

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพครอบครัว และส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยการเล่น ต่อความรู้ การดูแลเด็กของพ่อแม่ และพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กออทิสซึม

Effectiveness of Parental Competencies and Developmental Stimulation Program by Playing on the Knowledge, Parental Child-Care, and Adaptive Behavior of Children with Autism

พนิดา ศิริอำพันธ์กุล

Panida Sirimpunkul

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120

Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathumthani, Thailand 12120

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวและส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยการเล่น ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลเด็กของพ่อแม่ และพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กออทิสซึม กลุ่มอาสาสมัครจำนวน 32 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มรับการดูแลปกติและกลุ่มรับโปรแกรม กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรม 2 ครั้ง/เดือน ระยะเวลา 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังเริ่มโครงการระหว่างกลุ่มได้รับการดูแลปกติและกลุ่มได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติชนิดเป็นอิสระต่อกัน

การศึกษา พบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กในกลุ่มได้รับโปรแกรม ($\bar{D}_2 = 4.88$) สูงกว่ากลุ่มได้รับการดูแลปกติ ($\bar{D}_1 = -3.25$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.76, p < .001$) ส่วนกลุ่มได้รับโปรแกรมหลังการสิ้นสุดโครงการมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างอายุจริงกับอายุประเมินของเด็ก ($\bar{D}_2 = 3.94$) น้อยกว่าก่อนเริ่มกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_1 = -.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.67, p < .01$) ข้อมูลจากพ่อแม่ภายหลังร่วมโปรแกรมช่วยให้พ่อแม่ได้เข้าใจเด็กออทิสติก การเล่นและมีทักษะในการเล่นกับเด็กมากขึ้น ส่งผลช่วยในการปรับตัวต่อความเครียด ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเพิ่มมากขึ้นและมีการระยะติดตามในศึกษาเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรม, เสริมสร้างศักยภาพครอบครัว, การเล่น, เด็กออทิสซึม

Abstract

This quasi-experimental study sought to examine the effectiveness of the parental competencies and developmental stimulation program by playing, on knowledge, parental behavior and adaptive behavior of children with autism. The autistic children (2-5 years) were randomly assigned to either the experimental or the control group. The parent and autistic children, who met the inclusion criteria and consented/assented to take part in the study, included 16 autistic children/parent dyads in the experimental group and 16 student/parent dyads in the control group. Instruments for data collection included: An Autistic Child Care Knowledge

Corresponding author: *Email: Panida@nurse.tu.ac.th

วันที่รับ (received) 18 พ.ย. 61 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 1 ธ.ค. 61 วันที่ตอบรับ (accepted) 20 ธ.ค. 61

Questionnaires, Autism Parental Behavior Questionnaires, and Vineland Adaptive Behavior Scales. Descriptive statistics, dependent t-test, independent t-test, and mean difference were used to test the effectiveness of the parental competencies and developmental stimulation program.

The results demonstrated the positive effects of this program on parental behavior and adaptive behavior of children with autism. The results indicated statistical significance in mean difference scores of the Autism parental behavior and Autism adaptive behavior only (respectively, $t = 4.76$, $p < .001$; $t = 2.67$, $p < .001$). Moreover, findings presented enhancing of parental competencies and child positive adaptation and decrease in perceived caregiver burden in caring for their children with Autism. The program can help them understood children with autism, playing and learn to play with children. Playing should be applied for Autism developmental stimulation. Recommendations for further research include a larger sample size and a longer period for outcome measurements.

Keywords: Program, Autism Parental Competencies, Child Playing, Children with Autism

บทนำ

กลุ่มอาการออทิสซึม “Autism Spectrum Disorder” คือ กลุ่มความผิดปกติในด้านพัฒนาการบางด้าน โดยบกพร่องในการพัฒนาทักษะทางสังคม และการสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย และมีลักษณะพฤติกรรม กิจกรรม และความสนใจเป็นแบบแผนซ้ำ ๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่อง และไม่ยืดหยุ่น¹ อาการแสดงจะชัดเจนในวัยเด็ก พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ความชุกมีรายงานตั้งแต่ 1-9 คนต่อ 1000 คน ทั้งนี้ ขึ้นกับเกณฑ์ในการให้ความหมาย² พบอาการที่ครอบครัวพาเด็กมาโรงพยาบาลมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ไม่พูด ชน และไม่สบตา (ร้อยละ 96.9, 51.9 และ 49.4 ตามลำดับ) และอาการแสดงที่พบมากที่สุด คือ ความบกพร่องที่ชัดเจนในการใช้ท่าทาง เช่น การสบตา การแสดงสีหน้า กิริยาท่าทางในการเข้าสังคม คิดเป็นร้อยละ 90.1 (พบทุกรายในกลุ่มอายุต่ำกว่า 2 ปี) รองลงมา คือ ใช้คำพูดซ้ำ ๆ หรือใช้ภาษาที่ไม่มีใครเข้าใจคิดเป็นร้อยละ 87.7 ส่วนพูดซ้ำหรือไม่พูดเลยโดยไม่แสดงออกว่าอยากสื่อสารด้วยวิธีอื่น ๆ และไม่มีการเล่นสมมุติ ร้อยละ 83.9 เท่ากัน³ ความผิดปกติของเด็กทำให้เกิดปัญหาพัฒนาการทางด้านสังคมและการสื่อสารไม่เป็นไปตามปกติ ส่งผลให้มีพฤติกรรมความสนใจ และกิจกรรมที่ผิดปกติ ลักษณะพิเศษของเด็กออทิสซึมแต่ละคนมีความสามารถและสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน แนวทางการรักษาจึงย่อมแตกต่างกัน การวินิจฉัยได้เร็วและให้การบำบัดที่มีประสิทธิภาพทำให้ความก้าวหน้าของโรคได้⁴

จากสถิติมูลนิธิออทิสติกไทยพบภาวะออทิสซึมในไทย ปี 2554 คือ 6 ต่อ 1,000 ของจำนวนประชากร ในปี พ.ศ. 2557-

2559 พบมีสถิติร้อยละ 10, 34 และ 39 ตามลำดับ ส่วนโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติมีผู้รับบริการเด็กออทิสซึมรายใหม่ทุกเดือน ข้อมูลของแผนกผู้ป่วยนอก เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 มีจำนวน 5 ราย รวมยอดเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมที่มารับการฝึกเป็นประจำในเดือนกันยายน พ.ศ. 2555 จำนวน 53 ราย ยังไม่รวมถึงเด็กที่มาพบแพทย์โดยไม่ได้รับการฝึกเป็นประจำ ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาเด็กออทิสซึมให้หายขาดได้ แต่เป็นที่ยอมรับกันว่าเด็กที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยการฝึกกระตุ้นพัฒนาการด้านที่บกพร่องและปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ประกอบกับครอบครัวมีการดูแลอย่างเหมาะสม สามารถช่วยให้เด็กมีอาการดีขึ้นได้ การช่วยเหลือโดยการจัดการส่งเสริมกระตุ้นหรือฝึกเด็กเป็นสิ่งสำคัญ เด็กแต่ละคนมีบกพร่องและภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกัน จำเป็นต้องพิจารณาถึงศักยภาพเด็กแต่ละคนและให้การฝึกแตกต่างกันไป เด็กออทิสซึมต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ในการช่วยเหลือนั้นสามารถทำได้หลายวิธีตั้งแต่การฝึกทักษะต่าง ๆ โดยทีมสหวิชาชีพ การให้คำแนะนำในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการเพื่อผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กได้จึงมีความสำคัญ และส่งผลดีต่อเด็กเป็นอย่างมาก

ด้วยบทบาทครอบครัวเป็นผู้ที่ใกล้ชิดเด็กจึงเป็นผู้มีสำคัญในฐานะสิ่งแวดล้อมและผู้จัดสรรสิ่งแวดล้อม เด็กออทิสซึมต้องอาศัยครอบครัวช่วย⁵ และครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาเด็กออทิสซึม พ่อแม่ผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพที่ดีก็จะส่งผลหรือมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน⁶ ปัญหาของเด็กออทิสซึมเองก็

ส่งผลต่อการรับรู้ถูกตีตรา แม่การรับรู้ถึงความแตกต่างจากเด็กคนอื่น การที่ถูกรังเกียจ และส่งผลต่อการปรับตัวของแม่⁷ การปรับตัวของแม่หรือพ่อผู้ดูแลย่อมส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพของเด็กแต่ละคน หากครอบครัวผู้ดูแลไม่มีความรู้ ไม่มีทักษะในการดูแลที่ถูกต้อง และเหมาะสมในปฏิบัติต่อกัน จะส่งผลทำให้พ่อแม่ไม่มีความเครียด กังวลจากที่ไม่มีความรู้ ความเข้าใจ ขาดทักษะการดูแลเด็ก ส่งผลในการดูแลเด็ก และมีการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม เช่น การตามใจเด็กเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ยิ่งทำให้เด็กในกลุ่มนี้มีการเรียนรู้ที่ไม่เหมาะสมและแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้น เด็กจะไม่ได้มีโอกาสการพัฒนาดังอย่างเต็มศักยภาพ เติบโตขึ้นเป็นภาวะแก่ครอบครัวและสังคม ดังนั้นการส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีความสามารถและศักยภาพในการดูแลเด็กออทิสซึมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง อีกทั้งการให้ครอบครัวส่งเสริมและกระตุ้น พัฒนาการเด็กก็เป็นการกิจสำคัญที่ครอบครัวต้องเรียนรู้ จากประสบการณ์การทำงาน พบว่า พ่อแม่ที่มีลูกออทิสซึมหลาย ครอบครัวยังไม่ได้จัดสรรเวลาในการเล่นให้กับเด็ก ทั้งที่ในช่วงวัยของเด็กก่อนวัยเรียน การเล่นถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญของการเรียนรู้ของเด็ก การเรียนรู้ของเด็กโดยผ่านกิจกรรมการเล่นยังเป็นสื่อให้พ่อแม่และเด็กได้มีสัมพันธ์ภาพที่ดี เด็กจะได้ใช้ประสาทรับความรู้สึก ได้รับการกระตุ้นให้สนใจสิ่งแวดล้อม ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ได้ด้วยการเล่น จากการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัว ช่วยให้เด็กมีความช่างสังเกต ความคิด และการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี กิจกรรมการเล่นจึงเป็นกิจกรรมที่ครอบครัวได้พัฒนาศักยภาพในการเล่นกับเด็ก

จากการวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุนเด็กออทิสซึมตลอดช่วงชีวิต สามารถประสบความสำเร็จได้เมื่อพ่อแม่หรือผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางสังคมและมีส่วนร่วมในชีวิตเด็กในระดับที่เหมาะสม โดยเฉพาะ ผลการศึกษาที่พบว่า บุคลิกภาพของผู้ปกครองเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวที่เหมาะสม และตัวบ่งชี้ของการปรับตัวที่เหมาะสมนั้นสามารถสร้างขึ้นร่วมกับโปรแกรมการฝึกผู้ปกครองเพื่อส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้เกิดการปรับตัวที่ดี^{5, 8} ดังนั้นนอกจากการดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กแล้ว ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กต้องตระหนักเห็นความสำคัญในการดูแลครอบครัว และเตรียมศักยภาพของพ่อแม่ในการดูแลเด็กได้อย่างต่อเนื่องเพื่อการหาแนวทางการดูแล พัฒนาให้การบริการครอบครัวและเด็กที่มีความต้องการพิเศษให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้วิจัยจึงได้

พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวเด็กออทิสซึมที่ได้พัฒนาขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยกระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและพัฒนาเป็นโปรแกรมศักยภาพครอบครัวมีกิจกรรมที่ครอบคลุมถึงศักยภาพที่สำคัญของพ่อแม่ที่ต้องดูแลเด็กออทิสซึม ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและเด็กออทิสซึม ทักษะครอบครัว การยอมรับ และมีความเข้าใจในเด็กออทิสซึม การพัฒนาทักษะในการสอน และปรับพฤติกรรมของเด็กออทิสซึมเมื่ออยู่ที่บ้าน การช่วยให้ผู้ปกครองเกิดพลังใจในการให้ความช่วยเหลือเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีสุขภาพจิตที่ดี ส่วนการส่งเสริมกระตุ้น พัฒนาการเด็กโดยใช้การเล่นในการทำกิจกรรม การเล่นเป็นสิ่งสำคัญต่อพัฒนาการเด็กทุกคนโดยเฉพาะเด็กออทิสซึม ซึ่งมีความบกพร่องในการเล่น ไม่เหมือนเด็กทั่วไปเด็กออทิสซึมมีความบกพร่องในการเล่นที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ การจินตนาการความคิดมีข้อจำกัดในการเล่น เด็กมีการเล่นซ้ำ ๆ เล่นไม่ถูกวิธี ขาดการเล่นแบบพฤติกรรมทางสังคม มีการเล่นที่ไม่หลากหลาย⁹ เพื่อให้การบำบัดที่สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัยของเด็กเป็นกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็ก จากโปรแกรมนี้นสามารถนำมาปรับใช้ในการทำงานที่สามารถปฏิบัติได้จริง ด้วยคาดหวังการพัฒนาในหน่วยงานจะเป็นต้นแบบที่สามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กออทิสซึมและครอบครัวที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ พฤติกรรมการดูแลเด็กของพ่อแม่ก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวและส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยการเล่น ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

2. ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานระดับพฤติกรรมปรับตัวในด้านการสื่อสาร ด้านทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านการเข้าสังคม และพฤติกรรมปรับตัวของเด็กก่อนและหลังการวิจัย ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพ่อแม่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กของพ่อแม่ก่อนและหลังเริ่ม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

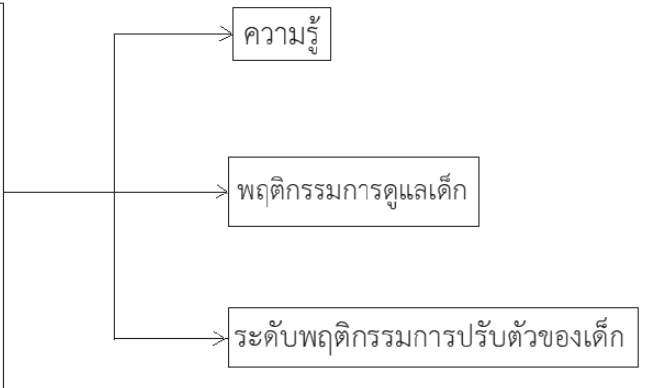
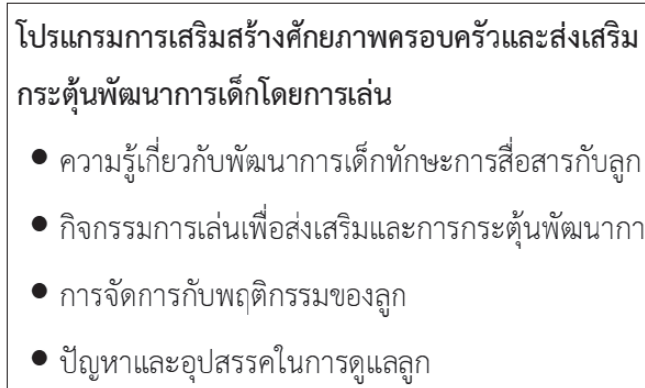
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานระดับพฤติกรรมการปรับตัวในด้าน การสื่อสาร ด้านทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านการเข้าสังคม และพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กก่อนและหลังเริ่มโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่าเด็กออทิสซึมสามารถเรียนรู้ได้โดยผ่านการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว พ่อแม่/ผู้ดูแลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการอบรมเลี้ยงดูเป็นผู้ตอบสนองความต้องการของเด็ก การเรียนรู้ของเด็กเป็นไปโดยธรรมชาติทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ เกิดจากการสังเกตเลียนแบบและเรียนรู้จากการตอบสนองพฤติกรรมของสังคม จากการศึกษาการผสมผสานแนวคิด ทฤษฎี และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องระบบครอบครัวในเรื่องระบบโครงสร้างและหน้าที่ (Structure-functional theory)¹⁰ การเป็นพ่อแม่¹¹ องค์ความรู้เกี่ยวกับเด็กออทิสซึม และแนวคิดเกี่ยวกับการเล่น กล่าวโดยสรุปดังนี้

ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นระบบสังคมที่เล็กที่สุดบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันที่เริ่มตั้งแต่แรกเกิดเป็นทารก ระบบนี้ยังมีผลซับซ้อนนำเด็กเข้าสู่ระบบสังคมในระดับต่อไป เช่น สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน โรงเรียน กลุ่มเด็ก เพื่อนบ้าน และสังคมในวงกลางออกไป¹² เด็กออทิสซึมมีปัญหาพัฒนาการรอบด้าน พ่อแม่ต้องมีทักษะและวิธีการแก้ไขปัญหาลูกของเด็ก การส่งเสริม

กระตุ้นพัฒนาการเด็ก การพัฒนาเด็กมีแนวคิดเป็นองค์รวมเพื่อให้เด็กได้พัฒนาทุกด้านอย่างสมดุลและมีคุณภาพ อันสอดคล้องกับชีวิตในสังคม วัฒนธรรมและความเป็นอยู่จริงของเด็ก พ่อแม่ผู้ดูแลเด็กต้องเป็นผู้มีความรู้ เข้าใจธรรมชาติของเด็ก ทีมวิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบของการดูแลเด็กโดยครอบครัว ครอบครัวเป็นระบบที่สมาชิกทุกคนมีความสัมพันธ์กัน พ่อแม่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลลูก ระบบการสื่อสารเพื่อการอยู่ร่วมกันจะมีการสื่อสารกันเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้ข่าวสาร ความคิดเห็น ค่านิยม อารมณ์ความรู้สึกของกันและกัน ในครอบครัวที่มีลูกออทิสซึม ย่อมเกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว อีกทั้งเด็กออทิสซึมมีผิดปกติในด้านพัฒนาการด้านทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย มีลักษณะพฤติกรรม กิจกรรม และความสนใจเป็นแบบแผนซ้ำ ๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่อง โดยไม่ยืดหยุ่น ลักษณะเฉพาะของพฤติกรรมของเด็ก ทำให้พ่อแม่และเด็กย่อมมีปัญหา กัน หลักการให้การดูแลครอบครัว ต้องเน้นให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กออทิสซึม ให้มีการปรับสมดุล พึงพาตนเองได้จากการเสริมสร้างศักยภาพ พลังอำนาจ ต้องมีการบูรณาการองค์ความรู้ในการช่วยเหลือครอบครัว จึงได้มีการจัดโปรแกรมให้กับพ่อแม่ ผู้ดูแลที่สำคัญ พ่อแม่ได้รู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก ทักษะการสื่อสารกับเด็ก และการใช้กิจกรรมการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้วยเด็กมีปัญหาทักษะทางสังคมและการสื่อความหมาย สุดท้ายการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลลูก กระบวนการกลุ่มที่ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกันช่วยให้พ่อแม่มีการเสริมสร้างศักยภาพ พลังอำนาจ อีกทั้งได้รับการสนับสนุนทางสังคม



การดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research design) อาสาสมัครในการศึกษาครั้งนี้คือ พ่อและ/หรือแม่ และเด็กออทิสซึมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยกำหนดคุณสมบัติไว้ดังนี้ พ่อและ/หรือแม่ และเด็กออทิสซึมอายุระหว่าง 2-5 ปี ไม่เป็นโรคทางอายุรกรรม ทางศัลยกรรม หรือโรคทางด้านจิตเวช สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 3 เดือน ส่วนเด็กมีระดับความสามารถเริ่มสื่อสารเบื้องต้นได้ การเลือกกลุ่มตัวอย่าง พ่อและ/หรือแม่ และเด็กออทิสซึมเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มได้รับการดูแลปกติและกลุ่มได้รับโปรแกรมการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง หา Effect size เพื่อไป หาค่า r จาก สูตร (Cohen, 1988, p.23) $r = \frac{d}{\sqrt{d^2 - 4}}$ จากการศึกษางานที่ใกล้เคียง¹³ ได้ จากค่า average effect size (d) คือ 1.68 แทนค่าในสมการได้ นำไปแทนค่าหา r ได้ $r = 0.74$ นำค่าที่ได้เปิดตารางที่คำนวณสูตรสำเร็จ¹⁴ ได้จำนวนกลุ่มละ 14 ครอบครัว และตั้ง attention control ตั้งไว้ 20% ดังนั้นกลุ่มอาสาสมัครกลุ่มละ 16 ครอบครัว เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือ ก่อนเริ่มโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 6 ใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลของพ่อแม่ ได้แก่ บทบาท อายุ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนบุตร ข้อมูลของบุตร ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับความต้องการช่วยเหลือ

2. แบบวัดความรู้และพฤติกรรมดูแลลูกของพ่อแม่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำราและงานวิจัยแบบวัดเป็น 4 ตัวเลือก จำนวน 25 ข้อ ซึ่งใช้เวลาทำ 25 นาที แบบสอบถามประกอบด้วย

- 2.1 แบบวัดความรู้ ข้อคำถามที่ 1-15 มีคำตอบ 4 ตัวเลือก มีข้อถูก 1 ข้อ จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน การแปลผล คะแนนมากแสดงมีความรู้มากกว่าคะแนนน้อย

- 2.2 แบบประเมินพฤติกรรมดูแล ข้อคำถามที่ 16-25 เป็นแบบประเมินที่สร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้ง่ายในการประเมินพฤติกรรมดูแลเด็ก แบบประเมินมีจำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ระดับคะแนนมี 5 ระดับ โดยข้อ 1, 3, 4, 6, 7, 8 และ 10 มีการให้คะแนน เป็นประจำ (5 คะแนน) ส่วนมาก (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นานครั้ง (2 คะแนน) แทบจะไม่เลย (1 คะแนน) ส่วน ข้อ 2, 5, และ

9 มีการให้คะแนนเป็นประจำ (1 คะแนน) ส่วนมาก (2 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นานครั้ง (4 คะแนน) แทบจะไม่เลย (5 คะแนน)

- 2.3 เครื่องมือประเมินระดับพฤติกรรมการปรับตัว (เครื่องมือ Vineland Adaptive Behavior Scale) เครื่องมือประเมินมาตรฐาน ประเมินพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กโดยนักจิตวิทยามีรูปแบบเป็นแบบประเมินการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันทั่ว ๆ ไป ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลนั้นที่จะสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองในสังคม ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร (Communication Domain) ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน (Daily Living Domain) ทักษะทางสังคม (Social Skills Domain) ทักษะกล้ามเนื้อเล็ก (Motor Skills Domain) จำนวน 297 ข้อ งานวิจัยนี้ใช้ มิติทักษะการสื่อสาร ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน และทักษะทางสังคม โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็ก ใช้เวลา 30 – 45 นาที มีค่าความเชื่อถือได้แบบทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) = .80¹³ แปลผล ระดับของการปรับตัว แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ การปรับตัวเพียงพอ ระดับการปรับตัว ระดับการปรับตัวปานกลาง ระดับการปรับตัวต่ำ ระดับการปรับตัวต่ำเล็กน้อย และมีการแปลผลเป็นอายุจากการประเมิน แต่ในการศึกษานี้ใช้เทียบเคียงกับอายุจริงของเด็กกว่ามีความต่างจากอายุจริงของเด็กมากนัก

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดความรู้และพฤติกรรมดูแลลูกของพ่อแม่ เนื้อหาแผนการสอนและกิจกรรม หาความตรงตามเนื้อหาโดยมีการรวมการ 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ การหาความเที่ยงของแบบวัดความรู้และพฤติกรรมดูแลลูกของพ่อแม่ CVI ได้ 0.82 และ 0.84 ตามลำดับ การทดลองแบบประเมินพฤติกรรมดูแลลูกของพ่อแม่เก็บข้อมูลในพ่อแม่จำนวน 30 ราย หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's alpha coefficient method) มีค่าเท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มอาสาสมัคร

ผู้วิจัยชี้แจงอาสาสมัครถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์การวิจัย เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และตอบคำถามต่าง ๆ การเข้าหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลเด็กตามปกติของโรงพยาบาล จากนั้นผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งไม่ได้เป็นผู้ให้บริการโดยตรงสอบถามความสมัครใจและขอให้ผู้ปกครองลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม คำรับรอง

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ และการเปิดเผยผลวิจัยโดยสรุป
ในภาพรวม ก่อนเริ่มโครงการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณา
รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 หนังสือรับรองเลขที่
042/2558 ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2558

การวิเคราะห์ทางสถิติ

สถิติพรรณนา ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยการแจกแจง
ความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติวิเคราะห์ เปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรม
การดูแลเด็กของพ่อแม่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริม
สร้างศักยภาพครอบครัวและส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กโดย
การเล่น เปรียบเทียบภายในกลุ่มใช้สถิติชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน
(Dependent t-test) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
ด้วยสถิติ สถิติชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานครอบครัว กลุ่มอาสาสมัครทั้งหมด
32 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ และกลุ่มที่ได้รับ
โปรแกรม กลุ่มละ 16 ครอบครัว ทั้งสองกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่
เป็นมารดา กลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ มีบทบาทส่วนใหญ่ของ
ผู้ให้ข้อมูลเป็นแม่บ้านดูแลลูก 8 คน (ร้อยละ 50.0) สถานภาพ
สมรสอยู่ด้วยกัน 13 ครอบครัว (ร้อยละ 81.2) จำนวนบุตร
1 คน 11 ครอบครัว (ร้อยละ 81.2) จำนวนสมาชิกในครอบครัว
เริ่มตั้งแต่จำนวน 3 คนมากที่สุด 6 ครอบครัว (ร้อยละ 37.5)
นับถือศาสนาพุทธ ข้อมูลของพ่อส่วนใหญ่อายุ 30-39 ปี 8 คน
(ร้อยละ 50.0) การศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี 7 คน (ร้อยละ
43.8) อาชีพส่วนใหญ่เป็นพนักงาน 7 คน (ร้อยละ 43.8) ข้อมูล
ของแม่ส่วนใหญ่อายุ 30-39 ปี 8 คน (ร้อยละ 50.4) การศึกษา
ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาปลาย 4 คน (ร้อยละ 25.0) อาชีพส่วน

ใหญ่รับจ้างทั่วไป 7 คน (ร้อยละ 43.8) รายได้ครอบครัว ช่วงที่
มากที่สุด คือ 20,001-40,000 บาท/เดือน ข้อมูลเด็ก พบว่าเด็ก
ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ช่วงอายุที่มากที่สุดระหว่าง 4 – 4 ปี 11
เดือน 29 วัน จำนวน 7 คน (ร้อยละ 43.8) ระดับต้องการช่วย
เหลือสนับสนุนของเด็กระดับพอควร มีความบกพร่องอย่างเห็น
ได้ชัด จำนวน 8 คน (ร้อยละ 50.0)

ส่วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็น
มารดา เป็นผู้หารายได้ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 50.0) สถานภาพ
สมรสอยู่ด้วยกัน 12 ครอบครัว (ร้อยละ 75.0) มีจำนวนบุตร
1 คน 10 ครอบครัว (ร้อยละ 62.5) จำนวนสมาชิกในครอบครัว
5 คนมากที่สุด 6 ครอบครัว (ร้อยละ 37.5) ทั้งหมดนับถือศาสนา
พุทธ ข้อมูลของพ่อส่วนใหญ่อายุ 30-39 ปี 7 คน (ร้อยละ 43.8)
การศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี 8 คน (ร้อยละ 50.0) อาชีพ
ส่วนใหญ่เป็นพนักงาน 8 คน (ร้อยละ 50.0) ข้อมูลของแม่ส่วนใหญ่
อายุ 30-39 ปี 8 คน (ร้อยละ 50.4) การศึกษาส่วนใหญ่
จบปวส. 4 คน (ร้อยละ 25.0) อาชีพใหญ่เป็นรับจ้างทั่วไป
8 คน (ร้อยละ 50.0) รายได้ของครอบครัว ช่วงที่มากที่สุด คือ
20,001- 40,000 บาท/เดือน จำนวน 5 ครอบครัว (ร้อยละ
31.3) ข้อมูลเด็กช่วงอายุที่มากที่สุดระหว่าง 4 – 4 ปี 11 เดือน
29 วัน และระหว่าง 5 – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวนกลุ่มละ
5 คน (ร้อยละ 31.3) ส่วนใหญ่ระดับต้องการช่วยเหลือสนับสนุน
ของเด็กระดับพอควร มีความบกพร่องอย่างเห็นได้ชัด จำนวน
11 คน (ร้อยละ 68.8)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มที่ได้รับ
โปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อายุศึกษา สถานภาพ
สมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว รวมทั้งข้อมูลเด็กโดย
ใช้สถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซกเทสส์ (Fisher's Exact Test) พบว่าทั้ง
สองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
แสดงให้เห็นว่าครอบครัวของทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติทั่วไป
เหมือนหรือคล้ายคลึงกัน

ตารางที่ 1 ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนและหลังโปรแกรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

คะแนนความรู้	กลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ			กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม			t
	M	SD	$\bar{D}_1$	M	SD	$\bar{D}_2$	
ก่อน	12.44	1.41	1.13	12.25	1.73	1.63	1.17
หลัง	13.56	1.09		13.94	1.12		

ตารางที่ 1 ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ($\bar{D}_2 = 1.63$) สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในกลุ่มที่
ได้รับการดูแลปกติ ($\bar{D}_1 = 1.13$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแล ก่อนและหลังโปรแกรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

คะแนนพฤติกรรมดูแล	กลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ			กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม			t
	M	SD	$\bar{D}_1$	M	SD	$\bar{D}_2$	
ก่อน	35.50	7.02	-3.25	35.69	7.09	4.88	4.76***
หลัง	32.19	4.47		40.56	6.88		

*** $p < .001$

ตารางที่ 2 ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ($\bar{D}_2 = 4.88$) สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลในกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ($\bar{D}_1 = -3.25$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 4.76$)

ตารางที่ 3 ผลต่างค่าเฉลี่ยความแตกต่างของอายุจริงและที่ได้รับการประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินระดับพฤติกรรมปรับตัว ก่อนและหลังเริ่มโปรแกรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

พฤติกรรมปรับตัว	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม			กลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ			t
	M	SD	$\bar{D}_1$	M	SD	$\bar{D}_2$	
ก่อน	25.75	9.50	3.94	27.88	12.50	-.63	2.67**
หลัง	21.81	9.61		28.5	12.61		

** $p < .01$

จากตารางที่ 3 ผลต่างค่าเฉลี่ยความแตกต่างของอายุจริงและที่ได้รับการประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินระดับพฤติกรรมปรับตัวในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ($\bar{D}_2 = 3.94$) สูงกว่าผลต่างค่าเฉลี่ยความแตกต่างของอายุจริงและที่ได้รับการประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินระดับพฤติกรรมปรับตัวในกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ($\bar{D}_1 = -.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.67$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาอภิปราย ตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างและวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ($\bar{D}_2 = 1.63$) สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ($\bar{D}_1 = 1.13$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ($\bar{D}_2 = 4.88$) สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กในกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ($\bar{D}_1 = -3.25$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 4.76$) แสดงให้เห็นว่าพ่อแม่ทั้งสองกลุ่มภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมความรู้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้จากโปรแกรมนอกจากได้รับความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก ความรู้เกี่ยวกับเด็กออทิสซึมและประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร จุด

เด่นของโปรแกรม คือ ให้ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารของเด็ก ปัญหาการสื่อสาร และทักษะทางสังคมของเด็ก ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการเล่น การเล่นของเด็กในแต่ละช่วงอายุ เห็นความสำคัญและประโยชน์การเล่นในเด็ก พ่อแม่มีโอกาสดูแลเปลี่ยนแปลงประสบการณ์เกี่ยวกับการเล่นกับลูก มีการสัณนิษฐานย้อนกลับในการเล่นกับเด็ก พบว่าพ่อแม่ส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีการเล่นกับเด็ก ไม่ทราบการเริ่มต้นเล่น การดำเนินการเล่น บางคนบอกการเล่นที่เคยให้เด็กเล่นคือหยอ ดบ ล้อ กลมกล่อม ให้เด็กเล่นตามที่บอก หรือไม่ก็ปล่อยให้เด็กเล่นเอง และบอกให้หาเวลาให้เล่นอะไรเด็กก็ไม่สนใจก็จะตามใจเด็ก ดังตัวอย่าง “...ที่ว่าลูกเล่นรถ ก็ที่หมุนล้อหมุนไว้ ถ้าเข้าไปเล่นแบบที่สาธิตเมื่อ ก็คือแบบว่าผมยังไม่เคยทำ ก็คือเหมือนที่เล่นที่ผ่านมาจะจับรถลงและก็เล่นกับเขา แต่เค้าก็ยังไม่ค่อยสนใจเท่าไร ก็คือก็มีทางเลือก อีกทางเลือกก็คือไปเอาอีกคันหนึ่งมายังไม่ค่อยเท่าไร เมื่อเขามองแล้ว

เราก็เลิกไป พอเราได้ไปจับรถไม่ให้หมุน ไม่ให้หมุนล้อ บอกว่า เลิกเล่นอย่างนี้บอกว่าจะต้องเล่นอย่างนี้เค้าก็มอง มองเฉยๆ เดียว ต้องลองดูว่าถ้าเค้าเล่นก็เอาอีกคันมาเล่นด้วยกันคนละคันกัน เบี่ยงเบนไปอะไรไป คงต้องเข้าไปก่อกวนบ่อยๆ เข้าไปกวนอะไร เพราะทุกทีเข้าไปเหมือนไปสอนเค้าเลย มันจะไม่ใช้ ต้องลอง เปลี่ยนวิธีการ...” พ่อแม่ส่วนใหญ่ให้เด็กดูโทรศัพท์มือถือ ดู การ์ตูน เล่นกิจกรรมหรือเกมสในมือถือ เมื่อเข้าร่วมโปรแกรม พ่อแม่ได้ความรู้และจากสถานการณ์ให้พ่อแม่สาธิตย้อนกลับใน การเลือกอุปกรณ์และฝึกเล่นกับลูก โดยมีการปรับท่าที่ การ เข้าหาเด็ก การเล่นให้เด็กสนใจและเล่นด้วย การสื่อสารกับลูก การติดตามโดยมีการบันทึกในคู่มือ กิจกรรมการเล่นเพื่อส่งเสริมและการกระตุ้นพัฒนาการ รวมทั้งได้มีประชุมกลุ่มหลังจาก พ่อแม่ได้นำแนวทางไปปรับใช้จริงกับเด็ก และมีแลกเปลี่ยนรู้ หลังจากพ่อแม่นำเทคนิคและแนวทางไปประยุกต์ใช้ การจัดการ กับพฤติกรรมของลูก การติดตามและการบันทึกในคู่มือ

2. ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของอายุจริงและอายุที่ได้ รับการประเมิน คะแนนเฉลี่ยโดยการประเมินโดยการเปรียบเทียบ ความแตกต่างระหว่างอายุจริงและจากการประเมิน ผลต่างค่า เฉลี่ยคะแนนความรู้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ($D_2 = 3.94$) สูงกว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ($D_1 = -.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.67$) แสดงให้เห็น ว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีผลต่างระหว่างอายุจริงของเด็กและ อายุที่ได้ผลประเมินผลต่างอายุน้อยลงทุกด้านโดยเฉพาะด้าน ทักษะการใช้ชีวิตประจำวันและทักษะทางสังคม ส่วนกลุ่มที่รับ การดูแลปกติมีผลต่างด้านทักษะการสื่อสารมากกว่าก่อนการ ทดลอง ส่วนด้านทักษะการใช้ชีวิตประจำวันและทักษะทาง สังคมน้อยลง โดยเฉพาะด้านทักษะการใช้ชีวิตประจำวันเด็กที่ มีพ่อแม่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวทุกด้าน มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ถึงแม้ด้านทักษะสื่อสารจะ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่ก็เห็นได้ว่าได้รับโปรแกรมมี ผลต่างอายุจริงกับการประเมินลดลง ส่วนทักษะการใช้ชีวิต ประจำจะมีผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มมากที่สุด และ ที่สำคัญคะแนนในภาพรวมแสดงให้เห็นว่าเด็กที่ได้รับการดูแล ปกติมีผลต่างของอายุจริงและอายุที่ได้จากการใช้แบบประเมิน เพิ่มขึ้น แสดงว่าเมื่ออายุมากขึ้นอายุจากการประเมินไม่ได้ เพิ่มขึ้นตาม ส่วนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมผลต่างของอายุ จริงและอายุที่ได้จากการใช้แบบประเมินเพิ่มลดลง แสดงว่าเมื่อ อายุจริงของเด็กมากขึ้นและอายุจากการประเมินก็เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีผลต่างลดลง การเล่นของเด็กเป็นการเปิดโอกาสให้เด็ก

ค้นหาสิ่งแวดล้อม พัฒนาและฝึกทักษะด้านต่าง เช่น กล้ามเนื้อ มัดเล็ก มัดใหญ่ ฝึกการแก้ปัญหา การควบคุมตนเอง การสร้าง ปฏิสัมพันธ์กับสังคม¹⁶ แนวคิดทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญา การเล่น หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่ให้ความสนุกสนาน เพลิดเพลิน แก่เด็กโดยไม่คำนึงถึงผลที่เกิดขึ้น เป็นวิธีการเรียน รู้อย่างเป็นธรรมชาติ ดังนั้นการเล่นในเด็กที่พ่อแม่ได้จัดให้เด็ก จึงเป็นเสมือนบริบทการเรียนรู้และมีการพัฒนาด้านพัฒนาการ ต่าง ๆ คุณภาพส่งผลต่อการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นกับการเล่น ดังนั้น ต้องให้ความสนใจในประเด็นที่เล่นและประสบการณ์ของเวลา ช่องว่าง และสถานที่ในการเล่น รูปแบบและจุดที่ให้ความสนใจ ในการเล่นได้รับอิทธิพลทั้งจากพัฒนาการเด็ก และวัฒนธรรม ทางสังคมที่เป็นบริบทของสังคมของเด็ก การเล่นต้องอยู่บนฐาน การยอมรับซึ่งกันและกัน และให้คุณค่าของทุกคน¹⁷ การเล่น ช่วยทำให้เด็กมีการพัฒนาในการเรียนรู้ พัฒนาความคิดรวบยอด พัฒนาทักษะทางสังคม ทางร่างกาย ฝึกควบคุมสถานการณ์ของ ชีวิต ฝึกพัฒนาการด้านภาษา การรู้หนังสือ ความภาคภูมิใจใน ตัวเอง เรียนรู้ในการพัฒนาบทบาทและชีวิตในผู้ใหญ่ เด็กกลุ่ม อากาโรออทิสซึมมีความบกพร่องทักษะในการเล่น มีความ บกพร่องในการเล่นที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ การจินตนาการ ความคิด มีข้อจำกัดในการเล่น มีการเล่นซ้ำ ๆ เล่นไม่ถูกวิธี ขาด การเลียนแบบพฤติกรรมทางสังคม การเล่นที่ไม่หลากหลาย¹⁸ ทักษะการเล่นจึงมีความสำคัญในเด็กออทิสซึมกับการมี ปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อนและพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน การช่วยเหลือเรื่องการเล่นทำโดยตรงหรือโดยอ้อม เช่น การสอน วิธีการเล่นโดยการสอนเด็กรู้วิธีการเล่นของเล่น รวมถึงทักษะ การสอนโดยแยกตัวเด็กออกมา ลักษณะความชื่นชอบสนุกสนาน จากทฤษฎีการเล่นเชื่อว่าเป็นพฤติกรรมลักษณะบุคลิกภาพการ แสดงออกของที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะบุคคลที่มีความยืด หยุ่นหรือเปิดเผย รวมทั้งการแก้ไขปัญห²

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษา พบประเด็นที่น่าสนใจ คือ กลุ่มที่พ่อ/ หรือแม่ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวและ ส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยการเล่น ผลต่างค่าเฉลี่ยความ แตกต่างของอายุจริงและที่ได้รับการประเมินโดยใช้เครื่องมือ ประเมินระดับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม สูงกว่าผลต่างค่าเฉลี่ยความแตกต่างของอายุจริง และที่ได้รับการ ประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินระดับพฤติกรรมกรรมการปรับตัว ผลการวิจัยที่ได้สามารถเป็นแนวทางในการสนับสนุนการดูแล

ดูแลเด็กออทิสซึมและครอบครัว ดังนี้

1. เชิงนโยบาย

1.1 ให้มีระบบคัดกรองเด็กเด็กกลุ่มออทิสซึมในช่วงปฐมวัย มีการให้ความรู้พ่อแม่ผู้ปกครอง เน้นทักษะการส่งเสริมพัฒนาการโดยการเล่นกับพ่อแม่/หรือแม่ รวมทั้งผู้ดูแลเด็ก

1.2 กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กปฐมวัย ครอบครัว ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน ได้มีจัดแผนหรือหน่วยงานรับผิดชอบ ผู้รับผิดชอบในการเยี่ยมบ้าน ให้บริการดูแลเด็กออทิสซึม ให้บริการแก่เด็กและครอบครัวโดยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ รวมทั้งมีระบบติดตาม

2. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้

2.1 จากการศึกษาเน้นทักษะพ่อแม่/หรือแม่ ควรมีการศึกษาที่ให้พ่อแม่ ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะ ขยายผลการศึกษาในกลุ่มเด็กกว้างออกไป

2.2 พัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลเด็ก โดยเพราะคุณครูในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยและโรงเรียนอนุบาลพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกเด็ก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เพราะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่ต้องดูแลเด็ก

2.3 ศึกษาเปรียบเทียบทักษะพ่อแม่/หรือแม่ในการทำกิจกรรมการเล่นกับเด็ก ติดตามเด็กกลุ่มออทิสซึมและครอบครัวในประเทศ มีปัญหาอุปสรรคในการเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ หรือมีแนวทางแก้ไขปัญหายังไร

3. การนำผลการวิจัยไปใช้ การดูแลเด็กออทิสซึมและครอบครัว โดยครู บุคลากร เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวข้องให้การดูแลที่ช่วยครอบครัวโดยมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวและส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยการเล่นไปประยุกต์ใช้ การอบรมส่งสอนกลุ่มเด็กอาการออทิสซึม รูปแบบเหมาะสมในการที่มีความสม่ำเสมอ การฝึกเด็กโดยเฉพาะให้เด็กฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน

4. การเรียนการสอน สอดแทรกความรู้ เทคนิคในการดูแลครอบครัวที่ดูแลเด็กออทิสซึม ในเนื้อหาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กออทิสซึม เช่น แพทย์ พยาบาล ครู เพื่อผู้เรียนได้เกิดความรู้ความเข้าใจ

References

1. Halfon N, Kuo AA. What DSM-5 Could mean to children with autism and their families. JAMA Pediatrics July 2013;167(7):608-613.
2. Muys V, Rodger S, Bundy AC. Assessment of Playfulness in Children with Autistic Disorder: A Comparison of the Children's Playfulness Scale and the Test of Playfulness. OTJR: Occupation, Participation and Health, 2006; 6(4):159-170.
3. Krivichian C, Ongarjsakulman R. Signs and Symptoms as per the Diagnosis of DSM-IV in Autistic Children, ASEAN Congress 2008: Yuwaprasartwaithayopatham Hospital. 2008. (in Thai)
4. Kliegman RM, et al. Nelson Textbook of PEDIATRICS. 9th ed. Philadelphia, 2011.
5. Tint, A. Weiss, JA. Family wellbeing of individuals with autism spectrum disorder: A scoping review. Autism. 2016 Apr;20(3):262-75.
6. Smith LE, Greenberg JS, Mailick MR. The family context of autism spectrum disorders: Influence on the behavioral phenotype and quality of life. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2014;23:143-155.
7. Srirath J, Rodcumdee B, Suktrakul S. Experiences of mothers of school-age autistic children perceiving affiliate stigma. Journal of The Royal Thai Army Nurse. 2018 May-Aug;19(2): 211-219. (in Thai)
8. Woodman AC, Smith, LE, Greenberg JS, Mailick MR. Change in Autism Symptoms and Maladaptive Behavior in Adolescence and Adulthood: The role of positive family processes. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2015;45(1):111-126.

9. Carlos TJ, Deborah F, Julie W, Garland J, Margaret H, Lynn W, et al. Responses and sustained interactions in children with mental retardation and autism. *Journal of Autism and Developmental Disorder*. 2003;33(2):115–121.
10. Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. Family nursing: Research, Theory, and practice. 5th ed. New Jersey: Upper Saddle River. 2003.
11. Feldman RS. Child Development. New Jersey: Simon & Schuster. 1998.
12. Bronfenbrenner, U. Ecological Models of Human Development. In *International Encyclopedia of Education*. 2nd ed. Oxford: Elsevier. 1994.
13. Chatmongkon C. Developing Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS) for classify level of autistic spectrum: Yuwapasartwaithayopatham Hospital. 2008. (in Thai)
14. Osborne LA, McHugh L, Saunders J, Reed P. Parenting stress reduce the effectiveness of early teaching intervention for autistic spectrum disorders. *The Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2008. Jul;38(6): 1092-1103.
15. Stevens J. *Applied multivariate statistics for the social science*. 5th ed. NY: Routledge Taylor & Francis Group. 2009.
16. Kennedy-Behr B, Rodger S, Mickan S. Physical and Social Play of Preschool Children with and without Coordination difficulties: Preliminary finding. *British Journal of Occupational Therapy*. 2011 July;74(7):384-354.
17. Kernan M. Play as a context for early learning and development: A research paper. Executive Summary. Ireland: Commissioned by the National Council for Curriculum and Assessment, NCSA. 2007.
18. Jackson C. T., et al, (2003). Responses and sustained interactions in children with mental retardation and autism. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 33. 115–121.