

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะสังคมแบบทางไกล สำหรับเด็กออทิสติก

เสาวลักษณ์ หมั่นเพชร วท.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ)

งานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ติดต่อผู้เขียน: เสาวลักษณ์ หมั่นเพชร Email: saowalak.luckd@gmail.com

วันรับ: 24 ก.ค. 2566

วันแก้ไข: 7 ก.พ. 2567

วันตอบรับ: 19 ก.พ. 2567

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะสังคมแบบทางไกลสำหรับเด็กออทิสติก ขั้นตอนการวิจัยเชิงปริมาณเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กออทิสติกอายุ 7-12 ปี จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มควบคุมได้รับการฝึกทักษะสังคมแบบดั้งเดิมโดยนักกิจกรรมบำบัด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทักษะสังคมแบบทางไกลโดยผู้ดูแล ด้วยการบันทึกวีดิทัศน์และติดตามผลผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ จำนวน 10 สัปดาห์ ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลที่ใช้โปรแกรมการฝึกทักษะสังคมทางไกลจำนวน 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square, Paired t-test และ Independent t-test ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองเด็กออทิสติกกลุ่มฝึกทักษะสังคมทางไกลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.00$) เช่นเดียวกับการฝึกทักษะสังคมแบบดั้งเดิม ส่วนคะแนนเฉลี่ยทักษะสังคมระหว่างสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทั้งก่อนและหลังทดลอง ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า มีสาระสำคัญ 4 ประเด็นเกี่ยวกับการฝึกทักษะสังคมแบบทางไกล คือ (1) สร้างสัมพันธภาพและการเรียนรู้ใหม่ (2) สะดวก ลดค่าใช้จ่าย เวลาและการเดินทาง (3) นำไปใช้และต่อยอดในชีวิตประจำวัน และ (4) ทางเลือกของการรักษา แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการฝึกทักษะสังคมแบบทางไกลสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเด็กออทิสติก โดยสร้างการมีส่วนร่วมจากครอบครัว เพื่อเป็นทางเลือกของการให้บริการ และสามารถดำเนินการในลักษณะสองวิธีควบคู่กัน

คำสำคัญ: โปรแกรมการฝึกทักษะสังคม; กิจกรรมบำบัด; บำบัดทางไกล; ออทิสติก; ผู้ดูแล

บทนำ

ออทิสติกเป็นโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกาทำการศึกษาระบาดวิทยาของออทิสติกตั้งแต่ปี 2000-2018 พบว่ามีความชุกเพิ่มขึ้นจาก 6.7 เป็น 23.0 ต่อประชากร 1,000 คน หรือมีอัตราส่วนของ

ความผิดปกติเพิ่มจาก 1:150 เป็น 1:44⁽¹⁾ในประเทศไทย มีความชุกของโรคประมาณ 6 คนต่อประชากร 1,000 คน และพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ⁽²⁾ ออทิสติกมีสาเหตุจากความผิดปกติของสมอง ทำให้มีความบกพร่องของพัฒนาการหลายด้าน ได้แก่ (1) การใช้ภาษาและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (2) มีพฤติกรรม ความสนใจ การ

กระทำซ้ำๆ และจำกัด โดยเกิดก่อนอายุ 3 ขวบ และคงอยู่ตลอดชีวิต แต่สามารถบรรเทาอาการให้ลดลงได้⁽¹⁻²⁾ ทั้งนี้เมื่อได้รับการฝึกส่งเสริมพัฒนาการจนสามารถพูดสื่อสารได้แล้ว ปัญหาที่มักหลงเหลืออยู่ คือ ทักษะสังคม⁽³⁾

ทักษะสังคม เป็นความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพในการอยู่ร่วมกันภายใต้กฎกติกาของสังคม รวมทั้งแก้ปัญหา ตัดสินใจ จัดการกับอารมณ์และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งทักษะเหล่านี้เป็นข้อจำกัดของเด็กออทิสติก⁽⁴⁾ เช่น ไม่มีการมองสบตา ไม่ค่อยแสดงออกทางสีหน้า ท่าทางเพื่อสื่อสารกับผู้อื่น ไม่สามารถที่จะผูกสัมพันธ์กับเพื่อนได้เหมาะสมตามวัย⁽¹⁻²⁾ รวมถึงความสามารถในการเข้าใจ คาดเดาความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมของผู้อื่น⁽³⁾ ทำให้เด็กออทิสติกมีประสบการณ์ถูกล้อเลียน ถูกปฏิเสธ ถูกกลั่นแกล้ง เกิดพฤติกรรมแยกตัว หากปัญหาทักษะสังคมไม่ได้รับการแก้ไขจนกระทั่งเด็กออทิสติกเข้าสู่วัยรุ่น ล่วงเลยจนวัยผู้ใหญ่อาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล^(1,5-6) การฝึกทักษะสังคม ทำให้หลายลักษณะทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตลอดจนผู้ดูแล หรือผู้ปกครองสามารถเป็นนักบำบัดอีกคนสำคัญที่คอยเสริมแรง สนับสนุน และเปิดโอกาสให้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง⁽⁷⁻⁸⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำเรื่องราวทางสังคม วิดีโอเป็นแบบอย่าง ฝึกโดยใช้กลุ่มเพื่อน และครอบครัวเพื่อทำกิจกรรมร่วมกันผ่านสถานการณ์ต่างๆ เพื่อฝึกทักษะสังคม สำหรับการใช้อธิบายเรื่องราวทางสังคมเป็นการเลือกทักษะสังคมที่เป็นปัญหา ยุ่งยาก หรือเป็นการเรียนรู้ใหม่ โดยปรับเนื้อเรื่อง ตัวบุคคล แล้วนำมาแต่ง เขียนเป็นเรื่องราวทางสังคม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว การอ่านอารมณ์ผู้อื่น เป็นต้น แต่ยังมีข้อจำกัดในการเชื่อมโยงกับชีวิตประจำวัน การใช้วิดีโอเป็นแบบอย่าง เป็นการเรียนรู้จากการมอง โดยให้เด็กสังเกตพฤติกรรมที่เหมาะสมจากวิดีโอแล้วเลียนแบบตามเหมาะสำหรับการฝึกรายบุคคล ซึ่งทำได้เฉพาะพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่ซับซ้อน ส่วนการฝึกโดยใช้กลุ่มเพื่อน เป็นการฝึกเพื่อนเพื่อเป็นตัวแบบในการเล่น ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนทักษะสังคม ตัวอย่างเช่น โต้ตอบเมื่อถูก

ชักชวน ขอร้อง แสดงความคิดเห็น ให้ความสนใจขณะเพื่อนทำกิจกรรม สลับกันเล่นตามหน้าที่ ร่วมแก้ปัญหา และสื่อสารเมื่อเล่นเกมมีกฎกติกา ซึ่งทำได้ในกลุ่มเล็กๆ เพื่อนต้องได้รับการฝึกมาก่อน และเฉพาะในบริบทโรงเรียน นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมฝึกทักษะสังคมโดยผู้ปกครอง ผ่านการให้ความรู้ สอนสาธิต มอบหมาย การบ้านให้ผู้ปกครอง กิจกรรมเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งให้คำปรึกษาจากผู้ให้บริการ รูปแบบนี้ทำให้เด็กสามารถพัฒนาทักษะสังคมได้อย่างต่อเนื่องทั้งในสถานที่ฝึกและที่บ้าน^(3,5-6,9-11) ขณะที่สถานการณ์จริงในบริบทของการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น สวนสาธารณะ ร้านค้า ซูเปอร์มาร์เก็ต ร้านอาหาร ซึ่งประกอบด้วยทั้งคนที่รู้จักและไม่รู้จัก ก็สามารถพัฒนาทักษะสังคมได้เช่นกัน⁽¹²⁾

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาหรือโควิด-19 ตั้งแต่ช่วงปลายปี 2019 ที่ผ่านมาส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิตทางสังคม เศรษฐกิจของประชาชนทั่วโลก โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเปราะบางทางสังคมมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ เช่น ผู้สูงอายุ ที่ มี โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุหรือคนพิการที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง รวมถึงเด็กออทิสติกที่ได้รับผลกระทบ ทำให้ไม่สามารถรับบริการทางสุขภาพได้ตามปกติ ขาดการติดต่อจากสังคม ไม่เข้าใจเรื่องการดูแลตนเอง และไม่เข้าใจการใส่หน้ากากอนามัย⁽¹³⁻¹⁵⁾ ในแง่ของผู้ดูแลสะท้อนว่าเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 เด็กไม่ได้รับการพัฒนาทักษะ กังวลว่ามีพัฒนาการถดถอย เนื่องจากผู้ดูแลไม่รู้ว่าจะทำกิจกรรมอะไรในแต่ละวัน ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการพฤติกรรมได้ ส่วนเด็กก็มีแรงจูงใจต่ำและมีกิจกรรมไม่เหมาะสม เช่น กินและนอนมากกว่าปกติ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ จากข้อจำกัดที่เกิดขึ้นเหล่านี้ส่งผลให้นักกิจกรรมบำบัดต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็นทางด้านสุขภาพ และจัดหารูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมกับยุคชีวิตวิถีใหม่ เช่น การให้คำปรึกษา การให้โปรแกรมบำบัดที่บ้าน (home program) และการพัฒนารูปแบบการให้บริการผสมผสาน (hybrid)

คือ มีการให้บริการในหน่วยงาน (onsite) พร้อม ๆ กับการแพทย์ทางไกล (telemedicine) โดยการทำสื่อวีดิทัศน์ คลิปวิดีโอ โทรติดตามเด็กออทิสติกและผู้ดูแลผ่านทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน^(12,18-20) การให้บริการกิจกรรมบำบัดแบบทางไกลจึงสามารถเป็นทางเลือกของการให้บริการในสถานการณ์โควิด-19 ที่สามารถปิดช่องว่าง ข้อจำกัดการเข้าถึงบริการ ช่วยลดการสัมผัส ติดเชื้อ และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมถึงพัฒนาผลลัพธ์การให้บริการทางคลินิก^(15,21) ด้วยการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารซึ่งประกอบด้วย ระบบอินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ ประชุมทางไกลผ่านระบบวิดีโอ โทรศัพท์ แอปพลิเคชันต่าง ๆ ส่งผ่านข้อมูลด้วยวิดีโอ ภาพถ่าย และอีเมลระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทำได้ในรูปแบบลักษณะโต้ตอบทันทีทันใดในช่วงเวลาเดียวกัน หรือบันทึกส่งต่อข้อมูลระหว่างกันภายหลัง⁽²²⁾ ซึ่งกิจกรรมบำบัดในต่างประเทศมีการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดทางไกลเพิ่มขึ้นในหลายรูปแบบทั้ง telehealth, tele-rehabilitation, tele-evaluation, tele-monitoring, virtual or online group therapy และ home-based care⁽¹²⁾ โดยคำนึงถึงองค์ประกอบของ (1) มีประสิทธิภาพ ช่วยลดต้นทุน (2) ยกระดับคุณภาพการดูแล (3) ปฏิบัติตามแนวทางการดูแล (4) สร้างพลังให้ผู้รับบริการ (5) ส่งเสริมความสัมพันธ์ใหม่ (6) ให้ความรู้ (7) แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน (8) เกิดส่วนขยายเพิ่มเติม (9) มีจริยธรรมและความยุติธรรม และ (10) ใช้งานง่าย สนุกสนาน และสร้างความตื่นเต้น⁽²³⁾

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยมองว่าเด็กออทิสติกเป็นหนึ่งในผู้รับบริการงานกิจกรรมบำบัดที่เป็นกลุ่มเรื้อรัง ด้วยกระบวนการดูแลมีความต่อเนื่องในการบำบัดรักษา มีการติดตามการดูแลตั้งแต่วัยเด็ก วัยเรียน จนกระทั่งวัยรุ่น ซึ่งในช่วงสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ที่ผ่านมา พบว่าสถิติจำนวนเด็กออทิสติกที่มารับบริการงานกิจกรรมบำบัดลดลงมากกว่าร้อยละ 50 ขาดการฝึก (loss follow-up) และในส่วนของงานกิจกรรมบำบัดในประเทศไทยยังไม่มีการจัดทำแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน

ในการให้บริการแบบทางไกลอย่างชัดเจน ประกอบกับ สอดรับนโยบายของโรงพยาบาลในการปรับระบบการให้บริการ ลดความแออัด และการรอคอย จึงเป็นที่มาของการศึกษา ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะสังคมแบบทางไกลสำหรับเด็กออทิสติก เพื่อใช้ในการพัฒนาระบบบริการดูแลบำบัดเด็กออทิสติก ที่อาศัยครอบครัวมีส่วนร่วมและช่วยเหลือเด็กในบริบทของตนเอง สำหรับเป็นทางเลือกหรือใช้ควบคู่กับการดูแลเด็กออทิสติกแบบดั้งเดิม

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นแบบผสมผสาน (Mixed methods research) ประกอบด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest - posttest control group design) และการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประชากร คือ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 ว่าเป็นโรคออทิสติกมารับบริการที่งานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหาดใหญ่ และครอบครัวเด็กออทิสติก

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กออทิสติกอายุ 7-12 ปี และครอบครัว ที่มารับบริการงานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหาดใหญ่ ช่วงเดือนเมษายน-สิงหาคม พ.ศ. 2565 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ คือ

1) เด็กออทิสติกกลุ่มที่มีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง เข้าใจ สื่อความหมายเพื่อบอกความต้องการได้ และมีปัญหาทักษะสังคมมากกว่า 1 ด้าน

2) ครอบครัว ผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่กับเด็กออทิสติก และมีเวลาฝึกทักษะสังคมเด็กที่บ้าน มีความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เช่น ระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ต อุปกรณ์หรือโทรศัพท์ที่รองรับการบันทึกวีดิทัศน์

สำหรับเกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย

คือ เด็กออทิสติกมีโรคประจำตัวหรือการบาดเจ็บทางสมอง เช่น ลมชัก และครอบครัวมีความเครียดมากหรือมีโรคทางจิตเวช

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง จากงานวิจัยของอิรากรณณ์มณีรัตน์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้ และใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ 80% กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลางที่ 0.5 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 12 คน เมื่อคำนึงถึงการป้องกันกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัย กำหนด drop out ร้อยละ 20 เท่ากับ 3 คน ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน รวมทั้งสองกลุ่ม 30 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและจับคู่ทั้งสองกลุ่มให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในด้านของอายุ เพศ และความรุนแรงของอาการออทิสติก แล้วจับฉลากเพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลเป็นครอบครัวกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่

1.1 โปรแกรมการฝึกทักษะสังคมแบบทางไกลสำหรับเด็กออทิสติก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับทักษะสังคมเด็กออทิสติก คำนึงองค์ประกอบของความสามารถด้าน (1) การทักทาย การแนะนำตัว (2) ทักษะการฟัง (3) การสนทนาโต้ตอบ (4) การแบ่งปัน สลับกัน (5) การเสริมแรง คำชมผู้อื่น (6) ความเข้าใจเรื่องอารมณ์และภาษาท่าทาง (7) การมีอารมณ์ร่วมและการจัดการความคับข้องใจ และ (8) ความสงบและผ่อนคลาย มีรูปแบบทั้งหมด 10 กิจกรรม 10 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที

1.2 คำถามกึ่งโครงสร้าง ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งเป็นแนวคำถามปลายเปิดที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสารต่างๆ ที่

เกี่ยวข้องกับผลกระทบสถานการณ์โควิด-19 และผลการฝึกทักษะสังคมแบบทางไกล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กออทิสติกและผู้ดูแล

2.2 แบบประเมินทักษะสังคม (the scale of independent behavior - revised)⁽²⁴⁾ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วัดความสามารถในการปฏิสัมพันธ์ของเด็กและวัยรุ่นออทิสติกกับบุคคลอื่นในสถานการณ์ทางสังคมที่หลากหลายเกี่ยวกับความสามารถในการเข้าใจ และสื่อความหมายด้วยการกระทำ การพูด และการเขียน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ (1) การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) (2) ความเข้าใจภาษา (language comprehension) และ (3) การใช้ภาษา (language expression) มีการให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน โดยที่ 0=ไม่เคยเลย หรือแทบไม่ได้ทำเลย 1=ทำได้แต่ไม่ดีหรือทำได้ประมาณหนึ่งในสี่ของเวลา 2=ทำได้ดีปานกลางหรือทำได้ประมาณสามในสี่ของเวลา และ 3=ทำได้ดีมากหรือทำอย่างสม่ำเสมอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการฝึกทักษะสังคมแบบทางไกลสำหรับเด็กออทิสติก และคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึกที่สร้างขึ้น นำมาหาความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ (1) กุมารแพทย์ระดับเชี่ยวชาญ (2) อาจารย์กิจกรรมบำบัดที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับเด็กออทิสติก (3) นักกิจกรรมบำบัดที่ทำงานด้านเด็กออทิสติก เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาคิดค่าดัชนีความสอดคล้อง (item-objective congruence: IOC) พบว่า มีคะแนน IOC ตั้งแต่ 0.67 -1.00 โดยโปรแกรมการฝึกทักษะสังคมฯ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 และคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุง แก้ไขตามคำแนะนำของ

ผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คนเพื่อดูความเหมาะสมและข้อจำกัด

สำหรับแบบประเมินทักษะสังคม ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้ในงานวิจัย โดยใช้กระบวนการแปลที่คำนึงถึงความสอดคล้องทางวัฒนธรรม (cross culture translation) และผ่านการหาค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องด้วยวิธีแบ่งครึ่ง (split-half method) ได้ค่าความเที่ยง 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นนักกิจกรรมบำบัดที่มีประสบการณ์การทำงานกับเด็กออทิสติกอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป โดยมีหน้าที่เก็บรวบรวมคะแนนทักษะสังคม

ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเก็บข้อมูลและเข้าร่วมวิจัย แบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้ช่วยวิจัยประเมินวัดคะแนนทักษะสังคมก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่ม

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยอบรมให้ความรู้ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง เรื่อง การฝึกทักษะสังคมทางไกลในประเด็นของวิธีการ ข้อควรระวัง เทคนิคการจัดการ การให้เด็กออทิสติกได้คุ้นเคยกับการถูกบันทึกวิดีโอที่ศัน รวมถึงข้อสงสัยต่างๆ จากนั้นดำเนินการทดลองด้วยโปรแกรมการฝึกทักษะสังคมแบบทางไกลสำหรับเด็กออทิสติก ในรูปแบบฝึกทักษะสังคมที่บ้านโดยผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว แต่ละครั้งมีการบันทึกวิดีโอที่ศัน แล้วส่งให้ผู้วิจัยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ จากนั้นผู้วิจัยฝึกสอน (coaching) และเสนอแนะ (feedback) ทุกสัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง จำนวนทั้งหมด 10 ครั้ง ดังรายละเอียด

ครั้งที่ 1 ทักทาย แนะนำตัว เป็นกิจกรรมเล่าประวัติตนเอง เช่น ชื่อ -สกุล ชื่อเล่น การศึกษา ฝัน สิ่งที่ชอบและไม่ชอบ

ครั้งที่ 2 เกมกระดาน (Boardgame) เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ชิ้นส่วนหรือตัวหมาก เช่น ลูกเต๋า ตัวเดิน หรือการ์ดวางไว้บนพื้นที่เล่น เคลื่อนที่หรือหยิบออกจากพื้นที่เล่น พื้นที่เล่นเปรียบได้กับ “กระดาน” ซึ่งจะมีพื้นผิวหรือรูปภาพเฉพาะสำหรับเกมนั้นๆ เช่น เกมเศรษฐี บันไดงู โดมิโน อุโน้ แตนกา หมากขุม

ครั้งที่ 3 บทบาทสมมติ เป็นการเล่นหรือแสดงบทบาทสมมติตามความสนใจ เช่น ฮีโร่ อัศวิน คุณหมอ ตำรวจ แม่ค้า เซฟ

ครั้งที่ 4 ร้องเพลงเพลินใจ เป็นกิจกรรมร้องเพลงตามความถนัด ชอบ และสนใจ โดยเลือก 1 เพลง สามารถเต้น โยกตัว ทำท่าทาง ใช้ดนตรีประกอบได้

ครั้งที่ 5 เล่าเรื่องหรรษา เป็นกิจกรรมเล่านิทาน เล่าเรื่อง เล่าข่าว หรือเหตุการณ์ที่สนใจจำนวน 1 เรื่อง

ครั้งที่ 6 ใช้เรื่องราวทางสังคม เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลให้เด็กอธิบาย และร่วมแสดงความคิดเห็นภาพของเรื่องราวทางสังคมที่กำหนดให้จำนวน 3 เหตุการณ์ ประกอบด้วย การขอโทษ การขอบคุณ และการเข้าแถว

ครั้งที่ 7 ใช้โทรศัพท์เพื่อการสื่อสาร เป็นกิจกรรมที่让孩子เรียนรู้ ทำความรู้จักกับโทรศัพท์ ปุ่มกดต่างๆ และการใช้งาน จากนั้นให้ผู้ดูแลสร้างสถานการณ์ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ (1) ให้เด็กรับสายโทรศัพท์ และ (2) ให้เด็กโทรศัพท์หาบุคคลอื่น

ครั้งที่ 8 สาธิตการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการทำอาหาร เป็นกิจกรรมที่让孩子และผู้ดูแล เลือกรายการอาหาร 1 เมนู ประเภทอาหารคาว หวาน ที่สนใจ โดยเตรียมวัตถุดิบ อุปกรณ์ให้พร้อม แล้วสาธิต อธิบาย ปรงอาหาร จนสำเร็จพร้อมรับประทาน

ครั้งที่ 9 ชื่อของที่ร้านค้า เป็นกิจกรรมที่让孩子ชื่อของที่ร้านค้า เช่น ร้านขายของชำ ร้านสะดวกซื้อ ห้างสรรพสินค้า

ครั้งที่ 10 สะท้อนความรู้สึก เป็นกิจกรรมที่เด็กและ

ผู้ดูแลประชุมทางวิดีโอ (videoconferencing) กับผู้วิจัย เพื่อบอกเล่าเรื่องราว ความรู้สึก เมื่อได้ใช้โปรแกรมทางไกล เช่น กิจกรรมที่ชอบที่สุด กิจกรรมที่สนุกที่สุด กิจกรรมที่ยากที่สุด เป็นต้น

จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน ใช้เวลาครั้งละ 40-60 นาทีต่อคน และทำการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์จะยุติเมื่อข้อมูลครอบคลุมและสมบูรณ์ (data saturation)

กลุ่มควบคุมได้รับการฝึกทักษะสังคมโดยนักกิจกรรมบำบัด ณ โรงพยาบาล เป็นเวลา 10 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยใช้กิจกรรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง และฝึกสอน (coaching) เสนอแนะ (feedback) ภายหลังการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง

ขั้นหลังการทดลอง ผู้ช่วยผู้วิจัยทำแบบประเมินวัดคะแนนทักษะสังคมของทั้งสองกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Chi-square

2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลคะแนนทักษะสังคม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและควบคุม มีการกระจายข้อมูลปกติ

3. เปรียบเทียบคะแนนทักษะสังคมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองด้วยการทดสอบ Paired t-test

4. เปรียบเทียบคะแนนทักษะสังคมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองด้วยการทดสอบ independent t-test

5. วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยนำข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกที่บันทึกมาถอดเทปการสนทนา สรุปความตามประเด็น และเขียนคำบรรยายโดยละเอียด

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณา และความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่ HYH EC 030-65-01

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square พบว่า สองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 10.13 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.3 การศึกษาเป็นห้องเรียนทั่วไปร้อยละ 53.3 มีพี่น้องร้อยละ 80 ไม่ได้รักษาด้วยยาร้อยละ 60 เป็นครอบครัวขยายร้อยละ 60 และบิดามารดาอยู่ด้วยกันร้อยละ 80 กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 10.13 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 การศึกษาเป็นห้องเรียนพิเศษ ร้อยละ 53.3 มีพี่น้องร้อยละ 86.7 ไม่ได้รักษาด้วยยาร้อยละ 66.7 เป็นครอบครัวขยายร้อยละ 60 และบิดามารดาอยู่ด้วยกันร้อยละ 86.7

2. คะแนนเฉลี่ยทักษะสังคมก่อนทดลองในกลุ่มทดลองเท่ากับ 166.93 คะแนน กลุ่มควบคุมเท่ากับ 167.20 คะแนน ส่วนหลังทดลองในกลุ่มทดลองเท่ากับ 173.27 คะแนน กลุ่มควบคุมเท่ากับ 172.47 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะสังคมภายในสองกลุ่มพบว่า ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มพบว่า ก่อนและหลังทดลอง ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

3. สิ่งที่ค้นพบโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ความคิดเห็นของผู้ดูแลต่อสถานการณ์โควิด-19 กับการฝึกทักษะสังคม และความคิดเห็นต่อการฝึกทักษะสังคมแบบทางไกลสำหรับเด็กออทิสติก ดังรายละเอียด

ความคิดเห็นของผู้ดูแลต่อสถานการณ์โควิด-19 กับการฝึกทักษะสังคม พบว่า เด็กออทิสติกขาดการเรียนรู้และส่งเสริมพัฒนาการที่ต่อเนื่อง ผู้ดูแลไม่มีรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการส่งผลให้ทักษะสังคมของเด็กไม่ได้ถูกนำไปใช้ และเกิดปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ตามมา เช่น การรับประทานอาหาร การใช้เวลาในชีวิตประจำวัน และการ

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะสังคมแบบทางไกลสำหรับเด็กออทิสติก

ตารางที่ 1 คุณลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		p-value ^a
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)	7	1 6.70	2 13.30		0.96 ^a
	8	1 6.70	1 6.70		
	9	4 26.70	3 20.00		
	10	2 13.30	1 6.70		
	11	3 20.00	3 20.00		
	12	4 26.70	5 33.30		
	Mean=10.13, SD=1.60		Mean=10.13 SD=1.85		
เพศ	ชาย	11 73.30	10 66.70		0.69 ^a
	หญิง	4 26.70	5 33.3		
การศึกษา	ห้องเรียนทั่วไป	8 53.30	7 46.70		0.71 ^a
	ห้องเรียนพิเศษ	7 46.70	8 53.30		
พี่น้อง	มี	12 80.00	13 86.70		0.62 ^a
	ไม่มี	3 20.00	2 13.30		
การรักษาด้วยยา	ใช้	6 40.00	5 33.30		0.70 ^a
	ไม่ใช้	9 60.00	10 66.70		
ลักษณะครอบครัว	เดี่ยว	6 40.00	6 40.00		1.00 ^a
	ขยาย	9 60.00	9 60.00		
สถานภาพบิดามารดา	อยู่ด้วยกัน	12 80.00	13 86.70		0.62 ^a
	แยกกันอยู่	3 20.00	2 13.30		

^a = สถิติทดสอบ Chi-square

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองใช้สถิติ paired t test และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติ independent t-test

ตัวแปร		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value ^b
		Mean	SD	Mean	SD	
ทักษะสังคม	ก่อนทดลอง	166.93	27.40	167.20	27.74	0.48
	หลังทดลอง	173.27	29.74	172.47	29.15	
	p-value ^a	<0.01*		<0.01*		

a= paired t test, b= Independent t-test

ใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่เป็นปกติ รวมถึงผู้ดูแล
ควบคุมจัดการได้ยาก ส่วนความคิดเห็นต่อการฝึกทักษะ
สังคมแบบทางไกลสำหรับเด็กออทิสติก มีจำนวน 4

ประเด็นประกอบด้วย (1) สร้างสัมพันธภาพและการ
เรียนรู้ใหม่ (2) สะดวก ลดค่าใช้จ่าย เวลาและการเดิน
ทาง (3) นำไปใช้และต่อยอดในชีวิตประจำวัน (4) ทาง

เลือกของการรักษา

การสร้างสัมพันธภาพและการเรียนรู้ใหม่

ผู้ดูแลและสมาชิกภายในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเพิ่มขึ้น และเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงในการฝึกทักษะสังคมตามบริบทในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ และครอบครัวเป็นศูนย์กลางของกระบวนการรักษา (family center)

ความสะดวก ลดค่าใช้จ่าย เวลา และการเดินทาง

ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ เกิดความยืดหยุ่นในการฝึกทักษะ สามารถเพิ่มความถี่ในการฝึกทักษะได้ตามที่ต้องการ

การนำไปใช้ได้และต่อยอดชีวิตประจำวัน

ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และนำไปสู่การปฏิบัติภายในครอบครัว โดยใช้กิจกรรมที่มีความคุ้นเคยและมีความจำเป็นต่อชีวิตประจำวัน เช่น การประกอบอาหาร การเข้าแถวเพื่อซื้อของที่ร้านค้า การใช้โทรศัพท์เพื่อการสื่อสาร

ทางเลือกของการรักษา

ผู้ดูแลได้รับแนวทางการฝึกทักษะสังคมเด็กออทิสติกด้วยตนเองที่มีรูปแบบและขั้นตอนชัดเจน ชดเชยการฝึกแบบดั้งเดิมในสถานการณ์ที่ไม่สามารถมารับบริการได้ตามปกติ

อย่างไรก็ตาม พบว่า มีข้อจำกัดของการใช้โปรแกรมทางไกล เช่น เด็กออทิสติกไม่ให้ความร่วมมือ มีปฏิริยาต่อการถูกบันทึกวีดิทัศน์ และศักยภาพของผู้ดูแลไม่เพียงพอ

วิจารณ์

จากผลการวิจัย พบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะสังคมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะสังคม อธิบายได้ว่าการฝึกทักษะสังคมแบบทางไกล เน้นอาศัยผู้ดูแลและความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปนั้น พบว่า ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายและมีพี่น้องประกอบด้วยผู้ดูแลได้อบรมความรู้ก่อนใช้ และมีช่องทางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น เสนอแนะจากนักกิจกรรมบำบัด

อย่างใกล้ชิด ทำให้ได้รับข้อมูลทันทีที่สามารถสอนและปรับให้เข้ากับเด็กออทิสติกได้⁽²⁵⁾ และรูปแบบทางไกลนี้เป็นการส่งข้อมูลและประชุมทางวิดีโอผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ มีความสะดวก ไม่ซับซ้อน ใช้เทคโนโลยีระดับต่ำ-กลาง เข้าถึงได้ง่าย ใช้อย่างแพร่หลายและคุ้นเคยเป็นอย่างดี⁽²⁶⁾ ตลอดจนข้อสนับสนุนจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้ดูแลและสมาชิกภายในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเพิ่มขึ้น เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงในการฝึกทักษะสังคมตามบริบทในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ ช่วยให้เกิดความก้าวหน้าของทักษะสังคมเด็กออทิสติก สอดคล้องกับการศึกษาของ Wallisch, et al. ที่พบว่ามุมมองของผู้ดูแลต่อกิจกรรมบำบัดทางไกลนั้นมีความเข้ากันได้ในชีวิตประจำวัน ช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ และเสริมพลังให้กับผู้ดูแล⁽¹⁸⁾

สำหรับในกลุ่มควบคุมเป็นลักษณะการฝึกทักษะสังคมแบบดั้งเดิมโดยนักกิจกรรมบำบัด หลังการทดลองเด็กออทิสติกมีคะแนนเฉลี่ยทักษะสังคมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน อธิบายได้ว่า บริบทคลินิกที่มีความเป็นทางการ และความเป็นวิชาชีพที่ดูแลเด็กออทิสติกโดยตรงสามารถรับมือกับทักษะสังคมในบางด้านได้เฉพาะเจาะจงกว่า เช่น ด้านการมีอารมณ์ร่วมและการจัดการความคับข้องใจในกิจกรรมเกมกระดาน ที่อาศัยการเรียนรู้กฎกติกา และรู้แพ้ รู้ชนะ รู้ภัย เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Camden C และ Silva M ที่พบว่า พฤติกรรมที่ควบคุมได้ยากของเด็กออทิสติก ต้องอาศัยประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของวิชาชีพในการจัดการภายใต้สภาพแวดล้อมในขณะนั้น (in person service) ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของการใช้รูปแบบทางไกล⁽²⁶⁾

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ผลการวิเคราะห์หลังทดลองพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า โปรแกรมทักษะสังคมถูกพัฒนา บูรณาการหลากหลายวิธีร่วมกัน และดำเนินการอย่างต่อเนื่องภายในระยะเวลา 10 สัปดาห์ แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของทักษะสังคมดีขึ้น ซึ่งมีการใช้บทบาทสมมติ เกมกระดาน เรื่องราวทางสังคม

และกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Liratni, et al. ที่ใช้โปรแกรมทักษะสังคมโดยอาศัยสถานการณ์การดำเนินชีวิตทั่วไป ประกอบด้วยบุคคลหลายกลุ่มทั้งเด็กและผู้ใหญ่ คนคุ้นเคยและไม่รู้จัก เพื่อเพิ่มโอกาสการสนทนาโต้ตอบ สร้างความเข้าใจเรื่องอารมณ์ และภาษาท่าทางซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทักษะสังคม⁽¹²⁾ ทำให้เด็กออทิสติกสองกลุ่มมีคะแนนทักษะสังคมเพิ่มขึ้นใกล้เคียงกัน ขณะที่ความคิดเห็นของผู้ดูแลต่อการฝึกทักษะสังคมแบบทางไกลนั้น เห็นว่าใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่งอาจไม่เพียงพอ ไม่สามารถรับมือกับการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ ซึ่งรูปแบบนี้ถูกนำไปใช้เป็นลักษณะทางเลือก หรือผสมผสานร่วมกันกับแบบดั้งเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ Pompa-Craven, et al. ที่พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจสูงต่อการใช้บำบัดทางไกล แต่หากเลือกได้มีความต้องการบำบัดลักษณะเผชิญหน้า (face to face) มากกว่า และการบำบัดทางไกลไม่ได้มีความเหมาะสมกับทุกคน⁽²⁷⁾ ดังนั้นหากนำรูปแบบทางไกลไปประยุกต์ใช้จึงควรพิจารณาถึงความเหมาะสม และความพร้อมเป็นรายบุคคลในประเด็นบริบทของผู้ดูแลในด้านความรู้ ทักษะอุปกรณ์ และค่าใช้จ่าย รวมถึงศักยภาพของเด็กออทิสติกด้วย

เอกสารอ้างอิง

- Centers for Disease Control and Preventio. Basics about autism spectrum disorder (ASD) [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 24]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/facts.html>
- ทวีศักดิ์ ลีรัตน์เรขา. ออทิสติก [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2022]. แหล่งข้อมูล: <https://www.happy-homeclinic.com/au02-autism.htm>
- นาถลดา ตะวันกาญจนโชติ. ทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2559;30(2):1-21.
- ณปนต์ โคตพัฒน์, มนัสวาทน์ โกวิทยา. ผลของการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนตามแนวคิดการศึกษาแบบใช้พื้นที่เป็นฐานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมสำหรับบุคคลออทิสติกวัยรุ่น. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา 2560;12(2):401-15.
- Hotton M, Coles S. The effectiveness of social skills training groups for individuals with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord 2016;3(1):68-81.
- Olsson NC, Flygare O, Coco C, Görling A, Råde A, Chen Q, et al. Social skills training for children and adolescents with Autism Spectrum Disorder: A randomized controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017;56(7):585-92.
- Spain D, Blainey HS. Group social skills interventions for adults with high-functioning autism spectrum disorders: a systematic review. Autism Int J Res Pract 2015; 19(7):874-86.
- Deckers A, Muris P, Roelofs J, Arntz A. A group-administered social skills training for 8- to 12- year-old, high-functioning children with Autism Spectrum Disorders: an evaluation of its effectiveness in a naturalistic outpatient treatment setting. J Autism Dev Disord 2016; 46(11):3493-504.
- Krasny L, Williams BJ, Provencal S, Ozonoff S. Social skills interventions for the autism spectrum: essential ingredients and a model curriculum. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2003;12(1):107-22.
- Mourad Ali Eissa Saad. A systemic review of autism spectrum disorder in children and adolescents: social deficits and intervention. International Journal of Psycho- Educational Sciences 2017;6(2):1-17
- ธีรากร มณีรัตน์, พัชราภรณ์ เจนใจวิทย์, ภัทรา ฤชวารักษ์, ภัทราภรณ์ กาบกลาง, ปิยะวรรณ ศรีสุรักษ์, พรมณี หาญหัก. การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกในจังหวัดขอนแก่น ด้วยโปรแกรมฝึกทักษะสังคม. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2563;2(1):107-24.

12. เสาวลักษณ์ หมั่นเพชร, จุติมา องค์การธง. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะสังคมแบบกลุ่มในเด็กออทิสติก. วารสารวิชาการเขต 12 2559;27(3):75-9.
13. Liratni M, Blanchet C, Pry R. A longitudinal (3 years) study of the development of four children with autism without mental retardation after 90 sessions of social skills training. *L'Encephale* 2016;42(6):529-34.
14. มะลิวัลย์ เรือนคำ, พรเพ็ญ ศิริสัตยะวงศ์, ศุภลักษณ์ เข็มทอง, วัฒนารี อัมมารธนะ, พรทิพย์พา ธิพายอม. ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตและรูปแบบการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดที่ตอบสนองต่อยุคชีวิตวิถีใหม่. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2565
15. Kasai T. From the “new normal” to a “new future”: a sustainable response to COVID-19. *Lancet Reg Health West Pac* 2020;4:100043.
16. Eshraghi AA, Li C, Alessandri M, Messinger DS, Eshraghi RS, Mittal R, et al. COVID-19: overcoming the challenges faced by individuals with autism and their families. *Lancet Psychiatry* 2020;7(6):481-3.
17. Latzer IT, Leitner Y, Karnieli-Miller O. Core experiences of parents of children with autism during the COVID-19 pandemic lockdown. *Autism Int J Res Pract* 2021;25(4):1047-59.
18. Baweja R, Brown S, Edwards E, Murray M. COVID-19 pandemic and impact on patients with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 2022;52(1):473-82.
19. Wallisch A, Little L, Pope E, Dunn W. Parent perspectives of an occupational therapy telehealth intervention. *Int J Telerehabilitation* 2019;11(1):15-22.
20. Cason J Telehealth. A rapidly developing service delivery model for occupational therapy. *Int J Telerehabilitation* 2014;6(1):29-35.
21. World Federation of Occupational Therapists. World Federation of Occupational Therapists' position statement on telehealth. *Int J Telerehabilitation* 2014;6(1):37-9.
22. Grant C, Jones A, Land H. What are the perspectives of speech pathologists, occupational therapists and physiotherapists on using telehealth videoconferencing for service delivery to children with developmental delays? A systematic review of the literature. *Aust J Rural Health* 2022;30(3):321-36.
23. Hung G, Fong K. Effects of telerehabilitation in occupational therapy practice: a systematic review. *Hong Kong J Occup Ther HKJOT* 2019;32(1):3-21.
24. Sarsak S. Telerehabilitation services: a successful paradigm for occupational therapy clinical services? *Int Phys Med Rehabil* 2020;5(2):93-8.
25. Bruininks RH, Woodcock RW, Weatherman RF, Hill BK. Scales of independent behavior - revised. Itasca, IL: Riverside Publishing; 1996
26. Vismara AL, McCormick C, Young SG, Nadhan A, Monlux K. Preliminary findings of a telehealth approach to parent training in Autism. *J Autism Dev Disord* 2013; 43(1):2953-69.
27. Camden C, Silva M. Pediatric telehealth: Opportunities created by the COVID-19 and suggestions to sustain Its use to support families of children with disabilities. *Phys Occup Ther Pediatr* 2021;41(1):1-17.
28. Pompa-Craven P, Tierman E, Martino J, Lotfizadeh AD. Caregiver satisfaction with delivery of telehealth Autism services. *Adv Neurodev Disord* 2022;6(2):196-205.

Effect of a Telemedicine Intervention on a Social Skills Training Program in Children with Autism Spectrum Disorder

Saowalak Muenphet, M.Sc. (Health System Management)

Occupational Therapy Unit, Rehabilitation Department, Hatyai Hospital, Songkhla Province, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2024;33(4):639-49.

Corresponding author: Saowalak Muenphet, Email: saowalak.luckd@gmail.com

Abstract: This mixed methods research study aimed to investigate the effects of remote social skills training in children with autism. The quantitative research procedure was a quasi-experimental study with a pre-test-posttest control group design. The sample consisted of 30 autistic children aged 7-12 years. They were divided into an experimental group and a control group of 15 participants each. The control group received traditional social skills training by occupational therapists. The experimental group received a remote social skills program delivered by a caregiver, with video recording and tracking via the LINE application over 10 weeks. After completion of the program, in-depth interviews were conducted with 15 caregivers who had used the remote social skills program. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, paired t-tests, and independent t-tests. The qualitative data was analyzed using content analysis. The results of the study show that the autistic children in the remote social skills training group showed a statistically significant increase in their mean social skills scores after the experiment ($p=0.00$), similar to the traditional social skills training. The mean social skills scores between the two groups were not different before and after the experiment. The results of the in-depth interviews show that there are four main themes related to the telemedicine intervention for the social skills training program: (1) building relationships and new learning, (2) convenience, reducing costs, time and travel, (3) application in daily life, and (4) choice of treatment, demonstrating that a program can be used as a guide for autistic children's development, encourage family involvement as an alternative for service delivery, and be offered in two ways simultaneously.

Keywords: social skill training program; occupational therapist; telemedicine; autistic; caregiver