

การรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่ออาชญากรรมสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

นายธีรพงศ์ แสงนาค



โครงการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

PARENTAL PERCEPTION OF HIPPO THERAPY FOR CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS

Mr. Teerapong Sangnark

A Research Project in Partial Fulfillment of the Requirements

For the Degree of Bachelor of Science in Psychology

Faculty of Psychology

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

ธีรพงศ์ แสงนาค : การรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่ออาชานำบำบัดสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ.

(PARENTAL PERCEPTION OF HIPPO THERAPY FOR CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS)

อ. ที่ปรึกษา : ผศ.ดร. พรรณระพี สุทธิวรรณ, 57 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประเมินของผู้ปกครองที่มีต่อพัฒนาการด้านต่างๆ คือ พัฒนาการทางด้านร่างกาย พัฒนาการทางด้านสติปัญญา พัฒนาการทางด้านภาษา และพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมของเด็กที่มีความต้องการพิเศษหลังเข้ารับอาชานำบำบัด และศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อการได้รับบริการอาชานำบำบัด โดยศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองที่พาเด็กที่มีความต้องการพิเศษไปเข้ารับอาชานำบำบัดที่กองกำกับการ 4 (ตำรวจม้า) จำนวน 76 คน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ปกครองของเด็กที่มีความต้องการพิเศษรับรู้ว่าจะ หลังเข้ารับอาชานำบำบัด เด็กมีพัฒนาการทั้งสี่ด้านดีขึ้นในระดับดีขึ้นปานกลางถึงดีขึ้นมาก
2. ผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อบริการอาชานำบำบัดสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ในระดับมากถึงมากที่สุด

หลักสูตร.....วิทยาศาสตร์บัณฑิต.....ลายมือชื่อนิสิต..... *สุวรรณค์* *แสงนาค*
สาขาวิชา.....จิตวิทยา.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา.....2550.....

4737435338 TEERAPONG SANGNARK: PARENTAL PERCEPTION OF HIPPO THERAPY FOR CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS.

RESEARCH PROJECT ADVISOR: ASSIT PROF. PANRAPEE SUTTIWAN, 57 pp.

The purposes of this research were to study the parents' evaluation of their children's development, which are physical, cognitive, language, and socioemotional developments, after having hippotherapy services, and to study the parents' satisfaction on hippotherapy services. The participants were 76 parents who brought their children with special needs to the Special Operation Police Division (Police Horse) for hippotherapy services. The instruments used in the study were the Developmental Evaluation Questionnaire and the Service Satisfaction Questionnaire.

Results show that:

1. Parents perceived that after having hippotherapy services, their special children had better development in all developmental domains at the levels of somewhat better to much better.
2. Parents reported they were much to very much satisfied with the hippotherapy services provided for their children with special needs.

Program:.....Bachelor of Science.....Student's signature *ธีรพงศ์ สังนาร์*.....
 Field of Study:.....Psychology.....Advisor's signature *Panrapee Suttiwan*.....
 Academic Year....2007.....

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องด้วยความกรุณาช่วยเหลือและดูแลอย่างดียิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรรณระพี สุทธิวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ซึ่งท่านได้กรุณาสละเวลาถ่ายทอดวิชาความรู้ คำแนะนำ และข้อคิดต่างๆ ในการวิจัย ตลอดจนตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งจนกระทั่งโครงการวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยตระหนักในความกรุณาเสมอมา จึงใคร่ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านในคณะจิตวิทยาที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้ ผู้วิจัยตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษา

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์อาชาบำบัด ณ กองกำกับการ 4 ทุกท่าน รวมถึงคุณครูและเจ้าหน้าที่โรงเรียนอนุบาลเสริมมิตรทุกท่าน ที่ให้ความเอื้อเฟื้อด้านสถานที่เก็บข้อมูล และให้ความช่วยเหลือขณะเก็บข้อมูล รวมไปถึงผู้ปกครองที่น่ารักทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาตอบแบบสอบถามจนทำให้โครงการวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบคุณเพื่อนๆ ทุกคน ทั้งเพื่อนร่วมรุ่นและต่างรุ่นคณะจิตวิทยา รวมไปถึงเพื่อนต่างคณะ ต่างมหาวิทยาลัย ที่คอยให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และครอบครัว ผู้อยู่เบื้องหลังความสำเร็จในครั้งนี้ ที่มอบความรัก ความเข้าใจ กำลังใจ และคอยสนับสนุนด้านการศึกษาเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นพยายามทำโครงการวิจัยจนสำเร็จการศึกษา

ธีรพงศ์ แสงนาค

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อโครงการวิจัยภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อโครงการวิจัยภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
* สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	4
วัตถุประสงค์.....	25
ขอบเขตของการวิจัย.....	25
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	25
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	27
บทที่ 2 วิธีดำเนินการวิจัยและวิธีรวบรวมข้อมูล.....	28
กลุ่มตัวอย่าง.....	28
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	28
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	29
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	29
บทที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	32
บทที่ 4 อภิปรายผลการวิจัย.....	41
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	42
รายการอ้างอิง.....	48
ภาคผนวก.....	51

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	อายุของเด็กที่เข้ารับอาชานำบัด.....	32
2	จำนวนครั้งที่ผู้ปกครองพาเด็กมาเข้ารับอาชานำบัด.....	33
3	เพศของเด็กที่เข้ารับอาชานำบัด โรคหรืออาการที่ได้รับการระบุโดยแพทย์ และวิธีการรักษาอื่นนอกเหนือจากอาชานำบัด.....	33
4	ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ปกครองที่พาเด็กที่มีความต้องการพิเศษมาเข้ารับอาชานำบัด	34
5	ตารางแสดงค่าเฉลี่ยการประเมินของผู้ปกครองในระดับต่างๆ ที่มีต่อพัฒนาการ ทางด้านร่างกายของเด็กหลังการทำอาชานำบัด.....	36
6	ตารางแสดงค่าเฉลี่ยการประเมินของผู้ปกครองในระดับต่างๆ ที่มีต่อพัฒนาการ ทางด้านสติปัญญาของเด็กหลังการทำอาชานำบัด.....	36
7	ตารางแสดงค่าเฉลี่ยการประเมินของผู้ปกครองในระดับต่างๆ ที่มีต่อพัฒนาการ ทางด้านภาษาของเด็กหลังการทำอาชานำบัด.....	37
8	ตารางแสดงค่าเฉลี่ยการประเมินของผู้ปกครองในระดับต่างๆ ที่มีต่อพัฒนาการ ทางด้านอารมณ์และสังคมของเด็กหลังการทำอาชานำบัด.....	38
9	ตารางแสดงค่าเฉลี่ยการประเมินของผู้ปกครองที่มีต่อพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กที่เข้ารับอาชานำบัด เมื่อเปรียบเทียบกันโดยใช้กลุ่มสูงต่ำของจำนวนครั้ง ในการเข้ารับการบำบัดเป็นเกณฑ์.....	39
10	ตารางแสดงค่าเฉลี่ยการประเมินของผู้ปกครองในระดับต่างๆ ของความพึงพอใจ ในการบริการอาชานำบัด.....	40

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันทั้งภาครัฐและเอกชน ต่างตื่นตัวต่อปัญหาของเด็กที่มีความต้องการพิเศษมากขึ้น ดร.กฤษยา ก่อสุวรรณ ประธานโครงการจัดตั้งสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้มีความสามารถพิเศษ และเด็กที่มีความต้องการพิเศษแห่งชาติ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อธิบายเกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษว่า เด็กที่มีความต้องการพิเศษนั้น มีหลายประเภทเช่น เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้หรือที่เรียกง่ายๆ ว่าเด็กแอลดี เด็กออทิสติก เด็กสมาธิสั้น เด็กที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นและการได้ยิน เป็นต้น เด็กที่มีความต้องการพิเศษบางประเภทโดยเฉพาะเด็กแอลดี เด็กออทิสติกและเด็กสมาธิสั้นปัจจุบันนี้มีอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นอย่างมากทั้งในบ้านเราและในต่างประเทศทั่วโลก ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยมีเด็กแอลดี สมาธิสั้น ออทิสติก สูงถึง 2 ล้านคน (http://www.elib-online.com/doctors50/child_child009.html)

ซึ่งนายแพทย์วิระยุทธ ประพันธ์พจน์ หัวหน้าศูนย์วิจัยพันธุศาสตร์การแพทย์ สถาบันราชานุกูล ได้กล่าวถึงสาเหตุความผิดปกติทางสติปัญญาของเด็กนั้น ที่ทำการตรวจด้วยชุดตรวจ Subtelomeric FISH มีสาเหตุมาจากสองปัจจัย คือ (ก)สิ่งแวดลอม ซึ่งเกิดจากปัญหาในระหว่างที่คุณแม่ตั้งครรภ์ เช่น ติดเชื้อโรคบางชนิดเช่นหัดเยอรมัน หรือสัมผัสกับสารพิษบางชนิด, เกิดปัญหาในระหว่างทารกคลอด เช่น คลอดยาก หรือคลอดก่อนกำหนด, ไปจนถึงการกระทบกระเทือนที่สมองของลูกที่เกิดขึ้นภายหลังคลอดแล้ว และ(ข)พันธุกรรม เกิดจากความผิดปกติของสารพันธุกรรม ตั้งแต่ความผิดปกติในระดับโครโมโซมไปจนถึงความผิดปกติในระดับยีนตัวอย่างเช่น เด็กกลุ่มอาการดาวน์ หรือดาวน์ซินโดรม เนื่องจากมีโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมาตัวหนึ่ง (http://www.elib-online.com/doctors50/child_child009.html)

ด้วยเหตุนี้ ในปัจจุบันจึงเกิดศาสตร์แห่งการบำบัดรักษาเด็กที่มีความต้องการพิเศษขึ้นมากมาย และศาสตร์ที่ผู้วิจัยสนใจคือ “อาซาบำบัด” หรือ Hippotherapy ซึ่งสมาคมขี่ม้าเพื่อการบำบัดรักษาในสหรัฐอเมริกา (AHA = American Hippotherapy Association) ได้ถูกก่อตั้งขึ้นเพื่อการพัฒนาศาสตร์แห่งการบำบัดรักษานี้ ทางสมาคมได้กล่าวว่า อาซาบำบัด คือการรักษาที่ใช้การเคลื่อนไหวแบบหลายมิติของม้า ในภาษากรีกคำว่า “hippos” แปลว่าม้า อาซาบำบัดเป็นการบำบัดรักษาโดยใช้กระบวนการบำบัดสามลักษณะคือ ทางกายภาพบำบัด(Physical Therapy) กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) และอรรถบำบัด(Speech-Language Pathology) การ

บำบัดด้วยวิธีนี้มีมาตั้งแต่ 460 ปีก่อนคริสต์ศักราช และมีความแพร่หลายทั่วทั้งยุโรป อังกฤษ และ แคนาดา(<http://www.americanequestrian.com/hippotherapy.htm>)

ส่วนในประเทศไทยยังไม่เป็นที่รู้จักกว้างขวางนัก และยังไม่มียานวิจัยที่รองรับ ภายในประเทศ แต่มีสถานที่ที่ให้การสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมอาซาบำบัดขึ้นมา เช่น กองกำกับการ 4 (ตำรวจม้า) เพื่อให้บริการอาซาบำบัดแก่เด็กที่มีความต้องการพิเศษ

เพื่อที่จะได้บำบัดทุกข์ บำรุงสุข ให้แก่ประชาชนได้อย่างแท้จริงภารกิจของตำรวจยุคใหม่ จึงไม่ใช่แค่เพียงไล่จับผู้ร้าย แต่ต้องทำกิจกรรมที่มีส่วนร่วมกับสังคมด้วย ไม่เว้นแม้กระทั่งตำรวจม้า ที่ไม่เพียงจะมีภารกิจหลักคือการอารักขาสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ตลอดทั้งพระบรมวงศานุวงศ์ ในการเสด็จพระราชดำเนินตามหมายกำหนดการ ต่างๆ เท่านั้น เพราะเมื่อว่างเว้นจากงานในส่วนนี้ คุณพี่ตำรวจม้าใจดี ก็ได้มีการจัดสรรทรัพยากร ไปใช้อย่างคุ้มค่า นั่นคือ นำม้าที่มีอยู่มาใช้ในการบำบัดให้กับเด็กที่มีความต้องการพิเศษนั่นเอง (Tennie, 2007, p. 107)

อาซาบำบัดเป็นกิจกรรมบนหลังม้าที่ให้ความสำคัญกับผู้รับการบำบัดมาก การบำบัดเกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมภายใต้การควบคุม ซึ่งทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดเกิดการตอบสนองการปรับตัวที่เหมาะสม และทักษะการขี่ม้าโดยเฉพาะนั้นไม่ได้ถูกสอนดังเช่นในการบำบัดโดยการขี่ม้า (Therapeutic Riding) ซึ่งผลที่ได้รับอย่างพื้นฐานนั้นคือการพัฒนาการทำงานของระบบประสาท และกระบวนการรับสัมผัส ซึ่งสามารถพัฒนาต่อไปถึงการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้เข้ารับการบำบัดได้ (<http://www.americanequestrian.com/hippotherapy.htm>)

ทางด้านกายภาพ อาซาบำบัดสามารถปรับสมดุลการทรงตัว การเคลื่อนไหว และการทำงานของกล้ามเนื้อ และอาซาบำบัดยังมีผลทางด้านจิตวิทยา ปัญญา พฤติกรรม และการสื่อสาร สำหรับผู้เข้ารับการบำบัดทุกช่วงอายุ ผู้ที่สามารถใช้ประโยชน์จากอาซาบำบัดได้นั้นมีได้หลากหลายจากการวินิจฉัย ตัวอย่างเช่น ความพิการทางสมอง(Cerebral Palsy) โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง(Multiple Sclerosis) พัฒนาการล่าช้า(Developmental Delay) ความบาดเจ็บที่สมอง(Traumatic Brain Injury/Stroke) ออทิสติก(Autism) ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disabilities) โรคความผิดปกติทางพันธุกรรม(Genetic Syndromes) ความผิดปกติทางการประมวลระบบการรับรู้ลึก(Sensory Integration Disorders) และความผิดปกติทางการพูดและภาษา(Speech-Language Disorders) อย่างไรก็ตามอาซาบำบัด (Hippotherapy) ไม่ได้เหมาะกับผู้เข้ารับการบำบัดทุกคน ผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละคนต้องได้รับการประเมินศักยภาพความพร้อมโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพโดยเฉพาะ ก่อนจะเข้ารับการบำบัดด้วย (<http://www.americanequestrian.com/hippotherapy.htm>)

Benjamin (2000) กล่าวถึงการบำบัดที่นักบำบัดจะใช้กิจกรรมบนหลังม้าเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้เข้ารับการบำบัด และจะให้ความสำคัญโดยเฉพาะต่อส่วนที่ต้องการให้ประสบความสำเร็จ การเคลื่อนไหวของม้าทำให้เกิดการพัฒนาการทำงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท และกระบวนการรับสัมผัส ซึ่งสามารถส่งผลต่อไปยังกิจกรรมภายนอกอื่นๆ ได้ อาชบาบำบัดไม่ใช้การวางระบบการรักษาทางคลินิก และเป็นการปรับสิ่งแวดล้อมในการบำบัดตามธรรมชาติ ส่งผลให้เกิดความนิยมในการใช้อาชบาบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือในการรักษา สำหรับสังคมผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาอาชบาบำบัดในประเทศไทย โดยศึกษาในมุมมองของผู้ปกครองที่นำพาบุตรหลานที่เป็นเด็กมีความต้องการพิเศษเข้ารับการบำบัด ว่ามีความคิดเห็นอย่างไรต่อผลของอาชบาบำบัดที่เกิดขึ้นกับบุตรหลานของตน

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยจะนำเสนอแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 5 หัวข้อดังนี้

1. ประเภทของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
 2. ลักษณะของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
 3. พัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก
 4. แนวความคิดอาซาบำบัด (Hippotherapy)
 5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
1. ประเภทของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

การจัดแบ่งประเภทของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ มักจะทำเพื่อเป็นการจัดให้สอดคล้องกับการจัดบริการ และให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม ซึ่งการจัดแบ่งประเภทจึงมีความแตกต่างกัน ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดแบ่งเด็กที่มีความต้องการพิเศษตามลักษณะไว้ดังนี้

- 1) แบ่งตามความบกพร่อง (Classification of Impairment) ได้แก่
 - 1.1) บกพร่องทางสติปัญญาหรือความทรงจำ (Intelligence or Memory Impairment)
 - 1.2) บกพร่องทางจิตอื่น ๆ (Other Psychological Impairment)
 - 1.3) บกพร่องทางภาษาหรือการสื่อความหมาย (Language or Communication Impairment)
 - 1.4) บกพร่องทางการได้ยิน (Aural Impairment)
 - 1.5) บกพร่องทางการมองเห็น (Ocular Impairment)
 - 1.6) บกพร่องทางอวัยวะภายใน (Visceral Impairment)
 - 1.7) บกพร่องทางโครงกระดูก (Skeletal Impairment)
 - 1.8) บกพร่องทางประสาทสัมผัส (Sensory Impairment)
 - 1.9) อื่น ๆ
- 2) แบ่งตามการไร้ความสามารถ (Classification of Disabilities)
 - 2.1) ไร้ความสามารถทางอุปนิสัย (Behavior Disabilities)

- 2.2) ได้รับความสามารถทางการสื่อความหมาย (Communication Disabilities)
- 2.3) ได้รับความสามารถทางการดูแลตนเอง (Personal Care Disabilities)
- 2.4) ได้รับความสามารถทางการเคลื่อนไหว (Locomotor Disabilities)
- 2.5) ได้รับความสามารถทางความคล่องแคล่วของอวัยวะ (Dexterity Disabilities)
- 2.6) ได้รับความสามารถทางสิ่งแวดล้อม (Environmental Disabilities)
- 2.7) ได้รับความสามารถในบางสถานการณ์ (Situational Disabilities)

3) แบ่งตามการเสียเปรียบ (Classification of Handicap)

- 3.1) เสียเปรียบทางความสำนึก (Orientation Handicap)
- 3.2) เสียเปรียบทางกายไม่เป็นอิสระ ต้องพึ่งผู้อื่น (Physical Independence Handicap)
- 3.3) เสียเปรียบทางการเคลื่อนไหว (Mobility Handicap)
- 3.4) เสียเปรียบทางด้านกิจกรรม (Occupation Handicap)
- 3.5) เสียเปรียบทางด้านสังคม (Social Integration Handicap)
- 3.6) เสียเปรียบทางสภาพเศรษฐกิจ (Economic Self-Sufficiency Handicap)

คณะกรรมการร่วมขององค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ หรือ ยูนิเซฟ (UNICEF) กับองค์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการระหว่างประเทศ ได้กำหนดประเภทของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ โดยอาศัยลักษณะของความพิการและปัญหาของเด็กเป็นเกณฑ์ คือ

- 1) ตาบอด
- 2) มองเห็นได้อย่างเลือนลาง หรือบางส่วน
- 3) มีความบกพร่องทางการได้ยิน
- 4) ปัญญาอ่อน
- 5) พิกัดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ซึ่งเกิดจากความพิการทางสมอง ความพิการทางแขน ขา ลำตัว
- 6) มีความบกพร่องทางการพูด หรือ การใช้ภาษา
- 7) มีปัญหาการเรียนรู้เฉพาะด้าน
- 8) มีปัญหาทางพฤติกรรมต่าง ๆ

- 9) เรียนหนังสือได้ช้า
- 10) มีปัญหาความพิการซ้อน

กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกกฎกระทรวง ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2537) เรื่องกำหนดประเภทและหลักเกณฑ์คนพิการ ไว้ดังนี้

ข้อ 1 ประเภทของคนพิการมีดังต่อไปนี้

- (ก) คนพิการทางการมองเห็น
- (ข) คนพิการทางการได้ยิน หรือการสื่อความหมาย
- (ค) คนพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหว
- (ง) คนพิการทางจิตใจ หรือพฤติกรรม
- (จ) คนพิการทางสติปัญญา หรือการเรียนรู้

ข้อ 2 คนพิการทางการมองเห็น ได้แก่

- (ก) คนที่มีสายตาข้างที่ต่ำกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้วมองเห็นน้อยกว่า $\frac{6}{8}$ หรือ $\frac{20}{70}$ ลงไปจนมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่างหรือ
- (ข) คนที่มีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

ข้อ 3 คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย ได้แก่

- (ก) คนที่ได้ยินเสียงที่ความถี่ 500 เฮิรตซ์ 1000 เฮิรตซ์ หรือ 2000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ต่ำกว่า ที่มีความดังเฉลี่ยดังต่อไปนี้
 - (1) สำหรับเด็กอายุไม่เกิน 7 ปี เกิน 40 เดซิเบลขึ้นไป จนไม่ได้ยินเสียง
 - (2) สำหรับคนทั่วไปเกิน 55 เดซิเบลขึ้นไปจนไม่ได้ยินเสียง หรือ
- (ข) คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเข้าใจ หรือการใช้ภาษา ไม่สามารถสื่อความหมายกับคนอื่นได้

ข้อ 4 คนพิการทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่

- (ก) คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน และไม่สามารถประกอบกิจกรรมหลักในชีวิตประจำวันได้หรือ

- (ข) คนที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขาหรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรงโรคข้อ หรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรคเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจกรรมหลักในชีวิตประจำวันหรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติได้

ข้อ 5 คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางจิตใจ หรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ ความคิด จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น

ข้อ 6 คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางสติปัญญาหรือสมอง จนไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการศึกษาปกติได้

นอกจากนี้ยังมีนักการศึกษาพิเศษได้จัดประเภทของเด็กที่มีความต้องการพิเศษแบบต่างๆ ดังต่อไปนี้

Cruickshank and Johnson (1967) อ้างถึงใน พิมพ์พรรณ วรชุตินทร (2542) ได้แบ่งประเภทของเด็กที่มีความต้องการพิเศษไว้ดังนี้

- 1) เด็กที่มีความต้องการพิเศษด้านสติปัญญา
 - 1.1) เด็กปัญญาเลิศ
 - 1.2) เด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำพอเรียนได้
 - 1.3) เด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำพอฝึกได้
- 2) เด็กที่มีความต้องการพิเศษด้านร่างกาย
 - 2.1) เด็กที่มีสายตาเลือนราง
 - 2.2) เด็กตาบอด
 - 2.3) เด็กหูตึง หูหนวก
 - 2.4) เด็กที่มีข้อบกพร่องทางการพูด
 - 2.5) เด็กพิการแขนขาและลำตัว
 - 2.6) เด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง
- 3) เด็กที่มีความต้องการพิเศษด้านอารมณ์
 - 3.1) เด็กที่มีปัญหาการปรับตัวและอารมณ์

Kirk (1962) อ้างถึงใน พิมพ์พรรณ วรชุตินทร (2542) แบ่งประเภทของเด็กที่มีความต้องการพิเศษไว้ดังนี้

- 1) เด็กปัญญาเลิศ
- 2) เด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำ
 - 2.1) ประเภทพอเรียนได้
 - 2.2) ประเภทพอฝึกได้
- 3) เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
 - 3.1) หูตึง
 - 3.2) หูหนวก
- 4) เด็กที่มีความบกพร่องด้านสายตา
 - 4.1) เห็นบางส่วน
 - 4.2) ตาบอด
- 5) เด็ก Cerebral Palsy (C.P.)
- 6) เด็กแขนขาล้มตัวพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง
- 7) เด็กที่มีความบกพร่องด้านการพูด
- 8) เด็กที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน
 - 8.1) มีปัญหาด้านอารมณ์
 - 8.2) ปรับตัวในสังคมไม่ได้

Barbe (1963) อ้างถึงใน พิมพ์พรรณ วรชุตินทร (2542) จัดแบ่งประเภทเด็กที่มีความต้องการพิเศษไว้ดังนี้

- 1) เด็กที่มีความต้องการพิเศษด้านสติปัญญา
 - 1.1) ระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติ
 - 1.2) ระดับสติปัญญาสูงกว่าปกติ ได้แก่ เด็กปัญญาเลิศ
- 2) เด็กที่มีความต้องการพิเศษด้านร่างกาย
 - 2.1) สายตาพิการ ได้แก่ ตาบอด มองเห็นบางส่วน
 - 2.2) ความได้ยินบกพร่อง ได้แก่ หูตึง หูหนวก
 - 2.3) การพูดบกพร่อง
 - 2.4) แขนขาล้มตัวพิการ
 - 2.5) มีปัญหาด้านสุขภาพ
 - 2.6) โรคลมชัก

- 2.7) โรคหัวใจ
- 2.8) ร่างกายเจริญเติบโตผิดปกติ
- 2.9) มีความผิดปกติซ้ำซ้อน
- 3) เด็กที่มีความต้องการพิเศษที่มีความบกพร่องด้านการรับรู้ และมีปัญหาด้านอารมณ์และสังคม
 - 3.1) พิกัดด้านการรับรู้
 - 3.2) มีปัญหาด้านอารมณ์และสังคม

Cruickshank (1971) อ้างถึงใน พิมพ์พรรณ วรชุตินทร (2542) แบ่งประเภทเด็กที่มีความต้องการพิเศษไว้เพื่อให้ความรู้ด้านจิตวิทยาของเด็กที่มีความต้องการพิเศษแต่ละประเภท โดยแยกเป็น 9 ประเภท ดังนี้

- 1) มีข้อบกพร่องด้านการพูด
- 2) สายตาบกพร่อง
- 3) แขนขาและลำตัวพิการ
- 4) สมอบาดเจ็บ
- 5) การได้ยินบกพร่อง
- 6) เจ็บป่วยเรื้อรัง
- 7) ระดับสติปัญญาต่ำ
- 8) ระดับสติปัญญาสูง
- 9) ปัญหาด้านอารมณ์

Telford and Sawrey (1977) อ้างถึงใน พิมพ์พรรณ วรชุตินทร (2542) จัดแบ่งประเภทเด็กที่มีความต้องการพิเศษไว้ดังนี้

- 1) ด้านสติปัญญา
 - 1.1) ระดับสติปัญญาสูงกว่าปกติ
 - 1.2) มีความคิดสร้างสรรค์สูง
 - 1.3) ระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติ
 - ระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติไม่มากนัก
 - ระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติมาก
 - 1.4) ไม่สามารถเรียนหรือเรียนไม่ได้โดยเฉพาะเป็นพิเศษ
 - 1.5) มีวัฒนธรรม 2 วัฒนธรรม

- 2) ประสาทสัมผัสพิการ
 - 2.1) สายตาพิการ
 - 2.2) การได้ยินบกพร่อง
- 3) การเคลื่อนไหวและการพูดผิดปกติ
 - 3.1) แขนขาและลำตัวพิการ
 - 3.2) การพูดและการสื่อความหมายมีความบกพร่อง

2. ลักษณะของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (http://www.nrru.ac.th/web/Special_Edu/2-2.html)

1) เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (Children with Intellectual Disabilities)

เด็กบกพร่องทางสติปัญญา หมายถึง เด็กที่มีระดับสติปัญญา หรือเซอวิปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเมื่อเทียบเด็กในระดับอายุเดียวกัน มี 2 กลุ่ม คือ

- 1.1) เด็กเรียนช้า หมายถึง เด็กที่มีความสามารถในการเรียนล่าช้ากว่าเด็กปกติจัดเป็นพวกขาดทักษะในการเรียนรู้ หรือมีความบกพร่องทางสติปัญญาเพียงเล็กน้อย เด็กเหล่านี้จะมีระดับสติปัญญา (IQ) ประมาณ 71-90
- 1.2) เด็กปัญญาอ่อน หมายถึง เด็กที่มีภาวะพัฒนาการของจิตใจหยุดชะงัก หรือเจริญไม่เต็มที่ ซึ่งแสดงลักษณะเฉพาะ คือ มีระดับสติปัญญาต่ำ มีความสามารถในการเรียนรู้ต่ำ มีพัฒนาการทางกายล่าช้าไม่เหมาะสมกับวัย มีความสามารถจำกัดในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม

เด็กปัญญาอ่อนแบ่งตามระดับสติปัญญา (IQ) ได้ 4 กลุ่ม คือ

- ก) เด็กปัญญาอ่อนขนาดหนักมาก มีระดับสติปัญญาต่ำกว่า (IQ) 20 ลงไป
- ข) เด็กปัญญาอ่อนขนาดหนัก มีระดับสติปัญญา (IQ) ระหว่าง 20-34
- ค) เด็กปัญญาอ่อนขนาดปานกลาง มีระดับสติปัญญา (IQ) ระหว่าง 35-49
- ง) เด็กปัญญาอ่อนขนาดน้อย มีระดับสติปัญญา (IQ) ระหว่าง 50 -70 กลุ่มนี้พอจะเรียนในระดับประถมศึกษาได้ และสามารถฝึกอาชีพและงานง่าย ๆ ได้ เรียกโดยทั่ว ๆ ไปว่า E.M.R. (Educable Mentally Retarded)

2) เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน (Children with Hearing Impaired)

เด็กบกพร่องทางการได้ยิน หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่อง หรือสูญเสียการได้ยิน เป็นเหตุให้การรับฟังเสียงต่าง ๆ ได้ไม่ชัดเจน มี 2 ประเภท คือ

2.1) เด็กหูตึง หมายถึง ผู้ที่สูญเสียการได้ยินถึงขนาดที่ทำให้มีความยากลำบากจนไม่สามารถเข้าใจคำพูดและการสนทนาได้ แต่ไม่ถึงกับหมดโอกาสที่จะเข้าใจภาษาพูดจากการได้ยินด้วยหูเพียงอย่างเดียว โดยไม่มี หรือไม่ใช่เครื่องช่วยฟัง แบ่งตามระดับการได้ยิน ซึ่งอาศัยเกณฑ์การพิจารณาอัตราความบกพร่องของหู โดยใช้ค่าเฉลี่ยการได้ยินที่ความถี่ 500, 1000 และ 2000 รอบต่อวินาที (เฮิรตซ์: Hz) ในหูข้างที่ตึกว่า จำแนกได้ 4 กลุ่ม คือ

- 2.1.1) เด็กหูตึงระดับน้อย มีการได้ยินเฉลี่ยระหว่าง 26 -40 เดซิเบล (dB)
- 2.1.2) เด็กหูตึงระดับปานกลาง มีการได้ยินเฉลี่ย 41 - 55 เดซิเบล (dB)
- 2.1.3) เด็กหูตึงระดับมาก มีการได้ยินเฉลี่ยระหว่าง 56 - 70 เดซิเบล (dB)
- 2.1.4) เด็กหูตึงระดับรุนแรง มีการได้ยินเฉลี่ยระหว่าง 71 - 90 เดซิเบล (dB)

2.2) เด็กหูหนวก หมายถึง เด็กที่สูญเสียการได้ยินมากถึงขนาดที่ทำให้หมดโอกาสที่จะเข้าใจภาษาพูดจากการได้ยินด้วยหูเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีหรือมีเครื่องช่วยฟังจนเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าใจหรือใช้ภาษาพูดได้ หากไม่ได้รับการฝึกฝนเป็นพิเศษ ถ้าวัดระดับการได้ยินแล้วจะมีการได้ยินตั้งแต่ 91 เดซิเบล (dB) ขึ้นไป

3) เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายและสุขภาพ (Children with Physical and Health Impairments)

เด็กบกพร่องทางร่างกายและสุขภาพ หมายถึง ผู้ที่มีอวัยวะไม่สมบูรณ์ อวัยวะส่วนใด ส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนหายไป กระดูกกล้ามเนื้อพิการ เจ็บป่วยเรื้อรังรุนแรงหรือเฉียบพลัน มีความพิการทางระบบประสาทสมอง มีความลำบากในการเคลื่อนไหวจนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาเล่าเรียน และทำกิจกรรมของเด็ก จำแนกได้ดังนี้

3.1) อาการบกพร่องทางร่างกาย ที่มักพบบ่อย ได้แก่

- 3.1.1) ซีพี หรือ ซีรีรัล พัลซี (C.P. : Cerebral Palsy) หมายถึง การเป็นอัมพาตเนื่องจากระบบประสาทสมองพิการหรือเป็นผลมาจากสมองที่กำลังพัฒนาถูกทำลายก่อนคลอด อันเนื่องมาจากการขาด

อากาศ ออกซิเจน ฯ เด็กซีพี มีความบกพร่องที่เกิดจากส่วนต่าง ๆ ของสมองแตกต่างกัน ที่พบส่วนใหญ่ คือ

- 3.1.1.1) อัมพาตเกร็งของแขนขา หรือครึ่งซีก (Spastic)
 - 3.1.1.2) อัมพาตของลีลาการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Athetoid) จะควบคุมการเคลื่อนไหวและบังคับไปในทิศทางที่ต้องการไม่ได้
 - 3.1.1.3) อัมพาตสูญเสียการทรงตัว (Ataxia) การประสานงานของอวัยวะไม่ดี
 - 3.1.1.4) อัมพาตตึงแข็ง (Rigid) การเคลื่อนไหวแข็งช้า ร่างกายมีการสั่นกระตุกอย่างบังคับไม่ได้
 - 3.1.1.5) อัมพาตแบบผสม (Mixed)
- 3.1.2) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Muscular Dystrophy) เกิดจากประสาทสมองที่ควบคุมส่วนของกล้ามเนื้อส่วนนั้น ๆ เสื่อมสลายตัว โดยไม่ทราบสาเหตุ ทำให้กล้ามเนื้อแขนขาจะค่อย ๆ อ่อนกำลัง เด็กจะเดินหกล้มบ่อย
- 3.1.3) โรคทางระบบกระดูกกล้ามเนื้อ (Orthopedic) ที่พบบ่อย ได้แก่
- 3.1.3.1) ระบบกระดูกกล้ามเนื้อพิการแต่กำเนิด เช่น เท้าปุก (Club Foot) กระดูกข้อสะโพกเคลื่อน อัมพาตครึ่งท่อนเนื่องจากกระดูกไขสันหลังส่วนล่างไม่ติด
 - 3.1.3.2) ระบบกระดูกกล้ามเนื้อพิการด้วยโรคติดเชื้อ (Infection) เช่น วัณโรค กระดูกหลังโกง กระดูกหูเป็นแผลเรื้อรังมีหนอง
 - 3.1.3.3) กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ข้ออักเสบ มีความพิการเนื่องจากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง
- 3.1.4) โปลิโอ (Poliomyelitis) เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งเข้าสู่ร่างกายทางปาก แล้วไปเจริญต่อมในลำคอ ลำไส้เล็ก และเข้าสู่กระแสเลือดจนถึงระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อเซลล์ประสาทบังคับกล้ามเนื้อถูกทำลาย แขนหรือขาจะไม่มีกำลังในการเคลื่อนไหว

- 3.1.5) แขนขาด้านแต่กำเนิด (Limb Deficiency) รวมถึงเด็กที่เกิดมาด้วยลักษณะของอวัยวะที่มีความเจริญเติบโตผิดปกติ เช่น นิ้วมือนิ้วเท้าติดกัน 3-4 นิ้ว มีแค่แขนท่อนบนต่อกับนิ้วมือ ไม่มีข้อศอก หรือเด็กที่แขนขาด้านเนื่องจากประสบอุบัติเหตุ และการเกิดอันตรายในวัยเด็ก
- 3.1.6) โรคกระดูกอ่อน (Osteogenesis Imperfeta) เป็นผลทำให้เด็กไม่เจริญเติบโตสมวัย ตัวเตี้ย มีลักษณะของกระดูกผิดปกติ กระดูกยาวบิดเบี้ยวเห็นได้ชัดจากกระดูกหน้าแข้ง
- 3.2) ความบกพร่องทางสุขภาพ ที่มักพบบ่อย ได้แก่
- 3.2.1) โรคลมชัก (Epilepsy) เป็นลักษณะอาการที่เกิดเนื่องมาจากความผิดปกติของระบบสมองที่พบบ่อยมีดังนี้
- 3.2.1.1) ลมบ้าหมู (Grand Mal)
 - 3.2.1.2) การชักในชั่วเวลาสั้น ๆ (Petit Mal)
 - 3.2.1.3) การชักแบบรุนแรง (Grand Mal)
 - 3.2.1.4) อาการชักแบบพาร์เชียล คอมเพล็กซ์ (Partial Complex)
 - 3.2.1.5) อาการไม่รู้สึกร่างตัว (Focal Partial)
- 3.2.2) โรคระบบทางเดินหายใจโดยมีอาการเรื้อรังของโรคปอด (Asthma) เช่น หอบหืด วัณโรค ปอดบวม
- 3.2.3) โรคเบาหวานในเด็ก เกิดจากร่างกายไม่สามารถใช้กลูโคสได้อย่างปกติ เพราะขาดอินซูลิน
- 3.2.4) โรคข้ออักเสบรูมาตอย มีอาการปวดตามข้อเข่า ข้อเท้า ข้อศอก ข้อนิ้วมือ
- 3.2.5) โรคคีรัชะโต เนื่องมาจากน้ำคั่งในสมอง ส่วนมากเป็นมาแต่กำเนิด ถ้าได้รับการวินิจฉัยโรคเร็วและรับการรักษาอย่างถูกต้องสภาพความพิการจะไม่รุนแรง เด็กสามารถปรับสภาพได้และมีพื้นฐานทางสมรรถภาพดีเช่นเด็กปกติ
- 3.2.6) โรคหัวใจ (Cardiac Conditions) ส่วนมากเป็นตั้งแต่กำเนิด เด็กจะตัวเล็กเติบโตไม่สมอายุ ซีดเขียว เหนื่อยหอบง่าย อ่อนเพลีย ไม่แข็งแรงตั้งแต่กำเนิด

- 3.2.7) โรคมะเร็ง (Cancer) ส่วนมากเป็นมะเร็งเม็ดโลหิต และเนื้องอกใน
ดวงตา สมอง กระตูก และไต
- 3.2.8) บาดเจ็บแล้วเลือดไหลไม่หยุด (Hemophilia)

4) เด็กที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา (Children with Speech and Language disorders)

การพูดและภาษาเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวเนื่องกัน ทั้งนี้เพราะการพูดเป็นการแสดงออกทางภาษา ดังนั้นเด็กบกพร่องทางการพูด และภาษา จึงหมายถึง ผู้ที่พูดไม่ชัด และลีลาจังหวะการพูดผิดปกติ ออกเสียงผิดเพี้ยน อวัยวะที่ใช้ในการพูดไม่สามารถเป็นไปตามลำดับขั้น การใช้อวัยวะเพื่อการพูดไม่เป็นไปดังที่ตั้งใจ คำพูดที่ยากหรือซับซ้อนหรือยาวจะยังมีปัญหามากหรือมีอาการพูดและใช้ภาษาที่ผิดปกติ โดยการพูดนั้นเห็นได้ชัดว่าผิดแปลกไปจากการพูดของคนทั่วไป ทำให้ฟังไม่รู้เรื่อง สื่อความหมายต่อกันไม่ได้ หรือมีอากัปกริยาที่ผิดปกติขณะพูด ซึ่งความบกพร่องทางการพูดและภาษาสามารถจำแนกได้ ดังนี้ คือ

- 4.1) ความผิดปกติด้านการออกเสียง
- 4.1.1) ออกเสียงผิดเพี้ยนไปจากมาตรฐานของภาษาเดิม เช่น พูดเสียงขึ้นจมูกเนื่องมาจากอิทธิพลของภาษาถิ่น
- 4.1.2) เพิ่มหน่วยเสียงเข้าในคำโดยไม่จำเป็น
- 4.1.3) เอาเสียงหนึ่งมาแทนอีกเสียงหนึ่ง เช่น กวาด -> ฟาด
- 4.2) ความผิดปกติด้านจังหวะเวลาของการพูด เช่น การพูดเร็ว การพูดติดอ่าง
- 4.3) ความผิดปกติด้านเสียง
- 4.3.1) ระดับเสียง เช่น การพูดเสียงสูงเกินไป ต่ำเกินไป หรือพูดระดับเสียงเดียวกันหมด
- 4.3.2) ความดัง เช่น พูดเสียงดังมาก หรือเบามากจนเกินไป
- 4.3.3) คุณภาพของเสียง เช่น พูดเสียงแตกพร่า เสียงแหบ เสียงหอบ
- 4.4) ความผิดปกติทางการพูดและภาษาอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพที่สมอง โดยทั่วไปเรียกว่า Dysphasia หรือ aphasia ที่ควรรู้ได้แก่
- 4.4.1) Motor aphasia (Expressive หรือ Broca's apasia)
- 4.4.2) Wemicke's aphasia (Sensory หรือ Receptive apasia)
- 4.4.3) Conduction aphasia
- 4.4.4) Nominal aphasia (Anomic aphasia)
- 4.4.5) Global aphasia

- 4.4.6) Sensory agraphia
- 4.4.7) Motor agraphia
- 4.4.8) Cortical alexia (Sensory alexia)
- 4.4.9) Motor alexia
- 4.4.10) Gerstmann's syndrome
- 4.4.11) Visual agnosia
- 4.4.12) Auditory agnosia

5) เด็กที่มีความบกพร่องทางพฤติกรรมและอารมณ์ (Children with behaviorally and Emotional disorders)

เด็กบกพร่องทางพฤติกรรมและอารมณ์ หมายถึง ผู้ที่มีการควบคุมอารมณ์ให้อยู่ในสภาพปกติ เช่นคนปกติบางคน ๆ ไม่ได้ หรือผู้ที่ควบคุมพฤติกรรมบางอย่างของตนเองไม่ได้ ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นไม่เป็นที่ยอมรับและพอใจของมาตรฐานความประพฤติปฏิบัติของสังคม ทำให้ไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเรียบร้อย สอดคล้องกับสภาพการณ์ ซึ่งการจะจัดว่าใครมีความบกพร่องทางพฤติกรรม และอารมณ์ต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

- 5.1) สภาพแวดล้อม พฤติกรรมและอารมณ์ที่เป็นที่ยอมรับในสถานการณ์อย่างหนึ่ง
- 5.2) ความคิดเห็นของแต่ละบุคคล ความคิดเห็นของคนสองคนที่มีต่อพฤติกรรมอย่างเดียวกัน ย่อมไม่เหมือนกัน
- 5.3) เป้าหมายของแต่ละบุคคล ซึ่งเป้าหมายจะเป็นตัวกำหนดทำให้การมองพฤติกรรมเดียวกันของคนสองคนมองกันคนละแง

เด็กที่มีความบกพร่องทางพฤติกรรมและอารมณ์จะได้รับผลกระทบในลักษณะต่าง ๆ อาจจะเป็นเพียงข้อใดข้อหนึ่ง หรือหลายข้อก็ได้ และเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นและมีมาเป็นเวลานานแล้ว ได้แก่

- 1) ไม่สามารถเรียนหนังสือได้เช่นเด็กปกติ
- 2) ไม่สามารถรักษาความสัมพันธ์อันดีกับเพื่อนนักเรียนด้วยกัน หรือกับครูได้
- 3) มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติอื่น ๆ ในวัยเดียวกัน
- 4) มีความคับข้องใจ และมีความเก็บกดอารมณ์
- 5) แสดงอาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายหรือมีความหวาดกลัว

เด็กที่มีความบกพร่องทางพฤติกรรม ซึ่งจัดว่ามีความรุนแรงมาก และกำลังได้รับความสนใจจากทางการแพทย์ ทางจิตวิทยา และทางการศึกษา ได้แก่

- 1) เด็กสมาธิสั้น (Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorders)
- 2) เด็กออทิสติก (Autistic) หรือบางคนเรียกว่า ออทิสซึม (Autism)

6) เด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ (Children with Learning Disabilities)

เด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ หรือเรียกย่อๆ ว่า L.D. (Learning Disability) หมายถึง ผู้ที่มีปัญหาทางการเรียนรู้เฉพาะอย่าง โดยมีความบกพร่อง หรือปัญหาหนึ่ง หรือมากกว่าหนึ่งอย่าง ในกระบวนการทางจิตวิทยาทำให้เด็กเหล่านี้มีปัญหาทางการใช้ภาษา หรือการพูด การเขียน โดยจะแสดงออกมาในลักษณะของการนำไปปฏิบัติทั้งนี้ไม่นับรวมเด็กที่มีปัญหาเพียงเล็กน้อยทางการเรียน ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจาก การขาดแรงเสริม ด้วยโอกาสทางสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม หรือเป็นเพราะครูสอนไม่มีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ในการพิจารณาเรื่องปัญหา ทางการเรียนรู้จึงต้องอาศัยลักษณะร่วมกันคือ เป็นผู้ที่มีระดับสติปัญญาปกติ หรือมีสติปัญญาอยู่ในช่วงเช่นเดียวกับเด็กปกติ แต่ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนจะต่ำกว่าปกติ และจะต้องไม่มีความพิการหรือความบกพร่องในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย สุขภาพอนามัย ระบบประสาทการสัมผัสและวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง

6.1) เด็กออทิสติก (Autistic)

เด็กออทิสติก หรือบางครั้งเรียกว่า ออทิสซึม (Autism) หมายถึง เด็กที่มีความบกพร่องอย่างรุนแรงในการสื่อความหมาย พฤติกรรม สังคม และความสามารถทางสติปัญญาในการรับรู้ อาการต่าง ๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงไม่แน่นอนเป็นระยะ ๆ ไป เด็กออทิสติกแต่ละคนจะมีเอกลักษณ์ของตนเอง และย่อมแตกต่างกันไปจากเด็กคนอื่น ๆ ซึ่งเป็นเด็กออทิสติกเหมือนกัน ทั้งนี้เป็นเพราะอาการที่เป็นออทิสติกนั้นจะคงอยู่ติดตัวเด็กไปจนเป็นผู้ใหญ่จนตลอดทั้งชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายได้หากพิจารณาเปรียบเทียบด้านพัฒนาการของทักษะด้านต่าง ๆ ของเด็กออทิสติกใน 4 ด้าน คือ ด้านทักษะการเคลื่อนไหว ด้านทักษะการรับรู้เกี่ยวกับรูปทรง ขนาดและพื้นที่ ด้านทักษะภาษาและการสื่อความหมาย และด้านทักษะทางสังคม จะพบว่าเด็กออทิสติกจะมีพัฒนาการด้านภาษาและพัฒนาการด้านสังคมต่ำมาก แต่จะมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว ด้านการรับรู้รูปทรง ขนาดและพื้นที่โดยเฉลี่ยสูงถ้าความแตกต่างระหว่างทักษะด้านภาษา และสังคมยิ่งต่ำกว่า ทักษะด้านการเคลื่อนไหว และ

การรับรู้รูปทรงมากเท่าใดความเป็นไปได้ของออสติติกก็ยิ่งสูงขึ้นเท่านั้น พัฒนาการที่ผิดปกตินี้ ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างรุนแรงตลอดชีวิต ซึ่งปกติปรากฏในระยะ 3 ปี แรกของชีวิต

6.2) เด็กพิการซ้อน (Children with Multiple Handicaps)

เด็กบกพร่องซ้อน หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องที่มากกว่าหนึ่งอย่าง เป็นเหตุให้เกิดปัญหาขัดข้องในการเรียนรู้อย่างมาก เช่น ปัญญาอ่อน-ตาบอด ปัญญาอ่อน-ร่างกายพิการ หูหนวก-ตาบอด ฯลฯ

3. พัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก

วัยเด็กในที่นี้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะด้วยกัน คือ

- 1) ระยะทารก เริ่มตั้งแต่เกินจนถึง 2 ขวบ
- 2) ระยะของเด็กก่อนเข้าโรงเรียน อายุประมาณ 2-5 ขวบ
- 3) ระยะของเด็กระหว่างอยู่ในโรงเรียนชั้นประถม อายุประมาณ 6-12 ขวบ

พัฒนาการในที่นี้เป็นพัฒนาการของเด็กปกติที่จะกล่าวถึงระยะของเด็กก่อนเข้าโรงเรียนและระยะของเด็กระหว่างอยู่ในโรงเรียนชั้นประถมเท่านั้น โดยสุรางค์ จันทน์เอม (2524) ได้แบ่งด้านของพัฒนาการต่างๆ ไว้ดังนี้

- 1) พัฒนาการทางด้านร่างกาย
- 2) พัฒนาการทางด้านสติปัญญา
- 3) พัฒนาการทางด้านภาษา
- 4) พัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคม

ซึ่ง สุรางค์ จันทน์เอม (2524) ได้อธิบายพัฒนาการแต่ละด้านไว้ดังนี้

1) พัฒนาการทางด้านร่างกาย

ในวัยก่อนเข้าโรงเรียนนี้ การเปลี่ยนแปลงยังคงดำเนินอยู่เสมอ แต่จะเจริญช้ากว่าระยะทารก การเติบโตทางน้ำหนักและส่วนสูง ยังคงดำเนินต่อไป แต่ไม่มากเท่ากับระยะทารก การเจริญเติบโตของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น มือ แขน ขา จะดำเนินไปด้วยดีกว่ากล้ามเนื้อมัดเล็ก ในระยะนี้เด็กจึงมีความว่องไว สามารถยืน ยืน นั่ง ลุก ได้อย่างคล่องแคล่ว ระยะนี้เด็กจึงต้องการวิ่งเล่นและต้องการของเล่นต่างๆ เพื่อช่วยให้เด็กพัฒนาทางด้านกล้ามเนื้อ ระยะนี้ฟันน้ำนมของเด็กจะขึ้นหมดแล้ว ดังนั้นผู้ปกครองจึงควรฝึกหัดให้เด็กรู้จักรักษาความสะอาดของฟันเสียแต่เนิ่นๆ เพื่อฝึกให้เด็กรู้จักการเอาใจใส่ในสุขภาพของตน นอกจากนี้เด็กวัยนี้สามารถช่วยตัวเองในการรับประทานอาหาร

และการแต่งตัวได้บ้างแล้ว บิดามารดาจึงควรส่งเสริมให้เด็กรู้จักมารยาทในการรับประทานอาหาร และควรสนับสนุนให้เด็กรู้จักแต่งตัวเองบ้าง เช่น ผลิตเครื่องแต่งตัวเอง รู้จักระวังรักษาความสะอาดของเสื้อผ้า รู้จักเก็บเสื้อผ้าไว้ในที่ของมัน และรู้จักล้างมือก่อนรับประทานอาหารเป็นต้น ผู้ใหญ่ควรตักเตือนเด็กอยู่เสมอเพราะเด็กวัยนี้มักจะซี้ดมกั๊ว ะยะนี้เด็กจะนอนน้อยลงกว่าเดิม แต่เด็กก็ยังเห็นดีเห็นง่าย เพราะเวลาเล่น เด็กมักเล่นจนหมดแรง บิดามารดาจึงควรดูแลให้เด็กได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ ึ่งในระะนี้กล้ำเนื้อที่ใช้บังคับการข้บถ่ายเจริญดีแล้ว บิดามารดาจึงควรฝึกหัดให้เด็กได้รู้จักถ่ายเป็นเวลาได้แล้ว และควรให้เด็กรู้จักรักษาความสะอาดในการข้บถ่ายด้วย

ในระะที่เด็กเข้าโรงเรียนแล้ว การเจริญเติบโตทางร่างกายก็คงดำเนินต่อไป แต่ไม่รวดเร็วเท่ากับทารก ะยะนี้เด็กจะมีลำตัวยาวขึ้น มือเท้าโตขึ้นระะนี้หัวใจจะเจริญอย่างรวดเร็ว เพราะฉะนั้น ะยะนี้เด็กจึงต้องการพักผ่อนมาก เช่นเดียวกับตอนก่อนเข้าโรงเรียน เมื่ออายุประมาณ 7-8 ขวบ การทำงานของกล้ามเนื้อเล็กๆ เช่นนิ้วเล็ก หัวแม่มือ จะดีขึ้นมาก แต่ในระะนี้ สายตายังไม่พร้อมที่จะทำงานที่ต้องใช้ความประณีต จนกระทั่งอายุ 8 ขวบขึ้นไปแล้วจึงใช้สายตาได้ดี ส่วนฟันของเด็กก่อนเข้าโรงเรียนฟันน้ำนมจะหลุดหมด และจะมีฟันแท้ขึ้นมาจนครบ ะยะนี้เด็กชอบกินพวกของหวาน เช่น ลูกกวาดหรือทอฟฟี่มาก ฉะนั้นบิดามารดาจึงควรลดชั้นและระมัดระวังฟันของเด็กให้มีสุขภาพดีด้วย ในปลายชั้นประถม การประสานงานระหว่างตากับมือของเด็กเจริญอย่างสมบูรณ์แล้ว เด็กจึงหันไปสนใจเล่นกีฬาต่างๆ เพื่อขัดเกลาให้ตาและมือประสานกันดียิ่งขึ้น ส่วนทางด้านอวัยวะสืบพันธุ์ ทั้งของเด็กชายและเด็กหญิงในตอนปลายระะเข้าโรงเรียนประถมนี้ กำลังเริ่มต้นเจริญแล้ว บิดามารดาจึงอาจจะให้ความรู้แก่เด็กเกี่ยวกับการกำเนิดเด็ก การสืบพันธุ์ในสัตว์ต่างๆ พร้อมกันนั้นควรอบรมให้เด็กรู้จักรักษาความสะอาดอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ตลอดจนรู้จักออกกำลังกาย และรู้จักพักผ่อน และควรเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของเด็กอย่างสม่ำเสมอ เพราะจะช่วยทำให้เด็กเจริญเติบโตทางด้านอื่นๆ ดีขึ้นด้วย เช่น ทางด้านสมอง เป็นต้น

2) พัฒนาการทางด้านสติปัญญา

ในระะก่อนเข้าเรียนเป็นเวลาทีเด็กเดินได้ดีแล้ว เด็กจึงมีโอกาสหาประสบการณ์ต่างๆ มากขึ้น ประสาทสัมผัสก็ใช้ได้ดีกว่าตอนระะทารก ะยะนี้เด็กสามารถเลียนแบบทั้งทางกิริยา ภาษา มารยาท นิสัย ท่าทางต่างๆ จากผู้ใหญ่ ซึ่งลักษณะเช่นนี้เป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงการเจริญเติบโตทางด้านสติปัญญาของเด็กอีกอย่างหนึ่ง บิดามารดาอาจช่วยเด็กในการพัฒนาทางด้านนี้ได้โดยฝึกให้เด็กหัดสังเกต นอกจากนี้เด็กในระะนี้มีจินตนาการมาก บิดามารดาจึงควรฝึกให้จินตนาการของเด็กเข้ากับความจริงในระะต่อๆ มาด้วย ซึ่งเป็นการช่วยเด็กไม่ให้บิดเบือนไปจากความจริง เพราะจะเป็นอันตรายต่อบุคลิกภาพที่กำลังเติบโตอย่างยิ่ง

เมื่อเด็กเริ่มเข้าโรงเรียนประถม พัฒนาการทางด้านสติปัญญาจะเพิ่มขึ้น คือเด็กรู้จักสนใจผู้อื่นและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนๆ รู้จักทำงานร่วมกับเพื่อนและผู้ใหญ่ รู้จักใช้เหตุผลในการอธิบาย มีความอยากรู้อยากเห็นและมีความรับผิดชอบมากขึ้นกว่าตอนก่อนเข้าโรงเรียน แต่เด็กยังคงขี้ลืมอยู่บ่อยๆ บิดามารดาจึงควรดูแลเด็ก ไม่ให้เด็กรับผิดชอบเรื่องสำคัญๆ ตามลำพัง

3) พัฒนาการทางด้านภาษา

พัฒนาการทางด้านภาษามีความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางด้านสติปัญญาอย่างใกล้ชิด ถ้าเด็กมีการเจริญเติบโตทางภาษาดี ก็จะช่วยให้มีการเจริญเติบโตทางปัญญาเพิ่มขึ้น ในระยะก่อนเข้าโรงเรียนนั้น เด็กจะรู้จักใช้คำพูดที่เกี่ยวกับตนเองก่อน เช่น รู้จักเรียกชื่อตัวเองและสิ่งของที่เป็นของตน แล้วจึงค่อยรู้จักใช้ภาษาเกี่ยวกับคนอื่นๆ ต่อมา มีการเลียนแบบคำพูดจากผู้ใหญ่ได้มากขึ้น เด็กจะเริ่มมีคำศัพท์ใช้มากขึ้น แต่การออกเสียงยังไม่ชัดและถูกต้องนัก แต่ก็ชัดมากขึ้นกว่าเดิม และปลายขวบที่ 5 เด็กโดยทั่วไปจะไม่ใช้คำพูดแบบเด็กทารกอีกต่อไปแล้ว เด็กจะตั้งคำถามจนผู้ใหญ่ตอบไม่ทัน ทั้งนี้เพราะเด็กมีความสนใจต่อสิ่งใหม่ๆ รอบๆ ตัวเด็กมากยิ่งขึ้น ถ้าบิดามารดามีความอดทนในการตอบคำถามเหล่านี้ จะช่วยบุตรของตนมีโอกาสพัฒนาความคิดอ่านอย่างดียิ่ง

ในระยะที่เข้าโรงเรียนประถม เด็กใช้ภาษาที่กว้างขึ้นไปอีก คือภาษาที่ใช้จะเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นและสังคมภายนอกมากขึ้นทุกที ภาษาที่ใช้เริ่มมีเหตุผล เด็กต้องใช้ความคิดมากขึ้น และเป็นภาษาที่ผู้อื่นเข้าใจ

4) พัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคม

โดยทั่วๆ ไปเมื่อถึงระยะก่อนเข้าโรงเรียน เด็กจะเริ่มรู้จักเล่นกับเพื่อนๆ ได้แล้ว แต่มักจะมีการทะเลาะกันง่าย เด็กยังอยากอยู่ใกล้ชิดกับมารดา แต่บิดาก็เริ่มมีบทบาทสำคัญในชีวิตของเด็กเพิ่มขึ้น เด็กในระยะนี้มีความต้องการที่จะเป็นอิสระแก่ตัวมากขึ้น เช่น รู้จักรับผิดชอบในเรื่องบางอย่าง เช่น แต่งตัวเอง ป้อนข้าวเอง เป็นต้น เด็กหญิงและเด็กชายระยะนี้ยังคงชอบเล่นด้วยกัน ในระยะนี้การแสดงอารมณ์ออกอย่างเด็กทารกจะค่อยลดลง เช่น การทิ้งตัว หรือ ฟาดแข้งฟาดขา เวลาถูกขัดใจหรือเวลาโกรธ เด็กวัยนี้เริ่มมีความรู้สึกไวต่อเกณฑ์และข้อบังคับที่บิดามารดาและสังคมวางไว้แล้ว การอธิบายวิชาจัดเป็นอารมณ์ธรรมชาติที่พบในวัยนี้ เช่น การที่เด็กกระวนกระวายที่คิดใหม่ เป็นต้น

ในระยะที่เด็กอยู่ในโรงเรียนประถม เด็กผ่านประสบการณ์ต่างๆ มามากกว่าตอนระยะทารกและระยะก่อนเข้าโรงเรียน ในระยะที่เด็กอยู่ในโรงเรียนชั้นประถมนี้ เด็กเริ่มเรียนรู้สิ่งต่างๆ มากขึ้น ในการที่จะประพฤติตนให้เข้ากับสังคมภายนอกได้ดี เช่น มีความสนใจที่จะทำงานร่วมกับบุคคลอื่น ร่วมมือและให้ความสนใจกับสมาชิกอื่นๆ ในหมู่ของตนและยอมรับ เด็กระยะนี้ต้องการ

เป็นอิสระอย่างมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเด็กเริ่มรับผิดชอบได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม เด็กก็ยังคงล้มง่าย เพราะเด็กมีความสนใจในด้านต่างๆ มาก ผู้ใหญ่จึงต้องควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด ในระยะหลังๆ ของการเข้าเรียน แม้ว่าเด็กหญิงและเด็กชายจะยังต้องเล่นด้วยกัน แต่เด็กจะเริ่มมีความสนใจและการเล่นแตกต่างกันบ้างแล้ว เด็กจะลดการแสดงออกทางอารมณ์อย่างโผงผางลงกว่าระยะก่อนๆ และเด็กเริ่มใช้เหตุผลในการควบคุมทางอารมณ์ได้ดีขึ้น

4. แนวความคิดอาชานำบัด (Hippotherapy)

อาชานำบัด(Hippotherapy) คือโปรแกรมการบำบัดที่รวมการทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และอรรถบำบัดเข้าด้วยกัน ผ่านการใช้การเคลื่อนไหวของม้าให้เป็นประโยชน์เพื่อความสัมฤทธิ์ผล (http://www.americanhippotherapyassociation.org/aha_hpot_tool.htm)

การเคลื่อนที่ของม้าเป็นการเคลื่อนไหวแบบหลากหลายมิติ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ มีจังหวะและมีการซ้ำ การขี่ม้าทำให้เกิดการตอบสนองทางกลศาสตร์ขั้นพื้นฐาน ทำให้การขี่ม้าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความแข็งแรงของลำตัว การควบคุมลำตัว ความสมดุล ความแข็งแรงในการทรงตัว และความอดทนของผู้ขี่ นอกจากนี้ผู้ขี่ยังได้ฝึกการทิ้งน้ำหนักและการวางแผนการเคลื่อนที่อีกด้วย

(http://www.americanhippotherapyassociation.org/aha_hpot_tool.htm)

การเดินและการเคลื่อนที่ของม้าสามารถทำให้เด็กมีการทรงตัวที่ดี และได้รับการกระตุ้นสัมผัสต่างๆ ทั้งสัมผัสทางกาย การมองเห็น การได้ยิน และการดมกลิ่น เป็นต้น ในระหว่างการเปลี่ยนแปลงการเดินของม้า เด็กที่เข้ารับการบำบัดจะต้องเกร็งกล้ามเนื้อต่างๆ เพื่อปรับท่าให้มั่นคง เมื่อเด็กนั่งคร่อมอยู่บนหลังม้า การก้าวของม้าทำให้กล้ามเนื้อในร่างกายนั่งเกิดการตอบสนองและมีการเคลื่อนไหวคล้ายกับการเดินของคน การเคลื่อนที่ของม้ามีผลต่อการควบคุมการทรงตัว ระบบการรับสัมผัส และระบบการเคลื่อนไหวของเด็ก โดยการควบคุมการทรงตัว ระบบรับสัมผัส และการทำงานของกล้ามเนื้อของเด็กนั้นจะถูกพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการทำงานประสานกันระหว่างการปรับอัตราความเร็วของม้า ให้เหมาะสมกับการตอบสนองของเด็กที่เข้ารับการบำบัด รวมทั้งให้เหมาะสมกับการควบคุมการหายใจ การประสานการรับสัมผัสรูปแบบต่างๆ (sensory integration skills) และความใส่ใจ(attentional skills)ของเด็ก นอกจากนี้การเคลื่อนที่ของม้ายังทำให้เกิดประโยชน์ต่อการทำงานของระบบประสาทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

(http://www.americanhippotherapyassociation.org/aha_hpot_tool.htm)

นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักอรรถบำบัดในอาชานำบัด

(http://www.americanhippotherapyassociation.org/aha_hpot_tool.htm)

นักกายภาพบำบัด นักกายภาพบำบัดสามารถกำหนดเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของม้ามที่มีอยู่มากมาย ให้เฉพาะกับเด็กที่เข้ารับการบำบัดแต่ละคนต้องการได้ และสามารถพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น การนั่ง ยืน และเดินได้

นักกิจกรรมบำบัด นักกิจกรรมบำบัดเป็นผู้เชื่อมโยงใช้การเคลื่อนไหวของม้ามกับขั้นตอนการการรักษาตามมาตรฐานแบบอื่น เพื่อการทำงานที่ดีของกล้ามเนื้อมัดเล็ก การประสานการรับสัมผัสรูปแบบต่างๆ ทักษะการรับประทานอาหาร ความใส่ใจ และทักษะในการใช้ชีวิตประจำวัน ด้วยวิธีการที่ทำหายอย่างเป็นขั้นเป็นตอน

นักอรรถบำบัด นักอรรถบำบัดเป็นผู้ที่ใช้การเคลื่อนไหวของม้ามเพื่อพัฒนาระบบสระที่เกี่ยวกับการพูดและการใช้ภาษา เมื่อใช้ร่วมกับวิธีแก้ไขคำพูดที่เป็นมาตรฐานแบบอื่นทำให้เกิดการรักษาที่มีประสิทธิภาพของความผิดปกติของการสื่อสารและยังสนับสนุนให้เกิดผลที่ดีต่อการสื่อสารด้วย

ซึ่งการใช้ภาษาบำบัดนั้นต้องได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญต่อประสิทธิภาพของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานของแต่ละบุคคล ที่จะพิจารณาว่าเหมาะสมที่จะใช้ภาษาบำบัดร่วมเป็นหนึ่งในเครื่องมือในการรักษาหรือไม่ และผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดต้องทำงานใกล้ชิดกับผู้เชี่ยวชาญเรื่องม้าม ที่จะจัดกระทำต่อลักษณะท่าทางของการเคลื่อนไหวของม้ามที่หลากหลาย ตำแหน่งและรูปแบบการวางตัวของผู้ขี่ อุปกรณ์และกิจกรรมที่ทำให้เกิดเป็นหลักสูตรการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (http://www.americanhippotherapyassociation.org/aha_hpot_tool.htm)

Benjamin (2000) กล่าวว่า การเคลื่อนไหวของม้ามเป็นเครื่องมือที่นักบำบัดใช้เพื่อแก้ไขหน้าที่ยังทำงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทของมนุษย์ คนไข้ถูกจัดให้นั่งคร่อมบนม้าม โดยอาจจะหันหน้า หันหลัง เอียงไปข้างใดข้างหนึ่ง นอนคว่ำลง หรือนอนหงาย คนไข้มีปฏิสัมพันธ์และมีการตอบสนองอย่างกระฉับกระเฉงต่อการเคลื่อนไหวของม้าม ความรับผิดชอบของผู้บำบัดคือการวิเคราะห์การตอบสนองของคนไข้อย่างต่อเนื่อง และปรับลักษณะท่าทางให้สอดคล้องกับการเคลื่อนไหวของม้าม สำหรับเหตุผลนี้ผู้บำบัดต้องมีความเข้าใจต่อการเคลื่อนไหวของม้ามอย่างพอเพียงเพื่อที่จะชี้แนะให้ผู้ควบคุมม้ามปรับจังหวะและทิศทางของม้ามตามการตอบสนองของคนไข้

ในส่วนของวิธีการบำบัดแบบ Hippotherapy ณ กองกำกับ 4 พ.ต.ท.พลังบุญ เชื่อมชีวิต สारวัตกรงานฝึกรบม กองกำกับกร 4 (ตำรวจม้า) กล่าวว่า การบำบัดนี้จะเข้าไปใน 3 ลักษณะคือ อาชาบำบัด อรรถบำบัด และกิจกรรมบำบัด อาชาบำบัด คือ เมื่อเด็กนั่งลงบนหลังม้าให้ม้าพาไป การที่ม้าเคลื่อนไหวร่างกายก็เท่ากับเด็กที่ขี่ม้าอยู่นั้นได้เคลื่อนไหวตัวเองไปด้วย เพราะการเคลื่อนไหวของม้านั้นใกล้เคียงกับของคนเรามากที่สุด ประการที่สองคือ อรรถบำบัด โดยในขณะที่

นั่งบนหลังม้า ครูพี่เลี้ยงก็จะชวนพูดคุยกับเด็กตลอดเวลา ตามเรื่องโน่นนี่ให้เด็กเกิดความเคยชิน และเกิดความกล้าตอบโต้กับบุคคลได้ เป็นการสร้างสังคมให้กับเด็ก และให้เขาได้เรียนรู้การอยู่ในสังคม ส่วนสุดท้ายจะเป็นกิจกรรมบำบัดคือ ให้เด็กทำกิจกรรมกายบริหาร กางแขน บิดตัว เด็กจะได้เรียนรู้ว่าเมื่ออยู่ในสังคมเราต้องทำอะไรร่วมกัน เมื่อมีคำสั่งก็ต้องทำตามคำสั่งร่วมกันให้ได้ เมื่อเสร็จแล้วก็ให้เด็กได้รู้จักการรับและการให้ คือขอบคุณครูฝึกและขอบคุณม้าด้วยเรียกว่าในหนึ่งครั้งที่เด็กๆ มาบำบัดนั้นจะได้รับการฝึกฝนและบำบัดทั้งทางกายและทางใจไปพร้อมๆ กัน (Tennie, 2007, p. 107)

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Silkwood-Sherer, & Warmbier (2007) ได้ทำการทดลองศึกษาผลของการใช้อาชาบำบัด(Hippotherapy) รักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้อเยื่อตาย(MS) ที่มีปัญหาการทรงตัว ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 15 คน โดย 9 คนได้รับการรักษาแบบอาชาบำบัดทุกสัปดาห์เป็นเวลา 14 สัปดาห์ และอีก 6 คนเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ และทำการประเมินก่อนและหลังการทดลองด้วย Berg Balance Scale (BBS) และ Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment (POMA) ผลจากกลุ่มที่ได้รับอาชาบำบัดนั้นแสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในชุดการประเมินทั้งคู่ และในกลุ่มเปรียบเทียบนั้นก็ไม่ได้แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแบบประเมินทั้งสองชุด

Debusse, Chandler, & Gibb (2005) ได้ทำการสำรวจมุมมองของนักกายภาพบำบัดชาวเยอรมันและอังกฤษที่มีต่อผลของอาชาบำบัดในการรักษาของพวกเขา จุดประสงค์ของการศึกษาค้างนี้คือ (ก)เพื่อก่อตั้งรูปแบบการฝึกรักษาแบบอาชาบำบัดขึ้นในประเทศเยอรมันและสหราชอาณาจักร (ข)เพื่อวัดผลโดยตรงจากการใช้อาชาบำบัดในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคพิการทางสมองในประเทศเยอรมันและสหราชอาณาจักร และ(ค)เพื่อตรวจสอบว่าผลการรักษาจะถูกตรวจวัดได้อย่างไรในทั้งสองประเทศ การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงการเห็นชอบยอมรับต่อผลของอาชาบำบัดที่ถูกใช้ในผู้ป่วยแต่ละคนที่เป็นโรคพิการทางสมอง กล่าวคือมีการพัฒนาขึ้นของการควบคุมความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ การพัฒนาขึ้นของการทรงตัวและได้คุณประโยชน์ทางจิตวิทยา ผลการศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นถึงความขาดแคลนในการที่จะวัดถึงผลที่ได้รับจากการรักษาด้วย

Casady, & Nichols-Larsen (2004) ได้ทำการศึกษาว่าอาชาบำบัดมีผลต่อการพัฒนาด้านต่างๆ ในเด็กสิบคนที่เป็โรคพิการทางสมองที่มีอายุตั้งแต่ 2.3 - 6.8 ปี โดยทำการวัดความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองใน 10 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมิน Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) และ Gross Motor Function Measure (GMFM) โดยได้ผลทางสถิติ

ว่าทุกการวัดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าอาซาบ้ำบัตมีผลทางบวก ต่อเด็กทุกคนทางการทำงานของกล้ามเนื้อรวมถึงทักษะทางสังคมจาก PEDI ด้วย พวกเขาเชื่อว่า การใช้อาซาบ้ำบัตเป็นขั้นตอนการรักษาที่ใช้การได้สำหรับผู้บ้ำบัตที่ทำการรักษาเด็กที่เป็นโรค พิการทางสมอง

Meregillano (2004) ได้นำเสนอว่าอาซาบ้ำบัตเป็นการใช้การเคลื่อนที่ของม้่าเป็น เครื่องมือในการรักษาโดยนักกายภาพบ้ำบัต นักกิจกรรมบ้ำบัตและนักอรรถบ้ำบัต เพื่อการแก้ไข การมีข้อจำกัดทางร่างกายและความพิการในคนไข้ที่มีความผิดปกติของโครงสร้างกล้ามเนื้อ ประสาท เช่น การพิการทางสมอง อาซาบ้ำบัตถูกใช้เป็นหนึ่งในโปรแกรมการรักษาเพื่อผลที่ได้รับ ทางหน้าที่การทำงาน อาซาบ้ำบัตได้ดึงดูดผู้เข้ารับการบ้ำบัตกับกิจกรรมบนหลังม้่าไว้ด้วยความ สนุกสนานและท้าทาย ในการบ้ำบัตที่ได้วางแผนการบ้ำบัตไว้ นักบ้ำบัตจะปรับการเดินของม้่าที่ละ ชั้นนอยากค่อยเป็นค่อยไป เพื่อเป็นพื้นฐานที่ดีในการพัฒนาระบบประสาทและกระบวนการรับ สัมผัส ซึ่งพื้นฐานนี้สามารถพัฒนาไปสู่กิจกรรมในชีวิตประจำวันอันหลากหลายได้ ทำให้ม้่า กลายเป็นเครื่องมือการรักษาที่มีคุณค่าสำหรับการฟื้นฟูผู้ป่วย

Benda, McGibbon, & Grant (2003) ได้ทำการประเมินผลที่ได้รับจากการทำอาซาบ้ำบัต ในการทำงานของกล้ามเนื้อในเด็กที่เป็นโรคสมองอัมพาต โดยทำการประเมินก่อนและหลังในเด็ก 15 คนอายุตั้งแต่ 4 ถึง 12 ปี ซึ่งได้รับการสุ่มแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม หนึ่งคือกลุ่มที่ได้รับอาซาบ้ำบัต 8 นาที และอีกหนึ่งกลุ่มได้นั่งบนถ้่าที่อยู่เฉยๆ 8 นาที แล้วได้ทำการวัดด้วยเครื่องวัด Electromyography (EMG) เพื่อวัดการทำงานของกล้ามเนื้อบริเวณลำตัวและต้นขาระหว่างการ นั่ง ยืน และเดินก่อนและหลังการทดลอง ผลที่ได้คือ ภายในกลุ่มเด็กที่แสดงถึงความไม่สมมาตร ของกล้ามเนื้อก่อนการทดลองนั้น ในกลุ่มเด็กที่ทำอาซาบ้ำบัตแล้วมีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ของการทำงานของกล้ามเนื้อ และไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่นั่งบนถ้่า พวกเขาสรุปว่า 8 นาทีของการทำอาซาบ้ำบัตให้การพัฒนาความสมมาตรในการทำงานของกล้ามเนื้อ ในเด็กที่สมองเป็นอัมพาต ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการเคลื่อนที่ของม้่าทำให้เกิดการพัฒนาที่ สามารถวัดได้มากกว่าการยืดเส้นธรรมดา

Lechner et al. (2003) ได้ทำการศึกษาถึงอาซาบ้ำบัตมีผลระยะสั้นต่อการหดเกร็งของ กล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง(SCIs) จำนวน 32 คนที่มีอาการรุนแรงต่างกันไป และใช้ Ashworth Scale ในการวัดความหดเกร็งของขา ผลการทดลองคือ ผู้ป่วยมีคะแนน Ashworth Scale ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญหลังจากได้รับการฟื้นฟูแบบอาซาบ้ำบัต($P < 0.001$) การ พัฒนาการอย่างสูงที่สุดถูกวัดได้จากผู้ป่วย SCIs ที่มีอาการหดเกร็งมาก ไม่มีความแตกต่างระหว่างผล ระยะสั้นของผู้ที่เป็นอัมพาตท่อนล่างลงไปกับผลระยะสั้นของผู้ที่เป็นอัมพาตทั้งแขนและขา สรุปคือ

อาชานำบำบัดสามารถลดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อช่วงขาของไปของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่เข่าหลังได้อย่างมีนัยสำคัญ

McGibbon et al. (1998) ได้ทำการวัดผลของอาชานำบำบัดใน 8 สัปดาห์ต่อการใช้พลังงานระหว่างการเดิน ความยาวของการก้าวเดิน อัตราความเร็วและจังหวะ และการทำงานของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ผ่านแบบวัด Gross Motor Function Measure (GMFM) ในเด็ก 5 คนที่สมองเป็นอัมพาต โดยทำการวัดผลทั้งหมดก่อนและหลังการบำบัด ได้ผลว่าเด็กทั้งห้าคนมีการลดลงของการใช้พลังงานในการเดินอย่างมีนัยสำคัญ และมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนใน Dimension E(เดิน วิ่ง และกระโดด)ในแบบประเมิน GMFM อย่างมีนัยสำคัญ และมีแนวโน้มในการเพิ่มความยาวในการก้าวเดินมากขึ้น จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าอาชานำบำบัดอาจช่วยพัฒนาการใช้พลังงานระหว่างการเดินและการทำงานของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ในเด็กที่เป็นโรคพิการทางสมองได้

Pamela, & Carl (2003) ได้ทำการวิเคราะห์ 13 การศึกษาเรื่องอาชานำบำบัด ที่รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 คน อายุ 2 ถึง 12 ปี ที่มีความหลากหลายของความพิการ ผลการวิเคราะห์คือ มีงานวิจัยที่ทำการวัดการพัฒนาขึ้นของการทำงานของกล้ามเนื้อได้แก่ งานการศึกษาที่ประกอบไปด้วยการพัฒนาขึ้นของการทรงตัว ความสมดุล การทิ้งน้ำหนัก การก้าวเดิน การใช้พลังงาน การทำงานของกล้ามเนื้อทั่วไป ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและมิติด้านอื่นของการทำงานของกล้ามเนื้อ (Boyce, Behl, Mortensen, & Akers, 1991; Braun, Msall, & Granger, 1991; Bruininks, 1978; Crowe, Deitz, Richardson, & Atwater, 1990; Rose, Medeiros, & Parker, 1985; Russell et al., 1989; Todd et al., 1989) มีงานวิจัยที่วัดการพัฒนาขึ้นของพฤติกรรมทางสังคมและอารมณ์ได้สิ่งงานการศึกษา (Bertoti, 1991; Dismuke, 1984; Lehrman & Ross, 2001; Storey, Haught, Herr, Pfaeffl e, & Gatty, n.d.) และมีการพัฒนาขึ้นด้านภาษาสองงานวิจัย (Dismuke, 1984; Dismuke-Blakely, 1997)

โดยในส่วนของพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมและอารมณ์นั้น Bertoti (1991) อ้างถึงใน Pamela, & Carl (2003) พบว่าเด็กมีความสนุกสนานต่อการขี่ม้าอย่างน่าฉงน และกระตือรือร้นในการร่วมการทดลอง Dismuke (1984) อ้างถึงใน Pamela, & Carl (2003) พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้ขี่ม้ามีการเพิ่มขึ้นของการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) อย่างมีนัยสำคัญ และไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มเปรียบเทียบ และ Storey et al. (n.d.) อ้างถึงใน Pamela, & Carl (2003) พบว่าเด็กที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยขี่ม้าเป็นเวลาแปดสัปดาห์นั้นมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และยังพบความถี่ของการระบุนสาเหตุภายใน (internal locus of control) สูงขึ้นในเด็กสี่ในห้าคน

วัตถุประสงค์

เพื่อสำรวจการรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่ออาชานำบำบัดสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษในด้านความพึงพอใจที่ได้รับ และพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก

ขอบเขตของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ปกครองของเด็กที่เข้ารับการบำบัดทั้งหมดในช่วงเดือน ธันวาคม 2550 – มกราคม 2551 จำนวน 76 คน
2. ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อสำรวจการรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่ออาชานำบำบัดสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษในด้านความพึงพอใจที่ได้รับ และพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก
3. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่สามารถวัดพัฒนาการของผู้เข้ารับการบำบัดได้โดยตรง เพราะเนื่องจากมีปัจจัยอื่นแทรกซ้อน เช่น ผู้เข้ารับการบำบัดด้วยอาชานำบำบัดบางรายได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นด้วยพร้อมกัน ส่งผลให้พัฒนาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลมาจากอาชานำบำบัดโดยตรง เป็นต้น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

เด็กที่มีความต้องการพิเศษ(Children with special needs) คือ เด็กที่ได้รับการจัดแบ่งประเภทตามเกณฑ์ของ องค์การอนามัยโลก(WHO) หรือ คณะกรรมการร่วมขององค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ(UNICEF)กับองค์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการระหว่างประเทศ หรือ กระทรวงสาธารณสุข และนักการศึกษาพิเศษต่างๆ ซึ่งเป็นเด็กที่มีพัฒนาการเบี่ยงเบนจากเกณฑ์เฉลี่ยของเด็กปกติ

พัฒนาการ(development) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านโครงร่างและแบบแผนอินทรีย์ทุกส่วน การเปลี่ยนแปลงนี้จะก้าวหน้าไปเรื่อยๆ เป็นขั้นๆ จะระยะหนึ่งไปอีกระยะหนึ่ง ทำให้เด็กมีลักษณะและความสามารถใหม่ๆ เกิดขึ้น ซึ่งมีผลทำให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นตามลำดับทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม (สุชา จันทน์เอม, 2542)

อาซาบำบัด(Hippotherapy) หมายถึง การรักษาที่ใช้ม้าเพื่อช่วยเหลือ จากภาษากรีกคำว่า "hippos" หมายถึง ม้า นักบำบัดที่ได้รับการฝึกด้านกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดมาอย่างดีใช้การรักษาชนิดนี้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว ในการทำอาซาบำบัดนั้น อิทธิพลจากม้าต่อผู้ป่วยมีมากกว่าการที่ผู้ป่วยควบคุมม้า ผู้ป่วยได้รับการจัดตำแหน่งบนหลังม้า และมีการตอบสนองต่อการเคลื่อนไหวของม้า นักบำบัดเป็นผู้กำหนดการเคลื่อนไหวของม้า วิเคราะห์การตอบสนองต่อผู้ป่วยและปรับการรักษาไปอย่างสอดคล้อง

(http://www.americanhippotherapyassociation.org/aha_hpot_tool.htm)

ความพึงพอใจ(satisfaction) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

กิติมา ปรีดีติลล (2529) อ้างถึงใน กองแผนงาน สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (2547) กล่าวว่า ความสำเร็จ หมายถึง ความรู้สึกชอบหรือพอใจที่มีต่อองค์ประกอบและสิ่งจูงใจในด้านต่างๆ และเขาได้รับการตอบสนองความต้องการของเขาได้

ธงชัย สันติวงษ์ (2530) อ้างถึงใน กองแผนงาน สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (2547) กล่าวว่า ความสำเร็จ หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการของตนเองอย่างดีหรือสมบูรณ์ที่สุด

จากความหมายของความสำเร็จที่กล่าวมาข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า ความสำเร็จ หมายถึง ความรู้สึกที่ดีหรือทัศนคติในทางที่ดีของบุคคล ซึ่งมักเกิดจากการได้รับการตอบสนองตามที่ตนเองต้องการก็จะเกิดความรู้สึกที่ดีในสิ่งนั้น (กองแผนงาน สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2547)

การศึกษาพิเศษ หมายถึง การสอนพิเศษสำหรับเด็กที่มีลักษณะแตกต่างไปจากเด็กปกติทั่วไป แต่ไม่ใช่หมายถึงการเปลี่ยนแปลงหลักสูตรต่างๆ ไปของการศึกษาการศึกษาพิเศษอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงชั้นเรียนปกติเพียงเล็กน้อย สิ่งที่สำคัญ คือ ต้องมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมให้น้อยที่สุดและสิ่งที่โรงเรียนแต่ละแห่งจะต้องทำให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

(<http://www.thaikids.org/brain/brain6.htm>)

การศึกษาพิเศษ เป็นรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ที่มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มทักษะพื้นฐานด้านสังคม การสื่อสาร และทักษะทางความคิด ได้ควบคู่ไปกับทักษะทางวิชาการ มีการจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program; IEP) โดยออกแบบให้เหมาะสมกับระดับความสามารถ ความบกพร่อง และความสนใจของเด็กแต่ละคน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ง่าย ไม่ล้าสน เด็กสามารถนำทักษะที่ได้จากชั้นเรียนไปใช้ในห้องเรียนได้(<http://www.happyhomeclinic.com/specialeducation.htm>)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบถึงมุมมองความคิดของผู้ปกครองที่มีต่ออาชานำบำบัดที่บุตรหลานของตนใช้เป็นเครื่องมือในการบำบัดความผิดปกติของร่างกาย
2. เผยแพร่ความรู้เรื่องอาชานำบำบัดให้เป็นที่รู้จักและยอมรับมากขึ้นในประเทศไทย
3. กระตุ้นให้เกิดความเข้าใจต่อเด็กที่มีความต้องการพิเศษมากขึ้น และปลูกจิตสำนึกแห่งการช่วยเหลือสังคม
4. เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจที่สามารถเป็นพื้นฐานให้การวิจัยเกี่ยวกับ อาชานำบำบัด ในประเทศไทยต่อไปได้

บทที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัยและวิธีรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของอาชญากรรมผ่านการรับรู้ของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ และความพึงพอใจต่อการให้บริการ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ปกครองของเด็กที่เข้ารับการรักษาด้วยอาชญากรรมทั้งหมดในช่วงเดือนธันวาคม 2550 – มกราคม 2551 จำนวน 76 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือ ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มาเข้ารับการรักษาและผู้ปกครองที่พาเด็กมาเข้ารับการรักษา
2. แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปกครองในด้านการบริการอาชญากรรม และพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กหลังการทำอาชญากรรม

ลักษณะของแบบสอบถามทั้งสองส่วนเป็นดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

เป็นข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ปกครอง เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ อายุ และข้อมูลเกี่ยวกับเด็กที่เข้ารับการรักษา เช่น เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน ประเภทของความบกพร่องตามการวินิจฉัย จำนวนครั้งการเข้ารับอาชญากรรม ความสม่ำเสมอในการเข้ารับอาชญากรรม แนวทางร่วมอื่นๆ ในการบำบัด

ส่วนที่ 2 การรับรู้ของผู้ปกครองต่อพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กหลังการทำอาชญากรรม

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ดีขึ้นมาก ดีขึ้นปานกลาง ดีขึ้นน้อย และไม่เปลี่ยนแปลง โดยให้ผู้ปกครองประเมินเพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 3 การรับรู้ของผู้ปกครองต่อพัฒนาการทางด้านสติปัญญาของเด็กหลังการทำอาชาบำบัด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ดีขึ้นมาก ดีขึ้นปานกลาง ดีขึ้นน้อย และไม่เปลี่ยนแปลง โดยให้ผู้ปกครองประเมินเพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 4 การรับรู้ของผู้ปกครองต่อพัฒนาการทางด้านภาษาของเด็กหลังการทำอาชาบำบัด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ดีขึ้นมาก ดีขึ้นปานกลาง ดีขึ้นน้อย และไม่เปลี่ยนแปลง โดยให้ผู้ปกครองประเมินเพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 5 การรับรู้ของผู้ปกครองต่อพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมของเด็กหลังการทำอาชาบำบัด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ดีขึ้นมาก ดีขึ้นปานกลาง ดีขึ้นน้อย และไม่เปลี่ยนแปลง โดยให้ผู้ปกครองประเมินเพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจต่อการรับบริการ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้ผู้ปกครองประเมินเพียงคำตอบเดียว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตกองกำกับการ 4 (ตำรวจม้า) เพื่อขอเก็บข้อมูล
2. ขอความร่วมมือผู้ปกครองในการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(Content Analysis) และรายงานผลในลักษณะสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ผู้วิจัยใช้โปรแกรม SPSS for Window และโปรแกรม Microsoft Excel ในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบคำถามในการวิจัย ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- เพศของเด็กที่เข้ารับอาชานำบัด
- อายุของเด็กที่เข้ารับอาชานำบัด
- โรคหรืออาการที่เด็กได้รับการระบุโดยแพทย์
- จำนวนครั้งที่เด็กได้เข้ารับอาชานำบัด
- วิธีการรักษาอื่นนอกเหนือจากอาชานำบัด
- ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองที่พามาเข้ารับอาชานำบัด
- อายุของผู้ปกครอง
- อาชีพของผู้ปกครอง
- รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง

ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อความคำถามของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Descriptive Statistic มาอภิปรายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบของตารางร้อยละ

2. ส่วนที่ 2

2.1 การประเมินพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กที่มาเข้ารับอาชานำบัดโดยผู้ปกครอง ซึ่งแบ่งข้อความออกเป็นพัฒนาการด้านต่างๆ 4 ด้าน ดังนี้

- 1) พัฒนาการทางด้านร่างกาย
- 2) พัฒนาการทางด้านสติปัญญา
- 3) พัฒนาการทางด้านภาษา
- 4) พัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคม

โดยผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ผลโดยหาค่าเฉลี่ยของการประเมินพัฒนาการโดยผู้ปกครอง และกำหนดเกณฑ์ค่าเฉลี่ยดังนี้

ค่าเฉลี่ยการประเมินพัฒนาการมีค่าเท่ากับ 0 คือพัฒนาการไม่มีความเปลี่ยนแปลง
ค่าเฉลี่ยการประเมินพัฒนาการมีค่าระหว่าง 0.01 – 1.00 คือมีพัฒนาการดีขึ้นเล็กน้อย

ค่าเฉลี่ยการประเมินพัฒนาการมีค่าระหว่าง 1.01 – 2.00 คือมีพัฒนาการดีขึ้นปานกลาง

ค่าเฉลี่ยการประเมินพัฒนาการมีค่าระหว่าง 2.01 – 3.00 คือมีพัฒนาการดีขึ้นมาก

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการประเมินของผู้ปกครองที่มีต่อการพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กหลังการทำอาชานำบัด โดยแบ่งออกเป็นสองกลุ่มมีจำนวนครั้งการเข้ารับอาชานำบัดเป็นเกณฑ์ ซึ่งผู้วิจัยใช้เทคนิคการแบ่งกลุ่มจากค่ามัธยฐาน (Median Split Technique) ในการแบ่ง

3. ส่วนที่ 3 การประเมินความพึงพอใจจากการรับบริการอาชานำบัดของผู้ปกครอง โดยผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ผลโดยหาค่าเฉลี่ยและกำหนดเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ยการประเมินความพึงพอใจมีค่าระหว่าง 1.00 – 1.99 คือมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยมากถึงน้อย

ค่าเฉลี่ยการประเมินความพึงพอใจมีค่าระหว่าง 2.00 – 2.99 คือมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง

ค่าเฉลี่ยการประเมินความพึงพอใจมีค่าเท่ากับ 3 คือมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยการประเมินความพึงพอใจมีค่าระหว่าง 3.01 – 4.00 คือมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก

ค่าเฉลี่ยการประเมินความพึงพอใจมีค่าระหว่าง 4.01 – 5.00 คือมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

บทที่ 3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาเรื่องการรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่ออาชานำบำบัดสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษนั้น ผู้วิจัยได้จำแนกผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ปกครองที่มีต่อพัฒนาการด้านต่างๆ

ของเด็กหลังการทำอาชานำบำบัด

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการบริการอาชานำบำบัด

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง จำแนกออกตาม อายุของเด็กที่เข้ารับอาชานำบำบัด จำนวนครั้งที่เด็กเข้ารับอาชานำบำบัด เพศของเด็กที่เข้ารับอาชานำบำบัด โรคหรืออาการที่เด็กได้รับการระบุโดยแพทย์ วิธีการรักษาอื่นนอกเหนือจากอาชานำบำบัด ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองที่พามาเข้ารับการบำบัด อายุของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ปกครอง

ตารางที่ 3.1

อายุของเด็กที่เข้ารับอาชานำบำบัด ($N = 76$)

กลุ่มตัวอย่าง	อายุของเด็กที่เข้ารับ อาชานำบำบัดที่น้อยที่สุด (ปี)	อายุของเด็กที่เข้ารับ อาชานำบำบัดที่มากที่สุด (ปี)	อายุเฉลี่ยของเด็ก ที่เข้ารับอาชานำบำบัด (ปี)
	2	16	8.18

จากตารางที่ 3.1 แสดงให้เห็นว่าช่วงอายุของเด็กที่เข้ารับอาชานำบำบัดค่อนข้างกว้าง ตั้งแต่ช่วงเด็กเล็กถึงช่วงวัยรุ่น

ตารางที่ 3.2

จำนวนครั้งที่ผู้ปกครองพาเด็กมาเข้ารับอาชาบำบัด (N = 76)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนครั้งที่เข้ารับ การบำบัดน้อยที่สุด	จำนวนครั้งที่เข้ารับ การบำบัดมากที่สุด	จำนวนครั้งเฉลี่ย ที่เข้ารับการบำบัด
การเข้ารับอาชาบำบัด	1	41	12.37

ตารางที่ 3.3

เพศของเด็กที่เข้ารับอาชาบำบัด โรคหรืออาการที่ได้รับการระบุโดยแพทย์ และวิธีการรักษาอื่นนอกเหนือจากอาชาบำบัด (N = 76)

รายการ	โรคหรืออาการที่ได้รับการระบุโดยแพทย์								รวม (คน (%))
	ออทิสติก (คน (%))	สมาธิสั้น (คน (%))	ปัญญา อ่อน และ/หรือ พิการทาง สมอง (คน (%))	ปัญหา บกพร่อง ทางภาษา (คน (%))	ความ บกพร่อง การซ้ำ (คน (%))	พัฒนา ล่าช้า (คน (%))	ลมชัก (คน (%))	พิการทาง ร่างกาย (คน (%))	
เพศของเด็ก									
เด็กชาย	31 (40.8)	5 (6.6)	4 (5.3)	2 (2.6)	3 (3.9)	0 (0.0)	2 (2.6)	1 (1.3)	48 (63.2)
เด็กหญิง	11 (14.5)	2 (2.6)	9 (11.8)	0 (0.0)	3 (3.9)	1 (1.3)	0 (0.0)	2 (2.6)	28 (36.8)
รวม (คน (%))	42 (55.3)	7 (9.2)	13 (17.1)	2 (2.6)	6 (7.9)	1 (1.3)	2 (2.6)	3 (3.9)	76(100.0)
วิธีการรักษาอื่น									
1. ยา	19	0	5	0	0	1	0	0	25 (32.9)
2. ครูการศึกษา พิเศษ	21	1	2	0	4	1	2	3	31 (40.8)
3. การกระตุ้น พัฒนาการโดยรวม เช่น กายภาพบำบัด การฝึกพูด และ กิจกรรมบำบัด	41	6	12	2	6	3	1	2	73 (96.1)

จากตารางที่ 3.3 แสดงให้เห็นว่าเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่มาเข้ารับอาชานำบัดส่วนใหญ่เป็นโรคออทิสติก (ร้อยละ 55.3) ทั้งนี้ในจำนวนเด็กที่มาเข้ารับการนำบัดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.2) และเด็กทุกคนได้รับการรักษาแบบอื่นร่วมกับอาชานำบัด โดยส่วนใหญ่แล้วมีการกระตุ้นพัฒนาการด้านต่างๆ ทั้งการฝึกพูด กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด (ร้อยละ 96.1)

ตารางที่ 3.4

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ปกครองที่พาเด็กที่มีความต้องการพิเศษมาเข้ารับอาชานำบัด (N = 76)

รายการ	ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็ก ที่พามาเข้ารับอาชานำบัด			รวม (คน (%))
	บิดา หรือ มารดา (คน (%))	ญาติ (คน (%))	ผู้ดูแล หรือ พี่เลี้ยง (คน (%))	
เพศของเด็ก				
เด็กชาย	41 (53.9)	4 (5.3)	3 (3.9)	48 (63.2)
เด็กหญิง	17 (22.4)	1 (1.3)	10 (13.2)	28 (36.8)
รวม (คน (%))	58 (76.3)	5 (6.6)	13 (17.1)	76 (100.0)
อายุของผู้ปกครอง				
ต่ำกว่า 20 ปี	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
21 – 30 ปี	8 (10.5)	0 (0.0)	8 (10.5)	16 (21.1)
31 – 40 ปี	30 (39.5)	1 (1.3)	4 (5.3)	35 (46.1)
41 – 50 ปี	18 (23.7)	3 (3.9)	1 (1.3)	22 (28.9)
50 ปีขึ้นไป	2 (2.6)	1 (1.3)	0 (0.0)	3 (3.9)
รวม (คน (%))	58 (76.3)	5 (6.6)	13 (17.1)	76 (100.0)
อาชีพของผู้ปกครอง				
ข้าราชการ	7 (9.2)	1 (1.3)	4 (5.3)	12 (15.8)
รัฐวิสาหกิจ	4 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (5.3)
บริษัทเอกชน	7 (9.2)	1 (1.3)	1 (1.3)	9 (11.8)
ธุรกิจส่วนตัว	30 (39.5)	3 (3.9)	5 (6.6)	38 (50.0)
แม่บ้าน	10 (13.2)	0 (0.0)	1 (1.3)	11 (14.5)
พี่เลี้ยง	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.6)	2 (2.6)
รวม (คน (%))	58 (76.3)	5 (6.6)	13 (17.1)	76 (100.0)

รายการ	ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็ก ที่พามาเข้ารับอาชาบำบัด			รวม (คน (%))
	บิดา หรือ มารดา	ญาติ	ผู้ดูแล หรือ พี่เลี้ยง	
	(คน (%))	(คน (%))	(คน (%))	
<u>รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง</u>				
ต่ำกว่า 10,000 บาท	13 (17.1)	1 (1.3)	3 (3.9)	17 (22.0)
10,001 – 20,000 บาท	16 (21.1)	3 (3.9)	9 (11.8)	28 (36.8)
20,001 – 30,000 บาท	16 (21.1)	0 (0.0)	1 (1.3)	17 (22.4)
30,001 – 40,000 บาท	11 (14.5)	1 (1.3)	0 (0.0)	12 (15.8)
40,001 – 50,000 บาท	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
มากกว่า 50,000 บาท	2 (2.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.6)
รวม (คน (%))	58 (76.3)	5 (6.6)	13 (17.1)	76 (100.0)

จากตารางที่ 3.4 แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองที่พามาเด็กที่มีความต้องการพิเศษมาเข้ารับอาชาบำบัดนั้นส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดาของเด็กเอง (ร้อยละ 76.3) ซึ่งผู้ปกครองส่วนใหญ่ที่พามา นั้นมีอายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี (ร้อยละ 46.1) ทำธุรกิจส่วนตัวเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.0) และมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001 – 30,000 บาท

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ปกครองที่มีต่อพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก หลังการทำอาชาบำบัด

ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ปกครองที่มีต่อพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กหลังการทำอาชาบำบัด ทั้งหมด 4 ด้านดังนี้

1. พัฒนาการทางด้านร่างกาย
2. พัฒนาการทางด้านสติปัญญา
3. พัฒนาการทางด้านภาษา
4. พัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคม

ตารางที่ 3.5

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยการประเมินของผู้ปกครองในระดับต่างๆ ที่มีต่อพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กหลังการทำอาชานำบัด (N = 76)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ยของระดับการประเมินพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กหลังการทำอาชานำบัด
1. การทรงตัวขณะนั่งบนหลังม้า	2.18
2. การเดิน	2.17
3. การวิ่ง	2.08
4. การเปลี่ยนอิริยาบถ (เช่น นั่ง นอน ยืน)	2.11
5. การเล่นที่ใช้ทุกส่วนของร่างกาย (เช่น วิ่งเล่น กระโดดเล่น ปีนป่าย)	2.11
6. การควบคุมนิ้วมือ (เช่น การวาดรูป เขียนหนังสือ ใช้ช้อนส้อม)	1.99
7. ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองตามวัย (เช่น กินข้าว อาบน้ำ แปรงฟัน ใส่เสื้อผ้า)	1.95
8. พัฒนาการทางด้านร่างกายโดยรวม	2.34
ค่าเฉลี่ยรวมทุกข้อคำถาม	2.12

จากตารางที่ 3.5 แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองประเมินพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กหลังการเข้ารับอาชานำบัดในระดับดีขึ้นไปมาก (2.01 – 3.00)

ตารางที่ 3.6

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยการประเมินของผู้ปกครองในระดับต่างๆ ที่มีต่อพัฒนาการทางด้านสติปัญญาของเด็กหลังการทำอาชานำบัด (N = 76)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ยของระดับการประเมินพัฒนาการทางด้านสติปัญญาของเด็กหลังการทำอาชานำบัด
1. การให้ความสนใจ(สมาธิ)ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง	1.91
2. การเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ	1.96

3. ความฉลาด	1.91
4. ความเข้าใจกฎระเบียบง่าย ๆ	1.89
5. การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต (เช่น เปลี่ยนที่เลี้ยง ไปเที่ยวที่แปลกใหม่ ไป โรงเรียน พบคนแปลกหน้า)	2.05
6. รู้ถึงความแตกต่างของขนาดและรูปทรง	1.82
7. พัฒนาการทางด้านสติปัญญาโดยรวม	2.05
ค่าเฉลี่ยรวมทุกข้อคำถาม	1.95

จากตารางที่ 3.6 แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองประเมินพัฒนาการทางด้านสติปัญญาของเด็ก
หลังการเข้ารับอาชาบำบัดในระดับดีขึ้นไปปานกลาง (1.01 – 2.00)

ตารางที่ 3.7

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยการประเมินของผู้ปกครองในระดับต่างๆ ที่มีต่อพัฒนาการทางด้านภาษาของ
เด็กหลังการทำอาชาบำบัด (N = 76)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ยของระดับการประเมินพัฒนาการทางด้าน ภาษาของเด็กหลังการทำอาชาบำบัด
1. เข้าใจคำพูดของครูฝึกอาชาบำบัด	2.04
2. เข้าใจคำพูดของพ่อแม่	2.22
3. เข้าใจคำศัพท์ในชีวิตประจำวัน	2.11
4. การใช้คำพูดหรือภาษาท่าทางเพื่อบอกความ ต้องการ	2.11
5. การพูดคุยหรือใช้ภาษาท่าทางกับพ่อแม่หรือ คนในครอบครัว	2.01
6. การพูดคุยหรือใช้ภาษาท่าทางกับเด็กคนอื่น	1.80
7. การสื่อความหมายให้ผู้อื่นเข้าใจได้	1.79
8. พัฒนาการทางด้านภาษาโดยรวม	1.91
ค่าเฉลี่ยรวมทุกข้อคำถาม	2.00

จากตารางที่ 3.7 แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองประเมินพัฒนาการทางด้านภาษาของเด็กหลังการเข้ารับอาชานำบัดในระดับดีขึ้นไปปานกลาง (1.01 – 2.00)

ตารางที่ 3.8

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยการประเมินของผู้ปกครองในระดับต่างๆ ที่มีต่อพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมของเด็กหลังการทำอาชานำบัด (N = 76)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ยของระดับการประเมินพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมของเด็กหลังการทำอาชานำบัด
1. ความมั่นคงของอารมณ์โดยทั่วไป	2.00
2. การควบคุมอารมณ์เมื่อไม่ได้รับสิ่งที่ต้องการ	1.97
3. ความอดทนต่อการรอคอย	2.13
4. การท้าทายหรือสวัสดิครูฝีกอาชานำบัด	2.16
5. การปฏิบัติตามคำสั่งของครูฝีกอาชานำบัด	2.33
6. การปฏิบัติตามคำสั่งของพ่อแม่	2.24
7. ความสัมพันธ์กับครูฝีกอาชานำบัด	2.38
8. ความสัมพันธ์กับพ่อแม่	2.43
9. ความสัมพันธ์กับเด็กคนอื่น	2.07
10. การแบ่งของเล่นกับเด็กคนอื่น	1.89
11. การเข้าใจความต้องการของผู้อื่น	1.74
12. พัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมโดยรวม	2.22
ค่าเฉลี่ยรวมทุกข้อคำถาม	2.13

จากตารางที่ 3.8 แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองประเมินพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมของเด็กหลังการเข้ารับอาชานำบัดในระดับดีขึ้นไปมาก (2.01 – 3.00)

ตารางที่ 3.9

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยการประเมินของผู้ปกครองที่มีต่อพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กที่เข้ารับอาชานำบัด เมื่อเปรียบเทียบกันโดยใช้กลุ่มสูงต่ำของจำนวนครั้งในการเข้ารับการนำบัดเป็นเกณฑ์ ($N = 76$) ($df = 74$)

รายการ	กลุ่มเข้ารับการนำบัด น้อยครั้ง (n = 42)		กลุ่มเข้ารับการนำบัด มากครั้ง (n = 34)		t
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
	พัฒนาการทางด้าน ร่างกาย	1.92	0.75	2.36	
พัฒนาการทางด้าน สติปัญญา	1.84	0.68	2.07	0.50	-1.624
พัฒนาการทางด้าน ภาษา	1.86	0.65	2.17	0.64	-2.064*
พัฒนาการทางด้าน อารมณ์และสังคม	1.93	0.58	2.38	0.52	-3.584***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

การเปรียบเทียบการประเมินของผู้ปกครองที่มีต่อพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กทั้ง 4 ด้าน เมื่อแบ่งเด็กออกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้เทคนิคการแบ่งกลุ่มจากค่ามัธยฐาน ซึ่งค่ามัธยฐานของจำนวนครั้งการเข้ารับอาชานำบัดนั้นเท่ากับ 7 ดังนั้นกลุ่มเข้ารับการนำบัดน้อยครั้งคือกลุ่มของเด็กที่เคยเข้ารับอาชานำบัดน้อยกว่า 7 ครั้ง และกลุ่มเข้ารับการนำบัดมากครั้งคือกลุ่มของเด็กที่เคยเข้ารับอาชานำบัดมากกว่า 7 ครั้ง ซึ่งจากตารางที่ 3.9 แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันในค่าเฉลี่ยการประเมินพัฒนาการทางด้านร่างกาย ($p < .01$) ค่าเฉลี่ยการประเมินพัฒนาการทางด้านภาษา ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยการประเมินพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคม ($p < .001$) ซึ่งกลุ่มเข้ารับการนำบัดมากครั้งมีค่าเฉลี่ยการประเมินพัฒนาการสูงกว่าทั้งสามด้าน แต่ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในค่าเฉลี่ยการประเมินพัฒนาการทางด้านสติปัญญา

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการบริการอาชานำบัด

ตารางที่ 3.10

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยการประเมินของผู้ปกครองในระดับต่างๆ ของความพึงพอใจในการบริการอาชานำบัด (N = 76)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ยของระดับการประเมินความพึงพอใจในการบริการอาชานำบัด
1. วันและเวลาการให้บริการ	4.22
2. สถานที่	4.30
3. ค่าใช้จ่าย	4.76
4. ครูฝึก	4.82
5. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	4.80
6. ม้าที่ใช้ฝึก	4.76
7. การให้บริการอาชานำบัดของ กองกำกับการ 4 โดยรวม	4.78
ค่าเฉลี่ยรวมทุกข้อความ	4.63

จากตารางที่ 3.10 แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองผู้ที่เป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษมาเข้ารับอาชานำบัดนั้นมีความพึงพอใจต่อการให้บริการอาชานำบัดของกองกำกับการ 4 (ตำรวจม้า) ในระดับพึงพอใจมากถึงมากที่สุด (4.01 – 5.00)

บทที่ 4 อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาการรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่ออาชานำบำบัดสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษในด้านความพึงพอใจที่ได้รับ และพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ผู้ปกครองที่พาเด็กที่มีความต้องการพิเศษมาเข้ารับอาชานำบำบัดนั้น รับรู้ว่าการเข้ารับอาชานำบำบัดนั้น เด็กมีพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย สถิติปัญญา ภาษา และอารมณ์และสังคมในทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Casady, & Nichols-Larsen (2004) ที่พบว่าอาชานำบำบัดมีผลทางบวกต่อเด็กที่เป็นโรคพิกการทางสมองทุกคน ทางการทำงานของกล้ามเนื้อรวมถึงทักษะทางสังคม

จากคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการอาชานำบำบัดสามารถอภิปรายผลได้ว่าผู้ปกครองของเด็กที่มีความต้องการพิเศษมีความพึงพอใจมากต่อการบริการอาชานำบำบัด

และสำหรับการเปรียบเทียบการประเมินพัฒนาการทั้งสี่ด้านของผู้ปกครอง ที่พาเด็กที่มีความต้องการพิเศษมาเข้ารับอาชานำบำบัดในจำนวนครั้งที่มากน้อยแตกต่างกันนั้น ไม่มีความแตกต่างกันในพัฒนาการทางด้านสถิติปัญญาด้านเดียวเท่านั้น ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่าสถิติปัญญานั้นเป็นความสามารถที่ต้องใช้เวลานานในการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการแบ่งกลุ่มเปรียบเทียบนั้นใช้จำนวนการเข้ารับอาชานำบำบัด 7 ครั้งในการแบ่ง จึงเป็นไปได้ว่าการเข้ารับอาชานำบำบัดเพียงแค่ 7 ครั้งหรือมากกว่านั้นไม่อาจก่อให้เกิดพัฒนาการทางสถิติปัญญาอย่างเห็นได้ชัดได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อสำรวจการรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่ออาชานำบัดสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษในด้านความพึงพอใจที่ได้รับ และพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ปกครองของเด็กที่เข้ารับการรักษาด้วยอาชานำบัด ณ กองกำกับการ 4 (ตำรวจม้า) ทั้งหมดในช่วงเดือนธันวาคม 2550 – มกราคม 2551 จำนวน 76 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นแบบสอบถามเชิงปรนัยและอัตนัยที่พัฒนาโดยผู้วิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุของเด็กที่เข้ารับอาชานำบัด, เพศของเด็กที่เข้ารับอาชานำบัด, โรคหรืออาการของเด็กที่เข้ารับอาชานำบัดที่ได้รับการระบุโดยแพทย์, จำนวนครั้งการเข้ารับอาชานำบัดของเด็ก, วิธีการรักษาอื่นนอกเหนือจากอาชานำบัดที่เด็กได้รับ, ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองที่พามาเข้ารับการรักษา, อายุของผู้ปกครอง, อาชีพของผู้ปกครอง และรายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ปกครองต่อพัฒนาการทางด้านต่างๆ ของเด็กหลังการเข้ารับอาชานำบัด โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับของพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กหลังการเข้ารับอาชานำบัดตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ
- ตอนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับของพัฒนาการทางด้านสติปัญญาของเด็กหลังการเข้ารับอาชานำบัดตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ
- ตอนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับของพัฒนาการทางด้านภาษาของเด็กหลังการเข้ารับอาชานำบัดตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ
- ตอนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับของพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมของเด็กหลังการเข้ารับอาชานำบัดตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความพึงพอใจที่ผู้ปกครองมีต่อการให้บริการอาชานำบัดของ กองกำกับการ 4 (ตำรวจม้า) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ เพื่อใช้วัดระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองภายหลังการพาเด็กมาเข้ารับอาชานำบัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยขออนุญาตกองกำกับการ 4 (ตำรวจม้า) เพื่อขอเก็บข้อมูล
4. ขอความร่วมมือผู้ปกครองในการทำแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(Content Analysis) และรายงานผลในลักษณะสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ผู้วิจัยใช้โปรแกรม SPSS for Window และโปรแกรม Microsoft Excel ในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบคำถามในการวิจัย ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม

4. ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- เพศของเด็กที่เข้ารับอาชานำบัด

- อายุของเด็กที่เข้ารับอาชานำบัด
- โรคหรืออาการที่เด็กได้รับการระบุโดยแพทย์
- จำนวนครั้งที่เด็กได้เข้ารับอาชานำบัด
- วิธีการรักษาอื่นนอกเหนือจากอาชานำบัด
- ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองที่พามาเข้ารับอาชานำบัด
- อายุของผู้ปกครอง
- อาชีพของผู้ปกครอง
- รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง

ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อความคำถามของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Descriptive Statistic มาอภิปราย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบของตารางร้อยละ

5. ส่วนที่ 2

- a. การประเมินพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กที่มาเข้ารับอาชานำบัดโดยผู้ปกครอง ซึ่งแบ่งข้อความออกเป็นพัฒนาการด้านต่างๆ 4 ด้าน ดังนี้
- 1) พัฒนาการทางด้านร่างกาย
 - 2) พัฒนาการทางด้านสติปัญญา
 - 3) พัฒนาการทางด้านภาษา
 - 4) พัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคม

โดยผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ผลโดยหาค่าเฉลี่ยของการประเมินพัฒนาการโดยผู้ปกครอง และกำหนดเกณฑ์ค่าเฉลี่ยดังนี้

ค่าเฉลี่ยการประเมินพัฒนาการมีค่าเท่ากับ 0 คือพัฒนาการไม่มีความเปลี่ยนแปลง
 ค่าเฉลี่ยการประเมินพัฒนาการมีค่าระหว่าง 0.01 – 1.00 คือมีพัฒนาการดีขึ้นเล็กน้อย
 ค่าเฉลี่ยการประเมินพัฒนาการมีค่าระหว่าง 1.01 – 2.00 คือมีพัฒนาการดีขึ้นปานกลาง
 ค่าเฉลี่ยการประเมินพัฒนาการมีค่าระหว่าง 2.01 – 3.00 คือมีพัฒนาการดีขึ้นมาก

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการประเมินของผู้ปกครองที่มีต่อพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กหลังการทำอาชานำบัด โดยแบ่งออกเป็นสองกลุ่มมีจำนวนครั้งการเข้ารับอาชานำบัดเป็นเกณฑ์ ซึ่งผู้วิจัยใช้เทคนิคการแบ่งกลุ่มจากค่ามัธยฐาน (Median Split Technique) ในการแบ่ง

3. ส่วนที่ 3 การประเมินความพึงพอใจจากการรับบริการอาชาบำบัดของผู้ปกครอง โดยผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ผลโดยหาค่าเฉลี่ยและกำหนดเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ยการประเมินความพึงพอใจมีค่าระหว่าง 1.00 – 1.99 คือมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยมากถึงน้อย

ค่าเฉลี่ยการประเมินความพึงพอใจมีค่าระหว่าง 2.00 – 2.99 คือมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง

ค่าเฉลี่ยการประเมินความพึงพอใจมีค่าเท่ากับ 3 คือมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยการประเมินความพึงพอใจมีค่าระหว่าง 3.01 – 4.00 คือมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก

ค่าเฉลี่ยการประเมินความพึงพอใจมีค่าระหว่าง 4.01 – 5.00 คือมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ระดับพัฒนาการของเด็กที่มีความต้องการพิเศษหลังเข้ารับอาชาบำบัด
 - 1.1 ผู้ปกครองของเด็กที่มีความต้องการพิเศษรู้ว่าพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กหลังเข้ารับอาชาบำบัดมีพัฒนาการในระดับดีขึ้นมาก
 - 1.2 ผู้ปกครองของเด็กที่มีความต้องการพิเศษรู้ว่าพัฒนาการทางด้านสติปัญญาของเด็กหลังเข้ารับอาชาบำบัดมีพัฒนาการในระดับดีขึ้นปานกลาง
 - 1.3 ผู้ปกครองของเด็กที่มีความต้องการพิเศษรู้ว่าพัฒนาการทางด้านภาษาของเด็กหลังเข้ารับอาชาบำบัดมีพัฒนาการในระดับดีขึ้นปานกลาง
 - 1.4 ผู้ปกครองของเด็กที่มีความต้องการพิเศษรู้ว่าพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมของเด็กหลังเข้ารับอาชาบำบัดมีพัฒนาการในระดับดีขึ้นมาก
 - 1.5 กลุ่มผู้ปกครองของเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่พาเด็กมาเข้ารับอาชาบำบัดมากกว่า 7 ครั้ง รู้ว่าเด็กมีพัฒนาการสูงกว่ากลุ่มผู้ปกครองของเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่พาเด็กมาเข้ารับอาชาบำบัดน้อยกว่า 7 ครั้งในด้านพัฒนาการทางร่างกาย พัฒนาการทางด้านภาษาและพัฒนาการทางด้าน

อารมณ์และสังคม และไม่มีความแตกต่างกันของการรับรู้ของผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มในพัฒนาการทางด้านสติปัญญา

- 2 ผู้ปกครองของเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่พาเด็กมาเข้ารับอาชานำบัดมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดต่อการให้บริการของกองกำกับการ 4 (ตำรวจม้า)

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากข้อจำกัดของงานวิจัยชิ้นนี้ผู้วิจัยไม่สามารถวัดพัฒนาการของผู้เข้ารับการบำบัดได้โดยตรง เพราะเนื่องจากมีปัจจัยอื่นแทรกซ้อน คือ การที่ผู้เข้ารับการบำบัดด้วยอาชาบำบัดบางรายรับการรักษาด้วยวิธีอื่นด้วยพร้อมกัน ส่งผลให้พัฒนาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลมาจากอาชาบำบัดโดยตรง ดังนั้นในการศึกษาเพิ่มเติม ควรทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อควบคุมตัวแปรภายนอกที่จะส่งผลต่อพัฒนาการได้ เพื่อศึกษาให้เห็นพัฒนาการที่เป็นผลมาจากอาชาบำบัดโดยตรง

รายการอ้างอิง

- กองแผนงาน สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. (2547). รายงานความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามรุ่นปีการศึกษา 2547. รายงานวิจัยสถาบัน. Retrieved October 11, 2007, from <http://www.msu.ac.th/plan/%A4%C7%D2%C1%BE%D6%A7%BE%CD%E3%A8/BA%B7%B7%D5%E8%202.pdf>.
- การศึกษาพิเศษ (Special Education). (2007). Retrieved February 26, 2008, from <http://www.thaikids.org/brain/brain6.htm>.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2549). การศึกษาพิเศษ. Retrieved February 26, 2008, from <http://www.happyhomeclinic.com/specialeducation.htm>.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2549). พัฒนาการเด็ก. Retrieved October 4, 2007, from <http://www.happyhomeclinic.com/sp02-development.htm>.
- พิมพ์พรรณ วรชุตินธร. (2542). จิตวิทยาเด็กพิเศษ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันราชภัฏธนบุรี.
- ไม่ธรรมดาเพราะว่าพิเศษ. (2007). Retrieved October 4, 2007, from http://www.elib-online.com/doctors50/child_child009.html.
- สถาบันราชภัฏนครราชสีมา. (n.d.). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ. Retrieved October 11, 2007, from http://www.nrru.ac.th/web/Special_Edu/2-2.html.
- สุชา จันทน์เอม. (2542). จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- สุรางค์ จันทน์เอม. (2524). จิตวิทยาเด็ก. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อักษร บัณฑิต.

American Hippotherapy Association. (2007). *Hippotherapy As A Treatment Tool*.

Retrieved October 4, 2007, from

http://www.americanhippotherapyassociation.org/aha_hpot_tool.htm.

Benda, W., McGibbon, N.H., Grant, K.L. (2003). Improvements in muscle symmetry in children with cerebral palsy after equine-assisted therapy (hippotherapy). *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*,9(6), :817-825.

Benjamin, J. (2000) *An introduction to hippotherapy*. Retrieved October 12, 2007, from http://www.americanhippotherapyassociation.org/aha_hpot_a_intro.htm.

Casady, R.L., Nichols-Larsen, D.S. (2004). The effect of hippotherapy on ten children with cerebral palsy. *Pediatric Physical Therapy*, 16(3): 165-172.

Debusse, D., Chandler, C., Gibb, C. (2005). An exploration of German and British physiotherapists views on the effects of hippotherapy and their measurement. *Physiotherapy Theory and Practice*, 21(4): 219-242.

Lechner HE, Feldhaus S, Gudmundsen L, Hegemann D, Michel D, Zäch GA, Knecht H. (2003). The short-term effect of hippotherapy on spasticity in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*. Sep;41(9):502-5.

McGibbon, N.H., Andrade, C.K., Widener, G., Cintas, H.L. (1998). Effect of an equine movement therapy program on gait, energy expenditure, and motor function in children with spastic cerebral palsy: a pilot study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 40(1), 754-762.

Meregillano, G. (2004). Hippotherapy. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 15(4): 843-54,vii.

Pamela, S.R., & Carl J.D., (2003). Influences of hippotherapy on the motor and social-emotional behavior of young children with disabilities. *Bridges Practice-Based Research Synthese*, 1, 9.

Silkwood-Sherer D & Warmbier H. (2007) Effects of Hippotherapy on Postural Stability In persons with Multiple Sclerosis. *Journal of Neurologic Physical Therapy*. 31(2):77-84.

Tennie. (2007, September). อาชบาบำบัด ตำรวจ ม้า และเด็ก เรื่องเล็กน้อยนิด(แต่)มหาศาล. *Baby & Kid's Digest*, 62, 106-109.

What is Hippotherapy?. (n.d.) Retrieved October 4, 2007, from <http://www.americanequestrian.com/hippotherapy.htm>.

ภาคผนวก

**แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่ออาซาบำบัด
สำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษในด้านความพึงพอใจที่ได้รับ
และพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก**

แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่ออาซาบำบัด
สำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษในด้านความพึงพอใจที่ได้รับ และพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก
ในการมาใช้บริการอาซาบำบัด ณ กองกำกับการ 4 (ตำรวจม้า)

แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่เข้ารับการบำบัดและผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปกครองในด้านพัฒนาการด้านต่างๆ
ของเด็กหลังการทำอาซาบำบัด

ส่วนที่ 3: แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการบริการอาซาบำบัด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กรุณาเติมข้อความในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หน้าคำตอบ

1. เพศของเด็กที่เข้ารับอาซาบำบัด

ชาย

หญิง

2. อายุเด็ก ปี

3. โรคหรืออาการของเด็กที่ได้รับการระบุโดยแพทย์

4. เด็กเข้ารับอาซาบำบัดมาแล้วเป็นจำนวน ครั้ง

5. วิธีการรักษาอื่นนอกเหนือจากอาซาบำบัด

ยา

การฝึกพูด

กายภาพบำบัด

ครูการศึกษาพิเศษ

การกระตุ้นพัฒนาการ

อื่นๆ โปรดระบุ

6. ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองที่พามาเข้ารับการรักษา

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> บิดา หรือ มารดา | <input type="checkbox"/> ญาติ ไปรตระนะ..... |
| <input type="checkbox"/> ผู้ดูแล หรือ พี่เลี้ยง | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ไปรตระนะ..... |

7. อายุของผู้ปกครอง

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 20 ปี | <input type="checkbox"/> 21 – 30 ปี |
| <input type="checkbox"/> 31 – 40 ปี | <input type="checkbox"/> 41 – 50 ปี |
| <input type="checkbox"/> 50 ปีขึ้นไป | |

8. อาชีพของผู้ปกครอง(ผู้ตอบแบบสอบถาม)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ข้าราชการ | <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ |
| <input type="checkbox"/> บริษัทเอกชน | <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ไปรตระนะ..... | |

9. รายได้ต่อเดือน

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 10,000 บาท | <input type="checkbox"/> 10,000 – 20,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 20,001 – 30,000 บาท | <input type="checkbox"/> 30,001 – 40,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 40,001 – 50,000 บาท | <input type="checkbox"/> มากกว่า 50,000 บาท |

ส่วนที่2 แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปกครองในด้านพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก
หลังการทำอาชบำบัด

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 39 ข้อ โดยแบ่งเป็นพัฒนาการด้านต่างๆ

- 4 ด้านดังนี้
1. พัฒนาการทางด้านร่างกาย
 2. พัฒนาการทางด้านสติปัญญา
 3. พัฒนาการทางด้านภาษา
 4. พัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคม

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวามือ เพื่อตอบว่า
พัฒนาการของเด็กมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่

ข้อคำถาม	พัฒนาการของเด็ก หลังการทำอาชบำบัด			
	ดีขึ้นมาก (3)	ดีขึ้นปาน กลาง (2)	ดีขึ้น เล็กน้อย (1)	ไม่ เปลี่ยนแปลง (0)
พัฒนาการทางด้านร่างกาย				
1. การทรงตัวขณะนั่งบนหลังม้า	3	2	1	0
2. การเดิน	3	2	1	0
3. การวิ่ง	3	2	1	0
4. การเปลี่ยนอิริยาบถ (เช่น นั่ง นอน ยืน)	3	2	1	0
5. การเล่นที่ใช้ทุกส่วนของร่างกาย (เช่น วิ่งเล่น กระโดดเล่น ปีนป่าย)	3	2	1	0
6. การควบคุมนิ้วมือ (เช่น การวาดรูป เขียน หนังสือ ใช้ช้อนส้อม)	3	2	1	0
7. ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองตามวัย (เช่น กินข้าว อาบน้ำ แปรงฟัน ใส่เสื้อผ้า)	3	2	1	0
8. การทำงานประสานกันระหว่างการใช้มือและ การใช้สายตา (เช่น การจับลูกบอลที่กลิ้งมาบน พื้น การกระดะยะในการหยิบจับ การหยิบจับของ ชิ้นเล็ก)	3	2	1	0
9. พัฒนาการทางด้านร่างกายโดยรวม	3	2	1	0

ข้อคำถาม	พัฒนาการของเด็ก หลังการทำอาชานำบัด			
	ดีขึ้นมาก	ดีขึ้นปาน กลาง	ดีขึ้น เล็กน้อย	ไม่ เปลี่ยนแปลง
	(3)	(2)	(1)	(0)
พัฒนาการทางด้านสติปัญญา				
1. การให้ความสนใจ(สมาธิ)ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง	3	2	1	0
2. การเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ	3	2	1	0
3. ความฉลาด	3	2	1	0
4. ความเข้าใจกฎระเบียบต่างๆ	3	2	1	0
5. การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต (เช่น เปลี่ยนพี่เลี้ยง ไปเที่ยวที่แปลกใหม่ ไป โรงเรียน พบคนแปลกหน้า)	3	2	1	0
6. ความจำ	3	2	1	0
7. รู้ถึงความแตกต่างของขนาดและรูปทรง	3	2	1	0
8. พัฒนาการทางด้านสติปัญญาโดยรวม	3	2	1	0
พัฒนาการทางด้านภาษา				
1. เข้าใจคำพูดของครูฝึกอาชานำบัด	3	2	1	0
2. เข้าใจคำพูดของพ่อแม่	3	2	1	0
3. เข้าใจเนื้อหาจากสื่อสำหรับเด็ก (เช่น ภาพยนตร์การ์ตูน เพลง หนังสือนิทาน)	3	2	1	0
4. เข้าใจคำศัพท์ในชีวิตประจำวัน	3	2	1	0
5. การใช้คำพูดหรือภาษาท่าทางเพื่อบอกความ ต้องการ	3	2	1	0
6. การพูดคุยหรือใช้ภาษาท่าทางกับพ่อแม่หรือ คนในครอบครัว	3	2	1	0
7. การพูดคุยหรือใช้ภาษาท่าทางกับเด็กคนอื่น	3	2	1	0
8. การสื่อความหมายให้ผู้อื่นเข้าใจได้	3	2	1	0
9. พัฒนาการทางด้านภาษาโดยรวม	3	2	1	0

ข้อความคำถาม	พัฒนาการของเด็ก			
	หลังการทำอาชานำบัด			
	ดีขึ้นมาก (3)	ดีขึ้นปานกลาง (2)	ดีขึ้นเล็กน้อย (1)	ไม่เปลี่ยนแปลง (0)
พัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคม				
1. ความมั่นคงของอารมณ์โดยทั่วไป	3	2	1	0
2. การควบคุมอารมณ์เมื่อไม่ได้รับสิ่งที่ต้องการ	3	2	1	0
3. ความอดทนต่อการรอคอย	3	2	1	0
4. การหักทหายหรือสวัสดิ์ครุผู้กอาชานำบัด	3	2	1	0
5. การปฏิบัติตามคำสั่งของครุผู้กอาชานำบัด	3	2	1	0
6. การปฏิบัติตามคำสั่งของพ่อแม่	3	2	1	0
7. ความสัมพันธ์กับครุผู้กอาชานำบัด	3	2	1	0
8. ความสัมพันธ์กับพ่อแม่	3	2	1	0
9. ความสัมพันธ์กับเด็กคนอื่น	3	2	1	0
10. การแบ่งของเล่นกับเด็กคนอื่น	3	2	1	0
11. การเข้าใจความต้องการของผู้อื่น	3	2	1	0
12. พัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคม โดยรวม	3	2	1	0

ส่วนที่3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการบริการอาชาบำบัด

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวามือ เพื่อตอบว่าท่านมีความพึงพอใจต่อการบริการอาชาบำบัดมากเพียงใด

ข้อคำถาม	ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการบริการอาชาบำบัด				
	พึงพอใจมากที่สุด (5)	พึงพอใจมาก (4)	พึงพอใจปานกลาง (3)	พึงพอใจน้อย (2)	พึงพอใจน้อยมาก (1)
1. วันและเวลาการให้บริการ	5	4	3	2	1
2. สถานที่	5	4	3	2	1
3. ค่าใช้จ่าย	5	4	3	2	1
4. ครูฝึก	5	4	3	2	1
5. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	5	4	3	2	1
6. ม้าที่ใช้ฝึก	5	4	3	2	1
7. การให้บริการอาชาบำบัดของ กองกำกับการ 4 โดยรวม	5	4	3	2	1