



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันนี้ โรคออทิสติก (Autistic Disorder) นับได้ว่าเป็นโรคหนึ่งที่กำลังเป็นที่สนใจไม่น้อย ซึ่งในปัจจุบันจำนวนเด็กออทิสติก พบได้ในเด็กทั่วโลก ที่สำคัญอุบัติการณ์การเกิดโรคออทิสติกในขณะนี้ก็เพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ 20 คน ต่อประชากรหมื่นคน (Fombonne, 2003) โดยจากการศึกษาภาวะออทิสติกในประเทศไทยและการดูแลรักษาแบบบูรณาการในระดับประเทศ พบว่าความชุกของภาวะ ออทิสติก ในเด็กอายุ 1-5 ปี เท่ากับ 9.9 ต่อประชากรหมื่นคน พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4 เท่า (เขาวชล ชุนแก้ว, 2549) และจาก สถิติ เด็กออทิสติก ที่เข้ารับบริการในสถาบันราชานุกูล ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปี 2548 จนถึง 2552 มีจำนวน 2488, 4338, 5907, 7264, 7880 ตามลำดับ(งานเวชสถิติสถาบันราชานุกูล, 2553) ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น

การวินิจฉัยและบำบัดรักษาเด็กออทิสติกตั้งแต่อายุน้อยๆ และทำอย่างต่อเนื่อง จะมีพยากรณ์โรคที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเมื่ออายุมาก (เพ็ญแข ถิมศิลา, 2540) นอกจากนี้ ชาตรี วิฑูรชาติ (2540) กล่าวไว้ว่า สิ่งที่เราจะต้องนึกถึงเสมอคือ เด็กออทิสติกแต่ละคนนั้น ไม่เหมือนกันเลย เขาจะแตกต่างกันในแต่ละด้าน บางคนอาจจะมีปัญหาในด้านภาษา ด้านสังคมอาจมีปัญหาเล็กน้อย นอกจากนั้นความแตกต่างทางอาการอาจจะขึ้นอยู่กับอีกหลายปัจจัย เช่น ขึ้นกับระดับเชาวน์ของเขา เด็กออทิสติกส่วนใหญ่ 60-70% จะมีความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาไปด้วย ทำให้มีการเรียนรู้ที่ช้า อีก 30-40% มีเชาวน์ปัญญาในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่าปกติ เพราะฉะนั้นในการช่วยเหลือออทิสติกแต่ละรายนั้น จะต้องวางแผนเป็น ราย ๆ ให้เหมาะสม เพื่อจะได้พัฒนาได้ถูกจุดในแต่ละคนเป็นราย ๆ ไป ที่สำคัญเด็กออทิสติกอาจจะมีปัญหาในการแสดงอารมณ์ของตนเองและอธิบายให้คนอื่น รู้ว่าเขามีความรู้สึกอย่างไร ดังนั้นเด็กจึงมักรู้สึกเก็บกด แต่อาจสามารถระบายออกได้ด้วยวิธีที่เรียกว่ากราด อาละวาด ก้าวร้าว หรือร้องไห้

ศรีเรือน แก้วกังวาน (2543)กล่าวว่า โรคออทิสติก นั้น แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ Low functioning autism หมายถึงบุคคลออทิสติกที่มีสติปัญญาค่อนข้างต่ำ ประมาณ 75% มี IQ ต่ำกว่า 70 กับ High functioning autism พวกนี้มีความรู้ค่าศัพท์ในระดับที่ใช้ได้เท่ากับเด็กปกติสติปัญญาดี ซึ่งกลุ่ม Low functioning autism มีความสามารถในการพูด การใช้ภาษาและการปรับตัวให้เข้ากับคนอื่น ๆ ได้น้อย ผิดกับกลุ่ม High functioning autism ที่สามารถพูด ใช้ภาษาและปรับตัวให้เข้ากับคนอื่น ๆ ได้ดีกว่ากลุ่มแรก

พฤติกรรมของเด็กออทิสติกโดยทั่วไป คือ 1. ความผิดปกติทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 2. ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร 3. ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) แต่พฤติกรรมที่ถือเป็นเรื่องสำคัญของเด็กออทิสติกคือ พฤติกรรมก้าวร้าวเพราะปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวเด็กออทิสติกเอง ครอบครัว และสังคม คือ ความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเองและต่อผู้อื่น อีกทั้งเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในเรื่องของการให้ เด็กออทิสติกมีคุณภาพชีวิตที่ดี และปลอดภัย ถือเป็นมิติที่สำคัญ

จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก ออทิสติกเป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวชที่มีความชุกถึงร้อยละ 9 – 31 ของเด็กออทิสติก พบในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง (Sturmey, 2002) จากสถิติรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของ โรงพยาบาลอุบลราชธานีปีพ.ศ. 2553 พบว่าเด็ก ออทิสติก ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเองคิดเป็นร้อยละ 13.2 พฤติกรรมก้าวร้าวที่เด็กแสดงออก เช่น เอาศีรษะโขกพื้นหรือโต๊ะ ทูบศีรษะ ทูบกระชก วังชุนประตุ หยิก ข่วนและกัด จำนวนครั้งในการทำร้ายตนเองเฉลี่ย 20 ครั้ง/วัน ความรุนแรงอยู่ในระดับ 2 - 4 และจากสถิติการทำร้ายบุคคลอื่นคิดเป็นร้อยละ 6.6 พฤติกรรมก้าวร้าวที่เด็กแสดงออกเช่น กัด หยิก ผลักและตี จำนวนครั้งในการทำร้ายคนอื่นเฉลี่ย 10 ครั้ง/วัน ความรุนแรงอยู่ในระดับ 2-4 (รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงประจำปี, 2553)

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรม ที่พบได้มากในเด็กออทิสติก (จิราพร ศรีเจริญกาญจน์, 2549) สอดคล้องกับ Ando & Yoshimura (1979) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก ออทิสติกมีอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นและพบได้บ่อยพฤติกรรมนี้เกิดจาก เด็กมีปัญหาด้านการปรับตัวในสังคม และมีความจำกัดด้านการพูดและการสื่อความหมายทำให้เด็กเกิดความคับข้องใจได้ง่าย ซึ่งส่งผลทำให้เด็กขาดโอกาสทางการศึกษา และการเรียนรู้ถูกปฏิเสธจากสังคมและเป็นปมด้อย นอกจากนี้ยังทำให้บุคคลที่ใกล้ชิดได้รับบาดเจ็บจากพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก สอดคล้องกับ เพ็ญแข ลิมสิลา (2540) ที่กล่าวว่า เด็กออทิสติกนั้น มีภาวะแห่งความยากลำบากในการพัฒนาตนเองให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมได้เท่าเทียมกับคนอื่นซึ่งมีพัฒนาการไม่เป็นไปตามวัย ดังนั้น พัฒนาการทุกด้านจะไม่ปกติ เช่น พัฒนาการด้านภาษา การสื่อสาร ด้านสังคมเป็นต้น ก็ทำให้เด็กออทิสติกไม่ทราบวิธีที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นได้ แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คือพฤติกรรมก้าวร้าว ออกมา จึงต้องปรับพฤติกรรมเด็กให้รู้วิธีการสื่อสาร วิธีการเข้าสังคม พวกเขาจะสามารถดำรงชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมได้ ที่สำคัญเมื่อเด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทางร่างกาย ครอบครัวเองก็ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กทางด้านอารมณ์ หรือแม้แต่ทางร่างกายครอบครัว จึงต้องมีส่วนในการช่วยเหลือเด็กเพื่อให้การดำรงชีวิตเด็กเป็นปกติ

พฤติกรรมก้าวร้าวนั้นจะเริ่มต้นจากสังคมหน่วยที่เล็กที่สุด และเมื่อได้รับแรงกระตุ้นร่วมกับความไม่เป็นระเบียบของสังคม ความก้าวร้าวก็จะเปลี่ยนจากครอบครัว ไปยังสมาชิกของสังคม อันก่อให้เกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ อาการก้าวร้าว เกิดขึ้นในหลายรูปแบบทั้งทางกายและทางวาจา ไม่ว่าจะเป็นความก้าวร้าวในรูปแบบใดก็เป็นสิ่งที่ทำให้พ่อแม่ กังวลใจและอาจเกิดอันตราย ดังนั้นเด็กออทิสติกที่ก้าวร้าวจึงต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษเพื่อให้ไม่เป็นอันตรายกับตัวเองและผู้อื่น เป็นปกติที่พ่อแม่ไม่ต้องการให้เด็กก้าวร้าวและจะเข้าไปจัดการกับเด็กทุกครั้งที่เด็กแสดงพฤติกรรมนี้

ปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวเด็กเอง ครอบครัว และสังคม คือ ความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเองและต่อผู้อื่น เนื่องจากความบกพร่องของการควบคุมตนเอง และอาการหุนหันพลันแล่น โดยเด็กไม่สามารถแสดงความรู้สึกนึกคิด และอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขปรับพฤติกรรม และฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว ที่พัฒนาความรุนแรงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเด็กต่อไป คือจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อต้านสังคม ดิคาเสพติด เป็นอันธพาลก่อปัญหาอาชญากรรม และสร้างความเดือดร้อนต่อสังคม เด็กจะมีภาพจน์ต่อตนเองไม่ดีไม่เป็นที่ชื่นชอบของทุกคน (วินัดดา ปิยศิลป์, 2545) ถ้าเด็กไม่ได้รับการรักษาอาจส่งผลกระทบทำให้กลายเป็นเด็กก้าวร้าว ดิคาเสพติด ต่อต้านสังคม เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จากการขาดความควบคุมทางอารมณ์ โดยพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว ของเด็กออทิสติกส่งผลอย่างมากต่อสุขภาพจิตของผู้ปกครองที่ต้องคอยควบคุมอาการต่างๆและจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (ศศิธร แก้วนพรัตน์, 2541)ถือได้ว่าเป็นภาระการดูแล

ที่สำคัญ เด็กออทิสติกมักประสบปัญหาด้านพฤติกรรมซึ่งมีผลต่อพัฒนาการด้านอื่นๆ ดังนั้นควรมีการปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ให้ลดลงรวมถึงการสร้างพฤติกรรมใหม่และส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีอยู่แล้วให้คงอยู่หรือเพิ่มมากขึ้น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้กล่าวถึงการปรับพฤติกรรมว่า คือการประยุกต์หลักของพฤติกรรมและหลักการเรียนรู้ต่างๆเพื่อใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น โดยใช้กับพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและวัดได้

กลไกการเกิดอารมณ์โกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อสิ่งที่ต้องการหรือสิ่งที่คาดหวังไว้ล้มเหลว หรือมีการสูญเสียความเชื่อมั่นของตนเอง จากการศึกษาถึงระดับความรุนแรงของความก้าวร้าวทางกาย พบว่ามีระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยที่สุดถึงมากที่สุดตามลำดับดังนี้ ผลึก ชกตอย ขว้างสิ่งของให้ผู้อื่น เตะ ดี (ด้วยไม้) บีบรัดคอหอย และผลที่เกิดจากการกระทำที่ถือว่าเล็กน้อย คือ ฟกช้ำ มีแผลเล็กน้อย เลือดออกเล็กน้อย แขนขาหัก ผลที่ถือว่ารุนแรงคือ บาดเจ็บอวัยวะภายในอย่างรุนแรงทำหน้าที่ไม่ได้ และระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว

ก็แตกต่างกันออกไป ปฏิภาณที่แสดงตอบทั้งทางคำพูดหรือท่าทางที่เกิดจากความคับข้องใจ ไม่สมหวังหรือถูกระราน อาจแสดงออกกับบุคคลอื่น โดยตรงหรือต่อตนเองกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น จึงมีความพยายามหาทางเลือกอื่น ในการบรรเทาปัญหาความก้าวร้าวร่วมกับพ่อแม่

ดังที่ทราบกันแล้วว่า สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกนั้น เกิดจากความบกพร่องทักษะทางด้านการสื่อสารและสังคม เด็กไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ทั้งในส่วนที่เด็กต้องการสื่อกับผู้อื่น และในส่วนของผู้อื่นต้องการสื่อกับเด็ก หรือเกิดความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือกิจวัตรประจำวัน สิ่งเร้าที่ได้รับทางประสาทสัมผัส ดังนั้น เด็กจึงเกิดความไม่พอใจจนถึงขั้นโกรธและไม่สามารถระบายออกมาเป็นคำพูดได้จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวไม่ว่าจะเป็นต่อตนเองและผู้อื่นออกมา (จิราพร ศรีเจริญกาญจน์, 2549)

ดังนั้นการพัฒนาทักษะในด้านต่าง ๆ ที่เด็กบกพร่อง เป็นสิ่งสำคัญโดยที่ในการฝึกดังกล่าว จำเป็นต้อง ใช้แนวคิดในเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ในการแก้ไข และพัฒนาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกร่วมในการฝึกทักษะต่างๆแก่เด็กออทิสติก ไม่ว่าจะเป็น โรงเรียน โรงพยาบาล หรือแม้กระทั่งในครอบครัว ซึ่งพฤติกรรมบำบัด เป็นวิธีแก้ไขและพัฒนาพฤติกรรมที่ดำเนินได้ง่ายและมีประสิทธิภาพจนเป็นที่นิยมใช้กันทั่วไป ได้มีผู้ทำการศึกษาถึงเทคนิคที่ใช้ในการแก้ไขพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าพฤติกรรมบำบัดนั้นเป็นวิธีที่สำคัญในการแก้ไขพฤติกรรมก้าวร้าว ของเด็ก ซึ่งจะเน้นที่วิธีการทางบวกมากกว่าที่จะใช้วิธีการลงโทษในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็ก เนื่องจากเป้าหมายของพฤติกรรมบำบัดนั้น จะเน้นที่การเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จึงจำเป็นที่จะต้องใช้วิธีการทางบวก เพื่อสนับสนุนให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์น้อยกว่าการใช้วิธีการลงโทษอีกด้วย

พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยนี้คือ เด็กออทิสติกให้ได้รับการใช้เทคนิคปรับพฤติกรรมอย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นเรียนรู้ที่จะระบายความโกรธออกมาอย่างเหมาะสม พยาบาลจึงมีหน้าที่และบทบาทสำคัญในเรื่องการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายในการใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กโดยตรง และมีบทบาทหน้าที่ในการสอนให้ครอบครัวมีความรู้ เรื่อง โรคออทิสติกและหลักพื้นฐานเรื่องการปรับพฤติกรรม สามารถนำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็กให้เหมาะสมเมื่ออยู่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง (Frisch, 2000) เนื่องจากในเด็กวัยเรียนครอบครัวถือว่ามีอิทธิพลที่สุด มีบทบาทสำคัญในการสร้างและหล่อหลอมพฤติกรรม เพราะครอบครัว คือกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน ทำให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับออทิสติก เป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเรียนรู้ เพราะจะช่วยให้การดูแลรักษาเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง ผู้ปกครองทุกคนเริ่มต้นที่ไม่รู้เหมือนกัน แต่ปลายทางแห่งความสำเร็จต่างกันตามการเรียนรู้ของแต่ละคน ทักษะต่างๆ จะสั่งสม

ตามประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือที่ได้ลงมือทำไป ไม่ต้องกังวลว่าจะทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี แต่ควรเริ่มต้นลงมือฝึกเด็กก่อน แล้วค่อยๆ พัฒนาวิธีการตามคำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้น ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชเด็ก จึงกลายมาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ และต้องมีส่วนร่วมสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งครอบครัวถึงเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุด และเป็นสถาบันที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็ก (ทศนีย์ อนันตพันธ์, 2540 ; Loukissa, 1995) การฝึกสอนพ่อแม่ให้เรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม ร่วมกับการให้ความช่วยเหลือที่เด็กโดยตรง จะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาโดยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546; Hechtman, 2005)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า บทบาทพยาบาลจิตเวชเป็นผู้รับผิดชอบในการ ให้การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมที่สำคัญคนหนึ่ง เนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเกือบจะเรียกได้ว่าตลอดเวลา 24 ชั่วโมง พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่โดยตรงในการให้การพยาบาล จึงเป็นตัวจักรสำคัญในการจัดกระทำและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติก เป็นการจัดกระทำที่ไม่ทำให้เกิดผลเสียหายแก่เด็ก เป็นผู้วางแผนในการให้การพยาบาลที่เน้นพฤติกรรมบำบัด คอยช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อมั่นในตัวเอง ตระหนักในคุณค่าของตัวเอง ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทดลองทักษะใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่สังคมได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2546) ซึ่งการพยาบาลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว คือการพัฒนาทักษะในด้านต่าง ๆ ที่เด็กบกพร่อง ได้แก่ ทักษะในการสื่อสารให้เด็กมีความสามารถในการสื่อสาร บอกความต้องการของตนเอง และรับรู้ในสิ่งที่บุคคลอื่นต้องการที่จะสื่อ เพื่อให้เด็กได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ และการพัฒนาทักษะทางด้านสังคม ให้เด็กรู้จักตนเองและเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้เด็กได้มีทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง ลดการพึ่งพาคบุคคลอื่น และตอบสนองความต้องการของตนเองได้ โดยใช้การฝึกทักษะย่อยทีละทักษะซึ่งใช้ร่วมกับวิธีการให้เด็กเลียนแบบและมีการให้แรงเสริม (reinforcement) หรือรางวัลเพื่อให้เด็กทำทักษะนั้นๆ มากขึ้นเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ดีขึ้นมาแทน เนื่องจากเด็กได้มีการเรียนรู้ว่าผลของการกระทำหรือว่าพฤติกรรมอะไรที่แสดงออกมาแล้วทำให้เด็กได้รับสิ่งที่พึงพอใจหรือสิ่งที่เป็นรางวัล เพราะฉะนั้นเด็กก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำๆอีก เพื่อให้ได้รับสิ่งที่ตนเองพึงพอใจ หรือถ้าหากเด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่ดีแล้วได้รับสิ่งที่ไม่น่ารื่นรมย์ เช่น การนำออกไปจากสถานการณ์ (Time out) เด็กก็จะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นอีก วิธีการดังกล่าวมานั้นจะช่วยทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกลดลง

จากองค์ความรู้ที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าเด็กออทิสติกนั้น ถือได้ว่าเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย ความผิดปกติของพัฒนาการไปขัดขวางการเรียนรู้และการรับรู้ของเด็ก ทำให้มีผลกระทบต่อ การเจริญเติบโต (Growth) และการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ กับสิ่งแวดล้อม

ดังนั้น ในการปฏิบัติการพยาบาล จึงต้องนำองค์ความรู้ทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมของมนุษย์มาผสมผสานกัน และนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลกับเด็ก ออทิสติกเพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเด็กออทิสติกให้มีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้

นอกจากแนวคิดการพยาบาลเด็กออทิสติกเป็นแนวคิดที่ใช้การพยาบาลแนวองค์รวม (Holistic care) คือ ให้การดูแลเด็กพร้อมๆกันทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ชุมชน ทั้งที่เป็นกายภาพและสภาพแวดล้อม ทางสังคม ยังมีแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning) เนื่องด้วยการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติกนอกจาก มาจากสาเหตุความบกพร่องของสมองแล้ว ยังมีสาเหตุมาจากพื้นฐานการเรียนรู้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป คือถ้าการกระทำหรือพฤติกรรมนั้นทำให้เกิดผลเป็นที่พอใจหรือผลที่ได้รับนั้นเป็นรางวัล เด็กก็จะกระทำอย่างนั้นซ้ำอีก แต่ถ้าการกระทำนั้นทำให้เด็กได้รับผลที่ไม่พึงพอใจ เด็กก็จะไม่ทำเช่นนั้นอีก (อุ้น เรือน อ่ำไพพัศตร์, 2535) เพราะการเรียนรู้ของเด็กออทิสติกนั้นมีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องสอนและพัฒนาทักษะด้านต่างๆที่เด็กบกพร่องและปรับพฤติกรรมควบคู่กันไปในทุกขั้นตอนของการทำกิจกรรม เพื่อให้เด็กได้เกิดการเรียนรู้และเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม “พฤติกรรมบำบัด” เป็นเทคนิคที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากการประยุกต์หลักของพฤติกรรมมาใช้อย่างเป็นระบบ โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผสมผสานกับพฤติกรรมบำบัด วิธีการของพฤติกรรมบำบัดส่วนใหญ่ที่นำมาใช้แก้ปัญหาพฤติกรรม ไม่เพียงประสงค์ของเด็กเป็นวิธีการที่เน้นการควบคุมจากภายนอก วิธีการนี้เป็นการปรับพฤติกรรมที่มีบทบาทในการดำเนินการและการวางเงื่อนไขต่างๆโดยมีหลักให้เด็กได้เรียนรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์ซึ่งวิธีนี้จึงทำให้พฤติกรรมคงทนยิ่งขึ้น จะทำให้พฤติกรรมที่พึงประสงค์มีความคงทนในระยะเวลาที่ไม่ได้แรงเสริม (Johnson, 1970) และสามารถทำให้พฤติกรรมที่พึงประสงค์คงทนอยู่ได้นาน โดยการส่งเสริมให้เด็กได้เรียนรู้เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง และเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ทางสังคมมากขึ้น เป็นลักษณะพื้นฐานที่สำคัญ ในการส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับเด็ก เพื่อบำบัดและปรับพฤติกรรมเด็กและการที่จะให้เด็กได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ สิ่งที่สำคัญคือการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพราะครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยเหลือเด็กและมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข (ภัทรารักษ์ กาบกลาง, 2545) เด็กจะได้รับการพัฒนาความสามารถและการปรับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่ยั่งยืน

รูปแบบการบริการให้การดูแลเด็กออทิสติก แผนกผู้ป่วยนอกของพยาบาลในปัจจุบันยังไม่มีการปรับพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมีการ

กำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกับผู้ดูแลหลัก ที่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลต้องนำเด็กออทิสติก มารับการรักษาที่โรงพยาบาล อยู่เสมอจากปัญหาพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กออทิสติก ทำให้เกิดภาวะในการดูแลและค่าใช้จ่ายซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลที่เน้น พฤติกรรมบำบัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงคิดนำเอาหลักของพฤติกรรมบำบัดกับ มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว แผนกผู้ป่วยนอก

คำถามวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังการได้รับพฤติกรรมบำบัดจะน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัด หรือไม่
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดจะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การเรียนรู้ของบุคคล เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันเนื่องมาจากบุคคลได้รับประสบการณ์ และการฝึกฝน การเรียนรู้ของบุคคลเกิดจากปัจจัยหลายอย่างปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคือการเสริมแรง ตามทฤษฎีการเรียนรู้ โดยการกำหนดเงื่อนไข (Operant Conditioning) ของสกินเนอร์ (Skinner อ้างใน Bower and Hilgard, 1981) เด็กออทิสติกนั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวจากความคับข้องใจ ที่เกิดจากการกระทำ ที่ไม่สมประสงค์ เกิดความไม่พอใจ อารมณ์ขุ่นมัว (Dollard and Miller, 1950) โดยเด็กออทิสติกอาจมีปัญหาของพฤติกรรมที่รุนแรงกว่าเด็กปกติ เพราะมีภาวะการเรียนรู้ช้า ไม่เข้าใจ มีความบกพร่องทางการสื่อสาร บอกความรู้สึกหรือความต้องการกับผู้อื่นไม่ได้ มีปัญหาการปรับตัวในสังคม จึงเกิดอาการก้าวร้าว การก้าวร้าวจึงเป็นการปรับตัวอย่างหนึ่งของมนุษย์ ซึ่งวิธีการที่จะทำให้เด็ก ออทิสติกเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ดีขึ้นมาแทนได้นั้น คือ พฤติกรรมบำบัด เพราะการทำพฤติกรรมบำบัดมีวัตถุประสงค์เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เช่น ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง และส่งเสริมพฤติกรรมที่

พึงประสงค์ ซึ่งมีพื้นฐานอยู่บนทฤษฎีการเรียนรู้ (อุมพร ตรีงคสมบัติ, 2545) จากการที่เด็กได้มีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขว่าผลของการกระทำหรือว่าพฤติกรรมอะไรที่แสดงออกมาแล้วทำให้เด็กได้รับสิ่งที่พึงพอใจหรือสิ่งที่เป็นรางวัล เพราะฉะนั้นเด็กก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำๆอีก เพื่อให้ได้รับสิ่งที่ตนเองพึงพอใจ หรือถ้าหากเด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่ดีแล้วได้รับสิ่งที่ไม่น่ารื่นรมย์เด็กก็จะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นอีก สอดคล้องกับ เพ็ญแข ลิมศิลา(2538) กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมบำบัด เป็นการช่วยเหลือให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น ซึ่งการใช้พฤติกรรมบำบัดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้พฤติกรรมบำบัดตามแนวคิดของ Goodman & Scott (2005) ซึ่งพัฒนาวิธีการโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) โดยออกแบบการพยาบาลเป็น 2 ระยะคือระยะเตรียมการ ประกอบด้วย การปฏิบัติ 2 ขั้นตอน และระยะการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยพยาบาลและผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย การปฏิบัติ 3 ขั้นตอน ดังมีสังเขปการปฏิบัติดังนี้

ระยะเตรียมการ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยพยาบาลผู้ช่วยบำบัดจะทำการประเมินพฤติกรรม ก้าวร้าว ลักษณะ ความถี่และความรุนแรงที่เด็กแสดงออก รวมทั้งเงื่อนไขที่เกิดขึ้นก่อนและผลที่ตามมาของพฤติกรรม เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายการบำบัดของผู้ดูแลหลัก ภายใต้การสอนและสาธิตของพยาบาลผู้บำบัดแบบเน้นการมีประสบการณ์ตรงเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 6-7 คนเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ เรื่องโรคออทิสติก ความสำคัญของการปรับพฤติกรรมเด็ก และมีความสามารถในการปรับพฤติกรรมเด็กที่บ้านเพื่อให้เด็กได้มีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข ด้วยเทคนิคการให้แรงเสริมทางบวก และการนำออกจากสถานการณ์ ดังมีรายละเอียดเทคนิคดังกล่าวดังนี้

การให้แรงเสริม (Reinforcement) หมายถึง สิ่งเร้าที่ทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากผลที่ได้รับตามหลังพฤติกรรมนั้น สิ่งเร้าที่เป็นเหตุให้เกิดผลสืบเนื่อง เรียกว่า ตัวเสริมแรง (Reinforcer) แนวคิดของการให้แรงเสริมจะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ ผลของการกระทำที่พึงพอใจนั้นคือการได้รับแรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement) จากการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่นร่วมกิจกรรมได้จนสำเร็จ ปฏิบัติตามกฎ-กติกาของกลุ่มได้จนเสร็จสิ้นกิจกรรม ก็จะทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำอีกในอนาคต เป็นวิธีการให้แรงเสริมที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและค่อนข้างจะให้ผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แรงเสริมนี้อาจให้เป็นรางวัลหรือเครื่องหมาย หรือเป็นเบี้ยที่สามารถใช้แลกเปลี่ยนเป็นสิ่งที่ได้ เช่น ขนม คำชมเชย ยิ้ม จุดมุ่งหมายของการใช้แรงเสริมนี้ก็เพื่อให้พฤติกรรมที่เหมาะสมนี้ เกิดบ่อยๆ และคงอยู่นานก็จะสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลงได้ (อุณเรือน อัมไพพัสตร์, 2535) ที่สำคัญการวางเงื่อนไขการเสริมแรงกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต้องอธิบายให้เด็กออทิสติกเข้าใจว่าจะลงโทษหรือเสริมแรง

พฤติกรรมใดบ้างซึ่งอาจบอกด้วยวาจา ดิถีประกาศ หรือวิธีอื่นๆขึ้นกับอายุ ความสามารถและ สติปัญญาของเด็กออทิสติก (Kazdin, 1977: 47-52)

การนำออกไป (Time Out)

เป็นวิธีการอีกวิธีหนึ่งที่นิยมใช้กันอย่างมาก ซึ่งการนำออกไปหมายถึง การถอดถอนโอกาส ที่บุคคลจะได้รับการเสริมแรงบวก หรือการสูญเสียตัวเสริมแรงที่บุคคลนั้นกำลังได้อยู่ ในช่วง ระยะเวลาหนึ่งเมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมบางอย่าง อันจะทำให้การกระทำพฤติกรรมนั้นลดลงใน อนาคต (สม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ซึ่งในการทดลองครั้งนี้ ขณะร่วมกิจกรรมกลุ่มกับเพื่อนเมื่อ เด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมก้าวร้าว และถูกตักเตือนแล้ว 2 ครั้ง ยังไม่หยุด พฤติกรรมนั้นเด็กจะถูกนำตัวออกจากกลุ่มกิจกรรมไปยังสถานที่ๆ จัดไว้ ซึ่งจะทำให้เด็กเรียนรู้ที่จะ ไม่แสดงพฤติกรรมดังกล่าวอีก ถ้าต้องการเข้าร่วมกิจกรรมและต้องการได้รับแรงเสริมทางบวก ดังนั้นก็จะเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าว ของเด็กได้เช่นกัน

ระยะการใช้พฤติกรรมบำบัด

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 3 ครั้ง ก่อนการปฏิบัติ ในขั้นตอนที่ 3 โดยพยาบาลจะทำการประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าว ลักษณะ ความถี่และความรุนแรง ที่เด็กแสดงออก รวมทั้งเงื่อนไขที่เกิดขึ้นก่อน และผลที่ตามมาของพฤติกรรมขณะที่เด็กเข้าร่วมกลุ่ม สัมพันธ์ กลุ่มละ 6-7 คน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายการบำบัดของผู้ดูแลหลัก ภายใต้การช่วยเหลือและให้ ความรู้โดยพยาบาล เรื่องโรคออทิสติก ความสำคัญของการปรับพฤติกรรมเด็ก เน้นการมี ประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นรายบุคคลกับเด็กด้วยเทคนิคการใช้แรง เสริมทางบวกและการนำออกไปจากสถานการณ์ เป็นกลุ่มๆละ 6-7 คน ครั้งๆละ 30 นาที สัปดาห์ละ ครั้ง เป็นเวลา 3 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 การใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นรายบุคคล โดยพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบัน ราชานุกูลและผู้ดูแลหลักที่บ้านและติดตามผู้ดูแลหลักในการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดเป็นเวลา 3 สัปดาห์

การที่ผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ปรับพฤติกรรมทันทีที่เด็กออทิสติก แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ร่วมกับการปรับพฤติกรรมของผู้ดูแลขณะเด็กดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้เด็ก ได้เรียนรู้เงื่อนไขใหม่ของการแสดงทักษะทางสังคมที่เหมาะสมและในส่วนของพฤติกรรมก้าวร้าว ของเด็กออทิสติก การปฏิบัติของผู้บำบัดและผู้ดูแลหลักที่เป็นไปในทางเดียวกันนี้จะช่วยให้เด็ก ออทิสติกเรียนรู้ได้ง่ายไม่สับสน ซึ่งจากการที่ผู้ดูแลได้รับการสอน สาธิตให้เห็น ช่วยให้ผู้ดูแลเกิด การเรียนรู้และพัฒนาความสามารถนำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลเด็กออทิสติกที่เหมาะสมส่งผล

ให้พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก หลังการทดลองเป็นเวลา 3 สัปดาห์น้อยกว่า ก่อนการทดลองได้

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังการได้รับพฤติกรรมบำบัดจะน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัด
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดจะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง โดยทำการทดลองที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ประชากรที่ศึกษาเป็นเด็กผู้ป่วยชายและหญิง ช่วงอายุระหว่าง 6 – 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กตาม เกณฑ์ของ ICD 10 ว่าเป็นโรคออทิสติก ไม่มีความผิดปกติทางพัฒนาการอื่นร่วมด้วย พฤติกรรมบำบัด ตัวแปรตาม คือพฤติกรรมก้าวร้าว

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

- ตัวแปรต้น ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด
- ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมบำบัด หมายถึงกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน โดยมีการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก โดยพยาบาลผู้ช่วยบำบัด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการกำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกับผู้ดูแลหลัก จากนั้นมีการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวกับเด็กออทิสติก เป็นกลุ่ม และเป็นรายบุคคล และผู้ดูแลใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดกับเด็กที่บ้าน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ เพื่อวัตถุประสงค์ในการช่วยให้เด็กได้เรียนรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์และแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์นี้ทดแทนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาตามเทคนิคการให้แรงเสริมทางบวก และ การนำออกจากสถานการณ์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการปฏิบัติตามขั้นตอนแนวคิดของ Goodman & Scott (2005) โดยออกแบบการพยาบาลเป็น 2 ระยะคือระยะเตรียมการประกอบด้วยการปฏิบัติ 2 ขั้นตอน และระยะการใช้พฤติกรรมบำบัด โดยพยาบาลและผู้ดูแลหลักประกอบด้วยการปฏิบัติ 3 ขั้นตอน ดังมีสังเขปการปฏิบัติดังนี้

ระยะเตรียมการ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก โดยพยาบาลผู้ช่วยบำบัดจะทำการประเมิน พฤติกรรม ก้าวร้าว ลักษณะ ความถี่และความรุนแรงที่เด็กแสดงออก รวมทั้งเงื่อนไขที่เกิดขึ้นก่อน และผลที่ตามมาของพฤติกรรมเป็นรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายการบำบัดของผู้ดูแลหลัก ภายใต้การสอนและสาธิตของพยาบาลผู้บำบัดแบบเน้นการมีประสบการณ์ตรงเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 6-7 คนเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ เรื่อง โรคออทิสติก ความสำคัญของการปรับพฤติกรรมเด็ก และมีความสามารถในการใช้เทคนิคปรับพฤติกรรมเด็กที่บ้านด้วยเทคนิคการให้แรงเสริมทางบวก และ การนำออกจากสถานการณ์

ระยะการใช้พฤติกรรมบำบัด

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 3 ครั้ง ก่อนการปฏิบัติในขั้นตอนที่ 3 โดยพยาบาลผู้ช่วยบำบัดจะทำการประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าว ลักษณะ ความถี่และความรุนแรงที่เด็กแสดงออก รวมทั้งเงื่อนไขที่เกิดขึ้นก่อน และผลที่ตามมาของพฤติกรรมขณะเด็กเข้าร่วมกลุ่มสัมพันธ์ กลุ่มละ 6-7 คน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายการบำบัดของผู้ดูแลหลัก ภายใต้การช่วยเหลือและให้ความรู้โดยพยาบาล เรื่อง โรคออทิสติก ความสำคัญของการปรับพฤติกรรมเด็ก เน้นการมีประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กด้วยเทคนิคการให้แรงเสริมทางบวก และการนำออกไปจากสถานการณ์ เป็นกลุ่มๆละ 6-7 คน ครั้งๆละ 30 นาที สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 3 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 การใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดเป็นรายบุคคลโดยพยาบาลผู้บำบัด ในกลุ่มทักษะทางสังคม และผู้ดูแลหลักใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดเป็นรายบุคคลกับเด็กออทิสติกที่บ้าน จากนั้นติดตามผู้ดูแลหลักในการใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นเวลา 3 สัปดาห์

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกของเด็กออทิสติก ที่กระทำต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ ส่งผลกระทบให้ตนเอง และผู้อื่น ได้รับความเจ็บปวดทั้งทางกาย และหรือจิตใจ รวมทั้งอาจทำให้สิ่งของต่างๆเสียหาย เป็นพฤติกรรมทางสังคมทั้งทางตรง และทางอ้อม พฤติกรรมก้าวร้าวดังกล่าวเป็นพฤติกรรมทางกายและวาจา ตามที่กำหนดดังนี้

1. พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ได้แก่ พุดคำหยาบ คำว่าผู้อื่น พุดสบถสาบาน พุดจาคุกหมิ่น ต่อว่า ข่มขู่ ได้เถียงโดยไม่มีเหตุผล เป็นต้น

2. พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย ได้แก่ การหยิก ตี ช่วน ชกตอย ตบหน้า ขวางทางเดิน ขว้างปาสิ่งของให้เสียหาย จิกเขียน โตะเก้าอี้ ฝ่าหนังหรือสิ่งต่างๆ ให้สกปรกเลอะเทอะ เป็นต้น

ในการวิจัยนี้มีการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก โดยผู้ดูแลหลักใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งพัฒนาจาก Overt Aggressive Scale ของ Stuart Yudofsky ประเมินพฤติกรรมโดยให้สังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ที่บ้านเป็นเวลา 4 สัปดาห์โดยสังเกตความถี่ และลักษณะความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว บันทึกลงในแบบสังเกตพฤติกรรม

เด็กออทิสติก หมายถึงเด็กชายและหญิง ช่วงอายุระหว่าง 6 – 12 ปี ที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก และได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็ก ตามเกณฑ์ของ ICD 10 ว่าเป็นโรคออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ผู้ดูแลหลัก หมายถึง ผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติกมีหน้าที่เลี้ยงดูโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

การดูแลตามปกติ หมายถึง หมายถึงกิจกรรมที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และบุคลากรทีมสุขภาพเช่น แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น จัดให้เด็กออทิสติกและผู้ดูแล เพื่อให้บริการกับเด็กออทิสติกและผู้ดูแลหลัก แผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย การซักประวัติ การให้คำแนะนำเรื่องยา คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านเช่น แนะนำว่าหากเด็กออทิสติกมีอาการผิดปกติ ให้นำเด็กมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการบริการให้การดูแลเด็กออทิสติก แผนกผู้ป่วยนอก สำหรับพยาบาลและเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น