

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการดูแลตนเองเพื่อจัดการความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ คือ

1. ความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับออทิสติก (Autistic)
 - ประวัติความเป็นมาและความหมายของเด็กออทิสติก
 - สาเหตุของการเกิดภาวะออทิสซึม
 - ลักษณะอาการและการวินิจฉัยภาวะออทิสซึม
 - แนวทางในการดูแล บำบัด รักษา เด็กออทิสติก
2. ความรู้และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - อีโคโลจิคอลเฟรมเวิร์ก (Ecological Framework)
 - ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
 - แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
3. ความรู้เกี่ยวกับความเครียด (Stress)
 - ความหมายของความเครียด
 - สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด
 - อาการของความเครียด
 - การจัดการความเครียด
 - ผลกระทบจากความเครียดของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กออทิสติก
4. การช่วยเหลือทางการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติก
 - การบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (Early Intervention : EI)
 - แผนบริการเฉพาะครอบครัว (Individual Family Service Plan : IFSP)
 - บทบาทของครูการศึกษาพิเศษ
5. ความรู้และแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวและผู้ปกครอง
 - ความหมาย หน้าที่ของครอบครัว ผู้ปกครอง
 - บทบาทของผู้ปกครองในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก

6. บริบทของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับออทิสติก (Autistic)

ประวัติความเป็นมาและความหมายของเด็กออทิสติก

ปี ค.ศ. 1943 โดย Dr. Leo Kanner จิตแพทย์เด็ก ประจำโรงพยาบาล จอร์น ฮอปเกิ้ล (Johns Hopkins) ได้ให้นิยามคนไข้ที่ลักษณะและมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนจากเด็กปกติกลุ่มหนึ่ง ว่า “Early Infantile Autism” และในปี ค.ศ. 1944 Dr. Hans Asperger จิตแพทย์ชาวออสเตรีย ได้ตีพิมพ์วิทยานิพนธ์ชื่อ Autistic Psychopath พิมพ์เป็นภาษาเยอรมัน โดยทั้งสองท่านนี้ได้ใช้ศัพท์คำว่า ออทิสติก (Autistic) ตรงกันโดยบังเอิญ ทั้งที่ทั้งสองท่านนี้ไม่เคยพบกันมาก่อน จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1991 ได้มีการแปลเอกสารของ Dr. Hans Asperger เป็นภาษาอังกฤษ ซึ่งในปัจจุบันนี้ เมื่อกล่าวถึงอาการภาวะออทิสซึมที่รุนแรงมักจะอ้างคำนิยามของ Dr. Leo Kanner ส่วนนิยามของแอสเปอร์เกอร์ มักใช้กล่าวอ้างถึงเด็กที่มีภาวะออทิสซึมในกลุ่มที่มีความสามารถสูง (High-Function Autism, HFA) มีข้อสังเกตประการหนึ่ง คือ กลุ่มอาการแอสเปอร์เกอร์ (Asperger’s syndrome) เป็นกลุ่มอาการหนึ่งของภาวะออทิสซึม ที่มีอาการดี เนื่องจากแอสเปอร์เกอร์มีพัฒนาการด้านภาษาใกล้เคียงเด็กปกติ (พิมพ์มาศ ตาปัญญา และ ชีรวรรณ ชีรพงษ์, 2543, หน้า 130)

ซึ่งในปี ค.ศ. 1994 ได้มีการบัญญัติศัพท์คำว่า Asperger’s syndrome ลงในระบบวินิจฉัย ตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติทางจิต ของสมาคมจิตเวชศาสตร์ สหรัฐอเมริกา ฉบับแก้ไข ครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM-IV) (ปราโมทย์ สุคนิชย์และมาโนช หล่อตระกูล, 2541) ซึ่งในปัจจุบันนี้ทั้ง Autism และ Asperger’s syndrome ได้ถูกบัญญัติไว้ใน DSM-IV ว่าเป็นกลุ่มความบกพร่อง ที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการในหลากหลายด้าน (Pervasive developmental disorder, PDD) (สมเกตุ อุทธโยธา, 2552, หน้า 5) ต่อมาได้มีการศึกษาความรู้เกี่ยวกับออทิสติกมากขึ้น ผลจากการรวบรวมงานวิจัยทั่วโลก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์วินิจฉัยโรคใหม่ ซึ่งต่างไปจากเดิมและเรียกชื่อเดียวกันในทุกกลุ่มย่อย เรียกว่า ออทิสซึม สเปกตรัม ดิสออเดอร์ (Autism Spectrum Disorder, ASD) เป็นเกณฑ์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-V) (มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) ซึ่งประกาศใช้อย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2556

กล่าวโดยสรุปคือ ภาวะออทิซึม เป็นภาวะหนึ่งของพฤติกรรมคนไข้ที่มีพฤติกรรม เบี่ยงเบนไปจากเด็กปกติทั่วไป แต่ยังไม่สามารถระบุประเภทได้อย่างชัดเจนจนกระทั่ง ปี ค.ศ. 1994 ได้มีการระบุโรคและอาการที่ชัดเจนมากขึ้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสถาบันจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV)

ความหมายของเด็กออทิสติก

คำว่า “Autism” มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกว่า “Auto” ซึ่งแปลว่า “Self” หมายถึง แยกตัวอยู่ตามลำพังในโลกของตัวเอง เปรียบเสมือนมีกำแพงใส หรือกระจกเงา ที่กั้นบุคคลเหล่านี้ออกจากสังคมรอบข้าง ซึ่งภาวะออทิซึม (Autism) เป็นความผิดปกติ ของพัฒนาการเด็กรูปแบบหนึ่ง โดยมีลักษณะเฉพาะตัว คือ เด็กไม่สามารถพัฒนา ทักษะทางด้านสังคม ทักษะทางด้านภาษาและการสื่อความหมายได้อย่างเหมาะสมตามวัย มีลักษณะพฤติกรรม กิจกรรมและความสนใจเป็นแบบแผนซ้ำ ๆ ไม่ยืดหยุ่น ซึ่งอาการดังกล่าว เป็นตั้งแต่เด็ก แสดงให้เห็นก่อนอายุ 3 ขวบ เป็นโรคที่รู้จักกันมาเป็นเวลา 60 ปีแล้ว นักวิชาการ พยายามศึกษารายละเอียดต่าง ๆ ของโรค แต่ยังไม่สามารถหาสาเหตุที่แน่ชัดได้

ในทางการแพทย์ ภาวะออทิซึมจัดอยู่ในกลุ่มการวินิจฉัยโรค ที่เรียกว่า พีดีดี หรือความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน (Pervasive Developmental Disorder, PDD) พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ถึงแม้ว่า ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ก็เชื่อว่าทำอะไรไม่ได้เลย เนื่องจากการดูแลช่วยเหลือในปัจจุบัน สามารถช่วยให้เด็กกลุ่มนี้ดีขึ้นได้มาก โดยเฉพาะถ้าได้รับการวินิจฉัยและดูแลช่วยเหลือ อย่างเหมาะสมตั้งแต่อายุน้อย ๆ และทำอย่างต่อเนื่อง

ผดุง อารยะวิญญู (2539, หน้า 152) ได้ให้ความหมายของเด็กออทิสติกไว้ว่า เด็กออทิสติก คือ เด็กที่แสดงพฤติกรรมต่างไปจากเด็กปกติ พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ แสดงท่าทีคล้ายเด็กหูหนวก ไม่แสดงปฏิกิริยาต่อเสียงที่ได้ยิน มีปัญหาในการเล่น หรือการแสดงปฏิสัมพันธ์กับเด็กอื่น ต่อต้านการเรียนหนังสือ ไม่กลัวสิ่งที่เป็นอันตราย และแสดงในลักษณะเดิมซ้ำ ๆ กัน

อุมาพร ตรังสมบัติ (2545) กล่าวว่า ภาวะออทิซึม (Autism) เป็นความผิดปกติ ของสมองแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก ซึ่งแสดงอาการออกมาใน 3 ด้านใหญ่ ๆ คือ ความผิดปกติทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร และความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (2548, หน้า 10) ได้ให้ความหมายของเด็กออทิสติก คือ เด็กที่มีภาวะของปัญหาทางจิตเวช มีความผิดปกติอย่างรุนแรง มีพัฒนาการผิดปกติเกี่ยวกับอารมณ์ สังคม การสื่อความหมายและการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งพัฒนาไม่สม่าเสมอและไม่แน่นอน จะแสดงให้เห็นตั้งแต่เด็กมีอายุ 30 เดือน

กระทรวงศึกษาธิการ (2552, หน้า 47) ได้ให้ความหมายของเด็กออทิสติก ได้แก่ บุคคลที่มีความผิดปกติของระบบการทำงานของสมองบางส่วน ซึ่งส่งผลต่อความบกพร่องทางพัฒนาการด้านภาษา ด้านสังคมและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีข้อจำกัดด้านพฤติกรรมหรือมีความสนใจจำกัดเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยความผิดปกตินี้พบได้ก่อนอายุ 30 เดือน

กระทรวงศึกษาธิการสหรัฐอเมริกา (U.S. Department of Education, 1991 อ้างใน พุทธิพงษ์ เพชรรัตน์, 2552) ให้คำนิยามเด็กออทิสติกว่า เป็นเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการด้านการสื่อสารด้วยภาษา ทั้งที่เป็นถ้อยคำและไม่เป็นถ้อยคำ ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น สามารถสังเกตเห็นอาการได้ก่อนอายุ 3 ขวบ และความบกพร่องดังกล่าว มีผลกระทบต่อการพัฒนาการหลาย ๆ ด้าน เด็กออทิสติกจะชอบทำอะไรซ้ำ ๆ มีการเคลื่อนไหวแบบเดียว

ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เลขา (2555) กล่าวว่า ออทิสติก เป็นความผิดปกติของพัฒนาการเด็กรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว โดยเด็กไม่สามารถพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย มีลักษณะพฤติกรรมและความสนใจเป็นแบบแผนซ้ำ ๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่องและไม่ยืดหยุ่น ปัญหาดังกล่าวเป็นตั้งแต่เด็ก ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำรงชีวิต

ซึ่งอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ออทิสติก หมายถึง ลักษณะอาการผิดปกติของเด็กสังเกตเห็น ได้ในช่วงอายุประมาณ 30 เดือน พบความผิดปกติที่สามารถสังเกตเห็นได้ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านภาษาและการสื่อสาร ด้านสังคมและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำรงชีวิต

สาเหตุของการเกิดภาวะออทิซึม

ในการศึกษาถึงสาเหตุของภาวะออทิซึม ยังไม่ทราบสาเหตุของความผิดปกติที่ชัดเจน ในปัจจุบันมีหลักฐานสนับสนุนว่าน่าจะเกิดจากการทำงานของสมองผิดปกติมากกว่าเป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อม ในด้านปัจจัยทางชีววิทยา (Biological Factor) ที่พบว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะออทิซึม จากการรวบรวมข้อมูลงานวิจัยต่าง ๆ (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เลขา, 2555) มีดังนี้

1. ด้านพันธุกรรม (Genetic Factor) พบว่า เด็กที่มีภาวะออทิซึมในเด็กคู่แฝดแท้ มีมากกว่าคู่แฝดเทียม และอัตราส่วนของเด็กที่มีภาวะออทิซึมในพี่น้องท้องเดียวกัน มีถึง 1 : 50 ส่วนในเด็กทั่วไป พบเด็กที่มีภาวะออทิซึม ในอัตราส่วน 1 : 2,000

2. ด้านเคมี (Neurotransmitters Factor) พบว่า มีความเกี่ยวข้องกับสารเคมีสื่อประสาท ซีโรโทนิน (Serotonin) โดยมีระดับในเกร็ดเลือดสูงขึ้น แต่ยังไม่สามารถอธิบายเหตุผลที่ชัดเจนได้ว่าเกิดจากอะไร

3. คลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography - EEG) พบว่า มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมองมากกว่าประชากรปกติ แต่ไม่พบลักษณะจำเพาะที่อธิบายความผิดปกติของการทำงานของสมองได้

4. ความผิดปกติของระบบประสาท (Neuropharmacological Abnormalities) พบความผิดปกติหลากหลายรูปแบบ แต่ยังคงคลุมเครืออยู่ ไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน

5. พยาธิวิทยาาระบบประสาท (Neuropathological Study) ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน แต่จากหลายการศึกษาพบว่า เกี่ยวกับจำนวนของเซลล์ Purkinje cell ที่ลดลง

6. การศึกษาปริมาตรของสมอง (Study of Brain Volume) พบว่า มีปริมาตรของสมองเพิ่มขึ้นยกเว้นสมองส่วนหน้า (Frontal Lobe) และพบว่า เส้นรอบวงของศีรษะ (Head Circumference) ปกติในตอนแรกเกิด แล้วเริ่มมาผิดปกติในช่วงวัยเด็กตอนต้นถึงตอนกลาง

ปัจจุบันนี้ ยังไม่สามารถค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะออทิซึมได้อย่างชัดเจน แต่มีหลักฐานที่จะพยายามอธิบายถึงออทิซึมว่า สามารถเกิดจากปัญหาในลักษณะต่าง ๆ กัน โดยการจัดสมมติฐานต่าง ๆ เพื่อค้นหาสาเหตุของโรค เช่น ปัจจัยข้างต้น แต่สิ่งสำคัญคือการมีความรู้และการสังเกตที่ใกล้ชิดเพื่อเป็นข้อมูลในการวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็ว และวางแผนการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ในวงการแพทย์จึงมีการจัดทำเกณฑ์ขึ้นมาเพื่อช่วยในการวินิจฉัยการเกิดภาวะออทิซึม

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ปัจจัยหลักของความผิดปกติในเด็กออทิสติก น่าจะมีสาเหตุมาจากการทำงานที่ผิดปกติของสารเคมีต่าง ๆ ในร่างกายที่ไม่สามารถควบคุมได้มากกว่าที่จะสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอก

ลักษณะอาการของเด็กออทิสติก

เด็กออทิสติกจะมีการแตกต่างกันหลายรูปแบบ แต่ก็มีลักษณะร่วมคล้ายกัน ที่เรียกว่า “ออทิสติก” คือ เด็กอยู่ในโลกของตัวเองมาก สนใจสิ่งแวดล้อมน้อย เรียกไม่หัน ไม่สบตา ไม่สนใจใคร โต้ตอบไม่เป็น เล่นไม่เหมาะสม จิตนาการไม่เป็น ไม่พูดหรือพูดไม่รู้เรื่อง พูดเป็นภาษาที่ฟังแล้วไม่เข้าใจ ทำอะไรซ้ำ ๆ เป็นแบบแผน ไม่ยืดหยุ่น สนใจบางอย่างแบบหมกหมุ่นไม่มีประโยชน์ (ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2555)

ในรายที่อยู่ในโลกส่วนตัวมาก จะกระตุ้นตัวเองเป็นระยะ เช่น หมุนตัว โยกตัว เขย่งเท้า สะบัดมือ เล่นมือ เล่นเสียง เป็นต้น ในช่วงขวบปีแรก เด็กมักจะ ไม่สบตา เรียกชื่อก็ไม่สนใจหันมอง หน้าตาเหม็นเฉย ไม่ยิ้มตอบหรือหัวเราะ ไม่ชอบให้อุ้ม ไม่แสดงท่าทีเรียกร้องความสนใจ ก่อนข้างเจียบ ไม่ส่งเสียง เสียงง่าย ในช่วงขวบปีที่สอง เด็กจะพูดไม่เป็นคำ แต่จะพูดเป็นภาษาที่ฟังแล้วไม่เข้าใจ ไม่มีความหมาย ไม่สนใจของเล่น ไม่สนใจในเรื่องที่คนรอบข้างกำลังสนใจอยู่ ไม่ใช้นี้บอความต้องการของตนเอง เวลาอยากได้อะไรมักจะทำเอง หรือจูงมือพ่อแม่ไปหยิบโดยไม่ส่งเสียง ชอบจ้องมองสิ่งของที่เป็นแสงวาววับ แสงไฟเงา ที่กระเพื่อมไปมา หรือของหมุน ๆ เช่น พัดลม ล้อรถที่กำลังหมุน เริ่มสะบัดมือ หมุนตัว โยกตัว เขย่งเท้า นับจากขวบปีที่สามเป็นต้นไป อาการจะชัดเจนขึ้นและรุนแรงมากขึ้น หากไม่ได้ นำเข้าสู่กระบวนการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

ในด้านสังคม เด็กจะไม่สบตา ไม่เข้าใจสีหน้าอารมณ์ของผู้อื่น เด็กจะเล่นกับเด็กคนอื่นในวัยเดียวกันไม่เป็น แต่มักจะเล่นกับเด็กที่โตกว่าหรือผู้ใหญ่ ไม่สนใจของเล่นที่เด็กทั่วไปสนใจ แต่จะเล่นของเล่นที่ไม่ควรเล่น เล่นจินตนาการไม่เป็น ไม่สามารถสมมุติของอย่างหนึ่งเป็นอีกอย่างหนึ่งได้ เช่น บล็อกไม้เรียงกันเป็นรถไฟ ก้อนหินเป็นขนม ไม่รู้จักแยกแยะหรือหลีกเลี่ยงอันตราย เช่น เห็นสุนัขที่ดุ ๆ เหาเสียงดัง ก็วิ่งเข้าไปจับ

ในด้านภาษา เด็กหลายคนเริ่มพูดได้ แต่เป็นลักษณะพูดซ้ำ ๆ พูดเลียนแบบโดยไม่เข้าใจภาษา พูดเรียงประโยคไม่ถูกต้องหรือตอบคำถามไม่เป็น ยังมีภาษาที่พูดแล้วฟังไม่เข้าใจ

ในด้านพฤติกรรม เด็กจะมีท่าทางแปลก ๆ ที่เป็นลักษณะเฉพาะตัว กระโดดสะบัดมือ เวลาดีใจหรือตื่นเต้น เดินเขย่งหรือซอยเท้า สนใจของบางอย่างแบบหมกหมุ่นเกินความพอดี เช่น ชอบดูโลโก้สินค้า สะสมขวด รูปภาพเดิม ๆ ซ้ำ ๆ จ้องมองพัดลมหมุนได้นาน สะบัดแผ่นซีดีไปมาเพื่อดูแสงเงา ทานอาหารเมนูซ้ำเดิมไม่เปลี่ยนแปลง ใส่เสื้อตัวเดิมหรือสีเดิมตลอด ถ้ากิจวัตรที่เคยทำเปลี่ยนไปจากเดิมจะอารมณ์เสีย หงุดหงิด โวยวาย

อาการชน อยู่ไม่นิ่ง วีนุ่นตลอด นั่งไม่ติดที่ หรือที่เรียกว่า Hyperactive เป็นอาการที่พบร่วมได้ในเด็กออทิสติก นอกจากนี้ยังพบความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมด้วยร้อยละ 50 – 70 แต่ขณะเดียวกัน ก็พบว่ามีความสามารถพิเศษถึงร้อยละ 10 (ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2548, หน้า 7 - 10)

จึงกล่าวโดยสรุปได้ว่า ลักษณะอาการของเด็กออทิสติกจะมีความผิดปกติใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสังคมและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านภาษาและการสื่อสาร และด้านอารมณ์ และพฤติกรรมหรืออาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นพร้อมกันได้ ซึ่งความผิดปกตินี้ส่งผลให้ เด็กออทิสติกไม่สามารถเรียนรู้และพัฒนาทักษะต่าง ๆ ได้ตามวัยเหมือนเด็กปกติ

การวินิจฉัยภาวะออทิสซึม

เกณฑ์การวินิจฉัยตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสถาบันจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-V) (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) ได้แบ่งเกณฑ์ การวินิจฉัยดังนี้

A. มีอาการปรากฏให้เห็นหรือได้ข้อมูลจากประวัติว่ามีความบกพร่อง ในด้านการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ในสังคมในบริบทต่าง ๆ โดยมีอาการดังต่อไปนี้

1. มีความบกพร่องในปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตั้งแต่ความผิดปกติ ในการเข้าสังคม ไม่สามารถสนทนาโต้ตอบได้ตามปกติไปจนถึงมีความสนใจและมีอารมณ์ ร่วมน้อย
2. มีความบกพร่องในพฤติกรรมสื่อสารที่ไม่ได้ใช้คำพูดในปฏิสัมพันธ์ ทางสังคม ตั้งแต่ไม่สามารถผสมผสานการสื่อสารที่ใช้คำพูดกับที่ไม่ใช้คำพูดได้ การสบตา หรือภาษากายที่ผิดปกติ การไม่สามารถเข้าใจท่าทางหรือใช้ท่าทางประกอบไม่เป็น ไปจนถึงการไม่สามารถแสดงออกทางสีหน้าหรือภาษากาย
3. มีความบกพร่องในการสร้าง รักษา และเข้าใจในความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นได้ ตั้งแต่การยากลำบากในการปรับตัวให้เหมาะสมกับบริบทในสังคม ความยากลำบากในการร่วม เล่นสมมติ การสร้างเพื่อนไปจนถึงขาดความสนใจในกลุ่มเพื่อน

B. มีพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมจำกัดและซ้ำ ๆ ทั้งที่แสดงในปัจจุบันหรือ จากประวัติ โดยมีลักษณะอย่างน้อย 2 ข้อจากหัวข้อดังต่อไปนี้

1. มีการเคลื่อนไหว การใช้สิ่งของ หรือภาษา ซ้ำ ๆ แบบเดิม
2. ยึดติดกับกิจวัตรแบบเดิม ๆ โดยไม่ยืดหยุ่น
3. มีความสนใจที่ผิดปกติ จำกัด และไม่ยืดหยุ่นอย่างมาก

4. มีการตอบสนองต่อข้อมูล ที่ได้รับทางประสาทสัมผัสมากหรือน้อยเกินไป ความรุนแรงขึ้นกับ ความบกพร่องทางการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ และรูปแบบพฤติกรรม ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ

C. อาการต่าง ๆ ต้องเกิดขึ้นในช่วงต้นของพัฒนาการ (แต่อาจไม่แสดงอาการเต็มที่ จนกระทั่งความต้องการของสังคมมีมากกว่าความสามารถของผู้ป่วยหรืออาจกลับเคลื่อน ด้วยการเรียนรู้เมื่อเติบโตขึ้น)

D. อาการต่าง ๆ เป็นเหตุให้เกิดความบกพร่องทางสังคม อาชีพ หรือบทบาทหน้าที่ สำคัญในปัจจุบัน

E. ความผิดปกติเหล่านี้ไม่สามารถอธิบายได้จาก Intellectual Disability หรือ Global Delay Development

กล่าวโดยสรุปคือ การวินิจฉัยภาวะออทิซึมมีหลักในการพิจารณาใน 3 ด้าน ได้แก่ ความบกพร่องของปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความบกพร่องทางภาษาและการสื่อสาร และพฤติกรรมซ้ำ ๆ โดยความบกพร่องเหล่านี้เกิดขึ้นในช่วงต้นของพัฒนาการ และส่งผลต่อการดำเนินชีวิต

แนวทางการดูแล บำบัด รักษาเด็กออทิซึม

การดูแลรักษาเด็กออทิซึม มักจะกระทำในรูปแบบของการกระตุ้นพัฒนาการ และปรับพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กออทิซึม ให้สอดคล้องกับอาการที่พบมากขึ้น เด็กออทิซึมแต่ละคนจะมีความผิดปกติคล้ายกัน แต่ระดับความรุนแรงแต่ละอาการไม่เท่ากัน จึงจำเป็นต้องประเมินพัฒนาการเป็นรายบุคคลทุกครั้งก่อนให้การบำบัดรักษา ในขั้นตอน การประเมินนี้ นอกจากการประเมินบุคคลแล้วปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นแหล่งเกื้อหนุนที่สำคัญยิ่งสำหรับเด็กออทิซึมและควรเปิดโอกาสให้ ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาด้วย (ประภาศรี ท่งมีผล, 2548, หน้า 19)

การรักษาเด็กออทิซึมนั้น เนื่องจากยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด ว่าอะไรคือสาเหตุ ที่ทำให้เกิดโรคออทิซึม การรักษาจึงเป็นแบบประคับประคองตามอาการที่พบซึ่งแนวทางการรักษาเด็กออทิซึมโดยทั่วไป มีรายละเอียดดังนี้

1. การรักษาหลัก โดยทั่วไปการรักษาหลักจะได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ เพื่อประเมินความผิดปกติของเด็กในเบื้องต้น เพื่อพิจารณาให้เด็กได้รับการรักษาโรค ในด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย (เพ็ญแข ลืมศิลา, 2541) ได้แก่

1.1 ทำการประเมินความผิดปกติของเด็ก จัดระดับพัฒนาการ ด้านสังคม การสื่อสารความหมาย สังเกตพฤติกรรมของเด็ก แจ้งถึงแนวทางการรักษา

1.2 การรักษาทางยา จะเป็นการรักษาตามอาการ ใช้ในกรณีที่เด็กออทิสติก เริ่มมีพัฒนาการด้านการเรียนรู้ เริ่มเรียนรู้ได้แต่เพียงระยะเวลาสั้น ๆ ขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง วอกแวกง่าย นอกจากนี้ใช้ควบคุมอาการหงุดหงิด เคลื่อนไหวซ้ำซาก ก้าวร้าว ไม่เข้าสังคม ในบางรายที่มีอาการเศร้าหรืออาการชักร่วมด้วย ซึ่งระยะเวลาในการให้ยาในเด็กแต่ละคน ไม่เท่ากัน

2. การรักษาร่วม ได้แก่การลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และส่งเสริมพัฒนาการ การช่วยเหลือ ให้เด็กสามารถใช้ภาษาและกิจวัตรประจำวันได้ โดยมุ่งเน้นให้เด็กมีลักษณะ พัฒนาการให้ปกติมากที่สุดโดยยึดหลักพัฒนาการ 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรม ด้านการสื่อความหมาย ด้านสังคมและการเรียนรู้ พบว่าการรักษาเด็กออทิสติก ด้านการทำพฤติกรรมบำบัดได้ผลดีที่สุด การรักษาพร้อมมีหลายชนิดด้วยกัน (ศิริพร สุวรรณทศ, 2541) เช่น

2.1 พฤติกรรมบำบัด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ลดพฤติกรรม ที่เป็นปัญหา ส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม สร้างพฤติกรรมใหม่ ค้นหาสถานการณ์ก่อนทำ พฤติกรรมบำบัดของเด็กออทิสติก เช่น การหยุดให้รางวัลที่เคยได้รับ ทำให้พฤติกรรมลดลง หรือการชดใช้สิ่งที่ผิด เช่น การทำลายข้าวของเมื่อถูกขัดใจ เมื่อเด็กมีอาการสงบ ผู้ปกครอง ให้เด็กเก็บสิ่งของหรือจัดโต๊ะเก้าอี้ให้เรียบร้อย

2.2 อรรถบำบัด เนื่องจากเด็กออทิสติกเป็นเด็กที่มีความคิดหมกหมุ่น อยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ไม่มีภาษาพูดและไม่สามารถสื่อความหมายกับคนทั่วไป เด็กมักจะส่งเสียง เล่นเสียง หรือพูดภาษาของตัวเองที่ไม่มีใครเข้าใจ ในการฝึกพัฒนาภาษาและการพูด ให้แก่เด็กออทิสติกจึงมีส่วนสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการรักษา โดยเฉพาะผู้ปกครอง เพราะผู้ปกครองจะเป็นคนที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด (เดือนฉาย แสงรัตนายนต์, 2545)

3. การส่งเสริมให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล มีความรู้ความสามารถในการดูแล เด็กออทิสติกโดยฝึกผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก ให้มีความรู้ความสามารถในการกระตุ้น พัฒนาการเด็ก ตามขั้นตอน ในระยะแรก แนะนำหรือสาธิตให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือเด็กออทิสติกของแต่ละครอบครัวด้วยตนเองที่บ้านเป็นรายบุคคล เนื่องจากเด็กใช้เวลาอยู่ที่บ้านมากกว่าโรงพยาบาล (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2541)

การดูแลรักษาจึงจำเป็นต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน (Multimodality Intervention) โดยใช้ทีมงานผู้เชี่ยวชาญ (Multidisciplinary Approach) เพื่อให้มีประสิทธิผลสูงสุด สำหรับแนวทางในการดูแลรักษาผู้เป็นภาวะออทิซึม (ทวิศักดิ์ สิริรัตนเลข, 2550) มีดังนี้

1. การส่งเสริมศักยภาพครอบครัว (Family Empowerment)
2. การส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ (Early Intervention)
3. พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy)
4. การฝึกและแก้ไขการพูด (Speech Therapy)
5. การฝึกฝนทักษะในชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living Training)
6. การฝึกฝนทักษะสังคม (Social Skill Training)

การส่งเสริมศักยภาพครอบครัว (Family Empowerment)

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลเด็ก ไม่ใช่หน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นหน้าที่ของทุกคน ครอบครัวเข้มแข็งคือพลังแห่งความสำเร็จ การสนับสนุนช่วยเหลือ ผู้ปกครองและพี่น้องของผู้ที่เป็นภาวะออทิซึมจึงเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากจะลดข้อสงสัย ในการประเมินปัญหาแล้ว ยังช่วยส่งเสริมให้กระบวนการรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินและดูแลรักษาด้วย ควรจะมีเวลา เพียงพอที่จะพูดคุยถึงสิ่งที่ผู้ปกครองเป็นกังวล ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความต้องการของเด็ก และครอบครัว และแนวทางการรักษาที่เป็นไปได้ ผู้ปกครองและพี่น้องของเด็กออทิสติก บางคน อาจมีความต้องการพิเศษเฉพาะ ซึ่งจะต้องพิจารณาผู้ปกครองมักจะมีความเสี่ยง ที่จะมีอาการซึมเศร้า หรือความเครียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น พี่น้องมักจะมีความเสี่ยง ต่อปัญหาด้านพัฒนาการเพิ่มขึ้น ซึ่งจะยิ่งทำให้ผู้ปกครองได้รับผลกระทบมากขึ้น

การส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ (Early Intervention)

การส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ ควรให้ตั้งแต่เด็กอายุยังน้อยโดยต้องทำ อย่างเหมาะสมเข้มข้นและต่อเนื่อง ในระยะเวลาที่นานพอ กิจกรรมที่จัดควรให้เหมาะสม กับระดับพัฒนาการของเด็กด้วย การออกแบบการฝึกต้องให้เหมาะสมตามจุดแข็ง จุดอ่อน และความเร็วในการเรียนรู้ของแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน เด็กควรได้รับการส่งเสริม พัฒนาการในทุกด้าน เพื่อให้เกิดความสมดุล การส่งเสริมพัฒนาการเพียงด้านเดียว เช่น การสอนพูด โดยไม่สอนทักษะทางสังคมอาจทำให้เด็กเป็นแบบนกแก้วนกขุนทอง คือ พูดได้แต่ไม่เข้าใจความหมาย ไม่มองหน้าสบตา ไม่สื่อสาร เป็นต้น

พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy)

การทำพฤติกรรมบำบัด ตั้งแต่อายุน้อย ๆ และอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด โดยไม่ขึ้นอยู่กับโปรแกรมหรือปรัชญาในการฝึก โปรแกรมดังกล่าว มักประกอบด้วย กระบวนการฝึกปรับพฤติกรรม (Behavioral Modification Procedure) และการวิเคราะห์ พฤติกรรมแบบประยุกต์ (Applied Behavior Analysis) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม พฤติกรรมที่เหมาะสม หยุดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ พฤติกรรมบำบัดพบว่า ช่วยเสริมทักษะด้านภาษา ด้านสังคมและทักษะอื่น ๆ นอกจากนี้ ยังช่วยลดระดับความเครียดของผู้ปกครองด้วย

การฝึกและแก้ไขการพูด (Speech Therapy)

ถ้าเด็กพูดได้เร็ว โอกาสที่จะมีพัฒนาการทางภาษาใกล้เคียงกับปกติก็จะเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกันการใช้ภาษาที่ไม่เหมาะสมก็ลดลงด้วย ดังนั้นการฝึกและแก้ไขการพูด จึงมีความสำคัญ การพูดเป็นวิธีการสื่อความหมายที่สำคัญที่สุด แต่ถ้ายังไม่สามารถพูดได้ ก็จำเป็นต้องหาวิธีการอื่นมาทดแทนการพูด เพื่อให้สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ซึ่งเรียกวิธีการเหล่านี้ว่า การสื่อความหมายทดแทน (Augmentative and Alternative Communication; AAC) เพื่อใช้ทดแทนการพูดเป็นการชั่วคราว หรือโดยถาวร ในรายที่มีความบกพร่องทางการพูดอย่างรุนแรง

การฝึกฝนทักษะในชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living Training)

การจัดกระบวนการเรียนรู้ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ให้เด็กสามารถทำได้ด้วยตนเอง เต็มตามความสามารถที่เขา มีอยู่ หรือต้องการความช่วยเหลือน้อยที่สุด ซึ่งเด็กจำเป็นต้องเรียนรู้ จนสามารถปฏิบัติได้ จนเกิดเป็นความเคยชิน ติดตัวไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ โดยมีวัตถุประสงค์

- เพื่อให้เด็กช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ
- เพื่อลดการดูแลของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง
- เพื่อส่งเสริมให้เด็กปรับตัวเข้าหาสังคมได้
- เพื่อให้เด็กเกิดความภาคภูมิใจ เมื่อเขาสามารถทำอะไรได้ด้วยตัวของเขาเอง

การฝึกฝนทักษะสังคม (Social Skill Training)

ทักษะสังคม เป็นความบกพร่องที่สำคัญของบุคคลออทิสติก ดังนั้นจึงต้องให้ การฝึกฝนด้านนี้เป็นพิเศษ เพื่อให้พวกเขาสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ใกล้เคียงปกติที่สุด

กล่าวโดยสรุปคือ การดูแลบำบัดรักษาเด็กออทิสติก ต้องใช้หลาย ๆ วิธีบูรณาการร่วมกัน ตามแต่สภาพปัญหาและลักษณะอาการของเด็กออทิสติก นอกจากนั้นยังต้องส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวร่วมด้วย เพราะครอบครัวเป็นส่วนที่มีความสำคัญในการพัฒนาส่งเสริมพัฒนาในด้านอื่น ๆ ให้แก่เด็กออทิสติกมีพัฒนาการที่ดีขึ้น

ความรู้และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

อีโคโลจีคอล เฟรมเวิร์ก (รัชนิกร ทองสุคติ, 2554, หน้า 1-3)

การช่วยเหลือทางการศึกษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพของเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษนั้น ต้องอาศัยปัจจัยเกื้อหนุนหลายด้าน สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทฤษฎีหนึ่ง คือ Ecological Framework ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญของกรอบความคิดเชิงนิเวศของพัฒนาการมนุษย์ (Ecology of Human Development) ที่เริ่มมีการนำมาใช้ครั้งแรกโดย Urie Bronfenbrenner นักจิตวิทยาแห่งมหาวิทยาลัย Cornell สหรัฐอเมริกา (1979, p. 2004 อ้างใน รัชนิกร ทองสุคติ, 2554, หน้า 1) Bronfenbrenner เชื่อว่าเด็กไม่สามารถพัฒนาได้เองอย่างโดดเดี่ยว แต่พัฒนาการของเด็กต้องอาศัยกลไกความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว โรงเรียน ชุมชนและสังคม ต่อมา Bronfenbrenner (2005, อ้างใน รัชนิกร ทองสุคติ, 2554, หน้า 1) ได้ใช้คำว่า Bioecological Framework โดยให้ความสำคัญกับความสามารถพื้นฐานของตัวเด็กเองและการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อกันและกัน

Bronfenbrenner (1998, p.996 อ้างใน รัชนิกร ทองสุคติ, 2554, หน้า 1) กล่าวว่าพัฒนาการเด็กเกิดขึ้นจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างตัวเด็ก บุคคลต่าง ๆ วัตถุในสิ่งแวดล้อมที่เด็กอยู่ พัฒนาการเด็กจะเกิดประสิทธิผลก็ต่อเมื่อ กระบวนการปฏิสัมพันธ์เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอในช่วงเวลานานพอ ที่จะเกิดพัฒนาการด้านต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้ Bronfenbrenner (1998, p.996 อ้างใน รัชนิกร ทองสุคติ, 2554, หน้า 1) ยังกล่าวถึงหลักการสำคัญสรุปได้ดังนี้คือ

1. เด็กมีความสำคัญที่สุดของกรอบความคิดนี้
2. เด็กมีผลต่อและได้รับผลจากสิ่งแวดล้อมที่เด็กอยู่
3. สิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดของเด็กคือ ครอบครัว รองลงมาคือ เครือญาติ ศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียน ระบบสาธารณสุข และองค์กรหรือสถานที่ในชุมชนอื่น ๆ เช่น เพื่อนบ้าน สนามเด็กเล่น ห้องสมุดประชาชน ตามลำดับ
4. พัฒนาการของเด็กขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่เด็กได้รับจากสิ่งแวดล้อมที่เด็กใช้ชีวิตอยู่

5. จำนวนและคุณภาพของการเชื่อมต่อระหว่างเด็กและทุกระบบใน Ecological Framework ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กได้เช่นกัน

6. ระบบที่เด็กไม่ได้ใช้ชีวิตอยู่ เช่น ที่ทำงานของผู้ปกครอง หรือนโยบายของรัฐ ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กได้ด้วย

Ecological Framework เป็นกรอบความสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อตัวเด็ก (Child) ที่เป็นศูนย์กลาง ซึ่งการที่จะพัฒนาความสามารถของเด็กอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลและประสิทธิภาพนั้น ต้องใช้มุมมองต่างมิติที่ประกอบไปด้วยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและปฏิสัมพันธ์ของระบบต่าง ๆ 6 ระบบด้วยกัน คือ Child, Microsystem, Mesosystem, Exosystem, Macrosystem, และ Chronosystem (Swick and Williams, 2008; รัชนิกร ทองสุขดี, 2554)

1. Child หรือเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทั้งด้านการศึกษาและทักษะในชีวิตประจำวัน รวมถึงการบำบัดฟื้นฟูร่างกายทั้งสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างรอบด้านและด้วยหลากหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึก การใช้แบบทดสอบหรือแบบคัดกรอง เป็นต้น จากบุคคลที่ใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ หรือผู้ปกครอง คนในครอบครัวหรือพี่เลี้ยง และเพื่อนบ้าน ถ้าเด็กอยู่ในโรงเรียนหรืออยู่ระหว่างการช่วยเหลือระยะแรกในศูนย์การศึกษาพิเศษ หรือคลินิกต่าง ๆ การเก็บข้อมูลจากครูการศึกษาพิเศษ ครูประจำชั้น (ทั้งคนเก่าและคนปัจจุบัน) เพื่อนร่วมชั้น นักสหวิชาชีพรวมถึงแม่ค้าและภารโรง

2. Microsystem เป็นระบบที่อธิบายถึง บริบทสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดตัวเด็กที่สุด ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียนและชุมชน ซึ่งในที่นี้รวมถึง บ้านของเด็ก ศูนย์ดูแลเด็กหรือศูนย์รับเลี้ยงเด็กหรือศูนย์เฉพาะทางโรงเรียน โดยมีความสัมพันธ์ในลักษณะของเพื่อน โรงพยาบาล Wilson (2003, หน้า 129 – 130 อ้างใน รัชนิกร ทองสุขดี, 2554, หน้า 2) ได้กล่าวถึงความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของเด็กโดยมีตอนหนึ่งที่กล่าวว่า Ecological Model for Education and Development ว่ามีความสำคัญกับเด็กคือ เด็กและครอบครัวไม่ควรที่จะอยู่แยกจากกันควรที่จะอยู่ร่วมกันและการอยู่ร่วมกันนั้นเรียกว่า ชุมชน และในชุมชนนั้นก็ยังมีหลายระดับซึ่งแต่ละชุมชนมีความแตกต่างกันไป และแต่ละระดับก็ส่งผลต่อเด็ก ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยวที่อยู่ในชุมชนเมืองจะมีลักษณะของสังคมที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ถูกที่สุดสำหรับเด็กก็คือ การที่เด็กได้รับการปกป้องการมีที่อยู่อาศัยที่ดี ดังนั้น ความเข้าใจในสภาพสิ่งแวดล้อมจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญในการที่จะพัฒนาเด็ก คือ สภาพแวดล้อมที่เด็กใช้เวลาอยู่ด้วยมากหรือใช้เวลาอยู่ด้วยประจำ

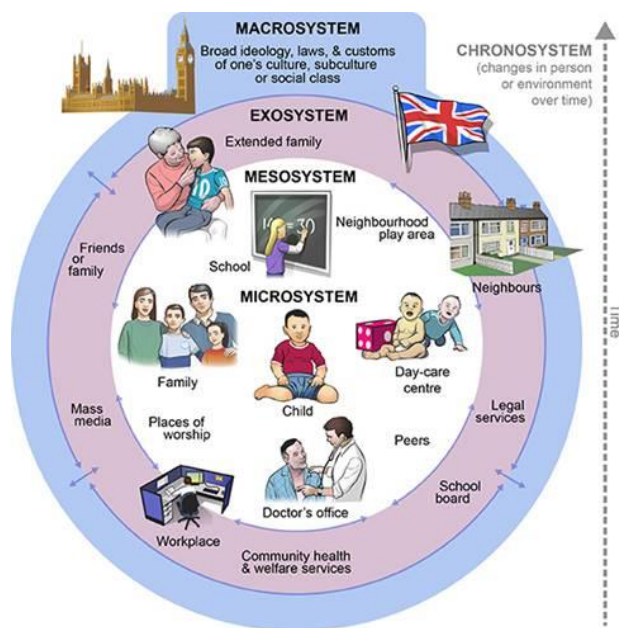
3. Mesosystem เป็นระบบที่อธิบายถึง ความสัมพันธ์และการสื่อสารของสถาบันต่าง ๆ ที่อยู่ในระบบ Microsystem ที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็ก ซึ่งจะครอบคลุมไปถึง ความสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างครอบครัว เพื่อนบ้าน ครู นักสหวิชาชีพ ผู้นำชุมชน และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

4. Exosystem เป็นระบบที่ครอบคลุมสถาบันสังคมที่สำคัญ ๆ ในระดับท้องถิ่นที่ก่อตั้งขึ้น เช่น กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มสื่อสารมวลชน ระบบสื่อสารและระบบขนส่ง หน่วยงานของรัฐบาล (ทั้งภาคท้องถิ่นและระดับชาติ) ดังนั้น ระบบ Exosystem จึงเป็นส่วนขยายของระบบ Mesosystem และครอบคลุมโครงสร้างทางสังคม ซึ่งมีผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมที่ใกล้ชิดที่สุดของบุคคล ส่งผลให้มีอิทธิพลต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสถานที่นั้น

5. Macrosystem เป็นระบบที่มีอธิบายถึงวัฒนธรรมและบริบทที่เกี่ยวข้องรวมไปถึงนโยบายของรัฐ และกฎหมายที่ใช้ในการดำเนินการ ซึ่งรวมถึงทัศนคติและค่านิยมของคนในประเทศและชุมชน

6. Chronosystem เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับทุกระบบรวมถึงการเปลี่ยนแปลง อย่างต่อเนื่องของแต่ละช่วงชีวิตของเด็ก (Bronfenbrenner, 1979; 1989 อ้างใน รัชนิกร ทองสุขดี, 2554, หน้า 2)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า Ecological Framework เป็นแนวคิดที่ใช้กรอบความสัมพันธ์เกี่ยวกับบริบทรอบ ๆ ตัวเด็กมีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็ก ซึ่งจากการศึกษาได้แนวคิดที่ว่า ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยที่เล็กที่สุดที่จะทำให้เด็กออกมามีพัฒนาการที่ดีขึ้น ซึ่งครอบครัวต้องมีวิธีการในการยอมรับและบริหารจัดการตนเองอย่างเหมาะสมก่อน จึงจะสามารถส่งผลต่อการปฏิสัมพันธ์และการปรับตัว ต่อบริบทอื่นที่กว้างขึ้นต่อไป เช่น โรงเรียน ชุมชน โดยทุกบริบทนั้นล้วนส่งผลต่อตัวเด็กออกมามีพัฒนาการทั้งสิ้น หากบริบทใดบริบทหนึ่งบกพร่อง อาจจะส่งผลต่อตัวเด็กออกมามีพัฒนาการด้วย



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิด อีโคโลจีคอลลเฟรมเวิร์ก

ที่มา : Bronfenbrenner, ecological system theory, King's College London, Florence

Nightingale School of Nursing and Midwifery เข้าถึงโดย

<http://fosteringandadoption.rip.org.uk/topics/child-development/> 27 ตุลาคม 2558

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (พร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม, 2553)

โดโรธี โอเร็ม (Dorothea Orem) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี

จากโรงเรียนพยาบาลของโรงพยาบาลโพรวิเดนซ์ มลรัฐวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา

ตั้งแต่ต้นปี ค.ศ. 1930 จบปริญญาตรี และปริญญาโททางการพยาบาลในปี ค.ศ. 1934

และ ค.ศ. 1945 ตามลำดับจากมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ท่านมีประสบการณ์เป็นพยาบาล

ประจำการ พยาบาลพิเศษในคลินิก นักการศึกษา นักบริหารและเป็นที่ปรึกษาทางการพยาบาล

ท่านได้ริเริ่มงานสร้างทฤษฎีการพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1958 และปรับปรุงเรื่อยมาอย่างต่อเนื่อง

รวมทั้งให้การปรึกษากับพยาบาลที่นำทฤษฎีของท่านไปใช้ในการศึกษาและการบริการ

ท่านได้รับรางวัลเกียรติยศหลายรางวัล รวมทั้งได้รับปริญญาดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์

จากมหาวิทยาลัย จอร์จทาวน์ ในปี ค.ศ. 1976

จุดกำเนิดของทฤษฎี

จากประสบการณ์การทำงาน ทั้งในฐานะผู้ปฏิบัติ นักการศึกษาและผู้บริหาร การพยาบาล ความคับข้องใจที่โอเร็มมักจะประสบอยู่เสมอก็คือ พยาบาลไม่สามารถบอกความหมายและวัตถุประสงค์ของการพยาบาลได้ชัดเจน และมักจะอธิบายการพยาบาลในลักษณะของกิจกรรมที่พยาบาลกระทำ การปฏิบัติการพยาบาลมักจะยึดงานเป็นหลัก โดยไม่สามารถอธิบายเหตุผลของการกระทำได้ ทำให้ขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลไม่ชัดเจน การจัดหลักสูตรมีความยากลำบากในการกำหนดขอบเขตเนื้อหา ด้วยเหตุนี้ท่านจึงมุ่งมั่นหาคำตอบว่า ในฐานะผู้ปฏิบัติพยาบาลทำอะไรและควรจะทำอะไร ทำไมถึงกระทำในสิ่งนั้นและผลลัพธ์ที่พยาบาลคาดหวังจากการกระทำคืออะไร จากคำถามเหล่านี้ท่านได้คำตอบจากการสังเกตและวิเคราะห์การปฏิบัติว่าพยาบาลได้ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีข้อจำกัดในการกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ซึ่งนอกเหนือจากที่ครอบครัวหรือญาติมิตรจะช่วยเหลือได้ และวิธีการช่วยเหลือของพยาบาลคือ กระทำทดแทนให้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง หรือพัฒนาความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแนวคิดนี้ ได้รับการตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1958 และได้รับการพัฒนาเรื่อยมาจนเป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันแพร่หลายทฤษฎีหนึ่งในปัจจุบัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

องค์ประกอบของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลทั่วไปของโอเร็ม ประกอบด้วย 6 มโนทัศน์หลัก ซึ่งได้แก่นของทฤษฎี คือ การดูแลตนเอง (Self-care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care Deficit) และความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) และมโนทัศน์ประกอบคือ ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) แต่ในการศึกษานี้ จะขออธิบายในส่วนของการดูแลตนเอง

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-care)

การดูแลตนเอง หมายถึง การทำในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จิตใจและมีเป้าหมาย เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการ

ของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสุด ในแนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จิตใจและมีเป้าหมาย ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การลงมือทำ ในระยะนี้ บุคคลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมจะต้องเห็นด้วยว่า เมื่อลงมือทำแล้วจะได้ผลตามที่ต้องการ มีวัตถุประสงค์เพื่ออะไร จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจลงมือทำได้

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้ จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ โดยที่เป้าหมายนั้นจะเป็นตัวกำหนดทางเลือก กิจกรรมที่ต้องกระทำ และเป็นเกณฑ์ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จิตใจและมีเป้าหมาย ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่งการดูแลตนเองจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัว กระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การดูแลตนเองนั้นเริ่มจากการที่บุคคลต้องตระหนักถึงความจำเป็น เห็นถึงความสำคัญของกิจกรรมที่ทำและลงมือปฏิบัติทำกิจกรรมเหล่านั้น เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง เช่นเดียวกับผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่รับรู้ว่า การดูแลเด็กออทิสติก ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ผู้ปกครองจึงหาวิธีและลงมือปฏิบัติ เพื่อเป็นการดูแลตนเอง

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Self-care Requisites)

หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด ที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้านคือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-care requisites)

1. คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะ

2. คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

3. รักษาสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม

4. รักษาสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

5. ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ

6. ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม
และความสามารถของตนเองให้อยู่อย่างปกติสุข

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental self-care requisites)
แบ่งเป็น 2 อย่าง คือ

1. พัฒนาและคงซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต
และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่าง ๆ

2. ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทา
อารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัว การสูญเสีย
การเจ็บป่วย บาดเจ็บ พิการ การเปลี่ยนแปลงในชีวิต การเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (Health Deviation self-care
requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้น เนื่องจากความพิการหรือความผิดปกติ
ตามโครงสร้างและหน้าที่ตั้งแต่แรกเกิด

1. แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้
2. รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการ
3. ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย ฟันฟู ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน
4. รับรู้และสนใจ ดูแลและป้องกัน ผลข้างเคียงของการรักษา
5. เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยหรือภาวะที่เป็นอยู่

กล่าวโดยสรุปคือ หลังจากที่บุคคลตระหนักถึงการดูแลตนเองแล้ว จะมีวิธีการ
หรือความต้องการเพื่อพัฒนาสภาพปัญหาของตนเองโดยรวม ซึ่งสามารถแบ่งได้ออกไป 3 ด้าน
ได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการและการดูแล
ตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งผู้ปกครองเด็กออกทัศนคติเมื่อรับทราบและตระหนัก
ถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองแล้ว ผู้ปกครองก็จะทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง เช่น
การจัดสรรเวลาและการรักษาสมดุลของกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หางานอดิเรกทำ
เพื่อผ่อนคลาย รวมไปถึงการปรึกษาผู้อื่น

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency)

หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแล
ตนเองทั้งหมด โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่จำเป็น
และต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบไปด้วยความสามารถ
3 ประการ คือ

1. การคาดการณ์ เป็นการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อม สำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับ การดูแลตนเอง

2. การปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถในการตัดสินใจที่จะลงมือกระทำ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

3. การลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

ซึ่งจะเห็นว่าความสามารถทั้ง 3 ประการนี้อยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จิตใจและมีเป้าหมาย

2. พลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเอง เป็นตัวกลางเชื่อมความรู้และการกระทำอย่างเจาะจงเพื่อการดูแลตนเอง

1. ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ภายในและภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2. ความสามารถในการควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อเคลื่อนไหวที่จำเป็น ในการริเริ่มหรือปฏิบัติการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

4. ความสามารถที่จะใช้เหตุผลในการดูแลตนเอง

5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเอง ที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ

6. มีทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

7. มีความสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปปฏิบัติได้

8. มีทักษะการใช้กระบวนการคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

10. มีความสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปในส่วนหนึ่งของแบบแผนในการดำเนินชีวิต ในฐานะบุคคลที่เป็น ส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ ซึ่งแบ่งออกเป็น

1. ความสามารถเรียนรู้ กับความสามารถที่จะกระทำ

2. คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ
ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

2.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ
ความสามารถในการอ่านเขียนนับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

2.2 หน้าที่ของประสาทรับรู้สัมผัส ทั้งการสัมผัส การมองเห็น
การได้ยิน การได้กลิ่นและการรับรส

2.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

2.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

2.5 นิสัยประจำตัว

2.6 ความตั้งใจ

2.7 ความเข้าใจในตนเอง

2.8 ความห่วงใยตนเอง

2.9 การยอมรับตนเอง

2.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ

2.11 ความสามารถที่จะจัดการกับตนเอง เป็นต้น

ความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละระดับ จะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป
ซึ่งจะเห็นว่าความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ
10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการก็จะเป็นพื้นฐานของความสามารถ
ในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง

กล่าวโดยสรุป การดูแลตนเองนั้นเป็นกิจกรรมที่บุคคลเริ่มทำโดยมีเป้าหมาย
เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง การกระทำเหล่านี้เกิดจาก
การที่บุคคลตระหนักและรับรู้ถึงผลกระทบที่มีต่อตนเอง ซึ่งผู้ปกครองเด็กออทิสติกก็เช่นกัน
เมื่อผู้ปกครองตระหนักและรับรู้ถึงผลกระทบจากการดูแลเด็กออทิสติก ผู้ปกครองพยายาม
หาวิธีหรือกิจกรรมทำเพื่อให้ผลกระทบนั้นลดลง

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิต

ปัจจุบันนักวิชาการหลายท่านให้คำจำกัดความหรือความหมายของคำว่า “คุณภาพชีวิต” กันอย่างกว้างขวาง ซึ่งมักจะเป็นความหมายที่มีความคล้ายคลึงสอดคล้องกัน ดังต่อไปนี้

ระวี ภาวิไล (2523 หน้า 19) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตที่มีคุณภาพพึงประสงค์ คือ ชีวิตที่อาศัยสภาพแวดล้อมทั้งปวงเอื้ออำนวยสุขภาพทางกาย เพื่อเป็นรากฐานของสันติภาพทางจิตใจ ทำให้เกิดบูรณาการทางความรู้สึกนึกคิด ที่ตามศักยภาพ มนุษย์มีความสามารถสร้างสรรค์และผลิตผล รวมกันเข้าเป็นสังคมที่มั่นคง ผาสุกสมบูรณ์และปราศจากความขัดแย้ง

นิพนธ์ คันธเสวี (2525 หน้า 2) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ระดับสภาพการดำรงชีพ ของมนุษย์ตามองค์ประกอบของชีวิต อันได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิดและจิตใจ ซึ่งแต่ละคนก็จะมีแตกต่างกันไปไม่ทัดเทียมกัน

ประสงค์ เต็มขวลา (2529, หน้า 17) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ การมีสุขภาพ ที่สมบูรณ์ แข็งแรง มีความรู้ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาในครอบครัวได้เป็นอย่างดี พึ่งพิงตนเองได้โดยไม่ก่อให้เกิดเป็นภาระต่อสังคม

พัฒน์ กิตติพราภรณ์ (2531, หน้า 42-46) ให้นิยามว่าคุณภาพชีวิตคือ ชีวิตที่มีความสุข อันเนื่องมาจาก 1) สุขทางกาย คือ การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี สุขภาพดี มีสาธารณูปโภคที่ดี มีสภาพแวดล้อมที่ดี รวมถึงมีการพักผ่อน สันติภาพที่ดีด้วย 2) สุขทางใจ อันเนื่องมาจากการรู้จักความพอดี พอใจในสภาพที่เป็นอยู่ เห็นคุณค่าของตนเอง อดทน เสียสละ รัก ห่วงใย และเอื้อเฟื้อต่อผู้อื่น

อัจฉรา นวจินดา และขจีรัส ภิรมย์ธรรมศิริ (2532 หน้า 18) ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต โดยเน้นที่ความพึงพอใจเป็นสำคัญ คือ ความรู้สึกพึงพอใจของบุคคล เพื่อให้มีความมั่งคั่ง คุณภาพชีวิต มีนัยที่เป็นบวกต่อการดำรงชีวิตในแนวทางที่บุคคลพึงปรารถนา และเป็นผลมาจากการมีสุขภาพกายและสุขภาพใจดี

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตของบุคคลที่สามารถ อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมรอบตัว มีความสมบูรณ์ และความสุขทั้งร่างกาย จิตใจ สามารถแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาและหามาได้อย่างถูกต้อง มีการแก้ปัญหาได้ดีไม่เป็ภาระต่อผู้อื่นและสังคม

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

ยูพา อุดมศักดิ์ (2516 หน้า 41 - 42) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของประชาชนในสังคม ประกอบไปด้วยสุขภาพทั้งกายและใจ การศึกษา เศรษฐกิจและอาชีพ การเมืองการปกครอง ศาสนา สิ่งแวดล้อมสวัสดิการสังคมอื่น ๆ

อัจฉรา นวจินดา และขจีรัตน์ ภิรมย์ธรรมศิริ (2532 หน้า 8 - 9) ให้ความเห็นว่า องค์ประกอบหรือปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ควรเป็นปัจจัยที่ผลโดยตรงต่อการมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตของบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษาแตกต่างกันไป ซึ่งแบ่งเป็นองค์ประกอบ หรือปัจจัยระดับจุลภาค อันได้แก่ ปัจจัยสี่ น้ำ อากาศ การศึกษา ความรักความมั่นคงปลอดภัย การมีงานทำ มีรายได้ การมีอิสระ เสรีภาพ การเลื่อนฐานะทางสังคม สุขภาพและความเจ็บป่วย เกียรติยศ ชื่อเสียง เป็นต้น

องค์ประกอบหรือปัจจัยระดับจุลภาคและมหภาค เป็นปัจจัยที่เป็นตัวแปรสำคัญ ในการคาดประมาณความมีคุณภาพชีวิต ของบุคคลในระดับชุมชนหรือในประเทศได้ เช่น ระดับการดำรงชีวิต (ปัจจัยขั้นพื้นฐาน) ทรัพยากร (ทรัพยากรมนุษย์และธรรมชาติ) ประชากร (โครงสร้างประชากร) ระบบสังคมและการเมือง เป็นต้น

มะเดื่อ เสมา (2532 หน้า 5 - 6) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิต ควรเริ่มจากตนเอง ก่อนเป็นสำคัญ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตส่วนตน น่าจะพัฒนาให้มีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง จิตใจเข้มแข็ง มั่งคั่ง อดทน พร้อมทั้งจะเผชิญอุปสรรคในชีวิตได้ทุกเมื่อ และทุกรูปแบบ นอกจากนี้ยังต้องมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถให้มีความรู้ เพื่อเป็นการพัฒนาความคิด ความฉลาดทางอารมณ์ด้วย ให้มีรายได้ มีงานทำเพียงพอที่จะส่งเสริมให้ชีวิตของตน และครอบครัวมีความสุขได้ ดังนั้นเรื่องของคุณภาพชีวิต จึงเป็นประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจ และเป็นประเด็นที่มีความสำคัญต่อการเสริมสร้างรากฐานชีวิตที่ดีของประชาชน เพื่อการพัฒนาประเทศที่ยั่งยืนได้

Campbell (1972, p. 51 อ้างใน อัจฉรา นวจินดา และขจีรัตน์ ภิรมย์ธรรมศิริ, 2532, หน้า 9) เสนอความคิดเห็นว่าคุณภาพชีวิตที่ดี ต้องมีองค์ประกอบด้วยกัน 3 ด้าน คือ

1. ด้านกายภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านมลภาวะ ความหนาแน่นของประชากร และสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย
2. ด้านสังคม ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการศึกษา สุขภาพพลานามัย ความมั่นคง เป็นปึกแผ่นของครอบครัว
3. ด้านจิตวิทยา ประกอบด้วย ความพึงพอใจการประสบผลสำเร็จ ความผิดหวัง คับแค้น คับข้องใจ

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่มีอิทธิพลต่อการมีคุณภาพชีวิต จะประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ

ปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีพ ซึ่งมักจะเป็นองค์ประกอบทางด้านกายภาพที่สามารถวัดและนับได้ เช่น อาหาร น้ำ ยารักษาโรค เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย สุขภาพพลานามัย การศึกษารายได้ เป็นต้น

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของมนุษย์ เช่น ความมั่นคงในหน้าที่การงาน เกียรติยศ ชื่อเสียง เสรีภาพในชีวิต ครอบครัว ชุมชน สังคม สิ่งแวดล้อม และการเมือง การปกครอง เป็นต้น

ความรู้ที่เกี่ยวกับความเครียด (Stress)

ความหมายและคำจำกัดความของความเครียด

กรมอนามัย (2550, หน้า 22) ความเครียด Stress คือ ปรากฏการณ์ทางจิตสังคม ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นทั้งจากภายนอกและภายในร่างกาย เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นหรือคุกคามจากสิ่งแวดล้อม หรือมีปัญหาภายในจิตใจก็จะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกรู้สึกนึกคิด อารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ได้

จำลอง ดิษขณิช และพริ้มเพรา ดิษขณิช (2545, หน้า 1 -2) กล่าวว่า ความเครียดในทางจิตวิทยา หมายถึง สิ่งที่ต้องการที่มีผลต่ออินทรีย์เพื่อก่อให้เกิดการปรับตัว สิ่งที่ต้องการคือ สิ่งเร้าภายในและภายนอก ที่มีผลกระทบต่อคนเรา การปรับตัวที่เป็นผลตามมาทำให้คนเราเกิดสภาวะตึงเครียดหรือการคุกคาม

Selye (1956 อ้างใน ประณีตา ประสงค์จรรยา, 2542, หน้า 13) ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า ความเครียดเป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจ มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นทั้งจากภายในร่างกายและภายนอกร่างกาย เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโครงสร้าง และปฏิกิริยาเคมีภายในร่างกาย เพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น ทำให้ภาวะทางร่างกายและจิตใจขาดสมดุล แสดงให้เห็นโดยกลุ่มอาการทางร่างกายที่มีลักษณะเฉพาะ

Lazarus (1971 อ้างใน รัตนาภรณ์ ดวงธรรม, 2547) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุล ซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้หรือการประเมินของบุคคล

ต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่คุกคาม โดยที่การรับรู้หรือการประเมินนี้ เป็นผลมาจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในสังคม ในการทำงาน ในธรรมชาติ กับปัจจัยภายในตัวบุคคล อันประกอบไปด้วยทัศนคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีตตลอดจนความต้องการของบุคคลนั้น

กรมสุขภาพจิต (2540) อธิบายว่า ความเครียด เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความคิดและพฤติกรรมของบุคคล ที่มีต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก ซึ่งอาจเป็นบุคคล ความรู้สึกนึกคิด สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นภาวะที่กดดัน ความคับคั่ง บีบคั้น ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวและมีความพึงพอใจจะทำให้เกิดการตื่นตัว เกิดพลัง ในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ อีกทั้งยังเป็นการเสริมความแข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าไม่มีความพึงพอใจและไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคมได้

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายแสดงออกมาเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายในและภายนอก บุคคลจะรับรู้ว่าเป็นภาวะคุกคามหรือกดดัน ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรม หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ ความเครียดมีมากและคงอยู่เป็นระยะเวลานาน จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตได้

สาเหตุของความเครียด

กรมสุขภาพจิต (2540) ได้กล่าวถึงสาเหตุของความเครียดไว้ดังนี้

1. สาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัวว่าจะไม่สมหวัง กลัวว่าจะไม่สำเร็จ หนักใจ ในการทำงานที่ได้รับมอบหมาย รู้สึกว่าตัวเองทำสิ่งที่ยากเกินความสามารถ มีความวิตกกังวล ล่วงหน้ากับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น เป็นต้น
2. สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนวัย การแต่งงาน การเริ่มทำงาน การเปลี่ยนงาน การเกษียณอายุ การย้ายบ้าน การสูญเสียคนรัก เป็นต้น
3. สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ การเจ็บไข้ไม่สบายที่ไม่รุนแรง ตลอดจนถึง ที่รุนแรงและเรื้อรัง เช่น เบาหวาน มะเร็ง ความดันโลหิตสูง

ตามปกติความเครียดในจิตใจ จะส่งผลทำให้เกิดอาการทางกาย ที่สังเกตได้ อย่างชัดเจน ได้แก่ ปวดศีรษะ หลับยาก หลับไม่สนิท กินมากกว่าปกติหรือเบื่ออาหาร รู้สึกตื่นเต้นตกใจง่าย ฝันร้าย หายใจไม่อิ่มท้อง ปวดต้นคอและไหล่ มือเท้าเย็น ใจสั่น ผลเสียที่เกิดจากความเครียด หากปล่อยให้ตัวเองมีความเครียดสะสมไว้เป็นเวลานาน โดยไม่ได้ผ่อนคลายความเครียดเลยจะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงได้ เช่น โรคประสาท

โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคกระเพาะ นอกจากนั้น ยังมีผลเสียต่อการดำรงชีวิตด้วย เช่น ขาดสมาธิในการทำงาน ทำให้งานผิดพลาดบ่อย ๆ เบื่อหน่าย ไม่อยากพบหน้าผู้คน รู้สึกไม่มีความสุข เศร้าหมองและหมดกำลังใจได้

ดังนั้น ไม่ควรปล่อยไว้ให้ตัวเองเครียดอยู่เป็นเวลานาน ควรหาทางผ่อนคลาย ความเครียดทุกวัน จะช่วยให้จิตใจสงบเป็นสุขและสุขภาพร่างกายก็ดีขึ้นด้วย

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า สาเหตุของความเครียดนั้น เกิดจากการที่บุคคลรับรู้ถึง สถานการณ์ที่เป็นภัยคุกคามต่อการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือสภาพแวดล้อมรอบตัว

อาการของความเครียด

จำลอง ดิษยวณิช และ พิรมเพรา ดิษยวณิช (2545) ได้กล่าวถึงอาการความเครียดไว้ว่า คือ ธรรมชาติของความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและสุขภาพโดยทั่วไปอาการของความเครียดจะแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. อาการทางพฤติกรรม (Behavioral Symptoms) ความเครียดทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงแบบอย่างของพฤติกรรมของคนได้ เช่น การหลีกหนี การผลัดวันประกันพรุ่ง การแยกตัวออกจากเพื่อนฝูงและครอบครัว เบื่ออาหาร พละกำลังลดลง แรงขับทางเพศลด น้อยลง อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวรุนแรง ก้าวร้าว เริ่มสูบบุหรี่จัด การใช้เหล้าและยาเสพติด แบบอย่างของการนอนเปลี่ยนแปลงไป มักนอนไม่หลับ นอนกระวนกระวาย พลิกไปพลิกมา ละเลยความรับผิดชอบ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานลดลงและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

2. อาการทางอารมณ์ (Emotion Symptoms) อาการทางอารมณ์ที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล ความกลัว ความหวาดหวั่น ความหงุดหงิดและอาการซึมเศร้า อาการอย่างอื่น ได้แก่ การปฏิเสธความคับข้องใจ ความลังเล ความไม่กล้าตัดสินใจ ความรู้สึกท้อแท้ความภูมิใจตนเองไม่ได้ การขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน บางคนมีความคาดหวังที่น่าสะพรึงกลัว คิดกลับไปกลับมา ชอบคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะมีเคราะห์ร้ายเกิดขึ้นกับตนเองหรือคนอื่น มักคิดตนไปก่อนไข้ กลัวว่ากำลังจะตาย กำลังจะเป็นบ้าหรือเสียสติ

3. อาการทางการรับรู้ (Cognitive Symptoms) อาการทางจิตที่สัมพันธ์กับ ความเครียดและพบได้บ่อย คือ การขาดแรงจูงใจ ขาดสมาธิและการวินิจฉัยที่ผิด จิตใจไม่จดจ่อ อยู่กับงานที่ทำและขาดความสามารถในการทำงานให้เป็นผลสำเร็จ ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า จิตใจ กำลังวุ่นวายจึงต้องใช้ทรัพยากรเป็นจำนวนมากเกินไป เพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด

ความเครียด เลยทำให้ทรัพยากรที่เหลืออยู่ไม่เพียงพอที่จะจัดกิจกรรมในแต่ละวัน
อาการทางจิตอย่างอื่น ได้แก่ ความกังวลมากเกินไป หลง ๆ ลืม ๆ จำอะไรไม่ได้ สับสน
การรับรู้ผิดปกติ มองคนในแง่ร้าย ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหาลดลง
รู้สึกขาดที่พึ่ง ขาดความหวัง ขาดการช่วยเหลือ บางคนมีความวิตกกังวลมาก ๆ อาจใช้วิธี
“ปิดประตู” คือ พยายามไม่รู้รับสิ่งใด ๆ จากภายนอกเลย

4. อาการทางร่างกาย (Physical Symptoms) อาการทางกาย ถือว่าเป็นภาษาทางกาย
ของความเครียด (The Body Language of Stress) ที่พบบ่อย คือ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ
ปวดหลัง กล้ามเนื้อตึงเครียดหรือเกร็ง สำหรับระบบหัวใจและหลอดเลือด คือ หัวใจเต้นแรง
หรือเร็ว ใจสั่น เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ระบบการหายใจ คือ อัตราการหายใจเร็วขึ้น
แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หายใจไม่อิ่ม บางคนหายใจเร็วแรงและลึกทำให้หน้ามืด วิงเวียน
ศีรษะ โคลงเคลง เสียสมดุลบริเวณมือและเท้า ระบบทางเดินอาหาร คือ ปวดท้อง แน่นท้อง
ท้องอืด ท้องปั่นป่วน ท้องเดิน บางคนมีปัสสาวะบ่อย สะบัดร้อนสะบัดหนาว รู้สึกคล้ายมีก้อน
จุกบริเวณคอ จากอาการของความเครียดที่ได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งมีหลากหลาย เช่น การหลีกหนี
การแยกตัวออกจากสังคม เบื่ออาหาร ความวิตกกังวล ความหวาดกลัว อาการซึมเศร้า
ขาดสมาธิ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นต้น โดยอาการจะแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับ
ความเครียด

กล่าวโดยสรุปได้ว่า อาการของความเครียด บางลักษณะอาการสามารถแสดงออก
อย่างเห็นได้ชัดเจนเช่น อาการทางด้านร่างกายและพฤติกรรม บางลักษณะอาการก็แสดงออก
ไม่ชัดเจน เช่น อาการทางด้านจิตใจ อารมณ์และความรู้สึก

ระดับความเครียด

ความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าจะเกิดจากสาเหตุอันเดียวกัน
แต่ก็ก่อให้เกิดความเครียดเกิดขึ้นในแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละบุคคล
มีความสามารถในการรับรู้และมีความสามารถในการปรับตัวที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังมี
องค์ประกอบอื่น ๆ เช่น พื้นฐานทางจิตใจ อารมณ์ สภาพสังคม วัฒนธรรมตลอดจนถึงแวดล้อม
ที่มาเกี่ยวข้องในขณะนั้น ๆ ด้วย ระดับความเครียดของบุคคล สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ
(ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2556) คือ

1. ความเครียดในระดับต่ำ (Mild Stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะสั้น ๆ
ไม่รุนแรง ความเครียดในระดับนี้จะเกี่ยวข้องกับสาเหตุเพียงเล็กน้อย เช่น การจราจรติดขัด
ขณะเดินทางไปทำงานหรือการไปตามนัดไม่ทัน เป็นต้น

2. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate Stress) ความเครียดชนิดนี้รุนแรงกว่าความเครียดชนิดแรก อาจใช้เวลาเป็นชั่วโมงจนกระทั่งเป็นวัน เช่น ความเครียดจากการทำงานหนัก ความเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง ความขัดแย้งระหว่างเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

3. ความเครียดระดับสูง (Severe Stress) ความเครียดชนิดนี้ จะแสดงอาการอยู่นานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี โดยมีสาเหตุรุนแรงมาก โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบกระเทือนต่อการดำรงชีวิต เช่น ความพิการก็เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดระดับสูงได้

จึงสรุปได้ว่า ระดับความเครียดนั้น แบ่งออกเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ซึ่งในแต่ละบุคคลถึงแม้ว่าจะถูกกระตุ้นด้วยสถานการณ์เดียวกัน แต่มีระดับความเครียดที่แตกต่างกัน

การจัดการความเครียด

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ (สุทธิดา สายสุตา, 2550) ให้ความหมายของการจัดการความเครียดว่า เป็นวิธีการควบคุม กำกับ ดูแลหรือการควบคุมสถานการณ์ที่ไม่สมดุลของความต้องการ ความสามารถ ทรัพยากร

Haan ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความพยายามการจัดการกับความยากลำบากต่าง ๆ โดยการใช้ความสามารถภายในตัวและการใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อม คนรอบข้าง เพื่อเอาชนะอุปสรรคนั้น ทั้งที่ไม่จำเป็นที่การเผชิญปัญหานั้นจะต้องประสบผลสำเร็จ

สาขารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้กล่าวว่า การจัดการความเครียด หมายถึง ความพยายามทางปัญญา และพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อจะจัดการกับปัญหา หรือข้อเรียกร้องทั้งจากภายนอกและภายในตนเอง ที่บุคคลประเมินว่าถูกคุกคามหรือเกินกว่าความสามารถที่ตนจะรับได้

วิธีการจัดการกับความเครียด

Folkman et al. (1986, quoted in Auerbach and Gramling 1998 อ้างใน นิธิพันธ์ บุญเพิ่ม, 2553, หน้า 20 - 22) แบ่งรูปแบบวิธีการจัดการความเครียดออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

1. การมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem – Focused Coping) เป็นการใช้วิธีต่าง ๆ ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แก่

1.1 การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) เป็นความพยายามอย่างก้าวร้าวในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่เพื่อจัดการกับปัญหานั้น ๆ

1.2 การวางแผนแก้ไขปัญห (Planful Problem Solving) เป็นการใช้ความพยายามในการหาแนวทางแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นด้วยความรอบคอบ โดยการวิเคราะห์ปัญห วางแผนการแก้ไขปัญหและดำเนินการตามแผนที่วางไว้

1.3 การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (Seeking Social Support) เป็นการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเพื่อจัดการปัญหที่เกิดขึ้น

2. การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional - Focused Coping) เป็นการใช้วิธีต่าง ๆ ในการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่

2.1 การถอยห่าง (Distancing) เป็นความพยายามทางความคิดในการให้ความสำคัญกับสถานการณ์นั้นน้อยลง โดยการถอดตัวออกจากสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ เป็นการป้องกันตนเองจากสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดและมองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในมุมใหม่

2.2 การควบคุมตนเอง (Self-control) เป็นความพยายามในการควบคุมความรู้สึกและการกระทำของตนเองเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ตึงเครียดและเปิดใจรับรู้ข่าวสารจากภายนอกเพิ่มมากขึ้น

2.3 การรับผิดชอบต่อปัญหา (Accepting Responsibility) เป็นการที่บุคคลยอมรับว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากตนเองและปัญหานั้นไม่สามารถแก้ไขได้

2.4 การหลีกหนี - หลีกเลี่ยง (Escape - Avoidance) เป็นความพยายามที่จะหลีกหนีปัญหที่เกิดขึ้น โดยการทำกิจกรรมอย่างอื่นหรือคิดถึงสิ่งที่ปรารถนาเพื่อไม่ต้องคิดถึงปัญหามีอยู่

2.5 การประเมินใหม่ทางบวก (Positive Reappraisal) เป็นการประเมินคุณค่าใหม่มองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ โดยพยายามมองในด้านดี เน้นความงอกงามของบุคคลรวมทั้งการใช้หลักศาสนาด้วย

2.6 การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (Seeking Social Support) เป็นการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเพื่อให้บุคคลรู้สึกสบายใจขึ้น

จะเห็นว่า การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมนั้น (Seeking Social Support) เป็นวิธีการที่มีทั้งด้านของการมุ่งจัดการปัญหา (Problem – Focused Coping) และการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional - Focused Coping) แสดงว่า การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเป็นวิธีที่ไม่สามารถจำแนกได้ชัดเจนว่าเป็นวิธีการที่มุ่งจัดการกับปัญหาหรือมุ่งจัดการกับอารมณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละบุคคล

ได้รับ และเป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคลซึ่ง Lazarus & Folkman (1985 อ้างใน นิธิพันธุ์ บุญเพิ่ม, 2553, หน้า 20 - 22) ได้แยกการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นวิธีการจัดการความเครียดแบบผสม

Lazarus & Folkman (1988, อ้างใน นิธิพันธุ์ บุญเพิ่ม, 2553, หน้า 20 - 22) ได้สร้างแบบวัด Ways of Coping Quaesstionnaire โดยนำวิธีการจัดการความเครียดจากการจำแนกของ Folkman et al. (1986 อ้างใน นิธิพันธุ์ บุญเพิ่ม, 2553, หน้า 20 - 22) ซึ่งเดิมจำแนกรูปแบบวิธีการจัดการความเครียดออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การมุ่งจัดการปัญหา (Problem – Focused Coping) และการมุ่งจัดการอารมณ์ (Emotional - Focused Coping) มาจำแนกใหม่เป็น 8 รูปแบบ จากข้อย่อย ๆ ใน 2 รูปแบบ ซึ่งมีดังต่อไปนี้

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) เป็นความพยายามอย่างก้าวร้าวในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่เพื่อจัดการกับปัญหานั้น ๆ
2. การถอยห่าง (Distancing) เป็นความพยายามทางความคิดในการให้ความสำคัญกับสถานการณ์นั้นน้อยลง โดยการถอดตัวออกมาจากสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ เป็นการป้องกันตนเองจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและมองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในมุมใหม่
3. การควบคุมตนเอง (Self-control) เป็นความพยายามในการควบคุมความรู้สึกและการกระทำของตนเองเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ตึงเครียดและเปิดใจรับรู้ข่าวสารจากภายนอกเพิ่มมากขึ้น
4. การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (Seeking Social Support) เป็นความพยายามของบุคคลที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารมากขึ้น ตลอดจนการรับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น
5. การรับผิดชอบต่อปัญหา (Accepting Responsibility) คือการที่บุคคลยอมรับว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากตนเองและปัญหานั้น ไม่สามารถแก้ไขได้
6. การหลีกหนี - หลีกเลียง (Escape - Avoidance) เป็นความพยายามที่จะหลีกหนีปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการทำกิจกรรมอย่างอื่นหรือคิดถึงสิ่งที่ปรารถนาเพื่อไม่ต้องคิดถึงปัญหาที่มีอยู่
7. การวางแผนแก้ไขปัญหา (Planful Problem Solving) เป็นการใช้ความพยายามในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยความรอบคอบ โดยการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการแก้ไขปัญหาและดำเนินการตามแผนที่วางไว้

8. การประเมินใหม่ทางบวก (Positive Reappraisal) เป็นการประเมินคุณค่าใหม่ มองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ โดยพยายามมองในด้านดี เน้นความงอกงามของบุคคล รวมทั้งการใช้หลักศาสนาด้วย

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การจัดการความเครียด หมายถึง ความพยายามทั้งการกระทำ และความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียด โดยพยายามทำให้ความเครียดลดน้อยลงหรือทำให้ อยู่เหนือสถานการณ์ที่ทำให้เครียดนั้น โดยบุคคลอาจจะใช้วิธีการจัดการความเครียดมากกว่า หนึ่งวิธี ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นจะประเมินสถานการณ์ในลักษณะใด หากประเมินว่าตนเอง ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ดังเครียดนั้นได้ บุคคลจะเลือกที่จะจัดการกับอารมณ์ แต่หากประเมินสถานการณ์นั้นแล้วว่าสามารถจัดการกับสถานการณ์ดังเครียดได้ บุคคลนั้นจะหาข้อมูลเพิ่มเติมและเลือกที่จะจัดการปัญหามากกว่า

ผลกระทบจากความเครียดของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กออทิสติก

การดูแลเด็กออทิสติกต้องอาศัยความอดทน ตั้งใจและทุ่มเทของผู้ดูแลอย่างสูง เนื่องจากการช่วยให้เด็กดีขึ้นนั้น ไม่สามารถบอกได้ว่าต้องใช้ระยะเวลานานเท่าใด เพราะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาภาวะสุขภาพ ความรู้และความเครียดของผู้ดูแลเด็กออทิสติก พบว่าผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดในระดับสูงถึงร้อยละ 50 และระดับปานกลาง ร้อยละ 40 (ปวีดา โพธิ์ทอง และคณะ, 2557) ซึ่งผู้ดูแลเด็กออทิสติกได้รับผลกระทบ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ (ชนิฐา หะยิมะแซ, 2556) ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย จากการที่ผู้ดูแลต้องใช้ระยะเวลาดูแลเด็กที่ยาวนาน จึงส่งผลต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล การพยากรณ์โรคพบว่า 2 ใน 3 ของเด็กออทิสติก ต้องการการช่วยเหลือตลอดชีวิตมีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลได้พักผ่อนน้อยลงเนื่องจาก เด็กออทิสติกมีปัญหาเรื่องการนอนส่งผลให้ปริมาณและคุณภาพ ในการนอนหลับของผู้ดูแล เด็กออทิสติก น้อยกว่าผู้ดูแลเด็กทั่วไป และยังพบว่า ผู้ดูแลจะมีความเหนื่อยล้ารวมถึง ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปแย่กว่าผู้ดูแลเด็กทั่วไปโดยปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของโรคผู้ป่วย ในขณะที่อายุ โรคประจำตัวก็มีผลต่อผู้ดูแล เช่นกัน รวมถึงภาระหน้าที่ความรับผิดชอบอื่น ๆ ความรู้ความเข้าใจในโรคของผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล (พิชิต สุขสบายและสายพิณ หัตถิรัตน์, 2552) โดยมีรายงานว่า ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแล เด็กออทิสติกเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1,000 ชั่วโมงต่อปี (Jarbrink, 2007, อ้างใน ชนิฐา หะยิมะแซ, 2556)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตแย่ลง เนื่องจากมีความวิตกกังวล หดหู่ ท้อแท้ ผิดหวังและมีความเครียด (Hutton, 2005) ความตึงเครียดยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว พบว่า อัตราการหย่าร้างของครอบครัวที่มีบุตรเป็นออทิสติกสูงกว่าครอบครัวทั่วไปร้อยละ 2 (Ghanizadeh, Alishahi and Ashahi 2009 อ้างใน ขนิษฐา หะยิมะแซ, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ปกครองที่ต้องดูแลเด็กออทิสติกจะมีลักษณะอาการทางจิต 6 ประการตามขั้นตอน (วงเดือน เดชะรินทร์, 2546) ดังนี้

1) ขั้นปฏิเสธอาการที่ปรากฏ เช่น ลับสน วิตกกังวล ตกใจ ร้องไห้ ไม่เชื่อในขั้นนี้ ผู้ปกครองจะมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการดูแล และใช้ระยะเวลาในการปรับตัว 1 วันถึง 1 ปี

2) ขั้นโกรธ มีการแสดงออกคือ โกรธตนเอง ผู้ปกครองต้องการระบายความรู้สึกและมีผู้รับฟังปัญหา ใช้เวลาในการปรับตัว 1 วันถึง 2 ปี

3) ขั้นเศร้า มีอาการแสดงออกคือ รู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ นอนไม่หลับ รู้สึกถูกทอดทิ้ง ว้าเหว อารมณ์ไม่แจ่มใส ผู้ปกครองต้องการกำลังใจจากสามีและเพื่อน ระยะเวลาในการปรับตัวตั้งแต่ 2 – 3 วันถึง 1 ปี

4) ขั้นแยกตัว พบว่าผู้ปกครองไม่ยอมพูดคุยกับใคร ไม่ต้องการให้คนมาพูดด้วยและแสดงความเข้าใจในความรู้สึกของตน ระยะเวลาใช้ในการปรับตัวตั้งแต่ 2 – 3 วันถึง 6 เดือน

5) ขั้นเริ่มยอมรับความจริง เป็นขั้นตอนของการเริ่มแสวงหาข้อมูลวิธีการรักษาและสถานที่รักษา ผู้ปกครองต้องการความช่วยเหลือ ดูแลเด็ก ซึ่งใช้ระยะเวลาในการปรับตัวตั้งแต่ 1 เดือนถึง 2 ปี

6) ขั้นตอนยอมรับความจริง เป็นขั้นตอนที่ผู้ปกครองพาลูกไปฝึกพูด ฝึกพฤติกรรม แสวงหาที่เรียนให้ลูก ผู้ปกครองต้องการวิธีการช่วยเหลือและดูแลเด็ก ซึ่งใช้ระยะเวลาในการปรับตัวตั้งแต่ 1 เดือนถึง 2 ปี

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม จากการที่ต้องทุ่มเทเวลาดูแลเด็กออทิสติก ส่งผลให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เครือญาติหรือคนในชุมชนลดน้อยลง บางครอบครัวรู้สึกอับอายที่มีบุตรเป็นออทิสติก จึงหลีกเลี่ยงการสู่สังคมนาภายนอก ในขณะที่ต้องมีความรับผิดชอบด้านการเงินสูงขึ้นแต่รายได้น้อยลง เพราะต้องมียาใช้จ่ายในการดูแลรักษา บางครอบครัวต้องทำงานน้อยลงหรือลาออกจากงานเพื่อมาดูแลเด็ก จึงผลส่งให้เกิดปัญหาทางการเงิน

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผู้ปกครองที่ต้องดูแลเด็กออทิสติก มักจะได้รับผลกระทบจากความเครียด ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและเศรษฐกิจสังคม

การช่วยเหลือทางการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติก

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ตามมาตรา 10 (1) (2) กล่าวโดยสรุปว่า บุคคลที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ จะต้องได้รับสิทธิและโอกาสได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็นพิเศษโดยจัดให้ตั้งแต่แรกเกิดหรือพบความพิการ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายซึ่งเด็กออทิสติกถูกจัดให้อยู่ในประเภทบุคคลที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการว่าด้วยเรื่อง กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคณพิการ อีกทั้งมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา เช่น การบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม เป็นต้น

การบริการและช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (Early Intervention: EI)

ความหมายการบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (Early Intervention: EI)

“การให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม” (Early Intervention : EI) หมายถึง การจัดโปรแกรมที่เป็นระบบ ในการให้บริการด้านต่าง ๆ โดยเร็วที่สุดแก่เด็ก ที่พบว่ามีความเสี่ยงหรือทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความพิการ โดยมุ่งเน้นการให้บริการทางการศึกษากับพ่อแม่ ครอบครัวและเด็กได้รับบริการจากนักวิชาชีพที่หลากหลาย ทั้งด้านการศึกษา ด้านสุขภาพอนามัย การบำบัดรักษา ตลอดจนป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการไปตามขั้นตอนเช่นเดียวกับเด็กทั่วไปหรือใกล้เคียงกับเด็กทั่วไปมากที่สุด (สมพร หวานเสร็จ, 2547)

กองการศึกษาพิเศษเพื่อคนพิการ (2543, หน้า 10) ได้ให้ความหมายของการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มว่า หมายถึง กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพและเตรียมความพร้อมให้กับเด็กที่มีความบกพร่องประเภทต่าง ๆ ตั้งแต่แรกเกิดหรือเมื่อทราบว่ามีความบกพร่อง โดยมีจุดประสงค์เพื่อช่วยเหลือเด็กให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีอยู่โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งต้องมีการประเมินศักยภาพเบื้องต้น สภาพความบกพร่องที่อาจเกิดต่อไป การรวมข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนำมาวิเคราะห์และวางแผนร่วมกับผู้ปกครอง การปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพตามแผนร่วมกันระหว่างผู้ปกครองที่มีความรู้ตลอดจนการประเมินผลทั้งระหว่างการให้บริการและหลังการให้บริการช่วยเหลือ ทั้งนี้โปรแกรม

ที่จัดขึ้นต้องเป็นไปตามความต้องการและความจำเป็นของเด็กแต่ละคน ซึ่งจะต้องครอบคลุม การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 4 ด้าน (ศศิพันธ์ สุขบุญพันธ์, 2551, หน้า 18) คือ

1. ด้านการแพทย์ เป็นการฟื้นฟูเพื่อแก้ไขส่วนที่บกพร่อง โดยการพัฒนาศักยภาพ ที่มีอยู่ พัฒนาทักษะใหม่เพื่อทดแทนส่วนที่บกพร่องไป ฝึกการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ หรือกายอุปกรณ์
2. ด้านสังคม เป็นการฟื้นฟูเพื่อพัฒนาทักษะด้านสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริม บุคคลที่มีความบกพร่องให้สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับคนอื่นในครอบครัวและสังคมได้
3. ด้านการศึกษา เป็นการฟื้นฟูเพื่อให้บุคคลที่มีความบกพร่องได้พัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต
4. ด้านอาชีพ เป็นการฟื้นฟูเพื่อให้บุคคลที่มีความบกพร่องสามารถมีรายได้ จากการประกอบอาชีพ

Noonon, Mary J. and McCormick (1993) ได้ให้ความหมายของการช่วยเหลือระยะ แรกเริ่มว่าหมายถึง การเตรียมความพร้อมให้เด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษให้มีความพร้อม ก่อนเข้าเรียน

Heward and William. (2000) กล่าวว่า การช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือเด็กในช่วงอายุ 8 เดือน ถึง 3 ปี ซึ่งเป็นช่วงสำคัญในการพัฒนาเด็ก ทั้งด้านความคิดและสังคมโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา ด้านโภชนาการ ด้านการดูแลเด็ก รวมทั้งสนับสนุนครอบครัวเพื่อลดผลกระทบจากความพิการของเด็กและป้องกันความพิการ หรือปัญหาอื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมาเนื่องจากความพิการ

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า การช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (Early Intervention) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือและจัดบริการต่าง ๆ ให้ครอบครัวและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ตั้งแต่แรกเกิดหรือเมื่อพบความบกพร่อง เพื่อพัฒนาเด็กด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านสังคมและเตรียมความพร้อมให้เด็กและครอบครัวก่อนเข้าเรียนและเข้าสู่สังคม โดยทีมสหวิชาชีพต่าง ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด ครูการศึกษาพิเศษ

ความสำคัญของการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม

เด็กเล็กหรือเด็กก่อนวัยเรียนจำเป็นต้องได้รับการดูแลและสนับสนุนจากครอบครัว โดยเฉพาะเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมโดยเริ่มจากที่บ้าน ซึ่งจะส่งผลต่อโอกาสในการพัฒนาของเด็ก ครอบครัวและชุมชนจึงควรมีส่วนร่วม

ในการช่วยกันดูแลและส่งเสริมให้เด็กได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่ (Maskay Bishwa K., 2001) ดังนั้น การให้การช่วยเหลือระยะแรกเริ่มจึงควรเริ่มโดยเร็วที่สุด การให้ความช่วยเหลือเร็วเท่าใดก็ยิ่งทำให้เด็กได้รับประโยชน์มากขึ้นเท่านั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความบกพร่องได้เร็วนั่นเอง

ศศิพันธ์ สุขบุญพันธ์(2551, หน้า 2-4) ได้แบ่งความสำคัญของการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มไว้เป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. ความสำคัญต่อตัวเด็กที่มีความต้องการพิเศษเอง

เด็กที่ได้รับการบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มนั้น ย่อมมีความสำคัญต่อตัวเด็กโดยตรงที่สุด เพราะเด็กจะได้รับบริการที่ครอบคลุม ไม่ว่าจะเป็นการดูแลสุขภาพอนามัย การบริการทางจิตวิทยาและการบริการทางการศึกษาพิเศษแก่เด็ก เพื่อพัฒนาความสามารถด้านต่าง ๆ เช่น ทักษะการสื่อความหมาย ทักษะด้านร่างกาย ทักษะด้านความคิด ทักษะการช่วยเหลือตนเอง ทักษะทางอารมณ์ ทักษะทางสังคม ทักษะทางด้านวิชาการ ทักษะพื้นฐานอาชีพ โดยมีกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มที่อายุ 0 – 7 ปี การให้ความช่วยเหลือในช่วงแรก ๆ ของชีวิตจะช่วยกระตุ้นพัฒนาการของเด็กและทำให้เด็กสามารถพัฒนาการได้ถึงขีดสุด นอกจากนี้แล้ว ณัฐภรณ์ ชื่นมาก (2544) ยังได้กล่าวว่า การช่วยเหลือระยะแรกเริ่มยังมีความสำคัญต่อเด็กในแง่ของการเห็นความสามารถของตนเองของเด็ก ส่งเสริมให้เด็กมีความเชื่อมั่นในตนเองอีกด้วย

2. ความสำคัญต่อครอบครัวของเด็ก

2.1 เด็กจะได้รับโอกาสในการเพิ่มพูนประสิทธิภาพ ของปฏิสัมพันธ์ตามธรรมชาติระหว่างพ่อแม่กับเด็ก ซึ่งเป็นไปตามรูปแบบเช่นเดียวกับเด็กที่พ่อแม่มีลูกปกติ

2.2 ปัญหาต่าง ๆ มากมายที่ตามมาจากการที่พ่อแม่ลูก ที่มีความบกพร่องหรือพิการที่ทำให้พ่อแม่ รู้สึกผิด โกรธ และกับข้องใจน้อยลง เพราะในสภาพแวดล้อมของการให้บริการ พ่อแม่จะได้รับความเห็นใจ กำลังใจ ความเข้าใจและการสนับสนุนจากผู้ให้บริการและครอบครัวอื่นที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน ซึ่งอาจจะทำให้การช่วยเหลือลูกมีประสิทธิภาพและเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความรู้ต่อกัน และอาจเกิดการสร้างเครือข่ายพ่อแม่ในอนาคต

2.3 ช่วยให้อุปกรณ์และผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถค้นพบความต้องการจำเป็นของบุคคลที่มีความบกพร่องได้เร็วขึ้น การที่พ่อแม่ ผู้ปกครองดูแลและสังเกตพฤติกรรม

ของเด็กอย่างใกล้ชิดจะช่วยให้ค้นพบสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้น หากการดำเนินการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมในช่วงปีแรก ๆ ของชีวิต จะช่วยให้เด็กพิเศษส่วนใหญ่สามารถเรียนรู้ที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในระดับสูงขึ้นได้ การให้ความช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม จะช่วยลดความยุ่งยากซับซ้อนในการบริการระดับสูงขึ้นไปได้

2.4 การที่พ่อแม่เรียนรู้จากการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม ในการใช้สิ่งเสริมแรงอย่างสม่ำเสมอกับลูกของคนตลอดโปรแกรม จะเป็นรากฐานที่จะก่อให้เกิดรูปแบบพัฒนาการเชิงบวกในเด็กได้ (สมพร หวานเสร็จ, 2547)

3. ความสำคัญต่อสังคม

3.1 การให้ความช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อป้องกันความผิดปกติ ที่อาจเกิดขึ้นก่อนหรือระหว่างคลอดและแก้ไขความบกพร่อง ดังนั้น การเผยแพร่ความรู้ในการป้องกันความพิการนั้น ถือเป็นงานที่มีความสำคัญยิ่ง เพราะจะเป็นการป้องกันก่อนที่จะพิการ เป็นการลดภาระในการดูแลบุคคลที่มีความบกพร่อง

3.2 การที่ประเทศไทยได้เปิดโอกาสให้เด็กที่มีความจำเป็นพิเศษ เรียนรวมกับเด็กปกติในโรงเรียนทั่วไปนั้น เด็กเหล่านี้จำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม หรือการศึกษาระยะแรกเริ่ม เพื่อเตรียมพร้อมให้สามารถเข้าเรียนร่วมในระดับประถมศึกษา และระดับที่สูงขึ้นต่อไป

3.3 การให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม ทำให้ผู้คนในสังคมได้รับรู้และเข้าใจสภาพความบกพร่องต่าง ๆ ทำให้ปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อบุคคลที่มีความต้องการพิเศษ มีความเข้าใจและความรู้ที่ถูกต้องในการให้ความช่วยเหลือ และปฏิบัติต่อเด็กที่มีความต้องการพิเศษได้อย่างถูกวิธี

3.4 การช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม มุ่งพัฒนาเด็กที่มีความต้องการพิเศษ พัฒนาทุกด้านช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลง ทำให้ประหยัดเงินที่ทำการรักษาไปใช้พัฒนาประเทศในด้านอื่นต่อไป ดังจะเห็นได้ว่า การช่วยเหลือระยะแรกเริ่มนั้น มีความสำคัญต่อทั้งตัวเด็กเอง ทั้งครอบครัวและสังคม ซึ่งช่วยให้งานการพัฒนาด้านการศึกษาพิเศษนั้น มีความก้าวหน้าและเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคนและประเทศที่มีศักยภาพ

ซึ่งกล่าวโดยสรุปได้ว่า การช่วยเหลือระยะแรกเริ่มนั้น มีความสำคัญอย่างมากทั้งต่อตัวเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษเองและครอบครัว เนื่องจากการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ทั้งตัวเด็กและครอบครัว รวมไปถึงชุมชนและสังคม ให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็น ในการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อวางแผนการให้ความช่วยเหลือต่อไป

แนวคิดทฤษฎีของการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม

แนวคิดทฤษฎีในการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มนั้น จะเน้นเด็กเป็นศูนย์กลาง (Child Centered) มุ่งเน้นการกระตุ้นพัฒนาการเด็กและการเรียนรู้ โดยยึดหลักแนวคิดทฤษฎี 6 ประการ ได้แก่ (สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ, 2549)

ประการที่ 1 อิงพัฒนาการเด็กทั่วไปเป็นเกณฑ์ เพราะหลักของการพัฒนาการตามปกติจะเป็นแนวทางให้เข้าใจเด็กทุกคนได้ แม้ว่าเด็กแต่ละคนอาจจะมีอัตราเร็วของพัฒนาการในแต่ละด้านหรือในแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกันออกไป นอกจากนี้ยังกล่าวได้ว่าพัฒนาการตามปกติของเด็กนั้นจะดำเนินไปทีละขั้น และขั้นต้นก่อนเป็นพื้นฐานของขั้นต่อไป หลายโครงการของการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มจะยึดตามทฤษฎีพัฒนาการของเพียเจต์ (Piaget) ซึ่งแนวคิดทฤษฎีพัฒนาการของเพียเจต์นี้ ใช้เป็นพื้นฐานของหลักการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มถึงร้อยละ 15

ประการที่ 2 แนวคิดว่าด้วยพฤติกรรมของมนุษย์ แนวคิดทฤษฎีในข้อนี้มุ่งเน้นเรื่องการปรับพฤติกรรมและสอนสิ่งที่เหมาะสมกับตัวเด็ก มุ่งสอนทักษะต่าง ๆ ให้เด็กนำไปใช้เป็นไปตามลำดับขั้นตอน ใช้กลยุทธ์ในการสอน เช่น การสาธิต การให้เด็กทดลองทำตาม การใช้เทคนิคการกระตุ้นเตือน การใช้แรงเสริม ตลอดจนการฝึกทักษะการทำงานหรือกิจกรรมให้สำเร็จโดยไม่ต้องให้ครูเป็นผู้บอก ทำตัวอย่างในการปฏิบัติ เป็นต้น โดยทั่วไปใช้แนวคิดทฤษฎีนี้ประมาณร้อยละ 6 เพื่อให้เด็กประสบความสำเร็จสูงสุดเท่าที่จะทำได้

ประการที่ 3 แนวคิดทฤษฎีการบูรณาการทฤษฎีต่าง ๆ คือ การนำเอาหลักการในหลาย ๆ ทฤษฎีมาผสมผสานกัน เช่น นำหลักเกี่ยวกับขั้นตอนพัฒนาการเด็กของเพียเจต์ มาผสมกับหลักการในหลาย ๆ ทฤษฎี เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดหลักสูตรและเนื้อหาในการสอน การใช้ยุทธศาสตร์การสอนที่เหมาะสมกับกิจกรรมที่จัดให้กับเด็กแต่ละคน พบว่าจำเป็นต้องใช้แนวคิดทฤษฎีนี้ร้อยละ 53

ประการที่ 4 การทำงานพื้นฐานร่วมกับแพทย์ ในข้อนี้มุ่งเน้นการวินิจฉัยความบกพร่องของเด็ก เพื่อช่วยในเรื่องการบำบัดรักษาโดยเฉพาะ หลักการทำงานเป็นทีมกับนักวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ครูการศึกษาพิเศษ ตลอดจนพ่อแม่ผู้ปกครองเด็กที่มีลักษณะเป็นทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team)

ประการที่ 5 การมีส่วนร่วมของคณะทำงาน ในเรื่องนี้มีข้อพิจารณาถึงบุคคลที่จะทำงานกับเด็ก ในการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม ทักษะการทำงานบริการ

เป็นทักษะที่ละเอียดอ่อน ผู้ทำงานจะต้องได้รับการฝึกในเรื่องการสังเกต การแปลพฤติกรรม
เด็กที่แสดงออกตลอดจนวิธีการตอบสนองต่อพฤติกรรมของเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม

ประการที่ 6 ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทุกโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับเด็กจะประสบ
ผลสำเร็จถ้าได้รับความร่วมมือและสนับสนุนจากครอบครัว หลักที่สำคัญอีกประการหนึ่ง
คือ แต่ละครอบครัวจะมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นการจัดโปรแกรมให้บริการ
จะต้องคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละครอบครัว และมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการวางแผน
ให้บริการกับครอบครัว

แนวคิดทฤษฎีในการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มแก่เด็กที่มีความบกพร่อง
ที่มีประสิทธิภาพ คือ ความร่วมมือและยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ระหว่างบุคคล
ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัวและนักวิชาชีพในด้านต่าง ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล
นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา และครูการศึกษาพิเศษ เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่า
บุคลากรที่มีบทบาทในการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มจะต้องเป็นนักคิด ต้องตัดสินใจและแก้ปัญหา
ต้องมีวิสัยทัศน์และมียุทธศาสตร์ในการบริการ ท่ามกลางปัจจัยที่หลากหลาย ได้แก่ ค่านิยม
พื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว เครือข่ายและแหล่งทรัพยากรที่จะสนับสนุน
การให้บริการตลอดจนเจตคติของสังคมที่มีต่อเด็ก ซึ่งมีความต้องการจำเป็นพิเศษ เป้าหมาย
ในการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม คือ พัฒนาเด็กทันทีที่พบว่ามีความต้องการจำเป็นพิเศษและ
สนับสนุนครอบครัว ให้สามารถช่วยพัฒนาเด็กจนดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระในสังคม
ตลอดจนป้องกันปัญหาความพิการและปัญหาอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา (Mc William,
P. J. 1993)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า แนวคิดของการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม
จะยึดตัวเด็กเป็นศูนย์กลาง กระตุ้นให้เด็กมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ ดีขึ้น โดยการบูรณาการ
แนวคิดด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาเด็กมาใช้ อีกทั้งต้องอาศัยความร่วมมือกันของแต่ละฝ่าย
ผู้ปกครองเด็กออทิสติกก็เช่นกัน เมื่อผู้ปกครองทราบความผิดปกติแล้ว ผู้ปกครองจะหาข้อมูล
และแนวทางต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจช่วยเหลือเด็กออทิสติก เช่น ข้อมูลจากหนังสือ
อินเทอร์เน็ต รวมไปถึงการพบแพทย์และนำแผนการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มมาช่วยเหลือ
เด็กออทิสติก

รูปแบบในการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม

การให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มแก่เด็กที่มีความต้องการพิเศษ มีหลายรูปแบบ
ซึ่งเป็นการทำงานระหว่างครอบครัวกับบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ ด้านการศึกษาพิเศษ

เป็นอย่างดี ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการช่วยเหลือเด็ก การให้บริการช่วยเหลืออาจทำได้หลายรูปแบบด้วยกัน ดังนี้ (ศศิพันธ์ สุขบุญพันธ์, 2551, หน้า 7)

1. รูปแบบทางการแพทย์ (Medical Model)

เป็นรูปแบบที่เด็กที่มีความต้องการพิเศษอยู่ในความดูแลของแพทย์ มีส่วนน้อยที่จำเป็นต้องได้รับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการศึกษา แต่วิธีการทำงานมีความแตกต่างกันในเป้าหมายของการให้บริการ ในการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มจะเกิดผลน้อยถ้าผู้ให้บริการเน้นการให้บริการทางการแพทย์อย่างเดียว เพราะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้ความสนใจในการรักษาสิ่งที่มีความบกพร่องของเด็กที่เหมือนกับเด็กอื่น ๆ

2. รูปแบบทางการศึกษา (Educational Model)

เป็นรูปแบบการให้บริการช่วยเหลือเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ให้มีพัฒนาการและความสามารถในการเรียนรู้ได้มากที่สุดตามขั้นตอนพัฒนาการเด็กทั่วไป ทั้งนี้ไม่สนใจสาเหตุของความบกพร่อง การทดสอบมีขึ้นเพื่อประเมินความสามารถและปัญหาของเด็ก การจัดการศึกษาเพื่อส่งเสริมศักยภาพในขณะเดียวกันก็มุ่งลดปัญหาของเด็กเป็นรายบุคคล ปัญหาอาจเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ปกครองให้ความสำคัญต่อแพทย์มากกว่านักการศึกษาที่มีวิธีการทำงานที่แตกต่างกันจะเป็นการเหมาะสมมากกว่า หากแพทย์และนักการศึกษาได้ร่วมมือกัน เนื่องจากการให้บริการทางการศึกษาอาจต้องใช้เวลามากกว่า ตัวอย่างเช่น แพทย์พยายามช่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินให้ได้ยินเสียง สนใจการรักษาพยาธิสภาพของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินเท่านั้น แต่ครูจะสนใจการพัฒนาเด็กในทุก ๆ ด้านไม่เพียงแต่เรื่องของการได้ยินเท่านั้น

ซึ่งสรุปได้ว่า การช่วยเหลือเด็กออทิสติกในรูปแบบทางการแพทย์นั้น เป็นการช่วยเหลือเพื่อให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการและพฤติกรรมที่เหมาะสม ในส่วนของการช่วยเหลือในรูปแบบของการศึกษา เป็นการช่วยเหลือเพื่อให้เด็กออทิสติกสามารถในการเรียนรู้ การช่วยเหลือระยะแรกเริ่มจะมีประสิทธิผลมากขึ้นหากนำทั้งสองรูปแบบมาใช้ที่เหมาะสม

กระบวนการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม

การช่วยเหลือระยะแรกเริ่มนั้นมีกระบวนการและขั้นตอนที่จะต้องดำเนินการ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและลักษณะความบกพร่องของเด็กแต่ละประเภท นอกจากนี้ยังต้องเกี่ยวกับบุคลากรหลายฝ่ายที่ต้องทำงานร่วมมือกัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องอาศัยการทำงานอย่างเป็นกระบวนการหรือระบบ เพราะจะทำให้สามารถพัฒนาเด็ก

ที่มีความต้องการพิเศษได้อย่างถูกต้องและมีทิศทาง ซึ่งกระบวนการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มนั้น (สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ, 2549) ได้แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ก่อนเข้าสู่โปรแกรม คือระยะก่อนที่เด็กจะเข้ารับบริการ ได้แก่ การส่งต่อ การค้นหาและการคัดแยก

ระยะที่ 2 ระยะที่เด็กเริ่มเข้ารับบริการ ได้แก่ การตรวจสอบ การพัฒนา แผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program : IEP) หรือแผนบริการเฉพาะครอบครัว (Individualized Family Service Plan : IFSP) การปฏิบัติการสอน และประเมินผล

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการรับบริการ ได้แก่ การส่งต่อไปสู่โปรแกรมใหม่ และจัดที่เรียนซึ่งกระบวนการทั้งหมด มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ศศิพันธ์ สุขบุญพันธ์, 2551)

ระยะที่ 1 ก่อนเข้าสู่โปรแกรม

ได้แก่ การส่งต่อ ซึ่งหมายถึง การนำเด็กมารับบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม ซึ่งจะส่งโดยใครก็ได้ เช่น พ่อแม่ผู้ปกครอง แพทย์ พยาบาล ญาติพี่น้อง บุคคลที่รู้จัก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสามารถติดต่อในลักษณะใดก็ได้ ทั้งทางโทรศัพท์ ทางจดหมาย หรือจะเป็นการนำส่งด้วยตนเองหรือทางโรงพยาบาลก็ได้ ต่อมาการค้นหาเด็ก เพื่อค้นหาความพิการ หรือความบกพร่องต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือและในส่วนของการคัดแยกนั้น เป็นการคัดกรองเด็กอย่างคร่าว ๆ ก่อนนำเด็กเข้ารับการวินิจฉัยจากผู้เชี่ยวชาญต่อไป

ระยะที่ 2 การรับบริการ

ได้แก่การตรวจสอบ เป็นการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับเด็กโดยใช้วิธีการที่หลากหลาย ควรเป็นการประเมินโดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) การพัฒนา และจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program : IEP) หรือแผนบริการเฉพาะครอบครัว (Individualized Family Service Plan : IFSP) โดยคณะจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล จะมีการกำหนดเป้าหมายระยะยาวหนึ่งปีและมีจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม (ระยะสั้น) โดยทั่วไปการจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล มักจะจัดทำในเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป ส่วนสำหรับเด็กอายุ 0 – 3 ปี นั้น จะเป็นการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว การปฏิบัติการสอนเมื่อสอนเสร็จในแต่ละครั้งจะต้องมีการประเมินผล รวมทั้งการบันทึกผลการประเมินและรายงานความก้าวหน้าให้ผู้ปกครองได้ทราบ การประเมินผลเป็นการติดตามความก้าวหน้าของเด็ก ในการทบทวนแผนการศึกษา

เฉพาะบุคคลนั้น ควรกระทำอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อนำข้อมูลมาปรับแผนการศึกษาเฉพาะบุคคลให้เหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการใหม่ของเด็ก

ระยะที่ 3 การสิ้นสุดการรับบริการ

ได้แก่ การส่งต่อไปสู่โปรแกรมใหม่ และการจัดที่เรียน ในระยะสุดท้ายนี้ เมื่อเด็กได้รับการบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มและมีความก้าวหน้าเกิดขึ้น เด็กก็จะพร้อมที่จะไปสู่อุปกรณ์หรือระบบใหม่ เช่น ระบบโรงเรียนในลักษณะการเรียนรู้ร่วมกับเด็กปกติ หรือการรับบริการในสถานที่อื่น

ซึ่งจะเห็นได้ว่าทุกระบวนการการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม มีความสำคัญหลายอย่างที่ส่งผลต่อการพัฒนาทุกด้านของเด็ก คือ มีความจำเป็นต่อตัวเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ที่ได้รับการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มที่ครอบคลุม ไม่ว่าจะเป็นด้านการแพทย์ หรือนักสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางการศึกษาและด้านการเตรียมตัวสู่สังคมแก่เด็กเพื่อพัฒนาความสามารถด้านต่าง ๆ เช่น ทักษะด้านการสื่อสารความหมาย ทักษะทางสังคม ทักษะทางวิชาการ และทักษะพื้นฐานอาชีพ โดยกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม เริ่มที่เด็กแรกเกิดหรือเมื่อแรกพบความพิการ โดยการให้ความช่วยเหลือในช่วงแรก ๆ ของชีวิตจะช่วยพัฒนาการของเด็กและทำให้เด็กพัฒนาการได้ถึงขีดสุด

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า กระบวนการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การเตรียมตัวก่อนเข้ารับ โปรแกรม การเข้ารับ โปรแกรมหรือรับบริการ และระยะสิ้นสุดบริการ ซึ่งในแต่ละกระบวนการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มนั้นล้วนแล้วแต่มีความสำคัญทั้งสิ้น

แผนบริการเฉพาะครอบครัว (Individualized Family Service Plan : IFSP)

การบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มนั้น เป็นที่ยอมรับกันว่าเด็กที่มีความบกพร่องจะพัฒนาได้ดีหากได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้วยความร่วมมือของครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรทางการศึกษา ชุมชน การพัฒนาเด็กที่มีความบกพร่อง จำเป็นต้องพัฒนาตั้งแต่แรกเกิดหรือแรกพบความพิการ (Early Intervention: EI) ซึ่งการจัดบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มนั้น สิ่งที่เปรียบเสมือนเข็มทิศในการดำเนินงาน ก็คือการมีแผนที่คอยระบุถึงแนวทางที่จะปฏิบัติ คือ แผนบริการเฉพาะครอบครัว สำหรับบริการเด็กแรกเกิดจนถึง 3 ปีและครอบครัว ส่วนแผนการศึกษาเฉพาะบุคคลนั้น จัดทำขึ้นเพื่อบริการเด็ก 3 – 6 ปี โดยแผนทั้งสองดังกล่าว มีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ

แผนบริการช่วยเหลือครอบครัว (Individualized Family Service Plan : IFSP) หมายถึง แผนที่จัดทำสำหรับการวางแผนช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม แก่เด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 3 ปี และครอบครัว โดยแผนดังกล่าว มีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ เพื่อช่วยให้ครอบครัวลดการพึ่งพานักวิชาชีพ แต่เน้นการเพิ่มหรือพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะที่ครอบครัวจะสามารถช่วยเหลือ ดูแลเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง (ศศิพินต์ สุขบุญพันธ์, 2551, หน้า 129)

อย่างไรก็ตามแผนบริการครอบครัว เป็นแผนที่มุ่งการทำงานร่วมกันอย่างแน่นแฟ้นระหว่างครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญในทุกกระบวนการของการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการตรวจสอบหรือการจัดบริการก็ตาม

กระบวนการของแผนบริการเฉพาะครอบครัว

การจัดทำแผนให้บริการเฉพาะครอบครัว สำหรับเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ การจัดทำแผนดังกล่าว โดยคณะกรรมการหรือทีมที่ประกอบไปด้วยบุคลากรหลากหลายสาขา รวมทั้งครอบครัว เน้นการส่งเสริมจุดแข็งหรือจุดเด่นของครอบครัว และตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว ในการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัวนี้ครอบครัว หรือผู้ปกครองจะเป็นผู้ร่วมกำหนดเป้าหมายที่จะพัฒนาเด็ก พร้อมทั้งได้มีโอกาสเรียนรู้กระบวนการ เทคนิคการช่วยเหลือและการดูแลเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ ได้มีโอกาสได้ทราบถึงแหล่งบริการ ผู้ให้บริการที่ครอบครัวและเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษสามารถเข้าถึงได้

ศศิพินต์ สุขบุญพันธ์ (2551, หน้า 130 -131) ได้อธิบายว่า กระบวนการของแผนบริการเฉพาะครอบครัว ประกอบด้วย การเก็บรวบรวม การแบ่งปันและการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวและทีมวิชาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน นักสังคมสงเคราะห์ นักแก้ไขการพูด ครูการศึกษาพิเศษ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด เพื่อให้ครอบครัวได้มีโอกาสเลือกและตัดสินใจ ในการรับบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม แก่เด็กและตนเอง อย่างไรก็ตามกิจกรรมที่จะต้องทำในกระบวนการของแผนบริการเฉพาะครอบครัวควรจะประกอบไปด้วย

1. การติดต่อและการคัดแยก เพื่อพิจารณาการเข้ารับบริการ เมื่อเด็กได้รับการส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญ เพื่อจัดโปรแกรมการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม ผู้ปกครองจะต้องมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการร่วมวางแผน การตรวจสอบและค้นหาระดับพัฒนาการของเด็กในระดับปัจจุบัน

ได้แก่ ด้านพัฒนาการทางด้านร่างกาย รวมถึง การมองเห็น การได้ยิน และสุขภาพ พัฒนาการด้านสติปัญญา พัฒนาการด้านการสื่อสาร พัฒนาการด้านสังคมหรืออารมณ์ และพัฒนาการด้านการปรับตัว

2. การตรวจสอบรายละเอียดของทรัพยากรในครอบครัว ลำดับความสำคัญที่ครอบครัวตั้งไว้ ความวิตกกังวลของครอบครัว ตลอดจนจุดแข็งและความต้องการของเด็ก ซึ่งรวมถึงการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูล รวมถึงความต้องการในการรับบริการสนับสนุนที่จำเป็นในการเพิ่มความสามารถของครอบครัว เพื่อให้ตรงต่อความต้องการของการพัฒนาเด็ก

3. การเขียนบริการ หลังจากที่ได้เด็กได้รับการส่งต่อมายังผู้เชี่ยวชาญ แผนบริการเฉพาะครอบครัว ควรเกิดขึ้นภายใน 45 วัน การพบปะกันเพื่อจัดทำแผนควรทำในบรรยากาศที่ผ่อนคลายสำหรับครอบครัว

4. การปฏิบัติการสอน บริการสำหรับเด็กและครอบครัวนั้นควรได้ลงมือกระทำทันทีที่ได้จัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว ซึ่งควรมีการทบทวนแผนนี้ในทุก ๆ 6 เดือน และมีการทบทวน ประจำปีด้วยซึ่งจะเห็นว่ากระบวนการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัวนี้เป็นกระบวนการที่เริ่มขึ้นด้วยการติดต่อกับครอบครัว เพื่อพิจารณาข้อมูลที่ครอบครัวให้ถึงระดับความสามารถของเด็กที่มีอยู่ จากนั้นจึงเป็นการพิจารณาถึงความสามารถของครอบครัว ที่มีต่อการดำเนินการช่วยเหลือเด็กก่อนที่จะดำเนินการเขียนแผน เพื่อส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญและจากนั้นจึงเป็นการทบทวนแผน เพื่อพิจารณาความก้าวหน้าที่เกิดขึ้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า แผนการช่วยเหลือครอบครัว เป็นเครื่องมือหรือแนวทางที่จะช่วยในการพัฒนาเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ โดยทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพ โดยวางแผนการให้บริการจะใช้ข้อมูลของแต่ละครอบครัวมาเป็นตัวกำหนดแผนการช่วยเหลือซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละครอบครัว

บทบาทของครูการศึกษาพิเศษ

ครูการศึกษาพิเศษ เป็นผู้ที่ได้รับการศึกษาและฝึกอบรมมาเป็นพิเศษเฉพาะมีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการทั่วไปและพัฒนาการเฉพาะของเด็กพิเศษ เทคนิคการสอนเด็กพิเศษ การใช้สื่อเครื่องมือ อุปกรณ์พิเศษ การตรวจสอบและประเมินเด็กพิเศษ การกำหนดหลักสูตรและการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ครูปกติ เด็กพิเศษและผู้ปกครอง มีหน้าที่สอนเสริมหรือสอนซ่อมเสริมทักษะต่าง ๆ ให้แก่เด็กพิเศษโดยตรง และหรือช่วยครูปกติเตรียมจัดหา สื่อวัสดุ อุปกรณ์และเครื่องมือพิเศษ ประสานงานบริการด้านอื่น ๆ จัดหรือให้การอบรมแก่ผู้บริหารและครูทุกคนในโรงเรียน ติดตามความก้าวหน้าของเด็กโดยอาจทำหน้าที่ต่าง ๆ ตามลักษณะ

และสภาพความพร้อมของโรงเรียน เช่น ทำหน้าที่เป็นครูประจำชั้นพิเศษ ครูเดินสอน หรือสอนเสริมวิชาการ (ศศิพันธ์ สุขบุญพันธ์, 2551, หน้า 296)

ตามพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาของคนพิการ พ.ศ. 2551 ได้เชื่อมโยงถึงบทบาทหน้าที่ของครูการศึกษาพิเศษซึ่งสรุปได้ดังนี้ (ณภพ วณิชสาร, 2556, หน้า 12 - 14)

1. การคัดกรองและประเมินผลการศึกษา

หน้าที่ของครูการศึกษาพิเศษ ในการคัดกรองและประเมินผลการศึกษาเริ่มตั้งแต่ผู้เรียนที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษเข้ารับการศึกษานจนกระทั่งจบการศึกษา ได้แก่

1.1 การคัดกรองผู้เรียนเพื่อจัดเข้าชั้นเรียนที่เหมาะสม

1.2 การวางแผนประเมินความสามารถของผู้เรียนเพื่อวางแผนการศึกษาเฉพาะบุคคลและแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับความสามารถ ความสนใจ ความถนัด และความต้องการจำเป็นพิเศษของผู้เรียน

1.3 การติดตามและประเมินความก้าวหน้าของผู้เรียนตลอดระยะเวลาการศึกษา

2. การวางแผนการจัดการศึกษา

หลักสำคัญประการหนึ่ง ในการจัดการศึกษาสำหรับผู้เรียนมีความต้องการจำเป็นพิเศษ คือ ผู้เรียนจำเป็นต้องได้รับการศึกษา ที่สอดคล้องกับความสามารถและความต้องการจำเป็นพิเศษเฉพาะบุคคล ดังนั้น ครูการศึกษาพิเศษจึงต้องนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมด้วยวิธีการต่าง ๆ มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ และประชุมร่วมกับบุคคลที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนการศึกษา ซึ่งมีชื่อเรียกตามพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551 ว่า “แผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล”

3. การจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของครูการศึกษาพิเศษอีกประการหนึ่ง คือ การมีส่วนร่วมในการจัดสภาพแวดล้อมให้มีข้อจำกัดที่น้อยที่สุด ซึ่งต้องคำนึงถึงหลักการที่เป็นสากล ทั้งในเรื่องของสภาพแวดล้อมทางกายภาพ บรรยากาศในการเรียนรู้และสภาพแวดล้อม ในส่วนของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ครูการศึกษาพิเศษจึงมีบทบาทและหน้าที่การนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เรียนในด้านต่าง ๆ มาวิเคราะห์เพื่อออกแบบและจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ บรรยากาศในการเรียนรู้และสภาพแวดล้อมในส่วนของบุคคลที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับผู้เรียนที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ

4. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้

การจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้เรียนที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ นับว่าเป็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบหลักของครูการศึกษาพิเศษ เมื่อได้มีการจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคลแล้ว ครูจะต้องพิจารณาแผนการศึกษาเพื่อกำหนด เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา ที่มีรายละเอียดปรากฏอยู่ในรูปแบบของการจัดทำ แผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคลและนำรายละเอียดเหล่านั้น มาประกอบการจัดการเรียนรู้ ให้แก่ผู้เรียนที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ รวมถึงการผลิต และจัดหาสื่อวัสดุอุปกรณ์ประกอบการจัดการเรียนการสอน ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล

5. การจัดเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา สิทธิของผู้พิการอีกหนึ่งที่ระบุไว้ใน พระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551 คือ ผู้เรียนที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ จะต้องได้รับเทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา ดังนั้น ครูการศึกษาพิเศษจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ที่เป็นใจความสำคัญ ที่ระบุไว้ตามสิทธิทางการศึกษาของผู้พิการ รวมถึงการประสานงานกับนักสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการให้บริการทางการศึกษา สำหรับผู้เรียนที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ ตามที่ระบุไว้ในแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล

6. การทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง

นอกจากการทำงานร่วมกันของบุคคลหลัก ๆ ซึ่งได้แก่ ครูทั่วไป ครูการศึกษาพิเศษ ผู้ปกครองและผู้เรียนที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษแล้วนั้น การประสานงานในการทำงานร่วมกันระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง นับว่าเป็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่สำคัญอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็นผู้บริหาร ครูผู้สอนวิชาต่าง ๆ บุคลากรในสถานศึกษา เพื่อนร่วมชั้น นักสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง นอกจากนั้น หน้าที่และความรับผิดชอบในการสร้างทัศนคติในเชิงบวก การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องราว ที่เป็นลักษณะเฉพาะของผู้เรียนที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ ให้แก่บุคคลเหล่านี้ นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การร่วมมือร่วมใจที่ดี ในการจัดการบริการทางการศึกษาให้แก่ผู้เรียนที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษประสบผลสำเร็จในที่สุด

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า นุศลากรทางการศึกษาพิเศษมีหน้าที่หลักเกี่ยวกับการจัดการศึกษาหรือการวางแผนพัฒนาการศึกษา การจัดกิจกรรมทางการศึกษาหรือการทำงานร่วมกันทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อให้เด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษพัฒนาทักษะทางด้านการเรียนได้อย่างเหมาะสมและตรงกับสภาพปัญหาของเด็กแต่ละคน

ความรู้และแนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวและผู้ปกครอง

ความหมายของครอบครัว

มีผู้ให้ความหมายของคำว่า ครอบครัว ไว้แตกต่างกันมากมาย ตามมุมมองที่นำมาใช้ในศาสตร์ต่าง ๆ แต่ละสาขา ซึ่งสมาคมทศวรรษศาสตร์แห่งประเทศไทย (2542) ได้ให้ความหมายของครอบครัวในเชิงสหวิทยาการ ดังนี้

1. ด้านชีววิทยา ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่มีความผูกพันทางสายโลหิต เช่น บิดามารดากับบุตร จึงเกี่ยวพันทางสายโลหิตแล้วแต่โครโมโซมและยีนที่บุตรได้รับมาจากทั้งบิดาและมารดา
2. ด้านเศรษฐศาสตร์ ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ใช้จ่ายเงินจากงบประมาณเดียวกัน แม้จะอาศัยอยู่ต่างสถานที่กัน
3. ด้านสังคมศาสตร์ ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่อยู่ร่วมเคหสถานหรือบ้านเดียวกันมีปฏิสัมพันธ์ สนใจต่อทุกข์ซึ่งกันและกัน มีความผูกพันกัน มีความรักความปรารถนาดีต่อกัน โดยไม่จำเป็นต้องสืบสายโลหิตเดียวกัน
4. ด้านนิติศาสตร์/กฎหมาย ครอบครัว หมายถึง ครอบครัวที่ชายหญิงจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งครอบคลุมถึงบุตรและบุตรบุญธรรม กฎหมายยังได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบิดา มารดา สามิภรรยา และบุตรที่มีต่อกัน และกำหนดสิทธิในการรับมรดกทางกฎหมาย

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของครอบครัวไว้มากมาย พอสรุปได้ดังนี้ จิราพร ชมพิบูล และคณะ (2552) ได้สรุปความหมายของครอบครัวว่า หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน มีความสัมพันธ์ผูกพันกันทางสายโลหิตหรือกฎหมาย โดยสมาชิกแต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างกันไป เช่น บิดา มารดา สามิ ภรรยา บุตร และปู่ย่า ตายาย

เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ (2551) ได้นำเสนอความหมายของครอบครัวไว้หลายการศึกษา เช่น ผู้ที่อยู่ร่วมกัน คนที่อยู่ร่วมครัวเรือน กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์จิตใจ

ในการดำเนินชีวิตร่วมกัน การพึ่งพิงกันทางสังคมเศรษฐกิจ และมีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือสายเลือด ความหมายของครอบครัวมีการขยายความในมิติด้านความสัมพันธ์ที่เพิ่มมากขึ้น เช่น การพึ่งพาอาศัยกัน มีความผูกพันกันทางด้านจิตใจ เป็นต้น

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุญ (2545) ได้กล่าวถึงความหมายของครอบครัวว่า ครอบครัวตามพจนานุกรม หมายถึง ผู้ร่วมครัวเรือน ได้แก่สามีภรรยาและบุตร นอกจากนี้ นักสังคมวิทยานักจิตวิทยาต่างให้ความหมายของครอบครัวในลักษณะที่แตกต่างกัน ในความหมายของนักสังคมวิทยา ครอบครัวคือ รูปแบบของการที่บุคคล 2 คน หรือกลุ่มบุคคลสร้างแบบ (Pattern) หรือโครงสร้าง (Structure) ของการอยู่ร่วมกัน ในความหมายของนักจิตวิทยา ครอบครัวคือ สถาบันทางสังคมแห่งแรกที่มนุษย์สร้างขึ้นจากความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน เพื่อเป็นตัวแทนของสถาบันสังคมภายนอกที่จะปลูกฝังความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติกับสมาชิกรุ่นใหม่ของสังคม ที่มีชีวิตอุบัติขึ้นในครอบครัว

อุทุมพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า เป็นหน่วยพื้นฐานของชีวิต เป็นสถานที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาบุคคลให้ก้าวไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ โดยผ่านประสบการณ์แห่งการอยู่ร่วมกัน แบ่งปันกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ระหว่างทั้งบุคคลภายในครอบครัวและระหว่างบุคคลกับสังคมภายนอก

Friedman (2003) กล่าวว่า ครอบครัว หมายถึง บุคคล 2 คนหรือมากกว่า 2 คนขึ้นไปที่มีความผูกพันกัน มีความใกล้ชิดกันทางอารมณ์และถือว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลมากกว่า 1 คนมาอยู่ร่วมกัน ใช้ชีวิตและดำเนินชีวิตร่วมกัน มีความผูกพันกัน พึ่งพาอาศัยกันหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจและสังคม อารมณ์ จิตใจ ตลอดจนการดูแลกันทางสังคม ทั้งที่เกี่ยวข้องกันทางกฎหมายหรือไม่ก็ได้ โดยที่บุคคลนั้นสัมพันธ์กันในมิติหรือแง่มุมต่าง ๆ แม้ว่าจะไม่ได้สืบสายโลหิตก็ตาม ยังถือว่าเป็นครอบครัวได้หากบุคคลนั้นมีความผูกพันกัน

หน้าที่ของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข มีความรัก ความห่วงใย ผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน ซึ่งฟริตแมน (Friedman, 2003) ได้กล่าวถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้าน ดังนี้

1. หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางชีวภาพ (Health Care Function) การจัดหาสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างเพียงพอ เช่น ที่อยู่อาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม รวมทั้งการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกทั้งในขณะที่สุขภาพดีและเจ็บป่วย การรับบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น

2. หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ (Affective Function) การให้ความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะทำให้สมาชิกมีบุคลิกภาพมั่นคงและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) เนื่องจากการให้ความรัก ความอบอุ่น ได้รับการตอบสนองความต้องการทางจิตใจและอารมณ์อย่างเหมาะสม

3. หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู (Socialization Function) การอบรมเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว การควบคุมพฤติกรรม เช่น การฝึกระเบียบวินัย การทำโทษและการให้รางวัล การฝึกให้เป็นตัวของตัวเอง (Autonomy and Dependency) การให้และการรับความรัก การสอนให้บุตรมีพฤติกรรมที่เหมาะสมตามวัย เพื่อให้เป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคม รวมทั้งให้โอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และฝึกทักษะเพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ไปใช้ในการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต

4. หน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม (Economic Function) เป็นหน้าที่ที่ครอบครัวต้องปฏิบัติ เพราะครอบครัวต้องมีการหารายได้ที่จะนำมาใช้จ่ายเพื่อจัดหาสิ่งจำเป็นทางกายภาพให้กับครอบครัว และเตรียมสมาชิกที่มีวัยอันสมควรเข้าสังคม ผู้นำครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการประกอบอาชีพสุจริต และออมทรัพย์เพื่อให้ครอบครัวมีสถานภาพที่มั่นคง มีเงินไว้สำรองใช้เมื่อคราวจำเป็น

5. หน้าที่ในการสืบเชื้อสายหรือการผลิตสมาชิกใหม่ (Reproductive Function) เป็นการผลิตสมาชิกใหม่เป็นผู้สืบสกุลอย่างต่อเนื่อง โดยการแต่งงานมีบุตรหรือรับบุตรบุญธรรม

นอกจากนี้แล้ว วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์ (2545) ได้กล่าวว่า ครอบครัวควรมีความรู้เกี่ยวกับหน้าที่ของครอบครัว ดังนี้

1. หาและให้ปัจจัยสี่ คือ ที่อยู่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม การดูแลสุขภาพ และการรักษาพยาบาลแก่สมาชิกในครอบครัวทุกคน
2. การแบ่งปันส่วนการใช้สอยเครื่องอุปโภคบริโภค และทรัพยากรที่มีในครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งความสะดวกต่าง ๆ เช่น การใช้โทรศัพท์ รถ วิทยุ โทรทัศน์ ควรแบ่งปันให้เหมาะสมและเสมอภาคกัน
3. มีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบและตกลงให้ทราบว่าใครมีหน้าที่รับผิดชอบทำอะไร เช่น การหาเงินเลี้ยงครอบครัว การตัดสินใจในบ้าน การบริหารงานภายในบ้าน
4. การสอนให้สมาชิกในครอบครัวรู้จักการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ช่วยให้สมาชิกมีความสามารถปรับตัว และสร้างนิสัยที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรู้จักปฏิบัติ หรือควบคุมตนเองในเรื่องต่าง ๆ

5. การสืบพันธุ์หรือสืบสกุล เป็นการสร้างหาและรับสมาชิกใหม่ เช่น การมีบุตร การสมรสของบุตร

6. การรักษาระเบียบและความสงบสุขภายในครอบครัว ควรหาทางว่าจะทำอย่างไร ครอบครัวจะมีความสุข และมีความรู้สึกพึงพอใจกันอยู่ร่วมกันได้อย่างดี

จากที่กล่าวมาจึงสรุปได้ว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นการปฏิบัติการกิจของสมาชิกในครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้สมาชิกอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีความรัก ความผูกพัน สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกครอบครัวได้

ความหมายของผู้ปกครอง

คำว่าผู้ปกครองในพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ปกครอง ดูแล หรือผู้ปกครอง อาจหมายถึง พ่อ แม่ พี่ ป้า น้า อา คนรู้จัก หรือคนที่ไม่รู้จัก ซึ่งทำหน้าที่ดูแลชีวิตพื้นฐาน นำแนวทางช่วยเหลือเด็ก ถือว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ปกครอง

วราภรณ์ รักวิจัย (2540) กล่าวว่า ผู้ปกครอง หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่รับผิดชอบ เลี้ยงดู อบรม สั่งสอนให้เด็กเป็นคนดี ด้วยความรัก ความเอาใจใส่ รวมไปถึงการจัด ประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้และพัฒนาทุก ๆ ด้าน เพื่อเด็กจะได้ เติบโตและอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

กุลยา ดันติผลาชีวะ (2551) ได้ให้ความหมายของผู้ปกครองไว้ว่า ผู้ปกครอง หมายถึง พ่อแม่ พี่ ป้า น้า อา คนรู้จัก หรือคนที่ไม่รู้จักก็ได้ ซึ่งทำหน้าที่ดูแลชีวิตพื้นฐาน แนะนำแนวทาง สนับสนุนช่วยเหลือเด็ก ถือว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ปกครอง

ส่วนผู้ปกครองเด็กออทิสติกนั้น (Davis อ้างใน จอม สุวรรณโณ, 2540) หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลเด็กหรือเป็นผู้ดูแลเด็กที่ให้การช่วยเหลือที่บ้าน ซึ่งอาจจะเป็นบิดา มารดา พี่น้อง หรือบุคคลสำคัญในชีวิตคนอื่น ๆ โดยให้การช่วยเหลือเด็ก ออทิสติก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งสามารถตัดสินใจต่าง ๆ จากข้อจำกัด ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยให้การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือตลอดไป ซึ่งไม่มีคำตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือเด็กทั้งที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย

ผู้ปกครองเด็กออทิสติก จึงเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแล บุคคลเหล่านี้ได้แก่ บิดา มารดา ตา ยาย ปู่ ย่า หรือญาติ ที่สามารถตอบสนองความต้องการ

ของเด็กในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของเด็กออกทดสอบได้ รวมทั้งให้ความรักและความเข้าใจ อุทิศตนเพื่อเด็กได้ (กัญญา อิศรพงษ์, 2551)

จากที่กล่าวมาจึงสรุปได้ว่า ผู้ปกครอง หมายถึง บุคคลที่ดูแลเด็กในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ด้านการเรียน ด้านสังคม อารมณ์ และพัฒนาการด้านต่าง ๆ เพื่อให้เด็กเติบโตและสามารถอยู่ในสังคมได้

ประเภทของผู้ปกครอง

กฤษยา ตันติผลาชีวะ (2551) ได้จำแนกผู้ปกครองไว้ 5 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ปกครองตามกฎหมาย พ่อแม่ จัดเป็นผู้ปกครองตามกฎหมาย ต้องเลี้ยงดูลูกจนโตบรรลุนิติภาวะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ประกอบอาชีพได้ บางครั้งจะพบว่าผู้ปกครองไทยให้การดูแลเด็กจนโตเป็นผู้ใหญ่จนถึงเสียชีวิตก็มี
 2. ผู้ปกครองโดยกฎหมาย หมายถึง ผู้ร้องขอต่อเจ้าหน้าที่ทางกฎหมาย เพื่อเป็นผู้ปกครอง เช่น ผู้ที่ขอบุตรมาเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรม มีความพร้อมและตั้งใจที่จะดูแลเด็กอย่างแท้จริง
 3. ผู้ปกครองอุปถัมภ์ เป็นผู้ปกครองชั่วคราวที่รับเลี้ยงดูด้วยความรู้สึกเมตตา สงสาร อยากช่วยเหลือ เช่น ผู้ปกครองในสถานสงเคราะห์ ลักษณะความผูกพันเป็นแบบผิวเผิน สิ่งที่เด็กได้จากผู้ปกครองอุปถัมภ์คือกำลังใจ
 4. ผู้ปกครองทางชีวภาพ (Biological Parent) เป็นผู้ปกครองที่เกิดขึ้นในบุคคลของเทคโนโลยีการผสมพันธุ์ในหลอดแก้ว ผู้ปกครองประเภทนี้มี 2 ประเภท คือ แบบแรกเป็นเจ้าของยีน อีกแบบหนึ่งเป็นแบบฝากครรภ์ ทั้งสองแบบมีความผูกพันทางพันธุกรรมสูง แต่การเลี้ยงดูอยู่กับผู้ทำหน้าที่ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กมีลักษณะ เช่นเดียวกับผู้ปกครองทั่วไป
 5. ผู้ปกครองโดยบังเอิญ พบได้ในกรณีเด็กหลงแล้วต้องรับเลี้ยง พ่อแม่เด็กเสียชีวิต เด็กถูกนำมาฝากเลี้ยง ความเกี่ยวข้องผูกพันระหว่างเด็กกับผู้ปกครองน้อยมาก
- ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้ปกครองมี 2 ประเภท ได้แก่ ผู้ปกครองที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือด เช่น พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง และผู้ปกครองที่ไม่ได้เกี่ยวพันทางสายเลือด แต่มีความรัก ความผูกพัน และความต้องการดูแลเด็ก

บทบาทหน้าที่ของผู้ปกครองในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก

ผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคมของเด็ก บทบาทของผู้ปกครองในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก มีดังนี้ (กฤษยา ตันติผลาชีวะ, 2551)

1. สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก มีผลต่อเด็กในทุกด้านเพราะเด็กสามารถเรียนรู้ เล่น และทำงานได้อย่างมั่นใจและมีความสุข หากได้รับการสนับสนุนที่ดี การอบรมเลี้ยงดูที่ดีและถูกต้องจากผู้ปกครอง บทบาทของผู้ปกครองในการอบรมเลี้ยงดูเด็กจะเป็นทั้งผู้เลี้ยงดู ผู้ส่งเสริมพัฒนาการและผู้ให้การศึกษา

2. บทบาทของผู้เลี้ยงดู เด็กเกิดมาด้วยพื้นฐานกำเนิดที่ต่างกัน การเรียนรู้ต่างกัน แต่สิทธิของเด็กที่ต้องได้รับการเลี้ยงดูเท่ากัน ดังนั้นผู้ปกครองจะต้องตอบสนองความต้องการทางร่างกาย ทั้งอาหาร การพักผ่อน นอนหลับ เครื่องนุ่งห่ม การได้รับภูมิคุ้มกันโรค รวมไปถึงการยอมรับทางจิตใจ การปรับตัวเข้ากับสังคม และการส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทางสติปัญญา

3. บทบาทของผู้ส่งเสริมพัฒนาการ ผู้ปกครองเป็นผู้เลี้ยงดูให้เด็กเจริญเติบโตขึ้นในสังคมอย่างสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การให้ความรักความอบอุ่นแก่เด็ก ผู้ปกครองจึงเป็นผู้เอื้ออาทรแก่เด็ก ให้การยอมรับและตอบสนองเด็กด้วยกำลังใจ เป็นการสร้างสรรค์อารมณ์ของเด็กได้ดี ผู้ปกครองจะทำทุกวิถีทางที่จะทำให้เด็กที่เลี้ยงดูนั้นเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ

4. บทบาทของผู้ให้การศึกษา ผู้ปกครองคือครูคนแรกของเด็ก นับตั้งแต่การฝึกการถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ การแต่งตัวด้วยตนเอง การอบรมมารยาททางสังคม การถ่ายทอดทางวัฒนธรรมและการสร้างเจตคติที่ดีต่อเพื่อนและการปรับตัวเข้ากับสังคม ซึ่งเด็กจะเรียนรู้ทั้งโดยการเลียนแบบและการสั่งสอน บทบาทของผู้ปกครองจึงมีความสำคัญกับเด็กมาก ถ้าผู้ปกครองใส่ใจต่อบทบาทและดำเนินบทบาทที่ถูกต้อง เด็กจะมีความสุขช่วยเหลือตนเองได้ ควบคุมตนเองได้ เมื่อโตขึ้นเด็กจะมีความมั่นใจสูง ในทางตรงกันข้ามหากผู้ปกครองไม่ทำ บทบาทของตนให้ดี อาจส่งผลให้เด็กเป็นคนโกรธง่ายมีอารมณ์ขัดแย้ง ก้าวร้าวและไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น สุขภาพร่างกายไม่ดีหรืออาจมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เพราะไม่ได้รับการอบรมสั่งสอน เป็นต้น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า บทบาทของผู้ปกครองในการดูแลเด็กนั้น มี 2 ด้านใหญ่ ๆ ได้แก่ บทบาทในการสนับสนุนและส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ เหมาะสมตามวัย ทางกายภาพ เช่น การเติบโต อาหาร สุขภาพ และบทบาทในการสนับสนุนด้านสังคม เช่น การเรียน การเข้าสังคม

บทบาทของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติก

ในส่วนของเด็กออทิสติกนั้น มีข้อจำกัดด้านความสามารถทางร่างกายและสติปัญญา ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นผู้ปกครองจึงต้องมีบทบาทสำคัญมากที่สุดในการดูแลเด็กในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2548)

1. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ปกครองเด็กออทิสติกควรสอนเด็กให้รู้จักสิ่งของ เครื่องใช้ในชีวิตประจำวันก่อน แล้วจึงให้ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่ง่าย และเด็กสามารถทำได้ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การแต่งกาย การใช้ช้อนในการรับประทานอาหาร เพื่อให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แบ่งเบาภาระของผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัว แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ผู้ปกครองจะต้องมีความอดทนในการฝึกให้เด็กสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง เนื่องจากการฝึกกิจกรรมแต่ละอย่าง แต่ละขั้นตอนค่อนข้างใช้เวลานานเป็นวัน เป็นเดือนหรือเป็นปี ที่จะทำให้เด็กออทิสติกมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

2. ด้านการดูแลปฏิบัติตามแผนการรักษา เนื่องจากเด็กออทิสติกบางรายมีความจำเป็นที่จะต้องรับประทานยาร่วมด้วย เพื่อเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ ควบคุมอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว หรือทำร้ายตนเอง ผู้ปกครองจึงต้องมีบทบาทในการดูแลให้เด็กรับประทานยาตรงตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ทั้งนี้ควรจะต้องสังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ระยะเวลาของการใช้ยาของเด็กแต่ละคนไม่เท่ากัน โดยแพทย์จะเป็นผู้ปรับยาตามความเหมาะสมกับอาการของเด็กแต่ละคน โดยการประเมินเด็กเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านจิตใจและอารมณ์ เด็กออทิสติกอาจมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ดังนั้น สิ่งแรกที่ผู้ปกครองควรคำนึงถึงนั่นคือ สาเหตุ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในกรณีที่ไม้อาจทราบสาเหตุได้ ผู้ปกครองควรเบี่ยงเบนความสนใจโดยการสัมผัสพูดคุย ปลอบโยนหรือชักจูงให้เด็กทำกิจกรรมอื่น หากเด็กมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายข้าวของ ผู้ปกครองควรแยกเด็กให้มาอยู่ในสถานที่ปลอดภัยและคอยให้การดูแลอย่างใกล้ชิด อาจจะให้เด็กออกกำลังกายหรือเล่นเพื่อให้เด็กได้ระบายอารมณ์ ซึ่งจะเป็นการช่วยให้เด็กผ่อนคลายขึ้น นอกจากนี้ผู้ปกครองควรให้ความรัก ความเข้าใจ ด้วยการสัมผัส โอบกอดเด็กอย่างนุ่มนวล พูดคุยและเรียกชื่อเด็กด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน พร้อมกับกระตุ้นให้เด็กได้สบตากับคู่สนทนา ฝึกให้เด็กได้รับคำสั่งง่าย ๆ ได้รู้จักทักทาย

กับบุคคลใกล้ชิดและเมื่อเด็กได้เรียนรู้มากขึ้น จึงให้เด็กได้รู้จักสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้การเข้าสังคมและมารยาททางสังคม

นอกจากนี้ อุทุมพร ตรังสมบัติ (2544) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ปกครอง ในการดูแลเด็กออทิสติก โดยสรุปดังนี้

1. บทบาทในด้านการเป็นผู้เลี้ยงดู ซึ่งเป็นบทบาทที่ผู้ปกครองเป็นผู้ทำหน้าที่ ให้ความช่วยเหลือเด็กออทิสติก ทั้งด้านสุขภาพอนามัยและตอบสนองความต้องการด้านอื่น ๆ โดยยึดแนวทางการรักษา เช่น ส่งเสริมพัฒนาการ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา

2. บทบาทในด้านการกระตุ้นพัฒนาการ ผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญที่สุด ในการกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่เด็กออทิสติกจะอยู่กับผู้ปกครอง ที่บ้าน การฝึกและการกระตุ้นพัฒนาการ ทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาลจะทำให้เด็กได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่อง

3. บทบาทในด้านการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ผู้ปกครองจะต้องช่วยจัด สิ่งของต่าง ๆ ภายในบ้านอย่างเป็นระเบียบแบบแผนที่แน่นอน เช่น มีมุมห้องสำหรับทำ กิจกรรมโดยเฉพาะ และในห้องจะต้องไม่มีสิ่งรบกวนหรือมีสิ่งรบกวนน้อย มีตารางการจัดกิจกรรม การเรียนรู้ที่ชัดเจน มีการจัดลำดับขั้นตอนของการทำงานแต่ละอย่าง โดยที่เด็กออทิสติก จะทำตามลำดับขั้นตอนทุกครั้ง ดังนั้นผู้ปกครองจะต้องพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมกันกับแพทย์ และบุคลากรสุขภาพ ให้เกิดการปฏิบัติในแนวทางเดียวกันทั้งที่บ้าน และที่โรงพยาบาล

จะเห็นได้ว่า การดูแลเด็กออทิสติกผู้ปกครองต้องมีความอดทน มีความตั้งใจ เนื่องจากการดูแลเด็กออทิสติกต้องให้การดูแลเอาใจใส่เกือบทุกด้านขึ้นอยู่กับปัญหา และความรุนแรงของเด็กแต่ละคนและต้องใช้เวลานานในการดูแล ถ้าเด็กได้รับการดูแล อย่างไม่ถูกต้องจะก่อให้เกิดปัญหาความผิดปกติของพัฒนาการที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ปกครอง เด็กออทิสติกต้องมีบทบาททั้งการเป็นผู้ให้การดูแลเด็กโดยตรง และการประสานงานกับ บุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อให้เด็กออทิสติกได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างถูกต้องและเหมาะสม

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า เนื่องจากเด็กออทิสติกมีลักษณะที่แตกต่างจากเด็กปกติ ทั่วไปโดยเฉพาะ ทักษะด้านสังคมและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านภาษาและการสื่อสาร ด้านอารมณ์และพฤติกรรม ดังนั้นผู้ปกครองเด็กออทิสติกจึงมีบทบาทในการดูแลเอาใจใส่ จัดสภาพแวดล้อม หรือจัดหาวัสดุอุปกรณ์ ติดต่อประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผน ให้เด็กออทิสติกให้มีพัฒนาการที่ดีขึ้น

บริบทของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

บริบทของสถาบัน

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ตั้งอยู่เลขที่ 196 หมู่ 10 ถนนโชตนา ตำบลคอนแก้วอำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ 50180 เป็นหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เปิดให้บริการเมื่อปี พ.ศ. 2537 ภายใต้ชื่อ ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ และในวันที่ 16 มกราคม 2539 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เสด็จเป็นองค์ประธานเปิดศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนืออย่างเป็นทางการ ต่อมาเมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2546 สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนากรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ โปรดเกล้าฯ พระราชทานนามใหม่เป็น สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ เป็นศูนย์ทางวิชาการที่ศึกษาวิจัย และสนับสนุนด้านสุขภาพจิต อีกทั้งยังส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ ทั้งยังให้บริการทางการแพทย์แก่เด็กพัฒนาการล่าช้าที่มีปัญหาความพิการทางร่างกาย ความพิการทางสมองมีปัญหาด้านการเรียนรู้ ปัญหาทางพฤติกรรมและสุขภาพจิต เช่น เด็กดาวน์ซินโดรม เด็กออทิสติก เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ รวมทั้งเด็กด้อยโอกาสหรือเด็กที่ถูกทารุณกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ โดยมีทีมสหวิชาชีพให้บริการ ได้แก่ แพทย์ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด ครูการศึกษาพิเศษ นักอรรถบำบัดหรือนักแก้ไขการพูด ฯลฯ ซึ่งมีพื้นที่ให้บริการครอบคลุมทั่วประเทศ อีกทั้งยังสนับสนุนวิชาการด้านสุขภาพจิต จัดการฝึกอบรม เผยแพร่ความรู้ สนับสนุนเทคโนโลยีรวมทั้งให้การนิเทศงานด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้กับหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก

วิสัยทัศน์ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ คือ เป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศ ด้านเด็กพัฒนาการล่าช้าระดับสากล ภายในปี 2559 โดยมีพันธกิจ คือ

1. เป็นศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเด็กพัฒนาการล่าช้า
2. ศึกษาวิเคราะห์วิจัย เพื่อพัฒนาเกี่ยวกับมาตรฐานของงานความเป็นเลิศ

ด้านเด็กพัฒนาการล่าช้า

3. ให้บริการด้านการส่งเสริม รักษาฟื้นฟู ด้านสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่นและด้านพัฒนาการที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน รุนแรง เรื้อรัง
4. พัฒนาเขตบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เด็กและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้

5. ประสานความร่วมมือด้านสุขภาพจิตและพัฒนาการเด็ก เครือข่ายผู้พิการและ
ด้อยโอกาสทั้งภาครัฐและเอกชน และองค์กรทั้งภายในและต่างประเทศ

นโยบายสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ในปี 2558 คือ พัฒนาเทคโนโลยี
และเครือข่ายด้านสุขภาพจิตและพัฒนาการเด็ก พร้อมทั้งพัฒนาแนวทางการดูแลรักษา
ผู้ป่วยโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคออทิสซึม โรคสมาธิสั้นและโรคสมองพิการ

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์มีการให้บริการต่าง ๆ ดังนี้

1. การตรวจวินิจฉัยและการรักษาทางการแพทย์ โดย แพทย์ จิตแพทย์
และกุมารแพทย์ มีบริการคลินิกพิเศษและการตรวจวินิจฉัยพิเศษ คือ คลินิกฝังเข็ม
โดยการฝังเข็มที่ศีรษะเพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็ก คลินิกรักษาด้วยเครื่องกระตุ้นการไหลเวียน
ของโลหิตในสมองโดยใช้โปรแกรมคลื่นอินฟราเรด เพื่อฝึกสมองเพิ่มสมาธิ ความคิด
ความจำ การพูดและการพัฒนาการ คลินิกให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม ให้การปรึกษาเกี่ยวกับ
โรคทางพันธุกรรมแก่ครอบครัวเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับโรคทางพันธุกรรม
 อีกทั้งยังมีบริการตรวจวิเคราะห์โครโมโซม ตรวจเลือดที่ผิดปกติในเด็ก และบริการตรวจ
คลื่นสมองด้วยภาพ เพื่อการวินิจฉัยโรคลมชักและตรวจหาความผิดปกติอื่น ๆ ของสมอง
2. การตรวจและบำบัดทางจิตวิทยา โดยมีการทดสอบทางเชาวน์ปัญญา
ประเมินพฤติกรรมร่วมกับการบำบัดและให้คำปรึกษารอบครัว โดยนักจิตวิทยา
3. การฝึกทักษะและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
โดยการส่งเสริมพัฒนาการและฝึกทักษะ 5 ด้าน คือ การใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ การใช้กล้ามเนื้อ
มัดเล็กและ สติปัญญา การเข้าใจภาษา การสื่อสาร การช่วยเหลือตนเองและทักษะทางสังคม
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ แก้ไขความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
ให้สามารถควบคุมกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคลื่อนไหว แก้ไขการพูดและฟื้นฟูด้านภาษา การฟื้นฟู
ทางอาชีพะบำบัด โดยการให้บริการฝึกอาชีพแก่ผู้ปกครองเด็กพัฒนาการล่าช้า ให้มีฝีมือ
สามารถผลิตสินค้าหรือประกอบกิจการง่าย ๆ จำหน่ายให้มีรายได้และสามารถดูแลเด็ก
ร่วมด้วย

5. การศึกษาพิเศษ การเตรียมความพร้อมทางด้านการศึกษาสำหรับ
เด็กที่มีความต้องการพิเศษก่อนเข้าสู่การเรียน มีการประเมินความสามารถด้านการเรียนรู้
วางแผนการสอนเฉพาะรายบุคคลให้เหมาะสมกับความสามารถและความต้องการจำเป็น
ของเด็กแต่ละคน โดยมีการใช้สื่อ เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยซึ่งสื่อการเรียนการสอน

จะถูกออกแบบให้มีความน่าสนใจและเหมาะสมกับเด็กแต่ละคนให้เกิดการพัฒนา
ทางการเรียน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียนในโรงเรียนปกติ

6. บริการสุขภาพจิตชุมชน รับผิดชอบในการดูแลงานสุขภาพจิตและส่งเสริม
พัฒนาการเด็กในชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา สนับสนุนเครือข่าย เพื่อให้เกิดการดูแล
ตนเองในชุมชนร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่ รวมทั้งการดูแลภาวะวิกฤติทางสุขภาพจิต
ในชุมชนด้วย

7. บริการปรึกษาและปรึกษาทางโทรศัพท์ ให้บริการด้านสุขภาพจิต
ปัญหาพัฒนาการเด็กแก่ครอบครัว ผู้มารับบริการ

8. บริการทันตกรรม ให้บริการด้านทันตกรรมแก่เด็กพัฒนาการล่าช้า ผู้ปกครองเด็ก
เจ้าหน้าที่ของสถาบันฯ รวมทั้งทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคฟันและโรคในช่องปากของเด็ก

9. ศูนย์สาธิตพัฒนาการเด็กเล็ก รับดูแลเด็กอายุ 2 เดือนถึง 3 ปี เพื่อส่งเสริมให้เด็ก
มีการเจริญเติบโต มีพัฒนาการและการปรับตัวที่เหมาะสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม
และมีความปลอดภัยให้ผู้ปกครองไว้วางใจ ภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาล

นอกจากนี้ยังมีบริการพิเศษ ดังนี้

1. ศูนย์บำบัดฟื้นฟูจิตใจเด็กและครอบครัว บริการดูแลฟื้นฟูสุขภาพจิตใจเด็ก
ที่ถูกทารุณกรรมและครอบครัว

2. บริการสุขภาพจิตภาวะวิกฤติทั้งนอกสถานที่และทางโทรศัพท์ (โทร 1323)
ตลอด 24 ชั่วโมง

3. ห้องสมุดของเล่นโดยการรวบรวมของเล่นที่บ้าน ของเล่นประยุกต์และของเล่น
จากต่างประเทศไว้ให้บริการแก่เด็กที่มารับบริการและเด็กจากชุมชนใกล้เคียง เพื่อยืมกลับไป
ส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน

4. งานสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้พิการ โดยการประสานงานกับองค์กร
วีลออฟไฮป ประเทศสหรัฐอเมริกา ในการจัดหาอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้พิการ เช่น รถเข็น
ไม้เท้าเพื่อนำมามอบแก่ผู้พิการที่มีฐานะยากจนทั่วประเทศ

5. ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น ให้บริการปรึกษาแก่เด็กวัยรุ่น ให้บริการ 3 รูปแบบ คือ
ปรึกษาโดยตรงแก่เด็กที่มารับบริการที่สถาบันฯ ให้บริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต
และการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ เป็นหน่วยงานภูมิภาคในสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีหน้าที่หลักในการให้บริการ การบำบัดรักษา เด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษและครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพด้านต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด ครูการศึกษาพิเศษ เป็นต้น

การให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี และครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพจิตเด็ก มีปัญหาเกี่ยวกับความพิการทางกาย เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า มีปัญหาทางสมองด้านการเรียนรู้ โดยให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และให้บริการทางการแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้การช่วยเหลือ ในการตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม มีขั้นตอนตั้งแต่การเข้ามารับบริการ การลงทะเบียนรับบริการ ชักประวัติโดยละเอียด รวบรวมข้อมูลทางการแพทย์ สังคมสงเคราะห์ สังเกตพฤติกรรม เมื่อแพทย์วินิจฉัย ประเมินสมรรถภาพพื้นฐาน จัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคลหรือการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัวรับการบำบัดรักษาจากนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด ครูการศึกษาพิเศษ โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ทั้งการฝึกทักษะและการเรียนการสอน พร้อมทั้งนำกิจกรรมไปฝึกที่บ้าน มีการประสานส่งต่อโรงเรียน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ สถานีนอนมัย หรือหน่วยงานอื่นในการดูแลต่อ หากผู้รับบริการไม่สามารถปรับสภาพเพื่อให้เข้ากับชุมชนได้ ส่งต่อกลับมายังสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ เพื่อให้แพทย์ประเมินและวินิจฉัยต่อไป (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2546)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มกับเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษและครอบครัว เมื่อค้นพบปัญหา โดยทีมสหวิชาชีพด้านต่าง ๆ และเป็นการเตรียมความพร้อมให้เด็กเข้าสู่สังคมได้อย่างเหมาะสม

การให้บริการทางการศึกษาพิเศษในสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

ฝ่ายงานการศึกษาพิเศษ มีครูการศึกษาพิเศษประจำอยู่ 7 คน และมีครูการศึกษาพิเศษที่ไม่ประจำอีก 13 คน รวมแล้วมีครูการศึกษาพิเศษจำนวน 20 คน ครูการศึกษาพิเศษให้บริการในการเตรียมความพร้อมทางด้านการศึกษา สำหรับเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ ก่อนเข้าเรียนในโรงเรียนปกติและช่วยเหลือทางการศึกษา ครูการศึกษาพิเศษมีหน้าที่

ในการประเมินความสามารถทางการเรียน ในด้านการอ่าน การเขียนและการคำนวณ
ร่วมวางแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล จัดการเรียนการสอน ประเมินผลการเรียน นอกจากนั้น
ยังมีหน้าที่ในการจัดทำสื่อการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ
และเป็นวิทยากรตามโรงเรียนเพื่อถ่ายทอดเทคนิคการจัดการเรียนการสอนหรือการสร้างสื่อ
ให้กับโรงเรียนอื่น ๆ การให้บริการทางการศึกษาพิเศษ มีขั้นตอนกระบวนการให้บริการดังนี้

1. การส่งต่อจากแพทย์ ครูการศึกษาพิเศษจะมีเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดกรองเด็ก
ก่อนเข้าเรียน ดังนี้ 1) มีคำสั่งจากแพทย์ 2) มีปัญหาทักษะทางการศึกษาอย่างน้อย 1 ปัญหา
3) สามารถฟังและปฏิบัติตามคำสั่งอย่างง่ายได้ 4) สามารถนั่งเรียนและปฏิบัติตามกิจกรรม
อย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป และ 5) ไม่มีปัญหาทางพฤติกรรมที่มีผลต่อการเรียนการสอน
อย่างรุนแรง ซึ่งเด็กที่เข้ารับบริการผ่านเกณฑ์ในการประเมินทั้งหมด 5 ด้าน ก็จะเข้าเรียนได้
หากไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 ด้านนี้ ครูการศึกษาพิเศษจะส่งต่อให้แพทย์ พร้อมทั้งแจ้งถึงข้อจำกัด
เพื่อประกอบการพิจารณาส่งต่อนักกิจกรรมบำบัดหรือนักการบำบัดเพื่อฝึกให้มีความพร้อม
มากกว่านี้

2. เด็กที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกเข้าเรียน ครูการศึกษาพิเศษจะประเมินความสามารถ
พื้นฐานทางด้านการเรียน 3 ด้าน ได้แก่ ความสามารถทางด้านการอ่าน ความสามารถ
ทางด้านการเขียน และความสามารถทางด้านการคำนวณ เพื่อนำผลการประเมินความสามารถ
พื้นฐานทางด้านการเรียนเป็นข้อมูลเพื่อเข้าร่วมการวางแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล

3. ครูการศึกษาพิเศษเข้าร่วมวางแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล พร้อมกับกำหนดวันนัด
ในการจัดการเรียนการสอน

4. นำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคลมาจัดการเรียนการสอน โดยการคัดเลือกสื่อ
หรือเทคโนโลยีสารสนเทศ เข้ามาช่วยในการจัดการเรียนการสอนให้ตอบสนองความต้องการ
ของเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ หลังจากการจัดการเรียนการสอนเสร็จ ครูการศึกษาพิเศษ
จะต้องประเมินผลการเรียนรู้ของเด็กทุกครั้ง เพื่อนำผลไปปรับปรุงในการจัดการเรียนการสอน
ครั้งต่อไปหลังจากในการจัดการเรียนการสอนทุก ๆ 3 เดือน ครูการศึกษาพิเศษ
จะมีการประเมินผลความสามารถในการเรียนของเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ
เด็กที่ผ่านการประเมินจะไปเรียนในจุดประสงค์ต่อไป แต่หากไม่ผ่านการประเมิน
ครูการศึกษาพิเศษจะต้องมีหน้าที่ในการปรับเปลี่ยนเทคนิคการสอน หรือปรับเปลี่ยน
สื่อการเรียนการสอนเพื่อให้สอดคล้องกับความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กที่ต้องการจำเป็น
พิเศษ ส่วนเด็กที่ได้รับการประเมินผ่านทุกจุดประสงค์ก็จะถูกจำหน่ายต่อให้ผู้ปกครอง
หรือโรงเรียนต่อไป

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การให้บริการด้านการศึกษาพิเศษ ในสถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์นั้น มีครูการศึกษาพิเศษซึ่งทำหน้าที่ในการจัดการเรียนการสอน ออกแบบการจัด กิจกรรมและทักษะการเรียนรู้ให้ตรงกับสภาพปัญหาของเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ แต่ละคน และนำผลการเรียนรู้จากการจัดกิจกรรมมาประเมิน เพื่อการพัฒนาของเด็ก และเป็นการเตรียมความพร้อมให้เด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษก่อนเข้าสู่โรงเรียน และชุมชนต่อไป

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยภายในประเทศ

นาถยุพพรณ ภิญโญ (2545) ได้ศึกษาความรู้สึกรู้สึต่อภาวะการดูแลและความเครียด ของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาท วิทยาศาสตร์ โดยศึกษาจากผู้ปกครองของเด็กออทิสติก จำนวน 110 ราย พบว่า บิดามารดา เด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความรู้สึกรู้สึต่อภาวะการดูแลและความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้สึกรู้สึต่อภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ปัจจัยด้านประวัติการเจ็บป่วยทางจิตหรือโรคประสาทมีความสัมพันธ์กับความเครียดของบิดา มารดาเด็กออทิสติก ส่วนปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ปัญหาพฤติกรรม อายุ การศึกษา รายได้ ของผู้ปกครอง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเข้ากับเด็กอื่น ๆ ได้ และรูปแบบการรักษา มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ประภาวดี สุภักวณิช (2545) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแล เด็กออทิสติกของผู้ดูแล โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลที่เป็นหลักหรือมีหน้าที่โดยตรง ในการดูแลเด็กออทิสติกที่พาเด็กออทิสติกที่มีอายุระหว่าง 2 – 5 ปี มาใช้บริการที่แผนก ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลยุวประสาทวิทยาศาสตร์ จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อประเมิน สุขภาพจิต ศึกษาพฤติกรรมการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง สุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสติกร้อยละ 73 เป็นผู้ที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวชและยังพบว่าผู้ดูแลเด็กออทิสติก ร้อยละ 27 เป็นผู้ที่ มีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวช และกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลเด็กออทิสติก อยู่ในระดับมาก คิดคะแนนเป็นร้อยละ 82.56 นอกจากนี้ยังพบว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001

อิชยา เชื้อนมัน (2545) ได้ศึกษาสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือมารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา เพื่อศึกษาสุขภาพจิต ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาของแม่ออทิสติก โดยพบว่า สัดส่วนของมารดาเด็กออทิสติกที่มีภาวะสุขภาพจิตดีเท่ากับมารดาที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี นอกจากนี้มารดาเด็กออทิสติกมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในระดับสูง และสุขภาพจิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อรทัย ทองเพชร (2545) ได้ศึกษาภาระการดูแลของมารดาเด็กออทิสติกโดยศึกษาจากมารดาที่พาบุตรออทิสติกมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ภาระการดูแลของมารดาเด็กออทิสติกโดยรวมอยู่ในระดับน้อย และเมื่อพิจารณารายได้พบว่า ภาระการดูแลด้านความต้องการดูแลอยู่ในระดับปานกลางและภาระการดูแลด้านความยากลำบากอยู่ในระดับน้อย ซึ่งควรช่วยเหลือมารดาเด็กออทิสติก โดยเฉพาะในด้านความต้องการการดูแลและด้านความยากลำบาก โดยให้คำปรึกษาตลอดจนให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมให้มารดาดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วงเดือน เฉชะรินทร์ (2546) ได้ศึกษาการปรับตัวและความต้องการตามขั้นของปฏิริยาทางจิตของผู้ปกครองปฐมวัยออทิสติก พบว่า ผู้ปกครองมีลักษณะของปฏิริยาทางจิต 6 ประการ เริ่มจาก ปฏิเสธ โกรธ เศร้า แยกตัว เริ่มยอมรับความจริงและยอมรับความจริง โดยปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ปกครองปรับตัวได้มากที่สุดคือ การช่วยเหลือจากญาติของตนเองและของฝ่ายคู่สมรสในการให้กำลังใจและพร้อมสนับสนุนการดูแลเด็กออทิสติกและการยอมรับของคู่สมรสและญาติต่อสภาพของเด็กออทิสติก

ภัทราภรณ์ พุงปันคำ (2547) ได้ศึกษาอุปสรรคและความต้องการช่วยเหลือในการดูแลเด็กออทิสติก โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่เป็นบิดา มารดา ญาติ หรือพี่เลี้ยง ที่ให้การดูแลเด็กออทิสติกอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการ การช่วยเหลือในการดูแลเด็กออทิสติก พบว่า อุปสรรคในการดูแลเด็กออทิสติกเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวกับ ภาวะโรคที่เด็กเป็นอยู่ การขาดความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการดูแล สถานบริการมีไม่ทั่วถึง ตลอดจนการขาดความเข้าใจ

จากเจ้าหน้าที่และบุคลากรในสังคม นอกจากนี้ผู้ดูแลยังแสดงความจำนงถึงความต้องการ
อยากให้มีการที่ดูแลเด็กตลอดชีวิต การรักษาที่มีประสิทธิภาพตลอดจนความเข้าใจ
และกำลังใจจากสังคม อีกทั้งยังชี้ให้เห็นถึงปัญหาในการดูแลเด็กออทิสติก ที่เจ้าหน้าที่
ทางสุขภาพต้องให้การช่วยเหลือ โดยเฉพาะด้านความรู้เรื่องโรค การดูแลและการฝึก
พัฒนาการเด็ก ตลอดจนการปรับประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแล
ตนเองและดูแลเด็กออทิสติกอย่างมีประสิทธิภาพ

อารีรัตน์ แสนจิตต์ (2551) ได้ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่มีลูก
เป็นออทิสติก โดยศึกษาในมารดาที่มีอายุ 30 -50 ปี ที่พาลูกที่เป็นออทิสติกมารับบริการ
ที่ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
จำนวน 12 ราย ผลการวิจัยพบว่า มารดาได้รับผลกระทบ ด้านการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต
และการใช้เวลาว่างส่วนใหญ่อยู่กับการดูแลลูก ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
สำหรับสุขภาพตนเอง ผลกระทบด้านสุขภาพของมารดาเกิดผลต่อจิตใจและการเจ็บป่วย
ทางกาย มารดามีความตระหนักในสุขภาพจึงร่วมกันหาแนวทางในการวิเคราะห์
แผนการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย 1) แผนด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health
Responsibility) ได้แก่ กิจกรรมพิจารณาการใช้เวลาของมารดา และ 2) แผนด้านการจัด
การความเครียด (Stress Management) โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ซึ่งมี 2 กิจกรรม คือ
กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) เป็นกิจกรรมความรู้เรื่องโยคะ (Yoga) และกิจกรรม
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นกิจกรรมให้ความรู้สุนัขเอน
(Snoezelen) นอกจากนั้นผลของการรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และการมี
ส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้มารดาได้สร้างสัมพันธภาพที่ดี
ระหว่างกัน และยังได้ความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม
กับตนเอง

พุดติกค์ จันทราทิพย์ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดในการดูแล
เด็กออทิสติกของมารดา พบว่า มารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง
ภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กออทิสติก ความรุนแรงของโรคออทิสติก ระยะเวลาในการดูแล
เด็กออทิสติกและความพร้อมในการดูแลเด็กออทิสติก สามารถร่วมกันทำนายความเครียด
ในการดูแลเด็กออทิสติกได้ร้อยละ 40 ซึ่งผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ภาวะสุขภาพจิต
ของมารดาเด็กออทิสติก เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติก

ดังนั้นทีมผู้ศึกษาไม่ควรมองข้ามการให้การส่งเสริมสุขภาพของมารดาเด็กออทิสติกควบคู่ไปกับการดูแลเด็กออทิสติก

ธีรารัตน์ เจริญชัยภรณ์ (2554) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้และระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก เพื่อศึกษาสภาพครอบครัวของเด็กออทิสติก และผู้ปกครอง ผลกระทบในด้านต่าง ๆ จากการดูแลเด็กออทิสติก ศึกษาความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองเกี่ยวกับพฤติกรรมเด็กออทิสติกและวิธีการดูแลและให้การช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ รวมทั้งได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก ซึ่งทำการศึกษาในผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับออทิสติกมีความสัมพันธ์ทางลบต่อระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 อีกทั้งผู้ปกครองทุกรายได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจในระดับที่แตกต่างกัน ส่งผลกระทบต่อการประกอบอาชีพและค่าใช้จ่ายของผู้ปกครอง ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ปกครอง พบว่า ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเด็กพิเศษ ความแปลกใหม่ของสถานการณ์ที่ผู้ปกครองประสบและความไม่แน่นอนของสถานการณ์ มีผลกระทบต่อความเครียดที่สูงของผู้ปกครอง ความเชื่อในความสามารถของตน ความเชื่อในชีวิตและการดำรงอยู่ และความสามารถในการทำนายหรือคาดการณ์ ส่งผลให้มีความเครียดในระดับที่ต่ำ ซึ่งสรุปได้ว่าผู้ปกครองที่มีความรู้เกี่ยวกับเด็กออทิสติกในระดับสูงจะมีความเครียดในระดับที่ต่ำ

ปวิดา โพธิ์ทอง, สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, สุนทรี ขะชาตย์และเสาวลักษณ์ แสนฉลาด ร่วมกับวิทยาลัยบรมราชชนนี สุพรรณบุรี (2556) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพของเด็กออทิสติก ความรู้และความเครียดของผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่รับบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษเขต 5 จังหวัดสุพรรณบุรี โดยศึกษาเชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่าง 15 คน พบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสติกคิดว่าเด็กมีภาวะสุขภาพแข็งแรง แต่มีปัญหาในการขับถ่าย สามารถทำกิจกรรมได้บางส่วน แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ อีกทั้งไม่สามารถรับรู้ จำ ตัดสินใจและคิดได้ ผู้ดูแลคิดว่าการดูแลเด็กไม่เป็นภาระและคาดหวังว่าเด็กจะดีขึ้น รู้สึกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงทางเพศของเด็ก การถูกขัดใจเป็นตัวกระตุ้นที่ให้เกิดโกรธ ไม่พอใจ เด็กไม่มีความอดทนต่อการถูกขัดใจจะร้องไห้ การตีเป็นการจัดการพฤติกรรม สิ่งที่เด็กคิดและคิดว่ามีคุณค่าอันนั้นคือ วัตถุสิ่งของ และเชื่อว่าเด็กเป็นออทิสติกเพราะเคราะห์กรรม นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีความรู้เกี่ยวกับเด็กออทิสติกในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 73.30 ผู้ดูแลครึ่งหนึ่งมีความเครียดในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 50 ประสิทธิภาพความเครียดเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติก

พบว่า มี 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ความรู้สึกในการดูแล รู้สึกว่าทำไมต้องเป็นเราและทำได้ 2) ความเครียดจากการดูแล มีความกังวลใจและมีความทุกข์ ท้อ กัดดัน 3) อาการของความเครียด มีอาการนอนไม่หลับและปวดศีรษะ 4) ผลกระทบของความเครียด ผลกระทบต่อตัวเด็ก โดยตรงคือ โดนดุและโดนตี 5) วิธีลดความเครียด ได้แก่ การพูดคุยกับคนในครอบครัว

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายในประเทศ พบว่ามีผู้สนใจในการศึกษาถึงปัญหาด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพจิต ความเครียด การปรับตัว การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติกเป็นจำนวน เนื่องจากเด็กออทิสติกมีลักษณะปัญหา พฤติกรรม อารมณ์ และภาษาที่แตกต่างจากเด็กปกติทั่วไป โดยพบว่า ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กออทิสติกนั้นย่อมมีระดับปัญหาที่แตกต่างกัน เช่น สุขภาพจิต ความเครียด การปรับตัว ที่จะต้องได้รับการดูแลและการส่งเสริมที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ปกครองเด็กออทิสติกเหล่านี้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ที่ผู้ศึกษาต้องการศึกษาว่าผู้ปกครองที่ดูแลเด็กออทิสติกมีปัญหาอะไรบ้าง ด้านไหนบ้าง โดยศึกษาในด้านประเด็นความเครียดว่ามีปัจจัยใดบ้าง และผู้ปกครองได้ทำกิจกรรมอะไรบ้าง เพื่อจัดการกับสภาพปัญหาที่ตนเองเผชิญ

งานวิจัยต่างประเทศ

Hastings (2005) ศึกษา ความเครียดและการรับรู้ทางบวกของบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติกในวัยก่อนเรียน พบว่า เด็กออทิสติกมีการเปลี่ยนแปลงง่ายต่อสถานการณ์ สถานที่และความยากลำบากในการปรับตัว โดยจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจากปัญหาพฤติกรรมของเด็กมีความสัมพันธ์กับความเครียดและความทุกข์ใจของบิดามารดา

Naomi V.Ekas และคณะ (2009) ได้ศึกษาการปรับตัวการปรับตัวเพื่อจัดการความเครียดของมารดาเด็กออทิสติกโดยการสัมภาษณ์และจดบันทึกประจำวันเพื่อให้ทราบถึงผลของการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกต่อชีวิตประจำวัน โดยศึกษาในกลุ่มของบิดา มารดาเด็กออทิสติก แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ศึกษาลักษณะของเด็กออทิสติกที่มีผลทางลบต่อชีวิตประจำวันของบิดา มารดาเด็กออทิสติก 2) การส่งเสริมศักยภาพทางบวกเพื่อจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวันของบิดา มารดา เด็กออทิสติก 3) ความสัมพันธ์ระหว่างการกำหนดการรับรู้เกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีกับความเครียดในชีวิตประจำวัน 4) ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่บวกและลบที่มีต่อความเครียดในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษาพบว่า การที่มารดาเด็กออทิสติกมองโลกในแง่ลบส่งผลต่อความเครียดในระดับสูงและความเครียดนี้จะคงอยู่ยาวนาน แต่ถ้ามารดาเด็กออทิสติกสามารถควบคุมการรับรู้ให้มอง

โลกในแง่บวก ส่งผลให้มีความเครียดระดับปานกลาง และการรับรู้และมองโลกในแง่บวก หรือลบมีความสัมพันธ์กับความเครียดในชีวิตประจำวัน

Phelps et al. (2009) ศึกษาการดูแลบุคคลที่มีความผิดปกติของออทิสติก : การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ จากผู้ดูแลเด็กออทิสติก 80 คน พบประเด็นจากการศึกษาคือ ผลกระทบทางจิตใจ ผลกระทบครอบครัว ผลกระทบทางสังคม ผลกระทบด้านการบริการ ผลกระทบทางจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและความกังวลเกี่ยวกับอนาคตของเด็กออทิสติก

Hall and Graff (2010) ศึกษาความท้าทายในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของครอบครัว เด็กออทิสติก : การศึกษาดำเนินการ โดยการสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่มีความกังวล เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกและเพื่อหาความท้าทายของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติก พบว่า ผู้ปกครองมีความมุ่งมั่นเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติกให้มีพัฒนาการที่ดีขึ้น โดยต้องการ การสนับสนุนข้อมูลในการดูแลเด็กออทิสติก และพบว่า ผู้ปกครองมีความพยายามในการดูแล เด็กออทิสติก ตามความต้องการของเด็กออทิสติก และผู้ปกครองต้องการการสนับสนุน ทรัพยากรช่วยกระตุ้นให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการที่ดีขึ้น

Pozo P; Sarria E; and Briosio A. (2013) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ ของบิดามารดาในครอบครัวที่มีเด็กออทิสติก จำนวน 118 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นมารดา 59 คน บิดา 59 คน ในครอบครัวที่มีบุตรเป็นออทิสติก พบว่า ปัญหาพฤติกรรม ของเด็กออทิสติกมีผลกระทบทางอ้อมในด้านลบต่อการปรับตัวและความเป็นอยู่ที่ดี ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและความรุนแรงของโรคมียุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนา รูปแบบการดูแลเด็กออทิสติก การเน้นการดูแลครอบครัวควรเน้นในการดูแลหลายมิติ เพื่อที่จะสามารถนำไปสู่ความเข้าใจในการปรับตัวของบิดามารดา

จากการศึกษางานวิจัยต่างประเทศ พบว่า มีการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผล ต่อการปรับตัวและคุณภาพชีวิต ความเครียดของผู้ดูแลเด็กออทิสติกว่ามีผลกระทบอย่างไร ต่อตัวผู้ดูแล ซึ่งสามารถนำข้อมูลเหล่านี้มาเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อศึกษาว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลกระทบต่อการดูแลของผู้ปกครองเด็กออทิสติกอย่างไร

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ปกครองที่ต้องดูแลเด็กออทิสติกทุกคน ย่อมได้รับผลกระทบ จากการดูแลเด็กออทิสติกในด้านต่าง ๆ ซึ่งอาจจะเป็นปัญหาเดียวกันหรือคนละสภาพปัญหา แต่ผู้ดูแลทุกคนล้วนได้รับผลกระทบจากการดูแลเด็กออทิสติกด้วยกันทั้งนั้น ซึ่งระดับความ รุนแรงของปัญหาก็แตกต่างกันไป โดยงานวิจัยแต่ละเรื่องล้วนหาวิธี แนวทางหรือปัจจัย

สนับสนุนที่สามารถให้ผู้ปกครองเหล่านี้จัดการกับสภาพปัญหาหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นได้
เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลเด็กออทิสติก
ในด้านประเด็นความเครียด และศึกษาว่าผู้ปกครองเหล่านี้มีปัจจัยสนับสนุนหรือวิธีการอย่างไร
ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved