

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงการรับรู้ของผู้ปกครองต่อการดูแลเด็กออทิสติก และการบริการรักษาเด็กออทิสติกของศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคออทิสติก
2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้
3. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาท
4. การดำเนินงานรักษาเด็กออทิสติกของศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคออทิสติก

ประวัติของโรคออทิสติก (กัลยา วิริยะ, 2539, หน้า 7-8)

โรคนี้มีมานานแล้ว ทั้งนี้จากรายงานของนักวิทยาศาสตร์ชาวฝรั่งเศส เจ เอ็ม จี ไอทาร์ด (J.M.G. Itard) ในปี ค.ศ. 1799 ซึ่งเขียนเรื่องราวของเด็กชายอายุ 12 ปี ชื่อวิกเตอร์ในหนังสือ The Wild Boy of Avugron ผู้ซึ่งอาศัยอยู่ตามชายป่าและมีความผิดปกติทางพฤติกรรมมากมาย โดยเฉพาะเรื่องภาษาและการเรียนรู้ นอกจากนี้ในปี ค.ศ. 1919 ได้มีหนังสือที่เขียนถึงเรื่องราวของเด็กชายตอนอายุ 2 ขวบ 7 เดือน ซึ่งมีความบกพร่องในการรับรู้ การใช้ภาษา แยกตัว และมีพฤติกรรมแปลก ๆ โดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ โลเนอร์ วิทเนอร์ ซึ่งเรื่องราวจากหนังสือ ได้กระตุ้นให้ผู้สนใจเด็กกลุ่มนี้มากขึ้น

ในปี ค.ศ. 1934 มีบทความเขียนโดย อูเกน บูลเลอร์ (Eugen Bleuler) กล่าวถึงลักษณะเด็กที่มีอาการขาดการติดต่อกับผู้อื่น หันเข้าหาตนเอง ไม่แยแสต่อโลกภายนอก และตั้งชื่อว่า Autism ซึ่งมีรากศัพท์ภาษากรีกว่า Auto แปลว่า ตนเอง (Self)

ปี ค.ศ. 1940-1944 ศาสตราจารย์ ฮานส์ แอสเพอเกอ (Pro.Hans Asperger) จิตแพทย์ชาวเยอรมัน ได้กล่าวถึงกลุ่มของเด็กออทิสติกที่มีสติปัญญาดี พูดได้แต่มีสิ่งผิดปกติในน้ำเสียง (Tone) และมีการแสดงออกที่ผิดปกติ (Abnormal Expression) มีการเคลื่อนไหวช้า ๆ ไม่สบตาคน มองดูอะไรไปเรื่อย ๆ บางครั้งดูเหมือนมองทะลุตัวบุคคลไป เขาเรียกเด็กพวกนี้ว่า Asperger's Syndrome เข้าไว้ในกลุ่มเด็กออทิสติกเช่นเดียวกัน

ในขณะเดียวกัน ในปี ค.ศ. 1943 (พ.ศ. 2486) หรือเมื่อ 50 ปีมาแล้ว ศาสตราจารย์ แคนเนอร์ (Dr. Leo Kanner) เป็นคนแรกที่ได้รวบรวมลักษณะอาการเฉพาะโรค โดยจัดกลุ่มโรคนี้ไว้เป็นเด็กพิเศษกลุ่มหนึ่ง และแยกโรคนี้ออกจากกลุ่มโรคของเด็กที่มีความพิการอย่างรุนแรง (Severe mentally handicapped children) หลังจากนั้นก็มีคนสนใจเรื่องนี้เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ

ประมาณ 20 ปีต่อมา ในปี ค.ศ. 1962 (พ.ศ. 2525) ได้มีการจัดตั้งสมาคมของ พ่อ แม่ นักวิชาการ หรือผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับเด็กออทิสติกในประเทศอังกฤษ และมีประเทศต่าง ๆ ในทวีปอเมริกาและยุโรป โดยคนกลุ่มนี้ทำงานอย่างกว้างขวางในการรวบรวมปัญหา รวบรวมข้อมูลทางการแพทย์และการศึกษาค้นคว้าต่าง ๆ ให้บริการแก่ครอบครัวที่เพิ่งค้นพบว่าลูกเป็นออทิสติก และยังพยายามให้ความรู้กระจายออกสู่บุคคลทั่วไป

ในประเทศไทยไม่มีประวัติว่าค้นพบโรคออทิสติกเมื่อใด แต่เริ่มมีโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยทางจิตเวชเด็ก คือ โรงพยาบาลสำโรง ซึ่งตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2506 และต่อมาได้รับอนุมัติจากกระทรวงสาธารณสุขให้เปลี่ยนชื่อเป็น โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และปัจจุบันนี้ก็ยังรับรักษาเด็กออทิสติกอยู่

ความหมายของออทิสติก

คำว่าออทิสติก (Autistic) เป็นคำภาษาอังกฤษและเป็นคำคุณศัพท์ คำนามคือ ออทิสซึม (Autism) มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกว่า Auto ซึ่งแปลว่า ตัวเองนับว่าเป็นการใช้คำเรียกกลุ่มคนที่มีความหมายตรงกับลักษณะเด่นของเด็กออทิสติก ซึ่งมักจะชอบอยู่กับตัวเอง ยังไม่มีใครบัญญัติคำภาษาไทยแทนคำนี้จึงใช้ทับศัพท์ตามคำภาษาอังกฤษ แต่คนไทยมักนิยมใช้คำว่า ออทิสติก เป็นทั้งคำนามและคำคุณศัพท์ ดังนั้นความหมายของออทิสติกจึงหมายถึงคนที่มีลักษณะผิดปกติจากคนทั่วไป มักอยู่กับตัวเอง ไม่ติดต่อสื่อสารกับใคร เนื่องจากมีปัญหาการรับรู้ พัฒนาการ พฤติกรรม และการสื่อสาร (พวงแก้ว กิจธรรม, 2540, หน้า 1-2)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของโรคออทิสติกว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมแบบจำเพาะ ซึ่งปรากฏให้เห็นได้ในระยะแรกของชีวิตก่อนอายุ 30 เดือน พฤติกรรมที่ผิดปกตินั้นเป็นความบกพร่องเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์ทางสังคม ภาษา การสื่อความหมาย และการใช้จินตนาการในการเล่น

เพ็ญแข ลิมศิลา (2530, หน้า 276) กล่าวว่า ออทิสซึมหรือเด็กออทิสติก คือ เด็กที่มีความผิดปกติทางด้านพัฒนาการอย่างรุนแรง โดยเฉพาะพัฒนาการทางการสื่อสารภาษา และพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคม

วินัดดา ปิยะศิลป์ (2537, หน้า 10) กล่าวถึงโรคออทิสติกว่า เป็นโรคที่มีความผิดปกติในพัฒนาการของเด็ก มีความย่อหย่อนของประสาทการรับรู้ และด้อยในพัฒนาการทางภาษา และแยกตัวเองออกจากสังคม ความย่อหย่อนนี้จะขัดขวาง หรือแปลผลข้อมูลที่ได้รับจากสายตา การได้ยิน และประสาทสัมผัสอื่น ๆ ผิดพลาดจากปกติ มีผลต่อพัฒนาการทางการพูด และการสื่อสารอย่างมาก

กัลยา วิริยะ (2539, หน้า 9) กล่าวว่า ออทิสซึมเป็นโรคที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ผิดปกติ ส่งผลกระทบต่อการสื่อสารทั้งทางวาจา และท่าทาง รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อาการดังกล่าวปรากฏก่อนอายุ 30 เดือน และมีผลกระทบในทางลบต่อการศึกษาของเด็ก ลักษณะอื่นที่ปรากฏคือ การกระทำกิจกรรมซ้ำ ๆ หรือมีการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม เช่น กิจวัตรประจำวัน และตอบสนองที่ไม่ปกติต่อประสบการณ์ทางประสาทสัมผัสต่าง ๆ

จากความหมายของออทิสติกที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า ออทิสติก เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางพัฒนาการทางด้านภาษา ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และมักสังเกตเห็นอาการเหล่านี้ได้ชัดเจน ตั้งแต่อายุ 30 เดือน ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวมีผลกระทบต่อพัฒนาการด้านต่าง ๆ และเด็กกลุ่มนี้มักจะชอบทำอะไรซ้ำ ๆ มีความสนใจในสิ่งแวดล้อมที่ซ้ำซากจำเจ

สาเหตุ

สาเหตุของออทิสติก (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2539, หน้า 3)

มีความพยายามศึกษาถึงสาเหตุของออทิสติก แต่จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่ทราบสาเหตุแน่นอน มีเพียงหลักฐานสนับสนุนที่น่าจะเป็นสาเหตุของระบบประสาทในเด็กเอง สรุปสาเหตุที่เป็นไปได้ ดังนี้

1. พันธุกรรม
2. ปัญหาที่เกิดระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด
3. ความผิดปกติของสมอง กล่าวคือ
 - รูปร่างภายนอกของเนื้อสมองปกติ แต่เซลล์สมองบางส่วนมีลักษณะผิดปกติ
 - 30-40% ของเด็กออทิสติก มีคลื่นสมองผิดปกติ
 - สารเคมีในสมองชื่อ ซีโรโทนิน มีระดับสูงขึ้น

- โอกาสในการเกิดโรคในคนทั่วไป 4-5 คน/10,000 คน หรือบางรายงาน 10-20 คน/10,000 คน

- พบว่าญาติที่ใกล้ชิดสายเลือดเดียวกัน มีโอกาสเกิดออทิสติกมากกว่าคนทั่วไป

- พี่น้องคนต่อไปจากพ่อแม่คู่เดิม มีโอกาสเกิดโรคนี้นี้มากกว่าคนปกติ 50 เท่า และมีความเสี่ยงต่อความผิดปกติอื่นได้อีก เช่น เรืองบกพร่องทางภาษาหรือสังคม

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดใหญ่ ๆ 2 แนวคิด ที่อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคออทิสติกคือ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2543, หน้า 211-212)

1. สาเหตุทาง Psychodynamic

2. สาเหตุทางชีววิทยา

สาเหตุทาง Psychodynamic

แนวคิดนี้เชื่อว่า การเกิดโรคออทิสติกเกิดจากความสัมพันธ์ทางลบในครอบครัวเด็ก ใช้กลไกป้องกันตนเองแบบหลบไปอยู่ในโลกของตัวเอง เพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกกดดัน และการปฏิเสธของพ่อแม่และผู้ปกครอง (ทั้งในระดับสำนึกและ/หรือได้สำนึก) แนวคิดนี้ไม่สู้จะได้รับการยอมรับมากนักในปัจจุบัน แต่ก็ยังคงได้รับความสนใจอยู่บ้าง โดยเฉพาะในแง่ของความกลัวความกังวลของเด็กทารกที่เกิดใหม่รวมทั้งความเพ้อฝันในระดับจิตใต้สำนึกของเด็กทารกในครรภ์

สาเหตุทางชีววิทยา

งานวิจัยใหม่ ๆ จำนวนมากให้ความสนใจสาเหตุการเกิดโรคออทิสติกในแง่ชีววิทยา โดยเฉพาะปัจจัยทางด้านยีน เช่น

- ในปี 1960 มีการค้นพบว่า Fragile X Syndrome เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคออทิสติก และมักเกิดกับเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง อย่างไรก็ตามการค้นคว้าในปัจจุบันอธิบายว่า Fragile X Syndrome ไม่ใช่สาเหตุหลักของการเกิดโรคออทิสติก

- ปัจจุบันมีการยอมรับกันมากกว่า สาเหตุสำคัญเกิดจากความบกพร่องของ Central Nervous System ซึ่งอาจเกิดจากเซลล์ของสมองที่ผิดปกติ และความไม่สมดุลของสารเคมีของระบบประสาท และยังพบว่ามีความผิดปกติของบางตำแหน่งในสมองของเด็กกลุ่มนี้เมื่อเปรียบเทียบกับสมองเด็กปกติ เช่น มีการพบความผิดปกติในส่วนที่เรียกว่า Vermis ซึ่งอยู่ใน Cerebellum ทำให้เด็กกลุ่มนี้มีปัญหาทางด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ และจากการศึกษาของ Kemper & Bauman (1984 อ้างใน เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2541, หน้า 31-32) เกี่ยวกับความผิดปกติของสมองที่ทำให้เกิดโรคออทิสติก สรุปได้ดังนี้

เมื่อศึกษาโดยนับจำนวนเซลล์ในบริเวณต่าง ๆ ของสมอง เปรียบเทียบระหว่างเด็กออทิสติกกับเด็กปกติ จะพบความผิดปกติในเด็กออทิสติกอย่างชัดเจนอยู่ 2 แห่ง คือ ที่ Limbic System และที่ Cerebellum บริเวณ Limbic System ส่วนของ Amygdala และ Hippocampus ทำหน้าที่ควบคุมด้านอารมณ์ ความจำ การเรียนรู้ และแรงจูงใจ ความผิดปกติที่พบคือลักษณะของเซลล์บริเวณนี้มีขนาดเล็กมาก มีจำนวนเซลล์มากกว่าคนปกติจนมองเห็นเบียดกันหนาแน่น เปรียบเทียบกับการทำงานของคอมพิวเตอร์คือมีหน่วยความจำมาก แต่ไม่สามารถเชื่อมโยงความจำความรู้ได้ เด็กออทิสติกจึงมีความผิดปกติด้านอารมณ์และด้านการตั้งความสนใจ นอกจากนั้นแล้ว เซลล์ผิดปกติมีลักษณะเซลล์ที่ไม่พัฒนาหรืออ่อนกว่าอายุจริงมาก มีการลดจำนวนลงอย่างชัดเจนของเซลล์ Purkinje และการขาดหายไปของ Gliosis ซึ่งเป็นส่วนประกอบของสมองที่เป็นโครงพุงเซลล์ประสาท

บริเวณ Cerebellum ซึ่งควบคุมการประสานสัมพันธ์ มีจำนวนเซลล์น้อย มีช่องว่างระหว่างเซลล์มากมายจนมองเห็นการกระจัดกระจายของเซลล์ เซลล์มีลักษณะไม่พัฒนา เช่นเดียวกับเซลล์บริเวณ Limbic System ระยะพัฒนาการของเซลล์สมองเท่ากับเด็กวัยทารก ในครรภ์อายุ 7-8 เดือนนั้น พฤติกรรมของเด็กออทิสติกถูกควบคุมโดยสมองที่มีความบกพร่องดังกล่าวมาแล้ว

นักประสาทชีววิทยาเชื่อว่า การเกิดโรคออทิสติกเกิดจากความบกพร่องในช่วงการพัฒนาก่อนคลอดและในช่วงวัยทารก โรคบางชนิด เช่น หัดเยอรมัน การทำคลอดที่ไม่ถูกต้อง ก็มีความเป็นไปได้ที่จะทำให้เกิดภาวะนี้ด้วย นอกจากนั้นแล้วมลภาวะต่าง ๆ เช่น สารตะกั่วก็มีส่วนด้วยเช่นกัน ถ้าแม้จะมีเงื่อนไขหลายอย่างอธิบายความเป็นไปได้ที่ทำให้เกิดภาวะการดังกล่าว แต่นักวิจัยถึงด้านนี้ได้ให้คำแนะนำว่าโดยทั่วไปแล้วมักจะเกิดจากสาเหตุมากกว่าหนึ่งอย่าง

สาเหตุของการเกิดโรคออทิสติก ยังมีการศึกษาอยู่อย่างไม่หยุดยั้ง เพราะยังมีเรื่องที่ไม่รู้อีกมากเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคนี้ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องนี้ในปัจจุบันมีทัศนะว่าออทิสติกเป็นเรื่องของอาการและพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน มากกว่าเป็น โรค อย่างไรก็ตาม การพยายามศึกษาหาสาเหตุของออทิสติกเป็นเรื่องที่จำเป็น เนื่องจากการรู้สาเหตุจะเป็นกุญแจสำคัญนำไปสู่การแก้ไข ป้องกันการให้การดูแลรักษา และการจัดโปรแกรมการเรียนการสอน การอบรมเลี้ยงดู เด็กกลุ่มนี้ได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เขามีอาการของออทิสซึมน้อยที่สุด เพื่อให้เขามีชีวิตอย่างปกติในสังคมโดยไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว

อาการและพฤติกรรมที่พบในเด็กออทิสติก (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2539, หน้า 1)

1. มีความบกพร่องด้านมนุษยสัมพันธ์ ถือเป็นอาการสำคัญที่บ่งชี้ชัดเจนแตกต่างไปจากโรคอื่น ๆ เด็กไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดแบบปกติ กล่าวคือ

- วัยทารก เด็กปกติจะติดคนเลี้ยงมาก อยากให้อุ้ม มองหน้าสบตา มองตาม ถ้าเดินได้มักเดินเข้ามาหาคนเลี้ยง ตรงกันข้ามกับเด็กออทิสติกจะไม่ชอบให้อุ้ม ไม่สบตา ไม่มองหน้า ไม่สนใจตามหา

- วัยอนุบาล เด็กปกติจะสนใจเล่นกับเพื่อน รับรู้ได้ว่าคนอื่นโกรธ ไม่พอใจ ดีใจ ต้องการให้คนเลี้ยงปกป้อง เห็นความสำคัญ รู้จักอิจฉา เรียกร้องเมื่อไม่เห็น ตกใจกลัวจะวิ่งมาให้โอบ โอบสิ่งแปลกใหม่อยากให้มาดูด้วยกัน แต่ในเด็กออทิสติกจะไม่สนใจเล่นกับเพื่อน ไม่รับรู้อารมณ์คนอื่น ไม่สนใจใคร ไม่มองหน้า อาจเข้าหาคนบ้างแต่ก็เพื่อหนีบสิ่งของให้ ไม่สามารถสร้างความผูกพันได้ เมื่อกลัวหรือดีใจจะไม่เข้าหาคนเลี้ยง

2. ความบกพร่องของการสื่อสาร ประมาณ 50% ของเด็กออทิสติกมีปัญหาเรื่องการพูด และความผิดปกติของการพูดของเด็กออทิสติกคือ

- ไม่เข้าใจภาษาพูด
- ตอบสนองต่อเสียงแปลกไปจากเด็กทั่วไป ดูล้ำยเด็กหูหนวก แต่ถ้าเป็นเสียงที่ชอบจะตอบสนองได้ดีทุกครั้ง เช่น เสียงโฆษณาในทีวีที่ถูกใจ หรือเสียงแคะกระดาษห่อลูกอม

- ในเด็กเล็ก ๆ จะไม่ค่อยพบว่ามีเสียงในคอหยอกล้อกับ พ่อ แม่
- ไม่มีการแสดงท่าทางเพื่อบอกอารมณ์ เช่น ประหลาดใจ ดีใจ สงสาร
- เมื่อเริ่มพูดได้บ้าง ในเด็กปกติจะมีการสื่อสารสองทาง คือ ได้ตอบกับผู้อื่นได้ ซึ่งไม่พบในเด็กออทิสติกที่มักจะพูดตามเรื่องที่เขามกมุ่นอยู่ จะไม่พูดคุยถึงเรื่องคนอื่น แต่เด็กออทิสติกบางคนจะพูดมาก ซึ่งลักษณะการพูดมากจะเป็นการพูดซ้ำ ๆ เรื่อย ๆ มากกว่าที่จะพูดโต้ตอบกัน เมื่อเริ่มพูดได้เด็กออทิสติกก็มักจะไม่ค่อยพูดได้น้อยหรือชอบถามคำถามเท่านั้น

- วิธีการพูดมักสลับสรรพนาม ซึ่งคิดว่าเป็นเพราะเด็กใช้วิธีพูดโดยการเลียนแบบทั้งประโยค โดยไม่เข้าใจว่าต้องเปลี่ยนสรรพนามตามผู้พูด

- สำเนียงการพูดหรือร้องเพลงมักจะไม่ค่อยมีเสียงสูง-ต่ำ
- ชอบสร้างคำที่มีความหมายเฉพาะตัวเอง ซึ่งคนอื่นไม่เข้าใจ
- มักเลียนแบบพูดตาม ทั้งพูดตามทันทีที่คนอื่นพูดจบ หรือจำไปพูดโดยไม่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ขณะนั้น

3. ความผิดปกติของการเล่นและจินตนาการ

- สนใจสิ่งของซ้ำๆ และกระทำพฤติกรรมซ้ำซาก
- เล่นโดยขาดจินตนาการ ไม่สามารถสมมุติ จะเห็นได้ชัดเจนในวัยอนุบาล เด็กจะสนใจเฉพาะบางชิ้นส่วนของของเล่น เช่น เล่นรถจะหมุนดูเพียงล้อรถ หรือเล่นบ้านตุ๊กตาก็จะเพียงแต่เปิด-เปิดประตูซ้ำ ๆ
- เด็กออทิสติกบางรายที่มีสติปัญญาดีก็สามารถเลียนแบบสมมุติได้ เช่น บ่อนข้าวตุ๊กตา ยกหูโทรศัพท์มาแนบหูฟัง
- กลัวไม่มีเหตุผล เช่น กลัวเสียง กลัวรูปร่าง กลัวสี ซึ่งไม่น่ากลัว
- บางคนมักดม ชิม สิ่งของที่ไม่น่าดม ชิม
- จ้องมองสิ่งต่าง ๆ ด้วยหางตา
- สะบัดมือ เคลื่อนไหวซ้ำ ๆ
- ทำร้ายตัวเอง กัดข้อมือ โขกหัว ตบตีตัวเอง พบได้ทั้งออทิสติกทั่วไป และออทิสติกที่มีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย
- ติดของที่ไม่น่าสนใจ เช่น ฝาขวด ไม้กวาด เมื่อโตขึ้นบางคนจะหมกมุ่นกับเรื่องแผนที่ เบอร์โทรศัพท์
- มีกิจวัตรประจำวันแบบซ้ำ ๆ เช่น ข้าวไข่เจียวต้องอยู่ในถาดหลุม ขนมปังต้องหันขวาง น้ำต้องเทเพียงครึ่งแก้ว ตำแหน่งของเครื่องเรือนต้องอยู่ที่เดิม
- เมื่อโตขึ้นก็ยังคงการแบบแผนซ้ำ ๆ และถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจะหงุดหงิด ทนไม่ได้

การวินิจฉัย (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2537, หน้า 9-11)

ข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัยโรคออทิสติก ของ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4 ed) สำหรับการวินิจฉัยภาวะออทิสซึมมีหัวข้อใหญ่ 3 ข้อ คือ (ก) (ข) และ (ค) ดังนี้

ก. ต้องพบอาการทั้งหมดอย่างน้อย 6 ข้อย่อย จากข้อ (1) (2) และ (3) ซึ่งจะต้องพบในข้อ (1) อย่างน้อย 2 ข้อย่อย และอย่างละ 1 ข้อย่อยจากข้อ (2) และข้อ (3)

(1) มีการสูญเสียทางปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

ซึ่งแสดงให้เห็นได้อย่างน้อยที่สุด 2 ข้อย่อย ดังต่อไปนี้

1.1 ไม่สามารถแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น เช่น ไม่มีการสบตากับผู้ใด ไม่มีการแสดงออกทางสีหน้า กิริยาหรือท่าทางแต่อย่างใด

1.2 ไม่มีความสามารถที่จะผูกสัมพันธ์กับใคร เพื่อให้เป็นเพื่อนกันได้

1.3 ขาดการแสวงหาเพื่อนที่จะเล่นสนุกกับใคร ไม่แสดงความสนใจที่จะทำงานร่วมกับใคร ไม่สามารถร่วมกันทำประโยชน์ต่อส่วนรวมกับผู้อื่นได้

1.4 ไม่สามารถมีการติดต่อทางสังคมและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมเมื่ออยู่ในสังคม

(2) มีการสูญเสียทางการสื่อความหมาย

ซึ่งจะต้องพบหัวข้อย่อยอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

2.1 มีความล่าช้าหรือไม่มีพัฒนาการทางด้านภาษาและการพูดเลย หรือไม่สามารถใช้กิริยาท่าทางในการสื่อความหมายกับผู้ใดได้

2.2 ในรายชื่อที่สามารถพูดได้แล้ว ก็ไม่สามารถสนทนาได้ตอบกับผู้อื่นได้อย่างเข้าใจและเหมาะสม

2.3 มักจะพูดซ้ำ ๆ ในสิ่งที่ตนเองต้องการจะพูดและตนเองสนใจ โดยไม่สนใจว่าจะมีผู้อื่นฟังหรือไม่

2.4 ไม่สามารถเล่นสมมุติได้ด้วยตนเอง หรือไม่สามารถเล่นลอกเลียนแบบที่เคยพบเห็นในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามวัย

(3) มีพฤติกรรม ความสนใจ และการกระทำซ้ำ ๆ

ซึ่งจะต้องพบ 1 ข้อย่อย ดังนี้

3.1 มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ อย่างเดียว หรือมากกว่าหนึ่งอย่างก็ได้ มีความสนใจสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะที่ผิดปกติอย่างเด่นชัด เช่น สนใจมองใบพัดของพัดลมที่กำลังหมุนอยู่ได้ทั้งวัน

3.2 ไม่สามารถยืดหยุ่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เคยทำซ้ำ ๆ เป็นประจำได้ โดยต้องกระทำตามขั้นตอนเหมือนเดิมทุกครั้ง

3.3 มีการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ เช่น การกระดิกนิ้วมือไปมา การโบกมือไปมา การหมุนมือ หรือการหมุนตัวไปรอบ ๆ เป็นต้น

3.4 มีความสนใจ เกี่ยวกับส่วนใดส่วนหนึ่งของวัตถุหรือของเล่นเท่านั้น เช่น ถ้ำยื่นรถสำหรับเด็กเล่นให้ เด็กจะสนใจหมุนแต่ล้อใดล้อหนึ่งเท่านั้น โดยไม่สนใจส่วนอื่นเลย

ข. จะต้องพบว่ามีความล่าช้าหรือความผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อ ก่อนอายุ 3 ปีคือ

1. ทางปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
2. ภาษาที่ใช้ในการสื่อความหมายทางสังคม
3. การเล่นแบบสมมุติ หรือการเล่นจากการสร้างจินตนาการ

ค. ความผิดปกตินี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับอาการผิดปกติอื่น ๆ เช่น กลุ่มอาการ เรทท์ (Rette's Syndrome) หรือความผิดปกติทางสมองอื่น ๆ ในวัยเด็ก

อุบัติการณ์

พบว่ามียุติกาออทิสติกในต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศอังกฤษ เดนมาร์ก และสหรัฐอเมริกา มีจำนวน 4-5 คน ในเด็กที่เกิด 10,000 คน

เด็กชาย : เด็กหญิง = 4.5 : 1 (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2537, หน้า 11)

ในประเทศไทยได้ศึกษา เด็กออทิสติกที่รับไว้ในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517-2531 มีจำนวน 227 คน

เด็กชาย : เด็กหญิง = 3.3 : 1 (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2538, หน้า 365)

การพยากรณ์โรค

ขึ้นอยู่กับระดับ IQ และถ้าเด็กได้รับการช่วยเหลือจนสามารถพูดได้ก่อนอายุ 5 ปี หรือได้รับการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษา การสื่อความหมายได้ดีในระยะก่อนวัยเรียน การพยากรณ์โรคจะอยู่ในเกณฑ์ดี

ร้อยละ 20 อยู่ในเกณฑ์ดี (Good Social Adjustment)

ร้อยละ 20 อยู่ในเกณฑ์พอใช้ (Fair Adjustment)

ร้อยละ 60 จะมีความพิการรุนแรง (Severe Handicap) ซึ่งในกลุ่มนี้จะพบว่า เด็กมีปัญหาอ่อนตัว และมีการชัก (Epileptic Seizure) ในวัยรุนแรงด้วย (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2530, หน้า 3-6)

การรักษา (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2537, หน้า 20-22)

เนื่องจากยังไม่มีข้อสรุปได้ว่าอะไรคือสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคออทิสติก เพราะยังขาดหลักฐานที่ยืนยันแน่นอนในเรื่องของพยาธิสภาพทางสรีรวิทยาของออทิสซึมขอสรุปเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยออทิสติก ดังต่อไปนี้

1. ทำการประเมินความผิดปกติของเด็ก จากประวัติที่ได้จากพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู จัดระดับการพัฒนาในด้านสังคม การสื่อความหมาย อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติต่าง ๆ เปรียบเทียบเด็กในวัยเดียวกัน สังเกตพฤติกรรมของเด็ก แจกแจงการวินิจฉัย แนวทางในการรักษา พร้อมทั้งตอบปัญหาที่ผู้ปกครองสงสัย

2. ฝึกพ่อแม่ของเด็กให้มีความสามารถกระตุ้นพัฒนาการให้เด็กตามขั้นตอน ในระยะแรก โดยจัดอบรมผู้ปกครองเป็นกลุ่มย่อย และรวมกลุ่มให้ความรู้เรื่องออทิสซึม เพื่อให้ผู้ปกครองยอมรับถึงความผิดปกติของเด็กในแต่ละคน สอน แนะนำ สาธิต ให้ผู้ปกครอง ฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือเด็กของแต่ละครอบครัวด้วยตนเองที่บ้านเป็นรายบุคคล

3. พฤติกรรมบำบัด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และพัฒนาการ เรียนรู้

4. อรรถบำบัด เมื่อเด็กเริ่มเปล่งเสียงได้ ก็จะได้รับ การฝึกพูดจากนักฝึกพูด

5. การศึกษาพิเศษ จัดชั้นเรียนการศึกษาพิเศษสอนโดยครูการศึกษาพิเศษ ซึ่งได้รับการช่วยเหลือจากกองการศึกษาพิเศษ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ตั้งแต่ระดับชั้น อนุบาล ปีที่ 1 จนถึงมัธยมปีที่ 3 เด็กที่มีความสามารถดีในการเรียนรู้จะถูกส่งไปเรียนร่วมกับเด็ก ปกติต่อไป

6. โครงการเรียนร่วมกับเด็กปกติ เด็กที่มีความสามารถดีในการเรียนรู้ และมี พฤติกรรมทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติจะส่งไปขอความช่วยเหลือจากอาจารย์กองการศึกษาพิเศษ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ เพื่อช่วยจัดหาโรงเรียนทั่วไปที่เหมาะสมให้

7. การรักษาทางยา การให้ยาในการรักษานั้นจะให้เด็กออทิสติกบางรายที่มีปัญหา ด้านการนอน หรือมีปัญหาทางด้านอารมณ์อย่างรุนแรง

8. การฝึกอาชีพ ควรฝึกอาชีพง่าย ๆ ตามความสามารถของเด็กแต่ละคน

หลักการดูแลเด็กออทิสติกในครอบครัว (ชูศักดิ์ จันทยานนท์, 2541, หน้า 2)

ก่อนที่จะเริ่มต้นช่วยเหลือบุตรที่มีความบกพร่องนั้น ครอบครัวควรกำหนดกรอบหรือ หลักการเบื้องต้นไว้เพื่อทุกคนในครอบครัวจะได้ยึดเน้นปรัชญาในการดูแลเด็กได้อย่างสอดคล้อง ดังนี้

1. ดูแลเขาอย่างปกติทั่วไป

เด็กควรได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือในการดำรงชีวิตโดยยึดหลักพึ่งตัวเองให้ มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การดำเนินชีวิตต่าง ๆ ควรปฏิบัติอย่างปกติทั่วไป ดูแลเหมือนเด็ก ทั่วไป ฝึกฝนเขาให้รู้จักสิ่งพึงกระทำ และพึงละเว้นการกระทำ

2. จัดสภาพแวดล้อมและบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสม

บิดามารดาจะต้องช่วยบุตร โดยการจัดสภาพแวดล้อมแห่งการเรียนรู้ให้แก่บุตร ส่งเสริมให้บุตรได้รับการศึกษาที่เหมาะสมกับสภาพความต้องการ เพื่อให้บุตรได้รับประโยชน์สูงสุด ในการพัฒนาศักยภาพ เด็กควรมีโอกาสได้ร่วมกิจกรรมอย่างเต็มที่ทั้งในบ้านและนอกบ้าน

3. การยอมรับของครอบครัว

ต้องทำให้เด็กรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มีความรับผิดชอบ ที่เสมอภาคกันในหมู่พี่น้อง และให้เขาได้เรียนรู้ที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว รับฟังและตอบสนองความต้องการที่เหมาะสมกับเขา ปฏิบัติต่อเขาอย่างเท่าเทียมกัน ให้สิทธิ ส่วนบุคคลแก่เขา

4. เชื่อมั่นในความสามารถของเขา

เชื่อมั่นความสามารถของเขา เชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถที่จะเรียนรู้ได้ ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวพยายาม สร้างเสริม เสาะแสวงหาโอกาสต่าง ๆ มาให้กับบุตร ทั้งด้านการ บำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การศึกษา การสังคม และการอาชีพ

5. ตระหนักถึงความมีสิทธิ

แม้บุตรจะมีความบกพร่อง แต่เขาก็มีสิทธิทางนิตินัยทางพฤติกรรม สิทธิทาง นิตินัยเป็นสิทธิทางกฎหมายที่ผู้ที่มีความบกพร่องพึงมีพึงได้ ทั้งตามหลักกฎหมายที่เกี่ยวกับ สิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นสิทธิที่มนุษยชาติพึงมีพึงได้ในฐานะพลเมืองของประเทศ สิทธิตามกฎหมาย รัฐธรรมนูญและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งบัญญัติรับรองสิทธิทั้งด้านการศึกษา การรักษา การฟื้นฟู การพัฒนา

วิธีการดูแลเด็กออทิสติก (ชูศักดิ์ จันทยานนท์, 2541, หน้า 3)

วิธีการเลี้ยงดูบุตรที่เป็นออทิสติก ที่จริงแล้วไม่มีอะไรพิเศษมากนัก แต่มีข้อสังเกต ดังนี้

1. ต้องยอมรับและเข้าใจในความต้องการพิเศษของบุตร
2. ให้ความรัก ความอบอุ่น และความเอาใจใส่เขา
3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อเด็ก สอนเขาด้วยเหตุผลอย่าใช้อารมณ์ ต้องชมเชย และชื่นชมทุกครั้งที่เขาทำงานเสร็จ หรือเด็กมีการแสดงออกที่เหมาะสม เพื่อให้เด็กรู้สึกว่ามีคุณค่าการให้รางวัลนอกจากคำชมอาจเป็นการกอด สัมผัส หรือแม้แต่ขนมชิ้นเล็ก ๆ

4. เน้นในสิ่งที่เด็กทำได้ เพื่อเด็กจะได้ภูมิใจและประสบความสำเร็จ
5. พัฒนาและช่วยเหลือเด็กให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้
6. สอนเด็กอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ มีการวางแผนจัดโปรแกรมที่เหมาะสมกับวัยและความสามารถของเด็ก ทำตารางเวลาในการฝึกไว้ พยายามจัดให้ยืดหยุ่นได้ ในขั้นแรกมีกิจกรรมหลายอย่างที่ ต้องฝึก เช่น กิจกรรมพัฒนาทักษะกล้ามเนื้อมัดใหญ่และมัดเล็ก (Gross Motor & Fine Motor) โดยใช้กิจกรรมแบบเด็กอนุบาล เช่น เล่นสี บั่นแป้ง หยิบของใส่กล่อง หยอดบล็อค โดยจัดหา ของเล่นเพื่อการศึกษามาให้ (Education Toy) มาให้
7. กระตุ้นทักษะทางภาษาของเด็กอย่างต่อเนื่อง เวลาพูดคุยกับเด็ก พยายามพูดชัด ๆ ใช้คำสั้น ๆ คำเดียว คำสองคำ คำสั้น ๆ เด็กจะได้เข้าใจได้ กระตุ้นให้เด็กได้ตอบคำถามง่าย ๆ สั้น ๆ เล่านิทานให้เด็กฟัง สอนโดยใช้ของจริง บัตรภาพ บัตรคำ ให้เหมาะสมกับเรื่องราว
8. สอนทักษะสังคมที่เหมาะสมแก่เด็ก เริ่มจากสอนมองสบตา สอนทักษะการฟัง การเล่นกับกลุ่ม การรอคอย พยายามพาไปสู่สังคมจริง ๆ และสอนในทุกขณะสถานการณ์นั้น อย่างเข้าใจ ใจเย็น และอดทน
9. สอนลูกเหมือนกับเด็กปกติทั่วไป ให้อำนาจการช่วยเหลือตนเองตามวัย ความสามารถ และข้อจำกัดของเด็ก เริ่มจากการดูแลรักษาความสะอาดตนเอง การขับถ่าย การฝึกรับประทานอาหาร และมารยาทต่าง ๆ
10. เปิดโอกาสให้เด็กทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ภายใต้อาการดูแล การให้กำลังใจ และการสนับสนุนตามความจำเป็น และเหมาะสม
11. ฝึกให้เด็กรู้จักการมีระเบียบวินัย วางระเบียบกฎเกณฑ์ให้เขาบ้าง อะไรทำได้ อะไรทำไม่ได้ เช่น รู้จักการเข้าแถว การรอคอย การรู้จักกฎกติกาในการเล่นและอยู่ร่วมกับผู้อื่น ซึ่งถือเป็นพื้นฐานในการที่เด็กจะไปอยู่ร่วมในโรงเรียนและสังคม เมื่อเติบโตขึ้น
12. รู้แหล่งที่จะให้บริการ ให้คำปรึกษาแนะนำช่วยเหลือ รวมทั้งเข้าใจการประสานงาน และทำงานร่วมกับบุคคลเหล่านั้น

บทบาทสำคัญของบิดามารดาในการดูแลเด็กออทิสติก (ชูศักดิ์ จันทยานนท์, 2541, หน้า 2)

บิดามารดาต้องตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการช่วยเหลือบุตร การเริ่มต้นลงมือช่วยเหลือบุตร ขั้นตอนแรกคือ จะต้องศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับบุตรในทุกด้าน เพราะจะทำให้เข้าใจสภาพความต้องการของบุตรได้ เข้าใจกระบวนการวิธีการ และกิจกรรมในการพัฒนาบุตร ให้มีความก้าวหน้ามากขึ้น

ความรู้ที่ควรศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการของบุตร เช่น ออทิสติก เป็นอย่างไร ปัญญาอ่อนเป็นอย่างไร เป็นต้น ความรู้เกี่ยวกับวิธีการสอน วิธีการปรับพฤติกรรม วิธีการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษา การสอนทักษะการเรียนรู้ การสอนทักษะการช่วยเหลือตนเอง การสอนทักษะทางสังคม การสังเกตพัฒนาการ การประเมินพัฒนาการ เป็นต้น

นอกจากนี้ การศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ บุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ แหล่งบริการทั้งด้านการรักษา และการศึกษา การประสานความร่วมมือระหว่างฝ่ายต่าง ๆ การพาบุตรเข้าไปรับบริการ การฝึกฝนบุตรเพิ่มเติมหลังจากรับบริการ

ภาระกิจมากมายที่บิดามารดาพึงกระทำเพื่อช่วยเหลือบุตรที่เป็นออทิสติก ซึ่งทั้งบิดามารดา และสมาชิกในครอบครัวทุกคนจะต้องประสานพลังกาย พลังใจ พลังปัญญา รวมพลังศรัทธาแห่งความเชื่อ ศรัทธาแห่งความรัก ความผูกพัน ที่มีต่อกันและกัน และที่มีต่อบุตร รวมพลังแห่งความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันให้จงได้

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

การรับรู้ (Perception) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน (Latin) หรือ "Percipare" ซึ่ง Per หมายถึง "ผ่าน" (Through) และ Capare หมายถึง "การนำ" (To Take) (Bunting, 1988 อ้างใน กัลยา วิริยะ, 2539, หน้า 22)

นักการศึกษาและนักจิตวิทยาหลายท่านได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ดังนี้

สุชา จันทร์อม (2535, หน้า 119) กล่าวว่า การรับรู้คือการตีความจากการสัมผัส (Sensation) และในแง่ของพฤติกรรมกรรับรู้เป็นขบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้า และการตอบสนองต่อสิ่งเร้า

จำเนียร โชติช่วง (2516, หน้า 2) กล่าวว่า การรับรู้คือการสัมผัสที่มีความหมาย (Sensation) การรับรู้เป็นการแปลหรือตีความแห่งการสัมผัสที่ได้รับออกเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมายหรือที่รู้จักเข้าใจโดยและกระบวนการรับรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบด้วยการสัมผัสหรืออาการสัมผัส ชนิด และธรรมชาติของสิ่งที่มาเร้า การแปลความหมายจากอาการที่มาสัมผัส การใช้ความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิมเพื่อแปลความหมาย

โสภา ชูพิชัยกุล (2521, หน้า 130) กล่าวว่า การรับรู้คือขบวนการที่อินทรีย์ต่าง ๆ พยายามที่จะแสดงความรู้สึกจากสิ่งที่ตนได้รับรู้ออกมาในรูปของการกระทำใดกระทำหนึ่ง หรือในรูปของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีความหมาย ซึ่งต้องอาศัยจิตวิทยาทั่วไป อวัยวะสัมผัสต่าง ๆ เช่น ตา ปาก หู จมูก เป็นต้น

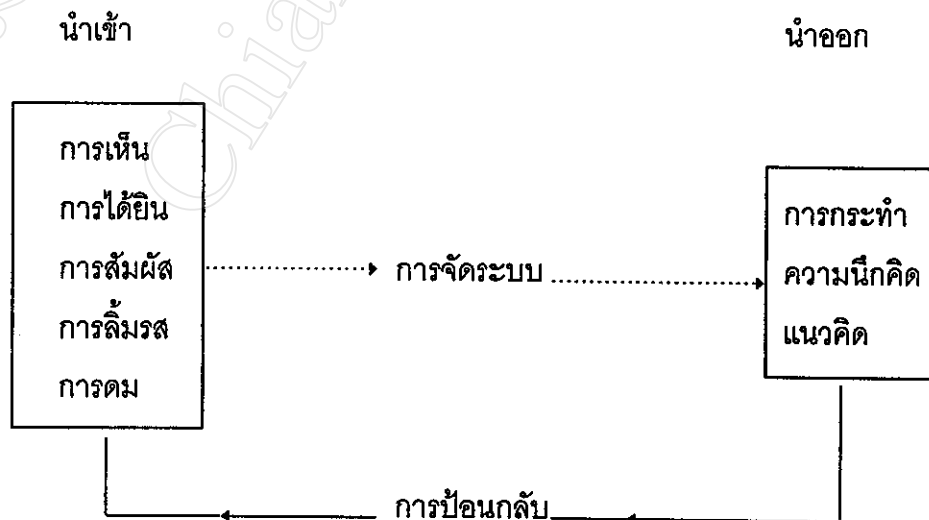
กันยา สุวรรณแสง (2533, หน้า 119) กล่าวว่า การรับรู้คือการใช้ประสบการณ์เดิม แปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัสแล้วเกิดความรู้สึก ระวังว่าเป็นอะไร

แกริสัน และมากูน (Garrison & Magoon, 1972 อ้างใน ราณี วิริยะกิจเจริญ, 2535, หน้า 32) กล่าวว่า การรับรู้ เป็นกระบวนการซึ่งสมองตีความหรือแปลความหมายของ ข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไรและกรที่จะรับรู้สิ่งเร้าที่มาสัมผัสได้นั้นต้องอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วย ในการตีความ ถ้าไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนบุคคลก็ไม่สามารถรับรู้ได้ว่าสิ่งนั้นมี ความหมายอย่างไร

จากความหมายการรับรู้ดังกล่าวมาสรุปได้ว่า การรับรู้หมายถึงการแปลความ หรือให้ความหมายกับสิ่งที่บุคคลได้รับโดยผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 โดยใช้ประสบการณ์เดิม และเมื่อเกิดการรับรู้ในตัวบุคคลแล้วถึงนำไปสู่การกระทำต่าง ๆ ของบุคคล

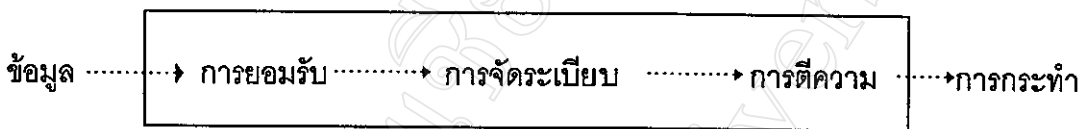
กระบวนการรับรู้ (ราณี วิริยะเจริญกิจ, 2535, หน้า 10)

การรับรู้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลซึ่งไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง การรับรู้เป็นกระบวนการประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังที่ ฮูลซ์ และโบว์ดิทซ์ (Huse & Bowditch, 1977, p.127) ได้กล่าวว่า บุคคลแต่ละคนเป็นเสมือนระบบชนิดที่สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ต่าง ๆ มาสู่ตน โดยผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การเห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรส และการดม จากนั้นข้อมูลที่เข้ามาจะได้รับการจัดระบบและกลายมาเป็นสิ่งที่รับรู้โดยสามารถ ตองสนองออกมาเป็นการกระทำ ความนึกคิด และแนวคิด ดังแผนภูมิ 1



แผนภูมิ 1 กระบวนการรับรู้ของ ฮูลซ์ และโบว์ดิทซ์

เชอร์เบอร์ฮอร์น, ฮันท์ และออสบอร์น (Schermerhorn, Hunt & Osborn, 1982, pp.409-410) ได้กล่าวถึงกระบวนการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาเบื้องต้นในการตีความสิ่งเร้าที่มาสัมผัสต่าง ๆ เพื่อสร้างประสบการณ์ที่มีความสำคัญสำหรับผู้รับรู้ การรับรู้เป็นปัจเจกบุคคลมีความแตกต่างกันไม่มีบุคคลใดที่จะมีการรับรู้ที่เหมือนกับบุคคลอื่นเลยทีเดียวเพราะเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้า หรือสิ่งรับรู้นั้นขึ้นเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะตัวเองดังแสดงในแผนภูมิ 2



แผนภูมิ 2 กระบวนการรับรู้ของเชอร์เบอร์ฮอร์น, ฮันท์และออสบอร์น

สรุปได้ว่า กระบวนการรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลประกอบด้วยสิ่งเร้าหรือข้อมูลนำมาสู่การสัมผัส การเลือก การแปลความ หรือการให้คุณค่า โดยอาศัยปัจจัย การเลือก การแปลความ หรือการให้คุณค่า โดยอาศัยปัจจัยต่าง ๆ ที่อยู่ภายใน และภายนอกตัวบุคคลมาแปลความหรือการให้คุณค่าโดยอาศัยปัจจัยต่าง ๆ ที่มาตอบสนองออกมาในรูปของความคิด การคาดคิดหรือการกระทำ อย่างไรก็ตามกระบวนการรับรู้จะเกิดขึ้นได้ย่อมมีปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลที่จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ต่างกัน

ความสำคัญของการรับรู้

การรับรู้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมประจำวันตลอดจนปฏิบัติการทางสังคมและการรับรู้ไม่ใช่การคัดลอกลักษณะเชิงกายภาพเข้าสู่สมอง สิ่งที่ได้รับจึงไม่ถูกต้องเสมอไป (รัจรี นพเกตุ, 2540, หน้า 4) การรับรู้ที่ถูกต้องจะเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ที่ดี เพราะถ้าคนเราจะมีความคิด ความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติที่ดีนั้นจะต้องเริ่มจากการรับรู้ที่ดีเสียก่อน (กันยา สุวรรณแสง, 2532, หน้า 50) กล่าวถึงความสำคัญของการรับรู้ไว้ดังนี้

1. การรับรู้มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ การรับรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งสังเกตจาก
ขบวนการดังนี้

สิ่งเร้า> ประสาทสัมผัส> ตีความและ> การรับรู้> เกิดลำดับเป็น
กับสิ่งเร้า หมายความว่า การเรียนรู้

และในทำนองเดียวกันการเรียนรู้ก็มีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ เนื่องจากความรู้
ความจำเดิมจะช่วยแปลความหมายให้ทราบว่าคืออะไร

2. การรับรู้มีความสำคัญต่อเจตคติ อารมณ์ และแนวโน้มของพฤติกรรมเมื่อเกิด
การเรียนรู้ขึ้นแล้ว ย่อมจะเกิดความรู้สึกและมีอารมณ์ต่อมาพัฒนาเป็นเจตคติและการเกิด
พฤติกรรม

การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลเด็กออทิสติก

การรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกมีความสำคัญมากในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมและการดูแลเด็กของผู้ปกครอง เพราะการที่บุคคลมีการรับรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ย่อมส่งผล
ทำให้บุคคลมีการตอบสนองต่อการรับรู้โดยแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการรับรู้ การรับรู้
ได้ถูกนำมาใช้ในรูปแบบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งมีพื้นฐาน
มาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ พัฒนาขึ้นโดยโรเซนสตอค และคณะ
ในระหว่างปี ค.ศ. 1950-1960 โดยศึกษาในรูปแบบของการรับรู้ภายใต้แนวคิดที่ว่า บุคคลจะหา
ทางหลีกเลี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนนั้นขึ้นอยู่กับสิ่งที่เขารับรู้ว่าตัวเองมีโอกาสเสี่ยง
ต่อการเกิดโรค มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิต รับรู้ถึง
ประโยชน์ในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคและ
สามารถประเมินอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้สิ่งเหล่านี้เป็นผลให้บุคคลมีพฤติกรรมปฏิบัติทาง
ด้านสุขภาพแตกต่างกันไปตามการรับรู้ (รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539, หน้า 32) ดังนั้นผู้ปกครองเด็ก
ออทิสติกจึงควรมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลเด็กออทิสติกดังนี้คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อ
การเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตาม
แผนการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้
(Rosenstock, 1974 อ้างใน จินตนา เหลืองสุวาลัย, 2534, หน้า 22-25)

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Perceived Susceptibility)

เป็นความคิดความเข้าใจและความเชื่อของผู้ปกครองเด็กออกทิสติกว่าบุตรของตนเองมีโอกาสเกิดภาวะความพิการซ้ำซ้อนเช่นภาวะปัญญาอ่อนได้ ถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง และเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะดังกล่าวผู้ปกครองจะต้องมีพฤติกรรมดูแลเด็กอย่างถูกต้อง

2. การรับรู้ถึงความรุนแรง (Perceived Severity)

เป็นความคิด ความเข้าใจ และความเชื่อของผู้ปกครองเด็กว่าถ้าเด็กออกทิสติกไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องจะทำให้มีภาวะปัญญาอ่อนหรือความพิการซ้ำซ้อนอื่นตามมา ซึ่งการที่ผู้ปกครองรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอย่างเดียวนั้นก็ยังไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมดูแลเด็กได้จนกว่าผู้ปกครองจะมีการรับรู้ถึงผลของโรคหรือภาวะที่จะมาคุกคามนั้น มีความรุนแรงในระดับใด ซึ่งการรับรู้ถึงความรุนแรงเป็นการประเมินโดยตัวบุคคลถึงความรู้สึกนึกคิดของเขาที่มีต่อการป่วยว่าจะมีผลไปลดระบบการทำงานของร่างกายและจิตใจมากเพียงใดหรือโรคนั้นเข้าสู่ความพิการลักษณะถาวรหรือไม่ จะมีผลกระทบต่อการทำงานของตนหรือครอบครัวอย่างไร ดังนั้นผู้ปกครองเด็กที่รู้สึกถึงความรุนแรงของโรคนั้น ก็อาจให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาเป็นอย่างดี

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันการรักษา (Perceived Benefit)

เป็นความคิด ความเข้าใจ และความเชื่อของผู้ปกครองเด็กรับรู้ถึงประโยชน์การปฏิบัติพฤติกรรมเป็นการคาดคะเนว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติกันจะเกิดประโยชน์ต่อตนเองคือตัวผู้ปกครองเด็ก และบุคคลใกล้ชิดคือเด็กออกทิสติก ช่วยให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นซึ่งถือได้ว่าเป็นการลดภาวะการเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพในขณะนั้น

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันโรค (Perceive Barrier)

เป็นความคิด ความเข้าใจ และความเชื่อของผู้ปกครองเด็กเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่ขัดขวางการปฏิบัติดูแลเด็กออกทิสติก ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลาในการรับบริการ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และผลที่เกิดจากการมารับบริการ ทำให้ขาดรายได้จากการประกอบอาชีพเป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมดูแลเด็กออกทิสติกที่เหมาะสม แต่บุคคลหรือผู้ปกครองจะมีการประเมินระหว่างอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับประโยชน์ที่ได้รับก่อนการตัดสินใจถึงอุปสรรคต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อเด็กออกทิสติก ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อพัฒนาการและสุขภาพที่ดีของเด็ก

ซึ่งการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้ปกครอง ว่าสิ่งที่เขาปฏิบัติสามารถลดความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของเขาได้จริง และจะได้รับประโยชน์อย่างคุ้มค่ากับเวลาที่เสียไปในการมาตรวจแต่ละครั้งตลอดจนคุ้มค่ากับความยากลำบาก หรือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาความเจ็บป่วย รวมทั้งความไม่สุขภาพของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดอาจสรุปได้ว่า การกระทำพฤติกรรมหรือการดูแลของผู้ปกครองเด็กออทิสติกจำเป็นต้องอาศัยการรับรู้ แล้วช่วยพิจารณาเลือกและตัดสินใจการกระทำ โดยผู้ปกครองต้องรับรู้ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคออทิสติก ตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดการเจ็บป่วย กล่าวคือผู้ปกครองต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ปกครองตัดสินใจในการปฏิบัติต่อเด็กออทิสติกไปในทิศทางใด จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวผู้วิจัยเชื่อว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติก

แนวคิดเกี่ยวกับบทบาท

บทบาท (Roles)

ภิญโญ สาร (2527, หน้า 304) ได้ให้ความหมายบทบาทไว้ว่า หมายถึง ความมุ่งหมายที่บุคคลซึ่งคาดว่าบุคคลในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งควรจะทำ หรือแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมาในสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง บทบาทนี้จะมีควบคู่กับตำแหน่งที่บุคคลดำรงตำแหน่งเสมอ

ฮาร์ดี และคอนเวย์ (Hardy & Conway, 1987, p.11 อ้างใน ราณี วิริยะกิจเจริญ, 2535) กล่าวว่า บทบาทหมายถึงตำแหน่งกลุ่มของความคาดหวัง หรือกลุ่มพฤติกรรมที่เกี่ยวกับตำแหน่ง

ดังนั้นบทบาทหมายถึง พฤติกรรมเงื่อนไขของหน้าที่และความรับผิดชอบหรือแนวทางที่บุคคลพึงกระทำเมื่อดำรงตำแหน่งใด ๆ ตามความคาดหวังของตนเองและบุคคลอื่นที่มีส่วนสัมพันธ์เกี่ยวข้องต่อตำแหน่งนั้น

บทบาทในครอบครัว

บทบาทในครอบครัว หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันและกันซ้ำ ๆ เป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้สมบูรณ์ บทบาทแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท เช่นเดียวกับการสื่อสาร คือ บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน และบทบาททางด้านอารมณ์ นอกจากนี้ยังอาจแบ่งบทบาทตามความจำเป็นได้ดังนี้

1. บทบาทพื้นฐาน หมายถึง บทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วน เพื่อให้ครอบครัวปกติสุขประกอบด้วย การจัดหาปัจจัยสี่ให้แก่สมาชิก อุ้มชูเลี้ยงดูและประคับประคองให้การสนับสนุนแก่สมาชิก การตอบสนองความต้องการทางเพศในระหว่างคู่สมรส การพัฒนาทักษะชีวิตให้แก่สมาชิก และการบริหารและการจัดการภายในครอบครัว

2. บทบาทอื่น ๆ หมายถึง บทบาทเฉพาะของครอบครัว ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งบทบาทที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม บางครอบครัวอาจมีบทบาทไม่เหมาะสมจนเกิดแพะรับบาป หมายถึง เกิดสมาชิกที่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้รองรับอารมณ์จากสมาชิกคนอื่น บทบาทนี้จะช่วยเบี่ยงเบนความขัดแย้งไม่ให้เกิดความเครียดมากเกินไปจนครอบครัวเสียสมดุลถือเป็นบทบาทที่ไม่เหมาะสม

การพิจารณาบทบาทในครอบครัวดำเนินไปได้ดีหรือไม่จำเป็นต้องพิจารณาใน 2 ด้านด้วยกัน คือ

1. การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท หมายถึง การมอบหมายความรับผิดชอบในหน้าที่บางประการให้สมาชิก ซึ่งอาจเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม กระทำโดยเปิดเผยหรือไม่เปิดเผย มอบหมายให้กับบุคคลที่เหมาะสม แบ่งสัดส่วนที่เหมาะสม

2. การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวทำให้สมาชิกรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มกำลังและมีประสิทธิภาพ

ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่เหมาะสมจะมีการมอบหมายบทบาทและหน้าที่ให้สมาชิกแต่ละคน โดยความเห็นพ้องต้องกัน มีการปฏิบัติตามข้อตกลง ประสานกับบทบาทของสมาชิกคนอื่น ๆ ด้วยภารกิจของครอบครัวจะดำเนินไปได้เหมาะสม ถ้ามีการมอบหมายบทบาทให้ครอบคลุมถึงหน้าที่ทุกด้านที่จำเป็นต้องกระทำและมีระบบควบคุมให้สมาชิกปฏิบัติตามบทบาท

การรับรู้บทบาท

การรับรู้บทบาท (Role Perception) เป็นการรับรู้บทบาทของตนเองว่าควรจะมีบทบาทอย่างไร และสามารถมองเห็นบทบาทของตนเองได้ตามการรับรู้ที่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพกับความต้องการของบุคคลนั่นเอง ทั้งนี้การรับรู้บทบาทและความต้องการของบุคคลย่อมขึ้นกับลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ตลอดจนเป้าหมายในชีวิตและค่านิยมของบุคคลที่สวมบทบาทนั้น

การรับรู้บทบาทของผู้ปกครองเด็กออทิสติก

การรับรู้บทบาทของผู้ปกครองเด็กออทิสติกคือ เป็นพฤติกรรมเงื่อนไขของหน้าที่และความรับผิดชอบ หรือแนวทางที่ผู้ปกครองพึงกระทำ ตามความคาดหวังของตนเองและบุคคลอื่นที่มีส่วนสัมพันธภาพเกี่ยวข้องนั้น การปฏิบัติตนตามบทบาทของผู้ปกครองเด็กออทิสติกย่อมมีการรับรู้เข้ามาเกี่ยวข้อง เพราะถือว่าการรับรู้เป็นพื้นฐานของพฤติกรรมบุคคล การแสดงบทบาทของผู้ปกครองเด็กออทิสติกจะเป็นไปในแนวทางที่ถูกต้อง เหมาะสมเพียงใดขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง และที่สำคัญได้แก่

1. ความเข้าใจบทบาทที่ตนเองต้องปฏิบัติต่อเด็กออทิสติก
2. ประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กที่ต้องรับบทบาทในการดูแลเด็กออทิสติก
3. บุคลิกภาพของผู้ปกครองกับการแสดงบทบาทของตนเองในการดูแลเด็กออทิสติก

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและการรับรู้ กล่าวได้ว่า การปฏิบัติตนตามบทบาทในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกของผู้ปกครอง ย่อมมีการรับรู้เข้ามาเกี่ยวข้อง เพราะถือว่าการรับรู้เป็นพื้นฐานพฤติกรรมของบุคคล ถ้าผู้ปกครองมีการรับรู้บทบาทของตนเองถูกต้อง และสามารถแสดงบทบาทของตนเองในฐานะของผู้ปกครองที่ต้องดูแลและช่วยเหลือเด็ก ก็จะทำให้เด็กออทิสติกได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง

การดำเนินงานรักษาเด็กออทิสติกในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ

ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ เป็นหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบในการส่งเสริม ป้องกัน และบำบัดรักษาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า และเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม เช่น เด็กดาวนซินโดรม (Down's Syndrome) เด็กที่มีภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation) เด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy) เด็กสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) และเด็กออทิสติก (Autistic)

การให้บริการเด็กที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน

ปรัชญาของการบริการผู้ป่วยใน

เราจะมุ่งมั่นในการทำงานเป็นทีม โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

ขอบเขตของงานบริการผู้ป่วยใน

1. บริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า มีปัญหาพฤติกรรมที่อายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปี
2. พื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ เด็กอายุ 2-15 ปี และครอบครัวที่ถูกกระทำทารุณกรรม
3. ให้การส่งเสริม สนับสนุน ผู้ปกครองให้มีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า
4. บริการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการส่งเสริมพัฒนาการแก่นักเรียน นักศึกษา และประชาชนทั่วไป

เป้าหมายของการบริการผู้ป่วยใน

1. เด็กและครอบครัวได้รับบริการอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตามมาตรฐาน ของแต่ละวิชาชีพ
2. ผู้ปกครองและญาติยอมรับและพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

วัตถุประสงค์ของงานบริการผู้ป่วยใน

1. เพื่อให้เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า หรือมีปัญหาพฤติกรรมได้รับการช่วยเหลือโดยเร็วที่สุด
2. เพื่อให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแก่ผู้ปกครอง
3. เพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าแก่ผู้ปกครอง
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแก่นักเรียน นักศึกษา และประชาชนทั่วไป

หน้าที่ของงานบริการผู้ป่วยใน ในการช่วยเหลือเด็กออทิสติกและครอบครัว

1. ให้การส่งเสริมพัฒนาการ พื้นฟูสมรรถภาพเด็กออทิสติกที่มีพัฒนาการล่าช้าและมีปัญหาพฤติกรรม
2. ให้ความรู้ คำแนะนำ แก่ผู้ปกครองเด็กเกี่ยวกับทักษะและวิธีการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
3. ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่มีปัญหาสุขภาพจิตและมีความวิตกกังวล เพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีของผู้ปกครองต่อการดูแลเด็กออทิสติก

ขั้นตอนการดำเนินงานรักษาเด็กออทิสติกที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน

1. การประเมินเด็กเมื่อแรกรับไว้ ประกอบด้วย
 - 1.1 ประเมินสภาพร่างกายและสภาพทั่วไปเด็ก โดยใช้แบบประเมินทางการแพทย์ เนื้อหาในการประเมินประกอบด้วย ประวัติเด็กตั้งแต่ก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด การเลี้ยงดู การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม
 - 1.2 ประเมินพัฒนาการโดยใช้แบบประเมินพัฒนาการรายด้าน ซึ่งได้แก่ พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่และการทรงตัว พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา พัฒนาการด้านการใช้ภาษา พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม
 - 1.3 ประเมินพฤติกรรมเด็กโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมเด็กออทิสติกของคุณ์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ
2. กำหนดแนวทางการรักษาและส่งเสริมพัฒนาการ โดยทีมรักษา ซึ่งประกอบด้วยวิชาชีพต่าง ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครูการศึกษาพิเศษ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เข้าประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดแนวทางการรักษา
3. จัดกิจกรรมเพื่อการรักษาและส่งเสริมพัฒนาการตามแนวทางที่กำหนดไว้ โดยให้ผู้ปกครองเด็กมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อการรักษาและส่งเสริมพัฒนาการ
4. ประเมินเด็กและผู้ปกครองหลังจากจัดกิจกรรมการรักษาและส่งเสริมพัฒนาการ ประกอบด้วย
 - 4.1 ประเมินพัฒนาการ พฤติกรรมและสภาพร่างกาย โดยใช้แบบประเมินเกี่ยวกับเมื่อแรกรับเพื่อดูความก้าวหน้าหลังจากให้บริการ

4.2 ประเมินผู้ปกครอง เป็นการประเมินทักษะ และความรู้ของผู้ปกครองหลังจากที่เข้ามาอยู่ร่วมฝึกเด็ก และได้รับคำแนะนำ โดยใช้การสอบถามและสังเกตการปฏิบัติต่อเด็กของผู้ปกครอง

5. ประชุมเพื่อวางแผนการจำหน่าย โดยตัวแทนวิชาชีพต่าง ๆ

6. จำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งให้แนวทางการฝึกเด็กและดูแลเด็กขณะอยู่ที่บ้าน (สมุดการบ้าน)

การดำเนินงานรักษาเด็กออทิสติกของศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ มีการนำหลักการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาใช้เพื่อให้เด็กออทิสติกได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่อการดำเนินงานรักษาเด็กออทิสติกของศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ นั้น มีความสำคัญต่อการช่วยเหลือเด็ก เพราะจะทำให้เกิดความร่วมมือและมีแนวทางการช่วยเหลือเด็กไปในแนวทางเดียวกัน เกิดประโยชน์ต่อการรักษาเด็กออทิสติกอย่างแท้จริง