

# การบำบัดด้วยการเล่นและบูรณาการประสาทรับความรู้สึกต่อ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่มีอาการรุนแรง

ทศพร พรหมประเสริฐ<sup>1</sup> พย.ม.

จินตนา ยูนิพันธุ์<sup>2</sup> Ph.D.,อพย. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

สุภาวดี ชุ่มจิตต์<sup>3</sup> อพย. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

วิรัชพัชร กิตติธรรพพันธุ์<sup>4</sup> พ.บ.

**บทคัดย่อ:** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (The One Group Time Series Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่มีอาการรุนแรง ก่อนและหลังได้รับการบำบัดด้วยการเล่นและการบูรณาการประสาทรับความรู้สึก กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี ที่มีอาการรุนแรงและมีปัญหาพฤติกรรม ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 14 คน และผู้ดูแลจำนวน 14 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และผู้ดูแลยินดีให้เข้าร่วมการวิจัย โดยมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เป็นผู้บำบัดกับเด็ก และพยาบาลจิตเวชเป็นผู้บำบัดกับผู้ดูแล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการบำบัดด้วยการเล่นและการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกสำหรับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่มีอาการรุนแรง เก็บข้อมูล 3 ครั้งในช่วงเวลาที่ต่างกันหลังการทดลอง คือ ก่อนและหลังทดลองทันที และหลังทดลอง 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติกระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Way Repeated Measure ANOVA  $p < .05$  ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนว่า การบำบัดด้วยการเล่นและการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก ช่วยให้ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกลดลงได้

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2565; 9(2): 97-110

**คำสำคัญ :** เด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่มีอาการรุนแรง ปัญหาพฤติกรรม การบำบัดด้วยการเล่นและบูรณาการประสาทรับความรู้สึก

<sup>1</sup>ผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปัตร์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>2</sup>รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: Corresponding author, E-mail: yuni\_jintana@hotmail.com

<sup>3</sup>อาจารย์พยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

<sup>4</sup>อาจารย์จิตแพทย์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

วันที่รับบทความ 2 กรกฎาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 11 ตุลาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 26 ตุลาคม 2565

## Effects of Play and Sensory Integration on Behavior Problems of Preschool Children with Severe Autism Spectrum Disorder

Tasaporn Promprasert<sup>1</sup> M.N.S. (Psychiatric and Mental health)

Jintana Yunibhand<sup>2</sup> Ph.D. (Nursing) Dip.PMHN

Supawadee Choomchit<sup>3</sup> M.N.S. (Psychiatric and Mental health), Dip.PMHN

Wirulpat Kittitarapun<sup>4</sup> M.D.

**Abstract:** The purpose of this one group time series design study was to compare the behavior problem of preschool children with severe autism spectrum disorder before and after intervention, using play and sensory integration. The subjects were 14 severely autistic children with behavior problems, ages 3 – 6 years old, who were purposively selected and included 14 caregivers who were willing to participate. An advanced practice nurse delivered play and sensory interaction to the children and a psychiatric mental health nurse delivered the intervention to the caregivers. The instruments in this study were a manual of nursing therapeutic play and sensory integration, and behavior problem assessment scale. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation and ANOVA. The result showed that the reduction in behavior problems of severe autistic children immediately after the intervention and 2 weeks after the intervention ( $p < .05$ ). Play therapy and sensory integration for behavior problems in children with autism could be used for nursing intervention to reduce behavior problems in children with autism.

*Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2022; 9(2): 97-110*

**Keywords:** preschool children with severe autism, behavior problem, play therapy and sensory integration

---

<sup>1</sup>Diploma Candidate, Thai Board of Advance Practice in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing Chulalongkorn University.

<sup>2</sup>Associate Professor, Faculty of Nursing Chulalongkorn University; Corresponding author, Email: yuni\_jintana@hotmail.com

<sup>3</sup>Advanced Practice Nurse, Yuwprasartwaithayopatum Child Psychiatric Hospital.

<sup>4</sup>Psychiatrist, Yuwprasartwaithayopatum Child Psychiatric Hospital.

Received July 2nd, 2022; Revised October 11, 2022; Accepted October 26, 2022

## ความเป็นมาและความสำคัญ

สาเหตุที่ทำให้เด็กออทิสติก เกิดพฤติกรรมที่รุนแรง คือ ตัวเด็ก 1) เด็กออทิสติกมีความบกพร่องด้านภาษา ทำให้ไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการของตนเองกับบุคคลอื่นได้ เกิดความคับข้องใจ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา<sup>1</sup> 2) ความผิดปกติทางประสาทรับรู้สัมผัสที่มีการตอบสนองความรู้สึกที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป<sup>2</sup> ทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ออกมา 3) พฤติกรรมที่ตอบสนองความรู้สึกที่มากเกินไป เป็นพฤติกรรมที่เด็กมักหลีกเลี่ยง เช่น ปฏิเสธต่อต้าน เอาะอะโวยวาย ไม่ชอบให้ใครสัมผัส อยู่ไม่นิ่ง เคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลา และ 4) พฤติกรรมที่มีการตอบสนองความรู้สึกที่น้อยเกินไป เป็นพฤติกรรมที่เด็กมักค้นหาสิ่งเร้า เช่น แสง หากิจกรรมการหมุน แก้ว โยกมากกว่าปกติ โดยไม่รู้สึกลื่นไถ่ ไม่แสดงความเจ็บปวด รุ่มง่าม นั่งอยู่กับที่โดยไม่เปลี่ยนอิริยาบถ นอกจากตัวเด็กแล้ว ผู้ดูแลก็เป็นปัจจัยหนึ่งเช่นกัน 1) ผู้ดูแลที่มีความเครียดส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็กออทิสติก<sup>3</sup> 2) ผู้ดูแลที่ไม่เข้าใจและไม่รู้วิธีการดูแลเด็ก เด็กเกิดความคับข้องใจก็ยิ่งแสดงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์มากขึ้น และ 3) การเลี้ยงดูที่ปกป้องหรือตามใจเด็กมากเกินไป ทำให้เด็กไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมได้<sup>4</sup> ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมให้เด็กออทิสติกมีปัญหาพฤติกรรมมากขึ้น<sup>1</sup>

พฤติกรรมเด็กออทิสติกที่มีอาการรุนแรงที่เกิดขึ้นพบได้ทั้งพฤติกรรมที่เกิดจากความผิดปกติทางประสาทรับรู้สัมผัส พฤติกรรมที่เกิดร่วม (co-morbid) ได้แก่ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง<sup>5,6</sup> และพฤติกรรมก้าวร้าว<sup>7</sup> และพฤติกรรมที่เกิดจากการเลี้ยงดู ปัญหาพฤติกรรมดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อตัวเด็กด้านความปลอดภัย การเจริญเติบโต การเรียนรู้และการดำเนิน

ชีวิต และส่งผลกระทบต่อครอบครัว คือ ผู้ดูแลมีความเครียดสูง เด็กออทิสติกที่มีอาการรุนแรง และมีปัญหาพฤติกรรม เป็นข้อบ่งชี้ที่ทำให้เด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากเวชระเบียนสถิติของหอผู้ป่วยใน 2 โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปี พ.ศ. 2563 พบว่าเด็กออทิสติกที่มีอาการรุนแรงเป็นกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุด และเป็นกลุ่มที่กลับเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำเมื่อจบโปรแกรมมากกว่าเด็กออทิสติกกลุ่มอื่น ๆ จากสถิติปี พ.ศ. 2561-2563 มีเด็กออทิสติกที่มีอาการรุนแรงกลับเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำคิดเป็นร้อยละ 20, 15 และ 21.7 ตามลำดับ

ปัจจุบันการพยาบาลเด็กออทิสติกที่มีอาการรุนแรงของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทฯ เด็กได้รับการบำบัดแบบกลุ่มและผู้ป่วยครองเป็นผู้ร่วมบำบัด โดยมารับบริการ 2 วัน/สัปดาห์ เวลา 9.00-12.00 น. เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เด็กได้รับการสร้างเสริมพัฒนาการ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสังคม ภาษากล้ามเนื้อมัดเล็ก กล้ามเนื้อมัดใหญ่ การช่วยเหลือตนเอง การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางกาย ตา หูและจมูก และการปรับพฤติกรรมที่ทำไปพร้อม ๆ กันกับการสร้างเสริมพัฒนาการ สำหรับผู้ดูแลได้รับการบำบัดแบบกลุ่ม โดยได้รับการอบรมการปรับพฤติกรรมเด็ก จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 1-1 ชั่วโมง 30 นาที โดยได้รับความรู้เรื่องโรคออทิสซึม การสื่อสารกับลูก การปรับพฤติกรรมเด็กตามหลักของการวิเคราะห์พฤติกรรม และการดูแลจิตใจผู้ดูแล

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า เด็กออทิสติกที่มีอาการรุนแรงได้รับการสร้างเสริมพัฒนาการ การกระตุ้นประสาทสัมผัส และการปรับพฤติกรรม แต่ก็ยังมีเด็กกลับเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำเมื่อจบโปรแกรม ปัญหาที่พบ คือ ต่อต้าน ไม่ร่วมมือ อยู่ไม่นิ่ง

เดินไปเดินมา วิ่งรอบห้องไม่มีจุดหมาย หงุดหงิด อาละวาดเมื่อถูกขัดใจทำร้ายตนเองและผู้อื่น มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ มีความสนใจที่แคบจำกัด ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นอุปสรรคและขัดขวางการเรียนรู้ของเด็ก การพยาบาลเด็กออทิสติก เด็กยังขาดการพัฒนาตัวตนของเด็กอันเป็นพื้นฐานสำคัญในการเชื่อมโยงไปสู่พัฒนาการด้านอื่น ๆ และพฤติกรรมของเด็กให้ดีขึ้น อีกทั้งการกระตุ้นประสาทสัมผัสเด็กยังได้รับไม่หลากหลาย ตัวตนของเด็กนั้นสามารถพัฒนาได้ด้วยการเล่นบำบัด ดังนั้น เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการพฤติกรรมลดลง การบำบัดทางการพยาบาลจึงใช้การเล่นบำบัด ร่วมกับการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก การเล่นเป็นกิจกรรมที่ผ่อนคลายและมีความสุข อีกทั้งยังช่วยกระตุ้นการทำงานของประสาทรับความรู้สึกให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย<sup>7</sup> การที่เด็กมีความสุขก็จะให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมไม่แสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาออกมา สำหรับผู้ดูแล การดูแลเด็กออทิสติกที่มีอาการรุนแรง ผู้ดูแลต้องดูแลเด็กใกล้ชิดตลอดเวลา ทำให้มีความเครียดสูง ความเครียดทำให้พลังอำนาจในตัวบุคคลลดลง Nealy et al<sup>23</sup> การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับบุคคลที่จะให้การดูแล และรู้วิธีการที่จะให้การช่วยเหลือ และช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจสถานการณ์ที่ทำให้ตนเกิดความเครียด รวมทั้งมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง Miller<sup>11</sup> หากผู้ดูแลมีอารมณ์ในทางบวก ก็จะสามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่มีอาการรุนแรง ก่อนและหลังได้รับการบำบัดด้วยการเล่นและบูรณาการประสาทรับความรู้สึก

### สมมติฐานการวิจัย

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่มีอาการรุนแรงหลังได้รับการบำบัดด้วยการเล่นและบูรณาการประสาทรับความรู้สึก จะน้อยกว่า ก่อนได้รับการบำบัดด้วยการเล่นและการบูรณาการประสาทรับความรู้สึก

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การบำบัดทางการพยาบาล เพื่อให้เด็กออทิสติกที่มีอาการรุนแรงมีพัฒนาการพฤติกรรมลดลง จึงให้การบำบัดทั้งเด็กและผู้ดูแล<sup>8</sup> สำหรับเด็กเป็นการปฏิบัติ การบำบัดทางการพยาบาลที่เรียกว่าการเล่นบำบัด ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการเล่นบำบัดของ Beyer & Gammeltoft<sup>9</sup> ร่วมกับการออกแบบชนิดของการเล่นที่มุ่งเน้นการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก ตามแนวคิดการบูรณาการประสาทรับความรู้สึก (SI : sensory integration therapy) ของ Jean Ayres<sup>10</sup> เพื่อช่วยให้เด็กได้มีประสบการณ์รู้วิธีการระบายอารมณ์ และฝึกหัดการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ทั้งนี้การเล่นบำบัดนี้ออกแบบให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการบำบัด แนวคิดที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ดูแล คือ แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller<sup>11</sup> ให้ผู้ดูแลได้เห็นคุณค่าและความสามารถในการตน เกิดความมั่นใจ และสามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม

แนวคิดการเล่นบำบัดของ Beyer and Gammeltoft<sup>9</sup> ได้อธิบายว่า เด็กออทิสติกสามารถเรียนรู้ จัดจำผ่านสายตาเป็นหลัก ภายใต้การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การจัดเรียงลำดับการเล่นเป็นขั้นตอนจากง่ายไปยาก การเลือกของเล่นที่ดึงดูดความสนใจ การจัดให้มีผู้ใหญ่ร่วมเล่นกับเด็กและสนับสนุนให้เด็กได้เล่นอย่างมีเป้าหมาย ทำให้ง่ายต่อ

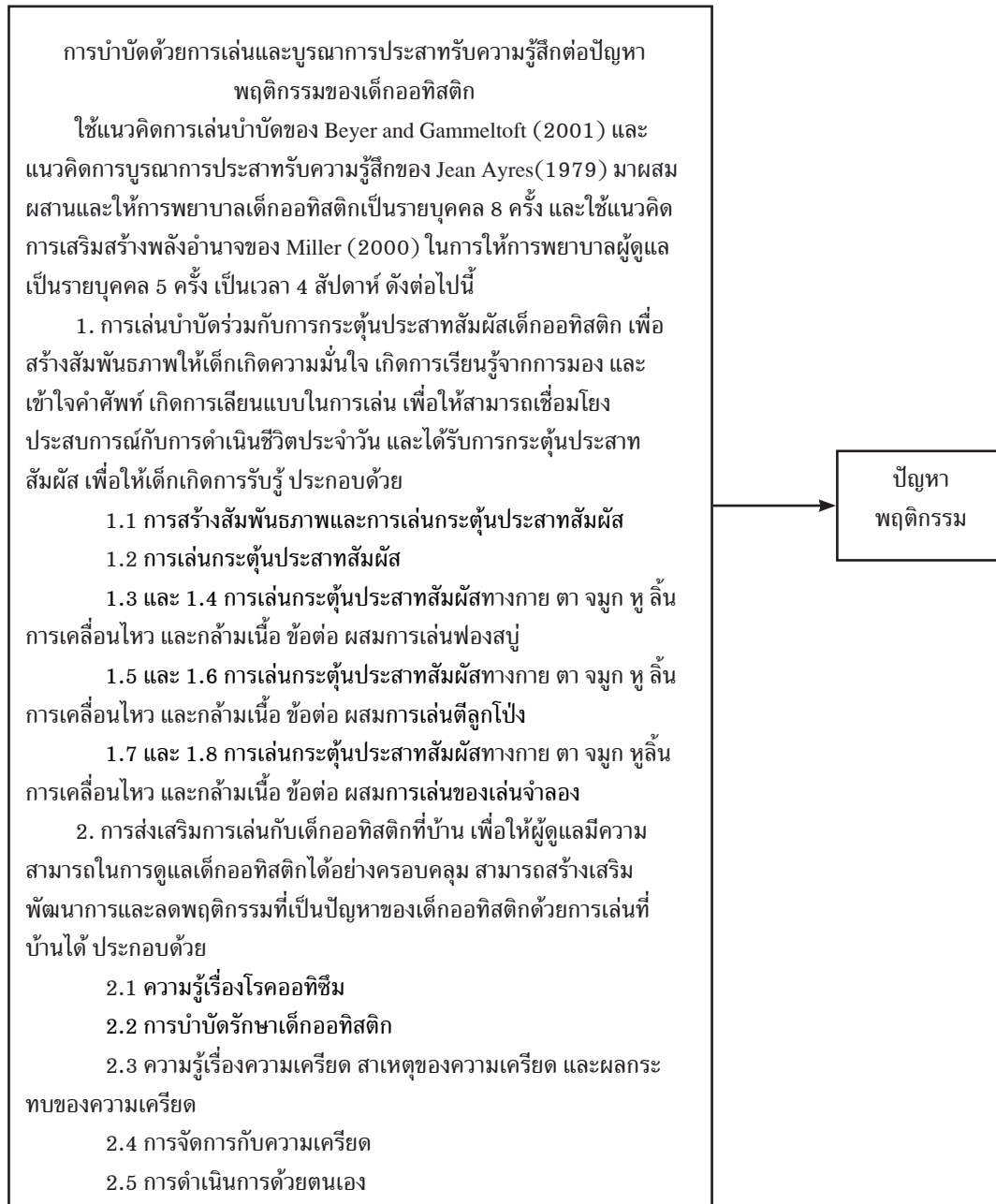
การเล่นของเด็ก ดังนั้นในการเล่นบำบัด จึงจัดสถานที่ให้เหมาะสม เลือกของเล่นที่ดึงดูดความสนใจและกระตุ้นระบบประสาทสัมผัสของเด็ก ทั้งผู้บำบัดและผู้ดูแลร่วมเล่นกับเด็กด้วย

แนวคิดการบูรณาการประสาทรับรู้ความรู้สึกของ Jean Ayres<sup>10</sup> ได้อธิบายว่า เด็กออทิสติกจะมีความสามารถของตัวรับรู้ความรู้สึก และกระบวนการนำความรู้สึกไปที่สมองผิดปกติ เมื่อมีการรับข้อมูลมากเกินไป ก็จะแสดงออกในลักษณะการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้า แต่ถ้ามีการรับข้อมูลน้อยเกินไป ก็จะแสดงออกในลักษณะค้นหาสิ่งเร้ามากขึ้น เมื่อรับสิ่งเร้าเข้ามาแล้วไม่สามารถทำการจัดระเบียบของสิ่งเร้านั้นได้ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม แต่ถ้าสามารถควบคุมสิ่งเร้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะเป็นการกระตุ้นกลไกการทำงานของสมองให้สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ดีขึ้น

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller<sup>11</sup> ได้กล่าวไว้ว่า พลังอำนาจ คือ แหล่งทรัพยากรที่ปรากฏอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งแหล่งของพลัง

อำนาจมีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4) พลังงาน 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6) แรงจูงใจ และ 7) ระบบความเชื่อ เมื่อบุคคลมีการพัฒนา ก็จะสามารถนำทรัพยากรเหล่านี้มาใช้ได้อย่างเหมาะสม ทำให้บุคคลนั้นตระหนักในคุณค่าของตน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้นการบำบัดทางการพยาบาลเด็กออทิสติกที่มีอาการรุนแรงจึงต้องได้รับการช่วยเหลือตามอาการที่เป็นความบกพร่องของเด็ก จากแนวคิดดังกล่าวนำไปสู่การจัดกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้ 1) การเล่นบำบัดร่วมกับการกระตุ้นประสาทสัมผัสเด็กออทิสติก และ 2) การส่งเสริมการเล่นกับเด็กออทิสติกที่บ้าน เพื่อมุ่งหวังให้เด็กออทิสติกได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (The One Group Time Series Design) เป็นแบบแผนการวิจัยแบบกึ่งทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง เป็นเด็กออทิสติกและผู้ดูแลเกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) เด็กออทิสติกเป็นเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3 - 6 ปีทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเป็นออทิสติกที่มีอาการรุนแรง ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM - V และมีปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ อยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าว ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เช่น โรคลมชัก 2) ผู้ดูแลเป็นบิดา มารดาหรือญาติ ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก ทำหน้าที่ดูแลเด็กออทิสติกอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง ติดต่อกันนาน 6 เดือนขึ้นไป ฟังและพูดภาษาไทยได้ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และพาเด็กมารับบริการที่หอผู้ป่วยใน 2 โรงพยาบาล ยุวประสาทฯ ช่วงเดือน สิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2564 เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป กำหนดกลุ่มตัวอย่าง 15 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 19 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในขณะทดลองมีเด็กออทิสติกเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามเกณฑ์ 5 คน เนื่องจาก ช่วงการทดลองมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส Covid-19 โรงพยาบาลมีมาตรการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยเด็กที่มารับบริการต้องใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาขณะทำกิจกรรม มีเด็กไม่สามารถใส่หน้ากากอนามัยได้ตลอดเวลา 1 คน ผู้ดูแลมีปัญหาเศรษฐกิจ 2 คน มีปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว 1 คน และผู้ดูแลติดเชื้อ covid-19 จำนวน 1 คน เหลือกลุ่มตัวอย่าง 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาและค้นคว้าจากตำรา ประกอบด้วย ข้อมูลเด็กออทิสติก และข้อมูลของผู้ดูแล

1.2 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม (ABC-C : Aberrant behavior checklist-C) เป็นเครื่องมือที่สร้างโดย Aman, Singh, Stewart and Field<sup>12</sup> ฉบับสำหรับให้ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมิน เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานที่ใช้กันแพร่หลายทั้งในและต่างประเทศในการประเมินปัญหาพฤติกรรมและติดตามผลของการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา รวมถึงกลุ่มเด็กออทิสติกด้วย ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือฉบับภาษาไทยที่ผ่านการแปลแบบข้ามวัฒนธรรมของ อัคริน นาคพงษ์พันธุ์ และชนันท์ชาญศิลป์<sup>13</sup> นำมาใช้ประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนและหลังสิ้นสุดการวิจัย มีข้อคำถามทั้งหมด 58 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ด้านที่ 1) หงุดหงิด กระวนกระวาย ร้องไห้ 15 ข้อ ด้านที่ 2) เฉื่อยชา แยกตัว 16 ข้อ ด้านที่ 3) พฤติกรรมซ้ำ ๆ 7 ข้อ ด้านที่ 4) อยู่ไม่นิ่ง 16 ข้อ และด้านที่ 5) การพูดที่ไม่เหมาะสม 4 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบ Likert scale แบ่งตามระดับความรุนแรงของพฤติกรรม เกณฑ์การให้คะแนน 0 คือ ไม่มีพฤติกรรม 1 คือ มีพฤติกรรมน้อย 2 คือ มีพฤติกรรมปานกลาง 3 คือ มีพฤติกรรมมาก เครื่องมือนี้มี Internal consistency อยู่ในระดับสูง  $\alpha = 0.922$  และมี Inter-rater และ test-retest reliability อยู่ในระดับสูง ICC = 0.90 (95% CI: 0.81-0.95) และ ICC = 0.92 (95% CI: 0.86-0.96) แบบประเมินมีคะแนนเต็ม 174 คะแนน

การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ด้าน คะแนนรวมของแต่ละด้านแสดงถึงปัญหาพฤติกรรมของเด็กในด้านนั้น ๆ คะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมที่มากขึ้น แบบประเมินไม่มีจุดตัด (cutoff point) ที่ใช้ในการแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรม ค่าคะแนนมากหมายถึงมีปัญหาพฤติกรรมมาก การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินปัญหาพฤติกรรม ไปใช้กับเด็กออทิสติกของหอผู้ป่วยใน 2 โรงพยาบาลยุวประสาทฯ จำนวน 5 คน เป็นเด็กออทิสติกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด และไม่ได้อยู่ในกลุ่มทดลอง แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ คู่มือการบำบัดด้วยการเล่นและบูรณาการประสาทรับรู้สัมผัสสำหรับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่มีอาการรุนแรง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเล่นบำบัดของ Beyer and Gammeltoft และการบูรณาการประสาทรับรู้สัมผัสของ Jean Ayres มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการบำบัดแก่เด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนรายบุคคล จำนวน 14 คน ใช้เวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 วัน จำนวนรวม 8 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการบำบัดสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) การเล่นบำบัดร่วมกับการกระตุ้นประสาทสัมผัสเด็กออทิสติก 2) การส่งเสริมการเล่นกับเด็กออทิสติกที่บ้าน การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัยโรงพยาบาลยุวประสาทฯ จำนวน 6 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแล

เด็กออทิสติก และไม่เคยมีส่วนร่วมในการตรวจสอบกิจกรรมการบำบัดมาก่อน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ รูปแบบของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลา ถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันทั้งหมด 6 คน ค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่ได้ CVI = 1

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบประเมินการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้านสำหรับผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้แบบประเมินฯ ที่สร้างโดยเสาวนีย์ บัวลา<sup>14</sup> เป็นแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กออทิสติก เพื่อประเมินการเล่นของผู้ดูแลกับเด็กออทิสติกที่บ้าน แบบประเมินมีค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) = 0.92 และค่าความเที่ยง (Reliability) = .84 แบบทดสอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ประเมินทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยมีเกณฑ์การประเมินจากปัจจัยการเล่นของเด็กออทิสติกที่เกิดขึ้น ต้องได้คะแนนร้อยละ 75 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ โดยให้คะแนนเป็นหมายเลข 0 ถึง 3

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) แบบประเมินการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ดูแล ด้วยวิธีการหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability: IRR) ผู้วิจัยและผู้ดูแลสังเกตและประเมินพฤติกรรมการเล่นของเด็กในครั้งเดียวกัน ประเมินการเล่นกับเด็กจำนวน 5 คนในเวลาเดียวกัน แล้วบันทึกค่าคะแนนไปพร้อมกัน แล้วจึงคำนวณค่าความเที่ยงตามสูตรของ Burns & Grove โดยถือเกณฑ์ .70 ถึง .99 จึงถือว่าการประเมินระหว่างผู้ประเมินมีความแตกต่างกันน้อย

#### การเตรียมการทดลอง

1. การเตรียมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยงานวิจัยนี้มีผู้วิจัย 1 คน และผู้ช่วยวิจัย 1 คน ผู้วิจัยผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลขั้นสูงระดับ



วุฒิปัตร์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่ได้พัฒนาศักยภาพให้มีทักษะในการเล่นบำบัดกับเด็กออทิสติกจากพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นเวลา 1 เดือน<sup>15</sup> และขอคำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่ส่งผลต่อการกระตุ้นประสาทรับรู้ของเด็กออทิสติกจากนักกิจกรรมบำบัดของโรงพยาบาล ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมการบำบัดกับเด็กออทิสติกทั้งหมด 8 ครั้ง ผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลจิตเวชที่จบปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และผ่านประสบการณ์ในการทำกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจกับผู้ดูแลเด็กออทิสติกทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมการบำบัดกับผู้ดูแลทั้งหมด 5 ครั้ง

2. การเตรียมเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) คู่มือการบำบัดด้วยการเล่นและบูรณาการประสาทรับรู้สำหรับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่มีอาการรุนแรง 2) แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม 3) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 4) แบบประเมินการเล่นของเด็กออทิสติกที่บ้านสำหรับผู้ดูแล

3. การเตรียมสถานที่ ผู้วิจัยขอความร่วมมือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรม และนำเสนอรายละเอียดของโครงการ ประชุมชี้แจงรายละเอียดของโครงการกับบุคลากรของหอผู้ป่วยใน 2 และขอความร่วมมือในการจัดทำโครงการ เตรียมสถานที่ โดยจัดห้องไม่ให้มีเสียงดังรบกวน ไม่มีคนเดินพลุกพล่าน มีแสงสว่างเพียงพอ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

4. การเตรียมกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยศึกษาประวัติเด็กออทิสติกและครอบครัว จากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยใน 2 เนื่องจากมีการแพร่ระบาดของ

โรคติดเชื้อไวรัส Covid -19 โรงพยาบาลงดการให้บริการแบบ onsite โดยให้บริการแบบออนไลน์ ผู้วิจัยจึงโทรศัพท์ให้ข้อมูลผู้ดูแลเกี่ยวกับงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ และให้ผู้ดูแลเลือกวันและเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจและความสะดวกของผู้ดูแล จากนั้นนัดหมายเพื่อเข้าร่วมการวิจัย

การดำเนินการทดลอง ก่อนการทดลองในวันที่ผู้ดูแลพาเด็กมารับบริการครั้งที่ 1 ผู้วิจัยอธิบายวิธีการประเมินแบบประเมินปัญหาพฤติกรรม และให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินด้วยตนเอง เป็น Pre-test แล้วสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จากนั้นเด็กออทิสติกได้รับการบำบัดด้วยการเล่นและการบูรณาการประสาทรับรู้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จากผู้วิจัย จำนวน 8 ครั้ง ผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมการเล่นกับเด็กออทิสติกที่บ้านจากผู้ช่วยวิจัยจำนวน 5 ครั้ง โดยดำเนินการที่โรงพยาบาล ยุวประสาทฯ และให้ผู้ดูแลเล่นกับเด็กที่บ้านทุกวันอย่างน้อยวันละ 30 นาที

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติกโดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติก ให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินด้วยตนเอง ก่อนที่ผู้วิจัยจะดำเนินการเล่นบำบัดกับเด็กออทิสติก การรวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Post-test) หลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กออทิสติก หลังจากทำกิจกรรมการเล่นบำบัดกับเด็กเสร็จแล้ว การรวบรวมข้อมูลหลังทดลอง 2 สัปดาห์ (Post-test) หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลประเมินปัญหาพฤติกรรม

เด็กออทิสติกตามแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมชุดเดิมที่บ้าน และนำกลับมาให้ผู้วิจัยในวันที่มาพบแพทย์ตามนัด

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ตามการอนุมัติเลขที่ 012/64 โดยกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ดูแล จะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงชื่อยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยการหาค่าความถี่และร้อยละวิเคราะห์ความแตกต่างของปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนการ

ทดลองและหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ด้วยสถิติ One-Way Repeated Measures ANOVA

### สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่มีอาการรุนแรงจำนวน 14 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีอายุ 3-4 ปี ผู้ดูแลเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี สถานภาพคู่ การศึกษา ระดับมัธยมศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน เกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็น ย่า/ยาย จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์เด็กออทิสติกที่ได้รับการบำบัดด้วยการเล่นและการบูรณาการประสาทรับรู้สัมผัส จะเห็นได้ว่าคะแนนปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกจากการวัดทั้ง 3 ครั้งมีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก

| ลำดับ | คะแนนพฤติกรรมก่อนการทดลอง |           |           |           |           |          | คะแนนพฤติกรรมหลังการทดลอง |           |           |           |           |          | คะแนนพฤติกรรมหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ |           |           |           |           |          |
|-------|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|
|       | ด้านที่ 1                 | ด้านที่ 2 | ด้านที่ 3 | ด้านที่ 4 | ด้านที่ 5 | คะแนนรวม | ด้านที่ 1                 | ด้านที่ 2 | ด้านที่ 3 | ด้านที่ 4 | ด้านที่ 5 | คะแนนรวม | ด้านที่ 1                           | ด้านที่ 2 | ด้านที่ 3 | ด้านที่ 4 | ด้านที่ 5 | คะแนนรวม |
| 1     | 5                         | 10        | 6         | 16        | 2         | 39       | 5                         | 9         | 5         | 14        | 2         | 35       | 4                                   | 5         | 1         | 7         | 2         | 19       |
| 2     | 32                        | 25        | 13        | 36        | 9         | 115      | 20                        | 11        | 6         | 26        | 3         | 66       | 20                                  | 10        | 6         | 26        | 3         | 65       |
| 3     | 2                         | 10        | 0         | 23        | 2         | 37       | 0                         | 8         | 5         | 10        | 2         | 25       | 0                                   | 2         | 0         | 3         | 0         | 5        |
| 4     | 17                        | 28        | 9         | 30        | 8         | 92       | 16                        | 27        | 9         | 30        | 8         | 90       | 17                                  | 28        | 9         | 30        | 8         | 92       |
| 5     | 10                        | 12        | 2         | 16        | 3         | 43       | 10                        | 11        | 2         | 14        | 3         | 40       | 10                                  | 10        | 2         | 14        | 2         | 38       |
| 6     | 26                        | 3         | 4         | 23        | 4         | 60       | 2                         | 3         | 3         | 20        | 2         | 30       | 2                                   | 1         | 1         | 10        | 2         | 26       |
| 7     | 22                        | 11        | 4         | 23        | 1         | 61       | 22                        | 11        | 4         | 21        | 1         | 59       | 19                                  | 9         | 3         | 15        | 3         | 49       |
| 8     | 24                        | 17        | 10        | 36        | 7         | 94       | 20                        | 14        | 8         | 32        | 6         | 80       | 13                                  | 10        | 6         | 33        | 3         | 65       |
| 9     | 12                        | 10        | 4         | 12        | 1         | 39       | 2                         | 4         | 2         | 2         | 0         | 10       | 0                                   | 2         | 0         | 1         | 0         | 3        |
| 10    | 12                        | 25        | 10        | 31        | 2         | 80       | 12                        | 25        | 10        | 31        | 2         | 80       | 12                                  | 25        | 10        | 31        | 2         | 80       |
| 11    | 18                        | 33        | 12        | 35        | 4         | 102      | 18                        | 33        | 12        | 35        | 4         | 102      | 18                                  | 33        | 12        | 35        | 4         | 102      |
| 12    | 8                         | 8         | 0         | 25        | 0         | 41       | 8                         | 8         | 0         | 23        | 0         | 39       | 6                                   | 6         | 0         | 21        | 0         | 33       |
| 13    | 15                        | 14        | 7         | 23        | 2         | 61       | 14                        | 14        | 6         | 20        | 2         | 56       | 13                                  | 13        | 6         | 19        | 2         | 53       |
| 14    | 10                        | 11        | 3         | 17        | 5         | 46       | 10                        | 9         | 3         | 15        | 5         | 42       | 8                                   | 9         | 3         | 15        | 5         | 40       |

คะแนนปัญหาพฤติกรรมหลังการทดลองพบว่า พฤติกรรมที่ลดลงลำดับที่ 1 คือ ด้านที่ 4 พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง คิดเป็นร้อยละ 78.57 ลำดับที่ 2 ด้านที่ 2 เฉื่อยชา แยกตัว คิดเป็นร้อยละ 57.14 ลำดับที่ 3 ด้านที่ 1 หงุดหงิด กระวนกระวาย ร้องไห้ และด้านที่ 3 พฤติกรรมซ้ำๆ คิดเป็นร้อยละ 50 และลำดับที่ 4 ด้านที่ 5 การพูดที่ไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 35.71 คะแนนปัญหาพฤติกรรมหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่า พฤติกรรมที่ลดลงลำดับที่ 1 คือ ด้านที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 71.42 ลำดับที่ 2 ด้านที่ 1 ด้านที่ 3 และด้านที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 50 ลำดับที่ 3 ด้านที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 35.71

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกในแต่ละช่วงเวลาการทดลอง (N=14)

| คะแนน                  | เวลาที่วัดผล |                       |                     |
|------------------------|--------------|-----------------------|---------------------|
|                        | ก่อนการทดลอง | หลังการทดลองเสร็จสิ้น | หลังทดลอง 2 สัปดาห์ |
| คะแนนเฉลี่ย            | 65           | 53.86                 | 47.86               |
| (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) | (26.72)      | (26.90)               | (30.47)             |

## อภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดด้วยการเล่นและบูรณาการประสาทรับความรู้สึก เด็กออทิสติกที่มีอาการรุนแรงวัยก่อนเรียนมีปัญหาพฤติกรรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 อธิบายได้ดังนี้

การบำบัดด้วยการเล่นและการบูรณาการประสาทรับความรู้สึก เป็นการนำแนวคิดการเล่นและการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกมาแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็กได้ ผู้วิจัยมีการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการจัดกิจกรรมการเล่นไว้อย่างชัดเจนเลือกของเล่นจากสิ่งที่เด็กชอบและตามช่องทางความบกพร่องของเด็ก นำมาผสมผสานกันให้เด็กได้เล่น

จากการวิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ที่ทดสอบโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (One-Way Repeated Measure ANOVA) จะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกจากการวัดทั้ง 3 ครั้งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

และได้รับการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกไปพร้อม ๆ กัน การเล่นเป็นสิ่งที่ช่วยในการเรียนรู้ของเด็กทุก ๆ คน ดังที่ ทวีศักดิ์ สิริรัตนธะชา<sup>7</sup> ได้กล่าวถึงการเล่นว่าเป็นสื่อช่วยในการพัฒนาเด็กในทุก ๆ ด้านสร้างความสนุกสนาน และเป็นตัวกระตุ้นให้เด็กเกิดการเรียนรู้ที่ดี และยังมีผลต่อพัฒนาการทางสมองและระบบประสาทด้วย นอกจากนี้การเล่นยังช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กได้ด้วย จากการศึกษาของ Swan & Ray<sup>16</sup> ใช้การเล่นบำบัดกับเด็กที่มีสติปัญญาบกพร่องรายบุคคล อายุ 6-7 ปี พบว่า การเล่นบำบัดช่วยลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมหงุดหงิดของเด็กได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai & Ray<sup>17</sup> ที่ใช้การเล่นบำบัดกับเด็กที่มีปัญหาทาง

อารมณ์และพฤติกรรมรายบุคคล อายุ 3-10 ปี พบว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่เป็นทั้ง externalizing และ internalizing ดีขึ้น และจากการศึกษาของ Ray, Blanco, Sullivan, Holliman<sup>18</sup> ที่ใช้การเล่นบำบัดกับเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อายุ 4-11 ปี พบว่า การเล่นช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กได้ในระดับปานกลาง และจากการที่เด็กได้รับการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก ช่วยในการปรับสมดุลของสมองให้ทำงานได้ปกติ ที่ส่งผลให้เด็กมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังที่แก้วดา นพณิจารัสเลิศ<sup>2</sup> ได้กล่าวไว้ว่า การประมวลผลและการแปลผลข้อมูลของสมอง หากระบบประสาทรับความรู้สึกทำงานได้ปกติและมีประสิทธิภาพ เกิดการประมวลผลได้ดีก็จะทำให้แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Randell et al<sup>19</sup> ที่พบว่า การบำบัดด้วยการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกมีประสิทธิภาพสูงในการทำให้เด็กมีพฤติกรรมดีขึ้น การที่เด็กออทิสติกจะมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นนั้น ต้องได้รับการดูแลที่สม่ำเสมอ เนื่องจากเด็กอยู่ในความดูแลของผู้ดูแล ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น การเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลมีศักยภาพและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับคำกล่าวของ Gibson<sup>20</sup> ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเป็นการช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการพัฒนาตนเอง เป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคล และจากการศึกษาของ สุชาลี พันธุ์พงษ์<sup>21</sup> ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเด็กและส่งผลทำให้อาการของเด็กดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ นาอองงค์ บำรุงชนม์และคณะ<sup>22</sup> ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาได้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ เด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่มีอาการรุนแรงที่ได้รับการบำบัดด้วยการเล่นและบูรณาการประสาทรับความรู้สึก หลังการทดลองเด็กมีปัญหาพฤติกรรมน้อยกว่าก่อนทดลอง

ข้อจำกัดในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้อยู่ในช่วงของการระบาดของโรคติดเชื้อ Covid-19 มีข้อจำกัดในการจัดกิจกรรมการบำบัดให้กับเด็กและผู้ดูแล ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย กลุ่มตัวอย่างที่ได้อาจไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองและเป็นผู้ประเมินผลอาจทำให้เกิดการอคติได้

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้พยาบาลจิตเวชสามารถทำบทบาทเป็นผู้บำบัดเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน โดยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเป็นผู้กำกับดูแล

1.2 ผู้ใช้ควรศึกษาแผนการจัดกิจกรรมให้เข้าใจ ทั้งเนื้อหา วิธีการและการจัดเตรียมอุปกรณ์ของเล่น ในแต่ละกิจกรรมก่อนนำกิจกรรมการเล่นและการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกไปใช้

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

กลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนมากกว่า 14 คน เพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น และควรมีการดำเนินการวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้การประเมินผลแบบปกปิด (blind)

## เอกสารอ้างอิง

1. Trangkasombut A. Help autistic child. Santa Publishers; 2007. (In Thai)
2. Nopmaneejumrulers K, Kaewkan I. New paradigm Caring for autistic children for pediatricians. Journal of Pediatrics 2017; 6-15. (In Thai)
3. Herring et al. Behavior and emotional problems in toddlers with pervasive developmental Disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family Function. Jintellect Disability 2006
4. Boonen et al., 2014. Behavior problems among school-aged children with autism spectrum disorder: Associations with children's communication difficulties and parenting behaviors. Research in Autism Spectrum Disorder 2014; 8(6): 716-725
5. Sanguandee R. Selective factors related to behavior problems of preschool autistic children. Journal of the police nurses 2018; 10(2): 375-84. (In Thai)
6. Boon-yasidhi V. Autism Spectrum Disorder. In: Sitdhiraksa N, Wannasewok K, Wannarit K, Pukrittakayamee P, Apinunthavej S, Ketman P. editor. Siriraj Psychiatry DSM-5: 2016. 543-55. (In Thai)
7. Kanne S.M, Mazurek M.O. Aggression in children and adolescents with ASD: Prevalence and risk factors [Electronic version]. Journal of Autism and Developmental Disorder 2010; 41: 926-37.
8. Rivard M, Terroux A, Boursier C.P, Mercier C. Determinants of stress in parents of children with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord 2014; 44(7): 1609-20.
9. Sirirutraykha T. Play for learning in children with autism. Bangkok: Teachers Council of Thailand Printing House; 2006. (In Thai)
10. Yunibhand J. Standards for autistic child psychiatric nursing practice for professional nurses and Psychiatric nurse. Samut Prakan: Cho Saeng Ngam; 2003
11. Beyer J. Gammeltoft L. Autism & Play. 2nd ed. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2001
12. Ayres A.J. Sensory integration and the child. Los Angeles: Western Psychological Services; 1979
13. Miller J. Coping with chronic illness: overcoming powerlessness. 3rd ed. Philadelphia: Davis; 2000
14. Aman MG, Singh NN, Stewart AW, Field CJ. The aberrant behavior checklist: a behavior rating scale for the assessment of treatment effects. Am J Ment Defic 1985; 89: 485-91.
15. Narkpongphun A, Charnsil C. Cross-Cultural translation and psychometric properties study of aberrant behavior checklist-community Thai version. Journal of the psychiatric association of Thailand 2019; 64(2): 197-206. (In Thai)
16. Baula S. The effect of play therapy with family Involvement on problematic behaviors of autistic children. [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (In Thai)
17. Chumchit S. A Study of the use empowerment programs on the burden of caring for parents of autistic children. [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004. (In Thai)
18. Swan, K. & Ray, D. Effects of child-centered play therapy on irritability and hyperactivity behaviors of children with intellectual disabilities. Journal of Humanistic Counseling 2014; 53(2), 120-133
19. Tsai, M & Ray, D. Play therapy outcome prediction: An exploratory study at a university-based clinic. International Journal of Play Therapy 2011; 20(2), 94-10

20. Ray, D., Blanco, P., Sullivan, J., Holliman, R. An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International Journal of Play Therapy* 2009;18, 162-175.
21. Randell E, Mcnamara R, Delport S, Busse M, Hastings R.P, Gillespie D, et al. Sensory integration therapy versus usual care for sensory processing difficulties in autism spectrum disorder in children: Study protocol for a pragmatic randomized controlled trial. *NIH* 2019;20(1):113.
22. Gibson, C.H. A concept analysis of Empowerment. *National Library of Medicine. Journal of Advance Nursing* 1991;16,354-361.
23. Phunpong S. The result of the programs to enhance the ability to care for family on autistic symptoms of preschool autistic children. [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2019. (In Thai)
24. Bumrungchon N, Rattanapiroj P, Jaruwat P. The development of empowerment program for caregivers of person with developmental and intellectual disabilities. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2014;28(2): 125-140. (In Thai)
25. Nealy C.E, O'Hare L, Powers J.D. & Swick D.C. The impact of autism spectrum disorders on the family: A qualitative study of mothers' perspectives. *Journal of Family Social Work* 2012;15(3),187-201