

การถอดบทเรียนการพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลออทิสติกในมุมมองผู้เชี่ยวชาญ

Lesson learned from developing life skills for the persons with autism on views of autism experts

ฉฐาวรี ชันลำโรง*, เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี**

บทคัดย่อ การวิจัยเชิงคุณภาพ นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลออทิสติกในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะออทิสติก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ การสนทนากลุ่มโดยเก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ในมุมมองของบุคคลที่มีภาวะออทิสติกเห็นว่า ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลควรมองว่า บุคคลที่มีภาวะออทิสติกเหมือนคนธรรมดาทั่วไปที่มีปัญหาและพยายามแก้ปัญหาให้ดีขึ้นและไม่มองว่ามีความแปลกแยกจากคนอื่น จะเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจอย่างดีเยี่ยม พร้อมทั้งค้นหาสิ่งที่ชอบทำแล้วมีความสุขเพื่อส่งเสริมให้เป็นความสามารถ ส่วนมุมมองของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นและพยาบาลจิตเวชเห็นว่า บทบาทหน้าที่ร่วมกันที่สำคัญคือ การประเมิน การวินิจฉัย และการรักษา โดยกระบวนการที่สำคัญที่สุดคือ การค้นหาความเสี่ยงต่อภาวะออทิสติกในช่วง 3 ขวบปีแรก ในมุมมองนักกิจกรรมบำบัดที่เห็นว่า การแก้ไขต้องเริ่มตั้งแต่พื้นฐานคือ การแก้ไขข้อบกพร่องของการรับรู้สติและการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้ง 5 ในลักษณะบูรณาการ เมื่อเด็กเข้าโรงเรียน ความร่วมมือกันระหว่างโรงเรียนและผู้ปกครองในการดูแลพัฒนาการและการเรียนต้องเป็นไปอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องจะส่งผลบุคคลที่มีภาวะออทิสติกมีทักษะในการดำเนินชีวิตที่ใกล้เคียงหรือเหมือนกับบุคคลทั่วไป

คำสำคัญ: การพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิต, บุคคลที่มีภาวะออทิสติก, ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะออทิสติก

Abstract This study is based on the methodology of qualitative research. The purpose of this study was to draw up the lesson learnt from developing the whole life skills for the persons with autism spectrum disorder on the views of the autism experts A focus group was used as the research instrument. The qualitative data was collected and analyzed with content analysis technique. The results of this research were found that the person with autism wanted the parents or caregivers to consider autistic children as general people that face problems and try to find the solution. Viewing them as the same as the others was the great way to support and encourage them to improve themselves. However, the child psychiatrist and the psychiatric nurse practitioner pointed out that the key coordinated roles were assessment, diagnosis and treatment; moreover, the most important process was to find out the riskiness of being autistic during the first 3 years olds. Furthermore, the occupational therapist viewed that a fundamental treatment

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, ** คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

was to solve their five sensory awareness in integrated way. Moreover, the special education teacher added that if they would go to a school, a co-operation between a school and parents was needed in order to closely take care of their development and study. This helps them to live as normal or close a life as possible.

Key Word (s): Developing life skills, Persons with autism, Autism experts

บทนำ

เนื่องจาก ภาวะออทิสซึมเป็นหนึ่งในความผิดปกติทางการพัฒนาล่าช้าที่เรียกว่า PDDs (Pervasive Developmental Disorders) คือมีความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้านซึ่งพบได้ในช่วงต้นของชีวิตอาการจะแสดงให้เห็นในช่วงอายุ 2-3 ปี หรือเร็วกว่านั้นขึ้นกับการสังเกตของผู้ปกครองและนำมาพบแพทย์ภาวะออทิสซึมจะมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบประสาทและความผิดปกติของสมองคือมีความผิดปกติของการพัฒนาของโครงสร้างเซลล์ในสมองส่วนซีรีเบลลัมและระบบลิมบิกและเป็นภาวะที่เกิดขึ้นยาวนานตลอดชีวิตคำว่า “Autism” มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกว่า “Auto” ซึ่งแปลว่า Self หมายถึงแยกตัวอยู่ตามลำพังในโลกของตัวเองเปรียบเสมือนมีกำแพงใสหรือกระจกเงากั้นบุคคลเหล่านี้ออกจากสังคมรอบข้างจึงเรียกว่าภาวะออทิสซึม (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550) ซึ่งมีลักษณะเฉพาะของความผิดปกติ 3 ด้านคือ 1) มีลักษณะในการเข้าสังคมที่ผิดปกติ 2) มีลักษณะในการสื่อสารที่ผิดปกติและ 3) มีแบบแผนพฤติกรรมความสนใจหรือกิจกรรมที่จำกัดทำซ้ำๆ และคงรูปแบบเดิม (เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี, 2554) ซึ่งมีแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ภาวะออทิสซึมในเด็กเพิ่มมากขึ้นและพบได้ในเด็กทั่วโลกโดยไม่จำกัดพื้นฐานทางสังคม ความผิดปกติหรือความบกพร่องเหล่านี้เป็นข้อจำกัดหรือขีดขวางบุคคลออทิสติกในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ได้อย่างอิสระและการมีส่วนร่วมทางสังคมกับผู้อื่นได้ตามบทบาท (Spitzer, 2004; Law, 2006) นอกจากนี้ ในการดำเนินชีวิตทั้งในแง่ของการดูแลตนเอง (Self-care or Activities of daily living: ADL) การเรียนหรือการทำงาน (Education or Work) และการเล่นหรือกิจกรรมยามว่าง (Play or Leisure) ก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน โดยกล่าวได้ว่า บุคคลออทิสติกมีความยากลำบากในการพัฒนาการทำกิจกรรมตามวัย และกิจกรรมที่มีความหมายซึ่งเหมาะสมกับสถานการณ์และเป็นที่ยอมรับแก่บุคคลอื่น (Spitzer, 2004; Law, 2006) ภาวะออทิสติกจึงเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบยาวนานตลอดชีวิตของบุคคล โดยมีผลจากการศึกษาติดตามระยะยาวพบว่า เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่แล้วมีบุคคลออทิสติกเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ดีและปานกลาง ส่วนใหญ่ยังคงต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดไปภายใต้การดูแลของครอบครัวหรือศูนย์ที่ให้บริการเฉพาะ เช่น โรงพยาบาลรัฐ และสถาบันจิตเวช (Howlin, Good, Hutton & Rutter, 2004; Kabayashi, Murata & Yashinaga, 1992) ในปัจจุบัน มีวิธีการดูแลรักษาภาวะออทิสติกที่

แตกต่างจากอดีตอย่างชัดเจนซึ่งสามารถช่วยพัฒนาให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการดีขึ้นจนสามารถเรียนรู้ปรับตัวใช้ชีวิตอยู่ร่วมในสังคมและประกอบอาชีพได้โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด (Independent living) ประกอบด้วย 2 แนวทางหลักคือ 1) การบำบัดรักษาที่จำเป็น ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior modification) กิจกรรมบำบัด (Occupational therapy) การแก้ไขการพูด (Speech therapy) การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการศึกษา (Special education) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ (Vocational training) และการใช้ยา (Pharmacotherapy) และ 2) การบำบัดรักษาเสริมหรือทางเลือก เช่น ศิลปะบำบัด (Art therapy) ดนตรีบำบัด (Music therapy) การบำบัดด้วยสัตว์ (Animal-assisted therapy) เป็นต้น (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2554)

โดยสรุป การดูแลช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะออทิสติก จึงหมายถึง การส่งเสริมให้บุคคลที่มีภาวะออทิสติกมีทักษะในการดำเนินชีวิตให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่เป็นภาระของผู้อื่น ซึ่งนอกจากครอบครัวที่มีบทบาทหลักในการดูแลช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะออทิสติกแล้วผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลและรักษาบุคคลที่มีภาวะออทิสติกเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลที่มีภาวะออทิสติกสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างผาสุก ดังนั้นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าว คณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการถอดบทเรียนการพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลที่มีภาวะออทิสติกในมุมมองผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเพิ่มความเข้าใจและมีแนวทางที่ชัดเจนให้กับผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก และผู้ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีภาวะออทิสติกในการพัฒนาทักษะชีวิตของบุคคลที่มีภาวะออทิสติกให้เต็มศักยภาพสูงสุดในแต่ละบุคคล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อถอดบทเรียนการพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลออทิสติกในมุมมองผู้เชี่ยวชาญ

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบแผนการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะออทิสติกจำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ เชียงใหม่) พยาบาลจิตเวช (คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) นักกิจกรรมบำบัด (อาจารย์ประจำภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) ครูผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (โรงเรียนเรียนร่วมเอกชน จังหวัดเชียงใหม่) และบุคคลที่มีภาวะออทิสติกที่สามารถใช้ชีวิตในสังคมจนถึงบั้นปลายชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือวิจัยที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคือ การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ด้วยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interviews) และเป็นการตั้งคำถามตะล่อม (Probing techniques) จนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัวจึงหยุดทำการสนทนากลุ่ม ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ณ ห้องประชุม โรงแรมแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการสรุปประเด็น (Themes)

การรับรองจริยธรรมการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ EC-CMPHO 10/2559

ผลการวิจัย

มุมมองของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น, พยาบาลจิตเวช

ปัญหาที่ผู้ปกครองพบบ่อยที่สุดและมีความสงสัยว่าลูกมีความผิดปกติไปจากเด็กในวัยเดียวกันคือ เรื่องพัฒนาการ รongลงมาคือ พูดช้าหรือไม่พูด และเมื่อเด็กเริ่มโตขึ้นเข้าวัยอนุบาลหรือระดับประถมศึกษาคือ เรื่องนอนไม่นิ่ง ไม่ทำตามคำสั่ง ผู้ปกครองก็จะเข้ามาปรึกษาจิตแพทย์ ซึ่งการวินิจฉัยเป็นหน้าที่ของจิตแพทย์ ก่อนการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์จะมีการประเมินเด็กจากการสังเกตพฤติกรรมผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะออทิสติก ประเด็นการสังเกต ได้แก่ การเล่น การใช้ภาษา และการปฏิสัมพันธ์กับผู้ปกครองโดยผ่านกิจกรรม และบันทึกวิดีโอไว้ จึงสามารถเห็นรายละเอียดความผิดปกติของเด็กรายบุคคล ซึ่งเด็กแต่ละรายจะมีความแตกต่างกัน ตั้งแต่มีอาการรุนแรงน้อยถึงรุนแรงมาก การวิเคราะห์ผลการประเมินโดยเครื่องมือและวิดีโอจะทำร่วมกันเป็นทีม ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด เพื่อวางแผนการดูแลรักษาเด็กรายบุคคล ในปัจจุบัน เครื่องมือประเมินภาวะออทิสติกได้พัฒนาขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งผู้ประเมินอาจเป็นผู้ปกครองเองโดยใช้แบบคัดกรองเพื่อดูความเสี่ยงต่อภาวะออทิสติก แต่ในท้ายที่สุดแล้ว การยืนยันการวินิจฉัยยังคงเป็นหน้าที่ของจิตแพทย์ สำหรับพยาบาลจิตเวช ทำหน้าที่หลักคือ สังเกตและบันทึกรายละเอียดในประเด็นเหล่านี้คือ ความสนใจของเด็กคืออะไร การเชื่อมโยงกับโลกแห่งความเป็นจริง ทำได้หรือไม่ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (สิ่งแวดล้อมรอบตัว) เป็นอย่างไร การพูดเป็นการสื่อสารหรือไม่ รวมทั้งการประเมินกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก และการช่วยเหลือตนเอง เพื่อให้จิตแพทย์ใช้ข้อมูลประกอบการวินิจฉัยและวางแผนการดูแลรักษาต่อไป ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้ “ส่วนใหญ่ ผู้ปกครองจะมีความสงสัยเนื่องจากลูกมีปัญหาที่ พบบ่อยสุด ก็คือเรื่องพัฒนาการ จะมาเยอะสุด พูดช้าหรือไม่พูด และถ้าเป็นเด็กที่โตขึ้นมาหน่อยสักวัยอนุบาลหรือ

ประถม อาจจะเรื่องชนอนุ้ยไม่นึ่ง ไม่ทำตามคำสั่ง ผู้ปกครองก็จะมาปรึกษาแพทย์” “เดี๋ยวนี้เราจะมีแบบคัดกรองสำหรับผู้ปกครองอยู่แล้ว เวลาพาลูกมาตรวจ แบบคัดกรองเพื่อจะดูความเสี่ยงว่าเป็นออทิสติกหรือเปล่า เราสามารถช่วยกันประเมินได้ทุกฝ่าย แต่ในท้ายที่สุดแล้ว การที่จะยืนยันการวินิจฉัยก็คงเป็นหน้าที่ของแพทย์เหมือนเดิม” “เราจะสังเกตหมดเลย ดูการเล่น เด็กเค้าสนใจของมัย อาจจะสนใจของเล่น แต่ในที่สุดเด็กยังไม่สามารถเชื่อมโลกได้ เราจะเริ่มรายงานคุณหมอ ในเรื่องการสื่อสาร เค้ามีคำพูดเป็นคำใหม่ พูดได้แต่ไม่ใช้การสื่อสาร เราจะต้องบันทึกหมดเลย ประเมินในทุก ๆ ด้าน กล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก ปฏิสัมพันธ์กับสังคม นิสัย การช่วยเหลือตนเอง จะมีประโยชน์ต่อคุณหมอ ในส่วนบทบาทของพยาบาล ประมวลนี้ค่ะ” ในมุมมองของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และพยาบาลจิตเวช เห็นว่า บทบาทหน้าที่ของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และพยาบาลจิตเวชที่สำคัญคือ การประเมิน การวินิจฉัย และการรักษา โดยกระบวนการที่สำคัญที่สุดคือ การค้นหาเด็ก ๆ ที่เสี่ยงต่อภาวะออทิสติกในระยะแรก (Early detection) หรือภายในอายุ 3 ขวบ เพื่อให้การรักษาอย่างทันท่วงที บุคคลที่จะช่วยให้กระบวนการนี้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลต่อเด็กคือผู้ปกครอง แล้วพานบุตรหลานมาปรึกษากับจิตแพทย์ เพราะยังค้นหาความเสี่ยงต่อภาวะออทิสติกได้เร็ว การพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตของบุคคลที่มีภาวะออทิสติกก็ยิ่งใกล้เคียงหรือเป็นปกติมากขึ้น

มุมมองของนักกิจกรรมบำบัด

เนื่องจากภาวะออทิสติกสเปกตรัมเป็นภาวะที่มีความบกพร่องของการรับข้อมูลทางสายตาทางการได้ยิน ทางการรับรส ทางการดมกลิ่น และการรับสัมผัสที่ได้รับจากสิ่งเร้าภายนอก ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของการบูรณาการความรู้สึกดังกล่าว ความผิดปกติของการบูรณาการความรู้สึกล่าช้า เกิดจากการที่สมองไม่สามารถตีความหมายของความรู้สึกละจัดการกับกลุ่มการรับรู้ความรู้สึกที่มากกระทบทางตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัง (การสัมผัส) เหล่านี้ แล้วประมวลให้เกิดความคิดรวบยอดได้ตามที่เป็นจริง หรือประมวลผลบิดเบือนไป จึงกลายเป็นความบกพร่องด้านการรับรู้ความรู้สึก ที่มักพบในภาวะออทิสติกสเปกตรัม ได้แก่ สภาวะต่อไปนี้ 1) การหลีกเลี่ยงการรับรู้ความรู้สึก 2) การเข้าหาหรือแสวงหา 3) การไวต่อความรู้สึก และ 4) การรับรู้ความรู้สึกที่ช้ากว่าคนปกติ อาทิ การหลีกเลี่ยงการสัมผัส การหลีกเลี่ยงการเข้าหาสิ่งที่เคลื่อนไหว หรือการกระตุ้นตนเองด้านการเคลื่อนไหว เป็นต้น ประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกที่พบ โดยทั่วไปในภาวะออทิสซึม ได้แก่ 1) การรับรู้ความรู้สึกที่ไวกว่าปกติและ/หรือการรับรู้ความรู้สึกที่น้อยกว่าปกติ (Hypersensitivity and/or hyposensitivity) 2) การถูกรบกวนโดยสิ่งเร้าบางอย่างได้ แต่สิ่งเร้าบางอย่างชอบมาก (Disturbance by certain stimuli and/or fascination by certain stimuli) 3) การรับรู้ไม่คงเส้นคงวา (การแปรผันระหว่างการรับรู้ความรู้สึกที่เร็วกว่าปกติและน้อยกว่าปกติ)

(Inconsistency of perception (Fluctuation between hyper- and hyposensitivity) 4) การรับรู้แบบแยกส่วน (Fragmented perception) 5) การรับรู้ที่บิดเบือน (Distorted perception) 6) ความยากลำบากในการแปลผลความรู้สึก ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ (Sensoryagnosia)(Difficulty interpreting a sense) 7) การรับรู้ที่ล่าช้า (Delayed perception) 8) การรับความรู้สึกที่มากเกินไป (Sensory overload) ตัวอย่างเช่น บุคคลที่มีภาวะออทิสติกจะมีการมองเห็นสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยปราศจากการคัดกรองหรือการเลือกสรร ทำให้มองเห็นภาพและพื้นหลังมีความเหมือนกัน และยังมีความยากที่จะผสมผสานสิ่งที่รับรู้แต่ละส่วนแล้วมารวมเป็นภาพรวมได้ รวมถึงไม่สามารถแยกภาพรวมเป็นแต่ละส่วนที่มีความหมายได้ กล่าวได้ว่า บุคคลที่มีภาวะออทิสติกมีการมองเห็นปกติ เพียงแต่ขาดทักษะการรับรู้ทางสายตาที่ดีหรือมีการรับรู้ทางสายตาที่ไม่ดี เนื่องจากความบกพร่องของการรับความรู้สึก ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ต่อไปนี้ “บุคคลออทิสติกดูเหมือนว่าไม่สามารถเลือกรับข้อมูลที่มีความหมายต่อตนเองได้ และเป็นสิ่งที่น่าสนใจหรือกล่าวได้ว่า เขาจะรับรู้ส่วนประกอบย่อย ๆ ที่ไม่มีความสำคัญและไม่สามารถนำส่วนย่อย ๆ มาประกอบเป็นภาพรวมได้” “เด็ก (ออทิสติก) แยกภาพจากพื้นไม่ได้ เช่น มีขวดน้ำอยู่บนโต๊ะ เด็กปกติก็จะนับหนึ่ง สอง สาม สี่ รู้ว่ามีขวดน้ำตั้งอยู่บนโต๊ะ แต่เด็ก (ออทิสติก) จะมองเป็นขวดน้ำ แต่จะคิดว่า แล้วทำไมขวดน้ำไปตั้งอยู่บนโต๊ะ ทำไมไม่อยู่ในตู้เย็น ไม่เข้าใจว่าทำไมตั้งอยู่ตรงนี้” “เด็ก (ออทิสติก) จะรับข้อมูลเข้าไปหมด ไม่เหมือนเราที่เราจะเลือกรับ เสียงนั้น เสียงโน้น แค่คนผ่านไปผ่านมา เด็ก (ออทิสติก) แยกไม่ได้ ลองคิดดู ถ้าเกิดวันหนึ่งเรามีหูทิพย์ ใครคิดอะไรได้ยินหมดเลย เราจะมีสมาธิ มั้ย ถ้าเรารู้ความคิดในใจของคนอื่น แต่เด็ก (ออทิสติก) เป็นอย่างนั้นค่ะ” “การรับรู้ที่มากเกินไปก็จะเกิดการบิดเบือน การรับรู้หลายอย่าง การรับรู้หรือรู้สึกไวไป ซ้ำไป เลยทำให้เกิดการบิดเบือน บางทีพ่อแม่คิดว่า บอกแล้วบอกอีก ลูก (ออทิสติก) ก็ยังพูดซ้ำ ๆ ถามซ้ำ ๆ ทำไมไม่เข้าใจซักที ก็คือจำความรู้สึกไม่ได้ ลำบากที่จะแปลความรู้สึก แปลผลลำบาก อาจารย์ไม่ค่อยเชื่อการสอนแบบซ้ำ ๆ ต้องแก้ตั้งแต่พื้นฐานก่อนอาจารย์เชื่อว่าเวิร์ค กลุ่มออทิสติกเป็นจากระบบประสาททุกส่วนในสมองเลย” ในมุมมองของนักกิจกรรมบำบัด เห็นว่า การพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตสำหรับบุคคลที่มีภาวะออทิสติกต้องเริ่มจากการที่ผู้ปกครองตรวจสอบว่า บุตรหลานมีการรับความรู้สึกและการรับรู้จากสิ่งที่มีกระทบกับประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง (การสัมผัส) ผิดไปหรือแตกต่างจากเด็กปกติหรือไม่ เพื่อจะได้หาแนวทางการแก้ไขให้ได้เร็วที่สุดหรือภายในอายุ 3 ปีแรก ซึ่งต้องแก้ไขตั้งแต่พื้นฐานก่อน ในลักษณะการบูรณาการประสาทความรู้สึก (Sensory Integration: SI) เริ่มตั้งแต่ การรับความรู้สึก การรับรู้ และการเรียนรู้ ตลอดจนการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ถ้าผู้ปกครองไม่แน่ใจหรือสงสัย อาจพานบุตรหลานไปพบนักกิจกรรมบำบัด เพื่อทำการประเมิน

หรือรับการบำบัด หรือหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน เพื่อพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตในแต่ละขั้นตอนของชีวิตต่อไป

มุมมองของครูผู้ดูแลกลุ่มเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (โรงเรียนเรียนร่วมเอกชน)

เมื่อเด็ก (ออทิสติก) เข้าไปสู่โรงเรียน (กลุ่มเด็กที่มีภาวะออทิสติกเป็นกลุ่มเด็กที่ต้องการการดูแลพิเศษที่โรงเรียนรับเข้าเรียนร่วมมากที่สุด) โรงเรียนมีการเตรียมความพร้อม 3 ด้านคือ 1) ด้านครูผู้สอน เน้นการให้ความรักและให้โอกาสเด็ก (ออทิสติก) ผ่านการอบรมเรื่องการดูแลเด็กที่ต้องการการดูแลพิเศษ และมีนักกิจกรรมบำบัดในโรงเรียน 2) ด้านนักเรียน ซึ่งมาจาก 2 ส่วนคือ กรณีที่เด็กได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์หรือผ่านการฝึกพัฒนาจากนักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาจะมีความพร้อมในระดับหนึ่ง และกรณีที่ครูตรวจพบและผู้ปกครองไม่ยอมรับความต้องการการดูแลพิเศษของเด็ก ซึ่งทางโรงเรียนจะแนะนำผู้ปกครองในเชิงบวก และ 3) ด้านผู้ปกครอง ต้องให้ความร่วมมือกับโรงเรียนในการดูแลพัฒนาการและร่วมแก้ปัญหาในแนวทางเดียวกันอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง มิฉะนั้น การพัฒนาทักษะทางสังคมและการเรียนจะไม่เกิดขึ้นหรือมีประสิทธิภาพ ปัญหาที่พบบ่อยคือ 1) การเปลี่ยนผู้บริหารโรงเรียน ซึ่งอาจปรับเปลี่ยนนโยบายการรับเด็กที่ต้องการการดูแลพิเศษเข้าเรียนร่วม 2) การเปลี่ยนแปลงครูที่รับผิดชอบงานดูแลเด็กที่ต้องการการดูแลพิเศษและการลาออก/การเกษียณของครูประจำชั้น ในแต่ละชั้น อาจทำให้ขาดความเข้าใจเด็ก (ออทิสติก) และ 3) การเปลี่ยนช่วงวัยของเด็ก (ออทิสติก) แนวทางการแก้ปัญหาคือ จัดส่งครูที่รับผิดชอบงานดูแลเด็กที่ต้องการการดูแลพิเศษและครูประจำชั้นคนใหม่เข้าอบรมความรู้เรื่องการดูแลเด็กที่ต้องการการดูแลพิเศษ และการส่งต่อบันทึกพฤติกรรมของเด็ก (ออทิสติก) ไปยังครูประจำชั้นคนใหม่เมื่อเปลี่ยนช่วงวัย โดยสรุป โรงเรียนทำการช่วยเหลือดูแลเด็กโดยการวางแผนร่วมกันกับครูประจำชั้น นักกิจกรรมบำบัดของโรงเรียน และผู้ปกครองควบคู่ระหว่างการปรับพฤติกรรมกับวิชาการที่เด็กต้องเรียน ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ต่อไปนี้ “ในการดูแลเด็ก ประการแรก คุณครูต้องตระหนักคือ ความรัก ความรักต้องมาอันดับแรก ถ้าคุณครูไม่มีความรักเห็นเด็กออทิสติกร้องไห้ โวยวาย ไม่สบตา วิ่งหนี ฉันเหนื่อยไม่เอาแล้ว งานตั้งเยอะเอาเด็กกลุ่มนี้มาให้ฉันอีก ไม่เอา เลยจบการพัฒนาจะไม่เกิดขึ้น การช่วยเหลือจะไม่เกิดขึ้น ฉันอันที่หนึ่งต้องมีความรักเป็นหลัก ประการที่สองก็คือ ให้โอกาส การที่เราให้โอกาสก็คือ เราดูแลช่วยเหลือเขา (เด็กที่มีภาวะออทิสติก)” “ในส่วนของโรงเรียน เราก็สังเกตพฤติกรรมเหมือนกันว่าเด็กเป็นยังไง แล้วมาร้อยเรียงว่าอะไรที่มีปัญหามากที่สุด หลังจากนั้นเราก็มาทำการช่วยเหลือ วางแผนร่วมกันกับครูประจำชั้น ครูประจำชั้นร่วม และนักกิจกรรมบำบัดในโรงเรียน เรามาวางแผนร่วมกันจริง ๆ หลังจากนั้นก็ทำควบคู่ไปกับการปรับพฤติกรรมและวิชาการ” ในมุมมองของครูผู้ดูแลกลุ่มเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เห็นว่าการพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตสำหรับบุคคลที่มีภาวะออทิสติกในโรงเรียนต้องได้รับความ

ร่วมมือในการดูแลพัฒนาการและร่วมแก้ปัญหาในแนวทางเดียวกันอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องจากสองฝ่ายคือ โรงเรียนและผู้ปกครอง เพราะการเรียนร่วม ทำให้เด็ก (ออทิสติก) ได้รับการพัฒนาทุกด้านพร้อมกันนั้นกลุ่มเพื่อนปกติจะยอมรับซึ่งกันและกัน และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่อกัน

มุมมองของบุคคลที่มีภาวะออทิสติกที่สามารถใช้ชีวิตในสังคมจนถึงบั้นปลายชีวิต

อาจารย์เจ (นามสมมุติ) ชายชาวอังกฤษสูงอายุ 75 ปี ปัจจุบันเป็นอาจารย์พิเศษ (จิตอาสา) สอนวิปัสสนากรรมฐานเป็นภาษาอังกฤษแก่พระนิสิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่ อาจารย์เจเป็นบุคคลที่มีภาวะออทิสติกตั้งแต่จำความได้ คุณพ่อเป็นวิศวกรไฟฟ้า ส่วนคุณแม่ไม่ได้ให้ข้อมูล มีพี่ชาย 2 คน ทั้งคู่ทำธุรกิจ ในวัยเด็กพ่อแม่พาเขา (อาจารย์เจ) ไปอยู่โรงเรียนประจำ (กินนอน) แห่งหนึ่งในอังกฤษ ซึ่งเป็นโรงเรียนพิเศษสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษอาศัยอยู่รวมกัน (ไม่แยกประเภท เช่น สมาธิสั้น ออทิสซึม เรียนรู้ช้า ปัญญาอ่อน เป็นต้น) โดยมีจิตแพทย์เด็ก (Child psychiatrist) เป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นจิตแพทย์เด็กที่เยี่ยมมากคือ มีความเข้าใจเด็ก ๆ (ที่มาอยู่ในโรงเรียนนี้) ไม่บังคับเด็ก ให้เด็กเลือกเรียนหรือทำในสิ่งที่สนใจหรือต้องการอยากทำ เด็กสามารถเลือกทำในสิ่งที่ตัวเองทำแล้วมีความสุข โดยเขาได้เลี้ยงหนอนไหม (ตัวหนอนที่นำมาทำเส้นไหม เส้นด้าย) เขาไม่ได้เรียนในชั้นเรียนเหมือนเด็กทั่วไป แต่ได้ทำในสิ่งที่ถนัด เขาอาจไม่ได้เรียนหลักวิชาการ แต่เขามีความสามารถทำอะไร ๆ ได้ เช่น เขาเรียนที่จะเป็นช่างไม้หรือการต่อโครงสร้างต่างๆ หรือการก่อสร้าง เพราะที่โรงเรียนประจำของเขาจะมีการแสดงละคร เขาก็เรียนรู้ที่จะทำเวที ถ้าเวทีเสียเขาก็จะถูกเรียกให้ไปทำ ในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์และวันหยุดเทศกาล ครอบครัวของเขาก็จะมารับเขากลับไปอยู่บ้าน จนกระทั่งอายุ 15 ปี เขาจึงกลับมาอยู่กับครอบครัวของเขา ส่วนใหญ่เขาไม่ค่อยพูดคุยกับคนในบ้าน รวมถึงพ่อแม่ เขาพูดกับพี่ชายคนโตแต่เพียงเรื่องธุรกิจหรืองาน ไม่ค่อยได้พูดเรื่องส่วนตัวมากนัก ส่วนพี่ชายคนที่ 2 เขามักพูดด้วยแล้วทะเลาะกัน รวมทั้งการออกสังคมภายนอกเขาก็ยังทำไม่ได้ ในการขอความช่วยเหลือ เขาบอกว่า เขาจะช่วยตัวเองก่อนเสมอหรือไม่ก็เป็นการพึ่งระบบบริการ เช่น การใช้บริการทางโทรศัพท์ 1669 เป็นต้น เนื่องจากในอดีต สังคมในประเทศอังกฤษไม่ค่อยยอมรับและดูถูกกลุ่มคนพิการ (ทุกประเภท) เขาบอกว่า กว่าที่เขาจะปรับตัวเพื่อให้ดำเนินชีวิตอยู่ได้ ก็จะต้องอดทน เข้มแข็ง กล้าหาญอย่างมาก รวมทั้งเพิกเฉยต่อการแสดงออกของคนอื่น จะว่าอย่างไรก็เพิกเฉย จึงทำให้เขาต้องหลีกเลี่ยงหนีจากผู้คน ในการพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตของเขา พ่อและแม่ก็ไม่ได้สอนเขาให้ทำกิจกรรมต่างๆ แต่พ่อแม่จะพาเขาไปด้วยทุกที่ที่พ่อแม่ไป เขาเล่าว่า คนที่ช่วยเหลือเขาในตอนเด็กคือ จิตแพทย์ในโรงเรียนประจำ แต่เมื่อเขาโตขึ้น เขาช่วยตัวเองโดยตลอด ไม่มีใครช่วยเหลือเขา เขาทำสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวันด้วยการเรียนรู้ด้วยตัวเอง อาทิ การทำอาหาร เช่น การทำเนื้ออบ (Roasted beef) มะเขือเทศอบ เป็นต้น ซึ่งเขาบอกว่าเป็นเรื่องง่าย เขาเรียนรู้วิธี

ทำอาหารจากการมองเวลาแม่ทำอาหารในครัว หรือดูจากรูปภาพ หรือจากการอ่านหนังสือ แล้วก็ลองทำด้วยตัวเอง แม้กระทั่ง การทำงานเกี่ยวกับอุปกรณ์ไฟฟ้า เขาดูพ่อของเขาทำงาน (เป็นวิศวกรไฟฟ้า) เขาซ่อมแซมอุปกรณ์ในบ้านได้เพราะสังเกตพ่อทำ พ่อแม่เปิดโอกาสให้เขาทำ ครั้งหนึ่งพ่อของเขาพาเขาไปทำงานเกี่ยวกับไฟฟ้าด้วย เขามองดูอุปกรณ์ที่เกี่ยวกับการผลิตพลังงานไฟฟ้า (ไดนาโม) และเขารู้ว่าระบบไดนาโมนั้นมีขั้วบกร่องและรูเสาเหตุด้วย ในขณะที่เจ้าหน้าที่ที่เป็นวิศวกรจบจากมหาวิทยาลัยของหน่วยงานนั้นยังไม่ทราบเลย ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ต่อไปนี้ “คนที่ช่วยฉัน ตอนสมัยที่ฉันยังเป็นเด็กนักเรียนจะเป็นจิตแพทย์เด็ก (Child psychiatrist) แต่ว่าพ่อฉัน โตขึ้น ฉันช่วยเหลือตัวเองคนเดียว ไม่มีใครช่วยเหลือ” “พ่อกับแม่ไม่ได้มาสอนฉันว่าให้ทำโน่น ทำนี่ พ่อกับแม่ไม่เคยมาบอกฉันทำโน่นสิ ทำนี่สิ แม่ก็ไม่เคยสอนฉันว่าจะต้องทำอาหารยังงัย ฉันทำอาหารเป็นเพราะสังเกตดูแม่ทำอาหารที่ห้องครัว ฉันดูแม่ทำอาหาร ฉันซ่อมแซมอุปกรณ์ในบ้านได้เพราะสังเกตพ่อทำ พ่อก็ไม่เคยสอนเรื่องวิศวกรรมไฟฟ้า ฉันก็ดู และพ่อแม่เปิดโอกาสให้ฉันทำไปไหนมาไหนพ่อกับแม่เอาฉันไปด้วย ไปด้วยตลอด” “ตอนฉันเด็ก รู้สึกอายุ 15 ปี พ่อฉันเป็นวิศวกรไฟฟ้า ฉันก็ไปกับพ่อ ฉันไม่รู้จะพูดยังไงเกี่ยวกับอุปกรณ์ไฟฟ้า เกี่ยวกับพลังงานที่ใช้ผลิตไฟฟ้า (ไดนาโม) ฉันรู้ว่ามันมีขั้วบกร่อง มีคนที่จบวิศวกรรมจากมหาวิทยาลัยมาดูก็ไม่รู้ว่ามีขั้วบกร่องของอุปกรณ์ที่ตรงไหน แต่ฉันสามารถบอกได้ว่ามันมีขั้วบกร่องตรงไหน” “ประเด็นสำคัญก็คือ อะไรที่เด็ก (ออทิสติก) สนใจหรือสิ่งใดที่พิเศษสำหรับเขา ก็เปิดโอกาสให้เขาทำและต้องไม่ห้ามหรือพูดว่า อย่า! อย่า! แต่ให้บอกเขาว่า จะทำยังไงไม่ให้เกิดอันตรายกับเขาหรือสิ่งของนั้น” ในมุมมองของบุคคลที่มีภาวะออทิสติก เห็นว่า การพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตสำหรับบุคคลที่มีภาวะออทิสติกนั้น ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลควรมองว่า บุคคลที่มีภาวะออทิสติกก็เหมือนคนธรรมดาทั่วไปที่มีปัญหาเหมือนกันหมด เมื่อมีปัญหา ก็จะพยายามแก้ปัญหา ทำให้ดีขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น ซึ่งบุคคลที่มีภาวะออทิสติกก็สามารถเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้เช่นเดียวกัน ไม่ควรมองเด็กหรือบุคคลที่มีภาวะออทิสติกว่าแปลกแยกจากคนอื่น ซึ่งเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจอย่างดีเยี่ยมด้วยการปฏิบัติให้เหมือนคนทั่วไป ที่สำคัญคือ ผู้ปกครองต้องค้นหาสิ่งที่ลูกของตนเองสนใจหรือชอบทำมากที่สุด เพราะสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดความสำเร็จตามมา

สรุปและอภิปรายผล

ในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาภาวะออทิสติก (จิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช) ซึ่งให้เห็นว่า กระบวนการที่สำคัญที่สุดคือ การค้นหาความเสี่ยงต่อภาวะออทิสติกในระยะแรก (Early detection) ในช่วง 3 ขวบปีแรก เนื่องจากกลุ่มโรคออทิสติกเป็นกลุ่มของโรคที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของสมอง ทำให้มีความบกพร่องของพัฒนาการหลายด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านภาษาและสังคมล่าช้า มีพฤติกรรม ความสนใจและการกระทำที่ซ้ำๆ และจำกัด โดยอาการดังกล่าวเกิดก่อน

อายุ 3 ขวบ ซึ่งมีความรุนแรงของแต่ละโรคในกลุ่มแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับพัฒนาการทางภาษา ระดับสติปัญญา/ไอคิว (IQ, Intelligence Quotient) และความผิดปกติอื่นๆ ที่พบร่วมด้วย ทั้งนี้ความบกพร่องยังคงมีต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเฉพาะทักษะด้านสังคม มีเพียงร้อยละ 1-2 ที่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนคนปกติ อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่อายุน้อย จะทำให้เด็กมีโอกาสพัฒนาได้มากกว่าการรักษาเมื่ออายุมากขึ้น (จอมสุรางค์ โปธิสัทย์, 2555) เช่นเดียวกันกับนักกิจกรรมบำบัดที่เห็นว่า การแก้ไขต้องเริ่มตั้งแต่พื้นฐานคือ การแก้ไขข้อบกพร่องของการรับรู้สัมผัสและการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้ง 5 (ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนังหรือการสัมผัส) ในลักษณะการบูรณาการประสาทความรู้สึกละ (Sensory Integration: SI) เพราะ SI มีสัมพันธ์และสำคัญต่อการดำเนินชีวิต เริ่มต้นที่สมองทำการรับข้อมูลความรู้สึกละ แยกแยะ จัดระเบียบข้อมูลความรู้สึกละและให้ความหมายกับสิ่งเร้าความรู้สึกละ ผลของการทำงานที่ดีของสมองจะก่อให้เกิดเป็นการบูรณาการประสาทความรู้สึกละที่ดี ส่งผลให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ แสดงออกเป็นพฤติกรรมตลอดจนเกิดการปรับตัวที่เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ จนเกิดทักษะด้านการรู้คิด (Cognitive) และพัฒนาให้เกิดเป็นศักยภาพสูงสุดในการดำเนินชีวิตของเด็กแต่ละคนความบกพร่องด้านการบูรณาการประสาทความรู้สึกละ เป็นปัญหาที่อาจเริ่มตั้งแต่ความยากลำบากในการรับข้อมูลความรู้สึกละทำให้เกิดความบกพร่องของการจัดระเบียบข้อมูลและประมวลผลข้อมูลความรู้สึกละที่ได้รับ เด็กมักมีปัญหาอารมณ์ไม่คงที่ เช่น โกรธง่ายหรือมีอาการรุนแรง จากความคับข้องใจที่เกิดขึ้นเมื่อการแก้ปัญหาหรือการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ไม่ได้ดังเป้าหมายที่ตั้งไว้ ความผันแปรของระดับความตื่นตัวที่สูงเกินไปหรือต่ำเกินไป จะส่งผลให้เกิดความสับสนในการปรับระดับความรู้สึกละและการรับรู้ที่ไม่คงที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน จนส่งผลต่อการปรับสภาวะอารมณ์สังคม (Socio-emotional) ที่มักพบในเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นและออทิสติก (สรินยา ศรีเพชรราช, 2555; Smith & Schaaf, 2006; Buny, Lane & Murray, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของมิลเลอร์และคณะ (2007) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม มีกลุ่มควบคุมในกลุ่มตัวอย่างเด็กที่มีความบกพร่องด้านการบูรณาการประสาทความรู้สึกละ จำนวน 24 คน โดยเปรียบเทียบระหว่างการฝึก SI การฝึกแบบอื่นและการไม่ได้รับการฝึก ซึ่งพบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม การบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัดด้วยการฝึก SI ช่วยให้เด็กที่มีปัญหาดังกล่าวมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีขึ้นจากการประเมินด้วย Short Sensory Profile และ Child Behavior checklist และการศึกษาของผกาพรรณ สุทธิวงศ์และคณะ (2556) พบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่าง (เด็กออทิสติก) จำนวน 10 คน เข้ารับการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัดด้วยโปรแกรม SI แบบกลุ่มโดยมีรูปแบบกิจกรรมที่นำมาจากคู่มือการจัดกิจกรรมด้านการบูรณาการประสาทความรู้สึกละสำหรับนักกิจกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่อง 6 ครั้ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น แต่ในทางตรง

ข้ามคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน Sensory Profile กลับลดลง แสดงว่า เมื่อความถี่ของพฤติกรรม ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากความบกพร่องของกระบวนการรับรู้ลดลง ระดับความสามารถในการ ทำกิจกรรมของเด็กออทิสติกก็จะเพิ่มขึ้น เมื่อเด็กเข้าโรงเรียน ต้องได้รับความร่วมมือในการ ดูแลพัฒนาการและร่วมแก้ปัญหาในแนวทางเดียวกันอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องจากสองฝ่ายคือ โรงเรียน และผู้ปกครอง เพราะการเรียนร่วม ทำให้เด็ก (ออทิสติก) ได้รับการพัฒนาทุกด้าน พร้อมกันนั้น กลุ่มเพื่อนปกติจะยอมรับซึ่งกันและกัน และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่อกัน สอดคล้องกับการศึกษา ของ Dawning (1996) ได้ศึกษาวิจัยความคิดเห็นของผู้ปกครอง ครูผู้สอนเด็กทั่วไปในโรงเรียนเรียน รวม ครูการศึกษาพิเศษ นักเรียนที่มีความต้องการพิเศษ และนักเรียนปกติ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ของ การจัดการเรียนรวม ไม่เพียงแต่ทำให้เด็กที่มีความบกพร่องระดับมาก (Severe disabilities) มีพัฒนาการดีขึ้นทุกด้าน แต่กลุ่มเพื่อนปกติก็ดีขึ้นด้วย เด็ก ๆ จะยอมรับซึ่งกันและกัน มีปฏิสัมพันธ์ ทางสังคมต่อกัน เช่น การพูดคุย ร่วมกิจกรรมที่สนุกสนาน การทำงานร่วมกัน และทำให้เด็กทั่วไป ปรับพฤติกรรมทั่วไปของตนเองให้เหมาะสม ลดความรุนแรงลง สำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ก็มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ได้พัฒนาความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมีความหมาย (Develop meaningful social relationships) ได้พัฒนาการทางอารมณ์ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และครูเห็นว่า เด็กที่มีความต้องการพิเศษมีพัฒนาการในการเข้ากลุ่มดีขึ้น บรรยากาศในห้องเรียนอบอุ่น เด็ก ๆ ทุกคนปรับตัวทำให้พฤติกรรมเป็นไปตามความเหมาะสม และสุดท้าย มุมมองที่สำคัญคือ มุมมอง ของบุคคลที่มีภาวะออทิสติกซึ่งเห็นว่า ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลควรมองว่า บุคคลที่มีภาวะออทิสติก เหมือนคนธรรมดาทั่วไปที่มีปัญหาและพยายามแก้ปัญหาให้ดีขึ้น และไม่มองว่ามีความแปลกแยก จากคนอื่น จะเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจอย่างดีเยี่ยม พร้อมทั้งค้นหาสิ่งที่ชอบทำแล้วมี ความสุขเพื่อส่งเสริมให้เป็นความสามารถ รวมถึงการให้อิสระในการทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อสังเกตดู ศักยภาพของบุคคลที่มีภาวะออทิสติกนั้น และส่งเสริมให้เขาได้ทำกิจกรรมที่สนใจ สอดคล้องกับ การอธิบายวิธีการเรียนรู้ของเด็กหรือบุคคลที่มีภาวะออทิสติกของ Bogdashina (2003) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีภาวะออทิสติกสามารถเรียนรู้ได้จากการมองเห็นและทดลองทำจริง เพราะเขาเหล่านั้นมี ความจำเป็นรูปภาพที่ดีเลิศ (People with autistic can easily remember visual images)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในการนำไปใช้

1. หน่วยงานที่ดูแลบุคคลที่มีภาวะออทิสติก เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ ชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก เป็นต้น ควรประชาสัมพันธ์ให้ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลและ ประชาชนทั่วไปเข้าใจความต้องการและความบกพร่องของบุคคลที่มีภาวะออทิสติก โดยไม่มองว่า มีความแปลกแยกจากบุคคลอื่น ซึ่งเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจอย่างดีเยี่ยม พร้อมทั้งค้นหา สิ่งที่ชอบทำแล้วมีความสุข เพื่อส่งเสริมให้กลายเป็นความสามารถ

2. สถานพยาบาลของรัฐควรเพิ่มอัตราการคัดกรองให้ครอบคลุมในเด็กกลุ่มเป้าหมายในช่วง 3 ขวบปีแรก เพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อภาวะออทิสติกในระยะแรก (Early detection) เพื่อให้การดูแลแก้ไขความบกพร่องมีประสิทธิภาพมากที่สุด รวมทั้ง เน้นการแก้ไขพื้นฐานคือ การแก้ไขข้อบกพร่องของการรับรู้สื่อกและการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้ง 5 (ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง หรือการสัมผัส) ในลักษณะการบูรณาการประสาทความรู้สึก (Sensory Integration) ด้วยกิจกรรมบำบัด ช่างบำบัด อาชบำบัด ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด เป็นต้น

3. สถานศึกษาของรัฐและเอกชนที่เปิดรับเด็กที่มีภาวะออทิสติก ควรมีความพร้อม 3 ด้าน คือ 1) ด้านบุคลากร ควรมีนักกิจกรรมบำบัด ครูที่ผ่านการอบรมเรื่องการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ แผนกที่ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ 2) ด้านระบบการดูแลส่งต่อข้อมูล โดยมีการส่งต่อข้อมูลเมื่อเด็กมีการเปลี่ยนวัยหรือชั้นเรียน และ 3) ด้านความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและผู้ปกครอง ในการดูแลพัฒนาการและการเรียนที่เป็นไปอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง

4. ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลบุคคลที่มีภาวะออทิสติกควรส่งเสริมการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับศักยภาพของเด็กหรือบุคคลที่มีภาวะออทิสติกนั้น โดยเฉพาะการเรียนรู้จากการมองเห็น เลียนแบบ และได้ทดลองทำจริงในสถานะที่ไม่เป็นอันตราย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ท่านผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะออทิสซึมที่ได้กรุณาให้ข้อเท็จจริงและข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แพทย์หญิงชุนิณดา จักรินทร์กุล จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ รศ.ดร.เมธิสา พงษ์ศักดิ์ศรี ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คุณคณินิจ ไชยลังการณัฏ ภาควิชาจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อาจารย์รัชมี ปันแก้ว อาจารย์ผู้ดูแลแผนกเด็กที่มีความต้องการพิเศษ โรงเรียนดาราวิทยาลัย เชียงใหม่ และท่านอาจารย์พิเศษ (จิตอาสา) สอนวิปัสสนากรรมฐานเป็นภาษาอังกฤษแก่พระนิสิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่ จึงทำให้งานวิจัยครั้งนี้มีคุณภาพต่อผู้ปกครองและผู้ดูแล รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีภาวะออทิสติก ในการเพิ่มความเข้าใจและมีทิศทางเพื่อพัฒนาทักษะดำเนินชีวิตสำหรับบุคคลที่มีภาวะออทิสติกในมุมมองผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น

บรรณานุกรม

- จอมสุรางค์ โปธิสัตย์. 2555. ออทิสติก : กลุ่มโรคออทิสติก (Autistic spectrum disorder). (ระบบออนไลน์).แหล่งข้อมูล: [http://haamor.com/th/\(29 พฤศจิกายน 2559\)](http://haamor.com/th/(29 พฤศจิกายน 2559))
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. 2554. ออทิสติก สเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder)(ระบบออนไลน์).

แหล่งข้อมูล: <http://www.happyhomeclinic.com/factsheet201-asd.html> (12 กุมภาพันธ์ 2559)

ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. 2550. การบำบัดทางเลือกในเด็กพิเศษ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว. ผกาวรรณ สุทธิวงศ์, อภิศักดิ์ ประสมศรี, กัญญารัตน์ เหล็กมุล และ สุบิน สภาวะธรรม. 2556. การพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของเด็กออทิสติก ด้วย **Sensory Profile**. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล.

เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี. 2554. ภาวะออทิสติกและผลกระทบต่อสังคมรวมทั้งการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายออทิสติก. เชียงใหม่; ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สรินยา ศรีเพชรราช. 2555. กรอบอ้างอิงการบูรณาการประสาทความรู้ลึก: ทฤษฎีและปฏิบัติการทางคลินิกกิจกรรมบำบัด. ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Bogdashina, O. 2003. **Sensory Perceptual Issue in Autism and Asperger Syndrome**. New York: Jessica Kingsley.

Buny, A.C., Lane, S.J. & Murray, E.A. 2002. **Sensory integration theory and practice (2nd ed.)**: Philladelphia, pp. 7 - 86.

Dawning, J.E. 1996. **Inclusive Students with Severe and Multiple Disabilities in Typical Classrooms**. Maryland: Paul H. Brookes, p.11.

Howlin, P., Good, S., Hutton, J. & Rutter, M. 2004. Adult outcome for children with autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 45, pp. 212-229.

Kabayashi, R., Murata, T. & Yashinaga, K. 1992. A follow-up study of 201 children with autism in Kyushu and Yamaguchi, Japan. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 22, pp.395-411.

Law, M. 2006. **Autism Spectrum Disorders and Occupational Therapy**. Canadian Association of Occupational Therapists.

Miller, L.J., Coll, J.R. & Schoen, S.A. 2007. A randomized controlled pilot study of the effectiveness of Occupational Therapy for children with Sensory Modulation disorder. **American Journal of Occupational Therapy**, 61, pp. 228-238.

Smith, R.S. & Schaaf, R.C. 2006. **Sensory integration: applying clinical reasoning to practice**

with diverse populations. Texas: pro-ed international. pp. 16 -127

Spitzer, S L. 2004. **Common and uncommon daily activities in individual with autism: challenges and opportunities for supporting occupation.** In H. Miller-Kuhaneck (Ed.), **Autism: a comprehensive occupational therapy approach (2 nd ed., pp. 83-106).** Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.
