

การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง

THE DEVELOPMENT OF PERSONALIZED CARE MODEL FOR ENHANCING DEVELOPMENTAL SKILLS IN EARLY CHILDHOOD WITH LOW-FUNCTIONING AUTISM

จารุวรรณ ประดา[1,*] Jaruwan Prada
ศิริพรรณ แสนลัง[1] Siripran Sanlung
วันทนี ผลสมบูรณ์[1] Wantanee Phosomboon
ณภัทร พรหมชู[1] Napat Promchoo
โสภณ สวัสดิ์[1] Sopon Sawat

[1]สถาบันราชานุกูล เขตดินแดง กรุงเทพ 10400
Rajanukul Institute, Din Daeng, Bangkok, 10400, Thailand
[*]Corresponding author E-mail: jaruwan.prada@gmail.com

Received: *October 30, 2023* Revised: *December 18, 2023* Accepted: *December 28, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเฉพาะรายในเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง ตัวอย่างประกอบด้วย 1) เด็กออทิสติกปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง จำนวน 40 คน 2) ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกปฐมวัย จำนวน 40 คน 3) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม 2) คู่มือการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง 3) คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง 4) แบบประเมินความรุนแรงอาการของเด็กออทิสติก 5) แบบประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแล และ 6) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ 2 - 6 เท่ากับ .84, .81, .97, .86 และ .96 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรุนแรงอาการของเด็กออทิสติกเท่ากับ .93 แบบประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแล เท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา สถิติบรรยาย และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. สภาพการณ์การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรงเป็นการปฏิบัติตามโปรแกรมบริการผู้ป่วยใน ซึ่งตอบสนองปัญหาและความต้องการของเด็กออทิสติกและครอบครัวได้ แต่ยังไม่เจาะจงตามสภาพปัญหาและความต้องการเฉพาะราย ระยะเวลาการส่งเสริมพัฒนาการต้อง

ขยายเป็นอย่างน้อย 3 - 4 รอบ สำหรับการประเมินผลทุก 3 เดือน และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครองยังขาดรูปแบบที่ชัดเจน

2. รูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรงที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย กระบวนการพยาบาลเฉพาะราย 5 ขั้นตอน

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเฉพาะราย พบว่า ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการออทิสติกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลเฉพาะรายกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมบริการปกติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการดูแลเฉพาะรายอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : การส่งเสริมพัฒนาการ, เด็กออทิสติกปฐมวัย

Abstract

This research and development study aimed to assess the situation, develop a personalized care model, and evaluate its effectiveness for early childhood with low-functioning autism. The sample included 1) 40 children with low-functioning autism, aged 3-5 years, 2) 40 parents of children with early childhood autism, and 3) 6 professional nurses. Research tools included 1) a group conversation data recording form, 2) an individualized care guide to enhance developmental skills in early childhood with low-functioning autism, 3) a guide to enhance developmental skills in early childhood with low-functioning autism, 4) an assessment form for the severity of autism symptoms in children, 5) an assessment form for the knowledge and skills of caregivers, and 6) a nurse satisfaction assessment form. The content validity indices for tools 2-6 were .84, .81, .97, .86, and .96, respectively. The reliability of the assessing tool for the severity of autism symptoms in children is .93 and for the assessment form for the knowledge and skills of caregivers, it is .84. Data analysis involves content analysis, descriptive statistics, and *t*-tests.

The findings revealed that:

1. The situation of caring and enhancing developmental skills in early childhood with low-functioning autism followed an inpatient caring program and responded to the problems and needs of children with autism and their families. However, it lacked specificity in addressing individual problems, and the duration of developmental promotion needed to be extended to at least 3-4 rounds for evaluation every 3 months. Moreover, the caregiver's involvement in the care of children with autism lacked a clear model.

2. The personalized care model for enhancing developmental skills in early childhood with low-functioning autism consisted of 5 individual nursing process steps.

3. The results of the effectiveness of the personalized care model showed that the average severity of autism symptoms in the experimental group, which received care according to the personalized care model, differed from that in the control group, which received care according to the regular service program, both before and after the experiment, with statistical significance at the .05 level. Moreover, the knowledge and skills of caregivers in caring for early childhood with autism were significantly higher after the experiment, with statistical significance at the .05 level, and nurse satisfaction with the use of the personalized care model was at the highest level.

Keywords: developmental skills enhancing, early childhood with autism

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคออทิสติกหรือกลุ่มอาการออทิซึม (autism spectrum disorder: ASD) เป็นโรคพัฒนาการบกพร่องจากความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท (neurodevelopmental disorder) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการเด็กรูปแบบหนึ่งซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว โดยเด็กไม่สามารถพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย มีลักษณะพฤติกรรม กิจกรรม และความสนใจเป็นแบบแผนซ้ำ ๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่อง และไม่ยืดหยุ่น สนใจสิ่งแวดล้อมน้อย เรียกไม่หัน ไม่สบตา ไม่สนใจใครโต้ตอบไม่เป็น เล่นไม่เหมาะสม จินตนาการไม่เป็น สนใจบางอย่างแบบหมกหมุ่น พูดเป็นภาษาต่างดาว กระตุ้นตัวเองเป็นระยะ ๆ เช่น หมุนตัว โยกตัว เขย่งเท้า สะบัดมือ เล่นมือ เล่นเสียง เป็นต้น (Sirirutraykha, 2022) ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ ความสามารถในการเรียนและการดำรงชีวิตของเด็ก รวมถึงครอบครัวของเด็กด้วย ซึ่งอาการของโรคจะปรากฏในวัยเด็กและเป็นต่อเนื่องไปจนโต โดยไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่หากได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ในระยะแรก ความบกพร่องจะลดลง และทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นได้ (Chuthapisith, 2018)

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต เป็นหน่วยงานเฉพาะทางที่ให้บริการด้านการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแก่เด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา และผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ในจำนวนผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยโรคออทิสติกมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งและเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งการรับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มารับบริการมีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร่วมด้วย การติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคออทิสติก อายุแรกเกิด - 5 ปี ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่า พัฒนาการในภาพรวมไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 80 และมีแนวโน้มลดลง คือ ร้อยละ 74.2, 67.79 และ 54.55 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความก้าวหน้าพัฒนาการแต่ละทักษะ พบว่า ทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมา คือ ทักษะด้านความเข้าใจภาษา และทักษะด้านการเคลื่อนไหว ด้านมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ ทักษะด้านการใช้ภาษาซึ่งมีแนวโน้มลดลงทุกปี (Quality Improvement Division Rajanukul Institute, 2022)

วิธีการรักษาเด็กออทิสติก ไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาเพียงอย่างเดียว ต้องใช้ยาร่วมกับวิธีบำบัด จึงจะกระตุ้นพัฒนาการเด็กกลุ่มนี้ได้ ซึ่งการบำบัดนั้นต้องใช้ทีมสหวิชาชีพในการดูแล โดยมีเป้าหมายหลักของการฝึก คือ การเพิ่มระดับความสามารถด้านที่บกพร่องของเด็ก การเตรียมให้เด็กสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระให้ได้มากที่สุด และการเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว (Howlin, Goode, Hutton & Rutter, 2004) ปัจจุบันรูปแบบที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ การปรับพฤติกรรม (apply behavioral analysis: ABA) การฝึกเน้นการสื่อสาร (communication-focus intervention) การฝึกกระตุ้นตามทฤษฎีพัฒนาการ (developmental approach) เป็นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่านกระบวนการเล่น ตามแนวคิด DIR/Floortime การกระตุ้นผ่านระบบประสาทรับความรู้สึก (sensory integration) กิจกรรมบำบัด (occupational therapy) และการฝึกพูด (speech therapy) เป็นต้น ซึ่งการฝึกในแต่ละรูปแบบมีทั้งข้อเด่นข้อด้อยต่างกัน (Weissman & Bridgemohan, 2012)

ลักษณะของรูปแบบการฝึกที่ได้ผลดี คือ การฝึกที่เข้มข้น มีรูปแบบที่ชัดเจน ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม มีการฝึกที่เน้นเกี่ยวกับ Social

skills, Communication skill, play สอดคล้องกับการศึกษาของ Green, Charman, and Mcconachie (2010) พบว่าการเน้นให้ผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในการฝึก จะทำให้การฝึกทักษะได้ผลดีขึ้น และทำให้ผู้ปกครองสามารถนำไปใช้ฝึกต่อเนื่องในสถานการณ์อื่นหรือสถานที่อื่น ๆ ต่อได้ และการให้ผู้ปกครองได้เข้ามาในกลุ่มช่วยเหลือด้านจิตใจ จะทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัวดีขึ้น (Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2007)

รูปแบบการดูแลเฉพาะราย (personalized care model) ปรับมาจากแนวคิดหลักการดูแลสุขภาพแบบเจาะจงเฉพาะบุคคล (Ma et al, 2016) ซึ่งให้ความสำคัญต่อการประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่ให้การดูแลตามลักษณะปัจจัยของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม เช่น ผู้ป่วยที่มีปัจจัยทางด้านชีวภาพ หรือมีลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกันไป ให้สามารถเข้าใจโรค รวมทั้ง ความต้องการ ความชอบของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งจะสนับสนุนให้แต่ละบุคคลมีสุขภาพที่ดีขึ้นและคงไว้ซึ่งสถานะทางสุขภาพที่ดี (NHS England, 2019) ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพที่มาจากพื้นฐานเฉพาะตัวของแต่ละคน ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งนอกจากจะทำให้เข้าใจอาการที่แตกต่างกันของโรคแต่ละคนได้มากขึ้นแล้ว ยังช่วยพยากรณ์แนวโน้มการเกิดโรคได้ดีขึ้นด้วย ทั้งนี้ การนำแนวคิดการดูแลเฉพาะรายมาประยุกต์ใช้ในการดูแลนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีความเฉพาะต่อบุคคลตามสภาพการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา และอาการทางคลินิกของโรคออทิสติกที่มีความเฉพาะเจาะจงและแตกต่างกันเป็นรายบุคคล จึงได้นำรูปแบบการดูแลเฉพาะราย (personalized care model) ตามสภาพการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย ตามองค์ประกอบการดูแลสุขภาพ มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตามหลักกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และแนวคิดการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยทำการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง ซึ่งรูปแบบการดูแลเฉพาะรายนี้จะเป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลหนึ่งในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบำบัดทางการพยาบาลและเป็นเครื่องมือบำบัดทางการพยาบาลสำหรับการพยาบาลเด็กออทิสติกระดับรุนแรงที่ตอบสนองและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการเฉพาะรายของเด็กออทิสติกปฐมวัยและผู้ปกครอง/ผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1 เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเฉพาะรายในเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (research and development) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน ความต้องการทางการพยาบาล ปัญหาอุปสรรค ในการดูแลเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก

ปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง และ ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลรูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง

ประชากร คือ เด็กออทิสติกปฐมวัย อายุ 3 - 5 ปี และผู้ดูแล จำนวน 40 คน ที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยออทิสติก 1 และหอผู้ป่วยออทิสติก 2 และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยออทิสติก 1 หอผู้ป่วยออทิสติก 2 จำนวน 6 คน ณ สถาบันราชานุกูล ในปีงบประมาณ 2565

ตัวอย่าง คือ เด็กออทิสติกปฐมวัย อายุ 3 - 5 ปี ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง รับไว้ประเภทผู้ป่วยใน และผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติก กำหนดขนาดตัวอย่าง จากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 36 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างเพื่อสำรองการถอนตัวจากการวิจัยอีกร้อยละ 10 ได้ตัวอย่าง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 20 คน และวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากเป็นคู่ (matched pair) ตามช่วงอายุ นอกจากนี้ การวิจัยนี้ยังมีตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เด็กออทิสติกปฐมวัย อายุ 3 - 5 ปี มีค่าดัชนีพัฒนาการ (DSI Index) ระดับรุนแรง คือ DSI Index ≤ .50
2. ผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติกที่พาเด็กมารับบริการประเภทผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล
3. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในสถาบันราชานุกูล ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยออทิสติก 1 หรือหอผู้ป่วยออทิสติก 2

เกณฑ์การคัดออก

1. ระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม น้อยกว่าร้อยละ 80
2. เด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษา
3. พยาบาลวิชาชีพมีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลเจ้าของไข้ของกลุ่มเด็กออทิสติกน้อยกว่าร้อยละ 80

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง ประกอบด้วย

1.1 คู่มือการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรงสำหรับพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกระบวนการพัฒนาและตรวจสอบตามแนวคิดของ van Meijel et al. (2004) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลเฉพาะรายของ Munro (2016) ตามสภาพการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย ตามองค์ประกอบการดูแลสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการวางแผนการพยาบาลเฉพาะรายของGlasper (2020) และกระบวนการพยาบาลของ Potter, Perry, Hall, and Stockert (2017) ประกอบด้วยกระบวนการเฉพาะราย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าพัฒนาการเฉพาะราย 2) การระบุปัจจัยเสี่ยงที่อาจขัดขวางความก้าวหน้าพัฒนาการเฉพาะราย 3) การวางแผนการพยาบาลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ 4) การให้การพยาบาลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ และ 5) การประเมินผลการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ คู่มือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เป็นกุมารแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาเด็กและวัยรุ่น

พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลเด็กออทิสติก ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .84

1.2 คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัย อายุ 3 - 5 ปี ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรงสำหรับพยาบาล เป็นคู่มือที่พัฒนาจาก Nursing Intervention สำหรับเด็กออทิสติกของชุมชนนักปฏิบัติออทิสติก (Rajanukul, 2021) ร่วมกับลักษณะอาการและการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) แบ่งตามปัญหาและอาการทางคลินิกที่สำคัญในเด็กออทิสติก 2 ด้าน คือ 1) ด้านการสื่อสารทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจำนวน 81 ข้อ 2) ด้านแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ กิจกรรมที่จำกัดซ้ำ ๆ จำนวน 79 ข้อ รวมทั้งหมด 160 ข้อ แต่ละด้านประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกตามวัตถุประสงค์และรายละเอียดกิจกรรมที่เด็กทำได้แต่ละช่วงอายุ รวมถึงวิธีทดสอบ/เกณฑ์ตัดสิน และวิธีการฝึก ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน กุมารแพทย์ พยาบาลเด็กและวัยรุ่น นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย นักจิตวิทยา และนักวิชาการการศึกษาพิเศษ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .81

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม เป็นแบบบันทึกข้อมูลสภาพการณ์การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง ตามประเด็นการสนทนา 5 ประเด็น คือ 1) ปัจจัยเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลและวิธีการแก้ไขปัญหาและความยุ่งยากในการให้การพยาบาลเด็กออทิสติกตามกระบวนการพยาบาล 3) วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการดูแลเด็กออทิสติก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแล ด้านพยาบาล และด้านสิ่งแวดล้อม 4) ข้อเสนอทางเลือกที่เป็นไปได้ที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลเด็กออทิสติกและครอบครัว และ 5) ความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อการพยาบาลเด็กออทิสติก

2.2 แบบประเมินความรุนแรงอาการของเด็กออทิสติก ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์ของเด็กกับผู้ดูแล และการประเมินความรุนแรงอาการของเด็กออทิสติก ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist) ของ Rimland and Edelson (2000) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินฉบับปรับปรุงโดย Thongpetch (2019) ที่แปลโดย Muangmolmaneerut and Tungpunkom (2006) มีทั้งหมด 77 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ประเมินพัฒนาการของเด็กและความรุนแรงของโรคใน 4 ด้าน คือ 1) การพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร 14 ข้อ 2) ด้านสังคม 20 ข้อ 3) ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ 18 ข้อ และ 4) ด้านสุขภาพและพฤติกรรม 25 ข้อ แปลผลโดยใช้คะแนนรวมในช่วงตั้งแต่ 0 - 154 คะแนน คะแนนต่ำแสดงถึงอาการออทิสติกน้อย คะแนนสูงแสดงถึงอาการออทิสติกมาก เครื่องมือนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .97 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 (Thongpetch, 2019)

2.3 แบบประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลเด็กออทิสติกปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี เป็นแบบวัดความรู้แบบให้ค่าคะแนน 2 ค่า ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบถูกหรือผิด เกณฑ์การให้คะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เป็นกุมารแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาเด็กและวัยรุ่น พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลเด็กออทิสติก ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

เท่ากับ .81 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Kuder - Richardson 20 (KR-20) เป็นการหาความเที่ยงใหม่

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล 2) ด้านประโยชน์และความมั่นใจในกการนำใช้ 3) ด้านความรู้และทักษะในการดูแลเฉพาะราย ลักษณะแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เป็นกุมารแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาเด็กและวัยรุ่น พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลเด็กออทิสติก ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล รหัสโครงการ RI.IRB 007/2565_Ful วันที่รับรอง 23 มกราคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการวิจัย หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถขอถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาแต่อย่างใด ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง กรณียินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ลงนามยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และตัวอย่างวิจัยที่เป็นเด็กผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง และลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพการณ์ การดูแลเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรงที่รับไว้ในหอผู้ป่วยออทิสติก 1 และหอออทิสติก 2 ระหว่างเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นช่วงก่อนเกิดสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยและผู้ดูแลมารับบริการที่สถาบันอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยใช้การทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง ร่วมกับการประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง ระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยและตัวแทนพยาบาลวิชาชีพ เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และโปรแกรมบริการเด็กออทิสติก ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย และบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่มเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะราย ผู้วิจัยนำข้อมูลและผลจากการศึกษาจากระยะที่ 1 มาออกแบบโปรแกรม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำผลที่ได้มาปรับปรุงจนได้รูปแบบการดูแลเฉพาะรายเฉพาะราย

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลเฉพาะราย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ก่อนการทดลองให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำแบบประเมินความรุนแรงอาการของด็กออทิสติก

2. ในช่วงดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมบริการปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลเฉพาะราย ตามขั้นตอนกิจกรรม 5 ขั้นตอน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

3. หลังการทดลองให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองประเมินความรุนแรงอาการของเด็กออทิสติกและในกลุ่มทดลองเท่านั้นที่ประเมินความรู้และทักษะการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลเฉพาะรายและประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการดูแลเฉพาะราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์สภาพการณ์การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

3. เปรียบเทียบความรู้และทักษะการดูแลเด็กออทิสติกปฐมวัยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที

4. เปรียบเทียบความรุนแรงอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกปฐมวัย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบที

5. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแลเฉพาะราย วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สภาพการณ์การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง พบว่า

1.1 ระบบการบริการทางการพยาบาล

1.1.1 ระบบบริการทางการพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการแก่เด็กออทิสติกและครอบครัวได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ปกครอง/หรือผู้ดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจง ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลไม่บรรลุเป้าหมาย เด็กออทิสติกไม่สามารถจำหน่ายสู่ระบบการศึกษาหรือกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวได้

ระบบบริการเด็กออทิสติกที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยในสถาบันราชานุกูล ปัจจุบันเป็นการให้บริการตามโปรแกรมโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ระยะบำบัดรักษา และระยะก่อนจำหน่าย

1.1.2 ระยะเวลาของโปรแกรม คือ 3 เดือน และพิจารณาต่อระยะเวลาของโปรแกรมออกไปอีกในกรณีที่พัฒนาการของผู้ป่วยไม่ก้าวหน้า พยาบาลให้ความเห็นว่า ระยะเวลาของโปรแกรม 3 เดือน เป็นระยะเวลาที่อาจน้อยไปในการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากประสบการณ์การทำงานของพยาบาลมีความเห็นว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะดีขึ้นอยู่ที่ระยะเวลาประมาณ 6 - 9 เดือน และการเตรียมผู้ป่วยออทิสติกสำหรับไปโรงเรียนเฉลี่ยควรเป็นระยะเวลา 13 เดือน

1.1.3 กิจกรรมมีทั้งแบบรายบุคคลและกิจกรรมกลุ่ม จุดอ่อนของการจัดกิจกรรมกลุ่มคือจะไม่ได้แบ่งตามความสามารถของเด็กที่ชัดเจน แต่จะแบ่งตามปัญหาพฤติกรรม

1.2 ความพร้อมของเด็กออทิสติกส่งสถานศึกษา

จากผลการติดตามตัวชี้วัดร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีคะแนนความพร้อมเพื่อส่งสถานศึกษาด้านการช่วยเหลือตนเอง ด้านความเข้าใจภาษา และทักษะทางสังคม เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากเป้าหมายที่กำหนดร้อยละ 70 และ 80 ในปีงบประมาณ 2565 พบว่า ผลลัพธ์ไม่บรรลุเป้าหมาย คือ ทำได้เพียงร้อยละ 66.67 และ 71.43 ซึ่งเด็กออทิสติกที่รับไว้ในหอผู้ป่วยออทิสติก 1 และหอผู้ป่วยออทิสติก 2 ร้อยละ 65.71 เด็กมีปัญหาพฤติกรรมทางอารมณ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเอง

1.3 ความต้องการของพยาบาลที่ให้การดูแลเด็กออทิสติก

พยาบาลต้องการพัฒนาความชำนาญและประสบการณ์เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาผู้ปกครองโดยที่มีเทคนิคเฉพาะ การทำกลุ่มบำบัดการปรับและแก้ไขพฤติกรรมในเด็กออทิสติก การควบคุมพฤติกรรม ทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยสู่ระบบการศึกษาทั้งการศึกษาพิเศษ และโรงเรียนปกติ

2. รูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรงที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกระบวนการพยาบาลเฉพาะราย 5 ขั้นตอน ได้แก่

2.1 การประเมินปัจจัยที่อาจขัดขวางความก้าวหน้าพัฒนาการ เป็นการค้นหาและประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าพัฒนาการของเด็กออทิสติก การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองของผู้ดูแล

2.2 การระบุปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าพัฒนาการ เป็นการวิเคราะห์และระบุปัจจัยเสี่ยงตามสภาพปัญหาและความต้องการของเด็กออทิสติกและผู้ดูแลเฉพาะราย

2.3 การวางแผนการพยาบาลเป็นการกำหนดกิจกรรมพยาบาล การบำบัดทางการพยาบาล การส่งเสริมพัฒนาการ และการดูแลความปลอดภัย ตามลำดับความสำคัญเร่งด่วนของปัญหาตามปัญหาและความต้องการเฉพาะราย

2.4 การให้การพยาบาล เป็นขั้นตอนปฏิบัติการพยาบาลและส่งเสริมพัฒนาการตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ตามสภาพปัญหาความต้องการด้วยคู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัย

2.5 การประเมินผลการดูแลเฉพาะรายเป็นการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามสภาพปัญหาและความต้องการของเด็กออทิสติกและผู้ดูแล

พยาบาลดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ตามสภาพปัญหาความต้องการ อาการทางคลินิก และปัจจัยเสี่ยงที่อาจขัดขวางความก้าวหน้าพัฒนาการของเด็กออทิสติกที่เจาะจงเฉพาะรายด้วยคู่มือการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง วันละ 1 ครั้ง ๆ ละ 3 เรื่อง ๆ ละ 20 นาที รวม 60 นาที/วัน ตามปัญหาและอาการทางคลินิกที่สำคัญ

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง พบว่า

3.1 เด็กออทิสติกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70 อายุ 5 ปี ร้อยละ 47.5 กลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 อายุระหว่าง 25 - 40 ปี ร้อยละ 45 ความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 50

3.2 ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงอาการออทิสติกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลเฉพาะรายกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมบริการปกติ พบว่า

3.2.1 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองโดยรวมมีอาการออทิสติกรุนแรงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (t = 2.184, p = .035) นอกจากนี้ ยังพบผลสอดคล้องกันในด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร (t = 2.391, p = .023) และด้านที่ 2 ด้านสังคม (t = .2115, p = .041) สำหรับด้านที่ 3 ด้านประสาทการรับความรู้สึก/การรับรู้ และด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีอาการออทิสติกรุนแรงสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (t = 1.352, p = .184 และ t = .948, p = .349 ตามลำดับ) ดังตาราง 1 และ 2

3.2.2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองโดยรวมด้านที่ 2 ด้านสังคม ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ และด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม มีอาการออทิสติกรุนแรงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (t = -2.768, p = .010; t = -2.859, p = .008; t = -2.329, p = .026; t = -2.242, p = .031 ตามลำดับ) สำหรับด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร พบว่า กลุ่มทดลองมีอาการออทิสติกรุนแรงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -.869, p = .392) ดังตาราง 1 และ 2

3.3 ผลการเปรียบเทียบความรู้และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.05 (*M* = 15.80, *SD* = 1.61 และ *M* = 19.95, *SD* = 1.7, *t* = - 4.056, *p* = .001)

3.4 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลเฉพาะรายโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (*M* = 4.58, *SD* = .34) โดยพยาบาลมีความพึงพอใจมากที่สุด (*M* = 4.83, SD = .41) ในเรื่องรูปแบบการดูแลเฉพาะรายช่วยทำให้พยาบาลสื่อสารกับผู้ดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจ และร่วมมือในการดูแลเด็กออทิสติกได้มากขึ้น และช่วยให้พยาบาลดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกได้อย่างต่อเนื่อง รองลงมาคือ มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ได้จริงเกิดประโยชน์ต่อการพยาบาลเด็กออทิสติและครอบครัว (*M* = 4.67, *SD* = .52)

ตาราง 1 ความรุนแรงอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกปฐมวัย อายุ 3 - 5 ปี ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (*N* = 40)

ความรุนแรงอาการออทิสติก	กลุ่มทดลอง (*n* = 20)		กลุ่มควบคุม (*n* = 20)		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ก่อนการทดลอง	91.15	16.70	76.65	24.54	2.184	.035
หลังการทดลอง	59.75	9.95	76.15	24.56	-2.768	.010

ตาราง 2 ความรุนแรงอาการออทิสติกรายด้านของเด็กออทิสติกปฐมวัย อายุ 3 - 5 ปี ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (*N* = 40)

ความรุนแรงอาการออทิสติก	กลุ่มทดลอง (*n* = 20)		กลุ่มควบคุม (*n* = 20)		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร						
ก่อนการทดลอง	21.05	3.89	17.05	6.38	2.391	.023
หลังการทดลอง	15.90	3.87	17.45	6.96	-.869	.392
ด้านที่ 2 ด้านสังคม						
ก่อนการทดลอง	23.50	8.13	18.00	8.30	2.115	.041
หลังการทดลอง	11.95	4.46	18.10	8.52	-2.859	.008
ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้						
ก่อนการทดลอง	22.60	5.40	20.05	6.47	1.352	.184
หลังการทดลอง	16.05	4.19	20.15	6.65	-2.329	.026
ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม						
ก่อนการทดลอง	24.00	8.10	21.55	8.23	.948	.349
หลังการทดลอง	15.85	5.77	20.45	7.12	-2.242	.031

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สภาพการณ์ปัจจุบันของการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง มีปัญหาทั้งความต้องการการดูแล การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมพัฒนาเด็กออทิสติก

ที่มีพัฒนาการระดับรุนแรง ความเสี่ยงทางคลินิกทั้งจากผู้ดูแล บุคลากรพยาบาล อาจเป็นเพราะระบบบริการทางการพยาบาลเด็กออทิสติกและผู้ดูแลเป็นการพยาบาลตามพัฒนาการ ปัญหาพฤติกรรม ที่ยังไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยเสี่ยง และปัญหาตามอาการทางคลินิกของเด็กออทิสติกที่มีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของเด็กออทิสติกและผู้ดูแล และแนวคิดหลักการดูแลสุขภาพแบบเจาะจงเฉพาะบุคคล (Ma et al, 2016) โดยให้ความสำคัญต่อการประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่ให้การดูแลตามลักษณะปัจจัยของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม เช่น ผู้ป่วยที่มีปัจจัยทางด้านชีวภาพ หรือมีลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกันไป โดยทำความเข้าใจปัจจัยส่วนบุคคลเฉพาะของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโรคให้สามารถเข้าใจโรคได้กว้างขึ้นเกี่ยวกับสถานะสุขภาพรวมถึงการดูแลและการส่งต่อข้อมูลการรักษา

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัย อายุ 3 - 5 ปี ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง ในการวิจัยนี้ สามารถช่วยทำให้ทั้งเด็กออทิสติกมีพัฒนาที่ดีขึ้น พยาบาลสามารถสื่อสารกับผู้ดูแลได้อย่างเข้าใจ และผู้ดูแลให้ร่วมมือในการดูแลเด็กออทิสติกมากขึ้น เนื่องมาจากรูปแบบการดูแลเฉพาะรายในขั้นตอนที่ 1 และ 2 มีการค้นหาประเมิน วิเคราะห์และระบุปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าพัฒนาการของเด็กออทิสติกตามสภาพปัญหาและความต้องการเจาะจงเฉพาะรายทั้งด้านเด็กและด้านผู้ดูแล ปัจจัยเสี่ยงด้านเด็กได้แก่ ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม ความบกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการสื่อสารด้วยคำพูด การแยกตัวจากสังคม พัฒนาการช้า/ไม่เหมาะสมกับช่วงวัย การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ รูปแบบการนอนหลับถูกรบกวน และการเคลื่อนไหวทางร่างกายบกพร่อง ส่วนปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ดูแล ได้แก่ การขาดความรู้และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติก การจัดการและเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมและชุมชน และในขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาลที่กำหนดกิจกรรมพยาบาล การบำบัดทางการพยาบาล และการส่งเสริมพัฒนาการ โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลช่วยเหลือ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่พยาบาลและผู้ดูแลได้มีการสื่อสารให้ความรู้และวิธีดูแลเด็กออทิสติกที่อยู่ในความดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการเฉพาะรายอย่างต่อเนื่อง และพยาบาลให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลในขั้นตอนที่ 4 และการประเมินผลการดูแลเฉพาะราย ด้วยเกณฑ์ประเมินในขั้นตอนที่ 5 ทำให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการดีขึ้น ความรุนแรงของอาการลดลง ไม่เกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา ส่วนผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลสเด็กออทิสติกได้ สามารถจัดการความเครียดและเผชิญความเครียดได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการสนับสนุนจากชุมชนได้

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดความรุนแรงอาการออทิสติกในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลเฉพาะรายได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมบริการปกติ ที่พบผลเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดกิจกรรมพยาบาล การบำบัดทางการพยาบาล และการส่งเสริมพัฒนาการได้ตามสภาพปัญหา ความต้องการของเด็กออทิสติกตามความสำคัญและเร่งด่วนของปัญหาที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจขัดขวางความก้าวหน้าพัฒนาการของเด็กออทิสติกตามปัญหาและความต้องการ รวมทั้งการดูแลความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thongpetch (2019) ที่พบว่า กลุ่มทดลอง

หลังได้รับการบำบัดทางการพยาบาลความรุนแรงของอาการเด็กออทิสติกระยะแรกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยด้านที่ความรุนแรงของอาการเด็กออทิสติกลดลงมากที่สุด คือ ด้านสังคม รองลงมา คือ ด้านสุขภาพและพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Punphong (2019) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ที่พบว่าอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยอาการออทิสติกในรายด้านในด้านที่ 2 - 4 ของทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร พบว่า หลังการทดลอง แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีความรุนแรงของอาการออกทิสติกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากอาการสำคัญของเด็กออทิสติกได้แก่ ความบกพร่องในการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร ดังนั้น จึงต้องใช้เวลาในการพัฒนาในด้านนี้มากกว่าด้านอื่น

4. พยาบาลวิชาชีพ มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลเฉพาะรายภาพรวมในระดับมากที่สุด โดยด้านที่พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คือ ช่วยทำให้พยาบาลสื่อสารกับผู้ดูแลให้มีความรู้ ความเข้าใจ และร่วมมือในการดูแลเด็กออทิสติกได้มากขึ้น และช่วยให้พยาบาลดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกได้อย่างต่อเนื่อง ที่เป็นเช่นนี้ เพราะรูปแบบดังกล่าวออกแบบตามสภาพปัญหาและรูปแบบการดูแลเฉพาะราย (personalized care model) ที่ปรับมาจากแนวคิดหลักการดูแลสุขภาพแบบเจาะจงเฉพาะบุคคล (Ma et al, 2016) ซึ่งให้ความสำคัญต่อการประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่ให้การดูแลตามลักษณะปัจจัยของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ที่จะนำรูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรงไปใช้ควรศึกษาและทำความเข้าใจเนื้อหาโปรแกรมและการใช้โปรแกรม

2. ควรจัดทำหลักสูตรอบรมการใช้รูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีพัฒนาการระดับรุนแรง โดยอบรมการดูแลเฉพาะรายตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน วิธีการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัย วิธีการฝึก การประเมินความรุนแรงอาการออทิสติก และบันทึกความก้าวหน้าพัฒนาการ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และการใช้เครื่องประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

3. ควรขยายผลโดยการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างอายุ 6 - 12 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่มักมีปัญหาพฤติกรรมเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น และควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสารมากกว่า 4 สัปดาห์

เอกสารอ้างอิง

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)* (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric.

Chuthapisith, J. (2018). Autism spectrum disorder. In S. Sutchritpongsa, R. Roongpraiwan, T. Hansakunachai, B. Benjasuwantep, A. Fuengfoo, J. Chuthapisith, & P. Rojmahamongkol (Eds.). *Textbook of developmental and behavioral pediatrics* (pp. 587-598). Bangkok: P.A.Living.

Glasper, A. (2020). Strategies to ensure that all patients have a personalized nursing care plan. *British Journal of Nursing*, *29*(1), 62-63.

Green, J., Charman, T., McConachie, H., Aldred, C., Slonims, V., Howlin, P., . . . Pickles, A. (2010). Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): A randomised

controlled trial. *The Lancet, 375*(9732), 2152-2160.

Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., & Rutter, M. (2004). Adult outcome for children with autism. *Journal of Child Psychology and Allied Disciplines Psychiatry*, *45*, 212–29. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00215.x

Ma, J., Rosas, L. G., & Lv, N. (2016). Precision lifestyle medicine: A new frontier in the science of behavior change and population health. *American Journal of Preventive Medicine, 50*(3), 395-397.

Muangmolmaneerut, W., & Tungpunkom, P. (2006). *The relationship between selected factors, social support, and dependent care agency among mothers of autistic children* (Master of nursing science, mental health and psychiatric nursing). Chiang Mai University, Chiang Mai.

Munro, C. L., & Savel, R. H. (2016). The promise of personalized care in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care, 25*(5), 388-390.

NHS England. (2019). *NHS long term plan*. Retrieved from https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf

Potter, P. A., Perry, A. G., Hall, A., & Stockert, P. A. (2017). *Fundamentals of nursing* (9th ed.). Mosby Elsevier.

Punphong, S. (2018). *The effect of enhancing family caregiving ability program on autistic symptoms among autistic preschoolers* (Master of nursing science program, nursing science). Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan.

Rajanukul institute. Quality Improvement Division. (2022). *Self-assessment report 2020.* Bangkok: institute.

Rajanukul institute, Community of Practices (CoPs) of autism spectrum disorder. (2021*). Intervention of autism spectrum disorder.* Bangkok: institute.

Rimland, B., & Edelson, S. M. (2000). *Autism treatment evaluation checklist.* Retrieved from https://www.autism.com/atec/2000.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2007). *Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders*. Edinburgh: SIGN 98.

Sirirutraykha, T. (2022). *Autism.* Retrieved from https://www.happyhomeclinic.com/au21-autism-fag.html

Thongpetch, U., Yunibhand, J., & Choomchit, S. (2019). Effects of early nursing intervention on symptom severity of preschool children with autism. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice,* 6(1), 19-35.

van Meijel, B., Gamel, C., van Swieten-Duijfjes, B., & Grypdonck, M. H. (2004). The development of evidence-based nursing interventions: Methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing, 48*(1), 84-92.

Weissman, L., & Bridgemohan, C. (2012). Autism spectrum disorders in children and adolescents: Pharmacologic interventions. In UpToDate, M. M. Torchia (Ed.), *UpToDate*. Waltham, MA.