคนจะแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ตนไม่พึงพอใจ ในการเล่น (Ellis, 1972)

Sutton - Smith (1971) และ Ellis(1972) เน้นว่าการเล่นเป็นการเรียนรู้เพราะมีการพัฒนาการเกิดขึ้นด้วยกระบวนการเดียวกัน ผู้เล่นมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในการเล่น และหากได้รับการเสริมหรือสนับสนุนให้มีการตอบสนอง ก็จะช่วยเพิ่มความแน่นแฟ้นที่ถาวรยิ่งขึ้นระหว่างความสัมพันธ์ของสิ่งเร้ากับการตอบสนอง เพราะฉะนั้นการเล่นจึงต้องมีสิ่งเร้าให้เกิดการเรียนรู้จึงถูกใจผู้เล่น ได้เล่นบ่อยๆ และการรับรู้ผลรวม จึงได้รับการส่งเสริม สนับสนุนพฤติกรรมที่ถูกต้องเป็นที่น่าพอใจ

Isenberg & Jalogo (1997) ได้แบ่งทฤษฎีการเล่น ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. Classical Theories เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุและจุดประสงค์ของการเล่นซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีต่างๆ ดังต่อไปนี้

1.1 ทฤษฎีพลังงาน หรือพลังงานส่วนเกิน (Surplus Energy Theory) ของ Spender ชาวอังกฤษ กล่าวว่ามนุษย์มีพลังงานต่างๆมากมายที่ใช้ในการดำรงชีวิตและจะมีพลังงานส่วนเกินที่นำมาใช้ในการเล่น

1.2 ทฤษฎีสันทนาการหรือการผ่อนคลาย (Recreation / Relaxation Theory) ของ Lassarus นักปรัชญาชาวเยอรมันกล่าวว่าการเล่นเป็นการเพิ่มเติมพลังงานให้ตัวมนุษย์เพื่อนำมาใช้ในการทำงานใหม่ เพราะพลังงานของมนุษย์จะหมดไปกับการทำงาน มนุษย์จึงต้องการหาวิธีสร้างพลังงานไว้โดยมีกิจกรรมที่ผ่อนคลายความเครียด และเชื่อว่าการเล่นจะทำให้ร่างกายสดชื่น เรียกพลังงานกลับมาเพื่อที่จะนำไปใช้ในงานใหม่ แนวคิดทฤษฎีจึงตรงข้ามกับทฤษฎีพลังหรือพลังส่วนเกิน

1.3 ทฤษฎีสัญชาตญาณ (Instinct Theory) หรือทฤษฎีฝึกหัด (The Pre-exercise Theory) ของGross นักปรัชญาชาวเยอรมันเชื่อว่า การเล่นเป็นการเตรียมเด็กเพื่อรับบทบาทต่อไปในอนาคต เด็กจะได้รับการฝึกหัดพฤติกรรมและลักษณะต่างๆของผู้ใหญ่ที่มีความหมายสำหรับชีวิตเขา ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ในด้านต่างๆที่มีผลต่อพัฒนาการทางด้านสติปัญญาและอารมณ์ของเด็ก

1.4 ทฤษฎีการกระทำซ้ำๆ (Recapitulation Theory) ของHall ชาวอเมริกาเชื่อว่าการเล่นของเด็กที่ทำซ้ำๆ หรือทำลอกเลียนแบบผู้ใหญ่จะทำให้เกิดการดำรงรักษาคงไว้ซึ่งการอนุรักษ์วัฒนธรรมตลอดจนการสืบทอดการเล่น

2. Modern Theories เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความสำคัญกับผลที่จะตามมาจากการเล่นของเด็กประกอบด้วยทฤษฎีต่างๆ ดังต่อไปนี้

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Theory) ของ Freud และErikson เป็นทฤษฎีที่เน้นพฤติกรรมการเล่นของเด็กเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม เชื่อว่าการเล่นเป็นการปลดปล่อยอารมณ์ของเด็ก เป็นทางออกให้เด็กได้แสดงความรู้สึกออกมา ลดการเกิดภาวะทางอารมณ์ นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมให้เด็กได้พัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) ตามความสามารถ และศักยภาพของเด็กแต่ละคน โดยมักจะมีพัฒนาการทางการเล่นตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 Autocosmic เป็นการเล่นเกี่ยวกับตนเอง โดยใช้ตนเองเป็นศูนย์กลาง

ขั้นตอนที่ 2 Microsphere เป็นการเล่นในโลกของตนเอง จะเล่นกับของเล่นและสิ่งของต่างๆรอบตัวเด็ก

ขั้นตอนที่ 3 Macrosphere เป็นการเล่นในสังคมโดยเริ่มมีบุคคลอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง

2.2 ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญา (Cognitive-Developmental Theory) เป็นทฤษฎีที่เห็นความสำคัญของเนื้อหาสาระในการเล่น ที่จะนำไปสู่พัฒนาการทางสติปัญญา กล่าวว่าการเล่นของเด็กเป็นเหมือนกระจกที่ส่องให้เห็นความสามารถทางสติปัญญาของเด็กPiaget, Bruner และ Sutton-Smith มีแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีนี้

### 4.3 ประโยชน์ของการเล่น

จากการศึกษาประโยชน์ของการเล่นในเด็ก Hurlock (อ้างใน นฤมล ธีระรังสิกุล, 2532) Erikson E.H.(รัตโนทัย พลับการู้, 2536) และสมพร สุนทรภา 2543 พบว่า การเล่นช่วยส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย ช่วยพัฒนากล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกาย ทำให้แข็งแรง คล่องแคล่ว
2. ด้านความต้องการและความปรารถนา เมื่อเด็กไม่สมหวังในสิ่งที่ต้องการ การเล่นจะช่วยเด็กได้ เช่น เด็กที่ถูกครูลงโทษ จะเล่นบทบาทสมมุติโดยกำหนดใช้ตุ๊กตา แล้วให้ทำตามสิ่งที่เด็กต้องการ
3. ด้านเชาวน์ปัญญาและการเรียนรู้ ช่วยให้เด็กมีโอกาสได้เรียนรู้หลายด้านรอบตัวโดยใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 เด็กมีโอกาสได้ริเริ่มการเล่นบางอย่าง เช่น การเล่นอิสระ(free play) การเล่นสมมติ(imaginative play) ทำให้มีพัฒนาการด้านการตัดสินใจ การแก้ปัญหา การวางแผน คาดการณ์ล่วงหน้า
4. ด้านความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ช่วยให้เด็กได้ค้นพบสิ่งใหม่ทำให้สนใจที่จะสำรวจโลกภายนอก
5. ด้านการระบายอารมณ์ ช่วยให้เด็กผ่อนคลาย ระบายความตึงเครียด โดยระบายอารมณ์โกรธหงุดหงิด ไม่สบายใจ ไปด้วยการเล่นซึ่งเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับ เช่น เตบบอล ต่อย กระสอบทราย เป็นต้น
6. ด้านการพัฒนาความเข้าใจและการรับรู้ตนเอง ช่วยให้เด็กได้เรียนรู้ถึงความสามารถของตนเองเมื่อ ได้เล่นเปรียบเทียบกับเพื่อน พัฒนาความเข้าใจของตนเองได้ดียิ่งขึ้น
7. ด้านสังคม ช่วยให้เด็กเรียนรู้การปรับตัวกับสังคมและสิ่งแวดล้อม การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น รู้จักการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รู้จักการให้ การรับ การรอคอยผู้อื่น การแก้ปัญหา การเล่นเป็นกลุ่มทำให้เรียนรู้การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเล่น
8. ด้านจริยธรรม เด็กได้เรียนรู้กฎเกณฑ์ของการเล่นที่มีกติกาช่วยให้เด็กยอมรับกฎเกณฑ์ที่สร้างโดยสมาชิกของกลุ่ม และรู้บทบาทของตนเองในกลุ่มว่าเป็นผู้นำหรือผู้ตามจากการเสียสละ เด็กได้เรียนรู้สิ่งที่ทำให้เพื่อนดีใจ หรือเสียใจจากการเล่นรวมกันจากการเล่นรวมกัน
9. เรียนรู้บทบาททางเพศที่เหมาะสม
10. ด้านการสื่อสาร การเล่นบางอย่างส่งเสริมการพูด การฟังของเด็ก มีโอกาสได้ฝึกหัดการใช้ภาษาด้วยคำพูด รับฟังผู้อื่นพูด ทำให้ได้เรียนรู้ด้านความเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา
11. ด้านบุคลิกภาพ เรียนรู้การแสดงออกที่กลุ่มยอมรับ ทำให้มีเมตตาต่อผู้อื่น พูดความจริง มีความสดชื่นร่าเริงแจ่มใสหน้าคบหาสมาคม

#### 4.4 ชนิดของการเล่น

จากการศึกษาพบว่ามี การแบ่งชนิดของการเล่นได้หลายแบบ ชนิดของการเล่นสามารถแบ่งตามลักษณะของการเล่นได้ 2 แบบ คือ การเล่นเพื่อสังคม (Social Play) และการเล่นเพื่อการพัฒนาสติปัญญา(Cognitive Play)

1. การเล่นเพื่อสังคม (Social Play) เป็นการเล่นที่สะท้อนถึงความสามารถของเด็กในการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนวัยเดียวกัน เด็กจะพัฒนาการเล่นตามวัย มี 6 แบบ ดังนี้

1.1 พฤติกรรมการเล่นคนเดียว(Unoccupied Behavior) มักพบในเด็กวัยหัดเดินและวัยก่อนเรียนตอนต้น เด็กจะมีจุดสนใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งช่วงระยะเวลาเมื่อไม่มีอะไรน่าตื่นเต้นแล้วจะย่อหน้ามาสำรวจร่างกายตนเอง เดินไปมารอบๆ คลานได้โตะขึ้นลงเก้าอี้ ยืนเฉยๆ เป็นการเล่นที่มีปฏิสัมพันธ์กับเด็กอื่นน้อยที่สุด

1.2 พฤติกรรมการเป็นผู้เฝ้าดู (Onhooker Behavior) พบมากในเด็กหัดเดินแต่อาจพบบ้างในเด็กโตเมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยเด็กจะเฝ้าดูเด็กคนอื่นเล่นอาจจะพูดคุยกถามคำถามหรือให้ข้อเสนอแนะแต่จะไม่เข้าร่วมเล่น มักยืนอยู่ใกล้กับกลุ่มที่เล่นเพื่อสังเกตการณ์ด้วยการฟังและดูว่ามีอะไรเกิดขึ้น

1.3 การเล่นอย่างอิสระ (Solitary Independent play) พบในวัยหัดเดินและอาจพบได้บ้างในเด็กโตกว่านี้ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคยเด็กจะเล่นอิสระตามลำพังกับของเล่นที่แตกต่างจากเด็กอื่นที่เล่นอยู่ใกล้ๆ อาจมีการพูดคุยกันบ้างแต่จะไม่เข้าไปใกล้เด็กอื่น สนใจแต่กิจกรรมการเล่นของตนเองโดยไม่สนใจว่าเด็กคนอื่นจะทำอะไร

1.4 การเล่นคู่ขนาน (Parallel play) พบมากในเด็กวัยหัดเดินจนถึงวัยก่อนเรียนตอนปลาย เด็กจะเล่นกับของเล่นที่เหมือนกับเด็กคนอื่นที่เล่นอยู่ใกล้กันเป็นกลุ่มๆ แต่จะไม่เล่นด้วยกัน รับรู้ว่ามีเด็กอยู่ข้างๆ แต่จะไม่เข้าไปเกี่ยวข้องสามารถเดินเข้าออกจากกลุ่มได้ตามต้องการ

1.5 การเล่นร่วมกับผู้อื่น (Associative play) พบมากในเด็กวัยก่อนเรียนตอนต้น เด็กจะเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเด็กอื่นโดยเข้าไปเล่นด้วยกัน มีการพูดคุยเกี่ยวกับสิ่งที่เล่น ขอยืมของ ไม่มีการแบ่งปันหน้าที่ หรือจัดระบบกิจกรรมการเล่นเพื่อนำไปสู่วัตถุประสงค์ของกลุ่ม เด็กจะเล่นตามความสนใจของตนเองและทำตามสิ่งที่ตนเองต้องการ โดยไม่ฟังความคิดเห็นของกลุ่ม แต่สามารถเล่นด้วยกัน ด้วยของเล่นหรือกิจกรรมการเล่นเดียวกัน

1.6 การเล่นร่วมมือกัน หรือการเล่นที่เป็นระบบระเบียบ (Cooperative or Organized Supplementary) พบมากโดยเด็กวัยเรียน เด็กจะเล่นกันเป็นกลุ่ม โดยมีการจัดระบบและมีวัตถุประสงค์ของการเล่นร่วมกัน ร่วมมือกันเพื่อทำกิจกรรมบางอย่าง เด็กจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม มีผู้นำและผู้ตาม ผู้นำจะแบ่งหน้าที่ให้กับสมาชิกในกลุ่ม แต่ละคนจะส่งเสริมการทำหน้าที่ซึ่งกันและกัน

2. การเล่นเพื่อการพัฒนาสติปัญญา(Cognitive Play) เป็นการเล่นที่บ่งบอกถึงระดับของอายุพัฒนาการ ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดรวบยอด และประสบการณ์พื้นฐานของเด็ก มีลำดับขั้น ดังนี้

2.1 การเล่นฝึกหัดหรือสำรวจ (Functional Play/ Exploratory Play/ Practice Play/ Repetitional Play) เป็นการเล่นของเด็กวัยแรกเกิด-2ปี เป็นการเล่นที่เรียบง่าย สนุกสนาน เพลิดเพลิน การเล่นจะเป็นการกระทำซ้ำๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ มีผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการระบบประสาทสัมผัส การฝึกหัดและการออกกำลังกายของเด็ก ส่งเสริมให้อวัยวะต่างๆทำงานประสานสัมพันธ์กันดี ทำให้เด็กมีความมั่นใจ ลักษณะการเล่นจะแตกต่างกันตามวัยและพัฒนาการ

2.2 การเล่นสมมุติหรือจินตนาการ(Dramatic Play/ Symbolic Play/ Pretend Play) เป็นการเล่นของเด็กวัย 2-7 ปี เด็กจะดัดแปลงเรื่องราวในชีวิตจริงไปสู่การเล่น มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ เครื่องใช้ในการแสดง(Props)เค้าโครงเรื่อง (Plot) และตัวแสดง(Roles) การเล่นจะสะท้อนให้เห็นถึงสัมพันธ์ภาพ ประสบการณ์ สภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก พัฒนาการด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม สติปัญญา และภาษา ตลอดจนการแก้ปัญหา

วัยแรกเกิด - วัยหัดเดิน เด็กจะเลียนแบบการกระทำของคนและสัตว์ที่คุ้นเคยในการเล่นสมมุติ

วัยก่อนเรียน - วัยอนุบาล การเล่นบทบาทของเด็กจะซับซ้อนมากขึ้น อาจเล่นเพียงลำพังหรือเล่นเป็นกลุ่ม มีการใช้อุปกรณ์สมมุติประกอบการเล่น และสมมุติบทบาทต่างๆขึ้นมา เช่น การเล่นเกมของ เล่นเป็นครูสอนนักเรียน เล่นพ่อแม่ลูก เล่นบทบาทที่เด็กชอบ หรือคุ้นเคย

2.3 การเล่นสร้าง (Constructors Play/ Building Play) เป็นการเล่นของเด็กก่อนวัยเรียนขึ้นไป สามารถบอกถึงความแตกต่างของสิ่งต่างๆ โดยให้เหตุผลประกอบ เด็กจะเชื่อมโยงอารมณ์, ความคิด และสร้างสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อมในลักษณะต่างๆ และวางแผนหรือกำหนดโครงสร้างของสิ่งที่เด็กคิดหรือจินตนาการขึ้นตามความต้องการ ตามประสบการณ์ตรงหรือที่วิ ภาพยนตร์ เป็นต้น

2.4 การเล่นเกม(Games Play) เป็นการเล่นที่มีกติกาที่อาจมีอยู่เดิมหรือถูกกำหนดขึ้นมา โดยผู้เล่นทุกคนยอมรับการเล่นนี้ ช่วยส่งเสริมให้อวัยวะต่างๆทำงานสัมพันธ์กันเพิ่มทักษะทางด้านสังคมและภาษาทำให้เด็กเกิดความคิดรวบยอด และเพิ่มความเข้าใจของเด็กเกี่ยวกับความร่วมมือและการแข่งขัน

ในวัยต่างๆเด็กจะมีการเล่นที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับพัฒนาการทางระบบประสาทและพัฒนาการทางด้านความคิดในแต่ละช่วงอายุ ดังนี้ (รัตโนทัย พลับรู้อการ ใน จันทิทธิตา พฤกษานนท์ และ ประสพศรี อึ้งถาวร, 2536)

## 1. วัยทารก (อายุแรกเกิด – 1 ปี)

วัยทารกเด็กต้องการสัมผัสและต้องผู้เลี้ยงดู ด้วยการอุ้ม การพูดคุย การมองสบตา และการให้นม เด็กจะมีปฏิกิริยาตอบสนองได้ในช่วง Quiet Alert Stage สามารถเลียนแบบพฤติกรรม เช่นการแลบลิ้น เคลื่อนไหวตอบสนองต่อเสียงที่คุ้นเคยและชอบมองจ้องหน้าคนที่คุ้นเคย ทารกยังไม่สามารถเล่นหรือติดต่อกับคนอื่นได้ ต้องได้รับการกระตุ้นจากผู้ดูแล ทารกเริ่มค้นคว้าสำรวจความสามารถของตัวเอง และสำรวจสิ่งแวดล้อมใกล้ตัว การเล่นของเด็กวัยทารกในแต่ละช่วงอายุ มีดังนี้

1.1 การเล่นของเด็กอายุ 1-3 เดือน การเล่นจะเป็นลักษณะของการติดต่อสื่อสารเป็นอันดับแรก เมื่อมีใครมาพูดด้วย เด็กจะยิ้มและมีปฏิกิริยาต่อเสียงรอบข้าง ของเล่นประเภทกระตุ้นการใช้สายตา เช่น โคมบาย เครื่องเขย่าให้เกิดเสียง รูปภาพที่สดใสติดแขวนไว้ในที่ๆเด็กมองเห็น เด็กเริ่มรับรู้สิ่งแวดล้อมมากขึ้น พอใจเมื่อถูกอุ้มและถูบลูไล้ตามตัว แขนขา สามารถจำเสียงที่คุ้นเคยและชอบมองตามสิ่งที่เคลื่อนไหว มีการยิ้มตอบสนอง

1.2 การเล่นของเด็กอายุ 3 - 4 เดือน เด็กสนใจของเล่นมีเสียงและวัตถุเคลื่อนไหว ชอบเล่นและจับสิ่งของต่างๆ ของเล่นควรมีหลากหลายเพื่อฝึกให้รู้จักสังเกตด้วยการสัมผัส ได้ความรู้สึกแข็ง นิ่ม

1.3 การเล่นของเด็กอายุ 4 – 5 เดือน เด็กสามารถใช้มือจับของเล่นได้แน่นพอควร มักจะเอาของเล่นเข้าปาก ของเล่นจึงควรสะอาดและไม่เป็นอันตราย ชอบของเล่นที่มีเสียง สี สัน สะดุดตาและรูปร่างต่างๆกัน

1.4 การเล่นของเด็กอายุ 5 – 6 เดือน เมื่อคว้าของเล่นได้จะแกว่งเล่นหรือเอาเข้าปากอม เด็กชอบขาของเล่นลงบนพื้น ของเล่นที่เด็กชอบเป็นของเล่นที่มีเสียงดนตรี ตุ๊กตามีเสียงรู้จักเล่นกับเงาตัวเองในกระจก

1.5 การเล่นของเด็กอายุ 6 - 7 เดือน เด็กจะเล่นของเล่นรุนแรงขึ้น ของเล่นยังเป็นประเภทที่มีเสียงหรือปองแป้ง ตุ๊กตาผ้า ตุ๊กตาส้มลูก รถลาก ตุ๊กตาไหลลาน เมื่อพาดึงชิงช้าแกว่ง เด็กจะหัวเราะชอบใจ ชอบเล่นของเล่นใหญ่ๆ ชอบเพลงที่มีจังหวะง่ายๆ

1.6 การเล่นของเด็กอายุ 7 – 8 เดือน เด็กวัยนี้ยังคงเล่นของเล่นประเภทมีเสียงต่างๆ มีสี สัน ลากไปมาได้ และตุ๊กตาสัตว์ แต่เด็กมักจะสนใจสิ่งของเครื่องใช้ในบ้านมากกว่า เช่น สายไฟ กลอนประตู บานพับประตู พัดลม วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น ซึ่งไม่ควรให้เด็กเล่น

1.7 การเล่นของเด็กอายุ 8 – 9 เดือน เด็กไม่ค่อยจะสนใจของเล่นที่เคยเล่นในวัยที่ผ่านมา แต่จะหาของใช้ต่างๆมาเล่นเอง ชอบของที่เคาะแล้วเกิดเสียง เช่น กลอง ระนาด เปียโน เวลาได้ยินเสียงดนตรีจะขยับร่างกายตามไปด้วย เด็กบางคนชอบให้เล่นแรงๆโดยการจับโยน จะหัวเราะ



ชอบใจ ชอบเล่นจะเอ้ ตบมือ โบกมือ ชอบปล่อยและโยนของลงพื้น ยังชอบเอาของเข้าปาก เล่นน้ำลาย เล่นฟองน้ำตุ๊ตว

1.8 การเล่นของเด็กอายุ 9 – 10 เดือน เด็กสนใจสภาพแวดล้อมรอบๆตัวมากขึ้น เล่นอยู่คนเดียวได้นานขึ้น นอกจากของเล่นแล้วเด็กยังสนใจเล่นกับของใช้ เช่น ขวดใส่เครื่องสำอาง ช้อน ชาม ปลั๊กไฟ สวิตช์ไฟ และอื่นๆอีก ซึ่งเด็กจะเล่นด้วยความอยากรู้อยากเห็น ต้องระมัดระวังและควรดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด

1.10 การเล่นของเด็กอายุ 10 – 11 เดือน เด็กวัยนี้ไม่สนใจของเล่นหรือตุ๊กตาล้มลุก บางคนอาจชอบกลองหรือระนาดเป็นพิเศษ ส่วนใหญ่ชอบที่จะเล่นกับของใช้หรือสิ่งของในบ้าน มากกว่าของเล่นซึ่งเด็กจะเบื่อง่าย เล่นไม้บล็อกได้ แต่ยังคงเป็นรูปร่างไม่ได้ ชอบนำมาเคาะให้เกิดเสียง เด็กวัยนี้จะชอบกัดของเล่นซึ่งต้องระวังของเล่นที่มีสารตะกั่ว เด็กบางคนชอบดูรูปภาพต่างๆในหนังสือ

1.11 การเล่นของเด็กอายุ 11 - 12 เดือน การเล่นจะเป็นลักษณะสำรวจ อยากรู้อยากเห็นทุกสิ่งทีขวางหน้า จะดีใจเมื่อได้อยู่ในกลุ่มของเด็กที่โตกว่าเล็กน้อย

2. วัยหัดเดิน ( อายุ 1 – 3 ปี) เด็กจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเล่นมากที่สุด ชอบการเล่น ออกกำลังกาย เป็นต้นว่า การเล่นชิงช้า กระดานลื่น รถเข็น ลูกบอล วิ่งเล่น เล่นทราย ของเล่นที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ ได้แก่ บล็อก สำหรับสร้างสิ่งต่างๆ สีเทียนหรือสีเมจิกและกระดาษ สำหรับเขียนเล่นตามใจชอบ ของเล่นช่วยให้เด็กสร้างความฝันของเขา เช่น ตุ๊กตารูปคนและรูปสัตว์ รถยนต์ รถไฟ เครื่องบิน และการอ่านหนังสือภาพเรื่องง่ายๆให้เด็กฟัง จัดหาหนังสือสำหรับเด็กเพื่อให้เด็กเลือกดูได้ตามใจชอบ

2.1 การเล่นของเด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน – 2 ปี เด็กวัยนี้โดยทั่วไปชอบเล่นของเล่นที่ออกแรงมากขึ้น เช่น เตะลูกบอล ดินหรือตอกด้วยค้อน ดึงออกหรือสวมใส่ของสองสิ่ง เรียงแท่งไม้ซ้อนกัน ลักษณะเด่นของแต่ละบุคคลปรากฏชัดในวัยนี้ เด็กที่ชอบดนตรีพอได้ยินเสียงเพลงก็จะโยกตัวตามทันที เด็กที่ชอบวาดรูป ชอบเขียน เมื่อได้กระดาษและดินสอ หรือสีเทียนก็จะละเลงได้ไม่เบื่อ เด็กที่ชอบหนังสือจะนั่งดูหนังสือภาพ ชอบฟังนิทานประกอบรูปภาพ เด็กที่ชอบออกกำลังกายก็จะกระโดดโลดเต้นได้ทั้งวัน บางคนชอบรื้อของออกมาแกะสำรวจ ชอบอุ้มตุ๊กตาตัวโต เล่นลูกบอล เลียนแบบผู้ใหญ่ในการทำงานบ้าน ชอบถามชื่อหรือสิ่งของที่อยู่ใกล้ ยังชอบเล่นคนเดียวและหวงของ เด็กมักเล่นใกล้กับคนอื่นโดยต่างคนต่างเล่น(Parallel Play) เด็กในวัยนี้มักเปลี่ยนความสนใจง่ายดังนั้นควรคำนึงว่าเด็กจะเล่นได้ไม่นานไม่จำเป็นต้องเลือกสิ่งของราคาแพงให้เด็กในด้านความคิดเด็กจะรู้จักเหตุและผลมากขึ้นชอบค้นหาสิ่งของที่ซ่อนไว้

2.2 การเล่นของเด็กอายุ 2 – 3 ปี เด็กชอบรื้อค้นชอบเล่นโดยการเขย่าหรือผลึกแรงๆ เล่นตามเสียงดนตรี ชอบขีดเขียนโดยใช้สี ร้องเพลงเลียนแบบ เด็กสนใจที่จะเล่นกับของเล่น

ใหญ่ๆ หรือใช้พลังงานในร่างกาย และชอบเล่นนอกรบ้าน เช่น ขี่รถสามล้อ เล่นทราย เล่นน้ำ ของเล่นที่เคลื่อนไหวได้ด้วยการไขลานก็ยังคงเล่น ต่อบล็อก วาดภาพ ดูหนังสือ เล่นตุ๊กตาและอื่นๆ เด็กวัยนี้มักจะเล่นอะไรไม่ค่อยได้นานเพราะเบื่อการเล่นภายในห้อง เด็กยังคงเปลี่ยนความสนใจง่ายและยังไม่รู้จักการทะนุถนอม ชอบเลียนแบบการกระทำของผู้ใหญ่ ยังมีความเห็นแก่ตัว ยังหวงของเล่น แต่เริ่มรู้จักเล่นกับผู้อื่นโดยรอถึงคิวตัวเองได้ (Understand turn-Taking) เด็กต้องการเพื่อนเล่นมากกว่าของเล่น เพราะสนุกกว่าและเล่นได้นาน

3. การเล่นของเด็กก่อนเรียน (3 - 6 ปี) เด็กวัยก่อนเรียนมีลักษณะเด่นๆ เช่น เป็นตัวของตัวเอง คล่องแคล่ว ว่องไว ต้องการอิสระ ชอบวิ่ง ปีนป่าย ดื้อ ไม่เชื่อฟัง โมโหง่าย อิจฉา ริษยา มีความอยากรู้อยากเห็น ชอบเลียนแบบและมีความคิดสร้างสรรค์ พัฒนาการและการเล่นของเด็กวัยก่อนเรียนแต่ละช่วงอายุมี ดังนี้

3.1 การเล่นของเด็กอายุ 3 - 4 ปี เด็กมีความอยากรู้อยากเห็น ต้องการค้นหาสิ่งใหม่ๆ เด็กจึงมีคำถามอยู่ตลอด ยังคงเล่นของเล่นประเภทต่างๆเหมือนเดิม เป็นต้นว่าเด็กผู้ชายอาจจะเล่นรถยนต์ หุ่นยนต์ แท่งไม้ ต่อบล็อก เด็กผู้หญิงเล่นตุ๊กตา ชุดบ้านตุ๊กตา ชุดทำครัว การวาดภาพ ปั้นดินน้ำมัน และการเล่นออกกำลังกาย ลักษณะการเล่นคล้ายเด็กวัย 2 - 3 ปี แต่มีการพัฒนารูปแบบการเล่นและมีทักษะที่สูงกว่า

3.2 การเล่นของเด็กอายุ 4 - 5 ปี เด็กวัยนี้เป็นวัยของนักสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ความฝันและจินตนาการสร้างสรรค์ของเด็กจะพัฒนามากในช่วงเวลาที่เขาอิสระ ลักษณะการเล่นคงหลากหลายเหมือนปีที่ผ่านมา เด็กแต่ละคนอาจมีความสนใจในเรื่องแต่ละเรื่อง หรือสนใจในการเล่นแต่ละชนิดแตกต่างกัน เช่น เด็กบางคนรักหนังสือ อาจจะหมกมุ่นอยู่ในโลกของจินตนาการส่วนตัวมากเกินไป ในทางที่เหมาะสมนั้นเด็กควรได้มีโอกาสเล่นในสิ่งที่ตนเองชอบ และได้มีโอกาสเล่นกับเพื่อนฝูงซึ่งอยู่ในโลกของความเป็นจริง การเล่นกับเด็กด้วยกันนั้นสนุกสนานที่สุดและความสนุกจะเกิดขึ้นได้ด้วยความร่วมมือกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่เด็กจะต้องเรียนรู้ด้วยตนเอง

3.3 การเล่นของเด็กอายุ 5 - 6 ปี ลักษณะการเล่นในวัยที่ผ่านมายังคงมีอยู่ เด็กวัยนี้ชอบเล่นกับเพื่อนแบบรวมหมู่ ลักษณะการเล่นจึงเป็นเกมต่างๆ ได้แก่ เล่นฟุตบอล วิ่งเปรี๊ยะ วิ่งผลัด มอญซ่อนผ้า เป็นต้น

นอกจากนี้การเล่นยังขึ้นอยู่กับพัฒนาการด้านระบบประสาทและด้านความคิดของเด็ก พัฒนาการทางความคิดของเด็กวัย 2-6 ปี อยู่ในช่วงที่เรียกว่า Pre-operational stage ซึ่งแบ่งเป็นสองระยะ ได้แก่

Pre-operational thought (2-4 ปี) เป็นช่วงที่เด็กยึดตัวเองเป็นหลักในการตัดสินใจทุกสิ่งทุกอย่าง ไม่มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ไม่เข้าใจว่าคนอื่นมีความคิดที่แตกต่างไปจากตนเองคิดเห็นในด้านที่เหมือนกัน ยังไม่เห็นส่วนที่แตกต่าง เช่น เด็กหญิงต้องใส่กระโปรง เด็กชายต้องใส่กางเกง

Intuitive thought (4-7 ปี) เด็กรู้จักสังเกตเห็นถึงความแตกต่างของสิ่งของรู้จักเปรียบเทียบ สามารถแยกวัตถุออกเป็นหมวดหมู่เป็นขั้นตอน (Classification and Categorization) รู้จักคิดเชื่อมโยงความสำคัญ (Associative thinking) ระหว่างสิ่งต่างๆ ฉะนั้นจึงรู้จักนับตัวเลข นอกจากนั้นยังมีความคิดในด้านความเข้าใจ การทรงสภาพเดิมของน้ำหนัก (Conservation of weight) เมื่ออายุ 6 ปี และเข้าใจการทรงสภาพเดิมของปริมาตร (Conservation of volume) เมื่ออายุ 7 ปี

สรุปได้ว่า การเล่นของเด็กวัย 3-6 ปี มีลักษณะที่ต่างจากเด็กวัย 2-3 ปี คือมีการเล่นรวมกลุ่มกับเด็กคนอื่น (Co-operative Play) จะมีสมาชิกของกลุ่มเป็นผู้นำและผู้ตามชั่วคราว ความคิดของเด็กวัยนี้มีลักษณะเด่นคือมีความคิดเพ้อฝัน (Fantasy) และมีจินตนาการสูง เด็กอาจมีเพื่อนสมมุติในความคิดของตนเอง (Imaginative Friend) โดยเฉพาะในช่วง 2 ปี 6 เดือน-4 ปี ขณะเดียวกันเด็กจะสร้างคำโดยสมมุติและการเล่นสมมุติ (Imaginative world and Imaginative play) ซึ่งเด็กมักเลียนแบบจากสิ่งที่ได้เห็น เช่น ชีวิตในบ้าน หรือโรงเรียนอนุบาลแล้วสมมุติตนเอง และเด็กอื่นๆ สวมบทบาทต่างๆ (Domestic role play) เด็กอาจมีอุปกรณ์ต่างๆ ในการเล่น เช่น ไม้เท้าเงิน ลูกบิดแทนสตางค์ ตุ๊กตาเป็นน้องหรือนักเรียน เป็นต้น

#### 4.5 ชนิดของการเล่นสำหรับเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เด็กที่เจ็บป่วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีความเครียดและความวิตกกังวลกับสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ และการรักษาพยาบาลที่มักทำให้เด็กเจ็บปวด ไม่สุขสบาย อย่างไรก็ตามเด็กยังต้องการการเล่นซึ่งจะทำให้เด็กสนุกสนานเพลิดเพลิน คลายความเครียดและความวิตกกังวล ตลอดจนช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พยาบาลผู้จัดการเล่นสำหรับเด็กจึงควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับชนิดของการเล่นของเด็กในโรงพยาบาล องค์ประกอบในการจัดการเล่น ตลอดจนบทบาทของพยาบาลในการจัดการเล่น การเล่นสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถแบ่งตามวัตถุประสงค์ได้เป็น 3 ชนิด คือ (Mohon, อ้างใน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2546)

1. การเล่นตามปกติ (Normative Play) เด็กทุกคนที่อยู่ในโรงพยาบาลจะมีการเล่นตามปกติของวัย เป็นการเล่นตามธรรมชาติของเด็ก ก่อให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน การเล่นชนิดนี้จะช่วยให้เด็กที่อยู่ในโรงพยาบาลสามารถเผชิญกับประสบการณ์ที่ผิดปกตินี้หรือแปลกใหม่ได้ ซึ่งพยาบาลควรส่งเสริมการเล่นให้เด็กทุกคนที่อยู่ในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงอายุ พัฒนาการ และความเจ็บป่วยของเด็ก

2. การเล่นเพื่อการบำบัด (Therapeutic Play) เป็นการใช้การเล่นโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเจาะจง เพื่อให้เข้าใจความคิดและความรู้สึกของเด็ก (Kuntz et al. 1996) คุณค่าของการ

เล่นชนิดนี้อยู่บนพื้นฐานความจริงที่ว่า ให้เด็กได้แสดงความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ต่างๆหรือ สิ่งแวดล้อม การเล่นชนิดนี้สามารถแบ่งย่อยออกได้ดังนี้

2.1 การปลดปล่อยพลังงาน (Energy Release) จากหลักการที่ว่าเมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกกังวล หากได้มีการกระทำเพื่อการระบายอารมณ์ ความรู้สึก บุคคลจะรู้สึกดีขึ้น ดังนั้นการจัดการเล่นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความวิตกกังวลของเด็กอาจทำได้โดยการจัดหาของเล่น หรือการเล่นเพื่อให้เด็กได้ ทบ ต่อย ตี วิ่ง หรือตะโกน ในเด็กหัดเดินอาจให้เด็กเล่นตอก เข็มหมุดโดยใช้ค้อนพลาสติก หรือเล่นตัดไม้โดยใช้เลื่อยของเล่น ในเด็กวัยก่อนเรียนอาจนำดินน้ำมันที่ปั้นเป็นรูปต่างๆมาให้เด็ก ซึ่งอาจพบว่าในเด็กที่มีความวิตกกังวล เด็กมักจะบิดบีบ ดินน้ำมันที่ปั้นเป็นรูปต่างๆนั้นจนแบน หรืออาจนำลูกโป่งไปผูกไว้ข้างเตียงเด็ก เพื่อให้เด็กวัยเรียนหรือวัยรุ่นได้ต่อย เป็นต้น

2.2 การเล่นสมมุติ (Dramatic Play) เป็นการเล่นที่ทำให้เด็กได้แสดงบทบาทสมมุติในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล การเล่นชนิดนี้จะเป็นการเล่นที่มีประสิทธิภาพที่สุดในเด็กก่อนวัยเรียน เนื่องจากเด็กวัยนี้จะมีจินตนาการสูง ในช่วงที่เด็กป่วยสถานการณ์ที่เด็กต้องแสดงความรู้สึกจะเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของเด็ก เครื่องมือประกอบการเล่นสมมุติที่จำเป็นประกอบด้วย อุปกรณ์การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ กระบอกฉีดยา ผ้าปิดปากปิดจมูก เลือ กาวร์น นอกจากนี้ต้องมีหุ่นผ้า หรือตุ๊กตาที่แสดงบทบาทเป็นแพทย์ พยาบาล บิดา มารดา และเด็ก การเล่นสมมุติจะทำให้เด็กได้แสดงความคิดและความรู้สึกที่แท้จริงของเขาออกมา การจัดการเล่นสมมุติให้แก่เด็ก ควรจัดในระยะเวลาที่ใกล้กับการที่เด็กต้องได้รับเหตุการณ์หรือการ ผ่าตัด โดยการเล่นสมมุติระยะแรกเป็นการเตรียมเด็กสำหรับการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้น หลังจากที่ได้ทำเหตุการณ์ต่างๆ หรือการผ่าตัดแล้ว ก็จะจัดให้มีการเล่นสมมุติอีกครั้งหนึ่งเพื่อให้เด็กได้แสดงความรู้สึกใหม่ๆที่เกิดขึ้น

2.3 การเล่นสร้างสรรค์ (Creative Play) เป็นการจัดการเล่นให้เด็กได้วาดรูปและได้แสดง อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ถ่ายทอดมายังภาพที่เด็กวาด การเล่นชนิดนี้มักใช้ในเด็กที่อาจรู้สึก โกรธมากจนไม่รู้สึกสามารถระงับอารมณ์ความรู้สึกทางการเล่นสมมุติได้ เครื่องมือที่ใช้ในการเล่น ชนิดนี้ประกอบด้วยกระดาษเปล่าและดินสอสี หรือสีน้ำมัน หากเด็กรู้สึกอึดอัด หรือลังเลใจใน การวาดภาพ พยาบาลควรตั้งหัวข้อให้เด็กว่าจะให้เด็กวาดภาพเกี่ยวกับอะไร เช่น วาดภาพ เกี่ยวกับตัวเอง เป็นต้น ภาพที่เด็กวาดออกมาจะสะท้อนให้เห็นความรู้สึกนึกคิด รวมทั้ง อารมณ์ของเด็ก ซึ่งพยาบาลจะต้องแปลความหมายและให้การช่วยเหลือเด็กอย่างถูกต้อง เหมาะสมต่อไป ในเด็กวัยเรียนตอนปลาย และเด็กวัยรุ่นตอนต้นอาจจะไม่สนใจการวาดภาพ พยาบาลอาจให้เด็กเขียนรายการเกี่ยวกับประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เขาชอบหรือไม่ชอบ

จากนั้นพยาบาลจึงนำรายการที่เด็กไม่ชอบมาวางแผนเพื่อให้คำแนะนำ หรือให้การช่วยเหลือเด็กนั้นๆ ต่อไป

### หลักในการเล่น

การเล่นมีองค์ประกอบได้แก่ เด็กหรือผู้เล่น สถานที่ ระยะเวลา ของเล่น มีหลักการจัดดังนี้

#### 1. เด็กหรือผู้เล่นควรจะได้พิจารณาถึงสิ่งต่อไปนี้

1.1 ภาวะสุขภาพของเด็ก การจัดการเล่นสำหรับเด็กป่วยจำเป็นต้องมีการประเมินอาการของผู้ป่วย พยาบาลผู้บำบัดควรมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น รวมทั้งข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละคน เนื่องจากเด็กที่ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลียได้ง่ายกว่าเด็กปกติ และความสนใจต่อการเล่นจะสั้นกว่า

1.2 พัฒนาการของเด็ก ควรพิจารณาจัดกิจกรรมการเล่นให้เหมาะสมกับความสามารถทางพัฒนาการของเด็กในแต่ละวัย

#### 2. สถานที่และระยะเวลาในการจัดการเล่น

2.1 สถานที่ หรือห้องนั่งเล่น (Play Room) ห้องเล่นควรเป็นห้องที่มีพื้นที่แยกต่างหากจากหอผู้ป่วยเด็ก แต่ควรอยู่ใกล้กับหอผู้ป่วยเด็ก เพื่อเด็กที่สามารถเคลื่อนไหวได้สามารถไปที่ห้องนั่งเล่นได้ด้วยตนเอง ห้องเล่นควรมีลักษณะที่ทำให้รู้สึกสบาย อบอุ่นและปลอดภัย ดังนั้นจึงไม่ควรทำการรักษาพยาบาล หรือหัตถการต่างๆในห้องนี้ ควรมีแสงสว่างที่เพียงพอ อากาศถ่ายเทได้สะดวก สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่สามารถจัดห้องเล่นให้เด็กได้ อาจทำเป็นรถของเล่นเคลื่อนที่ได้ เพื่อนำไปบริการผู้ป่วยเด็กตามหอผู้ป่วยได้สะดวก ในบางโอกาสควรให้เด็กที่ไม่มีอาการรุนแรง ได้วิ่งเล่นที่สนามหญ้า หรือสนามเด็กเล่นของโรงพยาบาล

2.2 ระยะเวลาในการจัดการเล่น (Times) เด็กแต่ละคนควรเล่นประมาณ 10 – 45 ควรมีการกำหนดเวลาการเล่นสำหรับเด็กแต่ละคนไว้ โดยพิจารณาจากความพร้อมของเด็ก และเวลาที่ว่างจากการรักษาพยาบาล

3. วัสดุอุปกรณ์การเล่น (Toys) ของเล่นควรจัดให้เหมาะสมสำหรับเด็กแต่ละวัย ความสามารถ และความสนใจของเด็ก และที่สำคัญคือ จะต้องมีความปลอดภัยและง่ายต่อการทำความสะอาด ของเล่นทำให้เด็กเกิดความรู้สึกทำทหายอยากเล่น หรือช่วยพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาของเด็ก ตลอดจนช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงปัญหาและพฤติกรรม การแสดงออกของเด็กด้วย

#### 3.1 หลักในการเลือกของเล่นที่ปลอดภัยสำหรับเด็ก

1. ต้องไม่มีขอบคม หรือส่วนที่แหลมเพราะอาจบาดมือ หรือทิ่มแทงเด็กได้
2. ส่วนประกอบของของเล่นไม่ละเอียดซับซ้อน ไม่มีชิ้นส่วนเล็กๆที่เด็กอาจหยิบใส่จมูก หู หรืออาจกลืนเข้าไปจนเกิดอันตรายได้

3. ไม่มีเสียงดังเกินไปเพราะอาจเป็นอันตรายต่อการได้ยินของเด็ก
4. ควรมีความแข็งแรงไม่แตกง่าย
5. ไม่ประกอบชิ้นส่วนที่ติดไฟง่าย ของเล่นที่ต้องใช้ไฟฟ้าควรเล่นภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่
6. ควรมีสีสันสดใส แต่ไม่ควรมีลวดลายที่ละเอียดดัดกันมากเกินไป สีของของเล่นจะต้องไม่มีสารที่เป็นอันตรายต่อเด็ก

7. ควรมีน้ำหนักเบา ขนาดไม่ใหญ่เกินไป เคลื่อนย้ายจับถือได้ง่าย

3.2 การจัดประเภทของเล่นสำหรับเด็กในโรงพยาบาล ควรคำนึงถึงประโยชน์ที่เด็กจะได้รับ และช่วยให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึกของเด็กจากการเล่น ดังนี้

1) ของเล่นประเภทของใช้ในบ้าน เช่น โต๊ะ เก้าอี้ อุปกรณ์ในครัว เตารีด โทรศัพท์ เด็กจะนำประสบการณ์ที่บ้านมาเล่นและจินตนาการทำให้ทราบความรู้สึกนึกคิดของเด็กได้

2) ของเล่นประเภทบ้านจำลองที่มีห้องเล็กๆ มีเฟอร์นิเจอร์ และมีคนอยู่ทำให้ทราบพื้นฐานหรือลักษณะความเป็นอยู่ภายในครอบครัวว่ามีปัญหาหรือไม่อย่างไร

3) ของเล่นประเภทอาหาร เช่น ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ รวมทั้ง จานชาม ช้อน จะทำให้ทราบพฤติกรรมของเด็กว่าชอบอาหารประเภทใด รวมทั้งการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องอาหารของครอบครัว เพราะถ้าเด็กถูกบังคับให้รับประทานอาหารที่ไม่ชอบ อาจทำให้พฤติกรรมเบี่ยงเบนและเป็นปัญหาได้

4) ของเล่นประเภทสร้าง เช่น บล็อก ตัวต่อต่างๆ เด็กจะสร้างจินตนาการจากความรู้สึกนึกคิดให้เป็นรูปร่างจากการเล่น ทำให้สร้างความรู้สึกของเด็กได้

5) ของเล่นประเภทสัตว์ต่างๆ ตุ๊กตาสัตว์และหุ่น จะทำให้ทราบความรู้สึกที่อยู่ภายในของเด็ก

6) การระบายสีทำให้เด็กได้ระบายความรู้สึก

7) ดินน้ำมันทำให้เด็กได้สร้างสรรค์จินตนาการต่างๆ

8) เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ช่วยให้เด็กได้แสดงออกถึงความรู้สึกเก็บกดต่างๆ ที่มีต่อการรักษาพยาบาล

3.3 การจัดการเล่นสำหรับผู้ป่วยเด็ก (play for pediatric patients)

การเล่นเป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งในช่วงชีวิต ในวัยเด็กการเล่นมีประโยชน์หลายประการสำหรับเด็ก เช่น ให้ความสนุกสนาน ช่วยให้รู้จักตนเองและผู้อื่น เด็กสามารถใช้ในการเล่นเพื่อก้าวไปสู่สังคมภายนอก เป็นต้น นอกจากนี้ การเล่นยังช่วยให้เด็กเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และการสื่อความรู้สึกให้ผู้ที่อยู่รอบข้างได้รับรู้ ตลอดจนส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก การเล่นของผู้ป่วยเด็กมีวัตถุประสงค์ของการเล่นมากกว่าเด็กปกติเนื่องจาก

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อปัญหาทางด้านจิตสังคมแก่เด็ก จากข้อจำกัดหลายประการ เช่น สภาพการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ เป็นต้น ทำให้การจัดการเล่นแตกต่างจากเด็กปกติ

### ขั้นตอนในการจัดการเล่นในเด็ก

การจัดการเล่นสำหรับผู้ป่วยเด็กต้องวางแผนการจัดการเล่น ขั้นตอนเดียวกับกระบวนการพยาบาล คือ

#### 1. การประเมิน ประเมินอายุและพัฒนาการ

1.2 ดูประวัติและสภาพปัจจุบันของเด็ก ดูข้อจำกัดด้านร่างกาย การรักษา และความสามารถ

1.3 ประเมินสภาพจิตสังคมของเด็ก เช่นปัญหาเกี่ยวกับการพลัดพราก เศร้า กลัวการรักษาพยาบาล วิตกกังวล เป็นต้น

1.4 ประเมินพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่นเป็นโรคเรื้อรัง พฤติกรรมถดถอย แยกตัว ซึมเศร้า

#### 2. การวางแผน และกำหนดวัตถุประสงค์ของการเล่น

เมื่อได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ นำมาวางแผนจัดการเล่นให้เหมาะสมกับเด็ก

กำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดการเล่น เช่น

2.1 เพื่อให้เด็กแสดงความรู้สึกในการเล่น

2.2 เพื่อลดความเครียด วิตกกังวลโดยการเล่น

2.3 เพื่อให้เด็กได้คุ้นเคย กับการรักษาพยาบาล

2.4 เพื่อให้เด็กได้เตรียมตัวสำหรับการรักษาพยาบาลบางอย่าง เช่น ผ่าตัด

2.5 เพื่อความสนุกสนานเพลิดเพลิน

#### 3. การจัดการเล่น สิ่งที่ควรคำนึงถึง ได้แก่

3.1 เวลาที่จัดการเล่น ควรให้เหมาะสมเพราะขณะที่เด็กกำลังเล่นอยู่และมีการขัดจังหวะเพื่อการตรวจรักษาก่อนที่การเล่นจะจบ หรือต้องไปทำกิจกรรมอื่นๆ จะทำให้การเล่นไม่บรรลุวัตถุประสงค์ และถูกรบกวน

3.2 พฤติกรรมของเด็ก ต้องมีการจำกัดพฤติกรรมของเด็กเพื่อให้เด็กทราบว่าในการเล่น เขาไม่ควรทำลายของเล่น ทำร้ายเพื่อน หรือตนเอง

3.3 ใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวตลอดจนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยแสดงความเป็นมิตร เข้าใจเด็ก และยอมรับเด็ก

3.4 การจัดการเล่น จัดการเล่นตามที่ได้วางแผนไว้ เลือกของเล่นให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการเล่น ส่วนใหญ่เป็นการจัดการเล่นเพื่อการบำบัดรักษาซึ่งเป็น

วิธีการหนึ่งที่พยาบาลสามารถใช้บรรเทาความรู้สึกต่างๆ ของเด็กขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ช่วย  
 ให้เด็กเกิดความรู้สึกสบายใจ เป็นอิสระในขณะที่เล่น เด็กจะได้แสดงความรู้สึก จินตนาการ  
 ความกลัวและความขัดแย้งต่างๆออกมา ส่วนใหญ่จะเป็นการเล่นแบบอิสระ ไม่มีการชี้แนะ  
 เป็นแนวทางหนึ่งให้เด็กปรับตัวในขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาล ควรใช้เทคนิคการเล่นและของเล่นที่  
 เหมาะสม และการเตรียมตัวเด็กเพื่อการพยาบาล

สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการจัดการเล่นในผู้ป่วยเด็ก มีดังนี้

3.4.1 ของเล่นควรเลือกให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการเล่น เช่น

1. ของเล่นเพื่อการเล่นบทบาทสมมุติหรือจินตนาการของเด็ก

(role or fantasy play)

- ตุ๊กตาที่เป็นตัวแทนของบุคคลในครอบครัว
- ตุ๊กตาเด็ก
- ขวดนมเล็กๆ
- ตุ๊กตาสัตว์
- บ้าน ของใช้ในบ้าน

2. เล่นเพื่อแสดงความรู้สึก (expressive play)

- ดินน้ำมัน
- อุปกรณ์วาดรูประบายสี
- กรรไกร
- กระดาษ

3. การจัดการเล่นสำหรับผู้ป่วยเด็ก

- ลูกบอล
- รถยนต์
- ดินเหนียว
- ไม้บล็อก
- ที่ปาเป้า
- ถุงพลาสติก หรือกระดาษสำหรับเป้า หรือทำให้แตก

4. ของเล่นเพื่อเตรียมตัวสำหรับการรักษาพยาบาล

- ที่พันแขน สำหรับวัดความดันโลหิต
- หูฟัง



- ผ้าพันแผล
- เข็มและกระบอกฉีดยา
- ตึกตาแพทย์ และพยาบาล
- สำลี ชุบแอลกอฮอล์
- ไฟฉาย
- สายยางใส่กระเพาะอาหาร หรืออื่นๆ
- ค้อนสำหรับเคาะตรวจ ดุรีเฟล็กซ์
- ถุงมือ
- สายยางสำหรับรัดแขน ขา ก่อนเจาะเลือด
- ไม้กดลิ้น

#### 3.4.2 การจัดการเล่นสำหรับเด็กที่ปัญหาด้านจิตสังคม

1. เด็กที่มีความวิตกกังวลจากการพลัดพราก (separation anxiety) ส่วนใหญ่มักจะเกิดในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ชั้นแรกพยาบาลต้องสร้างความสัมพันธ์กับเด็ก โดยการสัมผัส จับต้องตัวเด็กด้วยความนุ่มนวล พูดกับเด็กด้วยเสียงที่อ่อนโยน เล่นยิ้ม หัวเราะกับเด็ก เพื่อให้เด็กเกิดความรู้สึกว่ามีคนคอยสนใจ เอาใจใส่ รักใคร่ ขณะที่พ่อแม่ไม่อยู่นอกจากนั้นควรเล่นเกม จะเอากับเด็กในวัยทารก เด็กที่พอเดินได้แล้วควรเล่นเกมซ่อนหา เพื่อให้เด็กได้รู้ว่า แม่หายไปแล้ว จะกลับมาอีก

2. เด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในเด็กที่ต้องอยู่ห้องแยก หรือต้องถูกผูกยึด เด็กจะเกิดความรู้สึกโกรธและก้าวร้าว ควรให้เด็กเล่นตุ๊กตของ ปาเป่า เตะลูกบอล บั๊นดินน้ำมัน เป็นต้น

3. เด็กที่มีพฤติกรรมถดถอยเนื่องจากเด็กมีความเครียดจากการเจ็บป่วย เด็กไม่มีสมาธิพอที่จะฝึกทักษะใหม่ๆ พอใจจะมีพฤติกรรมถดถอย ซึ่งมักจะเกิดในเด็กวัยก่อนเรียน ให้เด็กเล่นตุ๊กตาดูคนม เป็นต้น

#### 3.4.3 การจัดการเล่นเพื่อการรักษาพยาบาลเฉพาะ มีดังนี้ คือ

1. การหายใจเข้าออกลึกๆ (Deep breathing) ได้แก่
  - ใช้หลอดเป่าในน้ำขวด
  - ใช้หลอดเป่าน้ำสบู่
  - เป่าถุงมือ
  - แข่งเป่าลูกโป่ง
2. การออกกำลังกายแขนหรือขา ได้แก่

- การเล่นปาเป้า
- การเล่นเป็นนักบิน ฝึลือบิน
- เตะลูกบอล หรือขว้างลูกบอลชนิดนิ่ม
- เล่นแมงมุมใต้ผ้าผืน
- ปั้นดินน้ำมัน
- ป้ายสีน้ำ
- เต็นแอโรบิค
- ให้เด็กหิวผมเอง

### 3. กระตุ้นให้เด็กดื่มน้ำ

- ใช้แก้วแบบมีรูปร่างแปลกๆ ให้เด็กดื่ม
- ใช้น้ำอุ่นเป็นสีอาจจะเป็นน้ำหวาน
- ตัดหลอดดูดเล็กๆ ไว้ดูค่น้ำ

### 4. การชีดยา

- อนุญาตให้เด็กได้หยิบจับกระบอกชีดยาเล่น
- ให้เด็กลองชีดยากับตุ๊กตา โดยอธิบายวิธีการให้เด็กทราบก่อน
- ถ้าจะต้องชีดยาหลายเข็ม ให้เด็กลองเดาจำนวนครั้งที่จะชีด และให้

รางวัลแก่เด็ก

### 5. การกระตุ้นให้เด็กลุกจากเตียงหลังการผ่าตัด

- เด็กวัยหัดเดินให้เล่นของเล่นที่ลากจูงได้
- วัยเรียน หรือวัยรุ่นให้เข็นเสาน้ำเกลือ

### 3.4.3 การจัดการเล่นในเด็กที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับพยาธิสภาพของร่างกาย

ได้แก่

1. เด็กโรคหัวใจ หลีกเลียงการเล่นที่ออกแรงมากๆ และให้เล่นบนเตียง ไม่เล่นเกมที่แข่งขัน ในเด็กเล็กให้เล่นของเล่นที่เขาทำได้ แววนของเล่นสีสวยๆ ให้เด็กได้ดู สำหรับเกมและของเล่นที่ควรจัดให้เด็กวัยอื่นๆ ได้แก่ ตุ๊กตา การระบายสีรูปภาพ พวงงานฝีมือต่างๆ เช่น ปั้นดิน ประดิษฐ์การ์ด เขียนลาย หรือดูโทรทัศน์รายการที่สนุกสนาน

2. โรคเลือดที่มีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของเลือด หลีกเลียงการเล่นของมีคม กีฬาที่ต้องมีการออกแรงมากๆ และมีการกระทบกระแทก ให้เล่นชีดเขียนรูปภาพ อ่านหนังสือการ์ตูน เล่นนิทานให้เด็กฟัง และจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยให้แก่เด็ก

3. โรคภูมิแพ้ เลือกลงเล่นที่หลีกเลี่ยงไม่ให้มีสารหรือส่วนประกอบที่เด็กแพ้ การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ และฟังดนตรีเป็นกิจกรรมที่ควรจัดให้ขณะที่มีอาการหอบหืด
4. เด็กพิการแต่กำเนิดและมีความบกพร่องของพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว เช่น เขียนภาพ บันทึกลง ประดิษฐ์ของเล่นจากเศษวัสดุต่างๆ
5. โรคกระดูกและพิการซึ่งถูกจำกัดการเคลื่อนไหว อาจจะต้องนั่งรถเข็นไประยะหนึ่งต้องให้เด็กได้เล่นกับเพื่อนบ้าง เช่น โยนลูกบอล ปาเป้า ถ้าอยู่ที่เตียงก็ควรจัดการเล่น เช่น เขียนภาพ บันทึกลง ประดิษฐ์ของเล่นจากเศษวัสดุต่างๆ
6. โรคลมชัก ไม่ควรให้เล่นของที่แตกง่าย มีคม
7. โรคเนื้องอกในสมอง หลีกเลี่ยงของเล่นที่ทำให้เกิดความงุนงง เช่น ตุ๊กตา ไชลาน
8. โรคไตที่มีอาการบวมมากๆ ทำให้มีปัญหาเรื่องตามองไม่เห็น ไม่ควรให้เล่นของเล่นที่ใกล้ตาเกินไป
9. โรคเบาหวาน ระวังของเล่นที่คมแหลม เพราะจะเกิดบาดแผลได้ง่าย
10. ผู้ป่วยหูหนวก ไม่ควรเล่นของเล่นที่มีเสียงดังเพราะจะรบกวนผู้ป่วยอื่นมาก

#### 5. การเล่นบำบัด (Play Therapy)

การเล่นบำบัด เป็นวิธีการบำบัดวิธีหนึ่งที่ใช้บ่อยในเด็กที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจอย่างรุนแรง โดยมีพื้นฐานแนวคิดว่าการเล่นจะเป็นเสมือนหน้าต่างที่เด็กจะใช้ในการปลดปล่อยอารมณ์ ผู้นำมักจะใช้เกม และของเล่นเป็นสื่อกลางที่ผู้บำบัดและผู้ช่วยจะสามารถถ่ายทอดปัญหาทางด้านจิตใจที่รบกวนผู้ป่วย เพื่อที่จะเอาชนะอุปสรรคต่างๆเหล่านี้ เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทั้งนี้เนื่องจากในขณะที่เด็กได้รับการส่งเสริมให้แสดงความรู้สึกออกมาโดยอิสระเด็กก็จะปลดปล่อยอารมณ์และความรู้สึกที่กอดตันรวมทั้งความกลัวและความโกรธออกมาด้วยทำให้เด็กสามารถกลับมาเป็นปกติ และทำหน้าที่ได้ตามศักยภาพและแนวทางการความสามารถที่แท้จริง การเล่นเพื่อการรักษาอาจทำได้ทั้งในรูปแบบที่ผู้บำบัดเป็นผู้ชี้แนะแนวทาง(Directive) และทำหน้าที่แปลงผล หรืออาจจะทำในรูปแบบที่ปราศจากการชี้แนะก็ได้ ช่วยให้ผู้รักษาเข้าใจเด็กทั้งด้านปฏิสัมพันธ์และสัมพันธภาพ ช่วยให้เด็กแสดงความรู้สึกที่ไม่สามารถพูดออกมาเป็นคำพูดได้ เป็นการสอนทักษะทางสังคม ค้นหาสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่เหมาะสมสำหรับการให้รางวัล หรือจำกัดพฤติกรรม รวมทั้งเป็นแรงจูงใจในการเรียนรู้สำหรับเด็ก (Thompson & Rudolph, 2000)

#### การเล่นเพื่อการประเมินผู้ป่วยเด็ก (Play evaluation)

สิ่งที่จะช่วยให้ขั้นตอนการสร้างความสัมพันธ์กับเด็กได้ดีภายในเวลาไม่นาน คือ การเล่น เพราะการเล่นเป็นสิ่งที่เด็กทุกคนสนใจ ชอบ ทำให้เด็กผ่อนคลาย และยินดีร่วมเล่นด้วย การเล่นที่จะให้กับเด็กมีหลายชนิด เช่น วาดภาพ เล่นบ้านตุ๊กตา หุ่นมือ เล่นสมมติ หรือเล่นเกมต่างๆ ขึ้นอยู่กับความพอใจของเด็ก และสิ่งที่พยาบาลผู้บำบัดสนใจจะประเมิน หากต้องการประเมิน ทั่วๆไป ไม่มีหัวข้อเฉพาะเจาะจง การปล่อยให้เด็กเลือกเล่นได้อย่างอิสระจะเป็นข้อดี เพราะทำให้เห็นความถนัด ความชอบ และความคุ้นเคยของเด็ก

สรุปได้ว่าการประเมินเด็กป่วย พยาบาลผู้บำบัดต้องให้การสังเกตและการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เด็กไว้วางใจ และยอมให้ความร่วมมือกับพยาบาลผู้บำบัด โดยใช้การเล่นเป็นสื่อ และให้เด็กได้เล่นอิสระบ้างตามความเหมาะสม

### การเล่นกับการทำจิตบำบัดในเด็ก

การทำจิตบำบัดในเด็กมีความยากลำบากด้วยอุปสรรคหลากหลาย เช่นการที่เด็กยังมีปัญหาเรื่องการกักรแยกจาก ทำให้เด็กสร้างสัมพันธ์กับพยาบาลผู้บำบัดได้ยาก และต้องใช้เวลา หรือพัฒนาการทางภาษาของเด็กยังไม่ดีพอ ทำให้เด็กเล็กไม่เหมาะกับการทำจิตบำบัดโดยอาศัยการพูดคุยเพียงอย่างเดียว การเล่นจึงเป็นทางออกของปัญหาข้างต้น มุมมองทางจิตวิเคราะห์เชื่อว่าการเล่นเป็นหน้าต่างสู่จิตใต้สำนึก ปัญหา และอารมณ์ที่ขัดแย้งในคนคนนั้น

การทำจิตบำบัดผ่านการเล่นในมุมมองของ Anna Freud เชื่อว่าจะสามารถลดความวิตกกังวล และอารมณ์ที่เป็นปัญหา โดยการช่วยให้เด็กตระหนักถึงความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก และการแปลความพฤติกรรมการเล่นของเด็กเพื่อให้เด็กมี abreaction, insight, และเกิด corrective emotional experience ในขณะที่ Virginia Axline ซึ่งยึดแนว Rogerian กล่าวถึงเป้าหมายของผู้บำบัด คือ การทำให้เด็กสามารถใช้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น โดยที่ผู้บำบัดยึดโครงสร้าง 3 ประการ ดังนี้

1. ตัวบุคคล (Person) คือ ความคิด การกระทำ อารมณ์ที่เกิดขึ้นของเด็ก
2. ปรากฏการณ์ (Phenomenal field) คือ ประสบการณ์ทุกอย่างของเด็ก
3. ตัวตนของเด็ก (Self) คือ ภาพทั้งหมดที่เด็กมองตนเอง และการบำบัดไม่สนใจกับอดีต

ที่เด็กได้รับหรือกระทำไป แต่สนใจอยู่กับความสามารถในปัจจุบันของเด็กที่จะกระทำสิ่งต่างๆต่อไป เป้าหมายของการบำบัดรักษา คือการทำให้เด็กยอมรับในตนเองมากขึ้น รวมถึงความรู้สึกเป็นเจ้าของความคิด การกระทำ และความรู้สึกสอดคล้องในตนเองมากขึ้น

**หลักการทำ play therapy ตามแนวทางของ Axline**

1. พยาบาลผู้บำบัดต้องสนใจในตัวเด็กอย่างแท้จริง และสร้างความรู้สึกของการได้รับความช่วยเหลือ และสัมพันธ์ภาพที่อบอุ่น

2.พยาบาลผู้บำบัดต้องยอมรับในสิ่งที่เป็นตัวเด็ก โดยไม่ตั้งความหวังให้เด็กเป็นในสิ่งที่แตกต่างจากเดิมที่เป็น

3.พยาบาลผู้บำบัดต้องสร้างความรู้สึกปลอดภัย การยอมรับ เพื่อให้เด็กสามารถเปิดเผยและค้นหาตัวตนของตนเองได้เต็มที่

4.พยาบาลผู้บำบัดต้องไวต่อความรู้สึกของเด็ก และสะท้อนกลับอย่างนุ่มนวลพอที่จะทำให้เด็กเข้าใจตนเอง

5.พยาบาลผู้บำบัดต้องเชื่อในความสามารถของเด็กที่จะรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น

6.พยาบาลผู้บำบัดต้องเชื่อในแนวทางของเด็ก และให้เด็กเป็นผู้นำในการกำหนดทิศทางการเล่น และสนทนา

7.พยาบาลผู้บำบัดต้องพอใจในความคืบหน้าของขั้นตอนการบำบัดรักษาที่ค่อยเป็นค่อยไป

8.พยาบาลผู้บำบัดต้องจำกัดขอบเขตในบางพฤติกรรม เพื่อช่วยให้เด็กรับมือกับความสัมพันธ์อย่างเหมาะสม

9.พฤติกรรมที่ต้องถูกจำกัดมีดังนี้ พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อเด็กและพยาบาลผู้บำบัด พฤติกรรมที่รบกวนขั้นตอนการบำบัด ทำลายข้าวของ การเอาของเล่นออกจากห้อง พฤติกรรมที่สังคมรับไม่ได้ การแสดงความรักอย่างไม่เหมาะสม

การทำจิตบำบัดชนิดนี้ได้ผลดีในคนไข้ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 4 – 11 ปี ที่มาด้วยปัญหาทางจิตเวช ปัญหาทางอารมณ์ ฯลฯ โดยเกณฑ์ที่พึงระวังในการเลือกผู้ป่วยที่จะทำการบำบัดมี 3 องค์ประกอบ คือ ตัวผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาลผู้บำบัด

- ตัวผู้ป่วย ได้แก่ ปัญหาการเรียนรู้อย่างรุนแรง ไม่สามารถแยกแยะความจริงกับจินตนาการได้ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งเกินกว่าจะควบคุมได้ ไม่มีที่อยู่ถาวร ไม่ยินดีในการบำบัดรักษา

- ครอบครัว ได้แก่ ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่ยอมรับความช่วยเหลือ

- พยาบาลผู้บำบัด ได้แก่ ไม่มีเวลา ไม่มั่นใจ ไม่มีความรู้ และไม่มีโอกาสได้รับการปรึกษาจากผู้รู้

#### ช่วงการบำบัดรักษา

Moustakes (1964) ได้แบ่งเป็นช่วงในการรักษาไว้ดังต่อไปนี้

ช่วงที่ 1 ในช่วงแรก พฤติกรรมเป้าหมายในการบำบัดรักษาจะยังไม่ชัดเจน นอกจากนั้นในเด็กบางคนจะต่อต้านการรักษาด้วยการสร้างพฤติกรรมต่างๆที่เป็นปัญหา เช่น ทำลายของเล่น ไม่ร่วมมือ เป็นต้น บทบาทของพยาบาลผู้บำบัดที่สำคัญในช่วงนี้ คือ การสร้างสัมพันธ์กับเด็กให้เกิดขึ้น

## ช่วงการบำบัดรักษา

Moustakes (1964) ได้แบ่งเป็นช่วงในการรักษาไว้ดังต่อไปนี้

ช่วงที่ 1 ในช่วงแรก พฤติกรรมเป้าหมายในการบำบัดรักษาจะยังไม่ชัดเจน นอกจากนั้น ในเด็กบางคนจะต่อต้านการรักษาด้วยการสร้างพฤติกรรมต่างๆที่เป็นปัญหา เช่น ทำลายของเล่น ไม่ร่วมมือ เป็นต้น บทบาทของพยาบาลผู้บำบัดที่สำคัญในช่วงนี้ คือ การสร้างสัมพันธภาพกับเด็กให้เกิดขึ้น

ช่วงที่ 2 เมื่อพยาบาลผู้บำบัดสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับเด็กได้ เด็กเริ่มมีความไว้วางใจในพยาบาลผู้บำบัดว่าสามารถยอมรับในตัวเด็กได้ เด็กก็จะเริ่มมองหาบุคคลหรือสิ่งของรอบนอกตัวที่ทำให้เด็กไม่พอใจ โกรธหรือกลัว บ่อยครั้งที่เด็กจะไปแสดงพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความรู้สึกข้างต้นอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น ตอว่ามารดา แกล้งน้อง เป็นต้น ดังนั้นพฤติกรรมที่บ้านในช่วงเวลานี้จะดูแย่ลง การยอมรับและความเข้าใจจะช่วยให้เด็กสามารถผ่านพ้นความรู้สึกเหล่านี้ไปได้ และรู้สึกดีกับตนเองได้

ช่วงที่ 3 เมื่อเด็กเริ่มรู้สึกดีกับทั้งตนเองและพยาบาลผู้บำบัด ไม่ได้หมายความว่าความรู้สึกเหล่านี้จะมั่นคงตลอดไป บางครั้งเด็กจะรู้สึกสับสนระหว่างความพอใจและความไม่พอใจ ความไว้วางใจและความระแวง พฤติกรรมในช่วงนี้จึงไม่คงที่ สลับไปมา การเปิดโอกาสให้เด็กได้ทดสอบความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างเด็กและพยาบาลผู้บำบัดภายใต้บรรยากาศของการยอมรับเข้าใจในตัวเด็ก ก็จะช่วยตอกย้ำความสัมพันธ์ที่ดี และสร้างความรู้สึกที่ดีที่เกิดกับเด็กให้มั่นคงยิ่งขึ้น

ช่วงสุดท้าย เมื่อเด็กเกิดความมั่นคงในความรู้สึกที่ดี ทั้งกับตนเองและพยาบาลผู้บำบัด เด็กก็จะเริ่มเติบโต มีพัฒนาการทางจิตใจต่อไป และตระหนักรู้ถึงความต้องการของตนเอง ภายใต้ขอบเขตจำกัดที่เหมาะสมและยอมรับได้ เด็กจะใช้ความสามารถของตนในการจัดการกับปัญหาในวิธีที่เหมาะสม โดยมีความรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง มั่นคงในตนเองซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น

## การสิ้นสุดการบำบัด

การสิ้นสุดการบำบัดจะทำเมื่อพบว่าเด็กมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นเพียงพอ ปัญหาพฤติกรรมต่างๆลดลง ความสัมพันธ์ของเด็กกับผู้อื่นดีขึ้น และในชั่วโมงทำการบำบัด เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับอายุมากขึ้น การสิ้นสุดการบำบัดมิได้หมายความว่าปัญหาต่างๆจะหายตลอดไป ปัญหาอาจกลับมาใหม่เมื่อมีเหตุการณ์บางอย่างมากระทบ หรือกลับมาพร้อมกับพัฒนาการช่วงต่อไปของชีวิต การวางแผนในการสิ้นสุดการบำบัด เด็กควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เช่น เด็กต้องการพบผู้บำบัดอีกกี่ครั้งก่อนจะสิ้นสุดการบำบัด กำหนดวันสุดท้าย ฯลฯ การเตรียมการในการสิ้นสุดการบำบัดที่ดีนอกจากจะไม่ทำให้เด็กถูกทำร้ายความรู้สึกโดยพยาบาล

ผู้บำบัดแล้ว ยังทำให้เด็กมีประสบการณ์ที่เขาสามารถผ่านพ้นการแยกจากมาได้ด้วยดี (สุวรรณี พุทธิศรี, 2545)

สรุปได้ว่าการใช้การเล่นบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหาด้านจิตใจและด้านพัฒนาการในเด็กป่วย พยาบาลผู้บำบัดควรมีความรู้และทักษะในการดำเนินการแต่ละช่วง เพื่อช่วยเหลือให้เด็กรับรู้ ศักยภาพของตัวเอง มีการเติบโต และสามารถพัฒนาสมรรถนะของตัวเองได้ต่อไปตามวัย

### 5.1 แนวคิดเชิงทฤษฎี

มีผู้สนใจศึกษา พัฒนาทฤษฎีและเทคนิคการเล่นบำบัดเพื่อใช้ในการบำบัดเด็กที่มีปัญหา ทางจิตใจอย่างรุนแรงและมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

ในระหว่างปีค.ศ. 1930 ถึงปี ค.ศ. 1950 ได้มีทฤษฎีและเทคนิคเกี่ยวกับการบำบัดเด็ก เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (Levy, 1938) ได้พัฒนาเทคนิคที่เรียกว่า " การบรรเทาบำบัด " (release therapy) เพื่อใช้รักษาเด็กที่ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจให้เป็นปกติและเกิดความคิด สร้างสรรค์ด้วยการเล่น ซึ่งเขาได้นำอุปกรณ์ของเล่นเข้ามามีส่วนช่วยในการบำบัดรักษา (Solomon, 1938) ได้พัฒนาเทคนิคเรียกว่า " การเล่นเพื่อการบำบัด " (Active play therapy) เป็นการกระตุ้นให้เด็กแสดงออกถึงความเก็บกดของอารมณ์ต่างๆในตัวเด็กออกมาโดยผ่านการ เล่น พยายามให้เด็กสามารถแยกแยะอดีตที่ผ่านมาและความเป็นจริงในปัจจุบัน เพื่อให้เด็กมี พฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม (Rogers, 1940) ได้จัดให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-centered) โดยให้การบำบัดกับผู้ใหญ่ (Axline, 1947) ได้ใช้การเล่นบำบัดโดยอาศัยความรู้ พื้นฐานทางปรัชญา ใช้วิธีการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการเล่นเพื่อการบำบัด (client-centered play therapy) และกล่าวถึงเป้าหมายของผู้บำบัดคือการทำให้เด็กสามารถใช้ความสามารถของ ตนเองในการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น โดยที่ผู้บำบัดยึดโครงสร้าง 3 ประการ ดังนี้ 1. ตัวบุคคล (Person) คือความคิด การกระทำ อารมณ์ที่เกิดขึ้นของเด็ก 2. ปรากฏการณ์ (Phenomenal field) คือประสบการณ์ทุกอย่างที่เกิดขึ้นกับตัวเด็ก และ 3. ตัวตนของเด็ก (Self) คือ ภาพทั้งหมด ที่เด็กมองตนเอง การบำบัดไม่สนใจอดีตที่เด็กได้รับหรือกระทำไป แต่สนใจอยู่กับความสามารถ ในปัจจุบันของเด็กที่จะกระทำสิ่งต่างๆต่อไป เป้าหมายของการบำบัดรักษา คือทำให้เด็กยอมรับ ในตนเองมากขึ้น รวมถึงความรู้สึกเป็นเจ้าของความคิด การกระทำ และความรู้สึกสอดคล้องใน ตนเอง

(Bixler, 1949) ได้ชี้แนะให้ผู้บำบัดกำหนดขอบเขตในการเล่นบำบัด เช่น เด็กไม่ควรทำลาย สิ่งของใดๆในห้องเล่น ไม่ควรทำร้ายร่างกายผู้บำบัด ไม่ควรเล่นเกินเวลาที่กำหนด ไม่ควรเอา ของเล่นออกจากห้องเล่น เป็นต้น (Hambridge, 1955) ได้จัดการเล่นเหมือนกับเลวี แต่เป็นการ จัดการเล่นที่เฉพาะให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละคน และเป็นวิธีที่ให้เด็กเล่นอย่างอิสระในห้องเล่น

จากนั้น 40 ปีต่อมาได้มีทฤษฎีและเทคนิคใหม่ๆ เกี่ยวกับจิตบำบัดและการเล่นเพื่อการบำบัดในเด็กเกิดขึ้นอีก ดังจะเห็นได้จากหนังสือและตำราต่างๆ ในปัจจุบัน (O' Conner, 1991)

ทฤษฎีของการเล่นบำบัดมีหลายทฤษฎี ที่กล่าวถึงและพบบ่อย ได้แก่

1. Adlerian play therapy (Kottman, 1993, 1994, 1995, 1997a) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า บุคคลมีเอกลักษณ์และมีความคิดสร้างสรรค์ ต้องการการสื่อสารกับคนอื่นแต่ต้องอาศัยความรู้ ทุกพฤติกรรมมีเป้าหมาย โดยโครงสร้างสำคัญของทฤษฎีนี้คือรูปแบบของชีวิตที่มีความเฉพาะเจาะจงของแต่ละคนจะพัฒนา ก่อนอายุ 8 ปี

จุดมุ่งหมายของการรักษา

1. เด็กพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้บำบัด สามารถแบ่งปันซึ่งกันและกัน  
2. ผู้บำบัดเกิดความเข้าใจรูปแบบชีวิตของเด็กที่สัมพันธ์กับปัญหา  
3. เด็กเกิดความเข้าใจรูปแบบชีวิตของตนและตัดสินใจเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ทศคติและพฤติกรรมได้

4. ช่วยให้เด็กเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ที่จำเป็น และนำไปใช้นอกห้องบำบัดได้

2. Child-Centered Play Therapy (Landreth & Sweeney; Roger, 1951) ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์มีโครงสร้างของบุคลิกภาพที่ประกอบด้วย บุคคล คุณสมบัติน และตัวตน บุคคลประกอบด้วยความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมและสุขภาพ ทั้งหมดมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา บุคคลต้องอยู่ในภาวะสมดุล ดังนั้นเมื่อมีด้านใดเปลี่ยนแปลง ด้านอื่นๆ จะเปลี่ยนไปด้วย บุคคลมีตัวตนภายในที่จะขับเคลื่อนไปในด้านที่ดี

จุดมุ่งหมายของการรักษา

ค่อนข้างกว้างและเป็นแบบทั่วไป โดยจัดประสบการณ์ด้านบวกให้เด็กมีแรงขับเคลื่อนไปในด้านดีและค้นพบศักยภาพของตน (Landreth, 1991) เด็กจะต้องเลือกกิจกรรมให้ตรงกับปัญหาของตนด้วยตนเอง ผู้บำบัดต้องเชื่อว่า เด็กมีความสามารถในการจัดการเป้าหมายและทิศทางในการแก้ปัญหาของตนเอง

3. Cognitive-Behavior Play Therapy ทฤษฎีนี้พัฒนาโดย Susan Knell (1993a, 1993b, 1994, 1997, 2000) มีแนวคิดจากทฤษฎีด้านสติปัญญาและพฤติกรรมในการพัฒนาอารมณ์และจิตใจ ทฤษฎีนี้ใช้การผสมผสานการเล่นกับการสื่อสารด้วยคำพูดและท่าทาง

จุดมุ่งหมายของการรักษา

เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ที่เครียดและลดความรู้สึกผิดของเด็กเอง เช่น เพิ่มความสามารถในการแสดงความรู้สึก และประเมินสถานการณ์จริงในด้านสัมพันธภาพ การเพิ่มข้อดีของตนเองโดยบอกเล่ากับผู้อื่น การเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสม การกำหนดเป้าหมายเฉพาะเจาะจงสำหรับเด็กแต่ละคน



## ปัจจัยบำบัด

การเล่นบำบัด (Play Therapy) เป็นระบบการใช้รูปแบบทฤษฎีเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาทางจิตสังคม เกิดการเติบโตและมีพัฒนาการ โดยมีปัจจัยบำบัด ดังนี้

1. ลดแรงต่อต้าน เด็กส่วนใหญ่เข้าสู่ระบบการรักษาแบบไม่เต็มใจ จึงมักเกิดแรงต้าน เพราะเมื่อถูกกำหนดให้เป็น ผู้ป่วยแสดงถึงการเป็นปัญหา การใช้ของเล่นเป็นพื้นฐานของการสนทนา พยาบาลผู้บำบัดจะสามารถลดแรงต้านของเด็กที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษาได้ การเล่นจะทำให้เกิดความคุ้นเคยอย่างง่ายดาย ร่วมกับความสนุกสนานขณะทำกิจกรรม ทำให้เด็กไม่รู้สึกถึงการคุกคาม หรือเกิดความกลัว

2. เกิดการสื่อสาร การเล่นจะช่วยพัฒนาการรับรู้และความเข้าใจระหว่างเด็กกับพยาบาลผู้บำบัดได้อย่างรวดเร็วและราบรื่น ยิ่งไปกว่านั้นความเต็มอกเต็มใจของพยาบาลผู้บำบัดและความสามารถในการพูดภาษาเด็กจะทำให้เด็กเกิดความนับถือ โดยที่ไม่ต้องมีประสบการณ์มาก่อน ในการเฝ้าดูการเล่นของเด็กว่า เล่นอย่างไร เลือกของเล่นอะไร และเปลี่ยนกิจกรรมเมื่อไหร่ จะทำให้พยาบาลผู้บำบัดได้ข้อมูลมากมายจากตัวเด็ก

3. ความสามารถหรือสมรรถนะของเด็ก เด็กส่วนใหญ่ที่มาทำการเล่นบำบัดขาดความสามารถหรือสมรรถนะในตัวเองซึ่งเป็นผลเสียต่อการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง พวกเขา มักจะรู้สึกเป็นบุคคลขาดความสามารถ งานหนึ่งของการเล่นบำบัด คือ การจัดหาโอกาสสำหรับเด็กในการเพิ่มศักยภาพของพวกเขาให้สูงสุด การเล่นเป็นช่องทางที่พิเศษที่สุดที่จะฝึกให้เด็กทำได้ดี พยาบาลผู้บำบัดสามารถช่วยให้กำลังใจเด็กให้พยายามทำกิจกรรมที่เด็กไม่เคยพยายาม เพราะกลัวการล้มเหลว ด้วยการชื่นชมเด็กเมื่อเด็กมีความพยายามอย่างมาก และเมื่อพวกเขาทำไ้ระดับหนึ่ง พยาบาลผู้บำบัดก็รอคอยจนกว่าจะทำไ้ 100% เมื่อถึงตอนนั้นพยาบาลผู้บำบัดจะสามารถสร้างความรู้สึกที่เด็กมีความสามารถที่ทำได้ (Knottman, 1995) กระบวนการนี้จะเป็นแรงเสริมสำหรับเด็กให้สามารถทำอะไรได้ด้วยตนเอง

4. การคิดเชิงสร้างสรรค์ การเล่นคือการคิดเชิงสร้างสรรค์ เด็กจะต้องสร้างความคิดจากจินตนาการ นำไปสู่การปฏิบัติในการเล่นบำบัด เด็กจะใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา ทั้งเชิงความคิดใหม่และเชิงโครงสร้าง พยาบาลผู้บำบัดจะทำหน้าที่เป็นเพียงผู้ให้กำลังใจ เมื่อเด็กคิดได้ในเชิงสร้างสรรค์เท่านั้น

5. ความเห็นอกเห็นใจ เป็นการแสดงออกถึงความมีพลังอำนาจ พยาบาลผู้บำบัดจะให้การดูแล และมีบุคลิกภาพของผู้ใหญ่ที่จะยอมรับไม่ว่าเด็กจะอยู่ในอารมณ์แบบใดหรือแสดงออกอย่างไร เด็กๆจะได้รับประโยชน์จากการมีอิสระในการเล่นบำบัด โดยการแสดงออกถึงอารมณ์

(ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ) ที่เด็กอาจไม่ต้องการสื่อสารออกมาได้ การที่เด็กยอมรับว่าอาจจะไม่เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่นก็ได้จะทำให้เด็กมีประสบการณ์และมีวุฒิภาวะมากขึ้น

6. การระบายอารมณ์ จะช่วยให้เด็กลดความตึงเครียด หรือลดความเจ็บปวดจากเหตุการณ์ และลดความรู้สึกต่างๆที่เกิดร่วมกับเหตุการณ์เหล่านั้น วัตถุประสงค์ของการระบายอารมณ์ คือการจัดให้เด็กลดความคิดเชิงลบส่วนหนึ่ง และการเรียนรู้อารมณ์ขณะพบประสบการณ์ที่เจ็บปวด กระบวนการนี้จะช่วยให้เด็กเกิดความรู้สึกขณะประสบการณ์ร้ายๆที่ผ่านมา ช่วยให้การตัดสินใจรับเหตุการณ์เจ็บปวดทำได้ดีขึ้น

7. บทบาทสมมุติ การแสดงบทบาทสมมุติทำให้เด็กสามารถแสดงออกซึ่งการรับรู้ต่อครอบครัว เกิดการเรียนรู้ ฝึกทักษะใหม่ๆในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในตัวตนของเด็กเอง

8. จินตนาการกับการมองเห็น มีหลายครั้งที่เมื่อเข้ารับการเล่นบำบัด เด็กมักจะไม่คิดว่าชีวิตจะดีขึ้นได้ในอนาคต ประสบการณ์เลวร้ายที่ผ่านมาทำให้เด็กๆคิดเช่นนั้น การเล่นแบบจินตนาการและการมองเห็นจะช่วยให้เด็กได้ทดลองความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลงชีวิตและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยการส่งเสริมให้เด็กจินตนาการว่าตนเองแข็งแรง มีอำนาจ และมีความก้าวหน้า ในขณะที่อยู่ในช่วงของการเล่นบำบัดประสบการณ์นี้จะช่วยให้เด็กเกิดความหวังในอนาคต

9. การสอนทักษะชีวิต เป็นการช่วยให้เด็กเกิดความคิดใหม่ๆ มองไปข้างหน้า และมีทักษะในการแก้ปัญหาโดยไม่หลีกเลี่ยงเป็นการใช้นิทาน เรื่องเล่า การเล่น และงานศิลปะเพื่อคลี่คลายสถานการณ์ พยาบาลผู้บำบัดจะช่วยให้เด็กทราบถึงระดับการเรียนรู้และรูปแบบของอารมณ์สอนให้พวกเขามีทักษะและทัศนคติใหม่ๆที่เหมาะสม

10. รูปแบบการสร้างสัมพันธภาพ เด็กบางคนมีข้อจำกัดของการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จะช่วยเพิ่มช่องทางสำหรับเด็กในการเชื่อมโยงสัมพันธภาพกับผู้อื่น ในการเล่นบำบัดเด็กมักจะพัฒนาความรู้สึกผูกพันกับผู้บำบัดได้ก่อน โดยการใช้บทบาทสมมุติและการเล่นอย่างมีจินตนาการ จะช่วยให้เด็กสามารถเรียนรู้ที่จะสื่อสารสัมพันธ์กับเด็กคนอื่นได้ และผู้บำบัดยังสามารถใช้การเล่นสอนผู้ปกครองเพื่อเพิ่มความผูกพันกันระหว่างครอบครัวได้อีกด้วย

11. การพัฒนาสัมพันธภาพ ในการเล่นบำบัด ผู้บำบัดจะสอนทักษะสังคมและวิธีการอื่นๆในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ทั้งแบบรายบุคคล และรายกลุ่ม ด้วยรูปแบบของการดูแลสนับสนุนเด็กโดยตรง จะช่วยให้เด็กเชื่อและเห็นคุณค่าของการให้ความสนใจผู้อื่น

12. อารมณ์เชิงบวก การเล่นคือ ความสนุก ระหว่างการเล่นบำบัด ผู้บำบัดจะทำให้เด็กเกิดรอยยิ้มและมีวันเวลาที่ดีในการยอมรับสิ่งแวดล้อม เด็กส่วนหนึ่งที่เข้ารับการเล่นบำบัด ไม่มีโอกาสในการแสดงอารมณ์เชิงบวกมากนัก การเล่นบำบัดจะช่วยให้เกิดกระบวนการเหล่านั้น

13. การพัฒนารูปแบบความกลัว โดยธรรมชาติของการเติบโต เด็กต้องมีประสบการณ์ของการกลัวความมืด กลัวการอยู่คนเดียว ซึ่งเป็นต้นเหตุของความวิตกกังวลของบุคคล ในการเล่น บำบัดเด็กสามารถแสดงออกถึงความกลัวผ่านการเล่น งานศิลปะและสื่อต่างๆเพื่อเรียนรู้ความรู้สึกกลัวและจดจำไว้ จนสามารถจัดการกับความกลัวและดูแลตนเองได้

14. การเล่นเกม ช่วยเพิ่มทักษะทางสังคม ทักษะการสื่อความหมาย และเรียนรู้การปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ทำให้เด็กมีโอกาสและพัฒนาทักษะการรับรู้ที่สัมพันธ์กับการไปสู่ความสำเร็จที่มุ่งหมายไว้

## 5.2 การเล่นบำบัดในเด็กออทิสติก

การเล่นบำบัดมีความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการโดยเฉพาะด้านสังคมของเด็กออทิสติก(Quill, 2002) ในการเล่นที่มีผู้ใหญ่เข้าร่วมกับเด็กจะช่วยให้บรรยากาศการเล่นง่ายต่อเด็กออทิสติกมากขึ้นเพราะเด็กออทิสติกมีความยากในการเล่นด้วยตัวเอง แต่สามารถทำได้ดีถ้าหากสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวถูกจัดให้เหมาะสมเพื่อการเล่นและความต้องการของเด็ก ผลการศึกษาพบว่าเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมโครงการ มีการพัฒนาคุณภาพของการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Beyer & Gammeloft, 2001)

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

การพัฒนาทักษะทางด้านการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกเป็นวิธีการที่เป็นกระบวนการเรียนรู้โดยออกแบบการสอน เพื่อชดเชยความบกพร่อง และเตรียมการศึกษา หรือจัดการบำบัดด้วยการเล่น โดยมีจุดมุ่งหมายของการเล่นเพื่อการบำบัดเด็กออทิสติก หลักการจัดลำดับของการเล่นด้วยการบำบัด ขึ้นอยู่กับรูปแบบของพัฒนาการเด็ก แล้วปรับใช้สำหรับเฉพาะแต่ละบุคคล หลักการเลือกของเล่นสำหรับเด็กออทิสติกควรคำนึงถึง ความยากง่าย ความสามารถเป็นแรงจูงใจที่ดีสำหรับเด็ก ดึงดูดความสนใจของเด็กได้ เช่น บ้านตุ๊กตา และส่วนประกอบต่างๆมีความเหมาะสมสำหรับฝึกการเรียนรู้ผ่านการมอง และการฝึกกิจวัตรประจำวัน การกำหนดสถานการณ์การเล่น ควรมีการเตรียมกำกับ ควบคุม สภาพแวดล้อมของเด็กออทิสติก เพื่อสร้างสัมพันธภาพและติดต่อกับเด็ก การกำหนดสถานการณ์จึงมีความสำคัญ ผู้บำบัดควรเป็นผู้กำกับ ควบคุมเด็กและให้การสนับสนุนที่จำเป็น การทำกิจกรรมบนโต๊ะเป็นเหมือนกำหนดกรอบให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น การเล่นเป็นหนทางในการทำกิจกรรมร่วมกัน และนำไปสู่การฝึก

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และขยายไปสู่การสร้างสรรค์ หรือกิจกรรมฝึกการรับสัมผัสและการเคลื่อนไหว เชื่อมโยงไปสู่สถานการณ์ภายนอกได้ การช่วยเหลือและการจัดการเล่นให้เด็กออทิสติกเกิดความพึงพอใจ สะท้อนตัวตนหรืออารมณ์ของเด็ก สามารถจัดการกับความต้องการจริงๆ ของเขาได้ โดยเด็กออทิสติกจะเรียนรู้ที่จะแสดงอารมณ์ ปลดปล่อยพลังงานออกมา เป็นสัญญาณในการปรับตัวและการดำรงชีวิตประจำวัน (Beyer & Gammeltoft, 2001)

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาผลงานวิจัยและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ดังนี้ เพราะเด็กออทิสติกมีความยากในการเล่นด้วยตัวเอง แต่สามารถทำได้ดีถ้าหากสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวถูกจัดให้เหมาะสมเพื่อการเรียนและความต้องการของเด็ก ผลการศึกษาพบว่าเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมโครงการ มีการพัฒนาคุณภาพของการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

Adam & Garriott, 2003 ทำการศึกษาเกี่ยวกับ Expressive Movement Play Therapy ประกอบด้วย 18 session ที่ประเมินในเรื่องของการพูดกับการเคลื่อนไหวร่างกาย การพูดกับการตอบสนองทางร่างกายและทักษะทางสังคมที่เป็นอิสระ พฤติกรรมการเล่นคู่ขนาน และพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ โดยศึกษากับผู้ป่วยเด็กออทิสติก 1 คน ผลการศึกษาพบว่าการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น จากค่าคะแนนเฉลี่ยและจากผลการประเมินของครูพบว่าทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกมีคะแนนดีขึ้น

Berckelaer & Onnes, 2003 ทำการศึกษาการจัดทำโปรแกรมเบื้องต้นในการฝึกทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติก 24 คน ทำการประเมินผลในระยะเวลา 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมนี้ประสบความสำเร็จคือทำให้ทักษะทางสังคมของเด็กดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม เด็กจะไม่มีการพัฒนาการเล่นอย่างต่อเนื่องถ้าหากไม่ได้รับการกระตุ้น ดังนั้นภายหลังการจัดการแบบ 1:1 ควรจัดการเล่นเป็นกลุ่มเล็กๆเพิ่มเติมด้วย

Jarrold, 2003 ทำการศึกษาโดยทบทวนอุบัติการณ์ในเรื่องของความยากลำบากในการเล่นสมมุติในเด็กออทิสติก โดยมุ่งความสามารถเฉพาะบุคคลในสถานการณ์การเล่นอิสระมากกว่าสถานการณ์ที่ถูกจัดระบบ จากการศึกษาพบว่าเด็กออทิสติกมีความยากลำบากในการเล่นสมมุติ แต่ปัญหาความยุ่งยากในการเล่นสมมุติของเด็กออทิสติกจะลดลงได้ ถ้าหากว่าเด็กออทิสติกอยู่ในสถานการณ์ที่กำหนดเอาไว้ และมีการจัดระบบเพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจได้ดียิ่งขึ้น

Lewis, 2003 การทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับการเล่นและทักษะทางภาษาที่ผิดปกติของเด็กออทิสติกโดยเปรียบเทียบระหว่างเด็กออทิสติกกับเด็กที่มีความบกพร่องเกี่ยวกับพัฒนาการกลุ่มอื่นๆซึ่งพบว่ามีการเล่นมาก่อนภาษา แต่ในเด็กออทิสติกทั้งภาษาและการเล่นบกพร่องทั้งคู่

ผลการศึกษาสະท้อนให้เห็นว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการเล่นและภาษาอาจสัมพันธ์กับการมีปฏิสัมพันธ์ของเด็กและผู้ปกครองในระหว่างการเล่น

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

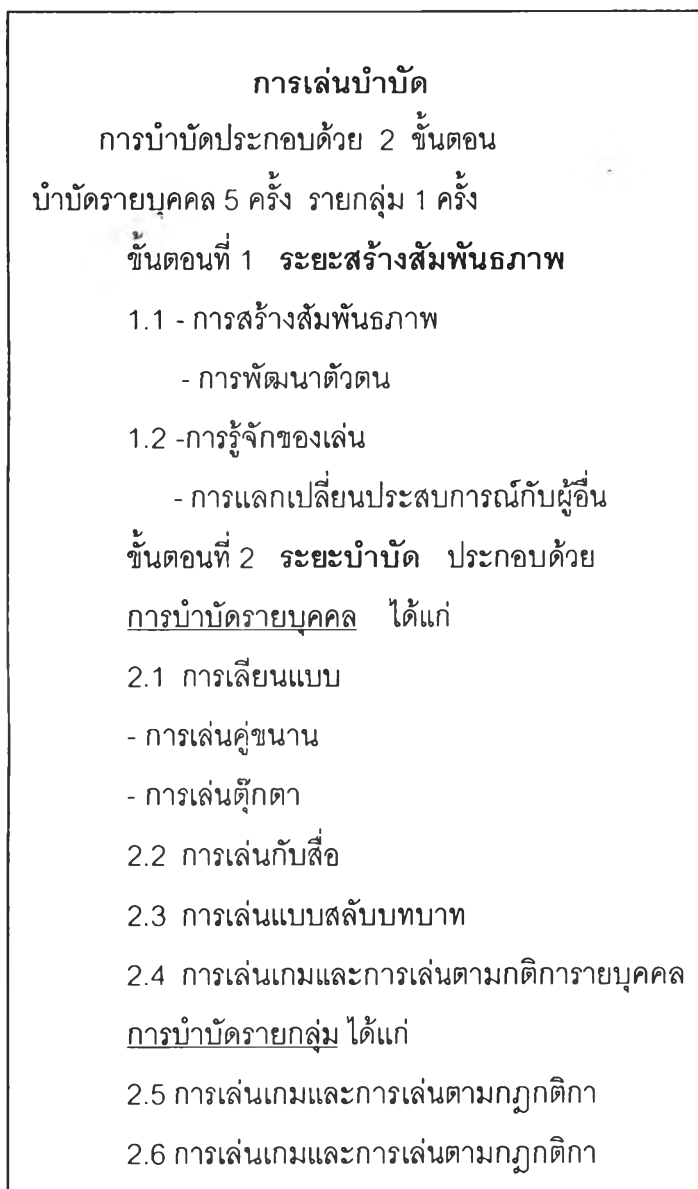
## 7. กรอบแนวคิดในการศึกษา

เด็กออทิสติกมักจะมีรูปแบบการเล่นของเล่น หรือ จัดการกับวัตถุซ้ำๆ โดยไม่สามารถเชื่อมโยงประสบการณ์ต่างๆที่ได้รับมาใช้ได้ และไม่สามารถเล่นร่วมกับเด็กคนอื่นได้ เด็กไม่สามารถเล่นแบบ Functional Plays ได้เหมือนกับเด็กปกติ รูปแบบของการเล่นมักจะเป็นเหมือนการทำงานของเครื่องยนต์ โดยขาดธรรมชาติของการค้นหา การเล่นบทบาทสมมุติแทบจะไม่พบเลย หรือหากพบก็มักจะมีลักษณะการเล่นที่เป็นแบบซ้ำๆ ชัดเจน และเหมือนกับครั้งแรกที่ได้เรียนรู้มา ลักษณะเหล่านี้เกิดร่วมกับการมีความสนใจ เฉพาะเจาะจง หรือสนใจดูโทรทัศน์มากเกินไป ร่วมกับการมีการเลียนแบบเกิดขึ้นด้วย

จากการเล่นของเด็กออทิสติกดังที่กล่าวมา ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้หลักการของ Beyer และ Gammeltoft (2001) อธิบายว่าเด็กออทิสติกสามารถเรียนรู้ที่จะจดจำลำดับของกิจกรรมภายใต้การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมทักษะด้านสังคมและการเรียนรู้ สามารถขอความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมขึ้น โดยการจัดระบบ การกำหนด กฎ กติกาและการจัดกิจกรรมที่สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดต่อไปได้ มีการจัดลำดับก่อนหลัง และใช้การเรียงลำดับที่ชัดเจนสม่ำเสมอ โดยผ่านการรับรู้จากสายตาเป็นหลัก การจัดการเล่นโดยผู้บำบัดจัดของเล่น และดูแลร่วมเล่นกับเด็กด้วย แนวคิดในการจัดกิจกรรมอ้างอิงจากความผิดปกติของเด็กออทิสติกที่แตกต่างจากพัฒนาการของเด็กปกติในวัยเดียวกัน เด็กออทิสติกไม่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองทั้งหมด เช่น

คน กับผู้ใหญ่ 1 คนก่อน เมื่อเด็กออทิสติกสามารถทำได้แล้ว จึงจัดสถานการณ์ให้ได้เล่นกับเด็กคนอื่น ๆ ต่อไป

### กรอบแนวคิดในการศึกษา



**พัฒนาการด้านสังคมและ  
ภาษาของเด็กออทิสติก**

1. พัฒนาการด้านสังคม
2. พัฒนาการด้านภาษา