

แนวทางการดูแลออทิสติกแบบบูรณาการ

AUTISM SPECTRUM DISORDER: INTEGRATED CARE

นายแพทย์ทวีศักดิ์ ลีรัตนเรขา ... จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

**ในการเดินทาง จุดหมายปลายทางย่อมเป็นสิ่งที่ทุกคนคาดหวังว่าจะไปให้ถึง
แต่ระหว่างทางที่ไปสู่จุดหมายที่ตั้งใจไว้นั้น ยังมีสิ่งสวยงามให้ชื่นชมอีกมากมาย
พัฒนาการของเด็กออทิสติกในแต่ละขั้น ก็คือสิ่งสวยงาม
การชื่นชมสิ่งสวยงามที่เกิดขึ้น ณ วันนี้ คือ กำลังใจที่ดีที่สุด**

บทนำ

ออทิสติก (Autism Spectrum Disorder) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการเด็กรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว โดยเด็กไม่สามารถพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย มีลักษณะพฤติกรรม กิจกรรรม และความสนใจ เป็นแบบแผนซ้ำ ๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่อง และไม่ยืดหยุ่น ปัญหาดังกล่าวเป็นตั้งแต่เล็ก ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำรงชีวิต

นักวิชาการพยายามศึกษาวิจัยเกี่ยวกับออทิสติก แต่ยังไม่สามารถหาสาเหตุที่แน่ชัดได้ ถึงแม้ว่ายังไม่ทราบสาเหตุ ก็เชื่อว่าทำอะไรไม่ได้เลย เนื่องจากการดูแลช่วยเหลือในปัจจุบันสามารถช่วยให้เด็กกลุ่มนี้ดีขึ้นได้มาก โดยเฉพาะถ้าได้รับการวินิจฉัยและดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตั้งแต่อายุน้อย และทำอย่างต่อเนื่อง ยังไม่มีวิธีการบำบัดรักษาที่จำเพาะเจาะจงให้หายขาดได้ แต่สามารถช่วยให้เด็กสามารถพัฒนาได้ และพัฒนาได้ดีด้วย

วิธีการบำบัดรักษาในปัจจุบันนี้ สามารถช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นได้มาก จนสามารถเรียนรู้ ปรับตัว ใช้ชีวิตอยู่ร่วมในสังคม เรียนหนังสือ และประกอบอาชีพได้ โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับในอดีตแล้วพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างชัดเจน

การดูแลออทิสติกแบบบูรณาการ

การดูแลออทิสติก จำเป็นต้องใช้ทีมงานผู้เชี่ยวชาญจากสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team Approach) ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น, นักจิตวิทยา, พยาบาลจิตเวชเด็ก, นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย, นักกิจกรรมบำบัด, นักวิชาการศึกษาพิเศษ, นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ

หัวใจสำคัญของการดูแลไม่ได้อยู่ที่ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น แต่อยู่ที่ครอบครัวด้วยว่าจะสามารถนำวิธีการบำบัดรักษาต่าง ๆ ที่ได้รับ มาประยุกต์ใช้ที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอหรือไม่

ในการดูแลออทิสติก ไม่มีวิธีการใดที่ดีที่สุด ยอดเยี่ยมที่สุด เพียงวิธีการเดียว และไม่มีรูปแบบที่เป็นสูตรสำเร็จรูปแบบเดียว ที่ใช้ได้กับทุกคน แต่ต้องเป็น “การดูแลแบบบูรณาการ” กล่าวคือ ใช้วิธีการบำบัดรักษาหลายวิธีร่วมกัน โดยทีมงานผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัวของบุคคลออทิสติก สวมหัวรวมความคิด ช่วยกันออกแบบการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับความสามารถ และสภาพปัญหาของแต่ละคน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

แนวทางการดูแล ไม่ว่าจะ เป็นไป ในทิศทางใดก็ตาม ถ้า เริ่มต้นจากการดูแลด้วยความรัก แล้วค่อย ๆ พัฒนาด้วยความเข้าใจ ก็จะไปสู่จุดหมายปลายทางของการทำให้เด็กมีการพัฒนาเต็มตามศักยภาพที่มีอยู่ได้ไม่ยาก

การดูแลด้วยความรัก ก็คือสิ่งที่พ่อแม่ทุกคนมีอยู่เต็มเปี่ยมอยู่แล้ว แต่ที่นำมาเน้นย้ำ เนื่องจากในความรักที่มีอยู่นี้ มักจะถูกบดบังด้วยความเครียด ความวิตกกังวล ความเบื่อหน่าย ความท้อแท้ และความรู้สึกอื่น ๆ อีกมากมายในช่วงเวลา ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาที่จะเกิดความรู้สึกต่าง ๆ ขึ้นมาได้ใน การดูแล แต่จำเป็นต้องหาวิธีจัดการกับความรู้สึกอย่างเหมาะสมต่อไป สำหรับการพัฒนาด้วยความเข้าใจก็เป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากกระบวนการพัฒนาต้องอาศัย ความรู้ ความเข้าใจ หลักเบื้องต้นในการพัฒนา คือ

เด็กเป็นตัวตั้ง ครอบครัวเป็นตัวหาร ผู้เชี่ยวชาญเป็นตัวช่วย

เด็กเป็นตัวตั้ง

กล่าวคือ ไม่มีสูตรสำเร็จรูปสำหรับการดูแลเด็กทุกคน ทุกอายุ ควรเข้าใจธรรมชาติที่ว่า เด็กแต่ละคนมีความเหมือนกัน และมีความแตกต่างกัน เด็กอาจมีความบกพร่องบางด้าน แต่ในขณะเดียวกันก็มีความสามารถบางด้านเช่นเดียวกัน การมองแต่ความบกพร่องบางด้าน และคอยแก้ไขความบกพร่องไปเรื่อย ๆ ก็อาจถึงทางตันในที่สุด ควรหันกลับมามองในด้านความสามารถของเด็กด้วยว่าเด็กมีความสามารถด้านใดบ้าง เพื่อวางแผนการดูแลให้การส่งเสริมความสามารถที่มีอยู่ให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสามารถช่วยชดเชยความบกพร่องที่มีอยู่ได้

ดังนั้นการดูแลต้องวางแผนให้สอดคล้องกับสิ่งที่เด็กมีและสิ่งที่เด็กเป็น โดยวางแผนเฉพาะเป็นรายบุคคล ให้มีความเหมาะสมตามวัย และตามพัฒนาการของเด็ก

ครอบครัวเป็นตัวหาร

กล่าวคือ ครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแล และคงไม่สามารถปฏิเสธได้ว่า ถ้าครอบครัวไม่ดูแล แล้วจะมีใครดูแลได้ดีกว่าอีกเล่า

แต่ในการดูแลนั้น การมีความรักอยู่เต็มเปี่ยมอาจจะไม่เพียงพอ ถ้าขาดความเข้าใจ การมีความรู้ มีเจตคติที่ถูกต้อง และมีทักษะที่ดี พัฒนาเทคนิควิธีให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่ควรมีทั้งครอบครัว ต้องเน้นคำว่า “ครอบครัว” เพราะว่าไม่มีใครเก่งคนเดียว ต้องให้ความไว้วางใจกัน ให้ทุกคนมีส่วนร่วม ครอบครัวเข้มแข็งคือพลังแห่งความสำเร็จ

ปัญหาที่มักเกิดขึ้นบ่อย คือ มีการแบ่งหน้าที่กันชัดเจนเกินไป แม่ดูแลเด็กอย่างทุ่มเท ในขณะที่พ่อพยายามทำงานหนักขึ้น เพื่อจุนเจือครอบครัว ในที่สุดก็เกิดช่องว่าง พ่อก็เริ่มไม่มีทักษะการดูแลเด็ก แม้มักไม่ไว้วางใจให้พ่อดูแล ช่องว่างก็มากขึ้น จนเกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาในที่สุด

การเริ่มต้นและพัฒนาที่ดี คือการสูมหัวเข้าหากัน พุดคุยกัน ไว้วางใจกัน และหารความรัก ให้ทุกคนในครอบครัวมีโอกาสช่วยเหลือเด็กเท่า ๆ กัน เริ่มต้นก้าวเดินไปพร้อมกัน ประคับประคองซึ่งกันและกัน

ผู้เชี่ยวชาญเป็นตัวช่วย

ณ วันนี้ ความก้าวหน้าทางวิชาการมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ข้อมูลความรู้ใหม่เพิ่มขึ้นตลอดเวลา เป็นไปไม่ได้ที่คนเดียวจะรู้ทุกอย่าง มีทักษะทุกด้าน ตัวช่วยจึงมีความจำเป็น

ทีมงานผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น, นักจิตวิทยา, พยาบาลจิตเวชเด็ก, นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย, นักกิจกรรมบำบัด, นักวิชาการศึกษาพิเศษ, นักสังคมสงเคราะห์ หรือวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถือเป็นตัวช่วยที่สามารถให้คำแนะนำ คำปรึกษา และสาธิตเทคนิควิธีต่าง ๆ ให้นำไปฝึกปฏิบัติต่อไปได้

แต่ต้องไม่ลืมว่า ผู้เชี่ยวชาญเป็นเพียงตัวช่วยเท่านั้น ไม่ใช่ตัวหลักอย่างเช่นครอบครัว ฉะนั้นถ้าพบาพผิดเพี้ยนไปจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญกลายเป็นตัวหลักขึ้นมา จะทำให้เด็กไม่สามารถพัฒนาได้เต็มศักยภาพที่มีอยู่จริง เนื่องจากเป็นไปไม่ได้ที่ผู้เชี่ยวชาญจะรู้จักและเข้าใจเด็กได้ดีกว่าครอบครัวที่อยู่กับเด็กตลอด

เมื่อมองจุดสุดท้ายที่เด็กควรจะเป็น คือ พัฒนาเต็มตามศักยภาพที่เขา มีอยู่ ถ้ายังไม่ถึงจุดนั้น ณ วันนั้น ก็ไม่เป็นไร เพราะวันหนึ่งต้องไปถึงแน่นอน ถ้ายังมีการดูแลด้วยความรักและพัฒนาด้วยความเข้าใจ โดยยึดหลัก “เด็กเป็นตัวตั้ง ครอบครัวเป็นตัวหาร ผู้เชี่ยวชาญเป็นตัวช่วย”

“ในการเดินทาง จุดหมายปลายทางย่อมเป็นสิ่งที่ทุกคนคาดหวังว่าจะไปให้ถึง แต่ระหว่างทางที่ไปสู่จุดหมายที่ตั้งใจไว้ นั้น ยังมีสิ่งสวยงามให้ชื่นชมอีกมากมาย พัฒนาการของเด็กออกทีละขั้นในแต่ละขั้น ก็คือสิ่งสวยงาม การชื่นชมสิ่งสวยงามที่เกิดขึ้น ณ วันนั้น คือ กำลังใจที่ดีที่สุด”

สำหรับแนวทางการดูแลออกทีละขั้นที่มีความหลากหลาย ในที่นี้ได้สรุปรวบรวมแนวทางหลัก ออกเป็น 10 แนวทาง ดังนี้

1. ส่งเสริมพลังครอบครัว (Family Empowerment)
2. ส่งเสริมความสามารถเด็ก (Ability Enhancement)
3. ส่งเสริมพัฒนาการ (Developmental Intervention)
4. พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy)
5. กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy)
6. แก้ไขการพูด (Speech Therapy)
7. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social Rehabilitation)
8. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation)
9. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation)
10. การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

นอกจากแนวทางหลักที่ใช้ในการบำบัดรักษาข้างต้นแล้ว ในปัจจุบันยังมีการแพทย์เสริมและทางเลือกที่หลากหลาย สามารถเลือกใช้ควบคู่กับแนวทางหลัก ตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหา และผลการตอบสนองที่ได้รับของเด็กแต่ละคน ซึ่งประกอบด้วย

1. ศิลปะบำบัด (Art Therapy)
2. ดนตรีบำบัด (Music Therapy)
3. ละครบำบัด (Drama Therapy)
4. การฝังเข็ม (Acupuncture)
5. โภชนบำบัด (Nutritional Therapy)
6. การรักษาด้วยเครื่องเอชอีจี (HEG; Hemoencephalography)
7. การรักษาด้วยทีเอ็มเอส (TMS; Transcranial Magnetic Stimulation)
8. การรักษาด้วยออกซิเจนความดันสูง (HBOT: Hyperbaric Oxygen Therapy)
9. การบำบัดด้วยหุ่นยนต์ (Robot-assisted Therapy)
10. การบำบัดด้วยสัตว์ (Animal-assisted Therapy)

เอกสารอ้างอิง

- เดียนฉาย แสงรัตน์นายนต์. (2545). **คู่มือฝึกพูดเด็กออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- ทวีศักดิ์ ลีรัตน์เรขา. (2565). **คู่มือการดูแล เด็กออทิสติก**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ทวีศักดิ์ ลีรัตน์เรขา. (2565). **คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก กลุ่มปัญหาการเรียน**. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555. (9 กรกฎาคม 2555). ใน: **ราชกิจจานุเบกษา**. เล่ม 129 (ตอนพิเศษ 119 ง); หน้า 22-23.
- ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคณพิการทางการศึกษา พ.ศ. 2552. (6 พฤษภาคม 2552). ใน: **ราชกิจจานุเบกษา**. เล่ม 126 (ตอนพิเศษ 80 ง); 45-47.
- American Psychiatric Association, Neurodevelopmental Disorders. In: American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. (DSM-5)**. Washington DC: American Psychiatric Publishing; pp. 31-86.
- Boland, R. & Verduin, M. L., eds. (2022). Neurodevelopmental disorders and other childhood disorders. In: **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry 12th ed.** (e-book). Wolters Kluwer; pp. 306-725.
- Bundy, A. C., Lane, S. J., Murray, E. A. (2002). **Sensory integration: theory and practice**. 2nd ed, Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services. (2021). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2018. **MMWR Surveill Summ**, 70(11): 1-20.
- Corsello, C. M. (2005). Early intervention in autism. **Infants & Young Children**, 18 (2): 74-85
- First, M. B., Yousif, L. H., Clarke, D. E., Wang, P. S., Gogtay, N. & Appelbaum, P. S. (2022). **DSM-5-TR: overview of what's new and what's changed**. from <https://doi.org/10.1002/wps.20989>.
- Fombonne, E. (1999). The epidemiology of autism: a review. **Psychological Medicine**, 29: 769-786.
- Tanguay, R. E. (2000). Pervasive developmental disorders: a 10-year review. **J Am Acad Child Adolese Psychiatry**, 39: 1079-1095.
- Volkmar, F. R., Van Schalkwyk, G. I. & Van der Wyk, B. (2018). Autism Spectrum Disorder. In: **Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook, 5th ed.** Martin, A., Volkmar, F. R. & Bloch, M., eds. Philadelphia: Wolters Kluwer; pp. 1164-1195.
- World Health Organization. (1993). **The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research**. [Electronic version]. Geneva, WHO.
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scora, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shi, A. & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. **Autism Research**, 15: 778-790.

บทความทั้งหมดยินดีให้นำไป เผยแพร่เพื่อความรู้ได้ โดยกรุณาอ้างอิงแหล่งที่มา



ทวีศักดิ์ ลีรัตน์เรขา. (2565). **แนวทางการดูแลออทิสติกแบบบูรณาการ**. จาก
<https://www.happyhomeclinic.com/au22-autism-care.html>
(บทความต้นฉบับ พฤศจิกายน 2549)