

การสนับสนุนครอบครัวที่มีเด็กออทิสติกสเปกตรัม FAMILY SUPPORT FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER (ASD)

สาวิตรี วงศ์กิติรุ่งเรือง¹
Sawitree Wonkittirungreang¹

¹อาจารย์ประจำศูนย์วิจัยออทิสติก โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹Lecturer, Khon Kaen University Demonstration School Center for Research and Development of Autistic Education,
Special Education Division

Received: December 11, 2018 Revised: March 26, 2019 Accepted: March 26, 2019 Published Online: June 18, 2019

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการสนับสนุนและช่วยเหลือครอบครัวที่มีบุตรหลานเป็นออทิสติกสเปกตรัม ซึ่งเป็นกลุ่มเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการทางภาษา การสื่อความหมาย ด้านสังคมหรือปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และพัฒนาการด้านพฤติกรรม จึงถูกจัดอยู่ในกลุ่มเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ และยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดภาวะออทิสซึม ซึ่งในปัจจุบันมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือในระยะแรกเริ่มแก่เด็กออทิสติกสเปกตรัมนั้น นับว่ามีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพ่อแม่ ผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัว และต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนมีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน เข้าใจหลักจิตวิทยาของการปรับตัวปรับใจเมื่อเริ่มรู้ว่าสมาชิกของครอบครัวเป็นเด็กออทิสติกสเปกตรัม โดยเฉพาะพ่อแม่ที่มีปฏิกิริยาต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้นที่หลากหลายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งต้องก้าวข้ามผ่านสถานการณ์อันสับสนและยุ่งยากนี้ไปให้ถึงอีกฝั่งหนึ่งให้ได้ เพื่อให้พบกับ “การยอมรับความจริง” ได้ในที่สุด และให้ความช่วยเหลือบุตรหลานที่เป็นออทิสติกสเปกตรัมได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้เห็นผลเป็นรูปธรรม ด้วยเหตุนี้ในการช่วยเหลือเด็กออทิสติกสเปกตรัม ที่นอกจากพ่อแม่ ผู้ปกครองแล้ว ยังต้องอาศัยความร่วมมือกันจากผู้เชี่ยวชาญรอบด้าน โดยเฉพาะนักสหวิทยาการที่ต้องช่วยเหลือกันอย่างเป็นระบบจึงจะเห็นผลของการพัฒนาอย่างชัดเจน ซึ่งในบทความนี้จะได้กล่าวถึงลักษณะของเด็กออทิสติกสเปกตรัม ลำดับขั้นปฏิกิริยาทางจิตวิทยาของการปรับตัวของพ่อแม่ที่มีบุตรหลานเป็นออทิสติกสเปกตรัม เทคนิคและการให้ความช่วยเหลือเด็กออทิสติกสเปกตรัมเพื่อให้เป็นแนวทางสำหรับครอบครัวที่มีบุตรหลานเป็นออทิสติกสเปกตรัม ให้ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนสามารถช่วยเหลือตนเองและอยู่ในสังคมได้อย่างอิสระ

คำสำคัญ: การสนับสนุนครอบครัว ออทิสติกสเปกตรัม การให้ความช่วยเหลือออทิสติกสเปกตรัม

¹Corresponding author: rsawit@kku.ac.th

ABSTRACT

This academic article investigates guidelines for supporting and helping families of children who are on the autism spectrum. Children with Autism Spectrum Disorder (ASD) experience problems with language development, social interpretation or social interaction, and behavioral development. While the cause of autism remains unclear, current trends indicate that members of the population experiencing ASD are likely to increase worldwide. Therefore, initial support offered to children with ASD is extremely important and essential for parents. In addition, parents and family members with children on the autistic spectrum require knowledge and understanding of the help they are offered and sympathy among family members must be promoted. Family members should have an understanding of the psychology of adaptation from when they are first informed that a child in the family is on the autism spectrum. It is inevitable that parents especially, will react to feelings that occur in a variety of ways. They must prevail over the confusing and difficult situation in order to reach the final stage of "*acceptance of the truth*," so that they may then support their child with ASD in systematic ways and see concrete results. Consequently, not only are parents and guardians important in helping children with ASD, but also many experts, especially multidisciplinary team members, must be expected to cooperate and support the child methodically, at which point clear developmental results will be possible. Therefore, this article offers an overview of the characteristics of children with ASD, principles in the psychology of adaptation for parents who have children with ASD, and techniques and methods for assisting children with ASD. The article aims to be useful for all parents of children with ASD.

KEYWORDS: Family Support, Autistic Spectrum Disorder (ASD), ASD Assistance

บทนำ

เด็กออทิสติกสเปกตรัมหรือเด็กออทิสติกเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความพิการและความบกพร่องรอบด้าน โดยเฉพาะ 3 ด้านหลักๆ ได้แก่ (1) พัฒนาการด้านสังคม (Social Development) มีความบกพร่องในด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Disturbance) ซึ่งถือเป็นความบกพร่องที่รุนแรงที่สุดของกลุ่มอาการออทิสติก (2) พัฒนาการด้านภาษา (Language Development) มีความผิดปกติด้านภาษาและการสื่อสาร เด็กกลุ่มนี้มีความบกพร่องของระดับเชาวน์ปัญญา โดยความสามารถด้านภาษาจะบกพร่องมากกว่าความสามารถด้านการกระทำหรือการเคลื่อนไหว และ (3) พัฒนาการด้านพฤติกรรม (Behavioral Development) ซึ่งแสดงอาการอย่างชัดเจนในวัยเด็ก ทำให้พัฒนาการทางด้านสังคมและภาษาบกพร่อง ไม่เป็นไปตามปกติ มีพฤติกรรม ความสนใจ และกิจกรรมที่ผิดไปจากปกติ ซึ่งความรุนแรงของอาการออทิสติกสเปกตรัมในแต่ละคนมีความแตกต่างกัน (ธีรรัตน์ เจริญชัยภรณ์, 2554; พงศศักดิ์ จันทราทิพย์, 2552; สุภาวดี คำภูษา, 2550; อรุณี พันธูลี, 2548) เป็นผลให้เด็กเหล่านี้ไม่สามารถเล่นกับ



เพื่อนๆ ได้และยังขาดการสร้างความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ซึ่งทุกปัญหาของออทิสติกสเปกตรัมนั้น มักมีเรื่องปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นปัญหาส่วนหนึ่งของเด็กออทิสติกสเปกตรัมนั่นเอง (สาวตรี วงศ์กิติรุ่งเรือง, 2558) เด็กออทิสติกสเปกตรัมจึงถูกจัดอยู่ในกลุ่มเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ (Pervasive Developmental Disorder) ดังนั้นการรักษาเด็กออทิสติกสเปกตรัมจึงจำเป็นต้องรักษาไปตามอาการที่ปรากฏ หรืออาการที่ตรวจพบเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2540) เด็กออทิสติกสเปกตรัมมีอาการหลากหลาย บางอาการก็แตกต่างกันอย่างสุดขั้ว เช่น เด็กออทิสติกสเปกตรัมบางคนมีสติปัญญาต่ำ แต่เด็กออทิสติกสเปกตรัมบางคนก็มีสติปัญญาสูงมีพรสวรรค์ เด็กออทิสติกสเปกตรัมบางคนพูดไม่ได้ หรือไม่มีภาษาพูด แต่บางคนก็มีความสามารถในการพูด และความสามารถด้านอื่นๆ เป็นพิเศษ เป็นต้น (สาวตรี รุญเจริญ, 2549) นอกจากนี้จากรายงานพบว่า แนวโน้มสถานการณ์ของภาวะออทิสติกสเปกตรัมในปัจจุบันเพิ่มสูงขึ้นมาก ผลการสำรวจของกรมสุขภาพจิตล่าสุดในปี 2558 พบเด็กไทยอายุ 0-5 ปีมีอัตราออทิสติกสเปกตรัม 6 ต่อ 1,000 คน เพิ่มขึ้น 6 เท่าตัวในรอบ 11 ปี คาดว่าทั่วประเทศมีประชาชนไทยทุกวัยเป็นออทิสติกสเปกตรัม ประมาณ 400,000 คน มีรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 5,000 คน เฉลี่ยวันละ 13 คน และเข้าถึงการบริการรักษาฟื้นฟูแล้วร้อยละ 44 นอกจากนี้แพทย์หญิงกาญจนา คุณรังษีสมบุรณ์ รักษาการผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จ.เชียงใหม่ กล่าวว่า เด็กที่เป็นออทิสติกสเปกตรัมที่พบโดยทั่วไปร้อยละ 50 จะไม่สามารถพูดสื่อสารได้ และอีกประมาณร้อยละ 50 จะมีระดับไอคิวต่ำด้วย (RYT9, 2561) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ถึงแม้ว่ายังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ก็ใช้ว่าจะทำอะไรไม่ได้เลย เนื่องจากการดูแลช่วยเหลือในปัจจุบันสามารถช่วยให้เด็กกลุ่มนี้ดีขึ้นได้ ดังนั้นพ่อแม่ ผู้ปกครองผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของเด็กออทิสติกสเปกตรัมเป็นอย่างดีและให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง จะต้องยึดหลักที่ว่าเด็กทุกคนมีความสามารถและสามารถพัฒนาตนเองได้ ซึ่งจะต้องได้รับการพัฒนาตามธรรมชาติและเต็มศักยภาพ (Griffin, et al, 2014)

ลักษณะของเด็กออทิสติกสเปกตรัม

ออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder) เป็นโรคที่รู้จักมาเป็นเวลาเกือบ 70 ปีแล้ว มีชื่อเรียกหลากหลาย และมีการเปลี่ยนแปลงการเรียกชื่อเป็นระยะ มีทั้งออทิสติก (Autistic Disorder) ออทิสซึม (Autism) ออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder) พีดีดี (Pervasive Developmental Disorders) พีดีดี เอ็นโอเอส (PDD Not Otherwise Specified) และแอสเพอร์เกอร์ (Asperger's Disorder) ในปัจจุบันนักวิชาการตกลงใช้คำว่า "Autism Spectrum Disorder" ตามเกณฑ์คู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับล่าสุด DSM-5 ที่จะใช้อย่างเป็นทางการในระดับสากลเหมือนกันทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2556 (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2553) สำหรับในภาษาไทย ควรจะเรียก "ออทิสติก" เหมือนกันในทุกกลุ่มย่อย เนื่องจากเป็นคำที่ใช้มานานแล้ว ส่วนชื่อเรียกอื่นๆ ก็คงค่อยๆ จางหายไป ออทิสติกเป็นความผิดปกติของพัฒนาการเด็กรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว โดยเด็กไม่สามารถพัฒนาทักษะทาง

สังคมและการสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย มีลักษณะพฤติกรรม กิจกรรม และความสนใจ เป็นแบบแผนซ้ำๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่องและไม่ยืดหยุ่น ปัญหาดังกล่าวเป็นตั้งแต่เล็ก ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำรงชีวิต

ลำดับขั้นปฏิกิริยาทางจิตวิทยาของการปรับตัวของพ่อแม่ที่มีลูกเป็นออทิสติกสเปกตรัม

จากการศึกษาของ Kubler-Ross ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาของพ่อแม่ที่จะเห็นได้ชัดเจนอยู่ 5 ระยะ (Christina Gregory, 2018) คือ

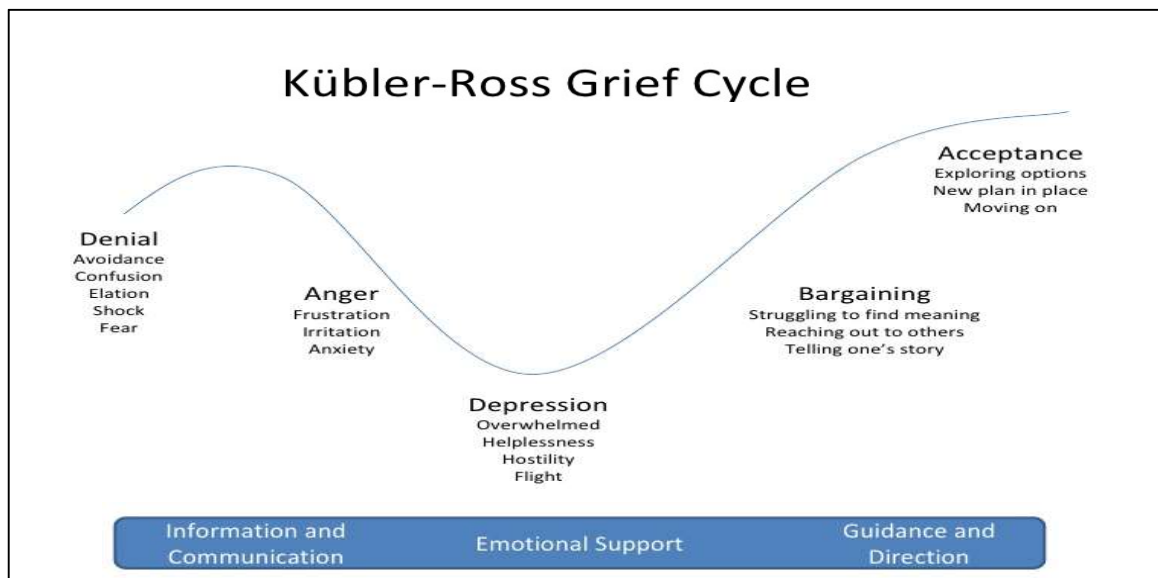
1) Denial Stage ระยะแรกนี้ไม่เชื่อว่าลูกมีความบกพร่อง มีความผิดปกติ เช่น มีอาการออทิสซึมหรือไม่ ปัญญาอ่อนหรือไม่ เป็นต้น หลีกเลี่ยงการจะพาไปดูคนไข้ไปพบบุคคลต่างๆ ทั้งทางวิทยาศาสตร์ พุทธศาสตร์ ไสยศาสตร์หรือโหราศาสตร์ ขึ้นอยู่กับพื้นฐานความเชื่อของครอบครัว เพื่อค้นหาคำตอบและความจริงเกี่ยวกับความผิดปกติของลูก

2) Anger Stage เป็นระยะที่บางคนเริ่มหงุดหงิด ขาดเหตุผล โทษตนเองหรือเริ่มโทษกันและกัน พ่อโทษแม่ แม่โทษพ่อ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและกระทบต่อพลังใจ พลังกาย พลังความคิด ที่จะทุ่มเทเพื่อพัฒนาลูกให้เกิดความก้าวหน้าต่อไป

3) Bargaining Stage เป็นระยะของการต่อรองกับทุกสิ่งทุกอย่าง บ้างก็ต่อรองกับคำอธิษฐาน บ้างก็ต่อรองกับรูปแบบการรักษา บ้างก็ไขว่คว้าหรือแสวงหาบุคคล วิธีการหรือกระบวนการต่างๆ นานา เพื่อนำมาช่วยเหลือลูกให้หายจากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

4) Depression Stage เป็นระยะที่มีความหดหู่ ซึมเศร้า ปฏิเสธสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีคำถามมากมายเกิดขึ้นจนท้อในสมองว่า “ทำไมมันต้องเกิดขึ้นกับตัวเอง...” “ทำไมตัวเองเป็นคนที่โชคร้ายแบบนี้...” บางรายปฏิเสธและต่อต้านสังคม ชอบอยู่คนเดียว หมกมุ่นและคิดหาวิธีการต่างๆ ด้วยตัวเองเพียงลำพัง

5) Acceptance Stage เป็นระยะที่ครอบครัวสามารถเริ่มต้นกระบวนการเพื่อการพัฒนาลูกได้ดีที่สุด ครอบครัวพร้อมที่จะต่อสู้กับชะตากรรมที่เกิดขึ้นด้วยกัน พลังของครอบครัวเพิ่มมากขึ้นและมากขึ้น เมื่อพ่อแม่ยอมรับความจริงว่าลูกเป็นออทิสติกสเปกตรัมแล้ว พ่อแม่จะเข้าใจและในที่สุดก็สามารถมองเห็นหนทางแก้ปัญหาได้ การที่พ่อแม่ไม่ยอมรับความจริงและปล่อยให้เวลาผ่านไปเนิ่นนาน ก็ยังส่งผลเสียต่อลูกออทิสติกสเปกตรัมมากขึ้น เพราะลูกอาจจะได้รับการพัฒนา และการดูแลที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลต่างๆ ตามมามากมาย ดังนั้น หากยอมรับความจริงได้เร็วมากเท่าใดก็เริ่มต้นการช่วยเหลือลูกได้มากขึ้น และลูกได้รับการพัฒนามากขึ้นเท่านั้น ดังจะเห็นความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ระยะ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ลำดับขั้นปฏิกิริยาทางจิตวิทยาของการปรับตัวของพ่อแม่ที่มีลูกเป็นออทิสติกสเปกตรัม

ที่มา: <https://www.psychom.net/depression.central.grief.html>

จะเห็นว่าแต่ละระยะของปฏิกิริยาของการเริ่มรับรู้าลูกเป็นออทิสติกสเปกตรัม จนถึงที่แต่ละครอบครัวเกิดการยอมรับและให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องนั้น นับเป็นสิ่งที่ยุ่งยากที่แต่ละครอบครัวต้องเผชิญกับความสับสน มีความคับข้องใจ ขาดกำลังใจ ดังนั้นครอบครัวโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวต้องให้กำลังใจและต่อสู้กับความคับข้องใจในแต่ละช่วงเวลาอย่างเข้มแข็ง ไม่ว่าเด็กออทิสติกสเปกตรัมจะอยู่ในช่วงอายุใดก็ตาม ย่อมมีความยุ่งยากในการช่วยเหลือดูแลทั้งสิ้น ซึ่งจากการศึกษาวิจัยของ เมธิศ พงษ์ศักดิ์ศรี (2554) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวที่มีลูกออทิสติกสเปกตรัมวัยเด็กตอนกลาง และครอบครัวที่มีลูกออทิสติกสเปกตรัมวัยรุ่น พบว่าครอบครัวที่มีบุตรวัยเด็กตอนกลาง มีการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน แต่ครอบครัวที่มีลูกวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน และด้านจิตใจอยู่ในระดับมาก และมีการเปลี่ยนแปลงด้านการทำงาน และด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ด้วยเหตุนี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ปกครองของเด็กเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตจะเต็มไปด้วยความวิตกกังวลและตึงเครียดในการเลี้ยงดูและการฝึกเด็ก โดยเฉพาะปัญหาอยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าว ความเครียดของผู้ปกครองที่มีลูกเป็นออทิสติกสเปกตรัมส่งผลต่อครอบครัว คือด้านความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา ได้รับความกระทบกระเทือน บางครอบครัวบิดาทอดทิ้งลูก ผลักภาระการดูแลช่วยเหลือเด็กไว้กับมารดาเพียงลำพัง มารดาดูแลเด็กเอง ทำให้ไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพได้ จนลงเอยด้วยการหย่าร้างในที่สุด เกิดปัญหาเศรษฐกิจ การงานและอาชีพของบิดามารดา เนื่องจากขาดคนที่จะมาช่วยดูแลลูก เช่น หาคณดูแลไม่ได้ หรือหาได้แต่ไม่สามารถทนเด็กได้และเมื่อบิดาหรือมารดาเกิดความซึมเศร้าเรื้อรัง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide Thought) และเสี่ยงปัญหาโรคทางจิตเวช

เช่น ซึมเศร้า คิดฆ่าตัวตายแล้วยังเป็นเสมือนวงจรเลวร้าย (Vicious Cycle) เป็นอุปสรรคขัดขวางกระบวนการช่วยเหลือ ปรับพฤติกรรม และการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก เพราะบิดามารดาจะไม่สามารถให้ความร่วมมือกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ผู้ช่วยเหลือได้อย่างเต็มที่ และมีประสิทธิภาพเนื่องจากเกิดความเครียดและปัญหาทางจิต เป็นต้น

นอกจากนี้ พงศ์ศักดิ์ จันทราทิพย์ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกสเปกตรัมของมารดา ผลการวิจัยพบว่า 1) ร้อยละ 49.53 ของมารดาเด็กออทิสติกสเปกตรัมมีความเครียดในการดูแลระดับปานกลาง 2) ภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กออทิสติกสเปกตรัมความรุนแรงของโรคออทิสติกสเปกตรัมระยะเวลาในการดูแลเด็กออทิสติกสเปกตรัมและความพร้อมในการดูแลเด็กออทิสติกสเปกตรัมสามารถร่วมกันทำนายความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกสเปกตรัมได้ร้อยละ 40 และ 3) ภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กออทิสติกสเปกตรัมมีอำนาจในการทำนายความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกสเปกตรัมมากที่สุด (ร้อยละ 30.20) รองลงมาได้แก่ ความรุนแรงของโรคออทิสติกสเปกตรัม (ร้อยละ 5.9) ระยะเวลาในการดูแลเด็กออทิสติกสเปกตรัม (ร้อยละ 2.8) และความพร้อมในการดูแล (ร้อยละ 1.1) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กออทิสติกสเปกตรัมเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกสเปกตรัม ดังนั้นในการดูแลเด็กออทิสติกสเปกตรัมทีมผู้รักษาไม่ควรมองข้ามการให้การส่งเสริมสุขภาพจิตของมารดาเด็กออทิสติกสเปกตรัมควบคู่ไปกับการดูแลเด็กออทิสติกสเปกตรัมต่อไป หรือแม้แต่ผู้ดูแลออทิสติกสเปกตรัมก็ควรให้ความสำคัญ การมีบุคคลให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา และการมีแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และลดความรู้สึกการมีภาระในการดูแลเด็ก (ชนิษฐา หะยิมะแซ, 2556; ชะไมพร พงษ์พานิช และคณะ, 2555; สุภาพ ชุณวีรัตน์, 2553) ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือออทิสติกจึงต้องจัดให้มีโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวและผู้ดูแลเพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชะไมพร พงษ์พานิช และคณะ (2555) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมฝึกทักษะครอบครัวสำหรับผู้ปกครองและผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกสเปกตรัมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก พบว่า ผู้ปกครองได้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและเนื่องจากปัญหาที่มีคล้ายคลึงกัน จึงช่วยให้เกิดการระบายความรู้สึก ได้สร้างอารมณ์ทางบวกเกิดความเข้มแข็งทางใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้

จะเห็นว่าพ่อแม่ ผู้ปกครองที่มีบุตรหลานออทิสติกสเปกตรัมนั้นมีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการฝึกและให้การศึกษา ค่าใช้จ่ายที่ส่งผลต่อครอบครัว ตลอดจนด้านความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา ที่อาจนำไปสู่ปัญหาการหย่าร้างในที่สุด เกิดปัญหาเศรษฐกิจและอาชีพของบิดามารดา ที่ไม่สามารถหาคนดูแลแทนได้ หรือหาได้แต่ไม่สามารถทนเด็กได้ และเมื่อบิดาหรือมารดาเกิดความซึมเศร้าเรื้อรัง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง บางครอบครัวเกิดปัญหาการหย่าร้าง กลายเป็นปัญหาครอบครัวที่ส่งผลกระทบยาวต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวควรยอมรับและร่วมกันช่วยเหลือ ดูแล ฟื้นฟู บำบัด และมีโปรแกรมฝึกทักษะสำหรับครอบครัวและผู้ปกครอง รวมทั้งให้

การศึกษาตามศักยภาพเพื่อให้เด็กออทิสติกสเปกตรัมช่วยเหลือตนเองได้ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมต่อไป

วิธีการรักษาและช่วยเหลือเด็กออทิสติกสเปกตรัม

หลักการช่วยเหลือเด็กออทิสติกสเปกตรัมถึงแม้ว่าจะไม่สามารถช่วยให้หายขาดจากโรคได้แต่สามารถพัฒนาให้ใกล้เคียงกับคนปกติได้ ซึ่งการช่วยเหลือเด็กออทิสติก แบ่งออกเป็น 2 ด้านใหญ่ๆ ด้วยกัน (กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ, 2545; สมภพ เรืองตระกูล, 2545, อลิสา วัชรสินธุ, 2546 อ้างถึงใน สาวิตรี รุญเจริญ, 2549) คือ

1. การรักษาด้วยยา ปัจจุบันยังไม่มีตัวยาใดที่สามารถรักษาอาการออทิสติกสเปกตรัมให้หายขาดได้ แต่มียาหลายชนิดที่เป็นประโยชน์และสามารถใช้ในการรักษาอาการบางอย่างของอาการออทิสติกสเปกตรัมเช่น ยากันชักใช้ในเด็กที่มีอาการชักร่วมด้วย ยากระตุ้นสมอง เช่น Methylphenidate ในเด็กที่มีพฤติกรรมผิดปกติ เช่นทำอะไรซ้ำๆ ไม่ยอมเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่เคยชินให้ใช้ยากลุ่มรักษาทางจิตเวช เช่น Haloperidol Clomipramine หรือ Fluoxetine ส่วนเด็กที่มีพฤติกรรมซนมาก ขาดสมาธิและขาดความยับยั้งชั่งใจให้ใช้ยา Clonidine หรือ Imipramine เป็นต้น ซึ่งยาแต่ละชนิดจะช่วยในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกสเปกตรัมแต่ไม่สามารถรักษาโรคออทิสติกสเปกตรัมให้หายขาดได้

2. การใช้พฤติกรรมบำบัด เด็กออทิสติกสเปกตรัมเป็นเด็กที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม ดังนั้นการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การส่งเสริมฟื้นฟูและพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมจึงจำเป็นสำหรับเด็กออทิสติกสเปกตรัมเป็นอย่างมาก การดำเนินการดังกล่าวต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องใกล้ชิดกับเด็ก โดยเฉพาะฝ่ายพ่อแม่ ผู้ปกครอง ฝ่ายแพทย์ และฝ่ายครูอาจารย์ ต้องประสานงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

พ่อแม่เป็นครูคนแรกของลูก ต้องเอาใจใส่ให้ความอบอุ่น รู้จักวิธีสังเกตพัฒนาการของลูก เพื่อเป็นข้อมูลในการรักษาบำบัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมทั้งการช่วยลูกให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และนักบำบัด พ่อแม่เด็กออทิสติกสเปกตรัมต้องมีความอดทนสูง เข้มแข็ง ทำใจยอมรับสภาพความจริงที่เกิดขึ้น ปรับสถานการณ์ภายในบ้านให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกสเปกตรัม

ฝ่ายแพทย์ หมายถึง กุมารแพทย์ จิตแพทย์พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักฝึกพูด นักบำบัดทั้งหลายต้องร่วมมือประสานงานกับพ่อแม่ และครู ช่วยรักษาบำบัดให้คำแนะนำฝึกอบรม เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเสริมสร้างทักษะการช่วยเหลือตนเอง และพัฒนาทักษะอื่น ๆ เป็นต้น

ฝ่ายครูอาจารย์ เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้านการจัดการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติกสเปกตรัม ควรมีความรู้ ความเข้าใจเด็กออทิสติกสเปกตรัมที่อยู่ในโรงเรียนต้องได้รับการช่วยเหลือจากสังคมหลายๆ ฝ่ายโดยเฉพาะในด้านการศึกษา ที่จะต้องได้รับการศึกษาอย่างเท่าเทียมกันกับเด็กทั่วไป โดยจัดให้มีโอกาสเรียนรวมในโรงเรียนปกติตามที่กฎหมายบัญญัติไว้

นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ปกครองควรคำนึงถึงก็คือการให้ความช่วยเหลือเด็กออทิสติกสเปกตรัมโดยเร็วที่สุด ยิ่งการให้ความช่วยเหลือเร็วเท่าใดยิ่งทำให้เด็กได้รับประโยชน์มากเท่านั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการค้นหาสภาพความบกพร่องได้เร็วนั่นเอง (ปิยะวรรณ ศรีสุรักษ์ และคณะ, 2561)

หลักการและแนวคิดในการช่วยเหลือในระยะแรกเริ่ม

หลักการสำคัญของการจัดบริการช่วยเหลือในระยะแรกเริ่มแก่เด็กออทิสติกสเปกตรัม คือ ความร่วมมือและยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องในครอบครัว ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่าง ๆ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักแก้ไขการพูด นักโสตสัมผัสวิทยาและครูการศึกษาพิเศษ เป็นต้น โดยที่นักสหวิชาชีพร่วมมือกันออกแบบหลักสูตรครอบคลุมเด็กทารก เด็กวัยหัดเดิน เด็กก่อนวัยเรียน และเด็กปฐมวัย ควรทำความเข้าใจและสนับสนุนบทบาทของครอบครัวกับเด็กเล็ก และตอบสนองความต้องการของเด็กที่มีความต้องการพิเศษแบบองค์รวม เพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ในด้านการศึกษา การเรียนรู้ ทักษะในการพัฒนาและพฤติกรรมมนุษย์ จิตวิทยาการศึกษา ทฤษฎีการเรียนรู้ การให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มสำหรับผู้เรียนที่มีความต้องการพิเศษเป็นระบบในการให้บริการต่าง ๆ โดยเร็วที่สุดแก่เด็กที่มีความเสี่ยงทุกระดับ โดยมุ่งเน้นการให้การศึกษาแก่พ่อแม่และครอบครัว ทั้งนี้มุ่งพัฒนาเด็กให้ได้รับการจากนักวิชาชีพที่หลากหลายทั้งด้านการศึกษา ด้านสุขภาพอนามัย การบำบัดรักษา ตลอดจนป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการไปตามขั้นตอน เช่นเดียวกับเด็กทั่วไปหรือใกล้เคียงมากที่สุด (ปิยะวรรณ ศรีสุรักษ์ และคณะ, 2561)

ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือครอบครัวที่มีบุตรหลานเป็นเด็กออทิสติกสเปกตรัมในระยะแรกเริ่มเป็นการช่วยเหลือแบบบูรณาการโดยความร่วมมือระหว่างทีมสหวิทยาการ เพื่อการพัฒนาออทิสติกสเปกตรัมแบบองค์รวม เพื่อให้เด็กออทิสติกสเปกตรัมได้รับการพัฒนาสูงสุดตามศักยภาพ

แนวทางการช่วยเหลือออทิสติกสเปกตรัมแบบบูรณาการ

การช่วยเหลือออทิสติกสเปกตรัมจำเป็นต้องใช้ทีมงานผู้เชี่ยวชาญจากทีมสหวิทยาการ (Multidisciplinary Team Approach) ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยา พยาบาล จิตเวชเด็ก นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักกิจกรรมบำบัด นักวิชาการการศึกษาพิเศษ นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ ซึ่งแนวทางการช่วยเหลือออทิสติกสเปกตรัมมีความหลากหลาย ในที่นี้ได้สรุปรวบรวมแนวทางหลักๆ ดังนี้

1. การจัดกิจกรรมเสริมพลังครอบครัว (Family Empowerment)

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกสเปกตรัม ไม่ใช่หน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นหน้าที่ของทุกคน พลังครอบครัว คือ พลังแห่งความสำเร็จ คำแนะนำหลักๆ ที่ทุกคนในครอบครัวควรทำความเข้าใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น ทั้งด้านโภชนาการ ออกกำลังกาย สังคม จิตใจ จิตวิญญาณ และความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ มีความเข้มแข็งทั้งภายในและภายนอก เพื่อให้มีกำลังใจและใจในการช่วยเหลือเด็กออทิสติกสเปกตรัมในครอบครัวต่อไป (สุภาพร แนวบุตร, 2558)

2. การส่งเสริมความสามารถของเด็ก (Ability Enhancement)

จากการศึกษาวิจัยพบว่า มีออทิสติกสเปกตรัมถึงร้อยละ 10 ที่มีความสามารถพิเศษ เรียกกลุ่มเหล่านี้ว่า “ออทิสติก ชาวองก์” (Autistic Savant) ซึ่งเป็นคำที่มาจากภาษาฝรั่งเศส แปลความหมายอย่างตรงตัวว่า “ผู้ที่มีความรู้หรือนักปราชญ์” ชาวองก์ส่วนใหญ่ยังมีไอคิวอยู่ในช่วง 40-70 ซึ่งถือว่าต่ำ จากไอคิวเฉลี่ยของคนปกติที่อยู่ระหว่าง 90-110 และด้วยเหตุนี้จึงเป็นที่มาของคำว่า “อัจฉริยะออทิสติก” ชาวองส์เกิดจากการที่สมองซีกซ้ายได้รับความเสียหาย สมองซีกขวาก็เข้ามาทำหน้าที่ทดแทน โดยจะสังเกตได้จาก การที่ทักษะและความสามารถของชาวองส์ส่วนใหญ่นั้นมักเกี่ยวข้องกับสมองซีกขวา ซึ่งควบคุมในเรื่องของจินตนาการที่มีความหลากหลายเชื่อมต่อหลายมุม และไม่มีมิติสัมพันธ์ เช่น ศิลปะและดนตรี ส่วนทักษะที่ไม่ค่อยพบในกลุ่มคนที่เป็นชาวองส์นั้นจะเกี่ยวข้องกับสมองซีกซ้าย เช่น เรื่องความคิดในเชิงตรรกะและความคิดเชิงนามธรรม ความสามารถพิเศษที่พบบ่อยที่สุดของชาวองส์ คือ ความสามารถด้านดนตรี โดยเฉพาะการเล่นเปียโน ความสามารถด้านศิลปะ ความสามารถในการคำนวณทางด้านคณิตศาสตร์ การคำนวณปฏิทิน และความสามารถด้านทักษะกลไกหรือมิติสัมพันธ์ เป็นต้น การเสริมสร้างโอกาสให้เด็กได้เล่นของเล่นที่หลากหลาย ได้ทำกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น ดนตรี กีฬา งานศิลปะต่างๆ ช่วยงานที่พ่อแม่ทำ ก็จะช่วยเสริมให้เด็กมีโอกาสแสดงความสามารถให้เห็นเพิ่มขึ้น (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2560)

3. การส่งเสริมพัฒนาการ (Developmental Intervention)

ทักษะพื้นฐานในการเรียนรู้ที่ควรเริ่มฝึกเป็นอันดับแรก เพื่อดึงเด็กออกจากโลกส่วนตัว ออกมาเรียนรู้โลกภายนอก ควรเน้นในเรื่องการมองเห็นภาพ การมีสมาธิ การฟัง และการทำตามคำสั่ง การฝึกทักษะเหล่านี้ในระยะเริ่มต้นจะใช้เวลาไม่นาน และเห็นการเปลี่ยนแปลงช้า ทำให้เกิดความเครียดทั้งกับผู้ปกครองและตัวเด็กเอง แต่เมื่อเด็กมีทักษะพื้นฐานเหล่านี้ดีแล้ว การต่อยอดในทักษะที่ยากขึ้นก็จะไม่ใช่เรื่องยากอีกต่อไป ควรมีการฝึกทักษะในชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living Training) ควบคู่ไปด้วย โดยจัดกระบวนการเรียนรู้ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ให้เด็กสามารถทำได้ด้วยตนเองเต็มความสามารถที่มีอยู่ โดยต้องการความช่วยเหลือน้อยที่สุด ในการฝึกฝน เด็กจำเป็นต้องเรียนรู้ทีละขั้นตอนจนสามารถปฏิบัติได้ และเกิดเป็นความเคยชิน ติดตัวไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เพื่อให้เด็กช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ

ลดการดูแลของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง และเด็กเกิดความภาคภูมิใจ เมื่อเด็กสามารถทำอะไรได้ด้วยตัวเอง (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2553)

4. การปรับพฤติกรรม (Behavioral Modification)

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมประกอบด้วย การวิเคราะห์พฤติกรรมแบบประยุกต์ (Applied Behavior Analysis; ABA) และกระบวนการปรับพฤติกรรม (Behavioral Modification Procedure) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมให้คงอยู่ต่อเนื่อง หยุดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ โปรแกรมที่มีงานวิจัยรับรองว่าได้ผลดี คือ โปรแกรมของโลวาส (Lovaas Program) (Cohen, Amerine-dickens, and Smith, 2006) เป็นการฝึกเด็กแบบเข้มข้น ตัวต่อตัว โดยใช้หลักการวิเคราะห์พฤติกรรมแบบประยุกต์ เน้นการฝึกตัวต่อตัวที่บ้าน ทำอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง โดยฝึก 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ นาน 6 เดือนติดต่อกัน ซึ่งได้ผลดีมากในเด็กที่เข้ารับการฝึกก่อนอายุ 5 ปี พบว่าเด็กมีความสามารถในการเรียนรู้ และเขารับปัญหาดีขึ้น สามารถไปเรียนร่วมกับเด็กปกติได้

5. การแก้ไขการพูด (Speech Therapy)

ข้อปฏิบัติที่จะช่วยให้เด็กออกเสียงพูดได้เหมาะสมตามวัย มีดังนี้

(เดือนฉาย แสงรัตนายนต์, 2545 อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2553)

5.1 พยายามพูดกับเด็กเกี่ยวกับสิ่งที่เด็กกำลังมอง หรือกำลังทำอยู่ เพื่อสร้างเป้าหมายในการมองอย่างมีความหมาย

5.2 ขณะที่เสียงใดเสียงหนึ่งเกิดขึ้นรอบตัว ควรชี้ชวนให้เด็กสนใจฟังอย่างสม่ำเสมอ โดยอาจพูดเลียนแบบเสียงที่เกิดขึ้น เพื่อสร้างเป้าหมายในการฟังอย่างมีความหมาย

5.3 ขณะที่ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้กับเด็ก ควรพูดให้เด็กฟังถึงสิ่งที่ท่านกำลังทำอยู่ เพื่อให้เด็กเรียนรู้คำศัพท์ และเนื้อหาของคำศัพท์ ซึ่งเป็นการสร้างการเรียนรู้ความหมายจากการปฏิบัติที่เห็นจริง

5.4 ควรสอนจากความเข้าใจคำศัพท์ ก่อนนำมาสู่การพูด

5.5 ควรสอนให้เด็กพูด โดยใช้คำนามที่มองเห็นเป็นรูปธรรม จดจำง่าย ค้นเคย และอยู่ใกล้ตัว

5.6 ควรให้เด็กมีโอกาสได้เปล่งเสียงออกมาบ้าง โดยสอนพูดนำ แล้วเว้นระยะให้เด็กออกเสียง รอเวลาอย่าแหย่เด็กพูด

5.7 เป็นแบบอย่างในการพูดที่ดีให้เด็ก พูดให้ชัดเจน ใช้คำให้ถูกต้อง เนื่องจากเด็กจะลอกเลียนแบบจากผู้พูดกับเขา

5.8 อาจใช้โคลงกลอน หรือเพลง ช่วยกระตุ้นการพูดของเด็ก เพราะช่วยให้เด็กสนใจ และจดจำได้ง่าย

5.9 เด็กบางรายอาจต้องใช้เทคนิคพิเศษเพื่อดึงความสนใจ และสร้างความพร้อมในการสอน ภาษาและการพูด โดยเตรียมการมอง การฟัง อย่างมีความหมาย ฝึกการเคลื่อนไหวปาก ลิ้น การเปล่งเสียง

ดังนั้นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการฝึกและแก้ไขการพูด ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ แต่คือผู้ปกครองซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับเด็ก ดังนั้นไม่ใช่การรอจนถึงวันนัดแล้วค่อยฝึกเท่านั้น เพราะจะไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร

ผู้ปกครองสามารถกระตุ้นให้มีการพูดได้โดยผ่านการเล่นได้เช่นกัน พยายามสร้างสถานการณ์ ที่กระตุ้นให้เกิดการสื่อสารขึ้น เช่น เวลาเล่นต่อจิ๊กซอว์ ก็อาจเอาไปซ่อนชิ้นหนึ่งเพื่อให้เด็กถามหา หรือ อาจเอารองเท้าของคนอื่นมาให้เด็กใส่ เพื่อให้เด็กบอกว่า “ไม่ใช่” หรือถามหารองเท้าของตนเอง เป็นต้น นอกจากนี้ควรนำเทคนิควิธีการฝึก ซึ่งได้รับการแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ มาปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

6. กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy)

นักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist) จะเป็นผู้ที่ประยุกต์ใช้กิจกรรมต่างๆ มาช่วยในการบำบัดเด็กตามสภาพปัญหาของแต่ละคน ขอบเขตงานของนักกิจกรรมบำบัด (ชมรมผู้ปกครองสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย, 2561) จะครอบคลุมถึง งานต่อไปนี้

- ให้การฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว
- กิจกรรมเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
- กิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการใช้มือทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเกี่ยวกับมือ
- สอนและฝึกให้ผู้ป่วย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองในด้านต่างๆ รวมถึงประยุกต์ดัดแปลงอุปกรณ์ช่วยสำหรับการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต กระตุ้นการเคี้ยวและการกลืนอาหารในผู้ที่มีความบกพร่อง

จะเห็นว่านักกิจกรรมบำบัดจะต้องสอนและฝึกให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูความบกพร่องและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่าง ๆ ได้แล้ว ยังให้คำปรึกษาด้านกิจกรรมต่างๆ แก่ครอบครัวที่เป็นการส่งเสริมพัฒนาการ การเรียนรู้ทั้งในโรงเรียนและที่บ้าน นักกิจกรรมบำบัด จึงมีการนำทฤษฎีการบูรณาการประสาทรับความรู้สึก (Sensory Integrative Theory) มาประยุกต์ใช้เพื่อกระตุ้นระบบการรับความรู้สึกของเด็กให้มีการพัฒนาที่ดีขึ้น

7. การฝึกทักษะสังคม (Social Skills Training)

ทักษะสังคมเป็นความบกพร่องที่สำคัญของเด็กออทิสติกสเปกตรัม ดังนั้นจึงต้องให้การฝึกฝนด้านนี้เป็นพิเศษ มุ่งเน้นในเรื่อง การสบตา การยิ้ม การมีส่วนร่วม การฟัง การสนทนาต่อเนื่อง ความใส่ใจ เข้าใจผู้อื่น และการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม ซึ่งทำได้โดยจำลองเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ เพื่อให้ทดลองปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ หรือการสอนโดยให้จดจำรูปแบบบทสนทนาในสถานการณ์ต่างๆ เพื่อนำมาใช้โดยตรง

การสอนเรื่องราวทางสังคม (Social Stories) ซึ่งมี แกรอล เกรย์ (Gray, 1995) เป็นต้นตำรับ จะกำหนดเรื่องราวหรือสถานการณ์ต่างๆ ในสังคมมาสอนเด็กออทิสติกสเปกตรัม ซึ่งเป็นเทคนิคการเล่าเรื่องราวสั้น ๆ เน้นการสร้างความเข้าใจและขึ้นำการปฏิบัติตัวทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็กในแต่ละประเด็น เช่น การไปตัดผม การไปรับประทานอาหารนอกบ้าน เป็นต้น วิธีเรื่องราวทางสังคมนี้ มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีของจิตใจ (Theory of Mind) เพื่อช่วยให้เด็กออทิสติกสเปกตรัม สามารถเข้าใจสถานการณ์ที่

เกิดขึ้นในสังคม เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของผู้อื่นและวิธีปฏิบัติตนที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ สามารถปรับตัวเข้าสังคมได้

8. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มทักษะพื้นฐานด้านสังคม การสื่อสาร และทักษะทางความคิด ซึ่งทำให้เกิดผลดีในระยะยาว โดยเนื้อหาหลักสูตรจะเน้นการเตรียมความพร้อม เพื่อให้เด็กออทิสติกสเปกตรัมสามารถใช้ในชีวิตประจำวันจริงๆ ได้ แทนการฝึกแต่เพียงทักษะทางวิชาการเท่านั้น โปรแกรมการสอนในห้องเรียนที่น่าสนใจ คือ โปรแกรม TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) พัฒนาโดย Eric Schopler (TEACCH Autism Program, 2017) เน้นการสอนอย่างมีระบบ ขั้นตอนและการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับเด็กเป็นหัวใจสำคัญ โดยมีการจัดห้องเรียนให้เป็นระบบ จัดของเป็นหมวดหมู่ จัดตารางเวลากิจกรรมต่างๆ แน่นนอน และมีความคาดหวังที่ชัดเจน ทำให้เด็กรู้ว่าเขาต้องทำอะไรบ้าง และสอนอย่างมีขั้นตอน วิธีการสอนจะเน้นใช้ภาพมากกว่าเสียง สอนให้สื่อสารโดยใช้รูปหรือสัญลักษณ์ต่างๆ เนื้อหาจะครอบคลุมในทักษะทุกด้านสำหรับประเทศไทยเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาสำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัม มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553 มาตรา 10 วรรค 2 กล่าวไว้ว่า “การจัดการศึกษาสำหรับบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ สังคม การสื่อสาร และการเรียนรู้ หรือมีร่างกายพิการ หรือทุพพลภาพ หรือบุคคลซึ่งไม่สามารถพึ่งตนเองได้ หรือไม่มีผู้ดูแล หรือผู้ด้อยโอกาส ต้องจัดให้บุคคลดังกล่าว มีสิทธิและโอกาสที่ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็นพิเศษ”

9. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation)

แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ในปัจจุบันเปลี่ยนจากการให้ทำงานในสถานพยาบาล หรือโรงงานในอารักขา มาสู่ตลาดแรงงานจริง หรือการประกอบอาชีพส่วนตัว ภายใต้การชี้แนะ การฝึกอาชีพ การจัดหางาน และการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ เพื่อไปสู่เป้าหมายให้บุคคลออทิสติกสามารถทำงาน มีรายได้ และดำรงชีวิตโดยอิสระ พึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทักษะที่จำเป็นในการทำงาน เช่น การตรงต่อเวลา การปรับตัวเข้ากับหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงาน ความปลอดภัยในการทำงาน เป็นต้น และฝึกทักษะพื้นฐานเฉพาะทางอาชีพควบคู่กันไป

ในการทำงานจะมีผู้ฝึกสอนงาน (Job Coach) ฝึกให้ ณ ที่ทำงานจริง คอยช่วยเหลือแนะนำในเรื่องเทคนิคการทำงาน และทักษะสังคม ให้คำปรึกษา ประเมินผล และพัฒนาในจุดที่ยังบกพร่องอยู่บุคคลออทิสติกสามารถประกอบอาชีพได้ปกติ ตามความถนัดของแต่ละคน ถ้ามีการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสม และสังคมมีความเข้าใจ เปิดโอกาสให้ ในกลุ่มออทิสติกที่ระดับความสามารถสูง และได้รับการเตรียมความพร้อมมาตั้งแต่เด็ก ทั้งในทักษะพื้นฐานเพื่อการเรียนรู้ด้านต่างๆ และทักษะสังคม สามารถ

ประกอบอาชีพ และใช้ชีวิตได้ตามปกติเหมือนบุคคลทั่วไป เพียงแต่ในเรื่องการปรับตัว หรือกรณีที่มีสถานการณ์ยุ่งยากซับซ้อน จะเป็นกระบวนการให้คำปรึกษาเป็นกรณีไป (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2560)

10. การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

การรักษาด้วยยาไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อรักษาให้หายขาดจากออทิสติกสเปกตรัมโดยตรง แต่นำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการบางอย่างที่เกิดร่วมด้วย เด็กไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาทุกคน และเมื่อทานยาแล้วก็ไม่ต้องทานต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเช่นกัน แพทย์จะพิจารณาปรับขนาดยาหรือหยุดยา เมื่ออาการเป้าหมายทุเลาลงแล้ว

ในปัจจุบันยังไม่พบว่ามียาตัวใดที่ช่วยแก้ไขความบกพร่องด้านสังคมและการสื่อสาร ซึ่งเป็นปัญหาหลักได้ ส่วนยาที่นำมาใช้พบว่ามียาประโยชน์ในการลดพฤติกรรมอยู่นิ่ง (Hyperactivity) ทุนหัน พลันแล่น (Impulsivity) ไม่มีสมาธิ (Inattention) ก้าวร้าวรุนแรง (Aggression) และหมกมุ่นมากเกินไป (Obsessive Preoccupation) ยาที่นำมาใช้รักษามีหลายชนิด ได้แก่ กลุ่มยารักษาอาการทางจิต (Neuroleptics) ยากลุ่ม SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) และยาเพิ่มสมาธิ (Psych stimulant) เป็นต้น

11. การแพทย์เสริมและทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine)

นอกจากแนวทางหลักที่ใช้ในการบำบัดรักษาข้างต้นแล้ว ในปัจจุบันยังมีการแพทย์เสริมและทางเลือกที่หลากหลาย สามารถเลือกใช้ควบคู่กับแนวทางหลัก ตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหา และผลการตอบสนองที่ได้รับของเด็กแต่ละคน สิ่งสำคัญที่ควรทำความเข้าใจคือ การแพทย์เสริมและทางเลือกนำมาใช้เพื่อเสริมการบำบัดตามแนวทางหลักให้มีประสิทธิผลเพิ่มขึ้น ไม่ใช่การนำมาใช้โดดๆ หรือต้องเลือกทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียวแล้วได้ผล (Levy and Hyman, 2008) การแพทย์เสริมและทางเลือกดังกล่าว ได้แก่ ศิลปะบำบัด (Art Therapy) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) ละครบำบัด (Drama Therapy) การบำบัดด้วยสัตว์ (Animal Therapy) การฝังเข็ม (Acupuncture) และเครื่องเอชอีจี (HEG: Hemoencephalogram)

บทสรุป

จากบทความจะเห็นว่า เมื่อพ่อแม่รู้แล้วว่าลูกเป็นออทิสติกสเปกตรัม สิ่งแรกที่จะต้องทำคือ ต้องทำใจยอมรับความจริงให้ได้และให้เร็วที่สุด แล้วร่วมกันหาแนวทางการช่วยเหลือในระยะแรกเริ่มแก่เด็กออทิสติกสเปกตรัมอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบตามหลักการดูแลแบบบูรณาการจากทีมสหวิทยาการและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต้องได้รับการส่งเสริมจากครอบครัวที่เป็นพื้นฐานอย่างจริงจัง การส่งเสริมความสามารถของเด็กก็มีความสำคัญการค้นหาศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเด็กและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาสูงสุด การส่งเสริมพัฒนาการในด้านต่างๆ ของเด็กตามความต้องการจำเป็นพิเศษ การแก้ไขและปรับพฤติกรรม การใช้กิจกรรมบำบัด การแก้ไขการพูด การฝึกทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเอง การฟื้นฟูและส่งเสริมให้ได้รับการศึกษาโดยสนับสนุนให้เด็กออทิสติกสเปกตรัมได้เข้าร่วมเรียนร่วมกับเด็กทั่วไปใน

โรงเรียนให้มากที่สุด การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพและการมีงานทำ การรักษาอาการต่างๆ ด้วยยาตลอดจนการแพทย์เสริมและทางเลือก ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนแล้วแต่ต้องเริ่มต้นจากครอบครัวก่อนเป็นเบื้องต้น และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันช่วยเหลือเด็กออทิสติกสเปกตรัมให้ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนสามารถช่วยเหลือตนเอง และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างอิสระ ไม่เป็นภาระแก่ตนเองและสังคม

เอกสารอ้างอิง

- กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ. (2545). **เอกสารประกอบหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2544 : คู่มือพัฒนาสื่อการเรียนรู้**. กรุงเทพฯ: ศูนย์พัฒนาหนังสือ.
- ชนิษฐา หะยิมะแซ. (2556). **การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- โครงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2560). **ชาวองส์ อัจฉริยะ ออทิสติก**. ค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม 2561, จาก <http://www.specialchild.psu.ac.th/artical/41-autism/>
- ชมรมผู้ปกครองสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย. (2561). **การฝึกกิจกรรมบำบัดหรือเอเอสไอ**. ค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม 2561, จาก <http://www.adhdthai.com/autistic/catalog.php?category=20>
- ชะไมพร พงษ์พานิช, สมติ อนันต์ปฏิเวช, ประภาพันท์ ร่วมกระโทก และสมหมาย เศรษฐวิชาวราณ. (2555). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะครอบครัว สำหรับผู้ปกครองและผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**, 22(1), 11-25.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2553). การตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก. ใน: **คู่มือการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการ ตาม พรบ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550**. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- _____. (2560). **การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพในออทิสติก**. ค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2561, จาก <http://www.happyhomeclinic.com/au22-autism-care-vocation.html>.
- ธีรารัตน์ เจริญชัยภรณ์. (2554). **ความสัมพันธ์ของความรู้และระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก**. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยะวรรณ ศรีสุรักษ์ และคณะ. (2561). **การช่วยเหลือระยะแรกเริ่มสำหรับเด็กที่มีภาวะออทิสซึม**. **เอกสารการประชุมสัมมนาวิชาการนานาชาติ “เปิดโลกออทิสติก ครั้งที่ 12” “การให้ความช่วยเหลือระยะแรกเริ่มสำหรับบุคคลที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม”**. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2542). **พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เดอะบุคส์.
- พลตัมศักดิ์ จันทราทิพย์. (2552). **ปัจจัยทำนายความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกของมารดา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญแข ลิ้มศิลา. (2540). **การวินิจฉัยโรคออทิสซึม**. สมุทรปราการ: ช.แสงงามการพิมพ์.
- เมธิดา พงษ์ศักดิ์ศรี. (2554). **การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวที่มีบุตรออทิสติกวัยเด็กตอนกลาง และครอบครัวที่มีบุตรออทิสติกวัยรุ่น**. เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาวิตรี รุญเจริญ. (2549). เทคนิคในการดูแลและให้ความช่วยเหลือเด็กออทิสติก. **วารสารศูนย์บริการวิชาการ**, 14(1), 9-16.
- สาวิตรี วงศ์กิติรุ่งเรือง. (2558). **ผลของการใช้วิธีเรื่องราวทางสังคม (Social Stories) ที่มีต่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของนักเรียนที่มีภาวะออทิสซึม**. ขอนแก่น: ศูนย์วิจัยออทิสติก คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2545). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพ ชุณวีรัตน์. (2553). ความสุขของภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก อายุ 3-10 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล. **วารสารสถาบันราชานุกูล**, 25(1), 28-37.
- สุภาพร แนวบุตร. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา**, 8(4), 30-40.
- สุภาวดี คำภูณา. (2550). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ต่อพฤติกรรมดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธิตศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- อรุณี พันธูลี. (2548). **ผลของกลุ่มให้ความรู้และประคับประคองทางจิตใจต่อพฤติกรรมดูแลเด็กออทิสติก สุขภาพจิตและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- RYT9. (2561). **จิตแพทย์ไทยคิดค้นเครื่องตรวจวินิจฉัยออทิสติกสำเร็จเสนอเวที ICA**. ค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2562, จาก <https://www.ryt9.com/s/prg/2892374>.

- Cohen, H., Amerine-dickens, M., & Smith, T. (2006). Early Intensive Behavioral Treatment: Replication of the UCLA Model in a Community Setting. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, 27(2), 145 - 155.
- Gray, C. (1995). **Social stories unlimited: Social stories and comic strip conversations, and related instructional techniques**. Jenison, MI: Jenison Public Schools.
- Gregory, C. (2018). **The Five Stages of Grief: An Examination of the Kubler-Ross Model**. Retrieved August 5, 2018, from <https://www.psycom.net/depression.central.grief.html>
- Griffin, M. M., Taylor, J. L., Urbano, R. C., & Hodapp, R. M. (2014). Involvement in Transition Planning Meetings among High School Students with Autism Spectrum Disorders. **The Journal of Special Education**, 47(4), 256 – 264.
- Levy, S. E., & Hyman, S. L. (2008). **Complementary and Alternative Medicine Treatments for Children with Autism Spectrum Disorders**. Retrieved August, 11, 2018, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2597185/>
- TEACCH Autism Program. (2017). **Remembering Dr. Eric Schopler, Founder of TEACCH**, Retrieved 11th August 2018, from <https://teacch.com/remembering-dr-eric-schopler-founder-of-teacch/>