

การถอดบทเรียนการพัฒนาทักษะชีวิต
สำหรับบุคคลออทิสติกในมุมมองผู้เชี่ยวชาญ

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

ฐาภี ขันสำโรง และเมธิษา พงษ์ศักดิ์ศรี

**CHIANG MAI
RAJABHAT
UNIVERSITY**

การก่อตบกเรียนการพัฒนาทักษะชีวิต สำหรับบุคคลอ托สติกในมุมมองผู้เชี่ยวชาญ

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

ฐานร่อง ขันสำโรง

คณะสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อก่อตบกเรียนการพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลอ托สติกในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะอ托สิซึม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ การสัมภาษณ์เชิงลึกโดยเก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม พ.ศ.2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ในมุมมองของบุคคลอ托สติก เห็นว่า ผู้ปักครองหรือผู้ดูแลควรมองว่า บุคคลอ托สติกเหมือนคนธรรมด้าทั่วไปที่มีปัญหาและพยาຍามแก้ปัญหาให้ดีขึ้น และไม่มองว่ามีความแตกแยกจากคนอื่น จะเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจอย่างดีเยี่ยม พร้อมทั้งค้นหาสิ่งที่ชอบทำ แล้วมีความสุขเพื่อส่งเสริมให้เป็นความสามารถ สร้างมุมมองของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นและพยาบาลจิตเวชเห็นว่า บทบาทหน้าที่ร่วมกันที่สำคัญคือ การประเมิน การวินิจฉัย และการรักษา โดยกระบวนการที่สำคัญที่สุดคือ การค้นหาความเสี่ยงต่อภาวะอ托สิซึมในช่วง 3 ขวบปีแรก ในมุมมองนักกิจกรรมบำบัดที่เห็นว่า การแก้ไขต้องเริ่มตั้งแต่พื้นฐานคือ การแก้ไขข้อบกพร่องของการรับความรู้สึกและการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้ง 5 ในลักษณะบูรณาการ ในมุมมองของครูผู้ดูแลกลุ่มเด็กที่มีความต้องการพิเศษเห็นว่า เมื่อเด็กเข้าโรงเรียน ความร่วมมือกันระหว่างโรงเรียนและผู้ปักครองในการดูแลพัฒนาการและการเรียนต้องเป็นไปอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องจะส่งผลบุคคลอ托สติกมีทักษะในการดำเนินชีวิตที่ใกล้เคียงหรือเหมือนกับบุคคลทั่วไป
คำสำคัญ: การพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิต บุคคลอ托สติก ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะอ托สิซึม

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 หรือเร็วกว่า นั้นขึ้นกับการสังเกตของผู้ปกครองและนماพบแพทย์ ภาวะออทิสซึมจะมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบประสาทและความผิดปกติของสมองคือมีความผิดปกติของการพัฒนาของโครงสร้างเซลล์ในสมองส่วนซีรีเบลลัมและระบบลิมบิกและเป็นภาวะที่เกิดขึ้นยานานตลอดชีวิต คำว่า “Autism” มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกว่า “Auto” ซึ่งแปลว่า Self หมายถึงแยกตัวอยู่ตามลำพังในโลกของตัวเอง เปรียบเสมือนมีกำแพงใสหรือกระจกเงากั้นบุคคลเหล่านี้ออกจากสังคมรอบข้าง จึงเรียกว่า ภาวะออทิสซึม (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550: 13) ซึ่งมีลักษณะเฉพาะของความผิดปกติ 3 ด้าน คือ 1) มีลักษณะในการเข้าสังคมที่ผิดปกติ 2) มีลักษณะในการสื่อสารที่ผิดปกติ และ 3) มีแบบแผนพฤติกรรมความสนใจหรือกิจกรรมที่จำกัด ทำซ้ำ และครุ่นขึ้นแบบเดิม (เมธิชา พงษ์ศักดิ์ศรี, 2554) ซึ่งมีแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ภาวะออทิสซึมในเด็กเพิ่มมากขึ้น และพบได้ในเด็กทั่วโลกโดยไม่จำกัดพื้นฐานทางสังคม ความผิดปกติหรือความบกพร่องเหล่านี้เป็นข้อจำกัดหรือข้อด้อยของบุคคล ออทิสติกในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ได้อย่างอิสระและการมีส่วนร่วมทางสังคมกับผู้อื่นได้ตามบทบาท (Spitzer, 2004; Law, 2006) นอกจากนี้ ในการดำเนินชีวิตทั้งในเรื่องของการดูแลตนเอง (Self-care or Activities of daily living: ADL) การเรียนหรือการทำงาน (Education or Work) และการเล่นหรือกิจกรรมความว่าง (Play or Leisure) ก็ได้รับผลกระทบ เช่นกัน โดยกล่าวได้ว่า บุคคลออทิสติกมีความยากลำบากในการพัฒนาการทำกิจกรรมตามวัย และกิจกรรมที่มีความหมาย ซึ่งหมายความว่า บุคคลออทิสติกมีความสามารถในการพัฒนาการทำกิจกรรมตามวัย และกิจกรรมที่มีความหมาย ที่ส่งผลกระทบโดยวนวนตลอดชีวิตของบุคคล โดยมีผลจากการศึกษาติดตามระยะยาว พบว่า เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่แล้วมีบุคคล ออทิสติกเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ดีและปานกลาง ส่วนใหญ่ยังคงต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดไปภายใต้ การดูแลของครอบครัวหรือศูนย์ที่ให้บริการเฉพาะ เช่น โรงพยาบาลรัฐ และสถาบันจิตเวช เป็นต้น (Howlin, Good, Hutton & Rutter, 2004: 212-229; Kabayashi, Murata & Yashinaga, 1992: 395-411) ในปัจจุบัน มีวิธีการดูแลรักษา ภาวะออทิสซึมที่แตกต่างจากอดีตอย่างชัดเจน ซึ่งสามารถช่วยพัฒนาให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการดีขึ้นจนสามารถเรียนรู้ปรับตัว ให้ชีวิตอยู่ร่วมในสังคมและประกอบอาชีพได้โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด (Independent living) ประกอบด้วย 2 แนวทางหลัก คือ 1) การบำบัดรักษาที่จำเป็น ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior modification) กิจกรรมบำบัด (Occupational therapy) การแก้ไขการพูด (Speech therapy) การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) การพัฒนาสมรรถภาพด้าน การศึกษา (Special education) การพัฒนาสมรรถภาพด้านอาชีพ (Vocational training) และการใช้ยา (Pharmacotherapy) และ 2) การบำบัดรักษาเสริมหรือทางเลือก เช่น ศิลปะบำบัด (Art therapy) ดนตรีบำบัด (Music therapy) การบำบัดด้วยสัตว์ (Animal-assisted therapy) เป็นต้น (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2554)

โดยสรุป เป้าหมายในการดูแลช่วยเหลือเด็กหรือบุคคลอหิตสติก จึงเป็นการส่งเสริมให้บุคคลอหิตสติกมีทักษะในการดำเนินชีวิตให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่เป็นภาระของผู้อื่น นอกจากครอบครัวที่มีบทบาทหลักที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือบุตรหลานที่มีภาวะอหิตสติกแล้ว ผู้เชี่ยวชาญจากสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team Approach) ด้านการดูแลและรักษาบุคคลอหิตสติกเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยให้เด็กหรือบุคคลอหิตสติกสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่าง平安 ดังนั้น คณผู้วิจัยได้เลือกหัวข้อความสำคัญในการตอบบทเรียนการพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลอหิตสติกในมุมมองผู้เชี่ยวชาญเพื่อเพิ่มความเข้าใจและเกิดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เปรียบเสมือนแผนที่หรือเข็มทิศสำหรับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลในการอบรม เลี้ยงดูส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลานในปัจจุบันที่มีภาวะอหิตสติกอย่างถูกต้อง ทำให้เด็กหรือบุคคลอหิตสติกได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพที่แฟงอยู่ภายใต้ของแต่ละบุคคลสู่การดำรงชีวิตได้อย่างอิสระและมีคุณค่าให้ได้มากที่สุด รวมถึงนำแนวปฏิบัติที่ได้รับจากการวิจัยไปเผยแพร่ให้เกิดประโยชน์ต่อสาธารณะอย่างกว้างขวางต่อไป

วัดถุประสงค์

เพื่อถอดบทเรียนการพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลอิสติกในมุมมองผู้เชี่ยวชาญ

ระเบียบวิธีวิจัย

แบบแผนการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะอหิสซีม จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ เชียงใหม่) พยาบาลจิตเวช (คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) นักกิจกรรมบำบัด (อาจารย์ประจำภาควิชาการกิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) ครูผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (โรงเรียนเรียนร่วมเอกชน จังหวัดเชียงใหม่) และบุคคลอหิสติกที่สามารถใช้ชีวิตในสังคมจนถึงปัจจุบันอย่างดี

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

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

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

- การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม (Field data) ดำเนินการดังนี้

1) คณบุรุจัยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะอทิสซึม จำนวน 5 คน เพื่อสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยจัดกลุ่มเป็นวงกลมแบบมีโต๊ะตรงกลาง ณ ห้องประชุม โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ คณบุรุจัยนั่งอยู่ในกลุ่มการสนทนากำนัล ที่ช่วยวิจัยนั่งอยู่ภายนอกกลุ่มเป็นผู้จัดบันทึกและบันทึกเสียงการสัมภาษณ์

2) คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกำหนดคำถามอภิปรายให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย ตามขั้นตอนดังนี้

- กล่าวคำต้อนรับและขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย
- รวบรวมข้อมูลภูมิหลังของผู้เข้าร่วมวิจัยและคนข้อมูลที่เป็นภูมิหลัง ใช้เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเข้าใจและถูกต้องยิ่งขึ้น
- อธิบายวัตถุประสงค์และกระบวนการ ระยะเวลาที่ใช้ การรักษาความลับของข้อมูล สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยและความสมัครใจ
- ขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียง
- ยุติการสัมภาษณ์ หลังจากได้ข้อมูลจนอิ่มตัว ผู้สัมภาษณ์ (คณะผู้วิจัย) กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน และมอบของที่ระลึก

3) คณะผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการบันทึกและถอดเทปมาตรวจสอบความครบถ้วนตามประเด็นที่สัมภาษณ์ จากนั้นทำการถอดเทปคำต่อคำ ประযิคต์ประยิค แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งด้วยการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการสรุปประเด็น (Themes) การรับรองจริยธรรมการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในคน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ EC-CMPHO 10/2559

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะอหิสซีม จำนวน 5 ท่าน ดังนี้คือ (1) จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เพศหญิง อายุ 30 ปี อาชีพ รับราชการ ตำแหน่ง จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สถานที่ทำงาน สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ ประสบการณ์การดูแลเด็กหรือบุคคลอหิสติก ประมาณ 5 ปี (2) อาจารย์ประจำภาควิชาการรับมือเด็ก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพศหญิง อายุ 53 ปี อาชีพ รับราชการ ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์ สถานที่ทำงาน ภาควิชาการรับมือเด็ก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประสบการณ์การดูแลเด็กหรือบุคคลอหิสติก มากกว่า 25 ปี (3) พยาบาลจิตเวช เพศหญิง อายุ 57 ปี อาชีพ พนักงานมหาวิทยาลัย (ข้าราชการ บำนาญ) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าตึกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถานที่ทำงาน ภาควิชาจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประสบการณ์การดูแลเด็กหรือบุคคลอหิสติก มากกว่า 25 ปี (4) อัธิการยานผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ หัวหน้างานเด็กพิเศษ โรงเรียนดาราวิทยาลัย เชียงใหม่ (โรงเรียนเอกชนที่จัดระบบการเรียนรวม) เพศหญิง อายุ 63 ปี อาชีพ เกษยณ ประสบการณ์การดูแลเด็กหรือบุคคลอหิสติก มากกว่า 30 ปี และ (5) อาจารย์พิเศษ เพศชาย อายุ 75 ปี อาชีพ อาจารย์สอนวิปสنانการรرمฐานภาษาอังกฤษแก่พренนิสิต (จิตอาสา) ชาวอังกฤษ ที่ทำงาน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่ ประสบการณ์การเป็นบุคคลอหิสติก 75 ปี

การพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลอหิสติกในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะอหิสซีม สรุปได้ดังนี้

มุมมองที่ 1: มุมมองของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และพยาบาลจิตเวช เห็นว่า บทบาทหน้าที่ของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และพยาบาลจิตเวชที่สำคัญ คือ การประเมิน การวินิจฉัย และการรักษา โดยกระบวนการที่สำคัญที่สุด คือ การค้นหาเด็กๆ ที่เสี่ยงต่อภาวะอหิสซีม ในระยะแรก (Early detection) หรือภายในอายุ 3 ขวบ เพื่อให้การรักษาอย่างทันท่วงที บุคคลที่จะช่วยให้กระบวนการนี้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลต่อเด็ก คือ ผู้ปักครอง แล้วพูดคุยและสื่อสารกับจิตแพทย์ เพราะยิ่งค้นหาความเสี่ยงต่อภาวะอหิสซีมได้เร็ว การพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตของบุคคลอหิสติกยิ่งใกล้เคียงหรือเป็นปกติมากขึ้น

มุมมองที่ 2: มุมมองของนักกิจกรรมบำบัด เห็นว่า การพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตสำหรับบุคคลอหิสติก ต้องรีบจากการที่ผู้ปักครองตรวจสอบว่า บุตรหลานมีการรับความรู้สึกและการรับรู้จากสิ่งที่มากระทบกับประสานสัมผัสทั้ง 5 คือ

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

มุ่งมองที่ 3: มุ่งมองของครูผู้ดูแลกลุ่มเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เห็นว่า การพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตสำหรับเด็กหรือบุคคลออทิสติกในโรงเรียนต้องได้รับความร่วมมือในการดูแลพัฒนาการและร่วมแก้ปัญหาในแนวทางเดียวกัน อย่างใกล้ชิดต่อเนื่องจากสองฝ่าย คือ โรงเรียนและผู้ป่วยครอง เพื่อการเรียนร่วม ทำให้เด็ก (ออทิสติก) ได้รับการพัฒนาทุกด้านพร้อมกันนั้นกลุ่มเพื่อนปกติจะยอมรับซึ่งกันและกัน และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่อกัน

มุ่งมองที่ 4: มุ่งมองของบุคคลออทิสติก เห็นว่า การพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตสำหรับบุคคลออทิสติกนั้น ผู้ป่วยครอง หรือผู้ดูแลควรมองว่า บุคคลออทิสติกเหมือนคนธรรมด้าทั่วไปที่มีปัญหาเหมือนกันหมด เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับพยาบาลแก้ปัญหา ทำให้ดีขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น ซึ่งบุคคลออทิสติกก็สามารถเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้เช่นเดียวกัน ไม่ควรมองเด็กหรือบุคคลออทิสติกแปลกด้วยจากคนอื่น ซึ่งการมองว่าเขามีแต่ต่างเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจอย่างดีเยี่ยมด้วยการปฏิบัติให้เหมือนคนทั่วไป ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยครองต้องค้นหาสิ่งที่ลูก (ออทิสติก) ของตนเองสนใจหรือชอบทำมากที่สุด เพราะสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดความสำเร็จตามมา

แนวปฏิบัติที่สำคัญในการพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลออทิสติก สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยครองต้องสังเกตการพัฒนาการที่ไม่เป็นไปตามวัยของบุตรหลานปัจจุบัน (ภายใน 3 ขวบ) โดยเฉพาะเรื่อง “การพูด” ถ้าพบให้รับพาบุตรหลานไปพบแพทย์ เพื่อเร่งแก้ไขช่วงปัจจุบัน ซึ่งเป็นวัยสำคัญที่สุด เปรียบดังโรคมะเร็ง ที่กล่าวว่า “รักษาให้หายได้ ถ้าคันพบร์เร็วและรักษาเร็ว” โรคออทิสติกมีเช่นเดียวกัน กล่าวได้ว่า “ใกล้เคียงปกติได้ ถ้าคันพบร์เร็วและรักษาเร็ว ช่วงปัจจุบัน”

2. ผู้ป่วยครองต้องสังเกตการรับรู้และการรับความรู้สึกของประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา (การมอง) หู (การรับเสียง) จมูก (การรับกลิ่น) ลิ้น (การรับรส) และผิวหนัง (การสัมผัส) ของบุตรหลานปัจจุบัน (ภายใน 3 ขวบ) ถ้าผิดไปจากเด็กทั่วไป รับพาบุตรหลานไปพบนักกิจกรรมบำบัดช่วยแก้ไขด้วยการบูรณาการประสาทความรู้สึก (Sensory Integration: SI) ปรับให้สมองแปลผลได้ถูกต้อง

3. ผู้ป่วยครองต้องยอมรับความผิดปกติของบุตรหลานให้เร็วที่สุด เพื่อเปิดโอกาสให้บุตรหลานได้พัฒนาและอยู่ร่วมในสังคมได้

4. ผู้ป่วยครองต้องมองบุตรหลาน (ออทิสติก) ให้เหมือนคนทั่วไป มองว่าเข้า “ทำได้ แก้ไขได้ ดีขึ้นได้” และมองหาสิ่งที่ชอบหรือพิเศษที่สุด สนับสนุนให้ทำต่อเนื่อง จนเป็นความสุขและความสำเร็จในที่สุด

การอภิปรายผล

ในมุ่งมองของผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะออทิสติก (มุ่งมองที่ 1: จิตแพทย์และพยาบาล จิตเวช) ซึ่งให้เห็นว่า กระบวนการที่สำคัญที่สุดคือ การค้นหาความเสี่ยงต่อภาวะออทิสติกในระยะแรก (Early detection) ในช่วง 3 ขวบปีแรก เนื่องจากกลุ่มโรคออทิสติกเป็นกลุ่มของโรคที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของสมอง ทำให้มีความบกพร่องของพัฒนาการหลายด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านภาษาและสังคมล่าช้า มีพัฒนาระยะช้า ความสนใจและการกระทำที่ซ้ำๆ และจำกัด โดยการดังกล่าวเกิดก่อนอายุ 3 ขวบ ซึ่งมีความรุนแรงของแต่ละโรคในกลุ่มแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับพัฒนาการทางภาษา ระดับสติปัญญา (Intelligence Quotient : IQ) และความผิดปกติอื่นๆ ที่พบร่วมด้วย ทั้งนี้ ความบกพร่องยังคงมีต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเฉพาะทักษะด้านสังคม มีเพียงร้อยละ 1-2 ที่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนคนปกติ อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่อายุยังน้อย จะทำให้

เด็กมีโอกาสพัฒนาได้มากกว่าการรักษาเมื่ออายุมากขึ้น (จอมสุรางค์ โพธิสัตย์, 2555) เช่นเดียวกันกับนักกิจกรรมบำบัด (มุมมองที่ 2: นักกิจกรรมบำบัด) ที่เห็นว่า การแก้ไขต้องเริ่มตั้งแต่พื้นฐานคือ การแก้ไขข้อบกพร่องของการรับความรู้สึกและการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้ง 5 (ตา หู จมูก ลิ้น และผิวน้ำหรือการสัมผัส) ในลักษณะการบูรณาการประสาทความรู้สึก (Sensory Integration: SI) เพราะ SI มีสัมพันธ์และสำคัญต่อการดำเนินชีวิต เริ่มต้นที่สมองทำการรับข้อมูลความรู้สึก แยกและจัดระเบียบข้อมูลความรู้สึกและให้ความหมายกับสิ่งเร้าความรู้สึก ผลของการทำงานที่ดีของสมองจะก่อให้เกิดเป็นการบูรณาการประสาทความรู้สึกที่ดี ส่งผลให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ แสดงออกเป็นพฤติกรรมตลอดจนเกิดการปรับตัวที่เหมาะสมสมกับสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดทักษะด้านการรู้คิด (Cognitive) และพัฒนาให้เกิดเป็นศักยภาพสูงสุดในการดำเนินชีวิตของเด็กแต่ละคน ความบกพร่องด้านการบูรณาการประสาทความรู้สึก เป็นปัญหาที่อาจเริ่มตั้งแต่ความยากลำบากในการรับข้อมูลความรู้สึก ทำให้เกิดความบกพร่องของการจัดระเบียบข้อมูลและประมวลผลข้อมูลความรู้สึกที่ได้รับ เด็กมักมีปัญหาอารมณ์ไม่คงที่ เช่น โกรธง่ายหรือมีอารมณ์รุนแรง จากความคับข้องใจที่เกิดขึ้นเมื่อการแก้ปัญหาหรือการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ไม่ได้ดังเป้าหมายที่ตั้งไว้ ความผันแปรของระดับความตื่นตัวที่สูงเกินไปหรือต่ำเกินไป จะส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการปรับระดับความรู้สึกและการรับรู้ที่ไม่คงที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน จนส่งผลต่อการปรับสภาวะอารมณ์สังคม (Socio-emotional) ที่มักพบในเด็กที่มีปัญหาสมาริสันและอุทิสติก (สrinanya ศรีเพชรaru, 2555; Smith & Schaeaf, 2006: 16-127; Buny, Lane & Murray, 2002: 7-86) สอดคล้องกับการศึกษาของ Miller, Coll & Schoen (2007: 228-238) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม มีกลุ่มควบคุมในกลุ่มตัวอย่างเด็กที่มีความบกพร่องด้านการบูรณาการประสาทความรู้สึก จำนวน 24 คน โดยเปรียบเทียบระหว่างการฝึก SI การฝึกแบบอื่นและการไม่ได้รับการฝึก ซึ่งพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม การบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัดด้วยการฝึก SI ช่วยให้เด็กที่มีปัญหาดังกล่าวมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีขึ้น จากการประเมินด้วย Short Sensory Profile และ Child Behavior checklist และการศึกษาของผู้วารณ์ สุทธิวงศ์ อภิศักดิ์ ประสมศรี กัญญารัตน์ เหล็กมูล และสุบิน สาวะธรรม (2556) พบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่าง (เด็กอุทิสติก) จำนวน 10 คน เข้ารับการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัดด้วยโปรแกรม SI แบบกลุ่มโดยมีรูปแบบกิจกรรมที่นำมาจากคู่มือการจัดกิจกรรมด้านการบูรณาการประสาทความรู้สึกสำหรับนักกิจกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่อง 6 ครั้ง พบร่วม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น แต่ในทางตรงข้ามค่าคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน Sensory profile กลับลดลง แสดงว่า เมื่อความถี่ของพฤติกรรมไม่เพิ่งประสงค์ที่เกิดจากความบกพร่องของระบบการรับความรู้สึกลดลง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของเด็กอุทิสติกก็จะเพิ่มขึ้น

เมื่อเด็ก (อุทิสติก) เข้าโรงเรียน ทางโรงเรียนต้องให้ความร่วมมือในการดูแลพัฒนาการและร่วมแก้ปัญหาเด็ก (อุทิสติก) ในแนวทางเดียวกันอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องจากสองฝ่ายคือ โรงเรียนและผู้ปกครอง (มุมมองที่ 3: นักครุภูดแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ) ดังนั้น ผู้ปกครองต้องยอมรับความพิเศษของบุตรหลานให้เริ่วที่สุด เพื่อเปิดโอกาสให้บุตรหลานได้พัฒนาและอยู่ร่วมในสังคมในโรงเรียนได้ เพราะการเรียนร่วม ทำให้เด็ก (อุทิสติก) ได้รับการพัฒนาทุกด้าน พร้อมกันนั้นก็มีเพื่อนปกติจะยอมรับซึ่งกันและกัน 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 ทางด้านจิตวิทยามาบูรณาการในการสอนการพัฒนาทักษะชีวิต ซึ่งวิธีการและเทคนิคต่างๆ เหล่านี้ ถูกนำมาใช้ในโรงเรียน และสอดคล้องกับ Reynolds (1994) ที่กล่าวว่า วิธีการในการฝึกอบรมและทำงานกลุ่ม ควรให้สมาชิกที่เข้าร่วมฝึกอบรมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใช้เกม การใช้สถานการณ์จำลอง การใช้บทบาทสมมติ การอภิปรายกลุ่ม การเรียนรู้จากการปฏิบัติ และการแบบฝึกหัด เป็นต้น ทั้งนี้ การที่ผู้ฝึกอบรมได้ร่วมกิจกรรมหรือทำงานร่วมกับกลุ่มเพื่อนจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมทางสังคมที่ดีได้ โครงสร้างของกลุ่มเพื่อนที่เป็นมาตรฐานเป็นการนำพาไปสู่การสนับสนุนพัฒนาระบบที่ดีงามด้วย ดังนั้น สรุปได้ว่า การพัฒนาทักษะชีวิตจะเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ร่วมกัน การสนับสนุน

จากกลุ่มเพื่อน โอกาสสำหรับการฝึกฝนทักษะ การให้ข้อมูลย้อนกลับที่ถูกต้อง และการวิพากษ์วิจารณ์อย่างสร้างสรรค์ รวมถึง การมีตัวแบบที่ดีของทักษะชีวิตโดยกลุ่มเพื่อนสมาชิกด้วยกัน เป็นต้น (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001) นอกจากนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dawning (1996: 11) ได้ศึกษาวิจัยความคิดเห็นของผู้ปกครอง ครูผู้สอนเด็กที่ว่าไปในโรงเรียน เรียนรวม ครูการศึกษาพิเศษ นักเรียนที่มีความต้องการพิเศษ และนักเรียนปกติ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ของการจัดการเรียนรวม ไม่เพียงแต่ทำให้เด็กที่มีความบกพร่องระดับมาก (Severe disabilities) มีพัฒนาการดีขึ้นทุกด้าน แต่กกลุ่มเพื่อนปกติก็ดีขึ้นด้วย เด็กๆ จะยอมรับซึ่งกันและกัน มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่อกัน เช่น การพูดคุย ร่วมกิจกรรมที่สนุกสนาน การทำงานร่วมกัน และ ทำให้เด็กที่ว่าไปปรับพฤติกรรมที่ว่าไปของตนเองให้เหมาะสม ลดความรุนแรงลง สำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ก็มีความรู้สึกที่ดี ต่อตนเอง ได้พัฒนาความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมีความหมาย (Develop meaningful social relationships) ได้พัฒนาการ ทางอารมณ์ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และครูเห็นว่า เด็กที่มีความต้องการพิเศษมีพัฒนาการในการเข้ากลุ่มดีขึ้น บรรยากาศในห้องเรียน อบอุ่น เด็กๆ ทุกคนปรับตัวทำให้พฤติกรรมเป็นไปตามความเหมาะสม และสุดท้าย มุ่งมองที่สำคัญที่สุดคือ มุ่งมองของบุคคล ออทิสติก (มุ่งมองที่ 4: บุคคลออทิสติก) ซึ่งเห็นว่า ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลความมองว่า บุคคลออทิสติก เหมือนคนธรรมดากว่าไป ที่มีปัญหาและพยายามแก้ปัญหาให้ดีขึ้น และไม่มองว่ามีความเปลกแยกจากคนอื่น จะเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจ อย่างดีเยี่ยม พร้อมทั้งค้นหาสิ่งที่ชอบทำแล้วมีความสุขเพื่อส่งเสริมให้เป็นความสามารถ รวมถึงการให้อิสระในการทำสิ่งต่างๆ เพื่อสังเกตดูศักยภาพของบุคคลออทิสติกนั้น และส่งเสริมให้เขาได้ทำกิจกรรมที่สนใจ สอดคล้องกับการอธิบายวิธีการเรียนรู้ ของเด็กหรือบุคคลออทิสติก ของ Bogdashina (2003) ที่กล่าวว่า บุคคลออทิสติก สามารถเรียนรู้ได้จากการมองเห็นและทดลอง ทำจริง เพราะเขาเหล่านั้นมีความจำเป็นรูปภาพที่ดีเลิศ (People with autistic can easily remember visual images) ฉะนั้น ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลควรนำจุดเด่นของเด็กหรือบุคคลออทิสติกในขอนี้มาช่วยในการเรียนรู้ พัฒนาทักษะต่างๆ การปรับ พฤติกรรม การฝึกวินัย หรือการแก้ปัญหาเล็กน้อยเพื่อขยับไปสู่ปัญหาที่ใหญ่ขึ้น ด้วยการใช้รูปภาพสอนร่วมด้วย เพราะ เขาเหล่านั้น (ที่มีภาวะออทิสติก) มีความจำเป็นรูปภาพที่ดีเลิศ จะทำให้เด็กหรือบุคคลออทิสติกเรียนรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัวและ ปรับตัวได้เพิ่มขึ้น และสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาทักษะชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับบุคคลออทิสติก เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ชุมชนผู้ปกครองบุคคล ออทิสติก เป็นต้น ควรประชาสัมพันธ์ที่เรียนหรือแนะนำปฏิบัติที่สำคัญที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้แก่สาธารณะ เพื่อให้ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลและประชาชนทั่วไปทราบและนำไปพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลออทิสติก ดังนี้

- ผู้ปกครองต้องสังเกตพัฒนาการที่ไม่เป็นไปตามวัยของบุตรหลานปฐมวัย (ภายใน 3 ขวบ) โดยเฉพาะเรื่อง “การพูด” ถ้าพบให้รับพาบุตรหลานพับเพทายเพื่อเร่งแก้ไขช่วงปฐมวัย ซึ่งเป็นวัยสำคัญที่สุด เปรียบดั่งโรมมะเริง ที่กล่าวว่า “รักษาให้หายได้ ถ้าคันพบร็ำและรักษาเร็ว” โรคออทิสซึมก็เข่นเดียวกัน กล่าวได้ว่า “ใกล้เดียงปกติได้ ถ้าคันพบร็ำและรักษาเร็ว ช่วงปฐมวัย”

- ผู้ปกครองต้องสังเกตการรับรู้และการรับความรู้สึกของประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา (การมอง) หู (การรับเสียง) จมูก (การรับกลิ่น) ลิ้น (การรับรส) และผิวหนัง (การสัมผัส) ของบุตรหลานปฐมวัย (ภายใน 3 ขวบ) ถ้าผิดไปจากเด็กที่ว่าไป รีบพาบุตรหลานพบนักกิจกรรมบำบัดช่วยแก้ไขด้วยการบูรณาการประสาทความรู้สึก (Sensory Integration: SI) ปรับให้สมอง แผลผลให้ถูกต้อง

- ผู้ปกครองต้องยอมรับความผิดปกติของบุตรหลานให้เร็วที่สุด เพื่อเปิดโอกาสให้บุตรหลานได้พัฒนาและ อยู่ร่วมในสังคมได้

- ผู้ปกครองต้องมองบุตรหลาน (ออทิสติก) ให้เหมือนคนทั่วไป มองว่าเขา “ทำได้ แก้ไขได้ ดีขึ้นได้” และมองหา สิ่งที่ชอบหรือพิเศษที่แฝงอยู่ สนับสนุนให้ทำต่อเนื่อง จนเป็นความสุขและความสำเร็จในที่สุด

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

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

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความร่วมมืออย่างดียิ่ง จากท่านผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาวะออทิสซึมที่ได้ให้ข้อเท็จจริงและข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้ อันได้แก่ แพทย์หญิงชุตินาด ศักดินทร์กุล จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สถาบันพัฒนาการเด็กราชวิถีรินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ รองศาสตราจารย์ ดร.เมธิษา พงษ์ศักดิ์ศรี ภาควิชาภัจจุบัน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อาจารย์รศ.ดร. ปั้นแก้ว อาจารย์ผู้ดูแลแผนกเด็กที่มีความต้องการพิเศษ โรงเรียนราษฎร์อุปถัมภ์ เชียงใหม่ ท่านอาจารย์พิเศษ (ขอสงวนนาม) จิตอาสาชาวอังกฤษสอนวิปัสสนากรรมฐานภาคภาษาอังกฤษแก่พระนิสิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่ ที่ได้ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์พร้อมบทสรุปการพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลออทิสติก จึงทำให้งานวิจัยนี้มีคุณประโยชน์ต่อผู้ปกครองและผู้ดูแล รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลออทิสติก ในการเพิ่มความเข้าใจ มีทิศทางและเกิดกำลังใจในการพัฒนาทักษะชีวิตให้กับเด็กหรือบุคคลออทิสติก

ท้ายที่สุด ขอขอบคุณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงใหม่ ในการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อให้การพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับบุคคลออทิสติกมีทิศทางชัดเจนอันจะส่งผลให้บุคคลที่มีภาวะออทิสติกดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่าและเต็มศักยภาพ

เอกสารอ้างอิง

จอมสุรางค์ โพธิสัตย์. 2555. ออทิสติก: กลุ่มโรคออทิสติก (Autistic spectrum disorder). (ระบบออนไลน์). แหล่งข้อมูล: <http://haamor.com/th/> (29 พฤษภาคม 2559)

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรชา. 2550. การบำบัดทางเลือกในเด็กพิเศษ. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลพริมพ์คุรุสภากาชาดพร้าว.

_____ 2554. ออทิสติก สเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder). (ระบบออนไลน์). แหล่งข้อมูล: <http://www.happyhomeclinic.com/factsheet201-asd.html> (12 กุมภาพันธ์ 2559)

พกภารณ สุทธิวงศ์ อภิศักดิ์ ประสมศรี กัญญาตัน เหล็กนุ่ม และสุบิน สาวยธรรม. 2556. การพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของเด็กออทิสติก ด้วย Sensory Profile. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล.

เมธิษา พงษ์ศักดิ์ศรี. 2554. ภาวะออทิสติกและผลผลกระทบต่อสังคมรวมทั้งการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายออทิสติก. เชียงใหม่: ภาควิชาภัจจุบัน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศรินยา ศรีเพชราภูร. 2555. กรอบข้างอิงการบูรณาการประสาทความรู้สึก: ทฤษฎีและปฏิบัติการทางคลินิกกิจกรรมบำบัด. ภาควิชาการกิจกรรมบำบัด 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.). Philadelphia: 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: Americal 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)