

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ระบบพยาบาล  
เจ้าของไข้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กออทิสติก ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา  
เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อ  
การศึกษานำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

- 1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติก
  - 1.1 เด็กออทิสติกวัย 6-12 ปี เกณฑ์การวินิจฉัยโรค สาเหตุ และพฤติกรรม
  - 1.2 ครอบครัวเด็กออทิสติก
  - 1.3 การศึกษาสำหรับเด็กออทิสติก
  - 1.4 การรักษาพยาบาลสำหรับเด็กออทิสติกในประเทศไทย
  - 1.5 การรักษาพยาบาลสำหรับเด็กออทิสติก ในโรงพยาบาลยูวประสาท -  
ไวทโยปถัมภ์
- 2) ความสามารถในการดูแลตนเอง
  - 2.1 ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเอง
  - 2.2 การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของ Orem
  - 2.3 การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กออทิสติก
  - 2.4 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กออทิสติก
- 3) การพยาบาลเด็กออทิสติก
  - 3.1 แนวคิดและหลักการพยาบาลเด็กออทิสติกทั่วไป
  - 3.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกในเด็กออทิสติก
- 4) การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้
  - 4.1 ความหมาย แนวคิด และวัตถุประสงค์ของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้
  - 4.2 หลักการและการปฏิบัติในระบบพยาบาลเจ้าของไข้
- 5) วิธีการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในเด็กออทิสติก
- 6) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 7) กรอบแนวคิดโครงการศึกษาอิสระ

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติก

ออทิสซึม (Autism) เป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่รุนแรงที่ก่อให้เกิดความพิการเรื้อรังยาวนานตลอดชีวิต อาจจะมีภาวะปัญญาอ่อนและอาการชักร่วมด้วย จึงเป็นภาระหนักแก่ผู้ดูแลและสังคมจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงาน บุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งการให้การพยาบาลแก่เด็กออทิสติกได้อย่างมีคุณภาพ จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับเด็กออทิสติกเป็นอย่างดี ทั้งนี้เพื่อความเข้าใจและวางแผนการพยาบาลอย่างถูกต้องและเหมาะสม (วันเพ็ญ บุญประกอบ และคณะ, 2538)

### 1.1 เด็กออทิสติกวัย 6-12 ปี เหนือกว่าวินิจัยโรคออทิสซึม สาเหตุ และพฤติกรรม

#### 1.1.1 เด็กออทิสติกวัย 6-12 ปี

เด็กวัย 6 - 12 ปี เป็นวัยเรียนเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางร่างกาย เป็นจุดเริ่มต้นของวัยรุ่น เป็นวัยที่เด็กออกสู่สังคมนอกบ้านอย่างจริงจัง เรียนรู้การปรับตัวในด้านต่างๆ ทั้งด้านการเรียน เข้ากับเพื่อน ปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่ใหญ่กว่าบ้าน เด็กพร้อมที่จะจากบ้านโดยไม่รู้สึกลัวการพลัดพราก มีการใช้กล้ามเนื้อได้ดี ส่วนกล้ามเนื้อเล็กสามารถหยิบจับดินสอเขียนเป็นรูปร่างในกระดาษได้มากขึ้น เด็กจะคิดและรับรู้ถึงความสามารถและข้อจำกัดของตนเอง เรียนรู้ที่จะมีรูปแบบพฤติกรรมทางสังคมแบบใดแบบหนึ่ง เมื่อถึงตอนปลายของวัยเรียนเข้าใกล้วัยรุ่น ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และชัดเจน เด็กหญิงโตเร็วกว่าเด็กชายเพราะเริ่มมีการทำงานของฮอร์โมนเพศ ชอบเล่นกับเพศเดียวกันมากกว่าเพื่อนต่างเพศ ในด้านความคิดเด็กสามารถคิดได้อย่างมีเหตุผลมากขึ้น ทำให้ยับยั้งความหุนหันพลันแล่นได้มากขึ้น สามารถคิดย้อนกลับไปได้ สามารถคิดได้อย่างมีเหตุผลมากขึ้น คิดแบ่งแยกประเภทได้ สามารถจัดสิ่งที่เหมือนกันคล้ายกันอยู่ในกลุ่มเดียวกันได้ เข้าใจความดี ความชั่ว ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น Erikson กำหนดให้วัยนี้เป็นระยะขัณฑ์หมั่นเพียรกับความรู้สึกมีปมด้อย (Industry vs Inferiority) เด็กสนใจเรียนรู้ ฝึกฝนตนเองในสิ่งต่างๆ เด็กที่ทำได้เกิดความรู้สึกว่าตนมีความสามารถมีคุณค่า ถ้าทำไม่ได้ เด็กจะรู้สึกมีปมด้อย ไร้สมรรถภาพ (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2541:34)

เพ็ญแข ลิ้มศิลา (2541) กล่าวถึง พัฒนาการเด็กวัยเรียน 6 - 12 ปี ในเด็กออทิสติกไว้ 4 ด้าน ดังนี้

1. พัฒนาการด้านร่างกาย ในเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีพัฒนาการทางกายไม่ต่างจากเด็กปกติในวัยเดียวกันหากได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสมตามวัย สามารถใช้กล้ามเนื้อใหญ่ กล้ามเนื้อเล็กได้ดี มีความคล่องตัวมากขึ้นในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว

การทำงานประสานกันของระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาทรับรู้มีมากขึ้น ตอนปลายของวัยเรียนร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก เด็กหญิงโตเร็วกว่าเด็กชาย

2. พัฒนาการด้านภาษา ในเด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะพูดออกเสียงเป็นคำๆ หรืออาจพูดไม่ได้ แต่เด็กจะใช้คำที่มีความหมายของตนเองและส่วนหนึ่งเด็กจะมีพูดแบบเลียนแบบ พัฒนาการด้านภาษาสื่อสารด้วยภาษาท่าทาง

3. พัฒนาการด้านสังคม เด็กต้องเรียนรู้การปรับตัวเข้ากับสังคมภายนอก เด็กจะไม่ทราบกฎระเบียบของสังคม เด็กแยกไม่ออกว่าสิ่งใดปฏิบัติได้หรือไม่ได้ เล่นคนเดียว จะเป็นการเล่นที่เป็นการกระทำซ้ำๆ มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผู้ดูแลยับยั้งหรือเปลี่ยนแปลงไม่ได้

4. พัฒนาการด้านอารมณ์ เด็กออทิสติกหากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมหรือช่วยเหลือแก้ไขปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมตั้งแต่วัยเด็กเล็ก เด็กอาจมีปัญหาในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือทำตามกฎของกลุ่ม เด็กรู้สึกไม่มั่นคง ขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่รู้จักควบคุมอารมณ์ เด็กต้องปรับตัวมากในการใช้ชีวิตในสังคม

การจัดระบบบริการสำหรับเด็กออทิสติกวัย 6 - 12 ปี ซึ่งเป็นเด็กโต มีการจัดแบ่งเด็กแต่ละคนตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการไม่เท่ากัน ดังนั้น เด็กที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 High function เป็นเด็กที่เตรียมความพร้อมไปโรงเรียน โดยเด็กเข้าเรียนร่วมในชั้นการศึกษาพิเศษของโรงพยาบาล ร่วมกับการเรียนร่วมการศึกษาพิเศษนอกโรงพยาบาล สำหรับเด็กที่ไม่สามารถเรียนร่วมได้ เด็กจะได้รับการกระตุ้นพัฒนาทักษะในด้านทักษะพื้นฐานทางสังคม และการส่งเสริมการดูแลตนเอง

กลุ่มที่ 2 Low function เป็นเด็กออทิสติกซึ่งเป็นเด็กที่ไม่อยู่ในระบบโรงเรียนช่วยเหลือตนเองได้น้อย ระบบบริการแบ่งเป็น การพัฒนาในด้านการดูแลตนเองเป็นหลัก และการเตรียมความพร้อมเด็กเมื่อกลับบ้าน

1.1.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสซึม พบว่า มีความสำคัญอย่างมากต่อการดูแลรักษาและกระตุ้นพัฒนาการของเด็กออทิสติก เนื่องจาก ปัจจุบันการวินิจฉัยจะใช้เกณฑ์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันที่ปรับปรุงเป็นครั้งที่ 4 [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM IV)] พบอาการทั้งหมดอย่างน้อย 6 ข้อย่อยจาก (1) (2) และ (3)

1.) มีความบกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อย่างน้อย 2 ข้อย่อย ดังนี้

1.1 ไม่สามารถแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น เช่น ไม่สบตา

1.2 ไม่มีความสามารถที่จะผูกมิตรสัมพันธ์กับใครเพื่อให้เป็นเพื่อนกันได้

- 1.3 ขาดการแสวงหาที่จะเล่นสนุกและไม่แสดงความสนใจที่จะทำงานกับใคร
- 1.4 ไม่สามารถติดต่อทางสังคมและการแสดงออกทางอารมณ์ให้เหมาะสม
- 2.) มีความบกพร่องในด้านการสื่อความหมาย อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้
  - 2.1 มีความล่าช้าหรือไม่มีการพัฒนาด้านภาษาและท่าทางในการสื่อความหมาย
  - 2.2 ในรายที่สามารถพูดได้ ไม่สามารถสนทนาโต้ตอบกับผู้อื่นได้อย่างเข้าใจ
  - 2.3 มักพูดซ้ำๆ ในสิ่งที่ตนต้องการ โดยไม่สนใจว่ามีผู้อื่นฟังหรือไม่
  - 2.4 ไม่สามารถเล่นสมมติได้ด้วยตนเอง หรือไม่สามารถเล่นลอกเลียนแบบได้
- 3.) มีพฤติกรรม ความสนใจและการกระทำซ้ำๆ อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้
  - 3.1 มีพฤติกรรมซ้ำ อย่างเดียวหรือมากกว่า 1 อย่าง มีความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง
  - 3.2 ไม่สามารถยืดหยุ่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เคยทำซ้ำๆ ได้
  - 3.3 มีการเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำๆ เช่น การหมุนตัวไปรอบๆ เป็นต้น
  - 3.4 มีความสนใจเกี่ยวกับส่วนใดส่วนหนึ่งของวัตถุ

1.1.3 สาเหตุของโรคยังไม่ทราบแน่นอน แต่สันนิษฐานว่าเกิดจากสาเหตุหลายอย่างร่วมกัน สาเหตุที่สำคัญ คือ พันธุกรรม มารดามีโรคแทรกซ้อนก่อนคลอดและระหว่างคลอด ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน และโรคของระบบประสาท (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

(1) พันธุกรรม ผลของการศึกษาประวัติครอบครัว คู่แฝด และโครโมโซม บ่งชี้ว่าโรคนี้มีสาเหตุจากพันธุกรรม โดยพบลักษณะสำคัญๆ ดังต่อไปนี้

ก. ร้อยละ 2 – 6 ของพี่น้องผู้ป่วยเป็นโรคนี้ด้วย และเมื่อนำมาเทียบกับอัตราการเป็นโรคนี้ในเด็กโดยทั่วไปแล้ว จะสูงกว่าอัตราที่พบในเด็กทั่วไปถึง 50 เท่า

ข. คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรค อีกคนจะมีโอกาสเป็นด้วยถึงร้อยละ 36 – 60 ในขณะที่คู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ ถ้าคนหนึ่งเป็นโรค อีกคนจะไม่เป็น

(2) มารดามีโรคแทรกซ้อนก่อนคลอดและระหว่างคลอด พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมาก เป็นโรคของสมองด้วย และมีข้อสันนิษฐานว่า เด็กที่เป็นโรคนี้มาแต่กำเนิด สมองได้รับบาดเจ็บระยะก่อนคลอด และระหว่างคลอด ส่วนเด็กที่มีพัฒนาการปกติมาระยะหนึ่งแล้วจึงเป็นโรค สมองจะได้รับบาดเจ็บภายหลังคลอด

(3) ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน พบว่าระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยมีความผิดปกติหลายอย่าง เช่น ประสิทธิภาพของ Natural killer cell ลดลงชัดเจนในร้อยละ 40 ของผู้ป่วย ประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกันถูกยับยั้ง Autoimmune mechanism หรือความผิดปกติของการควบคุมระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคนี้

(4) โรคของระบบประสาท พบว่า ร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยมีความผิดปกติของระบบประสาท เกิดมาจากความผิดปกติของ Basal ganglia โดยเฉพาะที่ Neostriatum และส่วนของสมองบริเวณ Medial aspects ของ Frontal lobe หรือ Limbic system มีข้อสันนิษฐานว่าพยาธิสภาพของสมองบริเวณดังกล่าว เกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น Perinatal infection, Periventricular structure damage หรือมีความผิดปกติของชีวเคมีของสมองซึ่งเป็นพันธุกรรม

1.1.4 พฤติกรรมของเด็กออทิสติก พบความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมหลัก 3 ด้าน (จอม ชุมช่วย, 2538) ดังนี้

(1) มีความสูญเสียทางปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เด็กออทิสติกมักแสดงออกโดยการแยกตัว ไม่สามารถแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่มีการสบตาหรือการแสดงออกทางสีหน้า กิริยาเด็กออทิสติกจะขาดการแสวงหาเพื่อที่จะเล่นกับคนอื่น ๆ มักจะเล่นคนเดียวโดยไม่สนใจผู้อื่น เนื่องจากเล่นกับใครไม่เป็น แม้จะเป็นการเล่นอย่างง่าย และเด็กออทิสติกจะมีการกระทำต่อบุคคลหรือสิ่งมีชีวิตอื่นคล้ายสิ่งของ แสดงพฤติกรรมไม่รู้ร้อนรู้หนาว ไม่รู้จักช่วยเหลือตัวเองจากอันตรายต่างๆ

(2) การสูญเสียการสื่อความหมายทางสังคม ทั้งด้านการพูด (Verbal) และการไม่ใช้คำพูด (Non verbal) รวมทั้งไม่มีจินตนาการในการเล่น บ่อยครั้งจึงมักพบว่าเด็กออทิสติกจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการไม่พูด หรือพูดซ้ำ ไม่สมวัย หรือเด็กออทิสติกบางคนจะพูดซ้ำซากวกไปวนมา พูดเลียนแบบในทันที (Immediate echolalia) แม้แต่เด็กออทิสติกที่สามารถพูดได้มากแล้ว เด็กก็จะพูดโดยไม่สนใจว่าจะมีใครสนใจฟังหรือไม่

(3) การกระทำซ้ำๆ อาจเป็นการกระทำที่เห็นได้ง่ายๆ หรือแบบซับซ้อน จึงมักจะพบว่าเด็กออทิสติกจะติดสิ่งของอย่างใดอย่างหนึ่งมาก โดยไม่มีจุดหมายเด่นชัด เด็กออทิสติกบางคนต้องเดินไปตามทางเดิมที่เคยเดินไปในครั้งแรก ชอบถามคำถามซ้ำๆ มีความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะอย่างเด่นชัด เช่น สนใจมองใบพัดของพัดลมที่กำลังหมุนอยู่ตลอดทั้งวัน เด็กออทิสติกจะเปลี่ยนแปลงยาก และหากพบว่า สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่เห็นเป็นประจำเปลี่ยนแปลงรายละเอียดไป เด็กออทิสติกจะมีการแสดงออกด้วยท่าทางหงุดหงิดหรือก้าวร้าว

เด็กออทิสติกมีความบกพร่องของพัฒนาการตามวัย ดังนี้

วัยทารก เด็กจะแสดงอาการที่ขาดความสนใจในบุคคล

อายุ 1 ปีแรก พูดออกเสียงเป็นคำไม่ได้ ให้ทำอะไรง่ายๆ เช่น ตบมือ โบกมือ เด็กจะทำตามไม่ได้เลย ไม่หันตามเมื่อได้ยินเสียงเรียกชื่อ

อายุ 2-3 ปี เห็นพฤติกรรมที่ผิดปกติเด่นชัดขึ้น เมื่อเริ่มเดินได้จะชอบเดินเขย่งปลายเท้าหรือหมุนตัวไปมา เด็กจะมีหน้าตาเฉยเมย ไม่มีสีหน้าแสดงออกทางอารมณ์ ถ้าพูดได้จะพูดเลียนแบบหรือถามคำถามเดิมซ้ำๆ หรือพูดภาษาของตนเอง

อายุ 4-5 ปี เด็กต้องการมีเพื่อนแต่ไม่รู้ต้องทำอะไร ไม่สามารถเล่นกับเด็กวัยเดียวกันได้นาน แยกตัวเด่นชัด ไม่รู้จักหลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ

อายุ 6-9 ปี อารมณ์ของเด็กจะดีขึ้นเข้าใจได้มากขึ้น ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงต่างๆ น้อยลงออกสังคมมากขึ้น ความสามารถในการใช้ภาษาติดต่อสื่อสารและสื่อความหมายได้มากขึ้น (โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2545)

สรุป เด็กออทิสติกวัย 6-12 ปี มีพัฒนาการด้านต่างๆ คล้ายกับเด็กปกติแต่มีความล่าช้ากว่า ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะออทิสติกนั้นๆ เด็กมักมีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มักปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้น้อย จากความค้อยทางภาษาและการสื่อความหมาย บอกความต้องการและปัญหาพฤติกรรม ทำกิจกรรมในการดูแลตนเองได้น้อย ต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลสม่ำเสมอและต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการส่งเสริมที่เหมาะสมจากผู้ดูแล เด็กจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่วนด้านร่างกายมีการเจริญเติบโตเท่าเด็กปกติทุกประการ

## 1.2 ครอบครัวเด็กออทิสติก (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545)

ครอบครัวเด็กออทิสติกโดยเฉพาะบิดามารดาเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการแก้ปัญหาสุขภาพตลอดจนเป็นผู้รับภาระการควบคุมอาการและพฤติกรรมรุนแรง ตลอดจนการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นภาระที่หนักของบิดามารดา ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ครอบครัวที่ดูแลเด็กมักมีปัญหาด้านสุขภาพกาย เช่น นอนไม่หลับ ทานอาหารไม่ได้ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายทรุดโทรม ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่ต้องดูแลเด็กออทิสติกอีกทั้งยังต้องรับผิดชอบงานบ้าน งานประจำ ทำให้เวลาพักผ่อนลดลง การดูแลเด็กออทิสติกทำให้ครอบครัวรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้และเกิดความเครียด ยิ่งระยะเวลาการดูแลนานมากเท่าไร ความท้อแท้ก็มากขึ้นเท่านั้น สำหรับครอบครัวเด็กออทิสติก ในระยะแรกครอบครัวครอบครัวจะเกิดความรู้สึกต่างๆ ทั้งความปวดร้าว ความวิตกกังวล ความเครียด ความสับสน ความเศร้าโศก ความเสียใจ ความท้อแท้ ความกลัว ความหมดหวัง มากบ้างน้อยบ้างขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะผู้นำของครอบครัว ซึ่งก็คือบิดามารดานั่นเอง

### กิจกรรมสำหรับบิดามารดานำมาใช้สอนเด็กออทิสติก

บุคลากรในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และพ่อแม่ผู้ปกครองของเด็กที่เคยใช้สอนเด็กมาแล้วเป็นเวลานานกว่า 10 ปี ประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ เนื่องจากเป็น

กิจกรรมที่ไม่ยากจนเกินไป เป็นวิถีตามธรรมชาติ มีวิธีปฏิบัติตามขั้นตอนของการพัฒนาของเด็ก ทั้งทางด้านสังคม การสื่อความหมาย และการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน การรับรู้และการเรียนรู้สิ่งต่างๆ รอบตัวเด็ก การเล่นอย่างมีความหมาย และการรับรู้ทางอารมณ์ ซึ่งเป็นการแก้ไขความบกพร่องของเด็กออทิสติกนั่นเอง เป็นการเตรียมเด็กให้พร้อมก่อนการนำเด็กเข้าสู่สังคมนอกบ้าน เข้าสู่สังคมของเด็กในโรงเรียนต่อไป

วิธีนำเด็กออกจากโลกของตัวเองสู่สังคมในบ้าน ใช้วิธีการสอนเบื้องต้นคือ

1. การกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งห้า เป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในบ้าน กิจกรรมทุกอย่างที่นำมาใช้ในการกระตุ้นเด็กออทิสติกนั้น มีประโยชน์ต่อการพัฒนาสมองของเด็ก ให้ตื่นตัวและทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเด็กออทิสติก จะแสดงพฤติกรรมไม่รับรู้ไม่ตอบสนองเลย หรือตอบสนองน้อยหรือมากไปในสิ่งเร้าประสาทสัมผัสทั้งห้า คือ

1) ไม่รับรู้ต่อการสัมผัสทางผิวหนัง ไม่รู้จักจ๊กจี้ จนบางรายไม่รู้สึกลึถึงความเจ็บปวด ไม่รู้สึกลึถึงความร้อน ความเย็น ไม่ปกป้องตนเองจากอันตราย หรือรับรู้มากจนเกินไป จนไม่ยอมให้แตะต้องผิวหนัง

2) ไม่ตอบสนองต่อเสียงจนเสมือนคนหูหนวก หรือตอบสนองมากจนเกินไป โดยไม่สามารถฟังเสียงใดเสียงหนึ่งได้เลย จึงต้องเอามือปิดหูไว้เมื่อได้ยินเสียงนั้น

3) ไม่สนองตอบต่อภาพที่เห็น จึงมองสิ่งของรอบตัวไปเรื่อยๆ ไม่สบตาคน และจะเฝ้ามองมากจนเกินไปแต่ในสิ่งที่ตนชอบ เช่น ลูกตุ้มนาฬิกาที่แกว่งไปมา พัดลมที่กำลังหมุน หรือใบไม้ที่ถูกลมพัดกวัดแกว่งไปมา ให้ความสนใจวัตถุมากกว่าคน

4) ไม่รับรู้เรื่องรสชาติของอาหาร จึงทำให้เด็กออทิสติกจำนวนมากรับประทานแต่อาหารซ้ำซาก หรือรับประทานในสิ่งที่ไม่ควรรับประทาน

5) มีความผิดปกติในการดม เด็กออทิสติกจะชอบดมพรวดพราเอื้อ มีจำนวนมากที่ดมทุกอย่างที่เด็กหยิบจับหรือเข้าไปสัมผัส

การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางผิวหนัง การเล่นที่มีการสัมผัสทางผิวหนังมากๆ เช่น การนวดตัว การอุ้ม การกอดรัดพิศเหวี่ยง การเล่นปุได้ การเล่นจ๊กจี้ด้วยมือ หรือการใช้ขี้ผึ้งหรือคางซุกใช้ไปตามตัวเด็ก ทั้งหมดนี้จะทำให้เกิดความรัก ความอบอุ่น ความมีเชื้อใยซึ่งกันและกัน ซึ่งในเด็กออทิสติกนั้น จะแยกตัวจากบุคคลโดยสิ้นเชิง จึงควรดึงเขาเข้ามาหาเรา เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างพ่อแม่และเด็กออทิสติกก่อน โดยการกระตุ้นต้องกระทำซ้ำๆ กันทุกวัน

**การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางตา** เด็กออทิสติกเกือบทุกคนจะมีปัญหาเรื่องการสบตาอย่างมาก เนื่องจากการสูญเสียทางด้านสังคมและการสื่อความหมาย การกระตุ้นในระยะเริ่มแรกจะเน้นเฉพาะการมองสบตากับบุคคลก่อน

**การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางหู** เพื่อให้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่อประสาทหู จะใช้เสียงบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็ก โดยให้กระซิบเรียกชื่อเด็กที่ข้างหู ต่อไปอาจใช้เสียงดนตรีช่วยบ้าง เพื่อกระตุ้นด้านการเรียนรู้และด้านการสื่อความหมาย

**การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางจมูก** เพื่อให้เด็กได้รับรู้และเรียนรู้ถึงความแตกต่างของกลิ่นจากอาหาร ผลไม้ ดอกไม้ เริ่มจากอาหารที่เด็กชอบรับประทาน เช่น ไข่เจียว บอกเด็กว่า “หอม-ไข่เจียว” หมูทอด บอกเด็กว่า “หอม-หมูทอด” หรือ “หอม-ดอกมะลิ” “หอม-ดอกกุหลาบ” เป็นต้น

**การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางลิ้น** เพื่อให้เด็กได้รับรู้และเรียนรู้ถึงความแตกต่างรสชาติของอาหารต่างๆ ที่เด็กสามารถรับประทานได้ในชีวิตประจำวัน เช่น ถ้าเด็กกำลังดื่มน้ำหวานจะพูดคำว่า “หวาน” ถ้ากำลังรับประทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวก็จะบอกว่า “เปรี้ยว” หรือผู้สอนอาจจัดสิ่งที่มีรสแตกต่างกันมาสอนให้เด็กรับรู้ เช่น “น้ำตาล-หวาน” “มะนาว-เปรี้ยว” “เกลือ-เค็ม” เป็นต้น โดยให้เด็กชิมทีละอย่างจนเด็กสามารถบอกรสเองได้

**2. การจับมือเด็กให้ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง** เด็กออทิสติกส่วนมากเมื่อต้องการอะไร ไม่สามารถบอกความต้องการนั้นได้ จึงใช้วิธีจับมือบุคคลที่อยู่ใกล้ไปทำสิ่งนั้นแทน กิจกรรมนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องสอนให้เด็กสามารถทำกิจกรรมที่ตัวเองต้องการได้ด้วยตนเอง เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่เด็กออทิสติกและช่วยลดปัญหาทางอารมณ์ด้วย

**3. การหันตามเสียงเรียก** เพื่อสอนให้เด็กรู้จักชื่อของตนเอง ตอบสนองต่อเสียงเรียกชื่อเด็ก โดยการหันตามเสียง เป็นการกระตุ้นให้เด็กพัฒนาทางด้านการสื่อความหมาย และนำเด็กให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้มากขึ้น

**4. การสอนให้เด็กรู้จักตนเองและบุคคลในครอบครัว** การสอนให้เด็กได้รู้ว่าตนเองชื่ออะไร คนไหนคือพ่อแม่ พี่ น้อง เป็นการสอนให้เด็กได้รับรู้และเข้าใจว่าบุคคลในครอบครัวมีความแตกต่างกัน

#### การสอนกิจวัตรประจำวัน

**1. การสอนให้เด็กรู้จักของใช้ในชีวิตประจำวัน** ก่อนที่จะเริ่มสอนให้เด็กสามารถเรียนรู้ในการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน ควรให้เด็กได้รู้จักสิ่งของเครื่องใช้ที่ต้องใช้ใน



กิจกรรมอื่นๆ ก่อน จนสามารถหยิบจับหรือชี้สิ่งของแต่ละอย่างได้ถูกต้อง จึงจะสอนสาธิตวิธีการใช้ในกิจกรรมอื่นๆ ต่อไป

2. การทำความสะอาดร่างกาย ควรฝึกให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองตามขั้นตอนทีละน้อยในการแปรงฟัน การล้างหน้า การอาบน้ำ เด็กออทิสติกทุกคนจะรู้สึกภูมิใจเมื่อสามารถทำได้ด้วยตนเอง

3. การสอนการแต่งกาย ควรใช้เสื้อผ้า กางเกงที่เป็นผ้ายืด ซึ่งจะทำให้เด็กทำตามด้วยตนเองได้ง่าย เพื่อเสริมแรงจูงใจให้เด็ก เป็นการเตรียมเด็กให้พร้อมที่จะเข้าโรงเรียนต่อไป เด็กออทิสติกส่วนใหญ่สามารถถอดเสื้อผ้าและกางเกงได้อย่างรวดเร็วโดยไม่ต้องฝึกสอน แต่ไม่สามารถสวมใส่เสื้อผ้าและกางเกงได้เอง

4. การสอนใช้ช้อนรับประทานอาหาร เด็กออทิสติกส่วนมาก ใช้มือหยิบจับอาหารมารับประทาน จึงควรสอนให้ใช้ช้อนตักอาหารรับประทานได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง

5. การสอนการขับถ่าย ในเด็กปกติจะมีความพร้อมที่จะรับการสอนการขับถ่ายได้เมื่ออายุระหว่าง 2-3 ปี เด็กบางคนอาจจะมีความพร้อมก่อนอายุ 2 ปีก็ได้ สำหรับเด็กออทิสติกจะมีความพร้อมที่จะสอนการขับถ่ายไม่เหมือนเด็กปกติ จึงใช้อายุเป็นเกณฑ์ไม่ได้ เมื่อเริ่มสอนควรให้เด็กใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เพื่อจะได้ทราบว่าเด็กขับถ่ายมาเมื่อไร ให้เด็กได้สัมผัสความเปียกแล้วรีบเปลี่ยนกางเกงให้ทุกครั้ง สังเกตว่าเด็กมักขับถ่ายเวลาใด ทั้งปีสภาวะและอุจจาระ แล้วพาเด็กมาสอนในเวลาใกล้เคียงกัน พร้อมทั้งใช้คำง่ายๆ สอนเด็กคือ “ฉี่” และ “อึ” เด็กจะสามารถรับรู้และเรียนรู้ได้ไม่เร็วเหมือนเด็กปกติ การฝึกการขับถ่ายนี้ เพื่อเตรียมเด็กให้พร้อมก่อนส่งเด็กเข้าเรียน

#### การเล่นและการรับรู้ทางอารมณ์

1. การเล่นของเล่น เด็กออทิสติกจะเล่นของเล่นไม่เป็น เนื่องจากขาดจินตนาการ ทำให้เด็กหันเข้าหาตัวเอง อยู่ในโลกของตัวเอง เพราะไม่รู้สนุกสนานในการเล่นของเล่นเหมือนเด็กปกติ เมื่อเด็กได้รับการสอนให้เล่นของเล่นเป็นแล้ว จะเป็นการเชื่อมโยงในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล การสื่อความหมายได้ง่ายขึ้น และปรับอารมณ์ให้ดีได้ด้วย

2. การสื่อสารโดยใช้ท่าทาง เด็กออทิสติกที่ยังไม่สามารถพูดได้มักจะมีปัญหาทางด้านอารมณ์ จึงควรฝึกให้เด็กสามารถสื่อสารโดยใช้ท่าทางก่อน เพื่อเป็นการสื่อความหมาย บอกถึงความต้องการของเด็กได้ก่อนที่เด็กจะสามารถสื่อความหมายด้วยการพูด ซึ่งจะเป็นการนำทางให้เด็กสามารถพูดได้เร็วขึ้น

3. การรับรู้การแสดงอารมณ์ทางสีหน้า เด็กออทิสติกจะไม่สามารถอ่านจิตใจและอารมณ์ของผู้อื่นจากการแสดงออกทางสีหน้าได้ เนื่องจากขาดกระบวนการความคิดซึ่งเป็น

นามธรรม จึงเห็นได้เสมอว่า เด็กออทิสติกจะหัวเราะเมื่อเห็นแม่กำลังร้องไห้ แม้แต่เด็กออทิสติกที่สามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติแล้ว ยังหัวเราะเมื่อเด็กอื่นถูกครูทำโทษ จึงควรสอนแบบรูปธรรม ให้เด็กได้รับรู้ถึงสีหน้าที่แสดงออกทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน เพื่อให้เด็กอยู่ในสังคมนอกบ้านได้อย่างเหมาะสม

การสอนเด็กออทิสติกให้ได้ผลดีนั้น ต้องมีความตั้งใจจริง อดทนสอนซ้ำๆ ในระยะเวลาไม่นานเกินไป สอนขณะที่ทั้งเด็กและผู้สอนมีอารมณ์ผ่อนคลาย การสอนไม่ควรเร่งรัด ต้องทำใจยอมรับด้วยกัน การสอนเด็กออทิสติกนั้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองได้ช้ากว่าเด็กปกติมาก แต่เมื่อเด็กออทิสติกสามารถกระทำการกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งได้แล้ว จะไม่ลืมและช่วยเป็นแรงผลักดันให้ทั้งตัวเด็กและผู้สอนไปพร้อมๆ กัน ควรระวังด้วยการสอนที่ใช้การบังคับและการสอนนานเกินไป กลับจะเป็นผลเสียให้เด็กหงุดหงิด มีปัญหาทางอารมณ์ ไม่ค่อยยอมปฏิบัติตามอันเป็นเหตุให้ ผู้สอนท้อแท้และหมดกำลังใจ ได้ ทำให้การสอนได้ผลดีเท่าที่ควร

การรักษาและการช่วยเหลือเด็กออทิสติกนั้น ต้องใช้เวลาไม่น้อย ต้องอาศัยการร่วมแรงร่วมใจของทุกคนในครอบครัว และเครือข่ายของเด็กออทิสติก ครอบครัวจึงมีความสำคัญ ในการปฏิบัติช่วยเหลือเด็กของตนเองที่บ้านเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ครอบครัวเป็นผู้ร่วมบำบัดที่สำคัญ เนื่องจาก เวลาที่เด็กอยู่ที่บ้านมีมากกว่าที่โรงพยาบาล โอกาสที่จะช่วยเหลือเด็กแบบตัวต่อตัวจึงมีมากกว่า

การช่วยเหลือดูแลครอบครัวเด็กออทิสติก (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2545) ได้เสนอแนวคิดในการช่วยเหลือ ดังนี้

1. ให้บิดามารดาขอรับการเจ็บป่วยของเด็ก ปลอดภัยพร้อมทั้งให้กำลังใจและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคออทิสซึมสามารถให้การรักษา และฟื้นฟูให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นได้ ตลอดจนสามารถพัฒนาศักยภาพ ให้สามารถอยู่ในสังคมได้ตามความเหมาะสม
2. ให้ครอบครัวเด็กออทิสติกได้ระบายความรู้สึกและคลายความเครียด ความกังวลใจ โดยทีมพยาบาลเจ้าของไข้ให้คำปรึกษา ตอบข้อซักถาม ประคับประคองจิตใจของครอบครัวเด็ก
3. ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ โดยให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการประเมินความเจ็บป่วยของเด็กออทิสติกและร่วมวางแผนการช่วยเหลือเด็กตลอดจนติดตามประเมินผลร่วมกับทีมการรักษา
4. พยาบาลเป็นผู้สอนสาริตวิธีการดูแลเด็กออทิสติก ในเรื่องการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้แก่ครอบครัวเด็กออทิสติก

5. ให้ครอบครัวเด็กออทิสติกได้เข้าร่วมกลุ่มและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดแนวทางในการดูแลเด็กออทิสติก

6. การเสริมสร้างพลังอำนาจที่กระทำต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งครอบครัวเด็กออทิสติกอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจ ทำให้ศักยภาพการดูแลเด็กออทิสติกลดลงและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัว

สรุป ครอบครัวเด็กออทิสติกควรใช้หลักทฤษฎี และแนวทางปฏิบัติที่ใช้ในการสอน และแก้ปัญหาเกี่ยวกับเด็กด้วยความเข้าใจถึงภาวะข้อจำกัดของเด็ก และคำนึงถึงศักยภาพที่เด็กมี โดยใช้กิจกรรมที่เป็นประจำในชีวิตประจำวันมาพัฒนาเด็ก โดยทำให้เป็นรูปธรรมและทำอย่างสม่ำเสมอ และต้องฝึกและสอนซ้ำๆ และต้องให้เวลานานมากกว่าเด็กปกติ

### 1.3 การศึกษาสำหรับเด็กออทิสติก (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545)

เด็กออทิสติกในวัยเด็กเล็ก การเรียนรู้ที่สำคัญที่สุดอยู่ที่บ้าน บ้านถือเป็นโรงเรียนแห่งแรกและเป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้ โดยทั่วไปสำหรับเด็กออทิสติกในระดับอนุบาลนั้น เป็นการยากที่จะหาชั้นเรียนพิเศษให้เด็ก อาจให้ครูให้การช่วยเหลือดูแลเป็นกรณีพิเศษโดยอธิบายให้ครูเข้าใจถึงปัญหาของเด็กและวิธีการช่วยเหลือ การสอนในชั้นอนุบาลเป็นเหมือนการสอนเสริม การสอนที่บ้านตัวต่อตัวยังคงเป็นหลักสำคัญซึ่งจะทิ้งไม่ได้

ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มี 3 แบบ

แบบที่ 1 ชั้นเรียนพิเศษ

หากพิจารณาลักษณะของเด็กแล้ว เด็กที่มีอาการมากควรอยู่ในชั้นเรียนพิเศษ เพราะหากเด็กไม่มีความพร้อมพอและต้องไปอยู่ในชั้นเรียนปกติ ก็อาจเกิดผลเสียกับเด็กได้ เด็กจะเรียนไม่ทัน เข้ากับเพื่อนไม่ได้ มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมตามมา แต่ปัจจุบันในประเทศไทยเรายังไม่มีโรงเรียนที่มีชั้นเรียนสำหรับเด็กพิเศษมากนัก และชั้นเรียนพิเศษส่วนใหญ่ไม่ได้แยกสอนเฉพาะเด็กออทิสติก แต่สอนรวมๆ

แบบที่ 2 เรียนรวมกับเด็กปกติบางวิชา

เด็กที่มีอาการดีตามสมควร อาจเรียนในชั้นปกติร่วมกับเด็กอื่นๆ บางวิชาได้ แต่บางวิชาจะมีการเรียนเฉพาะกลุ่ม เพื่อครูจะได้ให้การช่วยเหลือเป็นพิเศษ การเรียนแบบนี้เป็นวิธีที่เหมาะสมมาก เพราะเด็กจะได้มีโอกาสเรียนรู้เช่นเดียวกับเด็กทั่วไป แต่ในขณะเดียวกัน ก็จะได้รับ การช่วยเหลือที่เหมาะสมด้วย

### แบบที่ 3 เรียนในชั้นเรียนปกติทุกวิชา

เด็กออทิสติกที่มีอาการค่อนข้างดี อาจเรียนในชั้นเรียนปกติเหมือนเด็กทั่วไปได้ โดยไม่ต้องแยกออกมาเรียนพิเศษเฉพาะวิชา ครูที่สอนจะต้องมีความรู้เฉพาะในการดูแลเด็ก เพราะถ้าครูไม่เข้าใจ การเรียนรู้ของเด็กจะ得不เต็มที

สรุปในประเทศไทย เด็กออทิสติกไม่ค่อยมีทางเลือกมากเท่าไรนัก เพราะโรงเรียนสำหรับเด็กพิเศษมีน้อย เด็กควรมีโอกาสเรียนรู้ร่วมกับเด็กปกติ เพื่อให้ได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสมและได้เลียนแบบพฤติกรรมของเด็กปกติ การเรียนร่วมกับเด็กปกติได้มีโครงการที่สำคัญคือ โครงการความร่วมมือทางวิชาการระหว่างโรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์กับโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงเพ็ญแข ลิ้มศิลา เป็นผู้บุกเบิกโครงการดังกล่าว ซึ่งพบปัญหาต่างๆ ที่เกิดกับเด็กเนื่องจากการบวนการคิด การเรียนรู้ และการเข้าใจโลกรอบตัวของเด็กที่แตกต่างไปจากเด็กปกติ ดังนั้น การช่วยเหลือให้เด็กได้รับการศึกษาให้มากที่สุดนั้น ต้องเข้าใจถึงวิธีการเรียนรู้ของเด็กและปรับเปลี่ยนวิธีการสอนให้เหมาะสม

#### 1.4 การรักษาพยาบาลสำหรับเด็กออทิสติกในประเทศไทย(กรมสุขภาพจิต, 2548)

ในช่วงแรกระหว่างปี 2541 – 2548 เป็นการสร้างเครือข่าย ในกรมสุขภาพจิต เพื่อให้การบำบัด โดยเกิดบริการขึ้นในโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์เด็ก เช่น โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา ราชชนินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์

นอกจากโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตแล้ว โรงพยาบาลอื่น ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีจิตแพทย์หรือจิตแพทย์เด็กประจำก็จะเกิดบริการขึ้น เช่น โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลชลบุรี เป็นต้น

นอกจากนี้โรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีกุมารแพทย์ อายุรแพทย์ แต่มีความสนใจในการดูแลเด็กเหล่านี้ เช่น โรงพยาบาลสกลนคร ก็ได้เปิดบริการเพื่อให้การบำบัดแก่เด็กออทิสติก และเด็กที่มีปัญหาทางพัฒนาการ

นับเป็นช่วงเวลาที่มีการขยายการให้บริการแก่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นการเกิดบริการจากความสนใจของทีมแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข

จนกระทั่งปี พ.ศ.2546 กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหา จึงได้กำหนดเป็นนโยบายกระทรวง ที่จะดำเนินงานกับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการทุกด้าน โดยเริ่มจากเด็กออทิสติกก่อน จึงได้เกิดการคัดกรองเด็กทั่วประเทศ ในคลินิกฉีดวัคซีน ทำให้เกิดความตื่นตัว และทำให้คนจำนวนมากได้รับความรู้เกี่ยวกับตัวอาการและข้อสังเกต และนับเป็นกลวิธีที่สำคัญ เพราะในคลินิกเป็นสถานที่ที่มีโอกาสจะพบเด็กที่มีอาการ ได้ตั้งแต่ยังเล็ก มีผลต่อการรักษาให้ได้ผลดี

ปี พ.ศ.2547 มีการวิจัยทางระบาดวิทยา เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของออทิสติก ซึ่งในต่างประเทศพบว่ามีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น ถึง 10 เท่า ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาทำให้หลายประเทศเกิดการตื่นตัว เช่น ในอังกฤษและอเมริกา ได้จัดเวลาเพื่อการคัดกรองเด็กเป็นประจำทุกปี และจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินการอย่างมาก

สำหรับประเทศไทย ได้ทำการวิจัยขึ้น พบว่าขณะนี้ ออทิสติกในประเทศไทยมีจำนวนประมาณ 1 คนต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งเท่าๆ กับที่พบในต่างประเทศระยะนี้ ถ้าเปรียบเทียบกันก็พอคาดได้ว่า อุตบัติการณ์น่าจะเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน

ปี พ.ศ. 2548 กรมสุขภาพจิตได้รับงบประมาณเพื่อขยายเครือข่ายการให้บริการออกไป 26 จังหวัด โดยอาศัยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นเครือข่าย เพื่อให้การคัดกรอง เด็กที่ยังเล็ก ให้ทั่วถึง และสร้างสถานบริการระดับจังหวัด ให้บริการแก่ผู้ป่วยได้

นอกจากนี้ภาคการศึกษาก็ได้พัฒนาควบคู่ไปกับการช่วยเหลือเด็กพิเศษอื่น มีการขยายการเรียนร่วมในชั้นเรียน การฝึกอบรมครูในการเขียนแผนการสอนรายบุคคล ไปยังจังหวัดต่างๆ กว่า 50 จังหวัด ส่วนภาคผู้ปกครอง มีชมรมผู้ปกครองเกิดขึ้นหลายจังหวัด ซึ่งกลุ่มผู้ปกครองได้ช่วยเป็นที่ปรึกษา ผู้แนะนำสำหรับพ่อแม่ที่เพิ่งทราบว่าลูกเป็น เป็นตัวอย่างในการพัฒนาลูก แก่พ่อแม่อื่นๆ

สรุป การรักษาพยาบาลออทิสติกในประเทศไทย นับเป็นช่วงเวลาที่มีการขยายอย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้นจากหน่วยงานที่มีอยู่จำกัด ได้รับการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มากกว่า 30 ปี จนปัจจุบันโรงพยาบาลยูวประสาทวิทโยปถัมภ์ ที่ให้บริการในระดับตติยภูมิมีเครือข่ายในการรักษาพยาบาลทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เป็นจำนวนมากจากความก้าวหน้าที่ผ่านมา ก็พอจะคาดได้ว่า ความช่วยเหลือที่มีต่อเด็กเหล่านี้จะยังไม่หมดและจะก้าวหน้าต่อไป

### 1.5 การรักษาพยาบาลสำหรับเด็กออทิสติกในโรงพยาบาลยูวประสาทวิทโยปถัมภ์

ปัจจุบันการดูแลเด็กออทิสติก มักจะกระทำในรูปแบบของการกระตุ้นพัฒนาการ และปรับพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กออทิสติกมากขึ้น เด็กออทิสติกแต่ละคนจะมีความผิดปกติคล้ายกันแต่ระดับความรุนแรงของแต่ละอาการไม่เท่ากัน จึงจำเป็นต้องประเมินพัฒนาการเป็นรายบุคคลทุกครั้งก่อนได้รับการบำบัดรักษา ในขั้นตอนการประเมินนี้ นอกจากการประเมินบุคคลแล้วปัจจัยที่สำคัญอีกประการ คือ ครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นแหล่งเกื้อหนุนที่สำคัญยิ่งสำหรับเด็กออทิสติก และควรเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาาร่วมด้วย

การรักษาเด็กออทิสติกนั้นเนื่องจากยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดว่าอะไรคือสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคออทิสซึม การรักษาจึงเป็นแบบประคับประคองตามอาการที่พบ ซึ่งแนวทางการดูแลรักษาเด็กออทิสติกโดยทั่วไป มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2541)

1. การรักษาหลัก โดยทั่วไปการรักษาหลักจะได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ เพื่อประเมินความผิดปกติของเด็กในเบื้องต้น เพื่อพิจารณาให้เด็กได้รับการรักษาในด้านอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ทำการประเมินความผิดปกติของเด็ก จากประวัติที่ได้จากผู้ปกครอง จัดระดับพัฒนาการ ด้านสังคม การสื่อความหมาย สังเกตพฤติกรรมของเด็กแจ้งถึงการวินิจฉัยแนวทางการรักษาพร้อมทั้งตอบปัญหาที่บิดามารดาของเด็กออทิสติกสงสัย

1.2 การรักษาทางยา จะเป็นการรักษาตามอาการ โดยการรักษาทางยาใช้ในกรณีที่เด็กออทิสติกที่มีพัฒนาการด้านการเรียนรู้เริ่มเรียนรู้ได้แต่เพียงระยะเวลาสั้นๆ ขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง วอกแวกง่าย หลุกจากที่นั่งบ่อย วิ่งไปมา นอกจากนี้ใช้เพื่อควบคุมอาการหงุดหงิดมาก เคลื่อนไหวซ้ำซาก ก้าวร้าว ไม่เข้าสังคม และในรายที่มีอาการซึมเศร้า หรือมีอาการชักร่วมด้วย หรือในรายที่มีการแสดงออกทางอารมณ์รุนแรงเมื่อมีความไม่สบายใจ ระยะเวลาของการให้ยาในเด็กแต่ละคนไม่เท่ากันการให้ยาจึงอาจใช้ระยะเวลานานเป็นปี แต่ถ้าเด็กสามารถเข้ากลุ่มได้ดีการให้ยาอาจไม่จำเป็น หลังจากการให้ยาจะมีการประเมินอาการของเด็กทุก 6 เดือนเพื่อสังเกตอาการของเด็กและปรับยาตามความเหมาะสม

2. การรักษา ร่วม ได้แก่ การลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และส่งเสริมพัฒนาการช่วยเหลือให้เด็กสามารถใช้ภาษา และทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยมุ่งเน้นให้เด็กมีลักษณะทางพัฒนาการให้ปกติมากที่สุด บิดหลักพัฒนาการบำบัด ครอบคลุมพัฒนาการ 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรม ด้านสื่อความหมาย ด้านสังคม และด้านการเรียนรู้ พบว่าการรักษาด้านการทำพฤติกรรมบำบัดได้ผลดีที่สุด การรักษา ร่วมมีหลายชนิดด้วยกัน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 พฤติกรรมบำบัดเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม และสร้างพฤติกรรมใหม่ ค้นหาสถานการณ์ก่อนทำพฤติกรรมบำบัดของเด็กออทิสติก

เทคนิคการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

1) หยูรางวัลที่เคยได้รับทำให้พฤติกรรมลดลง ขณะเดียวกันผู้ปกครองต้องสร้างพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมขึ้นมาแทนที่ ช่วงแรกของการหยุดให้รางวัลพฤติกรรมไม่เหมาะสมจะรุนแรงขึ้น ผู้ปกครองต้องอดทนและพฤติกรรมนั้นจะค่อยๆ ลดลง

2) ชดเชยใช้ในสิ่งที่ผิด เด็กออทิสติกมักมีพฤติกรรมทำลายของเมื่อถูกขัดใจ เช่น ล้มโต๊ะ ล้มเก้าอี้ เป็นต้น บิดามารดาต้องอดทนรอ เมื่ออาการเด็กออทิสติกเริ่มสงบ ผู้ปกครองต้องให้เด็กเก็บสิ่งของหรือจัดโต๊ะ เก้าอี้ให้เรียบร้อย

2.2 อรรถบำบัด เนื่องจากเด็กออทิสติกเป็นเด็กที่มีความคิดหมกมุ่นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อยู่ในโลกที่ตัวเองสร้างขึ้นมากกว่าและสนใจสิ่งแวดล้อม เด็กพวกนี้มักจะไม่มีภาษาพูดและไม่สามารถสื่อความหมายกับคนทั่วไปได้ เด็กมักจะส่งเสียง เล่นเสียง หรือพูดภาษาของตัวเองที่ไม่มีใครเข้าใจในการฝึกพัฒนาภาษา และการพูดให้แก่เด็กออทิสติก ความร่วมมือของผู้ปกครองของเด็กออทิสติกมีส่วนสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งขบวนการรักษา เพราะผู้ปกครองเป็นผู้ใกล้ชิด เด็กมีความพร้อมในด้านจิตใจ และความอดทนเพียงพอ การที่เด็กได้รูปแบบการปฏิบัติเช่นนี้จะช่วยให้เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้ เข้าใจกฎเกณฑ์และสามารถพัฒนาพฤติกรรมได้ง่าย ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการฝึกพัฒนาภาษา การพูด ความสามารถด้านอื่นๆ ต่อไป (เดือนฉาย แก้วน้อย, 2544)

3. การส่งเสริมให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล มีความรู้ ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก โดยฝึกผู้ปกครองหรือผู้ดูแล มีความรู้ ความสามารถในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กตามขั้นตอนในระยะแรก โดยจัดอบรมกลุ่มย่อยและรวมกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคออทิสซึม แนะนำและสาธิตให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือเด็กออทิสติกแต่ละครอบครัวด้วยตนเองที่บ้าน เป็นรายบุคคลทั้งนี้ผู้ปกครองจะเป็นผู้ร่วมบำบัดที่สำคัญ เนื่องจากเวลาที่เด็กอยู่ที่บ้านมากกว่าโรงพยาบาล โอกาสที่จะช่วยเหลือเด็กแบบตัวต่อตัวจึงมีมากกว่า

จากแนวการรักษาดังกล่าวข้างต้น ทางโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ได้จัดให้มีการศึกษาพิเศษขึ้นที่โรงพยาบาล สอนโดยครูการศึกษาพิเศษซึ่งได้รับความช่วยเหลือจากองค์การศึกษาพิเศษ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ เด็กออทิสติกที่มีความสามารถดีในการเรียนรู้และมีพฤติกรรมทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติทางโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์จะขอความช่วยเหลือจากอาจารย์องค์การศึกษาพิเศษ กรมสามัญศึกษากระทรวงศึกษาธิการ เพื่อช่วยจัดหาโรงเรียนทั่วไปที่เหมาะสมให้กับเด็กออทิสติก

การจัดระบบบริการผู้ป่วยออทิสติกในปัจจุบันของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ระบบผู้ป่วยนอก ให้บริการส่งเสริมพัฒนาการรายบุคคลและรายกลุ่ม ทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง รวมทั้งให้คำปรึกษาครอบครัวในกรณีมีปัญหาซับซ้อน

ระบบผู้ป่วยใน แบ่งเป็น 4 หอผู้ป่วย คือ

หอผู้ป่วยใน 2 ดูแลผู้ป่วยออทิสติกที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี ทั้งชายและหญิง ระบบบริการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มเตรียมความพร้อม เป็นกลุ่มที่ดูแลเด็กแรกวัยที่ยังปรับตัว

ไม่ได้ และเด็กยังมีพัฒนาการไม่ดีขึ้น กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ปกครองมีส่วนร่วม ให้ผู้ปกครองร่วมเรียนรู้วิธีการส่งเสริมพัฒนาการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างถูกต้องและเหมาะสม

หอผู้ป่วยใน 3 ดูแลผู้ป่วยออทิสติกซึ่งเป็นผู้ป่วยในกลุ่มใหญ่ อายุ 6-15 ปี ทั้งชายและหญิง ที่ไม่อยู่ในระบบโรงเรียน และช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเป็นปัญหาในการดูแลแก่ผู้ปกครอง มากระบบบริการแบ่งเป็น การฝึกการช่วยเหลือตนเอง การเตรียมความพร้อมเด็กเมื่อกลับบ้าน และกิจกรรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่โรงพยาบาล

หอผู้ป่วยใน 4 ดูแลผู้ป่วยออทิสติกซึ่งเป็นผู้ป่วยในกลุ่มใหญ่ อายุ 6 – 15 ปี ทั้งชายและหญิง ที่เตรียมพร้อมไปโรงเรียน และการฝึกทักษะพื้นฐานสังคม

หอผู้ป่วยใน 5 ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นและผู้ป่วยออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อายุ 6 – 15 ปี ทั้งชายและหญิง ที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง และอยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน

สรุป พิจารณาระบบบริการเด็กออทิสติกของโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ ในปัจจุบัน พยาบาลทำหน้าที่ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม ด้านการสื่อความหมาย การใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และการแก้ไขพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว ในการดูแลเด็กออทิสติกที่บ้าน การรักษาเด็กออทิสติกเป็นการผสมผสานวิธีการต่างๆ ร่วมกันไป ไม่มีใครสามารถบอกได้ว่า เด็กออทิสติกเมื่อได้รับการรักษาแล้วจะหายเป็นปกติ เนื่องจากยังไม่สามารถสรุปได้ถึงสาเหตุของโรค อย่างไรก็ตาม เด็กออทิสติกที่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม และต่อเนื่องสามารถดีขึ้นจนสามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติ และอยู่ในสังคมได้โดยคนทั่วไปจะมองไม่เห็นความผิดปกติ แต่ผู้ปกครองเหล่านี้ยังพบว่ามีปัญหาในด้านการปรับตัวในสังคม ความนึกคิด ความเข้าใจ และการแสดงออกทางอารมณ์ติดตัวไปตลอดชีวิต

## 2. ความสามารถในการดูแลตนเอง

นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กออทิสติก ตามยุทธศาสตร์และแนวทางในการปฏิบัติตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ.2545 – 2549 เป็นแผนแม่บทที่กำหนดให้มนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน สามารถพัฒนาศักยภาพหากได้รับโอกาสอย่างเสมอภาค เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ซึ่งกำหนดทิศทางให้เด็กต้องได้รับการเสริมสร้างศักยภาพอย่างสูงสุดจนสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อให้ทันกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้น เพื่อการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยที่รับผิดชอบได้ อันจะเป็นไปตามนโยบายและก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล



## 2.1 ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นรูปแบบของความสามารถของมนุษย์ในการกระทำอย่างจงใจ ความสามารถในการให้ความสนใจกับสถานการณ์เฉพาะรวมทั้งความสามารถในการจัดหรือไม่กระทำบางสิ่งบางอย่าง ความเข้าใจในลักษณะและความหมายของสิ่งต่างๆ ความสามารถในการทำความเข้าใจ และความจำเป็นในการเปลี่ยนหรือการปรับกิจกรรมการให้ความรู้เพื่อทำการควบคุมความเจ็บป่วย ตัดสินใจกระทำ และกระทำให้บรรลุผลหรือปรับให้ได้ตามเป้าหมาย (Orem, 1985)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยเฉพาะในสถานการณ์การพยาบาลเด็กป่วยเรื้อรัง ผู้ที่ต้องการดูแลที่ยุ่งยากซับซ้อนและครอบครัว (Taylor, 1989 ; สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) การดูแลตนเองของเด็กเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ที่มีหน้าที่ จัดกระทำให้กับเด็กตามบทบาทหน้าที่ทางสังคมในการกระทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็ก อันเนื่องจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Orem, 1995)

ตามแนวคิดของ Orem (1985) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมของการเรียนรู้ ในขณะที่เด็กเติบโตขึ้น ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) สำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่วไป รวมถึงการดูแลตนเองจะพัฒนาตามไปด้วย เด็กในแต่ละช่วงอายุ จะเรียนรู้พัฒนาทักษะใหม่ๆ ในการดูแลตนเอง และพัฒนาส่วนที่เรียนรู้แล้วให้ดีขึ้น

## 2.2 การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของ Orem

การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเป็นเป้าหมายสำคัญในการให้การพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับเมื่อบิดามารดาหรือผู้ดูแล ขาดความสามารถที่จะให้การดูแลในเรื่องสุขภาพได้ในระดับที่เพียงพอ ในสถานการณ์ของการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบนั้น เด็กมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) จึงเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) และบิดามารดาหรือผู้รับผิดชอบเด็ก ไม่สามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของเด็กได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

ในการพยาบาลที่ผู้รับบริการเป็นเด็กนั้น พยาบาลอาจเกี่ยวข้องโดยเป็นผู้ให้การพยาบาลโดยตรง หรือช่วยเหลือบิดามารดาและผู้ดูแลในการเรียนรู้ที่จะให้การดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง หรือเรียนรู้การร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ พยาบาลจะต้องเลือกวิธีการในการช่วยเหลือเด็กที่เหมาะสม โดยตระหนักถึงปัจจัยในเรื่องอายุ การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของ

เด็กเป็นสำคัญ โดยการช่วยเหลือที่ทำให้ทารกและเด็กเล็กอาจเริ่มตั้งแต่การกระทำให้หรือกระทำแทน (Acting for or doing for) และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (Providing development environment) สำหรับเด็กโตควรใช้การชี้แนะ (Guiding) และสนับสนุน (Supporting) ให้เด็กกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง แต่ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงสภาวะสุขภาพของเด็กด้วย ในเด็กโตและวัยรุ่นที่มีความสามารถในการเรียนรู้และต้องการที่จะมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ ยังคงต้องการคำชี้แนะและการตรวจตราจากผู้ใหญ่แม้จะมีการต่อต้านในบางครั้ง นอกจากนี้วิธีการสอนถือเป็นวิธีการสำคัญที่ช่วยให้เด็กเรียนรู้ถึงกิจกรรมการดูแลตนเองในทุกระดับอายุ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องของการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กในแต่ละวัย เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพให้เด็กเกิดความไว้วางใจด้วยการทักทายสัมผัส (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือเด็กและบิดามารดาหรือผู้ให้การดูแลนั้น จะมีอยู่ตลอดไปตราบเท่าที่ผู้ป่วยยังต้องการการดูแลรักษาที่เฉพาะ หรือจนกว่าผู้ให้การดูแลจะสามารถลดข้อจำกัดของตน ในการตอบสนองความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กลงได้ และบิดามารดาอาจต้องการคำแนะนำและตรวจตราเป็นระยะๆ จากพยาบาล

ความสามารถที่จำเป็นและที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองอันเนื่องมาจากภาวะ เบี่ยงเบนสุขภาพของผู้ป่วยมีความแตกต่างตามอายุและพัฒนาการ ดังนี้

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจังทั่วไป คือ ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะทำ (Doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) ซึ่งเป็นพลังความสามารถที่เชื่อมการรับรู้ของบุคคลกับการกระทำอย่างจริงจัง เพื่อการดูแลตนเองไม่ใช้การกระทำโดยทั่วไป ได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว การใช้เหตุผลและแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจใช้สติปัญญา สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติกรดูแลตนเองจนเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องการใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที

ประกอบด้วย ความสามารถ 3 ประการ คือ การคาดการณ์ (Estimative) การปรับเปลี่ยน (Transitional) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Productive self-care operations)

การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิด Orem พยาบาลจะต้องเลือกวิธีการในการช่วยเหลือเด็กที่เหมาะสม โดยตระหนักถึงปัจจัยในเรื่องอายุ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กเป็นสำคัญ โดยการช่วยเหลือตั้งแต่การชี้แนะ (Guiding) และสนับสนุน (Supporting) ให้เด็กกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยพยาบาลให้การช่วยเหลือเด็กและบิดามารดาหรือผู้ให้การดูแลนั้น จนกว่าผู้ให้การดูแลจะสามารถตอบสนองความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กลงได้ และบิดามารดาอาจต้องการคำแนะนำจากพยาบาล แต่ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กในแต่ละวัย เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

#### การดูแลตนเอง (Self - care)

Orem (1991) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่เกิดการเรียนรู้อย่างมีเป้าหมายของบุคคล เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยบุคคลจะจัดการกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการ การดำเนินชีวิต สุขภาพ หรือความผาสุกของบุคคลนั้นๆ แบ่งการดูแลตนเองไว้ 3 ด้าน ดังนี้

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นการปรับตัวตามอายุที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่นๆ ซึ่งการปรับตัวเหล่านี้เป็นกระบวนการของชีวิตเพื่อปรับโครงสร้าง การทำหน้าที่ ตลอดจนความผาสุกของบุคคล (Orem, 1991) ดังนั้น ความสามารถในการดูแลตนเองที่จะเกิดขึ้นกับเด็กออทิสติก จึงเป็นการเรียนรู้ในการปรับตัวจากภาวะความพร่องในการดูแลตนเองของเด็ก โดยพยาบาลและครอบครัวผู้ดูแลเด็กได้เรียนรู้จากการชี้แนะ สอนสนับสนุน ให้เกิดการพัฒนาความสามารถในตนเองขึ้น ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายในการได้รับอากาศ น้ำ สารอาหาร การขับถ่าย การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต จากครอบครัวผู้ดูแลเด็กให้มีการดำเนินโครงสร้างหน้าที่ในชีวิตให้เกิดความผาสุก โดยคำนึงถึงการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของเด็กตามข้อจำกัดของความสามารถของเด็ก ให้เกิดการพัฒนาความสามารถที่จะดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เป็นความสามารถในการคงไว้ซึ่งภาวะที่สนับสนุนการดำเนินชีวิต และกระบวนการของการพัฒนาการแห่งชีวิต ซึ่งช่วยให้มีพัฒนาการและวุฒิภาวะที่ดีขึ้น และความสามารถในการป้องกันผลกระทบต่อพัฒนาการของบุคคล

3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เป็นความต้องการการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือได้รับอันตราย ซึ่งมีพยาธิสภาพ หรือความทุพพลภาพ หรือ

บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคและอยู่ระหว่างการรักษา หรือมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน

การดูแลตนเองตามทฤษฎีของ Orem ทั้ง 2 ด้านนี้ ทั้งด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เนื่องจากพบความพร่องในด้านพัฒนาการที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเพื่อการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ในการส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง จึงต้องมีผู้ดูแลคอยกำกับหรือกระทำแทน ช่วยเหลือ และชี้แนะในการกำหนดพฤติกรรมที่เด็กจะเปลี่ยนแปลงตนเองตาม อายุ เพศ พัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กให้เกิดขึ้นต่อไป จะเห็นได้ว่าความสามารถเป็นพลังที่อยู่ภายใน ถูกปลุกฝังและสะสมอยู่ในตัวบุคคลอาจมีความแปรผันไปตามปัจจัยต่างๆ เช่น ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบ ครอบครัวผู้ดูแลเด็ก ต้องใช้ความสามารถในการดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตามระยะพัฒนาการ รวมถึงการดูแลตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ โดยสอดคล้องกับสุขภาพ ส่วนใหญ่แล้วครอบครัวจะเป็นผู้ที่รับผิดชอบและมีความใกล้ชิดมากที่สุด ดังนั้นครอบครัวต้องใช้ความสามารถของตนเอง เพื่อที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจัง เพื่อการดูแลเด็ก เพื่อให้เด็กสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยส่งเสริมให้เด็กมีความสามารถในการดูแลตนเอง

### 2.3 การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กออทิสติก

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ ขณะที่เด็กเติบโตความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในตัวบุคคลจะมีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา โดยการเรียนรู้ด้วยตนเองจากคำแนะนำและจากประสบการณ์ที่เด็กประสบด้วยตนเอง เด็กเรียนรู้ที่จะกระทำหรือไม่กระทำการสิ่งใด ตัดสินใจที่จะมีส่วนร่วมในการกระทำการดูแลตนเองในเงื่อนไขและสภาพแวดล้อมต่างๆ โดยมีเป้าหมาย ซึ่งในที่สุดความสามารถในการดูแลตนเองนี้จะพัฒนาต่อไปอีกให้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติดูแลตนเอง

การพัฒนาความสามารถของเด็กนั้น พยาบาลอาจเกี่ยวข้องโดยเป็นผู้ให้การพยาบาลโดยตรง หรือช่วยเหลือบิดามารดาและผู้ดูแลในการเรียนรู้ที่จะให้การดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง หรือเรียนรู้การร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ พยาบาลจะต้องเลือกวิธีการในการช่วยเหลือเด็กที่เหมาะสม โดยตระหนักถึงปัจจัยในเรื่องอายุ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กเป็นสำคัญ นอกจากนี้วิธีการสอนถือเป็นวิธีการสำคัญที่ช่วยให้เด็กเรียนรู้ถึงกิจกรรมการดูแลตนเองในทุกระดับอายุ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องของการเจริญเติบโตและพัฒนาการของ

เด็กในแต่ละวัย เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพให้เด็กเกิดความไว้วางใจ

การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถที่จะประยุกต์ความรู้ในการดูแลตนเอง เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง กระบวนการเรียนรู้นี้จะได้รับการช่วยเหลือตลอดเวลา จนเด็กสามารถนำไปปฏิบัติจนเกิดเป็นกิจกรรมประจำวันของแต่ละคนได้ จึงกล่าวได้ว่า ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญยิ่งในการถ่ายทอดพฤติกรรมการดำรงชีวิต การดูแลตนเองไปสู่เด็ก นอกจากนี้การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุและพัฒนาการ อายุซึ่งนับตามวันเดือนปีเกิด และพัฒนาการซึ่งเป็นวุฒิภาวะจริงเด็กจะมีการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จะมีการพัฒนาเกี่ยวกับความรู้ ความจำ ทักษะและตัดสินใจ เกี่ยวกับการดูแลตนเองรับผิดชอบได้เป็นอย่างดี การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กออกทิสติก มีข้อจำกัดต่อการเรียนรู้หลายอย่าง เช่น การไม่มีสมาธิ การอยู่ไม่นิ่ง ไม่สื่อสารหรือติดต่อกับใคร การช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ดังนั้น ก่อนที่จะพัฒนาความสามารถของเด็กออกทิสติกในด้านต่างๆ ต้องพัฒนาเด็กให้มีความสามารถในระดับหนึ่งที่สามารถเรียนรู้ได้ก่อน

การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ตามแนวคิดของ Orem (1991) เมื่อพิจารณาความเหมาะสมในเด็กออกทิสติก จะพบว่าเด็กมีความบกพร่องในการปรับตัว การเรียนรู้ และการรู้จักตนเองในการที่จะจัดระบบการดูแลตนเองได้ตามแนวคิดนั้น ผู้ดูแลต้องมีเป้าหมายในการดูแลเด็กซึ่งเป็นความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง

**แนวทางที่ให้ความช่วยเหลือสำหรับเด็กตามแนวคิด ของ Orem (1991)**

มี 5 วิธี คือ

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน ( Acting for of doing for ) ซึ่งในเด็กไม่สามารถตัดสินใจและวางแผนการกระทำด้วยตนเองได้ พยาบาลต้องปกป้องสิทธิของผู้ป่วยแทน
2. การชี้แนะ ( Guiding another ) เป็นวิธีการที่พยาบาลให้คำแนะนำ และสอนให้กับครอบครัวผู้ดูแลเด็ก โดยที่พยาบาลและครอบครัวจะต้องติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกัน
3. การสนับสนุน ( Supporting another ) เป็นวิธีส่งเสริมความสามารถให้เด็กและครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด พยาบาลต้องเลือกให้เหมาะสมกับการให้การสนับสนุนในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้กับเด็ก
4. การสอน (Teaching) เพื่อช่วยพัฒนาความรู้ หรือทักษะในการพัฒนาความสามารถของเด็กและครอบครัวในการดูแลตนเอง โดยต้องอาศัยความเข้าใจในธรรมชาติและลักษณะของบุคคล และยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรีและความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองของเด็ก โดยพยาบาลจะต้อง สอนในสิ่งที่ครอบครัวต้องการเรียนรู้

5. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่สนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง (Provide environment) ความสามารถในการควบคุม การเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ

สรุป การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กออทิสติกนั้น มีข้อจำกัดเรื่องอายุ ระดับพัฒนาการ และปัญหาพฤติกรรม แต่เด็กควรได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผนเป็นขั้นตอน โดยเริ่มความสามารถในการดูแลตนเองที่เด็ก ตั้งแต่การพัฒนาความสามารถให้เป็นไปตามวัยเพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลสภาพที่ดี รวมทั้งให้เด็กได้เรียนรู้ความสามารถการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้เหมาะสมกับวัยและสถานการณ์ ซึ่งจะต้องอาศัยวิธีการจัดการดูแลที่มีคุณภาพ โดยการช่วยเหลือที่เริ่มตั้งแต่การกระทำให้หรือกระทำแทน (Acting for or doing for) และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (Providing development environment) ควรใช้การชี้แนะ (Guiding) และสนับสนุน (Supporting) ให้เด็กกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง แต่ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงสภาวะสุขภาพของเด็กด้วย โดยตระหนักถึงปัจจัยในเรื่องอายุ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กเป็นสำคัญ

## 2.4 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กออทิสติก

มีเครื่องมือในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของ Orem 2 กลุ่ม คือ

### 1. การวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ( Self-care agency )

1) เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Denyes self-care agency instrument) ของ Denyes (1981 cited by Gast et al., 1991) สร้างเพื่อการวัดความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่น มีข้อจำกัดในการทำรายการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งใกล้เคียงกับพลังความสามารถ 10 ประการของ Orem (1991) เป็นที่ยอมรับในการวัดความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่นที่มีภาวะสุขภาพปกติ

2) เครื่องมือวัดความรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Perception of self-care agency questionnaire) ของ Hanson & Bickel (1985) โดยวัดพลังความสามารถ 10 ประการ ตามทฤษฎีของ Orem เมื่อนำเครื่องมือไปทดสอบพบว่า สามารถวัดพลังความสามารถได้ใน 5 ด้านใหญ่ๆ คือ ความสามารถในการรู้คิด ความสามารถในการเคลื่อนไหว แรงจูงใจ การมีทักษะต่างๆ การมีข้อจำกัดในการรู้คิด ซึ่งการวัดยังไม่ตรงกับแนวคิดของการวัดความสามารถของบุคคล Geden & Taylor (1991) จึงได้มีการปรับปรุงเครื่องมือให้ชื่อว่า Self-as-career inventory เพื่อให้ครอบคลุมพลังความสามารถทั้ง 10 ประการ

## 2. การวัดความสามารถในการปฏิบัติแสดงพฤติกรรม( Self-care behavior )

1) เครื่องมือวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง(The exercise of self-care agency scale) สร้างโดย Kearney & Fleisher (1979) ซึ่งมีความเชื่อว่าการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถมาใช้ บุคคลอาจมีความสามารถในการดูแลตนเองแต่อาจไม่ได้นำมาใช้ ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างชนิดแยกองค์ประกอบด้วย 5 มิติ คือ 1) เจตคติความรับผิดชอบ 2) แรงจูงใจ 3) การประยุกต์ใช้ความรู้ 4) การให้คุณค่าและการให้ความสำคัญต่อสุขภาพ 5) การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งเครื่องมือนี้ไม่ได้สนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้างตามที่ Kearney & Fleisher เสนอไว้เครื่องมือนี้จึงไม่ชัดเจนและครอบคลุมพอที่จะนำมาใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองได้

2) เครื่องมือในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (Appraisal of self-care agency scale) สร้างโดย Evers et al. (1989) ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองของบุคคลทั่วไปทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย ซึ่งเอเวอร์ได้รายงานถึงข้อมูลที่สนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้าง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือนี้ว่าเพียงพอที่จะใช้ในการทดสอบทฤษฎี โดยจากงานวิจัยต่างๆที่ใช้เครื่องมือนี้พบค่าความเที่ยงชนิดสัมประสิทธิ์แอลฟา อยู่ในเกณฑ์ดีคือ 0.78 - 0.94 แต่อย่างไรก็ตามเครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป จึงเหมาะจะใช้กับผู้ที่มีสุขภาพดีมากกว่า

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของเด็กออทิสติก/ผู้พิการ จะเป็นแบบประเมินเฉพาะ ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆ โดยเฉพาะเกณฑ์ การประเมิน Function Independence Measure (FIMs) สร้างขึ้นโดย American Congress of Rehabilitation Medicine และ American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation (Delisa, 1993) ที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติปรับมาใช้ สามารถใช้บอกความรุนแรงของความพิการ และบอกผลของการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีลักษณะเป็นแนวคิด 2 มิติ ประกอบด้วย ข้อรายการที่ประเมินด้านการใช้กล้ามเนื้อ 13 ข้อ และด้านความคิดสติปัญญา 5 ข้อ รวม 18 ข้อ ที่ครอบคลุมความสามารถในการทำกิจกรรม ทั้งด้านการเคลื่อนไหว การใช้กล้ามเนื้อ และการใช้สติปัญญา ถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ และนำไปใช้อย่างกว้างขวาง ซึ่งได้มีการพัฒนาปรับเปลี่ยนประเมินดังกล่าวมาใช้กับเด็กออทิสติกในการใช้แบบประเมินพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก โดยหัวข้อการประเมินประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 คือการประเมินทักษะทางสังคมและสติปัญญา ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ในเรื่องสมาธิ ความสนใจ 2 ข้อ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 3 ข้อ ความจำ 2 ข้อ และพฤติกรรมซ้ำๆ 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ประเมินการสื่อความหมายประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ รวมทั้งสิ้น 10 ข้อ ซึ่งเมื่อพิจารณาแบบประเมินที่ใช้ มีความสอดคล้องของการใช้แบบประเมิน ที่เหมาะสมกับเด็กออทิสติกที่สามารถนำมาพัฒนาต่อเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินในกลุ่มเด็กโตที่มีภาวะเรื้อรัง

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงนำแบบประเมินพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกของ วิมล เนติวิชรกุล (2548) มาเป็นแนวทางเพื่อพัฒนาต่อให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ควบคู่กับการสร้างแบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินตามแนวคิดของแบบวัด FIMs และแบบประเมินทักษะในการช่วยเหลือตนเองในกลุ่มมือสอนเด็กและดูแลเด็กสำหรับผู้ปกครองของโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ ซึ่งใช้ควบคู่กับมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช เด็กออทิสติกมาปรับปรุงเพื่อให้ได้เกณฑ์การประเมินระดับความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กออทิสติกที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

### 3. การพยาบาลเด็กออทิสติก

#### 3.1 แนวคิดและหลักการพยาบาลทั่วไป

การพยาบาลเด็กออทิสติก เป็นการนำองค์ความรู้เชิงผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติ การดูแลช่วยเหลือบำบัดเด็กออทิสติกที่มีภาวะเสี่ยงและมีปัญหา พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการการพยาบาลอย่างครอบคลุม วางแผนร่วมกับทีมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต การช่วยเหลือบำบัดเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตอารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว และการฟื้นฟูสภาพจิตเพื่อการดำรงชีวิตในครอบครัวที่เป็นสุข

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงเดิม มีขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีปัญหาซับซ้อนโดยใช้ความชำนาญและทักษะขั้นสูง ในการจัดรายการณีหรือใช้วิธีอื่นๆ รวมทั้งจัดการให้มีระบบดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพ ให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการ ดูแลให้กลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะ โรคต่อเนื่อง และเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการ



พัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลในการดูแลผู้ใช้บริการที่มีปัญหาซับซ้อน และสภาวะพยาบาลโดยคณะอนุกรรมการการพยาบาลเฉพาะทางได้ดำเนินปรับข้อความเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทุกสาขาใหม่ โดยใช้องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยและสนทนากลุ่มของพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทุกสาขาและผู้นำเสนอในการประชุมคณะกรรมการการฝึกอบรม (เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการการฝึกอบรมและสอบถามรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและผดุงครรภ์, 2551) โดยมีเนื้อหาขอบเขตสมรรถนะ ดังนี้

1. มีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะโรค (Care Management) โดยการวิเคราะห์ข้อมูล การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีปัญหาซับซ้อนเพื่อวางแผนพัฒนาระบบดูแล สร้างทีมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งสถานพยาบาล และในชุมชน ประเมินผลลัพธ์ของระบบดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเพื่อการปรับปรุงคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

2. มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือ กลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct care) โดยการประเมินสภาวะสุขภาพ วินิจฉัยปัญหา ให้การบำบัดทางจิตในรูปแบบต่างๆ ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตามรูปแบบที่เหมาะสม ป้องกันการเกิดโรคทางจิตเวชในกลุ่มเสี่ยง ลดอาการของโรค สร้างเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว โดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เหตุผลทางคลินิกและจริยธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแบบองค์รวม ป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ทั้งที่เกิดจากพยาธิสภาพ จากการได้รับยารักษาทางจิตเวชระยะยาว และ/หรือภาวะแทรกซ้อนของการรักษา พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ขณะอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง คาดการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนจากอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และวางแผนป้องกันแก้ไขได้อย่างถูกต้องและทันเหตุการณ์ ตัดสินใจทางคลินิกในการจัดระบบบริการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้รับบริการในแต่ละกลุ่มปัญหาได้อย่างถูกต้อง

3. มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) โดยการประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการวางแผนและให้การดูแล และประสานความร่วมมือกับครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลชุมชนและแหล่งประโยชน์ในชุมชน ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

4. มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring)

5. มีความสามารถในการที่เป็นที่ปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation) ในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีปัญหาซับซ้อน โดยประมวลจากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสร้างทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายกรณี เป็นที่ปรึกษาให้กับทีมงานในการสร้างทางเลือกที่เหมาะสม เพื่อจัดระบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชซับซ้อน โดยประมวลจากสถานการณ์ในหน่วยงาน และหลักฐานเชิงประจักษ์ และเป็นที่ปรึกษาให้กับทีมงานในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกิดจากการปฏิบัติงาน และการบำบัดทางจิต

6. มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ตนมีความเชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพและคุ้มค่าต่อเนื่อง พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลและเครือข่ายในระดับปฐมภูมิ สร้างแผนงานหรือโครงการต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา สุขภาพจิตและจิตเวชซับซ้อน

7. มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจ เชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) โดยใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาลและหลักการ ตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน ร่วมในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลในระดับหน่วยงาน/ระดับองค์กร และมีส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐานและผลลัพธ์ด้านจริยธรรมทางการพยาบาล

8. มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence – based practice) โดยเผยแพร่แนวการปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติหรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาพยาบาลเดียวกัน นำการจัดการความรู้มาใช้ร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีประสบการณ์ วิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และการเผยแพร่หลักฐานการปฏิบัติที่เป็นเลิศ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

9. มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation) โดยกำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย เลือกใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับใช้ในหน่วยงาน ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับกลุ่มเป้าหมายในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จัดทำหลักฐานด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลเฉพาะโรคในหน่วยงาน เพื่อใช้ติดตามและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เผยแพร่วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญ

สรุป การพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีความรู้ความเข้าใจ และความชำนาญ ซึ่งจะช่วยให้อุบัติการณ์พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง นับเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรสุขภาพต้องตระหนักและทำความเข้าใจให้ลึกซึ้ง

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เช่น เด็กออทิสติกโดยมีผลลัพธ์ที่มุ่งสู่คุณภาพนั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีความสามารถในการใช้หลักการพยาบาลดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2544)

1. การใช้กระบวนการพยาบาล คือ การประเมินสถานะสุขภาพ(Nursing assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) การวางแผนทางการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention) และการประเมินผลทางการพยาบาล (Evaluation)

2. การใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลต้องใช้องค์ความรู้ในศาสตร์การพยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และผลงานวิจัย เป็นพื้นฐานการปฏิบัติการพยาบาล ความรู้และผลงานวิจัยนับได้ว่าเป็นหลักฐานในการตัดสินใจนี้เรียกว่า การปฏิบัติโดยใช้หลักฐาน (Evidence – based practice)

3. การใช้การพยาบาลแนวองค์รวม โดยการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นแนวองค์รวม หมายถึง การดูแล ช่วยเหลือเด็กพร้อมๆกัน ทั้งทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งด้านการเจริญเติบโตทางกาย สติปัญญา ภาษา ด้านจิตใจ อารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ตลอดจนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน และสภาพแวดล้อมทางสังคม

4. การปฏิบัติการพยาบาลมุ่งสู่ผลลัพธ์ เมื่อพยาบาลรวบรวมข้อมูล วินิจฉัยการพยาบาลได้แล้ว พยาบาลจะต้องวางแผนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการบำบัดด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม

5. การให้ความสำคัญกับครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดสำคัญ การดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาทางจิตนั้น เนื่องจากกลไกเกิดปัญหาทางจิตในเด็กและวัยรุ่น เกี่ยวข้องกันอย่างแยกไม่ได้กับการดำรงชีวิต และการปฏิบัติของบิดา มารดา ผู้เลี้ยงดูหรือผู้ใกล้ชิดที่สำคัญ ดังนั้น การปฏิบัติวิชาชีพของพยาบาลจิตเวชเด็ก ต้องคำนึงถึง และปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือบุคคลในกลุ่มนี้ด้วย

6. การใช้ทักษะพื้นฐานด้านสัมพันธภาพการสื่อสาร การปฏิบัติการพยาบาลต้องมีความรู้ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล คือ การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับวัยของผู้ป่วยจิตเวชเด็ก หลักการและทักษะในการร่วมรู้สึก การรู้จักตนเอง การยอมรับเด็กอย่างไม่มีเงื่อนไข ความซื่อสัตย์และความจริงใจเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพทั้งกับตัวเด็กและผู้ดูแล ส่วนทักษะการสื่อสารนั้น พยาบาลจิตเวชเด็กต้องพัฒนา

ความเข้าใจและสามารถเข้าถึงประสบการณ์ส่วนตัวของเด็กและวัยรุ่น โดยอาจใช้ทักษะการสื่อสาร ทั้งที่เป็นภาษา และอวัจนภาษา เพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์

7. การใช้แหล่งข้อมูลสำคัญ ข้อมูลส่วนใหญ่ได้มาจาก บิดา มารดา ผู้ดูแล นอกจากนี้การรวบรวมข้อมูล พยาบาลต้องสังเกตความสอดคล้อง หรือความขัดแย้งของข้อมูล ทั้งที่ ข้อมูลที่รวบรวมจากแหล่งข้อมูลที่ต่างกันและข้อมูลที่มาจากแหล่งข้อมูลเดียวกัน

### กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลจิตเวชเด็ก

การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เป็นการปฏิบัติตามขั้นตอนของ กระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มกิจกรรมของพยาบาลที่มีการตัดสินใจตลอดกระบวนการมี รายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้ (มาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเด็กออทิสติก, 2546)

1. การประเมินสถานะสุขภาพพยาบาลรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การตรวจ การสัมภาษณ์จากตัวเด็กเอง จากบิดา มารดา ผู้นำส่ง โดยข้อมูลที่สำคัญประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก บิดา มารดา ผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่ ผู้นำส่ง ผู้ให้ข้อมูล เป็นต้น

1.2 ความคาดหวังของครอบครัวต่อการใช้บริการในครั้งนี้ เป็นข้อมูลจาก คำบอกเล่าของ บิดา มารดา ผู้ดูแล เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายในการนำส่ง การส่งต่อ การคาดหวัง ซึ่ง สะท้อนความหวังใจ

1.3 การดำรงชีวิตการทำหน้าที่ในครอบครัว เป็นข้อมูลปฏิสัมพันธ์ของ สมาชิกในครอบครัว ข้อมูลในการเผชิญความเครียด ความกลัว ความกังวลของบิดามารดา ต่อการ เลี้ยงดูบุตร ความรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตของบิดา มารดา ผู้ดูแล

1.4 แบบแผนการสื่อสารข้อมูลสำคัญในการพยาบาลจิตเวชเด็กที่จำเป็นต่อ การเข้าใจกลไกของปัญหาที่เกิดขึ้น และจะเป็นปัญหาที่ได้รับการแก้ไข คือ แบบแผนการติดต่อ สื่อสารของเด็กกับ โลกรอบตัว พยาบาลต้องใช้ทั้งการสังเกต และการสัมภาษณ์ในการรวบรวมข้อมูล เรื่องนี้

1.5 การระบุปัญหา ในขณะที่เด็กมีปัญหาทางจิต หรือบิดา มารดา ผู้ดูแลระบุ ปัญหาตามการรับรู้ของตน ทั้งในขณะที่อยู่ต่อหน้ากัน หรือในสถานการณ์ที่ไม่มีอีกฝ่ายหนึ่งอยู่ด้วย จะช่วยให้พยาบาลประเมินลักษณะของปัญหา ความรุนแรงของปัญหาระยะเวลาของการเกิดปัญหา และผลที่เกิดขึ้นกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวรวมทั้งผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดในการที่เด็กมี ปัญหาทางจิตในครั้งนี้ ข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญยิ่งต่อการวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การ บำบัด และการประเมินการพยาบาล

1.6 อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม ช่วยให้พยาบาล ประเมินมุมมองและความเข้าใจของบิดา มารดา ผู้ดูแล เกี่ยวกับการปฏิบัติการเลี้ยงดูเด็ก ข้อมูลนี้ รวมถึงการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อ เจตคติ การคาดหวังในการดูแล และ สมาชิกในครอบครัว

1.7 ข้อมูลการประเมินเด็ก ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิด ปัญหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจริญเติบโต ลำดับเวลาของการเกิดปัญหา ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเด็ก จุดเด่น และประเด็นปัญหา

1.8 ข้อมูลการประเมินด้านร่างกาย การตรวจอย่างละเอียด น้ำหนัก ส่วนสูง ภาวะโภชนาการ การพูดหรือพัฒนาการด้านภาษา การได้ยิน เป็นต้น

1.9 ข้อมูลประเมินสถานภาพทางจิต ได้แก่ รูปร่างโดยทั่วไป อารมณ์ การ สื่อสาร สัมพันธภาพกับพยาบาล การคิด และความสามารถทางสติปัญญา ความสามารถในการเล่น พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว พัฒนาสังคม

2. การวินิจฉัยการพยาบาล หลังจากพยาบาลรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนทั้งจากตัว เด็กและจากครอบครัวแล้ว พยาบาลจะสังเคราะห์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ความหมายของ ข้อมูลและกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งเป็นข้อสรุปเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของเด็กและ ของผู้ดูแล ซึ่งพยาบาลมีสิทธิและความรับผิดชอบตามกฎหมายในการช่วยเหลือ ให้การบำบัดทางการ พยาบาลเพื่อแก้ปัญหาเหล่านั้น

3. การวางแผนการพยาบาล พยาบาลต้องวางแผนร่วมกับบิดา มารดา ผู้ดูแลเด็ก และ ร่วมกับเด็กในลักษณะการทำงานร่วมกัน เสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ใช้บริการ โดยมีขั้นตอนการ วางแผนดังนี้

3.1 การกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

3.2 การกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล

3.3 การลำดับความสำคัญของการปฏิบัติการกิจกรรมบำบัดทางการพยาบาล

3.4 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลจะต้องให้สอดคล้องกับลักษณะปัญหา ที่เกิดขึ้นในเด็กและครอบครัวเฉพาะราย

4. การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการดูแลช่วยเหลือ และการบำบัดทางการพยาบาล พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ มีทักษะความชำนาญ มีวุฒิภาวะและมีความตั้งใจ ใฝ่ใจในการ ปฏิบัติการพยาบาลตามขอบเขตของกฎหมายและเงื่อนไขทางจริยธรรมของพยาบาล ยังขึ้นอยู่กับ ความต้องการ และลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กและครอบครัว

5. การประเมินผลการพยาบาล เมื่อปฏิบัติการพยาบาลแล้ว พยาบาลจะต้อง ประเมินผลการพยาบาลว่า บรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้ง

ในด้านพัฒนาการของเด็ก พฤติกรรมสุขภาพและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเด็กและครอบครัว โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวังไว้ การประเมินผลที่มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับ การสังเกตและการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก

กิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือ และบำบัดทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำคัญในเด็กออทิสติก (จินตนา ยูนิพันธุ์ , 2544)

1. พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในการดูแลเด็กรายบุคคลเพื่อพัฒนาความไว้วางใจ ตลอดจนการจัดระบบการดูแลเพื่อการตอบสนองความต้องการตนเองเด็กเป็นรายบุคคลในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านการดูแลตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ซึ่งเด็กมีความต้องการในการดูแลที่แตกต่างกัน การดูแลแบบที่พยาบาลรับผิดชอบเด็กเป็นรายบุคคล และมีความต่อเนื่อง เช่น การดูแลแบบเจ้าของไข้จะมีความเหมาะสม

2. พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดในการป้องกันการบาดเจ็บ อันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งตัวเด็กเอง และที่อาจจะเกิดกับเด็กอื่น เพื่อการเฝ้าระวัง พยาบาลต้องจัดการช่วยเหลือเด็กให้สามารถเผชิญกับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นได้

3. พยาบาลจะดูแลช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการทางสังคมได้ ต้องเริ่มจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความไว้วางใจ และประคับประคองเด็กให้มีความมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ใช้เทคนิคการให้รางวัล เมื่อเด็กเริ่มแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

4. พยาบาลใช้การดูแลช่วยเหลือเป็นรายบุคคลระยะยาว ในการพัฒนาความสามารถของเด็กในการสื่อความหมายความต้องการของตนให้ผู้อื่นทราบ โดยพยาบาลคาดการณ์ความต้องการของเด็กให้ถูกต้อง และช่วยให้เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นอย่างเต็มที่

5. พยาบาลต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับเด็กออทิสติก โดยการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งเพื่อให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นพัฒนาการของเด็กที่เหมาะสมตามระดับสติปัญญาและระดับพัฒนาการของเด็ก ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับเด็กออทิสติก

6. พยาบาลต้องช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการของกระบวนการพัฒนาตัวตน โดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความอบอุ่นและไว้วางใจ ช่วยให้ได้รู้ความเป็นตัวตน พัฒนาการรู้จักตนเอง การพัฒนาความเป็นตัวตนนี้พยาบาลจะพัฒนาควบคู่ไปกับการกระทำกิจวัตรประจำวัน

7. พยาบาลที่ดูแลเด็กออทิสติก ต้องให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือพ่อแม่ให้เข้าใจ รวมทั้งมีความคาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็กตามสภาพที่เป็นจริง เข้าใจศักยภาพของเด็กออทิสติก และมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลเด็ก ช่วยพัฒนาความสามารถของเด็กให้เต็ม

ศักยภาพ นอกจากนี้ ในการช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กออทิสติก ต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเลี้ยงดู และเผชิญความเครียด ความรู้สึกคับข้องใจ ให้มีความรู้ความสามารถดังกล่าวข้างต้นได้ นั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวผู้ดูแลเด็กให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างมีคุณภาพ (Johnson, 1995) กลยุทธ์ที่สำคัญที่พยาบาลควรใช้ เช่นเดียวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ การกระตุ้นให้ครอบครัวมีการระบายอารมณ์, ช่วยเหลือให้ครอบครัวลดความรู้สึกผิด, สนับสนุนประคับประคองให้ครอบครัวได้ผ่านพ้นกระบวนการเศร้าโศก, กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวด้วยกัน ให้โอกาสครอบครัวได้ซักถามจนได้คำตอบที่พอใจ, กระตุ้นให้ครอบครัวมีการรับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง, เน้นการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ มีกำลังใจในการดูแลเด็ก, ร่วมกันกำหนดเป้าหมายอนาคตของเด็กอย่างเหมาะสม, สอนการมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม, ให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับสิทธิของเด็ก และความรับผิดชอบของครอบครัว, สร้างเครือข่ายกับชุมชน

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเกิดจากความร่วมมือของชมรมพยาบาล

ต่างๆ นักวิชาการจากสถาบันการศึกษา รวมทั้งพยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์จากโรงพยาบาลหลายแห่ง และนักวิชาการจากสำนักงานพยาบาล ซึ่งแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมแนวปฏิบัติการพยาบาล การใช้กระบวนการที่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเป็นฐานสำหรับพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยช่วยให้เกิดความปลอดภัยเบื้องต้น และสามารถติดตามผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลในเรื่องการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (สภาการพยาบาล, 2550)

แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก คือ รูปแบบหรือแบบแผนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย ระยะแรก รับ ระยะเร่งรัด ระยะบำบัดระยะยาว (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติคลินิกไปใช้

1. กลุ่มโรค
2. กลุ่มบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติ
3. วัตถุประสงค์
4. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย
5. ผลลัพธ์หลักที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก

วิธีดำเนินการ

- 1) เลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษาจาก ประสบการณ์ในการพยาบาล
- 2) การสังเกตในสถานการณ์จริง

3) ข้อมูลความเสี่ยงในหน่วยงาน

4) การทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้อง

รายละเอียดของวิธีการที่ใช้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานโดยใช้แนวคิดของ PICO (PICO Frame work: Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome ) (Craig & Smyth, 2001) วิธีการที่ใช้ในการค้นหาและคัดเลือกหลักฐาน สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. ฐานข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ
2. ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ ได้แก่ [www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au)
3. ฐานข้อมูลวิจัยเชิงเดี่ยว ได้แก่ PUBMED, Science direct
4. การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง

วิธีการที่ใช้ประเมินคุณภาพของงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์ที่ใช้ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของ Recommendations การประเมินหลักฐานที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

Level I : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัย Systematic review หรือ Meta Analysis ที่ตรงประเด็นปัญหาที่มาจากงานวิจัย RCTs หรือเป็นจาก Guideline ที่ได้มาจาก Systematic review ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCTs

Level II : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยอย่างน้อยที่สุด 1 เรื่อง และเป็น RCTs RCTs

Level III : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและทดลอง

Level IV : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case- control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี

Level V : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา/ บรรยาย/ หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา/ บรรยาย/ หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VII : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทักษะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/ หรือรายงานของคณะ/ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ



## วิธีการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก การเลือกรูปแบบในการดำเนินการ

(Selected model for implementation)

ขั้นตอนที่ 1 เลือกประเด็นปัญหาหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา เป็นขั้นตอนของการระบุปัญหาที่ต้องการศึกษา โดยระบุปัญหา มี 2 วิธี คือ

1. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน หมายถึง การพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเองในการปฏิบัติงานหรือจากข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน หรือข้อมูลจากระบวนการพัฒนาคุณภาพ หรือข้อมูลจากการ Benchmarking ภายในหรือภายนอกหน่วยงาน ข้อมูลทางการเงินหรือข้อมูลการระบุปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในคลินิก

2. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่ได้รับจากการทบทวนความรู้ หมายถึง การพิจารณาปัญหาที่เกิดจากการค้นคว้าจากรรณกรรมหรืองานวิจัยต่างๆ ที่มี หรือจากมาตรฐานแนวทางในการปฏิบัติงานต่างๆ ที่มีองค์กรหรือหน่วยงานระดับชาติหรือจากปรัชญาในการดูแลเมื่อได้ประเมินปัญหาที่ต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลแล้ว ให้ทบทวนว่าประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนาเป็นปัญหาของหน่วยงานหรือไม่ ถ้าไม่ใช่ให้ทบทวนประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษาใหม่ แต่ถ้าเป็นปัญหาของหน่วยงานให้ตั้งทีมงานดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นและประเมินหลักฐานเป็นขั้นตอนของการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ ทั้งงานวิจัยเดี่ยว งานวิจัยที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ และหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ วิเคราะห์และประเมินคุณภาพของหลักฐาน สังเคราะห์เนื้อหาเพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ มีมิติการประเมิน 3 มิติหลัก คือ

1. การประยุกต์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง

2. ความเป็นไปได้ หมายถึง ความเป็นไปได้เชิงสภาพแวดล้อม ทรัพยากร เกื้อหนุนและบุคคลในหน่วยงาน ความเป็นไปได้ในการนำเสนอไปปฏิบัติจริงในหน่วยงานนั้น นอกจากนี้ ข้อเสนอที่จำเป็นต้องมีการปฏิบัติเพิ่มเติม ต้องประเมินว่าสามารถพัฒนาทักษะบุคลากรในหน่วยงานโดยฝึกกันเองได้หรือไม่ และหากสอนกันเองไม่ได้ต้องเชิญบุคคลภายนอกมาช่วยสอน มีความลำบากมากน้อยเพียงใด

3. สัดส่วนระหว่างค่าใช้จ่ายและประโยชน์ที่เกิดขึ้น ในการนำข้อเสนอไปใช้จะต้องมีการประเมินสัดส่วนระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น คือจะต้องมีความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนานวัตกรรมนำไปสู่การปฏิบัติและการประเมินผลลัพธ์ การวางแผนการนำไปทดลองใช้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ มีขั้นตอนตั้งแต่การเลือกผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิด เก็บข้อมูลพื้นฐาน สร้างแนวทางการปฏิบัติบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วนำแนวปฏิบัติการพยาบาลแนวทางการปฏิบัติบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วนำแนวปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สร้างขึ้น ลงปฏิบัติในหน่วยงานนำร่อง ประเมินผลของกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิด นำผลการประเมินมาปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น

### ประโยชน์จากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกไปใช้

1. ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคที่ป่วย การรักษาในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เป็นรูปธรรมเข้าใจง่าย ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการรักษา
2. พยาบาลได้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลจิตเวชและบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ง่ายและสะดวกในการนำไปใช้
3. โรงพยาบาลได้การพัฒนาคุณภาพบริการ ลดค่าใช้จ่ายและเวลาในการดูแลผู้ป่วย

### 3.4 แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสำหรับเด็กออทิสติก

แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสำหรับเด็กออทิสติก (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2546) การพยาบาลเด็กออทิสติกเป็นการดูแลเฉพาะที่มีเป้าหมายให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ จึงต้องมีการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงตามระยะของการดูแลอย่างเหมาะสม ดังนั้นการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก จึงเป็นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของเด็กออทิสติกและครอบครัวได้อย่างครบถ้วนตามความต้องการการดูแล ดังตัวอย่างต่อไปนี้

#### ระยะกลาง (Interim) เด็กต้องการการดูแลปานกลาง

#### ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Outcome)

1. ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่บ่งชี้ว่ามีกระบวนการพัฒนาตนเอง
2. ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ โดยมีความถี่ของการแสดงพฤติกรรมและระยะเวลาในการแสดงลดน้อยลงหรือหยุดแสดงพฤติกรรมเมื่อได้รับการกระตุ้น
3. ผู้ป่วยมีพัฒนาการทางด้านร่างกายอยู่ในระดับปกติ
4. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยไม่ต้องกระตุ้นให้ความช่วยเหลือ
5. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารด้วยภาษาท่าทางและ/หรือภาษาพูดเพื่อบอกความต้องการ
6. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามสั่งหรือปฏิบัติกิจกรรมตามคำบอกได้

7. ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่ต่อต้านและมีสมาธิทำกิจกรรม
8. ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น
9. ผู้ป่วยสามารถแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่คุ้นเคยหรือบุคคลอื่นได้
10. ครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมี

#### ประสิทธิภาพ

11. ครอบครัวสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์และจิตใจได้อย่างเหมาะสม
12. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากผลที่เกิดจากการได้รับยา

#### Assessment

1. รู้จักตนเอง สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมได้แต่ไม่

#### เหมาะสม

2. สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้บ้างขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อน
3. บกพร่องในการใช้กล้ามเนื้อประสานสัมพันธ์และ/หรือกล้ามเนื้อมัดใหญ่และ

#### กล้ามเนื้อมัดเล็ก

4. สามารถสื่อความหมายด้วยภาษาพูด และ/ หรือภาษาท่าทางได้
5. อาจพบพฤติกรรมผิดปกติหรือไม่เหมาะสม เช่น หมุนตัว โยกตัว เขย่งปลาย

#### เท้า

6. สามารถบอกหรือแสดงท่าทางเมื่อเจ็บป่วย/มีภาวะเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตได้บ้าง
7. ครอบครัวมีความเข้าใจปัญหาของเด็กและมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

#### Nursing Intervention

1. ประเมินสภาวะความต้องการ การพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละบุคคล
2. สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในเชิงวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการของ

#### กระบวนการพัฒนาตนเองและเรียนรู้การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม

3. จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเพื่อการบำบัดและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้
4. ดูแลและป้องกันอันตรายต่างๆ และการบาดเจ็บที่เกิดกับเด็กเมื่อเปลี่ยน

#### สิ่งแวดล้อม

5. ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล

#### สิ่งแวดล้อม

6. ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง
7. สอน แนะนำให้รู้จักสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย
8. ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาความสามารถในการสื่อความหมาย
9. ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อประสาน

#### สัมพันธ์

10. ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อปรับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์โดยเลือกวิธีตามความเหมาะสม
11. จัดกิจกรรมเพื่อให้ผ่อนคลายโดยให้เด็กทำกิจกรรมที่เด็กสนใจ เช่น ออกกำลังกาย
12. จัดเตรียมให้เด็กได้รับยาตามแผนการรักษา ประเมินเฝ้าระวังอันตรายที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ บันทึกรายงานอาการ รายงานภายหลังได้รับยาตลอดการรักษา
13. ให้การพยาบาลครอบครัวโดยสอนสาธิตในกิจกรรมที่ประเมินแล้วพบว่าเด็กยังทำไม่ได้ ทั้งแบบรายกลุ่มและบุคคล แนะนำให้คำปรึกษา เพื่อเสริมสร้างความสามารถของญาติ
14. ประสานงานกับ สหวิชาชีพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
15. ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผนการพยาบาล

สรุป แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกนี้นับเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลตามความต้องการการดูแลในระยะต่างๆ ซึ่งระบุผลลัพธ์ที่ต้องการ การประเมินและกิจกรรมการพยาบาลอย่างครอบคลุม ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับเด็กออทิสติก ในขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังเด็กมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น

#### 4. การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

การปฏิบัติการพยาบาลของเด็กออทิสติกเป็นการดูแลช่วยเหลือระยะยาว การปฏิบัติการพยาบาลสู่ผลลัพธ์การพยาบาลที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง ทำให้เกิดพัฒนาการหรือการเปลี่ยนแปลงในเด็กเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ดังนั้นการจัดระบบการพยาบาลเด็กออทิสติก จึงควรเป็นระบบที่มีพยาบาลหนึ่งคนดูแลเด็กเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง เช่น ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nurse system)

##### 4.1 ความหมาย แนวคิด และวัตถุประสงค์ของระบบพยาบาลเจ้าของไข้

###### 4.1.1 ความหมายของระบบพยาบาลเจ้าของไข้

ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, 1974) หมายถึง วิธีการมอบหมายให้พยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล พยาบาลจะเริ่มรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่และวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง และตลอดเวลาที่อยู่โรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายให้การพยาบาลด้วยตนเองเมื่อขึ้นปฏิบัติงาน และขณะที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานพยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้จะให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้วางไว้ ร่วมมือในการปฏิบัติงานกับสมาชิกในทีมสุขภาพคนอื่นๆ

#### 4.1.2 แนวคิดของระบบพยาบาลเจ้าของไข้

Marram (1974) ได้เสนอแนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ ดังนี้

1. การมอบหมายงานโดยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย และความสามารถของบุคลากร หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายผู้ป่วยแต่ละคนให้พยาบาลเฉพาะคนตั้งแต่วันรับผู้ป่วยใหม่ ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งลักษณะ 3 อย่างนี้คือ ความเป็นอิสระในตนเอง อำนาจหน้าที่ และความสำนึกในภาระหน้าที่

2. พยาบาลเจ้าของไข้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย ซึ่ง จะทำการรวบรวมข้อมูลและวางแผนการพยาบาลทั้งหมดตลอด 24 ชั่วโมง จนกระทั่งจำหน่าย

3. พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องร่วมมือกันปฏิบัติ (Collaboration) กับแพทย์และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุม โดยการวางแผนและประเมินผลการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน จะต้องติดตามปัญหาของผู้ป่วยและปรับปรุงแผนการพยาบาลอยู่เสมอ ในกรณีที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน จะมอบหมายให้พยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแทน

4. การติดต่อสื่อสาร (Communication) จากพยาบาลเจ้าของไข้ไปยังบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องใน 24 ชั่วโมง และตลอดระยะเวลาที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งมีลักษณะการติดต่อสื่อสารโดยตรง

5. สิ่งที่เป็นในในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีดังนี้ 1) แผนการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้รับผิดชอบวางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง 2) แบบบันทึกและ Kardex 3) แผ่นป้ายเจ้าของไข้ (Primary nursing board) เป็นแผ่นป้ายที่แสดงถึงจำนวนที่มอบหมายผู้ป่วยให้อยู่ในการดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้ 4) แผ่นชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing chart Label)

#### 6. บทบาทของบุคลากรที่สำคัญในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

6.1 พยาบาลหัวหน้าตึก (Head nurse) ควบคุมคุณภาพการพยาบาลและการดำเนินงานให้การปฏิบัติงานแบบระบบพยาบาลเจ้าของไข้ให้บรรลุผลสำเร็จ

6.2 พยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nurse) เป็นผู้ที่จะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างต่อเนื่อง พยาบาลเจ้าของไข้มีความรับผิดชอบโดยตรงในการวางแผนการพยาบาล ตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่จนกระทั่งจำหน่าย

6.3 พยาบาลผู้ร่วมดูแล (Associate nurse) มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้กำหนดไว้ เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่อยู่

### 4.1.3 วัตถุประสงค์ของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

1. การพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) ตามกระบวนการพยาบาล คือ วางแผน นำแผนการดูแลไปปฏิบัติและการประเมินการดูแล
2. สำนึกในภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (Accountability of patient care) มอบหมายหน้าที่ให้กับบุคลากรพยาบาลโดยพิจารณาจากความสามารถและทักษะของพยาบาลแต่ละคนอย่างเหมาะสม
3. การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of patient care) เกิดจากการมอบหมายผู้ป่วยคนใดคนหนึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลเจ้าของไข้คนใดคนหนึ่ง ทำหน้าที่ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายและประสานงานกับบุคลากรต่างๆ
4. ให้การดูแลที่สมบูรณ์แบบ (Comprehensive patient care) เป็นองค์รวม (Holistic) มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม
5. การประสานการดูแลผู้ป่วย (Coordination of patient care) กับบุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดใช้ประโยชน์จากบุคลากร
6. การพัฒนาบุคลากร (Staff development) กระตุ้นและส่งเสริมให้พยาบาลเจ้าของไข้การพัฒนาความรู้และการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม

### 4.2 หลักการและวิธีการปฏิบัติในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

Marram (1974) กล่าวถึงการดูแลตามแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วย

1. ลักษณะโครงสร้างขององค์กรจะต้องมีการกระจายอำนาจ หรือมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบไปสู่บุคลากรระดับปฏิบัติอย่างเหมาะสมและแสดงไว้อย่างชัดเจน มีอิสระในการปฏิบัติงานและกระจายหน้าที่รับผิดชอบไปสู่พยาบาลเจ้าของไข้
2. แนวทางการติดต่อสื่อสาร ใช้การติดต่อสื่อสารด้วยวาจา ใช้แผนการพยาบาลและใช้การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล นำครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีบทบาทสำคัญด้วยพยาบาลเจ้าของไข้เสมือนที่ปรึกษาของครอบครัว และประสานการดูแลกับบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล
3. การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ พยาบาลเจ้าของไข้จะรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่ ส่วนพยาบาลผู้ร่วมดูแลจะดูแลผู้ป่วยเฉพาะเวลาที่เจ้าของไข้ไม่ขึ้นปฏิบัติงาน ดังนั้น ผู้ป่วย 1 คน จะมีผู้ดูแลคือพยาบาลเจ้าของไข้ 1 คน และพยาบาลผู้ร่วมดูแล 2 - 3 คน รวมทั้งสิ้น 4 คน เป็นอย่างมาก

4. การบันทึกและรายงานพยาบาลเจ้าของไข้หรือพยาบาลผู้ร่วมดูแลบันทึกสิ่งที่สังเกตได้และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละเวลาอย่างถูกต้องเหมาะสม

MacGuire (1989) กล่าวว่า ข้อปฏิบัติตามหลักการของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ดังนี้

1. ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการจัดแบ่งให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ตั้งแต่แรกรับเข้านอนในหอผู้ป่วย จนกระทั่งกลับบ้านหรือย้ายไปหน่วยงานอื่น พยาบาลแนะนำตัวและทำความรู้จักกับผู้ป่วยโดยผู้ป่วยทราบว่ามีการรับผิดชอบดูแล
2. พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง หมายถึง มีการวางแผนการดูแลไว้อย่างต่อเนื่อง เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน แต่ได้มีการประสานงานเรื่องการดูแลกับบุคลากรพยาบาลคนอื่นให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วย
3. พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบในการประเมินวางแผนการพยาบาล ประเมินผลทางการพยาบาลและปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้ถูกต้อง
4. วางแผนและประเมินผลการพยาบาล ร่วมกับทีมบุคลากรทางการพยาบาลพร้อมกับผู้ป่วยและญาติ
5. รับผิดชอบต่อผลการดูแลซึ่งได้จากการร่วมประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น
6. พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลด้วยตนเองเมื่อขึ้นปฏิบัติงาน ในกรณีที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานจะเป็นหน้าที่ของพยาบาลผู้ร่วมดูแลหรือพยาบาลคนอื่น
7. มีพยาบาลผู้ร่วมดูแลรับผิดชอบดูแลร่วมรับผิดชอบดูแลร่วมกันตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้ป่วย 1 คนจะมีผู้ดูแล คือพยาบาลเจ้าของไข้ 1 คน และพยาบาลผู้ร่วมดูแล 2-3 คน
8. ถ้ามีนักศึกษาพยาบาลฝึกปฏิบัติงาน จัดให้นักศึกษาดูแลร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้
9. พยาบาลเจ้าของไข้จะปรึกษาพยาบาลผู้ชำนาญการเฉพาะทางในด้านการวางแผนและประเมินผลด้านการพยาบาล
10. พยาบาลเจ้าของไข้ ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในทุกด้านอย่างเหมาะสม

## 5. วิธีการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในเด็กออทิสติก

วิธีการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในเด็กออทิสติกมี  
3 ขั้นตอน

### ขั้นตอนที่ 1 วางแผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมประชุมกับทีมการพยาบาล ในการจัดการดูแลผู้ป่วย เป็นรายบุคคลให้ความกระจ่างในวิธีปฏิบัติ ทำความเข้าใจวิธีปฏิบัติ ร่วมกันจัดเตรียมเอกสารและ เครื่องมือที่จำเป็น ประเมินสภาพและปัญหาแล้ววางแผนการพยาบาล ดังนี้

1. การจักระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ศึกษาและหัวหน้าหอผู้ป่วยจัดความ รับผิดชอบให้ทีมการพยาบาลทุกคน โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลเทคนิค เป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแล ผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นผู้ร่วมดูแลในเวรบ่าย-ดึก ทุกคนร่วมทำความเข้าใจ วิธีการปฏิบัติ รับทราบบทบาทหน้าที่ มีแบบฟอร์มแสดงบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนแสดงไว้ อย่างชัดเจน

2. ประเมินสภาพและปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้รวบรวมภาวะข้อมูล สุขภาพ ค้นหาความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลเด็ก จัดหมวดหมู่ข้อมูลและ ลำดับความสำคัญของปัญหาอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลเด็กมี ส่วนร่วม ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเป็นแนวทางบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพทุกครั้ง

3. วางแผนการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้กำหนดกิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม

### ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก

มีกิจกรรมการพยาบาล 5 กิจกรรม ดังนี้

1. พัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาล ผู้ร่วมดูแล สร้างความคุ้นเคย แนะนำตัวติดต่อสื่อสารกับเด็กและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเป็น ขั้นตอนตามคู่มือการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ มี จุดมุ่งหมายให้เด็กมีการพัฒนาศักยภาพของตนอย่างเต็มที่

2. พัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พยาบาลเจ้าของไข้พัฒนา ความสามารถในการทำความสะอาดร่างกาย การแปรงฟัน ล้างหน้า อาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ ช้อนรับประทานอาหาร การช่วยเหลือตนเองเรื่องการขับถ่าย



3. พัฒนาความสามารถในการสื่อความหมายและบอกความต้องการพัฒนาความสามารถในการพูดคำที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารทั่วไปในชีวิตประจำวัน ประกอบการแสดงท่าทางที่แสดงออกในการบอกความต้องการของตนแก่พยาบาล ผู้ดูแลหรือผู้อื่นได้ รวมถึงการเลียนแบบท่าทาง การปฏิบัติตามคำสั่งเพื่อการดำรงชีวิตร่วมกันในกลุ่มเพื่อน ครอบครัว อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ตามระดับพัฒนาการของตัวตน

4. พัฒนาความสามารถในด้านการรับรู้และเข้าใจระเบียบทางสังคม พยาบาลเจ้าของไข้พัฒนาการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ และสิ่งของรอบตัว ได้ตอบกับบุคคลรอบตัวในลักษณะที่แสดงถึงการเกิดการเรียนรู้ วิธีปฏิบัติของการอยู่ร่วมกันในสังคม ตลอดจน รู้จักการรอคอยการตอบสนองความต้องการของตนได้

5. พัฒนาให้ความรู้ สอน ให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล พยาบาลเจ้าของไข้ พูดคุยนัดหมายกับผู้ดูแลล่วงหน้า เพื่อให้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลในหอผู้ป่วยใน 3 โดยยึดวันเวลาตามความสะดวกของผู้ดูแล พยาบาลให้ข้อมูลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กออกทิสติก สอนและจัดประสบการณ์ในการฝึกกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็ก ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล

### ขั้นตอนที่ 3 การประชุมปรึกษาและบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล

หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแลประสานความร่วมมือในการดูแล บันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล นำปัญหาในการดูแลที่มีอยู่ สู่การประชุมปรึกษา

3.1 ประสานงานการดูแล สื่อสารแผนการดูแล ติดต่อเป็นธุระเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม

3.2 บันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลทั้งหมดอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบบันทึกทางการพยาบาลทุกครั้งที่มีการประเมิน วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล ติดต่อประสานงาน ประชุมปรึกษา ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

3.3 ประชุมปรึกษา พยาบาลเจ้าของไข้นำปัญหาการดูแลมาประชุมร่วมกันกับหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลผู้ร่วมดูแล และผู้ร่วมดูแลร่วมกันแสดงความรู้ ความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาในการดูแลที่เกิดขึ้นและหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมโดยมีการ Pre-post conference , Case conference และประชุมปรึกษาร่วมกับครอบครัวผู้ดูแลเด็ก

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบพยาบาลเจ้าของไข้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่พบผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในเด็กกอดทิสติกโดยตรง แต่พบผลงานระบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่ใกล้เคียง ดังนี้

ส่องแสง ธรรมศักดิ์ (2542) ศึกษาผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพบริการพยาบาล ด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการก่อนและหลังการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้และด้านความพึงพอใจและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการระหว่างกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่ ในผู้พิการจำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน ใช้การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และกลุ่มควบคุม 20 คน ใช้การจัดการแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่ พบว่าคุณภาพบริการด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมกิจวัตรประจำวันของผู้ใช้บริการในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

อุบล วรรณกิจ (2547) ผลของการปฏิบัติ การพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือเด็กปัญญาอ่อน จำนวน 40 คน ซึ่งจัดแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 20 คน พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลหลังได้รับการปฏิบัติพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

Marlam (1974) ศึกษาการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้โดยเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการที่ได้รับจากการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ การมอบหมายระบบทีมและระบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ กลุ่มตัวอย่าง 360 คน พบว่าพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ใช้เวลาอยู่กับผู้รับบริการสูงกว่าวิธีการมอบหมายงานแบบอื่นๆและพบว่าหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุดร้อยละ 65 ซึ่งก่อนใช้มีความพึงพอใจร้อยละ 29

Daefffer (1975) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยในเรื่องการดูแลเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับระบบทีม ในผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม 52 ราย ใช้แบบสอบถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบว่า 1) เกิดขึ้นวันนี้ 2) เกิดขึ้นวันอื่นๆ 3) ไม่เคยเกิด ข้อ

คำถามแบ่งเป็น 7 หมวด หมวดที่ 1 เป็นเหตุการณ์ที่แสดงความพึงพอใจในการดูแลมีคำถาม 3 ข้อ หมวดที่ 2-7 เป็นเหตุการณ์ที่แสดงถึงการละเลยในการพยาบาล โดยแบ่งหมวดที่ 2-7 ไว้ว่า 1) การพักผ่อนและการผ่อนคลาย 2) ความต้องการในเรื่องอาหาร 3) การจับถ้ำย 4) การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลและการให้ความช่วยเหลือ 5) ปฏิกริยาต่อการรักษา 6) การติดต่อกับพยาบาล พบว่าในหมวดที่ 1 ผู้ป่วยตอบว่า การดูแลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ดีกว่าการดูแลในระบบทีมอย่างมีนัยสำคัญ 2 ข้อจาก 3 ข้อ

#### กรอบแนวคิดการศึกษา

