
การถอดบทเรียนการพัฒนาทักษะชีวิต
สำหรับบุคคลออทิสติกในมุมมองผู้เชี่ยวชาญ

LESSON LEARNED FROM DEVELOPING LIFE SKILLS
FOR THE PERSONS WITH AUTISM ON VIEWS
OF AUTISM EXPERTS

ฐาวรี ชันสำโรง และเมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี

**CHIANG MAI
RAJABHAT
UNIVERSITY**

การถอดบทเรียนการพัฒนาทักษะชีวิต สำหรับบุคคลออทิสติกในมุมมองผู้เชี่ยวชาญ

LESSON LEARNED FROM DEVELOPING LIFE SKILLS FOR THE PERSONS
WITH AUTISM ON VIEWS OF AUTISM EXPERTS

ฐาวรี ชันสำโรง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลออทิสติกในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะออทิสซึม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม พ.ศ.2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ในมุมมองของบุคคลออทิสติกเห็นว่า ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลควรมองว่า บุคคลออทิสติกเหมือนคนธรรมดาทั่วไปที่มีปัญหาและพยายามแก้ปัญหาให้ดีขึ้นและไม่มองว่ามีความแปลกแยกจากคนอื่น จะเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจอย่างดีเยี่ยม พร้อมทั้งค้นหาสิ่งที่ชอบทำแล้วมีความสุขเพื่อส่งเสริมให้เป็นความสามารถ ส่วนมุมมองของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นและพยาบาลจิตเวชเห็นว่า บทบาทหน้าที่ร่วมกันที่สำคัญคือ การประเมิน การวินิจฉัย และการรักษา โดยกระบวนการที่สำคัญที่สุดคือ การค้นหาความเสี่ยงต่อภาวะออทิสซึมในช่วง 3 ขวบปีแรก ในมุมมองนักกิจกรรมบำบัดที่เห็นว่า การแก้ไขต้องเริ่มตั้งแต่พื้นฐานคือ การแก้ไขข้อบกพร่องของการรับรู้สัมผัสและการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้ง 5 ในลักษณะบูรณาการ ในมุมมองของครูผู้ดูแลกลุ่มเด็กที่มีความต้องการพิเศษเห็นว่า เมื่อเด็กเข้าโรงเรียน ความร่วมมือกันระหว่างโรงเรียนและผู้ปกครองในการดูแลพัฒนาการและการเรียนต้องเป็นไปอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องจะส่งผลบุคคลออทิสติกมีทักษะในการดำเนินชีวิตที่ใกล้เคียงหรือเหมือนกับบุคคลทั่วไป

คำสำคัญ: การพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิต บุคคลออทิสติก ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะออทิสซึม

ABSTRACT

This study is based on the methodology of qualitative research. The purpose of this study was to draw up the lesson learnt from developing the long life skills for the persons with autism spectrum disorder on the views of the autism experts A focus group was used as the research instrument. The qualitative data was collected and analyzed with content analysis technique. The results of this research were found that the person with autism wanted the parents or caregivers to consider autistic children as general people that

face problems and try to find the solution. Viewing them as the same as the others was the great way to support and encourage them to improve themselves. However, the child psychiatrist and the psychiatric nurse practitioner pointed out that the key coordinated roles were assessment, diagnosis and treatment; moreover, the most important process was to find out the riskiness of being autistic during the first 3 years olds. Furthermore, the occupational therapist viewed that a fundamental treatment was to solve their five sensory awareness in integrated way. Moreover, the special education teacher added that if they would go to a school, a co-operation between a school and parents was needed in order to closely take care of their development and study. This helps them to live as normal or close a life as possible.

Keywords: Developing Life Skills, Persons with Autism, Autism Experts

บทนำ

เนื่องจากภาวะออทิสซึมเป็นหนึ่งในความผิดปกติทางการพัฒนาล่าช้าที่เรียกว่า PDDs (Pervasive Developmental Disorders) คือมีความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้านซึ่งพบได้ในช่วงต้นของชีวิต อาการจะแสดงให้เห็นในช่วงอายุ 2-3 ปี หรือเร็วกว่านั้นขึ้นกับการสังเกตของผู้ปกครองและนำมาพบแพทย์ ภาวะออทิสซึมจะมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบประสาทและความผิดปกติของสมองคือมีความผิดปกติของการพัฒนาของโครงสร้างเซลล์ในสมองส่วนซีรีเบลลัมและระบบลิมบิกและเป็นภาวะที่เกิดขึ้นยาวนานตลอดชีวิต คำว่า “Autism” มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกว่า “Auto” ซึ่งแปลว่า Self หมายถึงแยกตัวอยู่ตามลำพังในโลกของตัวเอง เปรียบเสมือนมีกำแพงใสหรือกระจกเงากั้นบุคคลเหล่านี้ออกจากสังคมรอบข้าง จึงเรียกว่า ภาวะออทิสซึม (ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2550: 13) ซึ่งมีลักษณะเฉพาะของความผิดปกติ 3 ด้าน คือ 1) มีลักษณะในการเข้าสังคมที่ผิดปกติ 2) มีลักษณะในการสื่อสารที่ผิดปกติ และ 3) มีแบบแผนพฤติกรรมความสนใจหรือกิจกรรมที่จำกัด ทำซ้ำๆ และคงรูปแบบเดิม (เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, 2554) ซึ่งมีแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ภาวะออทิสซึมในเด็กเพิ่มมากขึ้น และพบได้ในเด็กทั่วโลกโดยไม่จำกัดพื้นฐานทางสังคม ความผิดปกติหรือความบกพร่องเหล่านี้เป็นข้อจำกัดหรือขัดขวางบุคคลออทิสติกในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ได้อย่างอิสระและการมีส่วนร่วมทางสังคมกับผู้อื่นได้ตามบทบาท (Spitzer, 2004; Law, 2006) นอกจากนี้ ในการดำเนินชีวิตทั้งในแง่ของการดูแลตนเอง (Self-care or Activities of daily living: ADL) การเรียนหรือการทำงาน (Education or Work) และการเล่นหรือกิจกรรมยามว่าง (Play or Leisure) ก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน โดยกล่าวได้ว่า บุคคลออทิสติกมีความยากลำบากในการพัฒนาการทำกิจกรรมตามวัย และกิจกรรมที่มีความหมาย ซึ่งเหมาะสมกับสถานการณ์และเป็นที่ยอมรับแก่บุคคลอื่น (Spitzer, 2004; Law, 2006) ภาวะออทิสซึมจึงเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบยาวนานตลอดชีวิตของบุคคล โดยมีผลจากการศึกษาติดตามระยะยาว พบว่า เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่แล้วมีบุคคลออทิสติกเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ดีและปานกลาง ส่วนใหญ่ยังคงต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดไปภายใต้การดูแลของครอบครัวหรือศูนย์ที่ให้บริการเฉพาะ เช่น โรงพยาบาลรัฐ และสถาบันจิตเวช เป็นต้น (Howlin, Good, Hutton & Rutter, 2004: 212-229; Kabayashi, Murata & Yashinaga, 1992: 395-411) ในปัจจุบัน มีวิธีการดูแลรักษาภาวะออทิสซึมที่แตกต่างจากอดีตอย่างชัดเจน ซึ่งสามารถช่วยพัฒนาให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการดีขึ้นจนสามารถเรียนรู้ปรับตัวใช้ชีวิตอยู่ร่วมในสังคมและประกอบอาชีพได้โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด (Independent living) ประกอบด้วย 2 แนวทางหลัก คือ 1) การบำบัดรักษาที่จำเป็น ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior modification) กิจกรรมบำบัด (Occupational therapy) การแก้ไขการพูด (Speech therapy) การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการศึกษา (Special education) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ (Vocational training) และการใช้ยา (Pharmacotherapy) และ 2) การบำบัดรักษาเสริมหรือทางเลือก เช่น ศิลปะบำบัด (Art therapy) ดนตรีบำบัด (Music therapy) การบำบัดด้วยสัตว์ (Animal-assisted therapy) เป็นต้น (ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2554)

โดยสรุป เป้าหมายในการดูแลช่วยเหลือเด็กหรือบุคคลออทิสติก จึงเป็นการส่งเสริมให้บุคคลออทิสติกมีทักษะในการดำเนินชีวิตให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่เป็นภาระของผู้อื่น นอกจากครอบครัวที่มีบทบาทหลักที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือบุตรหลานที่มีภาวะออทิสซึมแล้ว ผู้เชี่ยวชาญจากสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team Approach) ด้านการดูแลและรักษาบุคคลออทิสติกเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยให้เด็กหรือบุคคลออทิสติกสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างผาสุก ดังนั้น คณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการถอดบทเรียนการพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลออทิสติกในมุมมองผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเพิ่มความเข้าใจและเกิดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เปรียบเสมือนแผนที่หรือเข็มทิศสำหรับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลในการอบรมเลี้ยงดูส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลานในปกครองที่มีภาวะออทิสซึมอย่างถูกต้อง ทำให้เด็กหรือบุคคลออทิสติกได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพที่แฝงอยู่ภายในของแต่ละบุคคลสู่การดำรงชีวิตได้อย่างอิสระและมีคุณค่าให้ได้มากที่สุด รวมถึงนำแนวปฏิบัติที่ได้รับจากการวิจัยไปเผยแพร่ให้เกิดประโยชน์ต่อสาธารณะอย่างกว้างขวางต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อถอดบทเรียนการพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลออทิสติกในมุมมองผู้เชี่ยวชาญ

ระเบียบวิธีวิจัย

แบบแผนการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะออทิสซึม จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น (สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์ เชียงใหม่) พยาบาลจิตเวช (คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) นักกิจกรรมบำบัด (อาจารย์ประจำภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) ครูผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (โรงเรียนเรียนร่วมเอกชน จังหวัดเชียงใหม่) และบุคคลออทิสติกที่สามารถใช้ชีวิตในสังคมจนถึงขั้นปลายชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือวิจัยที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth-interview) ด้วยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interviews) และเป็นการตั้งคำถามตะล่อม (Probing techniques) จนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัวจึงหยุดทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2559 ณ ห้องประชุมโรงแรมแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยได้แบ่งวิธีการเข้าถึงข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลด้านเอกสาร (Review data) และการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม (Field data)

- การเก็บรวบรวมข้อมูลด้านเอกสาร (Review data) คณะผู้วิจัยได้ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลด้านวิชาการจากแหล่งข้อมูล และสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ได้แก่ เอกสารทางวิชาการ เอกสารการประชุม วารสาร บทความต่างๆ ข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

- การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม (Field data) ดำเนินการดังนี้

- 1) คณะผู้วิจัยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะออทิสซึม จำนวน 5 คน เพื่อสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยจัดกลุ่มเป็นวงกลมแบบมีโต๊ะตรงกลาง ณ ห้องประชุม โรงแรมแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ คณะผู้วิจัยนั่งอยู่ในกลุ่มการสนทนา ผู้ช่วยวิจัยนั่งอยู่ภายนอกกลุ่มเป็นผู้จดบันทึกและบันทึกเสียงการสัมภาษณ์

- 2) คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกำหนดคำถามออกเป็นประเด็นให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับเรื่องที่วิจัยตามขั้นตอนดังนี้

- กล่าวคำต้อนรับและขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย
- รวบรวมข้อมูลภูมิหลังของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคน ข้อมูลที่เป็นภูมิหลัง ใช้เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเข้าใจและถูกต้องยิ่งขึ้น
- อธิบายวัตถุประสงค์และกระบวนการ ระยะเวลาที่ใช้ การรักษาความลับของข้อมูล สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และความสมัครใจ
- ขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียง
- ยุติการสัมภาษณ์ หลังจากได้ข้อมูลจนอิ่มตัว ผู้สัมภาษณ์ (คณะผู้วิจัย) กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน และมอบของที่ระลึก

3) คณะผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการบันทึกและถอดเทปมาตรวจสอบความครบถ้วนตามประเด็นที่สัมภาษณ์ จากนั้นทำการถอดเทปคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งด้วยการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการสรุปประเด็น (Themes)

การรับรองจริยธรรมการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ EC-CMPHO 10/2559

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะออทิสซึม จำนวน 5 ท่าน ดังนี้คือ (1) จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เพศหญิง อายุ 30 ปี อาชีพ รับราชการ ตำแหน่ง จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สถานที่ทำงาน สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ ประสบการณ์การดูแลเด็กหรือบุคคลออทิสติก ประมาณ 5 ปี (2) อาจารย์ประจำภาควิชาจิตกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพศหญิง อายุ 53 ปี อาชีพ รับราชการ ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์ สถานที่ทำงาน ภาควิชาจิตกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประสบการณ์การดูแลเด็กหรือบุคคลออทิสติก มากกว่า 25 ปี (3) พยาบาลจิตเวช เพศหญิง อายุ 57 ปี อาชีพ พนักงานมหาวิทยาลัย (ข้าราชการบำนาญ) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าตึกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถานที่ทำงาน ภาควิชาจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประสบการณ์การดูแลเด็กหรือบุคคลออทิสติก มากกว่า 25 ปี (4) อติตอาจารย์ผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ หัวหน้างานเด็กพิเศษ โรงเรียนดาราวิทยาลัย เชียงใหม่ (โรงเรียนเอกชนที่จัดระบบการเรียนรวม) เพศหญิง อายุ 63 ปี อาชีพ เกษียณ ประสบการณ์การดูแลเด็กหรือบุคคลออทิสติก มากกว่า 30 ปี และ (5) อาจารย์พิเศษ เพศชาย อายุ 75 ปี อาชีพ อาจารย์สอนวิปัสสนากรรมฐานภาคภาษาอังกฤษแก่พระนิสิต (จิตอาสา) ชาวอังกฤษ ที่ทำงาน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่ ประสบการณ์การเป็นบุคคลออทิสติก 75 ปี

การพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลออทิสติกในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะออทิสซึม สรุปได้ดังนี้

มุมมองที่ 1: มุมมองของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และพยาบาลจิตเวช เห็นว่า บทบาทหน้าที่ของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และพยาบาลจิตเวชที่สำคัญ คือ การประเมิน การวินิจฉัย และการรักษา โดยกระบวนการที่สำคัญที่สุด คือ การค้นหาเด็ก ๆ ที่เสี่ยงต่อภาวะออทิสซึม ในระยะแรก (Early detection) หรือภายในอายุ 3 ขวบ เพื่อให้การรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่บุคคลที่จะช่วยให้กระบวนการนี้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลต่อเด็ก คือ ผู้ปกครอง แล้วพาบุตรหลานมาปรึกษากับจิตแพทย์ เพราะยิ่งค้นหาความเสี่ยงต่อภาวะออทิสซึมได้เร็ว การพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตของบุคคลออทิสติกก็ยิ่งใกล้เคียงหรือเป็นปกติมากขึ้น

มุมมองที่ 2: มุมมองของนักกิจกรรมบำบัด เห็นว่า การพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตสำหรับบุคคลออทิสติก ต้องเริ่มจากการที่ผู้ปกครองตรวจสอบว่า บุตรหลานมีการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้จากสิ่งที่มีมากระทบกับประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ

ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง (การสัมผัส) ผิดไปหรือแตกต่างจากเด็กปกติหรือไม่ เพื่อจะได้หาแนวทางการแก้ไขให้ได้เร็วที่สุดหรือภายในอายุ 3 ปีแรก ซึ่งต้องแก้ไขตั้งแต่พื้นฐานก่อน ในลักษณะการบูรณาการประสาทความรู้สึก (Sensory Integration: SI) เริ่มตั้งแต่ การรับความรู้สึก การรับรู้ และการเรียนรู้ ตลอดจนการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ถ้าผู้ปกครองไม่แน่ใจหรือสงสัย อาจพบบุตรหลานไปพบนักกิจกรรมบำบัด เพื่อทำการประเมิน หรือรับการบำบัด หรือหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน เพื่อพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตในแต่ละขั้นตอนของชีวิตต่อไป

มุมมองที่ 3: มุมมองของครูผู้ดูแลกลุ่มเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เห็นว่า การพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตสำหรับเด็กหรือบุคคลออทิสติกในโรงเรียนต้องได้รับความร่วมมือในการดูแลพัฒนาการและร่วมแก้ปัญหาในแนวทางเดียวกัน อย่างไรก็ตามเนื่องจากสองฝ่าย คือ โรงเรียนและผู้ปกครอง เพราะการเรียนร่วม ทำให้เด็ก (ออทิสติก) ได้รับการพัฒนาทุกด้านพร้อมกันนั้นกลุ่มเพื่อนปกติจะยอมรับซึ่งกันและกัน และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่อกัน

มุมมองที่ 4: มุมมองของบุคคลออทิสติก เห็นว่า การพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตสำหรับบุคคลออทิสติกนั้น ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลควรมองว่า บุคคลออทิสติกเหมือนคนธรรมดาทั่วไปที่มีปัญหาเหมือนกันหมด เมื่อมีปัญหา ก็จะพยายามแก้ปัญหา ทำให้ดีขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น ซึ่งบุคคลออทิสติกก็สามารถเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้เช่นเดียวกัน ไม่ควรมองเด็กหรือบุคคลออทิสติกแปลกแยกจากคนอื่น ซึ่งการมองว่าเขาไม่แตกต่างเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจอย่างดียิ่งเยี่ยมด้วยการปฏิบัติให้เหมือนคนทั่วไป ที่สำคัญคือ ผู้ปกครองต้องค้นหาสิ่งที่ลูก (ออทิสติก) ของตนเองสนใจหรือชอบทำมากที่สุด เพราะสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดความสำเร็จตามมา

แนวปฏิบัติที่สำคัญในการพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลออทิสติก สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ปกครองต้องสังเกตพัฒนาการที่ไม่เป็นไปตามวัยของบุตรหลานปฐมวัย (ภายใน 3 ขวบ) โดยเฉพาะเรื่อง “การพูด” ถ้าพบให้รีบพบบุตรหลานไปพบแพทย์ เพื่อเร่งแก้ไขช่วงปฐมวัย ซึ่งเป็นวัยสำคัญที่สุด เปรียบดังโรคมะเร็ง ที่กล่าวว่า “รักษาให้หายได้ ถ้าค้นพบเร็วและรักษาเร็ว” โรคออทิสซึมก็เช่นเดียวกัน กล่าวได้ว่า “ใกล้เคียงปกติได้ ถ้าค้นพบเร็วและรักษาเร็ว ช่วงปฐมวัย”
2. ผู้ปกครองต้องสังเกตการรับรู้และการรับความรู้สึกของประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา (การมองเห็น) หู (การรับเสียง) จมูก (การรับกลิ่น) ลิ้น (การรับรส) และผิวหนัง (การสัมผัส) ของบุตรหลานปฐมวัย (ภายใน 3 ขวบ) ถ้าผิดไปจากเด็กทั่วไป รีบบพบบุตรหลานไปพบนักกิจกรรมบำบัดช่วยแก้ไขด้วยการบูรณาการประสาทความรู้สึก (Sensory Integration: SI) ปรับให้สมองแปดผลได้ถูกต้อง
3. ผู้ปกครองต้องยอมรับความผิดปกติของบุตรหลานให้เร็วที่สุด เพื่อเปิดโอกาสให้บุตรหลานได้พัฒนาและอยู่ร่วมในสังคมได้
4. ผู้ปกครองต้องมองบุตรหลาน (ออทิสติก) ให้เหมือนคนทั่วไป มองว่าเขา “ทำได้ แก้ไขได้ ดีขึ้นได้” และมองหาสิ่งที่ชอบหรือพรสวรรค์ที่แฝงอยู่ สนับสนุนให้ทำต่อเนื่อง จนเป็นความสุขและความสำเร็จในที่สุด

การอภิปรายผล

ในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะออทิสซึม (มุมมองที่ 1: จิตแพทย์และพยาบาล จิตเวช) ซึ่งให้เห็นว่า กระบวนการที่สำคัญที่สุดคือ การค้นหาความเสี่ยงต่อภาวะออทิสติกในระยะแรก (*Early detection*) ในช่วง 3 ขวบปีแรก เนื่องจากกลุ่มโรคออทิสติกเป็นกลุ่มของโรคที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของสมอง ทำให้มีความบกพร่องของพัฒนาการหลายด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านภาษาและสังคมล่าช้า มีพฤติกรรม ความสนใจและการกระทำที่ซ้ำๆ และจำกัด โดยอาการดังกล่าวเกิดก่อนอายุ 3 ขวบ ซึ่งมีความรุนแรงของแต่ละโรคในกลุ่มแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับพัฒนาการทางภาษา ระดับสติปัญญา (Intelligence Quotient : IQ) และความผิดปกติอื่นๆ ที่พบร่วมด้วย ทั้งนี้ ความบกพร่องยังคงมีต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเฉพาะทักษะด้านสังคมมีเพียงร้อยละ 1-2 ที่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนคนปกติ อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่อายุน้อย จะทำให้

เด็กมีโอกาสนำได้มากกว่าการรักษาเมื่ออายุมากขึ้น (จอมสุรางค์ โปธิสัตย์, 2555) เช่นเดียวกันกับนักกิจกรรมบำบัด (มุมมองที่ 2: นักกิจกรรมบำบัด) ที่เห็นว่า การแก้ไขต้องเริ่มตั้งแต่พื้นฐานคือ การแก้ไขข้อบกพร่องของการรับรู้สัมผัสและการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้ง 5 (ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนังหรือการสัมผัส) ในลักษณะการบูรณาการประสาทความรู้สึกร่วม (Sensory Integration: SI) เพราะ SI มีสัมพันธ์และสำคัญต่อการดำเนินชีวิต เริ่มต้นที่สมองทำการรับข้อมูลความรู้สึกร่วม แยกแยะจัดระเบียบข้อมูลความรู้สึกร่วมและให้ความหมายกับสิ่งเร้าความรู้สึกร่วม ผลของการทำงานที่ดีของสมองจะก่อให้เกิดเป็นการบูรณาการประสาทความรู้สึกร่วมที่ดี ส่งผลให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ แสดงออกเป็นพฤติกรรมตลอดจนเกิดการปรับตัวที่เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดทักษะด้านการรู้คิด (Cognitive) และพัฒนาให้เกิดเป็นศักยภาพสูงสุดในการดำเนินชีวิตของเด็กแต่ละคน ความบกพร่องด้านการบูรณาการประสาทความรู้สึกร่วม เป็นปัญหาที่อาจเริ่มตั้งแต่ความยากลำบากในการรับข้อมูลความรู้สึกร่วม ทำให้เกิดความบกพร่องของการจัดระเบียบข้อมูลและประมวลผลข้อมูลความรู้สึกร่วมที่ได้รับ เด็กมักมีปัญหาอารมณ์ไม่คงที่ เช่น โกรธง่ายหรือมีอารมณ์รุนแรง จากความคับข้องใจที่เกิดขึ้นเมื่อการแก้ปัญหาหรือการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ไม่ได้ดังเป้าหมายที่ตั้งไว้ ความผันแปรของระดับความตื่นตัวที่สูงเกินไปหรือต่ำเกินไป จะส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการปรับระดับความรู้สึกร่วมและการรับรู้ที่ไม่คงที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน จนส่งผลต่อการปรับสภาวะอารมณ์สังคม (Socio-emotional) ที่มักพบในเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นและออทิสติก (สรินยา ศรีเพชรราช, 2555; Smith & Schaaf, 2006: 16-127; Buny, Lane & Murray, 2002: 7-86) สอดคล้องกับการศึกษาของ Miller, Coll & Schoen (2007: 228-238) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม มีกลุ่มควบคุมในกลุ่มตัวอย่างเด็กที่มีความบกพร่องด้านการบูรณาการประสาทความรู้สึกร่วม จำนวน 24 คน โดยเปรียบเทียบระหว่างการฝึก SI การฝึกแบบอื่นและการไม่ได้รับการฝึก ซึ่งพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม การบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัดด้วยการฝึก SI ช่วยให้เด็กที่มีปัญหาดังกล่าวมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ตีขึ้น จากการประเมินด้วย Short Sensory Profile และ Child Behavior checklist และการศึกษาของผกาพรรณ สุทธิวงศ์ อภิศักดิ์ ประสมศรี กัญญารัตน์ เหล็กมูล และสุบิน สวาจะธรรม (2556) พบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่าง (เด็กออทิสติก) จำนวน 10 คน เข้ารับการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัดด้วยโปรแกรม SI แบบกลุ่มโดยมีรูปแบบกิจกรรมที่นำมาจากคู่มือการจัดการกิจกรรมด้านการบูรณาการประสาทความรู้สึกร่วมสำหรับนักกิจกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่อง 6 ครั้ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น แต่ในทางตรงข้ามคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน Sensory profile กลับลดลง แสดงว่า เมื่อความถี่ของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากความบกพร่องของกระบวนการรับรู้สัมผัสลดลง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของเด็กออทิสติกก็จะเพิ่มขึ้น

เมื่อเด็ก (ออทิสติก) เข้าโรงเรียน ทางโรงเรียนต้องให้ความร่วมมือในการดูแลพัฒนาการและร่วมแก้ปัญหาเด็ก (ออทิสติก) ในแนวทางเดียวกันอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องจากสองฝ่ายคือ โรงเรียนและผู้ปกครอง (มุมมองที่ 3: นักครูผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ) ดังนั้น ผู้ปกครองต้องยอมรับความผิดปกติของบุตรหลานให้เร็วที่สุด เพื่อเปิดโอกาสให้บุตรหลานได้พัฒนาและอยู่ร่วมในสังคมในโรงเรียนได้ เพราะการเรียนรู้ร่วม ทำให้เด็ก (ออทิสติก) ได้รับการพัฒนาทุกด้าน พร้อมกันนั้นกลุ่มเพื่อนปกติจะยอมรับซึ่งกันและกัน และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่อกัน ดังที่ Mangrulkar, Whitman & Posner (2001) อธิบายว่า การสอนทักษะชีวิตเพียงอย่างเดียวโดยที่ขาดการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่มจะไม่ช่วยทำให้เกิดทักษะชีวิตขึ้น วิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพ (Defining Effective Teaching Methods) คือ วิธีการสอนแบบมีปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย วิธีการและเทคนิคต่างๆ (UNICEF, 2001) ได้แก่ การใช้บทบาทสมมติ (Role Playing) การอภิปราย (Discussion) การใช้การทำงานกลุ่ม (Group Work) การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) การฝึกปฏิบัติ (Practice) การใช้การเล่าเรื่อง (Story Telling) การใช้เกม (Game) และการใช้เทคนิคอื่นๆ ทางด้านจิตวิทยาบูรณาการในการสอนการพัฒนาทักษะชีวิต ซึ่งวิธีการและเทคนิคต่างๆ เหล่านี้ ถูกนำมาใช้ในโรงเรียน และสอดคล้องกับ Reynolds (1994) ที่กล่าวว่า วิธีการในการฝึกอบรมและทำงานกลุ่ม ควรให้สมาชิกที่เข้าร่วมฝึกอบรมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใช้เกม การใช้สถานการณ์จำลอง การใช้บทบาทสมมติ การอภิปรายกลุ่ม การเรียนรู้จากการปฏิบัติ และการทำแบบฝึกหัด เป็นต้น ทั้งนี้ การที่ผู้ฝึกอบรมได้ร่วมกิจกรรมหรือทำงานร่วมกับกลุ่มเพื่อนจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมทางสังคมที่ดีได้ โครงสร้างของกลุ่มเพื่อนที่เป็นมาตรฐานเป็นการนำไปสู่การสนับสนุนพฤติกรรมที่ติงามด้วย ดังนั้น สรุปได้ว่า การพัฒนาทักษะชีวิตจะเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ร่วมกัน การสนับสนุน

จากกลุ่มเพื่อน โอกาสสำหรับการฝึกฝนทักษะ การให้ข้อมูลย้อนกลับที่ถูกต้อง และการวิพากษ์วิจารณ์อย่างสร้างสรรค์ รวมถึงการมีตัวแบบที่ดีของทักษะชีวิตโดยกลุ่มเพื่อนสมาชิกด้วยกัน เป็นต้น (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001) นอกจากนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dawning (1996: 11) ได้ศึกษาวิจัยความคิดเห็นของผู้ปกครอง ครูผู้สอนเด็กทั่วไปในโรงเรียนเรียนรวม ครูการศึกษาพิเศษ นักเรียนที่มีความต้องการพิเศษ และนักเรียนปกติ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ของการจัดการเรียนรวมไม่เพียงแต่ทำให้เด็กที่มีความบกพร่องระดับมาก (Severe disabilities) มีพัฒนาการดีขึ้นทุกด้าน แต่กลุ่มเพื่อนปกติก็ดีขึ้นด้วย เด็กๆ จะยอมรับซึ่งกันและกัน มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่อกัน เช่น การพูดคุย ร่วมกิจกรรมที่สนุกสนาน การทำงานร่วมกัน และทำให้เด็กทั่วไปปรับพฤติกรรมทั่วไปของตนเองให้เหมาะสม ลดความรุนแรงลง สำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ก็มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ได้พัฒนาความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมีความหมาย (Develop meaningful social relationships) ได้พัฒนาการทางอารมณ์ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และครูเห็นว่า เด็กที่มีความต้องการพิเศษมีพัฒนาการในการเข้ากลุ่มดีขึ้น บรรยากาศในห้องเรียนอบอุ่น เด็กๆ ทุกคนปรับตัวทำให้พฤติกรรมเป็นไปตามความเหมาะสม และสุดท้าย มุมมองที่สำคัญที่สุดคือ มุมมองของบุคคลออทิสติก (มุมมองที่ 4: บุคคลออทิสติก) ซึ่งให้เห็นว่า ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลควรมองว่า บุคคลออทิสติก เหมือนคนธรรมดาทั่วไปที่มีปัญหาและพยายามแก้ปัญหาให้ดีขึ้น และไม่มองว่ามีความแปลกแยกจากคนอื่น จะเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจอย่างดีเยี่ยม พร้อมทั้งค้นหาสิ่งที่ชอบทำแล้วมีความสุขเพื่อส่งเสริมให้เป็นความสามารถ รวมถึงการให้อิสระในการทำสิ่งต่างๆ เพื่อสังเกตดูศักยภาพของบุคคลออทิสติกนั้น และส่งเสริมให้เขาได้ทำกิจกรรมที่สนใจ สอดคล้องกับการอธิบายวิธีการเรียนรู้ของเด็กหรือบุคคลออทิสติก ของ Bogdashina (2003) ที่กล่าวว่า บุคคลออทิสติก สามารถเรียนรู้ได้จากการมองเห็นและทดลองทำจริง เพราะเขาเหล่านั้นมีความจำเป็นรูปภาพที่ตีเลิศ (People with autistic can easily remember visual images) ฉะนั้น ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลควรนำจุดเด่นของเด็กหรือบุคคลออทิสติกในข้อนี้มาช่วยในการเรียนรู้ พัฒนาทักษะต่างๆ การปรับพฤติกรรม การฝึกวินัย หรือการแก้ปัญหาเล็กน้อยเพื่อขยับไปสู่ปัญหาที่ใหญ่ขึ้น ด้วยการใช้อุปกรณ์สอนร่วมด้วย เพราะเขาเหล่านั้น (ที่มีภาวะออทิสติก) มีความจำเป็นรูปภาพที่ตีเลิศ จะทำให้เด็กหรือบุคคลออทิสติกเรียนรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัวและปรับตัวได้เพิ่มขึ้น และสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาทักษะชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับบุคคลออทิสติก เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก เป็นต้น ควรประชาสัมพันธ์บทเรียนหรือแนวปฏิบัติที่สำคัญที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้แก่สาธารณชน เพื่อให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลและประชาชนทั่วไปทราบและนำไปพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลออทิสติก ดังนี้
 - ผู้ปกครองต้องสังเกตพัฒนาการที่ไม่เป็นไปตามวัยของบุตรหลานปฐมวัย (ภายใน 3 ขวบ) โดยเฉพาะเรื่อง “การพูด” ถ้าพบให้รีบพาบุตรหลานพบแพทย์เพื่อเร่งแก้ไขช่วงปฐมวัย ซึ่งเป็นวัยสำคัญที่สุด เปรียบดังโรคมะเร็ง ที่กล่าวว่า “รักษาให้หายได้ ถ้าค้นพบเร็วและรักษาเร็ว” โรคออทิสซึมก็เช่นเดียวกัน กล่าวได้ว่า “ใกล้เคียงปกติได้ ถ้าค้นพบเร็วและรักษาเร็ว ช่วงปฐมวัย”
 - ผู้ปกครองต้องสังเกตการรับรู้และการรับรู้สัมผัสทั้ง 5 คือ ตา (การมองเห็น) หู (การรับเสียง) จมูก (การรับกลิ่น) ลิ้น (การรับรส) และผิวหนัง (การสัมผัส) ของบุตรหลานปฐมวัย (ภายใน 3 ขวบ) ถ้าผิดไปจากเด็กทั่วไป รีบพาบุตรหลานพบนักกิจกรรมบำบัดช่วยแก้ไขด้วยการบูรณาการประสาทความรู้สึกล (Sensory Integration: SI) ปรับให้สมองแปดผลได้ถูกต้อง
 - ผู้ปกครองต้องยอมรับความผิดปกติของบุตรหลานให้เร็วที่สุด เพื่อเปิดโอกาสให้บุตรหลานได้พัฒนาและอยู่ร่วมในสังคมได้
 - ผู้ปกครองต้องมองบุตรหลาน (ออทิสติก) ให้เหมือนคนทั่วไป มองว่าเขา “ทำได้ แก้ไขได้ ดีขึ้นได้” และมองหาสิ่งที่ชอบหรือพรสวรรค์ที่แฝงอยู่ สนับสนุนให้ทำต่อเนื่อง จนเป็นความสุขและความสำเร็จในที่สุด

2. หน่วยบริการสุขภาพของรัฐระดับท้องถิ่น ตำบล หมู่บ้าน ควรทำการคัดกรองเบื้องต้นให้ครอบคลุมในเด็กกลุ่มเป้าหมายคือ เด็กปฐมวัยในช่วง 3 ขวบปีแรก เพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อภาวะออทิสซึมในระยะแรก (Early detection) ให้ได้รับการดูแลแก้ไขความบกพร่องเร็วที่สุด เพราะยิ่งแก้ไขความบกพร่องได้เร็ว ยิ่งลดความบกพร่องได้มากเท่านั้น ที่สำคัญคือเน้นการแก้ไขพื้นฐาน นั่นคือ การแก้ไขความพร่องของการรับรู้และการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้ง 5 (ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนังหรือการสัมผัส) ในลักษณะการบูรณาการประสาทความรู้สึก (Sensory Integration) ด้วยนักกิจกรรมบำบัด

3. สถานศึกษาของรัฐและเอกชนที่มีระบบการเรียนร่วม ควรมีความพร้อมใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านบุคลากร ควรมีนักกิจกรรมบำบัด ครูที่ผ่านการอบรมเรื่องการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ และแผนกที่ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ 2) ด้านระบบการดูแลส่งต่อข้อมูล ควรส่งต่อข้อมูลเมื่อเด็กมีการเปลี่ยนวัยหรือชั้นเรียน ให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องและเข้าใจ และ 3) ด้านความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและผู้ปกครอง โรงเรียนและผู้ปกครองควรดูแลพัฒนาการและการเรียนควบคู่กันไปอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความร่วมมืออย่างดียิ่ง จากท่านผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะออทิสซึมที่ได้ให้ข้อเท็จจริงและข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้ อันได้แก่ แพทย์หญิงชุตินาถ ศักรินทร์กุล จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ รองศาสตราจารย์ ดร.เมธิดา พงษ์ศักดิ์ศรี ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คุณณิชนิจ ไชยลังการณณ์ ภาควิชาจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อาจารย์รัศมี ปันแก้ว อาจารย์ผู้ดูแลแผนกเด็กที่มีความต้องการพิเศษ โรงเรียนดาราวิทยาลัย เชียงใหม่ ท่านอาจารย์พิเศษ (ขอสงวนนาม) จิตอาสาชาวอังกฤษสอนวิปัสสนากรรมฐานภาคภาษาอังกฤษแก่พระนิสิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่ ที่ได้ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์พร้อมบทสรุปการพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลออทิสติก จึงทำให้งานวิจัยนี้มีคุณภาพการต่อผู้ปกครองและผู้ดูแล รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลออทิสติก ในการเพิ่มความเข้าใจ มีทิศทางและเกิดกำลังใจในการพัฒนาทักษะชีวิตให้กับเด็กหรือบุคคลออทิสติก

ท้ายที่สุด ขอขอบคุณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงใหม่ ในการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อให้การพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลออทิสติกมีทิศทางชัดเจนอันจะส่งผลให้บุคคลที่มีภาวะออทิสติกดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่าและเต็มศักยภาพ

เอกสารอ้างอิง

- จอมสุรางค์ โปธิสัตย์. 2555. ออทิสติก: กลุ่มโรคออทิสติก (Autistic spectrum disorder). (ระบบออนไลน์). แหล่งข้อมูล: <http://haamor.com/th/> (29 พฤศจิกายน 2559)
- ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา. 2550. การบำบัดทางเลือกในเด็กพิเศษ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- _____. 2554. ออทิสติก สเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder). (ระบบออนไลน์). แหล่งข้อมูล: <http://www.happyhomeclinic.com/factsheet201-asd.html> (12 กุมภาพันธ์ 2559)
- ผกาพรรณ สุทธิวงศ์ อภิศักดิ์ ประสมศรี กัญญารัตน์ เหล็กมุล และสุบิน สวาระธรรม. 2556. การพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของเด็กออทิสติก ด้วย Sensory Profile. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล.
- เมธิดา พงษ์ศักดิ์ศรี. 2554. ภาวะออทิสติกและผลกระทบต่อสังคมรวมทั้งการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายออทิสติก. เชียงใหม่: ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สรินยา ศรีเพชรารุช. 2555. **กรอบอ้างอิงการบูรณาการประสาทความรู้สึก: ทฤษฎีและปฏิบัติการทางคลินิกกิจกรรมบำบัด.** ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Bogdashina, O. 2003. **Sensory Perceptual Issue in Autism and Asperger Syndrome.** New York: Jessica Kingsley.
- Buny, A.C., Lane, S.J. & Murray, E.A. 2002. **Sensory integration theory and practice** (2nd ed.). Philladelphia: F.A. Davis, pp.7-86.
- Dawning, J.E. 1996. **Inclusive Students with Severe and Multiple Disabilities in Typical Classrooms.** Maryland: Paul H. Brookes, p.11.
- Howlin, P., Good, S., Hutton, J. & Rutter, M. 2004. Adult outcome for children with autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry.** 45: 212-229.
- Kabayashi, R., Murata, T. & Yashinaga, K. 1992. A follow-up study of 201 children with autism in Kyushu and Yamaguchi, Japan. **Journal of Autism and Developmental Disorders.** 22: 395-411.
- Law, M. 2006. **Autism Spectrum Disorders and Occupational Therapy.** Canadian Association of Occupational Therapists.
- Mangrulkar, L., Whitman, C.V. & Posner, M. 2001. **Life Skills Approach to Child and Adolescent Health Human Development.** Washington, D.C.: Education Development Center, Inc.
- Miller, L.J., Coll, J.R. & Schoen, S.A. 2007. A randomized controlled pilot study of the effectiveness of Occupational Therapy for children with Sensory Modulation disorder. **American Journal of Occupational Therapy.** 61: 228-238.
- Reynolds, W. M. 1994. **Assessment of depression in children and adolescents by self-report questionnaires.** In W. M. Reynolds & H. F. Johnston (Eds.). Handbook of depression in children and adolescents. New York: Plenum, pp.209-234.
- Smith, R.S. & Schaaf, R.C. 2006. **Sensory integration: applying clinical reasoning to practice with diverse populations.** Texas: pro-ed international, pp.16-127.
- Spitzer, S L. 2004. **Common and uncommon daily activities in individual with autism: challenges and opportunities for supporting occupation.** In H. Miller-Kuhaneck (Ed.). Autism: a comprehensive occupational therapy approach (2nd ed.). Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association, pp.83-106.
- UNICEF. 2001. What is the Life Skills Approach?. Explore Ideas Articles, Opinions, and Research about Teaching and Learning. (online). Retrieved from: <http://www.unicef.org/teachers/teacher/Lifeskill/htm> (May 11, 2016)