ทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียน
SOCIAL SKILLS OF SCHOOL AGE CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

*นาถลดา ตะวันกาญจนโชติ, พย.ม. (Nadlada Tawankanjanachot, MNS)**

Abstract

Social skills deficit is a major problem of children diagnosed with Autism spectrum disorders, or we can call “Autistic children”. Although an early intervention for developmental promotion was provided to these children to improve their language skill, it was found that they need to return to the intervention process when they reach the school age (6-12 years) because of their social skills deficit, such as lacking skill to play with friends, failure to build relationship with teachers and peers, and having inappropriate social communication. The social skills deficit will have effect on children’s life and education which can lead to psychological and other developmental problems if these deficits were not resolved. Therefore, the objectives of this article were to present knowledge in relation to social skill deficit in autism, social skill training currently used, factors effecting social skills development in school age children with autism, as well as role of psychiatric nurse to enhance social skills of school age children with autism in order to help them live happily in society.

Keywords Social skills, School age children with Autism spectrum disorders

บทคัดย่อ

ความบกพร่องด้านทักษะทางสังคม เป็นปัญหาหลักที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคออทิซึมสเปคตรัม หรือที่เรียกว่าเด็กออทิสติก แม้ว่าเด็กกลุ่มนี้จะได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่ยังเยาว์วัยจนมีพัฒนาการทางภาษาที่ดีขึ้น แต่เมื่อเด็กออทิสติกเข้าสู่ช่วงวัยเรียน (6-12 ปี) มักต้องกลับเข้าสู่กระบวนการรักษาอีกครั้งด้วยปัญหาความบกพร่องด้านทักษะทางสังคม เช่น เล่นกับเพื่อนไม่เป็น ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับครูและเพื่อนได้ มีการสื่อสารทางสังคมที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ความบกพร่อง

*Corresponding author, ผู้ช่วยอาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: Nadlada.taw@mahidol.edu

-17-0318(001-021).indd 1 5/26/60 BE 10:27 AM

ด้านทักษะทางสังคมนี้จะส่งผลต่อการใช้ชีวิตและการเรียนของเด็กกลุ่มนี้ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะนำไปสู่ปัญหาทางจิตใจและพัฒนาการด้านอื่น ๆ ดังนั้นบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ นำเสนอเกี่ยวกับความบกพร่องด้านทักษะทางสังคม การฝึกทักษะทางสังคมที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน รวมทั้งบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลเด็กออทิสติกวัยเรียนให้มีทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น อันนำไปสู่การอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขของเด็กออทิสติกต่อไป

คำสำคัญ ทักษะทางสังคม เด็กออทิสติกวัยเรียน

บทนำ

โรคออทิสซึมสเปคตรัม (Autism Spectrum Disorders) เป็นโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5th edition [DSM V]) เด็กจะมีความบกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม บกพร่องด้านภาษา การสื่อสาร และมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ (American Psychiatric Association [APA], 2013) ในประเทศสหรัฐอเมริกาช่วง ค.ศ. 2000-2014 พบโรคออทิสซึมสเปคตรัมเพิ่มสูงขึ้นจากประชากรเด็ก 1.47 ต่อ 100 คน เป็น 1 ต่อ 80 คน (Schieve et al., 2012; Zablotsky, Black, Maenner, Schieve, & Blumberg, 2015) ในทำนองเดียวกันอุบัติการณ์การเกิดโรคในประเทศแถบเอเชียก็เพิ่มสูงขึ้นด้วย (Sun & Allison, 2010) โรคนี้ใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (Vohra, Madhavan, Sambamoorthi, & Peter, 2014) อีกทั้งส่งผลกระทบทั้งต่อตัวเด็กออทิสติกและครอบครัว (Lasgaard, Nielsen, Eriksen, & Goossens, 2010; Rao & Beidel, 2009)

ปัญหาที่พบได้ในเด็กออทิสติก (Sadock, Sadock, Ruiz, 2015) ประกอบด้วย 1) ความบกพร่องทางภาษา (disturbances in language development and usage) นอกจากพัฒนาการภาษาที่ล่าช้า เด็กออทิสติกจะมีภาษาที่ซ้ำ ๆ มีระดับเสียงที่ผิดปกติ เช่น ออกเสียงพูดด้วยเสียงที่ราบเรียบ (monotone) หรือเสียงสูงเกินไป 2) ความบกพร่องระดับสติปัญญา (intellectual disability) พบว่าเด็กออทิสติก ร้อยละ 46 จะมีระดับสติปัญญาอยู่ในระดับบกพร่อง (intellectual disability) ประมาณร้อยละ 20 จะมีระดับสติปัญญาปกติบกพร่องปานกลาง (moderate) และระดับรุนแรง (severe) และร้อยละ 30 มีระดับสติปัญญาปกติ (Charman et al., 2011) 3) พฤติกรรมก้าวร้าว (aggressive behavior problem) พบได้ร้อยละ 25 ในเด็กออทิสติก (Hill et al., 2014) การทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น เช่น ทุบศีรษะตนเอง กัดผู้อื่น เป็นต้น 4) มีระบบการรับสัมผัสที่ผิดปกติ (Green et al., 2013) ไวหรือช้าต่อการรับสัมผัส ทั้งในเรื่องการมอง การได้ยิน การรับรส การสัมผัส เช่น เด็กจะไม่ชอบการสัมผัสพื้นผิวที่เป็นทราย หญ้า กลัวเสียงบางเสียงอย่างรุนแรง หรือชอบที่จะได้รับการกระตุ้นสัมผัสมาก ๆ ชอบมองสิ่งของที่มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา เช่น ชอบมองพัดลมหมุน เป็นต้น 5) ซนและสมาธิสั้น (hyperactivity and inattention) (Weeden, Ehrhardt, & Poling, 2010) 6) มีปัญหาการนอน (sleep problem) ซึ่งในปัจจุบันยังหาสาเหตุไม่ได้ แต่พบว่า ปัญหาในเรื่องการ

นอนนี้ จะส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและภาวะสมาธิสั้นในเด็กออทิสติกด้วย (Mazurek & Sohl, 2016) และร้อยละ 44-83 ของเด็กออทิสติกวัยเรียน ต้องใช้ยาช่วยในการนอนหลับ 7) อาการชัก พบว่าร้อยละ 22 ของเด็กออทิสติก จะมีอาการชักร่วมด้วย (Bolton et al., 2011) และมีผลคลื่นสมองผิดปกติ (Yasuhara, 2010) ซึ่งปัญหาในเรื่องพฤติกรรมก้าวร้าว อาการชัก ปัญหาการนอนและภาวะสมาธิโดยทั่วไปแล้วต้องรับการรักษาด้วยยาอาการเหล่านี้จึงดีขึ้น อย่างไรก็ตามอาการหลักของเด็กออทิสติกที่ยังไม่สามารถรักษาได้ด้วยยา คือ ความบกพร่องด้านทักษะทางสังคม บกพร่องด้านภาษาและการสื่อสาร ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการฝึกส่งเสริมพัฒนาการจนสามารถพูดสื่อสารได้แล้วก็ตาม แต่ปัญหาที่มักหลงเหลืออยู่ก็คือความบกพร่องด้านทักษะทางสังคม

ความบกพร่องด้านทักษะทางสังคม เป็นความบกพร่องหลักที่พบในเด็กออทิสติก โดยความบกพร่องที่สำคัญ ประกอบด้วย ความบกพร่องเกี่ยวกับความเข้าใจทางอารมณ์ ได้แก่ ไม่เข้าใจอารมณ์ของผู้อื่น ไม่สามารถตีความอารมณ์ที่ผู้อื่นแสดงออกได้ ไม่สามารถอธิบายความสนใจ อารมณ์ของตน เมื่อสนทนากับผู้อื่นได้ ไม่สามารถแสดงออกท่าทางเพื่อการสื่อสาร (ไม่สบตาขณะสนทนา การตีความสีหน้า ท่าทางที่คู่สนทนาแสดงออก) และบกพร่องในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น ไม่สามารถเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เล่นกับเพื่อนไม่เป็น ขาดความสนใจเพื่อนขณะทำกิจกรรม เป็นต้น (APA, 2013) การที่เด็กออทิสติกไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนได้ ไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนนั้นจะมีผลทำให้เด็กออทิสติกมีความรู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล และซึมเศร้า (Lasgaard et al., 2010; Mandelberg, Frankel, Cunningham, Gorospe, & Laugeson, 2014) หากปัญหาด้านทักษะทางสังคมนี้ไม่ได้รับการแก้ไข จนกระทั่งเด็กออทิสติกเข้าสู่วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ จะส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่ซับซ้อนขึ้นได้ (Mazurek, 2014) นอกจากผลกระทบต่อตัวเด็กออทิสติกแล้ว สิ่งเหล่านี้ยังส่งผลต่อผู้ดูแลเด็กออทิสติก โดยพบว่าผู้ดูแลมีภาวะเครียด ซึมเศร้า และรู้สึกเป็นภาระ (Bonis, 2016; Foody, James, & Leader, 2015) อันเนื่องมาจากไม่สามารถแก้ปัญหาพฤติกรรมทางสังคมที่เป็นปัญหา รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูง สิ่งเหล่านี้ยังส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กออทิสติกอีกด้วย (Marciano, Drasgow, & Carlson, 2015)

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ นำเสนอเกี่ยวกับความบกพร่องด้านทักษะทางสังคม การฝึกทักษะทางสังคมที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างให้เด็กออทิสติกวัยเรียนมีทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น รวมทั้งบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการฝึกทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติก

ความบกพร่องด้านทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติก

ความบกพร่องด้านทักษะทางสังคมเป็นปัญหาที่สำคัญในเด็กออทิสติก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเด็กออทิสติกมักมีความบกพร่องด้านทักษะทางสังคม ดังนี้

1. ความบกพร่องในการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการแสดงออกทางอารมณ์ (poor

social interaction and emotional reciprocity) ในช่วง 8-10 เดือน เด็กออทิสติกจะไม่สามารถหันตามเสียงเรียกได้ เมื่อโตขึ้นเด็กออทิสติกไม่สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น ไม่สามารถพูดคุยโต้ตอบ ตีความสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ของคู่สนทนาได้ รวมถึงบางคนจะไม่สามารถแสดงออกอารมณ์ของตนได้ เมื่อโกรธ ดีใจ หรือเสียใจ (Constantino et al., 2004; Constantino, Przybeck, Friesen, & Todd, 2000)

2. ความบกพร่องด้านการสร้างและรักษาสัมพันธภาพกับเพื่อน (difficulty in making and keeping friends) เนื่องจากไม่รู้วิธีสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม (APA, 2013; Johnson & Myers, 2008)

3. ความบกพร่องด้านการแสดงความสนใจร่วมกับผู้อื่น (joint attention) (Barbaro & Dissanayake, 2013; Warreyn & Roeyers, 2014) ในเด็กปกติเมื่ออายุ 9-12 เดือน เด็กจะให้ความสนใจผู้อื่นโดยการมองตาม และเริ่มเชื่อมโยงคำพูดกับสิ่งของ หรือเหตุการณ์นั้น ซึ่งเด็กออทิสติกจะมีข้อจำกัดในการแสดงออกถึงความสนใจคู่สนทนาทั้งท่าทางและคำพูด รวมไปถึงการสามารถตอบสนองอย่างเหมาะสม (Meindl & Cannella-Malone, 2011)

4. ความบกพร่องเกี่ยวกับ Theory of mind อันเป็นความสามารถที่จะเข้าใจและคาดเดาความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมของผู้อื่นได้ ความสามารถด้านนี้จะพัฒนาในขวบปีแรกของเด็กทั่วไป (Falck-Ytter, Gredebäck, & Hofsten, 2006; Rizzolatti & Craighero, 2004) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเด็กออทิสติกจะมีความบกพร่องในการพัฒนา Theory of mind จึงทำให้ไม่สามารถเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อและพฤติกรรมที่ผู้อื่นแสดงได้ (Weiss, LaRue, & Newcomer, 2009)

ความบกพร่องด้านทักษะทางสังคมเหล่านี้ หากไม่ได้รับการแก้ไข มักจะส่งผลต่อเด็กออทิสติกทั้งด้านพัฒนาการและด้านจิตใจ การฝึกทักษะทางสังคมในเด็กกลุ่มนี้ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง

การฝึกทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน

การฝึกทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน ที่นิยมใช้ในปัจจุบันมีหลากหลายรูปแบบ ซึ่งยังไม่มีโปรแกรมใดที่สามารถใช้ได้กับเด็กออทิสติกทุกคน (Holloway, Healy, Dwyer, & Lydon, 2014) จากการทบทวนวรรณกรรมอาจแบ่งรูปแบบของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียน ออกเป็นโปรแกรมที่ฝึกกับเด็กโดยตรงและโปรแกรมที่ใช้ฝึกผู้ปกครอง ดังนี้

1. โปรแกรมฝึกทักษะสังคมในเด็กออทิสติกโดยตรง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฝึกทักษะสังคมในเด็กออทิสติกโดยตรง ประกอบด้วย การใช้เรื่องราวทางสังคม (social story) การใช้วีดีโอเป็นแบบอย่าง (video modeling) และการฝึกโดยใช้กลุ่มเพื่อน (peer-mediated intervention [PMI]) ดังนี้

1.1 การใช้เรื่องราวทางสังคม (social story): การใช้เรื่องราวทางสังคม พัฒนาโดย แครอล เกรย์ (Carol Gray) เป็นการแต่งเรื่องราวทางสังคมขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียน เช่น ทักษะการเล่นเกม การแสดงสีหน้า การอ่านอารมณ์

ผู้อื่น และทักษะการสื่อสาร เป็นต้น (Karkhaneh et al., 2010) และแก้ไขพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว การไม่สามารถนั่งประจำที่ในห้องเรียนได้ เป็นต้น (Karkhaneh et al., 2010; อรธิดา ประสาร, 2551)

ลักษณะการแต่งเรื่องราวทางสังคมจะต้องมีการเลือกทักษะทางสังคมที่เป็นปัญหาและต้องการปรับเฉพาะเรื่องและรายบุคคล เช่น เรื่องการทักทาย การเที่ยวกับเพื่อน เป็นต้น จากนั้นนำมาแต่งเรื่องราวทางสังคม ประกอบด้วยรูปประโยค 7 ส่วน คือ

1) Descriptive sentence ประโยคที่บรรยายเกี่ยวกับข้อเท็จจริงทั่วๆ ไป ว่าเหตุการณ์นั้นเกิดที่ไหน ใครที่เกี่ยวข้อง และเพราะอะไรเขาถึงทำเหตุการณ์นั้นๆ

2) Directive sentence ประโยคที่บอกเด็กถึงพฤติกรรมที่ต้องการฝึกให้เด็ก

3) Perspective sentence ประโยคที่บอกให้เห็นว่า พฤติกรรมที่ต้องการฝึกให้เด็กนั้นคนทั่ว ๆ ไป มีความรู้สึก ความคิดอย่างไร

4) Affirmative sentence ประโยคที่เน้นให้เด็กมั่นใจในการทำพฤติกรรมที่ต้องการสร้าง

5) Control sentence ประโยคที่เขียนสำหรับเตือนให้เด็กสามารถทำพฤติกรรมที่ต้องการสร้างได้

6) Cooperative sentence ประโยคบอกเด็กว่าใครที่มีส่วนในการฝึกพฤติกรรมให้เด็กได้ในสถานการณ์ที่ต่างกันออกไป

7) Consequence sentence ประโยคที่บอกว่าจะเกิดอะไรขึ้น จากผลของการกระทำที่เด็กได้ทำ

ลักษณะการสร้างเรื่องราวทางสังคมนี้เกรย์กล่าวว่ามีการสร้าง 2 แบบ คือ เรื่องราวทั่ว ๆ ไป (basic social story) และเรื่องราวที่สมบูรณ์ (complete social story) ซึ่งจะแตกต่างกันโดยการเลือกลักษณะของประโยค หากเป็นเรื่องราวทางสังคมทั่ว ๆ ไป จะใช้รูปแบบประโยคที่ 1-3 หากเป็นแบบสมบูรณ์จะต้องใช้ครบทั้ง 7 ประโยค (Gray, 2000) แม้ว่าการใช้เรื่องราวทางสังคมนี้จะเป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ แต่ก็มีข้อจำกัด คือ สามารถฝึกได้เฉพาะพฤติกรรมที่นำมาเขียนเรื่องราวทางสังคม ไม่สามารถฝึกพฤติกรรมที่ซับซ้อนและเด็กไม่สามารถนำพฤติกรรมที่ฝึกไปเชื่อมโยงกับชีวิตประจำวันได้ เนื่องจากไม่มีการฝึกในสถานการณ์จริง (Trembath, Vivanti, Iacono,& Dissanayake, 2015)

1.2 การใช้วีดีโอเป็นแบบอย่าง (video modeling) การฝึกโดยใช้วีดีโอเป็นแบบอย่างพัฒนามาจากแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งเชื่อว่าการเรียนรู้ของเด็กจะเกิดโดยการเรียนรู้จากตัวแบบ โดยต้องเกิดจากการมีความตั้งใจที่จะเลียนแบบ จากนั้นจดจำและสร้างพฤติกรรมให้เกิดขึ้น อีกทั้งเด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะเรียนรู้จากการมองได้ดี (Rose, Trembath, & Bloomberg, 2016; Trembath et al., 2015)

การใช้วีดีโอเป็นแบบอย่าง ฝึกโดยให้เด็กสังเกตพฤติกรรมที่เหมาะสมที่ต้องการสร้างในวีดีโอและเลียนแบบตาม (Charlop, Dennis, Carpenter, & Greenberg, 2010) เหมาะสำหรับการฝึกรายบุคคล (Reichow & Volkmar, 2010) สามารถใช้ได้ทั้งเด็กออทิสติกที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อยไปจนถึงเด็กที่มีระดับความรุนแรงของโรคมาก ภายหลังการฝึกมีผลทำให้

-17-0318(001-021).indd 5 5/26/60 BE 10:27 AM

เด็กออทิสติกมีทักษะการสื่อสารและพฤติกรรมการทำงานของเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้น (Bellini & Akullian, 2007) ข้อจำกัดของรูปแบบนี้ คือ ไม่สามารถใช้สอนพฤติกรรมทางสังคมที่ซับซ้อนมากได้ และจำเป็นต้องหาสื่ออุปกรณ์เพื่อใช้ในการฝึก เช่น เครื่องอัดวีดีโอ เครื่องฉายวีดีโอ เป็นต้น (Maione & Mirenda, 2006)

1.3 การฝึกโดยใช้กลุ่มเพื่อน (peer-mediated intervention :PMI) เป็นรูปแบบที่ผู้ฝึกจะมีการฝึกเพื่อนเพื่อเป็นตัวแบบในการเล่นและช่วยในการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติก (Holloway et al., 2014) ซึ่งในการฝึกนี้ผู้ฝึกจะกำหนดทักษะสังคมเป้าหมายที่ต้องการฝึก เช่น การชักชวนให้ผู้อื่นสนใจ การฝึกโต้ตอบเมื่อเพื่อนชักชวน (Social initiations) ฝึกการขอร้องและแสดงความคิดเห็นอย่างเหมาะสม (Chung et al., 2007) ฝึกความสนใจขณะที่เพื่อนทำกิจกรรม การสลับกันเล่นตามหน้าที่ และการร่วมกันแก้ปัญหา เป็นต้น

โปรแกรมการฝึกโดยใช้กลุ่มเพื่อนมีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ โปรแกรมที่ใช้เพื่อนช่วยฝึกการสื่อสารในขณะที่เล่นเกมที่มีกฎกติกา (Trottier, Kamp, & Mirenda, 2011) โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมโดยใช้การเล่นเลโก้ (Owens, Granader, Humphrey, & Cohen, 2008) ภายหลังการฝึกโดยใช้กลุ่มเพื่อน พบว่าเด็กออทิสติกมีทักษะสังคมที่กำหนดดีขึ้น ข้อจำกัดของรูปแบบนี้ คือ สามารถทำได้เพียงกลุ่มเล็ก ๆ และทำเพียงในโรงเรียนเท่านั้น (McFadden, Kamps, & Heitzman-Powell, 2014) จะเห็นได้ว่าเพื่อนเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้เด็กออทิสติกมีทักษะสังคมที่ดีขึ้น อีกทั้งเพื่อนยังเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมในห้องเรียนที่ดีขึ้นด้วย (Locke, Rotheram-Fuller, & Kasari, 2012)

1.4 การฝึก Theory of mind รูปแบบการสอนเกี่ยวกับ Theory of mind จะมีรูปแบบที่เน้นการฝึกซึ่งแตกต่างกัน ยกตัวอย่าง เช่น การฝึกเรื่องการมองหน้าสบตา (eye contact) การแสดงสีหน้า อารมณ์ (facial expression) การตีความจากสีหน้า การตีความอารมณ์ ความรู้สึกของผู้อื่นจากเรื่องราวและเหตุการณ์ เป็นต้น (Feng, Lo, Tsai, & Cartledge, 2008; Fletcher-Watson, McConnell, Manola, & McConachie, 2014) ผลจากการฝึกดังกล่าวทำให้เด็กออทิสติกวัยเรียน สามารถเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก ตีความอารมณ์ผู้อื่นได้เพิ่มขึ้น (Fletcher-Watson et al., 2014)

2. โปรแกรมฝึกทักษะสังคมที่ใช้ฝึกผู้ปกครอง ผู้ปกครองเป็นส่วนสำคัญในการดูแลเด็กออทิสติก ที่จะทำให้พฤติกรรมทางสังคมที่ต้องการสร้างนั้นมีความต่อเนื่อง และคงทนอยู่ได้นาน (Hassenfeldt, Lorenz, & Angela Scarpa, 2015; Radley, McHugh, Taber, Battaglia, & Ford, 2015) รูปแบบที่ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ฝึกจะประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะสังคมผู้ปกครองในการฝึกทักษะทางสังคมเด็กออทิสติก สอนสาธิต ให้การบ้านผู้ปกครองกลับไปทำและมีการเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งให้คำปรึกษาปัญหาภายหลังการฝึกเด็กออทิสติก รูปแบบนี้ทำให้เด็กสามารถพัฒนาทักษะทางสังคมได้อย่างต่อเนื่องทั้งในสถานที่ฝึกและที่บ้าน ตัวอย่างโปรแกรมที่ใช้ฝึกผู้ปกครอง ได้แก่ โปรแกรม Parent-assisted Children's Friendship training (Frankel

et al., 2010) พัฒนาโดย University of California, Los Angeles โปรแกรมที่ใช้ผู้ปกครองร่วมกับพี่น้องเด็กออทิสติกในการฝึกพฤติกรรมทางสังคมที่บ้าน (Stewart, Carr, & LeBlanc, 2007)

จะเห็นได้ว่ารูปแบบของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน มีหลากหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับผลลัพธ์ที่ผู้พัฒนาโปรแกรมต้องการที่จะปรับ เพื่อให้เด็กออทิสติกมีทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น

ผลลัพธ์ของการฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคมเด็กออทิสติกวัยเรียน มีผลลัพธ์ที่เป็นเป้าหมายเพื่อพัฒนาหลายด้าน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการฝึก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลลัพธ์จากการฝึกทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติก จะวัดทั้งด้านพฤติกรรมที่ดีเพิ่มขึ้นและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลดลง ดังนี้

1. ทักษะการสร้างสัมพันธ์กับเพื่อน (friendship management) พบว่าเป็นทักษะที่มีการฝึกมากที่สุด เนื่องจากหากเด็กออทิสติกวัยเรียนสามารถมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนได้ จะส่งผลต่อการเรียนที่ดีของเด็ก ในเด็กออทิสติกวัยเรียนที่ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนได้นั้น มีผลทำให้เด็กถูกทอดทิ้งและโดนกลั่นแกล้ง (bully) ได้ด้วย ทักษะดังกล่าวแบ่งออกเป็น การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (social engagement) การริเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ (seeking attention) การขอร้อง การรู้สึกมีส่วนร่วม (Delano & Snell, 2006; Licciardello, Harchik, & Luiselli, 2008; Nikopoulos & Keenan, 2007) การทำให้เพื่อนสนใจ (Maione & Mirenda, 2006) การฝึกฟังเพื่อนคุย การถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (Bock, 2007)

2. ทักษะการจัดการกับอารมณ์ (emotional management) ปัญหาในเรื่องการควบคุมและจัดการอารมณ์ เป็นสิ่งที่เด็กออทิสติกทำได้ยาก (Mazefsky et al., 2013) เนื่องจากเด็กออทิสติกมักจะเปลี่ยนแปลงยาก และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมาเมื่อต้องเจอกับสิ่งที่ต้องเปลี่ยนแปลง เด็กออทิสติกมักจะหงุดหงิดคับข้องใจ (APA, 2013) อีกทั้งมีความวิตกกังวลสูง ซึ่งความวิตกกังวลนี้จะส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Eussen et al., 2013) ดังนั้นการฝึกการควบคุมอารมณ์และการจัดการกับความคับข้องใจของตนเอง ก็เป็นส่วนสำคัญที่เด็กออทิสติกต้องได้รับการฝึก (นาถลดา ตะวันกาญจนโชติ, 2554) ทักษะดังกล่าว ประกอบด้วย การจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล ความโกรธ ความยืดหยุ่น การปฏิบัติตนเมื่อต้องเปลี่ยนแปลง (Cotugno, 2009)

3. ทักษะการสื่อสารทางสังคม (social communication skills) จากการศึกษาพบว่าการสอนด้านการสื่อสารทางสังคมส่วนใหญ่ในเด็กออทิสติกวัยเรียน จะไม่สอนการสื่อสารขั้นต้น (เช่น สอนคำศัพท์ต่าง ๆ เป็นต้น) แต่จะเป็นการสอนทักษะการสื่อสารขั้นสูง ทั้งในเรื่องท่าทาง ภาษาพูด และการโต้ตอบในสถานการณ์ต่าง ๆ เนื่องจากเด็กออทิสติกไม่สามารถตีความหมายของคำหรือภาษาท่าทางผู้อื่นได้ จึงทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมทางสังคม (นาถลดา ตะวันกาญจนโชติ, 2554) ลักษณะทักษะการสื่อสารที่สอน จะประกอบด้วย การบอกความต้องการ การชวนเพื่อนทำกิจกรรม (Frankel

-17-0318(001-021).indd 7 5/26/60 BE 10:27 AM

et al., 2010) การแสดงความคิดเห็น การริเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ การขอร้องผู้อื่น (Delano & Snell, 2006; Licciardello et al., 2008) นอกจากนั้น การสื่อสารยังรวมไปถึงการมีระดับเสียง คำพูด สีหน้าที่เหมาะสมกับสถานการณ์ (Charlop et al., 2010)

4. พฤติกรรมความร่วมมือทำงานร่วมกับผู้อื่น (Cooperation behavior) เด็กออทิสติกจะมีความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบด้านน้อย หากมอบหมายให้ทำงานกลุ่ม เด็กออทิสติกไม่สามารถจัดลำดับหรือแบ่งขั้นตอนการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ผลลัพธ์ด้านนี้ก็ส่งผลต่อพฤติกรรมทางสังคมของพวกเขาด้วย (Owens et al., 2008)

5. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (inappropriate behavior) นอกจากการวัดผลลัพธ์ที่ดีเพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีการวัดผลด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลดลง ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ทางสังคม ยกตัวอย่างเช่น การรับประทานอาหารไม่เรียบร้อย การลุกจากที่นั่งขณะเรียน พฤติกรรมการพูดซ้ำ ๆ เป็นต้น (อรธิดา ประสาร, 2551)

ปัจจัยที่สำคัญสำหรับการฝึกทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน

การฝึกทักษะทางสังคมให้เด็กออทิสติกวัยเรียนจะมีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใดนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ เพื่อฝึกทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน ดังนี้

1. ระยะเวลา: ระยะเวลาที่เหมาะสมในการฝึกทักษะทางสังคมเด็กออทิสติกวัยเรียน หากฝึกรายบุคคลจะใช้ระยะเวลาในการฝึกนาน ตั้งแต่ 15 นาที ขึ้นไป (Reichow & Volkmar, 2010) หากฝึกรายกลุ่มจะใช้ระยะเวลาครั้งละ 60-90 นาที ฝึกสัปดาห์ละครั้ง 12 สัปดาห์ขึ้นไป (Reichow, Steiner, & Volkmar, 2012) อีกทั้งควรมีการติดตามผลและให้โปรแกรมเพิ่มเติม หลังจากได้รับโปรแกรมหลักแล้ว

2. ลักษณะของเด็ก: เนื่องจากแต่ละโปรแกรมจะมีการวัดผลลัพธ์ด้านทักษะทางสังคมที่แตกต่างกัน สิ่งที่สำคัญในการจัดโปรแกรมฝึกคือ การแบ่งลักษณะของเด็กที่มีความคล้ายกันให้เข้ากับโปรแกรมนั้น ๆ โดยแต่ละโปรแกรมจะคำนึงถึงโรคและระดับสติปัญญา ซึ่งในกรณีที่เป็นงานวิจัยที่เลือกเด็กออทิสติกโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM- IV พบว่า เด็กส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมในการฝึกจะเป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัย Autistic disorder, Asperger disorder และ PDD Nos (pervasive developmental disorder-not otherwise specified) เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้จะมีความบกพร่องทางด้านสังคมที่สามารถสื่อสารเบื้องต้นได้ (Bock, 2007; Frankel et al., 2010; Lopata et al., 2010) ส่วนเด็กกลุ่ม CDD (childhood disintegrative disorder) และ Rett' s disorder จะไม่ได้รับเลือกเข้าฝึก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นที่ต้องฝึกพัฒนาการด้านภาษาเบื้องต้นก่อนเป็นส่วนใหญ่ (McKenzie, 2004) ส่วนในด้านระดับสติปัญญานั้น สำหรับการฝึกทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน เด็กควรมีระดับสติปัญญา (ไอคิว) ตั้งแต่ 70 ขึ้นไป ซึ่งเป็นระดับสติปัญญาที่ต่ำกว่าปกติ และหากเป็นทักษะทางสังคมที่ซับซ้อน เด็กควรมีระดับสติปัญญาตั้งแต่ 90 ขึ้นไป ซึ่งอยู่ในระดับปกติ (Frankel et al., 2010; Lopata, Thomeer, Volker, Nida, & Lee, 2008; Lopata et al., 2010; นาถลดา ตะวันกาญจนโชติ, 2554)

3. ผู้ฝึก: ผู้ฝึกในโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม มีทั้ง ครู แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ฯ ขึ้นอยู่กับสถานที่ที่ทำการฝึกและลักษณะของโปรแกรม (Charlop et al., 2010; Kokina & Kern, 2010; Lopata et al., 2010) หากเป็นโปรแกรมเฉพาะทาง เช่น CBT (cognitive behavior therapy) ผู้ฝึกจะต้องได้รับการอบรมก่อน (Nadeau, Arnold, Storch, & Lewin, 2013) ส่วนผู้ฝึกที่เป็นผู้ปกครองจะเน้นการนำไปใช้ที่บ้าน

4. ลักษณะรูปแบบการฝึก: จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบของการฝึกทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติก มีทั้งรูปแบบการฝึกรายบุคคลและการฝึกรายกลุ่ม ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ของการฝึกที่กำหนด *การฝึกแบบรายบุคคล*จะใช้ในกรณีที่ต้องการปรับพฤติกรรมที่บกพร่องของเด็กเฉพาะราย เพื่อปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมที่ต้องการสร้างโดยเฉพาะ ซึ่งจะต้องมีการประเมินทักษะทางสังคมของเด็กก่อน ข้อจำกัดสำหรับการฝึกรายบุคคล คือ เด็กจะขาดการเชื่อมโยงพฤติกรรม (generalization) ไปในสถานการณ์อื่น ๆ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในเด็กกลุ่มออทิสติกที่ไม่สามารถนำสิ่งที่เรียนไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ (Flynn & Healy, 2012; Holloway et al., 2014; นาถลดา ตะวันกาญจนโชติ, 2554) *สำหรับการฝึกรายกลุ่ม* ผู้ฝึกจะเน้นผลลัพธ์เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา (problem solving) การจัดการกับอารมณ์ การสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อน การทำงานร่วมกับผู้อื่น (Cotugno, 2009; Frankel et al., 2010; Holloway et al., 2014; Koning, Magill-Evans, Volden, & Dick, 2013; Reichow et al., 2012) ข้อดีของการฝึกรูปแบบนี้ เด็กสามารถเลียนแบบพฤติกรรมที่ดีของสมาชิกในกลุ่ม อีกทั้งยังมีขั้นตอนของการฝึก การเชื่อมโยงพฤติกรรม (generalization) ไปในสถานการณ์อื่น ๆ ได้

5. กลวิธีและเทคนิคในการฝึก: ในการฝึกทักษะทางสังคมเด็กออทิสติกนั้น เพื่อให้เกิดการสร้างพฤติกรรมที่ดีและลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จะพบว่าแต่ละโปรแกรมจะมีการใช้เทคนิคในการปรับพฤติกรรมร่วมด้วย จากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้วางเงื่อนไขแบบการกระทำ (operant conditioning) (Skinner, 1938) และทฤษฎีการเรียนรู้เชิงสังคม (social cognitive learning theory) (Bandura, 1991) ดังนี้

5.1 การให้แรงเสริม (Reinforcement) เป็นเทคนิคที่สำคัญ ที่ทำให้พฤติกรรมมีความถี่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาส่วนใหญ่จะใช้การเสริมแรงทางบวก (นาถลดา ตะวันกาญจนโชติ, 2554) (positive reinforcement) หมายถึง สิ่งเร้าที่เมื่อให้แล้วทำให้เด็กเกิดความพอใจและทำให้เด็กมีการตอบสนองเพิ่มขึ้น เช่น อาหาร คำชมเชย เงิน เป็นต้น (Skinner, 1938) การเลือกใช้แรงเสริมสำหรับเด็กออทิสติกนั้น จะมีการประเมินความชอบของเด็กก่อน ซึ่งแรงเสริมที่เด็กออทิสติกมักชอบ ได้แก่ อาหาร ฟองสบู่ สติกเกอร์ (Owens et al., 2008) และการชม (Licciardello et al., 2008)

5.2 การชี้แนะ (prompting) เทคนิคนี้ใช้เพื่อช่วยในการแต่งพฤติกรรม (shaping) ที่ต้องการสร้างให้กับเด็กออทิสติก วิธีการชี้แนะมี 2 รูปแบบ คือ 1) การชี้แนะโดยการใช้คำพูด (verbal prompting) เช่น เมื่อฝึกพฤติกรรมการสื่อสาร หลังจากดูวีดีโอแล้วเด็กไม่พูด ผู้ฝึกต้องใช้การชี้แนะ โดยการถามนำ เป็นต้น (Charlop et al., 2010; Nikopoulos & Keenan, 2007)

และ 2) การชี้แนะโดยการใช้ท่าทาง (non-verbal prompting) ผู้ฝึกให้เด็กแสดงบทบาทสมมติ หากเด็กไม่สามารถแสดงได้ ผู้ฝึกจะชี้นำและช่วยในการจับทำ (Lopata et al., 2010) การใช้เทคนิคนี้ร่วมกับการให้แรงเสริมเมื่อเด็กทำได้ถูกต้อง จะทำให้เกิดประสิทธิผลในการปรับพฤติกรรมที่ต้องการสร้าง

5.3 การให้ข้อเสนอแนะ (feedback) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการกระทำของบุคคล การให้ข้อมูลย้อนกลับเพียงอย่างเดียว อาจไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงควรนำไปสัมพันธ์กับตัวเสริมแรงอื่นๆ เพราะจะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงขึ้น หรือใช้เทคนิค feedback ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติ เช่น รูปแบบการใช้ผู้ใหญ่ฝึก ภายหลังจากให้เด็กได้แสดงบทบาทสมมติแล้ว ผู้ฝึกให้ข้อเสนอแนะเด็กสำหรับการปรับปรุงให้เหมาะสมเนื่องจากเด็กจะได้เรียนรู้ว่าพฤติกรรมที่แสดงถูกต้องหรือไม่ ผู้ฝึกจะได้ปรับแต่งให้พฤติกรรมของเด็กเหมาะสมและให้แรงเสริมทันที

5.4 การแสดงเป็นตัวแบบ (modeling) เทคนิคนี้ใช้เพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการให้เกิดจากแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1994) ที่ว่า พฤติกรรมของมนุษย์จะเกิดโดยการเรียนรู้จากตัวแบบ ซึ่งเกิดจากความตั้งใจที่จะเลียนแบบ จากนั้นจดจำและสร้างพฤติกรรมให้เกิดขึ้น ตัวแบบนั้นมีทั้งที่เป็นบุคคลและสัญลักษณ์ การฝึกที่ใช้ตัวแบบเป็นบุคคล จะให้ผู้ใหญ่หรือเพื่อนของเด็กออทิสติกแสดงบทบาทที่ต้องการสร้างให้เด็กดู จากนั้นให้เด็กปฏิบัติตาม (Frankel et al., 2010; Lopata et al., 2008) ส่วนตัวแบบที่เป็นสื่อ จะใช้สื่อวีดีโอให้เด็กออทิสติกดูและปฏิบัติตาม ผลลัพธ์พบว่าพฤติกรรมทางสังคมที่ต้องการสร้างก็ดีขึ้นเช่นเดียวกัน สิ่งที่สำคัญของเทคนิคนี้ คือ ความถี่ของการสอนต้องสม่ำเสมอ จึงจะทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการฝึกทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติก

สำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนนั้น โรงเรียนและเพื่อนเป็นประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมใหม่ที่สำคัญที่เด็กต้องเริ่มเรียนรู้ จากปัญหาของเด็กออทิสติกวัยเรียนที่กล่าวมาข้างต้น มีทั้งปัญหาทางร่างกาย ความบกพร่องทางการสื่อสาร ปัญหาเรื่องสมาธิ การชัก การนอน ปัญหาทางด้านจิตใจอารมณ์ เช่น การไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนได้ การควบคุมอารมณ์ ความวิตกกังวลที่สูง พฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง เป็นต้น ซึ่งความบกพร่องดังกล่าวเป็นส่วนที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียน

การดูแลเด็กออทิสติก จำเป็นต้องดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary teams) ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ครอบครัว และโรงเรียน อีกทั้งมีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน (McIntosh, Thomas, & Brattain, 2015) ซึ่งบุคลากรพยาบาล เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้เด็กออทิสติกสามารถเปลี่ยนผ่านในแต่ละช่วงวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้องค์ความรู้เพื่อถ่ายทอดให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ประสานความร่วมมือทีมสุขภาพในการจัดบริการและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับเด็กออทิสติก มีการเก็บข้อมูลนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กออทิสติกร่วมกับทีมสุขภาพ

เพื่อให้เด็กออทิสติกมีคุณภาพชีวิตที่ดีทุกช่วงวัย (Giarelli, Ruttenberg, & Segal, 2012) การดูแลในเรื่องทักษะทางสังคม การสื่อสาร พฤติกรรมของเด็กออทิสติกวัยเรียน ยังมีองค์ประกอบอื่น ๆ ที่สำคัญ ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการด้านทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลออทิสติกวัยเรียน มีดังนี้

1. การให้คำแนะนำผู้ปกครอง: ผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมบำบัดที่สำคัญ ที่จะทำให้เกิดผลดีในการรักษาเด็กออทิสติก อีกทั้งยังมีส่วนช่วยในการฝึกทักษะที่บ้าน รวมถึงการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน (Hassenfeldt et al., 2015) พยาบาลควรให้คำแนะนำผู้ปกครองเกี่ยวกับ ความรู้ในเรื่องโรคออทิซึม การใช้ยา การปรับพฤติกรรมทางสังคม เช่น พฤติกรรมการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม การเข้าหาและทักทายผู้อื่น การควบคุมอารมณ์ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถดูแลเด็กออทิสติกได้ อีกส่วนที่สำคัญ คือ การแนะนำแหล่งสนับสนุนที่สำคัญสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียน เช่น รายชื่อโรงเรียนที่รับเด็กออทิสติก รายชื่อจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นพร้อมโรงพยาบาลและจังหวัดที่ตรวจ เพื่อที่เด็กออทิสติกจะสามารถเข้ารับการรักษาใกล้บ้านได้ เป็นต้น

2. การปรับพฤติกรรมทางสังคม: จากที่กล่าวข้างต้น ในเรื่องโปรแกรมและวิธีการฝึกทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน พยาบาลสามารถนำมาพัฒนารูปแบบการฝึกทักษะทางสังคม โดยคำนึงถึงลักษณะของเด็ก กลุ่มอายุ และผลลัพธ์ทางสังคมที่ต้องการฝึก โดยพยาบาลต้องมีการประเมินพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก และสิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (Galinat, Barcalow, & Krivda, 2005) เพื่อจัดรูปแบบการดูแลและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม สิ่งสำคัญอีกอย่าง คือ ควรมีการติดตามผลการรักษาของเด็กออทิสติกเป็นระยะ พร้อมทั้งควรมีการฝึกเพื่อเชื่อมโยงพฤติกรรม (generalization) ที่ฝึกในสถานการณ์ที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งจากการศึกษาพบว่าระยะดังกล่าวยังมีผู้ทำการศึกษาน้อยและเป็นข้อจำกัดของเด็กออทิสติก (Holloway et al., 2014) หากมีโปรแกรมที่สามารถเชื่อมโยงไปถึงโรงเรียนและบ้านได้ จะทำให้เห็นประสิทธิผลในการฝึกเด็กได้สูง

3. การดูแลเรื่องยา เด็กออทิสติกมีความจำเป็นต้องรับประทานยา เพื่อช่วยลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์บางอย่าง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว นอนไม่หลับ พฤติกรรมสมาธิสั้น เป็นต้น (Weeden, Ehrhardt, & Poling, 2010) ส่วนสำคัญที่พยาบาลจำเป็นต้องดูแลเรื่องยาของเด็กออทิสติก มีดังนี้

3.1 การดูแลเรื่องผลข้างเคียงจากยา: พยาบาลควรประเมินการรับประทานยา สังเกตผลข้างเคียงจากการรับประทานยา อีกทั้งให้ความรู้ผู้ปกครองในการติดตามการดูแล การสังเกตอาการข้างเคียง และความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายาที่มักใช้บ่อยในเด็กออทิสติก คือ

- ยาเพื่อช่วยรักษาในเรื่อง อาการสมาธิสั้น ซน และพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ใช้ยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท (stimulants) เช่น Methylphenidate ผลข้างเคียงที่มักพบ คือ มีความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ irritability (Siegel & Beaulieu, 2012) พยาบาลควรมีการประเมินและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ในกรณีที่เด็กเบื่ออาหาร

-17-0318(001-021).indd 11 5/26/60 BE 10:27 AM

หากหลังจากเด็กรับประทานยาแล้วมีอาการวิตกกังวล กระสับกระส่ายมาก ควรรายงานแพทย์เพื่อปรับยา

- ยาเพื่อช่วยรักษาอาการก้าวร้าว พฤติกรรมซน irritability การเข้าสังคม (social responsiveness) พฤติกรรมกระตุ้นตนเอง (repetitive behaviors) และพฤติกรรมแยกตัว ใช้ยากลุ่มรักษาอาการทางจิต (Atypical antipsychotic/neuroleptics) เช่น Risperidone, Aripiprazole เป็นต้น ผลข้างเคียงที่มักพบ คือ มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น ง่วงนอน (Siegel & Beaulieu, 2012) ดังนั้นพยาบาลควรดูแลในเรื่องการรับประทานอาหาร เพื่อควบคุมน้ำหนัก และให้เด็กได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน

3.2 ความร่วมมือในการรับประทานยา (drug adherence): ในบางครั้งเด็กออทิสติกมีความจำเป็นต้องรับประทานยาที่โรงเรียน พบว่าในเด็กออทิสติกหลายรายจะมีความรู้สึกไม่ดีต่อการรับประทานยา และจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาน้อย (Logan et al., 2014) บทบาทที่สำคัญของพยาบาล คือ การประสานความร่วมมือระหว่างเด็กออทิสติก ครอบครัวและโรงเรียน (McIntosh et al., 2015) เพื่อให้เด็กเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็กออทิสติก

สำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียน ที่สามารถบอกความรู้สึกได้ พยาบาลควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยา รับรู้ถึงความรู้สึกของเด็ก อธิบายให้เด็กเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยา ให้รู้จักการสังเกตอาการและเลือกวิธีการรับประทานยาที่ทำให้เด็กรู้สึกดี สร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา ปัญหาการรับประทานยาที่มักพบในเด็กออทิสติก คือ รับประทานยาเม็ดไม่ได้ ปฏิเสธการรับประทานยา และความรู้สึกอายในการที่ต้องรับประทานยา ซึ่งมีวิธีการในการดูแล ดังนี้

1) รับประทานยาเม็ดไม่ได้และปฏิเสธการรับประทานยา พยาบาลอาจใช้หลักในการปรับพฤติกรรม (applied behavior therapy: ABA) เพื่อช่วยในการบริหารยา (medication administration) ให้เด็กรับประทานยาเม็ดได้ ตัวอย่างวิธีการฝึกการรับประทานยาโดยใช้หลัก ABA สามารถทำได้โดยผู้สอนแบ่งขั้นตอนการรับประทานยา ประกอบด้วย 1) รับยาจากพยาบาล 2) อ้าปาก 3) กลืนน้ำ 4) กลืนยา จากนั้น บอกขั้นตอนให้เด็กทำทีละขั้นตอน การบอกต้องใช้รูปประโยคที่เหมือนเดิม พร้อมทั้งใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมอื่นร่วมด้วย คือ การช่วยด้วยการทำให้ดู บอกให้ทำ แตะนำ และเมื่อเด็กสามารถทำได้เอง จึงค่อย ๆ ลดการช่วยเหลือลง (Galinat, Barcalow, & Krivda, 2005)

2) ความรู้สึกอายในการที่ต้องรับประทานยา อาจใช้วิธีการปรับโดยใช้ซองยาหรือที่เก็บยาเป็นรูปการ์ตูนที่เด็กชอบ เพื่อส่งเสริมการรับประทานยา ร่วมกับการใช้แรงเสริมทางบวก (positive reinforcement) โดยการสะสมดาว พบว่าเด็กออทิสติกสามารถรับประทานยาที่โรงเรียนได้ต่อเนื่อง (ธีรารัตน์ แทนขำ, 2554) อีกทั้งพยาบาลควรให้ความรู้และส่งต่อวิธีการที่ช่วยให้เด็กรับประทานยากับครูในโรงเรียนด้วย

4. การสร้างเครือข่ายโรงเรียนเพื่อการดูแล โรงเรียนเป็นจุดที่ช่วยในการเชื่อมโยงการดูแลเด็กออทิสติกวัยเรียนที่ดี ทั้งในเรื่องการประเมินพัฒนาการ พฤติกรรมของเด็ก และการส่งต่อ

(Lobar, 2016) จากการวิจัยพบว่าโรงเรียนและครูที่ต้องดูแลเด็กออทิสติก มีความต้องการการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ในเรื่องสมุดประจำตัวแจ้งข้อมูลเด็ก การรักษาต่อเนื่องของผู้ปกครอง การส่งต่อ ระบบติดตามเยี่ยมเด็กในโรงเรียน และข้อมูลวิธีการใช้และให้ยาสำหรับเด็กออทิสติก (ฉัตรมงคล ฉ่ำมาก, 2556) พยาบาลควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติก การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อย จัดทำช่องทางการสื่อสารจากโรงพยาบาลสู่โรงเรียน เช่น สมุดบันทึกความก้าวหน้า ใบรายงานพฤติกรรมจากโรงเรียน บันทึกเกี่ยวกับการดูแลรายบุคคล เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากเด็กออทิสติกแต่ละรายต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน การมีบันทึกการดูแลจะช่วยให้เด็กได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่โรงเรียน เช่น การจัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (individual health plan : IHP) ที่พัฒนาโดย Bellando & Lopez (2009) เพื่อดูแลเด็กออทิสติกในโรงเรียน ซึ่งมีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการหลักร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และผู้ปกครอง ในการร่วมจัดทำแผนการดูแลเด็กออทิสติกในโรงเรียน พบว่าเป็นวิธีการที่ช่วยพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกและส่งต่อข้อมูลของเด็กออทิสติกสู่โรงเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพรูปแบบหนึ่ง

สรุป

การฝึกทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่ต้องดำเนินการตั้งแต่เด็กเริ่มเข้าเรียน เพื่อให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการทางสังคมที่เหมาะสม สามารถปรับตัวเข้ากับครูและเพื่อนได้ รูปแบบการฝึกทักษะทางสังคมมีหลากหลายรูปแบบ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิภาพในการดูแลเด็ก บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งพยาบาล ครู บุคลากรสาธารณสุข และพ่อแม่ เป็นบุคคลสำคัญ ที่ต้องมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะทางสังคม เพื่อให้เด็กออทิสติก สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและเติบโตเป็นบุคคลที่มีคุณภาพในสังคมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ฉัตรมงคล ฉ่ำมาก. (2556). *การค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการรับเด็กออทิสติกเข้าเรียน.* Poster presentation งาน “ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 12 ประจำปี 2556 และการประชุม world congress of asian psychaitry ครั้งที่ 4”. ระหว่างวันที่ 20-23 สิงหาคม 2556 ณ กรุงเทพมหานคร.

ธีรารัตน์ แทนขำ. (2554). CQI ช่วยเตือนช่วยจำ ช่วยเด็กสมาธิสั้นได้กินยาที่โรงเรียน. ประชุมมหกรรมคุณภาพและการจัดการความรู้โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. กรกฎาคม 2554. สมุทรปราการ.

นาถลดา ตะวันกาญจนโชติ. (2554). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกสเปคตรัม.* สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพ.

อรธิดา ประสาร. (2551). *กระบวนการพัฒนาเรื่องราวทางสังคมสำหรับนักเรียนออทิสติก: Developmental Process of Social Stories*

for Autistic Students. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

American Psychiatric Association. (2013). *Neurodevelopmental disorders. Autism spectrum disorder. In: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed).* Arlington, VA.: American Psychiatric Association.

Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 248-287. doi:10.1016/0749-5978(91)90022-L

Barbaro, J., & Dissanayake, C. (2013). Early markers of autism spectrum disorders in infants and toddlers prospectively identified in the Social Attention and Communication Study. *Autism,* 17(1), 64-86. doi:10.1177/1362361312442597

Bellini, S., & Akullian, J. (2007). A Meta-Analysis of Video Modeling and Video Self-Modeling Interventions for Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorders. *Council for Exceptional Children, 73*(3), 264-287.

Bock, M. A. (2007). The Impact of Social–Behavioral Learning Strategy Training on the Social Interaction Skills of Four Students With Asperger Syndrome. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 22*(2), 88-95.

Bolton, P. F., Carcani-Rathwell, I., Hutton, J., Goode, S., Howlin, P., & Rutter, M. (2011). Epilepsy in autism: features and correlates. *The British Journal of Psychiatry, 198*(4), 289-294. doi:10.1192/bjp.bp.109.076877

Bonis, S. (2016). Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature. Issues in Mental *Health Nursing, 37,* 153-163. doi: 10.3109/01612840.2015.1116030

Charlop, M. H., Dennis, B., Carpenter, M. H., & Greenberg, A. L. (2010). Teaching Socially Expressive Behaviors to Children with Autism Through Video Modeling. *Education and treatment of Children, 33*(3), 371-393.

Charman, T., Pickles, A., Simonoff, E., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2011). IQ in children with autism spectrum disorders: data from the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Psychological Medicine, 41*(3),619-627. doi:10.1017/s0033291710000991

Chung, K. M., Reavis, S., Mosconi, M., Drewry, J., Matthews, T., & Tasse, M. J. (2007). Peer-mediated social skills training program for young children with high-functioning autism. *Research in Developmental Disabilities, 28*(4), 423-436. doi:10.1016/j.ridd.2006.05.002

Constantino, J. N., Gruber, C. P., Davis, S., Hayes, S., Passanante, N., & Przybeck, T. (2004). The factor structure of autistic traits. *Journal of Child*

Psychology Psychiatry, 45(4), 719-726. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00266.x

Constantino, J. N., Przybeck, T., Friesen, D., & Todd, R. D. (2000). Reciprocal social behavior in children with and without pervasive developmental disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatric, 21*(1), 2-11.

Cotugno, A. J. (2009). Social Competence and Social Skills Training and Intervention for Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal Autism Development Disorders, 39,* 1268-1277. doi: 10.1007/s10803-009-0741-4

Delano, M., & Snell, M. E. (2006). The Effects of Social Stories on the Social Engagement of Children with Autism. *Journal of Positive Behavior Interventions, 8*(1), 29-42.

Eussen, M. L., Van Gool, A. R., Verheij, F., De Nijs, P. F., Verhulst, F. C., & Greaves-Lord, K. (2013). The association of quality of social relations, symptom severity and intelligence with anxiety in children with autism spectrum disorders. *Autism,* 17(6), 723-735. doi:10.1177/1362361312453882

Falck-Ytter, T., Gredebäck, G., & Hofsten, C. v. (2006). Infants predict other people's action goals. *Nature Neuroscience,* 9, 878-879. doi:10.1038/nn1729

Feng, H., Lo, Y., Tsai, S., & Cartledge, G. (2008). The Effects of Theory-of-Mind and Social Skill Training on the Social Competence of a Sixth-Grade Student With Autism. *Journal of Positive Behavior Interventions, 10*(4), 228-242. doi:10.1177/1098300708319906

Fletcher-Watson, S., McConnell, F., Manola, E., & McConachie, H. (2014). Interventions based on the Theory of Mind cognitive model for autism spectrum disorder (ASD). *The Cochrane Database Systemic Review.* (3), Cd008785. doi:10.1002/14651858.CD008785.pub2

Flynn, L., & Healy, O. (2012). A review of treatments for deficits in social skills and self-help skills in autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders, 6*(1), 431-441. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2011.06.016

Foody, C., James, J. E., & Leader, G. (2015). Parenting Stress, Salivary Biomarkers, and Ambulatory Blood Pressure: A Comparison Between Mothers and Fathers of Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal Autism Development Disorders,* 45, 1084-1095. doi:10.1007/s10803-014-2263-y

Frankel, F., Myatt, R., Sugar, C., Whitham, C., Gorospe, C. M., & Laugeson, E. (2010). A Randomized Controlled Study of Parent-assisted Children's Friendship Training with Children having Autism Spectrum Disorders. *Journal Autism*

Development Disorders, 40, 827-842. doi:10.1007/s10803-009-0932-z

Galinat, K., Barcalow, K., & Krivda, B. (2005). Caring for children with autism in the school setting. *The Journal School Nursing, 21*(4), 208-217.

Giarelli, E., Ruttenberg, J., & Segal, A. (2012). Continuing education for nurses in the clinical management of autism spectrum disorders: results of a pilot evaluation. *J Contin Educ Nurs, 43*(4), 169-176. doi:10.3928/00220124-20111115-01

Gray, C. (2000). *The new social story handbook (illustrated edition).* Arlington, TX: Future Horizons.

Gray, C. A. (1998). Social Stories and Comic Strip Conversations with Students with Asperger Syndrome and High-Functioning Autism. In E. Schopler, G. B. Mesibov, & L. J. Kunce (Eds.), *Asperger Syndrome or High-Functioning Autism?* (pp. 167-198). Boston, MA: Springer US.

Gray, C. A., & Garand, J. D. (1993). Social Stories: Improving Responses of Students with Autism with Accurate Social Information. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 8*(1), 1-10. doi:10.1177/108835769300800101

Green, S. A., Rudie, J. D., Colich, N. L., Wood, J. J., Shirinyan, D., Hernandez, L., Bookheimer, S. Y. (2013). Over-Reactive Brain Responses to Sensory Stimuli in Youth With Autism Spectrum Disorders RH: fMRI Response to Sensory Stimuli in ASD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52*(11), 10.1016/j.jaac.2013.1008.1004.doi:10.1016/j.jaac.2013.08.004

Hassenfeldt, T. A., Lorenz, J., & Angela Scarpa, A. (2015). A Review of Parent Training in Child Interventions Applications to Cognitive–Behavioral Therapy for Children with High-Functioning Autism. *Journal Autism Development Disorders,* 2, 79-90. doi:10.1007/s40489-014-0038-1

Hill, A. P., Zuckerman, K. E., Hagen, A. D., Kriz, D. J., Duvall, S. W., van Santen, J., Fombonne, E. (2014). Aggressive Behavior Problems in Children with Autism Spectrum Disorders: Prevalence and Correlates in a Large Clinical Sample. *Research in Autism Spectrum Disorders, 8*(9), 1121-1133. doi:10.1016/j.rasd.2014.05.006

Holloway, J., Healy, O., Dwyer, M., & Lydon, S. (2014). Social Skills Deficits in Children with Autism Spectrum Disorders: Evidence Based Interventions. In B. V. Patel, R. V. Preedy, & R. C. Martin (Eds.), *Comprehensive Guide to Autism* (pp. 1133-1158). New York, NY: Springer New York.

Johnson, C. P., & Myers, S. M. (2008). Development-Behavioral Pediatrics:

Evidence and Practice. In M. L. Wolraich, D. D. Drotar, P. H. Dworkin, & E. C. Perrin (Eds.), *Autism spectrum Disorders.* Philadelphia, PA: Mosby.

Karkhaneh, M., Clark, B., Ospina, M. B., Seida, J. C., Smith, V., & Hartling, L. (2010). Social Stories™ to improve social skills in children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Autism, 14*(6), 641-662. doi:10.1177/1362361310373057

Kokina, A., & Kern, L. (2010). Social StoryTM Interventions for Students with Autism Spectrum Disorders: A Meta-Analysis. *Journal Autism Development Disorders*, 40, 812-826. doi:10.1007/s10803-009-0931-0

Koning, C., Magill-Evans, J., Volden, J., & Dick, B. (2013). Efficacy of cognitive behavior therapy-based social skills intervention for school-aged boys with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 7*(10), 1282-1290. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2011.07.011

Lasater, M. W., & Brady, M. P. (1995). Effects of Video Self-Modeling and Feedback on Task Fluency: A Home-Based Intervention. *Education and treatment of Children, 18*(4), 389-407.

Lasgaard, M., Nielsen, A., Eriksen, M. E., & Goossens, L. (2010). Loneliness and Social Support in Adolescent Boys with Autism Spectrum Disorders. *Journal Autism Development Disorders, 40,* 218-226. doi:10.1007/s10803-009-0851-z

Licciardello, C. C., Harchik, A. E., & Luiselli, J. K. (2008). Social Skills Intervention for Children with Autism During Interactive Play at a Public Elementary School. *Education and treatment of Children, 31*(1), 27-37.

Lobar, S. L. (2016). DSM-V Changes for Autism Spectrum Disorder (ASD): Implications for Diagnosis, Management, and Care Coordination for Children With ASDs. *Journal of Pediatric Health Care, 30*(4), 359-365. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.09.005

Locke, J., Rotheram-Fuller, E., & Kasari, C. (2012). Exploring the social impact of being a typical peer model for included children with autism spectrum disorder. *Journal Autism Development Disorder, 42*(9), 1895-1905. doi:10.1007/s10803-011-1437-0

Lopata, C., Thomeer, M. L., Volker, M. A., Nida, R. E., & Lee, G. K. (2008). Effectiveness of a Manualized Summer Social Treatment Program for High-Functioning Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal Autism Development Disorders, 38*, 890-904. doi: 10.1007/s10803-007-0460-7

Lopata, C., Thomeer, M. L., Volker, M. A., Toomey, J. A., Nida, R. E., Lee, G. K., Rodgers, J. D. (2010). RCT of a Manualized Social

Treatment for High-Functioning Autism Spectrum Disorders. *Journal Autism Development Disorders*, 40, 1297-1310. doi:10.1007/s10803-010-0989-8

Maione, L., & Mirenda, P. (2006). Effects of Video Modeling and Video Feedback on Peer-Directed Social Language Skills of a Child With Autism. *Journal of Positive Behavior Interventions, 8*(2), 106-118.

Mandelberg, J., Frankel, F., Cunningham, T., Gorospe, C., & Laugeson, E. (2014). Long-term outcomes of parent-assisted social skills intervention for high-functioning children with autism spectrum disorders. *Autism, 18*(3), 255-263. doi: 10.1177/1362361312472403

Marciano, S. T., Drasgow, E., & Carlson, R. G. (2015). The Marital Experiences of Couples Who Include a Child With Autism. *The Family Journal, 23*(2), 132-140. doi:10.1177/1066480714564315

Mazefsky, C. A., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B. B., Scahill, L., & White, S. W. (2013). The Role of Emotion Regulation in Autism Spectrum Disorder RH: Emotion Regulation in ASD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52*(7), 679-688. doi:10.1016/j.jaac.2013.05.006

Mazurek, M. O. (2014). Loneliness, friendship, and well-being in adults with autism spectrum disorders. *Autism, 18*(3), 223-232. doi:10.1177/1362361312474121

Mazurek, M. O., & Sohl, K. (2016). Sleep and Behavioral Problems in Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 46*(6), 1906-1915. doi:10.1007/s10803-016-2723-7

McFadden, B., Kamps, D., & Heitzman-Powell, L. (2014). Social Communication Effects of Peer-Mediated Recess Intervention for Children with Autism. *Research in Autism Spectrum Disorder, 8*(12), 1699-1712. doi:10.1016/j.rasd.2014.08.015

McIntosh, C. E., Thomas, C. M., & Brattain, C. K. (2015). Nurses Identify Education and Communication Among Professionals as Essential in Serving ASD Children. *NASN School Nurse*. doi:10.1177/1942602x15580798

McKenzie, K. (2004, 2004/07//). Autism: Explaining the Enigma. *Learning Disability Practice*, 7, 28.

Meindl, J. N., & Cannella-Malone, H. I. (2011). Initiating and responding to joint attention bids in children with autism: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities, 32*(5), 1441-1454. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2011.02.013

Nadeau, J. M., Arnold, E. B., Storch, E. A., & Lewin, A. B. (2013). Family Cognitive-Behavioral Treatment for a Child With Autism and Comorbid Obsessive

Compulsive Disorder. *Clinical Case Studies.* doi:10.1177/1534650113504488

Nikopoulos, C. K., & Keenan, M. (2007). Using Video Modeling to Teach Complex Social Sequences to Children with Autism. *Journal Autism Development Disorders, 37,* 678-693. doi:10.1007/s10803-006-0195-x

Owens, G., Granader, Y., Humphrey, A., & Cohen, S. B. (2008). LEGO Therapy and the Social Use of Language Programme: An Evaluation of Two Social Skills Interventions for Children with High Functioning Autism and Asperger Syndrome. *Journal Autism Development Disorders, 38,* 1944-1957. doi: 10.1007/s10803-008-0590-6

Radley, C. D., McHugh, M. B., Taber, T., Battaglia, A. A., & Ford, W. B. (2015). School-Based Social Skills Training for Children With Autism spectrum Disorder. *Focus on autism and other developmental disabilities.* 1-13. doi:10.1177/1088357615583470

Rao, P. A., & Beidel, D. C. (2009). The impact of children with high-functioning autism on parental stress, sibling adjustment, and family functioning. *Behavior Modification, 33*(4), 437-451. doi:10.1177/0145445509336427

Reichow, B., Steiner, A. M., & Volkmar, F. (2012). Social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD). *The Cochrane Database Systemic Review.* (7), Cd008511. doi:10.1002/14651858.CD008511.pub2

Reichow, B., & Volkmar, F. R. (2010). Social skills interventions for individuals with autism: evaluation for evidence-based practices within a best evidence synthesis framework. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*(2), 149-166. doi:10.1007/s10803-009-0842-0

Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review Neuroscience,* 27, 169-192. doi:10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230

Rocha, M. L., Schreibman, L., & Stahmer, C. (2007). Effectiveness of Training Parents to Teach Joint Attention in Children With Autism. *Journal of Early Intervention, 29,* 154-172. doi:10.1177/10538151070290020

Rose, V., Trembath, D., & Bloomberg, K. (2016). Visual Attention and Key Word Sign in Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 28*(1), 33-55. doi:10.1007/s10882-015-9443-3

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz. P., (2015). Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry, 11st ed. Baltimore, MD, US: Williams & Wilkins Co.

Schieve, L. A., Rice, C., Yeargin-Allsopp, M., Boyle, C. A., Kogan, M. D., Drews, C.,

& Devine, O. (2012). Parent-reported prevalence of autism spectrum disorders in US-born children: an assessment of changes within birth cohorts from the 2003 to the 2007 National Survey of Children's Health. *Maternal and child health journal, 16,* S151-S157.

Siegel, M., & Beaulieu, A. A. (2012). Psychotropic medications in children with autism spectrum disorders: a systematic review and synthesis for evidence-based practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*(8), 1592-1605. doi:10.1007/s10803-011-1399-2

Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: an experimental analysis.* Oxford, England: Appleton-Century.

Stewart, K. K., Carr, J. E., & LeBlanc, L. A. (2007). Evaluation of Family-Implemented Behavioral Skills Training for Teaching Social Skills to a Child With Asperger's Disorder. *Clinical Case Studies, 6*(3), 252-262. doi:10.1177/1534650106286940

Sun, X., & Allison, C. (2010). A Review of the Prevalence of Autism Spectrum Disorder in Asia. *Research in Autism Spectrum Disorders, 4,* 156-167.

Trembath, D., Vivanti, G., Iacono, T., & Dissanayake, C. (2015). Accurate or Assumed: Visual Learning in Children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*(10), 3276-3287. doi:10.1007/s10803-015-2488-4

Trottier, N., Kamp, L., & Mirenda, P. (2011). Effects of peer-mediated instruction to teach use of speech-generating devices to students with autism in social game routines. *Augmentative and Alternative Communication, 27*(1), 26-39. doi:10.3109/07434618.2010.546810

Vohra, R., Madhavan, S., Sambamoorthi, U., & Peter, C. S. (2014). Access to services, quality of care, and family impact for children with autism, other developmental disabilities, and other mental health conditions. *Autism,* 18(7), 815-826. doi:DOI: 10.1177/1362361313512902

Volkmar, F., Siegel, M., Woodbury-Smith, M., King, B., McCracken, J., & State, M. (2014). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53*(2), 237-257. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.10.013

Warreyn, P., & Roeyers, H. (2014). See what I see, do as I do: promoting joint attention and imitation in preschoolers with autism spectrum disorder. *Autism, 18*(6), 658-671. doi:10.1177/1362361313493834

Weeden, M., Ehrhardt, K., & Poling, A. (2010). Psychotropic Drug Treatments for People with Autism and Other Developmental

Disorders: A Primer for Practicing Behavior Analysts. *Behavior Analysis in Practice, 3*(1), 4-12.

Weiss, M. J., LaRue, R. H., & Newcomer, A. (2009). Social Skills and Autism: Understanding and Addressing the Deficits. In L. J. Matson (Ed.), *Applied Behavior Analysis for Children with Autism Spectrum Disorders* (pp. 129-144). New York, NY: Springer New York.

Yasuhara, A. (2010). Correlation between EEG abnormalities and symptoms of autism spectrum disorder (ASD). *Brain and Development, 32*(10), 791-798. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.braindev.2010.08.010

Zablotsky, B., Black, L. I., Maenner, M. J., Schieve, L. A., & Blumberg, S. J. (2015). Estimated Prevalence of Autism and Other Developmental Disabilities Following Questionnaire Changes in the 2014 National Health Interview Survey. *National Health Statistics Reports, 87*(13), 1-20.