

ผลของการเล่นบ้ำบัตร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก



นางสาวเสาวนีย์ บัวลา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

THE EFFECT OF PLAY THERAPY WITH FAMILY INVOLVEMENT ON PROBLEMATIC
BEHAVIORS OF AUTISTIC CHILDREN

Miss Saowanee Buala



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and

Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็น
ปัญหาของเด็กออทิสติก

โดย

นางสาวเสาวนีย์ บัวลา

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เสาวนีย์ บัวลา : ผลของการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก. (THE EFFECT OF PLAY THERAPY WITH FAMILY INVOLVEMENT ON PROBLEMATIC BEHAVIORS OF AUTISTIC CHILDREN) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, 144 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังทดลองเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1.เปรียบเทียบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว 2.เปรียบเทียบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติกกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี และผู้ปกครอง ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่เพศเด็กออทิสติก และจับคู่การศึกษาของผู้ปกครอง จากนั้นจึงสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Beyer and Gammeltoft มีการจัดการเล่นเป็นลำดับ จากง่ายไปยาก เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) คู่มือการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวสำหรับพยาบาล 2) คู่มือการเล่นบำบัดเด็กออทิสติกสำหรับครอบครัว 3) แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก ออทิสติก 4) แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก 5) แบบประเมินการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ปกครอง 6) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ของแบบประเมินพฤติกรรม และแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี เท่ากับ .86 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที(t-test)

ผลการวิจัยที่สำคัญ มีดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก หลังการได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว น้อยกว่าก่อนการได้รับการเล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติกที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5377825936 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: PLAY THERAPY / AUTISTIC CHILDREN

SAOWANEE BUALA: THE EFFECT OF PLAY THERAPY WITH FAMILY INVOLVEMENT ON PROBLEMATIC BEHAVIORS OF AUTISTIC CHILDREN. ADVISOR: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHUND, Ph.D., 144 pp.

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were: 1) to compare problematic behaviors; emotional, hyperactivity and social relationships of Autism children before and after using the play therapy with family involvement, and 2) to compare problematic behaviors; emotional, hyperactivity and social relationships of Autism children receiving play therapy with family involvement and those received usual nursing care. Research sample consisted of forty Autistic children, aged 3-6 and family receiving services in outpatient department Yuwaprasartwaithayopathum hospital, Samutprakan province, selected by inclusion criteria, were matched pair age of autistic children and education of family and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received play therapy with family involvement for 5 weeks. The control group received usual nursing care. Research instruments were: 1) manual for nurse on play with family involvement of autistic children 2) manual for family on play therapy of autistic children 3) autistic behavior assessment scale 4) functional play scale of autistic children 5) functional play scale of autistic children for family at home: and 6) personal data questionnaire. All instruments were content validated by a panel of 5 professional experts. The reliability of problematic behaviors assessment scale and functional play scale of autistic children were .86 and .91 respectively. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. The mean score of problematic behaviors; emotional, hyperactive and the social relationships of Autistic children receive play therapy with family involvement after the experiment was significantly lower than those before, at the .05 level.

2. The mean score of problematic behaviors; emotional, hyperactive and the social relationships after the experiment of Autistic children who received play therapy with family in involvement was significantly lower than such mean score of autistic children who received usual nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Mental Health and
Psychiatric Nursing

Student's Signature

Advisor's Signature

Academic Year: 2013

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ คำแนะนำข้อคิดและแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้ความเมตตา กรุณา เสียสละเวลา ดูแลเอาใจใส่ ประคับประคองช่วยเหลือ ตลอดจนเป็นแรงกระตุ้นและให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษาด้วยดีตลอดมา ทำให้ผู้ศึกษาเกิดแรงบันดาลใจ ความมุ่งมั่น มุมานะในการทำวิจัยอย่างเต็มความสามารถ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้ศึกษามีความประทับใจ ซาบซึ้งในความเมตตา กรุณา ที่ท่านได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้ศึกษาเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ผู้ช่วยวิจัย พี่ๆ น้องๆ และเพื่อนร่วมงานโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการศึกษา คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจเรื่อยมา ตลอดจนเด็กและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ และพี่ๆ น้องๆ เพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน ที่ให้กำลังใจในการศึกษา

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (นอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ทั้งพี่ และน้องๆ ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือมอบความรัก ความเข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ไม่อาจเอ่ยนามได้ทั้งหมดที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอมอบให้บิดามารดา คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา เด็กออทิสติกและครอบครัวเด็กออทิสติกทุกท่าน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การดำเนินการทดลอง	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	92
รายการอ้างอิง.....	121
ภาคผนวก.....	116
ภาคผนวก ก	117
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	117
ภาคผนวก ข.....	119
แสดงผลการตรวจสอบค่าความตรงและ	119
ความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย	119
ภาคผนวก ค	124
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	124

ภาคผนวก ง.....	134
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	134
ใบอนุญาตของประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	134
ภาคผนวก จ.....	142
ผลการพิจารณาจริยธรรม	142
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	144



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดง ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศเด็กออทิสติก และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	53
2	แสดงการดำเนินการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว.....	65
3	แสดงรายละเอียดผลการเล่นบำบัดของเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ปกครอง.....	87
4	แสดงรายละเอียดผลการประเมินความสามารถในการเล่นบำบัดของเด็กออทิสติกร่วมกับครอบครัวที่โรงพยาบาล.....	88
5	แสดงรายการของเล่นที่ผู้ปกครองนำมาเล่นที่โรงพยาบาลในการเล่นแบบ “เล่นของเล่น” และ “เรียนรู้ชีวิตจริง”	89
6	จำนวน และร้อยละของเด็กออทิสติกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุบุตรคนที่อายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกอายุที่พบอาการนำและอาการนำที่สังเกตพบ.....	93
7	จำนวนและร้อยละของเด็กออทิสติก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามการเรียนในระบบโรงเรียน การศึกษาในปัจจุบัน การศึกษาอื่นๆ และพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อถูกขัดใจ	94
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กออทิสติกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศของบุคคลในครอบครัว อายุของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลเด็กออทิสติกอย่างใกล้ชิด ระดับการศึกษา และแนวทางการดูแลและการเลี้ยงดู	95
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กออทิสติก จำแนกตาม อาชีพ จำนวนสมาชิกในบ้าน ความสัมพันธ์และแนวทางการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก.....	96
10	คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) จำแนกตาม คะแนนของพฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมสัมพันธ์ภาพทางสังคม.....	97
11	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกรวมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	99

ตารางที่	หน้า
12	100
13	102
14	103
15	105
16	107
17	108
18	109
19	110

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคออทิสติก (Autistic Disorder) หรือออทิสซึม (Autism) เป็นโรคทางจิตเวช ซึ่งเป็นความผิดปกติของสมองที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก ที่ยังสรุปสาเหตุที่ชัดเจนไม่ได้ คำว่า Autism มีรากศัพท์จากคำว่า Autos ในภาษากรีก แปลว่า “ตนเอง” (Self) คำนี้หมายถึง การอยู่ในโลกของตนเองหรือการหนีไปจากความจริง (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2545) เราเรียกเด็กที่เป็นโรคออทิสซึมว่า “เด็กออทิสติก”

อุบัติการณ์การเกิดโรคออทิสซึมในสหรัฐอเมริกามีการสำรวจความชุกพบเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้นโดยในปี ค.ศ. 2004 ความชุกเป็น 60 คนต่อประชากรเด็ก 10,000 คน (จิราพร ศรีเจริญกาญจน์, 2551) ความชุกในประเทศไทยในปี พ.ศ.2547 เท่ากับ 1:1000 พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงเท่ากับ 4-5 : 1 (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2550) สอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลยุวประสาท ไวทยูปถัมภ์ที่ให้บริการเด็กออทิสติก พบว่าปี 2549 - 2553 เด็กออทิสติกมารับบริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นตามลำดับคือ 1,468, 1,448, 1,474, 2,579 และ 2,505 ราย (รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี, 2553) จากสถิติดังกล่าว บ่งบอกถึงแนวโน้มว่าเด็กออทิสติกจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เด็กออทิสติกมีความบกพร่องหรือผิดปกติของพัฒนาการหลายด้าน คือ ด้านสังคม การสื่อความหมาย และจินตนาการ แสดงให้เห็นได้โดยการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเด็กวัยเดียวกัน เช่น การแยกตัวอยู่ลำพัง เล่นกับใครไม่เป็น มีพฤติกรรมซ้ำๆ อาการดังกล่าวจะปรากฏให้เห็นได้ตั้งแต่วัยปีแรก และจะพบอาการตามข้อบ่งชี้อย่างชัดเจนเมื่อเด็กมีอายุ 18 เดือนขึ้นไป (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2550)

เด็กออทิสติกช่วงปฐมวัย คือช่วงอายุ 3 – 6 ปี เป็นวัยที่มีความต้องการพิเศษประเภทหนึ่ง จากเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-IV-TR ได้กล่าวถึงลักษณะอาการของเด็กออทิสติกปฐมวัยว่าประกอบด้วย 1) บกพร่องด้านสัมพันธภาพทางสังคม คือ ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาท่าทางไม่เล่นกับเพื่อนร่วมวัย ไม่มีการแบ่งปันความรู้สึกหรือมีความสนใจร่วมกับคนอื่น 2) บกพร่องทางด้านภาษาและการสื่อสารคือ พูดซ้ำๆ พูดไม่สมวัย ลำบากในการสร้างบทสนทนา หรือสนทนาต่อเนื่อง พูดซ้ำๆ หรือมีภาษาแปลกๆ การพูดไม่สมวัย 3) มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือพฤติกรรมซ้ำๆ ในสิ่งที่ตนสนใจ คือ สนใจสิ่งของบางสิ่งบางอย่าง ดำเนินชีวิตประจำวันซ้ำๆ มีพฤติกรรมทางร่างกายซ้ำๆ (American Psychiatric Association, 2000) สอดคล้องกับ ฟรอส และบอนดี้ (Frost & Bondy, 2002 อ้างใน นุชนารถ แก้วมาตร, 2547) กล่าวว่า เด็กออทิสติกปฐมวัยเป็นเด็กที่มีความผิดปกติของพัฒนาการ เช่น มีความบกพร่องของการมีสัมพันธภาพทางสังคม ความบกพร่องของการสื่อสาร การแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ และความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจำกัด ทำให้เด็กออทิสติกปฐมวัยชอบแยกตัวอยู่ตามลำพัง ขาดโอกาสในการรับรู้และเรียนรู้จากสิ่งต่างๆ ที่จำเป็นในการนำไปใช้ในการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม เนื่องจากเด็ก ออทิสติกปฐมวัยขาดความเข้าใจกฎเกณฑ์ทางสังคม การสร้างปฏิสัมพันธ์ไม่เป็นธรรมชาติ มีพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมไม่สมวัย ไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนและบุคคลทั่วไป (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2550) การพัฒนาสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติกปฐมวัยจึงมีความสำคัญมากและส่งผลกระทบต่อตัวเด็กในทุกๆ ด้าน ทั้งทางจิตใจ สังคม ทักษะทางสังคมมีความสำคัญมากเพราะเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็น และมีความสำคัญต่อเด็กที่จะดำรงชีวิตและพัฒนาทักษะอื่นๆ ต่อไป

เมื่อเด็กออทิสติกมีความบกพร่องด้านสัมพันธภาพสังคม มีการแยกตัว ไม่สื่อสารกับใคร ทำให้เด็กมีปัญหาการเรียนรู้อย่างไร เด็กไม่รู้ความหมายของคำพูด ไม่สามารถเรียนรู้ความคิด อารมณ์ การแสดงออกหรือความต้องการของผู้อื่น บอกความต้องการกับบุคคลอื่นไม่ได้ เด็กจึงเกิดความคับข้องใจ เกิดภาวะเครียด ไม่รู้วิธีการปรับตัวและควบคุมพฤติกรรมต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เหมาะสม ระบายออกมาเป็นคำพูดไม่ได้ จึงแสดงออกทางพฤติกรรมด้านอารมณ์ไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะป็นต่อตนเองและผู้อื่น (จิราพร ศรีเจริญกาญจน์, 2551) การที่เด็กไม่สามารถมีประสบการณ์ในการสื่อสารกับผู้อื่นได้เหมาะสม ไม่รู้วิธีการสื่อสารด้วยตนเอง ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง เมื่อเกิดภาวะคับข้องใจ หรือเครียด เด็กจึงใช้พฤติกรรมการกระตุ้นตนเองซ้ำๆ การเดินไปมา อยู่ไม่นิ่ง แพนการสื่อสาร และแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่มีสัมพันธภาพกับใคร ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ของเด็กทำให้การเรียนรู้ลดลงได้ (Patricia et al., 2007)

สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมคือ เด็กบกพร่องด้านภาษา ไม่สามารถสื่อบอกความต้องการได้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยสิ่งแวดล้อมนั้นทำให้เด็กอึดอัด ไม่สบายตัว หรือมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพราะออทิสติกมักจะยึดติดกับสิ่งเดิมๆ ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยจากพันธุกรรม สิ่งที่ได้รับจากพ่อแม่ คือ ในเรื่องร่างกาย เช่น ลักษณะโครงสร้าง กล้ามเนื้อ ระบบประสาท และในเรื่องลักษณะนิสัยบางอย่าง รวมถึงประสบการณ์ ที่เด็กได้รับจะถูกหล่อหลอมด้วยกระบวนการที่เรียกว่า การเรียนรู้ เด็กจะเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่ตนได้รับ และนำไปสู่การสร้างหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเวลาต่อมา (ASA, 2007)

จากสถิติโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ที่ให้บริการเด็กออทิสติก พบว่าปี 2549 - 2553 เด็กออทิสติกมารับบริการในโรงพยาบาล มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้ป่วยในโรงพยาบาลพบว่าเด็กออทิสติก ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอารมณ์ คือ หงุดหงิด อาละวาด ทำร้ายตนเอง เช่น เอาศีรษะโขกพื้นหรือโต๊ะ ทูบศีรษะ วิ่งชนประตู คิดเป็นร้อยละ 13.2 จำนวนครั้งเฉลี่ย 20 ครั้ง/วัน ความรุนแรงอยู่ในระดับ 2 - 4 การทำร้ายบุคคลอื่น เช่น กัด หยิก ผลัก และตี คิดเป็นร้อยละ 6.6 จำนวนครั้งเฉลี่ย 10 ครั้ง/วัน ความรุนแรงอยู่ในระดับ 2 และยังพบความเสี่ยงจากที่เด็ก ชน ไม้แข็ง วิ่งไปมาจนเกิดอุบัติเหตุ ได้รับบาดเจ็บต่อวันเฉลี่ย 5 ครั้งต่อวัน ความรุนแรงระดับ 2 (รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงประจำปี, 2553) เมื่อเด็กออทิสติกมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เมื่อไม่ได้รับการแก้ไขก็จะส่งผลกระทบต่อทุกคนในครอบครัวรวมทั้งด้านสุขภาพจิตที่ก่อให้เกิดความเครียดด้วย ขณะเดียวกันพ่อแม่เองมีความทุกข์เมื่อไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ และพฤติกรรมของลูกได้

เด็กออทิสติกที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์พบว่าเด็กจะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหากับครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ทำให้ครอบครัวไม่สามารถดูแลเด็กได้เหมาะสมตามพัฒนาการของเด็กเอง ส่งผลกระทบต่อรุนแรงและยาวนานต่อเด็กและครอบครัวในด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจของเด็กและครอบครัว เด็กเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก ซึ่งการมีพัฒนาการด้านต่างๆล่าช้า ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กในด้านต่างๆบกพร่องยิ่งขึ้น ครอบครัวผู้ดูแลเด็กเกิดความเครียดจากลักษณะการพึ่งพาของเด็ก และความสัมพันธ์ในครอบครัวมีแนวโน้มหย่าร้างมากขึ้น เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเด็กช้า (Mikhail & King, 2001)

จากการศึกษาของ Osborne et al (2009) พบว่า เมื่อพ่อแม่รับรู้ว่าคุณได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติกโดยขาดความรู้ความเข้าใจในโรคที่เด็กเป็น และขาดคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ทำให้พ่อแม่เด็กออทิสติกเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และซึมเศร้าขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการศึกษาของเด็กและพัฒนาการของเด็กได้ไม่ดี และเมื่อเด็กเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ชน ไม่นิ่ง มีปัญหาด้านอารมณ์ หงุดหงิด อาละวาด ทำให้เสี่ยงต่อการที่เด็กและผู้ปกครองจะได้รับอันตราย ครอบครัวจึงเกิดความเครียดจากลักษณะการพึ่งพาของเด็ก (Mikhail & King, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Goodman (1997) ที่ว่าหากเด็กมีปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาทางอารมณ์ ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน และขาดสัมพันธภาพทางสังคม ก็จะมีเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในอนาคตได้

แนวทางในการรักษาพยาบาลเด็กออทิสติกในปัจจุบัน มีการใช้วิธีการบำบัดหลายวิธีร่วมกัน โดยทีมสหวิชาชีพ เน้นการบำบัดร่วมกับครอบครัว เพื่อพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสังคม ภาษา และลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเด็กออทิสติก (Crockett et al., 2007) การช่วยเหลือเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม ที่นิยมใช้และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ได้แก่ การใช้พฤติกรรมบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การรักษาทางยา (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2549) สอดคล้องกับทางโรงพยาบาลยูวประสาทไวทยโยปถัมภ์ ที่มีการให้การบำบัดตามลักษณะอาการ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและครอบครัวของเด็ก ไม่ว่าจะเป็นการใช้พฤติกรรมบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม อรรถบำบัด กิจกรรมบำบัด พัฒนาการบำบัดโดยผู้ปกครองร่วมบำบัด โดยมีการส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม ภาษา การช่วยเหลือตนเองในด้านกิจวัตรประจำวัน การปรับพฤติกรรมที่มีปัญหา รวมถึงการใช้ยาร่วมด้วย แต่ถึงอย่างไรก็ยังคงพบว่าเด็กออทิสติกมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ อยู่ไม่นิ่ง แยกตัว ไม่มีสัมพันธภาพทางสังคมกับผู้อื่น รวมถึงมีพฤติกรรมด้านอารมณ์ที่เป็นปัญหา หงุดหงิด อาละวาด ก้าวร้าว โรคออทิสซึมเป็นโรคจิตเวชเรื้อรังถึงแม้จะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้วก็ยังพบว่า ส่วนใหญ่ยังมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่และขาดความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆได้เต็มที่ มีเพียงส่วนน้อยที่สามารถรักษาให้ดีขึ้นจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเล่นบำบัดเป็นอีกแนวทางในการบำบัดเด็กออทิสติก ที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการภาษาและสังคม ทำให้เกิดการมีสัมพันธภาพทางสังคมที่ดี ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี (Wittenborn et al., 2006) เนื่องจากเด็กออทิสติกหากได้รับการเรียนรู้ที่เหมาะสมจะช่วยพัฒนาศักยภาพของเด็กให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวความคิดการเล่นบำบัดของ Beyer and Gammeltoft (2001) ที่อธิบายว่า เด็กออทิสติกสามารถเรียนรู้ และจดจำผ่านสายตาเป็นหลัก การจัดการเล่นให้เป็นระบบ จะทำให้เด็กออทิสติกสามารถพัฒนาด้านภาษา และสังคม พัฒนาตัวตน เข้าใจความรู้สึกของตัวเองและผู้อื่น สามารถรอคอยได้ มีสมาธิ จดจ่อ ไม่วอกแวก สนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้นและมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและยังพบว่าการเล่นบำบัดเป็นอีกแนวทางในการบำบัดเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรม สามารถพัฒนาทักษะทางภาษาสังคม พัฒนาด้านอารมณ์และพฤติกรรมได้ (Carmichael, 2006)

การเล่นบำบัดมีความสำคัญในการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาโดยการเล่นเป็นทางออกให้เด็กได้แสดงความรู้สึกต่างๆ ออกมา ซึ่งมีส่วนสำคัญช่วย พัฒนาการด้านอารมณ์ เด็กได้ผ่อนคลาย ได้รับการตอบสนองความต้องการ (Opitz et al., 2004) พรอยด์และอิริคสัน (Isenberg & Jalongo, 1993)

กล่าวว่า การเล่นเป็นทางออกให้เด็กได้แสดงความรู้สึกต่างๆ ออกมา ซึ่งมีส่วนสำคัญช่วยลดภาวะทางอารมณ์ พัฒนาการยอมรับตนเอง (Self esteem) ตามความสามารถและศักยภาพของเด็ก พรอยด์และอิริคสันได้ระบุว่าอารมณ์เกี่ยวข้องกับการเล่นโดยการเล่นจะช่วยขับและลดความรู้สึกที่รุนแรงหรือกระด้างของเด็กออกไป เด็กทุกคนอาจมีความรู้สึกทางอารมณ์ เช่น กลัว อิจฉาริษยา โมโห คับข้องใจ เครียด เป็นต้น อารมณ์เหล่านี้จะถูกระบายออกมากทางการเล่น เมื่อเด็กได้ระบายอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาออกมาจากการเล่นจะช่วยให้เด็กคลายอารมณ์ขุ่นมัว และเด็กจะมีความสุข นอกจากนี้การเล่นจะช่วยสร้างความมั่นใจในตนเองซึ่งจะช่วยพัฒนาเด็กไปสู่ความสำเร็จได้ในอนาคต และจากแนวคิดทฤษฎีนั้นทนาการหรือการผ่อนคลาย ที่ได้มาจากความคิดของลาซารัส ที่ว่า การเล่นซึ่งเป็นการเติมพลังงานเพิ่มขึ้นในตัวเราเพื่อจะนำไปใช้ในการทำงานต่างๆ ดังนั้นจะต้องหาวิธีสะสมพลังงานไว้โดยการมีกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด (singer, 1973 อังโน แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร, 2552)

ปัจจุบันโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ได้นำการเล่นบำบัดมาใช้ บำบัดเด็กออทิสติก ที่บกพร่องพัฒนาการด้านสังคม และภาษา โดยจากการศึกษาของวิมล เนติวิธวรกุล (2548) ได้ศึกษาการใช้การเล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก ที่มารับการรักษาโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบว่าพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก หลังการใช้การเล่นบำบัดสูงกว่าก่อนการใช้การเล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การบำบัดรักษาเด็กออทิสติกที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์นั้น จะเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัด เนื่องจาก ครอบครัวเป็นบุคคลที่สำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาทักษะของเด็ก (Jull & Mirinda, 2011) และการเล่นบำบัดในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ที่ผ่านมา ยังไม่ได้ใช้ครอบครัวมาร่วมบำบัด ครอบครัวเป็นเพียงแค่ผู้สังเกตการณ์ และได้รับคำปรึกษาในด้านการเล่นเท่านั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงนำการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมในเด็กออทิสติก

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก จะน้อยกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวหรือไม่

2. พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว จะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก หลังได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกของ Beyer and Gammeltoft (2001) ที่ว่าการจัดการเล่นให้เป็นระบบ จะทำให้เด็กออทิสติกสามารถพัฒนาทักษะต่างๆได้ โดยการเล่นอย่างเป็นลำดับขั้นตอน มีการจัดลำดับก่อนหลัง และใช้การเรียงลำดับที่ชัดเจนสม่ำเสมอ โดยผ่านการรับรู้จากสายตาเป็นหลัก โดยการจัดการเล่นโดยผู้บำบัดจัดของเล่นและดูแลร่วมเล่นกับเด็กด้วย แนวคิดในการจัดกิจกรรมอ้างอิงจากความผิดปกติของเด็กออทิสติกที่แตกต่างจากพัฒนาการของเด็กปกติในวัยเดียวกัน เด็กออทิสติกไม่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองทั้งหมด เช่น เด็กออทิสติกไม่สามารถเลียนแบบและแสดงบทบาทสะท้อนกลับได้ ซึ่งแตกต่างจากเด็กปกติทั่วไป ส่งผลให้เด็กออทิสติกขาดทักษะการเล่นซับซ้อน การเล่นที่ต้องอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน 2 คน หรือมากกว่า ขาดการเชื่อมโยงการเล่นกับประสบการณ์เดิม หรือมีความลำบากในการเชื่อมโยงซึ่งต่างจากเด็กปกติ ดังนั้นในการเล่นบำบัด จึงเริ่มด้วยการฝึกให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็ก 1 คนกับผู้ใหญ่ 1 คนก่อนเพื่อให้เด็กออทิสติกได้เลียนแบบการเล่น เมื่อเด็กออทิสติกสามารถทำได้แล้วจึงจัดสถานการณ์ให้ได้เล่นกับเด็กคนอื่นๆ ต่อไป การจัดประสบการณ์การเล่นอย่างมีเป้าหมายจะทำให้เด็กออทิสติกสามารถพัฒนาตัวตน เข้าใจความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น สามารถรอยยิ้มได้มีสมาธิ สนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้นและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1.ระยะการสร้างสัมพันธภาพ พยายามสร้างความคุ้นเคย ระหว่างเด็กและครอบครัว โดยสัมผัสทักทาย แนะนำตัวกระตุ้นให้ถามตอบ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และเกิดการพัฒนาตัวตนซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นพื้นฐานของการพัฒนาทักษะทางด้านภาษาและสัมพันธภาพทางสังคม 2.ระยะบำบัดประกอบด้วยการเล่นบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อให้เด็กเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและฝึกทักษะทางสังคม

การเล่นบำบัด (Play Therapy) เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ มีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรม เป็นทางออกให้เด็กได้แสดงความรู้สึกต่างๆ ออกมา ซึ่งมีส่วนสำคัญช่วย พัฒนาการด้านอารมณ์ เด็กได้ผ่อนคลาย ทำให้เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการที่เหมาะสมกับความต้องการของตนเอง (Opitz et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Peter (2008) ที่ว่า การเล่นบำบัดช่วยพัฒนาทักษะสังคม ภาษา เกิดการเรียนรู้สามารถจัดการกับปัญหา ความคับข้องใจ หงุดหงิด โมโห ช่วยให้เด็กอยู่ในสังคมได้ไม่แยกตัวเล่นคนเดียวส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และยิ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Niloufar et al., 2011) ที่ว่าการเล่นบำบัดสามารถลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเด็กปฐมวัย เพิ่มการเรียนรู้ ลดปัญหาด้านอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมลดพฤติกรรมอาการ ความรุนแรงของเด็กที่ไม่นิ่งสมาธิสั้นได้อีกด้วย

การบำบัดแก้ไขปัญหาพฤติกรรมนั้น ครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่สุด การดูแลเด็กออทิสติก พลังครอบครัว คือ พลังแห่งความสำเร็จ (Marcus et al., 1997) การเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวจึงช่วยให้เด็กได้ผ่อนคลาย ช่วยสร้างเสริมพัฒนาการตามวัยและแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกได้ (Jull & Mirenda, 2011) สอดคล้องกับการเล่น จากการศึกษาของ Kasari et al. (2008) พบว่า การเล่นบำบัดร่วมกับมารดา โดยมารดาดูแลเอาใจใส่และเล่นกับเด็กอย่างต่อเนื่อง สามารถทำให้เด็กพัฒนาสัมพันธภาพทางสังคมกับมารดา ส่งเสริมทักษะด้านภาษา ทำให้ เด็กเกิดการแสดงออกของพฤติกรรมและอารมณ์ที่ดีขึ้นได้

จากแนวคิดข้างต้น ผู้วิจัยเชื่อว่าการใช้การเล่นบำบัดในการพยาบาลเด็กออทิสติก โดยครอบครัว มาร่วมเล่นบำบัดทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน จะทำให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกลดน้อยลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการศึกษาว่า

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก น้อยกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว
2. พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ ก่อนและหลัง การทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่มคือ 1.เด็กออทิสติก อายุ 3-6 ปีที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กตาม DSM IV 2. ผู้ปกครองเด็กออทิสติก เป็นบิดา มารดา หรือญาติ ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กมีหน้าที่เลี้ยงดูโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล ทำการทดลองที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ การเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กชายและหญิง ช่วงอายุระหว่าง 3- 6 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยบถัมภ์ แผนกผู้ป่วยนอกได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็ก ตามเกณฑ์ DSM IV (American Psychiatric Association, 2000) เป็นโรคออทิสติก และผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นปัญหาได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมสัมพันธ์สภาพทางสังคม

ครอบครัวเด็กออทิสติก หมายถึง พ่อ แม่ หรือ ญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก มีหน้าที่เลี้ยงดูโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำของเด็กออทิสติกที่มีต่อสิ่งเร้า ในลักษณะของการก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อตนเอง และผู้อื่น สำหรับการศึกษาประกอบด้วย พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านสัมพันธ์สภาพทางสังคม โดยประเมินพฤติกรรมเด็กด้วยแบบประเมินพฤติกรรม The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอารมณ์ หมายถึง การแสดงออกทางสีหน้า เป็นอารมณ์ทางลบ ได้แก่ เศร้า กังวล หวาดกลัว โกรธ สีหน้าไม่เป็นมิตร ดูไม่มีความสุข หงุดหงิด โมโห ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย ชี้กิ้ว หรือการแสดงออกทางกาย โดยการ ตี ผลัก ขว้างปาของ

พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกมากเกินไป ไม่สามารถนั่งนิ่งอยู่กับที่ได้ นาน อยู่ไม่สุข วุ่นวาย วอกแวกง่าย สมาธิสั้น ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจอะไรจริงจึงมีความสนใจช่วงสั้นๆ

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสัมพันธ์สภาพทางสังคม หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำของเด็กออทิสติกที่แสดงต่อกันระหว่างบุคคลในสังคมโดยการใช้ภาษาพูด หรือภาษาท่าทาง ได้แก่ การขาดความรู้สึกห่วงใยผู้อื่น ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้อื่น ไม่แบ่งปัน รอคอยไม่เป็น แสดงออกด้วยพฤติกรรมไม่เหมาะสม ไม่สามารถอดทนรอคอย หรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้นาน เป็นผลให้ไม่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน ผู้ปกครอง หรือครู มีการแยกตัว หรือเล่นคนเดียว

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาล และบุคลากรที่มีสุขภาพจิตให้บริการตามปกติให้กับผู้ป่วยเด็กออทิสติกเป็นรายบุคคล ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยบถัมภ์ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลดังต่อไปนี้ อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง ไม่เป็นระบบและไม่เท่ากัน ได้แก่ การซักประวัติ กิจกรรมพัฒนาการบำบัดโดยผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมทำกิจกรรม โดยมีกิจกรรมพัฒนาการด้านสังคม พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน พัฒนาการด้านภาษาและการสื่อความหมาย พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ การปรับพฤติกรรม อรรถบำบัด การบำบัดด้วยดนตรี การบำบัดด้วยการว่ายน้ำ การให้คำแนะนำเรื่องยา การได้รับยา การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่ญาติและผู้ปกครอง และการมาตรวจตามนัด

การเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ด้วยการเล่นของเล่นร่วมกับครอบครัว เพื่อพัฒนาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ส่งเสริมทักษะทางสังคม ลดพฤติกรรมไม่นิ่ง สร้างสมาธิ ของเด็กออทิสติก โดยครอบครัวเข้าร่วมทุกกิจกรรมการเล่นบำบัดที่จัดกับเด็ก อีกทั้งฝึกและทดสอบความสามารถในการทำกิจกรรมการเล่นบำบัดนั้นๆ กับเด็กทุกครั้ง จนสามารถทำได้และทำเป็น นำไปปฏิบัติต่อกับเด็กออทิสติกที่บ้านได้เอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Beyer and Gammeltoft (2001) ที่ว่าเด็กออทิสติกสามารถเรียนรู้ที่จะจดจำลำดับของกิจกรรมภายใต้การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมทักษะด้านสังคมและการเรียนรู้ โดยการจัดระบบ กำหนด กฎ กติกาและการจัดกิจกรรมให้โดยมีการจัดลำดับก่อนหลัง ไขการเรียงลำดับที่ชัดเจนสม่ำเสมอ โดยผ่านการรับรู้จากสายตาเป็นหลัก โดยการจัดการเล่นโดยผู้บำบัดจัดของเล่นและดูแลรวมเล่นกับเด็กด้วย และประยุกต์ร่วมกับการนำครอบครัวเข้ามาร่วมในกิจกรรมการเล่นบำบัดของ Kasari et al. (2008) เป็นกิจกรรมการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวโดยใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ บำบัดรายบุคคล ครั้งละ 30 นาที จำนวน 8 ครั้ง บำบัดรายกลุ่ม ครั้งละ 60 นาที จำนวน 2 ครั้ง รวมการเล่นบำบัดทั้งหมด 10 ครั้ง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้ คือ ระยะเวลาเตรียมการ/สร้างสัมพันธภาพ และ ระยะเวลาบำบัด มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาเตรียมการและสร้างสัมพันธภาพกับเด็กและครอบครัว

จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 45 นาที ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 30 นาที

ครั้งที่ 1 พยาบาลสร้างความคุ้นเคย ระหว่างเด็กและครอบครัว ประกอบด้วย

1. เตรียมครอบครัวที่เข้าร่วมการเล่นบำบัด ให้ความรู้เรื่องการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกให้กับครอบครัว เพื่อให้เข้าใจถึงการเล่นบำบัด และเกิดความคุ้นเคยและครอบครัวไว้วางใจพยาบาล จำนวน 1 ครั้ง เป็นเวลา 15 นาที

2. เตรียมเด็ก พยาบาลสร้างความคุ้นเคยกับเด็ก ด้วยการเล่นชื่อว่า “**สร้างความคุ้นเคย**” เป็นการสัมผัส ทักทาย แนะนำตัว ให้เด็กหยิบจับของเล่นเลือกของเล่นเอง กระตุ้นให้เด็กพูดตาม และชื่นชมเด็กสะท้อนความก้าวหน้าของพฤติกรรมเด็ก พยาบาลเล่นกับเด็ก 20 นาที และให้ครอบครัวเล่นกับเด็ก 10 นาที

ครั้งที่ 2 เตรียมเด็ก ด้วยการเล่นชื่อว่า “**เรียนรู้ตัวตน**” เป็นการเล่นให้เด็กเรียนรู้จักตัวเองผ่านกระจกเงา เพื่อให้เกิดการมอง และมีการพัฒนาตัวตนของเด็กออทิสติก กระตุ้นให้เด็กแนะนำตัวเองโดยให้มองกระจก พยาบาลเล่นกับเด็ก 20 นาที และให้ครอบครัวเล่นกับเด็ก 10 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาบำบัด สัปดาห์ที่ 2-5 ครั้งที่ 3-8 บำบัดรายบุคคล และ ครั้งที่ 9-10 บำบัดรายกลุ่ม ครั้งละ 30 นาที (พยาบาลเล่น 20 นาที ครอบครัวเล่น 10 นาที) ประกอบด้วย

การเล่นเลียนแบบ 2 ครั้ง ด้วยการเล่นชื่อว่า “**เล่นของเล่น**” เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้ เกิดการเล่นแบบ เกิดอารมณ์เชิงบวก ได้ระบายอารมณ์ความรู้สึก ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมอารมณ์ที่เหมาะสม (Isenberg & Jalongo, 1993) ประกอบด้วยการเล่น

ครั้งที่ 1 พยาบาลนำของเล่น เช่น ตุ๊กตา โทรศัพท์ บล็อก มาเล่นเป็นตัวอย่าง ให้เด็กออทิสติกดู 3 ครั้ง กระตุ้นให้เด็กออทิสติกเล่นเลียนแบบตาม ชื่นชมเด็กสะท้อนความก้าวหน้าของพฤติกรรมและให้ครอบครัวเล่นกับเด็ก

ครั้งที่ 2 ให้ผู้ปกครองนำของเล่นมาจากบ้าน พยาบาลเล่นของเล่นเป็นตัวอย่างให้เด็กออทิสติกดู 3 ครั้ง แล้วกระตุ้นให้เด็กออทิสติกเล่นเลียนแบบตามและพูดคุยโต้ตอบ ชื่นชมเด็ก สะท้อนความก้าวหน้าของพฤติกรรมเด็ก และให้ครอบครัวเล่นกับเด็ก

การเล่นกับสื่อ 2 ครั้ง ด้วยการเล่นที่ชื่อ “เล่นกับชีวิตจริง” เพื่อให้เด็กสามารถเกิดการเชื่อมโยงระหว่างภาพคำศัพท์กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันที่ได้ปฏิบัติอยู่ได้ ทำให้เกิดสมาธิ จดจ่อสนใจในการมองภาพส่งผลให้เกิดคำศัพท์อันเป็นพื้นฐานของภาษาที่จะสามารถสื่อสารได้และสามารถเชื่อมโยงกับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยการเล่น

ครั้งที่ 1 นำภาพลำดับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มาเล่าเรื่องราวให้เด็กฟัง แล้วให้เด็กออทิสติก นำสิ่งของจำลองมาวางที่รูปภาพให้ตรงกัน กระตุ้นให้เด็กออทิสติกพูดคุยโต้ตอบ ชื่นชมเด็ก สะท้อนความก้าวหน้าของพฤติกรรมเด็ก แล้วให้เด็กนำสิ่งของในเหตุการณ์มาวางที่รูปภาพให้ตรงกัน

ครั้งที่ 2 ให้ผู้ปกครองนำของใช้ในบ้านมาเป็นของเล่น เล่นโดยนำภาพที่ตรงกับของเล่นที่ผู้ปกครองนำมาจากบ้าน มาเปิดและเล่าให้เด็กออทิสติกฟัง แล้วให้เด็กออทิสติกนำสิ่งของจำลองมาวางที่รูปภาพให้ตรงกัน พร้อมกระตุ้นให้เด็กออทิสติกพูดคุยโต้ตอบ ชื่นชมเด็ก สะท้อนความก้าวหน้าของพฤติกรรมเด็ก

เล่นสลับบทบาท และเล่นตามกติกา 2 ครั้ง ด้วยการเล่นชื่อว่า “เธอกับฉัน” โดยใช้หมวกเป็นสัญลักษณ์ ในการสลับการเล่นโดยการนำลูกบอลใส่ตะกร้า เพื่อให้เด็กรู้จักการรอคอย มีสมาธิ มีพฤติกรรมที่อยู่นิ่งขึ้น สามารถเล่นสลับบทบาทได้ และต่อด้วยการเล่นชื่อว่า “ใครหมัดก่อน” โดยการเล่นจับคู่การ์ดสีแข่งกัน ใครจับคู่ครบก่อนยกมือขึ้น เพื่อให้เด็กรู้จักการรอคอย มีสมาธิ จดจ่อกับงาน และเรียนรู้จัก กฎ กติกา ง่าย ๆ ในการเล่นเกมกับผู้อื่น มีสัมพันธภาพและอยู่ร่วมกับผู้อื่น เมื่อกลับบ้านให้เด็กเล่นกับพี่น้องในบ้านหรือเล่นกับผู้อื่น

การบำบัดรายกลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที

เล่นตามกติกา ด้วยการเล่นที่ชื่อว่า “อ่อยจิ้ง” เล่นโดยส่งหมวกให้เพื่อน โดยใช้ “เพลงส่งหมวก” ประกอบการเล่น จากนั้นใช้การ์ดรูปขนมและไม่มีรูปขนมเป็นสื่อและให้ผู้นำการเล่นใส่หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการนำเล่น เพื่อให้เด็กแสดงอารมณ์ความรู้สึกสามารถเล่นกับเพื่อน สามารถรอคอยควบคุมตนเอง และรู้จักการสลับบทบาทการเป็นผู้นำและผู้ตามได้ เพื่อให้เกิด รูปแบบการสร้างสัมพันธภาพ เกิดการสื่อสาร มีสมาธิ การรอคอย เล่นเป็นเวลา 30 นาที หลังจากนั้นครอบครัวเล่นกับเด็ก 30 นาที

ในการเล่นที่บ้านผู้ปกครองเล่นกับเด็กที่บ้านทุกวัน วันละอย่างน้อย 30 นาที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พัฒนาระบบการพยาบาลเด็กออทิสติก
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมของเด็กออทิสติกซึ่งผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเด็กออทิสติก
 - 1.1 ความหมายของเด็กออทิสติก
 - 1.2 สาเหตุ อาการ และการดำเนินของโรคออทิสติก
 - 1.3 การวินิจฉัยโรคออทิสติก
 - 1.4 การรักษาผู้ป่วยออทิสติก
2. การพยาบาล
 - 2.1 การพยาบาลเด็กออทิสติก
 - 2.2 การพยาบาลเด็กออทิสติกในโรงพยาบาลยูวประสาทไวทยโยปถัมภ์
3. พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก
 - 3.1 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอารมณ์
 - 3.2 พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง
 - 3.3 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสัมพันธ์ทางสังคม
 - 3.4 สาเหตุ/ปัจจัย พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเด็กออทิสติก
 - 3.5 การประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
4. การเล่นบ๊อบบี้ในเด็กออทิสติก
 - 4.1 ความหมายและความสำคัญของการเล่น
 - 4.2 แนวคิดเชิงทฤษฎีของการเล่น
 - 4.3 ชนิดของการเล่น
 - 4.4 เทคนิคการเล่นบ๊อบบี้
 - 4.5 การเล่นของเด็กปฐมวัย (3 - 6 ปี)
 - 4.6 การเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัว
5. การเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเด็กออทิสติก

1.1 ความหมายของเด็ก Autistic

โรคออทิสซึม (Autism) เป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่วินิจฉัยได้ตั้งแต่วัยเด็กเล็ก เกิดจากความผิดปกติในหน้าที่ของสมองบางส่วน ถูกเรียกชื่อตามภาษาอังกฤษทั่วโลก มีความหมายว่า “ตัวเอง” คือ “Self” เพราะผู้เป็นโรคนี้อาจแยกตัวอยู่ตามลำพัง คืออยู่ในโลกของตัวเอง เหมือนกับมีกำแพงที่มองไม่เห็นกั้นตัวเขาแยกจากสังคมรอบ

วินัดดา ปิยะศิลป์ (2549) กล่าวว่าเด็กออทิสติกคือเด็กที่เป็นโรคออทิสซึม ซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางพัฒนาการมีความล่าช้าทางพัฒนาการทางภาษามีการแยกตัวจากสังคมมีความผิดปกติของประสาทการรับรู้ทำให้มีการแปลผลข้อมูลจากประสาทสัมผัสผิดพลาดไปจากปกติมีผลต่อพัฒนาการทางการพูดและภาษา

เพ็ญแข ลิมศิลา (2550) กล่าวว่าเด็กออทิสติกคือเด็กที่มีภาวะของโรคออทิสซึมพบว่ามีความล่าช้าของพัฒนาการคือการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมการสื่อความหมายและจินตนาการแสดงให้เห็นจากการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเด็กวัยเดียวกันเช่นอยู่ในโลกส่วนตัวของตนเองไม่สามารถสื่อความหมายกับบุคคลรอบข้างเล่นกับใครไม่เป็นแสดงพฤติกรรมซ้ำๆทั้งการกระทำและความคิด

จิราพร ศรีเจริญการ (2551)กล่าวว่า เด็กออทิสติก หรือ ออทิสซึม จะปรากฏเด่นชัดในด้านการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ต่างไปจากเด็กปกติทั่วไปส่วนใหญ่จะพบความบกพร่องในด้านการเข้าสังคม การสื่อสาร และการแสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์

Quill (2002) กล่าวว่าเด็กออทิสติกคือเด็กที่มีภาวะออทิสซึมมีความบกพร่อง 3 ด้านคือมีความบกพร่องทางด้านสังคมมีความบกพร่องด้านการสื่อสารมีความบกพร่องด้านพฤติกรรมอารมณ์จากคำจำกัดความและความหมายของเด็กออทิสติก

Goodman (2005) กล่าวว่า เด็กออทิสติก คือ เด็กที่มีภาวะของโรคออทิสซึมที่มีความบกพร่องพัฒนาการด้านสังคม การสื่อสารและมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ซ้ำๆ

จากการทบทวนวรรณกรรม เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการหลายด้านคือความสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อสารการจินตนาการ การเล่นการแสดงพฤติกรรมและความสนใจอยู่ในวงจำกัดไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ

1.2 สาเหตุของ อาการ และการดำเนินของโรคออทิสติก

สาเหตุ สาเหตุของการเกิดภาวะออทิสซึมยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดแต่มีความเชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทระบบชีววิทยาและระบบสมองทำงานผิดปกติและการติดเชื้อต่างๆของมารดาส่งผลทำให้เกิดความบกพร่องในพัฒนาการด้านต่างๆและมีพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากพัฒนาการของคนทั่วไปของโรคออทิสติกยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด ได้กล่าวถึงสาเหตุของโรคออทิสติก ดังนี้

1. จากการศึกษาวิจัยพบว่าสาเหตุจากปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้พัฒนาการของสมองเด็กผิดปกติไป อาจเกิดได้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา

2. มีหลักฐานหลายอย่างที่แสดงว่าเด็กออทิสติกมีความผิดปกติทางหน้าที่ของสมอง เช่น เด็กออทิสติก ร้อยละ 25-30 จะมีอาการของโรคลมชักในระยะเริ่มเข้าวัยรุ่น จากการตรวจคลื่นสมองด้วยไฟฟ้าพบว่า มีความผิดปกติของคลื่นสมองแบบไม่เฉพาะเจาะจง (Non-specific) มากกว่าเด็กทั่วไป ขนาดของสมองโตกว่าเด็กทั่วไปเล็กน้อย

3. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ เนื่องจากพบเด็กออทิสติกในคู่แฝดจากไข่ใบเดียวกัน มากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ และอัตราส่วนของออทิสซึมในพื้นที่ท้องเดียวกันพบถึง 1 : 50 ส่วนในเด็กทั่วไปพบ 1 : 2000

4. เคยมีรายงานถึงสารบางอย่างที่เป็นตัวนำทางระบบประสาท เช่น ระดับของ ซีโรโทนิน และ สารโดปามีนสูง แต่ยังไม่เป็นที่ยอมรับแน่นอน ซึ่งสารซีโรโทนิน เป็นสารเคมีที่สำคัญในการทำงานของสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม

5. ในเด็กออทิสติกมีความผิดปกติในระบบภูมิคุ้มกัน คือ มีระบบภูมิคุ้มกันกลับไปทำลายระบบประสาทของตนเอง

6. พบมีการเปลี่ยนแปลงของยีนในพ่อแม่ที่ทำงานในโรงงานคอมพิวเตอร์ อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถบอกได้ถึงสาเหตุที่แน่นอน แต่ก็มีผู้วิจัยและศึกษาอย่างจริงจัง

อาการ

เด็กออทิสติกจะแสดงอาการผิดปกติหลายด้านด้วยกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค และในเด็กแต่ละคนจะมีความผิดปกติในแต่ละด้านยังมีความรุนแรงที่แตกต่างกันจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแบ่งอาการและอาการแสดงของโรคออทิสติกได้เป็น 3 กลุ่มดังนี้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ., 2545)

1. ความบกพร่องทางสังคมและการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเด็กออทิสติกจะมีพัฒนาการทางสังคมที่บกพร่องค่อนข้างมากโดยลักษณะอาการที่พบได้มีหลายแบบด้วยกันเช่นมีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นทำให้ไม่มีคนที่ใกล้ชิดทั้งที่บ้านและโรงเรียนไม่มีเพื่อนสนิทนอกจากนั้นยังสนใจสิ่งของที่เป็นวัตถุมากกว่าบุคคลขาดความสนใจสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวแสดงอาการเฉาเหม่อลอยอย่างผิดปกติไม่ตอบสนองต่อเสียงทั้งที่ประสาทการรับรู้ทางหูปกตินอกจากนี้ที่พบได้อีกคือไม่สบตา

2. ความบกพร่องทางการสื่อสารและการใช้ภาษาเด็กออทิสติกจะมีปัญหาทางภาษาและการสื่อสารอย่างรุนแรงได้แก่พูดซ้ำหรือพูดไม่ได้เลยไม่สามารถเริ่มต้นบทสนทนาหรือตอบสนองต่อบทสนทนากับผู้อื่นได้ (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545)

3. ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กออทิสติก อุมาพร ตรังคสมบัติ (2545) ได้กล่าวไว้ดังนี้

3.1 การแสดงออกทางอารมณ์เด็กออทิสติกจะแสดงออกทางอารมณ์ที่น้อยหรือรุนแรงเกินไปเช่นเฉยเมยสีหน้าเรียบเฉยเวลาพูดคุยชอบแยกตัวและเล่นคนเดียวกลัวบางอย่างโดยไม่มีเหตุผลเวลาโกรธหรือไม่พอใจร้องกรี๊ดเป็นเวลานานหรือร้องอย่างโหยหวนผิดธรรมดา

3.2 การเคลื่อนไหวผิดปกติคือมีการเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำๆเช่นโบกมือไปมาหมุนตัวเดินเขย่งวิ่งไปมาอย่างไร้จุดหมายเป็นต้นชอบทำอะไรซ้ำๆเช่นโบกมือไปมาโยกตัวชอบดูโฆษณาทางโทรทัศน์หรือดูการ์ตูนซ้ำๆจนมากไม่อยู่นิ่งสมาธิสั้น

3.3 การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างไม่แน่นอนเช่นเด็กบางคนอาจดูคล้ายคนหูหนวกเพราะไม่ตอบสนองต่อเสียงเรียกไม่หันมาเมื่อพ่อแม่เรียกเป็นต้นปรับตัวยากไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆตัวหรือกิจวัตรประจำวันเช่นทำกิจวัตรประจำวันเดิมเดินตามเส้นทางเดิมเป็นต้นถ้ามีการเปลี่ยนแปลงจะหงุดหงิดอาละวาดเด็กออทิสติกจะมีประสาทสัมผัสมีความไวเกินไป (hypersensitive) เช่นไวต่อเสียงทนเสียงปกติธรรมดาเช่นเสียงสุนัขเห่าหรือเสียงคนปิดประตูไม่ได้จะร้องไห้มากหรืออาละวาดเมื่อได้ยินเสียงดังกล่าวบางคนไวต่อการเคลื่อนไหวหรือการสัมผัสจับต้องจะตกใจง่ายต่อสิ่งเร้าบางอย่างและร้องกรี๊ดหรือโวยวายเกินเหตุเป็นต้น

3.4 มีความผิดปกติในการเล่นกล่าวคือไม่มีจินตนาการจะเล่นสมมติหรือเลียนแบบไม่เป็น เล่นของเล่นไม่เป็นชอบเล่นของเล่นซ้ำๆอย่างไม่มีจุดหมายชอบของที่หมุนไปมาชอบเอาของเล่นมาดูใกล้ตาเล่นเกมที่มีลักษณะโต้ตอบไม่เป็นเช่นเล่นจะเอ่เล่นร่วมกับเด็กอื่นไม่เป็นไม่เข้าใจกฎกติกาหรือวิธีการเล่นเป็นต้น

สรุปได้ว่า อาการและอาการแสดงของเด็กออทิสติกจะแสดงออกโดยการไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ในลักษณะโต้ตอบกับบุคคลอื่นได้มีปัญหาทางภาษาและการสื่อสารจะพูดช้าหรือไม่พูดเลยใช้คำศัพท์แปลกๆสื่อสารโดยใช้ท่าทางไม่เป็นและมีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมซึ่งจะแสดงออกทางอารมณ์ไม่สมเหตุสมผลมีการเคลื่อนไหวผิดปกติมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าไม่แน่นอนนอกจากนี้จะไม่มีความจินตนาการในการเล่นเล่นสมมติหรือเลียนแบบไม่เป็น

1.3 การวินิจฉัยโรคออทิสติก

การประเมินและวินิจฉัยออทิสติกนั้นส่วนมากมักพบความผิดปกติบางอย่างที่สังเกตได้ตั้งแต่อายุได้ 18 เดือน และจะได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์เมื่ออายุ 2 ปี และมีความผิดปกติที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านภาษา พัฒนาการด้านสังคม และพฤติกรรมซ้ำซาก เกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสติกตามคู่มือการวินิจฉัยโรค DSM-IV โดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 2000) กำหนดหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยออทิสติก ดังนี้

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

- 1.1 มีคุณลักษณะในการเข้าสังคมที่ผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้
 - ก. บกพร่องอย่างชัดเจนในการใช้ท่าทาง เช่น การสบตา การแสดงสีหน้า ท่าทาง
 - ข. ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับที่เหมาะสมได้
 - ค. ไม่แสดงความอยากเข้าร่วมกิจกรรมกับคนอื่น ๆ ไม่เสนอว่าตนสนใจอะไร
 - ง. ไม่มีอารมณ์ หรือสัมพันธ์ภาพตอบสนองกับสังคม
- 1.2 มีคุณลักษณะในการสื่อสารผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้
 - ก. พัฒนาการในการพูดช้า หรือไม่มีเลย ไม่สื่อสารโดยใช้วิธีท่าทางมาทดแทน
 - ข. ในรายที่มีการพูดได้ ก็ไม่สามารถเริ่มพูด หรือสนทนาต่อเนื่องกับคนอื่นได้
 - ค. ใช้คำพูดซ้ำ หรือใช้ภาษาที่ไม่มีใครเข้าใจ มีภาษาพูดเป็นของตนเอง
 - ง. ไม่มีการเล่นสมมติที่หลากหลาย หรือเล่นเลียนแบบสิ่งต่างๆ ตามพัฒนาการ

1.3 มี แบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัด แสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อ
ต่อไปนี้

- ก. หมกมุ่นกับพฤติกรรมซ้ำๆ (Stereotyped) ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป
- ข. ติดกับกิจวัตร หรือย้ำทำกับบางสิ่งบางอย่างที่ไม่มีประโยชน์โดยไม่ยืดหยุ่น
- ค. ทำกิริยาซ้ำๆ (Mannerism) เช่น เล่นสะบัดมือ หมุน โยกตัว

2. มีความ ซ้ำ หรือผิดปกติในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ ก่อนอายุ 3 ปี

- 2.1 ปฏิสัมพันธ์ กับสังคม
- 2.2 ภาษาที่ใช้สื่อสารกับสังคม
- 2.3 การใช้สัญลักษณ์ หรือการเล่นตามจินตนาการ

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

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

1.4 การรักษา

สำหรับการรักษาเด็กออทิสติกนั้นไม่มีวิธีที่แน่นอนและตายตัว และไม่มียาที่รักษาให้หายขาด แต่พยาบาลหรือผู้เชี่ยวชาญสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกให้ดีขึ้นได้โดยให้ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด ได้มีแนวทางที่หลากหลายที่สามารถเลือกให้เหมาะสมกับตัวเด็กแต่ละบุคคล มาโนช หล่อตระกูล (2552) ได้เสนอการดูแลรักษาเด็กออทิสติก ไว้ดังนี้

1. **พฤติกรรมบำบัด** ยังไม่มีการบำบัดรูปแบบเฉพาะที่ได้ผลดีที่สุด มักต้องใช้หลายวิธีการมาประยุกต์ร่วมกัน การบำบัดที่ยอมรับทั่วไป ได้แก่ การกระตุ้น และบูรณาการประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้าน (sensory integration) การฝึกทักษะทางสังคมและการสื่อสาร และการปรับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ โดยอาศัยหลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ เป็นต้น การบำบัดที่ได้ผลดีต้องเป็น การบำบัดที่เข้มข้นจริงจังใช้เวลาฝึกมากกว่า 25 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เริ่มต้นฝึกเร็ว และครอบครัวต้องร่วมมือในการฝึกอย่างมาก

2. **การฝึกพูด** ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกพูดโดยนักแก้ไขการพูดที่มีประสบการณ์ฝึกเด็กที่เป็น autistic spectrum disorder ไปพร้อมกับการบำบัด ด้านพฤติกรรม

3. **การรักษาด้วยยา** การรักษาด้วยยาส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพียงเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมบาง เนื่องจากไม่มียาที่ใช้รักษาโรคหรือยาที่รักษาอาการหลัก

เด็กออทิสติกหลายคนจำเป็นต้องใช้ยา ยาส่วนใหญ่ที่ใช้ในเด็กออทิสติกไม่ได้เป็นยาที่ถูกคิดค้นขึ้นมาเพื่อรักษาโรคออทิสซึมโดยตรง แต่เป็นยาที่พัฒนามาจากการศึกษาวิจัยสำหรับโรคอื่น จากการศึกษาวิจัย นักวิทยาศาสตร์พบว่าอาการบางอย่างในโรคออทิสซึมมีลักษณะใกล้เคียงกับโรคบางโรค จึงลองนำเอายาที่ใช้รักษาโรคนั้นมาใช้ในเด็กออทิสติก และพบว่ายาหลายตัวใช้ได้ผลดี

ตัวอย่างเช่น ยาแก้เศร้า เป็นยาที่คิดค้นขึ้นมาเพื่อรักษาโรคซึมเศร้า แต่ได้นำมาทดลองใช้กับเด็ก ออทิสติกปัญหาพฤติกรรมเช่น ลดอาการเศร้า ลดเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น

ยาไม่ได้ไปเปลี่ยนแปลงความผิดปกติที่เกิดขึ้นในสมอง แต่ยาไปทำให้สมองทำงานดีขึ้น โดยไปลดอาการผิดปกติต่างๆ เช่น อาการก้าวร้าว อย่างไรก็ตามแพทย์มักจะให้ยาโดยมีวัตถุประสงค์ว่า เมื่อให้ยาแล้วเด็กจะมีอาการดีขึ้น และจะเรียนรู้ได้มากขึ้น การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่จะมีผลให้พฤติกรรมของเด็กเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

ยาที่นำมาใช้ในเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ

1. ยากลุ่ม Major tranquilizers ได้แก่ ยา Haloperidol และ Risperidone เป็นยาที่มีการศึกษาวิจัยกันมากในกลุ่มออทิสติก มีฤทธิ์ช่วยให้เด็กแยกตัวน้อยลง เข้าสังคมมากขึ้น รวมทั้งลดพฤติกรรมซ้ำๆ หรือเมื่อเด็กอาละวาดก้าวร้าวและมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นบ่อยในเด็กคือ อาการง่วงนอน ส่วนอาการกล้ามเนื้อเกร็งหรือเคลื่อนไหวผิดปกติที่พบไม่บ่อย เด็กร้อยละ 80 เด็กสามารถเข้ายาดังนี้ได้อย่างปลอดภัย แพทย์มักใช้ยานี้เมื่อทำการช่วยเหลือด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล

2. ยากันชัก เช่น ยา Depakine มีฤทธิ์ลดหรือป้องกันอาการชักลดอาการก้าวร้าว ทำให้เด็กสงบและมีอาการช่นน้อยลง

Risperidone

ข้อบ่งใช้

มีข้อบ่งใช้ในการรักษาอาการฟุ้งพล่าน (Mania) ของอารมณ์แปรปรวนชนิด Bipolar ซึ่งอาการเหล่านี้จะมีลักษณะ อารมณ์คึกคัก มีการแสดงความรู้สึกมาก หรือมีอาการฉุนเฉียว มีอาการลำพองตนมีความต้องการนอนหลับน้อยลง อาการพูดมากและเร็ว มีความคิดหลายอย่างปะดังเข้ามาอย่างรวดเร็ววอกแวก มีการตัดสินใจที่ไม่ดี รวมทั้งที่พฤติกรรมที่ก้าวร้าวและก้าวร้าวรุนแรง และชอบทำร้ายตนเอง เป็นต้น

กลไกการออกฤทธิ์

Risperidone เป็น Selective monoaminergic antagonist โดยมีคุณสมบัติไปจับกับตัวรับของ ซีโรโทนินชนิด - HT และตัวรับของโดปามีนชนิด D ได้ดี นอกจากนี้ยังสามารถจับกับตัวรับอะดรีเนอ-จิก ชนิดแอลฟา 1 Risperidone จับกับตัวรับรองฮิสตามีนชนิด H1 และตัวรับอะดรีเนอจิกชนิดแอลฟา 2 ได้ไม่ตึง และไม่จับกับตัวรับโคลิเนอร์จิก ถึงแม้ว่า Risperidone จะเป็นยาต้าน D ที่ออกฤทธิ์แรงซึ่งช่วยในการบรรเทาอาการจิตเภทชนิด Positive แต่ยานี้จะกวดการเคลื่อนไหว (Motor activity) และเหนียวนำไปเกิด Catalepsy ได้น้อยกว่ายาจำพวก Neuroleptics ความสมดุลของ ซีโรโทนินในสมองกับฤทธิ์ต้านโดปามีนอาจช่วยลดอาการข้างเคียงทาง Extrapyrimalal ที่จะเกิดขึ้น และทำให้ตัวยาดังกล่าวมีฤทธิ์ในการรักษาครอบคลุมอาการจิตเภทชนิด Negative รวมทั้งอาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทางด้านอารมณ์

อาการไม่พึงประสงค์

อาการอันไม่พึงประสงค์ที่ได้รับรายงานระหว่างการใช้ Risperidone มีดังนี้

อาการที่พบบ่อย :

นอนไม่หลับ กระวนกระวาย วิดกกังวล ปวดศีรษะมีรายงานการเกิดอาการสงบ
ระงับในเด็กและวัยรุ่นมากกว่าที่พบในผู้ใหญ่ โดยทั่วไปมีอาการเพียงเล็กน้อยและเป็นระยะสั้น ๆ

อาการที่พบบรองลงมา :

ง่วง เมื่อยล้า เวียนศีรษะ ขาดสมาธิ ท้องผูก อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวด
ท้อง เห็นภาพไม่ชัดเจน Priapism, erectile, dysfunction, ejaculatory, dysfunction, orgasmic
dysfunction, urinary incontinence, เยื่อจมูกอักเสบ ผื่นแดง และอาการแพ้อื่น ๆ

Risperidone ทำให้เกิด Extrapyramidal symptoms ดังต่อไปนี้ มีอัมพาต
กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง น้ำลายไหลมากผิดปกติ Bradykinesia, akathisia กล้ามเนื้อบิดเกร็งชนิด
เฉียบพลัน (Acute dystonia) อาการเหล่านี้มักจะเป็นชนิดไม่รุนแรงและกลับสู่สภาพปกติได้หากลด
ขนาดยาลง และ/หรือ ให้ยาต้านParkinson เมื่อจำเป็น ในบางครั้งมีรายงานว่าผู้ป่วยมีอาการเวียน
ศีรษะหรือความดันโลหิตต่ำหรือความดันโลหิตต่ำลงขณะเปลี่ยนอิริยาบถ และเกิด (Reflex)
Tachycardia ความดันโลหิตสูงอาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับ Risperidoneและมีรายงานของการเกิด
น้อยลงของ Neutrophil และ/หรือ Thrombocyte สามารถทำให้ความเข้มข้นของ Prolactin ใน
พลาสมาเพิ่มขึ้นซึ่งขึ้นกับขนาดยาที่ให้ (Dosedependent) อาการที่เกิดขึ้นอาจได้แก่ มีน้ำนมไหล
หน้าอกโต รอบประจำเดือนผิดปกติ และไม่มีประจำเดือน (Amenorrhea)

Haloperidol

กลไกการออกฤทธิ์

เป็นยาบรรเทาโรคจิตในกลุ่มบิวทิโรฟีโนน ออกฤทธิ์โดยแย่งโดปามีนจับกับD₂
receptorที่ postsynaptic และเพิ่มการทำลายโดปามีนในสมองส่วน mesolimbic dopaminergic
system ถ้าให้ยานี้ติดต่อกันระยะหนึ่ง จะพบว่าเซลล์ประสาทจะหลั่งโดปามีนลดลงด้วย

ข้อบ่งใช้

1. ใช้ควบคุมอาการของโรคจิต เช่น โรคจิตเภท โรคจิตในระยะคุ้มคลั่ง และโรคจิต
ที่เกิดจากยา

2. ใช้รักษาพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก

3. ใช้ควบคุมอาการกล้ามเนื้อกระตุก และพฤติกรรมซ้ำๆ ของ Tourett's syndrome

ข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่ระบบประสาทส่วนกลางถูกกด หรือมีอาการโคม่า และใน
ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

2. ไม่ควรใช้ยานี้ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ในสตรีมีครรภ์และให้นมบุตร

3. ใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยโรคลมชัก

4. ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับแอลกอฮอล์หรือยากดประสาทส่วนกลางอื่นๆ ยากัน
ชัก ยาที่ทำให้เกิดอาการทาง EPS

อาการข้างเคียง

ที่พบบ่อยได้แก่อาการทางระบบ EPS เช่น อาการเข็งง้ำง้ำ พุดไม่ชัด กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง มือเท้าสั่น เดินเซ นอกจากนี้อาจพบอาการตาพร่า ท้องผูก ปากแห้ง ประจำเดือนผิดปกติ ปวดคัดเต้านม น้่านมไหลและน้ำหนักตัวเพิ่ม

สรุปยาไม่ได้รักษาโรคออทิสติกให้หาย แต่การให้ยาที่เหมาะสมจะช่วยบรรเทาปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก ทำให้อาการของเด็กดีขึ้น ในระยะยาวนอกเหนือจากการรักษาด้วยยาแล้ว การบำบัดและให้ความช่วยเหลือโดยการพัฒนาความสามารถและปรับพฤติกรรมก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน

4. ส่งเสริมด้านการศึกษา การขยายหลักสูตรในการสอนเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้น

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา (2549) ได้เสนอการดูแลรักษาเด็กออทิสติก ไว้ดังนี้

4.1 ส่งเสริมพลังครอบครัว (Family Empowerment)

พลังครอบครัว คือ พลังแห่งความสำเร็จ ดังนั้นการเตรียมพลังกายและพลังใจในตัวผู้ปกครองเองจึงมีความสำคัญมาก ผู้ดูแลควรให้คำปรึกษา (Counseling) ถึงสิ่งที่ผู้ปกครองเป็นกังวลใจ ปัญหาและแนวทางการดูแลที่เหมาะสม

4.2 ส่งเสริมความสามารถเด็ก (Ability Enhancement)

ความสามารถในที่นี้ คือ สิ่งที่เด็กสามารถทำได้ เช่น ส่งเสียงอะไรได้บ้าง พูดคำว่าอะไรได้บ้าง เล่นอะไรเป็นบ้าง ดูแลช่วยเหลือตัวเองในเรื่องอะไรได้บ้าง แล้วขยายความสามารถที่ทำได้เหล่านี้ให้ดียิ่งขึ้น โดยเปิดโอกาสให้เด็กได้ทำบ่อยๆ แล้วสอนเพิ่มในเรื่องที่ใกล้เคียงกับสิ่งที่เด็กทำได้ จะยิ่งทำให้เรียนรู้ได้ง่ายขึ้น และขยายขอบเขตความสามารถเพิ่มขึ้น การเสริมสร้างโอกาสให้เด็กได้เล่นของเล่นที่หลากหลาย ได้ทำกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น ดนตรี กีฬา งานศิลปะต่างๆ ช่วยงานที่พ่อแม่ทำ จะช่วยเสริมให้เด็กมีโอกาสแสดงความสามารถให้เห็นเพิ่มขึ้น

4.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation)

แนวความคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ การฝึกอาชีพ การจัดหางาน และการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ เพื่อไปสู่เป้าหมายให้บุคคลออทิสติกสามารถทำงาน และดำรงชีวิตโดยอิสระ พึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด

4.4 กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy)

เป็นการประยุกต์ กิจวัตร หรือกิจกรรม มาใช้ในการตรวจประเมิน วินิจฉัย ส่งเสริม ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้

4.5 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social Rehabilitation)

เพื่อให้เด็กออทิสติกสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ

4.6 การบำบัดทางเลือก (Alternative Therapy)

การบำบัดทางเลือกดังกล่าวประกอบด้วย

ศิลปะบำบัด (Art Therapy) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) การฝังเข็ม (Acupuncture) การบำบัดด้วยสัตว์ (Animal Therapy) (มาโนช หล่อตระกูล)

Fortinash and Worret (2008) ได้เสนอการดูแลรักษาเด็กออทิสติก ไว้ดังนี้

1. **การเล่นในเด็กออทิสติก** เป็นกิจกรรมหนึ่งที่จะเพิ่มสัมพันธภาพเพื่อนการเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต รวมถึงไปถึงความคิด ลดความรู้สึกกลัว ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการเล่นให้กับเด็ก เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆให้กับเด็ก และลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้กับเด็กด้วย

2. **กลุ่มบำบัด** เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้เด็กได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เรียนรู้สิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ส่งเสริมการมีเพื่อน ลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

3. **ครอบครัวบำบัด** เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมความรักความสามัคคี ความเข้าใจระหว่างบุคคลในครอบครัว เข้าใจในตัวผู้ป่วย สามารถดูแลและลดความเครียด ความวิตกกังวลในครอบครัว

4. **ส่งเสริมพัฒนาการ** การส่งเสริมพัฒนาการ คือ การจัดกิจกรรมเพื่อใช้ในการส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการเป็นไปตามวัย โดยยึดหลักและลำดับขั้นพัฒนาการของเด็กปกติ อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง โดยกิจกรรมที่ส่งเสริมต้องปลอดภัยไม่เป็นอันตรายต่อตัวเด็ก เมื่อนำมาทำกิจกรรมกับเด็กแล้วสามารถส่งผลดีและประเมิณผลได้

2. การพยาบาล

2.1 การพยาบาลเด็กออทิสติก

จินตนา ยูนิพันธ์ (2544) ได้เสนอหลักการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยออทิสติกประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

1. **การประเมินภาวะสุขภาพ** โดยทั่วไปเด็กที่มีปัญหาทางจิตแบบออทิสติกผู้ดูแลจะสังเกตเห็นพบความบกพร่องของการพัฒนาการของเด็กได้ เริ่มในขวบปีแรก โดยเด็กจะมีความพร่องทางด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ดังเช่น ยิ้มช้าหรือไม่ยิ้ม ไม่แสดงปฏิกิริยาตอบสนองใดๆ ต่อบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดู ซึ่งเมื่อผู้ดูแลพยายามพูด เรียก หรือเล่นด้วย เด็กจะเฉย แต่อาจทำเสียงเองตามลำพัง และส่งเสริมตามลำพังอยู่ได้เป็นเวลานานๆ โดยที่การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเป็นแบบไม่คงเส้นคงวา ไม่สม่ำเสมอ หรือไม่แสดงว่าจำหน้าบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูได้ ซึ่งจะเห็นชัดว่าแตกต่างจากการพัฒนาการของเด็กทารกปกติ

ในช่วงขวบปีแรก การเลี้ยงดูเด็กจะไม่เป็นปัญหาแต่อย่างใด อาจจะเป็นเด็กที่ผู้เลี้ยงดูกล่าวว่า เป็นเด็กเลี้ยงง่าย เช่น เมื่อจับเด็กนั่งตักบิดา มารดา ในขณะที่บิดา มารดาสนทนากับผู้อื่น เด็กจะนั่งเฉย อยู่บนตักโดยไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบใดๆ แม้จะมีผู้อื่นมายิ้ม เล่นหยอกเย้า ใช้นิ้วจี้ที่เอว รักแร้ หรือที่ท้อง เด็กไม่ได้ตอบแต่อย่างใด ไม่หันตามเสียงตบมือ หรือเสียงเรียกชื่อของตนเอง เมื่อผู้เลี้ยงดูสอนให้เด็กเล่น หรือทำอะไรง่ายๆ เช่น ตบมือ โบกมือไปมา เด็กก็จะทำไม่ได้ แม้จะจับมือให้ตบ พอปล่อยมือเด็กก็จะหยุดทำ แต่ในบางครั้งบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูอาจบอกว่าเด็กมีที่ทำรับรู้ต่อสิ่งเร้าได้บ้าง เด็กออทิสติกบางคนชอบแสงสว่างจ้า อาจจะทำจ้องมองดวงไฟ หรือจ้องมองดวงอาทิตย์ ได้ครั้งละนานๆ นอกจากนี้ เด็กบางคนอาจแสดงอาการกลัวต่อสิ่งของบางอย่าง ทั้งๆที่ของเหล่านั้นไม่เป็นอันตรายแต่อย่างใด และสิ่งของของเด็กแต่ละคนก็กลัวจะไม่เหมือนกัน และอาจไม่มีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิตของเด็กแต่อย่างใด เช่น กลัวตีสีไต้หนึ่ง เป็นต้น ในบางกรณีสิ่งของที่เด็กกลัวอาจเป็นสิ่งที่มีความหมายตรงตามประสบการณ์ของบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดู บางกรณีเด็กอาจจะเล่นของเล่นบางอย่างได้ หรือทำกิจกรรมบางอย่างได้สำเร็จ เช่น การวางตัวต่อไม้เป็นรูปต่างๆ ได้อย่างน่าแปลกใจ จนทำให้บิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเข้าใจผิดว่าเด็กทำได้เพราะความฉลาดของเด็กได้

เมื่อเด็กโตขึ้นอายุ 2-3 ปี ความผิดปกติด้านพฤติกรรมเด็กจะเห็นเด่นชัดขึ้น โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวแบบแปลกๆ ดังเช่น เด็กบางคนอาจเริ่มเดินด้วยท่าแปลกๆ เช่น เดิน หรือวิ่งเขย่งด้วยปลายเท้า เดินแบบม้าย่อง หมุนตัวไปมา ปีนป่ายแบบไร้จุดหมาย แต่กลัวการขึ้นลงบันได เด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะพูดออกเสียงเป็นคำๆ ไม่ได้ ในบางกรณีที่เด็กอาจเริ่มพูดเป็นคำๆ ได้บ้าง ดังเช่น เด็กปกติ แต่แล้วการพูดหรือแบบแผนของการใช้เสียงจะหยุดหายไป ส่วนการเติบโตและพัฒนาการทางร่างกายจะไม่แตกต่างจากเด็กปกติ และเมื่อเข้าสู่วัยเตาะแตะ เด็กปกติจะใช้เวลาส่วนหนึ่งในการเล่น ซึ่งจะเป็นการเล่นที่อาจใช้ของเล่นหรือเล่นโดยใช้ของใช้ปกติ หรือของที่มีอยู่รอบตัว ที่สำคัญในเด็กปกติจะเป็นการเล่นที่มีการสมมติหรือการเล่นที่มีการเลียนแบบการดำรงชีวิตหรือสังคมจริง ส่วนการเล่นที่ผิดปกติในเด็กออทิสติก จะเป็นการเล่นที่มีการหมกมุ่นกับสิ่งของบางสิ่งบางอย่าง ขาดการสมมติ ไม่มีความหมายจากการเล่น แต่เป็นการเล่นที่เป็นการกระทำซ้ำๆ เล่นกับสิ่งของ หรือสิ่งของที่แปลกๆ มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผู้ดูแลยับยั้งหรือเปลี่ยนแปลงไม่ได้

ในเรื่องการรับประทานอาหาร เด็กจะรับประทานอาหารชนิดเดิม การเปลี่ยนแปลงใดๆ ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การนอน การขับถ่าย หรือกิจวัตรใดๆ หากต้องมีการเปลี่ยนแปลงจะทำให้ยากมาก เด็กจะทำอะไรซ้ำๆ เด็กจะปฏิเสธทุกสิ่งที่ไม่เหมือนเดิม พยาบาลจึงต้องทำการประเมินพฤติกรรมของเด็ก ทั้งในเรื่องลักษณะของพฤติกรรม ความถี่ของการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้ว และที่อาจจะเกิดขึ้นจากการกระทำที่ผิดปกติต่อตัวเด็กเอง ต่อบิดา มารดา ต่อพี่น้อง และบุคคลในครอบครัว

2. การวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาลทำการประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาในการดำรงชีวิตของเด็กออทิสติกในครอบครัว และทำการจัดลำดับความสำคัญของสภาพความรุนแรงของปัญหาเพื่อการวางแผนการพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของความรุนแรงของเด็กแต่ละคน

3. การวางแผนการพยาบาล พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลโดยกำหนดวิธีการดูแลช่วยเหลือ หรือการบำบัดทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และต้องคำนึงถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็ก ตลอดกระบวนการ รวมทั้งจัดประสบการณ์ให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและร่วมทั้งมีความสามารถในการร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือ ดูแลเด็กออทิสติก โดยมุ่งหวัง ครอบครัวสามารถเลี้ยงดู และช่วยเหลือความวิตกกังวลความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากภาวะการดูแลเด็กออทิสติก การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ และกิจกรรมการพยาบาล

4. กิจกรรมการพยาบาล พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลโดยกำหนดวิธีการดูแลช่วยเหลือ หรือการบำบัดทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และต้องคำนึงถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็ก ตลอดกระบวนการ รวมทั้งจัดประสบการณ์ให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและมีความสามารถในการร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือ ดูแลเด็กออทิสติก โดยมุ่งหวังให้ครอบครัวสามารถเลี้ยงดูและช่วยเหลือเด็กออทิสติก เมื่อเด็กกลับสู่ครอบครัว รวมทั้งการช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถจัดการกับความวิตกกังวล ความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากภาวะการดูแลเด็กออทิสติก

กิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือ และบำบัดทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล สำคัญในออทิสติก ได้แก่

1) พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในการดูแลเด็กรายบุคคลเพื่อพัฒนาความไว้วางใจ ตลอดจนการจัดระบบการดูแลเพื่อการตอบสนองความต้องการตนเองของเด็กเป็นรายบุคคลในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านการดูแลตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ซึ่งเด็กจะมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน การดูแลแบบที่พยาบาลรับผิดชอบเด็กเป็นรายบุคคล และมีความต่อเนื่อง เช่น การดูแลแบบเจ้าของไข้จะมีความเหมาะสม

2) พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดในการป้องกันการบาดเจ็บ อันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งกับตัวเด็กเอง และที่อาจจะเกิดกับเด็กอื่น การรู้จักเด็กเป็นรายบุคคล เพื่อการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของเด็กที่มักจะเกิดขึ้นที่เด็กจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดเมื่อเด็กมีระดับของความวิตกกังวลสูงขึ้น พยาบาลต้องจัดการช่วยเหลือเด็กให้สามารถเผชิญกับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การช่วยเหลือเด็กในเรื่องนี้และการช่วยเหลือเด็กเมื่อเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์เช่นนี้ พยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง โดยใช้เทคนิคการบำบัดที่เหมาะสมกับลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น

3) พยาบาลจะดูแลช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการทางสังคมได้ต้องเริ่มจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความไว้วางใจ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย และระดับประคองเด็กให้มีความมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ใช้เทคนิคการให้รางวัล เมื่อเด็กเริ่มแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยเฉพาะมีการประสานสายตา ซึ่งสำคัญมากในการสร้างความผูกพันทางสังคม หรือเมื่อเด็กเริ่มมองสิ่งของหรือบุคคลอย่างมีเป้าหมาย เป็นต้น เมื่อเด็กมีพัฒนาการในทางสร้างสรรค์ จึงเปลี่ยนจากการใช้รางวัล เป็นการให้แรงเสริมทางสังคม เช่น การกอดรัด การสัมผัส การยิ้ม หัวเราะ หรือชมเชยด้วยคำพูด เป็นต้น

4) พยาบาลใช้การดูแลช่วยเหลือเป็นรายบุคคลระยะยาวในการพัฒนาความสามารถของเด็กในการสื่อความหมายความต้องการของตนให้ผู้อื่นทราบ โดยพยาบาลคาดการณ์ความต้องการของเด็กให้ถูกต้อง และช่วยให้เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นอย่างเต็มที่ จะช่วยให้เด็กเริ่มต้นพัฒนาความสามารถในการสื่อความหมาย ความต้องการของตนให้ผู้อื่นทราบได้ การทำความเข้าใจและการตรวจสอบว่าพยาบาลเข้าใจความต้องการของเด็กอย่างถูกต้องเป็นเรื่องจำเป็น การใช้เทคนิคการให้แรงเสริมแบบการให้รางวัล ใช้ได้ผลดีในเด็กออทิสติก และที่สำคัญพยาบาลต้องสำนึกไว้เสมอว่า เด็กที่ได้รับการดูแลด้วยความรัก ความอบอุ่นอย่างเต็มที่เท่านั้น จึงจะมีความไว้วางใจสิ่งแวดล้อมที่จะสื่อความหมายความต้องการของตนให้ผู้อื่นได้

5) พยาบาลต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับเด็กออทิสติก โดยการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งเพื่อให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นพัฒนาการของเด็กที่เหมาะสม ตามระดับสติปัญญา และระดับพัฒนาการของเด็ก ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับเด็กออทิสติก โดยสังเขปคือจัดสิ่งแวดล้อมต้องไม่มีของมีคม หรือของใช้ที่แตกหักง่าย ในกรณีที่เด็กมีอาการชักร่วมด้วย สภาพแวดล้อมและของใช้ในห้องพัก หรือในหอผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องมีการบุนวม ตามความจำเป็น และในกรณีของเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากการป้องกันข้างต้นพยาบาลต้องป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นด้วยการ

เรียนรู้แบบแผนการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หากการนำของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวให้ได้ แล้วจึงดำเนินการเฝ้าระวัง

6) พยาบาลต้องช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการของกระบวนการการพัฒนาตัวตน โดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีความอบอุ่นและไว้วางใจ ช่วยให้เด็กรับรู้ความเป็นตัวตน พัฒนาความรู้จักตนเอง ดังเช่น เรียนรู้การเรียกชื่ออวัยวะต่างๆ แล้วแยกว่าอะไรคือของตน อะไรคือของคนอื่น ด้วยการมองเห็นตนเองในกระจก ในระยะแรกเด็กถือติดส่วนใหญ่จะกลัวการเห็นตนเองในกระจก ต่อเมื่อเด็กมีพัฒนาการในทางที่เหมาะสม การมองกระจกจะช่วยให้เด็กเรียนรู้ตนเองได้มากขึ้น ซึ่งเด็กจะแสดงออกโดยสามารถชี้ปาก จมูก ตนเองได้ ตลอดจนรับรู้ความเป็นเจ้าของ ของใช้ส่วนตัว การพัฒนาความเป็นตัวตนนี้ พยาบาลจะพัฒนาควบคู่ไปกับการกระทำกิจวัตรประจำวัน

7) พยาบาลที่ดูแลเด็กถือติดต้องให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือบิดามารดาให้เข้าใจ และยอมรับว่าลูกมีความผิดปกติ รวมทั้งมีความคาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็กตามสภาพที่เป็นจริง เข้าใจศักยภาพของเด็กถือติด และมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลเด็ก ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้เต็มตามศักยภาพ นอกจากนี้ในการช่วยเหลือครอบครัวเด็กถือติด ซึ่งต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเลี้ยงดูเด็ก และเผชิญกับความเครียด ความกังวล และความรู้สึกคับข้องใจ ให้มีความรู้ ความสามารถดังกล่าวข้างต้นได้นั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพ กลยุทธ์ที่สำคัญที่พยาบาลควรใช้เช่นเดียวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่

- 7.1 การกระตุ้นให้ครอบครัวมีการระบายอารมณ์
- 7.2 ช่วยเหลือให้ครอบครัวลดความรู้สึกผิด
- 7.3 สนับสนุน ปรึกษาปรึกษาให้ครอบครัวได้ผ่านพ้นกระบวนการเศร้าโศก
- 7.4 กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวด้วยกันให้ออกอากาศครอบครัวในซักถามจนได้คำตอบที่พอใจ
- 7.5 กระตุ้นให้ครอบครัวมีการรับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง
- 7.6 เน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจ มีกำลังใจในการดูแลเด็ก
- 7.7 ร่วมกันกำหนดเป้าหมายอนาคตของเด็กอย่างเหมาะสม
- 7.8 สอนการมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม
- 7.9 ให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับสิทธิของเด็กและความรับผิดชอบของครอบครัว
- 7.10 สร้างเครือข่ายกับชุมชน

การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ดูแลเด็กถือติดต้องให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือพ่อแม่ให้เข้าใจและยอมรับว่าลูกมีความผิดปกติรวมทั้งมีความคาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็กตามสภาพที่เป็นจริง เข้าใจศักยภาพของเด็กถือติดและมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลเด็กช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้เต็มตามศักยภาพนอกจากนี้ในการช่วยเหลือครอบครัวเด็กถือติดซึ่งต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเลี้ยงดูเด็กเผชิญกับความเครียดความวิตกกังวลและความรู้สึกคับข้องใจให้มีความรู้ความสามารถดังกล่าวข้างต้นได้นั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพกลยุทธ์ที่สำคัญที่พยาบาลควรใช้เช่นเดียวกับการช่วยเหลือ

ครอบครัวผู้ป่วยเรื่องอื่นๆได้แก่การกระตุ้นให้ครอบครัวมีการระบายอารมณ์ช่วยเหลือให้ครอบครัวลดความรู้สึกผิดและสนับสนุนประคับประคองให้ครอบครัวได้ผ่านพ้นกระบวนการเศร้าโศก

5. การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

พยาบาลประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยเน้นการประเมินความปลอดภัยของเด็กจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การพัฒนาความสามารถในการสื่อความหมาย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางสร้างสรรค์สู่การเจริญเติบโต และมีพัฒนาการตามวัยของเด็กในทุกด้านและต้องการให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความสามารถของครอบครัวหรือผู้ดูแลในการร่วมการดูแลเด็กออทิสติกไปพร้อมๆกัน

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กออทิสติก เป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้นต้องมียุทธศาสตร์ทางวิชาการ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาด้านพัฒนาการของเด็ก การใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเด็กต้องใช้ความรู้ทางศาสตร์การพยาบาล และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น จิตเวชศาสตร์ มนุษย์ศาสตร์ รวมทั้งมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพราะการรักษาจำเป็น ต้องเป็นทีม มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct Care) คือ มีความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้านสังคม สติปัญญา พัฒนาการที่ล่าช้าของเด็ก เพื่อพัฒนาตัวตนของเด็ก (Self) มีความรอบรู้ในการจัดการกับการแก้ไขปัญหาของเด็กได้อย่างเหมาะสม การใช้ทักษะพื้นฐาน ด้านสัมพันธภาพ และการสื่อสารร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับเด็ก โดยใช้การพยาบาลแนวองค์รวม หมายถึงการการดูแล ช่วยเหลือเด็กพร้อมๆกัน ทั้งทางร่างกายรวมทั้งด้านการเจริญเติบโตทางกาย การเคลื่อนไหว สติปัญญา ภาษา จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้การให้ความสำคัญกับครอบครัว เพื่อให้การดูแล ช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาทางจิตหรือโรคจิตนั้นเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากกลไกการเกิดปัญหาทางจิตนั้นเกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ได้กับการดำรงชีวิตและการปฏิบัติของบิดา มารดา ผู้เลี้ยงดู หรือผู้ใกล้ชิด ที่สำคัญ

ดังนั้นการปฏิบัติวิชาชีพของพยาบาลจิตเวชเด็กต้องคำนึงถึงและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือเด็กร่วมกับครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดสำคัญ รวมทั้งต้องปฏิบัติการดูแล ช่วยเหลือ บุคคลในกลุ่มนี้ด้วย (จินตนา ยูนิพันธ์, 2546) หากผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจยอมรับอาการการเจ็บป่วยของเด็ก มีความอดทนต่อพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่แสดงออกไม่เหมาะสม และให้การดูแลบำบัดพฤติกรรมที่เหมาะสมเด็กอย่างสม่ำเสมอ ก็จะส่งผลให้ลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กออทิสติกได้ (Kathy & Hanna, 2013)

2.2 การพยาบาลเด็กออทิสติกในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

การจัดระบบบริการผู้ป่วยออทิสติกในปัจจุบันของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ระบบผู้ป่วยนอกให้บริการผู้ป่วยเด็กออทิสติก โดยได้รับกิจกรรมที่พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพจัดให้บริการเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลดังต่อไปนี้โดยนัยอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างไม่เป็นระบบและไม่เท่ากัน ได้แก่ การซักประวัติ กิจกรรมพัฒนาการบำบัดโดยผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมทำกิจกรรม โดยมีกิจกรรมพัฒนาการด้านสังคม พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองใน

กิจกรรมประจำวัน พัฒนาการด้านภาษาและการสื่อความหมาย พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ การปรับพฤติกรรม การให้คำแนะนำเรื่องยา อรรถบำบัด การบำบัดด้วยดนตรี การบำบัดด้วยการว่ายน้ำ การได้รับยา การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่ญาติและผู้ปกครอง และการมาตรวจตามนัดระบบผู้ป่วยในแบ่งเป็น 4 หอผู้ป่วยคือ หอผู้ป่วยใน 2 ดูแลผู้ป่วยออทิสติกที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี ทั้งชายและหญิงระบบบริการแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ 1 กลุ่มเตรียมความพร้อมเป็นกลุ่มที่ดูแลเด็กแรกวัยที่ยังปรับตัวไม่ได้และเด็กที่ยังมีพัฒนาการไม่ดีขึ้นกลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ปกครองมีส่วนร่วมให้ผู้ปกครองร่วมเรียนรู้วิธีการส่งเสริมพัฒนาการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กอย่างถูกต้องและเหมาะสมหอผู้ป่วยใน 3 ดูแลผู้ป่วยออทิสติกอายุ 6-15 ปีทั้งชายและหญิงที่ไม่อยู่ในระบบโรงเรียนและช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเป็นปัญหาในการดูแลแก่ผู้ปกครองมากระบบบริการแบ่งเป็นการฝึกการช่วยเหลือตนเอง การฝึกพื้นฐานอาชีพและฝึกงานบ้านขณะนี้กำลังดำเนินการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่โรงพยาบาล หอผู้ป่วยใน 4 ดูแลผู้ป่วยออทิสติกอายุ 3-15 ปีทั้งชายและหญิงที่เตรียมความพร้อมไปโรงเรียนและการฝึกทักษะพื้นฐานทางสังคมหอผู้ป่วยใน 5 ดูแลผู้ป่วยออทิสติกร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอื่นๆซึ่งมีจำนวนเท่าๆกันอายุ 6-15 ปีทั้งชายและหญิงที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงและอยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน

บทบาทของพยาบาลในการสอนบิดามารดาเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติก

ในโรงพยาบาลยูวประสาทไวทยาลัยภัทรมหาวิทยาลัยมีบทบาทในการสอนบิดามารดาของเด็กออทิสติกในการนำกิจกรรมต่างๆไปฝึกเด็กออทิสติกมาแล้วเป็นเวลานานกว่า 10 ปีและประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ฝึกได้ไม่ยากจนเกินไปเป็นวิธีฝึกตามธรรมชาติมีวิธีปฏิบัติตามขั้นตอนของการพัฒนาของเด็กทั้งทางด้านสังคมการสื่อความหมายการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันการรับรู้และการเรียนรู้สิ่งต่างๆรอบตัวเด็กการเล่นอย่างมีความหมายและการรับรู้ทางอารมณ์ซึ่งเป็นการแก้ไขความบกพร่องของเด็กออทิสติกนั่นเองเป็นการเตรียมเด็กให้พร้อมก่อนนำเด็กสู่สังคมนอกบ้านเข้าสู่สังคมของเด็กในโรงเรียนต่อไปโดยวิธีที่จะนำเด็กออกจากโลกของตัวเองสู่สังคมในบ้านใช้วิธีฝึกเบื้องต้นคือ

1. การกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งห้า ซึ่งเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในบ้านกิจกรรมทุกอย่างที่นำมาใช้ในการกระตุ้นเด็กออทิสติกนั้นมีประโยชน์ต่อการพัฒนาสมองเด็กให้ตื่นตัวและทำหน้าที่ได้อย่างมีศักยภาพเนื่องจากเด็กออทิสติกจะแสดงพฤติกรรมไม่รับรู้ไม่ตอบสนองเลยหรือตอบสนองน้อยหรือมากไปในสิ่งเร้า

2. การจับมือเด็กให้ทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองเด็กออทิสติกส่วนมากเมื่อต้องการอะไรไม่สามารถชี้บอกถึงความต้องการนั้นได้จึงใช้วิธีจับมือบุคคลที่อยู่ใกล้ไปทำสิ่งนั้นแทนกิจกรรมนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องฝึกสอนให้เด็กสามารถทำกิจกรรมที่ตัวเองต้องการได้ด้วยตนเองเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจให้เด็กออทิสติกและช่วยลดปัญหาทางอารมณ์ด้วย

3. การหันตามเสียงเรียก เพื่อฝึกให้เด็กรู้จักชื่อของตนเองตอบสนองต่อเสียงเรียกชื่อเด็กโดยการหันตามเสียงเป็นการกระตุ้นให้เด็กมีพัฒนาการด้านการสื่อความหมายและนำเด็กให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้มากขึ้น

4. การสอนให้เด็กรู้จักตนเองและบุคคลในครอบครัวการสอนให้เด็กได้รับรู้ว่าตัวเองชื่ออะไรคนไหนคือพ่อแม่พี่น้องเป็นการ

5. การฝึกกิจวัตรประจำวัน การสอนให้เด็กรู้จักของใช้ในชีวิตประจำวันก่อนที่จะเริ่มฝึกให้เด็กสามารถเรียนรู้ในการช่วยตัวเองได้ในกิจวัตรประจำวันควรให้เด็กได้รู้จักสิ่งของเครื่องใช้ที่ต้องใช้ในกิจกรรมนั้นๆก่อนจนสามารถหยิบจับหรือชี้สิ่งของแต่ละอย่างได้ถูกต้องจึงจะสอนสาธิต

6. การเล่นและการรับรู้ทางอารมณ์ การเล่นของเล่นเด็กออทิสติกจะเล่นของเล่นไม่เป็นเนื่องจากขาดจินตนาการทำให้เด็กหันเข้าหาตัวเองอยู่ในโลกของตนเองเพราะไม่รู้สึกรสนุกสนานในการเล่นของเล่นเหมือนเด็กปกติเมื่อเด็กได้รับการฝึกให้เล่นของเล่นเป็นแล้วจะเป็นการเชื่อมโยงในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลการสื่อความหมายได้ง่ายขึ้นและปรับอารมณ์ให้ดีขึ้นได้ด้วยบทบาทพยาบาลในการรักษาเด็กออทิสติกนั้น มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกและครอบครัว ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กปกติด้วย

3. พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก

เด็กออทิสติกนั้นจะมีลักษณะพฤติกรรมที่ผิดปกติที่แตกต่างไปจากเด็กทั่วไป อันเนื่องมาจากความผิดปกติของสมองที่ส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติของพัฒนาการ และทำให้ มีลักษณะของพฤติกรรมที่ผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งความผิดปกติของพฤติกรรมนั้นมี 3ด้านใหญ่ๆด้วยกัน คือ

1. ความผิดปกติทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
2. ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร
3. ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545)

ลักษณะพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกมีดังนี้

อารมณ์รุนแรง เด็กออทิสติกบางคนมีอารมณ์อ่อนไหวมาก ทนต่อคำตำหนิไม่ค่อยได้ อารมณ์เหมือนเด็กเล็กกว่าวัยมีความกลัวและวิตกกังวลมากกว่าเด็กปกติ ถ้าไม่พอใจหรือโกรธแม้แต่เรื่องเล็กน้อยจะส่งเสียงโวยวายทันที หงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้

กรี๊ดร้อง และทำฤทธิ์ทำเดชเด็กออทิสติกมักชอบทำฤทธิ์ทำเดช เพราะเด็กไม่มีคำพูดซึ่งใช้เพื่อเรียกร้องขอสิ่งที่เด็กต้องการ เด็กอาจกรี๊ดร้องเพื่อเอาที่ออฟฟี่ ขนมหวาน หรือไอศกรีม หรือสิ่งของแปลกๆที่เด็กต้องการได้ บางครั้งเด็กอาจกรี๊ดร้องเพราะสิ่งที่เคยทำอยู่มีการเปลี่ยนแปลง บางครั้งการกรี๊ดร้องอาจเกิดจากความกลัว หรือขยะแขยงอย่างไม่มีเหตุผล

หมกมุ่น เด็กออทิสติกไม่สามารถเล่นได้อย่างสร้างสรรค์ เด็กจึงมักหมกมุ่นอยู่กับการสำรวจตรวจสอบสิ่งของที่อยู่รอบๆ ตัว จากการเล่นแบบนี้ทำให้เด็กรู้ว่ากระดาษเป็นสิ่งที่ฉีกได้ ของแข็งๆหลายอย่างมีเสียงเมื่อถูกัน เด็กชอบใจเมื่อได้ยินของตกแตก เด็กบางคนชอบทำให้หลอดไฟแตกทั่วบ้าน ต่อมาเด็กก็มาถึงขั้นเอาของสิ่งหนึ่งใส่เข้าไปในของอีกสิ่งหนึ่ง แต่เด็กยังไม่เข้าใจว่าเอาของใหญ่ใส่ในของเล็กไม่ได้ ดังนั้นจึงฉีกของใหญ่หรือทำให้ของนั้นแตกเพื่อให้เล็กพอที่จะใส่เข้าไปในของอีกสิ่งหนึ่งได้

ทำร้ายร่างกายผู้อื่น เด็กออทิสติกบางคนชอบทำร้ายร่างกายผู้อื่นแรงๆ กรี๊ดร้องโดยไม่มีเหตุผล แสดงออกด้วยความรุนแรง ร้องไห้และนอนซุกดินบนพื้น ขว้างปาทำลายของต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเด็กออทิสติกจำนวนมากชอบทำสิ่งที่เป็นกิจวัตรประจำวันซ้ำๆ ทุกวันถ้าสิ่งใดที่เคยทำมาอย่างไรเกิดมีการเปลี่ยนแปลงไม่เหมือนเดิมเด็กจะเริ่มหงุดหงิด ส่งเสียงกรี๊ดร้องและโมโหลงนอนดิ้น เด็กออทิสติกมักมีความผูกพัน หรือติดของบางอย่างมากเช่น เศษเชือก ไม้

ทำร้ายตนเอง เด็กออทิสติกบางคนชอบเอาหัวกระแทกพื้น กัดตัวเองหรือทำร้ายตัวเองเพื่อ พฤติกรรมนี้อาจเกิดขึ้นเนื่องจากเด็กเกิดความไม่สบายใจ หรือเมื่อเด็กเกิดความอึดอัดใจหรือรู้สึก สับสนจากการที่ไม่สามารถเข้าใจสิ่งต่างเด็กชอบกดดันหลังมือ หรือข้อมือของตนเอง ขณะที่ทำ พฤติกรรมนี้ เด็กจะมีท่าทางตึงเครียด และท่าทางโกรธแค้นซึ่งการทำร้ายตนเองของเด็กนี้อาจจะ เกิดขึ้นในระยะที่เด็กรู้สึกไม่มีความสุข และจะเป็นอยู่ชั่วคราวเท่านั้น(เพ็ญแข ลิ้มศิลา,2550)

Robert Goodman จิตแพทย์เด็กชาวอังกฤษ ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กและ วัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นโดยอธิบายว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็ก มีด้วยกัน 5 ด้าน คือ พฤติกรรมเกร พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาทางด้านอารมณ์ ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมสัมพันธ์ทางสังคม และได้สร้างแบบประเมินพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น ซึ่งเป็น เครื่องมือที่สำคัญในการคัดกรองปัญหาทางพฤติกรรม และปัญหาทางอารมณ์ที่เบี่ยงเบน ซึ่งมีความ เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในอนาคต ทำให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะแรก ก่อนที่จะลุกลามจน ยากต่อการแก้ไขก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ที่พบในปัจจุบัน เช่น การติดยาเสพติด ความก้าวร้าวรุนแรง ปัญหาทางอาชญากรรม โรควิตกกังวล การฆ่าตัวตาย โรคจิต ความผิดปกติของบุคลิกภาพ เป็นต้น (Goodman, 2005)

3.1 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอารมณ์

James (1983 ใน ปัทมา บันเทิงจิต, 2548)ได้ให้ความหมายของอารมณ์ตามทฤษฎีของเจมส์ แลงจ์ว่า อารมณ์เป็นผลต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายแต่อารมณ์ไม่ได้เป็นสาเหตุของการ เปลี่ยนแปลง คือ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระก่อน อารมณ์จึงจะเกิดขึ้น ร่างกายของบุคคลจะมีการ เปลี่ยนแปลงเมื่อได้รับรู้ ความรู้สึกที่ตรงกับ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย คือ อารมณ์ หรือกล่าวได้ว่า อารมณ์จะเกิดขึ้นหลังจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามลำดับดังนี้ 1. การรับรู้สิ่งเร้า 2. การ ตอบสนองของอวัยวะภายใน 3. การมีอารมณ์

Lazarus (1970 อ้างใน แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร, 2552) ได้เสนอแนวทศณะตามทฤษฎีตาม อารมณ์ว่า บุคคลจะประเมินสิ่งเร้าต่างๆ ตามที่ตนเองเห็นว่าเหมาะสมและสำคัญ ดังนั้นการ ตอบสนองเชิงอารมณ์ต่างๆ จึงขึ้นกับการคิดการเข้าใจเฉพาะบางอย่าง หรือขึ้นกับการประเมิน และ การตอบสนอง เชิงอารมณ์มี 3 ระดับ คือ ระดับพฤติกรรม สรีระ และการคิดการเข้าใจ

Good (1973 อ้างใน กัลยาณี อินตะสิน, 2550)ได้ให้นิยามของอารมณ์ว่า เป็นลักษณะต่างๆ ไป ของพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และความรู้สึก ของแต่ละบุคคล ซึ่งพฤติกรรม ทั้งหมดมีความสัมพันธ์กัน

Ausubel (1970, อ้างใน พรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2556) กล่าวว่า การแสดงออกของอารมณ์ นั้นจะมีลำดับขั้นตอนการเกิด และมีพัฒนาการตามระดับอายุ ได้แบ่งอารมณ์เป็น 2 แบบ คือ อารมณ์ดี และอารมณ์ไม่ดี โดยอารมณ์ดี ที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับรู้สิ่งที่ปรารถนาที่ตรงกับความต้องการของตนเอง ได้แก่ มิจิตปฏิพัทธ์ (affection) ราเริง เห็นอกเห็นใจ และ ขำขัน ส่วนอารมณ์ไม่ดี ได้แก่ อารมณ์พลัด พรากจากความรัก กลัว วิตกกังวล โกรธ ก้าวร้าว และอิจฉาริษยา ซึ่งอารมณ์ทั้งหมดนี้จะเกิดครบเมื่อเด็ก มีอายุได้ 24 เดือน

จากการทบทวนวรรณกรรม จึงสรุปได้ว่า อารมณ์มีหลายประเภททั้งทางบวกและลบ อารมณ์โกรธเป็นอารมณ์ทางด้านลบ อันเป็นที่มาของความก้าวร้าว การเกิดอารมณ์ยังเป็นที่มาของการเกิดพฤติกรรมอารมณ์เกิดขึ้นขึ้นหลังจากมีการรับรู้สิ่งเร้าและมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมีการตอบสนองของอวัยวะภายในเกิดมีอารมณ์ขึ้นและมีการแสดงออกทางวาจาและ ท่าทาง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออารมณ์ของเด็ก (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

1. การทำงานของสมอง ในเด็กที่ได้รับความกระทบกระเทือน หรือเคยมีปัญหาบางอย่าง เช่น เคยมีการติดเชื้อหรือมีอุบัติเหตุทางสมอง อาจมีอารมณ์หงุดหงิด รุนแรงขึ้นๆ ลงๆ ได้
2. เซอร์ปัญญา เด็กที่มีสติปัญญาบกพร่องมักจะมีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่ายและก้าวร้าว
3. พื้นอารมณ์ พื้นอารมณ์เป็นแนวโน้มในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม เด็กบางคนมีพื้นอารมณ์ค่อนข้างยาก มีอารมณ์รุนแรง หงุดหงิดง่ายและปรับตัวยาก เด็กบางคนมีพื้นอารมณ์แบบง่าย ปรับตัวง่ายและตอบสนองต่อสิ่งเร้าไม่รุนแรง
4. วิธีการเลี้ยงดู การเลี้ยงดูของพ่อแม่มีผลอย่างมากต่อสภาพอารมณ์ของเด็ก หากพ่อแม่มีอารมณ์ที่หนักแน่นมั่นคง เลี้ยงดูอย่างใจเย็นและตอบสนองต่อลูกอย่างเหมาะสม เด็กก็จะมีอารมณ์หนักแน่นมั่นคงไปด้วย
5. ปัญหาจิตเวช ความผิดปกติทางจิตเวชเป็นสาเหตุที่ทำให้อารมณ์ของบุคคลแปรปรวนได้ง่าย

การแสดงออกของอารมณ์ เมื่อเกิดอารมณ์ขึ้นต้องมีการแสดงออกได้ 2 ทาง

1. แสดงออกด้วยวาจา เช่น ส่งเสียงดัง กล่าวคำสบถ พุดเสียงสั้น หัวเราะ เป็นต้น
2. แสดงออกด้วยท่าทางเช่น การแสดงออกใบหน้า เข้มปาก ขมวดคิ้ว ตาเบิ่งกว้าง การแสดงออกกริยาการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ปรบมือ ชูมือ กำหมัด ตะขาไปมา และการแสดงท่าทางต่างๆ เช่น นั่งตัวงอ ไหล่คู้ เป็นต้น

พัฒนาการทางอารมณ์ในเด็กเมื่ออย่างเข้าสู่ขวบปีที่ 2 เด็กเริ่มมีอารมณ์ชัดเจนขึ้น จะมีอารมณ์ความรู้สึกที่หลากหลายอย่างที่เกี่ยวโยงกับความคิด ความเข้าใจที่เพิ่มขึ้น ตีใจและโกรธ เด็กมีความรู้สึกดีใจสุขใจ เมื่อได้สิ่งที่ต้องการ โกรธเมื่อถูกขัดใจ ในช่วงอายุ 3- 5 ปี อารมณ์ของเด็กจะเริ่มมีความหลากหลายมากขึ้น เมื่อเข้าสู่อายุ 6-12 ปี อารมณ์จะมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ทั้งโกรธและเสียใจหรือสนุกและกลัวในคราวเดียวกัน นอกจากจะรู้สึกดีใจ พอใจหรือโกรธแล้ว เด็กยังรู้สึกกลัว รู้สึกเจ็บ รู้สึกสนุกและรู้สึกอิจฉา

พฤติกรรมด้านอารมณ์ที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก

เด็กออทิสติกจะมีพฤติกรรมซ้ำๆ มีการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่เหมาะสมกับวัย บางครั้งร้องไห้ หรือหัวเราะ โดยไม่มีเหตุผล บางคนมีปัญหาด้านการปรับตัวเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมต่างๆ จะอาละวาด หรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ร้องไห้ ดิ้น กรีดร้อง

เด็กออทิสติกจะไม่มีการแสดงท่าทางเพื่อบอกอารมณ์ เช่น ประหลาดใจ ตีใจ สงสาร มีพฤติกรรมซ้ำๆ ผิดปกติ เช่น เล่นโบกมือไปมาหรือหมุนตัวไปมาเรื่อยๆ ยึดติดไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน มีความสนใจแคบ

3.2 พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง

สมภพ เรื่องตระกูล (2545) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการขยับตัวไปมา วิ่งไปมาหรือปีนป่าย ในสถานที่ไม่ควรทำ ไม่สามารถเล่นเงียบๆ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลาเหมือนเครื่องยนต์ พุดมากและส่งเสียงดังรบกวนผู้อื่นและสมาธิสั้นจนไม่สามารถจดจำรายละเอียดของงาน เวลาเล่นหรือทำงานจะไม่มีสมาธิ ไม่สามารถรวบรวมงานที่ทำให้เป็นระบบ ไม่สบายใจเมื่อต้องทำงานที่ต้องใช้สมาธิ ลืมกิจวัตรประจำวัน ขณะพูดด้วยจะเปลี่ยนเรื่องเร็วและใจไม่จดจ่ออยู่กับการสนทนา

จะพบว่าส่วนใหญ่เด็กวัยก่อนเรียนจะมีความอยากรู้อยากเห็น ต้องการสำรวจตรวจค้นอยู่แล้วตลอดทั้งมีภาวะอยู่ไม่นิ่ง ชนและมีช่วงความสนใจสั้น วอกแวก เคลื่อนไหวตัวเองอย่างไร้จุดหมายแต่ลักษณะพฤติกรรมเช่นนี้จะพบในเด็กที่มีความต้องการพิเศษมากกว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน เช่น เด็กออทิสติกเนื่องจากเด็กที่มีความต้องการพิเศษนั้น มีความสามารถในการรับรู้ช้ากว่าร่วมกับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่ำและบางครั้งปัจจัย การเลี้ยงดูก็มีส่วนทำให้เด็กเหล่านี้มีพฤติกรรมมารอยู่ไม่นิ่งมากขึ้นด้วยเนื่องจากความรัก ความสงสารเด็ก เห็นว่าเด็กมีปัญหาพัฒนาการและยังเล็งอยู่รอให้โตขึ้นกว่านี้จึงค่อยสอนก็ได้

พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กออทิสติก

มีนักการศึกษาหลายท่านได้ให้คำนิยามของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กออทิสติกตามประสบการณ์ต่างๆที่ได้พบซึ่งแตกต่างกันไปดังนี้

Tyler Dalley (2004, อ้างใน อัจฉิมา ศิริพิบูลย์ผล,2552) ให้ความหมายอยู่ไม่นิ่ง ADD , Attention Deficit Disorder หมายถึงการไม่สามารถให้ความสนใจต่อกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือโครงการใดโครงการหนึ่งซึ่งเงื่อนไขเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลไม่สามารถนั่งนิ่งๆหรือการให้ความสนใจต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือการควบคุมพฤติกรรมของตนเองในบางกรณีปัญหาเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่ถาวรเกิดขึ้นทั้งที่บ้าน โรงเรียนในสังคมและรวมถึงสถานที่ทำงานและให้ความหมาย ,Attention Deficit Hyperactivity Disorder หมายถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ADD และเป็นลักษณะเฉพาะที่ไม่พึงประสงค์เป็นพฤติกรรมที่ไม่อยู่นิ่งซึ่งมีผลมาจากระบบความผิดปกติทางประสาทส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่อยู่ในโรงเรียนปัจจุบันเราพบว่าหลายๆอาการของ ADHD จะส่งผลไปสู่ผู้ใหญ่ได้

Visser and Lesesne (2006, อ้างใน กฤษฎา ม่วงศรีพิทักษ์,2552) ให้ความหมายพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งหมายถึงพฤติกรรมที่ไม่สนใจสิ่งรอบข้างและอยู่นิ่งซึ่งมีผลมาจากความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาทเด็กออทิสติกอาจมีทั้งพฤติกรรม ADD และ ADHD แต่โดยพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กออทิสติกเป็นลักษณะเฉพาะและพฤติกรรมที่แสดงออกแต่ละคนจะแตกต่างกันบางคนไม่สนใจสิ่งรอบข้างและอยู่นิ่งซึ่งมีผลมาจากความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาทมักต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นพิเศษเพื่อช่วยให้สามารถเรียนรู้ได้และมีพื้นที่ให้เด็กสามารถเคลื่อนไหวได้รอบๆเพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียดหรือเพื่อกำหนดระเบียบกฎเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับเด็ก

Jay Goydon (2013) ได้กล่าวว่าเด็กออทิสติกมีความต้องการที่หลากหลายแต่ละคนที่แสดงออกก็จะแตกต่างกันเด็กบางคนจะอยู่ไม่นิ่งมากอยู่ไม่นิ่งตลอดเวลา หรือบางคนเหม็นเฉยเฉื่อยซาต่อสิ่งต่างๆซึ่งมีผลมาจากความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาท

จากการทบทวนวรรณกรรมจึงสรุปได้ว่า ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง หมายถึงการกระทำหรือการแสดงออกมากเกินไป ไม่สามารถนั่งนิ่งอยู่กับที่ได้นานอยู่ไม่สุข รุนววย วอกแวกง่าย สมาธิสั้น ไม่มีสมาธิไม่สนใจอะไรจริงจังมี ความสนใจช่วงสั้นๆ

3.3. พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพทางสังคม

พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก ในเด็กปกติพัฒนาการทางสังคมจะเริ่มตั้งแต่ระยะแรกเริ่มของชีวิตจะชอบผู้คนมากกว่าตัวตูดเมื่อเด็กอายุมากขึ้นจะยิ่งสนใจผู้คนรอบข้างมากขึ้น (Peters, 1997) โดยสังเกตได้จากเด็กทารกวัย 2 – 3 สัปดาห์ทารกจะมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับเสียงที่คุ้นหูเช่นเสียงของมารดาหรือคนที่เลี้ยงดูเป็นต้น (สุชา จันทน์เอม, 2542: 104) เมื่อเด็กโตขึ้นก็มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่ผ่านทางการเล่นซึ่งแสดงพฤติกรรมเลียนแบบของผู้ใหญ่เช่นเล่นหม้อข้าวหม้อแกงเล่นสมมุติเป็นครูพ่อแม่ลูกเป็นต้นแต่ในเด็กออทิสติกมีปัญหาในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งถือว่าเป็นลักษณะสำคัญของภาวะออทิสซึมเช่นเด็กไม่มีความสนใจร่วมกับผู้อื่น (Joint Attention) ไม่เล่นไม่สบตาไม่สนใจไม่เลียนแบบขาดทักษะในการอ่านสีหน้าของผู้อื่นไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กออทิสติกกับเด็กปกติที่มีอายุเท่ากันพบว่าเด็กออทิสติกจะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อยกว่าและมีลักษณะแตกต่างไปจากเด็กปกติส่วนมากมักมีลักษณะแยกตัวและชอบอยู่ในโลกของตนเอง (Siegel, 1996: 25)

เพ็ญแข ลิมศิลา (2545) กล่าวว่าเด็กออทิสติกมีการสูญเสียสัมพันธภาพทางสังคมในลักษณะที่แตกต่างกันระดับความรุนแรงมากเด็กจะแยกตัวอย่างเด่นชัดไม่สนใจใครเด็กบางคนติดผู้ใหญ่หรือผู้เลี้ยงดูบางคนเท่านั้นไม่สนใจเด็กวัยเดียวกันยอมให้คนแปลกหน้าอุ้มโดยไม่กลัวระดับความรุนแรงน้อยเด็กจะแสดงอาการเฉยเมยไม่โต้ตอบเมื่อมีคนมาทักทายอาจแสดงท่าทางพอใจบ้างแต่ไม่เข้าไปหาผู้อื่นเด็กบางคนเข้าไปหาผู้อื่นในลักษณะแปลกๆไม่สมเหตุสมผลทำแบบซ้ำๆโดยไม่สนใจปฏิกิริยาของผู้ที่เข้าไปหา เด็กบางคนเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่แม้จะมีความสามารถอยู่ในสังคมได้แต่ก็ยังไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้อย่างเหมาะสม

Sally (2000) กล่าวว่าไว้ว่าความบกพร่องทางสังคมในเด็กออทิสติกเป็นลักษณะอาการที่เด่นลักษณะหนึ่งในหลายๆอาการการพัฒนาให้เด็กออทิสติกมีทักษะสังคมที่ดีขึ้นอาจทำได้โดยใช้โปรแกรมเพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม จากการศึกษาที่ลักษณะเด็กออทิสติกมีปัญหาทักษะทางสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เหมาะสมกับบุคคลอื่นในด้านการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับบุคคลอื่น การแบ่งปันและการปฏิบัติตามข้อตกลงในการทำงานร่วมกับผู้อื่นอันเนื่องมาจากการที่เด็กบกพร่องทางทักษะในการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ทางสังคมซึ่งเป็นลักษณะความผิดปกติทางจิตวิทยาของเด็กกลุ่มนี้การมีทักษะทางสังคมบกพร่องดังกล่าวเป็นเหตุให้เกิดปัญหามากมายสำหรับเด็กออทิสติกเด็กไม่มีเพื่อนขาดโอกาสในการเลียนแบบและเรียนรู้พัฒนาการจากเพื่อนๆในวัยเดียวกันการขาดทักษะทางสังคมเป็นการขัดขวางโอกาสการเรียนรู้สิ่งต่างๆมากมายในชีวิตเด็ก

เด็กปฐมวัยลักษณะความต้องการพื้นฐานทางสังคมเป็นความต้องการตามพัฒนาการทางสังคมในการเล่นและการทำงานร่วมกับผู้อื่นเช่นเล่นตามกฎกติกาแบ่งปันช่วยเหลือกันรู้จักผลัดเปลี่ยนการประนีประนอมการแสดงความคิดเห็นกับผู้อื่นรู้จักขอโทษและขอบคุณการรู้จักสนทนากับผู้อื่นแสดงความรู้สึกถามฟังแสดงความสนใจการตอบสนองต่อคำถามการมีส่วนร่วมในการทำงานกลุ่มการแสดงออกและการแก้ปัญหาในกลุ่มเด็กปฐมวัยออกทิสติกมีพัฒนาการทางด้านสังคมในลักษณะมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมกับบุคคลอื่นหรือขาดทักษะทางสังคมส่งผลให้เด็กปฐมวัยออกทิสติกขาดเพื่อนมีปัญหาในการปรับตัวการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น (Teplin, 1999: 52)

ดังนั้นการที่เด็กออทิสติกจะพัฒนาได้นั้นจะต้องมีทักษะทางสังคมที่พัฒนา มีสัมพันธภาพทางสังคมที่เหมาะสม คือ การไม่แยกตัวอยู่คนเดียวหรือเล่นคนเดียว ความรู้สึกต่อคนอื่น เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน สามารถเป็นที่พึ่งได้เวลาที่คนอื่นเสียใจหรือไม่สบายใจ ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่นใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า

3.4 สาเหตุ/ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกมีสาเหตุมาจาก

1. **สิ่งแวดล้อมแวดล้อมรอบๆ ตัวเด็กเอง** โดยสิ่งแวดล้อมนั้นทำให้เด็กอึดอัด ไม่สบายตัว หรือมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพราะออทิสติกมักจะยึดติดกับสิ่งเดิมๆ ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่มักมีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กแทบทั้งสิ้น สภาพครอบครัวการเลี้ยงดูของคุณพ่อคุณแม่ ผู้ปกครอง มีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมที่เกิดขึ้น สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม หรือไม่เอื้ออำนวย ทำให้เกิดสภาพความกดดันและมีผลต่อการปรับตัวของเด็ก บางครั้งจะพบว่าเด็กได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่มากเกินไป (overprotection) หรือน้อยเกินไป (neglected) หรือขาดการกระตุ้นที่เหมาะสม (improper stimulation) ตามสภาพของเด็กแต่ละคน

2. **พันธุกรรม** สิ่งที่ได้รับจากพ่อแม่ คือ ในเรื่องร่างกาย เช่น ลักษณะโครงสร้างกล้ามเนื้อ ระบบประสาท และในเรื่องลักษณะนิสัยบางอย่าง พัฒนาทางร่างกายก็เป็นตัวอย่างหนึ่งให้เห็นว่าพันธุกรรมมีบทบาทในเรื่องพฤติกรรม เช่น เด็กที่มีร่างกายเล็กและอ่อนแอมักเป็นคนเฉื่อย ไม่ชอบร่วมกิจกรรม กล่าวกันว่าพันธุกรรมอาจช่วยสนับสนุนร่างกายและจิตใจ (อารมณ์และสติปัญญา)

3. **ประสบการณ์** ที่เด็กได้รับจะถูกหล่อหลอม ด้วยกระบวนการที่เรียกว่า การเรียนรู้ ทุกคนจะเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่ตนได้รับ และนำไปสู่การสร้าง หรือการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมในเวลาต่อมา

4. **ความเจ็บป่วยทางกาย** ซึ่งบางครั้งเมื่อเด็กไม่สบาย เราไม่สามารถสังเกตเห็นได้ และเด็กไม่สามารถบอกได้อย่างชัดเจนว่าเด็กเป็นอะไร

5. **การได้รับการฝึกมากเกินไป หรือเป็นสิ่งที่ฝึกลำบากเกินไป** นั้นจะมีผลต่อแรงจูงใจในการฝึก และความอดทนของเด็กในการฝึก

6. **การกระตุ้นตนเอง** ลักษณะอาการซ้ำๆ เช่น สายหัวโยกตัว เล่นมือ กลิ้งไปมา เล่นเสียง

7.การเรียกร้องความสนใจของเด็กเอง ยกตัวอย่างเช่น สมมติเด็กสายหัวไปมา โขกศีรษะ หลังจากนั้นมารดาที่เข้ามาประคับประคอง กอด พุดปลอบ เด็กใช้พฤติกรรมโขกเรียกร้องความสนใจ

8.ความต้องการหลีกเลี่ยง เด็กจะเลือกพฤติกรรมที่ไม่ดี เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ตัวเองไม่ชอบ (ASA, 2007)

3.5 การประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

1.แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กหรือ Thai Youth Checklist (TYC) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย สมทรง สุวรรณเลิศ วันชัย ไชยสิทธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ.2528 ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจาก Child Behavior Checklist (CBCL) ของ Thomas M.Achenbachใช้สำหรับประเมินพฤติกรรมเด็กวัย 4-18 ปี ครอบคลุมปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของเด็กและวัยรุ่น มีการจัดจำแนกรูปแบบของปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ ปัญหาที่แสดงถึงการเก็บกดหรือความขัดแย้งภายในจิตใจ (internalizing problems) กับปัญหาที่แสดงออกอย่างตรงไปตรงมา หรือขาดการควบคุม (externalizing problems)

2. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ The Overt Aggression Scale for The Objective Rating of Verbal and Physical Aggression ของ Stuart Yudofsky และ Jonathan Silver (1986) ซึ่งใช้สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช โดยลักษณะของแบบสังเกตเป็นรายการที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในแต่ละเวอร์ แบบประเมินนี้ได้ผ่านการหาค่าความเที่ยงตรงโดย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ .87 ลักษณะของแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งตามลักษณะความรุนแรงจากไม่รุนแรงถึงรุนแรงมาก แบ่งออกเป็น 5 ส่วนย่อย ส่วนที่ 1 มี 3 ข้อเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยคำพูดและท่าทางที่ไม่รุนแรง หากพบพฤติกรรมนี้ให้คะแนนข้อละ 2 คะแนน ส่วนที่ 2 มี 4 ข้อประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและมีท่าทางคุกคามหรือทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อยวิธีให้คะแนนหากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 3 คะแนน ส่วนที่ 3 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและท่าทางที่คุกคามด้วยความรุนแรงอย่างชัดเจนต่อตนเองหรือผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 4 คะแนน ส่วนที่ 4 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยท่าทางหากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 5 คะแนน ส่วนที่ 5 มี 2 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายอย่างรุนแรงต่อทั้งตนเองและผู้อื่นหากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 6 คะแนน

3. แบบประเมินพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) พัฒนาโดย Robert Goodman จิตแพทย์เด็กชาวอังกฤษ เป็นแบบประเมินพฤติกรรมเด็กเป็นแบบประเมินพฤติกรรมในเด็ก 3-16 ปีประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวกและคำถามข้อที่เป็นปัญหา ประกอบด้วย 2 หน้า หน้าแรกเป็นลักษณะพฤติกรรม จำนวน 25 ข้อ ซึ่งมีลักษณะของพฤติกรรมด้านบวก และด้านลบ ซึ่งสามารถจัดกลุ่ม เป็นกลุ่มพฤติกรรม 5 กลุ่ม ได้แก่ 1.กลุ่มพฤติกรรมด้านอารมณ์ (5 ข้อ) 2.กลุ่มพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (5 ข้อ) 3.กลุ่มพฤติกรรมเกรง (5 ข้อ) 4.กลุ่มพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน (5 ข้อ) 5.กลุ่มพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม (5 ข้อ) แบบประเมินพฤติกรรม จะแบ่งเป็น 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ข้อที่ตอบว่า จริง ส่วนมากให้ 2

คะแนน อาจจะจริง 1 คะแนน และไม่จริง 0 คะแนน มีอยู่ 5 ข้อ ที่ข้อความตรงข้าม และให้คะแนนกลับกับข้ออื่น คะแนนแต่ละด้านจะอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน คะแนนรวม 0 - 40 คะแนน (รวม 4 ด้าน ยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคม) การแปลผล กลุ่ม 1 - 4 รวมกันเป็น 20 ข้อ เป็นคะแนนรวมที่แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมในเด็ก (Total Difficulties score) ส่วนในกลุ่มที่ 5 เป็นจุดแข็งของเด็ก (Strength score) หน้าที่ 2 ของแบบประเมิน เป็นการประเมินผลกระทบของพฤติกรรมว่ามีความเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างตัวเด็กเอง มีผลต่อสัมพันธภาพทางสังคมชีวิตประจำวันของเด็กมากน้อยเพียงไรการให้คะแนนแบบประเมินพฤติกรรม จะแบ่งเป็น 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ข้อที่ตอบว่า จริง ส่วนมากให้ 2 คะแนน อาจจริง 1 คะแนน และไม่จริง 0 คะแนน มีอยู่ 5 ข้อ ที่ข้อความตรงข้าม และให้คะแนนกลับกับข้ออื่น คะแนนแต่ละด้านจะอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน คะแนนรวม 0 - 40 คะแนน (รวม 4 ด้าน ยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคม) กลุ่มพฤติกรรมด้านอารมณ์ ได้แก่ ข้อ 3,8,13,16 และ 24 กลุ่มพฤติกรรมเกรง ได้แก่ ข้อ 5,7,12,18 และ 22 กลุ่มพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ได้แก่ ข้อ 2,10,15,21 และ 25 กลุ่มพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน ได้แก่ ข้อ 6,11,14,19 และ 23 กลุ่มพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 1,4,9,17 และ 20

การแปลผลคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (อายุ 3-16 ปี) สำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครอง

เกณฑ์คะแนน	ปกติ	เสี่ยง	มีปัญหา
คะแนนรวม	0-13	14-16	17-40
คะแนนพฤติกรรมด้านอารมณ์	0-3	4	5-10
คะแนนพฤติกรรมเกรง	0-2	3	4-10
คะแนนพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง	0-5	6	7-10
คะแนนพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน	0-2	3	4-10
คะแนนพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม	6-10	5	0-4

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมของเด็กออทิสติก เนื่องจากมีความเหมาะสมและมีความชัดเจนของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่แสดงออกที่ทำให้ผู้สังเกตสามารถสังเกตได้ และลักษณะพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในแบบประเมินก็เหมือนกับลักษณะพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกที่แสดงออก

4. การเล่นบำบัดในเด็กออทิสติก

4.1 ความหมายและความสำคัญของการเล่น

Camara van Breemen (2009) กล่าวว่า การเล่น คือ ภาษาของเด็ก และแสดงออกถึงความคิด จินตนาการ ความกลัว เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ โดยผ่านการเล่น ดังนั้น การเล่นเป็นพัฒนาการในการบำบัดระดับกลาง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างประสบการณ์สำหรับเด็ก

Schriver (2001) กล่าวว่า การเล่นเป็นวิธีการเรียนรู้สิ่งที่ไม่สามารถสอนพวกเขา. เรียนรู้วิธีการแสดงคำพูดและความต้องการของคนเล่นเป็นวิธีที่เด็กสำรวจสิ่งต่างๆ การเล่นช่วยให้แก้ปัญหาได้ช่วยกระตุ้นการใช้ภาษาของตนเอง

O'Connor and Stagnitti (2010) กล่าวว่า การเล่นสามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา และสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Sigmund Freud (1970, อ้างถึงใน แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร, 2552) กล่าวว่า การเล่น หมายถึง ธรรมชาติของเด็กในการสร้างความผ่อนคลาย ลดความหวาดกลัว แสดงออกถึงพัฒนาการด้านร่างกายและเพศ ไปจนถึงการเข้าใจพัฒนาการพัฒนาการด้านอารมณ์และประสบการณ์ของเด็ก

สรุปได้ว่าการเล่นหมายถึง การเล่นที่ช่วยบรรเทาความคับข้องใจและสร้างสมดุลทางอารมณ์ของเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม เพื่อให้เด็กได้เล่นและมีพื้นที่ได้แสดงความรู้สึกผ่านการเล่นโดยการชี้แนะและการเล่นอย่างเป็นอิสระ อันนำไปสู่การจัดการกับอารมณ์และการแสดงออกที่เหมาะสม

ความสำคัญของการเล่น

แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร (2552) กล่าวว่า การเล่นมีความสำคัญต่อการเรียนรู้ของเด็กเพราะเด็กจะเรียนรู้สิ่งที่เป็นรูปธรรมและประสบการณ์ตรงจากการเล่นทำให้เด็กได้ค้นพบและเรียนรู้สิ่งต่างๆ ด้วยตนเองซึ่งจะนำไปสู่พัฒนาการด้านต่างๆของเด็กดังต่อไปนี้

1. พัฒนาการทางสติปัญญา (Cognitive Development) การเล่นทำให้เด็กได้เรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและเป็นประสบการณ์ชีวิตพฤติกรรมการเล่นของเด็กจะสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ความคิด ความเข้าใจและความรู้สึกที่เด็กมีต่อสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว โดยการสังเกตค้นคว้าสำรวจทดลองเลียนแบบ ดังนั้นการเล่นจึงเป็นวิธีการที่จะช่วยให้เด็กสามารถปรับตัวและเปลี่ยนแปลงความคิดความเข้าใจที่มีต่อสิ่งแวดล้อมให้ตรงกับความเป็นจริง

2. พัฒนาการด้านภาษา (Language and Literacy Development) การอ่านและการเขียนในการเล่นจะมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้เล่นทำให้เด็กเรียนรู้คำศัพท์เพิ่มขึ้นการเล่นบทบาทสมมติทำให้เด็กได้ฝึกการใช้ภาษาและช่วยให้เขาคิดเพื่อที่จะสามารถใช้คำต่างๆในการตั้งคำถามตอบคำถาม แสดงความคิดเห็นอธิบายออกคำสั่งหรือพูดคุยกัน

3. พัฒนาการด้านสังคม (Social Development) ในระหว่างการเล่นเด็กได้ฝึกทักษะการสื่อสารมีความพยายามที่จะหาวิธีการให้การเล่นดำเนินต่อไปหรือเข้าใจความรู้สึกของคนอื่นรู้จักการรอคอยแลกเปลี่ยนของเล่นและประสบการณ์รู้จักใช้ยุทธวิธีเพื่อลดความขัดแย้งการเล่นจึงเป็นการสอดเด็กให้รู้จักเหตุผลรู้จักกฎเกณฑ์ของสังคมรู้จักให้อภัยซึ่งกันและกันรู้จักการอยู่ร่วมกันฝึกให้รู้จักความสามัคคีรู้จักเสียสละซึ่งจะทำให้สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นอย่างมีความสุข

4. พัฒนาการด้านอารมณ์(Emotional Development) เด็กทุกคนอาจมีความรู้สึกทางอารมณ์เช่นกลัวอิจฉาริษยาโมโหคับข้องใจเครียดเป็นต้นอารมณ์เหล่านี้จะถูกระบายออกมาทางการเล่นเมื่อเด็กได้ระบายอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาออกมาจากการเล่นจะช่วยให้เด็กคลายอารมณ์ขุ่นมัว และเด็กจะมีความสุขนอกจากนี้การเล่นจะช่วยสร้างความมั่นใจในตนเองซึ่งจะช่วยพัฒนาเด็กไปสู่ความสำเร็จในอนาคต

5. พัฒนาการความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการ (Creatively and Imagination Development) การเล่นทำให้เด็กสามารถสร้างสรรค์ความคิดและจินตนาการได้อย่างอิสระความสามารถของเด็กในการใช้สัญลักษณ์ขึ้นอยู่กับการเล่นและการสร้างสรรค์ความคิดสร้างสรรค์สามารถแสดงออกให้เห็นถึงการแก้ปัญหาได้

6. พัฒนาการด้านร่างกาย (Physical Development) การเล่นจะช่วยพัฒนากล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายดังจะเห็นว่าขณะที่เด็กเคลื่อนไหวทุกส่วนของร่างกายมีการทำงานประสานกันระหว่างกล้ามเนื้อต่างๆ

เด็กออทิสติกมักจะมีรูปแบบการเล่นของเล่นหรือการจัดการกับวัตถุซ้ำๆโดยไม่สามารถเชื่อมโยงประสบการณ์ต่างๆที่ได้รับมาใช้ได้และไม่สามารถเล่นร่วมกับเด็กคนอื่นๆเด็กออทิสติกไม่สามารถเล่นแบบ Functional Plays ได้เหมือนเด็กปกติรูปแบบของการเล่นมักจะเป็นเหมือนการทำงานของเครื่องยนต์ที่ขาดธรรมชาติของการค้นหาภารกิจกรรมที่เป็นรูปแบบเฉพาะแยกจากความสนใจในสิ่งแวดล้อมอื่นการเล่นบทบาทสมมุติแทบจะไม่พบเลยหรือหากพบก็มักจะมีลักษณะการเล่นที่เป็นแบบซ้ำๆชัดเจนและเหมือนกับครั้งแรกที่ได้เรียนรู้มาลักษณะเหล่านี้เกิดร่วมกับภาวะมีความสนใจเฉพาะเจาะจงหรือสนใจดูโทรทัศน์มากผิดปกติรวมกับมีการเลียนแบบเกิดขึ้นด้วย Kanner (1943) อธิบายลักษณะของออทิสซึมว่ามีความจำกัดของความสามารถในการเล่น

Opitz et al. (2004) กล่าวว่า การเล่นบำบัดมีความสำคัญในการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาการเล่นเป็นทางออกให้เด็กได้แสดงความรู้สึกต่างๆ ออกมา ซึ่งมีส่วนสำคัญช่วย พัฒนาการด้านอารมณ์ เด็กได้ผ่อนคลาย ได้รับการตอบสนองความต้องการ

Wing (1979) รายงานว่ามีเด็กออทิสซึมน้อยมากที่ใช้การเล่นแบบบทบาทสมมุติมีรูปแบบการเล่นซ้ำๆแตกต่างจากเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการกลุ่มอื่นๆอย่างชัดเจน

Mastrangelo (2009) กล่าวว่า การเล่นเป็นวิธีการบำบัดวิธีหนึ่ง การเล่นเกิดขึ้นตามธรรมชาติสำหรับเด็ก การพัฒนาในการเล่นสามารถนำมาบำบัดให้เกิดความซับซ้อนและจินตนาการความคิดสร้างสรรค์ให้เกิดกระบวนการคิดและการกระทำของเด็ก เนื่องจากเด็กออทิสติกมีความล่าช้าในการสื่อสารและบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม การเล่นนำมาใช้บำบัดความยากลำบากในการสื่อสารของเด็กรวมไปถึงการเลียนแบบและปรับตัว ซึ่งเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตของเด็กที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม อีกทั้งการเล่นช่วยสร้างความสนใจในการเรียนรู้ เข้าใจสัญลักษณ์และเข้าใจในการแสดงอารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ที่ผิดปกติ การตอบสนองต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กรวมไปถึงการเลียนแบบและปรับตัว ซึ่งเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตของเด็กที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม อีกทั้งการเล่นช่วยสร้างความสนใจในการเรียนรู้ เข้าใจในการแสดงอารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ที่ผิดปกติ การตอบสนองต่อพฤติกรรมก้าวร้าว

การเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกมีความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการโดยเฉพาะด้านสังคมของเด็กออทิสติก (Quill, 2002) เนื่องจากเด็กออทิสติกมีความยากในการเล่นสมมุติเป็นอย่างมาก จำเป็นต้องได้รับการสอนอย่างมีขั้นตอน (Wolfberg, 1999)

สรุปได้ว่าการเล่นเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับเด็กธรรมชาติของเด็กทุกคนจะชอบเล่นเด็กสนุกสนานเพลิดเพลินกับการเล่นการเล่นยังถือเป็นการเรียนรู้ของเด็กอีกด้วยเป็นการเปิดโอกาสให้เด็กได้สำรวจลงมือกระทำด้วยตัวของเด็กเองช่วยให้เด็กเกิดจินตนาการและการเรียนรู้สร้างความสัมพันธ์ทางสังคมเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเด็กสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆได้โดยผ่านการเล่นดังนั้นการจัดประสบการณ์การเล่นจึงมีความสำคัญในการช่วยส่งเสริมพัฒนาการทุกๆด้านของเด็ก

4.2. แนวคิดเชิงทฤษฎีของการเล่น

การเล่นเป็นแนวทางให้เด็กได้ถ่ายทอดความหมายความเข้าใจความรู้สึกต่อสถานการณ์ต่างๆ ออกมาผ่านการกระทำเพื่อให้ตนเองเกิดการเรียนรู้และให้ผู้อื่นได้รับรู้ singer อ่างใน แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร (2552) ได้กล่าวถึงทฤษฎีเกี่ยวกับการเล่นไว้ซึ่งถือว่าเป็นทฤษฎีคลาสสิก (Classical Theories) ดังนี้

1. ทฤษฎีพลังงานเกินความต้องการ (Surplus Energy Theory) เชื่อว่าสาเหตุของการเล่นเกิดจากพลังงานที่มีอยู่เกินความต้องการเป็นพลังงานเหลือจากการประกอบกิจกรรมที่ใช้เพื่อการดำรงชีวิต จึงมีการปลดปล่อยพลังงานที่เหลือนั้นด้วยการเล่นการเล่นจะเกิดจากหลังที่ร่างกายได้ใช้พลังงานในการทำงานมาก่อนแล้วการเล่นช่วยเสริมสร้างให้เกิดพลังงานขึ้นซึ่งกระบวนการสร้างและการใช้จะต่อเนื่องอย่างค่อยเป็นค่อยไปจึงทำให้ระบบต่างๆภายในร่างกายรวมถึงระบบโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ทฤษฎีนั้นนทานการหรือการผ่อนคลาย (Recreation/ Relaxation Theory) กล่าวว่าคนเราจำเป็นต้องมีการพักผ่อนและกระทำกิจกรรมอันเป็นการเสาะแสวงหาความรื่นเริงบันเทิงใจซึ่งเป็นทางออกอย่างหนึ่งในการสนองความต้องการทางธรรมชาติถ้าหากขาดกิจกรรมนี้ไปพลังงานที่เสียไปจะไม่ได้กลับคืนมาจะทำให้การประกอบกิจกรรมอื่นๆเกือบทุกด้านเสื่อมประสิทธิภาพลงกิจกรรมนั้นนทานการช่วยให้ผู้กระทำเกิดความสดชื่นสนุกสนานกระปรี้กระเปร่าและช่วยให้รู้จักปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสาเหตุของการเล่นเป็นความต้องการที่จะผ่อนคลาย

3. ทฤษฎีการฝึกหัดอย่างมีสัญชาตญาณ (The Instinct Practice Theory) ทฤษฎีนี้ยืนยันว่าเด็กเล่นเพื่อฝึกหัดและทำให้สัญชาตญาณการอยู่รอดป็นผลสมบูรณ์เมื่อเด็กเกิดขึ้นมาใหม่ๆประสาทสัมผัสต่างๆยังไม่สมบูรณ์เด็กจึงต้องอาศัยการเล่นเพื่อเป็นการทดลองพัฒนาประสาทสัมผัสจะส่งผลต่อพัฒนาการทางสติปัญญาทางอารมณ์ต่อไปการฝึกหัดและการทดลองจะช่วยให้เด็กพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการอยู่รอดพอๆกับทักษะในการดำรงชีวิต

4. ทฤษฎีการทำซ้ำ (The Recapitulation Theory) ทฤษฎีเชื่อว่าการเล่นของเด็กเป็นการนำกิจกรรมของบรรพบุรุษของตนมาแสดงใหม่อีกครั้งหนึ่งเช่นการเล่นน้ำขุดดินปีนต้นไม้พฤติกรรมการเล่นของเด็กพัฒนาไปคล้ายกับขั้นตอนการพัฒนาทางวัฒนธรรมของมนุษย์การเล่นจะช่วยให้เด็กหลบเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของมนุษย์ออกไปการเล่นเป็นการเตรียมตัวเด็กให้ก้าวไปสู่กิจกรรมที่ทันสมัยซึ่งทันกับโลกที่เจริญก้าวหน้า

5. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theories) เป็นทฤษฎีโมเดิร์นที่เห็นความสำคัญของผลที่จะตามมาจากการของการเล่นตามคำอธิบายของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ فروยด์ การเล่นจะถูกนำไปเชื่อมโยงกับการเป็นผู้ใหญ่ภายในตัวเด็กเมื่อเด็กเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากเกินควบคุมเด็กจะสร้างเรื่องราวสมมติขึ้นโดยการเล่นที่ใช้จินตนาการความคิดฝันและเล่นซ้ำๆหลายครั้งการเล่นช่วยให้เด็กเรียนรู้วิธีการควบคุมตัวเองโดยไม่ต้องสูญเสียความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตนเองตามความต้องการของ فروยด์การเล่นเป็นทางออกให้เด็กได้แสดงความรู้สึกต่างๆออกมา (Isenberg & Jalongo, 1993)

6. ทฤษฎีพัฒนาการสติปัญญา (Cognitive - Developmental Theories) Piaget ผู้นำทางทฤษฎีสติปัญญา กล่าวว่าการเล่นเกิดขึ้นภายในจิตใจของเด็กและเป็นผลจากสภาพภาพของพัฒนาการด้านสติปัญญา Piaget กล่าวว่าการเล่นของเด็กเริ่มตั้งแต่แรกเกิดในวัยทารกเด็กจะเลียนแบบและกิริยาจากคนหรือสัตว์จากสิ่งแวดล้อมตัวเขาและจะค่อยๆพัฒนาเป็นการเล่นสามรูปแบบด้วยกันคือ การเล่นฝึก (Practice Play) การเล่นโดยใช้สัญลักษณ์ (Symbolic Play) และการเล่นที่มีกฎกติกา (Game with Rules) (Isenberg & Jalongo, 1993)

7. ทฤษฎีสังคมสัมพันธ์หรือสังคมประสาน (The Social Contact Theroy) การติดต่อประสานสัมพันธ์ทางสังคมเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้การเล่นจะเป็นสื่ออันหนึ่งที่เสริมสร้างความประสานสัมพันธ์ในสังคมให้ดีขึ้นการเล่นจะช่วยให้เด็กมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ดีและมีความสุข(Isenberg & Jalongo, 1993)

Axline (1947, อ้างถึงใน Bratton, et al ,2008)กล่าวว่า การเล่นบำบัด หมายถึง การให้เด็กเป็นศูนย์กลางในการบำบัดด้วยการเล่น เปิดโอกาสให้เด็กอยู่ในบริบทการรักษาที่ดี ให้เด็กได้แสดงความคิด แสดงอารมณ์ และเผยศักยภาพที่แท้จริง ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ส่งเสริมการเจริญเติบโต ครอบคลุมถึงการพัฒนาของความสัมพันธ์ที่อบอุ่นการแก้ปัญหาเพื่อสร้างความตระหนักและความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตต่อไป

Sigmund Freud (1905, อ้างถึงใน แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร,2552) กล่าวว่า การเล่น หมายถึง ธรรมชาติของเด็กในการสร้างความผ่อนคลาย ลดความหวาดกลัว แสดงออกถึงพัฒนาการด้านร่างกายและเพศ ไปจนถึงการเข้าใจพัฒนาการพัฒนาการด้านอารมณ์และประสบการณ์ของเด็ก

Beyer and Gammeltoft (2001) กล่าวว่า การเล่นบำบัด หมายถึง กิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาและสังคมด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จัดลำดับก่อนหลังที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือการสร้างสัมพันธ์ภาพให้เกิดความไว้วางใจ และการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งเชื่อมโยงการดำเนินชีวิตประจำวันสอดแทรกเข้าไปในกิจกรรม เพื่อให้รู้จักการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม การรู้จักรอคอยและเข้าใจภาษา

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเล่นและการเล่นบำบัดที่หลากหลาย ดังนั้น ผู้วิจัยสนใจแนวคิดของ Beyer and Gammeltoft (2001) มาบำบัดเด็กออทิสติก เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาม สังคม ส่งเสริมความสามารถของเด็กที่มีในตัวให้แสดงออกได้อย่างเต็มความสามารถ การเข้าใจความหมายของการสื่อสารทั้งการพูดและ

4.3 ชนิดของการเล่น

สัญลักษณ์ สดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ส่งเสริมพัฒนาการด้านความคิดและการรับรู้

จากการศึกษาพบว่าการแบ่งชนิดของการเล่นได้หลายแบบชนิดของการเล่นสามารถแบ่งตามลักษณะของการเล่นได้ 2 แบบคือการเล่นเพื่อสังคม (Social Play) และการเล่นเพื่อการพัฒนาสติปัญญา (Cognitive Play)

1. การเล่นเพื่อสังคม (Social Play) เป็นการเล่นที่สะท้อนถึงความสามารถของเด็กในการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนวัยเดียวกันเด็กจะพัฒนาการเล่นตามวัยมี 6 แบบ (Parten, 1932 อ้างถึงใน Isenberg & Jalongo, 1993) ดังนี้

- พฤติกรรมการเล่นคนเดียว (Unoccupied Behavior) มักพบในเด็กวัยหัดเดินและวัยก่อนเรียนตอนต้นเด็กจะมีจุดสนใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งชั่วขณะเมื่อไม่มีอะไรน่าตื่นเต้นแล้วจะย้อนมาสำรวจร่างกายตนเองเดินไปมารอบๆสถานที่โต๊ะชั้นลงเก้าอี้ยืนเฉยๆเป็นการเล่นที่มีปฏิสัมพันธ์กับเด็กอื่นน้อยที่สุด

- พฤติกรรมการเล่นผู้เฝ้าดู (Onlooker Behavior) เด็กจะเฝ้าดูเด็กคนอื่นเล่นอาจจะพูดคุยถามคำถามให้ข้อเสนอแนะจะไม่เข้าร่วมเล่นมักยืนอยู่ใกล้กับกลุ่มที่เล่นเพื่อสังเกตการณ์ด้วยการฟัง ดูว่ามีอะไรเกิดขึ้น

- การเล่นอย่างอิสระ (Solitary Independent play) พบในวัยหัดเดินและอาจพบได้บ้างในเด็กโตกว่านี้ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคยเด็กจะเล่นอิสระตามลำพังกับของเล่นที่แตกต่างจากเด็กอื่นที่เล่นอยู่ใกล้ๆอาจมีการพูดคุยกันบ้างแต่จะไม่เข้าไปใกล้เด็กอื่นสนใจแต่กิจกรรมการเล่นของตนเองโดยไม่สนใจว่าเด็กคนอื่นจะทำอะไร

- การเล่นคู่ขนาน (Parallel play) พบมากในเด็กวัยหัดเดินจนถึงวัยก่อนเรียนตอนปลายเด็กจะเล่นกับของเล่นที่เหมือนกับเด็กคนอื่นที่เล่นอยู่ใกล้กันเป็นกลุ่มๆแต่จะไม่เล่นด้วยกันรับรู้ว่ามีเด็กอยู่ข้างๆแต่จะไม่เข้าไปเกี่ยวข้องสามารถเดินเข้าออกจากรวมได้ตามต้องการ

- การเล่นร่วมกับผู้อื่น (Associative play) พบมากในเด็กวัยก่อนเรียนตอนต้นเด็กจะเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเด็กอื่นโดยเข้าไปเล่นด้วยกันมีการพูดคุยเกี่ยวกับสิ่งที่เล่นขอยืมของไม่มีการแบ่งปันหน้าที่หรือจัดระบบกิจกรรมการเล่นเพื่อนำไปสู่วัตถุประสงค์ของกลุ่มเด็กจะเล่นตามความสนใจของตนเองและทำตามสิ่งที่ตนเองต้องการโดยไม่ฟังความคิดเห็นของกลุ่มแต่สามารถเล่นด้วยกันด้วยของเล่นหรือกิจกรรมการเล่นเดียวกัน

- การเล่นร่วมมือกันหรือการเล่นที่เป็นระบบระเบียบ (Co-operative or Organized Supplementary) พบมากโดยเด็กวัยเรียนเด็กจะเล่นกันเป็นกลุ่มโดยมีการจัดระบบและมีวัตถุประสงค์ของการเล่นร่วมกันร่วมมือกันเพื่อทำกิจกรรมบางอย่างเด็กจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มมีผู้นำและผู้ตามผู้นำจะแบ่งหน้าที่ให้กับสมาชิกในกลุ่มแต่ละคนจะส่งเสริมการทำหน้าที่ซึ่งกันและกัน

2. การเล่นเพื่อการพัฒนาสติปัญญา (Cognitive Play) เป็นการเล่นที่บ่งบอกถึงระดับของอายุพัฒนาการความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดรวบยอดและประสบการณ์พื้นฐานของเด็ก (Piaget, 1962, Smilansky, 1968 & Shefatya, 1990 อ้างถึงใน Isenberg & Jalongo, 1993) มีลำดับขั้นดังนี้

- การเล่นฝึกหัดหรือสำรวจ (Functional Play/ Exploratory Play/ Practice Play/ Reputational Play) เป็นการเล่นที่เรียบง่ายสนุกสนานเพลิดเพลินการเล่นจะเป็นการกระทำซ้ำๆเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ มีผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการระบบประสาทสัมผัส และเป็นการค้นหา (Exploration) ด้วยประสาทสัมผัสของตนเช่นโดยการหยิบจับลูบคลำตีเคาะข่วนวดกัดหรือค้นเป็นต้น การฝึกหัดและการออกกำลังกายของเด็กเพื่อส่งเสริมให้อวัยวะต่างๆทำงานประสานสัมพันธ์กันดีทำให้เด็กมีความมั่นใจลักษณะการเล่นจะแตกต่างกันตามวัยและพัฒนาการ

- การเล่นสมมุติหรือจินตนาการ (Dramatic Play/ Symbolic Play/ Pretend Play) เป็นการเล่นของเด็กวัย 2 -7 ปีเด็กจะดัดแปลงเรื่องราวในชีวิตจริงไปสู่การเล่นมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ เครื่องใช้ในการแสดง (Props) มีเค้าโครงเรื่อง (Plot) และตัวแสดง (Roles) ซึ่งการเล่นจะสะท้อนให้เห็นถึงสัมพันธ์สภาพประสบการณ์สภาพแวดล้อมรอบตัวเด็กพัฒนาการด้านอารมณ์จิตใจสังคมสติปัญญาภาษาตลอดจนการแก้ปัญหาในวัยแรกเกิดถึงวัยหัดเดินเด็กจะเลียนแบบการกระทำของคนและสัตว์ที่คุ้นเคยในการเล่นสมมุติแต่ในช่วงวัยก่อนเรียนถึงวัยอนุบาลการเล่นบทบาทของเด็กจะซับซ้อนมากขึ้นอาจเล่นเพียงลำพังหรือเล่นเป็นกลุ่มมีการใช้อุปกรณ์สมมุติประกอบการเล่นและสมมุติบทบาทต่างๆขึ้นมาเช่นการเล่นขายของเล่นเป็นครูสอนนักเรียนเล่นพ่อแม่ลูกเล่นบทบาทที่เด็กชอบหรือคุ้นเคย

- การเล่นสร้างสรรค์ (Constructors Play/ Building Play) เป็นการเล่นของเด็กก่อนวัยเรียนขึ้นไปสามารถบอกถึงความแตกต่างของสิ่งต่างๆโดยให้เหตุผลประกอบเด็กจะเชื่อมโยงอารมณ์ความคิดและสร้างสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อมในลักษณะต่างๆและวางแผนหรือกำหนดโครงสร้างของสิ่งที่เด็กคิดหรือจินตนาการให้เกิดเป็นรูปร่างปรากฏตามที่ต้องการความคิดในการเล่นสร้างสรรค์มาจากการเลียนแบบต่างๆจากสิ่งแวดล้อมที่พบในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจมาจากประสบการณ์ตรงหรือโทรทัศน์ภาพยนตร์เช่น เด็กนำไม้บล็อกสร้างเป็นตึกหรือบ้านตามที่เขาต้องการและจินตนาการ กิจกรรมการเล่นสร้างสรรค์ได้แก่ การประดิษฐ์วัสดุ การเขียนภาพระบายสี การปั้นดินน้ำมัน อุปกรณ์การเล่นไม้บล็อก

- การเล่นที่มีกฎกติกาทำกับในการเล่น (Games Play) เป็นการเล่นที่มีกติกาที่อาจมีอยู่เดิมหรือถูกกำหนดขึ้นผู้เล่นทุกคนยอมรับการเล่นนี้ช่วยส่งเสริมให้อวัยวะต่างๆทำงานสัมพันธ์กันเพิ่มทักษะทางด้านสังคมและภาษาทำให้เด็กเกิดความคิดรวบยอดและเพิ่มความเข้าใจของเด็กเกี่ยวกับความร่วมมือและการแข่งขัน Piaget กล่าวว่า การเล่นเกม (Game with Play) เป็นการเล่นที่พบในเด็กวัยเรียนเด็กจะเริ่มใช้กติกาเข้ามามีส่วนร่วมและพยายามทำตามตามกฎนั้นๆเป็นการเล่นที่คำนึงถึงผู้อื่นและตนเอง

นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการได้พยายามศึกษาการเล่นได้แบ่งการเล่นว่าเป็น การเล่นผ่านการใช้ร่างกาย (Sensorimotor Play) การเล่นที่ผ่านการใช้ระบบประสาทสัมผัสของร่างกายหรืออีกนัยหนึ่งคือการเล่นสำรวจ (Exploratory Play) การเล่นลักษณะนี้เป็นการเล่นตั้งแต่เด็กวัยทารกจนถึงประมาณ 2 ปีจะมีการเล่นโดยใช้ประสาทสัมผัสกับส่วนต่างๆของร่างกายซึ่งสามารถทำได้ด้วยการใช้ตาดูภาพหรือของจริงหูฟังเสียงจากการเขย่าเครื่องดนตรีมือจับของแข็งของนุ่มหรือที่สากที่ลื่นดึงเชี่ยให้ขยับไปมาและขั้นสุดทำยคือลองเลียดูหรือกินเสียเลยการสำรวจลักษณะนี้เสมือนเป็นการสำรวจและผู้ใหญ่ควรต้องระวังอันตรายที่เกิดจากการสำรวจของเด็กการเล่นที่ผ่านการใช้ร่างกายมี 6 ลักษณะคือ

- 1) การสื่อสารผ่านตาหูฟัง (Audio Visual Communication)
- 2) การทำซ้ำกับสัญญาณที่ได้จากตาหูฟัง (Repeated Audiovisual Signal) การเล่นของเด็กทารกเช่นขณะเล่นจะเอ้เมื่อเด็กเห็นหน้าผู้เล่นเด็กก็จะยิ้มแต่พอหน้าหายไปเด็กจะเลิกยิ้มเมื่อมีการทำซ้ำเช่นนี้ 2-3 ครั้งเด็กจะเริ่มจับวิธีการเล่นและคาดหวังแต่ถ้าเด็กรอนานเกินไปหรือไปโฟลตำแหน่งใหม่
- 3) การเชื่อมโยงการเรียนรู้ (Associative Learning) Skinner กล่าวว่า การกระทำใดๆ ถ้าได้รับการเสริมแรงคือแม่ยิ้มให้ทำให้เขาได้ยิ้มและหัวเราะจะมีแนวโน้มที่การกระทำนั้นจะเกิดขึ้นอีก
- 4) การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการเล่นที่เห็นได้ชัดเจน (อัญญมณี บุญชื้อ, 2551)

4.4 เทคนิคการเล่นบำบัด

สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการจัดการเล่นในผู้ป่วยเด็กได้แก่เลือกของเล่นให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการเล่นการจัดการเล่นสำหรับเด็กที่ปัญหาด้านจิตสังคมการจัดการเล่นเพื่อการรักษาพยาบาลเฉพาะการจัดการเล่นในเด็กที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับพยาธิสภาพของร่างกายเป็นต้น

หลักในการเล่นการเล่นมีองค์ประกอบได้แก่เด็กหรือผู้เล่นสถานที่ระยะเวลาและของเล่นซึ่งมีหลักการจัดการเล่นดังนี้

- เด็กหรือผู้เล่นควรจะได้พิจารณาถึงสิ่งต่อไปนี้อย่างเหมาะสมของเด็กการจัดการเล่นสำหรับเด็กป่วยจำเป็นจะต้องมีการประเมินอาการของผู้ป่วยพยาบาลผู้บำบัดควรมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นรวมทั้งข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละคนเนื่องจากเด็กที่ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลียได้ง่ายกว่าเด็กปกติและมีความสนใจต่อการเล่นสั้นกว่าพัฒนาการของเด็กควรพิจารณาจัดกิจกรรมการเล่นให้เหมาะสมกับความสามารถทางพัฒนาการของเด็กในแต่ละวัย

- สถานที่และระยะเวลาในการจัดการเล่นสถานที่หรือห้องนั่งเล่น (Play Room) ห้องเล่นควรเป็นห้องที่มีพื้นที่แยกต่างหากจากหอผู้ป่วยเด็กแต่ควรอยู่ใกล้กับหอผู้ป่วยเด็กเพื่อเด็กที่สามารถเคลื่อนไหวได้สามารถไปที่ห้องนั่งเล่นได้ด้วยตนเองห้องเล่นควรมีลักษณะที่ทำให้รู้สึกสบายอบอุ่นและปลอดภัยระยะเวลาในการจัดการเล่น (Times) เด็กแต่ละคนควรเล่นประมาณ 10 -45 นาทีควรมีการกำหนดเวลาการเล่นสำหรับเด็กแต่ละคนไว้โดยพิจารณาจากความพร้อมของเด็กและเวลาที่ว่างจากการรักษาพยาบาลวัสดุอุปกรณ์การเล่น (Toys) ของเล่นควรจัดให้เหมาะสมสำหรับเด็กแต่ละวัยความสามารถและความสนใจของเด็กและที่สำคัญจะต้องมีความปลอดภัยและง่ายต่อการทำความสะอาดของเล่นต้องทำให้เด็กเกิดความรู้สึกทำหายอยากเล่นหรือช่วยพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาของเด็กตลอดจนช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงปัญหาและพฤติกรรมที่แสดงออกของเด็กด้วย

4.5 การเล่นของเด็กปฐมวัย (3 - 6 ปี) มีลักษณะเด่นๆเช่นเป็นตัวของตัวเองคล่องแคล่วว่องไวต้องการอิสระชอบวิ่งปีนปายคือไม่เชื่อฟังไม่ฟังอิจฉาริชยามีความอยากรู้อยากเห็นชอบเลียนแบบและมีความคิดสร้างสรรค์พัฒนาการและการเล่นของเด็กปฐมวัยแต่ละช่วงอายุการเล่นของมีลักษณะที่ต่างจากเด็กวัย 2-3 ปีคือมีการเล่นรวมกลุ่มกับเด็กคนอื่น (Co-operative Play) จะมีสมาชิกของกลุ่มเป็นผู้นำและผู้ตามชั่วคราวความคิดของเด็กวัยนี้มีลักษณะเด่นคือมีความคิดเพื่อฝัน (Fantasy) และมีจินตนาการสูงเด็กอาจมีเพื่อนสมมุติในความคิดของตนเอง (Imaginative Friend) โดยเฉพาะในช่วง 2 ปี 6 เดือนถึง 4 ปีขณะเดียวกันเด็กจะสร้างคำโดยสมมุติและการเล่น

สมมุติ (Imaginative world and Imaginative play) ซึ่งเด็กมักเลียนแบบจากสิ่งที่ได้เห็นเช่นชีวิตในบ้านหรือโรงเรียนอนุบาลแล้วสมมุติตนเองและเด็กอื่นๆสวมบทบาทต่างๆ (Domestic role play) เด็กอาจมีอุปกรณ์ต่างๆในการเล่นเช่นใบไม้แทนเงินลูกปัดแทนสีต่างๆตุ๊กตาเป็นน้องหรือนักเรียนเป็นต้นเด็กวัยนี้อยู่ในช่วงที่กำลังซุกซนไม่อยู่นิ่งเฉยดังนั้นการที่เด็กได้ลงมือกระทำกิจกรรมต่างๆรวมทั้งการเล่นก็เป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ได้ซึ่งแบ่งออกเป็น

1. เด็กเรียนรู้จากการกระทำซ้ำๆหรือเลียนแบบเช่นการต่อภาพตัดต่อในครั้งแรกเด็กอาจจะทำได้ด้วยความยุ่งยากและเสียเวลามากในการค้นหาชิ้นส่วนที่เหมาะสมแต่ถ้าทำซ้ำๆกับเด็กจะทำได้รวดเร็วขึ้นและสามารถนำไปสู่การเล่นการตัดต่อที่ยากขึ้นได้เป็นต้น

2. เด็กเรียนรู้จากการสำรวจสัมผัสค้นคว้าเปรียบเทียบและหาความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆเช่นการเล่นเครื่องเล่นต่างๆเด็กจะเกิดความเข้าใจ สามารถสังเกตเปรียบเทียบได้ด้วยการลงมือเล่นเอง

3. เด็กเรียนรู้จากการได้ลงมือปฏิบัติการที่เด็กได้มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า พ่อแม่ผู้ปกครองและครูจึงควรเปิดโอกาสให้เด็กได้เล่นได้ลงมือปฏิบัติสิ่งต่างๆด้วยตนเอง (แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร, 2552)

4.6 การเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว

Jull and Mirenda (2010) การเล่นแบบร่วมมือของผู้ปกครองสามารถเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองได้และยังช่วยพัฒนาส่งเสริมทักษะของเด็กได้

Kasari et al. (2008) จากการศึกษาในการเล่นบำบัดซึ่งมีมารดาเข้าร่วมเล่นบำบัด ในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติก 58 คน อายุระหว่าง 3 และ 4 ปี ใช้เวลาเล่น 5-6 สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที โดยมีการเล่นบำบัดในการให้เด็กมีความสนใจร่วมกับผู้อื่น และการเล่นสัญลักษณ์การเล่นโดยใช้จินตนาการบทบาทสมมติ โดยพบว่าการเล่นทดลองเด็กออทิสติกมีพัฒนาการทางด้านภาษาความสนใจในกิจกรรมและทักษะการเล่นของเด็กออทิสติกดีขึ้น

Wittenborn et al. (2006) พบว่าการเล่นบำบัดโดยมีมารดามีส่วนร่วมช่วยผ่อนคลายและสร้างสัมพันธภาพที่ดี และ Matson et al. (2009) ยังกล่าวอีกว่า การฝึกอบรมให้ความรู้และทักษะต่างๆให้กับผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติกที่ถูกต้องนั้นเป็นการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งของเด็กออทิสติกและผู้ปกครอง ซึ่งการที่มีผู้ปกครองเข้าร่วมการบำบัดรักษาเด็กออทิสติกนั้นเป็นปัจจัยหลักที่จะนำไปดูแลเด็กต่อไป และเป็นสิ่งที่ทำหายสำหรับผู้ปกครอง อีกทั้งยังลดค่าใช้จ่าย ระยะเวลา และสิ่งสำคัญมากกว่านั้นคือเด็กออทิสติกลดการรักษาด้วยยา

Bratton et al. (2008) เมื่อมีการสอนให้ผู้ปกครองเด็กเข้าใจกระบวนการเล่นกับเด็กแล้วและเมื่อผู้ปกครองได้เล่นกับเด็กสม่ำเสมอเมื่อมีการติดตามดูผลพบว่า เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยการเล่นบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในเด็กออทิสติก พบว่า การเล่นบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดเด็กออทิสติก หมายถึง การบำบัดเด็กออทิสติกด้วยการเล่นโดยการฝึกฝนครอบครัวให้ทำได้ และทำเป็น สามารถนำไปฝึกปฏิบัติกับลูกได้ที่บ้านเมื่อสิ้นสุดการฝึกเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาละสังคมของเด็กออทิสติกให้คงอยู่ต่อไป

5. การเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเล่นบำบัดของ Beyer and Gammeltoft (2001) ประยุกต์ร่วมกับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวของ Kasari et al. (2008) ที่ใช้การเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกในงานวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์บำบัดรายบุคคล ครั้งละ 30 นาที จำนวน 10 ครั้ง บำบัดรายกลุ่ม ครั้งละ 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง รวมการเล่นบำบัดทั้งหมด 12 ครั้ง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

การบำบัดมี 2 ขั้นตอนประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาเตรียมการและสร้างสัมพันธภาพกับเด็กและครอบครัว ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกกับครอบครัว 1 ครั้ง/15 นาที และการบำบัดด้วยการเล่นที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาทักษะทางด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก ที่ส่งผลให้เด็กออทิสติกเกิดความไว้วางใจต่อผู้บำบัด และเกิดการพัฒนาตัวตนในด้านภาษา การเข้าสังคม การพัฒนาสัมพันธภาพ การระบายนารมณ์ การรอคอย มีสมาธิการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น เป็นระยะสร้างสัมพันธภาพรายบุคคล ครั้งละ 30 นาที 2 เกม จำนวน 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาการบำบัด ประกอบด้วย การบำบัดรายบุคคลประกอบด้วยกิจกรรมที่เชื่อมโยงสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การปรับตัว การแสดงออกความเป็นตัวตนและความสามารถในตัวเอง เพื่อให้เด็กเริ่มมีทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การใช้ชีวิตประจำวัน สื่อสารกับบุคคลอื่น ทั้งที่เป็นคำพูดและท่าทางได้และการบำบัดรายกลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งเสริมให้รู้จักรอคอย มีทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้เรียนรู้กติกาเกม การใช้ภาษาและทักษะการดำเนินชีวิตกับบุคคลอื่นเพิ่มมากขึ้นโดยแต่ละครั้งพยาบาลประเมิน ความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกและครอบครัวหลังเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งครอบครัวจะได้เรียนรู้วิธีการเล่นจากพยาบาลและสามารถนำไปปฏิบัติเองที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมรายบุคคล บำบัดครั้งละ 30 นาที 3 เกม จำนวน 6 ครั้ง และบำบัดรายกลุ่ม กลุ่มละ 60 นาที จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ (Relational Play)

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับเด็กและครอบครัว

1. การให้ความรู้เรื่องการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกกับครอบครัว จำนวน 1 ครั้ง/15 นาที

จุดประสงค์ : เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผู้บำบัดกับครอบครัว สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจและให้ความรู้เรื่องการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกกับครอบครัว

2. การเล่นบำบัดรายบุคคลเพื่อสร้างสัมพันธภาพ 2 เกมคือการ “สร้างความคุ้นเคย” และ “เล่นเรียนรู้ตัวตน” จำนวน 2 ครั้ง/คน (ครั้งละ 30 นาที)

การเล่นแบบที่ 1 “สร้างความคุ้นเคย”

จุดประสงค์: การสร้างสัมพันธภาพ เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว (One -Two-One Nurse-Client Relationship) เป็นสัมพันธภาพที่ก่อให้เกิดความไว้วางใจ ความคุ้นเคยกับระหว่างบุคคล เกิดความรู้สึกลดอคติ เปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความคิด ส่งเสริมการเรียนรู้ ส่งเสริม ความสามารถด้านการทำกิจกรรมและการดำรงชีวิตเกิดการเรียนรู้ ของเล่นใหม่

วิธีการเล่น

1. พยาบาลกล่าวเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย พร้อมทั้งแนะนำตัวเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ เวลา 5 นาที

2. พยาบาลผู้บำบัดชักชวนเด็กออทิสติกหยิบของเล่นในกล่องออกมาเล่นถ้าเด็กออทิสติกไม่หยิบพยาบาลผู้บำบัดล้างหยิบของเล่นในกล่องออกมาได้แก่รถจำลองเครื่องบินจำลอง โทรศัพท์ตุ๊กตา อุปกรณ์เครื่องครัวจำลอง เป็นต้น ให้เด็กดูพร้อมเป็นแบบในการเล่นของเล่นแต่ ละชิ้นให้เด็กเล่นเลียนแบบถ้าเด็กเล่นไม่ได้ก็ให้จับมือ / แนะนำให้เล่นแล้วกระตุ้นให้เด็กออทิสติกล้างหยิบเล่นเองพร้อมกระตุ้นให้พูดชื่อของเล่นถ้าเด็กไม่พูดพยาบาลผู้บำบัดพูดให้ฟังกระตุ้นให้เด็กพูดตาม พยาบาลผู้บำบัดชื่นชมเด็กสะท้อนความก้าวหน้าของพฤติกรรมเด็กขณะเล่นผู้ปกครองอยู่ด้วยตลอด หลังจากนั้นให้ครอบครัวเล่นกับเด็กนาน 10 นาที โดยพยาบาลสังเกตขณะครอบครัวทำการเล่นกับเด็กพร้อมให้คำแนะนำในการเล่น

3. ผู้ช่วยบำบัดสังเกตและประเมินผลว่าเด็กสามารถหยิบของเล่นด้วยนิ้วมือไม่ปล่อยก็ขึ้นแล้วบันทึกผล ด้วยแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง

การเล่นแบบที่ 2 “เรียนรู้ตัวตน”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นระหว่างเด็กออทิสติกกับผู้บำบัดมีความคุ้นเคยและความไว้วางใจกันมากขึ้น
2. เพื่อให้เกิดการมองและมีการพัฒนาตัวตนของเด็กออทิสติก

วิธีการเล่น

1. พยาบาลกล่าวเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย พร้อมทั้งแนะนำตัวเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ ระยะเวลา 2 นาที

2. พยาบาลผู้บำบัดแนะนำตัวเองทักทายเด็กออทิสติกกระตุ้นให้เด็กแนะนำตัวเองโดยให้มองกระจกและถามเด็กออทิสติกว่าใครพร้อมกับชี้ที่ตัวพยาบาลผู้บำบัดหรือชี้ที่ตัวเด็กกรณีที่เด็กพูดได้กระตุ้นให้เด็กตอบถ้าเด็กไม่ตอบพยาบาลชี้ที่ตัวพยาบาลหรือตัวเด็กแล้วตอบชื่อของพยาบาลผู้บำบัดและชื่อของตัวเด็กออทิสติกเองหากเด็กออทิสติกพูดไม่ได้เมื่อพยาบาลพูดชื่อของตนเองหรือชื่อของเด็กออทิสติกพยาบาลผู้บำบัดจับมือหรือแนะนำให้เด็กตอบสนองด้วยการชี้ทักทายและแนะนำตัวสลับกันเช่นนี้คนละ 3 ครั้งขณะเล่นผู้ปกครองอยู่ด้วยตลอด ขณะเล่นผู้ปกครองอยู่ด้วยตลอด เด็กหลังจากนั้นให้ครอบครัวเล่นกับเด็กนาน 10 นาที โดยพยาบาลสังเกตขณะครอบครัวทำการเล่นกับเด็กพร้อมให้คำแนะนำในการเล่น

3. ระหว่างกิจกรรมพยาบาลผู้ช่วยบำบัดสังเกตและประเมินผลว่าเด็กสามารถเล่นผ่านกระจกได้หรือไม่แล้วบันทึกผล ด้วยแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกเป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง

**ขั้นตอนที่ 2 ระยะบำบัด การบำบัดรายบุคคล สัปดาห์ที่ 1-4 ครั้งที่ 3-8 ประกอบด้วย
การเล่นแบบที่ 3 การเล่นเกมแบบ(Functional Play) และ เล่นของเล่น
(2 ครั้ง/คน ครั้งละ 30 นาที)**

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความสนใจ พัฒนาความตั้งใจ
2. เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้การเลียนแบบและภาพสะท้อน
3. เพื่อให้เด็กสามารถโต้ตอบผู้อื่นเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมของตนเองและผู้อื่น สร้างความมั่นใจและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคม
4. เพื่อสอนทักษะชีวิตประจำวัน

สาระสำคัญ : การบำบัดเป็นแนวทางที่นำมาใช้เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยที่หลากหลายรวมทั้งการเจ็บป่วยทางจิตซึ่งมีวิธีการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับเป้าหมายที่ต้องการบำบัด และการนำการเล่นบำบัดมาบำบัดเป็นกระบวนการหนึ่งในการปรับทัศนคติ ความคิด การเรียนรู้ เกิดการเลียนแบบที่เหมาะสม และสร้างจินตนาการเป็นการบำบัดที่ส่งเสริม ความคิดสติปัญญา อารมณ์และสังคมของเด็กได้เป็นอย่างดี

วิธีการเล่น

1. พยาบาลกล่าวเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย ระยะเวลา 2 นาที
2. การเล่นเกมตาพยาบาลผู้บำบัดนำตุ๊กตามาเล่นทำท่าทางต่างๆเช่นนั่งนอนกินข้าวแล้วให้เด็กเล่นตามพยาบาลผู้บำบัดถ้าเล่นไม่ได้พยาบาลผู้บำบัดจับมือและนำให้วางมือเมื่อเด็กเล่นได้ให้คำชมเชยด้วยคำพูดและปรบมือให้เด็กพร้อมให้เด็กโต้ตอบด้วยคำพูด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและเล่นกับเด็กกับพยาบาลตลอดการเล่น หลังจากนั้นให้ครอบครัวลองปฏิบัติการเล่นตามแบบที่พยาบาลเล่นกับเด็กให้ดูพร้อมกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ หลังสิ้นสุดการเล่นบำบัดทั้งสองแบบพยาบาลผู้บำบัดสรุปผลการเล่นของเด็ก ให้เทคนิคในการเล่น และตอบข้อสงสัยของครอบครัว
3. การเล่นเกมบล็อกพยาบาลผู้บำบัดนำบล็อกมาวางตามตำแหน่งต่างๆของร่างกายแล้วให้เด็กวางของตามพยาบาลผู้บำบัดถ้าเล่นไม่ได้พยาบาลผู้บำบัดจับมือและนำให้วางมือเมื่อเด็กวางได้ให้คำชมเชยด้วยคำพูดและปรบมือให้เด็กพร้อมให้เด็กโต้ตอบด้วยคำพูดคำพูด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและเล่นกับเด็กกับพยาบาลตลอดการเล่น หลังจากนั้นให้ครอบครัวลองปฏิบัติการเล่นตามแบบที่พยาบาลเล่นกับเด็กให้ดูพร้อมกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ หลังสิ้นสุดการเล่นบำบัดทั้งสองแบบพยาบาลผู้บำบัดสรุปผลการเล่นของเด็ก ให้เทคนิคในการเล่น และตอบข้อสงสัยของครอบครัว
4. การเล่นเกมโทรศัพท์พยาบาลผู้บำบัดนำโทรศัพท์มาเล่นโทรแล้วให้เด็กเล่นตามพยาบาลผู้บำบัดถ้าเล่นไม่เป็นพยาบาลผู้บำบัดจับมือและนำให้เล่นเมื่อเด็กเล่นโทรศัพท์เป็นให้คำชมเชยด้วยคำพูดและปรบมือให้เด็กพร้อมให้เด็กโต้ตอบด้วยคำพูดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและเล่นกับเด็กกับพยาบาลตลอดการเล่น หลังจากนั้นให้ครอบครัวลองปฏิบัติการเล่นตามแบบที่พยาบาลเล่นกับเด็กให้ดูพร้อมกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ หลังสิ้นสุดการเล่นบำบัดทั้งสองแบบพยาบาลผู้บำบัดสรุปผลการเล่นของเด็ก ให้

เทคนิคในการเล่น และตอบข้อสงสัยของครอบครัว ขณะเล่นผู้ปกครองอยู่ด้วยตลอด หลังจากนั้นให้ครอบครัวเล่นกับเด็กนาน 10 นาที โดยพยาบาลสังเกตขณะครอบครัวทำการเล่นกับเด็กพร้อมให้คำแนะนำในการเล่น

5. ระหว่างกิจกรรมพยาบาลผู้ช่วยบำบัดสังเกตและประเมินผลว่าเด็กสามารถเล่นตามและเล่นเลียนแบบได้หรือไม่ หลังจากนั้นบันทึกผล ด้วยแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกเป็นเครื่องมือกำกับการทำลอง

การเล่นแบบที่ 4 การเล่นกับสื่อ (2 ครั้ง/คน ครั้งละ 30 นาที) “เล่นกับชีวิตจริง”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้จากการมองเห็นภาพเป็นคำศัพท์ในสมอง
2. เพื่อให้เด็กสามารถเชื่อมโยงระหว่างภาพคำศัพท์กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้
3. เพื่อให้เด็กเกิดความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการ

วิธีการเล่น

1. พยาบาลสังเกตการณ์เริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทายของเด็กออทิสติกกับพยาบาล ระยะเวลา 3 นาที
2. พยาบาลผู้บำบัดนำภาพลำดับเหตุการณ์การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาแล้วเรื่องราวให้เด็กออทิสติกฟังโดยเริ่มจากภาพลำดับเหตุการณ์ชุดที่ 1 ได้แก่ภาพตื่นนอนอาบน้ำแต่งตัวแล้วให้เด็กนำสิ่งของในเหตุการณ์มาวางที่รูปภาพให้ตรงกันถ้าเด็กทำไม่ได้พยาบาลผู้บำบัดแนะนำทำให้ดูและกระตุ้นให้เด็กทำตามเมื่อเด็กทำได้ให้คำชมเชยด้วยคำพูดและปรบมือให้เด็กพร้อมให้เด็กโต้ตอบด้วยคำพูดจากนั้นพยาบาลผู้บำบัดเริ่มเล่าเรื่องราวตามภาพลำดับเหตุการณ์ชุดที่ 2 ได้แก่ภาพหาวเข้านอนและนอนหลับเป็นต้นขณะเล่นผู้ปกครองอยู่ด้วยตลอด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและเล่นกับเด็กกับพยาบาลตลอดการเล่น หลังจากนั้นให้ครอบครัวลองปฏิบัติตามแบบที่พยาบาลเล่นกับเด็กให้ดูพร้อมกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ หลังสิ้นสุดการเล่นบำบัดทั้งสองแบบพยาบาลผู้บำบัดสรุปผลการเล่นของเด็ก ให้เทคนิคในการเล่น และตอบข้อสงสัยของครอบครัว
3. ระหว่างกิจกรรมพยาบาลผู้ช่วยบำบัดสังเกตและประเมินผลว่าเด็กสามารถเล่นตามได้หรือไม่ หลังจากนั้นบันทึกผล ด้วยแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกเป็นเครื่องมือกำกับการทำลอง

การเล่นแบบที่ 5 การเล่นสลับบทบาทและตามกติกา (2 ครั้ง/คน ครั้งละ 30 นาที)

ชื่อการเล่น “เธอกับฉัน”

- วัตถุประสงค์:
1. เพื่อให้เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้จากการมองเห็น (Visual Learning)
 2. เพื่อให้เด็กรู้จักรอคอย การสลับบทบาท และเรียนรู้กฎ กติกา
 3. เตรียมทักษะการเล่นกับเพื่อนและเพิ่มการสลับบทบาทที่ซับซ้อนขึ้นด้วยวิธีการ

วิธีการ

1. พยาบาลสังเกตการณ์เริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทายของเด็กก้อทิสติกกับพยาบาลระยะเวลา 2 นาที
2. พยาบาลผู้บำบัดนำของเล่น โดยให้สลับก้อนนำลูกบอลใส่ตระกร้า พยาบาลผู้บำบัดนำลูกบอลให้เล่นสลับก้อนระหว่างเด็กกับพยาบาลผู้บำบัดโดยใช้หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการสลักการเล่นให้ผู้ที่ไม่สวมหมวกเป็นผู้เล่นถ้าเด็กทำไม่ได้พยาบาลผู้บำบัดแนะนำทำให้ดูและกระตุ้นให้เด็กทำตามเมื่อเด็กทำได้ให้คำชมเชยด้วยคำพูดและปรบมือให้เด็กพร้อมให้เด็กโต้ตอบด้วยคำพูด หลังจากนั้น เล่นที่ชื่อว่า “ใครหมดก่อน”
3. เป็นการจับคู่สีในแผ่นกระดานของตนเอง โดยพยาบาลแบ่งแผ่นกระดานสีวงกลม 6 สีให้คนละแผ่นแจกกระดาษสีวงกลมคละสีคนละ 6 สีเท่าๆกันเริ่มเล่นครั้งแรกให้ผู้เล่นวางกระดาษสีวงกลมให้ตรงกับวงกลมสีที่อยู่บนกระดานรอบต่อมอธิบายกติกาแล้วแจกกระดาษวงกลมให้คนละ 6 สีเท่าๆกันวางไว้ที่เส้นแบ่งเขต (คว่ำไว้) ผู้ที่เล่นจะต้องใส่หมวกไว้เป็นสัญลักษณ์สลับก้อนหีบกระดาษสีวงกลมที่คว่ำไว้มาวางสีที่ตรงกับแผ่นกระดานสีของตัวเองจนครบ 6 สีถ้าสีซ้ำกันให้นำกระดาษสีนั้นวางคว่ำไว้ที่เส้นแล้วสลับก้อนหีบกระดาษสีวงกลมที่วางไว้ที่เส้นต่อไปเมื่อได้สีที่ต้องการให้นำไปวางที่กระดานสีของตนเองทำเช่นนี้จนครบ 6 สีถ้าเด็กทำไม่ได้พยาบาลผู้บำบัดแนะนำทำให้ดูและกระตุ้นให้เด็กทำตามเมื่อเด็กทำได้ให้คำชมเชยด้วยคำพูดและปรบมือให้เด็กพร้อมกระตุ้นให้เด็กออกเสียงโต้ตอบด้วยคำพูด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและเล่นกับเด็กกับพยาบาลตลอดการเล่น หลังจากนั้นให้ครอบครัวลองปฏิบัติตามการเล่นตามแบบที่พยาบาลเล่นกับเด็กให้ดูพร้อมกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ หลังสิ้นสุดการเล่นบำบัดทั้งสองแบบพยาบาลผู้บำบัดสรุปผลการเล่นของเด็ก ให้เทคนิคในการเล่น และตอบข้อสงสัยของครอบครัว
4. ระหว่างกิจกรรมพยาบาลผู้ช่วยบำบัดสังเกตและประเมินผลว่าเด็กสามารถเล่นสลับก้อนบาทได้หรือไม่ หลังจากนั้นประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กก้อทิสติก

การบำบัดรายกลุ่ม (Social Play) 10 คน/กลุ่ม

การเล่นแบบที่ 6 การเล่นตามกติกา (2 ครั้ง /คน ครั้งละ 60 นาที)

“เอ๊ะ!หมวกใคร” และ “อรรอย จัง”

- วัตถุประสงค์:
1. เพื่อให้เด็กสนุกสนานและเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน
 2. เพื่อให้เด็กก้อทิสติกรู้จักการเล่นกับเพื่อน
 3. เพื่อให้เด็กก้อทิสติกรู้จักการรอคอยการสลับก้อนบาทกับเพื่อนวัยเดียวกัน
 4. เพื่อให้เด็กก้อทิสติกรู้ลำดับขั้นตอน กติกาเกม เข้าใจคำสั่ง
 5. เพื่อให้เด็กก้อทิสติกสามารถเคลื่อนไหวมือได้ตามกำหนด

วิธีการเล่นเกม “เอ๊ะ! หมวกใคร

1. พยาบาลเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทายของเด็กก้อทิสติกและพยาบาลกล่าวทักทายเด็กก้อทิสติกและครอบครัวทุกคน

2. พยาบาลนั่งนั้งล้อมวงรอบโต๊ะกับเด็กและครอบครัว พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มโดยสวมหมวกส่งหมวกให้สมาชิกส่งต่อกันและสวมหมวกพร้อมกับร้องเพลง เพลง ส่งหมวก มีเนื้อเพลงดังนี้ “ส่งหมวกนี้ นี่ไปให้เธอ ส่งหมวกนี้ไปให้... (ชื่อคนที่ส่งให้)” ร้องซ้ำ อาจส่งจากซ้ายไปขวา หรือขวาไปซ้ายก็ได้ การส่งรอบแรกต้องให้เข้าใจคำสั่ง จากนั้นส่งคำสั่งที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น ส่งให้คนนั่งทางขวามือ เพื่อให้เด็กเกิดการรู้จักเพื่อนใหม่ เกิดการเรียนรู้ และการสื่อสารโดยให้เด็กนั่งกับครอบครัวเป็นคู่รอบโต๊ะ ส่งหมวกจนครบทุกคน

3. หลังจากนั้นเล่นเกม “อร้อยจ้ง” โดยมีการ์ดรูปขนมและการ์ดไม่มีรูปขนม สำหรับแจกสมาชิกรอบวง ให้ผู้นำกลุ่มใส่หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการแจกการ์ดทั้งสองแบบรอบแรกใช้การ์ดที่มีรูปขนมทั้งหมดเริ่มเล่นโดยให้พยาบาลผู้บำบัดเล่นเป็นผู้นำกลุ่มในรอบแรกโดยใส่หมวกเป็นสัญลักษณ์ แล้วแจกการ์ดรูปขนมแจกให้ผู้เล่นคนละ 1 ใบ (คว่ำรูปไว้) เมื่อแจกเสร็จนับ 1-2-3 ให้ทุกคนเปิดการ์ดดูพร้อมกันถ้าใครมีการ์ดที่มีรูปขนมจะได้กินขนมนั้นโดยนำการ์ดมาแลกขนม สลับกันเป็นผู้นำกลุ่มจนครบทุกคน ซึ่ง 3 ครั้งแรกให้มีรูปขนมหมด เพื่อให้เด็กสนใจมองกิจกรรม เพราะเด็กเรียนรู้จากการมองได้ดี

รอบถัดไปแทรกการ์ดที่ไม่มีรูปขนมเข้าไปในการแจกทีละครั้ง ถ้าเด็กเล่นไม่เป็นให้พยาบาลผู้บำบัดช่วยจับมือ / ตะแอนให้เล่น และกล่าวคำชมเชยเมื่อเด็กทำได้ เพื่อให้เด็กออทิสติกเข้าใจคำสั่งและสถานการณ์ที่มีกติกาได้ใช้ทักษะในการสลับบทบาทกับเพื่อนเด็กออทิสติกในวัยเดียวกัน และให้เด็กออทิสติกเกิดความสุขสนทนและเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและเล่นกับเด็กกับพยาบาลตลอดการเล่น หลังจากนั้นให้ครอบครัวลองปฏิบัติตามแบบที่พยาบาลเล่นกับเด็กให้ดูพร้อมกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ

จากนั้นให้เด็กออทิสติกที่เป็นสมาชิกในกลุ่มสลับกันเป็นผู้นำกลุ่มจนครบทุกคนถ้าเด็กเล่นไม่ได้ครอบครัวผู้บำบัดตะแอนทำให้ดูและกระตุ้นให้เด็กทำตามเมื่อเด็กทำได้ให้คำชมเชยด้วยคำพูดและประจบมือให้เด็กพร้อมให้เด็กโต้ตอบด้วยคำพูด

อาจเปลี่ยนเป็นผลไม้ สลับขนม เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้รสชาติใหม่ๆ และการให้ขนมขณะเล่นให้รับประทานครั้งละเล็กน้อย

4. ระหว่างกิจกรรมพยาบาลผู้ช่วยบำบัดสังเกตและประเมินผลว่าเด็กสามารถเล่นตามและเล่นสลับบทบาทได้หรือไม่หลังจากนั้นบันทึกผล ด้วยแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก หลังสิ้นสุดการเล่นบำบัดทั้งสองแบบผู้บำบัดสรุปผลการเล่นของเด็กให้เทคนิคการเล่น และตอบข้อสงสัยของครอบครัว กล่าวปิดกลุ่มในครั้งสุดท้าย และทำแบบประเมินหลังจบกลุ่มวิจัย 1 สัปดาห์

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Carmichael (2006) ได้ทำการศึกษาการใช้การเล่นบำบัดในเด็กที่มีความบกพร่องด้านความสามารถในการเล่นบำบัดมีผลต่อเด็กที่บกพร่องทางด้านสุขภาพและพัฒนาการโดยพบว่าการพัฒนาตัวร่างกายและอารมณ์มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางความสามารถของเด็กทั้งนี้การเล่นบำบัดอาจมีผลต่อร่างกายและอารมณ์ของเด็กทั้งทางตรงและทางอ้อมนอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นเฉพาะในการเล่นบำบัดมีผลต่อการสนับสนุนความสามารถของเด็ก

Hill (2006) ได้ศึกษาผลของการเล่นบำบัดโดย มีบิดามารดามีส่วนร่วม ซึ่งนำไปศึกษาในเด็กที่ถูกทำร้ายทางเพศ พบว่า เด็กมีความไว้วางใจ คลายความวิตกกังวล ผ่อนคลาย มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีขึ้นกับบุคคลอื่น ส่งเสริมให้เด็กกล้าแสดงออก นำไปสู่ความรู้และทักษะที่จะพัฒนาให้มีพ่อ-แม่ผู้ปกครอง หรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาเด็กที่ปัญหาทางจิตเวชต่อไป

Kenny and Winick (2000) ได้ศึกษาผลของการเล่นบำบัดโดยมีบิดามารดามีส่วนร่วม ซึ่งศึกษาในเด็กออทิสติกผู้หญิงอายุ 11 ปี ที่มีปัญหาด้านสังคม พฤติกรรมที่เป็นปัญหา และอารมณ์ที่แสดงออก รวมถึงขั้นตอนการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงและการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบว่า การเล่นโดยมีมารดาเข้าไปมีส่วนร่วมทั้งการดูแลเด็กออทิสติกและการให้ความรู้แก่มารดา ร่วมกับผู้ดูแลที่มีความชำนาญ ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่ดี มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น สนใจบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบข้างเพิ่มขึ้น ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น มีทักษะในการดำเนินชีวิต

Prendeville (2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะสังคมโดยใช้การเล่นกับกลุ่มเพื่อนในเด็กออทิสติกในช่วงอายุ 4-6 ปีโดยใช้รูปแบบชุดทักษะเพื่อขัดเกลาทักษะสังคมการสื่อสารและการเล่นกับกลุ่มเพื่อนในห้องเรียนประกอบด้วยองค์ประกอบทั้งสัญลักษณ์และสังคมได้แก่การเล่นสำรวจการเล่นแบบร่วมมือผลการศึกษาพบว่าพบการเพิ่มขึ้นของปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในเด็กและการเพิ่มขึ้นของเวลาที่ใช้ร่วมกันและระยะเวลาของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กออทิสติกและเพื่อนเพิ่มขึ้นมีการตอบสนองของทั้งสองฝ่ายเพิ่มขึ้น

กัณนิกา เพิ่มพูนพัฒนา (2551) ได้ศึกษาการเล่นบำบัดแบบเล่นเป็นกลุ่มในเด็กปฐมวัยกลุ่มอาการออทิสติก:ศึกษาในเด็กชาย 6 คน ได้ทำการศึกษาเพื่อทดสอบผลของการเล่นบำบัดแบบเล่นเป็นกลุ่มเพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในเด็กปฐมวัยกลุ่มออทิสติก ที่เข้ารับการรักษา วจินิจฉัยและบำบัดรักษา ณ สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กออทิสติกเพศชาย อายุ 36 - 49 เดือน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าจัดอยู่ในกลุ่มอาการออทิสติก ทำการศึกษาทั้งสิ้น 3 เดือน ทั้งหมด 12 ครั้ง/สัปดาห์ และ 3 ชั่วโมง/ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในเด็กออทิสติกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าระดับความรุนแรงของอาการคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กสนใจเพื่อนมากขึ้น ใช้เวลาเล่นในระดับพัฒนาการทางการเล่นที่สูงขึ้น การวัดความเครียดของผู้ปกครองพบว่ามีเพียงมารดาที่มีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กัลยาณี อินตะสิน (2550) ได้ศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกในระดับปฐมวัยจากการจัดกิจกรรมเคลื่อนไหวประกอบการเล่นเกมนุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นเด็กออทิสติกเพศชายอายุ 3 ปี 2 เดือน 1 รายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรงพยาบาลเชียงใหม่รายงานว่า เป็นเด็กออทิสติกมีความบกพร่องในด้านสังคมทำการศึกษาค้นคว้าโดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบ Single Subject Design รูปแบบ A-B-A การรวบรวมข้อมูลใช้วีดิทัศน์ถ่ายภาพบันทึกพฤติกรรมขณะที่เด็กร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น รวมถึงการใช้แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมทางสังคมและสรุปผลการสังเกตพฤติกรรมทางสังคมแล้วนำเสนอเป็นรูปภาพประกอบการบรรยายพบว่าการสอนทักษะทางสังคมให้กับเด็กออทิสติกจากการจัดกิจกรรมเคลื่อนไหวประกอบการเล่นเกมนุ่มส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมทักษะทางสังคมด้านต่างๆอยู่ในระดับดีตั้งนี้ด้านการเล่นร่วมกับเพื่อนด้านการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและด้านการปฏิบัติตามข้อตกลงของกลุ่ม

ชูศรี ปิ่นโต (2549) ได้ศึกษาการใช้การเล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยววัดผลก่อนและหลัง (One Group Pretest - Posttest) โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกก่อนและหลังการใช้การเล่นบำบัดที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปีที่เข้ารับการรักษาเป็นแบบผู้ป่วยในแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจังหวัดพระนครศรีอยุธยาจำนวน 20 คนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือคู่มือการเล่นบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกที่สร้างโดยวิมล เนติวิธวรกุล (2548) ตามแนวคิดของ Beyer & Gammeltoft (2001) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการเล่นบำบัดจากผู้ศึกษาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกจากผลการศึกษาพบว่าพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกหลังการใช้การเล่นบำบัดสูงกว่าก่อนการใช้การเล่นบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัทมา บรรเทงจิต (2548) ได้ศึกษาทักษะทางสังคมด้านการเล่นกับเพื่อนของเด็กออทิสติกโดยการจัดกิจกรรมการละเล่นพื้นบ้านของไทยประกอบกับการสื่อด้วยภาพกลุ่มตัวอย่างคือเด็กออทิสติก 1 คนซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ผลปรากฏว่านักเรียนที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมด้านการเล่นกับเพื่อนโดยการจัดกิจกรรมการละเล่นพื้นบ้านของไทยประกอบกับการสื่อด้วยภาพมีทักษะทางสังคมด้านการเล่นกับเพื่อนสูงขึ้น

พิรยา นันทนาเนตร์ (2551) ได้ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความสามารถด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกก่อนและหลังการใช้การเล่นบำบัด โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กออทิสติกมีอายุระหว่าง 3-6 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 20 คน ผลการศึกษาที่สำคัญ คือ ความสามารถด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกหลังการใช้การเล่นบำบัดสูงกว่าก่อนการใช้การเล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

วิมล เนติวิธรรกุล (2548) ได้ศึกษาการใช้การเล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกโดยทำการศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกก่อนและหลังการใช้การเล่นบำบัดที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษารักษาเป็นแบบผู้ป่วยในแบบ day care ของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์จังหวัดสมุทรปราการจำนวน 10 คนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือคู่มือการเล่นบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกและแบบวัดพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกจากผลการศึกษาพบว่าพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกหลังการใช้การเล่นบำบัดสูงกว่าก่อนการใช้การเล่นบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

เด็กออทิสติกส่วนมากจะมีปัญหาไม่สามารถเข้าใจคำพูด ความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่น การพัฒนาด้านภาษาและสติปัญญาก็ไม่สมบูรณ์ ทำให้เด็กไม่สามารถที่จะสื่อสารกับคนรอบข้างและสังคม เด็กทำบางสิ่งซ้ำๆ เด็กจะไม่สนใจคนอื่น มีพฤติกรรมแปลกๆ สูญเสียความสามารถทางภาษาและทักษะทางสังคม เด็กมักไม่สนใจอย่างอื่นนอกจากพฤติกรรมที่ทำซ้ำซาก ซึ่งแนวคิดการเล่นบำบัดของ Beyer and Gammeltoft (2001) อธิบายว่า เด็กออทิสติกสามารถเรียนรู้ และจดจำผ่านสายตาเป็นหลัก โดยมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา และสังคมด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การจัดลำดับก่อนหลังที่ชัดเจน และความต่อเนื่องของกิจกรรมการเล่น จัดการเล่นให้เป็นระบบจะทำให้เด็กออทิสติกสามารถพัฒนาทักษะต่างๆได้โดยการเล่นอย่างเป็นลำดับขั้นตอนการจัดประสบการณ์การเล่นอย่างมีเป้าหมายจะทำให้เด็กออทิสติกสามารถพัฒนาตัวตน เข้าใจความรู้สึกของตัวเองและผู้อื่น สามารถรอยคอยได้มีสมาธิสนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้นและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล โดยพยาบาลจะจัดกิจกรรมอ้างอิงจากความผิดปกติของเด็กออทิสติก เพื่อฝึกให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับพยาบาลก่อน และพัฒนาควบคู่ไปกับการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยครอบครัวเข้าร่วมเล่นกับเด็กที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว

ประกอบด้วยการบำบัด 2 ขั้นตอน 10 ครั้ง รวม 5 สัปดาห์ ได้แก่
ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการ และสร้างสัมพันธภาพกับเด็กและครอบครัว
สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 45 นาที **ครั้งที่ 2** ใช้เวลา 30 นาที
ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เรื่องการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกกับครอบครัว 15 นาที
ใช้เวลา 30 นาที สร้างสัมพันธภาพ และความคุ้นเคยกับเด็ก
 ทักทาย แนะนำตัว สัมผัส โดยพยาบาลเป็นผู้เล่นกับเด็กให้โดยให้เด็กเลือกเล่น
 ของเล่นของตนเอง ครอบครัวเป็นผู้สังเกต แล้วร่วมเล่นกับเด็กให้พยาบาลดู
สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 30 นาที
ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 30 นาที เรียนรู้ตัวตน พยาบาลเล่นกับเด็กผ่านกระจกการให้
 เด็กเรียนรู้จักตัวเองผ่านกระจกเงา พยาบาลเล่นกับเด็กและครอบครัวเป็นผู้สังเกต
 และร่วมเล่นกับเด็กให้พยาบาลดู

ขั้นตอนที่ 2 ระยะบำบัดสัปดาห์ที่ 2- 5ครั้งที่ 3-8 บำบัดรายบุคคลได้แก่

การเล่นเลียนแบบ 2 ครั้ง โดยนำของเล่น เช่น ตุ๊กตา โทรศัพท์บล็อก
 ลูกข่าง มาเล่น เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้การ เลียนแบบ เกิดอารมณ์เชิงบวกได้
 ระบายอารมณ์ ความรู้สึก

การเล่นกับสื่อ 2 ครั้ง เพื่อให้เด็กสามารถการเชื่อมโยงระหว่างภาพ
 คำศัพท์กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน เด็กปฏิบัติได้ เล่นโดยการนำภาพ
 ลำดับเหตุการณ์การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาเล่าเรื่องราวให้เด็กฟังแล้วให้เด็กนำ
 สิ่งของในเหตุการณ์มาวางที่รูปภาพให้ตรงกันสื่อ

การเล่นสลับบทบาทและการเล่นตามกติกา 2 ครั้ง เพื่อให้เด็กรู้จักการ
 รอคอยมีสมาธิ และการเล่นสลับบทบาทใช้การเล่นลูกบอลใส่ตะกร้า และใช้
 หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการสลับการเล่น ผู้ที่เล่นให้ใส่หมวกเมื่อจบเกม เล่นเกม
 จับคู่การ์ดสีแข่งกัน ใครจับคู่ครบก่อนยกมือขึ้น เพื่อให้เด็กรู้การรอคอยกฎกติกา
 ง่ายๆ ในการเล่นเกมกับผู้อื่น

การบำบัดรายกลุ่ม 10 คน/กลุ่ม สัปดาห์ที่ 2- 5 ครั้งที่ 9-10
 กลุ่มละ 60 นาที/ครั้ง ได้แก่

เล่นตามกติกากลุ่ม ประกอบด้วยการเล่นเกมส่งหมวกให้เพื่อนโดยใช้
 “เพลงส่งหมวก” ประกอบการเล่น จากนั้นเล่นเกมกินขนม ใช้การ์ดรูปขนมและไม่
 มีรูปขนมเป็นสื่อและให้ผู้นำการเล่นใส่หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการนำเล่น เพื่อให้
 เด็กแสดงอารมณ์ความรู้สึกสามล่นกับเพื่อน สามารถรอคอย ควบคุมตนเอง และ
 รู้จักการสลับบทบาทการเป็นผู้นำและผู้ตามได้

* แต่ละเกมพยาบาลเล่นกับเด็กเป็นตัวอย่างหลังจากนั้นครอบครัวฝึกการเล่นกับ
 เด็กให้พยาบาลดู และผู้ปกครองนำเกมไปเล่นกับเด็กที่บ้านทุกวัน

พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ในเด็กออทิสติก

- พฤติกรรมด้านอารมณ์
- พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง
- พฤติกรรมด้าน
สัมพันธภาพทางสังคม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก มีรูปแบบดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

Burns & Glove, (2005)

X หมายถึง การให้การทดลองโดยใช้การเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัว

O₁ หมายถึง การวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกก่อนได้รับการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัว

O₂ หมายถึง การวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกหลังได้รับการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัว

O₃ หมายถึง การวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง การวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่มคือ 1. เด็กออทิสติก ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์อายุระหว่าง 3-6 ปี 2. ผู้ปกครองเด็กออทิสติก

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ

1. **เด็กออทิสติก** อายุระหว่าง 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เคยมีประวัติพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ โดยจัดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ จับคู่เพศเด็กออทิสติก แล้วสุ่มใช้วิธีการจับฉลาก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่จนครบ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คนโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

2. **ผู้ปกครองเด็กออทิสติก** จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ โดยจัดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง เนื่องจากพบว่าผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะเข้าใจได้เร็วกว่า และมีวิธีการหาความรู้เพิ่มเติมได้ดีกว่า จำนวนผู้ปกครอง 40 คน แล้วสุ่มใช้วิธีการจับฉลาก เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่จนครบ 2 กลุ่ม กลุ่ม ละ 20 คนโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เด็กออทิสติกที่มีอายุระหว่าง 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมที่เป็นเป็นทางด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสัมพันธ์ทางสังคม
3. ไม่มีภาวะเจ็บป่วยทางกาย หรือเป็นโรคทางด้านสมองอื่นร่วม เช่น ปัญญาอ่อน สมองพิการ ลมชัก เป็นต้น
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถร่วมบำบัดได้จนครบตามโปรแกรมที่กำหนด
5. ครอบครัวคัดเลือกจากสมาชิกในครอบครัว ๆ ละ 1 คน ที่สามารถดูแลเด็กได้อย่างใกล้ชิด อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

เกณฑ์ในการคัดผู้ออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย
2. เด็กหรือผู้ปกครองมีปัญหาสุขภาพที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรมในช่วงระยะเวลาทำการวิจัย
3. ผู้ปกครองไม่สามารถพาเด็กมาเข้าร่วมการเล่นบำบัดได้ครบตามโปรแกรมทั้ง 5 สัปดาห์

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากในการวิจัยกึ่งทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (รัตศิริ ทาโต, 2552) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลองควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลใกล้เคียงหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด (Burnand Grove, 2005:247) แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 40 คน ในแต่ละกลุ่ม(กลุ่มเด็กออทิสติก และกลุ่มผู้ปกครอง) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการจับคู่ (Match Pair) ด้วยวิธีการ จับคู่เพศ เด็กออทิสติก และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง แล้วสุ่มใช้วิธีการจับฉลากเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน แล้วจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. วันที่ 1-11 เมษายน 2557 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนอก และงานเวชระเบียนโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ทำการศึกษาประวัติเด็กออทิสติก จากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและระบบระบบคอมพิวเตอร์ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาล (HosXp) คัดเลือกเด็กออทิสติกที่มีประวัติแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือเด็กออทิสติก เข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ (Matched pair) ระหว่างเพศ ของเด็กออทิสติก และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้มีคุณลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุด เพื่อใช้ในการแบ่งกลุ่มโดยจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และเข้ากลุ่มควบคุม 20 คน เลือกไว้จำนวน 80 คน รวม 40 คู่ เพื่อป้องกันการปฏิเสธเข้าโครงการวิจัย

3. วันที่ 12 เมษายน-18 เมษายน 2557 โทรศัพท์ติดต่อผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่ได้คัดเลือกไว้พูดคุย แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมการเล่นบำบัดพอสังเขป และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงสอบถามความสมัครใจ ตอบข้อสงสัย จนครบ 40 คนเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และเข้ากลุ่มควบคุม 20 คน ปรากฏดังตารางที่ 1

4. ผู้วิจัยพบผู้ปกครองของเด็กออทิสติกหลังจากคัดเลือกเด็กและผู้ปกครองยินดีเข้าร่วมโครงการแนะนำตัวผู้วิจัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย กลุ่มควบคุมพบในวันที่ 6 และ 7 พฤษภาคม 2557 กลุ่มควบคุมวันที่ 8 - 9 พฤษภาคม 2557

5. ผู้ปกครองที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ แสดงความสมัครใจเลือกวันและเวลาที่ตนเองสะดวกตามวันและเวลาที่ผู้วิจัยกำหนดคือ ในสัปดาห์ที่ 1-4 เป็นการเล่นแบบรายบุคคล คนละ 30 นาที แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ 1 เข้าโปรแกรมวันจันทร์ และวันอังคาร : กลุ่มที่ 2 เข้าโปรแกรมวันพุธและวันพฤหัสบดี ตั้งแต่เวลา 12.00 -18.00 น. ส่วนในสัปดาห์ที่ 5 เป็นการเล่นแบบกลุ่ม ใช้เวลากลุ่มละ 60 นาที ตั้งแต่เวลา 13.00 - 14.00 น. จากนั้นผู้วิจัยให้ตารางนัดหมายเรื่องวันและเวลาในการดำเนินการเล่นบำบัด

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศของเด็กออทิสติกและระดับการศึกษาของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	เพศของเด็กออทิสติก		ระดับการศึกษาผู้ปกครอง	
	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม
1	ชาย	ชาย	ปริญญาตรีขึ้นไป	ปริญญาตรีขึ้นไป
2	ชาย	ชาย	ปริญญาตรีขึ้นไป	ปริญญาตรีขึ้นไป
3	ชาย	ชาย	ปริญญาตรีขึ้นไป	ปริญญาตรีขึ้นไป
4	ชาย	ชาย	ปริญญาตรีขึ้นไป	ปริญญาตรีขึ้นไป
5	ชาย	ชาย	ปริญญาตรีขึ้นไป	ปริญญาตรีขึ้นไป
6	ชาย	ชาย	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
7	ชาย	ชาย	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
8	ชาย	ชาย	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
9	ชาย	ชาย	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
10	หญิง	หญิง	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
11	ชาย	ชาย	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
12	หญิง	หญิง	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
13	ชาย	ชาย	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
14	ชาย	ชาย	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
15	ชาย	ชาย	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
16	ชาย	ชาย	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
17	ชาย	ชาย	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
18	ชาย	ชาย	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
19	ชาย	ชาย	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
20	ชาย	ชาย	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยก่อนทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ 2557

2. ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการชี้แจงขั้นตอนวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการศึกษา และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใดๆ จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้รับบริการ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ตลอดระยะเวลาการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่ออธิบายจนเข้าใจแล้วสอบถามถึงความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการศึกษาให้ผู้ป่วยลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

3. หลังสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน โดยจัดให้ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวเหมือนกลุ่มทดลองทุกประการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ มี 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและผู้ปกครอง
- 1.2 แบบประเมินพฤติกรรมเด็กออทิสติก SDQ

ชุดที่ 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่

- 2.1 คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับครอบครัว
- 2.2 คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล

ชุดที่ 3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

- 3.1 แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี
- 3.2 แบบประเมินการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ปกครอง

วิธีการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและผู้ปกครอง เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองในการกรอกข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ วันเดือนปีเกิดอายุเป็นบุตรคนที่ การวินิจฉัยโรค อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประวัติการได้รับยาการเรียน การรักษาอื่น ๆ ที่ได้รับ และข้อมูลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมเด็กออทิสติก ใช้ประเมินพฤติกรรมเด็ก ที่พัฒนาจากแบบประเมินพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น 3-16 ปี Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) พัฒนาโดย Robert Goodman จิตแพทย์เด็กชาวอังกฤษ โดยเครื่องมือนี้ได้มีการนำไปใช้กว่า 50 ประเทศ ทั่วโลกซึ่งค่า Reliability) อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจคือ Internal Consistency = 0.7 (Mean Conbach) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวกและคำถามข้อที่เป็นปัญหา ประกอบด้วย 2 หน้า หน้าแรกเป็นลักษณะพฤติกรรม จำนวน 25 ข้อ ซึ่งมีลักษณะของพฤติกรรมด้านบวก และด้านลบ แบบประเมินพฤติกรรม จะแบ่งเป็น 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ข้อที่ตอบว่า จริง ส่วนมากให้ 2 คะแนน อาจจริง 1 คะแนน และไม่จริง 0 คะแนน มีอยู่ 5 ข้อ ที่ข้อความตรงข้าม และให้คะแนนกลับกับข้ออื่น คะแนนแต่ละด้านจะอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน คะแนนรวม 0 - 40 คะแนนซึ่งสามารถจัดกลุ่ม เป็นกลุ่มพฤติกรรม 5 กลุ่ม ได้แก่

- 1.กลุ่มพฤติกรรมด้านอารมณ์ (5 ข้อ)
- 2.กลุ่มพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (5 ข้อ)
- 3.กลุ่มพฤติกรรมเกร (5 ข้อ)
4. กลุ่มพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน (5 ข้อ)
- 5.กลุ่มพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม (5 ข้อ)

การแปลผล กลุ่ม 1 - 4 รวมกันเป็น 20 ข้อ เป็นคะแนนรวมที่แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมในเด็ก (Total Difficulties score) ส่วนในกลุ่มที่ 5 เป็นจุดแข็งของเด็ก (Strength score)หน้าที 2 ของแบบประเมิน เป็นการประเมินผลกระทบของพฤติกรรมว่ามีความเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างตัวเด็กเอง มีผลต่อสัมพันธภาพทางสังคม ชีวิตประจำวันของเด็กมากน้อยเพียงไร

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาพฤติกรรม 3 ด้านคือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งในแบบประเมินนี้ พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม จะเป็นจุดแข็ง แต่เมื่อผู้วิจัยนำมาคิดค่าคะแนนการวิเคราะห์ข้อมูลจึงต้องกลับค่าคะแนน เพื่อให้ได้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก

การแปลผลคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมเด็กออทิสติก สำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครอง

เกณฑ์คะแนน	ปกติ	เสี่ยง	มีปัญหา
คะแนนรวม	0-13	14-16	17-40
คะแนนพฤติกรรมด้านอารมณ์	0-3	4	5-10
คะแนนพฤติกรรมเกร	0-2	3	4-10
คะแนนพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง	0-5	6	7-10
คะแนนพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน	0-2	3	4-10
คะแนนพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม	0-4	5	6-10

การตรวจสอบคุณภาพของคู่มือการทดลอง

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านสุขภาพจิต และจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก (APN) จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity Index: CVI) โดยจากการคำนวณ พบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.96

2. การตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษาผู้วิจัยทำการทดลองใช้เครื่องมือ ดังกล่าว โดยนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ แผนกผู้ป่วยใน โดยผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบประเมิน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2555) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

ชุดที่ 2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่

2.1 คู่มือการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว มีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบเครื่องมือดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยศึกษาจาก เอกสาร ตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติก และการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว จากนั้นนำมาประยุกต์และพัฒนาเป็นกิจกรรมการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวในเด็กออทิสติก

2.1.2 ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว โดยนำแนวคิดเทคนิคต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมากำหนดโครงสร้างของกิจกรรมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษานำมาพัฒนาเป็นคู่มือการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการพยาบาลเด็กออทิสติก และเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คู่มือนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Beyer and Gammeltoft (2001) ที่ว่าการจัดการเล่นให้เป็นระบบจะทำให้เด็กออทิสติกสามารถพัฒนาทักษะต่างๆได้โดยใช้การเล่นอย่างเป็นลำดับขั้นตอนการจัดประสบการณ์การเล่นอย่างมีเป้าหมายจะทำให้เด็กออทิสติกสามารถพัฒนาตัวตนเข้าใจความรู้สึกของตัวเองและผู้อื่น สามารถรอยยิ้มได้มีสมาธิสนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้นและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล และหลักการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวของ Kasari et al. (2008) รวมทั้งศึกษาโปรแกรมการเล่นบำบัดของ วิมล เนติวิชรกุล (2548) มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาคู่มือซึ่งประกอบด้วย คู่มือ 2 คู่มือ คือ คู่มือการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวสำหรับ พยาบาลและคู่มือการเล่นบำบัดสำหรับครอบครัวผู้วิจัยจึงได้นำมาพัฒนางานวิจัย

ครั้งนี้ทำการศึกษาใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ กิจกรรมการเล่นมี เล่นทั้งหมด 10 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง/สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 2-5 ทำการเล่นกับเด็กที่โรงพยาบาลร่วมกับครอบครัว และให้ครอบครัวเล่นกับเด็กที่บ้าน ทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที โดยให้เล่นทุกกิจกรรมการเล่นที่ได้เล่นที่โรงพยาบาล ซึ่งการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ และระยะบำบัด

2.1.3 เนื้อหาในคู่มือที่สร้างขึ้น

2.1.3.1. คู่มือการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวสำหรับพยาบาล มีเนื้อหาดังนี้

หลักการและเหตุผล: เด็กออทิสติกปฐมวัยเป็นเด็กที่มีความผิดปกติของพัฒนาการมีความบกพร่องของการมีสัมพันธ์ทางสังคมความบกพร่องของการสื่อสารการแสดงพฤติกรรมซ้ำๆและความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจำกัดทำให้เด็กออทิสติกปฐมวัยชอบแยกตัวอยู่ตามลำพังขาดโอกาสในการรับรู้และเรียนรู้จากสิ่งต่างๆที่จำเป็นในการนำไปใช้ในการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม

การเล่นบำบัดเป็นอีกแนวทางในการบำบัดเด็ก ออทิสติก ที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการภาษาและสังคม ทำให้เกิดการมีสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี พัฒนาศักยภาพของเด็กให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดการเล่นบำบัดของ Beyer and Gammeltoft (2001) ที่อธิบายว่า เด็กออทิสติกสามารถเรียนรู้ และจดจำผ่านสายตาเป็นหลัก การจัดการเล่นให้เป็นระบบจะทำให้เด็กออทิสติกสามารถพัฒนาด้านภาษา และสังคม พัฒนาตัวตนเข้าใจความรู้สึกของตัวเองและผู้อื่น สามารถรอคอยได้ มีสมาธิจดจ่อ ไม่วอกแวก สนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น และมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นและยังพบว่าการเล่นบำบัดเป็นอีกแนวทางในการบำบัดเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรม สามารถพัฒนาทักษะทางภาษาสังคม พัฒนาด้านอารมณ์และพฤติกรรมได้

คุณสมบัติของผู้บำบัด: พยาบาลผู้บำบัดมีความรู้ความสามารถในการบำบัดเด็ก ซึ่งผ่านการเตรียมตัว การเรียนรู้ ฝึกฝนการเล่นบำบัดจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติก (APN การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) และพยาบาลผู้ช่วยบำบัดผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กระยะสั้น 4 เดือน มีความรู้ความเข้าใจในประเมินผู้ป่วยด้วยการเล่นบำบัดมีความเข้าใจในการดำเนินการเล่นบำบัดแต่ละขั้นตอน

คุณสมบัติผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว: เด็กออทิสติกที่พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมมีอายุระหว่าง 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงด้านสัมพันธ์ทางสังคม มีครอบครัวดูแลไม่มีความเจ็บป่วยทางกายหรือเป็นโรคทางด้านสมองอื่นร่วม เช่น ปัญญาอ่อน สมองพิการ ลมชัก ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถร่วมบำบัดได้จนครบที่กำหนดสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลเด็กครอบครัวละ 1 คน

คุณสมบัติของครอบครัวที่เข้าร่วมกลุ่มการเล่นบำบัด: บุคคลในครอบครัวที่ดูแลเด็กออทิสติกอย่างใกล้ชิดสามารถเข้าร่วมกลุ่มการเล่นบำบัดด้วยการเล่นได้อย่างต่อเนื่องมีความสนใจและยินดีเข้าร่วมกลุ่มการเล่นบำบัด

สื่อและอุปกรณ์ : ของเล่นสำหรับเด็ก ที่ปลอดภัย ไม่มีคม เช่น รถ ตุ๊กตา โทรศัพท์ ลูกบอล สัตว์ กลองแทมโบรีนขนม หมวก รูปภาพ การ์ดสี

ระยะเวลาการเล่นบำบัด: ดำเนินการทดลองโดยใช้การเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว สำหรับผู้ป่วยโรคออทิสติก ประกอบด้วยการเล่นบำบัด 6 แบบ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 5

สัปดาห์ติดต่อกัน ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ ทำการเล่นบ๊อบบี้ในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยการเล่นบ๊อบบี้รายบุคคล 2 แบบ จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาทีและระยะบ๊อบบี้ ทำการเล่นบ๊อบบี้ในสัปดาห์ที่ 2-5 มี 4 แบบ จำนวน 8 ครั้ง แบ่งเป็นการเล่นบ๊อบบี้รายบุคคล 3 แบบ จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และการเล่นรายกลุ่มบ๊อบบี้ 1 แบบ จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที

การประเมินผลระหว่างบ๊อบบี้:

- 1.ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ขณะทำการเล่น
- 2.ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินผลความก้าวหน้าของพฤติกรรมเด็กออทิสติก
- 3.ประเมินผลการฝึกปฏิบัติและความร่วมมือในการทำกิจกรรม และการบันทึกผลจากบ้านที่มอบหมายในสมุดบันทึกประจำวัน โดยการประเมินที่โรงพยาบาลผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก 3- 6 ปี ที่บ้าน ผู้ปกครองทำการประเมินด้วยแบบประเมินการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ปกครอง

2.1.3.2. คู่มือการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัวสำหรับผู้ปกครอง

ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการใช้งานการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัวสำหรับผู้ปกครอง เป็นคู่มือที่จัดให้เหมาะสมกับครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี ประกอบด้วยการเล่น 6 แบบ โดยการเล่นจากง่ายไปยาก จากรายบุคคลเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วย

- จุดประสงค์การเรียนรู้ :1)เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคออทิสติก
- 2). เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กออทิสติก และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเล่นบ๊อบบี้ในเด็กออทิสติกโดยใช้คู่มือนี้เป็นแนวทางในการเล่นกับเด็กออทิสติกที่บ้าน

ขั้นตอนการเล่น: ควรเล่นจากง่ายไปหายาก โดยเล่นสิ่งที่เด็กสนใจก่อนแล้วค่อยๆให้ลองเล่นสิ่งใหม่ๆ พร้อมทั้งเพิ่มสมาชิกในบ้านเข้ามาร่วมเล่นเพื่อให้เด็กเกิดความเคยชิน ไร้ความกังวล และรู้จักบุคคลอื่นรวมทั้งการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ขณะเดียวกันไม่ควรคาดหวังกับเด็กมากเกินไป ให้อภัยการใช้ความอดทนและเข้าใจธรรมชาติของเด็กให้มากที่สุด และสิ่งที่ขาดไม่ได้คือการมอบความรักความอบอุ่นให้กับเด็กการมองว่าเป็นบุคคลหนึ่งที่มีสิทธิเท่าเทียมกัน การเล่นที่ครอบครัวสามารถนำไปฝึกปฏิบัติได้ด้วยตัวเองที่บ้าน มีดังนี้

อุปกรณ์ : ตุ๊กตา ลูกบอล ชุดหม้อข้าว – หม้อแกง เสื้อผ้าเด็ก เพลงที่เด็กชอบ กระจกเงา หมวก กระดาษแข็ง นกหวีด ขนมหั้ว ผลไม้ เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถใช้การเขียนวาดภาพ การเล่านิทาน การทำกิจกรรมนอกบ้านที่สามารถทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้สังคมและเพื่อนใหม่

สถานที่ : เล่นได้ทุกที่ควรเป็นบริเวณที่เหมาะสม เช่น พื้นห้องรับแขก บริเวณอื่นที่สะดวกแต่ไม่เสียงดังจนเกินไป

ผู้ดำเนินการเล่น : ผู้ปกครองของเด็กออทิสติก

รายละเอียดของการเล่นบ๊อบบี้

สร้างความคุ้นเคย : สร้างสัมพันธ์ภาพ และความคุ้นเคย กับเด็ก ทักทาย สัมผัส ให้เด็กเลือกหยิบจับของเล่น เล่นเอง เช่น ตุ๊กตา ลูกบอล สัตว์ โทรศัพท์ รถ

เล่นเรียนรู้ตัวตน:เล่นกับเด็กผ่านกระจกการให้เด็กเรียนรู้จักตัวเองผ่านกระจกเงา

เล่นของเล่น : เป็นการเล่นเลียนแบบเล่นเพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้การ เลียนแบบ เกิดอารมณ์เชิงบวกได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึกเช่นเล่น ตุ๊กตาโทรศัพท์

เล่นกับชีวิตจริง : โดยการเล่าเรื่องและใช้สื่อภาพสถานการณ์ในชีวิตประจำวันที่ได้ปฏิบัติอยู่ เช่น ภาพการตื่นนอน อาบน้ำ แต่งตัว ว่างนอน เข้านอน นอนหลับ รวมถึงอุปกรณ์ของเล่นที่ผู้ปกครองมีที่บ้านที่ปลอดภัยและสามารถนำมาเล่นกับเด็กได้

เล่นสลับบทบาทและการเล่นตามกติกา : เกมเธอกับฉัน และ โครมหดก่อน ใช้การเล่นลูกบอลใส่ตะกร้า โดยใช้หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการสลับการเล่น ผู้ที่เล่นให้ใส่หมวกเพื่อให้เด็กรู้จักการรอคอย มีสมาธิ และการเล่นสลับบทบาทเมื่อจบเกม เล่นเกมจับคู่การ์ดสีแข่งกัน ใครจับคู่ครบก่อนยกมือขึ้น ให้เด็กรู้จักการรอคอยกฎกติกาต่างๆ ในการเล่นเกมกับผู้อื่น

เล่นตามกติกากลุ่ม : ด้วยการ ส่งหมวกให้เพื่อน โดยใช้ “เพลงส่งหมวก” จากนั้นเล่น การเล่นที่ชื่อว่า “อ้อยจิ้ง” เป็นการอินซอม ใช้การ์ดรูปขนมและไม่มีรูปขนมเป็นสื่อและให้ผู้นำการเล่นใส่หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการนำเล่นเพื่อให้เด็กแสดงอารมณ์ความรู้สึกสามล่นกับเพื่อน สามารถรอคอยควบคุมตนเอง และรู้จักการสลับบทบาทการเป็นผู้นำและผู้ตามได้

ซึ่งแต่ละแบบการเล่นบำบัดจะมีแบบประเมินให้ผู้ปกครองประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กที่บ้านและมีการบันทึกการเลือกใช้อุปกรณ์ของเล่นที่บ้าน ปัญหาอุปสรรค ที่เกิดขึ้นรวมถึงคำชมเชยที่ได้ใช้กับเด็กในแต่ละครั้งของการเล่น

การตรวจสอบคุณภาพของคู่มือการทดลอง

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ได้จากการสร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก (APN) จำนวน 3 ท่าน โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของคู่มือการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทุกขั้นตอน พร้อมทั้งที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ให้ผู้ทรงตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลา ที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ CVI > 0.8 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยรรณการ, 2555) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำคำแนะนำที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2. หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษาผู้วิจัยทำการทดลองใช้เครื่องมือ ดังกล่าว โดยนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 5 ราย ที่มารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จนกระทั่งครบทั้ง 2 ขั้นตอน เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาหรืออุปสรรคอื่นๆ อันจะเกิดขึ้นได้ในระหว่างดำเนินกิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

ค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่ได้ CVI= 0.8

ประเด็นที่ต้องแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

คู่มือการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัว สำหรับพยาบาล

1. กระบวนการโครงสร้างและเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่องการเล่นบ๊อบบี้เนื้อหา ค่อนข้างน้อยและเข้าใจยาก ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้สมบูรณ์ ละเอียด และอ่านง่ายขึ้น เพื่อให้ เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย และเพื่อให้กระบวนการของการเล่นบ๊อบบี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ได้เพิ่มรายละเอียดในการบ๊อบบี้ให้ชัดเจนมากขึ้นและยังระบุระยะเวลาในแต่ละสัปดาห์ให้ ชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไข ตามคำแนะนำ หลังจากการแก้ไขแล้วจึงได้คู่มือการเล่นบ๊อบบี้เด็ก ออทิสติกสำหรับพยาบาล นำไปใช้เป็นคู่มือการทดลองในการทำวิจัยครั้งนี้

คู่มือการใช้การเล่นบ๊อบบี้สำหรับครอบครัว

1. ได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้สอดคล้องกันกับเนื้อหาตามคู่มือการเล่นบ๊อบบี้เด็กออทิสติกสำหรับ พยาบาล ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้มีความสอดคล้องและเข้าใจง่าย รวมถึงการใช้ภาษาที่ให้ ผู้ปกครองเข้าใจง่ายขึ้น

2. ควรมีรูปภาพประกอบเพื่อความเข้าใจง่าย และสวยงาม ผู้วิจัยได้แก้ไข เพิ่มรูปภาพ สวยงามและภาพประกอบที่ชัดเจนเข้าใจง่าย

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี เป็นแบบ ประเมินความสามารถในการเล่นเกมที่ต่างๆ ในแต่ละกิจกรรมของเด็กออทิสติก โดยทำการประเมิน ความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกหลังจบกิจกรรมการเล่นทุกครั้ง แบบประเมินพัฒนาจาก แบบทดสอบความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกอายุ 3- 6 ปีของ วิมล เนติวิธวรกุล (2548) ได้ นำเครื่องมือตรวจสอบความตรง ความเที่ยงของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ที่ผู้ทรงคุณวุฒิยอมรับที่ 0.80 แบบประเมินมีเนื้อหาที่สอดคล้องและครอบคลุมตามกิจกรรมโปรแกรมการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับ ครอบครัวของเด็กออทิสติก แบบทดสอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ประเมินทั้งหมด 12 ข้อจากการเล่น 10 ครั้งโดยมีเกณฑ์การประเมินจากปัจจัยการเล่นของเด็ก ออทิสติกที่เกิดขึ้น ต้องได้คะแนนร้อยละ 75 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ โดยให้คะแนนเป็นหมายเลข 0 ถึง 3 คะแนน โดยกิจกรรมมีระดับคะแนนดังนี้

0 คะแนน เล่นไม่ได้ต่อต้านเมื่อกระตุ้นเตือน

1 คะแนน เล่นได้โดยมีผู้กระตุ้นเตือนเป็นส่วนใหญ่ เข้าใจคำสั่งง่ายๆ

2 คะแนน เล่นได้โดยมีผู้กระตุ้นเตือนเล็กน้อย เข้าใจคำสั่ง แสดงออกความเป็นตัวตน

3 คะแนน เล่นได้ทันที เข้าใจคำสั่ง เรียนรู้สิ่งใหม่ เข้าใจผู้อื่น

ในแต่ละครั้งที่ทำการเล่นผู้วิจัยจะทำการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่ม ตัวอย่างแต่ละคนทุกครั้งโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกเกณฑ์การ ประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกต้องทำได้คะแนน 27 ขึ้นไปจึงถือว่าผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 75

การแปลผลคะแนน

การคิดคะแนนโดยรวมและรายด้านของความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก โดยนำคะแนนที่ได้จากการประเมินคะแนนของความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกทุกข้อ หรือทุกข้อในแต่ละด้านมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ยโดยการหารด้วยจำนวนข้อคำถามแต่ละชุดหรือในแต่ละด้าน คิดระดับคะแนนของความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก พิจารณาเกณฑ์มาตรฐาน 4 ระดับ ด้วยการนำคะแนนเต็มหารด้วยจำนวนข้อและแบ่งออกเป็น 3 ช่วง จัดระดับคะแนนเฉลี่ยจากคะแนนน้อย ไป มาก และมีการแปลผลระดับคะแนนของความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 12 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนอยู่ในช่วง 13 - 24 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 25 - 36 คะแนนหมายถึง ระดับมาก

3.2 แบบประเมินการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ปกครอง เป็นแบบประเมินในการเล่น เกมต่างๆ ในแต่ละกิจกรรมของเด็กออทิสติก โดยทำการประเมินการเล่นของเด็กออทิสติกหลังจบ กิจกรรมการเล่นทุกครั้ง แบบประเมินพัฒนาจากแบบประเมินปัจจัยบำบัดของเด็กออทิสติกอายุ 3- 6 ปี โดยพีรยา นันทนาเนตร์ (2551) ได้นำเครื่องมือตรวจสอบความตรง ความเที่ยงของเนื้อหาและ ภาษาที่ใช้ ที่ผู้ทรงคุณวุฒิยอมรับที่ 0.80 แบบประเมินมีเนื้อหาที่สอดคล้องและครอบคลุมตาม กิจกรรมโปรแกรมการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวของเด็กออทิสติกจำนวน 7 ข้อ แบบทดสอบเป็น มาตรฐานส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ประเมินทั้งหมด 5 สัปดาห์ รวม 35 ครั้ง โดยมี เกณฑ์การประเมินจากปัจจัยการเล่นของเด็กออทิสติกที่เกิดขึ้น ต้องได้คะแนนร้อยละ 75 จึงจะถือว่า ผ่านเกณฑ์ โดยให้คะแนนเป็นหมายเลข 0 ถึง 3 ดังตัวอย่างต่อไปนี้

หัวข้อคำถามความสนใจในการเล่นที่จัดให้

- 0 คะแนน มองทะลุผ่านหรือจับจ้องได้น้อยกว่า 1 นาทีไม่มีการตอบสนองเมื่อกระตุ้นเตือน
- 1 คะแนน สนใจมองกิจกรรมการเล่นที่ทำอยู่ได้เอง 5-10 นาที โดยไม่ต้องมีผู้กระตุ้นเตือน
- 2 คะแนน สนใจมองกิจกรรมการเล่นที่ทำอยู่ได้ 10 นาที โดยต้องมีผู้กระตุ้นเตือน
- 3 คะแนน สนใจมองกิจกรรมการเล่นที่ทำอยู่ได้เองมากกว่า 10 นาที โดยไม่ต้องมีผู้กระตุ้นเตือน

การแปลผลคะแนน

การคิดคะแนนโดยรวมและรายด้านการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ปกครอง โดยนำคะแนนที่ได้จากการประเมินคะแนนของการเล่นของเด็กออทิสติกทุกข้อ หรือทุกข้อในแต่ละด้านมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ยโดยการหารด้วยจำนวนข้อคำถามแต่ละชุดหรือในแต่ละด้าน คิดระดับคะแนนของการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้าน พิจารณาเกณฑ์มาตรฐานวัด 4 ระดับ ด้วยการนำคะแนนเต็มหารด้วยจำนวนข้อและแบ่งออกเป็น 3 ช่วง จัดระดับคะแนนเฉลี่ยจากคะแนนน้อย ไป มาก และมีการแปลผลระดับคะแนนของการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้าน ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 245 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนอยู่ในช่วง 246 - 490 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 491 - 735 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี และแบบประเมินการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ปกครอง ที่ได้พัฒนาขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก (APN) จำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุมและ ใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 - 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ $CVI > 0.8$ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2555)

ประเด็นที่ต้องแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิมีดังนี้

แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี ได้ค่า $CVI = 0.86$

มีข้อเสนอแนะให้เพิ่มเติมและปรับแก้เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ถึงความถูกต้อง ชัดเจน และภาษาที่เหมาะสม ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น มีประเด็นการแก้ไขดังนี้

1. ควรแยกการเล่นแต่ละเกมให้ชัดเจนและเขียนให้เข้าใจชัดเจนขึ้น

2. ตรวจสอบข้อความคำผิดในแบบประเมิน

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ถึงความถูกต้อง ชัดเจน และภาษาที่เหมาะสม ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น มีประเด็นการแก้ไขดังนี้

ครั้งที่ 2 การเล่น “เรียนรู้ตัวตน” ในช่องคะแนน 2 คะแนน

ปรับจาก เด็กมองสบตาในกระจกเรียกชื่อได้ เป็น เด็กมองสบตาในกระจกชี้บอกชื่อ หรือชี้ตามเมื่อเล่นได้บางครั้ง

ในช่องคะแนน 3 คะแนน ปรับจาก เด็กสามารถชี้บอกชื่อ พร้อมทั้งมองหน้าสบตาในกระจกได้ เป็น เด็กสามารถมองหน้าสบตาในกระจกพร้อมทั้งชี้บอกชื่อ และชี้ตามเมื่อเล่นได้ตลอดการเล่น

แบบประเมินการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ปกครอง ได้ค่า CVI= 0.92

มีข้อเสนอแนะให้เพิ่มเติมและปรับแก้เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาถึงความถูกต้อง ชัดเจน และภาษาที่เหมาะสม ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น มีประเด็นการแก้ไขดังนี้

ข้อ 1 หัวข้อประเมินระยะเวลาการเล่นที่บ้านในแต่ละวัน ปรับจาก เล่นมากกว่า 10-20 นาที และ เล่นมากกว่า 20-30 นาที เป็น เล่น 10 - 20 นาที และ เล่น 20 - 30 นาที

ข้อ 2 ความสนใจในการเล่นที่จัดให้ ปรับจาก ผู้กระตุ้นเตือน เป็น ผู้ปกครองกระตุ้นเตือน

2. การตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษาผู้วิจัยทำการทดลองใช้เครื่องมือ ดังกล่าว โดยนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2555) แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี และ แบบประเมินการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ปกครองได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 และ .84 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลอง

ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. การเตรียมผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยมีการเตรียมตัวในการเป็นผู้บำบัดโดยฝึกการบำบัดด้วยการเล่นบำบัดจาก วิมล เนติวิชรกุล พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก (APN) ในการใช้การเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกจากโรงพยาบาลยูวประสาทไวทยาลัย เป็นระยะเวลา 7 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2554 เดือน พฤษภาคม - เดือนมิถุนายน 2555 และเดือนมกราคม - เดือนมีนาคม 2557

2. การเตรียมเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด ดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือโดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย

3. การเตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง โดยทำการศึกษาเด็กออทิสติกแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยูวประสาทไวทยาลัย ขนาด พฤติกรรมที่เป็นปัญหา การศึกษาของผู้ปกครองเพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง โดยชี้แจงรายละเอียดของการทำการทดลองให้ครอบครัวที่เข้าร่วมรับทราบ ซึ่งกำหนดกลุ่มเด็กออทิสติกและครอบครัวจำนวน 40 คู่ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คู่ และกลุ่มควบคุม 20 คู่ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2557 - 18 เมษายน 2557

4. เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยจะต้องมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์เป็นพยาบาลจิตเวชเด็ก โดยผู้ศึกษาชี้แจงการศึกษา กิจกรรมต่างๆ ในการเล่นบำบัด และวิธีการตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยศึกษาซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน

5. เตรียมสถานที่สำหรับทำการทดลอง ขอความร่วมมือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ยูวประสาทไวทยาลัยเพื่อขอทำการทดลองในโรงพยาบาลโดยการทดลองทำการเล่นบำบัดที่ห้องกิจกรรม 2 (ห้องเล่นบำบัด) อาคารกรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ โดยผู้วิจัยแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียด ขั้นตอน และระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ก่อน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลจิตเวชแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ ให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้ป่วยเป็นหลัก เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหลัง จากนั้นให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

6. ผู้วิจัยเตรียมครอบครัวเด็กออทิสติกในการใช้แบบประเมินพฤติกรรมของเด็กออทิสติก (SDQ) โดยผู้วิจัยได้ให้ความรู้และอธิบายวิธีการประเมินพฤติกรรมของเด็กในวันที่นัดพบผู้ปกครองในการพูดคุยให้ข้อมูลในการเล่นบำบัด และลงนามพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มควบคุมคือวันที่ 6 และ 7 พฤษภาคม 2557 กลุ่มทดลอง คือ วันที่ 8 และ 9 พฤษภาคม 2557

ระยะดำเนินการทดลองผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. วันที่ 8 และ 9 พฤษภาคม 2557 ผู้วิจัยสัมภาษณ์นักครอบครัวเด็กออทิสติกมาโรงพยาบาลเพื่อพูดคุย ข้อมูลให้ความรู้และอธิบายวิธีการประเมินพฤติกรรมของเด็ก (SDQ)

2. วันที่ 8 และ 9 พฤษภาคม 2557 หลังจากพูดคุยอธิบายการใช้ SDQ แล้วผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติกและผู้ปกครองเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ วันเดือนปีเกิดอายุ เป็นบุตรคนที่ การวินิจฉัยโรค อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประวัติการได้รับยาการเรียน การรักษาอื่นๆที่ได้รับ และข้อมูลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก และให้ผู้ปกครองประเมินพฤติกรรมของเด็กออทิสติก (SDQ)

3. วันที่ 19 พฤษภาคม 2557 ถึง วันที่ 18 มิถุนายนผู้วิจัยดำเนินการทดลองการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกร่วมกับครอบครัว ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1-5 ทำกิจกรรมการเล่นร่วมกับครอบครัวที่โรงพยาบาล และหลังจบสิ้นสุดการเล่นบำบัดแต่ละครั้ง ทำการประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก ด้วยแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปีเป็นแบบประเมินความสามารถในการเล่นแบบต่างๆของเด็กออทิสติก และให้ครอบครัวเล่นกับเด็กที่บ้านทุกวัน วันละอย่างน้อย 30 นาที และกำกับการทดลอง โดยการให้ผู้ปกครองทำแบบประเมินการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ปกครองทุกวัน ประเมินผลการเล่นบำบัดในสัปดาห์ที่ 6 กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มๆละ 10 คน ทุกวันจันทร์ – วันพฤหัสบดี ตั้งแต่เวลา 12.00 -18.00 น. ที่โรงพยาบาลยูวประสาทไวทยาลัย

ตารางที่ 2 การดำเนินการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว

กลุ่มที่/วัน/เวลา	การดำเนินการ
<p>กลุ่มที่ 1 วันจันทร์-อังคาร กลุ่มที่ 2 วันพุธ - พฤหัสบดี 12.00-18.00 น.</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการและสร้างสัมพันธภาพ 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1: 45 นาที ครั้งที่ 2 :30 นาที ครั้งที่ 1</p> <p>1. ให้ความรู้เรื่องการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกกับครอบครัว 15 นาที 2. เด็กเล่น “การสร้างความคุ้นเคย” สัมผัสทักทาย แนะนำตัว การให้เด็กหยิบจับของเล่นการรู้จักของเล่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น</p> <p>ครั้งที่ 2</p> <p>เด็กเล่น “เรียนรู้ตัวตน” การรู้จักตัวตนของเด็กผ่านกระจก การเรียนรู้จากภาพสะท้อนของกระจกเงาให้เด็กรู้จักตนเอง และผู้อื่นผ่านกระจก เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ให้เด็กออทิสติกเกิดความไว้วางใจ</p>
<p>กลุ่มที่ 1 วันจันทร์-อังคาร 12.00-18.00 น. กลุ่มที่ 2 วันพุธ - พฤหัสบดี 12.00-18.00 น.</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2 ระยะบำบัด การบำบัดรายบุคคล ครั้งละ 30 นาที ครั้งที่ 3 และ 4 การเล่นเกมแบบ และ“เล่นของเล่น” 2 ครั้ง/แบบ โดยนำตุ๊กตาโทรศัพท์ บล็อกมาเล่นเป็นตัวช่วยให้เด็กออทิสติกดู เช่น นำตุ๊กตามาเล่นตามบทบาทสมมติ ในการกิน การนอน การเดิน การยืน การนำโทรศัพท์มาใช้ในการสื่อสารระหว่างกัน แล้วกระตุ้นให้เด็กเล่นเกมแบบตาม</p> <p>ครั้งที่ 5 และ 6 การเล่นเกมกับสื่อ ด้วยการ เล่นชื่อ “เล่นกับชีวิตจริง” 2 ครั้ง/แบบ โดยการเล่าเรื่องใช้ภาพเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ต่างๆ ได้แก่ การตื่นนอน อาบน้ำ แต่งตัว หวานนอน เข้านอน และนอนหลับเล่าให้เด็กฟังและดูแล้วให้เด็กนำสิ่งของจำลองมาวางที่รูปภาพให้ตรงกัน</p> <p>ครั้งที่ 7 และ 8 การเล่นเกมบทบาทและการเล่นตามกติกา “เธอกับฉัน” และ “ใครหมวกก่อน” 2 ครั้ง/แบบ ประกอบด้วยการเล่นสลับกันนำลูกบอลใส่ตะกร้า โดยใช้หมวกเป็นสัญลักษณ์และเล่นจับคู่การ์ดสี</p>

ตารางที่ 2 การดำเนินการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว (ต่อ)

กลุ่มที่/วัน/เวลา	การดำเนินการ
กลุ่มที่ 1 วันจันทร์ – อังคาร 13.00-14.00 น.	การบำบัดรายกลุ่ม 2 ครั้งๆ ละ 60 นาที ครั้งที่ 9 และ 10 เล่นตามกติกาเกม” 2 ครั้ง ประกอบด้วย การเล่นส่งต่อหมวกให้กัน พร้อมกับร้องเพลงส่งหมวก เรียนรู้จักชื่อเพื่อนในกลุ่มและเล่นต่อ ด้วยการเล่นที่ชื่อว่า “อร้อยจิง” เป็นการเล่นแจกการ์ดรูปขนม เพื่อให้ได้กินขนม
กลุ่มที่ 2 วันพุธ - พฤหัสบดี 13.00-14.00 น.	พร้อมทั้งร้องเพลงส่งหมวก เรียนรู้จักชื่อเพื่อนในกลุ่มและเล่นต่อ ด้วยการเล่นที่ชื่อว่า “อร้อยจิง” เป็นการเล่นแจกการ์ดรูปขนม เพื่อให้ได้กินขนม

ผลการดำเนินการ

รายละเอียดของการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวมีรายละเอียดดังนี้

1. รายละเอียดการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวสำหรับเด็กออทิสติก

- 1.1 วันที่ 12 เมษายน – 18 เมษายน 2557 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยโทรศัพท์แนะนำตัวผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำความรู้จักกันก่อนและเพื่อทำความเข้าใจการเข้ากลุ่มการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวพร้อมทั้งนัดวันมาพูดคุยให้ข้อมูล
- 1.2 วันที่ 6 และ 7 พฤษภาคม 2557 ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มควบคุมเข้าใจถึงการทำให้แบบประเมินพฤติกรรมเด็กออทิสติก และตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ปกครองเด็กออทิสติกโดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยในการเก็บแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก SDQ และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ปกครองเด็กออทิสติก
- 1.3 วันที่ 8 และ 9 พฤษภาคม 2557 ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มทดลองเข้าใจถึงการทำให้แบบประเมินพฤติกรรมเด็กออทิสติก และตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ปกครองเด็กออทิสติกโดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยในการเก็บแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก SDQ และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ปกครองเด็กออทิสติกและนัดวันเวลาในการเข้ากลุ่มการเล่นบำบัด

รายละเอียดการเล่นบำบัด

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 และ 2 ดำเนินการทดลองในวันที่ 19 ,20, 21, และ 22 พฤษภาคม 2557 เวลา 12.00 น. – 18.00 น.เป็นรายบุคคล คนละ 30 นาที

ครั้งที่ 1 พยาบาลผู้วิจัย ให้ความรู้เรื่องการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกกับครอบครัว 15 นาทีซึ่งในระหว่างนั้นพยาบาลผู้ช่วยวิจัย ได้ช่วยดูแลเด็กออทิสติกอีกห้อง หลังจากนั้นพาผู้ปกครองและเด็กมาร่วมเล่นเกม “สร้างความคุ้นเคย” พยาบาลผู้วิจัย ให้เด็กหยิบของเล่น ในกล่องออกมาเล่นเด็กบางคนไม่หยิบ พยาบาลล้วงหยิบของเล่นในกล่องออกมาให้เด็กดู ได้แก่ รถจำลอง เครื่องบินจำลอง โทรศัพท์ตุ๊กตา อุปกรณ์เครื่องครัวจำลอง เป็นต้นให้เด็กดูพร้อมเป็นแบบในการเล่นของเล่นแต่ละชิ้นให้เด็กเล่นเลียนแบบ เด็กบางคนไม่เล่นเลียนแบบในครั้งแรก พยาบาลจึงจับมือ /แนะนำให้เล่นแล้วกระตุ้นให้เด็กล้วงหยิบเล่นเองพร้อมกระตุ้นให้พูดชื่อของเล่นเด็กบางคนสามารถพูดตามได้ บางคนไม่พูด พยาบาลจึงพูดให้ฟังและ

กระตุ้นให้เด็กพูดตาม โดยให้เด็กมองหน้าและปากขณะพูด และได้กล่าวคำชมเชยเมื่อเด็กเล่นได้และพูดตามหรือมีการตอบรับ เช่น ขยับปากตาม มองตาม พยายามเล่นกับเด็กเป็นเวลา 10 นาที ขณะเล่นครอบครัวอยู่ด้วยและสังเกตพยายามเล่นกับเด็ก หลังจากนั้นให้ครอบครัวลองเล่นกับเด็ก

ส่วนใหญ่ครอบครัวที่มาเล่นเป็นมารดา ในครั้งแรกผู้ปกครองบางคนมีการกระตุ้นเรียก และแนะนำเด็กได้ดี มีบางครอบครัวที่ไม่สนใจเรียกซ้ำๆ เด็กเล่นครั้งเดียวเมื่อเด็กไม่หันมองก็ไม่มีการเรียกหรือกระตุ้นแนะนำ และพบว่าบางครั้งที่เด็กเริ่มสนใจเล่น ผู้ปกครองก็จะปล่อยให้เล่นเองโดยไม่มี การพูดคุยชวนเล่นหรือพูดชื่อของเล่น แต่ก็พบว่าในบางครอบครัวที่สามารถเล่นกับเด็กได้โดยการกระตุ้นพูดคุยชวนเล่นหรือพูดชื่อของเล่น แต่ก็พบว่าในบางครอบครัวที่สามารถเล่นกับเด็กได้โดยการกระตุ้นพูดคุย มารดามีการพูดให้คำชม เด็ก เมื่อเด็กเล่นและออกเสียงตาม คำพูดส่วนใหญ่จะพูดว่า “เก่งมาก” และมีการตบมือให้เด็ก พร้อมทำเสียงตื้นตัน แสดงสีหน้ายิ้มแย้ม จากพูดคุยกับผู้ปกครอง หลังจากที่เล่นกับเด็กเสร็จ ผู้ปกครองของเด็กบอกว่าเนื่องจากยังมีการเขินอายเพราะต้องมาเล่นต่อหน้าพยาบาล และที่ผ่านมาก็ไม่ค่อยได้มีเวลาเล่นแบบทางการ พยาบาลได้พูดคุยเพื่อลดอาการเขินอาย ให้กำลังใจ และชมเชยในส่วนที่ผู้ปกครองทำได้

ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ช่วยพยาบาลผู้วิจัยในการดำเนินการเล่นกับเด็กและสังเกตพฤติกรรมเด็ก ระหว่างดำเนินกิจกรรมการเล่น ระหว่างการเล่นพยาบาลผู้วิจัยสังเกตพบว่าในช่วง 5 นาทีแรก เด็กส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์ เข้าหาผู้วิจัย บางคนที่ถูกสื่อสารได้ก็ไม่มีการโต้ตอบ และเมื่อเด็กได้เห็นของเล่นที่พยาบาลผู้วิจัย นำออกมา โดยเฉพาะของเล่นที่มีเสียง และเคลื่อนไหวได้ เด็กเริ่มสนใจ และเข้ามาค้นหาของเล่นเลือกที่จะหยิบเอง

สรุป การเล่นบำบัด ครั้งที่ 1

1. พยาบาลผู้วิจัยประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กด้วยแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก 3-6 ปี พบว่าเด็กออทิสติกทุกคนที่เข้ากลุ่มเล่นบำบัดสามารถหยิบจับของเล่นด้วยนิ้วมือได้โดยไม่ร่วงหล่นทั้ง 5 ชิ้น และเด็กเริ่มมีสัมพันธ์ภาพกับพยาบาล แต่ยังพบว่าขณะเล่นมีเด็กบางคนที่ยังห่างของเล่น แต่เมื่อพูดบอกและพาเก็บไม่ต่อต้าน และมีบางคนไม่เก็บของเล่น ต้องกระตุ้นบอกและจับมือเก็บ
2. พยาบาลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตอบข้อคำถามของครอบครัว ให้คำแนะนำในการเล่นเพิ่มเติม พบว่าผู้ปกครองสอบถามประเด็นต่อไปนี้
 - 2.1. สอบถามเกี่ยวกับโรคออทิสติกเพิ่มเติม ได้ให้คำแนะนำเรื่องโรค อาการ การรักษา รวมทั้งแนะนำให้อ่านคู่มือ และแนะนำหาหนังสือให้อ่านเพิ่มเติม
 - 2.2. ผู้ปกครองเล่าเรื่องปัญหาอารมณ์ของเด็กเมื่อเด็กออกมาจากบ้านแล้วจะซื้อของเล่นกลับไปทุกครั้ง ทำให้เสียเงินในการซื้อค่อนข้างมาก ซึ่งของเล่นที่ซื้อก็นำไปเล่นแต่ไม่รักษาทำให้พังเร็ว แต่บางครั้งก็ไม่เล่น พยาบาลได้แนะนำเรื่องการพูดคุยวางเงื่อนไข กับเด็กทุกครั้งที่จะออกมา โดยต้องกำหนดว่าจะซื้อได้หรือไม่ได้ ราคาเท่าไร ถึงแม้ว่าผู้ปกครองจะคิดว่าเด็กฟังไม่เข้าใจไม่รับรู้หรือเด็กพูดคุยไม่ได้ แต่เมื่อพูดบอกชัดเจนและทำให้เห็นเด็กจะมีการเรียนรู้และเด็กจะเข้าใจในที่สุด และผู้ปกครองเองต้องสังเกตและไวต่อสถานที่ ที่จะผ่านไปว่ามีของเล่นที่เด็กสนใจซ้ำๆ หรือผู้ปกครองคาดการณ์ได้ว่าเด็กต้องร้องเอา ส่วนของเล่นที่ซื้อจากผู้ปกครองต้องมีการชวนเด็กนำมาเล่นและมีการสอนการเก็บให้เหมาะสม

2.3. ผู้ปกครองพูดถึงพฤติกรรมของเด็กที่ชอบเล่นคนเดียวไม่สนใจใคร พอชวนเล่นก็สนใจไม่นาน พยายามได้อธิบายถึงอาการของโรคออทิสติก และได้ชี้ให้ผู้ปกครองมองหาข้อดีที่เด็กเล่นในวันนั้นว่าแม่เด็กจะแยกตัว แต่เมื่อใดที่เราเข้าไปชวนเล่น เด็กมาเล่นด้วยหรือสนใจระยะเวลาอย่างน้อยแค่ไหน และสังเกตบันทึกไว้ว่าระยะเวลาเพิ่มมากขึ้นหรือไม่อย่างไร พยายามได้ชื่นชมเด็กให้ผู้ปกครองฟัง ว่าจากการที่พยายามประเมินการเล่นครั้งแรกแล้วเด็กมีปฏิสัมพันธ์ด้วย แม้จะไม่ค่อยมองหน้าสบตา หรือเข้ามาเล่นก่อน แต่เด็กสนใจมองตามของเล่นและยอมจับของเล่น ซึ่งถือได้ว่าเป็นสิ่งที่ดี

หลังจากให้คำปรึกษาและพูดคุยกับผู้ปกครอง ผู้ปกครองอธิบายการให้ผู้ปกครองนำการเล่นไปเล่นต่อบ้านรวมถึงการบันทึกผลการเล่นในสมุดบันทึกและนำมาทุกครั้งที่มาเล่นบำบัด รวมถึงอธิบายการประเมินการเล่นของเด็กที่บ้านในแบบประเมิน ผู้ปกครองทุกคนครบถ้วนรับทราบ และได้สอบถามเรื่องของเล่นว่ามีหรือไม่ ผู้ปกครองทุกคนครบถ้วน บอกว่าของเล่น ส่วนใหญ่จะมีแล้ว พยายามได้อธิบายถึงการเล่นในครั้งที่ 2 เพื่อให้ครอบครัวเตรียมความพร้อมก่อนมาเล่น

ครั้งที่ 2 เล่น”เรียนรู้ตัวตน”: พยายามผู้วิจัยทักทายเด็กออทิสติก แนะนำตัวเอง อีกครั้ง กระตุ้นให้เด็กแนะนำตัวเอง พาเด็กไปที่กระจกให้เด็กมองกระจกและถามเด็กออทิสติกว่าใคร พร้อมกับชี้ที่ตัวพยาบาลเด็กส่วนใหญ่ไม่สามารถบอกได้ว่าพยาบาลชื่ออะไร แต่สามารถชี้ได้ เมื่อพยาบาลถามเมื่อบอกให้ชี้ หรือชี้ตัวเองได้ หรือบางคนชี้แต่ไม่ออกเสียง มีเพียง 6 คน ที่สามารถชี้บอกชื่อ พร้อมทั้งมองหน้าสบตาในกระจกได้เด็กที่พูดได้พยาบาลได้กระตุ้นให้เด็กตอบ ส่วนเด็กที่ไม่พูดออกเสียงหรือไม่ตอบพยาบาล พยายามได้ชี้ที่ตัวพยาบาลและ ตัวเด็กแล้วตอบชื่อของพยาบาลผู้วิจัยและชื่อของตัวเองออทิสติกเอง พยายามจับมือ และแนะนำตามลำดับ ให้เด็กตอบสนองด้วยการชี้ ทักทาย และแนะนำตัวสลับกันคนละ 3 ครั้ง และพยาบาลได้กล่าวคำชมเชยเมื่อเด็กทำได้ โดยใช้คำว่า “เก่งมาก” “เยี่ยม” “สุดยอด” ปรบมือให้ ประกบมือกับเด็ก พูดว่า “เย้” และได้สลับให้ครอบครัวเล่นกับเด็ก

ครอบครัวส่วนใหญ่พบว่าผู้ปกครองชี้ชวนเด็กให้มองที่กระจกและให้เด็กชี้ตาม สังเกตพบว่าเด็กมองตามผู้ปกครอง แต่ก็ยังพบว่าเด็กไม่ค่อยจะชี้เมื่อผู้ปกครองบอก ผู้ปกครองต้องแนะนำและจับมือทำส่วนใหญ่ ครั้งนี้พบว่าผู้ปกครองที่บอกว่าเงินอายุพยาบาลสามารถ ชวนเด็กให้เล่นได้ดีขึ้น มีการให้ช้อยั่วซึ่งเด็กสามารถช้อยั่วตนเองถูก และชี้ถูกเมื่อถามว่าใคร และพบว่าผู้ปกครองบางครอบครัว มีการร้องเพลงให้เด็กสนใจมองตาม ขณะเล่นครั้งที่ 2 ไม่พบว่าเด็กคนใดร้องต่อต้าน แต่พบว่าสนใจช่วงสั้นๆ และคอยมองหาของเล่นอย่างอื่น รวมถึงเด็กบางท่านใช้มือเคาะ ตีกระจก เพื่อให้เกิดเสียง

ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ช่วยพยาบาลผู้วิจัยในการดำเนินการเล่นกับเด็กและสังเกตพฤติกรรมเด็ก ระหว่างดำเนินกิจกรรมการเล่น ระหว่างการเล่นพยาบาลผู้บำบัดสังเกตและประเมินผลว่าเด็กเกิดสัมพันธภาพความไว้วางใจกับพยาบาลและครอบครัวดีและทำการสรุปผลการเล่นบำบัด

สรุปการเล่นบำบัด ครั้งที่ 2

1. พยาบาลผู้วิจัยประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กด้วยแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก 3-6 ปี พบว่าเด็กทุกสนใจมองกระจก เด็กส่วนใหญ่ชี้เมื่อถามได้แต่ยังไม่ออกเสียง และพบว่ามีเด็กจำนวน 6 คนที่สามารถชี้บอกชื่อถูกต้องและมองตามอย่างต่อเนื่องทุกครั้งในการเล่น

2. พยาบาลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตอบข้อคำถามของครอบครัว ให้คำแนะนำในการเล่นเพิ่มเติม และได้สอบถามเรื่องผลการเล่นที่บ้านในครั้งที่ผ่านๆ มา พบว่า

2.1. ผู้ปกครองทุกครอบครัวได้นำกลับไปเล่นกับเด็กที่บ้านโดยทุกครอบครัวเล่นมากกว่า 30 นาที

2.2. ในการเล่นที่บ้าน ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการบันทึกคำพูดและการแสดงออก ในการชมเด็กไว้ คำพูดที่พบว่าผู้ปกครองใช้ชมเด็กในการเล่นครั้งนี้ได้แก่ เก่งมาก เยี่ยมมาก สดุด ยอด เจ๋งมาก ลูก คนเก่ง และมีการแสดงออกด้วยการ ประบมือ กอด หอม

2.3 ผู้ปกครองที่ได้รับคำแนะนำเมื่อครั้งก่อนพบว่า มารดานำคำแนะนำไปใช้โดยการพูดบอกเด็กก่อน แต่เมื่อเด็กเห็นยังพบว่าเด็กยังร้องต่อต้านจะเอาของเล่น แต่เมื่อมารดานิ่งและพาเด็กออกมาและพูดคุย การร้องลดลง ไม่มีอาละวาดเหมือนที่ผ่านๆ มา ได้ให้กำลังใจมารดาและให้คงการแก้ไขพฤติกรรมต่างๆ สม่าเสมอ

2.4 มารดาของเด็กครอบครัวหนึ่งเล่าเรื่องความวิตกกังวลของครอบครัว สอบถามเรื่องสาเหตุการเกิดโรคออทิสติก กังวลว่าเกิดจากที่ตนเองมีเพศสัมพันธ์กับสามีระหว่างตั้งครรภ์ซึ่งตอนนั้นตนเองไม่รู้ว่าจะตั้งครรภ์ ทำให้รู้สึกว่าเป็นปมในใจอีกทั้งสามีไม่ค่อยยอมรับว่าเด็กเป็นออทิสติก เมื่อพูดคุยให้คำปรึกษาเรื่องสาเหตุการเกิด วิธีการพูดคุยกับสามี มารดาของเด็กสบายใจขึ้น และจะลองไปคุยกับสามีเรื่องการดูแลเป็นแนวทางเดียวกัน พยาบาลแนะนำให้พาสามีมาด้วยในการเล่นครั้งต่อไป

หลังจากให้คำปรึกษาและพูดคุยกับผู้ปกครอง พยาบาลเน้นย้ำการให้ผู้ปกครองนำการเล่นไปเล่นต่อที่บ้านรวมถึงการบันทึกผลการเล่นในสมุดบันทึกและนำมาทุกครั้งที่มาเล่นบำบัด ผู้ปกครองทุกครอบครัวรับทราบ พยาบาลได้อธิบายถึงการเล่นในครั้งที่ 3 เพื่อให้ครอบครัวเตรียมความพร้อมก่อนมาเล่น

สรุปการประเมินผลสัปดาห์ที่ 1

เด็กออทิสติก ได้เรียนรู้ของเล่นใหม่ ๆ สนใจในการค้นหาของ สนใจที่จะเข้ามาขอเล่นก่อน และมีสีหน้า ยิ้มแย้ม เด็กเกิดความสุขสนุกสนานในการเล่น สนใจของใหม่ๆ หลายครอบครัวบอกว่าเด็กรู้จักมอง ยิ้ม หัวเราะ ชี้อวัยวะตัวเองได้มากขึ้น และพูดออกเสียงมากขึ้น พบว่า ในครั้งแรกเด็กบางคนยังมีพฤติกรรมขว้างของเล่น และไม่เก็บของเล่น แต่ในครั้งที่ 2 ไม่พบการขว้างของเล่นอีก เด็กทุกคนสนใจกระจก วิ่งเข้ามาดู ช่วงแรกวิ่งดูแล้ววิ่งผ่านไป หรือแค่มองผ่านๆ ไม่สนใจ แต่เมื่อเรียกกระตุ้นให้มาเล่น หลังจากนั้นเด็กมายืนที่หน้ากระจก เด็กบางคนเกิดความรู้สึกพยายามเปิดดูข้างหลังกระจกว่ามีคนอยู่ในกระจก หรือไม่ พยาบาลพลิกให้เด็กดูว่าไม่มีเด็กคนอื่นแต่คือตัวเด็กเองที่อยู่ในกระจกเงา หลังจากนั้นเมื่อเด็กเข้าใจว่าเป็นตนเองจะเล่นผ่านกระจก เช่น ยิงฟัน ยิ้ม แลบลิ้น จูบ หอมตัวเอง ชี้อวัยวะตัวเอง หรือของผู้ปกครองในเด็กบางคนออกเสียงพูดพร้อมชี้

พบว่าครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเพิ่มขึ้น สัมพันธภาพกับพยาบาลเพิ่มขึ้น รวมถึงเรื่องการเล่น มีทักษะในการเล่นกับเด็ก รู้จักการใช้คำชม เมื่อเด็กเล่นได้มี ครอบครัวสนใจ แลกเปลี่ยนเรื่องการเล่นที่บ้าน ขอคำแนะนำเรื่องการเล่น การเลือกใช้ของเล่น รวมถึงการพูดคุยกับเด็กและคนในครอบครัว และปัญหาอื่นๆ

รายละเอียดการเล่นบำบัด สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 – 4

ดำเนินการทดลองในวันที่ 26 - 29 พฤษภาคม 2557 เวลา 12.00 – 18.00 น. เป็นรายบุคคล คนละ 30 นาที

ครั้งที่ 3 “เล่นของเล่น”: โดยพยาบาลผู้วิจัยนำของเล่น เช่น ตุ๊กตาโทรศัพท์ บล็อก เป็นต้น มาเล่นเป็นตัวอย่างให้เด็กออกทิสติกดู กระตุ้นเรียกให้เล่นเลียนแบบตามพบว่าเด็กบางคนยังไม่เล่นตาม พยาบาลต้องเล่นมากกว่า 3 ครั้ง เด็กจึงเริ่มเลียนแบบในของเล่นชิ้นแรก ในการเล่นพบว่าเด็กบางคนสนใจของเล่นที่มีเสียงและเคลื่อนไหวได้ จะหยิบโทรศัพท์และเลียนแบบได้ดี รวมถึง รถที่เคลื่อนไหวได้ ได้พูดคุยชมเด็กเมื่อเด็กเล่นและมีการแสดงออกที่เหมาะสม เช่น ขณะเล่น ให้เด็กช่วยเอาของเล่นมาให้ หรือให้เก็บของเล่นให้ เด็กส่วนใหญ่สามารถทำได้ พูดคุยชมเชยเมื่อเด็กเล่นได้

ผู้ปกครองสลับเล่นกับเด็ก เด็กบางคนที่สามารถได้ ได้พูดคุยกับผู้ปกครองโต้ตอบกันด้วยของเล่นที่เป็นโทรศัพท์ แต่พบว่ามีเด็กหนึ่งคนที่ต้องการของเล่นโดยที่มารดาบอกให้เด็กเก็บของเล่นอีกชิ้นที่วางทิ้งไว้ เด็กไม่สนใจเก็บแต่กระซางของเล่นอีกชิ้นมาจากผู้ปกครอง พร้อมส่งเสียงดัง ผู้ปกครองได้พูดคุยกับเด็กได้จับมือเด็กและพูดบอกเด็กว่าทำแบบนี้ ไม่น่ารักนะคะ และพาไปเก็บของเล่นก่อนมารดาพูดด้วยเสียงหนักแน่นและจับมือเด็กเก็บเด็กไม่ร้องต่อต้าน หลังจากนั้นเด็กไม่หงุดหงิดอีก

ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ช่วยพยาบาลผู้บำบัดในการดำเนินการเล่นกับเด็กและสังเกตพฤติกรรมเด็กระหว่างดำเนินกิจกรรมการเล่น ระหว่างการเล่นพยาบาลผู้บำบัดสังเกตและประเมินผลว่าเด็กเกิดสัมพันธภาพความไว้วางใจกับพยาบาลและครอบครัวดีและทำการสรุป

สรุปการเล่นบำบัด ครั้งที่ 3

1. พยาบาลผู้วิจัยประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กด้วยแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออกทิสติก 3-6 ปี พบว่าเด็กส่วนใหญ่จะเล่นเลียนแบบได้โดยช่วยแนะนำสนใจของเล่น ขณะเล่นแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสม ไม่มีการขว้างปาของ
2. พยาบาลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตอบข้อคำถามของครอบครัว ให้คำแนะนำและชื่นชมผู้ปกครองในการเล่น และได้สอบถามเรื่องผลการเล่นที่บ้านในครั้งที่ผ่านมา พบว่า
 - 2.1. ผู้ปกครองทุกครอบครัวได้นำกลับไปเล่นกับเด็กที่บ้านพบว่าครอบครัวส่วนใหญ่เล่นกับเด็กได้มากกว่า 30 นาทีมี 5 ครอบครัวที่เล่นได้ 30 นาที เนื่องจากผู้ปกครองมีงานต้องทำไม่ค่อยมีเวลาในการเล่นในช่วงที่ผ่านมา
 - 2.2. ในการเล่นที่บ้าน ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการบันทึกคำพูดและการแสดงออก ในการชมเด็กไว้ คำพูดที่พบว่าผู้ปกครองใช้ชมเด็กในการเล่นครั้งนี้ได้แก่ เก่งมาก คนเก่ง เยี่ยมมาก..(ชื่อเด็ก)... และมีการแสดงออกด้วยการ ประบมือ กอด หอมประคบมือกับเด็ก มี 4 ครอบครัวไม่ได้บันทึกได้พูดคุยสอบถาม ผู้ปกครองบอกว่า ได้ชมแต่ไม่ได้เขียนและได้เล่าเหตุการณ์การเล่นให้ฟัง พยาบาลเน้นย้ำให้ผู้ปกครองบันทึก ผู้ปกครองรับทราบ

2.3 มารดาของเด็กครอบครัวที่เล่าเรื่องวิตกกังวล เมื่อการเล่นครั้งก่อนบอกว่า เมื่อไปเล่าให้สามีฟัง สามีรับฟัง และบอกว่าครั้งหน้าไม่ต้องทำงานจะมาด้วย และได้เอาหนังสือที่พยาบาลแนะนำให้สามีอ่าน

หลังจากให้คำปรึกษาและพูดคุยกับผู้ปกครอง พยาบาลเน้นย้ำการให้ผู้ปกครองนำการเล่นไปเล่นต่อที่บ้านรวมถึงการบันทึกผลการเล่นในสมุดบันทึกและนำมาทุกครั้งที่มาเล่นบำบัด ผู้ปกครองทุกครอบครัวรับทราบ พยาบาลได้อธิบายถึงการเล่นในครั้งที่ 4 โดยได้พูดคุยกับครอบครัวในการเลือกและเตรียมของเล่นที่บ้านมา เพื่อนำมาเล่นที่โรงพยาบาลครอบครัวละ 3 ชิ้น พบว่า ครอบครัวทุกครอบครัวสามารถบอกได้ว่าจะนำอะไรมาซึ่งส่วนใหญ่จะเลือกของเล่นที่มีแล้วในบ้าน และไม่เป็นอันตรายสามารถนำมาได้

ครั้งที่ 4 “เล่นของเล่น :โดยพยาบาลผู้วิจัยให้ผู้ปกครองนำของเล่นมาจากบ้าน พยาบาลผู้วิจัยนำของเล่น ที่ผู้ปกครองนำมาจากบ้าน นำมาเล่นกับเด็กก้อทิสติกกระตุ้นให้เด็กก้อทิสติกเล่นเลียนแบบตามและหลังจากนั้นให้ผู้ปกครองเล่นกับเด็ก พบว่าเด็กส่วนใหญ่จะเลียนแบบตามได้ทันที มีเด็กบางคนที่ต้องกระตุ้น ไม่สนใจในช่วงที่เล่นกับผู้ปกครอง ประเมินว่าเนื่องจากขณะเล่นกับพยาบาลเด็กสนใจดี และได้เล่นเลียนแบบไปแล้ว แต่เมื่อมาเล่นกับมารดาอีกรอบมารดาเด็กไม่สนใจเลียนแบบทันที ผู้ปกครองได้ชวนเล่นแต่เด็กไม่สนใจ กลับมองหาของเล่นชิ้นใหม่ในห้อง พยาบาลจึงได้ชี้แนะมารดาขณะนั้นให้เล่าเรื่องร้องเพลงประกอบชี้ชวนให้เด็กสนใจเมื่อมารดาลองทำเด็กเริ่มสนใจและเลียนแบบการเล่นมารดาได้

สรุปการเล่นบำบัดครั้งที่ 4

1. พยาบาลผู้วิจัยประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กด้วยแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กก้อทิสติก 3-6 ปี พบว่าเด็กส่วนใหญ่เล่นเลียนแบบได้โดยช่วยแต่นามีเพียง 6 คนที่สามารถเล่นเลียนแบบได้ทันที ทั้งกับการเล่นกับพยาบาลและผู้ปกครอง
2. พยาบาลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตอบข้อคำถามของครอบครัว ให้คำแนะนำและชื่นชมผู้ปกครองในการเล่น และได้สอบถามเรื่องผลการเล่นที่บ้านในครั้งที่ผ่านมา พบว่า
 - 2.1. ผู้ปกครองทุกครอบครัวได้นำกลับไปเล่นกับเด็กที่บ้านทุกครอบครัว ส่วนใหญ่เล่นมากกว่า 30 นาทีทุกครอบครัว มี 2 ครอบครัว เล่น ได้ 20 นาที
 - 2.2. ในการเล่นที่บ้าน ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการบันทึกคำพูดและการแสดงออก ในการชมเด็กไว้ คำพูดที่พบว่าผู้ปกครองใช้ชมเด็กในการเล่นครั้งนี้ได้แก่ “เก่งมาก” “สุดยอด” “เยี่ยม” “เยี่ยมมาก” “...(ชื่อเด็ก)..คนเก่ง” “เก่งจัง” และมี การแสดงออกด้วยการ ประบมือ กอด หอมประคบมือกับเด็ก

2.3 ผู้ปกครองเล่าว่าในการเล่นที่บ้าน เด็กสามารถเล่นกับพี่และน้องในบ้านได้ดีขึ้น มีการเดินไปหยิบของเล่นเดินมาหาผู้ปกครองหรือคนในบ้านที่จะชวนเล่นก่อน

หลังจากให้คำปรึกษาและพูดคุยกับผู้ปกครอง พยาบาลเน้นย้ำการให้ผู้ปกครองนำการเล่นไปเล่นต่อที่บ้านรวมถึงการบันทึกผลการเล่นในสมุดบันทึกและนำมาทุกครั้งที่มาเล่นบำบัด ผู้ปกครองทุกครอบครัวรับทราบ พยาบาลได้อธิบายถึงการเล่นในครั้งที่ 5 เพื่อเตรียมความพร้อมในการเล่นครั้งต่อไป

การประเมินผลสัปดาห์ที่ 2

เด็กออทิสติก ได้เรียนรู้การเล่นเลียนแบบ สามารถทำตามพยาบาลและผู้ปกครองได้ สนใจมองตลอดการเล่น มีการพูดออกเสียงสำหรับผู้ที่สามารถพูดได้ ส่วนเด็กที่ไม่สามารถพูดออกเสียงเป็นประโยคได้ ก็มีการส่งเสียง ขยับปากตาม มีการยิ้มแย้ม หัวเราะ โดยเฉพาะของเล่นที่มีเสียง และยังพบว่าเด็กสามารถเป็นผู้เริ่มการเล่นก่อน มีการชวนให้เล่นของเล่นเองก่อนที่พยาบาลหรือผู้ปกครองจะกระตุ้นบอก เด็กสามารถนำของเล่นไปเล่นที่บ้านกับคนในบ้านไม่ว่าจะเล่นกับพี่ หรือเพื่อนได้มากขึ้น

ครอบครัวสามารถนำไปประยุกต์ต่อบ้านมีทักษะในการเล่นกับเด็กมากขึ้นครอบครัวสามารถเลือกของเล่นได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นใจในการเล่นกับเด็กมากขึ้น

รายละเอียดการเล่นบำบัดสัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 5 -6

ดำเนินการทดลองในวันที่ 2 - 6 มิถุนายน 2557 เวลา 12.00- 18.00 น.เป็นรายบุคคล
คนละ 30 นาที

ครั้งที่ 5 การเล่นกับสื่อ “เล่นกับชีวิตจริง” :พยาบาลผู้วิจัยนำภาพลำดับเหตุการณ์การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เด็กออทิสติกดู ภาพลำดับเหตุการณ์ชุดที่ 1 ได้แก่ ภาพตื่นนอน อาบน้ำ แต่งตัว และชุดที่ 2 ได้แก่ หาว แต่งตัว เข้านอน นอนหลับ เล่าเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นอธิบายให้เด็กออทิสติกฟังและดูแล้วให้เด็กออทิสติกนำสิ่งของจำลองมาวางที่รูปภาพให้ตรงกันพร้อมกระตุ้นให้เด็กออทิสติกพูดคุยโต้ตอบ เด็กออทิสติกบางคนยังจับคู่ภาพไม่ถูกต้องในครั้งแรก เมื่อเล่นพบว่าจับคู่ภาพได้ถูกต้อง เด็กบางคนยังต้องให้พยาบาลจับมือ และแนะนำให้วางจับคู่ให้ถูกต้อง ขณะทำไม่ต่อต้านมองตาม ส่วนใหญ่จะยังจับคู่ไม่ถูกทันที แต่สามารถชี้เมื่อถามได้ว่าภาพตื่นนอนภาพไหน อาบน้ำภาพไหน

ผู้ปกครองสลับเล่นกับเด็ก เด็กมีสมาธิสนใจขณะเล่นกับผู้ปกครองในการมองภาพ และสนใจของเล่น แต่พบว่า มีเด็ก 5 คน ที่จับคู่ไม่ได้ครบทุกภาพ ผู้ปกครองมีการกระตุ้นให้เด็กสนใจ มีการใช้คำพูดที่คุยกับเด็กให้เด็กเข้าใจง่ายๆ เหมือนที่ใช้อยู่บ้าน เช่น อาบน้ำปอมแปม ชูซ่า

ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ช่วยพยาบาลผู้บำบัดในการดำเนินการเล่นกับเด็กและสังเกตพฤติกรรมเด็กระหว่างดำเนินกิจกรรมการเล่น ระหว่างการเล่นพยาบาลผู้บำบัดสังเกตและประเมินผลว่าเด็กเกิดสัมพันธภาพความไว้วางใจกับพยาบาลและครอบครัวดีและทำการสรุป

สรุปการเล่นบำบัดครั้งที่ 5

1.พยาบาลผู้วิจัยประเมินความสามารถการเล่นของเด็กด้วยแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก 3-6 ปี พบว่าเด็กส่วนใหญ่สามารถจับคู่ภาพได้ทุกภาพ มีเพียง 5 คนจับคู่ภาพได้เพียง 2 ภาพ

2. พยาบาลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตอบคำถามของครอบครัว ให้คำแนะนำและชื่นชมผู้ปกครองในการเล่น และได้สอบถามเรื่องผลการเล่นที่บ้านในครั้งที่ผ่านๆ มา พบว่า

2.1. ผู้ปกครองทุกครอบครัวได้นำกลับไปเล่นกับเด็กที่บ้านทุกครอบครัว ส่วนใหญ่เล่นมากกว่า 30 นาที มี 6 ครอบครัว เล่น ได้ 20 นาที

2.2. ในการเล่นที่บ้าน ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการบันทึกคำพูดและการแสดงออก ในการชมเด็กไว้ คำพูดที่พบว่าผู้ปกครองใช้ชมเด็กในการเล่นครั้งที่ผ่านมาได้แก่ “เก่งมาก” “เยี่ยม” “เจ๋งมากลูก” “สุดยอด” “เยี่ยมมาก” “...(ชื่อเด็ก)..คนเก่ง” “เก่งจัง” และมีการแสดงออกด้วยการ ประบมือ กอด หอมประคบมือกับเด็ก

2.3 พบว่าครอบครัวที่บอกว่า สามีมักจะมาเข้ากลุ่มการเล่นบ๊อบบี้ด้วย ได้มาร่วมเล่นบ๊อบบี้กับเด็กได้พูดคุยพบว่า บิดาเด็กมีการยอมรับและยินดีในการนำการเล่นบ๊อบบี้ไปใช้ที่บ้าน

2.4 มีครอบครัว พูดคุยปรึกษาเรื่องคนในบ้าน คือ ตา ยาย จะตามใจ ทำให้เด็กไม่ค่อยเชื่อฟัง บิดา มารดา พอถูกขัดใจหรือไม่ได้ดั่งใจก็จะร้อง โวยวาย ยายก็มาปลอบ พยาบาลได้พูดคุยให้คำแนะนำในการไปพูดกับตา ยาย ในการเลี้ยงดูเป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งผู้ปกครองบอกว่าจะลองพยายาม เคยบอกแล้วแต่ไม่เคยฟัง พยาบาลแนะนำให้ลองพูดคุยพร้อมยกตัวอย่างและชี้ให้เห็นผลดีผลเสียของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นหากไม่เลี้ยงดูเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้ตายายเห็น

หลังจากให้คำปรึกษาและพูดคุยกับผู้ปกครอง พยาบาลเน้นย้ำการให้ผู้ปกครองนำการเล่นไปเล่นต่อที่บ้านรวมถึงการบันทึกผลการเล่นในสมุดบันทึกและนำมาทุกครั้งที่มาเล่นบ๊อบบี้ ผู้ปกครองทุกครอบครัวรับทราบ พยาบาลได้อธิบายถึงการเล่นในครั้งที่ 6 เพื่อเตรียมความพร้อมในการเล่นครั้งต่อไปโดยได้พูดคุยกับครอบครัวในการเลือกและเตรียมของเล่นที่บ้านมา เพื่อนำมาเล่นที่โรงพยาบาล พบว่า ครอบครัวทุกครอบครัว สามารถบอกได้ว่าจะนำอะไรมาซึ่งส่วนใหญ่จะเลือกของเล่นที่มีแล้วในบ้าน และส่วนใหญ่จะเป็นของใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งไม่เป็นอันตรายสามารถนำมาได้

ครั้งที่ 6 “เล่นกับชีวิตจริง” :พยาบาลผู้วิจัย นำบัตรภาพและของใช้ในบ้านที่ผู้ปกครองนำมาจากบ้านนำมาเล่นให้เด็กออทิสติกดู พยาบาลชี้ให้เด็กดูภาพ พูดคุยอธิบายบอกชื่อ ให้เด็กออทิสติกฟัง แล้วให้เด็กออทิสติกนำของเล่นที่ผู้ปกครองนำมาจากบ้านมาวางที่รูปภาพให้ตรงกันพร้อมกระตุ้นให้เด็กออทิสติกพูดคุยโต้ตอบ พบว่าเด็กออทิสติกจับคู่ภาพได้ถูกต้องพร้อมทั้งบางคนมีการออกเสียงพูด และมีท่าทางประกอบ เช่น หัว ทำท่าหวีผม ให้ตัวเองและให้ตุ๊กตา พยาบาลผู้วิจัยจับมือและแนะนำให้วางจับคู่ให้ถูกต้อง พร้อมทั้งพูดให้เด็กออทิสติกฟัง ว่าภาพอะไร

ผู้ปกครองสลับเล่นกับเด็ก เด็กมีสมาธิสนใจขณะเล่นกับผู้ปกครองในการมองภาพ และสนใจของเล่น และพบว่าเด็กสามารถจับคู่ภาพได้ถูกต้อง เด็กสนใจมองโมเดลที่ผู้ปกครองนำมาเล่น หยิบจับได้มั่นคง ไม่มีหงุดหงิด เมื่อให้รอคอย ระหว่าง สลับภาพ เด็กรอคอยที่จะ จับคู่ภาพได้ แต่พบว่ายังมีเด็กบางคน นำของเล่นมาเคาะให้เกิดเสียงดัง เมื่อผู้ปกครองพูดบอกยังไม่ยอมหยุด พยาบาลจึงช่วยเบี่ยงเบนด้วยการประบมือเข้าจังหวะและร้องเพลงแทน พร้อมกับชวนให้สนใจเล่นของเล่นต่อ หลังจากนั้นผู้ปกครองเล่นกับเด็กต่อได้ และมีกระตุ้นให้เด็กสนใจเล่นได้

ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ช่วยพยาบาลผู้บำบัดในการดำเนินการเล่นกับเด็กและสังเกตพฤติกรรมเด็กระหว่างดำเนินกิจกรรมการเล่น ระหว่างการเล่นพยาบาลผู้บำบัดสังเกตและประเมินผลและทำการสรุป

สรุป การเล่นบ๊อบบี้ ครั้งที่ 6

1. พยาบาลผู้วิจัยประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กด้วยแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กกอล์ฟติก 3-6 ปี พบว่าเด็กทุกคนสามารถจับคู่ภาพได้ทุกภาพ และมีการออกเสียงพูดบอกได้ ทั้งหมดทุกภาพ 8 คน สนใจมอง มีสมาธิขณะเล่นยิ้มแย้ม อารมณ์ดี บางคนหัวเราะเสียงดัง มีเด็กบางคนที่เคยของเล่น แต่เมื่อเบี่ยงเบนก็หยุดได้

2. พยาบาลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตอบข้อคำถามของครอบครัว ให้คำแนะนำและชื่นชมผู้ปกครองในการเล่น และได้สอบถามเรื่องผลการเล่นที่บ้านในครั้งที่ผ่านมา พบว่า

2.1. ผู้ปกครองทุกครอบครัวได้นำกลับไปเล่นกับเด็กที่บ้านพบว่าครอบครัวส่วนใหญ่เล่นกับเด็กได้มากกว่า 30 นาทีทุกครอบครัว

2.2. ในการเล่นที่บ้าน ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการบันทึกคำพูดและการแสดงออก ในการชมเด็กไว้ คำพูดที่พบว่าผู้ปกครองใช้ชมเด็กในการเล่นครั้งที่ผ่านมาได้แก่ เก่งมาก คนเก่ง เยี่ยมมาก ... (ชื่อเด็ก).. และมีการแสดงออกด้วยการ ประบมือ กอด หอม

หลังจากให้คำปรึกษาและพูดคุยกับผู้ปกครอง พยาบาลเน้นย้ำการให้ผู้ปกครองนำการเล่นไปเล่นต่อที่บ้านรวมถึงการบันทึกผลการเล่นในสมุดบันทึกและนำมาทุกครั้งที่มาเล่นบ๊อบบี้ ผู้ปกครองทุกครอบครัวรับทราบ พยาบาลได้อธิบายถึงการเล่นในครั้งที่ 7 และ 8 เพื่อเตรียมความพร้อมในการเล่นครั้งต่อไป

การประเมินผลสัปดาห์ที่ 3

เด็กกอล์ฟติก ได้เรียนรู้การเล่นและสามารถนำภาพมาลำดับเหตุการณ์การในเรื่องต่างๆได้ สำหรับผู้ที่ครั้งแรกยังไม่ได้ เมื่อมีการเล่นซ้ำ เด็กสามารถเล่นได้ ถูกต้อง เด็กสนใจมองของเล่นจำลองต่างๆ ของเล่นที่มีสีสันสดใสและเรื่อง เด็กสนใจมองตาม เด็กสามารถจับคู่ของเล่นจำลองกับภาพได้

ครอบครัวสามารถเลือกของเล่นและนำมาเล่นกับเด็กได้ และยังสามารถนำไปประยุกต์ต่อบ้านมีทักษะในการเล่นกับเด็กมากขึ้นครอบครัว มีความมั่นใจในการเล่นกับเด็กมากขึ้น มีการใช้คำพูดสื่อสารที่เหมาะสม มีเทคนิคการชม และแสดงออกให้เด็กรับรู้ได้

รายละเอียดการเล่นบ๊อบบี้ สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 7-8

ดำเนินการทดลองในวันที่ 9-13 มิถุนายน 2557 เวลา 12.00 - 18.00 น. เป็นรายบุคคล คนละ 30 นาที

ครั้งที่ 7 และ ครั้งที่ 8 “เธอกับฉัน” และ “ใครหมวกก่อน” เล่นโดยให้สลับกันนำลูกบอลใส่ตะกร้าโดยใช้หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการเล่นให้ผู้ที่ใส่หมวกเป็นผู้เล่นมีเด็กบางคนที่ไม่ได้พยาบาลแนะนำทำให้ดูและกระตุ้นให้เด็กทำตามเมื่อเด็กทำได้ให้คำชมเชยด้วยคำพูดและประบมือให้เด็กยิ้มแย้ม พร้อมให้เด็กโต้ตอบด้วยคำพูด เด็กบางคนสนใจหมวกอาจจะใส่และไม่ยอมถอดเมื่อพูดคุยและเบี่ยงเบนเด็กยอมถอดและเล่นต่อ หลังจากนั้นใช้กระดาษคละสี 6 คู่สี แจกสลับจนครบ 6 คู่สี แล้วให้จับคู่สีที่เหมือนกันแยกออกก่อน นำการ์ดสีที่เหลือมาวางคว่ำและให้ผู้นำที่สวมพริกการ์ดสี และสลับกันเล่นจนจับคู่การ์ดสีครบขณะเล่นพบว่าเด็กส่วนใหญ่ต้องชี้แนะ แนะนำในการจับคู่สี เด็กบางคนรับรู้ว่าจะเวลาต้องหยิบการ์ดสีเพราะใส่หมวก แต่ยังไม่รู้จักสีครบทุกสี พยาบาลได้จับให้ดูพร้อมทั้งชี้พูดบอกชื่อ เมื่อสลับให้ผู้ปกครองเล่น เด็กเริ่มจดจำได้มากขึ้น และจับคู่สีได้เพิ่มขึ้น แต่เมื่อพูดถามเด็กบางคนยังตอบไม่ได้

สรุปการเล่นบำบัด ครั้งที่ 7 และ 8

1. พยาบาลผู้วิจัยประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กด้วยแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก 3-6 ปี พบว่า เด็กส่วนใหญ่เล่นสลับบทบาทได้ โดยต้องช่วยแนะนำและจับมือทำ ไม่พบว่าเด็กต่อต้านชัดเจน ในการจับคู่สื่พบว่าเด็กจับได้ไม่ครบทุกสี จับได้เพียง 3-5 สี

2. พยาบาลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตอบข้อคำถามของครอบครัว ให้คำแนะนำและชื่นชมผู้ปกครองในการเล่น และได้สอบถามเรื่องผลการเล่นที่บ้านในครั้งที่ผ่านมา พบว่า

2.1. ผู้ปกครองทุกครอบครัวได้นำกลับไปเล่นกับเด็กที่บ้านพบว่าครอบครัวส่วนใหญ่เล่นกับเด็กได้มากกว่า 30 นาทีทุกครอบครัว

2.2. ในการเล่นที่บ้าน ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการบันทึกคำพูดและการแสดงออก ในการชมเด็กไว้ คำพูดที่พบว่าผู้ปกครองใช้ชมเด็กในการเล่นครั้งที่ผ่านมาได้แก่ เก่งมาก คนเก่ง เยี่ยมมาก ...(ชื่อเด็ก).. และมีการแสดงออกด้วยการ ปรบมือ กอด หอม

2.3. ครอบครัวเด็กสอบถามการทำอุปกรณ์การเล่น การ์ดสี บางครอบครัวไม่มีได้ให้อุปกรณ์ไปและได้ให้คำแนะนำในการหาอุปกรณ์ หรือการปรับเปลี่ยนของที่มีในบ้าน นำมาเล่น หลังจากให้คำปรึกษาและพูดคุยกับผู้ปกครอง พยาบาลเน้นย้ำการให้ผู้ปกครองนำการเล่นไปเล่นต่อที่บ้านรวมถึงการบันทึกผลการเล่นในสมุดบันทึกและนำมาทุกครั้งที่มาเล่นบำบัด ผู้ปกครองทุกครอบครัวรับทราบ พยาบาลได้อธิบายถึงการเล่นในครั้งที่ 9 และ 10 กลุ่ม จึงต้องแบ่งกลุ่มละ 5 คน ให้นัดวันเวลาการเล่นกับผู้ปกครอง ผู้ปกครองทุกครอบครัวรับทราบ

การประเมินผลสัปดาห์ที่ 4

เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้ในการเล่นของเล่นถูกต้อง สนใจมองการมองเห็นรู้จักการรอคอย ช่วงแรกพบว่า เด็กส่วนใหญ่จะรอคอยไม่ได้นาน แต่หลังจากได้เล่น และพูดคุย ชมเชยเด็กเข้าสู่สัปดาห์ที่ 3 เด็กสามารถรอคอยได้นานเพิ่มขึ้นและมีสมาธิ อยู่กับของเล่นนานขึ้น สามารถเรียนรู้การสลับบทบาทและเรียนรู้จักกฎกติกาเพื่อเตรียมทักษะการเล่นกับเพื่อนและเพิ่มการสลับบทบาทที่ซับซ้อนขึ้นด้วยวิธีการง่ายๆ

ครอบครัวเด็กได้นำการเล่นไปเล่นกับเด็กสม่ำเสมอ มีทักษะเพิ่มขึ้น มีความสนใจในการเล่นกับเด็ก ถึงแม้ว่าจะไม่มีเวลา หรือติดงานก็พยายามเปลี่ยนแปลงเวลามาทำการเล่นบำบัดที่โรงพยาบาล รวมถึงการเล่นที่บ้าน การใช้คำพูดสื่อสารที่เหมาะสม มีเทคนิคการชม และแสดงออกให้เด็กรับรู้ได้ มีคนในครอบครัวเข้ามาร่วมเล่นกับเด็กมากขึ้น

รายละเอียดการเล่นบำบัด สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 9-10

ดำเนินการทดลองในวันที่ 16 - 20 มิถุนายน 2557 เวลา 12.00 – 18.00 น. เป็นรายกลุ่มๆ ละ 60 นาที

โดยนำเด็กออทิสติกและครอบครัวเข้าร่วมการเล่น เป็นกลุ่มเพื่อให้เด็กได้ร่วมเล่นกับเพื่อนวัยเดียวกัน การปฏิสัมพันธ์ การรู้จักรอคอยได้แบ่งกลุ่มการเล่นออกเป็นกลุ่มละ 5 คน โดยพยาบาลผู้วิจัยนั่งกับเด็กและครอบครัวเป็นวงกลมรอบโต๊ะให้ผู้เล่นนั่งล้อมเป็นวงกลม พยาบาลร้องเพลงส่งหมวกให้เด็กๆ ในกลุ่มรวมถึงผู้ปกครอง ฟังก่อน ผู้ช่วยวิจัยช่วยร้องและตีกลอง พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม โดยเริ่มสวมหมวก ส่งหมวกให้สมาชิกส่งต่อกันและสวมหมวกพร้อมกับร้องเพลง เริ่มส่งจากขวาไปซ้าย โดยรอบแรกพบว่าเด็กบางคนยังไม่ค่อยเข้าใจคำสั่ง เล่นจนครบทุกคน พยาบาลสลับการส่งจากซ้ายไปขวาและส่งจนครบทุกคน พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มในการเล่นอีกครั้ง ให้เด็กส่งสลับฝั่งตรงข้ามเพื่อให้รู้จักกัน เมื่อเด็กรู้จักกันครบทุกคน หลังจากนั้นเล่นที่มีชื่อว่า อร่อยจัง โดยมีการ์ดรูปขนมและการ์ดไม่มีรูปขนม พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มนำกลุ่มใส่หมวกเป็นสัญลักษณ์ พยาบาลอธิบายวิธีการเล่นและเริ่มแจกการ์ดครบทุกคนแล้วให้พยาบาลให้สัญญาณในการเปิดการ์ด สำหรับเด็กบางคนผู้ปกครองช่วยในการพลิกการ์ดดูแล้วถ้าใครการ์ดที่มีรูปขนม พยาบาลบอกให้ยกมือขึ้น เด็กบางคนเขาใจยกมือ สำหรับเด็กบางผู้ปกครองช่วย และชี้ชวนให้ดูภาพพยาบาลสลับให้เด็กเป็นผู้นำกลุ่มจนครบทุกคนและให้ผู้ปกครองสลับเล่นด้วย พบว่าขณะเล่นเด็กส่วนใหญ่สนใจมองตาม และสนใจขนม ครั้งแรกของการเล่น เด็กจะรอคอยไม่ได้ จะยื่นการ์ดมาให้ จะขอขนมโดยไม่รอให้แลกการ์ด พยาบาลได้ให้คำแนะนำขณะเล่นกับผู้ปกครองเรื่องการสังเกตที่ต้องเร็วกว่าเด็ก เนื่องจากเด็กบางคนต้องการขนมคนไหนหากรอคอยไม่ได้ จะต้องให้ข้างหากเด็กคนไหนที่เร็วพร้อมจะแย่งของผู้อื่นผู้ปกครองต้องช่วยคอยดูแลและบอกเด็กและเพิ่มทักษะการรอคอยให้มากขึ้น พบว่ามีเด็กบางคนร้องไห้จะเอาขนมที่ตนเองไม่ต้องการในการเล่นช่วงท้ายของการเพิ่มการ์ดขนมที่หลากหลาย เนื่องจากเด็กชอบขนมซ้ำๆ ได้พูดคุยวางเงื่อนไขและบอกเด็กว่า ต้องได้ตามการ์ดที่เด็กได้หากไม่ยักได้ ลองไปแลกเพื่อนคนอื่น พบว่า เด็กๆ ในกลุ่มมีการยอมแลกขนมกัน

สรุปการเล่นบำบัด ครั้งที่ 9 และ 10

1. พยาบาลผู้วิจัยประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กด้วยแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก 3-6 ปี พบว่าในการเล่นครั้งที่ 9 เด็กส่วนใหญ่ เล่นเป็นกลุ่มได้โดยมีคนช่วยเหลือตลอดการเล่นคือจับมือ แนะนำ ชี้บอก ในการเล่นครั้งที่ 10 พบว่าเด็กเริ่มเข้าใจกติกาเล่นเองโดยจับการ์ดแลกขนมเองเมื่อถึงเวลา รู้จักการรอคอยได้ สลับบทบาทได้ มีการสื่อสารกับเพื่อน แลกเปลี่ยนขนมกันได้ ยิ้มแย้มสนุกสนาน ปรบมือตามจังหวะเพลง

2. พยาบาลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตอบข้อคำถามของครอบครัว ให้คำแนะนำและชื่นชม

ผู้ปกครองในการเล่น และได้สอบถามเรื่องผลการเล่นที่บ้านในครั้งที่ผ่านมา พบว่า

- 2.1. ผู้ปกครองทุกครอบครัวได้นำกลับไปเล่นกับเด็กที่บ้านพบว่าครอบครัวส่วนใหญ่เล่นกับเด็กได้มากกว่า 30 นาทีทุกครอบครัว
- 2.2. ในการเล่นที่บ้าน ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการบันทึกคำพูดและการแสดงออก ในการชมเด็กไว้ คำพูดที่พบว่าผู้ปกครองใช้ชมเด็กในการเล่นครั้งที่ผ่านมาได้แก่ เก่งมาก เยี่ยมมาก และมีการแสดงออกด้วยการ ปรบมือ กอด หอม

- 2.3. ผู้ปกครองส่วนใหญ่บอกว่า ดีใจที่เห็นเด็กสามารถเล่นกับเพื่อนได้โดยไม่แย่งของเล่น และกรี๊ดร้องน้อยลง
- 2.4 ผู้ปกครองสอบถามเรื่องเพลงในการร้องกับเด็ก พยาบาลได้แนะนำซีดีเพลงและได้ปรี๊นแผ่นเนื้อเพลงให้ครอบครัวที่สนใจให้ในสัปดาห์ต่อมา

การประเมินผลสัปดาห์ที่ 5

เด็กได้เรียนรู้การรอคอย การสลับบทบาท ประสาทสัมผัสทางสายตา การเล่นเลียนแบบ การมีจินตนาการ การเข้ากลุ่ม การปรับตัวในสังคม เกิดการสื่อสาร การเรียนรู้การเป็นผู้นำเพื่อส่งเสริมความมั่นใจในตัวเอง สร้างความเป็นตัวตนกล้าแสดงออก และแสดงออกเหมาะสม เข้าใจการเล่นที่มีขั้นตอนและกติกามากขึ้น การร้องเมื่อไม่ได้ตั้งใจลดลง พบขณะเล่นบำบัดในครั้งที่ 9 แต่ไม่พบในครั้งที่ 10 ครั้งที่ 9 มีเด็กบางคนจะแย่งขนมผู้อื่น แต่เมื่อพูดเตือนเด็กหยุดได้หลังจากนั้นเด็กไม่แย่งรอคอยได้

ครอบครัวสามารถเล่นกับเด็กได้ เมื่อพยาบาลแนะนำการสังเกตเด็ก เทคนิคการเลือกขนม เทคนิคการทำให้เด็กรอคอย เทคนิคการเลือกให้เด็กได้ขนมครบทุกคน ผู้ปกครองสามารถเล่นได้ บางครอบครัวมีทักษะการร้องเพลง ที่ดี สามารถนำมาร้องร่วมกับกลุ่มได้ พบว่าครอบครัวทุกครอบครัวได้นำการเล่นบำบัดไปใช้กับเด็กที่บ้าน

หลังจากให้คำปรึกษาและพูดคุยกับผู้ปกครอง พยาบาลเน้นย้ำการให้ผู้ปกครองนำการเล่นไปเล่นต่อที่บ้านรวมถึงการบันทึกผลการเล่นในสมุดบันทึกและนำมาเพื่อประเมินในสัปดาห์ที่ 6 คือวันที่ 23 - 24 มิถุนายน 2557 ได้นัดวันเวลาเพื่อประเมินกับผู้ปกครองทุกครอบครัวรับทราบ

2. ตัวอย่างกรณีศึกษาหลังเข้าร่วมการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว

กรณีศึกษารายที่ 1

เด็กชายไทย อายุ 4 ปี 11 เดือนรูปร่างสมวัยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเป็นออทิสติกเมื่ออายุ 2 ปี 5 เดือน อาการนำที่ผู้ปกครองสังเกตเห็นคือ ชนมาก อยู่ไม่นิ่ง รอคอยไม่ได้ ไม่สบตาเล่นคนเดียวตั้งแต่อายุ 2 ปี 4 เดือน และเมื่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลยูวประสาทไวทยาลัย แพทย์จึงวินิจฉัยว่าเด็กเป็นออทิสติก เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามนัด และผู้ปกครองได้รับการให้คำปรึกษาในการดูแลช่วยเหลือเด็ก เด็กได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และอายุ 3 ปีได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เข้ากลุ่มพัฒนาการบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นเวลา 3 เดือน และก้จำหน่ายไปเป็นผู้ป่วยนอกจนปัจจุบัน การเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว ครั้งนี้ มารดาเป็นผู้เข้าร่วม มารดาให้ประวัติว่าเด็กมีพฤติกรรม ชน อยู่ไม่นิ่ง รอคอยไม่ได้ อารมณ์หงุดหงิดโมโหง่าย เมื่อถูกขัดใจไม่ได้ตั้งใจจะกรีดร้องเสียงดัง ร้องไห้หนักกับพื้น บางครั้งมี จิก ตี ทำร้ายคนอื่น ขว้างของ เด็กสามารถพูดได้เป็นคำๆ ไม่ชัด ประวัติการได้รับการรักษาด้วยยา พบว่าปัจจุบัน แพทย์ให้ผู้ป่วยรับประทานยา Risperidal Solⁿ 1 mg รับประทานหลังอาหารเช้า และ 2 mg รับประทานหลังอาหารเย็น การรักษาอื่น ๆ ร่วมด้วย คือการฝึกพูดตามนัด ปัจจุบันเด็กเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แต่เนื่องจากเด็กมีปัญหาพฤติกรรม มารดาบอกว่าเด็กไปแกล้งเพื่อนที่โรงเรียน ลักษณะที่ทำคือ ตี ขว้างของ ต่ำ บางครั้งเหมือนเล่นไม่เป็น เด็กเป็นบุตรคนเดียว ประวัติครอบครัว มารดาเป็นผู้ดูแลตั้งแต่แรกคลอด ปัจจุบัน สมาชิกในบ้านมีด้วยกัน 3 คน คือ บิดา มารดา และเด็ก มารดาทำงานบ้าน บิดาเป็นผู้ทำงานหาเงิน มารดาให้ประวัติว่า บิดาไม่ค่อยได้สนใจ การเลี้ยงดูไม่ค่อยเป็นแนวทางเดียวกัน บางครั้งบิดาเล่นกับเด็กแรงๆ ทำให้เมื่อมารดาพูดก็เกิดมีปัญหากัน มารดาบอกว่าเนื่องจากบิดามองว่าตนเองมีหน้าที่หาเงิน ส่วนมารดามีหน้าที่ดูแลเด็ก เวลาพูดคุยบิดาจึงไม่ค่อยสนใจ บิดารับรู้ว่ามีมาเข้าร่วมกลุ่มการเล่นบำบัด บิดายินดีให้เข้าร่วม

เมื่อพบเด็กครั้งแรกเด็กมองหน้าสบตา เมื่อพูดคุยด้วย ระยะเวลาสั้นๆ สนใจสิ่งต่างๆรอบตัวดียังไม่นิ่ง พูดได้เป็นคำๆ ไม่ชัด บางครั้งเป็นประโยคยาวแต่ไม่ประติดประต่อ รับฟังและทำตามคำสั่งง่ายๆได้ แยกเด็กไปอยู่กับผู้ช่วยวิจัยเนื่องจากผู้วิจัยต้องให้ความรู้เรื่องการเล่นบำบัดกับมารดาและพูดคุยเรื่องการเล่นบำบัด ผู้ช่วยวิจัยดูแลเด็กและเมื่อปล่อยให้เล่นอิสระพบว่าเด็กยังไม่มีทักษะการเล่น ไม่นิ่ง สมาธิสนใจสิ่งต่างๆระยะสั้น รอคอยไม่ได้ ต้องคอยพูดเตือน เข้าใจคำศัพท์ง่ายๆ พูดสื่อสารเป็นคำๆพอได้ แต่ยังไม่ชัดเจนตอบพอได้แต่ไม่เริ่มต้นพูดคุยก่อน โยนของเล่น เมื่อให้เก็บต้องบอกหลายครั้ง และมีเสียงดังและแสดงสีหน้าไม่พอใจ

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการ และสร้างสัมพันธภาพกับเด็กและครอบครัว

สัปดาห์ที่ 1 การเล่นครั้งที่ 1 เมื่อพยาบาลแนะนำตัว บอกชื่อพยาบาลเด็กมองตาม และกระตุ้นเด็กบอกชื่อตัวเองและกล่าวทักทาย เด็กยกมือแต่ไม่พูด มารดากระตุ้นบอกให้เด็กพูด บอกสวัสดีครบได้ พยาบาลนำกล่องของเล่นมา เด็กมองตาม พยาบาลบอกให้เด็กหยิบของเล่น เด็กไม่ทำ พยาบาลจึงหยิบของเล่นออกมา และเล่นให้เด็กดู เด็กมองตาม และจะเอามือมาล้างของเล่น พยาบาลจึงถามเด็กว่าอยากเล่นของเล่นแล้วหรือยัง เด็กตอบว่าอยากเล่น พยาบาลจึงเล่นของเล่นให้เด็กดู พร้อมทั้งบอกเด็กให้ดูและทำตาม และหลังจากนั้นให้เด็กเลือกหยิบของเล่นออกมาเล่นเอง เด็กมีสีหน้าตื่นเต้นยิ้มแย้ม และสนใจ เล่นตามได้ และระหว่างเล่น รอคอยได้นานขึ้น

สัปดาห์ที่ 1 การเล่นครั้งที่ 2 พาเล่นกระจก เด็กมองตาม แต่มีเอามือเคาะกระจก พยาบาลบอกเด็กให้เลียนแบบ การเล่น แทนการทุบ เคาะ เด็กสนใจและทำได้ และเมื่อให้มารตามาเล่นกับเด็ก

สรุป เด็กสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับพยาบาลได้ เกิดความไว้วางใจและมีทักษะการรับรู้การเรียนรู้ที่ดีขึ้นมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

ผู้ปกครองคือมารดาครั้งแรกไม่กล้าเล่นกับเด็กบอกว่าเงินอายุพยาบาลแต่เมื่อพูดคุยแล้วหลังจากนั้นมารดาสามารถเล่นกับเด็ก มีการร้องเพลงประกอบขณะเล่นมองกระจก

ระยะบำบัดสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 และ 4

การเล่นครั้งที่ 3 เล่นของเล่นโดยการเล่นของเล่นเช่น โทรศัพท์ สัตว์ รถ ที่มีเสียงเคลื่อนไหวได้ ของเล่นในครัวจำลอง รวมถึง ตุ๊กตาที่เป็นตัวแทน เด็ก พ่อ แม่ เด็กหรือสมาชิกในครอบครัว โดยนำมาเล่นให้เด็กเล่นเลียนแบบ โดยให้ตุ๊กตาเดิน ยืน นั่ง นอน กิน และให้เด็กเล่นเลียนแบบ ใช้โทรศัพท์โทรคุยกับมารดาชวนพูดคุยเด็กสื่อสาร ชวนให้เด็กเลียนแบบในการเล่นของเล่น พบว่าเด็กสนใจการเล่นและพยายามทำตาม สื่อสารได้ดีด้วยท่าทาง พยายามออกเสียงคำเพิ่มเติม

การเล่นครั้งที่ 4 เล่นของเล่น ให้ผู้ปกครองนำของเล่นมาจากบ้าน เพื่อมาเล่นกับเด็กพบว่ามารดาเลือก รถจำลอง โทรศัพท์มือถือ ตุ๊กตาเด็กผู้ชายมาเล่นกับเด็กที่โรงพยาบาล พบว่าเด็กสนใจเล่นกับพยาบาลและมารดา มีการพูดสื่อสารได้ เล่นเลียนแบบในการเล่นสนทนาโทรศัพท์ การถ่ายรูป มีความคิดสร้างสรรค์ให้ตุ๊กตาผู้ชายถ่ายรูป มารดามีส่วนกระตุ้นเด็กเล่น และพบว่าขณะเล่นมารดามีการใช้คำชมเด็ก ว่า “น้องแม็ก เก่งมากครับ” มีการปรบมือให้ และหอมแก้ม และพบว่าเด็กมีปฏิสัมพันธ์กับมารดาคือเด็กหอมแก้มมารดากลับ

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 5 และ 6

การเล่นครั้งที่ 5 การเล่นกับชีวิตจริงการเล่นเป็นการส่งเสริมเรียนรู้การใช้ชีวิตประจำวันด้วยการจับคู่ภาพลำดับเหตุการณ์ ประกอบด้วยชุดที่ 1 การตื่นนอน อาบน้ำ แต่งตัว ของเล่นจำลองชุดที่ 1 ได้แก่ หมอน ฝักบัวอาบน้ำ ชุดเด็ก ภาพลำดับเหตุการณ์การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ชุดที่ 2 ได้แก่ ภาพหาว เข้านอน นอนหลับ ของเล่นจำลอง ชุดที่ 1 ได้แก่ โทรศัพท์ นอน ผ้าห่ม เด็กสนใจมองกิจกรรม ใช้สายตาและจดจำภาพได้ดี เข้าใจการสื่อสารว่าเล่นเกมอะไร จับคู่ภาพได้ครบทุกคู่โดยนั่งได้ตลอดการเล่นบำบัด พยาบาลกระตุ้นให้เด็กบอกว่าแต่ละภาพเหตุการณ์คือภาพอะไร เด็กตอบได้เป็นคำ ๆ ที่ชัดเจนมากขึ้น พยาบาลส่งเสริมให้เด็กพูดเป็นพยางค์ที่ยาวขึ้น เป็น 2 คำติดต่อกัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว แก้อ๊ เป็นต้น ขณะเดียวกันผู้วิจัยให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติกับเด็ก เมื่อสิ้นสุดการเล่นบำบัด ครอบครัวได้นำการเล่นบำบัดไปปฏิบัติที่บ้าน

สรุป เด็กสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจ การเชื่อมโยงภาพเหตุการณ์ กับการดำเนินชีวิตได้ สามารถจับคู่ได้ถูกทุกภาพและสามารถชี้บอกและพูดได้ มารดามีความสนใจขณะเล่นกับเด็กสามารถกระตุ้นเด็กให้เล่นได้ มีการแสดงออกสีหน้าที่เหมาะสม มีการชื่นชมเด็กด้วยท่าทางและคำพูด และได้นำการเล่นบำบัดไปเล่นกับเด็กที่บ้านอย่างต่อเนื่องพบว่ามารดาได้เล่นกับเด็กมากกว่า 30 นาที และมีการบันทึกคำชม ที่ได้ชื่นชมเด็กไว้ คือ “เก่งมาก” “เยี่ยม” “สุดยอด”

การเล่นครั้งที่ 6 การเล่นกับชีวิตจริงผู้ปกครองนำของเล่นมาจากบ้านเป็นการส่งเสริมเรียนรู้การใช้ชีวิตประจำวันด้วยการจับคู่ภาพลำดับเหตุการณ์ โดยให้มารดาเลือกที่จำนำของเล่นมาจากบ้าน พบว่ามารดาเลือก แก้วน้ำ จาน ช้อน ส้อม แปรงสีฟัน หวี หมวก มา พยาบาลได้นำบัตรภาพที่ตรงกับสิ่งของที่ผู้ปกครองนำมา มาให้เด็กเล่นจับคู่จับคู่ภาพ พบว่าเด็กจับได้ครบทุกคู่โดยนั่งได้ตลอดการเล่น บำบัด พยาบาลกระตุ้นให้เด็กบอกว่าแต่ละภาพเหตุการณ์คือภาพอะไร เด็กตอบได้ เป็นคำ ๆ ที่ชัดเจนมากขึ้น พยาบาลส่งเสริมให้เด็กพูดเป็นพยางค์ที่ยาวขึ้น เป็น 2 คำติดต่อกัน เช่น แปรงฟัน แต่งตัว แก้วน้ำ เป็นต้น ขณะเดียวกันผู้วิจัยให้ครอบครัวเล่นกับเด็ก เมื่อสิ้นสุดการเล่นบำบัด ครอบครัวได้นำการเล่นบำบัดไปปฏิบัติต่อบ้าน

สรุป เด็กสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจ การเชื่อมโยงภาพเหตุการณ์ กับการดำเนินชีวิตได้ และมารดาที่ดูแลเด็กมีความสนใจและนำไปปฏิบัติการเล่นบำบัดที่บ้านอย่างต่อเนื่อง พบว่ามารดาได้เล่นกับเด็กมากกว่า 30 นาที ทุกครั้งที่เล่น และมีการบันทึกคำชม ที่ได้ชื่นชมเด็กไว้ คือ “เก่งมาก” “เยี่ยม” “สุดยอด” และพบว่าบิดาที่มีความขัดแย้งกันในการเลี้ยงดูได้มีส่วนร่วมมากขึ้นสนใจที่จะร่วมเล่นกับเด็กและเข้าใจมารดามากขึ้น

สัปดาห์ที่ 4 การเล่นครั้งที่ 7 และ 8 เล่นสลับบทบาทและทำตามกติกา

การเล่นสลับบทบาทและเล่นตามกติกา พยาบาลเล่นโดยใช้หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการสลับกันเล่น เริ่มจากเล่นพยาบาลผู้บำบัดและเด็กเล่นโดยให้สลับกัน นำลูกบอลใส่ตระกร้า โดยใช้หมวกเป็นสัญลักษณ์ในการสลับการเล่นให้ผู้ที่เป็นหมวกเป็นผู้เล่นเด็กมีอาการหงุดหงิดเมื่อต้องสลับบทบาท ไม่ยอมทำ ดึงหมวก จับของเล่น จะแย่งของเล่น พยาบาลและครอบครัวช่วยกระตุ้นให้เด็กสนใจการเล่นและลองเล่นต่อผู้ปกครองคอยเชียร์อยู่ข้างๆ เพื่อให้เด็กเล่นด้วยความสนุกสนานและมีการสลับบทบาท และเพิ่มให้มีผู้ปกครองร่วมเล่น เพื่อให้เด็กมีระยะเวลาการรอคอยมากขึ้นและเพิ่มทักษะครอบครัว หลังจากนั้นพาเด็กเล่นจับคู่การ์ดสี เด็กจับคู่การ์ดสีได้ 3-4 สี แต่ยังไม่ออกเสียงชื่อสีไม่ได้ทุกสี พยาบาลเล่นให้เด็กดูพร้อมส่งเสริมให้เด็กออกเสียง หลังจากนั้นเด็กเล่นเลียนแบบได้ทั้งหมดแต่ยังไม่ออกเสียงได้ไม่ชัดเจน

สรุป เด็กสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจกติกา รู้จักรอคอย เล่นสลับบทบาทได้ ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กมีความสนใจและนำไปปฏิบัติการเล่นบำบัดที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 5 การเล่นครั้งที่ 9 และ 10 เล่นตามกติกา กลุ่ม “อ่อยจ้งเด็ก” เด็กสามารถเข้าใจการเล่นร่วมกับผู้อื่น รอคอยได้ เข้าใจคำสั่ง พูดได้ชัดเจนเมื่อต้องการสิ่งของ จำคนในครอบครัว ชื่อเพื่อน ผู้วิจัยได้ เด็กนั่งเข้ากลุ่มตลอดจนจบกลุ่ม เกิดความสนุกสนาน ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ดี

สรุป เด็กสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจกติกา รู้จักรอคอย เล่นสลับบทบาทได้ดี พูดได้ชัดเจนเป็นประโยคได้มากขึ้น ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กมีความสนใจและนำไปปฏิบัติการเล่นบำบัดที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

สรุปการเล่นบำบัด

เด็กออทิสติกเกิดการสื่อสาร มีความคิดสร้างสรรค์ ทำให้เกิดการการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการพัฒนาสัมพันธภาพเพิ่มความสามารถมีการพัฒนารูปแบบความกลัวทำให้เด็กเกิดการเปลี่ยนแปลงลดอาการกลัวที่จะเข้าหาผู้อื่น เด็กสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจกฎกติกาการเล่น และสามารถเรียนรู้ทักษะการสลับทบพาทได้จากการเล่นแต่ต้องมีการแนะนำบางครั้งเริ่มมีการสร้างสัมพันธภาพรวมทั้งเรียนรู้ทักษะทางสังคมสามารถรอคอยการเล่นสลับทบพาททำความเข้าใจกฎกติกาได้ยิ้มแย้ม มีร้องไห้หนึ่งครั้งขณะทำการเล่น แต่ไม่นานก็หยุดเนื่องจากอยากได้ขนมที่ตนเองต้องการ

ครอบครัวสามารถสร้างสัมพันธภาพความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัยให้กับเด็กเป็นเพื่อนเล่นกับเด็ก มีทักษะในการสอนการเล่นของเล่นชิ้นที่เล่นไม่เป็นกระตุ้นให้เด็กรู้ตัวตนเล่นตามบทบาทและกติกาส่งเสริมความภาคภูมิใจในความสามารถต่อการทำกิจกรรมต่างๆได้ ครอบครัวมีทักษะการสื่อสารและแสดงออกที่เหมาะสม

กรณีศึกษารายที่ 2

เด็กหญิงไทยอายุ 4 ปี 4 เดือน รูปร่างสมวัย ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเป็นโรคออทิสซึมเมื่ออายุ 3 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ แบบผู้ป่วยนอก ตั้งแต่อายุ 3 ปี เนื่องจาก ไม่พูด ไม่สื่อสาร ไม่นิ่ง ชน ได้รับการฝึกกระตุ้นพัฒนาการแบบผู้ป่วยนอก และฝึกพูดร่วมด้วย ภายหลังจากการนั้น ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เข้ากลุ่มผู้ปกครองมีส่วนร่วมและจำหน่ายไป และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก มารับการบำบัดตามนัด ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการเล่นบำบัด มารดาให้ประวัติว่า เด็กไม่นิ่ง ไม่พูดเป็นประโยค พูดได้เป็นคำๆ ไม่พอใจจะกรี๊ดร้อง มีขว้างปาของ เมื่อพยาบาลพบเด็ก พบว่าเด็กสบตาตามการกระตุ้น ยังไม่นิ่ง แต่เมื่อกระตุ้นเตือนจะนิ่งได้ นิ่งได้เป็นช่วง ๆ ยังไม่มีทักษะการรอคอย มีการรื้อค้นหาของเล่นใหม่ๆ เมื่อไม่ได้ มีนอนลงพื้น พูดสื่อสารเป็นคำๆ ได้ แต่ยังไม่ชัด ได้รับยา Risperidal Sol[®] 0.3 mg รับประทานหลังอาหารเย็น การรักษาอื่น ๆ ร่วมด้วย คือการฝึกพูดตามนัด ปัจจุบันเด็กเรียนที่อนุบาลที่โรงเรียนปกติ แต่เนื่องจากเด็กมีปัญหาพฤติกรรม หงุดหงิดง่าย กรี๊ดร้อง ไม่นิ่ง ไม่พอใจขว้างปาของ เล่นคนเดียว แยกตัว เล่นไม่เป็นเด็กเป็นบุตรคนเดียว ประวัติครอบครัว มารดาเป็นผู้ดูแลตั้งแต่แรกคลอด ปัจจุบัน สมาชิกในบ้านมีด้วยกัน 3 คน คือ บิดา มารดา และเด็ก มารดาทำงานบ้าน ได้รับการรักษาด้วยการฝึกพูด 4 ครั้ง การส่งเสริมพัฒนาการ 10 ครั้ง เด็กเข้ารับการเล่นบำบัดโดย มารดาที่ดูแลเด็กยินดีเข้าร่วมโครงการในช่วงเริ่มสร้างสัมพันธภาพ

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 และ 2 เด็กมีสีหน้าตื่นเต้นและสงสัย พยาบาลแนะนำตัว บอกชื่อพยาบาล และกระตุ้นเด็กบอกชื่อตัวเองและกล่าวทักทายได้โดยกระตุ้นเล็กน้อย พาเล่นของเล่นที่สนใจเด็กหยิบเล่นได้ พาเล่นกระจกเด็กสงสัยและทบทวนกระจก เมื่อพยาบาลชี้บอกให้เล่นให้ดูเด็กเล่นเลียนแบบได้ เด็กมีสีหน้าสดใสมากขึ้น สนุกและเริ่มไว้วางใจมากขึ้น ในการเล่นกับมารดา

ผู้ปกครองยังไม่ค่อยกระตุ้นเด็กในการเล่น การพูดคุยให้คำชมเด็กยังไม่พบ แต่มีการแสดงออกทางท่าทางด้วยการกอด ประบมือให้เด็ก

สรุป เด็กสามารถสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลได้ เกิดความไว้วางใจและมีทักษะการรับรู้การเรียนรู้ที่ดีขึ้น เด็กนั่งที่ได้ อารมณ์ปกติ ไม่พบหงุดหงิด ต่อต้าน ผู้ปกครองเด็กยังไม่ค่อยกระตุ้นและเล่นกับเด็ก เมื่อพูดคุยพบว่าผู้ปกครองยังไม่ค่อยกล้าเนื่องจากกังวลว่าเด็กจะร้องพยาบาลได้แนะนำการเล่นเพิ่มเติม

ต่อมาในระยะบำบัดภายในสัปดาห์ที่ 2-5 เล่นบำบัดกับเด็กออกทิสติก เพื่อให้เด็กรู้จักการเล่นเลียนแบบ รู้จักเชื่อมโยงภาพเหตุการณ์กับการดำเนินชีวิตประจำวัน และมารดาเข้าร่วมเพื่อให้เกิดทักษะในการเล่นบำบัดกับเด็ก ได้แก่

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 และ 4 เล่นของเล่น

ระยะบำบัดสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 และ 4

การเล่นครั้งที่ 3 เล่นของเล่นโดยการเล่นของเล่นเช่น โทรศัพท์ สัตว์ รถ ที่มีเสียงเคลื่อนไหวได้ ของเล่นในครัวจำลอง รวมถึง ตุ๊กตาที่เป็นตัวแทน เด็ก พ่อ แม่ เด็กหรือสมาชิกในครอบครัว โดยนำมาเล่นให้เด็กเล่นเลียนแบบ โดยให้ตุ๊กตาเดิน ยืน นั่ง นอน กิน และให้เด็กเล่นเลียนแบบ ใช้โทรศัพท์โทรคุยกับมารดาชวนพูดคุยเด็กสื่อสาร ชวนให้เด็กเลียนแบบในการเล่นของเล่น พบว่าเด็กสนใจการเล่นและพยายามทำตาม สื่อสารได้ดีด้วยท่าทาง พยายามออกเสียงคำเพิ่มเติม ยังไม่ชัดเจนสามารถทำท่าโทรศัพท์ ป้อนอาหาร ห่มผ้า นอนได้ ดี สนใจขณะเล่นมีสมาธิ ไม่บ่นร้องต่อต้าน

มารดาเริ่มเล่นและมีส่วนกระตุ้นเด็กในการเล่นมากขึ้น เล่นตุ๊กตากับเด็กได้เริ่มมีการพูดสื่อสารกับเด็กมากขึ้น มีคำชมให้ได้ยินระหว่างการเล่น ว่า “เมจิกเก่งมาก” มารดากลับไปเล่นกับเด็กที่บ้านได้มากกว่า 30 นาที

การเล่นครั้งที่ 4 เล่นของเล่น ให้ผู้ปกครองนำของเล่นมาจากบ้าน เพื่อมาเล่นกับเด็กพบว่ามารดาเลือก โทรศัพท์มือถือ ตุ๊กตาเด็ก พร้อม เครื่องครัวจำลอง นำมาเล่นกับเด็กที่โรงพยาบาล พบว่าเด็กสนใจเล่นกับพยาบาลและมารดาเด็กยังไม่ค่อยพูดสื่อสาร แต่สามารถเข้าใจและปฏิบัติเลียนแบบตามเมื่อเล่นได้มีการเล่นเลียนแบบในการเล่นสนทนาโทรศัพท์

มารดามีส่วนกระตุ้นเด็กเล่น และพบว่าขณะเล่นมารดามีการใช้คำชมเด็ก ว่า “เก่งมาก” มีการปรบมือให้ และหอมแก้ม และพบว่าเด็กมีปฏิสัมพันธ์กับมารดายิ้มแย้ม หัวเราะ อารมณ์ดีตลอดการเล่นและเล่นตุ๊กตากับมารดาได้ มีการแลกเปลี่ยนของเล่นการ ไม่พบว่าหงุดหงิด

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 5 และ 6

การเล่นครั้งที่ 5 การเล่นกับชีวิตจริง การเล่นเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้การใช้ชีวิตประจำวันด้วยการจับคู่ภาพลำดับเหตุการณ์ ประกอบด้วยชุดที่ 1 การตื่นนอน อาบน้ำ แต่งตัว ของเล่นจำลองชุดที่ 1 ได้แก่ หมอน ฝักบัวอาบน้ำ ชุดเด็ก ภาพลำดับเหตุการณ์การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ชุดที่ 2 ได้แก่ ภาพหาว เข้านอน นอนหลับ ของเล่นจำลอง ชุดที่ 1 ได้แก่ โทรศัพท์ นอน ผ้าห่ม เด็กสนใจมองกิจกรรม ใช้สายตาและจดจำภาพได้ดี เข้าใจการสื่อสารว่าเล่นเกมอะไร จับคู่ภาพได้ครบทุกคู่โดยนั่งได้ตลอดการเล่นบำบัด มองสนใจเป็นระยะ ยังคงต้องกระตุ้นบ้างเล็กน้อย พยาบาลกระตุ้นให้เด็กบอกว่าจะทำอะไร เหตุการณ์คืออะไร เด็กพยายามตอบ ตอบได้ เป็นคำ ๆ ชัดเจนมากขึ้น พยาบาลส่งเสริมให้เด็กพูดเป็นพยางค์ที่ยาวขึ้น เป็น 2 คำติดต่อกัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว แก้ว เป็นต้น ขณะเดียวกันผู้วิจัยให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติกับเด็ก เมื่อสิ้นสุดการเล่นบำบัด ครอบครัวได้นำการเล่นบำบัดไปปฏิบัติต่อที่บ้าน

สรุป เด็กสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจ การเชื่อมโยงภาพเหตุการณ์ กับการดำเนินชีวิต ได้ สามารถจับคู่ได้ถูกทุกภาพและสามารถชี้บอกและพูดออกเสียงได้บางคำ แต่สามารถชี้บอกได้หมด มารดามีความสนใจขณะเล่นกับเด็กสามารถกระตุ้นเด็กให้เล่นได้ มีการแสดงออกสีหน้าที่เหมาะสม มีการชื่นชมเด็กด้วยท่าทางและคำพูด และได้้นำการเล่นบำบัดไปเล่นกับเด็กที่บ้านอย่างต่อเนื่องพบว่า มารดาได้เล่นกับเด็กมากกว่า 30 นาที และมีการบันทึกคำชม ที่ได้ชื่นชมเด็กไว้ คือ “เก่งมาก” “เยี่ยม” “น่ารักมาก”

การเล่นครั้งที่ 6 การเล่นกับชีวิตจริง ผู้ปกครองนำของเล่นมาจากบ้าน เป็นการส่งเสริมเรียนรู้การใช้ชีวิตประจำวันด้วยการจับคู่ภาพลำดับเหตุการณ์ โดยให้มารดาเลือกที่จํานำของเล่นมาจากบ้าน พบว่ามารดาเลือก ตุ๊กตาเด็กผู้หญิงพร้อมชุดแต่งกายบัตรภาพโทรศัพท์จำลอง พยาบาลได้นำบัตรภาพที่ตรงกับ สิ่งของผู้ปกครองนำมา มาให้เด็กเล่นจับคู่จับคู่ภาพ พบว่าเด็กได้ครบทุกคู่โดยนั่งได้ตลอดการเล่นบำบัด พยาบาลกระตุ้นให้เด็กบอกว่าแต่ละภาพคือภาพอะไร เด็กพยายามขยับปากตาม มีออกเสียงพูดเป็นคำๆไม่ค่อยชัด แต่สามารถจับคู่ได้ทั้งหมด พยาบาลส่งเสริมให้เด็กพูดให้เสียงดังขึ้นโดย พูดพยางค์เดียวออกเสียงง่ายๆ เช่น แก้ว เสื้อ โต๊ะ คำ ขณะเดียวกันผู้วิจัยให้ครอบครัวเล่นกับเด็ก เมื่อสิ้นสุดการเล่นบำบัด ครอบครัวได้นำการเล่นบำบัดไปปฏิบัติต่อที่บ้าน

สรุป เด็กสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจ การเชื่อมโยงภาพเหตุการณ์ กับการดำเนินชีวิต ได้ และมารดาที่ดูแลเด็กมีความสนใจและนำไปปฏิบัติการเล่นบำบัดที่บ้านอย่างต่อเนื่อง พบว่ามารดาได้เล่นกับเด็กมากกว่า 30 นาที ทุกครั้งที่เล่น และมีการบันทึกคำชม ที่ได้ชื่นชมเด็กไว้ คือ “เก่งมาก”

สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 7 และ 8 เล่นสลับบทบาทและทำตามกติกา เด็กเข้าใจการเล่นร่วมกับผู้อื่น รอคอยได้ เข้าใจคำสั่ง เริ่มพูดได้ชัดเจนมากขึ้นในพยางค์เดียว จำคนในครอบครัว ผู้วิจัยได้ เด็กไม่พูด แต่เด็กหยิบของไปให้ถูกคน

สรุป เด็กสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจกติกา รู้จักรอคอย เล่นสลับบทบาทได้ดี พูดได้ชัดเจนเป็นประโยคได้มากขึ้น บิดา/มารดาที่ดูแลเด็กมีความสนใจและนำไปปฏิบัติการเล่นบำบัดที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 9 และ 10 เล่นตามกติากลุ่ม “อ้อยอิ่งเด็ก” เด็กสามารถเข้าใจการเล่นร่วมกับผู้อื่น รอคอยได้ เข้าใจคำสั่ง จำคนในครอบครัว เพื่อน ผู้วิจัยได้ เด็กนั่งเข้ากลุ่มตลอดจนจบกลุ่ม เกิดความสนุกสนาน ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ดี

สรุป เด็กสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจกติกา รู้จักรอคอย เล่นสลับบทบาทได้ดี มารดามีความสนใจและนำไปปฏิบัติการเล่นบำบัดที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

สรุปการเล่นบ๊อบ

เด็กออทิสติก สนใจในการเล่น สนใจในการค้นหาของเล่น และนำมาเล่นเลียนแบบได้ โดยช่วงแรกเด็กจะยังไม่ค่อยรับฟัง และเลียนแบบตามที่พยาบาลพาเล่น จะเล่นตามใจตนเอง ไม่มีรูปแบบ ยังพบว่าเด็กไม่รอคอย เด็กสนใจเฉพาะของเล่นที่ตนเองต้องการ แต่เมื่อพยาบาล กระตุ้นพูดคุย และมีการร้องเพลง เล่าเรื่องประกอบ ทำให้เด็กสนใจมากขึ้น วันต่อมาทำให้เด็กมีสมาธิสนใจของเล่น และรอคอยทำให้เด็กเกิดการสื่อสาร มีความคิดสร้างสรรค์ ทำให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการพัฒนาสัมพันธ์ภาพเพิ่มความสามารถมีการพัฒนารูปแบบความกลัวทำให้เด็กเกิดการเปลี่ยนแปลงลดอาการกลัวที่จะเข้าหาผู้อื่น เด็กสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจกฎกติกาการเล่น และสามารถเรียนรู้ทักษะการสลับบทบาทได้จากการเล่นแต่ต้องมีการแนะนำบางครั้งเริ่มมีการสร้างสัมพันธ์ภาพรวมทั้งเรียนรู้ทักษะทางสังคมสามารถรอคอย มีการเล่นสลับบทบาททำความเข้าใจกฎกติกาได้ยิ้มแย้ม มีบางคนที่ยังร้องไห้และเป็นการร้องไห้เพียงครั้งเดียวในขณะที่ทำการเล่น แต่ไม่นานก็หยุดเนื่องจากอยากได้ขนมที่ตนเองต้องการพบว่าเด็กในการเล่นกับเพื่อนเพื่อเรียนรู้ กฎ กติกา กลุ่ม การรอคอย การแบ่งปัน เด็กสามารถ รอคอยได้ ที่จะถึงเวลาที่ตนเองเล่น รับรู้วิธีการเล่น มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่ร่วมเล่นด้วย

ครอบครัว สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัยให้กับเด็กเป็นเพื่อนเล่นกับเด็ก มีทักษะในการสอนการเล่นของเล่นขึ้นที่เล่นไม่เป็นกระตุ้นให้เด็กรู้ตัวตนเองเล่นตามบทบาทและกติกาส่งเสริมความภาคภูมิใจในความสามารถต่อการทำกิจกรรมต่างๆได้ ครอบครัวมีทักษะการสื่อสารและแสดงออกที่เหมาะสม และจากการเล่นบ๊อบ พบว่าการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการเล่นบ๊อบ เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจถึงการเล่นบ๊อบในเด็กออทิสติกที่ถูกต้อง นั้นสามารถทำให้ผู้ปกครองเล่นกับเด็กที่บ้านได้ รวมถึงการได้ฝึกทักษะในการเล่นจริง ทำให้ผู้ปกครองมีความกล้าและพัฒนาทักษะมากขึ้น จะเห็นได้จากผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่ในวันแรกจะสอบถามเกี่ยวกับการเล่นและปัญหาพฤติกรรมต่างๆในเด็ก สิ่งที่ยกย่องต่างๆ เมื่อได้ให้ข้อมูลความรู้ ทำให้ผู้ปกครอง เกิดความเข้าใจและสนใจที่จะทำการเล่นบ๊อบด้วยความกระตือรือร้น และในระหว่างการเล่นสังเกตได้ว่าในครั้งแรกผู้ปกครองส่วนใหญ่ จะไม่กล้าเล่น กับเด็ก ไม่กล้าจะพูดคุย ชักชวน เข้าหา และเมื่อหลังจากที่พยาบาลได้พูดคุยสร้างความเข้าใจ และคุ้นเคย อีกทั้งให้ผู้ปกครอง ฝึกทักษะในการเล่นกับเด็ก ให้คำแนะนำ และคอยตอบคำถามหลังการเล่น ผู้ปกครองในครั้งต่อมาพบว่าผู้ปกครอง มีการเล่นกับเด็กได้ดีขึ้น ทำให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ปกครองเพิ่มมากขึ้น สนใจที่จะมองและเข้าหา สอดคล้องกับการศึกษาของ Kasari (2006) ที่ได้จัดการเล่นบ๊อบในเด็กออทิสติกโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการเล่นกับเด็กผลพบว่าทำให้เกิดสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและเด็กเพิ่มขึ้นมีความสนใจมากขึ้น

สรุปข้อคิดเห็นของครอบครัวเด็กออทิสติก

1. ครอบครัวเห็นว่าการเล่นบำบัดในครั้งนี้เป็นโครงการที่ดี เป็นประโยชน์ มีความเหมาะสมกับเด็กออทิสติก ทำให้ครอบครัวได้รับความรู้ มีความเข้าใจ ในการเล่นกับเด็ก และทำให้ผู้ปกครองเกิดทักษะในการนำไปใช้ ปฏิบัติจริงที่บ้านได้

2. ทำให้ครอบครัวมีความรู้เรื่องโรค อาการของโรออทิสติกเพิ่มมากขึ้น และเนื่องจากได้มีคู่มือการเล่นบำบัดสำหรับครอบครัว ทำให้สะดวกต่อการปฏิบัติ มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการด้วยการเล่น ซึ่งขั้นตอนการเล่นบำบัดได้ระบุไว้ในคู่มือ

3. ครอบครัวพึงพอใจมากเนื่องจากเด็กออทิสติกมีความสนใจในการเล่นร่วมกับครอบครัว พี่ๆ น้องๆ รวมถึงบุคคลอื่นในบ้าน และข้างบ้าน สามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้

4. ทำให้ครอบครัวมีแนวทางในการดูแลเด็กออทิสติกเป็นแนวทางเดียวกัน การได้เข้าร่วมการเล่นบำบัดทำให้มีผู้ปรึกษาในการสอบถามเรื่องการดูแลและความไม่สบายใจ ได้คำแนะนำช่วยเหลือจนทำให้มีความเข้าใจกันครอบครัว

5. ครอบครัวเด็กบอกว่าทำให้ได้ ฝึกการพูดคำชมกับลูก ได้เล่นกันใกล้ชิดมากขึ้น

6. ครอบครัวเด็กบอกว่ามีความรู้ในการทำของเล่น และการได้ฝึกฝนในการร้องเพลงเล่นกับเด็ก

7. ทำให้เด็กออทิสติกมีความสุข สนุกสนาน เข้าสังคมได้ดีขึ้น มีการเข้าร่วมกิจกรรม และเริ่มเล่นกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น รู้จักสนใจสิ่งแวดล้อมดีขึ้น

8. ทำให้เด็กออทิสติกเริ่มพยายามออกเสียงตาม รู้จักออกเสียงคำอื่นๆ ได้มากขึ้น มีการเคลื่อนไหวปากลิ้น พยายามสื่อสารมากขึ้น ทั้งภาษาพูด และภาษาท่าทาง

9. ทำให้เด็กออทิสติกสามารถมองหน้าสบตามากขึ้น

10. ทำให้เด็กออทิสติกมีสมาธิมากขึ้น ทำกิจกรรมได้สำเร็จ และยังรู้จักรอคอย รู้จักแบ่งปัน รู้จักแลกเปลี่ยน และช่วยเหลือผู้อื่น

11. เด็กสนใจของเล่นและเล่นเป็น เชื่องโยงในชีวิตประจำวัน การเล่นสมมุติ ฝึกจินตนาการเบื้องต้น และต่อยอดได้หลายด้าน ฝึกกล้ามเนื้อต่างๆได้ดีขึ้น

10. คลายความวิตกกังวลของเด็ก ลดพฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากการเล่นบำบัดส่งผลให้เด็กเกิดความสบายใจให้ความร่วมมือในการเล่นเกม

ปัญหาที่พบในการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวและแนวทางแก้ไขในภาพรวม

1. ในขั้นตอนการบำบัดรายบุคคล บางวันเด็กและผู้ปกครองมาพร้อมกันทั้งๆที่ได้นัดเวลาให้ จึงต้องจัดห้องไว้ในการให้ครอบครัวและเด็กได้รอ และใช้เวลาต่อครอบครัวนานเนื่องจากผู้ปกครองเด็กมีการพูดคุยซักถามในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้พูดคุยกับครอบครัวทุกครอบครัวให้เข้าใจตรงกัน

2. บางครอบครัวบอกว่าการเล่นไม่หลากหลายเนื่องจากมีการเล่นแบบเดิมซ้ำ และเด็กก็สามารถเล่นได้ทำให้เบื่อไม่ยอมเล่น ผู้วิจัยได้อธิบายเหตุผลที่มีการเล่นแบบเดิมซ้ำเพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้และเกิดทักษะเชื่อมโยงในการใช้ชีวิตประจำวัน และผู้วิจัยได้แนะนำให้ครอบครัวเด็กสามารถเพิ่มการเล่นอื่นๆ ร่วมด้วยได้ที่บ้านหากเด็กสามารถเล่นเกมได้ครบ รวมถึงการต่อยอดการเล่นในแต่ละแบบเพื่อส่งเสริมให้เด็กได้พัฒนาและเรียนรู้ต่อไป

3. ในบางสัปดาห์ครอบครัวบางครอบครัวไม่สามารถมาตามวันเวลาที่เลือกไว้ได้เนื่องจาก ติดธุระแต่ผู้ปกครองก็ยินดีต้องการพาเด็กมาทำการเล่นบำบัด จึงนัดให้มาทำการเล่นในวันและเวลาอีกวันที่สะดวก โดยที่ยังอยู่ในสัปดาห์เดียวกัน

4. ผู้ปกครองเด็กบางครอบครัว มีปัญหาเกี่ยวกับความขัดแย้งในครอบครัว เช่น สามิไม่เข้าใจเรื่องอาการเจ็บป่วยของเด็กซึ่งมารดาบอกว่าบิดาผู้ป่วยคิดว่าเด็กไม่ได้เป็นอะไร ไม่ต้องการให้มาตรวจรักษา และมารดายังวิตกกังวลคิดว่าอาการเจ็บป่วยของบุตรเป็นเพราะตนเอง ที่มีเพศสัมพันธ์กับสามิระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งตอนนั้นไม่ทราบว่าตนเองท้อง มารดายังกังวลจนทุกวันนี้และไม่เคยพูดคุยกับแพทย์หรือพยาบาลทั้งที่มารับการตรวจได้สักพักแล้วและมารดาได้สอบถามเรื่องอาการลูกเนื่องจากมารดามีบุตรที่เป็น สมาริสัน และ เป็นออทิสติก ทำให้เมื่อทั้งคู่อยู่ด้วยกันพบว่าจะมีปัญหาทะเลาะแย่งของเล่นและไม่นิ่งมารดาจึงสอบถามเรื่องวิธีพูดคุยสื่อสาร และการพาเด็กเล่นที่บ้านพยาบาลได้ให้ความรู้เรื่องโรคออทิสซึม การพูดคุยกันในครอบครัวโดยเฉพาะสามิ การพูดคุยสื่อสารกับเด็กการเล่นกับเด็กมารดาได้นำคำแนะนำไปปฏิบัติ พบว่าบิดามีความร่วมมือมากขึ้น และยอมรับมากขึ้นโดยมาเข้าร่วมการเล่นบำบัดที่โรงพยาบาล 2 ครั้ง และได้ไปเล่นกับเด็กที่บ้านตามที่แนะนำ ในส่วนของลูกสองคนพบว่า เล่นด้วยกันโดยไม่ทะเลาะกัน มีเสียงดังบ้างแต่เมื่อพูดเตือนก็ไม่ส่งเสียงดัง

5. บางครอบครัวบอกว่าการเล่นแบบใครหมดก่อนที่ใช้การดจับคู่การ์ดสี ไม่สามารถมีการ์ดสีแบบที่เหมือนการเล่นที่โรงพยาบาล พยาบาลแนะนำให้ไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน เพียงแต่ใช้การ์ดสีเพื่อให้เด็กเรียนรู้ และพยาบาลได้แนะนำวิธีทำการ์ดสีให้ผู้ปกครองที่สนใจและมีการ์ดสีที่ทำไว้สำหรับครอบครัวที่ไม่สามารถหาได้ซึ่ง พบว่ามี 2 ครอบครัวเดียวที่ได้นำไปใช้

6. การเล่นครั้งที่ 9 และ 10 การเล่นบำบัดแบบกลุ่ม ได้ลดจำนวนเด็กเข้าร่วมกลุ่มจากกลุ่มละ 10 คน เป็นกลุ่มละ 5 คน เนื่องจากการนัดให้มาเข้ากลุ่มพร้อมกันผู้ปกครองเด็กไม่สามารถพาเด็กมาในเวลาเดียวกันได้ครบ 10 ครอบครัว จึงได้จัดเป็นกลุ่มละ 5 คน ซึ่งได้ทำการเล่นครบทุกคน

กลุ่มควบคุม

สำหรับกลุ่มควบคุมเด็กออทิสติก และครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 1-5 จะได้รับ กิจกรรมที่พยาบาล และบุคลากรที่มีสุขภาพจิตให้บริการตามปกติให้กับผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยพลัมภ์ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การซักประวัติกิจกรรมพัฒนาการบำบัดโดยผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมทำกิจกรรม โดยมีกิจกรรมพัฒนาการด้านสังคม พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน พัฒนาการด้านภาษาและการสื่อความหมาย พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ การปรับพฤติกรรม การให้คำแนะนำเรื่องยา อรรถบำบัด การบำบัดด้วยดนตรี การบำบัดด้วยการว่ายน้ำการได้รับยา การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่ญาติและผู้ปกครอง และการมาตรวจตามนัด

การกำกับการทดลอง

การกำกับการทดลอง ในการวิจัยครั้งนี้มีการกำกับการทดลองก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี ประเมินทุกครั้งในการเล่นในโรงพยาบาลโดยพยาบาลผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินหลังการเล่นบำบัดประเมินในระหว่างวันที่ 19 พฤษภาคม 2557 ถึงวันที่ 20 มิถุนายน 2557 และแบบประเมินการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ปกครองโดยผู้ปกครองทำการประเมินเมื่อผู้ปกครองเล่นที่บ้านทุกครั้งในการเล่นกับเด็กในวันที่ 19 พฤษภาคม 2557 ถึงวันที่ 22 มิถุนายน 2557

พยาบาลผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามการเล่นของเด็กที่บ้านจากผู้ปกครอง 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 คือ ครั้งแรก วันเสาร์ ที่ 31 พฤษภาคม 2557 และ วันอาทิตย์ที่ 1 มิถุนายน 2557 ครั้งที่ 2 วันเสาร์ที่ 14 มิถุนายน 2557 และวันอาทิตย์ ที่ 15 มิถุนายน 2557 โดยมีรายละเอียดการเล่นบำบัดที่บ้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดจากผลการการเล่นบำบัดของเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ปกครอง

คนที่	จำนวนครั้งของ การเล่นที่บ้าน	จำนวนร้อยละ	คะแนนผลการเล่นที่ บ้านของเด็กออทิสติก	แปลผล
1	35	77	569	มาก
2	35	83	609	มาก
3	35	82	603	มาก
4	35	83	608	มาก
5	35	75	554	มาก
6	35	82	601	มาก
7	35	81	598	มาก
8	35	82	600	มาก
9	35	81	598	มาก
10	35	79	579	มาก
11	35	87	639	มาก
12	35	90	664	มาก
13	35	81	598	มาก
14	35	89	658	มาก
15	35	85	628	มาก
16	35	89	657	มาก
17	35	83	611	มาก
18	35	88	650	มาก
19	35	87	640	มาก
20	35	78	570	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า 20 ครอบครัวสามารถปฏิบัติการเล่นบำบัดที่บ้านกับเด็กออทิสติกได้ทั้งหมด 20 ครอบครัวครอบครัวทุกครอบครัวสามารถปฏิบัติการเล่นบำบัดที่บ้านกับเด็กออทิสติกได้ครบทั้งหมด 35 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 100 เด็กออทิสติกมีผลคะแนนการเล่นบำบัดที่บ้านมากที่สุด 664 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90 และพบว่า เด็กออทิสติกทุกคนมีคะแนนการเล่นบำบัดที่บ้านอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 4 แสดงรายละเอียดจากผลการประเมินความสามารถในการเล่นบ้ำบัตของเด็กออทิสติก
ร่วมกับครอบครัวที่โรงพยาบาล (n=20)

คนที่	คะแนนความสามารถ ในการเล่น	ร้อยละ	แปลผล
1	29	80	มาก
2	28	77	มาก
3	30	76	มาก
4	31	86	มาก
5	30	76	มาก
6	34	94	มาก
7	29	80	มาก
8	29	80	มาก
9	28	77	มาก
10	30	83	มาก
11	31	86	มาก
12	34	94	มาก
13	29	80	มาก
14	30	76	มาก
15	29	80	มาก
16	28	77	มาก
17	28	77	มาก
18	29	80	มาก
19	32	88	มาก
20	29	80	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่าเด็กออทิสติกสามารถปฏิบัติการเล่นบ้ำบัตที่โรงพยาบาลได้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 94 และเด็กออทิสติกทุกคนสามารถปฏิบัติการเล่นบ้ำบัตที่โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 อยู่ในระดับ

จากการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว ได้มีการให้ครอบครัวนำของเล่นมาจากบ้านเพื่อนำมาให้เด็กเล่นที่โรงพยาบาล และสามารถนำกลับไปเล่นที่บ้านได้ ของเล่นที่ครอบครัวนำมา มีดังนี้

จากตารางที่ 5 แสดงรายการของเล่นที่ผู้ปกครองนำมาเล่นที่โรงพยาบาลในการเล่นแบบ “เล่นของเล่น” และ “เรียนรู้ชีวิตจริง”

ของเล่นในการเล่น “เล่นของเล่น”	ของเล่นในการเล่น “เรียนรู้ชีวิตจริง”
1. รถยนต์จำลอง	1. รถยนต์จำลอง
2. โทรศัพท์จำลอง	2. โทรศัพท์จำลอง
3. ตุ๊กตayangมีเสียง	3. ตุ๊กตayangมีเสียง
4. กล้องถ่ายรูปจำลอง	4. กล้องถ่ายรูปจำลอง
5. ชุดเครื่องครัวจำลอง	5. ชุดเครื่องครัวจำลอง เช่น จานช้อน ส้อม แก้ว
6. ลูกโป่ง	6. ชุดของใช้ชีวิตประจำวัน แปรงสีฟัน หวี
7. ลูกบอล	7. เครื่องแต่งตัว เสื้อ กางเกง ผ้าเช็ดหน้า
8. ตุ๊กตาเด็กผู้หญิง ผู้ชาย	8. ตุ๊กตาเด็กผู้หญิง ผู้ชาย
9. สัตว์จำลองต่างๆ	9. สัตว์จำลองต่างๆ
10. ผัก ผลไม้ จำลอง	10. ผัก ผลไม้ จำลอง
11. กลอง	11. ชุดทานข้าว
12. ตุ๊กตามือ	12. เครื่องใช้ไฟฟ้าจำลอง เช่น ตู้เย็น เตารีด
13. ตัวต่อ	13. บัตรภาพคำศัพท์ สัตว์ ผัก ผลไม้ คำกริยา
14. บล็อกต่างๆ	
15. บัตรภาพคำศัพท์	
16. เครื่องใช้ไฟฟ้าจำลอง	

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ก่อนเข้าร่วมการเล่นบำบัด ให้ผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก SDQ (Pre-test) และทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กก้อทิสติก และครอบครัวโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วันที่ 12 และ 14 พฤษภาคม 2557 ให้ผู้ปกครองกลุ่มควบคุมทำแบบประเมิน SDQ (Pre-test) และทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กก้อทิสติก
2. วันที่ 15 และ 16 พฤษภาคม 2557 ให้ผู้ปกครองกลุ่มทดลองทำแบบประเมิน SDQ (Pre-test) และทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กก้อทิสติก

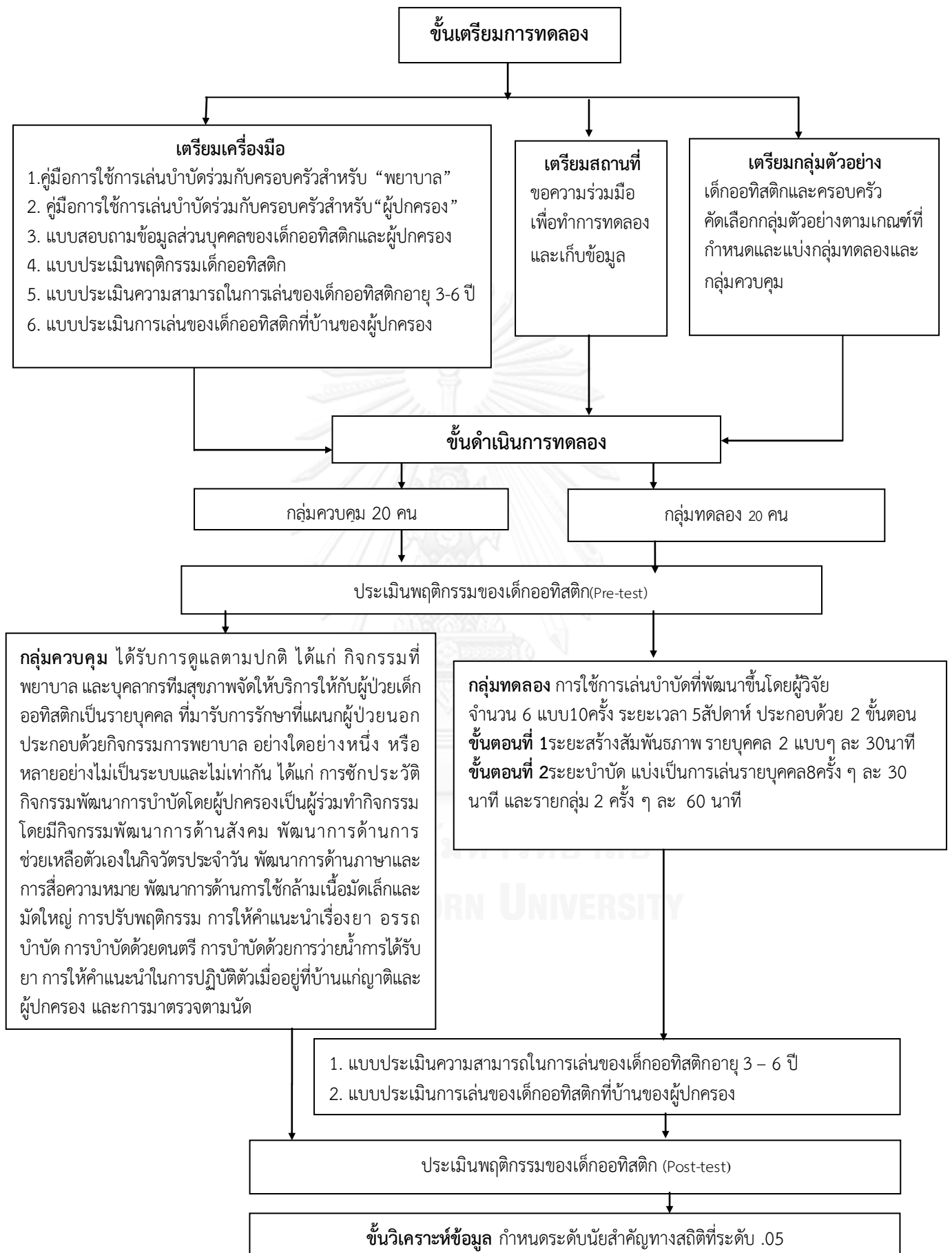
ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 6 ให้ผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินพฤติกรรมของเด็กSDQภายหลังสิ้นสุดการทดลอง (Post-test) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วันที่ 23 และ 24 มิถุนายน 2557 ให้ผู้ปกครองกลุ่มทดลองทำแบบประเมิน SDQ (Post-test) และเก็บแบบประเมินการเล่นของเด็กก้อทิสติกที่บ้านของผู้ปกครอง
2. รวบรวมแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กก้อทิสติกอายุ 3- 6 ปีของกลุ่มทดลอง
3. รวบรวมข้อเสนอแนะคำแนะนำจากผู้ปกครอง
4. วันที่ 25 และ 26 มิถุนายน 2557 ให้ผู้ปกครองกลุ่มควบคุมทำแบบประเมิน SDQ(Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือพฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กก้อทิสติก ก่อนและหลังได้รับการกิจกรรมการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือพฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กก้อทิสติก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และ พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม ของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับ ครอบครัว และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่ นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม ของเด็กออทิสติก หลังได้รับการ เล่นบำบัดร่วมกับ ครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี และ ครอบครัวที่มารับบริการที่แผนกนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 40 คู่ ซึ่งถูกจับคู่ (Matched - pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องของเพศของเด็กออทิสติก และการศึกษาของผู้ปกครอง แล้วถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 20 คู่ และกลุ่มควบคุม 20 คู่ โดยมีการประเมินพฤติกรรมเด็ก ออทิสติกก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest –Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียด ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. เด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ พฤติกรรมด้าน อารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน
2. ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กออทิสติก จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม ของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก ก่อนและหลัง ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมเกราะและ พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับการเล่น บำบัดร่วมกับครอบครัว

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ ด้านพฤติกรรมเกราะและ พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก ก่อนและหลัง ได้รับการเล่น บำบัดร่วมกับครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของเด็กออทิสติก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ บุตรคนที่อายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกอายุที่พบอาการนำ และอาการนำที่สังเกตพบ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	16	80	16	80
	หญิง	4	20	4	20
อายุ	3 - 3ปี11 เดือน	7	35	7	35
	4 -4 ปี 11 เดือน	9	45	7	35
	5 - 5 ปี11 เดือน	4	20	6	30
บุตรคนที่	1 คน	12	60	17	85
	2 คน	7	35	2	10
	3 คน	1	5	1	5
อายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก	1 - 2 ปี	3	15	2	10
	2 ปี 1 เดือน - 3 ปี	9	45	15	75
	3 ปี 1 เดือน - 4 ปี	6	30	2	10
	4 ปี 1 เดือน - 5 ปี	2	10	1	5
อายุที่พบอาการนำ	1-2 ปี	7	35	8	40
	2 ปี 1 เดือน - 3 ปี	7	35	10	50
	3 ปี 1 เดือน - 4 ปี	5	25	2	10
	4 ปี 1 เดือน - 5 ปี	1	5	0	0
อาการนำที่สังเกตพบ	ชน ไม่นิ่ง	9	45	4	20
	ไม่พูด ชน ไม่นิ่ง	10	50	12	60
	ชน ไม่นิ่ง ไม่พูด	1	5	4	20
	แยกตัว พฤติกรรมซ้ำๆ				

จากตารางที่ 6 พบว่าเด็กออทิสติกทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบเด็กออทิสติกได้ในอายุระหว่าง 4 - 4 ปี 11 เดือน คิดเป็นร้อยละ 45 และ 35 ตามลำดับ เป็นบุตรคนที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 60 และ 85 ตามลำดับ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกพบทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 2 ปี 1 เดือน -3 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และ 75 ตามลำดับ อายุที่พบอาการนำทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่พบใน ช่วงอายุ 2 ปี 1 เดือน - 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 และ 50 ตามลำดับ และอาการนำที่สังเกตพบทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่พบอาการนำคือ ไม่พูด ชน ไม่นิ่ง แยกตัว คิดเป็นร้อยละ 50 และ 60 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของเด็กออทิสติก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามการเรียนรู้ในระบบโรงเรียน การรักษาในปัจจุบัน การรักษาอื่นๆ และพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อถูกขัดใจ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา	เข้าเรียนในโรงเรียนปกติ	10	50	8	40
	เข้าเรียนในโรงเรียนการศึกษาพิเศษ	1	5	1	5
	อยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	6	30	6	30
	ไม่ได้เรียน	3	15	5	25
การรักษาในปัจจุบัน	ไม่ได้รับยา	7	35	8	40
	ได้รับ	13	65	12	60
การรักษาอื่นๆ	ฝึกพูด	20	100	20	100
	ส่งเสริมพัฒนาการ	15	75	16	80
	กิจกรรมบำบัด	10	50	14	70
	อื่นๆ ฟันฟูสมรรถภาพทางกาย	2	10	1	5
	กรีดร้อง	2	10	5	25
พฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อถูกขัดใจ	กรีดร้อง ดิ้น กระที่บ	8	40	8	40
	เท้า นอนลงกับพื้น	4	20	6	30
	ตี หยิก โขกศีรษะ	4	20	6	30
	ขว้างของ ทำลายของ	6	30	1	5

จากตารางที่ 7 เด็กออทิสติกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เข้าเรียนในโรงเรียนปกติ คิดเป็นร้อยละ 50 และ 40 ตามลำดับ การรักษาในปัจจุบันของเด็กออทิสติกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับยา คิดเป็นร้อยละ 65 และ 60 ตามลำดับ ส่วนการรักษาอื่นๆของเด็กออทิสติกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการฝึกพูดคิดเป็นร้อยละ 100 และพบว่าพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อถูกขัดใจของเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรีดร้อง ดิ้น กระที่บเท้า นอนลงกับพื้น คิดเป็นร้อยละ 40 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กออทิสติกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศของบุคคลในครอบครัว อายุของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลเด็กออทิสติกอย่างใกล้ชิด ระดับการศึกษา และ แนวทางการดูแลและการเลี้ยงดู

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	2	10	3	15
หญิง	18	90	17	85
อายุ (ปี)				
20-29 ปี	2	10	0	0
30-39 ปี	14	70	11	55
40-49 ปี	2	10	7	35
50-59 ปี	2	10	1	5
60 ขึ้นไป	0	0	1	5
สถานภาพสมรส				
คู่	20	100	19	95
หม้าย/หย่าร้าง	0	0	1	5
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	6	30	6	30
มัธยมศึกษา	9	45	9	45
ปริญญาตรีขึ้นไป	5	25	5	25

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 90 และ 85 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 30-39 ปีคิดเป็นร้อยละ 70 และ 55 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 100 และ 95 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กออทิสติก จำแนกตาม อาชีพ จำนวนสมาชิกในบ้าน ความสัมพันธ์และแนวทางการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพผู้ปกครอง				
รับราชการ	0	0	2	10
รัฐวิสาหกิจ	0	0	1	5
ค้าขาย	3	15	2	10
รับจ้าง	8	40	3	15
งานบ้าน	9	45	12	60
จำนวนสมาชิกในบ้าน				
3 คน	4	20	5	25
4 คน	3	15	9	45
5 คน	6	30	1	5
6 คน	6	30	5	25
7 คนขึ้นไป	1	5	0	0
ความสัมพันธ์กับเด็กออทิสติก				
มารดา	18	90	16	80
ตา/ยาย	2	10	4	20
แนวทางการเลี้ยงดูในครอบครัว				
แนวทางเดียวกัน	17	85	14	70
ขัดแย้งกันบางเรื่อง	2	10	5	25
ขัดแย้งกันทุกเรื่อง	1	5	1	5

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ปกครองเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลองและควบคุมมี อาชีพส่วนใหญ่คืองานบ้านคิดเป็นร้อยละ 45 และ 60 ตามลำดับจำนวนสมาชิกในบ้านทั้งหมดของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสมาชิก 5-6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 และกลุ่มควบคุมมีจำนวนสมาชิกในบ้านส่วนใหญ่จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 45 พบว่าผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับเด็กออทิสติก ส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มคือเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 90 และ 80 ตามลำดับและพบว่าแนวทางการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีแนวทางการดูแลเป็นแนวทางเดียวกันคิดเป็นร้อยละ 85 และ 70 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และ พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม ของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตาราง 10 คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง(Pre-test) และหลังการทดลอง(Post test) จำแนกตาม คะแนนของพฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมสัมพันธ์ทางสังคม

ครั้งที่	กลุ่มควบคุม									กลุ่มทดลอง									ผลต่าง
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง					ก่อนทดลอง				หลังทดลอง					
	ด้านอารมณ์	อยู่ไม่นิ่ง	สัมพันธ์ทางสังคม	รวม	อารมณ์	อยู่ไม่นิ่ง	สัมพันธ์ทางสังคม	รวม	ผลต่าง	ด้านอารมณ์	อยู่ไม่นิ่ง	สัมพันธ์ทางสังคม	รวม	ด้านอารมณ์	อยู่ไม่นิ่ง	สัมพันธ์ทางสังคม	รวม		
1	5	10	9	24	5	9	9	23	1	5	9	10	24	3	5	6	14	10	
2	6	8	7	21	6	7	6	19	2	6	8	7	21	4	6	6	16	5	
3	6	10	9	25	6	8	8	22	3	6	10	9	25	4	5	7	16	9	
4	5	7	9	21	4	7	8	19	2	8	8	10	26	4	5	7	16	10	
5	6	8	8	22	6	7	8	21	1	6	6	8	20	2	4	7	13	7	
6	7	9	9	25	6	8	8	22	3	6	9	10	25	3	5	6	14	11	
7	7	6	9	22	8	6	7	21	1	8	7	9	24	5	4	6	15	9	
8	7	10	8	25	7	9	7	23	2	7	10	8	25	3	5	7	15	10	
9	5	7	8	20	4	7	8	19	1	5	8	8	21	2	4	6	12	9	
10	8	9	10	27	5	8	8	21	6	5	10	10	25	2	6	7	15	10	
11	5	10	9	24	5	8	7	20	4	5	9	9	23	2	4	6	12	11	
12	5	10	10	25	7	10	7	24	1	7	10	10	27	2	6	6	14	13	
13	6	7	8	21	6	7	8	21	0	6	7	8	21	3	4	7	14	7	
14	5	10	7	22	5	9	7	21	1	7	10	9	26	3	6	7	16	10	
15	7	6	9	22	5	6	9	20	2	5	7	9	21	3	4	7	14	7	
16	4	8	9	21	5	8	7	20	1	5	9	9	23	2	5	7	14	9	
17	6	7	9	22	5	7	9	21	1	5	9	9	23	3	5	7	15	8	
18	7	10	9	26	4	9	8	21	5	4	9	9	22	2	4	7	13	9	
19	6	9	8	23	3	7	8	18	4	3	7	8	18	2	3	7	12	6	
20	7	7	8	22	6	7	8	21	1	7	9	8	24	4	6	6	16	8	
รวม	120	168	172	460	108	154	155	417	44	116	171	177	464	58	96	132	286	178	
\bar{X}	6.0	8.4	8.6	23.0	5.4	7.65	7.75	20.8	2.2	5.8	8.55	8.85	23.2	2.9	4.8	6.6	14.3	8.90	
SD	1.026	1.465	.821	1.974	1.188	1.040	.786	1.508	1.642	1.281	1.234	.875	2.331	.912	.894	.503	1.380	1.889	

จากตารางที่ 10 พบว่าก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพอกัน

ค่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมพบมากที่สุด คือ 172 และ 177 ตามลำดับ

หลังการทดลองค่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม ของเด็กออทิสติก ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนลดลง โดยพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนลดลงโดยเฉลี่ย 2.2 คะแนน ขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงโดยเฉลี่ย 8.9 คะแนน

หลังการทดลอง ค่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอารมณ์ ของเด็กออทิสติก ของกลุ่มควบคุมลดลงจาก 120 เป็น 108 คะแนน และค่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ของเด็กออทิสติก ของกลุ่มควบคุมลดลงจาก 168 เป็น 154 คะแนน ส่วนค่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก ของกลุ่มควบคุมลดลงจาก 172 เป็น 155 คะแนน

หลังการทดลอง ค่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอารมณ์ ของเด็กออทิสติก ของกลุ่มทดลองลดลงจาก 116 เป็น 58 และค่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้าน พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ของเด็กออทิสติก ของกลุ่มควบคุมลดลง จาก 171 เป็น 96 ส่วนค่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก ของกลุ่มควบคุมลดลงจาก 177 เป็น 132

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกรวมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพทางสังคม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหารวม 3 ด้าน	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
พฤติกรรมที่เป็นปัญหา (รวม)					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	23.20	2.331	19	21.070	0.00
หลังการทดลอง	14.30	1.380			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	23.00	1.974	19	5.993	0.00
หลังการทดลอง	20.80	1.508			

จากตารางที่ 11 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหารวมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัด พบว่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกหลังการใช้การเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก หลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง ราว 8.9 คะแนนโดยเฉลี่ย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก หลังการได้รับการเล่นบำบัดจะน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัดร่วมกับครอบครัว

ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ราว 2.2 คะแนน โดยเฉลี่ย แสดงว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก กลุ่มควบคุมก็น้อยกว่าก่อนทดลองเช่นกัน

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมที่ด้านสัมพันธ์สภาพทางสังคม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหารายด้าน	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอารมณ์					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	5.80	1.281	19	13.399	.000
หลังการทดลอง	2.90	.912			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	6.0	1.026	19	1.983	.062
หลังการทดลอง	5.40	1.188			
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	8.55	1.234	19	18.420	.000
หลังการทดลอง	4.80	.894			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	8.40	1.465	19	4.265	.000
หลังการทดลอง	7.65	1.040			
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสัมพันธ์สภาพทางสังคม					
ทางสังคม					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	8.85	.875	19	9.869	.000
หลังการทดลอง	6.60	.503			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	8.60	.821	19	4.074	.001
หลังการทดลอง	7.75	.786			

จากตารางที่ 12 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหารายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธ์สภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัด พบว่า

กลุ่มทดลอง คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอารมณ์ของเด็กออทิสติกหลังการใช้การเล่น บำบัดร่วมกับครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 คะแนน พฤติกรรมที่เป็นปัญหาคือพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พบว่ากลุ่มทดลองคะแนนน้อยกว่าก่อนได้รับการ เล่นบำบัดบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และพบว่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้าน สัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก หลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนได้รับการ เล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของ เด็กออทิสติก หลังการได้รับการเล่นบำบัดจะน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัดร่วมกับครอบครัว

ส่วนในกลุ่มควบคุม ก็พบว่า คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก หลังการทดลองคะแนนน้อยกว่า ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอารมณ์ ของเด็กออทิสติก กลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่า ไม่ต่างกันที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์

พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหารวมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมที่ด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติกก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
รวม 3 ด้าน					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	23.20	2.331	38	.293	.771
กลุ่มควบคุม	23.00	1.974			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	14.30	1.380	38	14.220	.000
กลุ่มควบคุม	20.80	1.508			

จากตารางที่ 13 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 23.20 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.331 และในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติกก่อนการทดลอง เท่ากับ 23.00 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.974

ภายหลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก ในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 14.30 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.380 และในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก เท่ากับ 20.80 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.508

ก่อนการทดลอง คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ต่างกันที่ระดับ .05

หลังการทดลอง คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก กลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวจะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหารายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมที่ด้านสัมพันธ์สภาพทางสังคมของเด็กออทิสติกก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหารายด้าน	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอารมณ์					
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	5.80	1.281	38	5.45	.589
กลุ่มควบคุม	6.00	1.026			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	2.90	.912	38	7.467	.000
กลุ่มควบคุม	5.40	1.188			
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง					
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	8.55	1.234	38	.350	.728
กลุ่มควบคุม	8.40	1.465			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	4.80	.894	38	9.292	.000
กลุ่มควบคุม	7.65	1.040			
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสัมพันธ์สภาพทางสังคม					
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	8.85	.875	38	.932	.357
กลุ่มควบคุม	8.60	.821			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	6.60	.503	38	5.510	.000
กลุ่มควบคุม	7.75	.786			

จากตารางที่ 14 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหารายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมที่ด้านสัมพันธ์สภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัดพบว่า

ก่อนการทดลอง คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมที่ด้านสัมพันธ์สภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่ต่างกันที่ระดับ .05

คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอารมณ์กลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง กลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติกกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวจะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้าน พฤติกรรมเกร และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตาราง 15 คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง(Post test) จำแนกตาม คะแนนของพฤติกรรมเกร และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก

ลำดับที่	กลุ่มควบคุม							กลุ่มทดลอง						
	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง				ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			
	พฤติกรรมเกร	ความสัมพันธ์กับเพื่อน	รวม	พฤติกรรมเกร	ความสัมพันธ์กับเพื่อน	รวม	ผลต่าง	พฤติกรรมเกร	ความสัมพันธ์กับเพื่อน	รวม	พฤติกรรมเกร	ความสัมพันธ์กับเพื่อน	รวม	ผลต่าง
1	6	8	14	4	7	11	3	6	8	14	2	5	7	7
2	5	7	12	3	6	9	3	6	7	13	2	6	8	5
3	5	7	12	4	6	10	2	6	7	13	2	6	8	5
4	6	8	14	5	7	12	2	3	7	10	2	5	7	3
5	5	7	12	4	6	10	2	5	7	12	2	5	7	5
6	5	7	12	4	6	10	2	7	7	14	2	5	7	7
7	5	6	11	4	5	9	2	4	8	12	2	5	7	5
8	5	8	13	4	7	11	2	5	7	12	2	5	7	5
9	6	7	13	5	6	11	2	5	7	12	2	6	8	4
10	6	7	13	5	6	11	2	5	7	12	2	6	8	4
11	7	8	15	5	7	12	3	6	8	14	2	6	8	6
12	5	7	12	4	7	11	1	4	7	11	1	3	4	7
13	5	7	12	4	6	10	2	4	7	11	1	6	7	4
14	6	7	13	5	7	12	1	6	7	13	3	6	9	4
15	5	5	10	4	4	8	2	5	8	13	3	4	7	6
16	5	7	12	4	6	10	2	4	7	11	1	6	7	4
17	4	7	11	3	6	9	2	4	7	11	2	5	7	4
18	7	7	14	6	7	13	1	4	7	11	2	5	7	4
19	6	7	13	4	7	11	2	5	7	12	2	5	7	5
20	5	6	11	4	6	10	1	5	7	12	2	6	8	4
รวม	109	140	249	85	125	210	39	99	144	243	39	106	145	98
X	5.45	7.00	12.4	4.25	6.25	10.5	1.95	4.95	7.20	12.1	1.95	5.30	7.25	4.90
SD	.759	.725	1.234	.716	.786	1.253	.605	.999	.410	1.137	.510	.801	.967	1.167

จากตารางที่ 15 พบว่าก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพอกัน

ก่อนการทดลอง ค่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้าน พฤติกรรมเกร และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีปัญหาพฤติกรรมความสัมพันธ์กับเพื่อนมากที่สุด คือ 140 และ 144 ตามลำดับ

หลังการทดลองค่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมเกร และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนน้อยลง โดยพบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนน้อยลงโดยเฉลี่ย 5.45 คะแนน ขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนน้อยลงโดยเฉลี่ย 4.95 คะแนน

หลังการทดลอง ค่าคะแนนกรรรมที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมเกร ของเด็กออทิสติกของกลุ่มควบคุมน้อยลงจาก 109 เป็น 85 คะแนน และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติกของกลุ่มควบคุมน้อยลงจาก 144 เป็น 106 คะแนน

หลังการทดลอง ค่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมเกร ของเด็กออทิสติกของกลุ่มทดลองน้อยลงจาก 99 เป็น 39 และค่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้าน พฤติกรรมความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก ของกลุ่มควบคุมน้อยลง จาก 140 เป็น 125

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกรวมทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมเกร และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหารวม 2 ด้าน	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	12.15	1.137	19	18.805	0.00
หลังการทดลอง	7.25	.967			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	12.45	1.234	19	14.419	0.00
หลังการทดลอง	10.50	1.235			

จากตารางที่ 16 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหารวมทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมเกร และ พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับการเล่น บำบัด พบว่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกหลังการใช้การเล่นบำบัดร่วมกับ ครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก หลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการ ทดลอง ในกลุ่มควบคุม รว 4.90 คะแนนโดยเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 รว 1.95 คะแนน แสดงว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของ เด็กออทิสติกกลุ่มควบคุมก็น้อยลงกว่าก่อนการทดลอง เช่นเดียวกัน

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมเกร และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติกก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหารายด้าน	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมเกร					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	4.95	.999	19	14.620	.000
หลังการทดลอง	1.95	.510			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	5.45	.759	19	13.077	.000
หลังการทดลอง	4.25	.716			
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	7.20	.410	19	8.779	.000
หลังการทดลอง	5.30	.801			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	7.00	.725	19	7.550	.000
หลังการทดลอง	6.25	.786			

จากตารางที่ 17 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหารายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมเกร และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว พบว่า

กลุ่มทดลอง คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมเกรของเด็กออทิสติก หลังการใช้การเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 คะแนน และพบว่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก หลังการใช้การเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 คะแนน

กลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมเกรของเด็กออทิสติก หลังการใช้การเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 คะแนน และพบว่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก หลังการใช้การเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 คะแนน

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมเกร และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก ก่อนและหลัง ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหารวมทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมเกร และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รวม 2 ด้าน	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	12.15	1.137	38	.800	.429
กลุ่มควบคุม	12.45	1.234			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	7.25	0.967	38	10.177	.000
กลุ่มควบคุม	10.50	1.051			

จากตารางที่ 18 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมเกร และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 11.15 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.137 และในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมเกร และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติกก่อนการทดลอง เท่ากับ 12.45 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.234

ภายหลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมเกร และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก ในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 7.25 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.967 และในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมเกร และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติกเท่ากับ 10.50 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.051

คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมเกร และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก กลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหารายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมเกร และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหารายด้าน	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมเกร					
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	4.95	.999	38	1.782	.083
กลุ่มควบคุม	5.45	.759			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	1.95	.510	38	13.707	.000
กลุ่มควบคุม	4.25	.550			
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน					
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	7.20	.410	38	1.073	.290
กลุ่มควบคุม	7.00	.725			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	5.30	.801	38	3.784	.001
กลุ่มควบคุม	6.25	.786			

จากตารางที่ 19 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหารายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมเกร และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัดพบว่า คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมเกร กลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก กลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม เพื่อศึกษาผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก แผนกผู้ป่วยนอก ตัวแปรต้น คือ การเล่นบำบัด ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคมของเด็กออทิสติก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคมของเด็กออทิสติกหลังได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคมของเด็กออทิสติก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคมของเด็กออทิสติกน้อยกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว
2. พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคมของเด็กออทิสติก หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่มคือ 1. เด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปีที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กตาม DSMVI 2. ผู้ปกครองเด็กออทิสติกเป็นบิดา มารดา หรือญาติ ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กมีหน้าที่เลี้ยงดูโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลทำการทดลองที่โรงพยาบาล ยูวประสาทไวทยโยปถัมภ์

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ 1. เด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี เคยมีประวัติ พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน 2. ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กออทิสติก จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยกึ่งทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (รัตศิริ ทาโต, 2552) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลองควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลใกล้เคียงหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด (Burn and Grove, 2005:247) แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 40 คน ในแต่ละกลุ่ม(กลุ่มเด็กออทิสติก และกลุ่มผู้ปกครอง) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการจับคู่ (Match Pair) ด้วยวิธีการ จับคู่เพศ เด็กออทิสติก และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง แล้วสุ่มใช้วิธีการจับฉลากเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน แล้วจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและผู้ปกครองถามโดยผู้วิจัย ซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปเป็นที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ วันเดือนปีเกิดอายุ เป็นบุตรคนที่ การวินิจฉัยโรค อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประวัติการได้รับยาการเรียน การรักษาอื่นที่ได้รับ และข้อมูลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก

1.2.แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก SDQ ที่พัฒนาจากแบบประเมินพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) พัฒนาโดย Robert Goodman จิตแพทย์เด็กชาวอังกฤษ เป็นแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก เป็นแบบประเมินพฤติกรรมในเด็ก 3-16 ปี ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวกและคำถามข้อที่เป็นปัญหา มีพฤติกรรมแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1)กลุ่มพฤติกรรมด้านอารมณ์ 5 ข้อ 2.)กลุ่มพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง 5 ข้อ 3.)กลุ่มพฤติกรรมเกร 5 ข้อ 4.) กลุ่มพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน 5 ข้อ 5.)กลุ่มพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม 5 ข้อผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (ตามรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity Index: CVI) หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา โดยจากการคำนวณ พบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.96

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

2.1 คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับครอบครัว

2.2 คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล

คู่มือทั้งสองชุดนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาจาก เอกสาร ตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติก ร่วมกับครอบครัว จากนั้นนำมาประยุกต์และพัฒนาเป็น คู่มือการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวของพยาบาลและครอบครัว โดยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Beyer and Gammeltoft (2001) และหลักการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวของ Kasari et al. (2008) รวมทั้งศึกษาโปรแกรมการเล่นบำบัดของ วิมล เนติวิธวรกุล (2548)

1. คู่มือการใช้การเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวสำหรับพยาบาล เป็นคู่มือการใช้การเล่นบำบัดมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ประกอบด้วยการเล่นบำบัด 6 แบบ จำนวน 10 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ แบ่งเป็นระยะสร้างสัมพันธภาพ รายบุคคล จำนวน 2 ครั้ง ๆ ด้วยการเล่น 2 แบบๆ ละ 30 นาที ระยะบำบัดรายบุคคล จำนวน 6 ครั้ง ด้วยการเล่น 3 แบบๆ ละ 30 นาที และระยะบำบัดรายกลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง ด้วยการเล่น 2 ครั้งละ 60 นาที

2. คู่มือการใช้การเล่นบำบัดสำหรับครอบครัว เป็นคู่มือที่จัดให้เหมาะสมกับครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี และจัดการฝึกสอนเพื่อใช้การเล่นบำบัดกับเด็กออทิสติกได้เองอย่างต่อเนื่องที่บ้านขณะทำการวิจัยและหลังจบการวิจัย ประกอบด้วย 6 เกม โดยมีเกมที่เล่นจากง่ายไปยาก จากรายบุคคลเป็นรายกลุ่ม

เครื่องมือทั้ง 2 ชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้วิจัยนำคู่มือที่สร้างขึ้นซึ่งผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นผู้วิจัยแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับเด็กออทิสติกและครอบครัว จำนวน 5 ราย ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ดำเนินการจนครบ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ แล้วมีการปรับปรุงให้เหมาะสมอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้จริง

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยทำการประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกสำหรับพยาบาลหลังจบกิจกรรมการเล่นทุกครั้ง แบบประเมินพัฒนาจากแบบทดสอบความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกอายุ 3- 6 ปี ของ วิมล เนติวิธวรกุล (2548) ได้นำเครื่องมือตรวจสอบความตรง ความเที่ยงของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ที่ผู้ทรงคุณวุฒियอมรับที่ 0.80 แบบประเมินมีเนื้อหาที่สอดคล้องและครอบคลุมตามกิจกรรมโปรแกรมการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวของเด็กออทิสติก เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ประเมินทั้งหมด 12 ข้อจากการเล่น 10 ครั้ง

3.2.แบบประเมินการเล่นของที่บ้านของครอบครัว เป็นแบบประเมินในการเล่นเกมต่างๆ ในแต่ละกิจกรรมของเด็กออทิสติกแบบประเมินพัฒนาจากแบบประเมินปัจจัยบำบัดของเด็กออทิสติกอายุ 3- 6 ปี โดยพีรยา นันทนาเนตร (2551) มีเนื้อหาที่สอดคล้องและครอบคลุมตามกิจกรรมโปรแกรมการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวของเด็กออทิสติกจำนวน 7 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ประเมินทั้งหมด 5 สัปดาห์ รวม 35 ครั้ง

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.86 และ 0.92 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับเด็กออทิสติกและครอบครัว ที่มารับบริการ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 และ .84 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลอง

ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. เตรียมผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยมีการเตรียมตัวในการเป็นผู้บำบัดโดยฝึกการบำบัดด้วยการเล่นบำบัดจาก วิมล เนติวิชรกุล พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก (APN) ในการใช้การเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกจากโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เป็นระยะเวลา 7 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม- พฤศจิกายน 2554 เดือนพฤษภาคม-เดือนมิถุนายน 2555 และเดือนมกราคม-เดือนมีนาคม 2557
2. เตรียมเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด ดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือโดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย
3. เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง โดยทำการศึกษาเด็กออทิสติกแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ขนาด พฤติกรรมที่เป็นปัญหา การศึกษาของผู้ปกครองเพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2557 - 18 เมษายน 2557 โดยชี้แจงรายละเอียดของการทำการทดลองให้ครอบครัวที่เข้าร่วมรับทราบ ซึ่งกำหนดกลุ่มเด็กออทิสติกและครอบครัวจำนวน 40 คู่ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คู่ และกลุ่มควบคุม 20 คู่
4. เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยจะต้องมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์เป็นพยาบาลจิตเวชเด็ก โดยผู้ศึกษาชี้แจงการศึกษา กิจกรรมต่างๆ ในการเล่นบำบัด และวิธีการตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยศึกษาซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน
5. เตรียมสถานที่สำหรับทำการทดลอง ขอความร่วมมือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์เพื่อขอทำการทดลองในโรงพยาบาลโดยการทดลองทำการเล่นบำบัดที่ห้องกิจกรรม 2 (ห้องเล่นบำบัด) อาคารกรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ โดยผู้วิจัยแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียด ขั้นตอน และระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. ผู้วิจัยเตรียมครอบครัวเด็กออทิสติกในการใช้แบบประเมินพฤติกรรมของเด็กออทิสติก (SDQ) โดยผู้วิจัยได้ให้ความรู้และอธิบายวิธีการประเมินพฤติกรรมของเด็กในวันที่นัดพบผู้ปกครองในการพูดคุยให้ข้อมูลในการเล่นบำบัด และลงนามพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มควบคุมคือวันที่ 6 และ 7 พฤษภาคม 2557 กลุ่มทดลอง คือ วันที่ 8 และ 9 พฤษภาคม 2557

ระยะดำเนินการทดลองผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. วันที่ 8 และ 9 พฤษภาคม ผู้วิจัยให้ผู้ปกครองประเมินพฤติกรรมของเด็กก้อทิสติก(SDQ) และผู้ช่วยวิจัยทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กก้อทิสติกและผู้ปกครองเด็กก้อทิสติก
- 2.วันที่ 19 พฤษภาคม 2557 ถึง วันที่ 18 มิถุนายน 2557 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองการเล่นบำบัดในเด็กก้อทิสติกร่วมกับครอบครัว ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ โดย สัปดาห์ที่ 1-5

ทำกิจกรรมการเล่นร่วมกับครอบครัวที่โรงพยาบาล มีขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการและสร้างสัมพันธภาพ ในสัปดาห์ที่ 1 จำนวน 2 ครั้งมีการเล่น 2 แบบ ขั้นตอนที่ 2 ระยะบำบัด เล่นใน สัปดาห์ที่ 2-5 โดยแบ่งเป็น การเล่นบำบัดรายบุคคล เล่นในสัปดาห์ที่ 2-4 จำนวนการเล่น 6 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที มีการเล่น 3 แบบ การบำบัดรายกลุ่ม มีการเล่น 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที

กลุ่มควบคุม

- 1.วันที่ 6 และ 7 พฤษภาคม 2557 ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มควบคุมเข้าใจถึงการทำแบบประเมินพฤติกรรมเด็กก้อทิสติก และตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ปกครองเด็กก้อทิสติก โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยในการเก็บแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก SDQ และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ปกครองเด็กก้อทิสติก

2.ในสัปดาห์ที่ 1-5 วันที่ 19 พฤษภาคม 2557 ถึง วันที่ 18 มิถุนายน2557 กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพจัดให้บริการตามปกติ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การซักประวัติกิจกรรมพัฒนาการบำบัดโดยผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมทำกิจกรรม โดยมีกิจกรรมพัฒนาการด้านสังคม พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน พัฒนาการด้านภาษาและการสื่อความหมาย พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ การปรับพฤติกรรม การให้คำแนะนำเรื่องยา อรรถบำบัด การบำบัดด้วยดนตรี การบำบัดด้วยการว่ายน้ำการได้รับยา การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่ญาติและผู้ปกครอง และการมาตรวจตามนัด

ระยะรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล

ครั้งที่ 1 ก่อนเข้าร่วมการเล่นบำบัด ให้ผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก SDQ(Pre-test) และทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กก้อทิสติกและครอบครัวโดยมีรายละเอียดดังนี้

3. วันที่ 12 และ 14 พฤษภาคม 2557 ให้ผู้ปกครองกลุ่มควบคุมทำแบบประเมิน SDQ (Pre-test) และทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กก้อทิสติก
4. วันที่ 15 และ 16 พฤษภาคม 2557 ให้ผู้ปกครองกลุ่มทดลองทำแบบประเมิน SDQ (Pre-test) และทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กก้อทิสติก

ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 6 ให้ผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินพฤติกรรมของเด็ก SDQ ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง (Post-test) โดยมีรายละเอียดดังนี้

5. วันที่ 23 และ 24 มิถุนายน 2557 ให้ผู้ปกครองกลุ่มทดลองทำแบบประเมิน SDQ (Post-test) และเก็บแบบประเมินการเล่นที่บ้านของครอบครัว
6. รวบรวมแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กกอล์ฟติกสำหรับพยาบาล
7. รวบรวมข้อเสนอแนะคำแนะนำจากผู้ปกครอง
8. วันที่ 25 และ 26 มิถุนายน 2557 ให้ผู้ปกครองกลุ่มควบคุมทำแบบประเมิน SDQ (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือพฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กกอล์ฟติก ก่อนและหลังได้รับกิจกรรมการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากป้องกันความคลาดเคลื่อน จากปัจจัยภายนอก
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือพฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กกอล์ฟติก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากป้องกันความคลาดเคลื่อน จากปัจจัยภายนอก

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัย ผลการใช้การเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กกอล์ฟติก ได้ผลการวิจัยดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และ พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กกอล์ฟติก ในกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาคือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กกอล์ฟติก หลังการได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวจะน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัด

2. หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กกอล์ฟติก ของกลุ่มที่ได้รับการ

เล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ พฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัวจะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า การใช้การเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัวมีผลทำให้ พฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติกน้อยลง

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัว คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกหลังการใช้การเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัวบ๊อบบี้ต่ำกว่าก่อนได้รับการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก หลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก หลังการได้รับการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัวจะน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัด

ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบ ดังต่อไปนี้

จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติกหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองนั้น เนื่องจากการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัว มีส่วนช่วยให้ครอบครัวเด็กออทิสติก ในกลุ่มทดลอง มีความรู้ ความเข้าใจในการเล่นกับเด็กมากขึ้น และเมื่อผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจก็ทำให้ตระหนักที่จะพัฒนาเด็กออทิสติกให้ดีขึ้นจึงนำการเล่นไปเล่นกับเด็กบ้านอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kathy และ Choi (2013) ที่ได้อธิบายไว้ว่า ผู้ปกครองที่มีการยอมรับในอาการเด็กออทิสติกไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่างๆ แล้วเข้าใจเด็กก็จะส่งผลให้ ผู้ปกครองมีความทน ในการบำบัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่างๆ ถึงแม้ว่าจะต้องใช้เวลาที่ยาวนานก็ตาม ซึ่งเมื่อผู้ปกครองยอมรับแล้วก็ได้เล่นกับเด็กทุกวัน การที่เด็กได้เล่นบ๊อบบี้จากที่ผู้ปกครองจัดให้ที่บ้านทุกวัน ทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดี เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ จะพบได้ในระหว่างการเล่นว่าเด็กบางคนมีความคิดสร้างสรรค์ ในการนำของเล่นมาเล่นเอง เช่นการใช้ตัวต่อที่ผู้ปกครองนำมาต่อเป็นรูปต่างๆได้ แสดงให้เห็นว่าการเล่นทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นทั้งด้านความคิด อารมณ์ เด็กมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังพบว่าในการเล่นตามกติกา รวมถึงการเล่นกับเพื่อนในกลุ่มเด็ก มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น ผู้ปกครองเองก็ประเมินว่าเด็กสนใจเข้ามาเล่นกับผู้ปกครอง

และเด็กที่สามารถสื่อสารได้ก็มีการพูดคุยซักถามระหว่างการเล่นได้เพิ่มขึ้น และในระหว่างการเล่นพบว่าเด็กมีสมาธิเพิ่มขึ้น เมื่อเด็กได้เล่นทำให้เด็กได้เรียนรู้จากการเล่น และสนใจกิจกรรมเล่นมีความสุขกับการได้เล่น ทำให้เด็กได้เกิดการเรียนรู้ระหว่างเล่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Mastrangelo (2009) ที่ว่าการเล่นบำบัดทำให้เด็กออทิสติกพัฒนาด้านสติปัญญา เพิ่มทักษะทางสังคม เพิ่มทักษะการสื่อสาร การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ โดยการเล่นจะเพิ่มแรงขับภายในตัวเด็กทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้จักโลกรอบตัว เกิดความคิด การตั้งคำถาม การพยายามหาคำตอบเพื่อเป็นกุญแจสำคัญในการปรับสมดุลด้านพัฒนาการของเด็กต่อไป

ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือเด็กออทิสติก ในกลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะทางสังคม ในการอยู่รวมกลุ่มกับเพื่อน รู้กติกา จากการร่วมเล่นต่างๆที่ได้จัดให้ ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะทางสังคม ซึ่งการพัฒนาทักษะทางสังคม ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถดำรงรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตไว้ได้ (Thomas et al., 2011) อีกทั้งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยให้เด็กออทิสติกได้รับตอบสนองด้านอารมณ์ มีการรับรู้ว่าตนเองได้รับการยอมรับจากผู้อื่น รู้สึกถึงการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จนมีการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น อีกทั้งการเข้าร่วมในการเล่นทำให้เด็กออทิสติกเกิดความมั่นใจจากการเรียนรู้และฝึกทักษะต่างๆ ในการอยู่ในกลุ่ม ซึ่งการพัฒนาทักษะต่างๆ เหล่านี้ จะช่วยให้เด็กออทิสติกมีการพัฒนาตนเองให้เกิดทักษะการเข้าสังคม นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้น

2. ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ ของเด็กออทิสติก กลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดจะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบ ดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวเป็นการบำบัดหนึ่งที่จะช่วยให้เด็กออทิสติกลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลงได้ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ได้แก่ เพศของเด็ก และการศึกษาของผู้ปกครองเนื่องจากพบว่าผู้ที่มีการเรียนรู้ที่สูงย่อมมีทักษะและวิธีการเล่นมากกว่าเนื่องจากสามารถ ศึกษาค้นคว้าหาความรู้และวิธีการในการเล่นบำบัดได้มากกว่า จากนั้นจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลการวิจัยที่พบ จึงสามารถสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรม ต่างๆตามขั้นตอนตามแนวคิดของ Beyer and Gammeltoft (2001) ที่มีการจัดกิจกรรมที่ ส่งเสริมทักษะทางสังคมและทักษะในการเล่นได้เป็นอย่างดีส่งเสริมให้เด็กได้เรียนรู้ประสบการณ์การเล่นจากผู้บำบัด ส่งเสริมให้เด็กได้แสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกผ่านการเล่น ส่งเสริมด้านการตัดสินใจ การเลือก การอยู่กับผู้อื่น และการรอคอย เนื่องจากเด็กออทิสติกสามารถเรียนรู้ จดจำผ่านสายตาและสบตากับผู้อื่นเป็นหลัก ได้มีการเล่นมีลำดับขั้นตอนจากง่ายไปยากและต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการนำแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวันมาเป็นพื้นฐาน ซึ่งใช้หลักการสามเหลี่ยมเชื่อมโยง คือ ด้านสังคม ด้านภาษา และจินตนาการ ที่มีผลต่อกัน ซึ่งเมื่อเด็กมีสังคมได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ จากสังคม เด็กจะสื่อสารกับผู้อื่นด้วยภาษาและท่าทางเพื่อ

บอกความต้องการ และเด็กจะใช้ประสบการณ์และจินตนาการในเชื่อมโยงการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกลดลง

3. ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าหลังการทดลองก็น้อยลงเช่นกัน

ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบ ดังต่อไปนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลมีการจัดกิจกรรมการดูแลให้กับเด็กออทิสติก ซึ่งมีกิจกรรมที่เด็กแต่ละคนจะได้รับที่แตกต่างกัน เช่น การชักประวัติ กิจกรรมพัฒนาการบำบัดโดยผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมทำกิจกรรม โดยมีกิจกรรมพัฒนาการด้านสังคม พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน พัฒนาการด้านภาษาและการสื่อความหมาย พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและมัดใหญ่ การปรับพฤติกรรม การให้คำแนะนำเรื่องยา อรรถบำบัด การบำบัดด้วยดนตรี การบำบัดด้วยการว่ายน้ำ การได้รับยา การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่ญาติและผู้ปกครอง และการมาตรวจตามนัด เนื่องจากการที่โรงพยาบาลจัดกิจกรรมส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย หรือใกล้เคียงกับพัฒนาการของเด็กปกติมากที่สุด เป็นการส่งเสริมให้เด็กเกิดการแสดงออกถึงความเป็นตัวเองพัฒนา ทักษะการรู้คิด พัฒนาการสื่อสาร จะเห็นได้จากการที่เด็กมีการได้รับการฝึกการสื่อสาร ได้รับการพัฒนาการด้านสังคม พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและมัดใหญ่ การปรับพฤติกรรม รวมถึงการได้รับคำแนะนำเรื่องยา เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่ญาติและผู้ปกครอง ในการดูแลต่อเนื่อง ทำให้เด็กมีการพัฒนาของทักษะสังคม ทำให้เด็ก มีการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแสดงออกที่เหมาะสมเช่นกัน สอดคล้องกับ Roger (1996) กล่าวไว้ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กตั้งแต่อายุน้อยๆ และทำอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด โดยไม่ขึ้นกับโปรแกรม หรือปรัชญาที่ใช้ในการฝึก พบว่าช่วยเสริมสร้างทักษะด้านภาษา ทักษะสังคม ทักษะการคิด และทักษะอื่นๆ นอกจากนี้ยังช่วยลดระดับความเครียดของผู้ปกครองได้ด้วยเช่นกัน ดังนั้นจึงพบว่ากลุ่มควบคุมจึงมีคะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาน้อยลงเช่นกัน

สรุปได้ว่า การจัดการเล่นบำบัดให้กับเด็กออทิสติกจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการพยาบาลที่มีกระบวนการวางแผนที่ชัดเจน มีคู่มือ อุปกรณ์ในการดำเนินการเล่นบำบัดกับเด็กออทิสติกเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ พัฒนาการที่ดีขึ้น มีการบันทึกและประเมินผลลัพธ์ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสอบถามถึงปัญหาที่ครอบครัวพบขณะดำเนินการทดลอง โดยยึดหลักครอบครัวเป็นศูนย์กลางร่วมกันแก้ไขปัญหา ก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติที่บ้าน ทำให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองตามที่มีอยู่ และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาผลของการเล่นบ๊อบบี้ต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมสัมพันธ์ทางสังคมของเด็กออทิสติก แผนกผู้ป่วยนอกสามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ครอบครัวเด็กออทิสติกได้นำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนเกิดเป็นทักษะที่สามารถปฏิบัติได้เองโดยอัตโนมัติ
2. ควรจัดการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัวให้ผสมผสานกับงานประจำของผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน และปรับ การพยาบาลที่เน้นการเล่นบ๊อบบี้ให้เป็นมาตรฐานการพยาบาล เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก และเพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
3. พยาบาลควรส่งเสริมสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ และเล่นกับเด็กออทิสติกที่บ้านร่วมกันเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเด็กก็มีพฤติกรรมที่เหมาะสม
4. ควรใช้การเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับกระบวนการพยาบาลเพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อเด็กออทิสติกและครอบครัว
5. การลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกด้วยการเล่นบ๊อบบี้ ต้องใช้ระยะเวลาและพยาบาลผู้ดูแลต้องมีความมุ่งมั่น อดทน ต้องให้การพยาบาลมากมายหลายขั้นตอน พยาบาลและผู้ดูแลต้องมีความมุ่งมั่น อดทน ลงทุนทั้งร่างกายและแรงใจเพื่อมุ่งหวังให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกลดลง ถึงแม้ว่าจะเหน็ดเหนื่อยสักเพียงใด แต่ผลลัพธ์ที่ได้คุ้มค่ายิ่งกว่าคือ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กลดลง เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ด้านการศึกษา

ควรมีการเผยแพร่การเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกให้กับพยาบาลวิชาชีพในชุมชน ครู ซึ่งทำหน้าที่ดูแลเด็กให้เด็กได้รับการดูแลในแนวทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลของการเล่นบ๊อบบี้ต่อในระยะยาว ประเมินผลในระยะยาว 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี
2. ควรมีการศึกษาผลของการเล่นบ๊อบบี้ต่อการพฤติกรรมอื่นๆในเด็กออทิสติกเช่น เด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือศึกษาผลการเล่นบ๊อบบี้ต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนหรือคนในครอบครัว
3. ควรทำการศึกษาการใช้การเล่นบ๊อบบี้ในเด็กออทิสติกที่มีการจัดระดับอาการความรุนแรง เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างกันของการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคมแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน

รายการอ้างอิง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

1. นายแพทย์ณัฐวัฒน์ งามสมุทร
โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

นายแพทย์ชำนาญการ

2. แพทย์หญิงวิรัชพัชร กิตติธระระพันธ์
สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

นายแพทย์ชำนาญการ

3. นางสุภาวดี ชุ่มจิตต์
โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

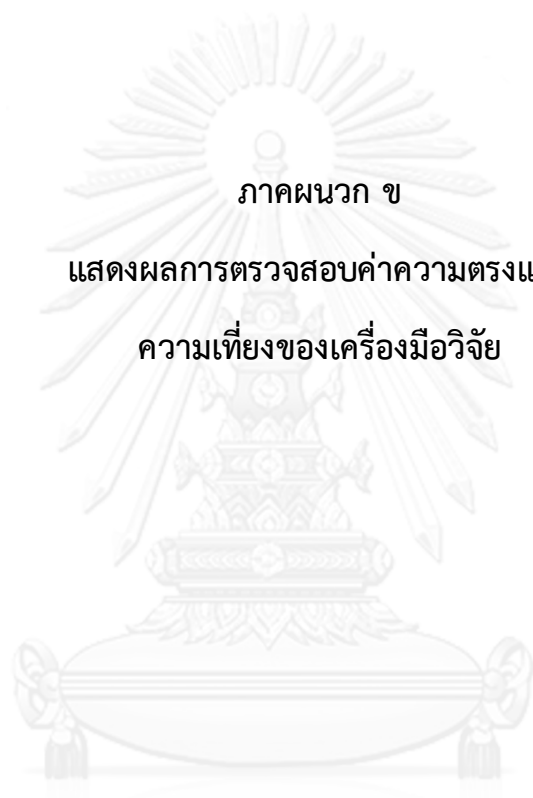
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN)

4. นางสาววิมล เนติวิธวรกุล
โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN)

5. นางพรทิพย์ วชิรติลล
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิตสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาล
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN)



ภาคผนวก ข

แสดงผลการตรวจสอบค่าความตรงและ

ความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา

ความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) หมายถึง คำถามในแบบสอบถามมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับมโนทัศน์ของตัวแปร หรือคำถามในแบบสอบถามมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับแนวคิดหรือทฤษฎีของตัวแปร การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Hambleton et al. 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2555)

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

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบประเมินพฤติกรรมเด็กออทิสติก

$$CVI = \frac{24}{25} = 0.96$$

2. ค่าดัชนี ความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบประเมินการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ปกครอง

$$CVI = \frac{6}{7} = 0.86$$

3. ค่าดัชนี ความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบประเมินการเล่นความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกอายุ 3- 6 ปี

$$CVI = \frac{11}{12} = 0.92$$

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ SDQ

จากการใช้โปรแกรม SPSS

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
EMOTION3	35.8667	38.6023	.2298	.8658
EMOTION8	35.6667	36.0920	.7251	.8498
EMOTIO13	35.4333	39.2885	.2515	.8632
EMOTIO16	35.5667	36.9437	.5258	.8555
EMOTIO24	35.6000	35.7655	.8070	.8476
HYPER2	35.5667	36.2540	.7366	.8500
HYPER10	35.6000	35.7655	.8070	.8476
HYPER15	35.5667	38.5299	.2811	.8633
HYPER21	35.5333	39.4299	.1862	.8652
HYPER25	35.5667	36.4609	.6988	.8511
SOCAIL1	35.7000	36.9069	.4065	.8600
SOCAIL4	36.5667	38.4609	.3440	.8611
SOCAIL9	35.5667	39.1506	.1605	.8680
SOCAIL17	35.6000	38.9379	.1851	.8673
SOCAIL20	35.6333	35.4126	.8559	.8459
CONDUCT5	35.5000	39.0862	.2575	.8633
CONDUCT7	35.2667	40.4782	.0970	.8651
CONDUCT12	35.6667	35.2644	.8718	.8453
CONDUCT18	36.2667	38.8920	.3242	.8615
CONDUCT22	37.2000	40.3034	.1726	.8643
RELA6	35.6000	39.6276	.1143	.8685
RELA11	35.3000	40.0103	.2063	.8638
RELA14	35.7333	37.7195	.4416	.8583
RELA19	36.0333	35.0678	.4937	.8579
RELA23	36.0000	35.4483	.4748	.8585

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 25

Alpha = .8639

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ แบบประเมินความสามารถในการเล่นสำหรับพยาบาล
จากการใช้โปรแกรม SPSS

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
ข้อ1	24.8667	16.1195	.8513	.8990
ข้อ2	24.9333	15.6506	.9074	.8956
ข้อ3	24.7333	16.9609	.5560	.9114
ข้อ4	24.9000	15.5414	.9035	.8954
ข้อ5	24.8667	15.7057	.8327	.8986
ข้อ6	24.9333	15.5126	.8237	.8987
ข้อ7	25.1000	17.9552	.2937	.9229
ข้อ8	24.9333	16.6851	.7549	.9037
ข้อ9	24.9000	15.1966	.8765	.8957
ข้อ10	24.8667	16.0506	.7433	.9029
ข้อ11	24.9000	18.4379	.2285	.9234
ข้อ12	24.9000	18.5759	.1505	.9288

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 12

Alpha = .9142

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ แบบประเมินการเล่นที่บ้านของครอบครัว
จากการใช้โปรแกรม SPSS

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

—

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00001	14.4333	7.3575	.7588	.8005
VAR00002	14.4333	7.6333	.6652	.8149
VAR00003	14.5333	7.4299	.6827	.8116
VAR00004	14.5000	7.2931	.7994	.7947
VAR00005	14.4333	10.3920	-.1203	.9251
VAR00006	14.4000	7.2138	.8044	.7931
VAR00007	14.4667	7.1540	.8381	.7882

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 7

Alpha = .8457



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ มี 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1.1.แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและผู้ปกครอง
- 1.2 แบบประเมินพฤติกรรมเด็กออทิสติก SDQ

ชุดที่ 2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่

- 2.1 คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับครอบครัว
- 2.2 คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

- 3.1 แบบประเมินความสามารถในการเล่นสำหรับพยาบาล
- 3.2 แบบประเมินการเล่นที่บ้านของครอบครัว



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ชุดที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับเด็กและตัวท่านให้มากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก

1. เพศ ชาย หญิง
2. เกิดวันที่เดือน.....ปี.....
3. เป็นบุตรคนที่ (ระบุ)ในจำนวน (ระบุ)คน
4. การวินิจฉัยครั้งแรกอายุ (ระบุ)ปีเดือน
5. อาการนำที่สังเกตเห็นคือ.....อายุ.....ปี
5. การเรียนในระบบโรงเรียน เข้าเรียนในโรงเรียนปกติ
 เข้าเรียนในโรงเรียนปกติในชั้นเรียนพิเศษ
 เข้าเรียนในโรงเรียนปกติในชั้นเรียนร่วม
 เข้าเรียนในโรงเรียนการศึกษาพิเศษ
 อยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
 ไม่ได้เรียนเข้าเรียน
6. การรักษาในปัจจุบัน ไม่ได้รับยา
 ได้รับ (ระบุยา).....
ระยะเวลาที่ใช้ยา.....ปี.....เดือน
7. การรักษาอื่นๆ ฝึกพูด ส่งเสริมพัฒนาการ
 กิจกรรมบำบัด HEG
 ดนตรีบำบัด อื่นๆ (ระบุ).....
8. เมื่อเด็กโกรธหรือถูกขัดใจ จะแสดงพฤติกรรม

แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

(สำหรับผู้ปกครอง)

ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องท้ายหัวข้อให้ครบทุกข้อ กรุณาตอบให้ตรงกับลักษณะของเด็กในช่วง 1 เดือน
 เพศ (ของเด็ก) [] ชาย [] หญิง
 วัน เดือน ปีเกิด.....

	ไม่จริง	ค่อนข้างจริง	จริง
1. ห่วงใยความรู้สึกคนอื่น			
2. อยู่ไม่นิ่ง นิ่งนิ่งๆไม่ได้			
3. มักจะบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไม่สบาย			
4. เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน (ขนม ของเล่น ดินสอ เป็นต้น)			
5. มักจะอาละวาด หรือโมโหร้าย			
6. ค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียว			
7. เชื่อฟัง มักจะทำตามผู้ใหญ่ต้องการ			
8. กังวลใจหลายเรื่อง ดูวิตกกังวลเสมอ			
9. เป็นที่ฟังได้เวลาที่คนอื่นเสียใจ อารมณ์ไม่ดี หรือไม่สบายใจ			
10. อยู่ไม่สุข รุนวายเป็นอย่างมาก			
11. มีเพื่อนสนิท			
12. มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่น หรือรังแกเด็กอื่น			
13. ดูไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย			
14. เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน			
15. วอกแวกง่าย สมาธิสั้น			
16. เครียดไม่ยอมห่างเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นและขาดความมั่นใจในตนเอง			
17. ใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า			
18. ชอบโกหก หรือขี้โกง			
19. ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียน หรือรังแก			
20. ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น (พ่อแม่ ครู เด็กคนอื่น)			
21. คิดก่อนทำ			

(ต่อ)

	ไม่ จริง	ค่อนข้าง จริง	จริง
22. ขโมยของของที่บ้าน โรงเรียน หรือที่อื่น			
23. เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กวัยเดียวกัน			
24. ซึ่กลัว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย			
25. ทำงานได้จนเสร็จ มีสมาธิในการทำงาน มีความตั้งใจในการทำงาน คุณมีความเห็น หรือความกังวลอื่นอีกหรือไม่			

โดยรวมท่านคิดว่าเด็กมีปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่

ด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่น

- ไม่ ใช่ มีปัญหาเล็กน้อย
 ใช่ มีปัญหาชัดเจน ใช่ มีปัญหาอย่างมาก

ถ้าท่านตอบว่า “ไม่” ไม่ต้องตอบข้อต่อไป

ถ้าท่านตอบว่า “ใช่” กรุณาตอบข้อต่อไปนี้

ปัญหานี้เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

- น้อยกว่า 1 เดือน 1-5 เดือน
 6-12 เดือน มากกว่า 1 ปี

ปัญหานี้ทำให้เด็กรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่

- ไม่เลย เล็กน้อย
 ค่อนข้างมาก มาก

ปัญหานี้รบกวนชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่างๆ ต่อไปนี้หรือไม่

	ไม่	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
ความเป็นอยู่ที่บ้าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การคบเพื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเรียนในห้องเรียน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กิจกรรมยามว่าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ปัญหาของเด็กทำให้ท่าน หรือครอบครัวเกิดความยุ่งยากหรือไม่

- ไม่เลย เล็กน้อย
 ค่อนข้างมาก มาก

คู่มือการใช้การเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว สำหรับ “พยาบาล”



จัดทำโดย

นางสาว เสาวนีย์ บัวลา รหัสนิสิต 5377825936

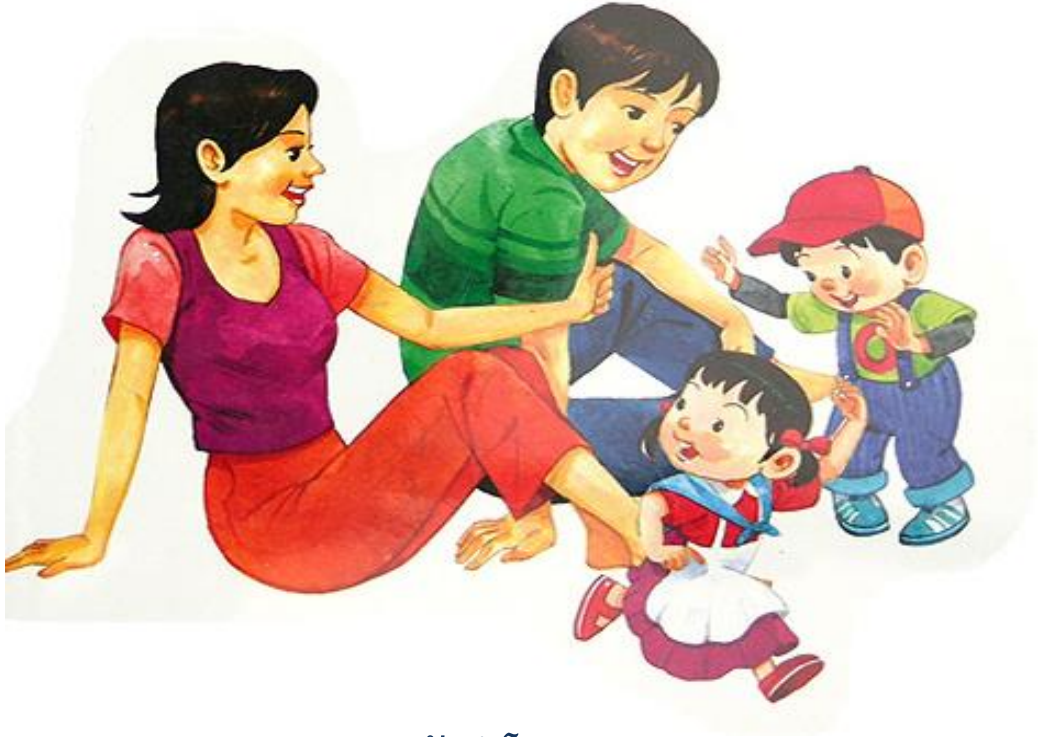
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคนอกเวลา)

คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการเล่นบำบัด

สำหรับครอบครัว



จัดทำโดย

นางสาว เสาวนีย์ บัวลา

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคนอกเวลา)

คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี

3.2 แบบประเมินการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ปกครอง

ตัวอย่าง

แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี

ชื่อ-สกุลชื่อเล่น วันเดือนปีเกิด...../...../..... อายุปี..... เดือน.....

คำชี้แจงโปรดเลือกทำเครื่องหมาย / ในช่องด้านหน้าของข้อคะแนนให้ตรงหรือใกล้เคียงกับ

ความสามารถของเด็กออทิสติกในการทำกิจกรรมเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมแต่ละครั้ง

รายการ	3 คะแนน	2 คะแนน	1 คะแนน	0 คะแนน
ครั้งที่ 1 การเล่นแบบที่ 1 สร้างความคุ้นเคย การหยิบจับ ของเล่น	<input type="checkbox"/> เด็กสามารถหยิบจับของเล่นด้วยนิ้วมือได้โดยไม่ร่วงหล่นทั้ง 5 ชั้น	<input type="checkbox"/> เด็กหยิบจับของเล่นด้วยนิ้วมือได้โดยไม่ร่วงหล่น 3-4 ชั้น	<input type="checkbox"/> เด็กหยิบจับของเล่นด้วยมือได้ 1-2 ชั้น	<input type="checkbox"/> เด็กไม่หยิบจับของเล่นเลย
ครั้งที่ 2 การเล่นแบบที่ 2 “เรียนรู้ตัวตน” (เล่นกับเด็กผ่านกระจก)	<input type="checkbox"/> เด็กสามารถมองหน้าสบตาในกระจกพร้อมทั้งชี้บอกชื่อและชี้ตามเมื่อเล่นได้ตลอดการเล่น	<input type="checkbox"/> เด็กมองสบตาในกระจกชี้บอกชื่อหรือชี้ตาม เมื่อเล่นได้บางครั้ง	<input type="checkbox"/> เด็กมองสบตาในกระจกบางครั้ง	<input type="checkbox"/> เด็กไม่มองกระจกไม่สนใจเล่นเลียนแบบตาม
ครั้งที่ 3 การเล่นแบบที่3 การเล่นเลียนแบบ “เล่นของเล่น”	<input type="checkbox"/> เด็กสามารถเล่นเลียนแบบได้ทันที	<input type="checkbox"/> เล่นเลียนแบบได้โดยช่วยแนะนำ	<input type="checkbox"/> เล่นเลียนแบบได้โดยต้องช่วยจับมือทำ	<input type="checkbox"/> เล่นเลียนแบบไม่ได้เลยต่อต้าน เมื่อกระตุ้นเตือน
ครั้งที่ 4 การเล่นแบบที่3 การเล่นเลียนแบบ “เล่นของเล่น”	<input type="checkbox"/> เด็กสามารถเล่นเลียนแบบได้ทันที	<input type="checkbox"/> เล่นเลียนแบบได้โดยช่วยแนะนำ	<input type="checkbox"/> เล่นเลียนแบบได้โดยต้องช่วยจับมือทำ	<input type="checkbox"/> เล่นเลียนแบบไม่ได้เลยต่อต้านเมื่อกระตุ้นเตือน

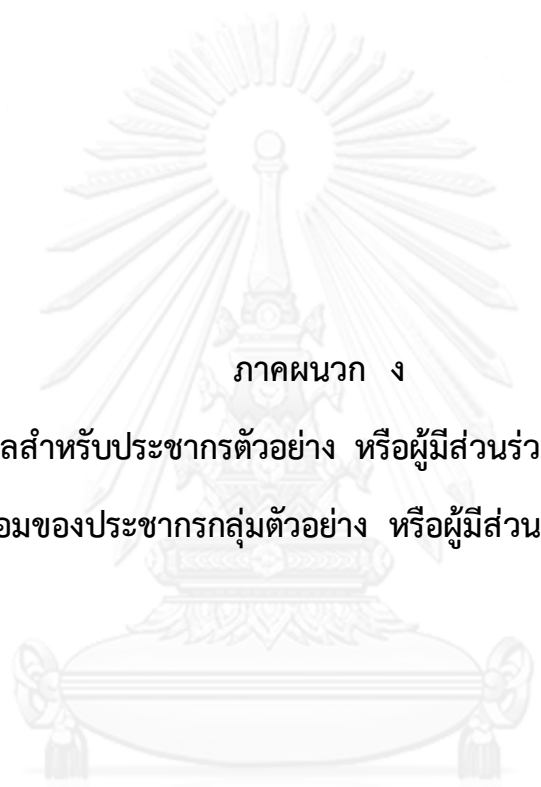
ตัวอย่าง

แบบประเมินการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ปกครอง (ส่วน 2)

ชื่อ-ผู้ปกครอง.....ชื่อเด็กอายุเด็ก.....ปี

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับความสามารถของเด็กออทิสติกมากน้อยเพียงใดในการเล่น และเขียนหมายเลข 0-3 ตามเกณฑ์ประเมินการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ปกครอง ลงในช่องว่างแต่ละครั้งเพียงเลขเดียวเท่านั้น ที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความสามารถของเด็กออทิสติกในการทำกิจกรรมเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมแต่ละครั้ง โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

ครั้งที่/วันที่	หัวข้อการประเมินระดับคะแนน/														
	สัปดาห์ที่ 1					สัปดาห์ที่ ...					สัปดาห์ที่ 5				
ความสามารถทักษะ															
1.ประเมินระยะเวลาการเล่นที่บ้านในแต่ละวัน															
2. ความสนใจในการเล่นที่จัดให้															
3. การเป็นผู้เริ่มต้นสร้างปฏิสัมพันธ์															
4. ความสามารถ/สมรรถนะในการเล่นของเด็ก															



ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบนินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารชี้แจงการวิจัยแก่ผู้ยินยอมให้ทำการวิจัย (จร 2.1)
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย การเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเสาวนีย์ บัวลา นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคนอกเวลาราชการ)

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ 61 ถ.สุขุมวิท ต.ปากน้ำ อ.เมือง
จ.สมุทรปราการ 10270

เบอร์โทรศัพท์ 02-3843381-3 ต่อ 72230 , 089- 6160468

E-mail address syring_47@hotmail.com , tkcb3123@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกทางโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์แฉ่งให้นิสิตนำโครงร่างมาผ่านจริยธรรมกับทางโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้แล้วจึงอนุญาตให้เด็กเข้าร่วมวิจัย
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - 3.1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคมของเด็กออทิสติกของเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัว
 - 3.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคมของเด็กออทิสติก หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัวที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. รายละเอียดของกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

 - 4.1 **ประชากรที่ใช้ในการวิจัย** คือเด็กที่เป็นออทิสติกและครอบครัว ตามเกณฑ์วินิจฉัย จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกกลุ่มตัวอย่าง คือ
 - 4.1.1 เด็กที่เป็นออทิสติกและครอบครัว ตามเกณฑ์วินิจฉัย จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจำนวน 40 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว
 - 4.1.2 เด็กออทิสติกที่เข้าร่วมการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดดังต่อไปนี้
 - 4.1.2.1 มีอายุระหว่าง 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

- 4.1.2.2 ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีครอบครัวดูแล
- 4.1.2.3 ไม่มีความเจ็บป่วยทางกาย หรือเป็นโรคทางด้านสมองอื่นร่วม เช่น ปัญญาอ่อน สมองพิการ ลมชัก เป็นต้น
- 4.1.2.4 ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถร่วมบำบัดได้จนครบโปรแกรมที่กำหนด
- 4.1.2.5 กลุ่มครอบครัวคัดเลือกจากสมาชิกในครอบครัว ๆ ละ 1 คน ที่สามารถดูแลเด็กได้อย่างใกล้ชิดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล
- 4.1.2.6 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกเด็กออทิสติกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการออทิสซึม ตามเกณฑ์วินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก มีอายุระหว่าง 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีครอบครัวดูแลมีครอบครัวดูแลใกล้ชิด หลังจากนั้น**ขออนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย** โดยเด็กคู่กับครอบครัว ครอบครัวละ 1 คน รวมเด็กออทิสติกและครอบครัว จำนวน 40 คู่ สุ่มตัวอย่างแบบง่ายเพื่อหาตัวแทนกลุ่ม โดยครอบครัวจำนวน 40 คู่ จับฉลากเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งเป็นกลุ่มละ 20 คู่ ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด
- ในการวิจัยมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นระยะสั้น 4 เดือน เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กออทิสติก มีความรู้ความเข้าใจในการประเมินเด็กออทิสติก ในการใช้แบบประเมินพฤติกรรมของเด็กออทิสติกและ มีความเข้าใจในการดำเนินการแต่ละขั้นตอน
5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- กลุ่มที่ 1**(กลุ่มควบคุม) ได้รับการดูแลตามปกติแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ซึ่งได้แก่ การซักประวัติประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อมต่างๆ ก่อนพบแพทย์การให้คำแนะนำ และกิจกรรมที่พยาบาล บุคลากรที่สุขภาพจิตให้บริการตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมพัฒนาการบำบัด การปรับพฤติกรรม การให้คำแนะนำเรื่องยา การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน และการมาตรวจตามนัดและเมื่อดำเนินงานวิจัยเสร็จแล้ว จะได้มีการเชิญผู้ปกครอง เพื่อรับฟังผลของการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการบำบัดเด็กออทิสติก และได้เปิดโอกาสให้กลุ่มควบคุมสามารถสมัครเข้าร่วมกลุ่มการพยาบาลการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวในครั้งต่อไป และได้รับเอกสารคู่มือการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกสำหรับครอบครัว

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกโดยประยุกต์จากแนวคิดการบำบัดด้วยการเล่นบำบัดของ Beyer & Gammeltof และหลักการของ Kasari รวมทั้งศึกษาโปรแกรมการเล่นบำบัด ของวิมลเนติวิธวรกุล มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาคู่มือโดย ประกอบด้วยการเล่นบำบัด 6 แบบ จำนวน 10 ครั้ง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ การบำบัดรายบุคคล และ การบำบัดรายกลุ่มผู้วิจัยเป็นผู้บำบัดเอง ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง ทุกวันจันทร์ ถึง พฤหัสบดี ตั้งแต่เวลา 12.00-18.00 น. ที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ รวม 5 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1-5 ทำกิจกรรมการเล่นร่วมกับครอบครัวที่โรงพยาบาล และให้ครอบครัวเล่นกับเด็กที่บ้าน ทุกวัน วันละอย่างน้อย 30 นาที ประเมินผลการเล่นบำบัดในสัปดาห์ที่ 6 ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มทดลองแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน กลุ่ม 1 ทุกวันจันทร์และวันอังคาร กลุ่ม 2 ทุกวันพุธและวันพฤหัสบดี ตั้งแต่เวลา 12.00 -18.00น. ที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาเตรียมการและสร้างสัมพันธภาพ 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1 ครั้งละ 30 นาที

กลุ่มที่/วัน/เวลา	ครั้งที่	สถานที่/ผู้เข้าร่วม	การดำเนินการ
กลุ่มที่ 1 จันทร์ – อังคาร 12.00-18.00 น.	1	- ห้องจัดกิจกรรม 2 (ห้องเล่นบำบัด) ชั้น 3 อาคารกรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ - ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย/เด็กออทิสติก/ครอบครัว	1. ให้ความรู้เรื่องการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกกับครอบครัว 10 นาที 2. เด็กเล่น “การสร้างความคุ้นเคย” สัมผัสที่กาย แนะนำตัว การให้เด็กหยิบจับของเล่นการรู้จักของเล่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น
กลุ่มที่ 2 พุธ - พฤหัสบดี 12.00-18.00 น.			
กลุ่มที่ 1 จันทร์ – อังคาร 12.00-18.00 น.	2	- ห้องจัดกิจกรรม 2 (ห้องเล่นบำบัด)ชั้น 3 อาคารกรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ - ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย/เด็กออทิสติก/ครอบครัว	เด็กเล่นที่ชื่อว่า “เรียนรู้ตัวตน” การรู้จักตัวตนของเด็กผ่านกระจก การเรียนรู้จากภาพสะท้อนของกระจกเงาให้เด็กรู้จักตนเอง และผู้อื่นผ่านกระจกเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ให้เด็กออทิสติกเกิดความไว้วางใจ
กลุ่มที่ 2 พุธ - พฤหัสบดี 12.00-18.00 น.			

ขั้นตอนที่ 2 ระยะบำบัด ประกอบด้วย การบำบัดรายบุคคลและการบำบัดรายกลุ่ม สัปดาห์ที่ 2-5 (ต่อ)

การบำบัดรายบุคคล ครั้งละ 30 นาที			
กลุ่มที่/วัน/เวลา	ครั้งที่	สถานที่/ผู้เข้าร่วมวิจัย	การดำเนินการ
กลุ่มที่ 1 จันทร์ – อังคาร 12.00-18.00 น.	3 และ 4	- ห้องจัดกิจกรรม 2 (ห้องเล่นบำบัด) ชั้น 3 อาคารกรมหลวงนราธิวาส ราชนครินทร์ - ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย/เด็กออทิสติก/ ครอบครัว	การเล่นเลียนแบบ “เล่นของเล่น” 2 ครั้ง โดยนำตุ๊กตาโทรศัพท์ บล็อกมาเล่นเป็น ตัวอย่างให้เด็กออทิสติกดูเช่น นำตุ๊กตามาเล่น ตามบทบาทสมมติ ในการกิน การนอน การเดิน การยืน การนำโทรศัพท์มาใช้ในการสื่อสาร ระหว่างกันแล้วกระตุ้นให้เด็กเล่นเลียนแบบตาม
กลุ่มที่ 2 พุธ - พฤหัสบดี 12.00-18.00 น.			
กลุ่มที่ 1 จันทร์ – อังคาร 12.00-18.00 น.	5 และ 6	- ห้องจัดกิจกรรม 2 (ห้องเล่นบำบัด) ชั้น 3 อาคารกรมหลวงนราธิวาส ราชนครินทร์ - ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย/เด็กออทิสติก/ ครอบครัว	การเล่นกับสื่อ ด้วยการเล่นชื่อว่า “เล่นกับชีวิตจริง” 2 ครั้ง โดยการเล่าเรื่องใช้ภาพเหตุการณ์ใน กิจวัตรประจำวัน ต่างๆได้แก่ การตื่นนอน อาบน้ำ แต่งตัว หวานนอน เข้านอน และนอน หลับเล่าให้เด็กฟังและดูแล้วให้เด็กนำสิ่งของ จำลองมาวางที่รูปภาพให้ตรงกัน
กลุ่มที่ 2 พุธ - พฤหัสบดี 12.00-18.00 น.			
กลุ่มที่ 1 จันทร์ – อังคาร 12.00-18.00 น.	7 และ 8	- ห้องจัดกิจกรรม 2 (ห้องเล่นบำบัด) ชั้น 3 อาคารกรมหลวงนราธิวาส ราชนครินทร์ - ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย/เด็กออทิสติก/ ครอบครัว	การเล่นสลับบทบาทและการเล่นตามกติกา เล่น“เธอกับฉัน”และ“ใครหมดก่อน” 2 ครั้ง/ เล่น 2 แบบ ประกอบด้วยการเล่น สลับกันนำลูกบอลใส่ตระกร้า โดยใช้หมวกเป็น สัญลักษณ์และเล่นจับคู่การ์ดสี
กลุ่มที่ 2 พุธ - พฤหัสบดี 12.00-18.00 น.			
การบำบัดรายกลุ่ม 2 ครั้งๆ ละ 60 นาที			
กลุ่มที่/วัน/เวลา	ครั้งที่	สถานที่/ผู้เข้าร่วมวิจัย	การดำเนินการ
กลุ่มที่ 1 จันทร์ – อังคาร 13.00-14.00 น.	9 และ 10	- ห้องจัดกิจกรรม2(ห้องเล่นบำบัด) ชั้น 3 อาคารกรมหลวงนราธิวาส ราชนครินทร์ - ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย/เด็กออทิสติก/ ครอบครัว	เล่นตามกติกาการเล่น“ อร่อยจัง” 2 ครั้ง ประกอบด้วย การเล่นส่งต่อหมวกให้กัน พร้อมกับร้องเพลงส่งหมวก เรียนรู้จักชื่อเพื่อน ในกลุ่มและเล่นเกมกินขนม
กลุ่มที่ 2 พุธ - พฤหัสบดี 13.00-14.00 น.			

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะให้ความระมัดระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด ซึ่งระบบโรงพยาบาลได้เน้นเรื่องความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องโดยในการจัดการเล่นบ๊อบบี้ในครั้งนี้ ได้ดำเนินการเล่นบ๊อบบี้ในห้องที่มีความปลอดภัยโดยเป็นห้องที่ใช้ในการจัดกิจกรรมบ๊อบบี้สำหรับผู้ป่วยของโรงพยาบาลหากเกิดอันตรายสามารถขอความช่วยเหลือได้ทันทีและในการดำเนินกลุ่มผู้วิจัยได้จัดให้มีผู้ช่วยวิจัยที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็ก ออทิสติกเข้าร่วมกลุ่มด้วยจำนวน 1 ท่านขณะเดียวกันผู้ปกครองเด็กและผู้บ๊อบบี้ยังให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาขณะดำเนินการเล่นกับเด็ก
7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจหรือสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ
8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว
9. ข้อมูลเกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับหากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม
10. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬารักษ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (จธ.2.2)

สำหรับผู้ปกครองและผู้อยู่ในปกครอง

(Informed consent form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....ซึ่งได้ลงนามทำ

หนังสือนี้เกี่ยวข้องเป็น (โปรดระบุเป็น พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล)

ขอแสดงความยินยอมให้(ด.ช./ด.ญ.)ผู้ที่อยู่ในปกครอง/

ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการเล่นบ๊อบบี้ร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเสาวนีย์ บัวลา

ที่อยู่ติดต่อ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ 61 ถนน สุขุมวิท ซอย 19 ตำบล ปากน้ำ
อำเภอ เมือง จังหวัด สมุทรปราการ 10270 โทรศัพท์ 02-3843381-3 ต่อ 72230 , 089-6160468

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ปกครอง/ผู้ดูแล **ได้รับทราบ** รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการ
การทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่ต้องปฏิบัติ หรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และ
ประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่ม
ประชากรตัวอย่าง หรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็น
อย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ** ยินยอมให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัย
นี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่าง หรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า หรือเป็นความประสงค์ของผู้ที่อยู่ใน
ในปกครอง/ในความดูแล **ถอนตัว** ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ **โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล** ซึ่งการถอนตัว
ออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าและตัว
ข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุเป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา/ผลต่อการศึกษา/ต่อผลการเรียน)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า
ตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่อยู่ในปกครอง/ใน
ความดูแลของข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็น
ภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของ
ข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้า หากผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า **ไม่ได้รับการปฏิบัติตรง
ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬารักษ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147
E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ปกครอง/ผู้ดูแล มีความเข้าใจข้อความในข้อมูลกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือยินยอมโดยตลอดแล้ว ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ
(.....)

พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก จ
ผลการพิจารณาจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเสาวนีย์ บัวลา เกิดวันที่ 31 พฤษภาคม 2523 สถานที่เกิด อำเภอ วังสะพุง จังหวัดเลย สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เขลางค์นคร จังหวัดลำปาง ปีการศึกษา 2544 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจังหวัดนนทบุรี ปีการศึกษา 2549 และเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (นอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการหอผู้ป่วยใน 5 จิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดสมุทรปราการ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2551). **ทำไมเด็กก้าวร้าวรุนแรง**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เรือนปัญญา.
- กัลยาณี อินตะสิน. (2550). **การศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกในระดับปฐมวัยจากการจัดกิจกรรมเคลื่อนไหวประกอบการเล่นเกม**. ปรินญาการศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กฤษฎา ม่วงศรีพิทักษ์. (2552). **การลดพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งในชั้นเรียนของเด็กออทิสติกโดยใช้การชี้แนะด้วยภาพสัญลักษณ์กับการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร**. ปรินญานิพนธ์ จิตวิทยาการศึกษาพิเศษ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- แก้วตา บุปผเวส. (2548). **ความคงทนในการจำคำศัพท์ของเด็กออทิสติกระดับอนุบาลจากการฝึกโดยใช้กิจกรรมเกม**. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม.(การศึกษาพิเศษ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- งานสถิติโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. (2553). **รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี**.
สมุทรปราการ : โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.
- งานสถิติโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. (2553). **รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงประจำปี** .
สมุทรปราการ : โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.
- ยูนีพันธ์. (2544). **การพยาบาลเด็กออทิสติก**. เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. 198 – 205. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จิราพร ศรีเจริญกาญจน์. (2551). **แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมออทิสซึม**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร. (2552). **การเล่นในเด็กป่วย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:ชาวมืองการพิมพ์.
- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2545). **Autism and the Pervasive Developmental Disorders**. **ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น**. กรุงเทพมหานคร : บริษัทปิยอนด์เอ็นเตอร์ไพรซ์, 141-146.
- ชูศรี ปันโต. (2549). **การศึกษาการเล่นบำบัดต่อความสามารถทางสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา**. โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ญานี เหล่าวิริยะรัตน์. (2552). **ผลของการเล่นบำบัดที่มีต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กอนุบาล** ปรินญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานปฐมวัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2549). **การเล่นเพื่อการเรียนรู้ ในเด็กออทิสติก**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- นิรชา เรื่องคารกานนท์. (2551). **เด็กออทิสติก-เด็กสมาธิสั้น**. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- นิรชา เรื่องคารกานนท์, ซาครียา อีเรนตร, รวิวรรณ รุ่งไพรวลัย, ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย และ นิตยา คชภักดี, บรรณาธิการ. 2551. **ตำราพัฒนาการและพฤติกรรม**. กรุงเทพมหานคร โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- นุชนารถ แก้วมาตร. (2547). **การใช้สื่อภาพเพื่อพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสารของเด็กออทิสติก**.วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (จิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2555). **การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินิการวัดเชิงจิตวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ :บริษัท ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ปัทมา บันเทิงจิต. (2548). **การศึกษาทักษะทางสังคมด้านการเล่นกับเพื่อนของเด็กออทิสติกโดยการจัดกิจกรรมที่บ้านของไทยประกอบกับสื่อสารด้วยภาพ**. ปรินูญาณิพนธ์การศึกษา มหาวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พนิดา รัตน์ไพโรจน์. (2550). **ปัญหาพฤติกรรมในเด็กออทิสติก**. กรุงเทพฯ : สถาบัน ราชานุกูล.
- พิรยา นันทนาเนตร. (2551). **การศึกษาการใช้การเล่นบำบัดต่อความสามารถทางสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ**. โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรี สวนแก้ว. (2545). **จิตวิทยาพัฒนาการและการดูแลเด็กปฐมวัย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ดวงกลม.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2556). **ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญแข ลิมศิลา. (2545). **ออทิสซึม. จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์**. สมาคมกุมารแพทย์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- เพ็ญแข ลิมศิลา. (2550). **40 ปี โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ 84 พรรษาพระบารมีที่ระลึก40 ปี โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์**. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- มานิช หล่อตระกูล. (2552). **จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ปียอน อินเตอร์ไพร์ช.

- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ แนวคิดสู่การประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. (2545). คู่มือฝึกและดูแลเด็กออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- วินัดดา ปิยะศิลป์. (2549). เด็กพิเศษและแนวทางการช่วยเหลือ. กรุงเทพฯ : เอลโลการพิมพ์.
- วิมล เนติวิชรกุล. (2548). การศึกษาการเล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมล เนติวิชรกุล. (2550). การเล่นบำบัดสำหรับเด็กออทิสติก 84 พรรษาพระบารมี ที่ระลึก 40 ปี โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2556). คู่มือพ่อแม่่มือใหม่เลี้ยงลูกวัยอนุบาล. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์บีบีเอส.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2550). จิตวิทยาเด็กที่มีลักษณะพิเศษ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน. .
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2545). ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สุชา จันทน์เอม. (2542). จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2545). ช่วยลูกออทิสติก. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและพัฒนา ครอบครัว.
- อัจฉิมา ศิริพิบูลย์ผล. (2552). ทักษะทางสังคมของเด็กปฐมวัยออทิสติกที่ได้รับการจัดกิจกรรมการเล่นแบบร่วมมือ. วิทยานิพนธ์ ศึกษามหาบัณฑิตสาขาวิชาการศึกษปฐมวัย บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อัญญมณี บุญชื้อ. (2551). เรื่องเล่น ไม่ใช่เรื่องเล่น เล่น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สาราเด็ก.

ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association (2000). **Diagnostic and statistical manual of American Psychiatric Publishing, Inc.**
- American Psychiatric Association. (2000). **Practice guideline for the treatment of psychiatric disorders compendium 2000.** Washington, D.C.: [n.p].
- Aubyn, C.St., (1999) .**Using pivotal response training to facilitate appropriate play in children with autistic spectrum disorders.** A. Stahmer, Children's Toddler School, 3020 Children's Way MC5042, San Diego, CA 92123, USA.
- Autism Society of America (ASA). (2007). **What is autism?**. Retrieved May 10, 2007, from <http://www.autism-society.org>.
- Beyer, J., and Gammeltoft, L. (2001). **Autism & Play.** 2nd . London and Philadelphia:

Jessica Kingsley Publishers.

- Bodenmann, G., Cina, A., Ledermann, T., and Sanders, R., (2008). The efficacy of the Triple P-Positive Parenting Program in improving parenting and child behavior : A comparison with two other treatment conditions. **Behaviour Research and Therapy**, Volume 46 (4), 411-427.
- Bratton, C.S., Ray, D., and Landreth, G., (2008). **Hanbook Of Clinical Psychology .** Volume 2 Children and Adolescents. Printed in the United States of America.
- Burns, N., and Grove, S.K., (2005). **The practice of nursing research: Conduct, critique, & Utilization.** 5th ed.. New York: W.B. Saunders.
- Camara van Breemen., (2009). **Using play therapy in paediatric palliative care: listening to the story and caring for the body.** International Journal of Palliative Nursing .: 510 – 514.
- nael, K.D., (2006). **Play Therapy: An Introduction.** Uppersaddle River, NJ: Pearson Educatuon, Inc.
- Chamak, B., Bonniau, .B., Oudaya, L., and Ehrenberg, A., (2011). **The autism diagnostic experiences of French parents.** SAGE Publications and The National Autistic Society .Vol 15(1), 83–97.
- Cochran and Cox., (1992). **Experimental Designs.** 2 nd ed. New York: John Wiley & Sons.
- Crockett , J. L., Fleming, R K., and Stevens, J.s., (2007). Parent training : Acquisition and generalization of discrete trial teaching skills with parent of children with autism. **Research in Developmental Disabilities**, 28, 23-36.
- Dollard, J., and Miller, N.E. (1939). **Frustration and Aggressive.** New Haven. CT : Yale. University.
- Dominguez, A., Ziviani , J., and Rodger, S., (2006). Play behaviors and play object Preferences of young children with autistic disorder in a clinical play environment. **Play and Autistic disorder.** SAGE Publications and The National Autistic Society Vol. 10(1), 53-69.
- Fombonne, E. (2005). Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. **Journal of Clinical Psychiatry.** 66, 3-8.
- Fortinash, M. K. and Holoday Worret ,A. P., (2008). **Psychiatric Mental Health Nursing.** Canada: Mosby Elsevier.
- Gammeltoft, L. and Nordenhof M. S., (2007). **Autism, play and social interaction.** London : Jessica Kingsley Publishers.
- Goodman, R. and Scott, S. (1997). **Child Psychiatry.** Oxford: Blackwell Science

- Goodman , R.and Scott, S., (2005). **Child Psychiatry**. Victory. AU : Blackwell Publising Ltd. Chapter 35, 273-280.
- Hill, A., (2006). Play Therapy with Sexually abused children : Including Parents in Therapeutic play. **Journal compilation**. Child and Family Social Work: 316-324
- Isenberg, J. P., and Jalongo, M.R., (1993). **Creative expression and play in the early childhood curriculum**. New York: Macmillan Publishing Company.
- Jafari, N., Mohammadi, M., Khanbani,S., Farid,S., and Chiti, P., (2011). Effect of Play Therapy on Behavioral Problems of Maladjusted Preschool Children. **Iran Psychiatry**, 6, 37-42 .
- Jay Goydon., (2013). **Preventing Autism**. John Wiley & Sons, Inc.
- Johnson, David W., and Johnson, Roger T., (1995). **Cooperative Learning and Strategies For inclusion ; celebrating diversity in the classroom**. Edited by Joanne W. Putnam. Virginia: Paul H. Brookes.
- Jull, S and Mirenda, P., (2011). Parents as Play Date Facilitators for Preschoolers with Autism. **Journal of positive Behavior Interventions**. Vol.13,17-30.
- Kanner, L., (1943). **Autistic disturbances of affective contact**. Nerv Child 2 : 217-50.
- Kasari, C., (2002). Assessing Chang in Early Intervention Program For Children with Autism. **Journal of Autism and Developmental Disorder**. 32 (5) : 447-61.
- Kasari, C., Freeman, S., and Paparella, T., (2006). **Joint attention and symbolic play In Journal of Child Psychology and Psychiatry** . UCLA, USA . 47:6, pp 611-620.
- Kasari, C., Paparella, T., Freeman, S.N., and Jahromi, L.,(2008). Language outcome in autism : Randomized comparison of joint attention and play Intervention. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 76,125-137.
- Kathy, Y.K., Choi, Hanna, K. (2013). Do maternal attributions play a role in the acceptability of behavioral interventions for problem behavior in children with autism spectrum disorder. **Research in Autism Spectrum Disorders** . 7, 984-996.
- Keen, D., Rodger, S., Doussin , K., and Braithwaite, M., (2007). **A pilot study of effects of a social – pragmatic intervention on the communication and symbolic of children with autism**. SAGE Publications and The National Autistic Society . Vol. 11(1), 63-71.
- Kenny, C. M., Winnick, B., C. (2000). An Integative Approach to Play Therapy With an Autistic Girl. **International Journal of Play Therapy** :11-33.

- Koegel, R.L., Winer, G.A., Vismara, L. A., and Koegel, L.K., (2005). The effectiveness of contextually supported play date interactions between children with autism and typically developing peers. **Research & Practice for Persons with Severe Disabilities**, 30, 93-102.
- Landreth, G. L., (2002). **Play therapy : The art of the relationship**. New York, NY : Brunner - Routledge.
- Lu , L., Petersen, F., Lacroix, L ., and Rousseau, C., (2010). Stimulating creative play in children with autism through sandplay. **The Arts in Psychotherapy**. 37, 56–64.
- Mancini and Palagi., (2009). **Play and social dynamics in a captive herd of gelada baboons**. (Theropithecus gelada) Centro Interdipartimentale Museo di Storia Naturale del Territorio, University di Pisa, Via Roma 79, 5.
- Machalicek, W et al. (2009). Increasing play and decreasing the challenging behavior of children with autism during recess with activity schedules and task correspondence training. **Research in Autism Spectrum Disorders**. 3 (2,) 547–555.
- Mastrangelo, S., (2009). Play and the Child With Autism Spectrum Disorder : From Possibilities to Practice. **International Journal of Play Therapy**, 18 (1),13–30.
- Mikhail, Achraf G., and King, Bryan H. (2001). **Self – Injurious Behavior in Mental Retardation**. Current Opinion in Psychiatry. 14 (5), 457 – 461.
- Nims, D.R . (2007). Integrating play therapy techniques into solution focused brief therapy. **International Journal of Play Therapy**. 16 , 54-68.
- Nims, D.R. (2011). Using play therapy techniques in a Bowenian theoretical Context. **The family Journal : Counseling and Therapy for Couples and families**, 19 (1), 83-89.
- O'Connor, C., and Stagnitti, K. (2011). Play, behaviour, language and social skills: The comparison of a play and a non-play intervention within a specialist school setting. **Research in developmental disabilities**.32. 1205-1211.
- Opitz, B.V., Ing,S., and Kong, Y, T. (2004). **Comparison of behavioural and natural play interventions for young children with autism**. SAGE Publications and The NationalAutistic Society.Vol 8(3), 319–333.
- Osborne, A. L., McHugh, L., Saunders, J., and Reed, P. (2009). A possible contra-indication for early diagnosis of Autistic Spectrum Conditions: Impact on parenting stress. **Research in Autism Spectrum Disorders**.Vol 2.707–715.

- Patricia ,H. Hawley, Todd ,D., Little , and Philip C. R. (2007). **Aggression and Adaptation : The Bright side to Bad Behavior**. New Jorsey: law rence Erlbaum Associates, Inc.
- Peters, T. (1997). **Autism : From Theoretical Understanding to Educational Intervention**. San Diego: Singular Publishing Group.
- Peters, K.T. (2008). **Peer Play Intervention and its Effect on the Socail,Communication,and Play Skills of Students with Autism ages 3-5**. Innovation and Leadership Wilmington University.
- Quill et al. (2002). **DO – WATCH – LISTEN – SAY Social and Communication Interventionfor Children with Autism**. 2 nd. Maryland: Paul H. Brookes Publishing.
- Rachael A., Sautter, Linda A., LeBlanc, and Jill N. Gillett. (2008). Using free operant preference assessments to select toysfor free play between children with autism and siblings. **Research in Autism Spectrum Disorders**. 2 .17–27.
- Sally, J.R., (2000). Intervention That Facilitate Socialization in Children with Autism. **Journal Of Autism and Developmental Disorder**. 30 (5): 399-409.
- Siegel, B. (1996). **The Word of The Autistic Child : Understanding and Teaching Autistic Spectrum Disorders**. New York: Oxford University Press.
- Spitzer, S. L. (2008). Play in children with autism: Structure and experience. **Play in Occupational Therapy for Children**. 2nd ed., (pp. 351-374). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Solomon, M., Olsen, E., Niendam T., Ragland, D. J., Yoon, J. Minzenberg, M. & Carter, S. C. (2011). From lumping to splitting and back again: Atypical social and language development in individuals with clinical-high-risk for psychosis, first episode schizophrenia, and autism spectrum disorders. **Schizophrenia Research**. United States : 146–151
- Tameral, L., Wiggins., Kate Sofrnoff., Mattrew R., and Sander. (2009). **Pathways Triple P- Positive Parenting Program Effects on Parent-Child Relationships and Child Behavior Problams**. Family Process. Vol. 48 (4), 517-530.
- Teplin, S.W. (1999). **Autism and Related Disorders, In Developmental-Behavioral Pediatrics**. 3rd ed.Edited by Melvin D.Levine , William B. Carey and Allen C. Crocker. Philadelphia .
- Vygotsky, L. (1978). **The Role of Play in Development** (pp. 92-104). In Mind in Society. (Trans. M. Cole). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wing, L. (1997). **Reducing Inappropriat Behavior : Autistic Spectrum**. London:

Rowland Phototypesetting Limited.

Wittenborn, A. K., Faber, A. J., Harvey, A. M., and Thomas, V. K. (2006). Emotionally Focused Family Therapy and Play Therapy Techniques. **The American Journal of Family Therapy**.34, 333-342.

Wolfberg, P. J. (1999). **Play and Imagination in Children with Autism**. New York and London: Teachers College Press.

Wolfberg, P.J. and Schuler, A.L. (1999). Fostering peer intervention, imaginative play and spontaneous language in children with autism. **Child language Teaching and Therapy**, 15, 41-52.

Wolfberg P.J., and Schuler L.A. (2006). **Promotion reciprocity and symbolic representation in children with autism spectrum disorder** : Designing quality peer play intervention. In T. Charman,&W.Stone (Eds.),*Social and communication development in autism spectrum disorder:Early identification,diagnosis,and intervention*.New York : The Guilford Press.

Yodofsky, S., Silver, J.M., and Jackson, W. (1986). The Overt Aggressive scale for the objective rating of verbal and physical aggression. **American Journal of psychiatry**, 143 (1), 35-39.