

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการใช้การเล่นบำบัดต่อความสามารถทางสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก
ผู้ศึกษาได้ค้นคว้า ตำรา เอกสารงานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยเด็กและโรคออทิสซึม
 - 1.1. ความหมายและสาเหตุ
 - 1.2. ลักษณะทางคลินิกและ การดำเนินโรค
 - 1.3. การรักษาโรคออทิสซึม
 - 1.4. พัฒนาการเด็กออทิสติก
2. การพยาบาลเด็กออทิสติก
 - 2.1 การประเมินภาวะสุขภาพ
 - 2.1 การวินิจฉัยทางการพยาบาล
 - 2.3 การวางแผนการพยาบาล
 - 2.4 กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและบำบัดทางการพยาบาล
 - 2.5 การปฏิบัติการพยาบาล
 - 2.6 การประเมินผลการพยาบาล
 - 2.7 ระบบบริการสุขภาพเด็กออทิสติกของโรงพยาบาลบางพลี
3. การเล่นในเด็กออทิสติก
 - 3.1 ความหมายและทฤษฎีการเล่น
 - 3.2 ประโยชน์และชนิดการเล่น
 - 3.3 การเล่นและหลักในการเล่น
 - 3.4 การเล่นบำบัดและการเลือกของเล่น
 - 3.5 การเล่นบำบัดในเด็กออทิสติก
 - 3.6 บทบาทพยาบาลในการเล่นบำบัด
 - 3.7 ตามหลักการทำ play therapy ตามแนวทางของ Virginia Axline
4. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการศึกษา

1. ผู้ป่วยเด็กและโรคออทิซึม

1.1 ความหมายและสาเหตุ

ออทิซึมเป็นโรคในกลุ่ม Pervasive Developmental Disorder (PDD) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการหลายด้านรวมกัน เนื่องจากมีความผิดปกติของสมองบางส่วน ทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าด้านสังคม ไม่สนใจบุคคล ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ร่วมกับการมีพัฒนาการล่าช้าด้านการสื่อสาร ไม่สามารถแสดงท่าทางหรือพูดสื่อความหมายกับบุคคล และมีพฤติกรรม ความสนใจหรือการกระทำซ้ำๆ จำกัดเฉพาะที่เปลี่ยนแปลงยาก พบอาการแสดงก่อนอายุ 30 เดือน และอาการแสดงออกมีความแตกต่างกันตามความรุนแรงของโรค

ออทิซึม หมายถึงโรคทางจิตเวชเด็กที่รุนแรง เด็กจะมีความผิดปกติเกี่ยวกับพัฒนาการด้านการสื่อสาร ภาษาและอารมณ์อย่างมาก คือมีการสูญเสียทางปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยแยกตัวไม่สามารถแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่มีการสบตา หรือการแสดงออกทางสีหน้า กริยาเด็กออทิสติกจะขาดการแสวงหาเพื่อที่จะเล่นกับเด็กอื่นๆ มักจะเล่นคนเดียวโดยไม่สนใจผู้อื่น เนื่องจากเล่นกับใครไม่เป็น มีการสูญเสียการสื่อความหมายทางสังคม ทั้งด้านการพูด (verbal) และการไม่ใช่ คำพูด (nonverbal) ไม่พูดหรือพูดซ้ำ ไม่สมวัย เด็กออทิสติกบางคนชอบพูดซ้ำซาก พูดวกไปวนมา พูดเลียนแบบในทันที (immediate echolalia) และการกระทำซ้ำๆ มีความสนใจ และแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ ทั้งการกระทำและความคิด (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2545) ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่เห็นได้ง่ายๆ หรือแบบซับซ้อน ชอบถามคำถามซ้ำๆ มีความสนใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างเด่นชัด

สาเหตุของโรคมีหลายอย่างดังต่อไปนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551)

ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial theory) มีผู้ตั้งข้อสมมติฐานว่าผู้ป่วยมีมารดาที่มีลักษณะ “เย็นชา” และไม่ตอบสนองต่ออารมณ์หรือความต้องการของเด็ก ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological theory) มีพื้นฐานทางชีวภาพของโรค ประกอบด้วย มีอัตราภาวะปัญญาอ่อนและโรคลมชักสูง ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors) พบว่าร้อยละ 2-7 ของพี่น้องเป็นโรคนี้ด้วย และร้อยละ 30-60 ของคู่แฝดจากไข่ใบเดียวกันและมีเพศเดียวกัน

โรคทางกายอย่างอื่นและปัจจัยจากการคลอด มีความสัมพันธ์กับโรคอื่นโดยมีพันธุกรรมเป็นปัจจัยสำคัญทำให้เกิดโรค เช่น fragile X syndrome และ tuberous sclerosis ปัจจัยจากการคลอด (Perinatal factors) มีอัตราของภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอดและระหว่างคลอดสูง ปัจจัยเกี่ยวกับการคลอดมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยทางพันธุกรรมทำให้เป็นโรค มีความผิดปกติของสมองและสารสื่อประสาท จากการที่สมองส่วน limbic system (amygdala, hippocampus และ mammillary bodies) มีหน้าที่เกี่ยวกับ ภาวะตื่นตัวทางอารมณ์และการเรียนรู้ทางอารมณ์ การได้รับการตอบสนองทางสังคม ความผูกพันและการเรียนรู้การเข้าใจทางสังคม สมองส่วน

temporal lobe มีหน้าเกี่ยวกับการแปลความหมาย การเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด และสมองส่วน prefrontal cortex มีหน้าที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ทางอารมณ์และการเข้าใจทางสังคม นอกจากนี้สารสื่อประสาท โดยมุ่งสนใจที่ dopamine การมี hyper dopaminergic function ของสมอง อาจอธิบายพฤติกรรม overactivity และ stereotyped movements นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ว่าสารประกอบ enkephalin และ endorphins ซึ่งเป็น endogenous opioids อาจทำให้เกิดการแยกตัวเองจากสังคมและความรู้สึกไวผิดปกติต่อสิ่งแวดล้อม

ทฤษฎีเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันและทฤษฎีทางจิตวิทยา (Immune theory) อาจมี antibody ของมารดาต่อต้านทารกเกิดขึ้นในครรภ์และอาจมีความสัมพันธ์กับโรคติดเชื้อไวรัส ทฤษฎีทางจิตวิทยา (นิรชา เรื่องดารกานนท์และคณะ, 2551) ได้แก่ “Theory of mind” hypothesis หมายถึงมีความบกพร่องในการเข้าใจตนเองและผู้อื่น ทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึกและความคิด โดยในช่วงปฐมวัยมักบกพร่องในการรับรู้ อารมณ์และความรู้สึกที่แสดงด้วยสีหน้าท่าทางหรือน้ำเสียงของผู้อื่น เด็กวัยเรียนมักบกพร่องในทักษะการแก้ปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับเด็กอื่น ซึ่งสมองส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บริเวณ frontoparietal ด้านขวาและสมองบริเวณส่วนกลาง (cortical midline structures) ซึ่งส่วนมากหมายถึง prefrontal cortex การทำงานของสมองบริเวณเหล่านี้มีทั้งส่วนที่เชื่อมโยงระหว่างกันและเชื่อมโยงกับส่วนอื่น โดยมีระบบเซลล์สมองที่ค้นพบในระยะหลังเข้ามาเกี่ยวข้องซึ่งเป็นที่รู้จักกันว่า mirror neuron system การทำงานที่สำคัญของสมองส่วนต่างๆ เหล่านี้จะสัมพันธ์กับความสามารถในการรับรู้ตนเองและการกระทำของตนเองสัมพันธ์หรือเปรียบเทียบกับ การกระทำของผู้อื่น นอกจากนี้การทำงานของสมองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคม (social cognition) จะช่วยทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่อาจนำไปสู่การส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัยได้ตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิต “Executive dysfunction” hypothesis หมายถึงความสามารถในการแก้ปัญหา (problem solving) ความยืดหยุ่นในการทำงาน (flexible set-shifting) และการวางแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของงาน (planning) ความบกพร่องเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางระบบประสาท และ “Weak central coherence” hypothesis หมายถึงความสามารถในการรวบรวมข้อมูลหรือรายละเอียดต่างๆ เพื่อนำมาซึ่งความเข้าใจในความหมายโดยรวม ทฤษฎีนี้อธิบายสาเหตุของความบกพร่องในความเข้าใจรายละเอียดต่างๆ ในสังคม (social context) ทำให้มีความบกพร่องในการเข้าสังคม

1.2 ลักษณะทางคลินิกและการดำเนินโรค

ลักษณะทางคลินิก (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551: 75-81) เริ่มเป็นก่อนอายุ 3 ปี เมื่อได้พบทวนประวัติพัฒนาการตั้งแต่เริ่มแรกอย่างละเอียดจะพบความผิดปกติบางอย่างตั้งแต่แรก

ความบกพร่องของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทารกและเด็กเล็กซึ่งเป็นออทิสติกให้ความสำคัญน้อยกับใบหน้ามนุษย์ มีความยากลำบากในการเลียนแบบและอาจขาดทักษะการเล่น

ตามปกติ ในรายเด็กเล็กหรือเด็กที่เป็นมากจะหลีกเลี่ยงหรือไม่สนใจการมีปฏิสัมพันธ์ ในรายเด็กโตหรือเป็นมากขึ้นเต็มใจที่จะยอมรับแบบไม่มีปฏิกิริยาต่อการมีปฏิสัมพันธ์แต่ไม่มีการแสวงหาในกลุ่มที่มีความสามารถมากที่สุด มักมีความสนใจเกี่ยวกับสังคม แต่มีความยากลำบากที่จะตัดการกับความซับซ้อนของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งมักนำไปสู่การมีรูปแบบทางสังคมอย่างผิดปกติหรือแปลกประหลาด มีความบกพร่องของการปรับอารมณ์และแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมต่อสถานการณ์ทางสังคม ความผิดปกติของอารมณ์ อาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง การขาดความเข้าใจหรือไม่สามารถสื่อสารได้ หรือความคับข้องใจรุนแรงอาจกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้

ความบกพร่องของการสื่อสารและการเล่น ความบกพร่องของการสื่อสาร พบว่าการพูดช้าเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด และร้อยละ 40 ของเด็กออทิสติกไม่พูด เพราะไม่มีแรงจูงใจที่จะสื่อสารหรือพยายามสื่อสารผ่านวิธีที่ไม่ใช่คำพูด ภาษาพูดมักมีหลากหลายอย่างมาก ความบกพร่องทางการเล่น อาจประกอบด้วยความล้มเหลวที่จะพัฒนารูปแบบการเล่นแบบสัญลักษณ์และจินตนาการตามปกติ อาจค้นหาสิ่งของในการเล่นซึ่งไม่ได้นำมาใช้ หรือใช้สิ่งของเพื่อกระตุ้นตัวเอง เช่น หมุนล้อรถของเล่น กิจกรรมและความสนใจจำกัดมาก มักมีความอดทนน้อยต่อการเปลี่ยนแปลง และความหลากหลายในสิ่งที่ทำประจำ ทำกิจกรรมซ้ำๆ มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ เป็นการทำเพื่อเกิดความสุขหรือปลอบตัวเอง อาการอื่นที่พบร่วมด้วย ร้อยละ 70 มีภาวะปัญญาอ่อน และร้อยละ 10 มีทักษะแบบนักปราชญ์ (savant skills)

ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวและความรู้สึก แสดงพฤติกรรมซ้ำๆ หรือมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ไม่มีความหมายอย่างอื่น อาจมีการเคลื่อนไหวเลียนแบบผู้อื่น (echopraxia) โดยไม่เข้าใจความหมาย มีความรู้สึกไวมากและไวน้อยต่อสิ่งเร้า ซึ่งอาจเกิดจากความบกพร่องของกลไกการให้ความสนใจใน brain stem หรือจำนวนที่มากเกินไปของ beta-endorphin

ปัญหาการนอนและการรับประทานอาหาร รูปแบบการนอนผิดปกติอย่างมากโดยตื่นเวลากลางคืน มีความรังเกียจอาหารบางชนิดและปฏิเสธที่จะรับประทานอาหารใหม่ๆ บางรายอาจรับประทานอาหารที่ไม่ใช่อาหาร (pica) นอกจากนี้อาจพบมีความผิดปกติทางกายเล็กน้อย เช่น หูพิการ การดำเนินโรค เป็นโรคซึ่งมีความพิการตลอดชีวิต โดยต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ถ้าได้รับการรักษาตั้งแต่อายุน้อย ผลลัพธ์ในระยะยาวจะดีขึ้น ได้แก่ การพูดเพื่อสื่อสารได้เมื่ออายุ 5-6 ปี และระดับเซาว์ปัญญาโดยไม่ใช้การพูดสูงขึ้น ประโยชน์ที่ได้รับในการเข้าสังคมและการสื่อสารมักเกิดขึ้นช่วงที่เด็กเข้าโรงเรียน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551: 83)

1.3 การรักษาโรคออทิสซึม เป้าหมายการรักษาคือลดพฤติกรรมที่ผิดปกติและส่งเสริมการเรียนรู้ โดยเฉพาะการพูด การติดต่อสื่อสารและทักษะการช่วยเหลือตัวเอง มีการรักษาด้วยยา

สำหรับอาการเฉพาะ การให้การศึกษา (Psychoeducation) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สมภพ เรื่อง ตระกูล, 2551)

1.4 พัฒนาการเด็ก เมื่อเด็กย่างเข้าปฐมวัย ช่วงอายุประมาณ 3 ปี เด็กจะเริ่มเดินแข็งแรง เป็นประโยชน์ และพูดได้มากขึ้น ได้ตอบได้ดีขึ้นแม้ยังไม่เข้าใจความหมายของ คำพูดมากนักก็ตาม เด็กมีจินตนาการสูง มีความอยากรู้อยากเห็น อยากรองทำ สามารถควบคุม การขับถ่ายได้ เด็กสามารถแยกจากแม่ได้ เริ่มสนใจเล่นร่วมกับเด็กอื่นๆ

การพัฒนาด้านการเคลื่อนไหว ปฐมวัยเป็นวัยที่เด็กพัฒนาด้านการเคลื่อนไหวและการเจริญของกล้ามเนื้อใหญ่อย่างมาก ระบบกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัสทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ขึ้น มีความว่องไวในการใช้วัยวะต่างๆ ได้ดีและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เมื่ออายุ 3 ปี จะเดินได้คล่อง ทรงตัวได้ดีขึ้น ชอบกระโดด วิ่งเล่น เดินเขย่งบนปลายเท้า เดินขึ้นบันได้สลับเท้าได้ และสามารถหยุดได้ทันที หมุนตัวกลับโดยไม่ล้ม ขึ้นบันได้เอง และขว้างลูกบอลเหวี่ยงออกไปโดยตัวอยู่กับที่พอได้ ชอบช่วยเหลือการทำงานของพ่อแม่ เมื่ออายุ 4 เป็นต้นไป การเคลื่อนไหวและการทรงตัวจะคล่องตัวและมั่นคงขึ้น สามารถยืนขาเดียวได้ชั่วครู่ หมุนและเหวี่ยงตัวไปรอบๆ กระโดดได้สูงขึ้น ชอบเล่นออกกำลังกาย เคลื่อนไหวตลอดเวลา และมีความร่าเริงตื่นตัวต่อสิ่งแวดล้อม เป็นวัยที่กำลังสนุกสนานและร่างกายมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ความสามารถด้านการเคลื่อนไหวร่างกายของเด็กออทิสติก มีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างใดอย่างหนึ่ง หรืออาจมีหลายๆ อย่างก็ได้ เช่น การเดินหรือวิ่งไปเรื่อยๆ โดยไร้จุดหมาย ยืนกางขา โยกตัว กระดิกนิ้ว โบกมือไปมา เดินเขย่งปลายเท้า กระโดดขึ้นลงอยู่กับที่ วิ่งแบบม้าย่อง ตีลังกา ปีนป่ายโดยไม่รู้จักกลัวอันตราย บางรายไม่นอน ถือสิ่งของในมือ เช่น หลอดกาแฟ พลาสติก หรือเชือกโบกไปมา หรือถือนิ้วของเด็กเล่น เช่น ถือนิ้วเด็กเล่นไว้เฉยๆ เพราะเล่นไม่เป็น บางรายนั่งเฉย เคลื่อนไหวน้อย ทำทางงุ่มง่าม มักเดินหรือวิ่งชนสิ่งของหรือหกล้มบ่อย เนื่องจากไม่รู้จักระมัดระวังตัว เมื่อเจ็บก็ไม่ร้องไห้ หรือร้องเกินกว่าเหตุ

การพัฒนาด้านภาษาและคำพูด อายุ 2 ปี สามารถพูดได้เป็นการพัฒนาด้านภาษาและคำพูดเจริญอย่างมากและเป็นไปอย่างรวดเร็ว การพูดเป็นการแสดงออกของความรู้สึนึกคิด ความต้องการของตน และสามารถใช้ในการพัฒนาที่สำคัญมากในวัยนี้ การสื่อภาษาความหมาย นอกจากนี้ยังประกอบด้วย กิริยา ท่าทาง การแสดงทางแวตตา สีหน้า และสำเนียงการใช้ เสียงพูด เป็นการสื่อความหมายไปด้วยพร้อมกันหมด เด็กออทิสติกไม่สามารถสื่อความหมายด้วยท่าทางได้ เหมือนเด็กหูหนวก และไม่สามารถเข้าใจท่าทางและสีหน้าของผู้อื่น พูดไม่ได้ อาจเคยพูดได้เป็นคำๆ แต่หายไป เนื่องจากเด็กพูดเลียนแบบแต่ไม่เข้าใจความหมายของคำ ส่งเสียงไม่เป็นภาษา เมื่อเด็กออทิสติกโดยทั่วไปเริ่มพูดได้ เด็กจะพูดเลียนแบบได้เป็นประโยคยาวๆ หรือพูดภาษาตนเองที่

คนฟังไม่เข้าใจ พูดซ้ำซาก พูดได้นานๆ อยู่คนเดียว บางรายสามารถร้องเพลงได้ถูกต้องทั้งเพลง เพราะเด็กมีความจำเป็นเลิศ จึงสามารถร้องเพลงได้เหมือนกับการเลียนแบบ

การพัฒนาด้านอารมณ์ เด็กวัยนี้เป็นเด็กมีความสุข สนุกสนาน ร่าเริง เป็นมิตร และกระตือรือร้นต่อการเรียนรู้ในสิ่งแวดล้อม สามารถปรับเปลี่ยนอารมณ์ได้และพอใจที่จะรู้จักกระชับอารมณ์ของตนเองได้บ้าง รู้จักรอคอยได้มากขึ้น รู้จักหาวิธีการมาช่วยความรู้สึกของตนเอง รู้จักปลอบตนเองเป็น และอาจมีวิธีการจัดการให้ผู้อื่นตอบสนองความต้องการของตน ยังมีอาการอาละวาดเมื่อถูกขัดใจ โกรธ หรือเหน็ดเหนื่อย ง่วงนอน แต่อาการจะค่อยๆ ห่างออกไป และน้อยลงเรื่อยๆ จากการรับรู้มากขึ้น ใช้คำพูดมากขึ้นและมีความอดทนมากขึ้น ในวัยนี้จะพบการกลัวความมืด กลัวผี กลัวสัตว์บางชนิด การกลัวเกิดขึ้นได้ถ้าต้องเผชิญกับเหตุการณ์จริง เช่น การเริ่มไปโรงเรียนในระยะแรก หารถที่จากพ่อแม่ไปอยู่โรงพยาบาล เป็นต้น ความกลัวและกังวลในวัยนี้ ทำให้เด็กมีพฤติกรรมถดถอยและมีปัญหาในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้ เด็กปฐมวัยมีความรู้สึกเสียใจ ซึมเศร้า และเป็นทุกข์ได้ และแสดงอาการร้องไห้กวนบ่อยๆ อารมณ์หงุดหงิดง่าย ซึม เงียบ ไม่เล่น ไม่ร่าเริงได้ เด็กออทิสติกจะปรับตัวยาก จึงแสดงกริยาต่อต้าน โกรธ ไม่มีความสุขเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือสถานที่ อาจจะแสดงปฏิกิริยารุนแรง เช่น กลั้วดินตระหนกมากหรือน้อยเกินไป ไม่สมเหตุผล แสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ การปรับเปลี่ยนอารมณ์ยาก บางทีอาจจะหัวเราะได้ทั้งวัน ส่วนใหญ่อารมณ์ของเด็กออทิสติกจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากมาเองโดยไม่สมเหตุผล

การพัฒนาด้านสังคม เด็กวัยนี้มีการพัฒนาด้านสังคมเร็วมากและเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เริ่มมีความสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกครอบครัวและจะมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากการเล่นตามลำพัง เปลี่ยนเป็นความสนใจผู้อื่น เริ่มเล่นร่วมกับคนอื่น สนใจการมีเพื่อนเล่น เรียนรู้การแบ่งปัน การยอมรับการปฏิเสธของเพื่อน การแพ้ชนะ การยอมต่อกัน และการแสดงความเห็นอกเห็นใจเพื่อแผ่ต่อกัน เด็กออทิสติกที่มีความผิดปกติทางด้านสังคม อาจมีพฤติกรรมให้เห็นได้เป็น 3 แบบ ดังนี้ แบบแยกตัวโดดเดี่ยว เด็กไม่มีท่าที่ตอบสนองเมื่อเรียกชื่อ ไม่หันหาเสียงเรียก หรือแสดงท่าทางหงุดหงิดไม่พอใจ หรือแสดงท่าทางเฉยเมยเหมือนไม่รู้ไม่ชี้ เดินหรือวิ่งหนีแยกตัวไปอยู่ลำพังแบบสมยอม นั่งเฉย เคลื่อนไหวร่างกายน้อย มองเม่อลอยไม่สนใจใคร และแบบมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลทั่วไปมากเกินไป โดยแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น การทักทายบุคคล โดยการไปดมเสื้อผ้า คมกระโปรง ดึงเนคไท ลูบผม แสดงความสนใจสิ่งของในตัวคนมากกว่าบุคคล แสดงความสนใจสิ่งของรอบตัวมากกว่าบุคคล แสดงท่าทางติดบุคคลใดบุคคลหนึ่งมากเกินไป มีท่าทางแปลกๆ เช่น ต้องดึงเสื้อผ้าหรือผมของคนอุ้มตลอดเวลา บางรายไม่แสดงท่าทางกลัวคนแปลกหน้าหรืออาจกลัวมากกว่าปกติ

2. การพยาบาลเด็กออทิสติก

การช่วยเหลือดูแลเด็กออทิสติก (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 การประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปเด็กที่มีปัญหาทางจิตแบบออทิสติก ผู้ดูแลจะสังเกตพบความบกพร่องของการพัฒนาการของเด็กได้เริ่มในขวบปีแรก โดยเด็กจะมีความบกพร่องทางด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เช่น ยิ้มช้าหรือไม่ยิ้ม ไม่แสดงปฏิกิริยาตอบสนองใดๆ ต่อบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู ซึ่งเมื่อผู้ดูแลพยายามพูด เรียกหรือเล่นด้วย เด็กจะเฉย แต่อาจทำเสียงเองตามลำพัง และส่งเสียงตามลำพังอยู่ได้เป็นเวลานานๆ โดยที่การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเป็นแบบไม่คงเส้นคงวา ไม่สม่ำเสมอ หรือไม่แสดงว่าจำหน้าบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูได้ ซึ่งจะเห็นชัดว่าแตกต่างจากพัฒนาการของเด็กทารกปกติ

ในช่วงขวบปีแรก การเลี้ยงดูเด็กจะไม่เป็นปัญหาแต่อย่างใด อาจจะเป็นเด็กที่เห็นว่าเป็นเด็กง่าย เช่น เมื่อจับเด็กนั่งตักบิดามารดาในขณะที่บิดามารดาสนทนากับผู้อื่น เด็กจะนั่งเฉยอยู่บนตักโดยไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบใดๆ แม้จะมีผู้อื่นมายิ้มเล่นหยอกเย้า ใช้นิ้วชี้ที่เอว รักแร้ หรือที่ท้อง เด็กไม่ได้ตอบแต่อย่างใด ไม่หันตามเสียงตบมือ หรือเสียงเรียกชื่อของตนเอง เมื่อผู้เลี้ยงดูสอนให้เด็กเล่น หรือทำอะไรง่ายๆ เช่น ตบมือ โบกมือไปมา เด็กก็จะทำไม่ได้ แม้จะจับมือให้ตบ พอปล่อยมือเด็กก็จะหยุดทำ แต่ในบางครั้งบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูอาจรายงานว่า เด็กมีที่ทำรับรู้ต่อสิ่งเร้าได้บ้าง เช่น การเคาะพื้นเบาๆ หรือขีดแกร็กๆ บนพื้น เป็นต้น เด็กออทิสติกบางคนชอบแสงสว่างจ้า อาจจะใช้มองดวงไฟ หรือใช้มองดวงอาทิตย์ หรือดวงจันทร์เต็มดวงได้ครั้งละนานๆ นอกจากนี้เด็กบางคนอาจแสดงอาการกลัวต่อสิ่งของบางอย่างทั้งๆ ที่ของเหล่านั้นไม่เป็นอันตรายแต่อย่างใด และสิ่งของที่เด็กแต่ละคนกลัวจะไม่เหมือนกัน และอาจไม่มีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิตของเด็กแต่อย่างใด เช่น กลัวต่อสีใดสีหนึ่ง เป็นต้น ในบางกรณีสิ่งของที่เด็กกลัวอาจเป็นสิ่งที่มีความหมายตรงตามประสบการณ์ของบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู บางกรณีเด็กอาจจะเล่นของเล่นบางอย่างได้ หรือทำกิจกรรมบางอย่างได้สำเร็จ เช่น การวางตัวต่อไม้เป็นรูปต่างๆ ได้อย่างน่าแปลกใจจนทำให้บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเข้าใจผิดว่าเด็กทำได้เพราะความฉลาดของเด็กได้

เมื่อเด็กโตขึ้นอายุ 2 ถึง 3 ปี ความผิดปกติด้านพฤติกรรมเด็กจะเห็นเด่นชัดขึ้น โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวแบบแปลกๆ ดังเช่น เด็กบางคนอาจเริ่มเดินด้วยท่าแปลกๆ เช่น เดินหรือวิ่งเขย่งด้วยปลายเท้า เดินแบบม้าย่อง หมุนตัวไปมา ปีนป่ายแบบไร้จุดหมาย แต่กลัวการขึ้นลงบันได เด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะพูดออกเสียงเป็นคำๆ ไม่ได้ ในบางกรณีที่เด็กอาจเริ่มพูดเป็นคำๆ ได้บ้างดังเช่นเด็กปกติแต่แล้วการพูดหรือแบบแผนของการใช้เสียงจะหยุดหายไป ส่วนการเติบโตและพัฒนาการทางร่างกายจะไม่แตกต่างจากเด็กปกติ และเมื่อเข้าสู่วัยเตาะแตะเด็กปกติจะใช้เวลาส่วนหนึ่งในการเล่น ซึ่งจะเป็นการเล่นที่อาจใช้ของเล่นหรือเล่นโดยใช้ของใช้ปกติหรือของที่มีอยู่รอบตัว ที่สำคัญในเด็กปกติจะเป็นการเล่นที่มีการสมมติ (Make believe play) หรือการเล่นที่มีการ

เลียนแบบการดำรงชีวิตหรือสังคมจริง (Social imitative play) ส่วนการเล่นในเด็กออทิสติกจะเป็นการเล่นที่มีการหมกมุ่นกับสิ่งของบางอย่าง ขาดการสมมติ ไม่มีความหมายจากการเล่น แต่เป็นการเล่นที่เป็นการกระทำซ้ำๆ เล่นกับสิ่งของ หรือสิ่งของที่แปลกๆ มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผู้ดูแลยับยั้งหรือเปลี่ยนแปลงไม่ได้

ในเรื่องการรับประทานอาหาร เด็กจะรับประทานอาหารชนิดเดิมการเปลี่ยนแปลงใดๆ ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การนอน การขับถ่าย หรือกิจวัตรใดๆ หากต้องมีการเปลี่ยนแปลงจะทำให้ได้ยากมาก เด็กจะทำอะไรซ้ำๆ เด็กจะปฏิเสธทุกสิ่งที่ไม่เหมือนเดิม พยายามจึงต้องการประเพณีพฤติกรรมของเด็ก ทั้งในเรื่องลักษณะของพฤติกรรม ความถี่ของการกระทำ พฤติกรรมนั้นๆ ผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้วและที่อาจจะเกิดขึ้นจากการกระทำที่ผิดปกติต่อตัวเด็กเอง ต่อบิดา มารดาต่อพี่น้องและบุคคลในครอบครัว

2.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล พยายามทำการประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาในการดำรงชีวิตของเด็กปัญญาอ่อนในครอบครัว และทำการจัดลำดับความสำคัญของสภาพความรุนแรงของปัญหาเพื่อการวางแผนการพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อนของเด็กแต่ละคน ตัวอย่างของข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่ออันตรายบาดเจ็บหรือความบกพร่องในการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกายเกี่ยวข้องกับการขาดการดูแลถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 บกพร่องความสามารถทางสังคมเกี่ยวข้องกับการดูแลที่เหมาะสมไม่สามารถมีความไว้วางใจและการมีความผิดปกติทางระบบประสาท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 บกพร่องความสามารถด้านการสื่อความหมายเกี่ยวข้องกับการหมกมุ่นอยู่กับตนเอง การขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมและการมีความผิดปกติทางระบบประสาท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 พัฒนาการของตัวตน (Self) ลำช้าเกี่ยวกับการหยุดยั้งของพัฒนาการในเด็ก การขาดการดูแลที่เหมาะสมและการขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม

2.3 การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วยกำหนควัตถุประสงค์และกิจกรรมการพยาบาล โดยกำหนควัตถุประสงค์ ตัวอย่างกำหนควัตถุประสงค์มีดังนี้

- วัตถุประสงค์ที่ 1 เด็กปลอดภัยจากการเป็นอันตรายหรือการบาดเจ็บ
- วัตถุประสงค์ที่ 2 เด็กมีปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมกับผู้ดูแลอย่างน้อยหนึ่งคน
- วัตถุประสงค์ที่ 3 เด็กพัฒนาความไว้วางใจผู้ดูแลอย่างน้อยหนึ่งคน
- วัตถุประสงค์ที่ 4 เด็กสื่อความหมายความต้องการของตนได้กับผู้ดูแลอย่างน้อยหนึ่งคน
- วัตถุประสงค์ที่ 5 แสดงพฤติกรรมที่บ่งชี้ว่าเริ่มต้นกระบวนการพัฒนาตัวตน

กิจกรรมการพยาบาล พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลโดยกำหนดวิธีการดูแลช่วยเหลือหรือการบำบัดทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและต้องคำนึงถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็กตลอดกระบวนการ รวมทั้งจัดประสบการณ์ให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจและมีความสามารถในการร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือดูแลเด็กออทิสติก โดยมุ่งหวังให้ครอบครัวสามารถเลี้ยงดูและช่วยเหลือเด็กออทิสติกเมื่อเด็กกลับสู่ครอบครัว รวมทั้งการช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถจัดการกับความวิตกกังวลความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากภาระการดูแลเด็กออทิสติก

2.4 กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและบำบัดทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำคัญในเด็กออทิสติก ได้แก่

พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในการดูแลเด็กรายบุคคลเพื่อพัฒนาความไว้วางใจ ตลอดจนการจัดระบบการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการตนเองของเด็กเป็นรายบุคคลในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านการดูแลตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ซึ่งเด็กจะมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน การดูแลแบบที่พยาบาลรับผิดชอบเด็กเป็นรายบุคคลและมีความต่อเนื่อง เช่น การดูแลแบบเจ้าของไข้จะมีความเหมาะสมเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดในการป้องกันการบาดเจ็บ อันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งกับตัวเด็กเองและที่อาจจะเกิดกับเด็กอื่น การรู้จักเด็กเป็นรายบุคคลเพื่อการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของเด็กที่มักจะเกิดขึ้น เด็กจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดเมื่อเด็กมีระดับของความวิตกกังวลสูงขึ้น พยาบาลต้องจัดการช่วยเหลือเด็กให้สามารถเผชิญกับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การช่วยเหลือเด็กในเรื่องนี้ และการช่วยเหลือเด็กเมื่อเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์เช่นนี้พยาบาลต้องมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง โดยใช้เทคนิคการบำบัดที่เหมาะสมกับลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น

พยาบาลจะดูแลช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการทางสังคมได้ต้องเริ่มจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความไว้วางใจ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและระดับประคองเด็กให้มีความมั่นใจในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ใช้เทคนิคการให้รางวัลเมื่อเด็กเริ่มแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยเฉพาะมีการประสานสายตา ซึ่งสำคัญมากในการสร้างความผูกพันทางสังคมหรือเมื่อเด็กเริ่มเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพ (Johnson, 1995) กลยุทธ์ที่สำคัญที่พยาบาลควรใช้เช่นเดียวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่

- การกระตุ้นให้ครอบครัวมีการระบายอารมณ์
- ช่วยเหลือให้ครอบครัวลดความรู้สึกผิด
- สนับสนุน ประคับประคองให้ครอบครัวได้ผ่านพ้นกระบวนการเศร้าโศก
- กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวด้วยกัน ให้โอกาสครอบครัวในการซักถามจนได้คำตอบที่พอใจ

- กระตุ้นให้ครอบครัวมีการรับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง
- เน้นการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจมีกำลังใจในการดูแลเด็ก
- ร่วมกันกำหนดเป้าหมายอนาคตของเด็กอย่างเหมาะสม
- สอนการมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม
- ให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับสิทธิของเด็กและความรับผิดชอบของครอบครัว
- สร้างเครือข่ายกับชุมชน

2.5 การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ดูแลเด็กออทิสติก ต้องให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือพ่อแม่ให้เข้าใจและยอมรับว่าลูกมีความผิดปกติ รวมทั้งมีความคาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็กตามสภาพที่เป็นจริง เข้าใจศักยภาพของเด็กออทิสติกและมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลเด็ก ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้เต็มตามศักยภาพ นอกจากนี้ในการช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก ซึ่งต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเลี้ยงดูเด็ก เผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และความรู้สึกคับข้องใจ ให้มีความรู้ ความสามารถดังกล่าวข้างต้นได้นั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพ กลยุทธ์ที่สำคัญที่พยาบาลควรใช้ เช่นเดียวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ การกระตุ้นให้ครอบครัวมีการระบายอารมณ์ ช่วยเหลือให้ครอบครัวลดความรู้สึกผิด และสนับสนุน ปรึกษาประคองให้ครอบครัวได้ผ่านพ้นกระบวนการเศร้าโศก

2.6 การประเมินผลการพยาบาล เน้นการประเมินว่าเด็กปลอดภัยจากอันตรายหรือบาดเจ็บ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมกับผู้ดูแล การพัฒนาการด้านความไว้วางใจ การสื่อความหมาย และกระบวนการพัฒนา เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับแก่ครอบครัวและผู้ดูแล รวมทั้งวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2.7 ระบบบริการสุขภาพเด็กออทิสติกของโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เป็นระบบบริการผู้ป่วยนอก มีนโยบายให้บริการรักษาพยาบาลเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความผิดปกติทางสมองและสติปัญญา ดังนี้

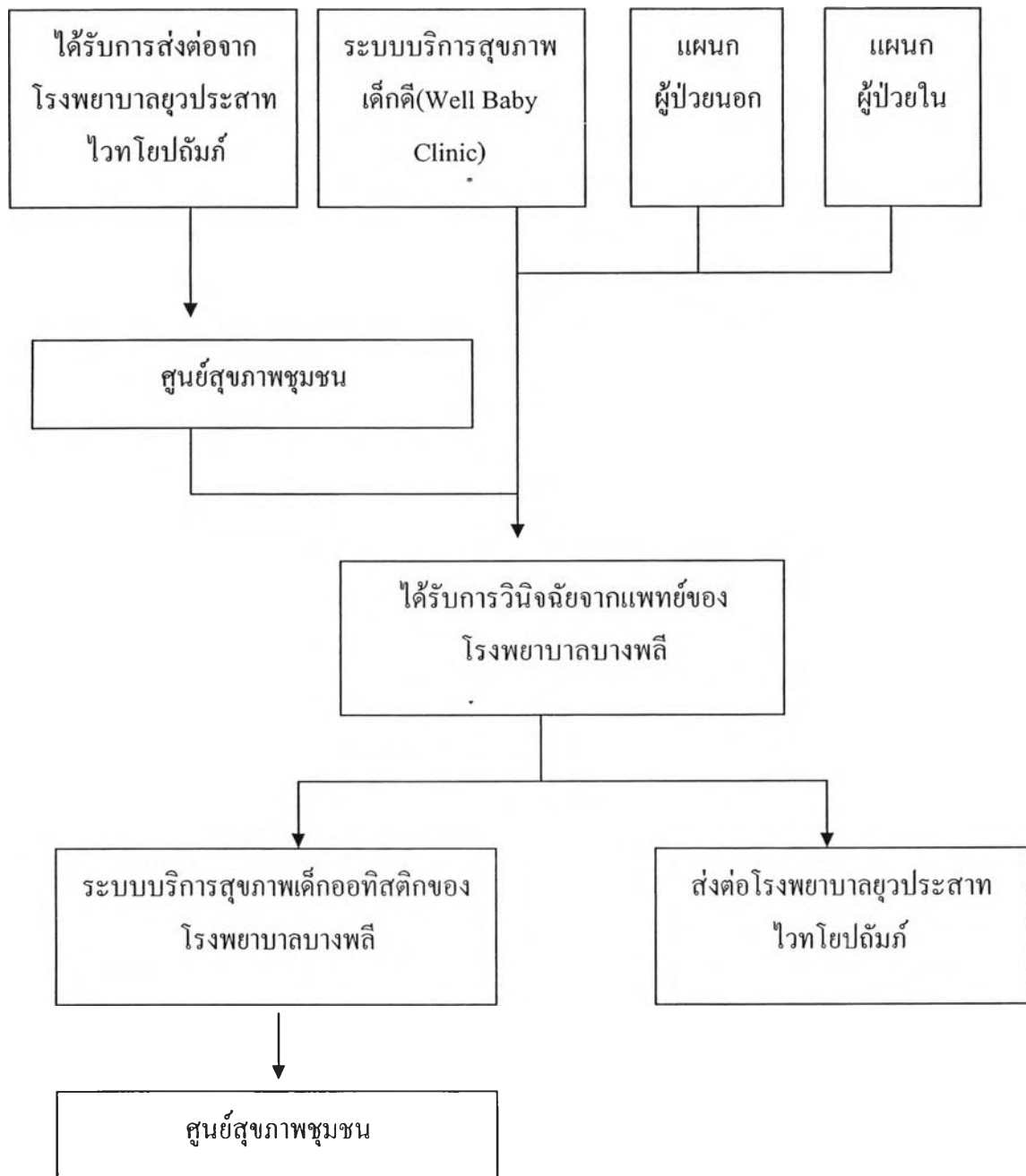
- ให้บริการฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี ที่มีระดับความรุนแรงปานกลาง ที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
- ให้บริการฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการล่าช้าหรือเสี่ยงต่อภาวะผิดปกติของสมองและพฤติกรรม จากการจัดครองเบื้องต้น โดยระบบบริการสุขภาพเด็กดี (Well Baby Clinic) และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
- ให้บริการฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีภาวะเสี่ยงการมีพัฒนาการล่าช้า หรือเสี่ยงต่อภาวะผิดปกติของสมองและพฤติกรรมจากระบบบริการผู้ป่วยนอก และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

- ให้บริการฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะผิดปกติของสมองและพฤติกรรม ที่มารับบริการผู้ป่วยในและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
- ประสานงานกับหน่วยสุขภาพชุมชนเพื่อการติดตามผู้รับบริการ
- ประสานงานกับโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ เพื่อส่งต่อผู้รับบริการที่อยู่ในระยะรุนแรงและไม่สามารถรับบริการของโรงพยาบาลได้ จะได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากกุมารแพทย์ และส่งต่อโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยจะต้องเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ตามระบบ คือได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และเข้ารับบริการฝึกกระตุ้นต่างๆ ตามระยะอาการของเด็กต่อไป เมื่อเด็กมีอาการอยู่ในระยะรุนแรงปานกลางจะได้รับการส่งต่อกลับมารับบริการที่โรงพยาบาลบางพลี ทั้งนี้เป็นไปตามความสะดวกของผู้รับบริการ

ซึ่งจากสถิติผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับบริการที่หน่วยกระตุ้นพัฒนาการของโรงพยาบาลบางพลีในปีงบประมาณ 2551 พบว่า มีผู้ป่วยเด็กที่เป็นออทิสติกเข้ารับบริการคิดเป็นร้อยละ 23.1 ของเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการทั้งหมด 91 ราย การบริการปัจจุบันเป็นระบบผู้ป่วยนอก ให้บริการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กออทิสติกรายบุคคลและรายกลุ่ม ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองรวมทั้งให้คำปรึกษาคอบครัวในกรณีมีปัญหาซับซ้อนในเด็กอายุ 3-6 ปี มีพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมจากสถาบันเด็กบรมราชชนนีและโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ 1 คน มีกุมารแพทย์ประจำ 1 คน พยาบาลทำหน้าที่ในการส่งเสริมพัฒนาการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถด้านสังคม ด้านการสื่อความหมาย การใช้กล้ามเนื้อ และแก้ไขพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ให้ความรู้ แนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองและครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติกที่บ้าน ซึ่งให้บริการ 2 ครั้งต่อสัปดาห์

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาสนใจศึกษาการใช้การเล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก กลุ่มที่มีระดับความรุนแรงปานกลาง อายุ 3-6 ปี ที่อยู่ในวัยก่อนเรียน และเริ่มเล่นเป็นกลุ่ม เด็กออทิสติกที่อยู่ในวัยนี้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพให้ดีขึ้นและสามารถเข้าสู่ระบบการศึกษาได้ โดยการจัดประสบการณ์การเล่นอย่างมีระบบและมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้เด็กออทิสติกสามารถเข้าใจตัวตนเข้าใจความรู้สึกของตัวเองและผู้อื่น รอคอยได้ มีสมาธิ สามารถปฏิบัติตามกฎกติกาได้ มีความสนใจสิ่งแวดลอมมากขึ้น เกิดความสามารถด้านการสื่อความหมายและด้านสังคม ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อการอยู่ร่วมในสังคมต่อไป

แผนภูมิแสดงระบบบริการสุขภาพเด็กออทิสติกของโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ



3. การเล่นในเด็กออทิสติก

3.1 ความหมายและทฤษฎีการเล่นของการเล่น

“เล่น” เป็นคำกริยา หมายถึง การทำเพื่อสนุกสนาน หรือผ่อนคลายอารมณ์ เช่น เล่นเรื่อ เล่นดนตรี การแสดง เล่นละคร (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) การเล่นคือการกระทำที่ให้เกิดความเพลิดเพลิน เป็นกิจกรรมที่เกิดจากแรงจูงใจภายใน มุ่งเน้นไปที่ความพึงพอใจมากกว่าจุดมุ่งหมายหรือผลที่ได้รับ เป็นกิจกรรมที่สมมุติสร้างขึ้น สามารถยืดหยุ่นได้และมีส่วนในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กทุกๆ ด้าน (Frick-Helms อ้างในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2546) และเมื่อโตขึ้นพฤติกรรมส่วนใหญ่ของเด็กจะกลายเป็นการเล่น ซึ่งในการเล่นนั้นก็มีการพัฒนาการที่ค่อยๆ พัฒนาจากการเล่นตามลำพังไปสู่การเล่นที่มีกลุ่มเป็นสังคมเพิ่มขึ้น (วินัดดา ปิยะศิลป์และพนม เกตุมาน, 2550)

Milner (1952) กล่าวว่า การเล่นเป็นการสร้างสรรค์สิ่งที่สำคัญออกสู่โลกภายนอก และเป็นการรวมตัวบุคคลกับโลกภายนอกเข้าด้วยกัน บทความเรื่อง Transitional objects and Transitional phenomena ของ Winnicott (1953) กล่าวถึงความสามารถของเด็กในการรับรู้โลกภายนอกและโลกภายในของเด็ก จะมีช่วงกึ่งกลางโลกภายนอกและโลกภายในอยู่ร่วมกัน เรียกว่า Intermediate area of experience ซึ่งเด็กจะสามารถทำอะไรก็ได้ที่เด็กพึงพอใจโดยละทิ้งบางส่วนของโลกแห่งความเป็นจริง และบางส่วนของโลกแห่งความคิด จินตนาการ และ Transitional object จะเป็นตัวแทนประสบการณ์นั้น รวมถึงตัวเชื่อมที่ตีระหว่างโลกทั้งสอง

Berger (1969) เน้นความปรารถนา ความสนุกสนาน การเล่นและการแสวงหาความพึงพอใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในมนุษย์ทุกคน การเล่นจะทำให้เกิดความสุข สนุกสนานได้ง่าย เพราะขณะที่เล่น เราจะวางความจริงบางส่วนทิ้งไป โดยเฉพาะความจริงที่ทำให้เจ็บปวด กิจกรรมหลากหลายที่เกิดขึ้นในระหว่างการเล่น ไม่ว่าจะเป็นการได้เป็นฝ่ายคุกคาม การได้ลองทำ การแพ้ชนะ ฯลฯ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนสร้างความพึงพอใจให้ผู้เล่นได้ทั้งสิ้น

ทฤษฎีการเล่นของ Piaget เชื่อว่าการเล่นทำให้เด็กเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมอย่างเต็มที่ เพราะการเล่นเป็นวิธีการหรือหนทางที่เด็กจะสร้างประสบการณ์หรือหนทางให้กับตนเอง เพื่อเรียนรู้และรับรู้สิ่งแวดล้อมและสิ่งซึ่งไม่มีใครสอนได้ การเล่นเป็นวิธีการที่เด็กจะช่วยให้ตนเองสามารถปรับตัวและเปลี่ยนแปลงความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่อยู่รอบตัว เพื่อให้ตรงกับความเป็นจริง ความสัมพันธ์ระหว่างการเล่นกับพัฒนาการทางสติปัญญาในเด็กที่ต่างอายุและวุฒิภาวะ จะสนใจการเล่นที่แตกต่างกัน การเล่นจึงมีลำดับขั้นของการพัฒนา สอดคล้องและเกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางสติปัญญาของผู้เล่น เมื่อผู้เล่นมีพัฒนาการทางสมองสูงขึ้น การเล่นก็จะมี ความซับซ้อนที่ต้องใช้ความคิดมากขึ้นตามลำดับ (Flavell, 1963) ทฤษฎีการเล่นมุ่งที่จะอธิบายว่าทำไมคนเราจึงเล่น ได้แก่ ทฤษฎีที่เชื่อในเรื่องการทดแทน พบว่าคนเราเล่นเพื่อสร้างความพอใจ

ให้เกิดขึ้นกับตน เนื่องจากความพอใจที่ต้องการไม่เกิดในขณะที่ทำงาน การเล่นเป็นเป้าหมายที่ผู้เล่นอาจจะประสบความสำเร็จแทนเป้าหมายที่เคยผิดหวังมา บางทฤษฎีเชื่อว่าคนเล่นเพราะต้องการทำประสบการณ์ที่ดีในอดีตของตนนำไปสู่สถานการณ์ใหม่ในอนาคต ทั้งสองทฤษฎีนี้บอกให้ทราบว่าใครมีความพอใจและไม่พอใจอะไรมาน้อยเพียงใดในสถานการณ์การทำงานเมื่อเขาแสดงออกในการเล่น ส่วนอีกทฤษฎีหนึ่งอาศัย Psychoanalysis อธิบายว่าการเล่นเป็นกลไกที่ช่วยระบายความรู้สึกที่กดดัน ผู้เล่นแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกไม่ได้ในสถานการณ์อื่น ตามทฤษฎีนี้คนจะแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ตนไม่พึงพอใจในการเล่น (Ellis, 1972) และ Isenberg & Jalongo (1997) ได้แบ่งทฤษฎีการเล่น ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- Classical Theories เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุและจุดประสงค์ของการเล่นซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีต่างๆ ดังต่อไปนี้ ทฤษฎีพลังงานหรือพลังงานส่วนเกิน (Surplus Energy Theory) ของ Spender ชาวอังกฤษ กล่าวว่ามนุษย์มีพลังงานต่างๆ มากมายที่ใช้ในการดำรงชีวิต และจะมีพลังงานส่วนเกินที่นำมาใช้ในการเล่น ทฤษฎีสันทนาการหรือการผ่อนคลาย (Recreation /Relaxation Theory) ของ Lassarus นักปรัชญาชาวเยอรมันกล่าวว่าการเล่นเป็นการเพิ่มเติมพลังงานให้ตัวมนุษย์ เพื่อนำมาใช้ในการทำงานใหม่เพราะพลังงานของมนุษย์จะหมดไปกับการทำงาน มนุษย์จึงต้องการหาวิธีสร้างพลังงานไว้โดยมีกิจกรรมที่ผู้อื่นคลายความเครียด และเชื่อว่าการเล่นจะทำให้ร่างกายสดชื่นสามารถเรียกพลังงานกลับมาเพื่อที่จะนำไปใช้ในงานใหม่ แนวคิดทฤษฎีจึงตรงข้ามกับทฤษฎีพลังหรือพลังส่วนเกิน ทฤษฎีสัญชาตญาณ (Instinct Theory) หรือทฤษฎีฝึกหัด (The Pre-exercise Theory) ของ Gross นักปรัชญาชาวเยอรมันเชื่อว่าการเล่นเป็นการเตรียมเด็กเพื่อรับบทบาทต่อไปในอนาคต เด็กจะได้รับการฝึกหัดพฤติกรรมและลักษณะต่างๆ ของผู้ใหญ่ที่มีความหมายสำหรับชีวิตเขา ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ในด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพัฒนาการทางด้านสติปัญญาและอารมณ์ของเด็ก ทฤษฎีการกระทำซ้ำๆ (Recapitulation Theory) ของ Hall ชาวอเมริกาเชื่อว่าการเล่นของเด็กที่ทำซ้ำๆ หรือทำลอกเลียนแบบผู้ใหญ่จะทำให้เกิดการดำรงรักษายกไว้ซึ่งการอนุรักษ์วัฒนธรรมตลอดจนการสืบทอดการเล่น

- Modern Theories เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความสำคัญกับผลที่จะตามมาจากการเล่นของเด็กประกอบด้วยทฤษฎีต่างๆ ดังต่อไปนี้ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ของ Freud และ Erikson เป็นทฤษฎีที่เน้นพฤติกรรมการเล่นของเด็กที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาอารมณ์และสังคม เชื่อว่าการเล่นเป็นการปลดปล่อยอารมณ์ของเด็กเป็นทางออกให้เด็กได้แสดงความรู้สึกออกมา ลดการเกิด ภาวะทางอารมณ์ นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมให้เด็กได้พัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) ตามความสามารถ และศักยภาพของเด็กแต่ละคน โดยมักจะมีพัฒนาการทางการเล่นตามขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 Autocentric เป็นการเล่นเกี่ยวกับตนเอง โดยใช้ตนเองเป็นศูนย์กลาง ขั้นตอนที่ 2 Microsphere เป็นการเล่นในโลกของตนเอง เด็กจะเล่น

กับของเล่นและสิ่งของต่างๆ รอบตัว และขั้นตอนที่ 3 Macrosphere เป็นการเล่นในสังคมโดยเริ่มมีบุคคลอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง

ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญา (Cognitive-Developmental Theory) เป็นทฤษฎีที่เห็นความสำคัญของเนื้อหาสาระในการเล่นที่จะนำไปสู่พัฒนาการทางสติปัญญา กล่าวว่าการเล่นของเด็กเป็นเหมือนกระจกที่ส่องให้เห็นความสามารถทางสติปัญญาของเด็ก Piaget, Bruner และ Sutton-Smith เป็นผู้ที่มีมีแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีนี้

3.2 ประโยชน์และชนิดของการเล่น

ประโยชน์ของการเล่น จากการศึกษาประโยชน์ของการเล่นในเด็ก Hurlock (อ้างใน นฤมล ชีระรังสิกุล, 2532) Erikson E.H. (รัตโนทัย พลับการู, 2536) และสมพร สุนทรภา (2543) พบว่าการเล่นช่วยส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ ดังนี้

ด้านร่างกาย ช่วยพัฒนากล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้แข็งแรงคล่องแคล่ว และด้านความต้องการและความปรารถนา เมื่อเด็กไม่สมหวังในสิ่งที่ต้องการ การเล่นจะ ช่วยเด็กได้ เช่น เด็กที่ถูกครูลงโทษจะเล่นบทบาทสมมุติโดยกำหนดใช้ตุ๊กตา แล้วให้ทำตามสิ่งที่เด็กต้องการ

ด้านเชาวน์ปัญญาและการเรียนรู้ ช่วยให้เด็กมีโอกาสได้เรียนรู้หลายด้านรอบตัวโดยใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 เด็กมีโอกาสได้ริเริ่มการเล่นบางอย่าง เช่น การเล่นอิสระ (free play) การเล่นสมมุติ (imaginative play) ทำให้มีพัฒนาการด้านการตัดสินใจ การแก้ปัญหา การวางแผน การคาดการณ์ล่วงหน้า และด้านความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ช่วยให้เด็กได้ค้นพบสิ่งใหม่ทำให้สนใจที่จะสำรวจโลกภายนอก

ด้านการระบายอารมณ์ ช่วยให้เด็กผ่อนคลาย ระบายความตึงเครียด โดยระบายอารมณ์โกรธหงุดหงิดไม่สบายใจไปกับการเล่นซึ่งเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับ เช่น เตะบอล ต่อย กระสอบทราย เป็นต้น และด้านการพัฒนาความเข้าใจและการรับรู้ตนเอง ช่วยให้เด็กได้เรียนรู้ถึงความสามารถของตนเองเมื่อได้เล่นเปรียบเทียบกับเพื่อน พัฒนาความเข้าใจของตนเองได้ดียิ่งขึ้น

ด้านสังคมและจริยธรรม ช่วยให้เด็กเรียนรู้การปรับตัวกับสังคมและสิ่งแวดล้อม การสร้างสัมพันธ์ ภาวะกับผู้อื่น รู้จักการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รู้จักการให้ การรับ การรอคอยผู้อื่น การแก้ปัญหา การเล่นเป็นกลุ่ม ทำให้เรียนรู้การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเล่น ด้านจริยธรรม เด็กได้เรียนรู้กฎเกณฑ์ของการเล่นที่มีกติกาช่วยให้เด็กยอมรับกฎเกณฑ์ ซึ่งสร้างโดยสมาชิกของกลุ่มและบทบาทของตนเองในกลุ่มว่าเป็นผู้นำหรือผู้ตามจากการเสียสละ เด็กได้เรียนรู้สิ่งที่ทำให้เพื่อนดีใจหรือเสียใจจากการเล่นร่วมกันจากการเล่นร่วมกัน และเกิดการเรียนรู้บทบาททางเพศที่เหมาะสม

ด้านการสื่อสาร การเล่นบางอย่างส่งเสริมการพูดและการฟังของเด็ก มีโอกาสได้ฝึกหัด การใช้ภาษาด้วยคำพูด รับฟังผู้อื่นพูด ทำให้ได้เรียนรู้ด้านความเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา และด้านบุคลิกภาพ เรียนรู้การแสดงออกที่กลุ่มยอมรับ ทำให้มีเมตตาต่อผู้อื่น พูดความจริง มีความสดชื่นร่าเริงแจ่มใสหน้าคบหาสมาคม

3.3 ชนิดและหลักในการเล่น

จากการศึกษาพบว่า มีการแบ่งชนิดของการเล่นได้หลายแบบ ชนิดของการเล่นสามารถ แบ่งตามลักษณะของการเล่นได้ 2 แบบ คือ การเล่นเพื่อสังคม (Social Play) และการเล่นเพื่อการพัฒนาสติปัญญา (Cognitive Play)

การเล่นเพื่อสังคม (Social Play) เป็นการเล่นที่สะท้อนถึงความสามารถของเด็กในการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนวัยเดียวกัน เด็กจะพัฒนาการเล่นตามวัยมี 6 แบบ ดังนี้

- พฤติกรรมการเล่นคนเดียว (Unoccupied Behavior) มักพบในเด็กวัยหัดเดินและวัยก่อนเรียนตอนต้น เด็กจะมีจุดสนใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งชั่วขณะเมื่อไม่มีอะไรน่าตื่นเต้นแล้วจะย้อนมาสำรวจร่างกายตนเอง เดินไปมารอบๆ คลานได้ไต่จะขึ้นลงเก้าอี้ ยืนเฉยๆ เป็นการเล่นที่มีปฏิสัมพันธ์กับเด็กอื่นน้อยที่สุด

- พฤติกรรมการเล่นเป็นผู้เฝ้าดู (Onlooker Behavior) พบมากในเด็กหัดเดินแต่อาจพบบ้างในเด็กโตเมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เด็กจะเฝ้าดูเด็กคนอื่นเล่นอาจจะพูดคุยถามคำถามหรือให้ข้อเสนอแนะ แต่จะไม่เข้าร่วมเล่น มักยืนอยู่ใกล้กับกลุ่มที่เล่นเพื่อสังเกตการณ์ด้วยการฟัง และดูว่ามีอะไรเกิดขึ้น

- การเล่นอย่างอิสระ (Solitary Independent play) พบในวัยหัดเดินและอาจพบได้บ้างในเด็กโตกว่านี้ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคยเด็กจะเล่นอิสระตามลำพังกับของเล่นที่แตกต่างจากเด็กอื่นที่เล่นอยู่ใกล้ๆ อาจมีการพูดคุยกันบ้างแต่จะไม่เข้าไปใกล้เด็กอื่น สนใจแต่กิจกรรมการเล่นของตนเองโดยไม่สนใจว่าเด็กคนอื่นจะทำอะไร

- การเล่นคู่ขนาน (Parallel play) พบมากในเด็กวัยหัดเดินจนถึงวัยก่อนเรียนตอนปลาย เด็กจะเล่นกับของเล่นที่เหมือนกับเด็กคนอื่นที่เล่นอยู่ใกล้กันเป็นกลุ่มๆ แต่จะไม่เล่นด้วยกัน รับรู้ว่ามีเด็กอยู่ข้างๆ แต่จะไม่เข้าไปเกี่ยวข้อง สามารถเดินเข้าออกจากรวมได้ตามต้องการ

- การเล่นร่วมกับผู้อื่น (Associative play) พบมากในเด็กวัยก่อนเรียนตอนต้น เด็กจะเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเด็กอื่นโดยเข้าไปเล่นด้วยกัน มีการพูดคุยเกี่ยวกับสิ่งที่เล่น ขอยืมของ ไม่มีการแบ่งปันหน้าที่ หรือจัดระบบกิจกรรมการเล่นเพื่อนำไปสู่วัตถุประสงค์ของกลุ่ม เด็กจะเล่นตามความสนใจของตนเองและทำตามสิ่งที่ตนเองต้องการ โดยไม่ฟังความคิดเห็นของกลุ่ม แต่สามารถเล่นด้วยกันด้วยของเล่นหรือกิจกรรมมีการเล่นเดียวกัน

- การเล่นร่วมมือกันหรือการเล่นที่เป็นระบบระเบียบ (Co-operative or Organized Supplementary) พบมากโดยเด็กวัยเรียนเด็กจะเล่นกันเป็นกลุ่ม โดยมีการจัดระบบและมีวัตถุประสงค์ของการเล่นร่วมกัน ร่วมมือกันเพื่อทำกิจกรรมบางอย่าง เด็กจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม มีผู้นำและผู้ตาม ผู้นำจะแบ่งหน้าที่ให้กับสมาชิกในกลุ่ม แต่ละคนจะส่งเสริมการทำหน้าที่ซึ่งกันและกัน

การเล่นเพื่อการพัฒนาสติปัญญา (Cognitive Play) เป็นการเล่นที่บ่งบอกถึงระดับของอายุพัฒนาการ ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดรวบยอดและประสบการณ์พื้นฐานของเด็ก มีลำดับขั้น ดังนี้

- การเล่นฝึกหัดหรือสำรวจ (Functional Play/ Exploratory Play/ Practice Play/ Repetitional Play) เป็นการเล่นของเด็กวัยแรกเกิดถึง 2 ปี เป็นการเล่นที่เรียบง่าย สนุกสนาน เพลิดเพลิน การเล่นจะเป็นการกระทำซ้ำๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ มีผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการระบบประสาทสัมผัส การฝึกหัดและการออกกำลังกายของเด็กเพื่อส่งเสริมให้อวัยวะต่างๆ ทำงานประสานสัมพันธ์กันดีทำให้เด็กมีความมั่นใจ ลักษณะการเล่นจะแตกต่างกันตามวัยและพัฒนาการ

- การเล่นสมมุติหรือจินตนาการ (Dramatic Play/ Symbolic Play/ Pretend Play) เป็นการเล่นของเด็กวัย 2-7 ปี เด็กจะดัดแปลงเรื่องราวในชีวิตจริงไปสู่การเล่น มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ เครื่องใช้ในการแสดง (Props) มีเค้าโครงเรื่อง (Plot) และตัวแสดง (Roles) ซึ่งการเล่นจะสะท้อนให้เห็นถึงสัมพันธภาพ ประสบการณ์ สภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก พัฒนาการด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม สติปัญญา ภาษา ตลอดจนการแก้ปัญหา ในวัยแรกเกิดถึงวัยหัดเดิน เด็กจะเลียนแบบการกระทำของคนและสัตว์ที่คุ้นเคยในการเล่นสมมุติ แต่ในช่วงวัยก่อนเรียนถึงวัยอนุบาล การเล่นบทบาทของเด็กจะซับซ้อนมากขึ้น อาจเล่นเพียงลำพังหรือเล่นเป็นกลุ่ม มีการใช้อุปกรณ์สมมุติประกอบการเล่นและสมมุติบทบาทต่างๆ ขึ้นมา เช่น การเล่นขายของ เล่นเป็นครู สอนนักเรียน เล่นพ่อแม่ลูก เล่นบทบาทที่เด็กชอบหรือคุ้นเคย

- การเล่นสร้างสรรค์ (Constructors Play/ Building Play) เป็นการเล่นของเด็กก่อนวัยเรียนขึ้นไป สามารถบอกถึงความแตกต่างของสิ่งต่างๆ โดยให้เหตุผลประกอบเด็กจะเชื่อมโยง อารมณ์ ความคิด และสร้างสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อมในลักษณะต่างๆ และวางแผนหรือ กำหนดโครงสร้างของสิ่งที่เด็กคิดหรือจินตนาการขึ้นตามความต้องการตามประสบการณ์ตรงหรือโทรทัศน์ ภาพยนตร์ เป็นต้น

- การเล่นเกม (Games Play) เป็นการเล่นที่มีกติกาที่อาจมีอยู่เดิมหรือถูกกำหนดขึ้นมา โดยผู้เล่นทุกคนยอมรับการเล่นนี้ ช่วยส่งเสริมให้อวัยวะต่างๆ ทำงานสัมพันธ์กันเพิ่มทักษะ

ทางด้านสังคมและภาษา ทำให้เด็กเกิดความคิดรวบยอดและเพิ่มความเข้าใจของเด็กเกี่ยวกับความร่วมมือและการแข่งขัน

การเล่นตามวัย ในวัยต่างๆ ของเด็กจะมีการเล่นที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับพัฒนาการทางระบบประสาทและ พัฒนาการทางด้านความคิดในแต่ละช่วงอายุ ดังนี้ (รัตโนทัย พลับการรู้ ใน จันทพิตา พุกษานนท์และประสพศรี อึ้งถาวร, 2536)

- วัยทารก (อายุแรกเกิด -1 ปี) วัยทารกเด็กต้องการสัมผัสและต้องผู้เลี้ยงดู ด้วยการอุ้ม การพูดคุย การมองสบตาและการให้นม เด็กจะมีปฏิกิริยาตอบสนองได้ในช่วง Quiet Alert Stage สามารถเลียนแบบพฤติกรรม เช่น การแลบลิ้น เคลื่อนไหวตอบสนองต่อเสียงที่คุ้นเคยและชอบมองจ้องหน้าคนที่คุ้นเคย ทารกยังไม่สามารถเล่นหรือติดต่อกับคนอื่นได้ ต้องได้รับการกระตุ้นจากผู้ดูแล ทารกเริ่มค้นคว้าสำรวจความสามารถของตัวเองและสำรวจสิ่งแวดล้อมใกล้ตัว การเล่นจะเป็นลักษณะของการติดต่อดสื่อสารเป็นอันดับแรก เมื่อมีใครมาพูดด้วยเด็กจะยิ้มและมีปฏิกิริยาตอบสนองรอบข้าง ของเล่นประเภทกระตุ้นการใช้สายตา เช่น โมบาย เครื่องเขย่าให้เกิดเสียง รูปภาพที่สไลด์ติดแขวนไว้ในที่ๆ เด็กมองเห็น เด็กเริ่มรับรู้สิ่งแวดล้อมมากขึ้น พอใจเมื่อถูกอุ้มและถูปลูตามตัว แขนขา สามารถจำเสียงที่คุ้นเคยและชอบมองตามสิ่งที่เคลื่อนไหว มีการยิ้มตอบสนอง ชอบเล่นและจับสิ่งของต่างๆ ของเล่นควรมีหลากหลาย เพื่อฝึกให้รู้จักสังเกตด้วยการสัมผัสได้ ความรู้สึกแข็ง นุ่ม เมื่อเด็กสามารถใช้มือจับของเล่นได้แน่นพอควร มักจะเอาของเล่นเข้าปาก ของเล่นจึงควรสะอาดและไม่เป็นอันตราย ชอบของเล่นที่มีเสียง สี สัน สະคุดตาและรูปร่างต่างๆ กัน

- วัยหัดเดิน (อายุ 1 - 3 ปี) เด็กจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเล่นมากที่สุด ชอบการเล่นออกกำลังกาย เป็นต้นว่า การเล่นชิงช้า กระดานลื่น รถมอเตอร์ ลูกบอล วิ่งเล่น เล่นทราย ของเล่นที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ ได้แก่ บล็อกสำหรับสร้างสิ่งต่างๆ สีเทียนหรือสีเมจิกและกระดาษสำหรับเขียนเล่นตามใจชอบ ของเล่นช่วยให้เด็กสร้างความฝันของเขา เช่น ตุ๊กตารูปคนและรูปสัตว์ รถยนต์ รถไฟ เครื่องบิน และการอ่านหนังสือภาพเรื่องง่ายๆ ให้เด็กฟัง จัดหาหนังสือสำหรับเด็กเพื่อให้เด็กเลือกดูได้ตามใจชอบ

- การเล่นของเด็กก่อนเรียน (3 - 6 ปี) เด็กวัยก่อนเรียนมีลักษณะเด่นๆ เช่น เป็นตัวของตัวเอง คล่องแคล่ว ว่องไว ต้องการอิสระ ชอบวิ่ง ปีนป่าย คือ ไม่เชื่อฟัง โมโหง่าย อิจฉาริษยา มีความอยากรู้อยากเห็น ชอบเลียนแบบและมีความคิดสร้างสรรค์ พัฒนาการและการเล่นของเด็กวัยก่อนเรียนแต่ละช่วงอายุ การเล่นของเด็กวัยก่อนเรียน มีลักษณะที่ต่างจากเด็กวัย 2-3 ปี คือมีการเล่นรวมกลุ่มกับเด็กคนอื่น (Co-operative Play) จะมีสมาชิกของกลุ่มเป็นผู้นำและผู้ตาม ชั่วคราว ความคิดของเด็กวัยนี้มีลักษณะเด่นคือมีความคิดเพื่อฝัน (Fantasy) และมีจินตนาการสูง เด็กอาจมีเพื่อนสมมุติในความคิดของตนเอง (Imaginative Friend) โดยเฉพาะในช่วง 2 ปี 6 เดือนถึง

4 ปี ขณะเดียวกันเด็กจะสร้างคำโดยสมมุติและการเล่นสมมุติ (Imaginative world and Imaginative play) ซึ่งเด็กมักเลียนแบบจากสิ่งที่ได้เห็น เช่น ชีวิตในบ้าน หรือโรงเรียนอนุบาลแล้วสมมุติตนเอง และเด็กอื่นๆ สวมบทบาทต่างๆ (Domestic role play) เด็กอาจมีอุปกรณ์ต่างๆ ในการเล่น เช่น ไม้แทนเงิน ลูกปัดแทนสีต่างๆ ตุ๊กตาเป็นน้องหรือนักเรียน เป็นต้น

หลักในการเล่น การเล่นมีองค์ประกอบได้แก่ เด็กหรือผู้เล่น สถานที่ ระยะเวลา และของเล่น ซึ่งมีหลักการจัดการเล่นดังนี้

- เด็กหรือผู้เล่นควรจะได้พิจารณาถึงสิ่งต่อไปนี้ ภาวะสุขภาพของเด็ก การจัดการเล่นสำหรับเด็กป่วยจำเป็นต้องมีการประเมินอาการของผู้ป่วย พยาบาลผู้บำบัดควรมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น รวมทั้งข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละคน เนื่องจากเด็กที่ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลียได้ง่ายกว่าเด็กปกติและมีความสนใจต่อการเล่นสั้นกว่า พัฒนาการของเด็ก ควรพิจารณาจัดกิจกรรมการเล่นให้เหมาะสมกับความสามารถทางพัฒนาการของเด็กในแต่ละวัย

- สถานที่และระยะเวลาในการจัดการเล่น สถานที่หรือห้องนั่งเล่น (Play Room) ห้องเล่นควรเป็นห้องที่มีพื้นที่แยกต่างหากจากหอผู้ป่วยเด็ก แต่ควรอยู่ใกล้กับหอผู้ป่วยเด็กเพื่อเด็กที่สามารถเคลื่อนไหวได้สามารถไปที่ห้องนั่งเล่นได้ด้วยตนเอง ห้องเล่นควรมีลักษณะที่ทำให้รู้สึกสบาย อบอุ่นและปลอดภัย ดังนั้นจึงไม่ควรทำการรักษาพยาบาล หรือหัตถการต่างๆ ในห้องนี้ ควรมีแสงสว่างที่เพียงพอและอากาศถ่ายเทได้สะดวก สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่สามารถจัดห้องเล่นให้เด็กได้ อาจทำเป็นรถของเล่นเคลื่อนที่ได้ เพื่อนำไปบริการผู้ป่วยเด็กตามหอผู้ป่วยได้สะดวก ในบางโอกาสควรให้เด็กที่ไม่มีอาการรุนแรงได้วิ่งเล่นที่สนามหญ้าหรือสนามเด็กเล่นของโรงพยาบาล ระยะเวลาในการจัดการเล่น (Times) เด็กแต่ละคนควรเล่นประมาณ 10 - 45 นาที ควรมีการกำหนดเวลาการเล่นสำหรับเด็กแต่ละคนไว้ โดยพิจารณาจากความพร้อมของเด็กและเวลาที่ว่างจากการรักษาพยาบาล วัสดุอุปกรณ์การเล่น (Toys) ของเล่นควรจัดให้เหมาะสมสำหรับเด็กแต่ละวัย ความสามารถ และความสนใจของเด็กและที่สำคัญ จะต้องมีความปลอดภัยและง่ายต่อการทำความสะอาด ของเล่นต้องทำให้เด็กเกิดความรู้สึกทำทหายอยากเล่นหรือช่วยพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาของเด็ก ตลอดจนช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงปัญหาและพฤติกรรม การแสดงออกของเด็กด้วย

- การจัดการเล่นสำหรับผู้ป่วยเด็ก (play for pediatric patients) การเล่นเป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งในช่วงชีวิต ในวัยเด็กการเล่นมีประโยชน์หลายประการสำหรับเด็ก เช่น ให้ความสนุกสนาน ช่วยให้รู้จักตนเองและผู้อื่น เด็กสามารถใช้การเล่นเพื่อก้าวไปสู่สังคมภายนอก เป็นต้น นอกจากนั้นการเล่นยังช่วยให้เด็กเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการสื่อความรู้สึกให้ผู้ที่อยู่รอบข้างได้รับรู้ ตลอดจนส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก การเล่นของผู้ป่วยเด็กมีวัตถุประสงค์ของการเล่นมากกว่าเด็กปกติ เนื่องจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตสังคมแก่เด็กจากข้อจำกัดหลายประการ เช่น สภาพการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ เป็นต้น ทำให้การจัดการเล่นแตกต่างจากเด็กปกติ

3.4 การเล่นบำบัดและการเลือกของเล่น

การเล่นบำบัดเป็นวิธีการบำบัดวิธีหนึ่งที่ใช้บ่อยในเด็กที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจอย่างรุนแรง โดยมีพื้นฐานแนวคิดว่าการเล่นจะเป็นเสมือนหน้าต่างที่เด็กจะใช้ในการปลดปล่อยอารมณ์ ผู้นำมักจะใช้เกมและของเล่นเป็นสื่อกลางที่ผู้บำบัดและผู้ช่วยจะสามารถถ่ายทอดปัญหาทางด้านจิตใจที่รบกวนผู้ป่วย เพื่อที่จะเอาชนะอุปสรรคต่างๆ เหล่านี้เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทั้งนี้เนื่องจากในขณะที่เด็กได้รับการส่งเสริมให้แสดงความรู้สึกออกมาโดยอิสระเด็กมักจะปลดปล่อยอารมณ์และความรู้สึกที่กดคั้นรวมทั้งความกลัวและความโกรธออกมาด้วย ทำให้เด็กสามารถกลับมาเป็นปกติและทำหน้าที่ได้ตามศักยภาพและแนวทางการความสามารถที่แท้จริง การเล่นเพื่อการรักษาอาจทำได้ทั้งในรูปแบบที่ผู้บำบัดเป็นผู้ชี้แนะแนวทาง (Directive) และทำหน้าที่แปลผล หรืออาจจะทำในรูปแบบที่ปราศจากการชี้แนะก็ได้ ช่วยให้ผู้รักษาเข้าใจเด็กทั้งด้านปฏิสัมพันธ์และสัมพันธภาพ ช่วยให้เด็กแสดงความรู้สึกที่ไม่สามารถพูดออกมาเป็นคำพูดได้ เป็นการสอนทักษะทางสังคม ค้นหาสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่เหมาะสมสำหรับการให้รางวัลหรือจำกัดพฤติกรรม รวมทั้งเป็นแรงจูงใจในการเรียนรู้สำหรับเด็ก (Thompson & Rudolph, 2000)

แนวคิดเชิงทฤษฎี มีผู้สนใจศึกษาพัฒนาทฤษฎีและเทคนิคการเล่นบำบัดเพื่อใช้ในการบำบัดเด็กที่มีปัญหาทางจิตใจอย่างรุนแรงและมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ในระหว่างปี ค.ศ 1930 ถึงปี ค.ศ 1950 ได้มีทฤษฎีและเทคนิคเกี่ยวกับการบำบัดเด็ก เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (Levy, 1938) ได้พัฒนาเทคนิคที่เรียกว่า “ การบรรเทาบำบัด ” (release therapy) เพื่อใช้รักษาเด็กที่ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจให้เป็นปกติและเกิดความคิดสร้างสรรค์ด้วยการเล่น ซึ่งเขาได้นำอุปกรณ์ของเล่นเข้ามามีส่วนช่วยในการบำบัดรักษา (Solomon, 1938) ได้พัฒนาเทคนิคเรียกว่า “ การเล่นเพื่อการบำบัด ” (Active play therapy) เป็นการกระตุ้นให้เด็กแสดงออกถึงความเก็บกดของอารมณ์ต่างๆ ในตัวเด็กออกมาโดยผ่านการเล่น พยายามให้เด็กสามารถแยกแยะอดีตที่ผ่านมาและความเป็นจริงในปัจจุบัน เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม (Rogers, 1940) ได้จัดให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-centered) โดยให้การบำบัดกับผู้ใหญ่ (Axline, 1947) ได้ใช้การเล่นบำบัดโดยอาศัยความรู้พื้นฐานทางปรัชญา ใช้วิธีการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการเล่นเพื่อการบำบัด (client-centered play therapy) และกล่าวถึงเป้าหมายของผู้บำบัดคือการทำให้เด็กสามารถใช้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น โดยที่ผู้บำบัดยึดโครงสร้าง 3 ประการ ได้แก่ .ตัวบุคคล (Person) คือ ความคิด การกระทำและอารมณ์ที่เกิดขึ้นของเด็ก ปรากฏการณ์ (Phenomenal field) คือ ประสบการณ์ทุกอย่างที่เกิดขึ้นกับตัวเด็ก

และตัวตนของเด็ก (Self) คือ ภาพทั้งหมดที่เด็กมองเห็นตนเอง การบำบัดไม่สนใจอดีตที่เด็กได้รับหรือกระทำไป แต่สนใจอยู่กับความสามารถในปัจจุบันของเด็กที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ต่อไป เป้าหมายของการบำบัดรักษา คือ ทำให้เด็กยอมรับในตนเองมากขึ้น รวมถึงความรู้สึกเป็นเจ้าของความคิด การกระทำ และความรู้สึกสอดคล้องในตนเอง (Bixler, 1949) ได้ชี้แนะให้ผู้บำบัดกำหนดขอบเขตในการบำบัด เช่น เด็กไม่ควรทำลายสิ่งของใดๆ ในห้องเล่น ไม่ควรทำร้ายร่างกายผู้บำบัด ไม่ควรเล่นเกินเวลาที่กำหนด ไม่ควรเอาของเล่นออกจากห้องเล่น เป็นต้น (Hambridge, 1955) ได้จัดการเล่นเหมือนกับ Levy แต่เป็นการจัดการเล่นที่เฉพาะให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละคน และเป็นวิธีที่ให้เด็กเล่นอย่างอิสระในห้องเล่น จากนั้น ปีต่อมา ได้มีทฤษฎีและเทคนิคใหม่ๆ เกี่ยวกับจิตบำบัดและการเล่นเพื่อการบำบัดในเด็กเกิดขึ้นอีก ดังจะเห็นได้จากหนังสือและตำราต่างๆ ในปัจจุบัน (O' Conner, 1991) ทฤษฎีของการเล่นบำบัดมีหลายทฤษฎี ที่กล่าวถึงและพบบ่อย ได้แก่

- Adlerian play therapy (Kottman, 1993, 1994, 1995, 1997a) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า บุคคลมีเอกลักษณ์และมีความคิดสร้างสรรค์ ต้องการการสื่อสารกับคนอื่น แต่ต้องอาศัยความรู้ทุกพฤติกรรมเป้าหมาย โดยโครงสร้างสำคัญของทฤษฎีนี้คือรูปแบบของชีวิตที่มีความเฉพาะเจาะจงของแต่ละคนจะพัฒนา ก่อนอายุ 8 ปี โดยมีจุดมุ่งหมายของการรักษา เด็กพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้บำบัด สามารถแบ่งปันซึ่งกันและกัน ผู้บำบัดเกิดความเข้าใจรูปแบบชีวิตของเด็กที่สัมพันธ์กับปัญหา เด็กเกิดความเข้าใจรูปแบบชีวิตของตนและตัดสินใจเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ทักษะและพฤติกรรมได้ และละช่วยให้เด็กเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ที่จำเป็นและนำไปใช้นอกห้องบำบัดได้

- Child-Centered Play Therapy (Roger, 1951) ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์มีโครงสร้างของบุคลิกภาพที่ประกอบด้วย บุคคล คุณสมบัติ และตัวตน โดยที่บุคคลประกอบด้วย ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมและสุขภาพ ทั้งหมดมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา บุคคลต้องอยู่ในภาวะสมดุล ดังนั้นเมื่อมีด้านใดเปลี่ยนแปลงด้านอื่นๆ จะเปลี่ยนไปด้วย บุคคลมีตัวตนภายในที่จะขับเคลื่อนไปในด้านที่ดี โดยมีจุดมุ่งหมายของการรักษา ก่อนข้างกว้างและเป็นแบบทั่วไป โดยจัดประสบการณ์ด้านบวกให้เด็กมีแรงขับเคลื่อนไปในด้านดีและค้นพบศักยภาพของตน (Landreth, 1991) เด็กจะต้องเลือกกิจกรรมให้ตรงกับปัญหาของตนด้วยตนเอง ผู้บำบัดต้องเชื่อว่าเด็กมีความสามารถในการจัดการเป้าหมายและทิศทางในการแก้ปัญหาของตนเอง

- Cognitive-Behavior Play Therapy ทฤษฎีนี้พัฒนาโดย Susan Knell (2000) มีแนวคิดจากทฤษฎีด้านสติปัญญาและพฤติกรรมในการพัฒนาอารมณ์และจิตใจ ทฤษฎีนี้ใช้การผสมผสานการเล่นกับการสื่อสารด้วยคำพูดและท่าทาง โดยมีจุดมุ่งหมายของการรักษาเพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ตึงเครียดและลดความรู้สึกผิดของเด็กเอง เช่น เพิ่มความสามารถในการแสดงความรู้สึกและประเมินสถานการณ์จริงในด้านสัมพันธภาพ การ

เพิ่มข้อดีของตนเองโดยบอกเล่ากับผู้อื่น การเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสม การกำหนดเป้าหมายเฉพาะเจาะจงสำหรับเด็กแต่ละคน

การเล่นบำบัด (Play Therapy) เป็นระบบการใช้รูปแบบทฤษฎีเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาทางจิตสังคม เกิดการเติบโตและมีพัฒนาการ โดยมีปัจจัยบำบัด ดังนี้

- ลดแรงต่อต้าน เด็กส่วนใหญ่เข้าสู่ระบบการรักษาแบบไม่เต็มใจ จึงมักเกิดแรงต้าน เพราะเมื่อถูกกำหนดให้เป็นผู้ป่วย แสดงถึงการเป็นปัญหาการใช้ของเล่นเป็นพื้นฐานของการสนทนา พยาบาลผู้บำบัดจะสามารถลดแรงต้านของเด็กที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษาได้ การเล่นจะทำให้เกิดความคุ้นเคยอย่างง่ายดาย รวมกับความสนุกสนานขณะทำกิจกรรม ทำให้เด็กไม่รู้สึกลถึงการถูกควบคุมหรือเกิดความกลัว

- เกิดการสื่อสาร การเล่นจะช่วยพัฒนาการรับรู้และความเข้าใจระหว่างเด็กกับพยาบาลผู้บำบัดได้อย่างรวดเร็วและราบรื่น ยิ่งไปกว่านั้นความเต็มอกเต็มใจของพยาบาลผู้บำบัดและความสามารถในการพูดภาษาเด็ก จะทำให้เด็กเกิดความนับถือโดยไม่ต้องมีประสบการณ์มาก่อน ในการเฝ้าดูการเล่นของเด็กว่า เล่นอย่างไร เลือกของเล่นอะไร และเปลี่ยนกิจกรรมเมื่อไหร่ จะทำให้พยาบาลผู้บำบัดได้ข้อมูลมากมายจากตัวเด็ก

- ความสามารถหรือสมรรถนะของเด็ก เด็กส่วนใหญ่ที่มาทำการเล่นบำบัดขาดความสามารถหรือสมรรถนะในตัวเองซึ่งเป็นผลเสียต่อการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง พวกเขา มักจะรู้สึกเป็นบุคคลขาดความสามารถ งานหนึ่งของการเล่นบำบัดคือ การจัดหาโอกาสสำหรับเด็กในการเพิ่มศักยภาพของพวกเขาให้สูงสุด การเล่นจึงเป็นช่องทางที่พิเศษที่สุดที่จะฝึกให้เด็กทำได้ดี พยาบาลผู้บำบัดสามารถช่วยให้กำลังใจเด็ก ให้พยายามทำกิจกรรมที่เด็กไม่เคยพยายาม เพราะกลัวการล้มเหลวด้วยการชื่นชมเด็กเมื่อเด็กมีความพยายามอย่างมาก และเมื่อพวกเขาทำได้ระดับหนึ่งพยาบาลผู้บำบัดก็รอคอยจนกว่าจะทำได้สำเร็จ เมื่อถึงตอนนั้นพยาบาลผู้บำบัดจะสามารถสร้างความรู้สึกที่เด็กมีความสามารถที่ทำได้ (Knottman, 1995) กระบวนการนี้จะเป็นแรงเสริมสำหรับเด็กให้สามารถทำอะไรได้ด้วยตนเอง

- การคิดเชิงสร้างสรรค์ การเล่นคือการคิดเชิงสร้างสรรค์ เด็กจะต้องสร้างความคิดจากจินตนาการนำไปสู่การปฏิบัติในการเล่นบำบัด เด็กจะใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา ทั้งเชิงความคิดใหม่และเชิงโครงสร้าง พยาบาลผู้บำบัดจะทำหน้าที่เป็นเพียงผู้ให้กำลังใจเมื่อเด็กคิดได้ในเชิงสร้างสรรค์เท่านั้น

- ความเห็นอกเห็นใจ เป็นการแสดงออกถึงความมีพลังอำนาจ พยาบาลผู้บำบัดจะให้การดูแลและมีบุคลิกภาพของผู้ใหญ่ที่จะยอมรับไม่ว่าเด็กจะอยู่ในอารมณ์แบบใดหรือแสดงออกอย่างไร เด็กๆ จะได้รับประโยชน์จากการมีอิสระในการเล่นบำบัด โดยการแสดงออก

ถึงอารมณ์ (ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ) เด็กอาจไม่ต้องการสื่อสารออกมา การที่เด็กยอมรับว่า อาจจะไม่เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่นก็ได้จะทำให้เด็กมีประสบการณ์และมีวุฒิภาวะมากขึ้น

- การระบายอารมณ์ การเล่นจะช่วยให้เด็กลดความตึงเครียดหรือลดความเจ็บปวด จากเหตุการณ์และลดความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดร่วมกับเหตุการณ์เหล่านั้น วัตถุประสงค์ของการ ระบายอารมณ์คือการจัดให้เด็กลดความคิดเชิงลบส่วนหนึ่งและการเรียนรู้อารมณ์ขณะพบ ประสบการณ์ที่เจ็บปวด กระบวนการนี้จะช่วยให้เด็กเกิดความรู้สึกขณะประสบการณ์ร้ายๆ ที่ผ่าน มา ช่วยให้การตัดสินใจรับเหตุการณ์เจ็บปวดทำได้ดีขึ้น

- บทบาทสมมุติ การแสดงบทบาทสมมุติทำให้เด็กสามารถแสดงออกซึ่งการรับรู้ต่อ ครอบครัวยุติ การเรียนรู้ ผีอกทักษะใหม่ๆ ในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และช่วยแก้ปัญหาที่ เกิดขึ้นภายในตัวตนของเด็กเอง

- จินตนาการกับการมองเห็น มีหลายครั้งที่เมื่อเข้ารับการเล่นบำบัด เด็กมักจะไม่ได้ คิดว่าชีวิตจะดีขึ้นได้ในอนาคต ประสบการณ์เลวร้ายที่ผ่านมาทำให้เด็กๆ คิดเช่นนั้น การเล่นแบบ จินตนาการและการมองเห็นจะช่วยให้เด็กได้ทดลองความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลงชีวิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยการส่งเสริมให้เด็กจินตนาการว่าตนเองแข็งแรงมีอำนาจและมี ความก้าวหน้า ในขณะที่อยู่ในช่วงของการเล่นบำบัด ประสบการณ์นี้จะช่วยให้เด็กเกิดความหวังใน อนาคต

- การสอนทักษะชีวิต เป็นการช่วยให้เด็กเกิดความคิดใหม่ๆ มองไปข้างหน้าและมี ทักษะในการแก้ปัญหาโดยไม่หลีกเลี่ยงเป็นการใช้หนีงานหรือเรื่องเล่า การเล่นและงานศิลปะเพื่อ คลี่คลายสถานการณ์ พยาบาลผู้บำบัดจะช่วยให้เด็กทราบถึง ระดับการเรียนรู้และรูปแบบของ อารมณ์ สอนให้พวกเขามีทักษะและทัศนคติใหม่ๆ ที่เหมาะสม

- รูปแบบการสร้างสัมพันธภาพ ในเด็กที่มีข้อจำกัดของการสร้างสัมพันธภาพกับ บุคคลอื่น การเล่นจะช่วยเพิ่มช่องทางสำหรับเด็กในการเชื่อมโยงสัมพันธภาพกับผู้อื่น ในการเล่น บำบัดเด็กมักจะพัฒนาความรู้สึกผูกพันกับผู้บำบัดได้ก่อน โดยการใช้บทบาทสมมุติและการเล่น อย่างมีจินตนาการจะช่วยให้เด็กสามารถเรียนรู้ที่จะสื่อสารสัมพันธ์กับเด็กคนอื่นได้ และผู้บำบัดยัง สามารถใช้การเล่นสอนผู้ปกครองเพื่อเพิ่มความผูกพันกันระหว่างครอบครัวได้อีกด้วย

- การพัฒนาสัมพันธภาพ ในการเล่นบำบัดผู้บำบัดจะสอนทักษะสังคมและวิธีการ อื่นๆ ในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่มด้วยรูปแบบของ การดูแลสนับสนุนเด็กโดยตรง จะช่วยให้เด็กเชื่อและเห็นคุณค่าของการให้ความสนใจผู้อื่น

- อารมณ์เชิงบวก การเล่นคือความสนุก ระหว่างการเล่นบำบัด ผู้บำบัดจะทำให้เด็ก เกิดรอยยิ้มและมีวันเวลาที่ดีในการยอมรับสิ่งแวดล้อม เด็กส่วนหนึ่งที่เข้ารับการเล่นบำบัด ไม่มี โอกาสในการแสดงอารมณ์เชิงบวกมากนัก การเล่นบำบัดจะช่วยให้เกิดกระบวนการเหล่านั้น

- การพัฒนารูปแบบความกลัว โดยธรรมชาติของการเติบโตเด็กต้องมีประสบการณ์ของการกลัวความมืด กลัวการอยู่คนเดียว ซึ่งเป็นต้นเหตุของความวิตกกังวลของบุคคล ในการเล่นบำบัดเด็กสามารถแสดงออกถึงความกลัวผ่านการเล่น งานศิลปะและสื่อต่างๆ เพื่อเรียนรู้ความรู้สึกกลัวและจดจำไว้ จนสามารถจัดการกับความกลัวและดูแลตนเองได้

- การเล่นเกม ช่วยเพิ่มทักษะทางสังคม ทักษะการสื่อความหมายและเรียนรู้การปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ทำให้เด็กมีโอกาสและพัฒนาทักษะการรับรู้ที่สัมพันธ์กับการไปสู่ความสำเร็จที่มุ่งหมายไว้

การเลือกของเล่นควรเลือกให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการเล่น เช่น

- ของเล่นเพื่อการเล่นบทบาทสมมติหรือจินตนาการของเด็ก (role or fantasy play) ได้แก่ ตุ๊กตาที่เป็นตัวแทนของบุคคลในครอบครัว ตุ๊กตาเด็ก ขวดนมเล็กๆ ตุ๊กตาสัตว์ บ้านและของใช้ในบ้าน

- เล่นเพื่อแสดงความรู้สึก (expressive play) ได้แก่ ดินน้ำมัน อุปกรณ์วาดรูประบายสี กรรไกร และกระดาษ เป็นต้น

- การจัดการเล่นสำหรับผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ ลูกบอล รถยนต์ ดินเหนียว ไม้บล็อก ที่ปาเป้าและถุงพลาสติกหรือกระดาษสำหรับเป้าหรือทำให้แตก เป็นต้น

- ของเล่นเพื่อเตรียมตัวสำหรับการรักษาพยาบาล ได้แก่ ที่พันแขนสำหรับวัดความดันโลหิต หูฟัง ผ้าพันแผล เข็มและกระบอกฉีดยา ตุ๊กตาแพทย์และพยาบาล สำลี แอลกอฮอล์ ไฟฉาย สายยางใส่กระเพาะอาหารหรืออื่นๆ ก้อนสำหรับเคาะตรวจดูรีเฟล็กซ์ ถุงมือ สายยางสำหรับรัดแขน ขา ก้อนเจาะเลือดและไม้กดลิ้น เป็นต้น

3.5 การเล่นบำบัดในเด็กออทิสติก

เด็กออทิสติกมักจะมีรูปแบบการเล่นของเล่นหรือการจัดการกับวัตถุซ้ำๆ โดยไม่สามารถเชื่อมโยงประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับมาใช้ได้และไม่สามารถเล่นร่วมกับเด็กคนอื่นๆ เด็กออทิสติกไม่สามารถเล่นแบบ Functional Plays ได้เหมือนเด็กปกติ รูปแบบของการเล่นมักจะเป็นเหมือนการทำงานของเครื่องยนต์ที่ขาดธรรมชาติของการค้นหา มีกิจกรรมที่เป็นรูปแบบเฉพาะแยกจากความสนใจในสิ่งแวดล้อมอื่นๆ การเล่นบทบาทสมมติแทบจะไม่พบเลยหรือหากพบก็มักจะมีลักษณะการเล่นที่เป็นแบบซ้ำๆ ชัดเจนและเหมือนกับครั้งแรกที่ได้เรียนรู้มา ลักษณะเหล่านี้เกิดร่วมกับการมีความสนใจเฉพาะเจาะจงหรือสนใจดูโทรทัศน์มากผิดปกติ รวมทั้งมีการเลียนแบบเกิดขึ้นด้วย Kanner (1943) อธิบายลักษณะของออทิสซึมว่ามีความจำกัดของความสามารถในการเล่น Wing (1979) รายงานว่ามีเด็กออทิสซึมน้อยมากที่ใช้การเล่นบทบาทสมมติ มีรูปแบบการเล่นซ้ำๆ แตกต่างจากเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการกลุ่มอื่นๆ อย่างชัดเจน นอกจากนี้ Baron - Cohen และคณะ (1985) นำเสนอ "Theory of Mind" ซึ่งเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับ

การเข้าใจจิตใจคนและเป็นการนำเสนอที่นำไปสู่การศึกษาแนวใหม่ที่เชื่อมโยงระหว่างความสามารถของเด็กกับการเล่นสมมุติและความสามารถในการเข้าใจพฤติกรรมของตนเองและผู้อื่น ซึ่งช่วยให้อธิบายได้ว่าการขาดทักษะการเล่นสมมุติในเด็กออทิสติกเป็นเหตุให้ขาดแรงจูงใจในการเล่นหรือขาดจินตนาการและความคิดสร้างสรรค์

3.6 บทบาทพยาบาลในการเล่นบำบัด ในการจัดการเล่นในเด็กต้องวางแผนการจัดการเล่น ซึ่งมีขั้นตอนเดียวกับกระบวนการพยาบาล คือ

- การประเมิน ประเมินอายุและพัฒนาการ
- ศึกษาประวัติและสภาพปัจจุบันของเด็ก ข้อจำกัดด้านร่างกาย การรักษาและความสามารถ

- ประเมินสภาพจิตสังคมของเด็ก เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการพลัดพราก เสรี กลัวการรักษาพยาบาล วิตกกังวล เป็นต้น

- ประเมินพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น เป็นโรคเรื้อรัง พฤติกรรมถดถอย แยกตัว ซึมเศร้า

- การวางแผนและกำหนดวัตถุประสงค์ของการเล่น เมื่อได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ นำมาวางแผนจัดการเล่นให้เหมาะสมกับเด็ก กำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดการเล่น ในการจัดการเล่นสิ่งที่ควรคำนึงถึง ได้แก่ เวลาที่จัดการเล่นควรจัดให้เหมาะสมเพราะขณะที่เด็กกำลังเล่นอยู่และมีการขัดจังหวะเพื่อการตรวจรักษาก่อนที่การเล่นจะจบหรือต้องไปทำกิจกรรมอื่นๆ จะทำให้การเล่นไม่บรรลุวัตถุประสงค์และถูกรบกวน พฤติกรรมของเด็กต้องมีการจำกัดพฤติกรรมของเด็กเพื่อให้เด็กทราบว่าในการเล่นเขาไม่ควรทำลายของเล่น ทำร้ายเพื่อนหรือตนเอง และใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวตลอดจน พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยแสดงความเป็นมิตร เข้าใจเด็กและยอมรับเด็ก นอกจากนี้ในจัดการเล่นตามที่ได้วางแผนไว้เลือกของเล่นให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการเล่น ส่วนใหญ่เป็นการจัดการเล่นเพื่อการบำบัดรักษาซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่พยาบาลสามารถใช้บรรเทาความรู้สึกต่างๆ ของเด็กขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ช่วยให้เด็กเกิดความรู้สึกสบายใจ เป็นอิสระในขณะที่เล่น เด็กจะได้แสดงความรู้สึกจินตนาการความกลัวและความขัดแย้งต่างๆ ออกมา ส่วนใหญ่จะเป็นการเล่นแบบอิสระ ไม่มีการชี้แนะเป็นแนวทางหนึ่งให้เด็กปรับตัวในขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาล ควรใช้เทคนิคการเล่นและของเล่นที่เหมาะสมและการเตรียมตัวเด็กเพื่อการพยาบาล

สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการจัดการเล่นในผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ เลือกของเล่นให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการเล่น การจัดการเล่นสำหรับเด็กที่ปัญหาด้านจิตสังคม การจัดการเล่นเพื่อการรักษาพยาบาลเฉพาะ การจัดการเล่นในเด็กที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับพยาธิสภาพของร่างกาย เป็นต้น

2.7 หลักการทำ play therapy ตามแนวทางของ Virginia Axline พยาบาลผู้บำบัดมีบทบาทดังนี้

- พยาบาลผู้บำบัดต้องสนใจในตัวเด็กอย่างแท้จริงและสร้างความรู้สึกของการได้รับความช่วยเหลือ และสัมพันธภาพที่อบอุ่น
- พยาบาลผู้บำบัดต้องยอมรับในสิ่งที่เป็ตัวเด็ก โดยไม่ต้องความหวังให้เด็กเป็นในสิ่งที่แตกต่างจากเดิมที่เป็น
- พยาบาลผู้บำบัดต้องสร้างความรู้สึกปลอดภัยและการยอมรับ เพื่อให้เด็กสามารถเปิดเผยและค้นหาตัวตนของตนเองได้เต็มที่
- พยาบาลผู้บำบัดต้องไวต่อความรู้สึกของเด็กและสะท้อนกลับอย่างนุ่มนวลพอที่จะทำให้เด็กเข้าใจตนเอง
- พยาบาลผู้บำบัดต้องเชื่อในความสามารถของเด็กที่จะรับผิดชอบแก้ไขปัญหาคที่เกิดขึ้น
- พยาบาลผู้บำบัดต้องเชื่อในแนวทางของเด็กและให้เด็กเป็นผู้นำในการกำหนดทิศทางการเล่นและสนทนา
- พยาบาลผู้บำบัดต้องพอใจในความคืบหน้าของขั้นตอนการบำบัดรักษาที่ค่อยเป็นค่อยไป
- พยาบาลผู้บำบัดต้องจำกัดขอบเขตในบางพฤติกรรมเพื่อช่วยให้เด็กรับผิดชอบต่อความสัมพันธ้อย่างเหมาะสม
- พฤติกรรมที่ต้องถูกจำกัดมีดังนี้ พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อเด็กและพยาบาลผู้บำบัด พฤติกรรมที่รบกวนขั้นตอนการบำบัด การทำลายข้าวของ การเอาของเล่นออกจากห้อง พฤติกรรมที่สังคมรับไม่ได้ และการแสดงความรักอย่างไม่เหมาะสม

4. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน คือ แบบประเมินความสามารถด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก ได้พัฒนาโดยวิลม เนติวิชรกุล (2548) โดยการศึกษาจากเอกสาร ตำราและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการจะเป็นแบบประเมินเฉพาะซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆ โดยเฉพาะเกณฑ์การประเมิน Function Independence Measure (FIMS) สร้างขึ้นโดย American Congress of Rehabilitation Medicine และ American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation (Delisa, 1993) ที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติปรับมาใช้ และโรงพยาบาลที่มีหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้อยู่ สามารถใช้บอกความรุนแรงของความพิการและบอกผลของการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีลักษณะเป็นแนวคิด 2 มิติ ประกอบด้วยข้อรายการ ที่ประเมินด้าน

การใช้กล้ามเนื้อ 13 ข้อ และด้านการคิด - สถิติปัญญา 5 ข้อ รวม 18 ข้อ ที่ครอบคลุมความสามารถในการทำกิจกรรมทั้ง ด้านการเคลื่อนไหว การใช้กล้ามเนื้อ และการใช้สติปัญญา ถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้อย่างกว้างขวาง และปรับแบบประเมินความสามารถด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก โดยศึกษาเอกสาร ตำราและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถด้านสังคม และภาษาของเด็กออทิสติกแล้วนำข้อมูลที่ได้มาจัดกลุ่มตามกรอบเดิมของแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (FIMS) หลังจากนั้นปรับภาษาให้เข้าใจง่าย สรุปข้อคำถามได้ทั้งหมด 10 ข้อ แล้วนำข้อคำถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ 1 ท่านและนักจิตวิทยา 1 ท่าน ตรวจสอบ ด้านภาษาและความหมาย เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ป่วยเด็กออทิสติก จากนั้นนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอคำแนะนำในการปรับปรุง และแก้ไข เครื่องมือ หัวข้อการประเมินประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คือการประเมินทักษะ ทางสังคมและสติปัญญา ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ในเรื่องสมาธิ ความสนใจ 2 ข้อ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 3 ข้อ ความจำ 2 ข้อและพฤติกรรมซ้ำๆ 1 ข้อ ส่วนที่ 2 ประเมิน การสื่อความหมายประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 2 ข้อ รวมทั้งสิ้น 10 ข้อ

5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Johnson, (1988) ได้ทำการศึกษาการใช้การเล่นบำบัดแบบกลุ่มในการส่งเสริมความสามารถด้านสังคม จากการศึกษาในช่วงศตวรรษที่ผ่านมาพบว่า รูปแบบการบำบัดรักษาความบกพร่องความสามารถทางสังคมของเด็กมีความก้าวหน้าและประสบความสำเร็จมากขึ้น ถึงแม้ว่าความสามารถด้านสังคมที่บกพร่องจะมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาด้านการปรับตัวที่ล่าช้า และรูปแบบการรักษาที่ยังไม่มีการเฉพาะเจาะจง แต่เมื่อพิจารณาจากรูปแบบของการเล่นบำบัดรายบุคคลที่ได้รับการยอมรับและจากความสำเร็จของการบำบัดที่เกิดขึ้น จึงได้ศึกษาการเล่นบำบัดแบบกลุ่มมาในการส่งเสริมความสามารถด้านสังคม ซึ่งจากการศึกษารายกรณีของการใช้การเล่นบำบัดแบบกลุ่มของผู้ป่วยใน พบว่ามีความสำเร็จของการดำเนินการอย่างชัดเจน

Hubbard, (1991) ได้ศึกษาการใช้การเล่นบำบัดแบบกลุ่มกับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าทางด้านพฤติกรรม จากการศึกษาแนวคิดของความสัมพันธ์ระหว่างการเล่นบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม จากการศึกษาพบว่ารูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ของการเล่นบำบัดรายกลุ่มแบบใหม่ มีผลส่งเสริมแนวคิดพื้นฐานสำหรับการเริ่มต้นบำบัดการเล่นบำบัด และสนับสนุนการเล่นบำบัดแบบกลุ่มเป็นการบำบัดที่มีการจัดการกับปัญหาอย่างเฉพาะเจาะจงมากกว่า

Carmichael, (1993) ได้ทำการศึกษาการใช้การเล่นบำบัดในเด็กที่มีความบกพร่องด้านความสามารถ การเล่นบำบัดมีผลต่อเด็กที่บกพร่องทางด้านสุขภาพและพัฒนาการ โดยพบว่า การพัฒนาด้านร่างกายและอารมณ์มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางความสามารถของเด็ก ทั้งนี้

การเล่นบำบัดอาจมีผลต่อร่างกายและอารมณ์ของเด็กทั้งทางตรงและทางอ้อม นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า กิจกรรมที่จัดขึ้นเฉพาะในการเล่นบำบัดมีผลต่อการสนับสนุนความสามารถของเด็ก

Furtado, & Lima, (1999) ศึกษาการเล่นเป็นกิจกรรมที่จำเป็นต่อการพัฒนาทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคมของเด็ก ถึงแม้ว่าการเล่นจะเป็นที่ยอมรับกันอยู่แล้วว่าเป็นกิจกรรมที่สำคัญต่อเด็ก แต่เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกิจกรรมการเล่นก็ต้องถูกจำกัดลงให้มีความสำคัญเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ดังนั้นจึงไม่เคยมีการรายงานว่าการเล่นมีความสำคัญในด้านการทำหน้าที่เป็นเครื่องมือที่มีส่วนช่วยในการบำบัดรักษาผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลมาก่อน ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำหลักการทางทฤษฎีและหลักการปฏิบัติของการเล่นมาใช้ประโยชน์ในด้านการช่วยเหลือเด็กป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการรวบรวมหลักฐานที่ได้ศึกษาและนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตเด็ก 11 คนที่กลับเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลชุมชนของ Sao Paulo มาวิเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า การเล่นนอกจากจะมีผลต่อผู้ป่วยเด็กแล้ว ยังส่งผลถึงพยาบาลและโรงพยาบาลโดยทางอ้อมอีกด้วย ดังนี้ผลที่เกิดขึ้นกับเด็ก ได้แก่ การเพิ่มความสามารถของเด็ก ช่วยให้เด็กรับรู้และเข้าใจการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของตนเอง ได้ปลดปล่อยความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล และลดการต่อต้าน สนับสนุนให้เกิดความพึงพอใจ มีความสนุกสนาน และเกิดการยอมรับประสบการณ์ใหม่ๆ ซึ่งทำให้เกิดการปลดปล่อยทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับผลที่เกิดขึ้นต่อพยาบาล คือ พยาบาลนำการเล่นมาใช้เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลและเป็นช่องทางการสื่อสารในการค้นหาปัญหาและความต้องการของเด็กแต่ละคน และผลที่เกิดขึ้นต่อโรงพยาบาล คือ การที่โรงพยาบาลได้รับการปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วยเด็ก จากสถานที่ที่มีแต่ความเจ็บปวดและไม่มีความสุขเป็นสถานที่ที่มีการเล่นและความสนุกสนานรวมอยู่ด้วย

Adams, (2003) ทำการศึกษาผลของการสื่อความหมายด้วยท่าทางการแสดงออกของการเล่นบำบัด ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 18 ขั้นตอน ประเมินในเรื่องของการพูดกับการสื่อความหมายด้วยท่าทาง การพูดกับการท่าทางที่แสดงออก และความสามารถด้านการสื่อสารทางสังคมที่เป็นอิสระ พฤติกรรมในการเล่นคู่ขนานและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ โดยทำการศึกษากับผู้ป่วยเด็กออทิสติก 1 คน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า จากค่าเฉลี่ยของคะแนน มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นและจากการประเมินของครูพบว่า เด็กออทิสติกมีทักษะทางสังคมดีขึ้นโดยสังเกตจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนและครูมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

Van Berckelaer - Onnes, (2003) ทำการศึกษากิจการจัดทำโปรแกรมเบื้องต้นในการฝึกความสามารถทางสังคมในเด็กออทิสติก 24 คน ทำการประเมินผลในระยะเวลา 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมนี้ประสบความสำเร็จคือทำให้เด็กมีความสามารถทางสังคมดีขึ้น

แต่อย่างไรก็ตามเด็กจะไม่มีการพัฒนาการเล่นอย่างต่อเนื่องถ้าหากไม่ได้รับการกระตุ้น ดังนั้น ภายหลังการจัดการเล่นแบบรายบุคคล ควรจัดการเล่นเป็นกลุ่มเล็กๆ เพิ่มเติมด้วย

Jarrold, (2003) ได้ทำการศึกษาจากการทบทวนอุบัติการณ์ในการจัดการเล่นบทบาทสมมุติในเด็กออทิสติก โดยให้ความสนใจที่ความสามารถส่วนบุคคลในสถานการณ์การเล่นแบบอิสระมากกว่าสถานการณ์ที่ถูกจัดให้ จากการศึกษาพบว่า มีความยากในการเล่นบทบาทสมมุติในเด็กออทิสติก แต่สามารถลดลงได้ ถ้ามีการจัดหรือกำหนดสถานการณ์ให้ และจะสามารถส่งเสริมให้เด็กเกิดความเข้าใจได้ดียิ่งขึ้นถ้ามีการจัดการอย่างเป็นระบบ

Lewis, (2003) ได้ทำการศึกษาจากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับการเล่นและความสามารถด้านภาษาที่ผิดปกติของเด็กออทิสติก โดยเปรียบเทียบระหว่างเด็กออทิสติกกับเด็กที่มีความบกพร่องเกี่ยวกับพัฒนาการกลุ่มอื่นๆ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การเล่นเกิดขึ้นก่อนความสามารถด้านภาษา แต่ในเด็กออทิสติกมีความบกพร่องทั้งด้านภาษาและการเล่น นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการเล่นและความสามารถด้านภาษา ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองในขณะที่มีการเล่นเกิดขึ้น

Maia, Ribeiro, and De Borba, (2008) จากการศึกษาเรื่องประโยชน์จากการใช้ของเล่นเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วย โดยศึกษาจากประสบการณ์ในการใช้ของเล่นเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยเด็กและครอบครัวของพยาบาลในหอผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของการเกิดปฏิสัมพันธ์ และนำปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการ แล้วเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาล 7 คนที่ใช้ของเล่นเพื่อการบำบัดรักษามาเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ของเล่นมาเป็นเทคนิคพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็ก จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีประโยชน์หลายด้านที่เกิดขึ้นจากการนำของเล่นมาใช้เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยเด็กและครอบครัวในหอผู้ป่วย ทั้งด้านการดูแลจัดการสิ่งแวดล้อม และการนำประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลเด็กมาใช้ ดังนั้นการนำของเล่นมาใช้เพื่อการบำบัดรักษาจึงเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์มากต่อการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยเด็ก

Owens, Granader, Humphrey, and Baron-Cohen, (2008) จากการศึกษาการใช้โปรแกรม การบำบัดด้วย LEGO และการใช้ภาษาทางสังคม เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินทักษะด้านสังคม ของเด็กออทิสติกที่อยู่ในระยะรุนแรง (High function) และ Asperger Syndrome ที่มีอายุ 6 - 11 ปี โดยเด็กจะได้รับการตรวจคัดกรองด้วย CA , IQ และ autistic symptoms ก่อนที่จะเข้าโปรแกรม โปรแกรมการบำบัดจะทำ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ระยะเวลา 18 สัปดาห์ โดยที่กลุ่มควบคุมจะไม่ได้เข้ารับการประเมินตามโปรแกรม จากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของเด็กออทิสติก (Gilliam Autism Rating Scale) และมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กกลุ่มนี้มี

แนวโน้มว่า จะมีความสามารถด้านภาษาและสังคมมากกว่ากลุ่มควบคุมอีกด้วย

วิมล เนติวิชรกุล (2548) ได้ศึกษาการใช้การเล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกก่อนและหลังการใช้การเล่นบำบัด ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษารักษาเป็นแบบผู้ป่วยในแบบ day care ของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือคู่มือการเล่นบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกและแบบวัดพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก จากผลการศึกษาพบว่า พัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกหลังการใช้การเล่นบำบัดสูงกว่าก่อนการใช้การเล่นบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชูศรี ปิ่นโต (2549) ได้ศึกษาการใช้การเล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง(One Group Pretest - Posttest) โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกก่อนและหลังการใช้การเล่นบำบัด ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติก อายุ 3-6 ปี ที่เข้ารับการรักษารักษาเป็นแบบผู้ป่วยในแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือคู่มือการเล่นบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกที่สร้างโดยวิมล เนติวิชรกุล (2548) ตามแนวคิดของ Beyer & Gammeltoft (2001) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการเล่นบำบัดจากผู้ศึกษาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก จากผลการศึกษาพบว่า พัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกหลังการใช้การเล่นบำบัดสูงกว่าก่อนการใช้การเล่นบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. กรอบแนวคิดศึกษา

เด็กออทิสติกมักจะมีรูปแบบการเล่นของเล่นหรือจัดการกับวัตถุซ้ำๆ โดยไม่สามารถเชื่อมโยงประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับมาได้ และไม่สามารถเล่นร่วมกับเด็กคนอื่นๆ ได้ เด็กไม่สามารถเล่นแบบ Functional Plays ได้เหมือนกับเด็กปกติ รูปแบบของการเล่นมักจะเป็นเหมือนการทำงานของเครื่องยนต์ โดยขาดธรรมชาติของการค้นหา การเล่นบทบาทสมมุติแทบจะไม่พบเลยหรือหากพบก็มักจะมีลักษณะการเล่นที่เป็นแบบซ้ำๆ ชัดเจนและเหมือนกับครั้งแรกที่ได้เรียนรู้มา ลักษณะเหล่านี้เกิดร่วมกับการมีความสนใจเฉพาะเจาะจงหรือสนใจดูโทรทัศน์มากผิดปกติ ร่วมกับการมีการเลียนแบบเกิดขึ้นด้วย

จากการเล่นของเด็กออทิสติกดังที่กล่าวมา ในการศึกษาครั้งนี้ใช้หลักการของ Beyer & Gammeltoft (2001) ที่อธิบายว่าเด็กออทิสติกสามารถเรียนรู้ที่จะจดจำลำดับของกิจกรรมภายใต้

การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมทักษะด้านสังคมและการเรียนรู้ สามารถชดเชยให้เรียนรู้ได้อย่างเหมาะสมขึ้น โดยการจัดระบบการกำหนดกฎ กติกาและการจัดกิจกรรมที่สามารถคาดเดาส่งสิ่งที่เกิดต่อไปได้ มีการจัดลำดับก่อนหลัง และใช้การเรียงลำดับที่ชัดเจนสม่ำเสมอ โดยผ่านการรับรู้จากสายตาเป็นหลัก การจัดการเล่นโดยผู้บังคับจัดของเล่นและดูแลร่วมเล่นกับเด็กด้วย แนวคิดในการจัดกิจกรรมอ้างอิงจากความผิดปกติของเด็กออทิสติกที่แตกต่างจากความสามารถของเด็กปกติในวัยเดียวกัน เด็กออทิสติกไม่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองทั้งหมด เช่น การเลียนแบบเป็นธรรมชาติที่เกิดขึ้นตามปกติในเด็ก แต่เด็กออทิสติกไม่สามารถเลียนแบบและแสดงบทบาทสะท้อนกลับได้ ความบกพร่องนี้มีความสำคัญในการพิจารณารูปแบบการส่งเสริมทักษะการเล่นและถือเป็นพื้นฐานของการฝึกเพื่อให้เกิดทักษะที่ซับซ้อนขึ้นต่อไป การเล่นที่ต้องอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน 2 คนหรือมากกว่า ต้องการการเชื่อมโยงการเล่นกับประสบการณ์เดิม ซึ่งในเด็กปกติสามารถทำได้แต่ในเด็กออทิสติกจะพบว่าไม่สามารถเชื่อมโยงได้หรือมีความลำบากในการเชื่อมโยง ดังนั้นในการเล่นบำบัดจึงเริ่มด้วยการฝึกให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็ก 1 คน กับผู้ใหญ่ 1 คนก่อน เมื่อเด็กสามารถทำได้แล้ว จึงจัดสถานการณ์ให้เล่นกับเด็กคนอื่นๆ ต่อไป

กรอบแนวคิดในการศึกษา

