

แนวปฏิบัติทางคลินิกกิจกรรมบำบัด สำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัม

OCCUPATIONAL THERAPY
CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR INDIVIDUALS WITH
AUTISTIC SPECTRUM DISORDER; OT-CPG-ASD



โดย คณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด
สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2557

ISBN : 978-616-11-2137-2

แนวปฏิบัติทางคลินิกกิจกรรมบำบัด
สำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัม

OCCUPATIONAL THERAPY CLINICAL PRACTICE GUIDELINE
FOR INDIVIDUALS WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER
(OT-CPG-ASD)

คณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด

อนุมัติ

ในการประชุมครั้งที่ ๓-๑/๒๕๕๗ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗

คณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด

สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหนังสือ : แนวปฏิบัติทางคลินิกกิจกรรมบำบัดสำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัม
OCCUPATIONAL THERAPY CLINICAL PRACTICE GUIDELINE
FOR INDIVIDUALS WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER
(OT-CPG-ASD)

จัดทำโดย : สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ ๑ : สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ จำนวน ๓๐๐ เล่ม

ออกแบบปกโดย : นายนที จินดาคำ

ISBN : 978-616-11-2137-2

พิมพ์ที่ : บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด

คำนำ

ตามความในมาตรา ๒๓(๗) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ กำหนดให้ คณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัดมีอำนาจและหน้าที่ในการส่งเสริม การพัฒนาและกำหนดมาตรฐาน การประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด ประกอบทั้งมีความต้องการจากผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา กิจกรรมบำบัดที่ต้องการให้มีแนวปฏิบัติทางคลินิกกิจกรรมบำบัดในแต่ละโรค /แต่ละภาวะอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อการบริการทางกิจกรรมบำบัดที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานไปในทางเดียวกันในระดับประเทศ ส่งผลต่อการ ยอมรับของสังคมและการมีเอกลักษณ์ของวิชาชีพกิจกรรมบำบัด คณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด โดยคณะอนุกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัดด้านมาตรฐานวิชาการจึงได้ กำหนดแนวปฏิบัติทางคลินิก กิจกรรมบำบัดสำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัมขึ้น อีกทั้งเป็นแนวทางสำหรับสถาบันผู้ผลิต บัณฑิต กิจกรรมบำบัด ที่ควรกำหนดความรู้ความสามารถทางวิชาชีพในหลักสูตรให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติ นี้

สาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกกิจกรรมบำบัดสำหรับ บุคคลออทิสติกสเปกตรัม ประกอบด้วย ข้อเสนอแนะการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกกิจกรรมบำบัด องค์ความรู้เกี่ยวกับออทิสติกสเปกตรัม บทบาทของนัก กิจกรรมบำบัด ในบุคคลออทิสติกสเปกตรัม กรอบปฏิบัติ งาน และกรอบ อ้างอิงกิจกรรมบำบัด รวมถึง รายละเอียดการบริการทางกิจกรรมบำบัด และหลักฐาน เชิงประจักษ์เพื่อ เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก กิจกรรมบำบัดสำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัม

คณะผู้จัดทำคาดหวังว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกกิจกรรมบำบัดสำหรับ บุคคลออทิสติกสเปกตรัม ฉบับ นี้ จะเป็นแรงกระตุ้น ให้นักกิจกรรมบำบัดพัฒนาการปฏิบัติทางคลินิกด้วยการศึกษาวิจัย เพื่อก่อให้เกิด หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการให้สู่ระดับสากลต่อไป



(รศ.สร้อยสุดา วิทยากร)

ประธานกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด

๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗

สารบัญ

	<u>หน้า</u>
คำนำ	ก
สารบัญตาราง	ง
สารบัญรูป	จ
คำจำกัดความ	ฉ
ข้อแนะนำการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกกิจกรรมบำบัด	
- ความหมาย ความสำคัญ และประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก	ช
- กรอบแนวคิดการปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัด	ฌ
- วิธีการสืบค้นข้อมูล	ญ
บทที่ ๑ บทนำ: ความรู้เกี่ยวกับออทิสติกสเปกตรัม	
- อูบัติการณ์	๑
- สาเหตุ	๒
- อาการและอาการแสดง	๒
- การบำบัดรักษา	๓
บทที่ ๒ ออทิสติกสเปกตรัมและบทบาทของนักกิจกรรมบำบัด	
- ความบกพร่องของออทิสติกสเปกตรัมกับขอบเขตงานกิจกรรมบำบัด	๕
- บทบาทของนักกิจกรรมบำบัด	๑๔
- แนวทางการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด	๑๖
บทที่ ๓ กรอบปฏิบัติงานและกรอบอ้างอิงกิจกรรมบำบัด	
- กรอบปฏิบัติงานกิจกรรมบำบัด	๑๙
- กรอบอ้างอิงการบูรณาการประสาทความรู้สึกร	๒๑
- กรอบอ้างอิงพัฒนาการ	๒๓
- กรอบอ้างอิงพฤติกรรม	๒๖
- กรอบอ้างอิงความคิดความเข้าใจ	๒๙
- กรอบอ้างอิงจิตสังคม	๓๒
- กรอบอ้างอิงเสริมสร้างกระบวนการสอนและการเรียนรู้	๓๗

- กรอบอ้างอิงกิจกรรมการดำเนินชีวิต	๓๙
บทที่ ๔ แนวปฏิบัติทางคลินิกกิจกรรมบำบัดสำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัม	๔๔
บรรณานุกรม	๘๓
ภาคผนวก ก เกณฑ์การวินิจฉัยออทิสติกสเปกตรัม	๙๕
ภาคผนวก ข ลักษณะทางคลินิกของออทิสติกสเปกตรัม	๙๘
ภาคผนวก ค พฤติกรรมผิดปกติที่พบบ่อยในออทิสติกสเปกตรัม	๙๙
ภาคผนวก ง มิเรอร์นิวรอนเธอราปี	๑๐๒
ภาคผนวก จ แนวทางการเพิ่มหรือปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบประสาทส่วนกลาง ในกระบวนการบูรณาการประสาทสำหรับความรู้สึกการเคลื่อนไหว/สั่งการ	๑๐๔
ภาคผนวก ฉ สรุปทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางกิจกรรมบำบัดในการบำบัดรักษา บุคคลออทิสติกสเปกตรัม	๑๑๑
ภาคผนวก ช คณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด และคณะอนุกรรมการวิชาชีพสาขา กิจกรรมบำบัดด้านมาตรฐานวิชาการ	๑๑๕

สารบัญตาราง

		<u>หน้า</u>
ตารางที่ ๑	การกำหนดน้ำหนัก คำอธิบาย และหลักฐานสนับสนุนแนวปฏิบัติทางคลินิก	๗
ตารางที่ ๒	พฤติกรรมผิดปกติที่พบบ่อยในออทิสติกสเปกตรัม	๓
ตารางที่ ๓	ความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติและผิดปกติของกระบวนการบูรณาการประสาทความรู้สึก	๒๒
ตารางที่ ๔	ความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติและผิดปกติด้านความคิดความเข้าใจ	๓๐
ตารางที่ ๕	ความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติและผิดปกติของพฤติกรรมทางจิตสังคม	๓๔
ตารางที่ ๖	ความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติและผิดปกติของการเสริมต่อการเรียนรู้	๓๘
ตารางที่ ๗	ความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติและผิดปกติของพฤติกรรมการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต	๔๒
ตารางที่ ๘	ข้อควรปฏิบัติสำหรับนักกิจกรรมบำบัดในการเฝ้าระวังความเสี่ยงเป็นออทิสติกสเปกตรัม	๔๖
ตารางที่ ๙	รายละเอียดการบริการทางกิจกรรมบำบัด	๔๗
ตารางที่ ๑๐	หลักฐานเชิงประจักษ์	๕๖

สารบัญรูป

	<u>หน้า</u>
รูปที่ ๑ กรอบแนวคิดการปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัดที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์	๖
รูปที่ ๒ แผนผังกระบวนการบริการทางกิจกรรมบำบัดสำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัม	๔๔
รูปที่ ๓ ระบบแนวคิดเพื่อความเข้าใจในกลไกของมิเรอร์ซิสเต็ม	๑๐๓

คำจำกัดความ

ออทิสติกสเปกตรัม หมายถึงกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยภาวะออทิสติก ภาวะพัฒนาการช้าของภาวะแอสเพอร์เกอร์ และกลุ่มอาการพัฒนาการแบบแผ่กระจายที่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มได้

บุคคลออทิสติกสเปกตรัม หมายถึง บุคคลที่มีภาวะออทิสติกสเปกตรัมในช่วงอายุแรกเกิดถึง ๒๐ ปีบริบูรณ์

ผู้รับบริการ หมายถึงบุคคลออทิสติกสเปกตรัม ผู้ปกครอง ผู้ดูแล และบิดา-มารดาของบุคคลออทิสติกสเปกตรัม

นักกิจกรรมบำบัด หมายถึง ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด

แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ข้อเสนอแนะในการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดที่ครอบคลุมตั้งแต่การตรวจประเมิน การส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการใช้กิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายวิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับความบกพร่องและความสามารถของผู้รับบริการ

กิจกรรมการดำเนินชีวิต (occupation) หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำเพื่อใช้เวลาและพลังงานในแต่ละวันอย่างมีเป้าหมาย มีความหมายต่อสุขภาพ การปรับตัวและการมีชีวิตรอดของบุคคล

การทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต (occupational performance) หมายถึง ศักยภาพของบุคคลในการทำกิจกรรมประจำวัน การศึกษา การทำงานหรือการประกอบอาชีพ การเล่น กิจกรรมยามว่าง การพักผ่อนและนอนหลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

การทำกิจกรรมตามบทบาท (occupational role performance) หมายถึง ศักยภาพของบุคคลในการทำหน้าที่รับผิดชอบในสังคม เช่น หน้าที่ของบิดามารดา หน้าที่ของนักเรียน

ทักษะในการทำกิจกรรม (performance skills) หมายถึง ศักยภาพที่จำเป็นในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งประกอบด้วยทักษะด้านประสาทสัมผัส-การรับรู้ ทักษะด้านการเคลื่อนไหว-การวางแผน การเคลื่อนไหว ทักษะด้านการควบคุมอารมณ์ ทักษะด้านความคิดความเข้าใจ และทักษะการสื่อความหมาย-การเข้าสังคม

กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living: BADLs) หมายถึง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของบุคคล เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การขับถ่าย การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายตัวในการทำกิจกรรม

กิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrumental Activities of Daily Living: IADLs) หมายถึง กิจกรรมที่มีการใช้อุปกรณ์/เครื่องมือ และเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น การเตรียมอาหาร การซื้อสิ่งของเครื่องใช้ การจัดการด้านการเงิน การใช้โทรศัพท์ การดูแลเด็กและสัตว์เลี้ยง การดูแลสุขภาพ การรับประทานยาเองตามที่แพทย์กำหนด

ข้อเสนอแนะการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกกิจกรรมบำบัด

ความหมาย ความสำคัญ และประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยให้นักวิชาชีพตัดสินใจให้บริการทางคลินิกได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูล ความรู้ แนวปฏิบัติที่ผ่านการศึกษาวิจัย มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based practice) โดยมีลำดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานจากที่มีคุณค่าน้อยไปสู่หลักฐานที่มีคุณค่ามากที่สุด (จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์, ๒๕๔๓)

๑. ประสบการณ์ทางคลินิก เป็นหลักฐานที่มีความน่าเชื่อถือน้อย เนื่องจากอาจได้รับอิทธิพลจากอคติของนักวิชาชีพ และความแตกต่างของกรอบแนวคิดที่ยึดถือในการให้บริการทางคลินิก

๒. หลักฐานทางพยาธิสรีรวิทยา เป็นหลักฐานที่มีความน่าเชื่อถือปานกลาง แม้ว่าหลักฐานทางพยาธิสรีรวิทยาจะมีการศึกษาทดลองอย่างเป็นระบบ หากแต่เป็นการศึกษาทดลองในสัตว์ทดลองซึ่งการเปลี่ยนแปลงหรือผลการศึกษาอาจมีความแตกต่างไปจากมนุษย์หรือผู้รับบริการ

๓. การวิจัยทางคลินิก เป็นหลักฐานที่มีความน่าเชื่อถือได้มากที่สุดหากทำอย่างเป็นระบบ มีมาตรการป้องกันอคติตามหลักการวิจัย ทั้งนี้หลักฐานจากการวิจัยทางคลินิกมีความน่าเชื่อถือแตกต่างกันจากน้อยไปมาก ดังนี้

๓.๑ การศึกษาจากการสังเกตโดยตรงต่อปัญหาเฉพาะโรค

๓.๒ การศึกษาด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) เป็นหลักฐานที่ได้จากการวิเคราะห์รายงานการวิจัยจำนวนมากที่พยายามตอบคำถามทางคลินิกในเรื่องเดียวกัน

๓.๓ การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized-Controlled Trial: RCT) เป็นหลักฐานที่ได้จากการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเดียวหรือหลายกลุ่ม โดยมีแนวทางขจัดอคติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เนื่องจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้มาจากการสุ่ม จึงถือเป็นหลักฐานที่ดีที่สุด

แนวปฏิบัติทางคลินิก จึงมีการจัดแบ่งและใช้ค่าเพื่อสื่อถึงคุณภาพการปฏิบัติทางคลินิก ออกเป็น ๓ ระดับ ตามความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่นำมาใช้อ้างอิงในการจัดทำ (จิตร สิทธิอมรและคณะ, ๒๕๔๓) ดังนี้

ระดับที่ ๑ มาตรฐาน (standard) คือ หลักการปฏิบัติที่มีความแน่นอนทางคลินิกสูง ได้มาจากหลักฐานแสดงประสิทธิผลที่ชัดเจนหรือมีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

ระดับที่ ๒ แนวปฏิบัติ (guideline) คือ แนวทางวิธีการดำเนินการสำหรับใช้ในการปฏิบัติที่มีความแน่นอนทางคลินิกปานกลาง ได้มาจากความคิดเห็นที่ตรงกันเป็นส่วนใหญ่หรือกรณีศึกษาแบบควบคุม (Case control analytic studies) หรือการศึกษาแบบโคฮอร์ต (Cohort studies) ซึ่งเป็นการศึกษาไปข้างหน้าหรือย้อนหลัง เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหรือการเกิดสิ่งที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา

ระดับที่ ๓ ข้อเสนอปฏิบัติ (option) คือ แนวทางการให้บริการที่ยังไม่มีหลักฐานการวิจัยหรือทางคลินิกที่ชัดเจน ไม่มีข้อสรุปหรือมีความขัดแย้งในหลักฐานหรือความเห็น

แนวปฏิบัติทางคลินิกกิจกรรมบำบัดสำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัมฉบับนี้ เป็นการผสมผสานความรู้ที่ได้จากความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติทางคลินิกทั้ง ๓ ระดับที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ที่อ้างอิงส่วนใหญ่เป็นหลักฐานการวิจัยในสังคมตะวันตก ดังนั้นก่อนการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ นักกิจกรรมบำบัดควรวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมตามบริบทของผู้รับบริการ (Bennett & Bennett, ๒๐๐๐; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๒) และบริบทของการบำบัด (Bennett & Bennett, ๒๐๐๐)

แนวปฏิบัติทางคลินิกกิจกรรมบำบัด มีการให้นำหน้าคุณค่าความน่าเชื่อถือของหลักฐาน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๒) ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ การกำหนดน้ำหนัก คำอธิบาย และหลักฐานสนับสนุนแนวปฏิบัติทางคลินิก

การกำหนดน้ำหนัก	คำอธิบาย	หลักฐานสนับสนุน
++ “ควรทำ”	มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และสถานภาพของการประกอบวิชาชีพในประเทศไทย และ มีความคุ้มค่าเป็นอย่างยิ่งในบริบทของผู้รับบริการหรือสังคมไทย	- หลักฐานระดับ ๑ (level of evidence A): การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่มีคุณภาพดีเยี่ยมหรือมีการทบทวนอย่างเป็นระบบจากการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมอย่างน้อย ๑ ฉบับ
-- “ไม่ควรทำ”	ไม่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และสถานภาพของการประกอบวิชาชีพในประเทศไทย และ ไม่มีความคุ้มค่าเป็นอย่างยิ่งในบริบทของผู้รับบริการหรือสังคมไทย	- หลักฐานระดับ ๒ (level of evidence B): การศึกษาเชิงทดลองแบบไม่สุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Non-Randomized Controlled Trial) ที่มีคุณภาพดีเยี่ยมในประชากรต่างกลุ่มและคณะผู้ศึกษาต่างคณะอย่างน้อย ๒ ฉบับ ได้แก่ การศึกษาแบบโคฮอร์ต กรณีศึกษาแบบควบคุม หรือ การศึกษาพหุกาลานุกรม (Multiple-time series)
+ “น่าทำ”	มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และสถานภาพของการประกอบวิชาชีพในประเทศไทย แต่ยังไม่ได้ผ่านการวิเคราะห์ความคุ้มค่าในบริบทของผู้รับบริการหรือสังคมไทย	- หลักฐานระดับ ๑ และ/หรือ ๒ แต่คุณภาพยังไม่ดีพอ - หลักฐานระดับ ๓ (level of evidence C): การศึกษาแบบพรรณนา (descriptive studies) หรือ การศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม (controlled clinical trial) ที่มีคุณภาพพอใช้ หรือการศึกษากลุ่มตัวอย่างเดี่ยว (single-subject design)
- “ไม่น่าทำ”	ไม่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และสถานภาพของการประกอบวิชาชีพในประเทศไทยและยังไม่ได้ผ่านการวิเคราะห์ความคุ้มค่าในบริบทของผู้รับบริการหรือสังคมไทย	- หลักฐานระดับ ๔ (level of evidence D): ฉันทามติ (consensus) ของผู้เชี่ยวชาญหรือรายงานอนุกรมผู้รับบริการจากการศึกษาในประชากรต่างกลุ่มและคณะผู้ศึกษาต่างคณะ อย่างน้อย ๒ ฉบับ

ตารางที่ ๑ (ต่อ)

การกำหนด น้ำหนัก	คำอธิบาย	หลักฐานสนับสนุน
+/- “อาจทำ หรือไม่ทำ”	ไม่แน่ใจว่า มีความเหมาะสมกับ สถานการณ์และสถานภาพของการ ประกอบวิชาชีพในประเทศไทย และไม่แน่ใจว่า มีความคุ้มค่าใน บริบทของผู้รับบริการหรือสังคมไทย	- รายงานการศึกษาไม่เพียงพอในการสนับสนุนถึง ประสิทธิผล เช่น ความน่าเชื่อถือทางสถิติไม่เพียงพอ ไม่เป็นตัวแทนประชากรไทย อยู่ในระหว่างการ ติดตามความปลอดภัยของวิธีการ มีการออกแบบการ วิจัยไม่เหมาะสม เป็นต้น - หลักฐานระดับ ๑ และ/หรือ ๒ มีผลขัดแย้งกัน หลักฐานของประสิทธิผลได้รับการหักล้างจาก อันตรายที่สำคัญ ไม่มีการรายงานการศึกษาถึง ประสิทธิผลทางการแพทย์ การศึกษาที่มีคุณภาพดี จากต่างประเทศแต่ไม่สามารถนำมาใช้ได้ บริบท ของประเทศไทยเนื่องจากสภาพปัญหาและ สถานการณ์ที่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัด

ในการปฏิบัติงานของนักกิจกรรมบำบัด ควรอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกมากกว่าการอ้างอิงทฤษฎีที่ได้เรียนรู้ผ่านมาที่อาจไม่เป็นปัจจุบัน หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกที่นับว่ามีความน่าเชื่อถือคือ งานวิจัยที่ผ่านกระบวนการทำวิจัยที่ถูกต้อง เหมาะสมและมีการตีพิมพ์เผยแพร่ (Bennett & Bennett, ๒๐๐๐) ซึ่งนักกิจกรรมบำบัดสามารถพัฒนาตนเองและพัฒนาวิชาชีพผ่านการค้นคว้าหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มพูนทักษะการคิดวิเคราะห์-สังเคราะห์ในกระบวนการตัดสินใจทางคลินิก (Tomlin & Borgetto, ๒๐๑๑) นอกจากนี้ จิตร สิทธิอมรและคณะ (๒๕๔๓) ได้กล่าวว่า การปฏิบัติงานทางคลินิกไม่ควรอาศัยเพียงประสบการณ์ส่วนตัวที่อาจได้รับผลจากความลำเอียงส่วนบุคคล

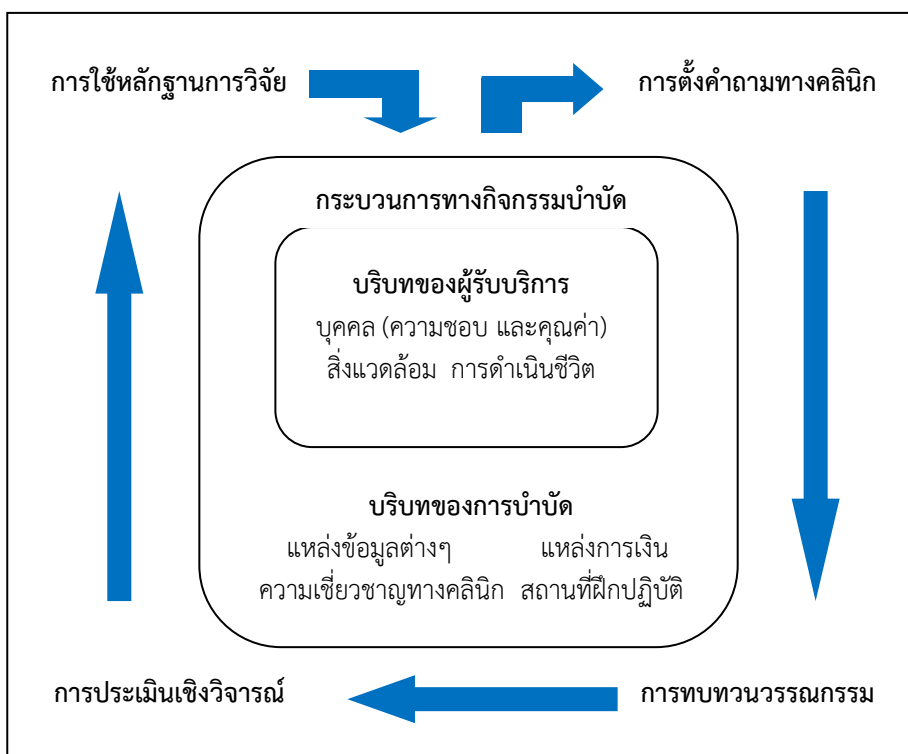
กรอบแนวคิดการปฏิบัติทางคลินิกที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (ดังแสดงในรูปที่ ๑) ช่วยในกระบวนการตัดสินใจของนักกิจกรรมบำบัดเพื่อเลือกวิธีการบำบัดที่ดีที่สุดสำหรับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ด้วยความรอบคอบ สมเหตุสมผล และความชัดเจนของหลักฐานการวิจัยที่เป็นระบบ (Bennett & Bennett, ๒๐๐๐) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

๑) การตั้งคำถามทางคลินิกที่เกี่ยวกับประสิทธิผล เทคนิคและวิธีการบำบัดทางกิจกรรมบำบัด เพื่อค้นหาว่าวิธีการบำบัดใดที่ให้ประสิทธิผลดีที่สุด หรือคุ้มค่าที่สุด หรือควรมีการป้องกันอาการแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยอะไร และอย่างไรบ้าง หรือแนวโน้มของผลลัพธ์การบำบัดในปัญหานี้คืออะไร รวมทั้งการตั้งคำถามทางคลินิกที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยปัญหาทางกิจกรรมบำบัดได้แก่ ทักษะในการทำกิจกรรม ความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตหรือความสามารถในการทำกิจกรรมตามบทบาท

๒) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคำถามทางคลินิก โดยการค้นคว้าเอกสารหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงประสบการณ์ทางคลินิก การศึกษาดำรง การแลกเปลี่ยนความรู้

๓) การประเมินเชิงวิจารณ์ เป็นการประเมินวรรณกรรมว่า มีความตรง (validity) และมีความเหมาะสม คุ่มค่ากับการนำไปใช้ทางคลินิกหรือไม่ โดยเฉพาะเมื่อคำนึงถึงบริบทของผู้รับบริการ และบริบทของการบำบัด

๔) การใช้หลักฐานการวิจัยที่ผ่านการประเมินเชิงวิจารณ์ โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมกับการนำไปใช้กับผู้รับบริการ ความสอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการของผู้รับบริการ ผู้รับบริการเห็นคุณค่า และความพร้อมของอุปกรณ์หรือเครื่องมือในแผนกกิจกรรมบำบัด โดยอาศัยการให้เหตุผลทางคลินิกในการตัดสินใจ



รูปที่ ๑ กรอบแนวคิดการปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัดที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์

ที่มา Bennett, S., & Bennett, J.W. (๒๐๐๐). The process of evidence-based practice in occupational therapy: Informing clinical decisions. *Australian Occupational Therapy Journal*, ๔๗, ๑๗๑-๑๘๐

โดยสรุป นักกิจกรรมบำบัดปฏิบัติงานทางคลินิก หากมีคำถามทางคลินิกควรดำเนินการค้นหาคำตอบด้วยการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นควรประเมินคุณภาพของวรรณกรรมว่า สามารถนำไปใช้ให้เกิดประสิทธิผลในทางคลินิกได้มากน้อยเพียงใด และมีกระบวนการวิจัยจนพัฒนาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีการสืบค้นข้อมูล

คณะผู้จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกกิจกรรมบำบัดสำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัม ได้ทำการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล Pubmed และการสืบค้นในวารสารทางกิจกรรมบำบัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยใช้คำสำคัญดังต่อไปนี้ “autism” “occupational therapy” และ “Randomized Controlled” และรวบรวมหลักฐานอ้างอิงภาษาไทย จากนั้นได้ทำการคัดเลือกบทความที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้อ้างอิงไว้ในส่วนของบรรณานุกรมแล้ว

บทที่ ๑

บทนำ: ความรู้เกี่ยวกับออทิสติกสเปกตรัม

ออทิสติกสเปกตรัม (Autistic Spectrum Disorder: ASD) เป็นความผิดปกติทางพัฒนาการที่ล่าช้า จัดอยู่ในกลุ่มพัฒนาการบกพร่องแบบแผ่กระจาย (Pervasive Developmental Disorder: PDD) (WHO, ๑๙๙๓; APA, ๒๐๑๐) โดยออทิสติกสเปกตรัม หมายถึงความผิดปกติทางพัฒนาการใน ๔ ประเภท คือ ภาวะออทิสติก (Autistic Disorder) ภาวะแอสเพอร์เกอร์ (Asperger's Disorder) ภาวะพัฒนาการขัดข้อง (Childhood Disintegrative Disorder: CDD) กลุ่มพัฒนาการแบบแผ่กระจายที่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มได้ (Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified: PDD-NOS) (Stubbs & Keith, ๒๐๐๕; Lord & Spence, ๒๐๐๖; APA, ๒๐๑๓) ซึ่งพฤติกรรมผิดปกติที่พบในออทิสติกสเปกตรัม แบ่งเป็น ๒ ด้าน คือ ความบกพร่องด้านการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (deficits in social communication and social interaction) และการมีข้อจำกัดด้านพฤติกรรมซ้ำ ด้านความสนใจและกิจกรรม (restricted repetitive behaviors, interests, and activities) (APA, ๒๐๑๓)

ออทิสติกสเปกตรัม ไม่สามารถระบุถึงความผิดปกติทางระบบประสาทที่เฉพาะเจาะจงได้ และไม่อาจวินิจฉัยได้จากผลการตรวจเลือดหรือปัสสาวะหรือการตรวจคลื่นสมอง แต่ใช้การสังเกตพฤติกรรมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (อุมพร ตรังคสมบัติ, ๒๕๔๕) ในการวินิจฉัยความผิดปกติที่สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยที่กำหนดโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน หรือองค์การอนามัยโลก (ภาคผนวก ก)

อุบัติการณ์

ในเด็กวัยก่อนเรียนอายุระหว่าง ๐-๖ ปี มีรายงานว่าพบออทิสติกสเปกตรัมได้ถึง ๔.๐-๖.๗ คน ต่อจำนวนเด็กทุก ๑๐,๐๐๐ คน แต่บางรายงานให้อุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ ๕-๑๐ ของเด็กทั่วไป และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง ๔ เท่า (Fombonne, ๑๙๙๙) และพบได้ทั่วโลก ไม่เลือกถิ่นฐาน เผ่าพันธุ์ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗ ศิริวรรณ พูลสรรพสิทธิ์, เบญจพร ปัญญา, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, ประยุกต์ เสรีเสถียร และวรวรรณ จุฑา (๒๕๔๘) ศึกษาความชุกของออทิสติกในเด็กอายุ ๑-๕ ปี จำนวน ๓๑,๔๑๑ คน พบเด็กมีความเสี่ยงต่อออทิสติกเท่ากับ ๔.๔ คนต่อเด็ก ๑,๐๐๐ คน และเมื่อตรวจยืนยันโดยจิตแพทย์เด็กพบความชุกเท่ากับ ๙.๙ ต่อเด็ก ๑๐,๐๐ คน จากรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร (๒๕๕๕) พบบุคคลออทิสติกทั่วประเทศ ประมาณ ๓๐,๖๑๔ คน (ประชากรคาดหมายรวม ๖๕,๙๒๖,๒๖๑ คน) หรือเท่ากับ ๔.๖๔ ต่อประชากรทุก ๑๐,๐๐๐ คน

สาเหตุ

สาเหตุของความผิดปกติในออทิสติกสเปกตรัมยังไม่ทราบแน่ชัด แต่นักวิชาการต่างยอมรับว่า ความผิดปกติในออทิสติกสเปกตรัมเป็นผลมาจากความผิดปกติของสมองทั้งความผิดปกติของโครงสร้าง (Sparks, Friedman, Shaw, Aylward, Echelard, Artru, ..., & Dager, ๒๐๐๒) และกระบวนการทำงานของสมอง

จากการศึกษารูปร่างและโครงสร้างสมองของเด็กออทิสติก พบว่ามีสมองที่แตกต่างจากสมองของเด็กปกติ เช่น มีโพรงสมองขนาดใหญ่กว่าปกติ มีก้อนสมองขนาดเล็ก มีโครงสร้างสมองส่วนควบคุมอารมณ์ผิดปกติ ซึ่งความผิดปกติของสมองอาจเริ่มตั้งแต่ขณะอยู่ในครรภ์ หรือเมื่อคลอดออกมาแล้วก็ได้

การศึกษาวินิจฉัยที่ผ่านมา พบว่า ออทิสติกสเปกตรัม เกิดจากความผิดปกติของสมองที่อาจเชื่อมโยงกับปัจจัยต่อไปนี้ (Chakrabarti & Fombonne, ๒๐๐๑; Stubbs & Keith, ๒๐๐๕)

๑. โรคทางกายที่มีผลต่อสมอง เช่น หัดเยอรมัน การติดเชื้อไวรัสที่สมอง
๒. ระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติ เนื่องจากบุคคลออทิสติกสเปกตรัมบางรายมีจำนวน T-cell และสารช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้ร่างกายต่ำ (Ig A)
๓. พันธุกรรม มีโครโมโซมที่ผิดปกติหลายตัวที่พบในโรคนี เช่น ตัวที่ ๒, ๗, ๑๓, ๑๕, ๑๖ และ ๑๙
๔. วัคซีนป้องกันคางทูม หัดและหัดเยอรมัน
๕. การหลั่งของสารสื่อประสาทที่ผิดปกติ เช่น serotonin, dopamine, opioid

อาการและอาการแสดง

ลักษณะทั่วไป

ในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมาได้มีการศึกษาลักษณะเฉพาะของกลุ่มอาการหรือพฤติกรรมที่บกพร่องของออทิสติกสเปกตรัมของเด็กวัยก่อนเรียน โดยพบว่า เด็กกลุ่มนี้ในช่วงอายุก่อน ๒ ขวบจะมีความบกพร่องในรูปแบบการใช้ภาษาในการสื่อสารเบื้องต้น ได้แก่ การไม่สนใจหรือเอาใจใส่ต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม ไม่สบตา ไม่ยิ้ม มีการแสดงออกของสีหน้าไม่เหมาะสมกับอารมณ์ เหตุการณ์ บุคคล หรือสิ่งแวดล้อม ไม่เลียนแบบ (Adrien, Lenoir, Martineau, Harmery, Larmanade, & Suvage, ๑๙๙๓; Charman, Baron-Cohen, Swettenham, Baird, Cox, & Draw, ๒๐๐๐; Roger, ๒๐๐๐) เมื่อเด็กเข้าสู่ขวบปีที่ ๒ จะพบอาการอื่น ๆ เพิ่มขึ้น เช่น การไม่สนใจต่อเสียงเรียก แยกตัวอยู่คนเดียว ทำพฤติกรรมซ้ำที่ไม่เหมาะสม เช่น การโยกตัว สะบัดมือ หรือจ้องมองวัตถุที่หมุน (Filipek, Accardo, Baranek, Cook, Dawson, Gordon, ..., & Volkmar, ๑๙๙๙) ซึ่งลักษณะทางคลินิกของออทิสติกสเปกตรัม แสดงในภาคผนวก ข

พฤติกรรมผิดปกติของออทิสติกสเปกตรัมมี ๒ ด้าน คือ ด้านการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการมีข้อจำกัดด้านพฤติกรรมซ้ำ ด้านความสนใจและกิจกรรม (APA, ๒๐๑๓) โดยตัวอย่างของพฤติกรรมที่ผิดปกติทั้ง ๒ ด้าน แสดงในตารางที่ ๒ ส่วนรายละเอียดพฤติกรรมผิดปกติทั้ง ๒ ด้านที่แสดงออกแตกต่างกันในแต่ละช่วงวัย สามารถอ่านเพิ่มเติมได้จากภาคผนวก ค

ตารางที่ ๒ พฤติกรรมผิดปกติที่พบบ่อยในออทิสติกสเปกตรัม

พฤติกรรมผิดปกติ	ตัวอย่างพฤติกรรมที่ผิดปกติ
ด้านการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	<ul style="list-style-type: none">- ไม่สบตา- ไม่รู้วิธีทักทาย- เข้าหาผู้อื่นด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม- มีความยากลำบากในการเริ่มต้นและโต้ตอบการสนทนา- ใบหน้าไม่ค่อยแสดงอารมณ์เหมือนสวมหน้ากาก- ชี้ จูมมือแทนการพูดบอกความต้องการ- มีความยากลำบากในการเข้าใจภาษาท่าทางและคำสั่งง่าย ๆ- ใช้คำศัพท์และภาษาไม่เหมาะสมกับวัย มักต่ำกว่าอายุจริง- ไม่ค่อยเข้าใจความหมายของคำที่แสดงอารมณ์ ความรู้สึกหรือสิ่งที่เป็นนามธรรม- มีความยากลำบากในการเข้าใจความหมายของภาษาพูดหรือภาษาเขียน
ด้านพฤติกรรมซ้ำ ด้านความสนใจ และกิจกรรม	<ul style="list-style-type: none">- สนใจเฉพาะบางส่วนของบุคคลและสิ่งของ- พูดถึงสิ่งที่ตนสนใจซ้ำ ๆ โดยไม่สนใจความรู้สึกของผู้ฟัง- ไม่ชี้ชวนให้ผู้อื่นสนใจเรื่องที่ตนสนใจ- พฤติกรรมซ้ำ เช่น เดินเขย่งบนปลายเท้า หมุนตัว เล่นนิ้วมือ จัดเรียงวัตถุติดวัตถุบางอย่าง- สนใจวัตถุสิ่งของที่เคลื่อนไหว

การบำบัดรักษา

ถึงแม้ว่าในปัจจุบัน ออทิสติกสเปกตรัมยังไม่มีวิธีการรักษาที่จำเพาะเจาะจงให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถให้การบำบัดรักษาและให้ความช่วยเหลือเพื่อให้มีพัฒนาการดีขึ้น มีการพัฒนาตามศักยภาพ ทำให้สามารถเรียนรู้และใช้ชีวิตอยู่ร่วมในสังคมได้

หลักการบำบัดรักษาจะมุ่งเน้นใช้หลายวิธีร่วมกันและเกี่ยวข้องกับทีมงานผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร การศึกษา การเข้าสังคม การทำงานและการประกอบอาชีพ รวมทั้งเพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และลดภาวะความกดดันหรือตึงเครียดในครอบครัว ซึ่งแนวทางการบำบัดบุคคลออทิสติกสเปกตรัม (Ferraioli & Harris, ๒๐๑๑; Wood, Fujii & Renno, ๒๐๑๑; Hyman, & Levy, ๒๐๑๑; Prelock, Paul, & Allen, ๒๐๑๑) ได้แก่

๑. **การส่งเสริมศักยภาพครอบครัว** ครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลบุคคลออทิสติกสเปกตรัม ไม่ใช่หน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นหน้าที่ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว ซึ่งการส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวอาจทำได้โดย

○ การสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ปกครอง และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจและเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมิน การวางแผนและการบำบัด

○ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความต้องการของบุคคลออทิสติกสเปกตรัมและครอบครัว และแนวทางการช่วยเหลือที่เป็นไปได้ ตลอดจนถึงการพิจารณาความต้องการพิเศษเฉพาะของผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัว

○ การจัดการความเสี่ยงของผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัวที่อาจมีความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า รวมทั้งพี่น้องของบุคคลออทิสติกสเปกตรัมอาจมีความเสี่ยงต่อปัญหาด้าน พัฒนาการ ซึ่งจะยิ่งทำให้ผู้ปกครองได้รับผลกระทบมากขึ้น

๒. การช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม บุคคลออทิสติกสเปกตรัม ควรได้รับการช่วยเหลือด้านพัฒนาการ ในทุกด้านทันทีที่พบความผิดปกติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพัฒนาการล่าช้าไม่สมวัย การส่งเสริมพัฒนาการเพียง ด้านเดียว เช่น การสอนพูด โดยไม่สอนทักษะสังคมอาจทำให้บุคคลออทิสติกสเปกตรัมเป็นแบบนกแก้ว นกขุนทอง คือ พูดได้ แต่ไม่เข้าใจความหมาย ไม่มองหน้าสบตา ไม่สื่อสาร จึงควรส่งเสริมพัฒนาการให้ครบทุก ด้าน ตั้งแต่เด็กอายุน้อย โดยมีกระบวนการช่วยเหลือที่ชัดเจนเข้มข้นและต่อเนื่องจริงจังในระยะเวลาที่นานพอ กิจกรรมที่จัดให้ควรมีความเหมาะสมกับระดับพัฒนาการของบุคคลออทิสติกสเปกตรัม การออกแบบกิจกรรม การฝึกต้องให้มีความเหมาะสมกับจุดแข็ง จุดอ่อน และความเร็วในการเรียนรู้ของแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน

๓. การบำบัดด้านจิตสังคม มุ่งเน้นการบำบัดที่สอดคล้องกับพัฒนาการด้านจิตสังคมของบุคคล ออทิสติกสเปกตรัม เป็นการทำงานของสหวิชาชีพร่วมกับพ่อแม่ผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัว เช่น การ ปรับลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ การสร้างพฤติกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสม การเสริมสร้างความมั่นใจ การ กล้าแสดงออก

๔. การบำบัดด้านการศึกษา เป็นการบำบัดที่เน้นให้บุคคลออทิสติกสเปกตรัมสามารถเข้าร่วม กิจกรรมการศึกษาได้ โดยเริ่มจากการนำบุคคลออทิสติกสเปกตรัมเข้าสู่ระบบการศึกษา โดยเฉพาะเน้นที่ รูปแบบการเรียนรู้ร่วมกับเด็กปกติ ตลอดจนการบำบัดที่โรงเรียน เช่น การสอนให้บุคคลออทิสติกสเปกตรัม สามารถสื่อสาร เลียนแบบ เล่น และมีทักษะทางด้านสังคมกับบุคคลอื่นได้ การออกแบบและจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในชั้นเรียนได้

๕. การบำบัดด้านการทำงานและการประกอบอาชีพ เป็นการบำบัดที่เน้นให้ความช่วยเหลือ บุคคลออทิสติกสเปกตรัมด้านการเตรียมความพร้อมในการทำงาน การประสานงานกับองค์กรที่เกี่ยวข้องและ การประกอบอาชีพมีรายได้ ซึ่งพิจารณาบนศักยภาพของบุคคลออทิสติกสเปกตรัมแต่ละราย เช่น การทำงาน ในโรงงานอารัักษ์ หรือการประกอบอาชีพอิสระ

๖. การบำบัดทางเลือก หมายถึงการบำบัดที่หลากหลายใช้ควบคู่กับการบำบัดหลักเพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเลือกการบำบัดทางเลือกให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา และผลการตอบสนองที่ได้รับ ของบุคคลออทิสติกสเปกตรัมแต่ละราย รูปแบบการบำบัดทางเลือก เช่น ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด การ บำบัดด้วยเครื่องเอชอีจี (Hemoencephalogram: HEG) การฝังเข็ม การใช้สัตว์ช่วยบำบัด การขับสารพิษ ออก (Chelation Therapy) การบำบัดด้วยออกซิเจนความดันสูง (Hyperbaric Oxygen Therapy: HBOT) ธาราบำบัด โภชนาการบำบัด การใช้หุ่นยนต์ช่วยบำบัด การแพทย์โฮมีโอพาธี (Homeopathy)

๗. การรักษาด้วยยาทางจิตเวช การให้การรักษาด้วยยาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการรักษาตามอาการที่ เกิดขึ้น บุคคลออทิสติกสเปกตรัมมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดกลุ่มอาการร่วม ได้แก่ ซึมเศร้า วิตกกังวล ไม่อยู่นิ่ง และย้ำคิดย้ำทำ ตัวอย่างยา เช่น Selective Serotonin Reuptake Inhibitors ใช้ลดอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า ย้ำทำและแยกตัว ยา Antipsychotics หรือ Amantadine ใช้ลดอาการก้าวร้าว ไม่อยู่นิ่ง และ พฤติกรรมที่เป็นอันตราย ยา Melatonin ใช้แก้ปัญหการนอน (Emslie & Mayes, ๒๐๐๑)

บทที่ ๒

อภิสติกสเปคตรัมและบทบาทของนักกิจกรรมบำบัด

ความบกพร่องของอภิสติกสเปคตรัมกับขอบเขตงานกิจกรรมบำบัด

ความบกพร่องของอภิสติกสเปคตรัมส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตซึ่งสามารถแจกแจงความบกพร่องตามกรอบปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy Practice Framework (AOTA, ๒๐๐๒ & ๒๐๐๘) ดังนี้

๑. ความบกพร่องของบุคคลอภิสติกสเปคตรัมช่วงอายุ ๐-๕ ปี ๑๑ เดือน (มยุรี เพชรอักษร, สร้อยสุดา วิทยากร, นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี, ศศิธร สังข์อู่ และไฉทยา ภีระบรรณ, ๒๕๕๐ก)

๑.๑ ความบกพร่องของกิจกรรมการดำเนินชีวิต

๑.๑.๑ ด้านกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ปัญหาที่พบด้านการทำกิจวัตรประจำวันจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละคน ซึ่งส่วนใหญ่มักมีความยากลำบากในการช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมดังนี้

- การขับถ่าย เช่น ปฏิเสธการขับถ่ายในห้องน้ำที่มีบริเวณแคบ โวยวายต่อการนั่งโถส้วมที่มีความสูงทำให้เท้าไม่สัมผัสพื้น
- การแต่งตัว เช่น ปฏิเสธการสวมใส่เสื้อผ้าที่มีพื้นผิวเฉพาะอย่างเท่านั้น อาจใส่แต่เสื้อแขนยาว หรือสวมเฉพาะกางเกงยีนส์
- การรับประทานอาหาร เช่น อมวัตถุสิ่งของ กินสิ่งที่ไม่ใช่อาหาร กินอาหารรสจัด กินอาหารซ้ำ ๆ หรือเฉพาะอย่าง
- การทำความสะอาดร่างกาย เช่น ปฏิเสธการแปรงฟัน การสระผม การหวีผม การทาแป้งและโลชั่น หรือการเช็ดหน้าเช็ดตัว

๑.๑.๒ ด้านกิจวัตรประจำวันขั้นสูง เช่น

- ไม่ตระหนักรู้ต่อภัยอันตราย เช่น ชอบปีนป่ายที่สูงโดยไม่ระมัดระวังถึงอันตราย
- ตอบสนองต่อภัยอันตรายหรือสถานการณ์ฉุกเฉินไม่เหมาะสม เช่น วิ่งออกไปยังถนนที่มีรถกำลังแล่นอยู่

๑.๑.๓ ด้านการพักผ่อนและนอนหลับ เช่น

- มีการนอนหลับที่ผิดปกติ โดยมีช่วงเวลาของการนอนหลับสั้นกว่าเด็กปกติ
- นอนไม่เป็นเวลา
- มักตื่นกลางคืนและร้องโวยวาย

๑.๑.๔ ด้านการศึกษา เช่น

- มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมในชั้นเรียนปกติ
- ลูกลี้ลู่กลน กระสับกระส่าย นั่งนิ่งได้ไม่นานในชั้นเรียน

- ไม่มีสมาธิเพียงพอที่จะรับรู้หรือเรียนรู้กิจกรรมในชั้นเรียนปกติ

๑.๑.๕ ด้านการเล่น มักเป็นการเล่นที่ไม่เหมาะสมกับวัย เช่น

- แยกตัว เล่นคนเดียว
- สนใจของเล่นมากกว่าสนใจเพื่อนเล่น
- มีการเล่นที่ไม่มีความหมาย และซ้ำ ๆ เช่น เล่นสะบัดมือ ภูมิภาค หมุนของในมือ
- มีการเล่นที่รุนแรงมากกว่าปกติทั้งกับสัตว์เลี้ยงและผู้อื่น
- เล่นของเล่นไม่เป็นไปตามวิธีการเล่นปกติ เช่น เด็กวัย ๒-๓ ขวบเคาะรถของเล่นแทนการลากรถ

- เล่นสมมติไม่เป็น
- เล่นเกมสร้างปฏิสัมพันธ์ไม่เป็น เช่น เล่นจ๊ะเอ๋
- กลัวหรือหลีกเลี่ยงกิจกรรมการเล่นบางอย่าง เช่น ไม่เล่นชิงช้า กระดานลื่น ม้าหมุน สเกตบอร์ด หรือกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวต่างระดับ

- ไม่เล่นและมักชอบมองที่สูง หรือเพ่งมองวัตถุที่เรียงไว้ หรือมองส่วนใดส่วนหนึ่งของวัตถุมากกว่าภาพรวม

๑.๑.๖ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม เช่น

- มักแยกตนเองออกจากกลุ่ม
- นั่งเล่นคนเดียว
- มีทักษะทางสังคมไม่เหมาะสม เช่น ดึงแขนหรือตีเพื่อนเพื่อแสดงถึงความอยากเล่นด้วย หรือการแย่ง/ดึงของเล่นจากเด็กอื่น หรืออาจเป็นในลักษณะที่เล่นกับเพื่อนแรง ๆ เช่น การทุบตีแทนการสัมผัสหรือแตะตัว

๑.๒ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ (client factors) ในวัยนี้ ค่านิยม ความเชื่อ การรับรู้ทางจิตวิญญาณ ยังไม่ปรากฏให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรม สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลด้านโครงสร้างของร่างกายไม่มีความผิดปกติที่เด่นชัดหรือแตกต่างจากปกติ แต่จะพบความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อทั่วร่างกายต่ำกว่าปกติ มีระดับการตื่นตัวต่อสิ่งเร้าสูงหรือต่ำกว่าปกติ มีภาวะอยู่ไม่นิ่ง ไม่เข้าใจคำสั่ง ไม่มีสมาธิหรือสมาธิสั้น มีความยากลำบากในการเคลื่อนไหว มีการเคลื่อนไหวงุ่มง่าม กระยะไม่ถูก ไม่ใช้มือในการหยิบจับสิ่งของ

๑.๓ ทักษะในการทำกิจกรรม (performance skills)

๑.๓.๑ ทักษะด้านประสาทสัมผัส-การรับรู้ (sensory – perceptual skills) บุคคลออทิสติก สเปกตรัม จะมีความบกพร่องในกระบวนการของประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้ ผ่านกระบวนการเลือกแปลผล จัดระเบียบ เชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิม ซึ่งส่งผลต่อการบอกตำแหน่ง แยกแยะและตอบสนองต่อข้อมูลความรู้สึก โดยแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น

- ไม่ใช้มือในการหยิบจับสิ่งของที่มีพื้นผิวบางอย่าง
- เดินเขย่งเท้า
- กัดฟัน
- สะบัดมือ ภูมิภาค หมุน หรือหมุนของในมือ

- ปิดตา หรือตาเมื่อเห็นแสงแม้ในภาวะแสงปกติ
- ชอบมองของหมุน เช่น พัดลม หรือชอบจ้องแสง
- ชอบเอามือปิดหูกับเสียงบางอย่างอย่างไม่เหมาะสม
- ไม่ตอบสนองต่อเสียง เช่น เรียกไม่หัน
- ไม่รับรู้ส่วนของร่างกาย
- มีปัญหาด้านการทรงท่า
- สะดุ้ง ตกใจได้ง่าย
- ปฏิเสธหรือไม่ชอบให้อุ้ม กอดสัมผัสเพื่อแสดงความรัก
- ติดสิ่งของบางอย่าง
- สัมผัส หรือลูบวัตถุสิ่งของเฉพาะอย่างบ่อยครั้ง
- กระโดด ปีนป่ายกระแทกตัวบ่อยครั้ง
- หลีกเลียงกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว
- ดมในสิ่งที่ไม่เหมาะสมและดมสิ่งเดิมซ้ำ ๆ
- ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ทั้งบุคคล และสิ่งของ
- เงียบเฉย ตอบสนองได้ช้า มีลักษณะเป็นเด็กเลี้ยงง่าย
- สายศีรษะซ้ำ ๆ โดยไม่มีเป้าหมาย
- กัดเสื้อผ้าและวัตถุอื่น ๆ
- ปฏิเสธหรือไม่ชอบการหอมผ้า
- ฟังเสียงบางอย่างซ้ำ ๆ เช่น เสียงแอร์ เสียงการกดชักโครก
- เลียนแบบเสียงต่าง ๆ รอบตัวอย่างไม่เข้าใจความหมาย

๑.๓.๒ ทักษะด้านการเคลื่อนไหว-การวางแผนการเคลื่อนไหว (motor and praxis skills)

บุคคลออทิสติกสเปกตรัมจะมีความบกพร่องในการกระทำการเคลื่อนไหวและใช้ร่างกายให้มีปฏิสัมพันธ์กับงาน วัตถุสิ่งของ บริบท และสิ่งแวดล้อม รวมถึงการวางแผน การจัดลำดับการกระทำการเคลื่อนไหวรูปแบบใหม่ และการกระทำการเคลื่อนไหวที่มีลำดับขั้นตอนอย่างมีเป้าหมาย และสามารถปรับแต่งการเคลื่อนไหวให้เหมาะสมกับบริบทของเวลาและสิ่งแวดล้อม โดยพิจารณาจากความคล่องแคล่ว การเคลื่อนไหวตามคำสั่ง การต่อรูปทรงตามแบบ การเลียนแบบท่าทาง และเคลื่อนไหวของริมฝีปาก ซึ่งแสดงออกในพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น

- ชุ่มซำม หกล้มบ่อย ๆ
- โยนบอล รับบอลไม่ได้
- เริ่มหรือหยุดกระโดดทันทีไม่ได้
- การตอบสนองทางการเคลื่อนไหวแบบฉับพลันไม่ได้
- เคลื่อนไหวงุ่มง่าม ซ้ำ
- กระโดดไม่เป็น
- ยืนขาเดียวไม่ได้
- ปั่นจักรยาน ๓ ล้อไม่ได้
- เดินต่อส้นเท้าไม่ได้
- หยิบจับวัตถุขนาดเล็กไม่คล่องแคล่ว

- ต่อบล็อกไม้ไม่ได้
- มีรูปแบบการหยิบจับดินสอไม่ถูกต้อง
- เขียนหนังสือหรือลากเส้นไม้ได้
- ไม่สามารถเลียนแบบได้ เช่น ไม่สามารถเลียนแบบท่าทางการเคลื่อนไหว การใช้ของในชีวิตประจำวัน การออกเสียง การเคลื่อนไหวอวัยวะในปาก

๑.๓.๓ ทักษะด้านการควบคุมอารมณ์ (emotional regulation skills) บุคคลออทิสติกสเปกตรัมมีความบกพร่องในการควบคุมและการแสดงอารมณ์ความรู้สึกในขณะที่ทำกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยแสดงออกในพฤติกรรมผิดปกติที่รุนแรง เช่น

- กรีดร้อง โวยวาย ชัดใจไม่ได้
- ทำร้ายตนเอง เช่น ทบคาง ตีตนเอง
- ก้าวร้าว
- งอแงหงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวน ขาดความมั่นคงทางอารมณ์
- มีลักษณะยึดตนเองเป็นศูนย์กลางมากเกินไป
- ไม่ยืดหยุ่น ยึดกรอบการทำกิจกรรมของตนเองอย่างมาก จะกรีดร้อง โวยวายเมื่อมีการเปลี่ยนกิจกรรม หรือเปลี่ยนเส้นทางที่คุ้นเคย

๑.๓.๔ ทักษะด้านความคิดความเข้าใจ (cognitive skills) บุคคลออทิสติกสเปกตรัมจะมีความบกพร่องในการวางแผนการจัดการกิจกรรม เช่น การตัดสินใจ การเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์ การสร้างสรรค์กิจกรรมที่แปลกใหม่และสนุกสนาน การจัดลำดับขั้นตอนของงาน การทำงานให้แล้วเสร็จในเวลา การทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน โดยแสดงออกในพฤติกรรมผิดปกติ เช่น

- เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำกิจกรรมเองไม่ได้
- ไม่สามารถทำกิจกรรมต่อเนื่องได้ ทำเพียงขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งซ้ำ ๆ
- มีความล่าช้าด้านการเรียนรู้ตามวัย เช่น ไม่เข้าใจสี รูปทรง วัตถุสิ่งของ ตัวอักษร ตัวเลข
- ถ้ามหรือพูดซ้ำ ๆ เช่น เมื่อไหร่ หรือถามแล้วถามอีก ไม่เข้าใจลำดับเวลา เช่น พรุ่งนี้คือเมื่อไหร่
- มีความบกพร่องด้านเชื่อมโยงสิ่งที่เรียนรู้มาก่อนกับสถานการณ์ใหม่
- มีความบกพร่องของการสร้างความคิดรวบยอด

๑.๓.๕ ทักษะการสื่อความหมายและการเข้าสังคม (communication and social skills) บุคคลออทิสติกสเปกตรัมมีความบกพร่องในการพูดสื่อสารทั้งการพูด การเขียน การเข้าใจภาษาท่าทาง และการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยแสดงออกในพฤติกรรมผิดปกติ เช่น

- ไม่สบตา
- ไม่สามารถตอบสนองต่อคำสั่ง
- มีความยากลำบากในการเริ่มต้นและโต้ตอบการสนทนา
- ไม่รู้จักการรอคอย
- มีพัฒนาการทางภาษาล่าช้าหรือผิดปกติ เช่น ไม่พูด พูดซ้ำ พูดทวนคำ
- พูดเรียงลำดับประโยคไม่ได้ มีภาษาแปลก ๆ พูดภาษาตนเอง

- ไม่เข้าใจคำสรรพนาม เช่น ฉัน เธอ เขา เรา
- ไม่เข้าใจคำที่แสดงลักษณะนาม เช่น รองเท้า.....คู่ ปากกา.....ด้าม
- ไม่เข้าใจคำบุพบท เช่น บน ล่าง ใน นอก
- ไม่เข้าใจความเชื่อมโยง เช่น ถุงเท้าคู่กับรองเท้า ช้อนคู่กับส้อม
- พุดทวนคำถาม หรือตอบไม่ตรงคำถาม
- เลียนแบบเสียงพูดคำสุดท้าย
- ไม่แสดงออกทางสีหน้า ใบหน้าเรียบเฉย ไม่ยิ้มตียินร้าย
- ไม่สามารถใช้การทำทางในการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การไหว้ การโบกมือลา
- เริ่มต้นการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ได้
- แสดงท่าทีตอบสนองต่อบุคคลและสถานที่ที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์
- ไม่สามารถบอกเล่าเหตุการณ์ง่าย ๆ เมื่อถูกถาม

๑.๔ รูปแบบการทำกิจกรรม (performance patterns)

๑.๔.๑ อุปนิสัย (habits) มีการทำกิจกรรมซ้ำ ๆ และเปลี่ยนแปลงได้ยาก

๑.๔.๒ สิ่งที่ทำเป็นประจำ (routines) มีความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนลำดับขั้นตอนการทำกิจวัตรประจำวัน

๑.๔.๓ บทบาท (roles) ไม่สามารถแสดงบทบาทตามบริบทของสังคมได้ เช่น บทบาทของการเป็นบุตร เพื่อนหรือพี่น้อง

๑.๔.๔ ธรรมเนียมปฏิบัติ (rituals) อาจมีพฤติกรรมยึดติดกับวัตถุสิ่งของอย่างใดอย่างหนึ่งตลอดเวลา หรือมีพฤติกรรมการจัดเรียงวัตถุสิ่งของอยู่เสมอ

๒. **ความบกพร่องของบุคคลออทิสติกสเปกตรัมช่วงอายุ ๖-๑๑ ปี ๑๑ เดือน** (มยุรี เพชรอักษรและคณะ, ๒๕๕๐ก) ความบกพร่องที่พบในช่วงอายุ ๐ ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือนยังคงมีอยู่ และพบพฤติกรรมผิดปกติเพิ่มเติมดังนี้

๒.๑ ความบกพร่องของกิจกรรมการดำเนินชีวิต

๒.๑.๑ ด้านกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เช่น

- การเสริมแต่งตนเอง เช่น ไม่จัดแต่งทรงผมของตนเองหรือพิถีพิถันในการเสริมแต่งตนเองมากเกินไป
- การแต่งตัว เช่น เลือกเสื้อผ้าสวมใส่ไม่เหมาะสมกับตนเองและสถานการณ์

๒.๑.๒ ด้านการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง เช่น

- การเตรียมอาหาร เช่น ไม่สามารถช่วยผู้ปกครองในการเตรียม การจัดโต๊ะอาหาร หรือจัดเก็บทำความสะอาดจานชามได้
- การเลือกและการซื้อ เช่น ไม่เข้าใจกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการซื้อ
- ไม่สามารถใช้อุปกรณ์เพื่อการสื่อสาร เช่น โทรศัพท์

๒.๑.๓ ด้านการศึกษา เช่น

- ปัญหาด้านการเรียน เช่น ไม่เข้าใจความคิดรวบยอดรูปทรง สี ตัวเลข เขียนตัวหนังสือกลับด้าน ใส่วรรณยุกต์หรือสระไม่ถูกตำแหน่ง อ่านจับใจความไม่ได้
- มีความยากลำบากในการเรียนร่วมกับเด็กปกติ อาจไม่สามารถทำกิจกรรมตามหลักสูตรประจำวันของห้องเรียน
- ไม่สามารถบ่งบอกเรื่องที่น่าสนใจที่จะรู้ รวมทั้งไม่สามารถสำรวจหรือค้นหาเพื่อได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
- มีความยากลำบากในการปรับตัวต่อการเข้าร่วมเรียนรู้กิจกรรมเสริมทักษะที่หลากหลาย

๒.๑.๔ ด้านการทำงาน เช่น

- ไม่สามารถบ่งบอกความสนใจในอาชีพที่ต้องการทำ
- ทำงานไม่เรียบร้อย ละเลยรายละเอียดของงานที่ทำ
- ขาดความใส่ใจในผลลัพธ์ของงาน

๒.๑.๕ ด้านการเล่น เช่น

- ไม่รู้วิธีเล่นร่วมกับเด็กคนอื่น
- ไม่สามารถเล่นตามกฎ กติกา
- ไม่สามารถแสวงหาวิธีการเล่นแบบใหม่ด้วยตนเองได้
- ไม่สามารถร่วมเล่นแบบกลุ่ม

๒.๑.๖ ด้านกิจกรรมยามว่าง เช่น

- ไม่สนใจการทำกิจกรรมในเวลาว่าง
- ไม่สามารถบอกถึงกิจกรรมยามว่างที่ตนสนใจได้
- มีความยากลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรมยามว่างกับบุคคลอื่น

๒.๑.๗ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม เช่น

- มีความยากลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

๒.๒ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ ในวัยนี้พบความบกพร่องของค่านิยม ความเชื่อ การรับรู้ทางจิตวิญญาณที่ควรพบในเด็กปกติ สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลด้านโครงสร้างของร่างกายไม่มีความผิดปกติที่เด่นชัดหรือแตกต่างจากปกติ แต่จะพบความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น มีพฤติกรรมแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม มีความยากลำบากในการคิดและเข้าใจเรื่องที่ซับซ้อน ไม่สามารถคงความสนใจในการทำงานหรือกิจกรรมให้สำเร็จ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึมเศร้า และแยกตัว

๒.๓ ทักษะในการทำกิจกรรม

๒.๓.๑ ทักษะด้านประสาทสัมผัส-การรับรู้ บุคคลออทิสติกสเปกตรัมจะมีความบกพร่องในกระบวนการของประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้ ผ่านกระบวนการเลือก แปลผล จัดระเบียบ เชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิม ซึ่งส่งผลต่อการบอกตำแหน่ง แยกแยะและตอบสนองต่อข้อมูลความรู้สึก โดยแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรมที่ผิดปกติเช่นเดียวกับในช่วงอายุ ๐-๕ ปี ๑๑ เดือน แต่มีความถี่และ

รูปแบบของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะบกพร่องของแต่ละบุคคล และไม่ชอบกิจกรรมการเคลื่อนไหวและเล่นกีฬากลางแจ้ง

๒.๓.๒ ทักษะด้านการเคลื่อนไหว-การวางแผนการเคลื่อนไหว บุคคลออทิสติกสเปกตรัมจะมีความบกพร่องในการกระทำการเคลื่อนไหวและใช้ร่างกายให้มีปฏิสัมพันธ์กับงาน วัตถุสิ่งของ บริบทและสิ่งแวดล้อม รวมถึงการวางแผน การจัดลำดับและการกระทำการเคลื่อนไหวในรูปแบบใหม่ การกระทำการเคลื่อนไหวที่มีลำดับขั้นตอนอย่างมีเป้าหมาย และสามารถปรับแต่งการเคลื่อนไหวให้เหมาะสมกับบริบทของเวลาและสิ่งแวดล้อม โดยพิจารณาได้จากความคล่องแคล่ว การเคลื่อนไหวตามคำสั่ง การต่อรูปทรงตามแบบ การเลียนแบบท่าทาง และเคลื่อนไหวของริมฝีปาก ซึ่งแสดงออกในพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น

- กระโดดตบไม่ได้ กระโดดข้ามสิ่งกีดขวางไม่ได้
- เลียนแบบการเคลื่อนไหวที่ซับซ้อนไม่ได้
- ปั่นจักรยานไม่ได้
- มีความยากลำบากในการเล่นกีฬา เต็มรำ กิจกรรมเข้าจังหวะ

๒.๓.๓ ทักษะด้านการควบคุมอารมณ์ บุคคลออทิสติกสเปกตรัมจะมีความบกพร่องในการควบคุมและการแสดงอารมณ์ความรู้สึกในขณะที่ทำกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งแสดงออกในพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น

- ควบคุมอารมณ์โกรธไม่ได้
- แสดงออกทางอารมณ์ไม่เป็น หรือไม่เหมาะสมกับสถานการณ์

๒.๓.๔ ทักษะด้านความคิดความเข้าใจ บุคคลออทิสติกสเปกตรัมจะมีความบกพร่องในการวางแผนการจัดการกิจกรรม เช่น การตัดสินใจ การเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์ การสร้างสรรค์กิจกรรมที่แปลกใหม่ และสนุกสนาน การจัดลำดับขั้นตอนของงาน การทำงานให้แล้วเสร็จในเวลา การทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน โดยแสดงออกในพฤติกรรมผิดปกติ เช่น

- มีความบกพร่องในการบอกหรือคิดหาคำตอบเกี่ยวกับสิ่งที่เคยเรียนรู้มาแล้ว
- ช่วงสมาธิไม่เพียงพอต่อการทำกิจกรรมใด ๆ ได้จนเสร็จสิ้น
- พบปัญหาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
- ไม่สามารถลำดับเหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น การต่อภาพลำดับเหตุการณ์ การทำกิจกรรมตามขั้นตอน การเล่าเรื่องลำดับเหตุการณ์ หรือมีลักษณะการพูดไม่เชื่อมโยง
- ไม่สามารถจัดหมวดหมู่ของสิ่งของในชีวิตประจำวันได้ เช่น สิ่งมีชีวิต สิ่งไม่มีชีวิต สิ่งของ สัตว์ ผลไม้ สิ่งที่รับประทานได้หรือไม่ได้
- ไม่รับรู้และเข้าใจในสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อตนเอง เช่น ชอบเล่นปลั๊กไฟ กระโดดจากที่สูง ไม่ระวังความปลอดภัย
- ไม่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ในสถานการณ์ที่พบในชีวิตประจำวันได้

๒.๓.๕ ทักษะการสื่อความหมายและการเข้าสังคม บุคคลออทิสติกสเปกตรัมจะมีความบกพร่องในการพูดสื่อสารทั้งการพูด การเขียน การเข้าใจภาษาท่าทาง และการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยแสดงออกในพฤติกรรมผิดปกติ เช่น

- ไม่เข้าใจภาษาพูดและไม่สามารถใช้ภาษาพูดเพื่อการสื่อความหมาย

- แยกตัว ชอบอยู่คนเดียว
- มีลักษณะตอบสนองช้าต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม
- ไม่สามารถใช้กิริยาท่าทางในการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การไหว้ การยิ้ม
- ไม่สามารถเริ่มต้นมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้
- ไม่สามารถแสดงท่าทีตอบสนองต่อบุคคลและสถานที่ที่เหมาะสมกับสถานการณ์
- ไม่สามารถปรับตัวกับบุคคลและสถานที่ไม่คุ้นเคย

๒.๔ รูปแบบการทำกิจกรรม ความบกพร่องในเรื่องอุปนิสัย และสิ่งที่ทำเป็นประจำที่พบในช่วงอายุ ๐ ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือนยังคงอยู่ และมีปัญหาเพิ่มเติมดังนี้

๒.๔.๑ บทบาท มีการแสดงออกของบทบาททางเพศต่อเพศตรงข้ามไม่เหมาะสม

๒.๔.๒ ธรรมเนียมปฏิบัติ มีความหมกมุ่นในเรื่องเดิม ๆ ที่ตนเองสนใจโดยไม่ใส่ใจความรู้สึกของคนรอบข้าง

๓. ความบกพร่องของบุคคลออทิสติกสเปกตรัมอายุ ๑๒ - ๒๐ ปี (มยุรี เพชรอักษรและคณะ, ๒๕๕๐ก)
ความบกพร่องที่พบในช่วงอายุ ๐ ถึง ๑๑ ปี ๑๑ เดือนยังคงมีอยู่ และพบพฤติกรรมผิดปกติเพิ่มเติมดังนี้

๓.๑ ความบกพร่องของกิจกรรมการดำเนินชีวิต

๓.๑.๑ ด้านกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เช่น

- การดูแลสุขอนามัยส่วนตัวไม่สมวัย เช่น อาบน้ำไม่สะอาด ไม่รู้จักเสริมแต่งตนเอง

๓.๑.๒ ด้านการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง เช่น

- ไม่สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพในภาวะฉุกเฉินได้
- ไม่สามารถจัดการงานบ้านได้ เช่น ไม่สามารถจัดการทำความสะอาดเสื้อผ้า การทำความสะอาดบ้าน
- ไม่สามารถเลือกซื้อของตามต้องการหรือตามรายการที่กำหนดได้ ไม่สามารถจัดการรายรับ-รายจ่ายของตนเองได้
- ไม่สามารถจัดเตรียมอาหารง่าย ๆ ได้
- ไม่สามารถเดินทางไปในที่ต่าง ๆ ด้วยตนเอง
- ไม่สามารถใช้สิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะ

๓.๑.๓ ด้านการศึกษา พบความบกพร่องเช่นเดียวกับในช่วงอายุที่ผ่านมา

๓.๑.๔ ด้านการทำงาน เช่น

- ไม่สามารถบ่งบอกความสนใจในอาชีพที่ต้องการทำในอนาคต
- ไม่สามารถค้นหาความถนัด และเสริมทักษะด้านงานอาชีพได้

๓.๑.๕ ด้านกิจกรรมยามว่าง

- ไม่สามารถค้นหากิจกรรมนันทนาการให้กับตนเองได้
- มีความสนใจในการทำกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมกับวัย

๓.๑.๖ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม

- ไม่สามารถริเริ่มการมีส่วนร่วมทางสังคมได้
- ไม่สามารถคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมทางสังคมได้

๓.๒ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ

๓.๒.๑ ค่านิยม ความเชื่อ การรับรู้ทางจิตวิญญาณ (value, beliefs and spirituality)

- การรับรู้ความสามารถและให้คุณค่าในตนเองต่ำ

๓.๒.๒ การทำหน้าที่ของร่างกาย ยังคงพบความบกพร่องเช่นเดียวกับในช่วงอายุที่ผ่านมา

๓.๓ ทักษะในการทำกิจกรรม

๓.๓.๑ ทักษะด้านประสาทสัมผัส-การรับรู้ และทักษะด้านการเคลื่อนไหว-การวางแผนการเคลื่อนไหว ยังคงพบความบกพร่องเช่นเดียวกับในช่วงอายุที่ผ่านมา โดยส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมมากขึ้นซึ่งมีผลต่อการสร้างความมั่นใจและรับรู้คุณค่าในตนเอง

๓.๓.๒ ทักษะด้านการควบคุมอารมณ์ บุคคลออทิสติกสเปกตรัมจะมีความบกพร่องในการควบคุมและการแสดงอารมณ์ความรู้สึกในขณะที่ทำกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยแสดงออกในพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น

- ควบคุมอารมณ์ตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ไม่ได้
- หงุดหงิดหรือมีความสนใจเฉพาะเรื่อง
- หุนหันพลันแล่น
- มีอารมณ์ในลักษณะตรงข้ามบ่อย ๆ เช่น ร่าเริง-ซึมเศร้า หัวเราะ-ร้องไห้
- แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์
- ไม่เข้าใจอารมณ์ของผู้อื่น
- ไม่สามารถทำนายหรือคาดเดาอารมณ์ของผู้อื่นได้
- มีการแสดงออกไม่สมวัยคล้ายเด็ก ๆ

๓.๓.๓ ทักษะด้านความคิดความเข้าใจ บุคคลออทิสติกสเปกตรัมจะมีความบกพร่องในการวางแผนการจัดการกิจกรรม เช่น การตัดสินใจ การเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์ การสร้างสรรค์กิจกรรมที่แปลกใหม่และสนุกสนาน การจัดลำดับขั้นตอนของงาน การทำงานให้แล้วเสร็จในเวลา การทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน โดยแสดงออกในพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น

- ไม่เข้าใจหน้าที่ของเครื่องมือเครื่องใช้หรือไม่สามารถใช้วัสดุอุปกรณ์ได้ถูกต้องกับงาน
- ไม่เข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรม
- มีความยากลำบากในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ
- ไม่เข้าใจและไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้
- ไม่สามารถนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง
- ไม่สามารถสรุปสิ่งที่อ่านได้
- มีความยากลำบากในการรับรู้และเรียนรู้ทางวิชาการ
- มีความยากลำบากในการเล่าเรื่องราวได้อย่างต่อเนื่อง

- ไม่ยืดหยุ่น ยึดติดในเรื่องของเวลา สถานที่ บุคคล
- มีความยากลำบากในการเข้าใจคำสั่งหลายขั้นตอน
- ไม่สามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจากการกระทำของตนเองและผู้อื่นได้

๓.๓.๔ ทักษะการสื่อความหมายและการเข้าสังคม บุคคลออทิสติกสเปกตรัมจะมีความบกพร่องในการสื่อสารทั้งการพูดและการเขียน และการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น

- ไม่รู้จักมารยาท กฎเกณฑ์กติกาของสังคม
- การแสดงออกทางเพศไม่เหมาะสม
- มีการพูดซ้ำ ๆ ถ้ามซ้ำ ๆ
- เล่นคนเดียวที่เล่นคนเดียว หลีกเลี่ยงการเล่นกีฬาเป็นทีม
- ไม่ชอบเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ชอบแยกตัว
- มีปัญหาในการสนทนาและการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- ไม่สามารถรักษาสัมพันธภาพระหว่างการสนทนาได้
- ไม่รู้จักกาลเทศะ

๓.๔ รูปแบบการทำกิจกรรม ความบกพร่องในรูปแบบการทำกิจกรรมที่พบในช่วงอายุ ๐ ถึง ๑๑ ปี ๑๑ เดือนยังคงอยู่

บทบาทของนักกิจกรรมบำบัด

กิจกรรมบำบัดเป็นวิชาชีพเฉพาะทางด้านสุขภาพที่ให้บริการต่อบุคคลทุกช่วงวัยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจ การเรียนรู้หรือทิวพลาภาพอย่างชั่วคราวหรือถาวร โดยกระบวนการประเมิน ส่งเสริม ป้องกัน บำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้บุคคลสามารถทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตได้สอดคล้องกับความต้องการส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อม รวมถึงมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (WFOT, ๒๐๑๐; พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๖)

บุคคลออทิสติกสเปกตรัมเป็นผู้รับบริการกลุ่มหนึ่งที่นักกิจกรรมบำบัดให้บริการได้ในหลายมิติทั้งการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีลักษณะการให้บริการ เช่น การคัดกรองเบื้องต้น การประเมินปัญหาเฉพาะทางกิจกรรมบำบัด การบำบัด การประเมินผลลัพธ์ของการบำบัดและการส่งต่อ เป็นต้น ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิกกิจกรรมบำบัดนี้ กล่าวถึงบทบาทด้านการประเมิน การบำบัด การสร้างเสริมความสามารถ (enable) การสนับสนุนผลักดันสังคม (advocate) การประสานงาน (mediate) และการเป็นที่ปรึกษา (consultation) (สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ, ๒๕๕๔; Bonder, ๒๐๑๐) ดังนี้

๑. บทบาทด้านการประเมิน

การประเมินผู้รับบริการจัดเป็นขั้นตอนแรกในกระบวนการทางกิจกรรมบำบัด โดยพิจารณาในขอบเขตงานของนักกิจกรรมบำบัดในหลายองค์ประกอบ คือ ๑) การทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตแต่ละด้าน ประกอบด้วยกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน กิจวัตรประจำวันขั้นสูง การพักผ่อนและนอนหลับ การศึกษา การงาน การเล่น กิจกรรมยามว่างหรืองานอดิเรก และการมีส่วนร่วมทางสังคม ๒) ทักษะในการทำกิจกรรม ๓) รูปแบบการทำกิจกรรม ๔) บริบทและสิ่งแวดล้อม ๕) องค์ประกอบที่จำเป็นในการทำกิจกรรม และ ๖) ปัจจัยส่วนบุคคล

การประเมินบุคคลออทิสติกสเปกตรัมนั้นต้องคำนึงถึงความจำเป็นของการทำกิจกรรม การดำเนินชีวิตที่สำคัญต่อบทบาทของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละคนได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับช่วงวัย ไม่จำเป็นต้องประเมินครบทุกด้าน บางคนอาจได้รับการประเมินเฉพาะด้านกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน การเล่นเกม แต่บางคนอาจต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติมในด้านการศึกษา กิจกรรมยามว่าง และการมีส่วนร่วมทางสังคม หลังการประเมิน นักกิจกรรมบำบัดใช้ความรู้ทางการแพทย์ การใช้เหตุผลทางคลินิกในการวิเคราะห์ และพิจารณาตัดสินว่า ในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตเกิดจากผลกระทบของปัจจัยด้านใดต่อไปนี้เป็น ปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะในการทำกิจกรรม รูปแบบการทำกิจกรรม บริบทและสิ่งแวดล้อม รวมถึงองค์ประกอบที่จำเป็นในการทำกิจกรรม เมื่อนักกิจกรรมบำบัดตัดสินใจได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปเป็นการประเมินเพิ่มเติมโดยใช้แบบประเมินที่เหมาะสมสำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัมแต่ละราย เนื่องจากบุคคลออทิสติกสเปกตรัมแต่ละรายมีระดับความรุนแรงของอาการแตกต่างกัน บางคนรุนแรงน้อย บางคนรุนแรงมาก ในรายที่มีอาการรุนแรง การสังเกตพฤติกรรมขณะทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตในบริบทที่ต่างกันอย่างชัดเจนแสดงถึงความสามารถในการปรับตัว เป็นวิธีการประเมินที่เหมาะสมมากกว่าการประเมินอย่างเป็นทางการ (Tomanik, Pearson, Loveland, Lane, & Shaw, ๒๐๐๗)

๒. บทบาทด้านการบำบัดรักษา

หลังจากที่ได้ปัญหาจากการประเมิน การบำบัดรักษาบุคคลออทิสติกสเปกตรัมมี กระบวนการ ๓ ขั้นตอน คือ ๑) การวางแผนการบำบัดรักษา ๒) การบำบัดรักษา และ ๓) การประเมินผลการบำบัดรักษา การบำบัดรักษาบุคคลออทิสติกสเปกตรัมมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริม กระตุ้น พัฒนาให้บุคคลออทิสติกสเปกตรัมมีทักษะในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมตามช่วงวัย โดยนักกิจกรรมบำบัดต้องเลือกใช้กรอบอ้างอิงกิจกรรมบำบัดให้เหมาะสมกับความสามารถและบริบททางกายภาพ บริบททางสังคมของบุคคลออทิสติกสเปกตรัมและครอบครัวร่วมด้วย เพื่อให้การบำบัดมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงผลลัพธ์ของการบำบัดและประโยชน์สูงสุดแก่บุคคลออทิสติกสเปกตรัมและครอบครัวเป็นสำคัญ

๓. บทบาทด้านการส่งเสริมความสามารถ

เมื่อบุคคลออทิสติกสเปกตรัมมีทักษะในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตแล้ว นักกิจกรรมบำบัดควรส่งเสริม สนับสนุนให้บุคคลออทิสติกสเปกตรัมมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินชีวิตอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อเสริมสร้างการมีคุณภาพชีวิต

๔. บทบาทด้านการสนับสนุนผลักดันสังคม

นักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สังคมเกี่ยวกับออทิสติกสเปกตรัม ความสามารถและข้อจำกัด รวมทั้งการอยู่ร่วมกับบุคคลออทิสติกสเปกตรัม เพื่อสร้างกระแสทางสังคม และสร้างแรงผลักดันให้แก่ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ กำหนดนโยบายและออกกฎหมายในเรื่องที่เกี่ยวข้อง เช่น การเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ สิทธิและหน้าที่ทางการศึกษา ด้านการฝึกอาชีพเฉพาะด้าน การสร้างงาน การทำงานและบ้านพิทักษ์บุคคลออทิสติกสเปกตรัมเพื่อเปิดโอกาส การดำเนินชีวิตของบุคคลออทิสติกสเปกตรัมได้ตามศักยภาพ เกิดการยอมรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัมในสังคม

๕. บทบาทด้านการประสานงาน

นักกิจกรรมบำบัดควรทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประสานงานกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างเครือข่ายในการช่วยเหลือบุคคลออทิสติกสเปกตรัมในการพัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกสเปกตรัมและครอบครัว

๖. บทบาทการเป็นที่ปรึกษา

นักกิจกรรมบำบัดทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาแก่บุคคล ชุมชน สังคมหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งบทบาทนี้กำลังขยายตัวเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากมีกฎหมายรองรับ การเป็นที่ปรึกษาทำได้ในหลายรูปแบบ เช่น ที่ปรึกษาของนักกิจกรรมบำบัดและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สถานศึกษา หน่วยงาน สถานประกอบการและองค์กรที่มีการจ้างงานบุคคลออทิสติกสเปกตรัม เพื่อให้บุคคลออทิสติกสเปกตรัมสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Wittman, ๑๙๙๖; Bondar, ๒๐๑๐)

แนวทางการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด

เป้าประสงค์การบำบัดและฟื้นฟูทางกิจกรรมบำบัด คือการพัฒนาให้บุคคลออทิสติกสเปกตรัมสามารถทำและมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินชีวิต โดยใช้เทคนิควิธีการต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับความสามารถของบุคคล เพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ของร่างกาย หรือพัฒนาทักษะในการทำกิจกรรม และกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม (Law, ๒๐๐๖) ในสิ่งแวดล้อมที่หลากหลายของบุคคล เช่น ที่บ้าน โรงเรียนและในชุมชน

แนวทางการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดสำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัมแบ่งออกเป็น ๓ แนวทาง ดังนี้

๑. การเสริมสร้างประสิทธิภาพของกระบวนการบูรณาการประสาทรับรู้สัมผัส-การเคลื่อนไหว

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาหลายชิ้นแสดงถึงบุคคลออทิสติกสเปกตรัมมีความบกพร่องของกระบวนการบูรณาการประสาทรับรู้สัมผัส-การเคลื่อนไหวที่ส่งผลให้มีการตอบสนองหรือพฤติกรรมแสดงออกที่ผิดปกติ นักกิจกรรมบำบัดควรจัดกิจกรรมที่เสริมประสบการณ์การรับรู้สัมผัส-การเคลื่อนไหวที่เหมาะสม เช่นการให้กิจกรรมบูรณาการประสาทรับรู้สัมผัส-การเคลื่อนไหว กิจกรรมพัฒนาการรับรู้สัมผัส-การเคลื่อนไหว (Law, ๒๐๐๖) มิเรอร์นิวรอนเธอร่าปี (ภาคผนวก ง) และควรให้คำปรึกษากับพ่อแม่และครูในการปรับเปลี่ยนบริบทของสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งการดูแลช่วยเหลือโดยการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมมี ๔ แบบ (Law, ๒๐๐๖) ได้แก่

๑.๑ การปรับเปลี่ยนเวลา (temporal support) เช่นถ้าเด็กมีพฤติกรรมผิดปกติต่อเสียง ช่วงเวลาหลังเลิกเรียน ก็ปรับเวลาให้เด็กกลับบ้านเร็วขึ้นก่อนเด็กคนอื่น

๑.๒ การปรับเปลี่ยนวิธีการหรือขั้นตอนการทำ (procedural support) ที่ช่วยให้ทำกิจกรรมได้ต่อเนื่องและสำเร็จ เช่นปรับระดับความยากง่ายของกิจกรรมหรือให้ทำเป็นบางขั้นตอน

๑.๓ การปรับเปลี่ยนสถานที่และตำแหน่ง (spatial support) ที่ทำให้เด็กสามารถจัดระเบียบตัวเองได้อย่างเหมาะสมในสิ่งแวดล้อม เช่น การปรับให้เด็กมานั่งแถวหน้าใกล้โต๊ะครูในรายที่มีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งหรือไม่มีสมาธิ

๑.๔ การสร้างเสริมการแสดงออกและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (assertion and social interaction supports) เช่นการฝึกทักษะเพื่อน การโต้ตอบสนทนา

๒. การพัฒนาทักษะทั่วไปที่จำเป็นต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต (general skill building)

แนวทางการบริการทางกิจกรรมบำบัดนี้ มุ่งพัฒนาทักษะด้านการเคลื่อนไหว ด้านการรับรู้ ด้านความคิดความเข้าใจ ด้านการควบคุมอารมณ์ ด้านการสื่อความหมายและการเข้าสังคม เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเล่น และเรียนรู้ทักษะวิชาการ โดยการวิเคราะห์กิจกรรม การจัดกระบวนการเรียนรู้ และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เพื่อให้บุคคลออทิสติกสเปกตรัมทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สำเร็จ เช่น ถ้าเด็กมีความยากลำบากในการใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง นักกิจกรรมบำบัดต้องสามารถวิเคราะห์พฤติกรรมในแต่ละขั้นตอน เพื่อดูว่าขั้นตอนหรือกระบวนการใดที่ทำให้เด็กล้มเหลวในการทำกิจกรรมนี้ และปรับเปลี่ยนวิธีการ ขั้นตอน รูปแบบของเสื้อผ้า สอนทีละขั้นตอนจนพัฒนาความสามารถของเด็กในการทำทักษะนี้จนสำเร็จ นอกจากนี้ นักกิจกรรมบำบัดต้องให้คำปรึกษาด้านกลยุทธ์ในการบำบัด/ฟื้นฟูกับครอบครัวและครูเพื่อพัฒนาทักษะความสามารถของเด็กที่บ้าน โรงเรียนและชุมชน (Law, ๒๐๐๖)

๓. การเตรียมความพร้อมการทำงานและการประกอบอาชีพ

การเตรียมความพร้อมด้านการทำงานและการประกอบอาชีพ เป็นการบริการหนึ่งของนักกิจกรรมบำบัดที่มีความสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะบุคคลออทิสติกสเปกตรัมในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ รวมถึงครอบครัวที่ต้องให้ความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านการดำเนินชีวิตและด้านจิตใจ

บุคคลออทิสติกสเปกตรัมสามารถฝึกให้มีทักษะการทำงานและสามารถประกอบอาชีพได้ ถ้าหากได้รับการสนับสนุนโดยฝึกฝนทักษะที่ใช้ในงานและมีการช่วยค้นหาความสนใจต่องานที่เหมาะสมกับระดับความสามารถ ซึ่งนักกิจกรรมบำบัดสามารถพัฒนาศักยภาพของบุคคลออทิสติกสเปกตรัมได้ดังนี้

๓.๑ การฝึกทักษะการทำงานที่โรงงานในอารักขา (sheltered workshop) โดยนักกิจกรรมบำบัดช่วยปรับระดับความยาก-ง่ายของงานให้เหมาะสมกับระดับความสามารถของบุคคล ช่วยดึงบุคคลออทิสติกสเปกตรัมออกจากโลกของตัวเองและพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการทำงาน นำไปสู่การทำงานอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมาย สร้างเสริมความภาคภูมิใจและการรู้คุณค่าในตน เรียนรู้ถึงความสำเร็จ รับรู้ถึงความสุขเมื่อได้ทำงานตามความสนใจ การจัดระบบการทำงานของโรงงานในอารักขาช่วยเพิ่มพฤติกรรมการทำงานและทักษะที่จำเป็นต่อการทำงาน (Hume & Odom, ๒๐๐๓) อีกทั้งยังช่วยเพิ่มทักษะอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่งผลให้บุคคลออทิสติกสเปกตรัมมีการแสดงออกพฤติกรรมทางสังคม การติดต่อสื่อสารที่ดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลดลงด้วยการทำงานในโรงงานอารักขาจัดเป็นรูปแบบที่ฝึกให้บุคคลได้รับการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นและประสบความสำเร็จในการทำงานและได้รับการจ้างงาน จัดเป็นการ

เตรียมพร้อมเข้าสู่การประกอบอาชีพในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (Lawer, Brusilovsky, Salzer, & Mandell, ๒๐๐๙)

๓.๒ การจัดให้มีระบบสนับสนุนการทำงานและการประกอบอาชีพในสถานประกอบการ (supported employment) เพื่อให้บุคคลออทิสติกสเปกตรัมทำงานได้สำเร็จและคงรักษาสถานภาพการทำงานของตนได้ โดยมีกระบวนการดังนี้ (Capo, ๒๐๐๑)

○ การตรวจประเมิน เช่น ความสามารถในการรับรู้รู้สึกและการเคลื่อนไหว ความสามารถในการสื่อความหมาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทักษะความคิดความเข้าใจ ทักษะการเข้าสังคม ความชอบและความสนใจต่ออาชีพ การตอบสนองต่ออันตรายและสถานการณ์ฉุกเฉินในสถานประกอบการ ทักษะการเดินทางในชุมชน ความสามารถในการประเมินคุณค่าและวางเป้าหมายการทำงานของตนเอง

○ การพัฒนางานหรืออาชีพ เช่น การประเมินอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในบริบทของการทำงาน การวิเคราะห์ขั้นตอนในการทำงาน การประสานงานกับนายจ้างเพื่อหางานที่เหมาะสมกับระดับความสามารถ คัดเลือกงานให้เหมาะสมกับความสนใจและศักยภาพ

○ การฝึกและให้ทำงานในสถานประกอบการ เช่น ให้คำแนะนำและฝึกการปรับตัวในการทำงาน จัดระบบสนับสนุนทั้งด้านบุคคล เครื่องมือ สิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการทำงาน สอนทักษะความรู้ความเข้าใจพื้นฐานและเทคนิคการชดเชย

○ กระบวนการสนับสนุนในการทำงาน เช่น ฝึกให้เพื่อนร่วมงานเป็นผู้ชี้แนะหรือช่วยเหลือในการทำงาน สำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัมที่มีศักยภาพสูงควรสอนทักษะความรู้ความเข้าใจขั้นสูงที่ใช้ในการทำงาน ผลักดันให้ชุมชนเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการจ้างงานบุคคลออทิสติกสเปกตรัมประสานงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

บทที่ ๓

กรอบปฏิบัติงานและกรอบอ้างอิงกิจกรรมบำบัด

ตามมาตรา ๓๓ (๑) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๖ (๒๕๕๖) ที่กำหนดให้สาขาวิชาชีพกิจกรรมบำบัดเป็นสาขาที่ต้องมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ จึงเป็นแรงกระตุ้นให้องค์การวิชาชีพกิจกรรมบำบัด และนักกิจกรรมบำบัดต้องให้การบริการทางคลินิกบนหลักการ ทฤษฎีและวิธีการทางกิจกรรมบำบัดเพื่อการบริการอย่างเป็นเหตุเป็นผล มีมาตรฐาน มีเอกลักษณ์และเป็นที่ยอมรับของสังคม

กรอบปฏิบัติงานกิจกรรมบำบัดเป็นแนวทางให้นักกิจกรรมบำบัดรู้ถึงขอบเขตและกระบวนการทำงานของนักกิจกรรมบำบัด และใช้เพื่อสื่อสารระหว่างนักกิจกรรมบำบัดกับสหวิชาชีพ ส่วนกรอบอ้างอิงกิจกรรมบำบัดเป็นแหล่งข้อมูลทฤษฎี ความรู้เชิงลึกที่อธิบายถึงภาวะปกติและผิดปกติ แนวทางการตรวจประเมินและการบำบัดรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการ

กรอบปฏิบัติงานกิจกรรมบำบัด

กรอบปฏิบัติงานกิจกรรมบำบัด เป็นขอบเขตและกระบวนการให้บริการของนักกิจกรรมบำบัดแก่ผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ (AOTA, ๒๐๐๒ & ๒๐๐๘)

๑. ขอบเขตการปฏิบัติงานกิจกรรมบำบัด (Domain of Occupational Therapy Practice) เป็นส่วนที่แสดงถึงเอกลักษณ์ของวิชาชีพกิจกรรมบำบัดในการบ่งบอกถึงสิ่งที่นักกิจกรรมบำบัดต้องประเมิน ให้การบำบัดรักษา และได้ผลลัพธ์การบริการเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตได้ตามบทบาทซึ่งสามารถแบ่งขอบเขตการปฏิบัติงานออกเป็น

○ ประเภทของกิจกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน กิจวัตรประจำวันขั้นสูง การศึกษา การทำงานหรือการประกอบอาชีพ การพักผ่อนและนอนหลับ การเล่นเกม การทำกิจกรรมยามว่าง และการมีส่วนร่วมทางสังคม

○ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ ประกอบด้วยค่านิยม ความเชื่อ การรับรู้ทางจิตวิญญาณ การทำหน้าที่ของร่างกาย และโครงสร้างของร่างกาย

○ ทักษะในการทำกิจกรรม ประกอบด้วยทักษะด้านประสาทสัมผัส-การรับรู้ ทักษะด้านการเคลื่อนไหว-การวางแผนการเคลื่อนไหว ทักษะด้านการควบคุมอารมณ์ ทักษะด้านความคิดความเข้าใจ และทักษะการสื่อความหมาย-การเข้าสังคม

○ รูปแบบการทำกิจกรรม ประกอบด้วยอุปนิสัย สิ่งที่ทำเป็นประจำ บทบาท และธรรมเนียมปฏิบัติ

○ บริบทและสิ่งแวดล้อมของกิจกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่สิ่งแวดล้อมของบุคคล สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคม ทางวัฒนธรรม บริบทด้านเวลา และบริบทเสมือนจริง

○ องค์ประกอบที่จำเป็นในการทำกิจกรรม ได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์และเครื่องมือที่ต้องใช้ รวมถึงคุณสมบัติของวัสดุอุปกรณ์นั้น ๆ พื้นที่ที่ต้องการในการทำกิจกรรมนั้น ความต้องการจำเป็น

ทางสังคมในการทำกิจกรรมนั้น ขั้นตอนและเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมนั้น การกระทำและทักษะที่ต้องใช้ในการทำกิจกรรมนั้น โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายที่เกี่ยวข้องในการทำกิจกรรมนั้น

๒. กระบวนการปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัด (Process of Occupational Therapy Practice) แบ่งออกเป็น ๓ กระบวนการคือ

๒.๑ การประเมิน เริ่มจากการประเมินความต้องการและอุปสรรคของผู้รับบริการในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต ทักษะในการทำกิจกรรม คุณค่า ความสนใจ ความหมาย และรูปแบบในการเข้าร่วมทำกิจกรรม รวมทั้งบริบทและสิ่งแวดล้อมของการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต เพื่อสรุปประวัติการทำกิจกรรม แบบแผนกิจกรรมการดำเนินชีวิต ความสนใจ ค่านิยม ความต้องการ ปัญหาและเป้าหมายของกิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ และวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการความสามารถและอุปสรรคที่ขัดขวางการพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อกำหนดเป้าหมายการให้บริการ

๒.๒ การบำบัดรักษา ประกอบด้วยการวางแผน การให้การบำบัด และการทบทวนการบำบัดรักษา

๒.๓ ผลลัพธ์การบริการ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ศักยภาพของการแสดงบทบาท การปรับตัว สุขภาพและสภาวะ การป้องกัน และคุณภาพชีวิต

โดยทั้ง ๓ กระบวนการนี้ ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างนักกิจกรรมบำบัดกับผู้รับบริการ

นักกิจกรรมบำบัดใช้กรอบปฏิบัติงานกิจกรรมบำบัดร่วมกับกรอบอ้างอิงกิจกรรมบำบัดที่ให้แนวทางและวิธีการประเมินและการบำบัด เพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการ ร่วมกับการใช้สื่อบำบัด ได้แก่ การใช้ผู้บำบัดหรือบุคคลเป็นสื่อ การใช้กิจกรรม (ทั้งกิจกรรมการดำเนินชีวิต กิจกรรมที่มีเป้าหมายและกิจกรรมเตรียมความพร้อม) การใช้กระบวนการการเรียนการสอน และการให้คำปรึกษา

กรอบอ้างอิงกิจกรรมบำบัดใช้เป็นหลักการและเหตุผลในการปฏิบัติงานของนักกิจกรรมบำบัด โดยการนำเอาทฤษฎีหรือหลักการที่เป็นที่ยอมรับ มาอธิบายปรากฏการณ์เฉพาะต่าง ๆ ที่สามารถนำมาใช้ในการพิจารณาปัญหา ระดับความสามารถหรือระดับความสูญเสียความสามารถ รวมทั้งเป็นแนวทางในการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด ซึ่งกรอบอ้างอิงกิจกรรมบำบัดที่ใช้ในการพัฒนาบุคคลออทิสติกสเปกตรัมมีดังนี้

- กรอบอ้างอิงการบูรณาการประสาทความรู้สึก (Sensory Integrative Frame of Reference)
- กรอบอ้างอิงพัฒนาการ (Developmental Frame of Reference)
- กรอบอ้างอิงพฤติกรรม (Behavioral Frame of Reference)
- กรอบอ้างอิงความคิดความเข้าใจ (Cognitive Frame of Reference)
- กรอบอ้างอิงจิตสังคม (Psychosocial Frame of Reference)
- กรอบอ้างอิงเสริมสร้างกระบวนการสอนและการเรียนรู้ (Frame of Reference to Enhance Teaching-Learning Process)
- กรอบอ้างอิงกิจกรรมการดำเนินชีวิต (Occupational Frame of Reference)

กรอบอ้างอิงการบูรณาการประสาทความรู้สึ

กรอบอ้างอิงการบูรณาการประสาทความรู้สึให้ความสำคัญต่อการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทสัมผัสและระบบประสาทส่วนกลางให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการบูรณาการระบบประสาทสัมผัส ๓ ระบบหลัก คือ ความรู้สึกกายสัมผัส ความรู้สึกจากระบบเวสติบูลาร์ และความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ ผ่านการทำกิจกรรมที่มีความหมายต่อตัวบุคคล เพื่อให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองที่เหมาะสม มีการปรับตัวต่อสิ่งเร้า และสร้างองค์ประกอบพื้นฐานด้านการเคลื่อนไหวและอารมณ์อย่างเป็นลำดับขั้น สามารถพัฒนาไปสู่พัฒนาการขั้นสูงขึ้นไปได้ เมื่อสมองเกิดการจัดการอย่างเป็นระบบแล้ว บุคคลก็จะพัฒนาศักยภาพในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การมีสมาธิ การมีการวางแผน ความภาคภูมิใจในตนเอง ตระหนักในคุณค่าของตนเอง ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความสามารถทางวิชาการ ความคิดในรูปนามธรรม การมีเหตุผล และความถนัด/ความเด่นของร่างกายและสมองแต่ละซีก ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการทำกิจกรรมการเล่น การเรียนรู้ทางวิชาการ การทำงาน การทำกิจวัตรประจำวัน การวางแผนการเคลื่อนไหวที่ซับซ้อน และพฤติกรรมทางสังคมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมตามช่วงวัย และนำไปสู่การทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ (Ayres, ๑๙๗๒a; ๑๙๗๒b; ๑๙๗๙ & ๒๐๐๕; Fisher & Murray, ๑๙๙๑; Parham, ๑๙๙๘) โดยมีสมมติฐาน ดังนี้

๑. คุณสมบัติของสมองที่เรียกว่า นิวรอลพลาสติกซิตี (neural plasticity) ที่ เป็นความสามารถในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและการทำงานของเซลล์ประสาท ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนหน้าที่การทำงานในระยะแรก จนถึง การปรับเปลี่ยนโครงสร้างในระยะยาว ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมองอย่างมีประสิทธิภาพ

๒. กระบวนการบูรณาการประสาทความรู้สึ มีพัฒนาการอย่างมีลำดับขั้น ตั้งแต่ช่วงแรกเกิดจนถึง เจ็ดขวบ เริ่มจากพฤติกรรมขั้นพื้นฐาน ไม่ซับซ้อน และพัฒนาไปสู่พฤติกรรมที่ซับซ้อนอย่างมีลำดับขั้นตอน ผลลัพธ์ของกระบวนการบูรณาการประสาทความรู้สึที่แสดงออกโดยพฤติกรรมตอบสนองเพื่อการปรับตัวต่อ สิ่งเร้าและสิ่งแวดล้อม เมื่อขั้นตอนใดของกระบวนการถูกรบกวนก็จะกระทบต่อลำดับขั้นที่สูงขึ้นได้

๓. การทำงานของสมองแบบองค์รวม คือสมองแต่ละส่วนมีทำงานที่ประสานเชื่อมโยงกัน กล่าวคือ สมองในระดับล่างมีหน้าที่รับข้อมูลความรู้สึ จัดระเบียบ ให้ความหมาย ซึ่งส่งผลให้สมองในระดับที่สูงกว่าทำงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔. พฤติกรรมการปรับตัว เป็นดัชนีสะท้อนถึงภาวะปกติและผิดปกติของกระบวนการบูรณาการประสาทความรู้สึในสมองบนองค์ความรู้ทางประสาทวิทยาศาสตร์

๕. แรงขับภายในตน (inner drive) เป็นพลังธรรมชาติที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิด เป็นแรงผลักดันให้ บุคคลทำกิจกรรมกายสัมผัสและการเคลื่อนไหว จนเกิดการปรับสมดุล และส่งเสริมพัฒนาการของกระบวนการบูรณาการประสาทความรู้สึในแต่ละบุคคล

ความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติและผิดปกติ

พฤติกรรมการตอบสนองเพื่อการปรับตัวต่อข้อมูลความรู้สึและสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่นักกิจกรรมบำบัด สังเกตได้ถึงถึงการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติและผิดปกติของกระบวนการบูรณาการประสาทความรู้สึ ตามกรอบอ้างอิงนี้แสดงได้ดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ ความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติและผิดปกติของกระบวนการบูรณาการประสาท
ความรู้สึกรู้สึก

ระบบรับรู้ความรู้สึก	ภาวะปกติ	ภาวะผิดปกติ	
		มีการตอบสนองความรู้สึก น้อยเกินไป	มีการตอบสนองความรู้สึก มากเกินไป
ระบบกายสัมผัส	<ul style="list-style-type: none"> - มีการตอบสนองปกติต่อสิ่งเร้าทางกายสัมผัส โดยมีพฤติกรรมเช่น <ul style="list-style-type: none"> ■ ยอมรับการสัมผัสได้ ■ แยกแยะและรู้จักถึงการสัมผัสจากบุคคล สิ่งของ สัตว์ และเสื้อผ้าได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่แสดงออกถึงความเจ็บปวด - ไม่มีความระมัดระวังต่อการที่จะได้รับบาดเจ็บ - ไม่แสดงออกถึงการรับรู้สัมผัสที่แตกต่างกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิเสธต่อต้าน หรือโวยวายต่อสัมผัสแผ่วเบา - ไม่ชอบให้ใครมากอดหรือสัมผัส - ไม่ชอบเสื้อผ้าที่มีพื้นผิวหลากหลาย
ระบบการได้ยิน	<ul style="list-style-type: none"> - มีการรับรู้และตอบสนองต่อเสียงได้อย่างเหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่รับรู้ว่ามีเสียง - ไม่แสดงความตกใจหรือไม่ตื่นตระหนกต่อเสียงดัง 	<ul style="list-style-type: none"> - หันเหความสนใจง่ายเมื่อมีเสียงกระตุ้น - ตื่นตระหนกต่อเสียงบางชนิด เช่น ปิดหู เดินหนี หรือเอะอะโวยวาย
ระบบความรู้สึกรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ	<ul style="list-style-type: none"> - ทรงท่าและเคลื่อนไหวร่างกายปกติ - เคลื่อนไหวร่างกายอย่างมีเป้าหมาย - เคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างคล่องแคล่วว่องไว 	<ul style="list-style-type: none"> - เคลื่อนไหวร่างกายช้าและงุ่มง่าม - หกล้มง่าย - เปลี่ยนอิริยาบถน้อย - ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น นั่งอยู่กับที่นาน ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - เคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลาโดยไม่มีเป้าหมาย - มีภาวะไม่อยู่นิ่ง
ระบบเวสติบูลาร์	<ul style="list-style-type: none"> - มีความทนทานได้ระดับหนึ่งในกิจกรรมหรือการเคลื่อนไหวแบบหมุน หรือแกว่ง และแสดงออกถึงความต้องการหยุดได้เมื่อเริ่มมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีความทนทานสูงมากต่อกิจกรรมหรือการเคลื่อนไหวแบบหมุน หรือแกว่ง - แสวงหากิจกรรมการหมุนแกว่ง โยกมากกว่าปกติ โดยไม่รู้สึกรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีความทนทานต่ำมากหรือทนไม่ได้เลยต่อกิจกรรมหรือการเคลื่อนไหวแบบหมุนแกว่ง โยกไปมา จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอย่างรวดเร็วและรุนแรง - ไม่แสวงหากิจกรรมการกระโดด การกลิ้งหกดะเมนตีลังกา การเดินบนทางแคบ

จากพฤติกรรมที่แสดงออกของภาวะผิดปกติของกระบวนการบูรณาการประสาทความรู้สึกรู้สึก Lane, Miller และ Hanft (๒๐๐๐) ได้จัดกลุ่มของความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองและระบบประสาทรับความรู้สึกออกเป็น ๓ กลุ่มดังนี้คือ

๑. ความบกพร่องของการปรับระดับความรู้สึก (Sensory Modulation Disorder: SMD) เป็นความยากลำบากในการปรับระดับความรู้สึก รวมทั้งการกำหนดปริมาณ ความเข้มข้น และแนวทางในการตอบสนองความรู้สึกที่ได้รับ ซึ่งพบการตอบสนองที่ผิดปกติได้ ๓ ลักษณะคือ มีการตอบสนองความรู้สึกมาก/สูงเกินไป มีการตอบสนองความรู้สึกน้อย/ต่ำเกินไป และมีการแสวงหาการรับความรู้สึก เช่น เมื่อโดนแตะไหล่โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อนล่วงหน้า เด็กอาจแสดงท่าทางไม่ชอบ เอามืออุดตรงบริเวณที่โดนแตะอย่างรุนแรงจนดูก้าวร้าว หรือวิ่งหนี

๒. ความบกพร่องในการแยกแยะความรู้สึก (Sensory Discrimination Disorder: SDD) เป็นความยากลำบากในการรับรู้ลักษณะเฉพาะของวัตถุโดยไม่ต้องใช้สายตามอง เช่น ไม่สามารถหยิบกุญแจหรือเหรียญบาทได้จากกระเป๋าเงินโดยไม่ต้องมอง

๓. ความบกพร่องในการเคลื่อนไหวที่มีพื้นฐานจากการรับความรู้สึก (Sensory-Based Motor Disorder: SBMD) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น ๒ ชนิดคือ ความบกพร่องในการทรงท่า (postural disorder) และความผิดปกติด้านดิสแพร็กเซีย (developmental dyspraxia) (Giuffrida, ๒๐๐๑)

การบำบัดรักษา

การบำบัดรักษาตามกรอบอ้างอิงการบูรณาการประสาทความรู้สึก เป็นกระบวนการบำบัดที่ให้ความสำคัญต่อลำดับพัฒนาการการบูรณาการประสาทความรู้สึก ซึ่งทำได้ ๒ รูปแบบ คือ

๑. การให้กิจกรรมบูรณาการประสาทความรู้สึก (sensory integrative activities) เป็นการบำบัดเพื่อเพิ่มหรือปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบประสาทในการรับ การแปลและการตอบสนองอย่างถูกต้อง โดยนักกิจกรรมบำบัดให้โอกาสและควบคุมการนำเข้าสู่ความรู้สึกชนิดกายสัมผัส ความรู้สึกระบบเวสติบูลาร์ ความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ ผ่านกิจกรรมที่มีเป้าหมายด้วยการชี้แนะและการกระทำของบุคคลออทิสติกสเปกตรัมเอง (Bundy, Lane & Murray, ๒๐๐๒) ซึ่งต้องมีอุปกรณ์ เครื่องมือและสภาพแวดล้อมในห้องฝึกที่ถูกจัด และออกแบบมาเฉพาะตามทฤษฎีและกรอบอ้างอิงการบูรณาการประสาทความรู้สึก

๒. การให้กิจกรรมความรู้สึกและการเคลื่อนไหว (sensori-motor activities) หมายถึง การที่นักกิจกรรมบำบัดให้การบำบัดโดยตรงแก่บุคคลออทิสติกสเปกตรัม หรือการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ปกครองและครูในการจัดกิจกรรมความรู้สึกและการเคลื่อนไหวที่บ้านและโรงเรียน เช่น การเล่นในอ่างบอลพลาสติก การเล่นหาวัด/สิ่งของในกระบะถั่ว/ทราย/แป้ง ถือเป็นกรให้ เซนซอรี ไดเอท (sensory diet) (Wilbarger & Wilbarger, ๑๙๙๑) ซึ่งเป็นการกำหนดปริมาณของข้อมูลความรู้สึกที่ควรได้รับตลอดวัน เนื่องจากถ้าเด็กสามารถรับความรู้สึกที่เหมาะสมในแต่ละวันได้ จะทำให้มีภาวะตื่นตัวอยู่ในระดับที่เหมาะสมกับการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต

กรอบอ้างอิงพัฒนาการ

Anne Cronin Mosey เสนอกรอบอ้างอิงพัฒนาการ “Recapitulation of Ontogenesis” ที่มีพื้นฐานจากแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาพัฒนาการของนักคิดหลายท่าน เช่น Sullivan, Hantman, Sigmund Freud, Llorens, Piaget, Bruner, Ayres เป็นต้น กรอบอ้างอิงนี้ให้ความสำคัญต่อทักษะการปรับตัว (adaptive skills) หรือทักษะพื้นฐานที่บุคคลทำแล้วเกิดความพึงพอใจ เกิดการสร้างปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมผ่านการทำกิจกรรมที่มีเป้าหมาย โดยกรอบอ้างอิงนี้มีข้อสมมติฐาน ๓ ข้อ คือ (Mosey, ๑๙๙๖)

๑. พฤติกรรมในขั้นสูงของบุคคลได้รับอิทธิพลจากทักษะพื้นฐานที่มีมาก่อน
๒. ทักษะความสามารถจะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นลำดับขั้นโดยการเปลี่ยนแปลงในแต่ละขั้นจะเป็นการเปลี่ยนคุณภาพมากกว่าปริมาณ
๓. กระบวนการเปลี่ยนแปลงเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้บุคคลได้แสดงออกถึงพฤติกรรมและเกิดการพัฒนาทักษะนั้น ๆ

กรอบอ้างอิงนี้แบ่งทักษะในการปรับตัวออกเป็น ๖ ทักษะ โดยแต่ละทักษะมีพัฒนาการ ดังนี้คือ (Mosey, ๑๙๙๖)

๑. ทักษะการบูรณาการประสาทความรู้สึกรู้สึก (sensory integrative skill) คือความสามารถในการรับ เลือกรวมผสานและประสานสัมพันธ์ข้อมูลความรู้สึกรู้สึกจากระบบเวสติบูลาร์ ระบบกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ และระบบกายสัมผัส เพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมและการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งพัฒนาการทักษะนี้แบ่งเป็น ๕ ขั้น คือ ๑) ความสามารถในการบูรณาการระบบกายสัมผัส ๒) ความสามารถในการบูรณาการปฏิกริยาสะท้อนกลับของการทรงท่า ๓) ความสามารถในการมีวุฒิภาวะของปฏิกริยาตั้งตรงและปฏิกริยาความสมดุล ๔) ความสามารถในการรับรู้ส่วนของร่างกายและการบูรณาการร่างกายทั้งสองซีกเพื่อวางแผนการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่อย่างเหมาะสม และ ๕) ความสามารถในการวางแผนการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อมัดเล็ก

๒. ทักษะความคิดความเข้าใจ (cognitive skill) คือความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ จดจำ และประมวลข้อมูลความรู้สึกรู้สึกต่าง ๆ ให้เป็นระบบ เพื่อพัฒนาความสามารถในการรู้คิด การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา ซึ่งพัฒนาการทักษะนี้แบ่งเป็น ๙ ขั้น คือ ๑) ความสามารถในการใช้ปฏิกริยาอัตโนมัติตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ๒) ความสามารถในการประสานการตอบสนองต่อการมองเห็น การกระทำ และการได้ยิน ๓) ความสามารถในการใส่ใจและจดจำลำดับเหตุการณ์ที่ตนเองเกี่ยวข้อง ๔) ความสามารถในการตั้งเป้าหมายและทำตามเป้าหมายนั้น ๕) ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยการลองผิดลองถูก การใช้เครื่องมือ และการเข้าใจความแตกต่างของพื้นที่และลำดับเหตุการณ์ที่ตนเองไม่ได้เกี่ยวข้องด้วยได้ ๖) ความสามารถในการเข้าใจเหตุผล และการจัดตำแหน่งตนเองกับวัตถุและเหตุการณ์รอบตัว รวมทั้งการเข้าใจการคงอยู่ของวัตถุ ๗) ความสามารถในการจดจำภาพของวัตถุและแยกแยะความแตกต่างระหว่างสิ่งที่คิดกับการกระทำจริงได้ ๘) ความสามารถในการรับฟังเหตุผลของคนอื่นและเริ่มไม่ใช่ตนเองเป็นศูนย์กลาง และ ๙) ความสามารถในการยืดหยุ่นความคิด การคิดแก้ปัญหาและตั้งสมมติฐานจากข้อมูลที่มีอยู่ได้

๓. ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (dyadic interaction skill) คือ ความสามารถในการเข้าร่วมในสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งทักษะนี้มีพัฒนาการแบ่งเป็น ๗ ขั้น คือ ๑) มีความไว้วางใจในสัมพันธ์ภาพกับบุคคลที่คุ้นเคยในครอบครัว ๒) มีความสัมพันธ์ฉันท์เพื่อนและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ๓) มีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลที่มีวุฒิและคุณวุฒิที่สูงกว่าได้ ๔) มีเพื่อนสนิทที่ไว้วางใจได้ ๕) มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาได้ ๖) มีสัมพันธ์ภาพแบบผูกพันที่สามารถพัฒนาไปสู่การอยู่ร่วมกันหรือแต่งงานได้ และ ๗) มีสัมพันธ์ภาพแบบเป็นผู้ให้ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เลี้ยงดู และดูแลเอาใจใส่

๔. ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่ม (group interaction skill) คือ ความสามารถในการเข้ากลุ่มต่าง ๆ ได้ ซึ่งทักษะนี้มีพัฒนาการแบ่งเป็น ๕ ขั้น คือ ๑) มีปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มแบบต่างคนต่างทำ มีปฏิสัมพันธ์กันน้อยหรือไม่มีเลย ๒) มีปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มแบบที่มีผู้อื่นกำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรมแล้วมอบหมายให้ต่างคนต่างทำกิจกรรมหรืองานที่ตนรับผิดชอบ มีการติดต่อหรือปฏิสัมพันธ์กันบ้าง ๓) มี

ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มแบบช่วยกันคิดช่วยกันทำ ๔) มีปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มแบบร่วมมือกันทำกิจกรรมที่สนใจ และ ๕) มีปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มแบบต่างวัยต่างบทบาทในการทำกิจกรรม

๕. ทักษะในการรับรู้เอกลักษณ์แห่งตน (self-identity skill) คือความสามารถในการรับรู้ตนเอง ในฐานะบุคคลที่มีเอกลักษณ์ มีหลายมิติ และเป็นที่ยอมรับได้ ซึ่งทักษะนี้มีพัฒนาการแบ่งเป็น ๖ ชั้น คือ ๑) ความสามารถในการรับรู้คุณค่าของตนเอง ๒) ความสามารถในการรับรู้ถึงจุดดี-จุดด้อยของตน ๓) ความสามารถในการรับรู้ถึงความสามารถและดำเนินชีวิตได้ตามที่ตนเองเลือก ๔) ความสามารถในการรับรู้บทบาทของตนในฐานะพลเมืองดีที่สร้างสรรค์และสามารถแบ่งปันให้แก่สังคมได้ ๕) ความสามารถในการรับรู้ถึงศักยภาพและความเชี่ยวชาญของตัวเอง และ ๖) ความสามารถในการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัยและมองชีวิตอย่างมีเหตุผล

๖. ทักษะการรับรู้เอกลักษณ์ทางเพศของตน (sexual identity skill) คือความสามารถในการรับรู้เพศของตนเองและมีสัมพันธภาพทางเพศที่ดี เหมาะสม และก่อให้เกิดความพึงพอใจ ซึ่งทักษะนี้มีพัฒนาการแบ่งเป็น ๕ ชั้นคือ ๑) ความสามารถในการยอมรับเพศและพึงพอใจในเพศของตน ๒) ความสามารถในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจตามเพศวิถี เช่น ฮอโมน วัฒนธรรมและอื่น ๆ ๓) ความสามารถในการมีความสัมพันธ์ทางเพศได้ถูกต้องตามบทบาทของตน ๔) ความสามารถในการมีสัมพันธภาพที่ดีกับคูครองโดยไม่มีใครเสียเปรียบ และ ๕) ความสามารถในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการทางเพศ

ความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติและผิดปกติ

ตามกรอบอ้างอิงพัฒนาการนี้ ภาวะปกติของทักษะการปรับตัวหมายถึงการมีความสามารถในการเรียนรู้ที่จะประสานและบูรณาการทักษะการปรับตัวแต่ละขั้น ให้เหมาะสมกับระดับอายุและสามารถนำไปใช้ตอบสนองหรือมีพฤติกรรมเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยประสบผลสำเร็จและสอดคล้องกับความต้องการของตนเองและสังคม ส่วนภาวะผิดปกติของทักษะการปรับตัวคือการไม่สามารถบูรณาการการเรียนรู้ในแต่ละขั้นของทักษะได้ ดังนั้นในการประเมินและการบำบัดรักษาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของทักษะต่าง ๆ จึงเป็นการประเมินและการบำบัดรักษาให้เกิดการเรียนรู้และบูรณาการทักษะที่ได้เรียนรู้เพื่อก้าวไปสู่ทักษะในขั้นที่สูงขึ้นที่เหมาะสมกับวัย และความต้องการของสังคมและสิ่งแวดล้อม (Mosey, ๑๙๙๖)

การบำบัดรักษา

แนวทางการบำบัดรักษาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของทักษะการปรับตัวมีหลักอยู่ ๓ ประการ คือ (Mosey, ๑๙๙๖)

๑. ทักษะการปรับตัวของบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะเสริมสร้างการพัฒนาหรือการเปลี่ยนแปลงของทักษะนั้น

๒. ทักษะการปรับตัวของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามลำดับขั้นของพัฒนาการในทักษะแต่ละด้าน นั่นคือ ทักษะพื้นฐานหรือทักษะที่ต้องมีอยู่ก่อน ต้องเกิดขึ้นก่อน จึงจะสามารถพัฒนาหรือเกิดทักษะในขั้นต่อไปได้

๓. ทักษะการปรับตัวของบุคคลจะเกิดขึ้นได้ บุคคลนั้นต้องมีแรงจูงใจหรือความต้องการที่จะควบคุมทักษะความสามารถนั้น ดังนั้น ในการจัดกิจกรรมหรือสภาพแวดล้อมเพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะที่ต้องการนั้น นักกิจกรรมบำบัดต้องเลือกกิจกรรมหรือจัดสิ่งแวดล้อมที่จูงใจหรือสอดคล้องกับความต้องการของบุคคล

เพื่อให้บุคคลนั้นมีแรงจูงใจและเห็นความสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมนั้น ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการพัฒนา การปรับและมีทักษะนั้นที่เหมาะสมกับตนเองและใช้ได้หลายสถานการณ์

กรอบอ้างอิงพฤติกรรม

กรอบอ้างอิงพฤติกรรม เป็นกรอบอ้างอิงที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เป็นผลมาจากการศึกษาทดลอง และหลักทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theories) (Bruce & Brog, ๑๙๙๓) เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไข (classical conditioning learning theory) ทฤษฎีการเรียนรู้ผลการกระทำ (theory of operant conditioning) และทฤษฎีการเรียนรู้จากการสังเกต (observational learning theory) รวมถึงแนวคิดการวางเงื่อนไขและการเน้นบทบาทของผู้บำบัด (Bruce & Brog, ๑๙๙๓ & ๒๐๐๒; Royeen & Duncan, ๑๙๙๙)

กรอบอ้างอิงพฤติกรรมให้ความสำคัญกับการสร้างพฤติกรรมและทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต และการจัดพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม โดยพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม หรือการขาดทักษะที่จำเป็นเป็นผลมาจากการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง การบำบัดรักษาจึงเน้นใช้เทคนิควิธีการทางพฤติกรรมบำบัดด้วยการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ผ่านการกระทำ และการปรับบทบาทของผู้บำบัดในการเป็นผู้สอนทักษะ ชี้แนะทักษะ ปรับแต่งและเสริมแรงพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมและทักษะการปรับตัวที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต (Bruce & Brog, ๑๙๙๓) ซึ่งการพิจารณาว่า พฤติกรรมการปรับตัวใดเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมนั้นต้องคำนึงถึงบรรทัดฐานของสังคม และเงื่อนไขจิตใจในการแสดงพฤติกรรมที่อาจเป็นผลจากความต้องการของร่างกาย เช่น ความหิว ความต้องการหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวด ความต้องการทางเพศ หรือจากความต้องการของสังคม เช่น ความต้องการความรัก การยอมรับจากสังคม

Ann Cronin Mosey เสนอกรอบอ้างอิงกิจกรรมบำบัดตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่ชื่อว่า “Acquisition frame of reference” โดยมีข้อสมมติฐาน ๔ ประการ (Royeen & Duncan, ๑๙๙๙) คือ

๑. พฤติกรรมเป็นการแสดงออกของบุคคลเพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติแต่เป็นผลจากการเรียนรู้และสภาพแวดล้อมที่บุคคลนั้นดำรงอยู่

๒. สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลสามารถเรียนรู้และพัฒนาทักษะเฉพาะที่จำเป็น เป็นเงื่อนไขที่เสริมแรงที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตอบสนองช่วยเสริมแรง สิ่งแวดล้อมดังกล่าวได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อให้เกิดการเรียนรู้ ท่าทีของผู้บำบัดที่ให้การยอมรับบุคคลอย่างไม่มีเงื่อนไข

๓. ความสามารถ เป็นสิ่งที่สร้างได้ ผ่านการกระทำและการควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่ช่วยให้เกิดการควบคุมความสามารถในตนเอง ดังนั้น การบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัดจึงเน้นการสร้างหรือการให้โอกาสเรียนรู้ทักษะเฉพาะที่จำเป็นต่อการทำหน้าที่ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลดำรงอยู่

๔. การเรียนรู้ไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามพัฒนาการ ความบกพร่องของการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตด้านหนึ่งจึงไม่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องของการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตด้านอื่น และไม่เกี่ยวข้องกับทักษะความสามารถที่มีอยู่ก่อนแล้ว การมีโอกาสได้ทำกิจกรรมหรือการได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจึงเป็นสื่อที่เอื้อให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและพัฒนาทักษะเฉพาะที่จำเป็น รวมทั้งเป็นสิ่งเสริมแรงที่ทำให้เกิดความสามารถในการควบคุม โดยมีนักกิจกรรมบำบัดเป็นผู้จัดโอกาส และให้การสนับสนุน

เพื่อให้บุคคลมีการแสดงออกที่กระนั้นอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ซึ่งเป็นการเสริมแรงให้เกิดการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง (Royeen & Duncan, ๑๙๙๙)

ความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติและผิดปกติ

กรอบอ้างอิงนี้ เสนอว่า ความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติกับภาวะผิดปกติไม่มีขอบเขตที่ชัดเจน เนื่องจากภาวะปกติกับภาวะผิดปกติของพฤติกรรมการปรับตัวจะสัมพันธ์กับบริบทแวดล้อมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ดังนั้น การที่บุคคลอยู่ในภาวะปกติก็หมายถึงการที่บุคคลนั้นสามารถแสดงทักษะที่จำเป็นต่อสถานการณ์หนึ่ง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และการที่บุคคลอยู่ในภาวะผิดปกติก็คือภาวะที่บุคคลไม่สามารถแสดงทักษะที่จำเป็นต่อสถานการณ์นั้น ๆ ได้หรือแสดงออกได้อย่างไม่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ เช่น ภาวะปกติของการรับประทานอาหารด้วยตนเองของเด็ก คือเด็กต้องสามารถหยิบจับช้อนได้ สามารถตักช้อนอาหารให้เข้าสู่ช้อนได้ และสามารถเคลื่อนช้อนนำอาหารเข้าปากโดยมีอาหารตกหรือหล่นเพียงเล็กน้อย ส่วนภาวะผิดปกติของการรับประทานอาหารด้วยตนเอง อาจมีพฤติกรรมในลักษณะของการไม่มีความพยายามในการรับประทานอาหารด้วยตนเอง ไม่สามารถหยิบจับช้อนได้ ไม่สามารถตักอาหารได้ หรือไม่สามารถเคลื่อนช้อนนำอาหารสู่ปากได้ (Royeen & Duncan, ๑๙๙๙)

การบำบัดรักษา

ตามกรอบอ้างอิงนี้ นักกิจกรรมบำบัดประเมินความบกพร่องของความสามารถหรือทักษะด้วยการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในบริบทแวดล้อมที่เฉพาะ แจกแจงทักษะที่มีอยู่และทักษะที่บกพร่อง รวมทั้งแจกแจงสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ และทางสังคมที่ช่วยเสริมสร้างหรือจำกัดการแสดงออกของทักษะความสามารถนั้น จากนั้นวิเคราะห์ทักษะหรือพฤติกรรมพื้นฐานของพฤติกรรมการปรับตัวที่ควรคงไว้และที่ต้องได้รับการปรับแต่งหรือเสริมสร้างให้เกิดขึ้น รวมถึงการเลือกสิ่งเสริมแรงที่เหมาะสม

ในการบำบัดรักษา นักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทที่หลากหลาย ทั้งการเป็นผู้สร้างแรงจูงใจหรือความต้องการแสดงพฤติกรรมหรือทักษะนั้น ๆ การเป็นผู้เสริมแรง การเป็นครูผู้สอนทักษะที่จำเป็นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การเป็นตัวแบบในการแสดงทักษะความสามารถเพื่อให้บุคคลเรียนรู้ผ่านการสังเกต และการเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการออกแบบโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแก่บุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Bruce & Brog, ๑๙๙๓; Royeen & Duncan, ๑๙๙๙)

Fava, Sterfano, Valeri, D'Elia, Arima & Strauss (๒๐๑๒) ทบทวนวรรณกรรมและพบว่า แนวทางการบำบัดรักษาเชิงพฤติกรรมที่ใช้ในบุคคลออทิสติกสเปกตรัมวัยเรียนมี ๒ แนวทาง คือ

๑. การบำบัดรักษาที่เน้นทักษะที่บกพร่อง (skill-focused behavioral interventions) ได้แก่

๑.๑ การบำบัดรักษาด้านทักษะภาษาและการสื่อสาร ที่เน้นสอนองค์ประกอบของภาษาและการสื่อสาร (discrete-trial teaching, DTT) พร้อมการให้แรงเสริม และการแก้ไขภาษาและการสื่อสารที่ถูกต้อง การมีต้นแบบที่ดี และการมีสื่อชี้แนะ ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิผลสำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัมวัยก่อน ๕-๗ ปี นอกจากนี้ การจัดสถานการณ์การสื่อสารในชีวิตประจำวัน และการสร้างสถานการณ์ที่เอื้อให้เกิดความพยายามสื่อสาร เช่น การปล่อยเวลาให้นานขึ้น เพื่อให้บุคคลออทิสติกสเปกตรัมเลียนแบบ หรือการให้ออกาสฝึกหัดซ้ำ การให้ออกาสสื่อสารขณะทำกิจวัตรประจำวันร่วมกับผู้ปกครอง ครู เพื่อน และผู้บำบัด

๑.๒ การบำบัดรักษาด้านทักษะสังคม เป็นการบำบัดที่อาศัยการกำกับจากผู้ใหญ่ (discrete-trail adult-directed interventions) โดยการสอนหรือปรับแก้พฤติกรรมในสถานการณ์จริง เช่น การเข้าสังคมกับเพื่อนวัยเดียวกัน จะช่วยให้บุคคลออทิสติกสเปกตรัมที่มีพฤติกรรมทางสังคมในระดับต่ำ มีการพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม ผ่านการกระตุ้นให้คิด และการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของเพื่อน ที่เป็นเทคนิคที่ช่วยให้พฤติกรรมที่เกิดขึ้นคงอยู่ได้ยาวนาน

๑.๓ การบำบัดรักษาด้านพฤติกรรมซ้ำ เป็นรูปแบบสำคัญในการบำบัดบุคคลออทิสติกสเปกตรัมที่มีพฤติกรรมซ้ำและความสนใจจำกัด เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมอาละวาด และพฤติกรรมทำร้ายร่างกายตนเอง โดยใช้คำสั่งที่จำกัดหรือต้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อให้บุคคลออทิสติกสเปกตรัมรับรู้ถึงการสื่อสารจากผู้อื่นว่า ตนเองแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

๒. การบำบัดรักษาที่เน้นพฤติกรรมในองค์รวม (comprehensive behavioral interventions) เป็นการบำบัดเพื่อจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและรุนแรงหลายพฤติกรรม โดยเน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวันของบุคคลออทิสติกสเปกตรัม และการบำบัดพฤติกรรมอย่างเข้มข้นโดยมีแนวทางคือ

- เป็นการบำบัดแบบเข้มข้น คือมีการเข้าร่วมทำกิจกรรมที่มีความหมาย อย่างน้อย ๑๕ ชั่วโมงต่อสัปดาห์

- เป็นโปรแกรมการบำบัดตามความจำเป็นเฉพาะกับบุคคลออทิสติกสเปกตรัมแต่ละคน โดยคำนึงถึงความสามารถทุกมิติได้แก่ ความสามารถในการเข้าหา ความสามารถในการเลียนแบบ ความสามารถในการใช้ภาษา ความสามารถในการเล่น และความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งนักกิจกรรมบำบัดมีหน้าที่ในการประเมินปัญหาและความสามารถ เสริมสร้างจุดแข็งและขจัดจุดอ่อนของบุคคลออทิสติกสเปกตรัม

- สนับสนุนและสร้างโอกาสในการเข้าร่วม การเรียนรู้และการแสดงความสามารถที่สมวัยด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การกระตุ้นทักษะทั่วไป การแสดงในที่สาธารณะ การสอนแบบตัวต่อตัว และเน้นการสร้างกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริง เช่น ที่บ้าน ในชั้นเรียน หรือกลุ่มเพื่อน ฯลฯ

- ให้โอกาสเรียนรู้ผ่านการฝึกทำกิจกรรมต่าง ๆ พร้อมการสอนที่ช่วยให้เกิดความคิดเชิงบวก ความสามารถในการสื่อสาร และความสามารถในการจัดการพฤติกรรมอย่างท้าทาย

- ประเมินผลพฤติกรรมการปรับตัวตามวัตถุประสงค์

- ให้โอกาสในการฝึกพฤติกรรมทางสังคมกับกลุ่มเพื่อนของบุคคลออทิสติกสเปกตรัม

- เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวทั้งในการวางแผนการฝึก การตั้งเป้าหมาย การจัดลำดับความสำคัญ และการประเมินประสิทธิผลของการฝึกเพื่อคงทักษะทั่วไปในกิจกรรมที่บ้าน และชุมชน

- ให้การสนับสนุนการเรียนรู้ โดยเฉพาะการศึกษาก่อนวัยเรียนจนถึงประถมศึกษาที่ควรเน้นการสอนที่ให้บุคคลออทิสติกสเปกตรัมเกิดความคิดริเริ่มและเป็นอิสระผ่านกิจกรรมบูรณาการภายในโรงเรียน

- ต้องอยู่ภายใต้การฝึกฝนและการควบคุมของบุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะ

กรอบอ้างอิงความคิดความเข้าใจ

กรอบอ้างอิงนี้อาศัยแนวคิดพื้นฐานทางจิตวิทยาพฤติกรรมและจิตวิทยาสังคมด้านกระบวนการด้านความคิดความเข้าใจ (cognitive process) และการควบคุมตนเอง (self control) (Bruce & Brog, ๑๙๙๓) โดยความคิดความเข้าใจเป็นกระบวนการในการรับและประมวลผลข้อมูลความรู้สึกทั้งจากภายในและภายนอก ร่างกาย ที่นำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมทั้งพฤติกรรมภายใน เช่น ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมภายนอก เช่น การกระทำ การพูด การเขียน ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกเหล่านี้จะย้อนกลับเป็นข้อมูลเข้าสู่กระบวนการประมวลผลในลำดับต่อไป (Bruce & Brog, ๑๙๙๓ & ๒๐๐๒) ซึ่งแนวทางและวิธีการในการบำบัดรักษาด้านความคิดความเข้าใจ ได้แก่

๑. **Dynamic Interactional Model หรือ multi-context approach** เป็นแนวคิดที่พัฒนาโดย Joan Toglia ที่เชื่อว่า ทักษะความคิดความเข้าใจเป็นผลผลิตของปฏิสัมพันธ์แบบไม่หยุดนิ่งและเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องระหว่างบุคคล กิจกรรมที่กระทำ และสิ่งแวดล้อม ส่วนความบกพร่องด้านความคิดความเข้าใจ หมายถึง ความบกพร่องหรือการขาดประสิทธิภาพในการรับรู้ ความบกพร่องในการตระหนักรู้ถึงข้อมูลที่ได้รับ การขาดความสามารถในการเรียกข้อมูลที่อยู่ในหน่วยความจำมาใช้ และการไม่สามารถประยุกต์ใช้หรือดัดแปลงความรู้ในการแก้ปัญหาจากสถานการณ์หนึ่งไปใช้กับสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป (พีรยา มั่นเขตต์วิทย์, ๒๕๕๑)

๒. **Quadraphonic approach** เป็นแนวคิดที่พัฒนาโดย Beatriz Abreu ที่ผสมผสานระหว่างทฤษฎีพื้นฐานได้แก่ ทฤษฎีในการประมวลผลข้อมูล การสอนและเรียนรู้ ประสาทพัฒนาการ ชีวกลศาสตร์ และทฤษฎีพื้นฐานที่เน้นความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แนวคิดนี้นิยมใช้วิธีการเล่าเรื่อง (narrative) และการวิเคราะห์การทำหน้าที่ของบุคคล (functional analysis) เพื่อความเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลใน ๔ ด้าน (พีรยา มั่นเขตต์วิทย์, ๒๕๕๑) ได้แก่

- สถานภาพวิถีชีวิต (lifestyle status) คือ วิธีการใช้ชีวิตในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตต่างๆ อาทิ พฤติกรรมการแสดงออกและกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน
- สถานภาพในแต่ละช่วงชีวิต (life-stage status) คือการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณของบุคคลเมื่ออยู่ในช่วงวัยต่าง ๆ
- สถานภาพด้านสุขภาพ (health status) คือ การบรรยายสภาวะก่อนการเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ค่านิยม หรือทัศนคติหลังการเจ็บป่วย
- สถานภาพด้านความพิการ (disadvantage status) คือ การบรรยายระดับของข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของบุคคลอันเนื่องมาจากความบกพร่องส่วนบุคคล ด้านร่างกาย สติปัญญาและสังคม ฯลฯ

๓. **Cognitive Orientation for daily Occupational Performance (CO-OP)** Sylvia Rodger และ Helene Polatajko (๒๐๑๐) เสนอวิธีการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการแก้ปัญหาที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และกิจกรรมการดำเนินชีวิต ร่วมกับหลักทฤษฎีการเรียนรู้ โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ

- เพื่อพัฒนาหรือกระตุ้นกลยุทธ์กระบวนการรู้คิด (cognitive strategies) ของบุคคล โดยเฉพาะทักษะความคิดความเข้าใจขั้นสูง (metacognitive skills)
- เพื่อพัฒนาทักษะจำเป็นต่อการเพิ่มสมรรถนะในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต

○ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้อย่างกว้างขวาง

ความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติและผิดปกติ

ภาวะปกติและผิดปกติของความสามารถด้านความคิดความเข้าใจแสดงดังตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ ความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติและผิดปกติด้านความคิดความเข้าใจ

ภาวะปกติ	ภาวะผิดปกติ
<p>การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้เหมาะสม และทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตได้ตามวัย บทบาทและหน้าที่</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● บอกชื่อบุคคล เวลา สถานที่ได้ถูกต้อง ● เริ่มต้นทำกิจกรรมได้เอง ● ทำกิจกรรมได้ต่อเนื่อง มีสมาธิ ทำกิจกรรมได้แล้วเสร็จ ● ยุติกิจกรรมที่ทำอยู่ได้ด้วยตนเอง ● จดจำและสามารถทบทวนสิ่งที่เรียนรู้มาก่อนได้ <ul style="list-style-type: none"> ● บอกได้ถึงความแตกต่างของขนาด รูปร่าง ตำแหน่ง ความสัมพันธ์และความหมายของสิ่งที่มองเห็น ● บอกได้ถึงที่มา ความแตกต่าง ความหมายและของเสียงที่ได้ยิน ● ควบคุมตนเองให้แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์ กาลเทศะ ● สามารถแก้ปัญหาที่เผชิญได้ดี ทั้งทำด้วยตัวเองหรือหาผู้ช่วยเหลือ ● สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์ทั่วไป 	<p>การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตตามวัย บทบาทและหน้าที่</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะผิดปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● บอกชื่อบุคคล เวลา สถานที่ไม่ถูกต้อง ● เริ่มต้นกิจกรรมเองไม่ได้ ● ทำกิจกรรมได้ชั่วคราว ไม่มีสมาธิ ทำกิจกรรมไม่เสร็จ ● ยุติกิจกรรมที่ทำอยู่ไม่ได้ ● ไม่จดจำและไม่สามารถทบทวนสิ่งที่เรียนรู้มาก่อนได้ ● บอกไม่ได้ถึงความแตกต่างของสิ่งที่มองเห็น มีปัญหาการรับรู้ทางสายตาต่ำกว่าวัย ● บอกไม่ได้ถึงที่มา ความแตกต่าง ความหมายและของเสียงที่ได้ยิน ● ไม่สามารถควบคุมตนเองให้แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และกาลเทศะ ● ไม่สามารถแก้ปัญหาที่ตนเผชิญได้ ทั้งทำด้วยตัวเองหรือหาผู้ช่วยเหลือ ● ไม่สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้กับสถานการณ์อื่น

การบำบัดรักษา

นักกิจกรรมบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อฝึกให้บุคคลสามารถทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมกับกาลเวลา สถานที่ และบุคคล และมีความสามารถในการควบคุมตนเอง ซึ่งสามารถเลือกใช้แนวทางการบำบัดรักษาได้ดังนี้

๑. การบำบัดรักษาตาม Dynamic interactional model (พีรยา มั่นเขตต์วิทย์, ๒๕๕๑)

- การกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง
- การปรับเปลี่ยนปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการทำกิจกรรม ซึ่งได้แก่ บริบทของบุคคล กิจกรรม และสิ่งแวดล้อม
- อาศัยวิธีการส่งเสริม การฟื้นฟู ความสามารถที่บกพร่องและเทคนิคการปรับกิจกรรม หรือ วิธีการชดเชยเพื่อทดแทนความสามารถที่บกพร่อง

○ การใช้ความสามารถที่มีอยู่มาทดแทนหรือปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เช่น ในกรณีที่มีปัญหาไม่สามารถจัดการกับข้อมูลที่มีอยู่มากมายได้ก็ใช้กลยุทธ์การลดสิ่งเร้า

○ ถ้าไม่สามารถทำกิจกรรมได้สำเร็จก็ใช้เทคนิคการท่องจำหรือสร้างจินตภาพก่อนทำกิจกรรม

○ การสอนการถ่ายโอนความรู้ โดยการเพิ่มความยากขึ้นเรื่อย ๆ จนไปสู่การนำสิ่งที่ฝึกไปใช้ในสถานการณ์จริง

๒. การบำบัดรักษาตาม Quadraphonic approach (พีรยา มั่นเขตต์วิทย์, ๒๕๕๑) แบ่งออกเป็น ๓ ระยะใหญ่ ๆ ได้แก่

๒.๑ ระยะเตรียมความพร้อมก่อนทำกิจกรรม โดยใช้ ๔ เทคนิคดังนี้

○ เทคนิคด้านอารมณ์และจิตใจ โดยใช้วิธีการพูดคุยเล่าเรื่อง ร่วมกับเทคนิคอื่น เช่น การผ่อนคลาย การทำสมาธิ

○ เทคนิคการรวบรวมความสนใจ เพื่อเพิ่มความพร้อมในการกักเก็บข้อมูล เช่น เทคนิคการส่งเสริมความตระหนักรู้ตนเอง การรับรู้ทางสายตา

○ เทคนิคด้านการจัดระเบียบความคิด เช่น ฝึกการวางแผนจัดการข้อมูล และเรียงลำดับขั้นตอนของข้อมูล

○ เทคนิคการจัดตารางฝึกและการให้ข้อมูลป้อนกลับ เช่น การจัดตารางฝึกตามระดับการฟื้นตัว ความทนทานด้านกายภาพ และความสามารถด้านความรู้ความเข้าใจ

๒.๒ ระยะทำกิจกรรม เป็นระยะที่ให้บุคคลลงมือทำกิจกรรมเพื่อวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ใหม่หรือพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้

๒.๓ ระยะหลังทำกิจกรรม เป็นการทบทวนหลังทำกิจกรรมเสร็จสิ้นแล้ว ทั้งทางด้านการประเมินกลยุทธ์ที่ใช้ การกระทำที่ใช้ในการส่งเสริมความมั่นใจ ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ เพื่อติดตามผลลัพธ์ของการบำบัดเพื่อปรับเป้าประสงค์ของการบำบัดให้เหมาะสม

๓. การบำบัดรักษาตาม Cognitive Orientation for daily Occupational Performance (CO-OP) ซึ่งประกอบด้วย ๗ ขั้นตอนดังนี้ (Rodger & Polatajko, ๒๐๑๐)

○ การตั้งเป้าประสงค์โดยยึดผู้รับบริการเป็นหลัก ซึ่งนักกิจกรรมบำบัดกระตุ้นผู้รับบริการให้มีส่วนร่วมในการคิดแก้ปัญหาของตนเอง โดยเริ่มจากการระดมความคิดเกี่ยวกับความสามารถที่ต้องการพัฒนาให้เกิดขึ้น เพื่อนำมาเป็นเป้าประสงค์ของการบำบัด โดยมีเครื่องมือที่ใช้ เช่น The Canadian Occupational Performance Measure (COPM), The Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS), The Child Occupational Self Assessment (COSA), The Preferences for Activities of Children (PAC), The Paediatric Activity Card Sort (PAC) The Preschool Activity Card Sort

○ การใช้กลยุทธ์กระบวนการรู้คิด เป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ผ่านหลักการแก้ปัญหาโดยวิธีการตั้งเป้าหมาย-การวางแผน-การกระทำ-การตรวจสอบ (Goal-Plan-Do-Check) ซึ่งนักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทเป็นผู้ชี้แนะ สนับสนุน ดึงวิธีการแก้ปัญหา/การสร้างทักษะต่าง ๆ ที่เหมาะสมให้เกิดขึ้นในบริบทต่าง ๆ

○ การกำหนดแผนการบำบัด นักกิจกรรมบำบัดจะทำหน้าที่ประเมินทักษะหรือสมรรถภาพของการทำกิจกรรมก่อนและหลังการบำบัด ตามเป้าประสงค์การบำบัดแต่ละครั้ง

○ การวิเคราะห์ความสามารถของบุคคลอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นความร่วมมือระหว่างนักกิจกรรมบำบัดกับผู้รับบริการในการวิเคราะห์ความสามารถแต่ละด้านของบุคคลอย่างต่อเนื่อง เพื่อการตั้งเป้าหมาย-การวางแผน-การลงมือกระทำ-การตรวจสอบที่เหมาะสมกับระดับความสามารถของบุคคล

○ การใช้หลักการสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดความสามารถของบุคคล โดยนักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทในการให้การสนับสนุน ชี้แนะ โดยใช้เทคนิควิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้รับบริการมีแรงจูงใจ เกิดการเรียนรู้ในการพัฒนาทักษะนั้น รวมทั้งการจัดสถานการณ์ให้เกิดการเรียนรู้ใช้ทักษะที่เกิดขึ้นในบริบทอื่นด้วย

○ การค้นหาวิธีการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมผ่านการชี้แนะเป็นกระบวนการโดยนักกิจกรรมบำบัดเป็นผู้ชี้แนะ กระตุ้นให้บุคคลเกิดกระบวนการคิด เข้าใจ และสะท้อนคิดจากประสบการณ์ที่ได้ลงมือกระทำ เกิดการประมวลผลความคิดได้ด้วยตนเอง สรุปเป็นการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม และผู้บำบัดควรใช้การถามนำมากกว่าการบอกให้ทำ ใช้การสาธิตมากกว่าการทำให้

○ การสร้างความร่วมมือของผู้ปกครองและ/หรือครู ในการถ่ายโอนความรู้/ทักษะ และการแผ่ขยายความรู้/ทักษะไปสู่สถานการณ์และบริบทใหม่

กรอบอ้างอิงจิตสังคม

ในงานกิจกรรมบำบัด กรอบอ้างอิงนี้ใช้สำหรับผู้ที่มีความผิดปกติในการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมในการกิจกรรมการเล่น เช่นผู้ที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ผู้ที่มีความบกพร่องของการประมวลผลความรู้สึกหรือมีความบกพร่องของการปรับระดับความรู้สึก และผู้ที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย สำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัมอาจมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาดังกล่าวที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมตามบทบาททั้งที่บ้าน โรงเรียน และชุมชน เช่น พฤติกรรมทำก่อนคิด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นทั้งทางวาจาและกิริยาท่าทาง พฤติกรรมกลัวที่มากเกินไปกว่าปกติ พฤติกรรมแยกตัวจากสมาชิกในครอบครัว พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม

กรอบอ้างอิงจิตสังคมให้ความสำคัญด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมที่ส่งผลต่อบทบาท ความสามารถในการทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมทางสังคมของบุคคล โดยกรอบอ้างอิงนี้ประกอบด้วยพื้นฐานทฤษฎีพัฒนาการหลายทฤษฎี ได้แก่ พัฒนาการอุปนิสัยพื้นฐานส่วนบุคคล ความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน การเล่น ความสามารถในการแก้ปัญหา และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ทั้งที่เป็นสิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิต ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Olson, ๑๙๙๙)

อุปนิสัยพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย ระดับการทำงานของร่างกาย การควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย แนวโน้มการเข้าไปเผชิญหรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ใหม่ ๆ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงระดับต่ำสุดที่ทนได้ต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบตา หู จมูก ลิ้น ผิวน้ำ คณิตภาพของพื้นอารมณ์ ระดับความรุนแรงของการแสดงออกทางอารมณ์ การหันเหความสนใจ สมาธิและความอดทน

ความผูกพัน สัมพันธภาพที่มั่นคงและปลอดภัยที่ได้จากพ่อแม่ และจากผู้ดูแลเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาเด็กให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีความสุขและมีความสามารถ ผู้ดูแลรับผิดชอบที่จะรักษาสิ่งแวดล้อมให้สนองตอบต่อความต้องการทางด้านร่างกายของเด็ก ก่อให้เกิดความผูกพันทางอารมณ์ มีความแตกต่างและพัฒนาขึ้นเมื่อ

เวลาเพิ่มขึ้น ความผูกพันประกอบด้วยสัมพันธภาพที่ราบรื่น มีการให้และรับระหว่างสองฝ่าย และมีการตอบสนองจากผู้ดูแล พฤติกรรมความผูกพันเป็นพฤติกรรมที่เด็กแสดงด้วยวาจาหรือท่าทางออกมาเพื่อแสดงความสนใจจากพ่อแม่ หรือผู้ดูแล เป็นสัญญาณเพื่อจะบอกให้รู้ว่าเด็กต้องการอะไร ต้องการเล่น หรือเหนื่อยแล้ว ความผูกพันในช่วงต้นของชีวิตนี้มีความสำคัญต่อความสามารถของเด็กในการรักษาความสัมพันธ์กับเพื่อนและผู้ใหญ่คนอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากพ่อแม่

ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน แม้ว่าสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่จะแตกต่างจากสัมพันธภาพระหว่างเด็กด้วยกัน สัมพันธภาพระหว่างเด็กกับพ่อแม่ก็เป็นตัวกระตุ้นพัฒนาการของทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ความสามารถในการสบตาและการเริ่มต้นเล่น ตลอดจนการตอบสนองต่อการเล่นได้รับการเสริมแรงจากความพึงพอใจ ความสุข และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเด็กกับพ่อแม่

การเล่น เป็นกิจกรรมเพื่อตนเอง ไม่สนใจผลลัพธ์สุดท้าย การเล่นเกิดขึ้นเพื่อความสุขภายในตัวบุคคล ประกอบด้วยการเล่นสำรวจ การนำหลายสิ่งมาใช้ร่วมกัน อาทิสเสียง การเคลื่อนไหว วัตถุ และเรื่องราวต่างๆ ทั้งหมดนี้เพื่อความสนุกสนานสนานในระหว่างที่เล่น

ความสามารถในการแก้ปัญหา เป็นวิธีที่เด็กจะจัดการกับสถานการณ์ที่ใหม่หรือยุ่งยาก เช่น เพื่อนไม่ให้เล่นด้วย ต่อกดด้วยบล็อกไม้ไม่ได้ รวมถึงวิธีการที่จะวัดความสำเร็จจากความสามารถและสิ่งที่ตนทำได้สำเร็จ การพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาของเด็กอาศัยความสามารถของผู้ดูแลในการส่งเสริมวิธีการจัดการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับอุปนิสัยพื้นฐานของบุคคล เริ่มต้นที่เด็กพัฒนาความสามารถในการจัดส่งสัญญาณเกี่ยวกับสถานะอารมณ์ของตนให้ผู้ดูแลทราบ ด้วยวาจาและภาษาท่าทาง ผู้ดูแลแปลความสัญญาณเหล่านั้นและพยายามที่จะจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการปรับตัว ขณะที่เด็กพัฒนาขึ้น เด็กก็จะเพิ่มความรับผิดชอบในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองจากความเข้าใจในสถานการณ์ปัจจุบันทั้งภายในและภายนอกตน เด็กตอบสนองได้อย่างเหมาะสมต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัว โดยทั่วไปเด็กจะพยายามหาวิธีที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่ยุ่งยากโดยใช้วิธีที่จะช่วยลดความคับข้องใจของตน และไม่ไปลดหรือทำลายความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง

การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ควรพิจารณาว่ามีความปลอดภัยต่อบุคคล มีพื้นที่ อุปกรณ์และสิ่งสนับสนุนที่จะพัฒนาทักษะความสามารถ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยมีกลไกที่จะลดผลกระทบของความเสี่ยงที่แฝงอยู่หรือเกิดขึ้นที่ เช่น กรณีที่แม่ไม่สามารถดูแลเด็กได้ชั่วคราวแต่มีผู้สนับสนุนหรือสิ่งสนับสนุนครอบครัวเพื่อช่วยสนับสนุนให้เด็กได้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม หรือ กรณีครอบครัวอาศัยอยู่ในที่คับแคบแต่ในชุมชนมีสนามเด็กเล่นที่มีความปลอดภัยหรือ มีสิ่งสนับสนุนการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ เหตุการณ์เลวร้ายที่เกิดขึ้นในชีวิตเด็กควรจะถูกทำให้เบาบางโดยการให้โอกาสที่ดีหรือการสนับสนุน ซึ่งช่วยให้เด็กรู้สึกดีกับตัวเองและมีความเชื่อมั่นในตนเอง สิ่งแวดล้อมสำหรับเด็กทุกคนคือ บ้าน โรงเรียน และชุมชน

บุคคลเกิดมาพร้อมกับอุปนิสัยพื้นฐานส่วนบุคคล ซึ่งอาจส่งเสริมหรือขัดขวางการสร้างสัมพันธภาพ ความผูกพันที่มั่นคงกับพ่อแม่และผู้ดูแล ดังนั้น ความเข้าใจอุปนิสัยพื้นฐานส่วนบุคคลและวิธีการดำเนินชีวิต จะช่วยให้การกระตุ้นและส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการในด้านอารมณ์ จิตใจและสังคมที่ดีขึ้น นอกจากนี้ คุณภาพของความผูกพันกับครอบครัวยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเล่น ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน และการแก้ปัญหา การส่งเสริมความสามารถของเด็กในการแก้ปัญหาหรือการเล่นจะช่วยนำไปสู่การมีสัมพันธภาพที่ดีของเด็กกับครอบครัวและเพื่อนภายใต้บริบทของบ้าน โรงเรียน และชุมชน ซึ่งแตกต่างกันตาม

วัฒนธรรม ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต้องตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของเด็กและครอบครัว

ความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติและผิดปกติ

ตามกรอบอ้างอิงจิตสังคม พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะปกติและผิดปกติ แสดงดังตารางที่ ๕ (Olson, ๑๙๙๙)

ตารางที่ ๕ ความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติและผิดปกติของพฤติกรรมทางจิตสังคม

ภาวะปกติ	ภาวะผิดปกติ
<p>๑. ความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none">● ตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกาย● มีการตอบสนองของร่างกายเหมาะสมกับสถานการณ์● สนใจสิ่งเร้าที่ควรใส่ใจและเพิกเฉยต่อสิ่งเร้าที่รบกวนสมาธิ● ตอบสนองด้านอารมณ์ได้เหมาะกับสถานการณ์● มีสมาธิจดจ่อกับกิจกรรมที่ทำด้วยระยะเวลาที่เหมาะสมกับวัยและสถานการณ์● ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ใหม่ได้เหมาะสม	<p>๑. ความไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะที่ผิดปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none">● ตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกายไม่เหมาะสม หรือไม่ตอบสนอง● มีการตอบสนองของร่างกายไม่เหมาะสมกับสถานการณ์● แสดงอาการกลัวหรือหงุดหงิดต่อสิ่งเร้าในชีวิตประจำวันที่ควรใส่ใจ และไม่สามารถเพิกเฉยต่อสิ่งเร้าที่รบกวน● ตอบสนองด้านอารมณ์ได้ไม่เหมาะกับสถานการณ์ มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง และควบคุมไม่ได้● สมาธิ ช่วงความสนใจไม่เหมาะสมกับวัยหรือสถานการณ์ อาจน้อยหรือมากเกินไป● ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ใหม่ได้ยาก ทำตัวยุ่งยากหรือหลีกเลี่ยง

ตารางที่ ๕ (ต่อ)

ภาวะปกติ	ภาวะผิดปกติ
<p>๒. ความสามารถสร้างความผูกพันกับผู้ดูแล</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● แสดงอาการหรือบอกผู้ดูแลเกี่ยวกับความต้องการของตน หรือสิ่งที่รบกวนร่างกายหรือจิตใจทำกิจกรรมที่มีความสุขร่วมกับผู้ดูแล ● เริ่มเล่นหรือตอบสนองการเล่นกับผู้ดูแล ● ตอบสนองต่อข้อกำหนดหรือข้อจำกัดที่กำหนดขึ้นโดยผู้มีอำนาจเหนือตน ● เข้าหาผู้ดูแลเมื่อต้องการความมั่นใจ และการสนับสนุน เมื่อเผชิญสถานการณ์หรือกิจกรรมที่ยากและท้าทาย ● ยอมรับความช่วยเหลือและการสนับสนุนที่ต้องการแต่หาทางด้วยตนเองอย่างเหมาะสม 	<p>๒. การไม่สามารถสร้างความผูกพันที่เหมาะสมกับผู้ดูแล</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะที่ผิดปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ไม่แสดงอาการ หรือบอกผู้ดูแลเกี่ยวกับความต้องการของตน หรือสิ่งที่รบกวนร่างกายหรือจิตใจไม่ได้ ● ไม่ทำกิจกรรมที่มีความสุขร่วมกับผู้ดูแล ● ไม่เริ่มเล่น ไม่ตอบสนองต่อการเล่น ● ต่อต้านชัดเจนหรือไม่สนใจต่อข้อกำหนดหรือข้อจำกัดที่กำหนดขึ้นโดยผู้มีอำนาจเหนือตน ● หลีกเลียงหรือปฏิเสธความช่วยเหลือของผู้ดูแลในสถานการณ์และกิจกรรมที่ยากและท้าทาย แม้ว่าแสดงพฤติกรรมบ่งถึงความกดดันหรือความเครียด ● พึงพามาเกินไป หรือไม่หาความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนที่ตนต้องการ
<p>๓. การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนได้อย่างราบรื่น</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● เข้าหาเพื่อน ขวนเพื่อนเล่นได้ ● รอหรือสลับสับเปลี่ยนหน้าที่กับเพื่อนได้ ● ตอบสนองต่อตัวชี้แนะทางสังคมทั้งที่เป็นคำพูดและท่าทางหรือสีหน้า ● เจรจาต่อรองกับเพื่อน ● เต็มใจที่จะช่วยเพื่อนและยอมรับความช่วยเหลือจากเพื่อน 	<p>๓. การไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนได้อย่างราบรื่น</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะที่ผิดปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ไม่มีเพื่อน หลีกเลียงการมีเพื่อน เข้าหาเพื่อนด้วยวิธีการก้าวร้าวหรือการรบกวน ● ต่อต้านการรอหรือการสลับสับเปลี่ยนหน้าที่ แม้กับผู้ใหญ่ ● ไม่เข้าใจ ไม่ตอบสนองต่อตัวชี้แนะทางสังคม ทั้งที่เป็นคำพูด ท่าทางหรือสีหน้า ● ไม่เจรจา ยึดความคิดตัวเองเป็นหลัก และใช้วิธีการก้าวร้าวเพื่อให้ได้ดังใจตนเองหรือหนีออกจากสถานการณ์ ● ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือหรือยอมรับความช่วยเหลือ
<p>๔. ความสามารถในการเล่นคนเดียวหรือเล่นเป็นกลุ่ม</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● สนใจและมีความต้องการที่จะเล่น ● สำรวจ และทดลองอย่างเต็มที่ในสถานการณ์การเล่นใหม่ ๆ เพิ่มเติมประสบการณ์ในการเล่น ● สามารถเริ่มเล่นกับเด็กคนอื่น ● ยึดหยุ่นระหว่างเล่นกับเพื่อน ● ทำตามลำดับขั้นตอนหรือข้อกำหนดของกิจกรรมการเล่นแบบกลุ่ม ● ยอมรับกติกาในการเล่นเป็นกลุ่ม 	<p>๔. การไม่สามารถเล่นคนเดียวหรือเล่นเป็นกลุ่ม</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะที่ผิดปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีความสนใจในการเล่นน้อยหรือจำกัด เล่นซ้ำๆ ● ไม่สำรวจ และทดลองเล่นแบบใหม่ ๆ เล่นชั่วคราวหรือหลีกเลียงที่จะเล่น ● ไม่สามารถเริ่มเล่นกับเด็กคนอื่น ● ไม่ยึดหยุ่นระหว่างการเล่นกับเด็กคนอื่น ● ไม่ทำตามลำดับขั้นตอนหรือข้อกำหนดของกิจกรรมการเล่นแบบกลุ่ม ● ไม่ยอมรับการเล่นแบบกลุ่ม ไม่ทำตามกลุ่ม

ตารางที่ ๕ (ต่อ)

ภาวะปกติ	ภาวะผิดปกติ
<p>๕. ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ร่วมกิจกรรมที่ทำให้ได้ประสบการณ์ใหม่ ● มีความพยายามโดยอัตโนมัติในประสบการณ์ใหม่ ● ตื่นเต้นที่จะได้ทำกิจกรรมใหม่ ● เมื่อเกิดเหตุการณ์ท้าทายในการเล่น มองหาคำตอบที่จะช่วยให้ทำกิจกรรมได้สำเร็จหรือหากิจกรรมทดแทนที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ ● ใช้เวลาน้อย ในการเข้าสู่สภาวะปกติหลังมีอาการเครียด 	<p>๕. การไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะที่ผิดปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● หลีกหนีประสบการณ์ใหม่ ● ต้องการการกระตุ้นอย่างมากในการให้ลองกิจกรรมใหม่ ● กลัว ลังเล หรือหลีกหนี เมื่อพบกับงานหรือสถานการณ์ใหม่ ● เมื่อเล่น หากมีสิ่งท้าทายความสามารถ จะหลีกหนีหรือแสดงพฤติกรรมถดถอย เหมือนเด็กทารก ● ใช้เวลานานมากกว่าจะหายจากอาการเครียด

การบำบัดรักษา

การบำบัดรักษาเด็กที่มีปัญหาด้านจิตสังคม ตามกรอบอ้างอิงนี้ นักกิจกรรมบำบัดมีแนวทางการสร้างความเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับปัญหา (Olson, ๑๙๘๙) ดังนี้

๑. การช่วยผู้ดูแลเด็กในการกำหนดกิจกรรมหรือสิ่งที่ต้องทำเป็นประจำ โดยเฉพาะในกิจกรรมที่เด็กรู้สึกยุ่งยากหรือทำให้เด็กควบคุมตนเองไม่ได้ เด็กจะค่อย ๆ สงบลง ให้ความร่วมมือและมีระเบียบ ในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

๒. การช่วยผู้ดูแลเด็กให้เข้าใจความไม่สบายใจของเด็ก อันเนื่องมาจากอุปนิสัยพื้นฐานส่วนบุคคล และวิธีการจัดการกับเด็ก โดยสนใจความต้องการทั้งของเด็กและครอบครัวเป็นหลัก เด็กและผู้ดูแลจะมีปฏิสัมพันธ์และสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันมากขึ้น

๓. การช่วยเด็กพัฒนากลวิธีในการคิด การทำความเข้าใจในกิจกรรม ซึ่งเดิมก่อให้เกิดความวิตกกังวลมาก เด็กจะมีโอกาสมากขึ้นที่จะสามารถทำหรือมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมดังกล่าว

๔. การช่วยเด็กให้สามารถบอกหรือแสดงพฤติกรรมให้พ่อแม่หรือผู้ดูแลทราบถึงความต้องการที่เชื่อมโยงกับกิจกรรม จะทำให้พ่อแม่หรือผู้ดูแลสามารถตอบสนองความต้องการของเด็กได้ดีขึ้น

๕. การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย ทำให้เด็กเห็นโอกาสในการทำกิจกรรมอย่างสนุกสนาน และกิจกรรมนั้นทำให้ได้รับสิ่งเสริมแรงจากภายนอก เด็กจะพยายามมากขึ้น เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม

๖. ถ้าเด็กเรียนรู้ที่จะช่วยเหลือผู้อื่นได้สำเร็จ และยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น เด็กจะมองหาผู้อื่นสำหรับกิจกรรมที่ต้องช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้มากขึ้น

๗. ถ้าเด็กเรียนรู้ทักษะสังคมพื้นฐานในการเล่นร่วมกับเด็กคนอื่น สิ่งนี้จะช่วยเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนซึ่งจะทำให้ความสนใจของเด็กและทักษะในกิจกรรมของเด็กเพิ่มขึ้น

๘. การนำกลุ่มเด็กโดยใช้กระบวนการจินตนาการหรือกิจกรรมการเล่น เกม เด็กจะมีความเข้าใจและยอมรับข้อกำหนด ลำดับ และกติกาเพิ่มขึ้นในการเล่นแบบกลุ่มซึ่งสนุกสนานและน่าพึงพอใจ เด็กจะมีแรงจูงใจในการทำตามกฎ หรือตักเตือนกัน และจะทำก่อนคิดน้อยลง

๙. การช่วยเหลือเด็กในการทำกิจกรรมใหม่ด้วยวิธีที่ลดความกลัวแก่เด็ก เด็กจะมีโอกาสที่จะร่วมในกิจกรรมดังกล่าวเพิ่มขึ้น

๑๐. การให้โอกาสในการทดลองทำกิจกรรมใหม่ที่หลากหลาย เด็กจะสามารถทำกิจกรรมที่ไม่เคยทำได้มากขึ้น

กรอบอ้างอิงเสริมสร้างกระบวนการสอนและการเรียนรู้

กรอบอ้างอิงเสริมสร้างกระบวนการสอนและการเรียนรู้ เป็นกรอบอ้างอิงที่พัฒนามาจากแบบจำลองการเสริมต่อการเรียนรู้ ๔ แบบ (the Four-Quadrant Model of Facilitated Learning) ที่พัฒนาโดย Greber, Ziviani และ Rodger (๒๐๐๗a และ ๒๐๐๗b) โดยพัฒนาจากแนวคิดของไวทสกี (Vygotsky) เรื่องพื้นที่รอยต่อพัฒนาการ (zone of proximal development) ที่หมายถึงระยะห่างของระดับพัฒนาการที่เป็นจริงกับระดับพัฒนาที่สามารถเป็นไปได้ และการเสริมต่อการเรียนรู้ (scaffolds) ที่เน้นบทบาทเชิงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนในการเตรียมการชี้แนะหรือให้การช่วยเหลือ กับผู้เรียนที่ช่วยให้ผู้เรียนมีพัฒนาการการเรียนรู้ที่เหมาะสม (Greber & Ziviani, ๒๐๑๐)

กรอบอ้างอิงเสริมสร้างกระบวนการสอนและการเรียนรู้เชื่อว่า บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้แตกต่างกัน กลยุทธ์การสอนที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะที่ต้องการด้วยตนเอง โดยมีข้อสมมติฐานการเสริมต่อการเรียนรู้เพื่อความเป็นตัวของตนเอง ๔ ประการ คือ (Greber & Ziviani, ๒๐๑๐)

๑. การได้มาของทักษะหลัก เป็นเพียงก้าวแรกของการพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรม และเป็นก้าวแรกที่น่าไปสู่เป้าหมายของกิจกรรมบำบัด

๒. การเสริมสร้างความสามารถในการทำกิจกรรม เกี่ยวข้องกับความสามารถในการควบคุมทักษะสำคัญของการทำกิจกรรม ความสามารถในการปรับทักษะที่สอดคล้องต่อบริบทของกิจกรรมการดำเนินชีวิตขณะนั้น

๓. ความเป็นตัวของตัวเอง เป็นการความสามารถควบคุมจัดการทักษะหลัก ความสามารถในการตัดสินใจที่ทำให้เกิดการแผ่ขยายการเรียนรู้ และความสามารถของการนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต

๔. การเสริมต่อการเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพเมื่อสามารถบ่งชี้ถึงทักษะสำคัญในการทำกิจกรรม

กรอบอ้างอิงนี้ แบ่งการเสริมต่อการเรียนรู้ออกเป็น ๔ ชั้นตามหลักการเรียนการสอน ๒ ประการ คือ

- ๑) วิธีการเรียนรู้ของผู้เรียนที่เป็นความต่อเนื่องของการเรียนรู้โดยการชี้แนะผู้อื่นกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง และ
- ๒) บทบาทของผู้สอนที่เป็นความต่อเนื่องระหว่างการสอนโดยตรงไปสู่การเรียนรู้ด้วยตนเอง ดังนี้

ชั้นที่ ๑ การเสริมต่อการเรียนรู้ที่ผู้บำบัดเป็นผู้กระตุ้นโดยตรง (direct, facilitator-initiated strategies) เป็นการเสริมต่อการเรียนรู้ที่มุ่งให้เกิดการเรียนรู้ทักษะเฉพาะของงาน เช่น การสอนและอธิบายที่ชัดเจน การสาธิต การจัดแบบแผนทางร่างกาย และการถามด้วยคำถามง่าย ๆ

ขั้นที่ ๒ การเสริมต่อการเรียนรู้ที่ผู้บําบัดเป็นชี้แนะ (indirect, facilitator-initiated strategies) เป็นการเสริมต่อการเรียนรู้ที่มุ่งให้เกิดความสามารถในการตัดสินใจทำหรือใช้ทักษะด้วยตนเอง เช่น การถามที่กระตุ้นการคิดและตัดสินใจ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเตือนโดยการแตะหรือดันทางกาย การเตือนโดยการใช้การแสดงทางสีหน้า สายตา และกริยาท่าทาง การคิดตั้ง ๆ

ขั้นที่ ๓ การเสริมต่อการเรียนรู้โดยผู้เรียนเป็นผู้ริเริ่มด้วยตนเอง (direct, learner-initiated strategies) เป็นการเสริมต่อการเรียนรู้ที่มุ่งให้ผู้เรียนสามารถระลึกถึงทักษะหลักที่ทำให้เกิดการกระทำที่เหมาะสม เช่น การฝึกซ้อม การใช้เทคนิคช่วยจำ การพูดสอนตนเอง การแสดงโดยนัย และการเตือนด้วยการเคลื่อนไหวตนเอง

ขั้นที่ ๔ การเสริมต่อการเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นผู้ริเริ่มการเรียนรู้ด้วยตนเอง (indirect, learner-initiated strategies) เป็นการเสริมต่อการเรียนรู้ที่มุ่งให้ผู้เรียนสามารถตรวจสอบประเมินผล และเกิดการทํากิจกรรมด้วยตนเอง เช่น การใช้จินตภาพ การสอนตนเอง การถามตนเอง การตรวจสอบด้วยตนเอง การแก้ปัญหา และการทำเป็นปกติวิสัย

ซึ่งการพัฒนาการในแต่ละขั้น ต้องอาศัยกลยุทธ์การเรียนรู้เฉพาะ เช่น การลดการอธิบายโดยตรงไปสู่การชี้แนะ (leading strategies) เป็นกลยุทธ์การเรียนรู้จากขั้นที่ ๑ ไปขั้นที่ ๒ การส่งเสริมให้เกิดการทบทวนด้วยตนเอง (orienting strategies) เป็นกลยุทธ์การเรียนรู้จากขั้นที่ ๒ ไปขั้นที่ ๓ และการลดความช่วยเหลือจากผู้บําบัดอย่างเป็นระบบ (fading strategies) เป็นกลยุทธ์การเรียนรู้จากขั้นที่ ๓ ไปขั้นที่ ๔

ความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติและผิดปกติ

ความต่อเนื่องของภาวะปกติและผิดปกติของการเสริมต่อการเรียนรู้ จะเรียงต่อจากขั้นที่ ๑ ไปขั้นที่ ๒, ๓ และ ๔ และสามารถสรุปดังตารางที่ ๖

ตารางที่ ๖ ความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติและผิดปกติของการเสริมต่อการเรียนรู้

ภาวะปกติ	ภาวะผิดปกติ
<p>การกระทำได้ด้วยตนเอง</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ●สามารถทำงานให้ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ●สามารถแก้ไขความผิดพลาดที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง 	<p>การกระทำที่ต้องเสริมการเรียนรู้</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะผิดปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ●ไม่สามารถทำงานได้ด้วยตนเอง ●อาจต้องได้รับการสอนและอธิบายโดยตรงเพื่อให้สามารถทำงานหรือแก้ไขความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ●อาจต้องได้รับการกระตุ้นกระบวนการคิดตัดสินใจเพื่อให้สามารถทำงานหรือแก้ไขความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ●อาจต้องได้รับการทบทวนทักษะหรือขั้นตอนสำคัญของกิจกรรมเพื่อให้สามารถทำงานหรือแก้ไขความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองช่วยเหลือจากผู้อื่นโดยอาจต้องการ

การประเมินและการบำบัดรักษา

แนวทางการประเมินวิธีการเรียนรู้ของผู้รับบริการ และวิธีการเสริมต่อการเรียนรู้ ต้องอาศัยทักษะการวิเคราะห์กิจกรรมเพื่อให้ทราบถึงระดับความสามารถและทักษะที่จำเป็น โดยมีแนวทางการพิจารณาคือ

๑. ถ้าประเมินพบว่าผู้รับบริการไม่ทราบว่าต้องทำกิจกรรมอะไร และไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร แสดงว่าผู้รับบริการต้องการการสอนทักษะเฉพาะของงาน ผู้บำบัดควรใช้การเสริมต่อการเรียนรู้ขั้นที่ ๑

๒. ถ้าประเมินพบว่า ผู้รับบริการรู้ว่าจะทำอะไร รู้ถึงความผิดพลาดของการทำ แต่ไม่สามารถตัดสินใจเลือกการกระทำหรือไม่สามารถเลือกทักษะการกระทำได้ แสดงว่าผู้รับบริการต้องการการชี้แนะเพื่อการตัดสินใจ ผู้บำบัดควรใช้การเสริมต่อการเรียนรู้ขั้นที่ ๒

๓. ถ้าประเมินพบว่า ผู้รับบริการบอกได้ว่า ควรทำอะไร และอย่างไร แต่ไม่สามารถทำได้ตนเอง หรือทำได้ไม่สำเร็จ แสดงว่าผู้รับบริการควรมีเทคนิคการเตือนตนเอง ผู้บำบัดควรใช้การเสริมต่อการเรียนรู้ขั้นที่ ๓

๔. ถ้าประเมินพบว่า ผู้รับบริการสามารถทำ ตรวจวัด และประเมินผลการกระทำด้วยตนเอง แสดงว่าผู้รับบริการมีความเป็นตัวของตัวเองในการทำกิจกรรม ผู้บำบัดควรใช้การเสริมต่อการเรียนรู้ขั้นที่ ๔

ส่วนแนวทางในการบำบัดรักษา จะอาศัยหลักการเปลี่ยนแปลง คือ

- การเรียนรู้จะเกิดได้เมื่อมีการจัดวิธีการเรียนรู้ และจัดบทบาทของผู้สอนได้เหมาะสม
- การเสริมต่อการเรียนรู้ ควรเปลี่ยนแปลงเป็นลำดับขั้น
- ถ้าการเรียนรู้ในช่วงการเปลี่ยนผ่านควรเลือกใช้การเชื่อมต่อการเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสม

เหมาะสม

กรอบอ้างอิงกิจกรรมการดำเนินชีวิต

กรอบอ้างอิงนี้ให้ความสนใจกิจกรรมการดำเนินชีวิตในฐานะที่เป็นเป้าหมายของการบำบัดรักษาและเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัด (Primeau & Ferguson, ๑๙๙๙) โดย Mary Reilly ได้พัฒนาทฤษฎีพฤติกรรมการทำงานการดำเนินชีวิต (theory of occupation behavior) และ Kielhofner, Burke และ Igi ได้ผสมแนวคิดของ Reilly เข้ากับทฤษฎีระบบ (systems theory) ของ von Bertalanffy และ Boulding และได้เสนอแบบจำลองกิจกรรมการดำเนินชีวิตของมนุษย์ (Model of Human Occupation) (Primeau & Ferguson, ๑๙๙๙)

กรอบอ้างอิงกิจกรรมการดำเนินชีวิตนี้ เชื่อว่ากิจกรรมการดำเนินชีวิตเป็นพื้นฐานประสบการณ์ของมนุษย์ และเป็นสิ่งจำเป็นต่อการมีชีวิตรอด โดยพฤติกรรมการทำงานการดำเนินชีวิต (occupational behavior) ของมนุษย์หรือความสามารถของบุคคลในการเลือก จัดการ และกระทำการดำเนินชีวิตที่มีความหมายด้วยความพึงพอใจ และสอดคล้องกับวัฒนธรรม สังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ดังนั้น ตามกรอบอ้างอิงนี้ นักกิจกรรมบำบัดเน้นการปฏิบัติที่ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการเลือก จัดการ และทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่เป็นมีความหมายต่อผู้รับบริการ

พฤติกรรมการทำงานการดำเนินชีวิต เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ที่เป็นพลวัตไม่อยู่นิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อม และกิจกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญประกอบด้วย

๑. พฤติกรรมการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต สามารถแบ่งออกเป็น ๔ ระดับ จากพฤติกรรมที่ง่าย ๆ ไปถึงพฤติกรรมที่ซับซ้อน ดังนี้

○ การมีส่วนร่วม เป็นพฤติกรรมการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตในระดับสูงสุด ซึ่งกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่บุคคลเข้าร่วมจะสัมพันธ์กับบริบทของกิจกรรมการดำเนินชีวิตนั้น เช่นการมีส่วนร่วมกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่โรงเรียน ก็คือ การเรียนในห้องเรียน การเล่นกีฬาในโรงยิม หรือการรับประทานอาหารในโรงอาหาร และอื่น ๆ

○ การทำงานที่ซับซ้อน เป็นพฤติกรรมการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องไปกับการคาดหวังของสังคมในบริบทนั้น ๆ เช่น ความสามารถในการทำงานที่ซับซ้อนที่คาดหวังเมื่ออยู่ในโรงเรียน ได้แก่ ความสามารถในการทำการบ้านหรืองานที่ได้รับมอบหมายเสร็จตามกำหนด ความสามารถในการทำงานเป็นกลุ่มกับเพื่อน

○ ความสามารถในกิจกรรม หมายถึงพฤติกรรมการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตในแง่ของความสามารถหรือทักษะที่จำเป็นในการทำงานที่ซับซ้อน เช่น ทักษะในการเขียนหนังสือ ทักษะการถามในห้องเรียน ทักษะในการเคลื่อนไหว ทักษะในการสื่อสารและเข้าสังคม ทักษะด้านความคิด ความเข้าใจ

○ กระบวนการทำหน้าที่ของร่างกาย หมายถึงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายที่จะเสริมให้เกิดทักษะความสามารถในการทำกิจกรรมนั้น ๆ เช่น การทำงานร่วมกันของมือ ๒ ข้าง การวางแผนกระทำการเคลื่อนไหว การควบคุมการเคลื่อนไหว การประสานการเห็นกับการเคลื่อนไหว

๒. บุคคล ในองค์รวมที่ประกอบด้วยจิตวิญญาณ (spirituality) ได้แก่สิ่งจำเป็นในชีวิต ความปรารถนา แรงจูงใจ และเป้าหมายในชีวิตของบุคคล กับทักษะและความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต เช่น ทักษะการเคลื่อนไหว ทักษะการคิด ทักษะการสื่อสาร รวมไปถึงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย

๓. สิ่งแวดล้อม หรือบริบทของกิจกรรมการดำเนินชีวิต (context of an occupation) ที่อาจช่วยสนับสนุนส่งเสริม หรือจำกัดและขัดขวางการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตของบุคคล ซึ่งสำหรับเด็กแล้ว สิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่ควรคำนึงคือ

○ บ้าน เป็นบริบทที่สำคัญสำหรับการดำรงชีวิตของบุคคล เป็นบริบทที่ตอบสนองความต้องการที่พักอาศัย การดำรงอยู่ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

○ โรงเรียน เป็นบริบทที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้การแบ่งปัน รวมทั้งเป็นบริบทการศึกษาที่เตรียมความพร้อมสำหรับการเป็นผู้ใหญ่

○ ชุมชนที่บุคคลอาศัยอยู่ ทั้งบริบทสาธารณะกลางแจ้งเช่นทางเดินเท้า ถนนหนทาง รวมไปถึงพาหนะในการเดินทาง เช่นรถยนต์ จักรยาน หรือรถเมล์ และบริบทสาธารณะในร่มหรือในอาคารเช่น โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า ห้องสมุด พิพิธภัณฑ์ รวมไปถึงบ้านของเพื่อน วัด หรือโบสถ์ และศูนย์สุขภาพในชุมชน ตลาด

๔. กิจกรรมการดำเนินชีวิต หมายถึงสิ่งที่บุคคลทำ โดยมีข้อสมมติฐานที่เกี่ยวข้องคือ

○ กิจกรรมการดำเนินชีวิต เป็นสิ่งที่บุคคลทุกคนล้วนปรารถนาหรือต้องการเข้าร่วม เพื่อแสดงศักยภาพ และได้รับประสบการณ์ของการรู้ถึงความสามารถของตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

○ กิจกรรมการดำเนินชีวิตมีลักษณะซับซ้อนและมีหลายมิติ ทั้งมิติด้านเวลา สังคม วัฒนธรรม สังคม จิตวิญญาณ และอื่นๆ

○ กิจกรรมการดำเนินชีวิตเป็นกิจกรรมที่มีความหมายต่อบุคคล จึงต้องพิจารณาในบริบทของกิจกรรมการดำเนินชีวิตนั้น ๆ

○ กิจกรรมการดำเนินชีวิตเป็นประสบการณ์ของการใช้เวลาอย่างมีเป้าหมาย

○ กิจกรรมการดำเนินชีวิตเป็นได้ทั้งผลลัพธ์และกระบวนการของการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัด

○ กิจกรรมการดำเนินชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมายในการเข้าร่วมของบุคคล

○ กิจกรรมการดำเนินชีวิต สามารถช่วยเสริมการมีสุขภาพที่ดีได้ด้วยการเข้าร่วมทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต และสามารถใช้เป็นเครื่องมือการบำบัด

○ กิจกรรมการดำเนินชีวิตที่ใช้เป็นเครื่องมือการบำบัดนั้นสามารถใช้ได้ใน ๒ ลักษณะ คือ การใช้กิจกรรมการดำเนินชีวิตในฐานะที่เป็นวิธีการบำบัด (occupation-as-means) และกิจกรรมการดำเนินชีวิตในฐานะที่เป้าหมายของการบำบัด (occupation-as-ends)

ความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติและผิดปกติ

ภาวะปกติหรือภาวะผิดปกติของพฤติกรรมการทำงานกิจกรรมการดำเนินชีวิต จะสอดคล้องไปกับระดับพฤติกรรมการทำงานกิจกรรมการดำเนินชีวิต ทั้ง ๔ ระดับ ดังกล่าว และสามารถสรุปได้ดังตารางที่ ๗

ตารางที่ ๗ ความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงระหว่างภาวะปกติและผิดปกติของพฤติกรรมการทำงานการดำเนินชีวิต

ภาวะปกติ	ภาวะผิดปกติ
<p>การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินชีวิต</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● เข้าร่วมในกิจกรรมการดำเนินชีวิตได้หลายสถานการณ์ ● เข้าร่วมในกิจกรรมการดำเนินชีวิตได้ในบริบทที่แตกต่างกัน ● เข้าร่วมในกิจกรรมการดำเนินชีวิตด้วยด้วยความพอใจ 	<p>ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินชีวิต</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะผิดปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ไม่สามารถทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตในบริบทที่แตกต่างกัน ● สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินชีวิตได้แต่ไม่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ
<p>การทำงานที่ซับซ้อน</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● สามารถทำงานซับซ้อนที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต ● มีความพึงพอใจในการทำงานซับซ้อนที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต 	<p>ไม่สามารถทำงานที่ซับซ้อนได้</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะผิดปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ทำงานที่ซับซ้อนที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตไม่ได้ ● ทำงานที่ซับซ้อนที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตได้แต่ไม่พึงพอใจ
<p>ความสามารถในกิจกรรม</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีทักษะในการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการทำงานที่ซับซ้อนได้ ● มีทักษะในการคิดที่จำเป็นในการทำงานที่ซับซ้อนได้ ● มีทักษะในการสื่อสารและทักษะสังคม ที่จำเป็นในการทำงานที่ซับซ้อนได้ 	<p>การไม่มีทักษะหรือความสามารถ</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะผิดปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ขาดทักษะหรือขาดความสามารถพื้นฐาน ● มีทักษะหรือความสามารถไม่เพียงพอที่จะทำงานที่ซับซ้อนได้ ● มีทักษะหรือความสามารถในกิจกรรมแต่ไม่สอดคล้องกับการคาดหวังของสังคม
<p>กระบวนการทำหน้าที่ของร่างกาย</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีโครงสร้างของร่างกายที่พร้อมต่อการทำกิจกรรม ● มีการทำหน้าที่ของร่างกายที่เสริมสร้างการมีทักษะหรือความสามารถในกิจกรรม 	<p>ความบกพร่องของการทำหน้าที่ของร่างกาย</p> <p><u>พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะผิดปกติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีความบกพร่องของส่วนของร่างกายที่จำกัดการมีความสามารถ ● มีความบกพร่องของการทำหน้าที่ของร่างกายที่จำกัดการเสริมสร้างทักษะ

การบำบัดรักษา

แนวทางในการบำบัดรักษาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการทำงานการดำเนินชีวิตตามกรอบอ้างอิงนี้มีดังนี้

๑. ถ้านักกิจกรรมบำบัดสร้างสิ่งแวดล้อมที่ให้ข้อมูลแก่บุคคล การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นในตัวบุคคลผ่านระบบย่อย และผ่านจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม
๒. ถ้าบุคคลมีความบกพร่องในส่วนองแรงจูงใจ นักกิจกรรมบำบัดสามารถกระตุ้นแรงจูงใจผ่านประสบการณ์ในการเล่นซึ่งบุคคลสามารถได้รับความรู้สึกของการควบคุมสิ่งแวดล้อม

๓. ถ้าบุคคลได้รับประสบการณ์ที่ทำหายและต้องใช้วิธีการแก้ปัญหา และได้เรียนรู้ที่จะรับความเสี่ยงในการทำกิจกรรมที่ใหม่ บุคคลจะพัฒนาความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้

๔. ถ้านักกิจกรรมบำบัดยืนยันคุณค่าในตัวบุคคล บุคคลจะพัฒนาระบบการให้คุณค่าของตนจนเป็นที่ยอมรับโดยกลุ่มวัฒนธรรมของบุคคล

๕. ถ้านักกิจกรรมบำบัดให้แรงเสริมทางบวกกับบุคคลเมื่อเขามีพฤติกรรมที่เหมาะสม บุคคลจะพัฒนาพฤติกรรมที่ยอมรับได้ทางสังคมมากขึ้น

๖. ถ้าบุคคลได้ทำงานและทำกิจกรรมที่บุคคลรู้สึกมีความสุขและพึงพอใจแล้ว บุคคลมีแนวโน้มที่จะให้ความสนใจชนิดของงานและกิจกรรมเหล่านั้นอีก

๗. ถ้าบุคคลได้รับประสบการณ์ในการทำกิจกรรมที่หลากหลาย และได้รับการกระตุ้นให้เลือกกิจกรรมที่ชอบ บุคคลจะพัฒนาชุดกิจกรรมที่บุคคลสนใจขึ้นได้

๘. ถ้านักกิจกรรมบำบัดร่วมมือกับครอบครัวในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเล่นและให้ตัวอย่างต้นแบบของบทบาทที่เหมาะสมในครอบครัว บุคคลจะพัฒนาบทบาทที่เหมาะสมของตนกับครอบครัว

๙. ถ้าบุคคลได้เข้าร่วมกิจกรรมการเล่นทั้งแบบที่กำหนดการเล่นและไม่กำหนดกับกลุ่มเพื่อน บุคคลจะพัฒนาบทบาทผู้เล่นที่เหมาะสมได้

๑๐. ถ้านักกิจกรรมบำบัดให้การสนับสนุนที่จำเป็น และให้การกระตุ้นและการคาดหวังให้บุคคลเข้าร่วมเรียนในชั้น บุคคลจะพัฒนาบทบาทนักเรียนที่เหมาะสมได้

๑๑. ถ้านักกิจกรรมบำบัดสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนช่วยเหลือให้บุคคลต้องรับผิดชอบในกิจกรรมการดูแลตนเองเป็นประจำ บุคคลจะพัฒนานิสัยการดูแลตนเองได้

๑๒. ถ้าบุคคลได้ทำกิจกรรมที่ต้องทำเป็นประจำ บุคคลจะค่อย ๆ พัฒนารูปแบบการทำกิจกรรมประจำวัน

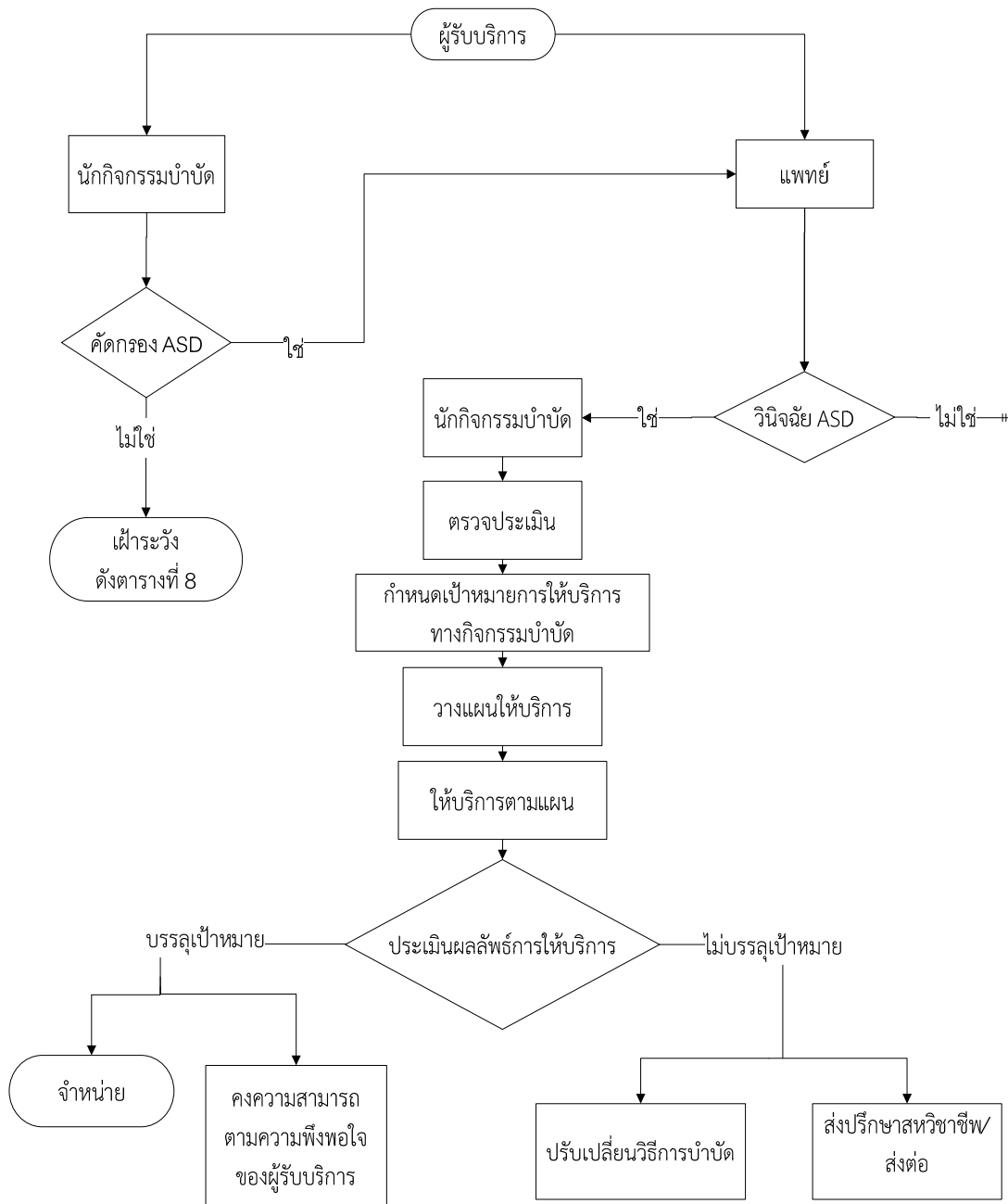
๑๓. ถ้านักกิจกรรมบำบัดจัดให้บุคคลทำกิจกรรมที่ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการติดต่อสื่อสาร การแก้ปัญหา และการรับรู้การเคลื่อนไหว บุคคลจะมีความสามารถดีขึ้น

๑๔. ถ้านักกิจกรรมบำบัดเลือกและใช้เทคนิคที่เหมาะสมจากกรอบอ้างอิงอื่นซึ่งกล่าวถึงความบกพร่องความสามารถบางอย่างของบุคคลและเทคนิคต่าง ๆ ที่เหมาะกับกรอบอ้างอิงกิจกรรมการดำเนินชีวิตแล้ว ทักษะความสามารถของบุคคลจะพัฒนาขึ้น

บทที่ ๔

แนวปฏิบัติทางคลินิกกิจกรรมบำบัดสำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัม

แนวปฏิบัติทางคลินิกกิจกรรมบำบัดสำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัมนี้ เป็นแนวทางสำหรับนักกิจกรรมบำบัดในการปฏิบัติงานเพื่อให้การบริการอย่างเป็นระบบและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีกระบวนการดังแผนผังในรูปที่ ๒



รูปที่ ๒ แผนผังกระบวนการบริการทางกิจกรรมบำบัดสำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัม

กระบวนการบำบัดทางกิจกรรมบำบัดแบ่งออกเป็น ๒ แนวทาง ดังนี้

๑. กรณีที่ผู้รับบริการยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกสเปกตรัม นักกิจกรรมบำบัดคัดกรองแนวโน้มการเป็นออทิสติกสเปกตรัมโดยสัมภาษณ์/ซักประวัติ สังเกต และใช้แบบคัดกรองที่ผ่านการพัฒนาและศึกษาคุณสมบัติการวัดแล้ว หากพบว่าผู้รับบริการมีแนวโน้มเป็นออทิสติกสเปกตรัม นักกิจกรรมบำบัดควรส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องและการรักษาอื่นที่เกี่ยวข้องต่อไป แต่หากพบว่าผู้รับบริการไม่มีแนวโน้มเป็นออทิสติกสเปกตรัม นักกิจกรรมบำบัดควรให้คำแนะนำในการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเป็นออทิสติกสเปกตรัม (ตารางที่ ๘)

๒. กรณีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นออทิสติกสเปกตรัม นักกิจกรรมบำบัดตรวจประเมินโดยเริ่มจากสัมภาษณ์/ซักประวัติจากผู้รับบริการ พร้อม ๆ กับการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลออทิสติกสเปกตรัม และควรประเมินให้ครอบคลุมกิจกรรมการดำเนินชีวิตทุกด้าน เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การเล่นเกม การนอนหลับ รวมทั้งประเมินปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนการทำกิจกรรม บริบทการทำกิจกรรม รวมถึงทักษะในการทำกิจกรรม และกำหนดเป้าหมาย วางแผนและให้บริการตามแผน (ตารางที่ ๙) เพื่อให้บุคคลออทิสติกสเปกตรัมสามารถทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตได้ตามบทบาทและศักยภาพที่มีอยู่ ซึ่งเทคนิคและแนวทางการบำบัดรักษาที่จะนำมาใช้ ต้องอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (ตารางที่ ๑๐) และกรอบอ้างอิงกิจกรรมบำบัด เพื่อให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพทั้งด้านเวลาและผลลัพธ์การให้บริการที่ดี

ภายหลังการให้การบำบัดรักษาไประยะหนึ่ง นักกิจกรรมบำบัดควรประเมินผลการบำบัดว่าบรรลุเป้าหมายตามที่ได้ตั้งไว้หรือไม่ หากบรรลุผลตามเป้าหมาย นักกิจกรรมบำบัดสามารถจำหน่ายผู้รับบริการได้ หรืออาจให้บริการด้านกิจกรรมบำบัดต่อหากผู้รับบริการต้องการการบำบัดรักษาเพื่อคงความสามารถต่อไป แต่หากผลการประเมินพบว่าไม่บรรลุตามเป้าหมายของการบำบัด ควรทำการประเมินซ้ำเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการบำบัดและกำหนดเป้าหมายการบำบัดใหม่ ในกรณีที่พบว่ามีปัญหาที่นอกเหนือจากขอบเขตการให้บริการของนักกิจกรรมบำบัด ควรส่งต่อไปรับบริการจากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า

ตารางที่ ๘ ข้อควรปฏิบัติสำหรับนักกิจกรรมบำบัดในการเฝ้าระวังความเสี่ยงเป็นออทิสติกสเปกตรัม

ปัญหาทักษะ	ข้อควรปฏิบัติ	ข้อสังเกต
๑. ปัญหาทักษะด้านการเคลื่อนไหว	<ul style="list-style-type: none"> ○ ประเมินพัฒนาการตามช่วงวัย ○ ประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น การทรงท่า การทรงตัว การเคลื่อนไหวร่างกาย ○ ประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น ทักษะการทำงานของมือ สหสัมพันธ์การเคลื่อนไหวของมือและตา ○ ให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองให้จัดกิจกรรมเสริมสร้างพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว ○ ส่งปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ○ ให้การบำบัดตามปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> - การให้คำแนะนำผู้ปกครอง ควรคำนึงถึงพื้นฐานความคิดความเข้าใจ สติปัญญา ระดับการศึกษา ทักษะการคิดการเลี้ยงดู ภาษา วัฒนธรรม และเศรษฐกิจสถานะของผู้ปกครอง - ควรจัดทำสื่อประกอบการเรียนรู้ เช่น แผ่นพับ วิดีโอ
๒. ปัญหาทักษะด้านภาษาและการสื่อสาร	<ul style="list-style-type: none"> ○ ประเมินพัฒนาการตามช่วงวัย ○ ประเมินการได้ยิน ○ ประเมินความสามารถในการรับรู้ การเข้าใจภาษา และการแสดงออกทางภาษา ○ ประเมินการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูด ○ ให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองให้จัดกิจกรรมเสริมสร้างพัฒนาการด้านภาษา ○ ส่งปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรเลือกวิธีการสอนให้เหมาะสม เช่น สาธิตลงมือปฏิบัติร่วมกัน เป็นต้น - ควรมีการติดตามหรือประเมินซ้ำเป็นระยะ
๓. ปัญหาด้านพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การเล่นมือ การโยกตัว การเดินเขย่ง ปลายเท้า การทำเสียงแปลกๆ ไม่อยู่นิ่ง ก้าวร้าว เคลื่อนไหวซ้ำ ๆ	<ul style="list-style-type: none"> ○ สังเกตถึงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ○ สัมภาษณ์เพื่อค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ○ ให้คำแนะนำในการปรับ/สร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม ○ ให้การบำบัดตามประเด็นของปัญหา ○ ส่งปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง 	
๔. ปัญหาด้านสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น การเล่นกับเพื่อนที่โรงเรียน การแยกตัว การร่วมทำกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว/โรงเรียน ความสนใจร่วมกับคนอื่น (joint attention)	<ul style="list-style-type: none"> ○ สัมภาษณ์/สังเกต เพื่อค้นหาปัญหาด้านสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ○ ให้คำแนะนำในการสร้างทักษะทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ○ ให้การบำบัดตามประเด็นของปัญหา ○ ส่งปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง 	

โดยมีรายละเอียดของการบริการทางกิจกรรมบำบัด ดังตารางที่ ๙

ตารางที่ ๙ รายละเอียดการบริการทางกิจกรรมบำบัด

หัวข้อ	การรวบรวมข้อมูล	แนวทางการปฏิบัติ
๑. การคัดกรองแนวโน้มการเป็นออทิสติกสเปกตรัม	<ul style="list-style-type: none">- การสัมภาษณ์/ซักถามผู้รับบริการ- การสังเกตลักษณะทางกายภาพ ความตื่นตัว การควบคุมตนเอง และความสนใจสิ่งแวดล้อม- การสังเกตพฤติกรรมอย่างละเอียด เช่น พฤติกรรมผิดปกติด้านสังคม ภาษา การสื่อสาร การตอบสนอง ต่อสิ่งเร้า การเล่น การปรับตัว รวมทั้งพฤติกรรมซ้ำ- การคัดกรองโดยใช้เครื่องมือ เช่น<ul style="list-style-type: none">■ แบบคัดกรอง Pervasive Developmental Screening Questionnaire (PDDSQ) (ชาญวิทย์ พรนภดล, อำไพ ทองเงิน, วรชช ยูktanนท์, เตือนฉาย แสงรัตนายนต์, ปราณี ฤกษ์ปानी และวันทนา อาทศิริวัฒน์, ๒๕๔๔; มยุรี เพชรอักษร, สร้อยสุดา วิทยากร, นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, ศศิธร สังข์อู๋ และ ไฉทยา ภีระบรรณ, ๒๕๕๐x หน้า ๓๔-๓๙)■ แบบตรวจรายการพฤติกรรม (นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, ๒๕๔๖ อ่างในมยุรี เพชรอักษรและคณะ, ๒๕๕๐x หน้า ๒๙-๓๑)■ แบบคัดกรองบุคคลออทิสติก (กระทรวงศึกษาธิการ, ๒๕๔๘ อ่างในมยุรี เพชรอักษรและคณะ, ๒๕๕๐x หน้า ๓๒-๓๓)	<ul style="list-style-type: none">- ส่งปรึกษาแพทย์ที่เกี่ยวข้องเพื่อการวินิจฉัย- ศึกษาข้อควรปฏิบัติในตารางที่ ๘

ตารางที่ ๙ (ต่อ)

หัวข้อ	การรวบรวมข้อมูล	แนวทางการปฏิบัติ
<p>๒. การประเมินและบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัด</p> <p>๒.๑ ข้อมูลส่วนบุคคล</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ประวัติการตั้งครรภ์/คลอด พัฒนาการ การเจ็บป่วย ▪ ข้อมูลทั่วไป เช่น พฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่บ้าน โรงเรียนและชุมชน ลักษณะการเลี้ยงดู 	<ul style="list-style-type: none"> - การสัมภาษณ์/ซักถามผู้รับบริการ - การสืบค้นข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น แฟ้มประวัติ บันทึกทางการแพทย์ ใบส่งตัว และเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว สังคม การศึกษา 	<ul style="list-style-type: none"> - เทคนิคการให้คำปรึกษา การให้ความรู้หรือให้โปรแกรมการปฏิบัติตนที่บ้าน หรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค อากาการ และการปรับพฤติกรรม
<p>๒.๒ สภาพทั่วไปของผู้รับบริการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การสังเกตรูปร่าง ท่าทาง/การเคลื่อนไหว สีหน้า อารมณ์และพฤติกรรม - การสังเกตพฤติกรรมผิดปกติ ๒ ด้านที่พบในออทิสติกสเปกตรัม - การสังเกต sensory based self-regulation ได้แก่ ระดับการตื่นตัว ช่วงความสนใจ การแสดงอารมณ์ และพฤติกรรมการแสดงออก 	<ul style="list-style-type: none"> - เทคนิคการให้คำปรึกษา การให้ความรู้หรือให้โปรแกรมการปฏิบัติตนที่บ้าน หรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค อากาการ และการปรับพฤติกรรม
<p>๒.๓ ประเภทของกิจกรรมการดำเนินชีวิต</p> <p>๒.๓.๑ กิจวัตรประจำวัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขั้นพื้นฐาน - ขั้นสูง 	<ul style="list-style-type: none"> - การสัมภาษณ์/ซักถามผู้รับบริการ - การสังเกตขณะทำกิจวัตรประจำวัน - การใช้แบบประเมินมาตรฐาน เช่น <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS) (Sparrow, Balla & Cicchetti, ๑๙๘๔; นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, ๒๕๕๙ และ ๒๕๕๖ข) ▪ WeeFIM II (๑๙๙๘ & ๒๐๐๖) ▪ Pediatric Evaluation Disability Inventory (PEDI) (Haley, Coster, Ludlow, Haltiwanger & Andrellos, ๑๙๙๘) 	<ul style="list-style-type: none"> - เทคนิคการปรับสภาพ เทคนิคการเรียนการสอน - การเตรียมและฝึกทักษะการจัดการตนเองในสถานการณ์ชีวิต เช่น การบริหารเวลา การจัดการด้านการเงิน การจัดสมดุลระหว่างการทำงานกับกิจกรรมยามว่าง การสร้างทักษะทางสังคม การเผชิญและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า

ตารางที่ ๙ (ต่อ)

หัวข้อ	การรวบรวมข้อมูล	แนวทางการปฏิบัติ
<p>๒.๓.๒ ความพร้อมในกิจกรรมการศึกษา</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การสัมภาษณ์/ซักถามผู้รับบริการ - การสังเกตขณะทำกิจกรรมการศึกษา - การใช้แบบประเมิน เช่น <ul style="list-style-type: none"> ■ The School Functional Assessment (SFA) (Coster, Deeney, Haltiwanger & Haley, ๑๙๙๘) ■ Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration (VMI) (Beery & Beery, ๑๙๙๗ & ๒๐๑๐; นันทนิ เสถียรศักดิ์พงศ์, ๒๕๕๖ค) ■ Motor Free Visual Perception Test Revised Plates: MVPT-R) (Colarusso & Hammill, ๑๙๙๖); นันทนิ เสถียรศักดิ์พงศ์, ๒๕๔๙ก และ ๒๕๕๖ก) ■ Developmental Test of Visual Perception II (DTVP-๒) (Hammill, Pearson & Vores, ๑๙๙๓; สุภาพร ชินชัย, ๒๕๕๖) ■ Shore Handwriting Screening for Early Handwriting Development (Shore, ๒๐๐๓) 	<ul style="list-style-type: none"> - ฝึกความพร้อมด้านการเรียน เช่น การใช้มือ สมาธิ ช่วงความสนใจ การรับรู้ทางสายตา การนั่งนิ่ง - การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อเสริมสร้างโอกาสในการเรียน - เทคนิคการเรียนการสอน
<p>๒.๓.๓ การเล่น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การสัมภาษณ์/ซักถามผู้รับบริการ - การสังเกตขณะเล่น - การใช้แบบประเมิน เช่น <ul style="list-style-type: none"> ■ Knox Preschool Play Scale-Revised (Knox, ๑๙๙๗) ■ Test of Playfulness (Bundy, ๑๙๙๗) ■ Observation of play behavior checklist 	<ul style="list-style-type: none"> - เทคนิคการวิเคราะห์และสังเคราะห์กิจกรรม - การส่งเสริมการเล่นตามพัฒนาการ - การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อเสริมสร้างโอกาสในการเล่น

ตารางที่ ๙ (ต่อ)

หัวข้อ	การรวบรวมข้อมูล	แนวทางการปฏิบัติ
<p>๒.๓.๔ การทำกิจกรรมยามว่าง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การสัมภาษณ์/ซักถามผู้รับบริการ - การสังเกตขณะทำกิจกรรมยามว่าง - การใช้แบบประเมิน เช่น <ul style="list-style-type: none"> ■ Vineland Adaptive behavior scale (VABS) (Sparrow et al., ๑๙๘๔; นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, ๒๕๔๙๗ และ ๒๕๕๖๗) ■ แบบวัดความสนใจ NPI Interest checklist ฉบับภาษาไทย (เทียมศรีคำจักร, วรณนิกา บุญระยอง และสายฝน ชาวล้อม, ๒๕๔๔) ■ Children’s Assessment of Participation and Enjoyment & Preferences for Activities of Children (King, Law, King, Hurley, Rosenbaum, Hanna, Kertoy, & Young, ๒๐๐๔) 	<ul style="list-style-type: none"> - เทคนิคการจัดการเวลาในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต - การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มโอกาสในการทำกิจกรรมยามว่าง - เทคนิคการเรียนการสอน
<p>๒.๓.๕ การมีส่วนร่วมทางสังคม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การสัมภาษณ์/ซักถามผู้รับบริการ - การสังเกตปฏิสัมพันธ์ทางสังคม - การใช้แบบประเมิน เช่น <ul style="list-style-type: none"> ■ Vineland Adaptive behavior scale (VABS) (Sparrow et al., ๑๙๘๔; นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, ๒๕๔๙๗ และ ๒๕๕๖๗) 	<ul style="list-style-type: none"> - เทคนิคการจัดกิจกรรมกลุ่ม - เทคนิคการเรียนการสอนทักษะทางสังคม โดยใช้สื่อหรือสถานการณ์จำลอง
<p>๒.๓.๖ การพักผ่อนและการนอนหลับ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การสัมภาษณ์/ซักถามผู้รับบริการ - การใช้แบบบันทึกการใช้เวลาการทำกิจกรรมในแต่ละวัน 	<ul style="list-style-type: none"> - การวิเคราะห์ความสมดุลการใช้เวลา - เทคนิคการจัดการเวลาในการทำกิจกรรม - การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมที่เสริมสร้างการนอนหลับ - การให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง - กิจกรรมที่ต้องใช้กำลังมาก (Physical exertion activity) - เทคนิคการผ่อนคลาย

ตารางที่ ๙ (ต่อ)

หัวข้อ	การรวบรวมข้อมูล	แนวทางการปฏิบัติ
<p>๒.๓.๗ การทำงานหรือการประกอบอาชีพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การสัมภาษณ์/ซักถามผู้รับบริการ - การสังเกตพฤติกรรมการทำงาน - การใช้แบบประเมินการทำงาน เช่น <ul style="list-style-type: none"> ■ แบบวัดความสนใจ NPI Interest checklist ฉบับภาษาไทย (เทียมศรีคำจักรและคณะ, ๒๕๕๔) ■ Autism Work Skills Questionnaire: AWSQ (Gal, Ben Meir, Katz, ๒๐๑๓) ■ Pre-vocational Assessment 	<ul style="list-style-type: none"> - การให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง - การฝึกทักษะความสามารถก่อนทำงาน - การจัดการทำงานในลักษณะที่มีคนเตรียมงาน และมีผู้ดูแล เช่น โรงงานในอาร์กซ์ - การจัดระบบสนับสนุนการทำงานและการประกอบอาชีพ - การฝึกและให้ทำงานในสถานประกอบการ - กระบวนการสนับสนุนในการทำงาน - การให้โปรแกรมตามสภาวะการทำงาน - การให้โปรแกรมการทำงานในสถานการณ์จำลอง
<p>๒.๔ ทักษะในการทำกิจกรรมด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย</p> <p>๒.๔.๑ ความสามารถด้านระบบประสาทกล้ามเนื้อและกระดูก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การสัมภาษณ์/ซักถามผู้รับบริการ - การสังเกตลักษณะการเคลื่อนไหวส่วนร่างกาย - การประเมินทางคลินิก โดยใช้เครื่องมือ เช่น <ul style="list-style-type: none"> ■ Peabody Motor Development Scales, ๒nd edition (Folio & Fewell, ๒๐๐๐ & ๒๐๐๒) ■ Clinical Observations of Motor and Postural Skills (Wison, Kaplan, Pollock & Law, ๒๐๐๑) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensory integrative activity - Sensory motor activity

ตารางที่ ๙ (ต่อ)

หัวข้อ	การรวบรวมข้อมูล	แนวทางการปฏิบัติ
<p>๒.๔.๒ ทักษะด้านประสาทสัมผัสและการรับรู้ (sensory perceptual skills)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การสัมภาษณ์/ซักถามผู้รับบริการ - การสังเกตพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้า - การประเมินโดยใช้เครื่องมือ เช่น <ul style="list-style-type: none"> ■ แบบตรวจสอบรายการพฤติกรรมบูรณาการประสาทความรู้สึกร่วม (clinical observation for evaluation in sensory integration) (มยุรี เพชรอักษรและคณะ, ๒๕๕๐ หน้า ๗๘-๘๕) ■ Miller Assessment for Preschoolers: MAP (Miller, ๑๙๘๘; นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, ๒๕๔๙ค และ ๒๕๕๖ง) ■ Sensory Profile (Dunn, ๑๙๙๙) ■ แบบคัดกรองพฤติกรรมการประมวลความรู้สึกร่วม (Evaluation of Sensory Processing) (มยุรี เพชรอักษรและคณะ, ๒๕๕๐ หน้า ๘๖-๙๓) ■ Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration (VMI) (Beery & Beery, ๑๙๙๗ & ๒๐๑๐; นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, ๒๕๕๖ค) ■ Motor-Free Visual Perception Test Revised Plates: MVPT-R (Colarusso & Hammill, ๑๙๙๖); นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, ๒๕๔๙ก และ ๒๕๕๖ก) ■ Developmental Test of Visual Perception II (DTVP-II) (Hammill, Pearson & Vores, ๑๙๙๓; สุภาพร ชินชัย, ๒๕๕๖) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensory motor approach - Sensory desensitization - Cognitive approach - Family oriented/ psycho-education - Sensory stimulation - Sensory motor activity - Sensory integrative activity - Physical exertion activity - Relaxation activity - Self control activity - Neurodevelopmental approach

ตารางที่ ๙ (ต่อ)

หัวข้อ	การรวบรวมข้อมูล	แนวทางการปฏิบัติ
<p>๒.๔.๓ ทักษะด้านการเคลื่อนไหวและการวางแผนการเคลื่อนไหว</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การสัมภาษณ์/ซักถามผู้รับบริการ - การสังเกตขณะทำกิจกรรม - การประเมินโดยใช้เครื่องมือ เช่น <ul style="list-style-type: none"> ■ Clinical Observations of Motor and Postural Skills (Wilson, Kaplan, Pollock & Law, ๒๐๐๑) ■ Miller Assessment for Preschoolers: MAP (Miller, ๑๙๘๘; นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, ๒๕๔๙ค และ ๒๕๕๖ง) ■ Bruiniuks–Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOTMP) (Bruiniuks, ๑๙๗๘) ■ Beery–Buktenica Developmental Test of Visual–Motor Integration (VMI) (Beery& Beery, ๑๙๙๗ & ๒๐๑๐; นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, ๒๕๕๖ค) ■ Vineland Adaptive behavior scale (VABS) (Sparrow et al., ๑๙๘๔; นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, ๒๕๔๙ข และ ๒๕๕๖ข) ■ Peabody Motor Development Scales–2 (Folio & Fewell, ๒๐๐๐ & ๒๐๐๒) ■ Dynamic Occupation Therapy Cognitive Assessment for Children (DOTCA-Ch) (Katz, Parush & Bar-Ilan, ๒๐๐๔) ■ เครื่องมือประเมินเซ็นซอรีอินทิเกรชันและแพร์ริกซิส หัวข้อทดสอบแพร์ริกซิสนับภาษาไทย (นันทิชา ถาวรไพบูลย์, ๒๕๕๓) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensory motor activity - Sensory integrative activity - เทคนิคการวิเคราะห์และสังเคราะห์กิจกรรม - เทคนิคการเรียนการสอน

ตารางที่ ๙ (ต่อ)

หัวข้อ	การรวบรวมข้อมูล	แนวทางการปฏิบัติ
๒.๔.๔ ทักษะด้านการควบคุมอารมณ์	- การสัมภาษณ์ และสังเกตทางคลินิก เพื่อหาสาเหตุและปัจจัยของการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม	- กรณีที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ควรหยุดพฤติกรรมนั้น และใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมร่วมด้วย - กรณีอื่น ใช้เทคนิคดังต่อไปนี้ร่วมด้วย <ul style="list-style-type: none">▪ Sensory integrative activity▪ Sensory motor approach▪ Sensory desensitization▪ Sensory motor activity▪ Self control activity▪ เทคนิคการปรับพฤติกรรม▪ เทคนิคการเรียนรู้การสอน▪ เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (Motivation technique)▪ เทคนิคการจัดการความเครียด▪ เทคนิคการฝึกทักษะการจัดการความเครียด▪ Relaxation activity▪ เทคนิคกระตุ้นระบบประสาทการรับรู้ความรู้สึก▪ ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ▪ ให้คำแนะนำ และเป็นพี่ที่ปรึกษาแก่ผู้ปกครอง

ตารางที่ ๙ (ต่อ)

หัวข้อ	การรวบรวมข้อมูล	แนวทางการปฏิบัติ
<p>๒.๔.๕ ทักษะด้านความคิด ความเข้าใจ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การสัมภาษณ์/ซักถามผู้รับบริการ - การสังเกตขณะทำกิจกรรม - การประเมินโดยใช้เครื่องมือ เช่น <ul style="list-style-type: none"> ■ Miller Assessment for Preschoolers: MAP (Miller, ๑๙๘๘; นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, ๒๕๔๙ค และ ๒๕๕๖ง) ■ Motor Free Visual Perception Test Revised Plates: MVPT-R) (Colarusso & Hammill, ๑๙๙๖); นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, ๒๕๔๙ก และ ๒๕๕๖ก) ■ The School Functional Assessment (SFA) (Coster, Deeney, Haltiwanger & Haley, ๑๙๙๘) ■ Dynamic Occupation Therapy Cognitive Assessment for Children (DOTCA-Ch) (Katz, Parush & Bar-Ilan, ๒๐๐๔) 	<ul style="list-style-type: none"> - การกระตุ้นการรับรู้ตนเอง กาลเวลา สถานที่และบุคคล - Auditory perception training - Visual perception training - การฝึกความคิดความเข้าใจ - การใช้เทคนิคการเรียนการสอน - Remedial approach - Sensory stimulation - Sensory motor activity - Sensory integrative activity - เทคนิคการวิเคราะห์และสังเคราะห์ กิจกรรม
<p>๒.๔.๖ ทักษะการสื่อ ความหมายและการ เข้าสังคม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การสัมภาษณ์/ซักถามผู้รับบริการ - การสังเกตขณะทำกิจกรรม - การประเมินทางคลินิก โดยใช้ เครื่องมือ เช่น <ul style="list-style-type: none"> ■ Denver Developmental Screening Test-II (Frankenburg, Dodds, Archer, Bresnick, Edelman & Shapiro, ๑๙๙๐ & ๑๙๙๒; สร้อยสุดา วิทยากร, ๒๕๔๙ และ ๒๕๕๖) ■ Vineland Adaptive behavior scale (VABS) (Sparrow et al., ๑๙๘๔; นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, ๒๕๔๙ข และ ๒๕๕๖ข) 	<ul style="list-style-type: none"> - Oro-motor function training - การใช้กิจกรรมในการกระตุ้นการ ทำงานของอวัยวะในการพูดและ การสื่อสาร - การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึก พูด - Auditory perception training - การฝึกทักษะความคิดความเข้าใจ - กิจกรรมส่งเสริมความสามารถ ทางการสื่อสาร - เทคนิคการปรับพฤติกรรม - ออกแบบ ประดิษฐ์ ฝึกใช้อุปกรณ์ ช่วยในการสื่อสาร - ฝึกทักษะการสื่อสารที่ใช้ในการ ดำเนินชีวิตและทักษะสังคม

ตารางที่ ๑๐ หลักฐานเชิงประจักษ์

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>Rederfer และ Goodman (๑๙๘๙) Level of evidence: C</p> <p>การศึกษาผลของการใช้สุนัขช่วยบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกจำนวน ๑๒ คน เป็นเพศหญิง ๓ คน เป็นเพศชาย ๙ คน มีอายุระหว่าง ๕-๑๐ ปี โดยให้การรักษารั้งละ ๒๐ นาที รวม ๑๘ ครั้ง</p>	<p>+/-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การใช้สุนัขช่วยบำบัดช่วยให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมทางสังคมที่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น และมีพฤติกรรมแยกตัวลดลง - การศึกษาติดตามผลการใช้สุนัขช่วยบำบัด ๑ เดือนพบว่า ทักษะการเข้าสังคมของกลุ่มตัวอย่างลดลง แต่ก็ยังสูงกว่าช่วงที่ไม่ได้รับการบำบัดถึง ๓ เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เช่นเดียวกับพฤติกรรมการแยกตัวที่แย่งโดยมีค่าสูงขึ้น แต่ก็ยังมีค่าต่ำกว่าช่วงที่ไม่ได้รับการบำบัดถึง ๒ เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำให้เห็นว่าการบำบัดโดยใช้สุนัขมีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมทางสังคม ลดพฤติกรรมการแยกตัว และสามารถคงผลการรักษาไว้ได้บางส่วนหลังจาก ๑ เดือน 	<ul style="list-style-type: none"> - การนำสัตว์มาใช้เป็นสื่อในการรักษาช่วยพัฒนาทักษะทางสังคม แต่ควรคำนึงถึงการสร้างแรงจูงใจและความปลอดภัยในการเลือกใช้ประเภทของสัตว์
<p>ดุษิต ลิขนะพิชิตกุล มปป. Level of evidence: D</p> <p>การวิจัยเพื่อสร้างแบบจำลองที่อธิบายความผิดปกติของกระบวนการประมวลผลข้อมูลของเด็กออทิสติกสเปกตรัมโดยอาศัยประสบการณ์และทฤษฎีต่าง ๆ</p>	<p>+/-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แบบจำลองที่สร้างขึ้นแบ่งความผิดปกติของกระบวนการประมวลผลข้อมูล ออกเป็น ๓ ระดับ คือ <ol style="list-style-type: none"> ๑. ระดับการรับสิ่งเร้า (input) เช่น การเลือกสนใจในสิ่งเร้าที่คนทั่วไปไม่สนใจ ทำให้ได้รับข้อมูลบิดเบี้ยว ๒. ระดับการประมวลผล (processing) เช่น ความผิดปกติในการเชื่อมข้อมูล ๒ ชุดเข้าด้วยกัน มีการเรียนรู้เป็นภาพมากกว่าเป็นภาษาหรือเงื่อนไข ๓. ระดับการแสดงออก (output) เช่น มีความยากลำบากในการเปล่งเสียงพูด 	<ul style="list-style-type: none"> - ในการบำบัดรักษาควรให้ความสำคัญตั้งแต่สิ่งเร้าที่ให้ เช่น คำพูด บรรยากาศ และกิจกรรมที่มีส่วนช่วยในการประมวลผลที่ดีของสมอง จนถึงการให้ความสำคัญต่อการแสดงออกที่ควรเน้นการมีส่วนร่วมมากกว่าการทำกิจกรรมได้หรือไม่ได้

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>มยุรี เพชรอักษร (๒๕๔๓) Level of evidence: D</p> <p>รายงานผลการบำบัดด้วยกิจกรรมบูรณาการประสาทรับความรู้สึกร่วมกับการใช้กิจกรรมที่มีเป้าหมายต่อพัฒนาการและพฤติกรรมผิดปกติของกรณีศึกษาเด็กออทิสติกสเปกตรัม ๑ ราย อายุ ๓ ปี ๘ เดือน ที่ได้รับโปรแกรมสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง ๆ ละ ๑ ชั่วโมง ติดต่อกัน ๑๖ เดือน โดยมีการประเมินผลการบำบัดทุก ๔ เดือน</p>	<p>+/-</p>	<p>- เด็กมีพัฒนาการปกติ เด็กสามารถเข้าเรียนร่วมกับเด็กปกติได้ ผลการเรียนรู้อยู่ในเกณฑ์ดี</p>	<p>- ควรให้กิจกรรมบูรณาการประสาทรับความรู้สึก ร่วมกับการใช้กิจกรรมที่มีเป้าหมายในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก</p>
<p>Hwang และ Hughes (๒๐๐๐) Level of evidence: A</p> <p>การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงผลการบำบัดเพื่อเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยการเพิ่มบทบาทการเป็นผู้เริ่มต้นมีปฏิสัมพันธ์ จำนวน ๑๖ เรื่อง</p>	<p>++</p>	<p>- กลยุทธ์การบำบัด ๔ แบบ ได้แก่ time delay, environmental arrangement, naturally occurring reinforcement and contingent imitation สามารถพัฒนาพฤติกรรมทางสังคม พฤติกรรมด้านอารมณ์ การสื่อสาร การสบตา ความสนใจร่วมกับคนอื่น และการเล่นเลียนแบบ</p>	<p>- ควรใช้กลยุทธ์การบำบัดทั้ง ๔ แบบในการพัฒนาทักษะการสื่อสารในเด็กออทิสติก</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>สร้อยสุดา วิทยากร (๒๕๔๔) Level of evidence: C</p> <p>การศึกษาแบบกลุ่มตัวอย่าง เดี่ยวในเด็กออทิสติก อายุ ๔ ปี ๖ เดือน ถึงผลของ โปรแกรมกิจกรรมการสัมผัส- การเคลื่อนไหวร่วมกับกิจกรรม ทาง sensory integration ประเมินโดยใช้แบบประเมิน sensory integration for visual and multiple disabilities students พบ ปัญหา sensory processing problem ได้รับโปรแกรม sensori-motor activity ๒๐ นาที ตามด้วยกิจกรรม sensory integration ๓๐ นาที สัปดาห์ละ ๓ ครั้ง เป็นระยะเวลา ๖ เดือน ทำ การประเมินซ้ำเป็นระยะ ๆ รวม ๔ ครั้ง ภายหลังจาก โปรแกรม ประเมินซ้ำอีก ๔ ครั้ง</p>	<p>+/-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กมีแนวโน้มของพฤติกรรมใน ชั้นเรียนด้านการสัมผัสและการ ทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อ มัดใหญ่เพิ่มขึ้น - พฤติกรรมมีแนวโน้มคงอยู่ได้หลัง สิ้นสุดโปรแกรม 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรใช้โปรแกรมกิจกรรม การสัมผัส-การเคลื่อนไหว ร่วมกับกิจกรรมทาง sensory integration ใน เด็กออทิสติก - โปรแกรมกิจกรรมการ สัมผัส-การเคลื่อนไหว ร่วมกับกิจกรรมทาง sensory integration สามารถวัดพฤติกรรมการ ปรับตัวในบริบทต่าง ๆ เช่น ที่บ้าน ที่โรงเรียนได้

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>สร้อยสุดา วิทยากร, สุภาพร ชินชัย, มยุรี เพชรอักษร และวรรณนิภา บุญระยอง (๒๕๔๘) Level of evidence: D</p> <p>การวิจัยคุณภาพถึงคุณค่าของ กิจกรรมการดูแลบุตรใน มุมมองของมารดาเด็ก ออทิสติกสเปกตรัม จังหวัด เชียงใหม่ จำนวน ๑๐ คน ด้วย การสัมภาษณ์เจาะลึกและการ สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม</p>	<p>+/-</p>	<p>- มารดาเด็กออทิสติกสเปกตรัมให้ คุณค่า/ความสำคัญของกิจกรรม การดูแลบุตร ใน ๖ มิติ คือ การ ทำตามบทบาท ความเชื่อหรือการ ทำตามที่มีผู้แนะนำ แรงผลักดันที่ เกิดจากความกังวล ความเอื้อ อาทรช่วยเหลือใจจุน ความสำคัญของตน และการ ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต</p>	<p>- ในการบำบัดรักษาทาง กิจกรรมบำบัดควรเน้น การส่งเสริมศักยภาพใน ครอบครัว</p>
<p>Levy, Kim, และ Olive (๒๐๐๖) Level of evidence: A</p> <p>การทบทวนวรรณกรรมจาก การศึกษาเชิงทดลองที่มีการให้ โปรแกรมการบำบัดแก่บุคคล ออทิสติกสเปกตรัมที่มีอายุ ๓-๘ ปี ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๗๕-เดือนเมษายน ค.ศ. ๒๐๐๑ จำนวน ๒๔ ฉบับ</p>	<p>+</p>	<p>- การศึกษาแสดงถึงประสิทธิผลการ บำบัดโดยพ่อแม่มีส่วนร่วม</p>	<p>- ควรให้โปรแกรมบำบัด ตั้งแต่อายุยังน้อย มีความ ต่อเนื่องยาวนานและ เข้มข้นให้ครอบคลุม พัฒนาการทุกด้าน และให้ ผู้ปกครองมีส่วนร่วม</p>
<p>Mostofsky, Dubey, Jerath, Jansiewicz, Goldberg, และ Denckla (๒๐๐๖) Level of evidence: B</p> <p>การศึกษาเปรียบเทียบ ความสามารถในการวางแผน กระทำการเคลื่อนไหว ในกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติก สเปกตรัม จำนวน ๒๑ คน และกลุ่มตัวอย่างเด็กปกติ จำนวน ๒๔ คน</p>	<p>+</p>	<p>- กลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติก สเปกตรัมมีการเคลื่อนไหว ตอบสนองที่ถูกต่อน้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กปกติ - เด็กออทิสติกสเปกตรัมมีความ บกพร่องใน ๓ เรื่องคือ การ เลียนแบบท่าทาง (gesture to imitation) การทำตามทางตาม คำสั่ง (gesture to command) และการใช้อุปกรณ์ (tool use)</p>	<p>- ควรประเมินและรักษา ปัญหาด้านการวางแผน กระทำการเคลื่อนไหวใน เด็กออทิสติกสเปกตรัม</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>Muys, Rodger, และ Bundy (๒๐๐๖) Level of evidence: C</p> <p>การศึกษาผลการใช้แบบประเมินโดยหาความสัมพันธ์ระหว่าง Children' PlayfulnessScale (CPS) กับ Test of Playfulness (ToP) และความสัมพันธ์ของการประเมินระหว่างผู้ปกครองกับผู้บำบัดในบุคคลภาวะออทิสติกจำนวน ๒๔ คน อายุ ๔๑-๘๖ เดือน</p>	<p>+</p>	<p>- ทักษะการเล่นที่ประเมินด้วย Children' Playfulness Scale และที่ประเมินด้วย Test of Playfulness มีความสัมพันธ์กัน</p>	<p>- ควรประเมินทักษะการเล่น - สามารถใช้แบบทดสอบทั้ง ๒ ชนิดนี้ ในการประเมินทักษะการเล่น</p>
<p>Sams, Fortney, และ Willenbring (๒๐๐๖) Level of evidence: C</p> <p>การศึกษากลุ่มทดลองกลุ่มเดียวที่นำแนวคิดเรื่องการใช้สัตว์ช่วยในการบำบัดเข้ามาผสมผสานกับโปรแกรมกิจกรรมบำบัดสำหรับเด็กภาวะออทิสติกในโรงเรียน โดยทดลองให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเด็กภาวะออทิสติก จำนวน ๒๒ คน ซึ่งมีอายุระหว่าง ๗-๑๓ ปี ได้รับโปรแกรมกิจกรรมบำบัดปกติ สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง และโปรแกรมกิจกรรมบำบัดร่วมกับการใช้สัตว์ เช่น ลามาส สุนัข และกระต่าย ช่วยในการบำบัดอีก สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ติดต่อกัน ๑๕ สัปดาห์</p>	<p>+/-</p>	<p>- โปรแกรมกิจกรรมบำบัดร่วมกับการใช้สัตว์ช่วยบำบัดช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกมีการแสดงออกทางภาษาและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีกว่าการได้รับโปรแกรมกิจกรรมบำบัดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p>	<p>- การนำสัตว์มาใช้เป็นสื่อในการรักษาช่วยพัฒนาทักษะทางสังคม แต่ควรคำนึงถึงการสร้างแรงจูงใจและความปลอดภัยในการเลือกใช้ประเภทของสัตว์</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>McConachie และ Diggle (๒๐๐๗) Level of evidence: A</p> <p>การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมของผลการกระตุ้นพัฒนาการโดยพ่อแม่ในบุคคลออทิสติกสเปกตรัมวัยก่อนเรียน อายุ ๑-๖ ปี จำนวน ๑๒ ฉบับ</p>	<p>++</p>	<p>- การฝึกโดยพ่อแม่ช่วยพัฒนาบุคคลออทิสติกสเปกตรัมให้มีพฤติกรรมสื่อสารความหมายดีขึ้น และช่วยให้มารดามีความรู้เกี่ยวกับออทิสติกสเปกตรัมมากขึ้น เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลออทิสติกสเปกตรัมกับครอบครัวดีขึ้น และลดภาวะซึมเศร้าของมารดาของบุคคลออทิสติกสเปกตรัม</p>	<p>- ควรให้การอบรมพ่อแม่ให้ฝึกบุคคลออทิสติกสเปกตรัมที่บ้าน</p>
<p>Miller, Coll และ Schoen (๒๐๐๗) Level of evidence: B</p> <p>การศึกษานำร่องแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมถึงผลของโปรแกรมกิจกรรมบำบัดที่ใช้ sensory integration approach ในการบำบัดเด็กที่มีความพร่องในการปรับระดับการรับรู้ความรู้สึก จำนวน ๒๔ คน แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม โดยกลุ่มแรกได้รับกิจกรรมบำบัดที่ใช้ sensory integration approach กลุ่มที่ ๒ ได้รับ activity protocol และกลุ่มที่ ๓ เป็นกลุ่มควบคุม ทำการทดสอบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม</p>	<p>+</p>	<p>- เด็กที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมบำบัดที่ใช้ sensory integration approach มีความสนใจ สมาธิ ความคิดความเข้าใจ และทักษะทางด้านสังคมพัฒนาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ</p>	<p>- ควรใช้โปรแกรมกิจกรรมบำบัดที่ใช้ sensory integration approach ในการบำบัดเด็กที่มีความพร่องในการปรับระดับการรับรู้ความรู้สึก</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>Scatton (๒๐๐๗) Level of evidence: D</p> <p>เป็นการทบทวนวรรณกรรม ของวิธีการบำบัดเพื่อพัฒนา ทักษะทางสังคมแก่ เด็กออทิสติก</p>	<p>+/-</p>	<p>- วิธีการบำบัดได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. Video modeling เป็นวิธีการ บำบัดที่ให้เด็ก ASD จดจำและ เลียนแบบพฤติกรรมจาก วิดีโอเทป ๒. Self-Management เป็น วิธีการส่งเสริมการจัดการ ตัวเองอย่างอิสระในการทำ กิจวัตรประจำวัน กับการเล่น กับเพื่อน ๓. Priming เป็นวิธีการส่งเสริมให้ ทำในกิจกรรมที่พึงพอใจและ คิดวางแผนได้ด้วยตนเอง ๔. Written Scripts เป็นการทำให้ กิจกรรมกลุ่มเพื่อแสดงบทบาท สมมุติในเรื่องทางสังคมที่ กำหนดไว้ ๕. Social Stories เป็นการพัฒนา ทักษะทางสังคมผ่านการเล่า เรื่อง ๖. Pivotal Response Training เป็นการฝึกการตอบสนองต่อ บริบททางสังคมที่หลากหลาย 	<p>- ควรนำวิธีการบำบัดต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ โดยคำนึง ของความต้องการของเด็ก และสอดคล้องกับบริบท ของสังคมไทย</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, สร้อยสุดา วิทยากร, เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, ศศิธร สังข์อู๋, มยุรี เพชรอักษร, ไฉทยา ภิระบรรณ และคนอื่น (๒๕๕๑)</p> <p>Level of evidence: C</p> <p>การศึกษานำร่องแบบ กรณีศึกษารายบุคคลถึงผลของ โปรแกรมการใช้ช่างไทยช่วย บำบัดร่วมกับกิจกรรมการ ดำเนินชีวิตที่วิเคราะห์และ ดัดแปลงอุปกรณ์บนพื้นฐาน ของกรอบอ้างอิงการบูรณาการ ประสาทความรู้สึกลงใน เด็กออทิสติก จำนวน ๔ ราย อายุระหว่าง ๑๑-๑๘ ปี โดย กรณีศึกษาออทิสติกได้รับการ ประเมินด้านความสามารถใน การควบคุมการทรงท่า การ ทรงตัว กระบวนการบูรณาการ ประสาท ความรู้สึก ทักษะทาง สังคม และพฤติกรรม การ ปรับตัวก่อนและหลังการให้ โปรแกรมบำบัดด้วยช่างไทย แบบเต็มวันจำนวน ๔ วันต่อ สัปดาห์ ต่อเนื่องกันเป็นเวลา ๓ สัปดาห์ ภายใต้การดูแลของ นักกิจกรรมบำบัด และใน สิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ</p>	<p>+/-</p>	<p>- กรณีศึกษาออทิสติกทั้ง ๔ ราย มีความสามารถในการควบคุม การทรงท่า ความสามารถในการ ทรงตัว การบูรณาการประสาท ความรู้สึก ทักษะทางสังคม และ พฤติกรรมการปรับตัวเพิ่มขึ้น</p>	<p>- การนำสัตว์มาใช้เป็นสื่อใน การรักษาช่วยพัฒนา ทักษะทางสังคม ทักษะ การทรงท่า การทรงตัว พฤติกรรมการปรับตัว การบูรณาการประสาท ความรู้สึก แต่ควรคำนึงถึง การสร้างแรงจูงใจและ ความปลอดภัยในการ เลือกลงใช้ประเภทของสัตว์</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, สร้อยสุดา วิทยากร, ไฉทยา ภิระบรรณ, ศศิธร สังข์อู่, นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์ และ ประสพ ทิพย์ประเสริฐ. (๒๕๕๑) Level of evidence: D</p> <p>การศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการ สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เกี่ยวกับประสบการณ์ของ ออทิสติกต่อกิจกรรมใน โปรแกรมการใช้ช่างช่วยบำบัด ที่ประกอบด้วยกิจกรรม ๔ ลักษณะคือ ๑) กิจกรรม เตรียมความพร้อม ๒) กิจกรรม บูรณาการประสาทความรู้สึก ๓) กิจกรรมเพิ่มทักษะทาง สังคม และ ๔) กิจกรรมเพิ่ม ทักษะด้านการดำเนินชีวิต ใน บุคคลออทิสติก จำนวน ๔ คน ช่วงอายุ ๙-๑๘ ปี หลังจาก สิ้นสุดโปรแกรมในวันแรก จำนวน ๖ ครั้ง</p>	<p>+/-</p>	<p>- บุคคลออทิสติกมีพัฒนาการด้าน การรับรู้ตนเอง อารมณ์ความรู้สึก ของตนเองและผู้อื่น สามารถ ทำนายการกระทำหรือพฤติกรรม ที่ยังไม่เกิดขึ้นได้</p>	<p>- ควรประเมินผลโปรแกรม กิจกรรมบำบัดทางคลินิก ในลักษณะข้อมูล เชิงคุณภาพ</p>
<p>สรินยา ศรีเพชรารุธ, พิรยา มันเชตวิทย์ และสายฝน ชาวล้อม. (๒๕๕๑) Level of evidence: D</p> <p>การวิจัยเชิงสำรวจถึงรูปแบบ การใช้เวลาและประเภทของ กิจกรรมที่ทำของมารดาเด็ก ออทิสติก จำนวน ๒๐ คน ด้วย แบบสำรวจการใช้เวลาในชีวิต ประจำวันฉบับภาษาไทย</p>	<p>+/-</p>	<p>- มารดาเด็กออทิสติกมีการใช้เวลา ในกิจกรรมการดำเนินชีวิตครบ ๖ ประเภท โดยลำดับจาก กิจกรรมที่ใช้เวลาในแต่ละวันมาก ไปหาน้อย คือกิจกรรมการบำรุง การรักษาร่างกายตนเอง (รวมการนอน หลับ) การทำงาน การดูแลลูก การทำงานบ้าน กิจกรรมยามว่าง และการศึกษาหาความรู้</p>	<p>- ควรคำนึงถึงความสมดุล ในการใช้เวลาของมารดา เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ ตามบทบาทที่ต้องการ และป้องกันภาวะ ความเครียด</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>Case-Smith & Arbesman (๒๐๐๘)</p> <p>Level of evidence: A</p> <p>การศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการบริการทางกิจกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกสเปกตรัม จำนวน ๔๙ เรื่องที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๘๖-๒๐๐๗</p>	<p>++</p>	<p>- พบเทคนิคที่ใช้ในการบำบัดเด็กออทิสติกสเปกตรัมดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. Sensory integration and sensory-based intervention ๒. Relationship-based, interactive interventions ๓. Developmental skill-based programs ๔. Social-cognitive skill training ๕. Parent-directed/mediated approaches ๖. Intensive behavioral intervention 	<p>- ควรนำวิธีการบำบัดต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ โดยให้สอดคล้องกับปัญหาของเด็ก และบริบทของสังคมไทย</p>
<p>Ospina, Seida, Clark, Karkhaneh, Hartling, Tjosvold, Vandermeer, และ Smith (๒๐๐๘)</p> <p>Level of evidence: A</p> <p>การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จำนวน ๒๒ เรื่อง ที่ตีพิมพ์ช่วงปี ค.ศ. ๒๐๐๗ เกี่ยวกับประสิทธิผลของเทคนิค Lovaas ที่ใช้บำบัดด้านพฤติกรรมในเด็กออทิสติกสเปกตรัมอายุระหว่าง ๒-๘ ปี ที่เปรียบเทียบผลการใช้เทคนิคการศึกษาพิเศษ ในประเทศแคนาดา</p>	<p>++</p>	<p>- กลุ่มทดลองที่ใช้เทคนิค Lovaas สามารถพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารภาษาและสังคมไม่แตกต่างการใช้เทคนิคการศึกษาพิเศษ</p>	<p>- ควรใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมร่วมในการใช้โปรแกรมการบำบัด</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>Petrus, Adamson, Block, Einarson, Sharifnejad, และ Harris (๒๐๐๘)</p> <p>Level of evidence: A</p> <p>การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมซ้ำของเด็กออทิสติกสเปกตรัม โดยคัดเลือกจากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. ๒๐๐๕-๒๐๐๗ จำนวน ๗ เรื่อง</p>	+	- โปรแกรมการออกกำลังกายส่งผลให้พฤติกรรมซ้ำของเด็กออทิสติกสเปกตรัมลดลงเพียงชั่วคราว	- ควรพิจารณากิจกรรมการออกกำลังกาย เช่น การวิ่งเหยาะ ๆ อย่างต่อเนื่อง นาน ๕-๒๐ นาที เพื่อลดพฤติกรรมซ้ำของเด็กออทิสติกสเปกตรัม
<p>Scattone (๒๐๐๘)</p> <p>Level of evidence: D</p> <p>การศึกษาแบบ A-B-A ถึงผลของการใช้ Social Stories™ ร่วมกับ Video Modeling ในการพัฒนาทักษะด้านการสนทนา ของเด็กชายที่มีภาวะแอสเพอร์เกอร์ที่ได้รับโปรแกรมนี้จำนวน ๒๔ ครั้ง ติดต่อกัน ๑๕ สัปดาห์</p>	+/-	- การใช้ Social Stories™ ร่วมกับ Video Modeling สามารถพัฒนาความสามารถในการสบตา ยิ้ม และให้ความร่วมมือในการสนทนากับผู้อื่นทั้งที่บ้านและโรงเรียน ในเด็กชายที่มีภาวะแอสเพอร์เกอร์	- ควรใช้แนวคิดในการเรียนรู้จากการเล่าเรื่อง ร่วมกับการใช้วิดีโอทัศน์ เพื่อพัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลภาวะแอสเพอร์เกอร์

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, สร้อยสุดา วิทยากร, ศศิธร สังข์อู่, นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, และประสพ ทิพย์ประเสริฐ. (๒๕๕๒) Level of evidence: D</p> <p>การศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการ สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการ รับรู้สภาวะจิตใจของออทิสติก โดยใช้ โปรแกรมการใช้ซ้ำ ช่วยบำบัดที่ประกอบด้วย กิจกรรม ๔ ลักษณะคือ ๑) กิจกรรมเตรียมความพร้อม ๒) กิจกรรมบูรณาการประสาท ความรู้สึกร ๓) กิจกรรมเพิ่มทักษะทาง สังคม และ ๔) กิจกรรมเพิ่มทักษะด้านการ ดำเนินชีวิต</p> <p>ในบุคคลออทิสติก จำนวน ๘ คน ช่วงอายุ ๙-๒๐ ปี หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมในวัน แรก จำนวน ๖ ครั้ง</p>	<p>+/-</p>	<p>- โปรแกรมการใช้ซ้ำช่วยบำบัดที่ พัฒนาขึ้นสามารถพัฒนาการรับรู้ สภาวะจิตใจของออทิสติกตั้งแต่ การรับรู้ความต้องการของตนเอง การรับรู้สภาวะจิตใจผู้อื่นจาก พฤติกรรมและเหตุการณ์ภายนอก ที่มองเห็นได้ และสามารถทำนาย การกระทำหรือพฤติกรรมที่ยังไม่ เกิดขึ้นได้</p>	<p>- ควรประเมินผลโปรแกรม กิจกรรมบำบัดทางคลินิก ในลักษณะข้อมูลเชิง คุณภาพ</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>ศศิธร สังข์อู่, เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, สร้อยสุดา วิทยากร, นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, ประสพ ทิพย์ประเสริฐ, มยุรี เพชรอักษรและคนอื่นๆ (๒๕๕๒)</p> <p>Level of evidence: C</p> <p>การศึกษานำร่องแบบ กรณีศึกษารายบุคคลถึงผลของ โปรแกรมบำบัดด้วยช้างไทยต่อ ทักษะทางสังคมของบุคคล ออทิสติกชาย จำนวน ๔ คน อายุระหว่าง ๑๑-๑๗ ปี โดย ให้โปรแกรม ๔ วันต่อเนื่องกัน เป็นเวลา ๓ สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ๔ ลักษณะ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) กิจกรรมเตรียมความพร้อม ๒) กิจกรรมบูรณาการประสาทความรู้สึกร่วม ๓) กิจกรรมเพิ่มทักษะทางสังคม และ ๔) กิจกรรมเพิ่มทักษะด้านการดำเนินชีวิต <p>วัดผลโดยใช้แบบสังเกต พฤติกรรมเป็นรายบุคคลที่ บันทึกแบบสุ่มเวลา (time sample recording) ในขณะ ร่วมกิจกรรม</p>	<p>+/-</p>	<p>- ในระยะที่ได้รับโปรแกรมบำบัด ด้วยช้างไทย กรณีศึกษาออทิสติก ทั้ง ๔ ราย มีพฤติกรรมการเข้าหา ผู้อื่นเพิ่มขึ้น และพฤติกรรมการ สื่อความหมายทางสังคมทั้งแบบที่ ใช้ภาษาและไม่ใช้ภาษาเพิ่มขึ้น</p>	<p>- ควรมีการศึกษาการคงอยู่ ของพฤติกรรมทางสังคม ในระยะยาว</p> <p>- ควรมีการศึกษาผลของ โปรแกรมต่อพฤติกรรม ทางสังคมที่เกิดขึ้นใน ชีวิตประจำวัน</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>สร้อยสุดา วิทยากร, นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, ศศิธร สังข์อู่, เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, ไฉทยา ภิระบรรณ และดารานี สาสัตย์ (๒๕๕๒)</p> <p>Level of evidence: C</p> <p>การศึกษานำร่องแบบกรณีศึกษารายบุคคลถึงผลของโปรแกรมบำบัดด้วยช้างไทย (ประกอบด้วย ๘ กิจกรรม) ต่อกระบวนการบูรณาการประสาทความรู้สึกลงในบุคคลออทิสติก จำนวน ๔ คน อายุระหว่าง ๙-๑๘ ปี โดยประเมินความบกพร่องของการบูรณาการประสาทความรู้สึกลงด้วยแบบตรวจรายการพฤติกรรมแบบสั้นที่ประเมินโดยนักกิจกรรมบำบัดในคลินิก โดยผู้ปกครองที่บ้านและโดยครูในโรงเรียน และแบบสังเกตพฤติกรรมทางคลินิกถึงความสามารถในการทำในท่านอนหงายและท่านอนคว่ำซึ่งประเมินโดยนักกิจกรรมบำบัดในคลินิกโดยให้โปรแกรม ๔ วันต่อเนื่องกัน ๓ สัปดาห์</p>	<p>+/-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - หลังเข้ารับโปรแกรมกรณีศึกษา ทั้ง ๔ ราย มีพฤติกรรมบูรณาการประสาทความรู้สึกลงเพิ่มขึ้น และมีการใช้เวลาและความถูกต้อง/สมบูรณ์ของการทรงท่าเพิ่มขึ้น - มีความสอดคล้องในการประเมินพฤติกรรมบูรณาการประสาทความรู้สึกลงที่รายงานจากผู้บำบัดครูและผู้ปกครอง - โปรแกรมมีผลต่อกระบวนการบูรณาการประสาทความรู้สึกลงที่ช่วยให้มีพฤติกรรมปรับตัวในชีวิตประจำวันเหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> - สามารถใช้สัตว์มาเป็นสื่อการรักษา เพื่อพัฒนาระบวนการบูรณาการประสาทความรู้สึกลงของบุคคลออทิสติกสเปกตรัมความรู้สึกลง แต่ควรคำนึงถึงการสร้างแรงจูงใจและความปลอดภัยในการเลือกใช้ประเภทของสัตว์ - ควรประเมินผลของการบำบัดความบกพร่องของการบูรณาการประสาทความรู้สึกลงในบริบทที่แตกต่างกันที่ช่วยสะท้อนถึงการปรับตัวในชีวิตประจำวันของบุคคลออทิสติกสเปกตรัม

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>Bass, Duchowny และ Llabre (๒๐๐๙) Level of evidence: C</p> <p>การศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดด้วยการชี่มาเป็นเวลา ๑๒ สัปดาห์ต่อการทำหน้าที่ทางสังคม (social function) ของเด็กภาวะออทิสติก จำนวน ๑๙ คน กับกลุ่มควบคุมจำนวน ๑๕ คน</p>	<p>+/-</p>	<p>- เด็กภาวะออทิสติกที่ได้รับการบำบัดด้วยการชี่มี sensory seeking, sensory sensitivity, social motivation, attention และการนั่งอยู่กับที่ดีขึ้น</p>	<p>- โปรแกรมชี่มาเป็นทางเลือกในการบำบัดเด็กออทิสติกสเปกตรัมได้</p>
<p>Ben-Sasson, Hen, Fluss, Cermak, Engel-Yeger, และ Gal (๒๐๐๙) Level of evidence: A</p> <p>การศึกษาด้วยวิธีวิเคราะห์อภิมานของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการแสดงออกด้านความรู้สึกของเด็กออทิสติกสเปกตรัมจำนวน ๑๔ เรื่อง ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกจากทั้งหมด ๙๘ เรื่อง ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบตามกลุ่มอายุ และระดับความรุนแรงของออทิสติกสเปกตรัม</p>	<p>+</p>	<p>- เด็กออทิสติกสเปกตรัมมีการแสดงออกด้านการรับรู้ที่แตกต่างกับเด็กปกติ</p> <p>- เด็กออทิสติกสเปกตรัมที่มีช่วงอายุและระดับความรุนแรงของโรคต่างกันมีการแสดงออกด้านการรับรู้ที่มีความแตกต่างกัน</p> <p>- การตอบสนองต่อสิ่งเร้าน้อยกว่าปกติ หรือมากกว่าปกติ และการแสวงหาสิ่งเร้าของเด็กออทิสติกสเปกตรัมมีความแตกต่างจากเด็กปกติมากที่สุดในช่วงอายุ ๖-๙ ปี</p>	<p>- โปรแกรมบำบัดรักษาเด็กออทิสติกสเปกตรัมควรพิจารณาถึงความแตกต่างของการแสดงออกด้านการรับรู้ที่ต่างกัน</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>Jasmin, Couture, McKinley, Reid, Fombonne และ Gisel (๒๐๐๙)</p> <p>Level of evidence: D</p> <p>การศึกษาเชิงสำรวจถึงผลของการบูรณาการการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหวต่อพัฒนาการความสามารถในการเคลื่อนไหว และทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวน ๓๕ คน อายุ ๓-๔ ปี ตรวจสอบโดยแบบประเมิน Dunn's Sensory Profile, Peabody Developmental Motor Scales-II, Functional Independence Measure for children และ Vineland Adaptive Behaviour Scales-II</p>	<p>+/-</p>	<p>- ปัญหาด้านการบูรณาการการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันในเด็กออทิสติก</p>	<p>- ควรประเมินปัญหาด้านการบูรณาการการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหวในเด็กออทิสติกเพื่อวางแผนการบำบัดให้สอดคล้องกับปัญหาต่อไป</p>
<p>Joosten, Bundy และ Einfeld (๒๐๐๙)</p> <p>Level of evidence: C</p> <p>การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมซ้ำกับแรงจูงใจที่ประเมินด้วย the revised Motivation Assessment Scale (revised MAS) ในบุคคลออทิสติกสเปกตรัมที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา กับบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เพียงอย่างเดียว อายุ ๕-๑๘ ปี จำนวน ๗๔ คน ในโรงเรียนการศึกษาพิเศษขนาดกลาง</p>	<p>+/-</p>	<p>- บุคคลออทิสติกสเปกตรัมที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามีพฤติกรรมซ้ำที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจภายในที่ต้องการลดความกังวลมากกว่าต้องการการแสวงหาการรับรู้ความรู้สึก (sensory seeking) ในขณะที่บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเพียงอย่างเดียวมีพฤติกรรมซ้ำที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจภายนอกในการพยายามหลีกเลี่ยงความกังวลหรือความต้องการได้รับสิ่งเสริมแรงที่จับต้องได้</p>	<p>- ควรใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพและการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความกังวลที่ช่วยพฤติกรรมซ้ำสำหรับบุคคลออทิสติกสเปกตรัมที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา รวมถึง</p> <p>- ควรศึกษาคุณสมบัติการวัดทั้งความตรงและความเที่ยงของ revised MAS ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>Piravej, Tangtrongchitr, Chandarasiri, Paothong และ Sukprasong (๒๐๐๙)</p> <p>Level of evidence: A</p> <p>การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม และมีกลุ่มควบคุมถึง ประสิทธิภาพของการบำบัด ๒ วิธี คือ</p> <p>๑) เทคนิค Sensory integration</p> <p>๒) เทคนิค Sensory integration ร่วมกับการนวดไทย</p> <p>ในเด็กออทิสติกจำนวน ๖๐ คน อายุ ระหว่าง ๓-๑๐ ปี ที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สภากาชาดไทย ๒ ครั้งต่อ สัปดาห์ ครั้งละ ๑ ชั่วโมง ติดต่อกัน ๘ สัปดาห์</p>	<p>++</p>	<p>- การบำบัดด้วยเทคนิค Sensory integration ร่วมกับการนวดแผนไทยสามารถลดปัญหาทางด้าน พฤติกรรม อารมณ์ ภาวะวิตกกังวล ไม่อยู่นิ่งและช่วงเวลาการนอนหลับดีขึ้น</p>	<p>- ควรใช้เทคนิค Sensory integration ร่วมกับการนวดไทย ในการบำบัดเด็กออทิสติก</p>
<p>Preston และ Carter (๒๐๐๙)</p> <p>Level of evidence : A</p> <p>การศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ตีพิมพ์ในปี ๑๙๙๒-๒๐๐๗ จำนวน ๒๗ เรื่องที่เกี่ยวข้องกับผลของโปรแกรม The Picture Exchange Communication System (PECS) ในการพัฒนาความสามารถด้านการพูดและทักษะด้านสังคมในเด็กออทิสติก</p>	<p>++</p>	<p>- โปรแกรม PECS สามารถพัฒนาความสามารถด้านการพูดและสังคมในเด็กออทิสติกที่มีความสามารถด้านการพูดที่จำกัด แต่ไม่มีความบกพร่องทางความคิด ความเข้าใจ</p>	<p>- ควรใช้โปรแกรม PECS ในการบำบัดเด็กออทิสติกที่มีความสามารถด้านการพูดที่จำกัด แต่ไม่มีความบกพร่องทางความคิด ความเข้าใจ</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>นันทนิ เสถียรศักดิ์พงศ์, สร้อยสุดา วิทยากร, เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, ศศิธร สังข์อู๋, และ ดารานี สาสัจย์ (๒๕๕๓) Level of evidence: C</p> <p>การศึกษาที่ทดลองถึง ประสิทธิผลของการใช้ช่างช่วย บำบัดที่ให้บริการใน ๒ รูปแบบ คือ แบบสั้นเป็น การให้การบำบัด ๔ ครั้งต่อ สัปดาห์ ต่อเนื่อง ๓ สัปดาห์ และแบบยาวเป็นการให้การ บำบัด ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่อง ๖ สัปดาห์ ในบุคคล ออทิสติกสเปกตรัม อายุ ๗- ๒๒ ปี จำนวน ๓๖ คน</p>	<p>+</p>	<p>- การให้บริการทั้ง ๒ รูปแบบให้ผล การบำบัดที่ไม่แตกต่างกัน</p>	<p>- ควรพิจารณาระยะเวลา การบำบัดตามความ เหมาะสมของสถานที่และ ความสะดวกของ ผู้รับบริการ</p>
<p>เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, สร้อยสุดา วิทยากร, ศศิธร สังข์อู๋ และนันทนิ เสถียรศักดิ์พงศ์. (๒๕๕๓) Level of evidence: D</p> <p>การศึกษาเชิงคุณภาพถึงการ เปลี่ยนแปลงในครอบครัว ออทิสติกที่มารับบริการทาง กิจกรรมบำบัด จำนวน ๘ ครอบครัวด้วยการสนทนา กลุ่ม จำนวน ๓ ครั้ง และมีการ ตรวจสอบความถูกต้องของ ข้อมูลในแต่ละครั้งด้วยการให้ ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเป็นผู้ ตรวจสอบ (member check)</p>	<p>+/-</p>	<p>- การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายใน ครอบครัวเมื่อในครอบครัวมี สมาชิกออทิสติก คือ ครอบครัวมี เวลาน้อยลง มีค่าครองชีพสูงขึ้น สมาชิกในครอบครัวมีความใจเย็น รับฟังผู้อื่นมากขึ้น มีความยืดหยุ่น ขึ้น มีความสามารถในการ ประยุกต์มากขึ้น เอาใจใส่ ห่วงใย และมีความร่วมมือกันภายใน ครอบครัวเพิ่มขึ้น รวมทั้งมี ความเครียดมากขึ้น โดย ครอบครัวจะมีการจัดการและ แสวงหาผู้ให้การช่วยเหลือ เช่น นักกิจกรรมบำบัดและครู การศึกษาพิเศษ เพื่อฝึกทักษะการ สื่อสาร การช่วยเหลือตนเองใน ชีวิตประจำวัน ทักษะการเรียนรู้ และทักษะการเข้าสังคม</p>	<p>- ควรพิจารณาถึงบริบทของ ครอบครัวเพื่อการบำบัดที่ มีประสิทธิภาพ</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>Bagatell, Mirigliani, Patterson, Reyes และ Test (๒๐๑๐)</p> <p>Level of evidence: D</p> <p>การศึกษาแบบกลุ่มตัวอย่าง เดี่ยวถึงประสิทธิผลของการบำบัดด้วย therapy ball chair ต่อการมีส่วนร่วมในห้องเรียนของเด็กชายออทิสติกสเปกตรัม จำนวน ๖ คน</p>	<p>+/-</p>	<p>- การบำบัดด้วย therapy ball chair ช่วยเพิ่มพฤติกรรมนั่งอยู่กับที่ในเด็กออทิสติกสเปกตรัมที่มีพฤติกรรมแสวงหาการรับความรู้สึกแบบ vestibular-proprioceptive อย่างมาก แต่ช่วยเพิ่มเพิ่มพฤติกรรมนั่งอยู่กับที่ได้เพียงเล็กน้อยในเด็กออทิสติกสเปกตรัมที่มี poor postural stability</p>	<p>- ควรคำนึงถึงธรรมชาติของความบกพร่องที่หลากหลายของบุคคลออทิสติกสเปกตรัมในการเลือกใช้กลยุทธ์การบำบัดที่เน้นการประมวลผลการรับความรู้สึกในเด็กออทิสติกสเปกตรัม</p>
<p>Frankel, Myatt, Sugar, Whitham, Gorospe, และ Augeson (๒๐๑๐)</p> <p>Level of evidence: A</p> <p>การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมถึงผลของโปรแกรมการฝึกพ่อแม่ที่ใช้เทคนิค Children's Friendship Training (CFT) ในเด็กออทิสติกสเปกตรัมช่วงชั้นประถมศึกษา (เกรด ๒-๕) จำนวน ๗๖ คน ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยได้รับโปรแกรมการบำบัด เป็นเวลา ๑๒ สัปดาห์ ๖๐ นาที/วัน</p>	<p>+</p>	<p>- เด็กออทิสติกสเปกตรัมที่ได้รับโปรแกรมการฝึกพ่อแม่ที่ใช้เทคนิค CFT มีการพัฒนาทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น และผู้ปกครองมีความพึงพอใจในศักยภาพของเด็ก</p>	<p>- ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดที่มีพ่อแม่มีส่วนร่วม</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>Joosten และ Bundy (๒๐๑๐) Level of evidence: C</p> <p>การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของความบกพร่องการประมวลผลการรับ ความรู้สึก ด้วย Sensory Profile ระหว่างบุคคลออทิสติก สเปกตรัมที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญา จำนวน ๒๙ คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ ๙.๗ ปีกับบุคคลที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญาเพียงอย่างเดียว จำนวน ๒๓ คน อายุเฉลี่ย ๙.๕ ปี</p>	<p>+</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ทั้งบุคคลออทิสติกสเปกตรัมที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญา และบุคคลที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญาเพียงอย่างเดียวมีคะแนนการประมวลผลการรับความรู้สึกแตกต่างจากบุคคลปกติ - บุคคลออทิสติกสเปกตรัมที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญามีความไวต่อการรับความรู้สึก และการหลีกเลี่ยงต่อสิ่งเร้า มากกว่าบุคคลที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญาเพียงอย่างเดียว 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรออกแบบโปรแกรมการบำบัดเพื่อป้องกันหรือลดการเกิดพฤติกรรมซ้ำ โดยการลดสิ่งเร้าที่ทำให้วิตกกังวล ซึ่งมีผลขัดขวางพัฒนาการและการเรียนรู้
<p>Kokina & Kern (๒๐๑๐) Level of evidence: C</p> <p>การศึกษาวิเคราะห์แบบบูรณาการของการศึกษาเชิงทดลองแบบกลุ่มตัวอย่างเดียวเกี่ยวกับผลของการบำบัดด้วย Social Story™ ในเด็กออทิสติก ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. ๒๐๐๒-๒๐๐๙ จำนวน ๑๘ เรื่อง</p>	<p>+</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การบำบัดด้วย Social Story™ มีประสิทธิผลดีในการบำบัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมที่เกิดในโรงเรียน และพฤติกรรมที่เน้นการควบคุมตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรใช้แนวคิดในการเรียนรู้จากการเล่าเรื่องในการบำบัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และพฤติกรรมที่เน้นการควบคุมตนเอง

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>Kozulin, Lebeer, Madella-Noja, Gonzalez, Jeffrey, Rosenthal, และ Koslowsky (๒๐๑๐)</p> <p>Level of evidence: C</p> <p>การศึกษาผลการบำบัดด้านความคิดความเข้าใจด้วยโปรแกรม Instrumental Enrichment Basic Program (IE-Basic) ที่เน้นการรับรู้อย่างเป็นระบบ ความสามารถในการควบคุมตนเอง การเข้าใจ ศัพท์ การวางแผน การแสดงออกทางอารมณ์ และความสัมพันธ์ทางสังคม รวมถึงการถ่ายโอนการเรียนรู้ไปสู่การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันในกลุ่มเด็กจากประเทศแคนาดา ซิลี เบลเยียม อิตาลี และอิสราเอลที่เป็น DCD, CP, intellectual impairment, ASD, ADHD และเด็กบกพร่องการเรียนรู้ที่มีอายุสมองเท่ากับ ๕-๗ ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน ๑๐๔ คน ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัด ๒๗-๔๐ ชั่วโมงเป็นเวลา ๓๐-๔๕ สัปดาห์ กับกลุ่มควบคุมจำนวน ๗๒ คนที่ได้เพียงการบำบัดทางกิจกรรมและการบำบัดทางด้านการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว</p>	<p>+</p>	<p>- โปรแกรม IE-Basic สามารถพัฒนาความสามารถด้านความคิดความเข้าใจสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องของการเรียนรู้ และความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับน้อยถึงปานกลางได้</p>	<p>- สามารถนำแนวคิดนี้ไปสร้างโปรแกรมเพื่อพัฒนาความคิดความเข้าใจของเด็กออทิสติกสเปกตรัมที่มีความบกพร่องของการเรียนรู้หรือมีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับน้อยถึงปานกลาง</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>Lane, Young, Baker, และ Angley (๒๐๑๐) Level of evidence: C</p> <p>การศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนการประมวลผลการรับรู้ความรู้สึกด้วย the Short Sensory Profile (SSP) กับพฤติกรรมการปรับตัวที่ประเมินด้วย the Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS) ในบุคคลภาวะออทิสติกจำนวน ๕๔ คน อายุระหว่าง ๓๓-๑๑๕ เดือน</p>	<p>+</p>	<p>- การประมวลผลการรับรู้ความรู้สึกด้าน Underresponsiveness/ Seeks Sensation and Auditory Filtering domain มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของบุคคลภาวะออทิสติก และส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การทรงตัว ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการวางแผนการเคลื่อนไหว</p>	<p>- ควรประเมินแบบแผนการประมวลผลการรับรู้ความรู้สึก เพื่อค้นหาปัญหาความบกพร่องที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวด้านต่าง ๆ ของบุคคลภาวะออทิสติก เช่น การไม่ใส่ใจต่อเสียงเรียก ความบกพร่องทางด้านการสื่อสาร และสังคม เพื่อให้สามารถออกแบบโปรแกรมการประมวลผลการรับรู้ความรู้สึกที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพได้</p>
<p>Wuang, Wang, Huang และ Su (๒๐๑๐) Level of evidence: C</p> <p>การศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกขี่ม้าจำลอง (Simulated Developmental Horse Riding Program: SDHRP) เป็นเวลา ๒๐ สัปดาห์ต่อความสามารถในการทรงตัว และการบูรณาการประสาทรับรู้ความรู้สึกในเด็กออทิสติกสเปกตรัม จำนวน ๖๐ คน อายุ ๖ ปี ๕ เดือน ถึง ๘ ปี ๙ เดือน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม SDHRP ร่วมกับโปรแกรมกิจกรรมบำบัดปกติ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมบำบัดปกติเท่านั้น</p>	<p>+</p>	<p>- หลังได้รับโปรแกรม SDHRP กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทรงตัวและการบูรณาการประสาทรับรู้ความรู้สึกดีขึ้น และความสามารถที่ดีขึ้นคงอยู่นานอย่างน้อย ๒๔ สัปดาห์</p>	<p>- สามารถใช้อุปกรณ์จำลองในการขี่ม้าเพื่อเพิ่มความสามารถในการทรงตัว และการบูรณาการประสาทรับรู้ความรู้สึก</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>Yoder, และ Lieberman (๒๐๑๐)</p> <p>Level of evidence: A</p> <p>การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม และมีกลุ่มควบคุมถึงผลของ โปรแกรม Picture Exchange Communication System (PECS) ต่อความสามารถด้าน social communication ใน เด็กเล็กออทิสติก จำนวน ๓๖ คน โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรม PECS ร่วมกับ รูปภาพที่เป็นสื่อการสอน ปกติ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับ รูปภาพที่เป็นสื่อการสอน</p>	<p>++</p>	<p>- เด็กเล็กออทิสติกที่ได้รับโปรแกรม PECS แสดงออกถึงความสามารถ ด้าน Social- Communication ได้</p>	<p>- โปรแกรม PECS สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความสามารถด้าน social communication ได้</p>
<p>Bendixen, Elder, Donaldson, Kairalla, Valcante และ Ferdig (๒๐๑๑)</p> <p>Level of evidence: B</p> <p>การศึกษาเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของโปรแกรม การบำบัดโดยพ่อแม่ที่บ้าน โดยฝึกสอนพ่อแม่ให้พ่อ ถ่ายทอดแก่แม่เพื่อพัฒนา child's social reciprocity communication ต่อการเปลี่ยนแปลงด้าน ความเครียดของพ่อแม่เด็ก ออทิสติก จำนวน ๑๙ ครอบครัว</p>	<p>+/-</p>	<p>- หลังการให้โปรแกรม แม่ของเด็กออทิสติกมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่พ่อแม่ไม่พบความแตกต่างของระดับ ความเครียดก่อนและหลังการให้ โปรแกรม</p>	<p>- ควรให้ความสำคัญใน บทบาทการมีส่วนร่วม ของครอบครัวต่อการ บำบัด/ฟื้นฟูศักยภาพ ด้านต่าง ๆ ของเด็ก ออทิสติก</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>Boyd, McDonough, Rupp, Khan, และ Bodfish (๒๐๑๑)</p> <p>Level of evidence: C</p> <p>การศึกษาแบบกลุ่มตัวอย่างเดี่ยวในเด็กออทิสติกจำนวน ๕ ราย เพื่อลดพฤติกรรมซ้ำ โดยวิธี Family-implement treatment for Behavioral inflexibility (FITBI) อายุเฉลี่ย ๔๘ เดือน เป็นเวลามากกว่า ๑๒ อาทิตย์</p>	<p>+</p>	<p>- มีการลดลงของพฤติกรรมซ้ำในเด็กที่เข้าร่วมการศึกษาทุกราย และผลการรักษามีแนวโน้มคงอยู่ต่อเนื่อง ๔ ใน ๕ คน</p>	<p>- ควรให้การบำบัดรักษาเพื่อลด พฤติกรรมซ้ำร่วมกับผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัว</p>
<p>Hodgetts, Magill-Evans และ Misiazek (๒๐๑๑)</p> <p>Level of evidence: C</p> <p>การศึกษาแบบกลุ่มตัวอย่างเดี่ยวเพื่อวัดผลของการใส่เสื้อกั๊กน้ำหนักต่อการลดพฤติกรรมซ้ำ เช่น การสะบัดมือ การเล่นมือ การตีดนิ้วมือ ที่มีผลต่อการเรียนในชั้นเรียนและอัตราการเต้นของหัวใจ ในเด็กออทิสติก จำนวน ๖ คน ขณะอยู่ในห้องเรียน</p>	<p>+/-</p>	<p>- การใส่เสื้อกั๊กน้ำหนักไม่ช่วยลด พฤติกรรมซ้ำและอัตราการเต้นของหัวใจ ขณะอยู่ในห้องเรียน</p>	<p>- ควรศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบอื่น ๆ</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>Lai, Chung, Chan, Li-tsang (๒๐๑๑) Level of evidence: C</p> <p>การศึกษาคุณสมบัติการวัดของแบบทดสอบ Sensory Processing Measure ฉบับฮ่องกง (SPM-HKC) ฉบับที่บ้าน กับฉบับที่โรงเรียน ในการคัดกรองรูปแบบพฤติกรรมตอบสนองจากการประมวลผลการรับรู้ความรู้สึกในเด็กอายุ ๕-๑๒ ปี ในประเทศจีน ในเด็กปกติจำนวน ๕๔๗ คน และเด็กออทิสติกสเปกตรัมจำนวน ๑๔๐ คน</p>	<p>+</p>	<p>- แบบทดสอบ SPM-HKC เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นในการคัดกรองระบบประมวลความรู้สึกในเด็กอายุระหว่าง ๕-๑๒ ปี ของประชากรจีน แต่แบบทดสอบ SPM-HKC ฉบับที่บ้าน กับฉบับที่โรงเรียนมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ</p>	<p>- ควรมีการศึกษาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบทดสอบที่พัฒนาในต่างประเทศ ก่อนนำมาใช้ในทางคลินิก</p>
<p>Little, Freuler, Houser, Guckian, Carbine, David, Baranek (๒๐๑๑) Level of evidence: C</p> <p>การประเมินคุณสมบัติในการวัดของ Sensory Experience Questionnaire-version ๑ (SEQ) ซึ่งเป็นข้อคำถามสำหรับผู้ดูแลเด็กออทิสซึมและเด็กพัฒนาการช้า โดยหาความเชื่อมั่นภายในและความเชื่อมั่นเมื่อทดสอบซ้ำภายใน ๒-๔ สัปดาห์ จำนวน ๓๕๘ คน</p>	<p>+</p>	<p>- แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นภายในเท่ากับ ๐.๘๐</p> <p>- แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นเมื่อทดสอบซ้ำ เท่ากับ ๐.๙๒</p>	<p>- SEQ มีความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้แยกแยะรูปแบบการประมวลความรู้สึกในเด็กออทิสซึม</p> <p>- ควรหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ก่อนนำมาใช้กับประชากรไทย</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>Pajareya และ Nopmaneejumrusters (๒๐๑๑)</p> <p>Level of evidence: B</p> <p>การศึกษานำร่องเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมเพื่อศึกษาผลของโปรแกรม DIR/Floortime ที่ฝึกพ่อแม่เพื่อใช้ในการบำบัดบุคคลออทิสติกสเปกตรัมวัยก่อนเรียน อายุ ๒-๖ ปี จำนวน ๓๒ คน ที่สถาบันพัฒนาการเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล</p>	<p>+</p>	<p>- บุคคลออทิสติกสเปกตรัมวัยก่อนเรียน ที่ฝึกโดยพ่อแม่โดยเฉลี่ย ๑๕.๒ ชั่วโมง/สัปดาห์ เป็นเวลา ๓ เดือน ร่วมกับการบำบัดรักษาปกติ มีคะแนนพฤติกรรมทางอารมณ์ดีขึ้น และระดับความรุนแรงของอาการดีขึ้นเมื่อเทียบกับบุคคลออทิสติกสเปกตรัมวัยก่อนเรียน ที่ได้รับการบำบัดรักษาปกติ โดยเฉลี่ย ๓.๓ ชั่วโมง/สัปดาห์อย่างเดียวยุ่ในระยะเวลาเดียวกัน</p>	<p>- ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น และครอบคลุมทุกมิติ</p> <p>- ควรให้โปรแกรมการบำบัดแก่ผู้ปกครอง เพื่อนำไปฝึกบุคคลออทิสติกสเปกตรัมที่บ้าน</p>
<p>Gutman, Raphael-Greenfield และ Rao (๒๐๑๒)</p> <p>Level of evidence: C</p> <p>การศึกษาแบบ A-B-A ถึงผลของ Motor-base role-play intervention ต่อทักษะทางสังคมของเด็กวัยรุ่นออทิสติกสเปกตรัม high function จำนวน ๗ คน ที่ได้รับการบำบัด ๓ ระยะ ๆ ละ ๓ เดือน</p>	<p>+/-</p>	<p>- เด็กวัยรุ่นออทิสติกสเปกตรัมจำนวน ๓ คน สามารถพัฒนาทักษะทางสังคมได้ทั้ง ๓ ระยะ อีก ๒ คนพัฒนาได้ในระยะที่ ๑ และ ๒ และ อีก ๑ คนพัฒนาได้เฉพาะในระยะที่ ๑ แต่มีเพียง ๑ คนที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทักษะทางสังคม</p>	<p>- ควรพิจารณานำไปใช้ให้เหมาะสมในเด็กแต่ละคน</p>

ตารางที่ ๑๐ (ต่อ)

หลักฐานเชิงประจักษ์	น้ำหนัก คำแนะนำ	ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การนำไปใช้ทางคลินิก
<p>Kinnealey, Pfeiffer, Miller, Roan, Shoener และ Ellner (๒๐๑๒)</p> <p>Level of evidence: D</p> <p>การศึกษาแบบกลุ่มตัวอย่างเดี่ยวถึงผลของการปรับสภาพแวดล้อมในห้องเรียนต่อความตั้งใจสนใจ และการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียนของนักเรียนชายที่มีภาวะออทิสติก จำนวน ๔ คน อายุ ๑๓-๒๐ ปี</p>	<p>+/-</p>	<p>- การเพิ่มผนังเก็บเสียงในห้องเรียน ช่วยเพิ่มความตั้งใจสนใจ และเพิ่มความสามารถในการเข้าร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียน รวมทั้งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นคงทางอารมณ์และความผ่อนคลาย</p>	<p>- ควรคำนึงถึงการปรับสภาพแวดล้อมที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองของนักเรียนออทิสติกสเปกตรัม</p>
<p>ภัทรารุช กิวแก้ว, ศรีนยา ศรีเพชรารุช และวีไลวรรณ มณีจักร สโนว์ (๒๕๕๖)</p> <p>Level of evidence: D</p> <p>การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาถึงกิจกรรมการดำเนินชีวิตของครอบครัวเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนด้วยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง กับพ่อแม่ หรือญาติ ๕ ครอบครัว จำนวน ๑๐ คน เป็นเวลา ๔ เดือน</p>	<p>+/-</p>	<p>- กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายของกิจกรรมการดำเนินชีวิตของครอบครัว ๒ ประเด็น คือ การทำกิจกรรมร่วมกันทั้งครอบครัว และการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อมีความเครียด</p> <p>- ครอบครัวมีการปรับกิจกรรมการดำเนินชีวิต ๔ ลักษณะ คือ การแบ่งกันทำหน้าที่เพื่อดูแลลูกกับหน้าที่ทำงานหารายได้ การแบ่งหน้าที่ในงานบ้านที่ไม่ตายตัว การผนวกเวลาเพื่อดูแลลูกกับกิจกรรมของผู้ปกครองและการมีส่วนร่วมทางสังคมของครอบครัว</p>	<p>- ควรให้ความสำคัญต่อการทำกิจกรรมร่วมกันของครอบครัว ที่ช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมหนึ่งที่ส่งเสริมความร่วมมือในการบำบัดจากครอบครัว และประสิทธิผลของการบำบัด</p>

บรรณานุกรม

จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. (๒๕๔๓). *Clinical Practice Guidelines: การจัดทำและการนำไปใช้*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

ชาญวิทย์ พรนภดล, อำไพ ทองเงิน, วรชช ยูktanนท์, เตือนฉาย แสงรัตนายนต์, ปราณีย์ ฤกษ์ปานี และวันทนา อาหารศิริวัฒน์. (๒๕๔๔). *แบบคัดกรองโรคในกลุ่มพัฒนาการผิดปกติอย่างรอบด้าน สำหรับเด็ก อายุ ๔-๑๘ ปี*. สืบค้นเมื่อ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๖ จาก

<http://www.dmh.go.th/test/download/files/pddsq.pdf>

ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (มปป.). การใช้ Information process model เพื่ออธิบายความผิดปกติบางด้านของ Autistic disorders และการรักษาเบื้องต้นของโรงพยาบาลยูวประสาทไวทยโปลั่มภ. *การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง ครู หมอ พ่อแม่ : มิติแห่งการพัฒนาศักยภาพบุคคลออทิสติก*. วันที่ ๒๑-๒๓ มีนาคม ๒๕๕๕ ณ โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร.

เทียม ศรีคำจักร, วรณนิภา บุญระยอง และสายฝน ชาวล้อม. (๒๕๔๔). *การสร้างแบบวัดความสนใจ NPI Interest checklist ฉบับภาษาไทย: รายงานการวิจัย*. เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นนทิดา ถาวรโพธิ์. (๒๕๕๓). *ความตรงตามโครงสร้างของเครื่องมือประเมินเซ็นซอรีอินทิเกรชัน และแฟร็กชัน หัวข้อทดสอบแฟร็กชัน ฉบับภาษาไทย*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา กิจกรรมบำบัด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นนทิดา เสถียรศักดิ์พงศ์. (๒๕๕๔ก). การประเมินการรับรู้ทางสายตาโดยใช้แบบทดสอบเอ็มวีพีทีอาร์. (Visual perception evaluation using the Motor Free Visual Perception Test Revised Plates: MVPT-R). ใน: นนนทิดา เสถียรศักดิ์พงศ์, สร้อยสุดา วิทยากร และไฉทยา ภิระบรรณ, (บรรณาธิการ). *การคัดกรองพัฒนาการและการทดสอบหาความผิดปกติในเด็ก*. (พิมพ์ครั้งที่ ๒, หน้า ๑๒๔-๑๓๗). เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ชนบรรณการพิมพ์.

นนทิดา เสถียรศักดิ์พงศ์. (๒๕๕๔ข). แบบทดสอบพฤติกรรมการปรับตัวไวแลนด์ (Vineland Adaptive Behavior Scales: VABS). ใน: นนนทิดา เสถียรศักดิ์พงศ์, สร้อยสุดา วิทยากร และไฉทยา ภิระบรรณ, (บรรณาธิการ). *การคัดกรองพัฒนาการและการทดสอบหาความผิดปกติในเด็ก*. (พิมพ์ครั้งที่ ๒, หน้า ๙๓-๑๐๙). เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ชนบรรณการพิมพ์.

นนทิดา เสถียรศักดิ์พงศ์. (๒๕๕๔ค). แบบประเมินพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนของมิลเลอร์ (The Miller Assessment for Preschoolers: MAP). ใน: นนนทิดา เสถียรศักดิ์พงศ์, สร้อยสุดา วิทยากร และไฉทยา ภิระบรรณ, (บรรณาธิการ). *การคัดกรองพัฒนาการและการทดสอบหาความผิดปกติในเด็ก*. (พิมพ์ครั้งที่ ๒, หน้า ๔๑-๕๒). เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ชนบรรณการพิมพ์.

นนทิดา เสถียรศักดิ์พงศ์. (๒๕๕๔ง). การประเมินการรับรู้ทางสายตาโดยใช้แบบทดสอบเอ็มวีพีทีอาร์ (Visual perception evaluation using the Motor-Free Visual Perception Test-Revised: MVPT-R). ใน: นนนทิดา เสถียรศักดิ์พงศ์, สร้อยสุดา วิทยากร และสุภาพร ชินชัย, (บรรณาธิการ). *การทดสอบหาความผิดปกติของพัฒนาการในเด็ก*. (หน้า ๑๑๙-๑๓๐). เชียงใหม่: ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์. (๒๕๕๖ข). แบบทดสอบพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของไวน์แลนด์ (Vineland Adaptive Behavior Scales: VABS). ใน: นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, สร้อยสุดา วิทยากร และสุภาพร ชินชัย, (บรรณาธิการ). *การทดสอบหาความผิดปกติของพัฒนาการในเด็ก*. (หน้า ๙๙-๑๑๘). เชียงใหม่: ภาควิชา กิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทยมหาวิทาลัยเชียงใหม่.

นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์. (๒๕๕๖ค). แบบทดสอบพัฒนาการด้านการบูรณาการการมองเห็น และการเคลื่อนไหวของเบียร์บูคเทนิกา (The Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration). ใน: นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, สร้อยสุดา วิทยากร และสุภาพร ชินชัย, (บรรณาธิการ). *การทดสอบหาความผิดปกติของพัฒนาการในเด็ก*. (หน้า ๑๓๑-๑๖๔). เชียงใหม่: ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทยมหาวิทาลัยเชียงใหม่.

นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์. (๒๕๕๖ง). แบบประเมินพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนของมิลเลอร์ (The Miller Assessment for Preschoolers: MAP). ใน: นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, สร้อยสุดา วิทยากร และสุภาพร ชินชัย, (บรรณาธิการ). *การทดสอบหาความผิดปกติของพัฒนาการในเด็ก*. (หน้า ๔๗-๙๘). เชียงใหม่: ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทยมหาวิทาลัยเชียงใหม่.

นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, สร้อยสุดา วิทยากร, เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี, ศศิธร สังข์อู่ และดารานี สาส์ตย์. (๒๕๕๓). *การพัฒนาโปรแกรมบำบัดที่ใช้ช่างไทยสำหรับบุคคลออทิสติกสเปคตรัม: การหารูปแบบการบริการที่เหมาะสม: รายงานการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, สร้อยสุดา วิทยากร, เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี, ศศิธร สังข์อู่, มยุรี เพชรอักษร, ไฉทยา ภีระบรรณ และดารานี สาส์ตย์. (๒๕๕๑). *ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยช่างไทยในออทิสติก: รายงานวิจัย*. เชียงใหม่: ชูติมาพรินติ้ง.

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล. (๒๕๔๑). *เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-๑๐)*. กรุงเทพฯ: หจก.โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๖ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๐ ตอนที่ ๑๓๓ หน้า ๑-๑๒ วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

พีรยา มั่นเขตต์วิทย์. (๒๕๕๑). แบบจำลองกิจกรรมบำบัดสำหรับการบำบัดรักษาด้านการรับรู้และความรู้ความเข้าใจ. ใน: พีรยา มั่นเขตต์วิทย์, (บรรณาธิการ). *การบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องของการรับรู้และความเข้าใจ. (พิมพ์ครั้งที่ ๑, หน้า ๔๓-๘๖)*. เชียงใหม่: หจก. ดาราวรรณการพิมพ์.

ภัทรารุช กิวแก้ว, สรินยา ศรีเพชรารุช และวิไลวรรณ มณีจักร สโนว์ (๒๕๕๖). การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาต้านกิจกรรมการดำเนินชีวิตของครอบครัวเด็กออทิสติกช่วงก่อนวัยเรียน. *วารสารกิจกรรมบำบัด*. ๑๘ (๑); ๑-๑๗.

มยุรี เพชรอักษร. (๒๕๕๓). กิจกรรมบำบัดในเด็กออทิสติก: กรณีตัวอย่าง. *การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง ครู หมอ พ่อแม่ : มิติแห่งการพัฒนาศักยภาพบุคคลออทิสติก*. วันที่ ๒๑-๒๓ มีนาคม ๒๕๕๕ ณ โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร.

มยุรี เพชรอักษร, สร้อยสุดา วิทยากร, นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี, ศศิธร สังข์อู่ และไฉทยา ภีระบรรณ. (๒๕๕๐ก). ปัญหาที่พบในเด็กออทิสติกแต่ละช่วงวัย. ใน: ไฉทยา ภีระบรรณ (บรรณาธิการ), *ออทิสติก: ปัญหาที่พบในแต่ละช่วงวัย วิธีการคัดกรอง การประเมินและการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัด* (หน้า ๑๔-๒๕). เชียงใหม่: ชูติมาพรินติ้ง (๒๐๐๔).

มยุรี เพชรอักษร, สร้อยสุตา วิทยาการ, นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, ศศิธร สังข์อู่ และไฉทยา ภิระบรรณ. (๒๕๕๐ข). วิธีการคัดกรอง และการประเมินทางกิจกรรมบำบัด. ใน: ไฉทยา ภิระบรรณ. (บรรณาธิการ). *ออทิสติก: ปัญหาที่พบในแต่ละช่วงวัย วิธีการคัดกรอง การประเมินและการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัด*. (หน้า ๒๖-๑๐๓). เชียงใหม่: ชูติมาพรินติ้ง (๒๐๐๔).

เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, สร้อยสุตา วิทยาการ, ไฉทยา ภิระบรรณ, ศศิธร สังข์อู่, นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์ และประสพ ทิพย์ประเสริฐ. (๒๕๕๑). ประสบการณ์ของออทิสติกต่อกิจกรรมในโปรแกรมการใช้ช่างช่วยบำบัด. *วารสารกิจกรรมบำบัด*, ๑๓(๑), ๑-๘.

เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, สร้อยสุตา วิทยาการ, ศศิธร สังข์อู่ และนันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์. (๒๕๕๓). การเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัวออทิสติก. *วารสารกิจกรรมบำบัด*, ๑๕(๑), ๑๘-๒๗.

เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, สร้อยสุตา วิทยาการ, ศศิธร สังข์อู่, นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์ และประสพ ทิพย์ประเสริฐ. (๒๕๕๒). การเปลี่ยนแปลงการรับรู้สภาวะจิตใจของออทิสติกโดยใช้ โปรแกรมการใช้ช่างช่วยบำบัด. *วารสารกิจกรรมบำบัด*, ๑๔(๓), ๑-๑๒.

ศรีวรรณ พูลสรรพสิทธิ์, เบญจพร ปัญญา, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, ประยุกต์ เสรีเสถียร และ วรวรรณ จุฑา. (๒๕๔๘). การศึกษาภาวะออทิสซึมในประเทศไทยและการดูแลรักษาแบบบูรณาการในระดับประเทศ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, ๑๓, ๑๐-๑๖.

ศศิธร สังข์อู่, เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, สร้อยสุตา วิทยาการ, นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, ประสพ ทิพย์ประเสริฐ, มยุรี เพชรอักษร, ไฉทยา ภิระบรรณและดารานี สาส์ตย์. (๒๕๕๒). ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยช่างไทยต่อทักษะทางสังคมของกรณีศึกษาออทิสติก. *วารสารกิจกรรมบำบัด*, ๑๔(๑), ๑-๑๑.

สร้อยสุตา วิทยาการ. (๒๕๔๔). ผลของกิจกรรมการสัมผัส-การเคลื่อนไหวร่วมกับกิจกรรมทาง sensory integration ในเด็กออทิสติก. *การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง ครู หมอ พ่อแม่: มิติแห่งการพัฒนาศักยภาพบุคคลออทิสติก*. วันที่ ๒๑-๒๓ มีนาคม ๒๕๔๕ ณ โรงเรียนสาธิตแห่ง มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร.

สร้อยสุตา วิทยาการ. (๒๕๔๙). แบบทดสอบพัฒนาการเดนเวอร์ ๒ (Denver Developmental Screening Test-II). ใน: นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, สร้อยสุตา วิทยาการ และไฉทยา ภิระบรรณ, (บรรณาธิการ). *การคัดกรองพัฒนาการและการทดสอบหาความผิดปกติในเด็ก*. (พิมพ์ครั้งที่ ๒, หน้า ๑๓๘-๑๙๘). เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ธนบรรณการพิมพ์.

สร้อยสุตา วิทยาการ. (๒๕๕๖). แบบทดสอบพัฒนาการเดนเวอร์ ๒ (Denver Developmental Screening Test - II). ใน: นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, สร้อยสุตา วิทยาการ และสุภาพร ชินชัย, (บรรณาธิการ). *การทดสอบหาความผิดปกติของพัฒนาการในเด็ก*. (หน้า ๑๖๕-๒๑๙). เชียงใหม่ : ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สร้อยสุตา วิทยาการ, นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, ศศิธร สังข์อู่, เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, ไฉทยา ภิระบรรณ และดารานี สาส์ตย์. (๒๕๕๒). ผลการใช้โปรแกรมบำบัดด้วยช่างไทยต่อกระบวนการบูรณาการประสาทความรู้สึกลในบุคคลออทิสติก. *วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่*, ๔๒, ๕๗-๗๐.

สร้อยสุตา วิทยาการ, สุภาพร ชินชัย, มยุรี เพชรอักษร และวรรณนิภา บุญระยอง. (๒๕๔๘). การดูแลเด็กออทิสติก: คุณค่าตามทัศนะของกรณีศึกษามารดาเด็กออทิสติกในเชียงใหม่. *วารสารกิจกรรมบำบัด*. ๑๐ (๓); ๑๒-๒๒.

สรินยา ศรีเพชรารุช, พิทยา มั่นเขตวิทย์ และสายฝน ชาวล้อม. (๒๕๕๑). การใช้เวลาของมารดาเด็กออทิสติก. *วารสารกิจกรรมบำบัด*. ๑๓ (๒); ๑๑-๒๓.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (๒๕๕๕). *รายงานผลล่วงหน้า สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. ๒๕๕๓*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, (๒๕๕๒). *คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ. (๒๕๕๔). *มาตรฐานการประกอบโรคศิลปะสาขา กิจกรรมบำบัด*. กรุงเทพฯ: บริษัทอาร์ควอลิไฟท์ จำกัด

สุภาพร ชินชัย. (๒๕๕๖). แบบทดสอบการรับรู้ทางสายตาที่วิวิพินู (Developmental Test of Visual Perception: DTVP-๒). ใน: นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, สร้อยสุตา วิทยากร และสุภาพร ชินชัย, (บรรณาธิการ). *การทดสอบหาความผิดปกติของพัฒนาการในเด็ก*. (หน้า ๒๒๑-๒๔๓). เชียงใหม่: ภาควิชา กิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (๒๕๔๕). *ช่วยลูกออทิสติก: คู่มือสำหรับพ่อแม่ผู้ไม่ยอมแพ้*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัย และพัฒนาครอบครัว.

Adrien, J.L., Lenoir, P., Martineau, J., Harmery, L., Larmanade, C., & Suvage, D. (๑๙๙๓). Blind ratings of early symptoms of autism based upon family home movies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. ๓๒, ๖๑๗-๖๒๖.

American Occupational Therapy Association. (๒๐๐๒). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. *American Journal of Occupational Therapy*, ๕๖, ๖๐๙-๖๓๙.

American Occupational Therapy Association. (๒๐๐๘). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process-Second edition. *American Journal of Occupational Therapy*, ๖๒, ๖๒๕-๖๘๓.

American Psychiatric Association. (๒๐๑๐). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5th ed.)* Retrieve on February ๒๓, ๒๐๑๐ from www.dsm5.org/Newsroom/Documents/Autism%20Release%20FINAL

American Psychiatric Association. (๒๐๑๓). *Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-V*. Retrieve on February ๒๓, ๒๐๑๐ from <http://www.psych.uic.edu/docassist/changes-from-dsm-iv-tr--to-dsm-5.pdf>

Ayres, A. J. (๑๙๗๒a). *Sensory Integration and Learning Disabilities*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Ayres, A. J. (๑๙๗๒b) Types of sensory integrative dysfunction among disabled learners. *American Journal of Occupational Therapy*, ๒๖, ๑๓-๑๘.

Ayres, A. J. (๑๙๗๙). *Sensory Integration and the Child*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Ayres, A. J. (๒๐๐๕). *Sensory Integration and the Child: 25th Anniversary Edition*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Bagatell, N., Mirigliani, G., Patterson, C., Reyes, Y., & Test, L. (๒๐๑๐). Effectiveness of therapy ball chairs on classroom participation in children with autism spectrum disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, ๖๔, ๘๙๕-๙๐๓.

Bass, M.M., Duchowny, C.A., & Llabre, M.M. (200෪). The effect of therapeutic horseback riding on social functioning in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. ෩෪, ෧෧෧෧-෧෧෧෩.

Bennett, S., & Bennett, J.W. (2000). The process of evidence-based practice in occupational therapy: Informing clinical decisions. *Australian Occupational Therapy Journal*, ෪෭, ෧෧෧-෧෧෧.

Beery, K.E., & Beery, N.A. (෧෯෯෭). *The Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration (VMI): Administration Scoring and Teaching Manual*. (4th ed.) Parsippany: Modern Curriculum Press.

Beery, K.E. & Beery, N.A. (2000) *The Beery-Buktenica Developmental Test of Visual Motor Integration: Beery VMI*. (6th ed.) San Antonio, TX: Pearson clinical assessment.

Bendixen, R.M., Elder, J.H., Donaldson, S., Kairalla, J.A., Valcante, G., & Ferdig, R.E. (200෧). Effects of a father-based in-home intervention on perceived stress and family dynamics in parents of children with autism. *American Journal of Occupational Therapy*, ෧෫; ෧෧෯-෧෨෧.

Ben-Sasson, A., Hen, L., Fluss, R., Cermak, S.A., Engel-Yeger, B., & Gal, E. (200෯). A Meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. ෩෯, ෧-෧෧.

Bonder, B.R. (2000). *Psychopathology and Function*. (4th ed.) Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

Boyd, B.A., McDonough, S.G., Rupp, B., Khan, F., & Bodfish, J.W. (200෧). Effects of a family-implemented treatment on the repetitive behaviors of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, ෪෧, ෧෧෧෧-෧෧෧෪. doi:10.100෭/s10෮0෧-0෧0-0෧෧෧-y

Bruce, M. A. & Borg, B. (෧෯෯෭). *Psychosocial Occupational Therapy: Frames of Reference for Intervention*. (2nd ed.) Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

Bruce, M. A. G. & Borg, B.A. (200෧). *Psychosocial Frames of Reference: Core for Occupation-Based Practice*. (3rd ed.) Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

Bruiniuks, R.H. (෧෯෯෪). *Bruiniuks-Oseretsky Test of Motor Proficiency: Examiner's Manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Bundy, A.C. (෧෯෯෭). *Test of Playfulness (TOP) Manual, Version 3.4.Ft*. Collins: Colorado State University.

Bundy, A.C., Lane, S.J., & Murray, E.A., (Eds.). (200෧). *Sensory Integration: Theory and Practice*. (2nd ed.). Philadelphia: F.A.Davis Company.

Capo, L.C. (200෧). Autism, employment, and the role of occupational therapy. *Work*. ෧෧, ෧0෧-෧0෭.

Case-Smith, J., & Arbesman, M. (୨୦୦୯). Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, ୬୩, ୪୧୧-୪୨୯.

Chakrabarti, S. & Fombonne, E. (୨୦୦୭). Pervasive developmental disorders in preschool children. *JAMA*, ୨୯୯, ୩୦୯୩-୩୦୯୯.

Charman, T., Baron-Cohen, S., Swettenham, J., Baird, G., Cox, A., & Draw, A. (୨୦୦୦). Testing joint attention, imitation and play as infancy precursors to language and theory of mind. *Cognitive Development*. ୧୫, ୪୯୧-୫୧୯.

Colarusso, R.P. & Hammill, D.D. (୧୯୯୬). *Motor-Free Visual Perception Test-Revised: Plates*. Novato, CA: Academic Therapy Publications

Coster, W., Deeney, T. Haltiwanger, J., & Haley, S. (୧୯୯୯). *School Function Assessment (SFA)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation/Therapy Skill Builders.

Dunn, W. (୧୯୯୯). *Sensory Profile: User's Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Emsile, G.J., & Mayes, T.L. (୨୦୦୧). Mood disorders in children and adolescents: Psychopharmacological treatment. *Biological Psychiatry*, ୫୧, ୧୦୯୧-୧୦୯୦.

Fava, L., Stefano, V., Valeri, G., D'Elia L., Arima, S., & Strauss, K. (୨୦୧୨). Intensive behavioral intervention for school-aged children with autism: Una Breccia nel Muro (UBM) - A comprehensive Behavioral Model. *Research in Autism Spectrum Disorders*, ୬, ୧୧୩୩-୧୧୯୯.

Ferraioli, S.J., & Harris, S.L. (୨୦୧୧). Treatments to increase social awareness and social skills. In: B. Reichow, P. Doehring, D.V. Cicchetti, & F.R. Volkmar, (Eds.). *Evidence-Based Practices and Treatments for Children with Autism*. (pp. ୧୩୧-୧୯୬). New York: Springer Science and Business Media, LLC.

Filipek, P.A., Accardo, P.L., Baranek, G.T., Cook, E.H.Jr., Dawson, G., Gordon, B.,..., & Volkmar, F.R. (୧୯୯୯). The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. ୨୯, ୧୩୯-୧୫୯.

Fisher, A. G. & Murray, E. A. (୧୯୯୧). Introduction to Sensory Integration Theory. In: A. G. Fisher, E. A. Murray & A. C. Bundy (Eds.). *Sensory Integration: Theory and Practice*. (pp. ୧-୨୬). Philadelphia: F.A. Davis Company

Folio, R.M., & Fewell, R.R. (୨୦୦୦). *Peabody Developmental Motor Scales Examiner's Manual (2nd ed.)* Austin, TX: Pro-Ed, Inc.

Folio, R.M., & Fewell, R.R. (୨୦୦୨). *Peabody Scales of Motor Development-2nd edition*. Austin, TX: Pro-Ed, Inc.

Fombonne, E. (୧୯୯୯). The epidemiology of autism: A review. *Psychological Medicine*, ୨୯, ୩୩୯-୩୯୬.

Frankel, F., Myatt, R., Sugar, C., Whitham, C., Gorospe, C.M. & Laugeson, E. (୨୦୧୦). A randomized controlled study of parent-assisted children's friendship training with children

having autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, ୩୦; ୯୧୩-୯୨୩.

Frankenburg, W.K. Dodds, J., Archer, P., Bresnick, B., Edelman, N. & Shapiro, H. (୧୯୯୦). *Denver Developmental Screening Test II (Denver II) Denver Developmental Materials*. Denver, Colorado: Denver Developmental Materials, Inc.

Frankenburg, W.K., Dodds, J., Archer, P., Bresnick, B., Edelman, N. & Shapiro, H. (୧୯୯୩). *Denver II: Training Manual*. Denver, Colorado: Denver Developmental Materials, Inc.

Gal, E., Ben Meir, A., & Katz, N. (୨୦୦୩). Brief Report: Development and reliability of the Autism Work Skills Questionnaire (AWSQ). *American Journal of Occupational Therapy*, ୬୩, e1-e5.

Giuffrida, C. (୨୦୦୧). Praxis, motor planning, and motor learning. In: S.S. Roley, E.I. Blanche, & R.C. Schaaf (Eds.), *Understanding the Nature of Sensory Integration with Diverse Populations*, (pp. ୩୩୩-୩୩୬). San Antonio, TX: Therapy Skill Builders.

Greber, C. & Ziviani, J. (୨୦୦୦). A frame of reference to enhance teaching-learning: The Four-Quadrant Model of Facilitated Learning. In: P.Kramer & J. Hinojosa, (Eds.) *Frames of Reference for Pediatric Occupational Therapy*, (3rd ed., p. ୩୩୫-୩୩୯). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Greber, C., Ziviani, J. & Rodger, S. (୨୦୦୩a). The Four-Quadrant Model of Facilitated Learning (Part 1): Using teaching-learning approaches in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, ୫୦, ୩୩୧-୩୩୯.

Greber, C., Ziviani, J. & Rodger, S. (୨୦୦୩b). The Four-Quadrant Model of Facilitated Learning (Part ୨): Strategies and applications. *Australian Occupational Therapy Journal*, ୫୦, ୩୪୦-୩୪୮.

Gutman, S.A., Raphael-Greenfield, E.I., & Rao, A.K. (୨୦୦୩). Effects of a motor-based role-play intervention on the social behaviors of adolescents with high-functioning autism: multiple-baseline single-subject design. *American Journal of Occupational Therapy*. ୬୬; ୯୨୩-୯୩୩. doi: ୧୦.୧୦୧୫/ajot.୨୦୦୩.୦୦୩୩୯୬.

Haley, S.M., Coster, W.J., Ludlow, L.H., Haltiwanger, J. & Andrellos, P. (୧୯୯୯). *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)*. Boston: Trustees of Boston University.

Hammill, D.D., Pearson, N.A. & Vores, J.K. (୧୯୯୩). *Developmental Test of Visual Perception, Second Edition*. Austin, TX: Pro-ed, An International Publisher.

Hodgetts, S., Magill-Evans, J. & Misiaszek, J.E. (୨୦୦୧). Weighted vests, stereotyped behaviors and arousal in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. ୩୧; ୯୦୫-୯୧୫.

Hume K.A. & Odom S.L. (୨୦୦୩). Effects of an individual work system on the independent functioning of students with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. ୩୩, ୧୧୬୬-୧୧୮୦.

Hwang, B., & Hughes, C. (2000). The effects of social interactive training on early social communicative skills of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 889-898.

Hyman, S.L., & Levy, S.E. (2006). Dietary, complementary, and alternative therapies. In: B. Reichow, P. Doehring, D.V. Cicchetti, & F.R. Volkmar, (Eds.) *Evidence-Based Practices and Treatments for Children with Autism*. (pp. 275-288). New York: Springer Science and Business Media, LLC.

Jasmin, E., Couture, M., McKinley, P., Reid, G., Fombonne, E., & Gisel, E. (2005). Sensori-motor and daily living skills of preschool children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35; 289-299.

Joosten, A.V., & Bundy, A.C. (2000). Sensory processing and stereotypical and repetitive behavior in children with autism and intellectual disability. *Australian Occupational Therapy Journal*. 27; 263-272.

Joosten, A.V., Bundy, A.C. & Einfeld, S.L. (2005). Intrinsic and extrinsic motivation for stereotypic and repetitive behavior. *Journal of Autism and Development Disorders*. 35: 229-238. doi 10.1007/s10803-005-0254-7

Katz, N., Parush, S. & Bar-Ilan, R.T. (2004). *DOTCA-ChTM: Dynamic Occupational Therapy Cognitive Assessment for Children*. Pequannock, NJ: Maddak

Kiehofnor, G., & Burke, J. (1980). A model of human occupation: Conceptual framework and content. *American Journal of Occupational Therapy*, 34, 212-220.

King, G., Law, M., King, S., Hurley, P., Rosenbaum, P., Hanna, S., Kertoy, M., & Young, N. (2004). Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) and Preferences for Activities of Children (PAC) (CAPE/PAC). San Antonio, Texas: Harcourt Assessment, Inc.

Kinnealey M., Pfeiffer B., Miller J., Roan C., Shoener R, & Ellner M.L. (2002) Effect of classroom modification on attention and engagement of students with autism or dyspraxia. *American Journal of Occupational Therapy*, 56; 209-218. doi: 10.5014/ajot.2002.56.02.020

Knox, S. (1987). Development and current use of the Knox Preschool Play Scale. In L.D. Parham & L.S. Fasio (Eds), *Play and Occupational Therapy for Children*. (pp. 85-90). St. Louis, MO: Mosby-Year Book.

Kokina, A., & Kern, L. (2000). Social StoryTM interventions for students with autism spectrum disorders: A Meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 30, 222-232 DOI 10.1007/s10803-000-0589-0

Kozulin A, Lebeer J, Madella-Noja A, Gonzalez F, Jeffrey I, Rosenthal N, Koslowsky M. (2000) Cognitive modifiability of children with developmental disabilities: a multicentre study using Feuerstein's Instrumental Enrichment--Basic program. *Research in Developmental Disabilities*. 21; 229-244.

Lai, C.Y., Chung, J.C., Chan, C.C., & Li-Tsang, C.W. (୨୦୦୧). Sensory processing measure-HK Chinese version: psychometric properties and pattern of response across environments. *Research in Developmental Disabilities*. ୩୨; ୨୩୩୬-୨୩୫୩. doi: ୧୦.୧୦୧୬/j.ridd.୨୦୦୧.୦୬.୦୧୦.

Lane, A.E., Young, R.L., Baker, A.E.Z. & Angley, M.T. (୨୦୧୦). Sensory processing subtypes in autism: Association with adaptive behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. ୪୦, ୧୧୨-୧୨୨. doi ୧୦.୧୦୦୭/s୧୧୬୦୩-୦୦୯-୦୫୫୦-୨

Lane, S.J., Miller, L.J., & Hanft, B.E. (୨୦୦୦, June). Toward a consensus in terminology in sensory integration theory and practice: Part 2: Sensory integration patterns of function and dysfunction. *Sensory Integration Special Interest Section Quarterly*, ୩୩, ୧-୩.

Law, M. (୨୦୦୬). Autism Spectrum Disorders and Occupational Therapy. Retrieved on February ୨୫, ୨୦୧୨ from <http://www.caot.ca/pdfs/autism%୨୦brief%୨୦nov%୨୦୦୬.pdf>

Lawer, L., Brusilovsky, E., Salzer, M.S., & Mandell, D.S., (୨୦୦୯). Use of vocational rehabilitative services among adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, ୩୯; ୫୫୩ - ୫୫୫. doi: ୧୦.୧୦୦୭/s୧୧୬୦୩-୦୦୯-୦୬୫୯-୫. Epub ୨୦୦୯ Sep ୨୩.

Levy, S., Kim, A., & Olive, M.L. (୨୦୦୬). Interventions for young children with autism: A synthesis of the literature. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. ୨୧, ୫୫-୬୨.

Little, L.M., Freuler, A.C., Houser, M.B., Guckian, L, Carbine, K., David, F.J., & Baranek, G.T. (୨୦୦୧). Psychometric validation of the Sensory Experiences Questionnaire. *American Journal of Occupational Therapy*. ୬୫, ୨୦୩-୨୧୦.

Lord, C. & Spence, S.J. (୨୦୦୬). Autism Spectrum Disorders: Phenotype and Diagnosis. In: S.O.Moldin and J.L.R. Rubenstein. (Eds) *Understanding Autism: From Basic Neuroscience to treatment*. (p. ୧-୨୩). Boca Raton, FL: Taylor & Francis

McConachie, H. & Diggle, T. (୨୦୦୩). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* ୯୩, ୧୨୦-୧୨୯. DOI ୧୦.୧୦୧୧୧/j.୧୩୬୫-୨୩୫୩.୨୦୦୬.୦୦୬୩୫.X

Miller, L.J. (୧୯୫୫). *Miller Assessment for Preschooler: Manual ୧୯୫୫ Revision*. New York, NY: The Psychological Cooperation.

Miller, L.J., Coll, J.R. & Schoen, S. (୨୦୦୩). A randomized controlled pilot study of the effectiveness of occupational therapy for children with sensory modulation disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, ୬୧. ୨୨୫-୨୩୫.

Mosey, A.C. (୧୯୯୬). *Psychosocial Components of Occupational Therapy*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Willkins.

Mostofsky, S. H., Dubey, P., Jerath, V. K., Jansiewicz, E. M., Goldberg, M. C., & Denckla, M. B. (୨୦୦୬). Developmental dyspraxia is not limited to imitation in children with autism spectrum disorders. *Journal of the International Neuropsychological Society*, ୧୨, ୩୧୫-୩୨୬.

Rodger (Ed.), *Occupation-Centred Practice with Children: A Practical Guide for Occupational Therapists*, (p.൧൦൦-൧൧൧). West Sussex: A John Wiley & Sons, Ltd.

Roger, S. (൧൦൦൦). Diagnosis of autism before the age of three. *International Review of Research in Mental Retardation*, ൧൩, ൧-൩൧.

Royeen, C. B. & Duncan, M. (൧൯൯൯). Acquisition frame of reference. In: P. Kramer & J. Hinojosa (Eds.). *Frames of Reference for Pediatric Occupational Therapy*, (2nd ed., pp. ൩൩൩-൪൦൦). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Sams, M. J., Fortney, E. V., & Willenbring, S. (൧൦൦൦). Occupational therapy incorporating animals for children with autism: A Pilot Investigation. *American Journal of Occupational Therapy*, ൪൦, ൧൧൯-൧൩൪.

Scattone, D. (൧൦൦൩). Social skills interventions for children with autism. *Psychology in the Schools*, ൪൪, ൩൧൩-൩൧൪.

Scattone, D. (൧൦൦൪). Enhancing the conversation skills of a boy with Asperger's disorder through Social StoriesTM and video modeling. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, ൩൪; ൩൯൫-൪൦൦.

Shore, L. (൧൦൦൩). *Shore Handwriting Screening for Early Handwriting Development*. Chaska, MN: PsychCorp.

Sparks, B.F., Friedman, S.D., Shaw, D.W., Aylward, E.H., Echelard, D., Artru, A.A., ..., & Dager, S.R. (൧൦൦൧). Brain structural abnormalities in young children with autism spectrum disorder. *Neurology*, ൫൯, ൧൯൪-൧൯൯.

Sparrow, S.S., Balla, D.A., Cicchetti, D.V. (൧൯൯൪). *Vineland Adaptive Behavior Scales: Survey form manual, Interview edition*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Stubbs, E.G. & Keith, C. (൧൦൦൫). Autistic Spectrum Disorder. *Child and Adolescent Psychiatry. The Essential*, ൧൩, ൧൧൩-൧൧൪.

Tomanik, S.S., Pearson, D.A., Loveland, K.A., Lane, D.M. & Shaw, B. (൧൦൦൩). Improving the reliability of autism diagnoses: Examining the utility of adaptive behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, ൩൩, ൯൧൧-൯൧൯.

Tomlin, G., & Borgetto, B. (൧൦൦൧). Research pyramid: A new evidence-based practice model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, ൪൫(൧), ൧൯൯-൧൯൯.

The WeeFIM II Clinical Guide, Version ൪.൦. (൧൦൦൦). Buffalo, NY: Uniform Data System for Medical Rehabilitation.

WeeFIM SystemSM: Tracking Functional Performance for Children with Special Health Care Needs. (൧൯൯൯). Buffalo, NY: Uniform Data System for Medical Rehabilitation

Wilbarger, P., & Wilbarger, J. L. (൧൯൯൧). *Sensory Defensiveness in Children Aged ൧-൧൧*. Denver, CO: Avanti Educational Programs

Wilson, B.N., Kaplan, B.J., Pollock, N. & Law, M. (୨୦୦୧). *Clinical Observations of Motor and Postural Skills, Second Edition (COMPS)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Wittman, P.P. (୧୯୯୬). Consultation. *Occupational Therapy in Health Care*. ୧୦, ୬୫-୭୧.

Wood, J.J., Fujii, C. & Renno, P. (୨୦୦୧). Cognitive behavioral therapy in high-functioning autism: Review and recommendations for treatment development. In: B. Reichow, P. Doehring, D.V. Cicchetti, & F.R. Volkmar, (Eds.) *Evidence-Based Practices and Treatments for Children with Autism*. (pp. ୧୯୩-୨୩୦). New York: Springer Science & Business Media, LLC.

World Federation of Occupational Therapists Council. (୨୦୧୦). Statement on occupational Therapy. Retrieve from November ୨୧, ୨୦୧୨ from <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>

World Health Organization. (୧୯୯୩). *The ICD-୧୦ Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. (pp. ୩୫୫-୩୫୯). Geneva: World Health Organization.

Wuang Y.P., Wang, C.C., Huang, M.H., & Su, C.Y. (୨୦୧୦). The effectiveness of simulated horse-riding program in children with autism. *Adapted Physical Activity Quarterly*, ୨୭, ୧୧୩-୧୧୬.

Yoder, P.J. & Lieberman, R.G. (୨୦୧୦). Brief report: Randomized test of the efficacy of picture exchange communication system on highly generalized picture exchange in children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. ୪୦; ୬୨୯-୬୩୨.

ภาคผนวก ก

เกณฑ์การวินิจฉัยออทิสติกสเปกตรัม^๑

๑. หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะออทิสติก - F๘๔.๐

A. เข้าเกณฑ์ต่อไปนี้ ๖ ข้อหรือมากกว่า จากหัวข้อ (๑) (๒) และ (๓) โดยอย่างน้อย ต้องมี ๒ ข้อ จากหัวข้อ (๑) และจากหัวข้อ (๒) และ (๓) อีกหัวข้อละ ๑ ข้อ

(๑) มีคุณลักษณะในการเข้าสังคมที่ผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย ๒ ข้อต่อไปนี้

(ก) บกพร่องอย่างชัดเจนในการใช้ท่าทางหลายอย่าง เช่น การสบตา การแสดงสีหน้า กิริยา หรือ ท่าทางประกอบการเข้าสังคม

(ข) ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับที่เหมาะสมกับอายุได้

(ค) ไม่แสดงความอยากเข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจ หรือร่วมงานให้เกิดความสำเร็จกับคนอื่น ๆ (เช่น ไม่แสดงออก ไม่เสนอความเห็น หรือไม่เชื่อว่าตนสนใจอะไร)

(ง) ไม่มีอารมณ์หรือสัมพันธ์ภาพตอบสนองกับสังคม

(๒) มีคุณลักษณะในการสื่อสารผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย ๑ ข้อต่อไปนี้

(ก) พัฒนาการในการพูดช้าหรือไม่มีเลย (โดยไม่แสดงออกกว่าอยากใช้การสื่อสารวิธีอื่นมาทดแทน เช่น แสดงท่าทาง)

(ข) ในรายที่มีการพูดได้ ก็ไม่สามารถเริ่มพูดหรือสนทนาต่อเนื่องจากคนอื่นได้

(ค) ใช้คำพูดซ้ำหรือใช้ภาษาที่ไม่มีใครเข้าใจ

(ง) ไม่มีการเล่นสมมติที่หลากหลาย คิดเองตามจินตนาการ หรือเล่นเลียนแบบสิ่งต่าง ๆ ตามสมควรกับพัฒนาการ

(๓) มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจหรือกิจกรรมที่จำกัด ใช้ซ้ำ ๆ และลักษณะเป็นเช่นเดิม โดยแสดงออกอย่างน้อย ๑ ข้อต่อไปนี้

(ก) หมกมุ่นกับพฤติกรรมซ้ำ (stereotyped) ตั้งแต่หนึ่งอย่างขึ้นไป และความสนใจในสิ่งต่าง ๆ มีจำกัด ซึ่งเป็นภาวะที่ผิดปกติทั้งในแง่ของความรุนแรงหรือสิ่งที่สนใจ

(ข) ติดกับกิจวัตรหรือย่ำทำกับบางสิ่งบางอย่างที่ไม่มีประโยชน์โดยไม่ยืดหยุ่น

(ค) ทำกริยาซ้ำ (mannerism) (เช่น เล่น สะบัดมือ หมุน โยกตัว)

(ง) สนใจหมกมุ่นกับเพียงบางส่วนของวัตถุ

B. มีความช้าหรือผิดปกติในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ ก่อนอายุ ๓ ปี (๑) ปฏิสัมพันธ์กับสังคม (๒) ภาษาที่ใช้สื่อสารกับสังคม หรือ (๓) เล่นสมมติหรือเล่นตามจินตนาการ

C. ความผิดปกติไม่เข้ากับ Rett's Disorder หรือ Childhood Disintegrative Disorder ได้ดีกว่า

๒. หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะพัฒนาการช้า - F๘๔.๓

A. มีพัฒนาการที่ปกติมาเป็นเวลาอย่างน้อย ๒ ปีแรกหลังคลอด แสดงออกได้โดยมีการติดต่อสื่อสารทางภาษาพูดและภาษาท่าทางที่มีความสัมพันธ์ในสังคม การเล่นและพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสมกับวัย

¹ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2541). *เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)*. กรุงเทพฯ: หจก.โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, หน้า 43 - 7.

B. มีการสูญเสียทักษะต่าง ๆ ที่เคยมีอย่างชัดเจน (ก่อนอายุ ๑๐ ปี) ในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ อย่างน้อย ๒ ด้าน

- (๑) การแสดงออกทางภาษาและความเข้าใจภาษา
- (๒) ทักษะทางสังคมหรือพฤติกรรมปรับตัว
- (๓) การควบคุมการขับถ่าย
- (๔) การเล่น
- (๕) ทักษะการเคลื่อนไหว

C. มีความผิดปกติของการทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ อย่างน้อย ๒ ด้าน

- (๑) มีความบกพร่องทางการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น มีความบกพร่องในการแสดงพฤติกรรมที่ไม่ต้องใช้ภาษาพูด ล้มเหลวที่จะสร้างสัมพันธภาพในการมีเพื่อน ขาดการตอบกลับทางอารมณ์และสังคม
- (๒) มีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร เช่น พูดซ้ำหรือไม่สามารถพูดได้ ไม่สามารถที่จะเริ่มต้นหรือคงไว้ซึ่งบทสนทนา มีการใช้ภาษาซ้ำ ๆ ขาดการเล่นแบบสมมติที่แตกต่างกัน
- (๓) มีรูปแบบของพฤติกรรม ความสนใจและการทำกิจกรรมที่ซ้ำ ๆ หรือจำกัด รวมไปถึงอาการเคลื่อนไหวที่ซ้ำ ๆ

D. ต้องไม่เข้ากับกฎเกณฑ์การวินิจฉัยของ Pervasive Developmental Disorder กลุ่มอื่นหรือ schizophrenia ได้ดีกว่า

๓. หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะแอสเพอร์เกอร์ – F๘๔.๕

A. ผิดปกติในลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม โดยแสดงออกอย่างน้อย ๒ ข้อต่อไปนี้

- (ก) บกพร่องอย่างชัดเจนในการใช้ท่าทางหลายอย่าง เช่น การสบตา การแสดงสีหน้า กิริยา หรือท่าทางประกอบการเข้าสังคม
- (ข) ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับที่เหมาะสมกับอายุได้
- (ค) ไม่แสดงความอยากเข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจ หรือร่วมงานให้เกิดความสำเร็จกับคนอื่น ๆ (เช่น ไม่แสดงออก ไม่เสนอความเห็น หรือไม่เชื่อว่าตนสนใจอะไร)
- (ง) ไม่มีอารมณ์หรือสัมพันธภาพตอบสนองกับสังคม

B. มีพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัด ซ้ำ ๆ เป็นแบบแผน โดยแสดงออกอย่างน้อย ๑ ข้อต่อไปนี้

- (ก) หมกมุ่นกับพฤติกรรมซ้ำ (stereotyped) ตั้งแต่ ๑ อย่างขึ้นไป และความสนใจในสิ่งต่าง ๆ มีจำกัด ซึ่งเป็นภาวะที่ผิดปกติทั้งในแง่ของความรุนแรงหรือสิ่งที่สนใจ
- (ข) ติดกับกิจวัตร หรือย่ำทำกับบางสิ่งบางอย่างที่ไม่มีประโยชน์โดยไม่ยืดหยุ่น
- (ค) ทำกิริยาซ้ำ (mannerism) (เช่น เล่น สะบัดมือ หมุน โยกตัว)
- (ง) สนใจหมกมุ่นกับเพียงบางส่วนของวัตถุ

C. ความผิดปกตินี้ ก่อให้กิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่น ๆ ที่สำคัญ บกพร่องอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์

D. ไม่พบพัฒนาการทางภาษาที่ล่าช้า อย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ (เช่น พูดคำเดียวเมื่ออายุ ๒ ปี พูดคุยเป็นวลี เมื่ออายุ ๓ ปี)

E. ไม่พบพัฒนาการทางความคิดที่ช้าอย่างสำคัญทางการแพทย์ หรือความสามารถในการช่วยตนเอง พฤติกรรมปรับตัว (ที่ไม่เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์กับสังคม) และมีความอยากรู้เห็นในสิ่งรอบตัวในช่วงวัยเด็ก

F. เกณฑ์ไม่เข้ากับ Pervasive Developmental Disorder ชนิดเฉพาะอื่น หรือ Schizophrenia

๔. หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยกลุ่มพัฒนาการแบบแผ่กระจายที่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มได้ -

F๘๔.๙

การวินิจฉัยกลุ่มนี้ ควรใช้เมื่อพบความผิดปกติในพัฒนาการอย่างรุนแรง และเป็นไปทุกด้าน ในด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หรือทักษะทางภาษาและท่าทางโต้ตอบ หรือมีพฤติกรรมความสนใจทำกิจกรรมซ้ำ ๆ แต่ไม่ตรงกับเกณฑ์ของ Pervasive Developmental Disorder ชนิดเฉพาะใด ๆ Schizophrenia Schizotypal Personality Disorder หรือ Avoidant Personality Disorder ตัวอย่างเช่น การวินิจฉัยกลุ่มนี้รวม Atypical Autism ซึ่งอาจไม่เข้าเกณฑ์ของ Autistic Disorder เนื่องจากเกิดเมื่ออายุมาก อาการแสดงไม่เข้าแบบ หรือมีอาการไม่ครบ หรือทุกอย่างที่กล่าวมา

ภาคผนวก ข

ลักษณะทางคลินิกของออทิสติกสเปกตรัม^๓

โรค/ความผิดปกติ	ลักษณะทางคลินิก
ภาวะออทิสติก	ลักษณะอาการทางคลินิกขึ้นอยู่กับอายุและความรุนแรงของอาการที่แสดงออก และความรุนแรงจะสัมพันธ์ทักษะด้านการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และด้านพฤติกรรมซ้ำและข้อจำกัดด้านความสนใจและการทำกิจกรรม
ภาวะพัฒนาการช้า	มีพัฒนาการปกติในช่วงอายุไม่เกิน ๒ ปี อาการทางคลินิกจะสูญเสียทักษะบางอย่างก่อนอายุ ๑๐ ปี ในพัฒนาการอย่างน้อยที่สุด ๒ ด้านได้แก่ ภาษา สังคม ทักษะการปรับตัว การควบคุมการขับถ่าย ทักษะการเล่น และทักษะการเคลื่อนไหว การพยากรณ์โรครุนแรงมากกว่าภาวะออทิสติก
ภาวะแอสเปอร์เกอร์	มีความบกพร่องทักษะทางด้านสังคม แต่ความรุนแรงน้อยกว่าภาวะออทิสติก ทักษะด้านความคิด ความเข้าใจและสติปัญญาปกติ การแสดงออกด้านภาษาเป็นลักษณะ stilted หรือ little professor มีพฤติกรรมย้ำคิด ย้ำทำ, clumsiness, sensory regular deficits
กลุ่มพัฒนาการแบบแพร่กระจายที่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มได้	ไม่แสดงอาการที่ชัดเจน และอาการที่แสดงออกไม่รุนแรง มีความยากลำบากในการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการเข้าสังคม

^๓ Stubbs E.G. & Keith C. Autistic Spectrum Disorder. Child and Adolescent Psychiatry *The Essential*, ๒๐๐๕; ๑๓: ๒๒๗-๒๔๕

ภาคผนวก ค

พฤติกรรมผิดปกติที่พบบ่อยในออทิสติกสเปกตรัม

๑. ความผิดปกติด้านการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ในความผิดปกติด้านการสื่อสาร บุคคลออทิสติกสเปกตรัมจะมีความผิดปกติด้านการสื่อสาร ในลักษณะของการพูดซ้ำ ที่เป็นอาการนำสำคัญที่มาพบแพทย์ รวมทั้งอาจมีการใช้ภาษาแบบการท่องจำซ้ำๆ ไม่สื่อความหมาย มีการพูดซ้ำคำท้ายประโยค ใช้สรรพนามไม่ถูกต้อง พูดจาวกวนอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือใช้เสียงท่วงทำนองการพูดที่ผิดปกติ

เด็กออทิสติกร้อยละ ๘๐ จะมีความผิดปกติด้านการสื่อสารอย่างรุนแรง ดังนี้

- พูดซ้ำหรือไม่พูด
- ไม่สามารถเริ่มต้นสนทนากับผู้อื่นได้
- เงียบ ไม่พูดกับใคร
- มีคำศัพท์เฉพาะตัว หรือมีภาษาแปลก ๆ ที่เป็นภาษาเฉพาะของเด็กเองและผู้อื่นฟังไม่เข้าใจ
- พูดคำซ้ำ เช่น อาจพูดคำโฆษณาในโทรทัศน์ซ้ำ ๆ
- สื่อสารโดยใช้ท่าทางไม่เป็น (แตกต่างจากเด็กหูหนวก ซึ่งสามารถใช้ท่าทางสื่อสารได้)
- เมื่อต้องการอะไรจะขอหรือชี้ไม่เป็น แต่จะใช้วิธีดึงมือคนไปที่สิ่งนั้น
- พูดซ้ำประโยคหรือข้อความที่ผู้อื่นพูดด้วย
- ใช้ภาษาในรูปแบบแปลก ๆ เช่น ใช้คำโดยที่ไม่ได้มีความหมายเหมือนที่คนทั่วไปใช้กัน มีการสลับตำแหน่งของคำต่าง ๆ หรือมีโครงสร้างประโยคที่ผิด เช่น แทนที่จะพูดว่า “หมากัดนุ้ย” กลับพูดว่า “นุ้ยกัดหมา”
- เด็กบางคนมีพัฒนาการทางภาษาดีตามสมควร แต่ก็ไม่เข้าใจความหมายที่ลึกซึ้ง หรือความหมายเชิงนามธรรม เช่น ไม่เข้าใจคำอุปมาอุปมัย หรือคำพูดล้อเล่นของเพื่อน และใช้ภาษาไม่ถูกต้องตามกาลเทศะเหมือนเด็กปกติ

ความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นอีกอาการหนึ่งที่สำคัญของกลุ่มอาการออทิสติกสเปกตรัม ที่มีระดับความรุนแรงแตกต่างกันไป บางคนอาจสามารถสร้างความผูกพันกับผู้อื่นได้ แต่มักจะขาดความรู้สึกและความสนใจร่วมกับผู้อื่น (attention-sharing behaviors) เช่น ไม่ชี้หรือไม่นำสิ่งของมาอวด ไม่สามารถเข้าใจหรือรับรู้ที่ผู้อื่นกำลังคิดหรือรู้สึกอย่างไร บางรายอาจไม่รู้วิธีเริ่มต้นหรือจบการสนทนา พ่อแม่บางคนอาจสังเกตเห็นความผิดปกตินี้ตั้งแต่ขวบปีแรก จากการสบตาน้อย ไม่ชอบให้อุ้ม หรือขึ้นตัวเวลาอุ้ม เด็กเล็กอาจไม่กลัวคนแปลกหน้าอย่างเด็กทั่วไป ไม่สนใจเข้ากลุ่มเพื่อน ในเด็กที่มีอาการน้อย อาจมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นบ้าง แต่ขาดความผูกพันและความยืดหยุ่น เมื่อเข้าสู่วัยเรียน จะเห็นได้ชัดเจนมากขึ้น คือเด็กไม่สามารถเข้าใจหรือรับรู้ที่ผู้อื่นกำลังคิดหรือรู้สึกอย่างไร เข้ากับเพื่อนได้ยาก โดยจะแสดงอาการได้หลายแบบ ดังนี้

- ไม่มีการตอบสนองทางสังคม หรือไม่ค่อยมีปฏิริยาต่อคนอื่นเหมือนเด็กปกติ
- เรียกชื่อแล้วไม่ตอบสนอง ไม่หันตามเสียงเรียก

- ไม่ค่อยสบตา หลีกเลียงไม่ยอมมองตา บางรายมองทางหางตา
- ไม่มีความสนใจร่วมกับผู้อื่น เช่น จะไม่เข้าไปร่วมดูสิ่งสนุก ๆ กับพี่น้อง หรือไม่ชวนให้พ่อแม่ดูสิ่งที่ตนสนใจ
- ไม่สามารถแบ่งปันทางอารมณ์กับผู้อื่น ไม่เล่าความรู้สึกนึกคิดให้ผู้อื่นรับรู้ หรือไม่ขอความช่วยเหลือทางอารมณ์จากผู้อื่น เช่น ไม่เข้าหาผู้ใหญ่เวลาร้องไห้ แต่จะยืนร้องอยู่คนเดียว
- ไม่เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น
- ห่างเหิน ไม่เข้ามาคลุกคลีกับพ่อแม่ ในตอนเล็ก ๆ จะมีลักษณะไม่เฝ้าเข้าหาพ่อแม่ ไม่ยอมให้อุ้ม ไม่เข้ามาคลอเคลียแสดงความรัก
- ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับเด็กอื่น มักจะไม่มีเพื่อน
- ชอบอยู่คนเดียว ชอบเล่นคนเดียว ไม่ยอมเล่นกับเพื่อน
- สนใจสิ่งของมากกว่าคน หากเด็กออทิสติกอยู่ในห้องที่มีคนนั่งอยู่ด้วย เขาจะไม่สนใจคน ไม่ทักทาย ไม่เข้าไปหา แต่จะนั่งเล่นอยู่ตามลำพังราวกับไม่มีคนอยู่ในห้อง หากสนใจคนก็ไม่ได้สนใจจริง ๆ แต่สนใจสิ่งของที่อยู่บนคนนั้นมากกว่า เช่น แวนตา ลวดดัดฟัน เด็กมักทักทายผู้คนแบบแปลก ๆ เช่น เข้ามาดมกลิ่น มาดึงแวนตา จ้องที่ฟันเอามือมาแตะตัว บางรายเป็นแบบไม่กลัวใคร เข้ามาหาคนแปลกหน้าเหมือนคนคุ้นเคยหรือชอบให้ทุกคนอุ้ม

๒. ความผิดปกติด้านพฤติกรรมซ้ำ และข้อจำกัดด้านความสนใจและการทำกิจกรรม

พฤติกรรมซ้ำ เป็นสิ่งที่สังเกตเห็นได้ จึงช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ดี พฤติกรรมนี้อาจเป็นพฤติกรรมทางกายและการเคลื่อนไหวที่จำกัดอยู่กับความสนใจในกิจกรรมหรือสิ่งของไม่กี่ชนิด เมื่อเกิดความตื่นเต้นหรือมีภาวะกดดัน การเคลื่อนไหวซ้ำมักพบได้มากขึ้น ออทิสติกสเปกตรัมบางคนสนใจรายละเอียดเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่คนอื่นมองข้าม โดยจะแสดงอาการได้หลายแบบ ดังนี้

- มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่น้อยเกินไป เช่น เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉยเวลาพูดคุย
- บางครั้งมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงเกินไป เช่น เวลาโกรธหรือไม่พอใจก็จะร้องกรี๊ดเป็นเวลานาน หรือร้องอย่างโหยหวนผิดธรรมดา
- ชอบทำอะไรซ้ำ เช่น โยกตัว โบกมือไปมา ชอบดูโฆษณาทางโทรทัศน์ หรือดูการ์ตูนซ้ำ ๆ
- มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น หมุนตัว เดินเขย่ง วิ่งไปมาอย่างไร้จุดหมาย แต่บางรายอาจชอบนั่งเฉย ๆ
- มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เช่น โขกหัวหรือกัดแขนตนเอง
- มีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างไม่แน่นอน บางคนอาจตอบสนองต่อสิ่งเร้ามากเกินไป บางคนอาจตอบสนองต่อสิ่งเร้าน้อยเกินไป เช่น เด็กบางคนอาจดูคล้ายคนหูหนวก เพราะไม่ตอบสนองต่อเสียงเรียก ไม่หันมาเมื่อพ่อแม่เรียก แต่พอเอากุญแจมาเขย่าเบา ๆ ข้างหลังเด็กจะหันมาทันที บางคนจะร้องไห้มากเมื่อได้ยินเสียงสุนัขเห่าหรือเสียงคนปิดประตู บางคนไวต่อการเคลื่อนไหวหรือการสัมผัสจับต้อง จะตกใจง่ายต่อสิ่งเร้าบางอย่าง และร้องกรี๊ดหรือโวยวายเกินเหตุ ในขณะที่บางคนไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกเจ็บปวด แม้เจ็บหรือมีบาดแผลก็ไม่ร้องไห้ ไม่รู้สึกหนาว-ร้อน ไม่รับรู้การสัมผัสของผู้อื่น

- กลัวของบางอย่างโดยไม่มีสาเหตุ เช่น กลัวตุ๊กตา
- ปรับตัวยาก ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในกิจวัตรประจำวัน เช่น มักทำกิจวัตรตามลำดับเดิม แต่งตัวตามลำดับขั้นเดิม เดินตามเส้นทางเดิมหรือทำตามตารางเดิมทุกวัน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนที่เคยทำ เด็กจะหงุดหงิดอาละวาด
- มีความผิดปกติในการเล่น กล่าวคือ
 - ไม่มีจินตนาการ จะเล่นสมมติหรือเล่นเลียนแบบไม่เป็น เช่น เล่นขายของไม่เป็น สมมติตุ๊กตาเป็นพ่อ-แม่-ลูกไม่เป็น
 - เล่นของเล่นไม่เป็น เช่น เมื่อเล่นรถก็จะเพียงหมุนล้อไปมาหรือเอามาดม หรืออาจถือของเล่นไว้ในมือเฉย ๆ
 - ชอบเล่นของซ้ำซากอย่างไม่มีจุดหมาย เช่น ปิดเปิดสวิตช์ไฟซ้ำ ๆ ปิด-เปิดประตูซ้ำ ๆ
 - ชอบของที่หมุนไปมา เช่น ชอบมองดูพัดลมหมุน
 - ชอบเอาของมาเล่นหรือมาดูใกล้ตา
 - เล่นเกมที่มีลักษณะโต้ตอบกันไม่เป็น เช่น เล่นจ๊ะเอ๋ไม่เป็น
 - เล่นร่วมกับเด็กอื่นไม่เป็น ไม่เข้าใจวิธีการเล่นที่เป็นกติกาหรือกฎเกณฑ์

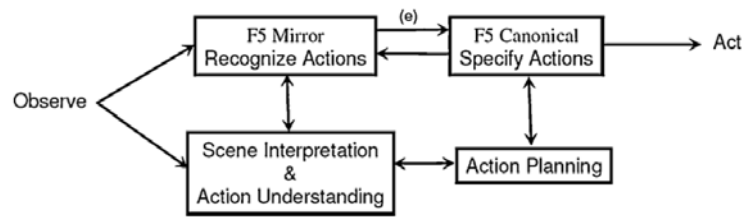
ภาคผนวก ง

มิเรอร์นิวรอนเธอราปี (Mirror neuron therapy)

มิเรอร์นิวรอนเธอราปี (Mirror neuron therapy) เป็นแนวทางการบำบัดที่พัฒนาภายใต้ทฤษฎี มิเรอร์นิวรอน (Mirror neuron theory) ที่เป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับการทำงานของจิตผ่านสมองได้ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะการพัฒนาด้านภาษาและการสื่อสารทางสังคมซึ่งเป็นความสามารถพื้นฐานกับความสามารถในการสนใจผู้อื่นผ่านการทำงานของมิเรอร์นิวรอนซิสเต็ม (Mirror Neuron System, MMS) ซึ่งค้นพบครั้งแรกในบริเวณเซลล์สมองด้านหน้าที่ทำหน้าที่วางแผนการเคลื่อนไหวของลิ้น และค้นพบหลักฐานที่อยู่บริเวณเซลล์สมองด้านหน้าและล่างที่ทำหน้าที่สั่งการเกี่ยวกับความเข้าใจภาษา รวมทั้งอยู่ด้านข้างและล่างต่อสมองที่ทำหน้าที่รับและแปรผลสัญญาณระบบการรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ และด้านหลังของสมองที่ทำหน้าที่สื่อความหมาย ดังนั้นมิเรอร์นิวรอนซิสเต็มช่วยให้มนุษย์เกิดกระบวนการรับรู้ กระบวนการรู้คิด กระบวนการเรียนรู้ กระบวนการเลียนแบบท่าทาง กระบวนการใช้ภาษา และกระบวนการขั้นสูงต่างๆ ของสมอง ซึ่งมีมิเรอร์นิวรอนซิสเต็ม อาจพบความบกพร่องในเด็กออทิสติกแต่ละบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความผิดปกติของมิเรอร์นิวรอนซิสเต็มจะเกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางการรับรู้ด้านการได้ยินและการพูด รวมถึงความสามารถในการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ลดลง ซึ่งสามารถใช้การสแกนคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในสมองแล้วเปรียบเทียบระหว่างเด็กออทิสติกกับเด็กปกติ ทำให้เห็นชัดเจนว่า คลื่นการทำงานทางระบบประสาทของเด็กออทิสติกมีความสามารถตื่นตัวและความหนาของเนื้อสมองชั้นสีเทาลดลง ซึ่งเป็นบริเวณเซลล์สมองที่ทำหน้าที่สั่งการเกี่ยวกับความเข้าใจภาษา เซลล์สมองที่ทำหน้าที่รับและแปรผลสัญญาณระบบการรับรู้ความรู้สึก และเซลล์สมองที่ทำหน้าที่สื่อความหมาย ทำให้เด็กออทิสติกมีความรุนแรงของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการสื่อสารและการเข้าสังคม นอกจากนี้มิเรอร์นิวรอนซิสเต็มยังมีบทบาทในเซลล์สมองที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงระบบการรับรู้ความรู้สึกและระบบการเคลื่อนไหว ซึ่งเมื่อเด็กออทิสติกมองวิดีโอที่บันทึกการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ของเขา มิเรอร์นิวรอนซิสเต็มจะถูกกระตุ้นได้ระดับหนึ่ง เมื่อให้เด็กออทิสติกมองวิดีโอที่บันทึกการเคลื่อนไหวที่มีความหมายมากขึ้น มิเรอร์นิวรอนซิสเต็มที่ถูกระงับหรือบกพร่องอยู่อาจกลับมาทำหน้าที่ได้อีกครั้ง

ปัจจุบันแนวคิดมิเรอร์นิวรอนเธอราปีมีการพัฒนาเป็นโปรแกรมที่น่าสนใจ เช่น การให้เด็กออทิสติกมองตัวเองเคลื่อนไหวในกระจกเงาแล้วเลียนแบบท่าทางผู้บำบัด การให้เด็กออทิสติกมองภาพเคลื่อนไหวหนึ่ง ๆ แล้วเลียนแบบท่าทางคนในวิดีโอ การให้เด็กออทิสติกทำท่าเลียนแบบของหุ่นยนต์ที่ทำงานคล้ายมนุษย์ ฯลฯ แต่มีกิจกรรมที่น่าสนใจที่พัฒนาภายใต้แนวคิดข้างต้น คือ กิจกรรมการเล่นดนตรี ซึ่งสื่อดนตรีสามารถกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึกได้หลากหลาย ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การเคลื่อนไหว และการแสดงอารมณ์ผ่านสีหน้า-ท่าทาง-ภาษา นอกจากนี้การปรับเสียงดนตรีที่หลากหลายก็ช่วยให้สมองของผู้ที่มีความบกพร่องทางการสื่อความหมายเกิดกระบวนการสร้างแผนที่ในสมองเพื่อการได้ยินบูรณาการกับการเคลื่อนไหว หรือ Auditory-motor mapping training (AMMT) มากขึ้น เรียกว่า การบำบัดด้วยเสียงดนตรี (Melodic intonation therapy, MIT) เช่น การใช้เสียงสูงดัง ๆ ซ้ำ ๆ สลับกัน การเคาะจังหวะต่าง ๆ ด้วยมือ การเปล่งเสียงสูงต่ำเป็นจังหวะ เป็นต้น



รูปที่ ๓ ระบบแนวคิดเพื่อความเข้าใจในกลไกของมิเรอร์ซิสเต็ม (Conceptual systems for understanding actions linked the mirror system)

ที่มา: Oztop, E., Kawato, M., & Arbib, M.A. (๒๐๑๒). Mirror neurons: Functions, mechanisms and models. *Neuroscience Letter*, doi:๑๐.๑๐๑๖/j.neulet.๒๐๑๒.๑๐.๐๐๕.

มิเรอร์นิวรอนเรอราายังใช้กระบวนการเลียนแบบเสียงในเด็กออทิสติกด้วย เพราะเด็กออทิสติกต้องการฝึกฝนช่วงเวลาการสั่งการการเคลื่อนไหวร่างกาย การรับรู้ความหมายจากระบบการได้ยิน จนถึงระยะเวลาการสั่งการความคิดริเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งควรมีการฝึกฝนหลาย ๆ ครั้งโดยให้นักกิจกรรมบำบัดหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ฝึกและคอยประเมินทักษะของเด็กออทิสติกที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมด้วยการสังเกต (action observation) ในหลายรูปแบบ ตามรูปที่ ๓ เช่น การเดินตามจังหวะเสียงดนตรี การส่งเสียงตามเสียงร้องของดนตรี การทำท่าทางตามกลุ่มเพื่อน ฯลฯ นอกจากนี้ นักกิจกรรมบำบัดและนักแก้ไขความผิดปกติด้านการสื่อความหมายสามารถกระตุ้นแยกและรวมการรับรู้ความรู้สึกที่หลากหลายผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เช่น การสัมผัสอุปกรณ์ที่ทำเป็นเสียงดนตรี การเคลื่อนไหวบนกระดานที่มีเสียงและสีต่างกัน การมองภาพที่มีสีและแสงเคลื่อนไหวในทิศทางต่าง ๆ การทำกิจกรรมเล่นดนตรีระหว่างเด็กออทิสติกและครอบครัว เป็นต้น

ภาคผนวก จ

แนวทางการเพิ่มหรือปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบประสาทส่วนกลางใน
กระบวนการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกการเคลื่อนไหว/สั่งการ

พื้นฐานปัญหา/ สาเหตุ	พฤติกรรม แสดงออก/ปัญหา	เป้าหมาย	หลักการ และเทคนิค	ข้อควรพิจารณา
๑. sensory modulation disorder				
๑.๑ sensory over-responsivity	- Sensory avoidance พฤติกรรมหลีกเลี่ยง พฤติกรรมต่อต้าน อะอะไววายวาย มี ผลกับการสวมใส่ เสื้อผ้า การเลือก กินอาหาร การตัด ผม sleep cycle	๑. ลดความไวต่อ ความรู้สึกให้อยู่ ในระดับ เหมาะสมเพื่อ เตรียมความ พร้อมในการรับรู้ และเรียนรู้	- Sensory motor approach - Sensory desensitization	
		๒. เพิ่มความเข้าใจใน ความหมายของ ความรู้สึกที่ได้รับ	- Cognitive approach	
		๓. ทำให้มีการ ตอบสนองต่อสิ่ง เร้าอย่าง เหมาะสม	- Desensitization	
		๔. เพื่อให้ผู้ปกครอง สามารถให้การ ดูแลและส่งเสริม การทำกิจกรรม การดำเนินชีวิตได้	- Family oriented /psycho-education	
๑.๒ sensory under-responsivity	- ไม่ตอบสนองต่อสิ่ง เร้า อยู่เฉยๆ นิ่งไม่ แสดงความเจ็บปวด	- เพิ่มความเข้าใจใน ความหมายของ ความรู้สึกที่ ได้รับ - ทำให้มีการ ตอบสนองต่อสิ่งเร้า อย่างเหมาะสม	- Sensory stimulation ที่มี ความเข้มข้นสูง - Sensory motor activity - sensory integrative activity	ให้การรับความรู้สึกที่ เข้มข้น เพียงพอที่จะ รับเข้าไปได้ และ เลือกให้ข้อมูล ความรู้สึกที่รับได้ ก่อนเป็นอันดับแรก แล้วเพิ่มข้อมูล ความรู้สึก (intensity and channel)

พื้นฐานปัญหา/ สาเหตุ	พฤติกรรม แสดงออก/ปัญหา	เป้าหมาย	หลักการ และเทคนิค	ข้อควรพิจารณา
๑.๓ sensory seeking	Hyperactivity ไม่อยู่นิ่งแสวงหาสิ่งเร้าที่ต้องการตลอดเวลา	<ul style="list-style-type: none"> - ลดภาวะการตื่นตัวที่สูงให้อยู่ในระดับเหมาะสม - เพิ่มความเข้าใจในความหมายของความรู้สึกที่ได้รับ - ทำให้มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างเหมาะสม - เพิ่มความเข้าใจในความหมายของความรู้สึกที่ได้รับ 	<ul style="list-style-type: none"> - cognitive approach/psychoeducation approach - physical exertion activity - relaxation activity - self control activity - attention span activity - Sensory motor approach - Sensory stimulation - Sensory motor activity - Sensory integrative activity 	<ul style="list-style-type: none"> - เน้นกิจกรรม heavy work ให้ระบายพลังงานที่มากเกินไป - เน้นกิจกรรมที่การผ่อนคลาย อย่างมีสติ - กิจกรรมที่เน้นการควบคุมร่างกายและการกระทำที่มีเป้าหมาย - ต้องเป็นกิจกรรมที่ผู้รับบริการสนใจ ต้องลำดับกิจกรรมจากกิจกรรมที่ใช้เวลาในการทำน้อย ไปสู่การทำงานที่มากขึ้นที่เน้น fine motor activity
๒. sensory discrimination disorder	การรับรู้ไม่ดี แยกแยะจัดกลุ่มไม่ได้ ลำดับขั้นตอนไม่ได้ ไม่ยืดหยุ่น คำนวณแรงหรือใช้พลังงานไม่เหมาะสม เช่น เมื่อต้องการที่จะแตะหรือสัมผัส เด็กคำนวณแรงไม่เหมาะสม จึงแสดงออกให้เห็นโดยการผลักหรือตี	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มความสามารถในการแยกแยะและตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้เหมาะสมตามวัย (เพื่อพัฒนาความสมดุลระหว่าง protective และ discriminative function) - พัฒนาความสามารถในการวางแผน การจัดลำดับ การใช้พลังงานในกิจกรรม การดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensory stimulation - Sensory motor activity - Sensory integrative activity ที่เน้นการตอบสนองเหมาะสมตามวัย 	การบำบัดควรจัดการด้าน modulation ก่อนที่จะจัดการ discrimination

พื้นฐานปัญหา/ สาเหตุ	พฤติกรรม แสดงออก/ปัญหา	เป้าหมาย	หลักการ และเทคนิค	ข้อควรพิจารณา
<p>๓. sensory-based motor disorder</p> <p>๓.๑ postural disorder</p>	<p>การควบคุมการทรงตัวไม่ดี เช่น มี endurance ต่ำ ชอบนั่งพิง หกล้มง่าย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อพัฒนาความสมดุลในการทรงตัว/ทรงท่าของร่างกาย - เพื่อพัฒนาการควบคุมท่าทางของร่างกายใน ทิศทางต่าง ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - Neuro-developmental approach - inhibiting primitive reflexes facilitating righting & equilibrium ใน position ต่าง ๆ - Sensory motor activity - Sensory integrative activity โดยเฉพาะ vestibular และ proprioceptive sensation 	
<p>๓.๒ Developmental dyspraxia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เคลื่อนไหวซ้ำ รุ่มง่าม ตัดสินใจช้า สะดุดหกล้มง่าย บาดเจ็บบ่อย 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้พัฒนาทักษะการเคลื่อนไหวของลูกตา - เพื่อพัฒนามโนคิด การกระทำการเคลื่อนไหว - เพื่อพัฒนาความสามารถในการจัดการพฤติกรรม โดยเฉพาะ พฤติกรรมการเคลื่อนไหว 	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitive approach - Cognitive Activity 	

พื้นฐานปัญหา/ สาเหตุ	พฤติกรรม แสดงออก/ปัญหา	เป้าหมาย	หลักการ และเทคนิค	ข้อควรพิจารณา
๔. ทักษะความคิด ความเข้าใจ	<ul style="list-style-type: none"> - เริ่มต้นและการทำกิจกรรมเองไม่ได้ - ทำกิจกรรมต่อเนื่องไม่ได้ - ทำซ้ำ ๆ ขึ้นตอนใดขึ้นตอนหนึ่ง - ลำดับเหตุการณ์ไม่ได้ - ยากลำบากในการเข้าใจคำสั่ง 	<ul style="list-style-type: none"> - เข้าใจและรับรู้ขั้นตอนในการทำกิจกรรม - จัดจำและสามารถลำดับเหตุการณ์ในการทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง - สามารถทำกิจกรรมได้สำเร็จจากกิจกรรมง่ายๆไปจนถึงกิจกรรมที่ซับซ้อน 	<ul style="list-style-type: none"> - กระตุ้นการรับรู้ตนเอง กาล เวลา สถานที่ บุคคล - Auditory perception training and visual perception training - เทคนิคการวิเคราะห์และสังเคราะห์กิจกรรม - การฝึกความคิดความเข้าใจขั้นพื้นฐาน ได้แก่ orientation Memory โดยใช้เทคนิคteaching and learning และ remedial approach 	
	<ul style="list-style-type: none"> - บกพร่องด้านการเชื่อมโยงสิ่งที่เรียนรู้มาก่อนกับสถานการณ์ใหม่ๆ แก้ปัญหาต่างๆในชีวิตประจำวันไม่ได้ - ไม่รับรู้และเข้าใจสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อตนเอง บกพร่องด้านการสร้างความคิดรวบยอด - ไม่เข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรม - ยากลำบากในการเรียนรู้ด้านวิชาการ 	<ul style="list-style-type: none"> - รับรู้ เข้าใจ สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม - เพิ่มความสามารถในการคิดและเข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรม - สามารถเรียนรู้ทักษะด้านวิชาการ ได้แก่ การอ่าน การเขียน และการคิดคำนวณ 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensory stimulation - Sensory motor activity. Sensory integrative activity - เทคนิคการวิเคราะห์และสังเคราะห์กิจกรรม - เทคนิคการเรียนรู้ การสอน - Perception training - การฝึกทักษะความคิดความเข้าใจ 	

พื้นฐานปัญหา/ สาเหตุ	พฤติกรรม แสดงออก/ปัญหา	เป้าหมาย	หลักการ และเทคนิค	ข้อควรพิจารณา
๕. ทักษะการควบคุม อารมณ์	<ul style="list-style-type: none"> - กรีดร้อง โวยวาย ขัดใจไม่ได้ มี ลักษณะเป็นเด็ก เลี้ยงยาก - มีพฤติกรรมทำร้าย ตนเอง เช่น ทบคาง ตีตนเอง - มีพฤติกรรมก้าวร้าว - เด็กหงุดหงิด ง่าย อารมณ์ แปรปรวน ขาด ความมั่นคงทาง อารมณ์ - มีลักษณะยึดตนเอง เป็นศูนย์กลางมาก เกินไป - ไม่ยืดหยุ่น ไม่ยอม เปลี่ยนเส้นทางจาก บ้านไปโรงเรียน - กรีดร้อง โวยวาย เมื่อมีการเปลี่ยน กิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - ลดภาวะการตื่นตัว สูงให้อยู่ระดับที่ เหมาะสม - เพิ่มการรับรู้และ ความเข้าใจ ความรู้สึกหรือ อารมณ์ที่ไม่ เหมาะสม - สามารถปรับ สภาวะการแสดง อารมณ์ได้เหมาะสม กับกาล เวลา สถานที่ บุคคล 	<ul style="list-style-type: none"> -Sensory stimulation -Sensory motor approach & activity -Sensory integrative activity -Sensory motor activity - Sensory desensitization -Relaxation activity -Self control activity -เทคนิคการปรับ พฤติกรรม -เทคนิคการเรียนรู้การ สอน -Attention span activity -Perception, Cognition & Communication activity -Adapt behavior activity -Group & graded activity -Motivation technique -ดัดแปลง สภาพแวดล้อม 	

พื้นฐานปัญหา/ สาเหตุ	พฤติกรรม แสดงออก/ปัญหา	เป้าหมาย	หลักการ และเทคนิค	ข้อควรพิจารณา
๖. ทักษะการสื่อ ความหมาย	<p>ไม่สบตา และ ตอบสนองต่อคำสั่ง ไม่สามารถใช้กิริยา ท่าทางในการสร้าง ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม แสดงท่าที่ตอบสนอง ต่อบุคคลและสถานที่ ไม่เหมาะสมกับ สถานการณ์</p>	<p>- สามารถจ้องมอง และสามารถสร้าง ปฏิสัมพันธ์ทาง สังคมโดยใช้ภาษา ท่าทางได้ - สามารถพูดได้ เหมาะสมตาม พัฒนาการ</p>	<p>- Sensory integrative activity - Sensory stimulation - Oro-motor function training - Pre-speech training - เทคนิคการปรับ พฤติกรรม</p>	
	<p>- พัฒนาการทาง ภาษาล่าช้าหรือ ผิดปกติ เช่น ไม่พูด พูดซ้ำ พูดทวน คำพูดเรียงลำดับ ประโยคไม่ได้ - มีภาษาแปลก ๆ พูดภาษาตนเอง ไม่ เข้าใจคำนาม สรรพ นาม และบุพบท พูดทวนคำถาม เลียนแบบเสียงคำ สุดท้ายบอกเล่า เหตุการณ์ง่าย ๆ ไม่ได้เมื่อถูกถาม</p>	<p>- สามารถพูดได้ เหมาะสมตามวัย</p>	<p>- Auditory perception training - Sensory integrative activity - Oro-motor activity - Sensory motor activity. - การฝึกทักษะ ความคิดความ เข้าใจ - Pre-speech training</p>	

ภาคผนวก ฉ

สรุปบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางกิจกรรมบำบัดในการบำบัดรักษา
บุคคลออทิสติกสเปกตรัม โดย เจน เคธ สมิธ และ มาเรียน อาร์เบสแมน

Evidence-Based Review of Interventions for Autism Used in or of Relevance to Occupational Therapy (Case-Smith & Arbesman, 2008)

Autism intervention approaches

Sensory integration & sensory-based intervention

8 studies are Level I

Sensory integration intervention appears to enhance the child's ability to modulate behavior and participate in social interaction; however, findings are inconclusive at this time (Baranek, 2002).

Sensory-based interventions, such as those that provide therapeutic touch, can decrease maladaptive behaviors, reduce hyperactivity, inhibit self-stimulation and stereotypic movements, and improve attention and focus (Escalona, Field, Singer-Strunck, Cullen, & Hartshorn, 2001; Field et al., 1997).

Therapy approaches that use the auditory system (i.e., therapeutic listening and auditory integration training) to promote integration and organization of the central nervous system have inconclusive evidence for their effectiveness (Sinha, Silove, Wheeler, & Williams, 2004).

Most scholars recommend use of sensory-based interventions as one component of a comprehensive intervention that uses a variety of methods to promote performance (Baranek, 2002; Greenspan & Wieder, 1997).

Relationship-based, interactive interventions

2 Level I, 2 Level II, and 7 Level III

Relationship-based interventions (e.g., Hwang & Hughes, 2000) that use adult imitation of the child's actions, implement high levels of positive responsiveness, apply prompting and cueing, facilitate peer interactions, establish environments that support social interaction, and demonstrate positive effects on social engagement in children with ASD

Structured play activities, such as block construction or games that include cueing, prompting, and reinforcement, are effective interventions to enhance turn-taking, sharing, communication, and social interaction in children with ASD (Legoff, 2004).

Intervention emphasizing responsive, supportive relationships, and social-emotional development in young children can facilitate the child's social-emotional growth and promote development of pivotal behaviors essential for learning (Greenspan & Wieder, 1997; Mahoney & Perales, 2005; Wieder & Greenspan, 2005).

Developmental skill-based programs

Six studies (4 Level II, and 2 Level III)

Programs that emphasize a developmental, play-based approach that emphasizes positive affect, nonverbal communication play, social relationships, and classroom structure have small positive effects (Rogers, Herbison, Lewis, Pantone, & Rels, 1986).

Children with ASD often have strengths in visual perception (particularly of inanimate objects). Interventions that use visual cueing and visual learning are effective in promoting communication and learning (Ozonoff & Cathcart, 1998; Panerai, Ferrante, & Zingale, 2002).

Social-cognitive skill training

1 Level I, 3 Level II, and 4 Level III

Cognitive-based social skills training in which simple, discrete steps of social-emotional skills are explained, modeled, and practiced appears to have modest, positive effects (Ozonoff & Miller, 1995).

Limited gains in social interaction of adolescents are made through social skills training in groups (Broderick, Caswell, Gregory, Marzolini, & Wilson, 2002; Howlin & Yates, 1999; Ozonoff & Miller, 1995).

Social Stories (Gray, 2000), which are often implemented by occupational therapists to guide and teach appropriate behavior to children with ASD, demonstrate small positive effects (Reynhout & Carter, 2006).

Parent-directed/mediated approaches

Five studies (3 Level I, 2 Level II)

Parent education about autism and behavior management can improve the parent's confidence and self-esteem and can improve the child's behavior (Sofronoff & Farbotko, 2002; Sofronoff, Leslie, & Brown, 2004). However, training parents to implement skill-based interventions has mixed evidence for its effectiveness in promoting the child's performance and does not lower parent stress (Diggle, McConachie, & Randle, 2003; Drew et al., 2002).

Intensive behavioral intervention

Ten studies (4 Level I, 5 Level II, 1 Level III)

EIBI using one-on-one discrete trial training is widely applied to children with ASD and has evidence of moderate to strong effects (Lovaas, 1987; Sallows & Graupner, 2005; Smith, Groen, & Wynn, 2000).

Positive behavioral support has moderate to strong positive effects in reducing problem behaviors in children with ASD. A systematic approach that includes prevention of problem behaviors by applying consistent instruction and consequences to behavior, modifying the environment to promote appropriate behaviors, and collecting data to monitor children's progress appears to be highly effective (Horner et al., 2002).

Level I (i.e., randomized controlled trials, systematic reviews, and meta-analyses)

Level II (i.e., nonrandomized clinical trials such as cohort studies)

Level III evidence (i.e., before-after, one group designs)

Level IV or V evidence (descriptive studies, case series and single-subject design, and case reports and expert opinion, narrative literature reviews and consensus statements)

ภาคผนวก ข

คณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด และ

คณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัดด้านมาตรฐานวิชาการ

คณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด (วาระ พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๖๐)

๑. รศ.สร้อยสุดา วิทยากร	กรรมการวิชาชีพผู้ทรงคุณวุฒิ	ประธานกรรมการวิชาชีพ
๒. นางเดือนงาม ภักดี	กรรมการวิชาชีพผู้ทรงคุณวุฒิ	รองประธานกรรมการวิชาชีพ
๓. รศ.พญ.อภิชนา ไหมวินทะ	กรรมการวิชาชีพผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการวิชาชีพ
๔. นพ.ธเรศ ทรัพย์นัยรวิวงศ์	ผู้แทนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการวิชาชีพ
๕. น.ส.พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง	ผู้แทนกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการวิชาชีพ
๖. นพ.เทวัญ ธาณีรัตน์	ผู้แทนกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการวิชาชีพ
๗. รศ.ดร.นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์หัวหน้าภาควิชากิจกรรมบำบัด	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	กรรมการวิชาชีพ
๘. ดร.ศุภลักษณ์ เข้มทอง	ประธานสาขากิจกรรมบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการวิชาชีพ
๙. รศ.ดร.วรรณนิภา บุญระยอง	ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด	กรรมการวิชาชีพ
๑๐. ผศ.ดร.เพื่อนใจ รัตตากร	ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด	กรรมการวิชาชีพ
๑๑. ดร.ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา	ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด	กรรมการวิชาชีพ
๑๒. น.ส. พรทิพย์พา ธิมายอม	ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด	กรรมการวิชาชีพ
๑๓. นางนীরชา เหมืองอ่อน	ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด	กรรมการวิชาชีพ
๑๔. นางสุชาดา สาครเสถียร	ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด	กรรมการวิชาชีพ
๑๕. นายติลก บุญเนตร	ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด	กรรมการวิชาชีพ
๑๖. น.ส.อินทิรา อะตะมะ	ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด	กรรมการวิชาชีพ
๑๗. ทพ.อาคม ประดิษฐ์สุวรรณ	ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการวิชาชีพและ เลขานุการ
๑๘. น.ส.ณัฐชมธร สำราญจิตร	หัวหน้ากลุ่มการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนปัจจุบัน สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	ผู้ช่วยเลขานุการ

