



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัย แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ดังนี้

1. เด็กออทิสติก และแนวทางการบำบัดรักษา
  - 1.1 เด็กออทิสติก
  - 1.2 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเด็กออทิสติก
  - 1.3 ผู้ดูแลเด็กออทิสติก
  - 1.4 แนวทางการบำบัดรักษาเด็กออทิสติก
  - 1.5 เด็กออทิสติกในโรงเรียน
2. พฤติกรรมก้าวร้าว
  - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว
  - 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว
  - 2.3 การวัดและการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว
3. การพยาบาลเด็กออทิสติก
  - 3.1 มาตรฐานการพยาบาล
  - 3.2 การพยาบาลเด็กออทิสติก
  - 3.3 สมรรถนะของพยาบาลจิตเวช
4. พฤติกรรมบำบัด
  - 4.1 ความหมายของพฤติกรรมบำบัด
  - 4.2 เทคนิคและกระบวนการพฤติกรรมบำบัด
5. การใช้พฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. เด็กออทิสติก

ในเรื่องนี้ประกอบด้วยหัวข้อย่อยดังนี้ คือ เด็กออทิสติก พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผู้ดูแลเด็กออทิสติก แนวทางการบำบัดรักษาเด็กออทิสติก และ เด็กออทิสติกในโรงเรียน

### 1.1 เด็กออทิสติก

เด็กออทิสติกเป็นเด็กที่มีความผิดปกติทางพัฒนาการหลายด้านคือ สังคม การสื่อความหมายและจินตนาการ ทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้สิ่งแวดล้อมได้เหมือนเด็กปกติทั่วไปและไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ จึงทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาถึงแม้ว่าเด็กออทิสติกจะต่างจากเด็กปกติทั่วไป แต่ถ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่องก็จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้

เพ็ญแข ลิมศิลา (2545 :17) ได้กล่าวถึงโรคออทิสติกว่า เป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่สามารถตรวจและวิเคราะห์ได้ว่า เด็กมีพัฒนาการล่าช้าทางด้านสังคม การสื่อความหมายและจินตนาการ แสดงให้เห็นได้โดยการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเด็กในวัยเดียวกัน เช่น การแยกตัวอยู่โดยลำพังในโลกของตัวเอง เสมือนกับมีกำแพงที่มองไม่เห็นกันตัวเด็กเหล่านี้ออกจากสังคมนรอบด้าน ทำให้เด็กขาดการรับรู้ จนไม่สามารถเรียนรู้ได้จากสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้เหมือนเด็กทั่วไปในวัยเดียวกัน ไม่สามารถสื่อความหมายกับบุคคลรอบข้าง

#### ความรุนแรง

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM IV โรคออทิสติก พบได้ 4-5 : 10.000 และตามการวินิจฉัยแบบ Autistic spectrum พบโรคนี้นี้ได้ถึง 21 : 10.000 (ชลทิพย์ กรัยวิเชียร, 2546 : 3) แต่

ชาญวิทย์ พรนภดล รายงานว่า Autism เดิมพบได้ประมาณ 2-5 : 10.000 แต่ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าเพิ่มสูงเป็น 1-1.3 : 1.000 และอัตราความชุกของ PDD ทั้งหมดรวมกันประมาณ 2-5 : 1.000 แสดงว่า PDD ไม่ใช่โรคที่หายากอย่างที่เคยเชื่อกันในอดีตและมีโอกาสพบบ่อยกว่า Down syndrome (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545 : 142) โรคออทิสติกพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4 เท่า ในประเทศไทยโรคออทิสติก พบได้ 1 : 1,000 เด็กชาย : เด็กหญิง เท่ากับ 4-5 : 1 โดยเด็กหญิงมักมีความรุนแรงกว่าเด็กชาย โอกาสเกิดโรคนี้นี้ในพื้นที่ของออทิสติกร้อยละ 3-7 พบในทุกเชื้อชาติและเศรษฐกิจ (ชลทิพย์ กรัยวิเชียร: 2546, ชาญวิทย์ พรนภดล : 2545 )

#### สาเหตุ

สาเหตุของโรคออทิสติกยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด เพ็ญแข ลิมศิลา (2550:107) ได้กล่าวถึงสาเหตุของโรคออทิสติก ดังนี้

1. จากการศึกษาวิจัยพบว่ามีสาเหตุจากปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้พัฒนาการของสมองเด็กผิดปกติไป อาจเกิดได้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา

2. มีหลักฐานหลายอย่างที่แสดงว่าเด็กออทิสติกมีความผิดปกติทางหน้าที่ของสมอง เช่น เด็กออทิสติก ร้อยละ 25-30 จะมีอาการของโรคลมชักในระยะเริ่มเข้าวัยรุ่น จากการตรวจคลื่นสมองด้วยไฟฟ้าพบว่า มีความผิดปกติของคลื่นสมองแบบไม่เฉพาะเจาะจง (Non-specific) มากกว่าเด็กทั่วไป ขนาดของสมองโตกว่าเด็กทั่วไปเล็กน้อย โดยไม่ได้มีมาตั้งแต่แรกเกิด แพทย์ทางระบบประสาทและพยาธิวิทยาได้ทำการศึกษาวิจัยพบว่า สมองของเด็ก ออทิสติกมีเซลล์ของสมองผิดปกติอยู่ 2 แห่งคือ บริเวณที่ควบคุมด้านความจำ อารมณ์และแรงจูงใจ ส่วนอีกบริเวณหนึ่งจะควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ลักษณะของเซลล์สมองทั้งสองแห่งเป็นเซลล์ที่ไม่พัฒนาไปตามวัยของเด็ก

3. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ เนื่องจากพบเด็กออทิสติกในคู่แฝดจากไข่ใบเดียวกัน มากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ และอัตราส่วนของออทิสซึมในพื้นที่ท้องเดียวกันพบถึง 1 : 50 ส่วนในเด็กทั่วไปพบ 1 : 2000

4. เคยมีรายงานถึงสารบางอย่างที่เป็นตัวนำทางระบบประสาท เช่น ระดับของ ซีโรโตนิน และสารโดปามีนสูง แต่ยังไม่เป็นที่ยอมรับแน่นอน ซึ่งสารซีโรโตนิน เป็นสารเคมีที่สำคัญในการทำงานของสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ถ้าระดับของซีโรโตนินในเลือดสูงทำให้มี Hyperactive และ Restlessness และถ้าหากสารโดปามีนสูง ทำให้มี Homovanillic acid (HVA) ในน้ำไขสันหลังเพิ่มขึ้น ในเด็กออทิสติกบางรายจึงมี Pain sensation ลดลง มีการกระทำซ้ำๆ มี Tendency ที่จะทำร้ายตัวเองอย่างรุนแรงซ้ำๆ เช่น การตบหน้าตัวเองหรือโยกศีรษะ เป็นต้น

5. ในเด็กออทิสติกมีความผิดปกติในระบบภูมิคุ้มกัน คือ มีระบบภูมิคุ้มกันด้านทานกลับไปทำลายระบบประสาทของตนเอง

6. พบมีการเปลี่ยนแปลงของฮิโมโนในพ่อแม่ที่ทำงานในโรงงานคอมพิวเตอร์ ใดๆก็ตามยังไม่สามารถบอกได้ถึงสาเหตุที่แน่นอน แต่ก็มีผู้วิจัยและศึกษาอย่างจริงจัง

1.2 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเด็กออทิสติก เด็กออทิสติกนั้นจะมีลักษณะพฤติกรรมที่ผิดปกติที่แตกต่างไปจากเด็กทั่วไป อันเนื่องมาจากความผิดปกติของสมองที่ส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติของพัฒนาการ และทำให้ มีลักษณะของพฤติกรรมที่ผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งความผิดปกติของพฤติกรรมนั้นมี 3 ด้านใหญ่ๆด้วยกัน คือ 1) ความผิดปกติทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 2) ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร 3) ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม (อุมาพร ตรีงศมบัติ, 2545)

พฤติกรรมผิดปกติของเด็กออทิสติก พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปได้ตามพัฒนาการของเด็ก ซึ่งพฤติกรรมผิดปกติของเด็กมีดังนี้

### 1. ปัญหาทางภาษา

### 1.1 มีปัญหาในการเข้าใจเกี่ยวกับการพูด

1.2 มีความผิดปกติในการพูด เช่น ไม่พูดเลยแม้แต่คำเดียว พูดลอกเลียนแบบทันทีเมื่อได้ยิน พูดลอกเลียนแบบที่เคยได้ยินมานานแล้ว พูดซ้ำซาก พูดไม่ถูกต้องตามไวยากรณ์ เรียงประโยคไม่ถูกต้อง มีความสับสนในการออกเสียงที่คล้ายกัน มีปัญหาการใช้สรรพนาม บุรพบท หรือคำอื่นๆ ไม่สามารถควบคุมการส่งเสียงของตนเองได้

### 2. มีความผิดปกติของการสบตาและการมอง

2.1 ชอบมองไปทางด้านข้างมากกว่ามองตรงๆ มักมองผ่านไปมามากกว่าการมองจับจ้องทั้งคนและสิ่งของ

2.2 มองบุคคลและสิ่งของด้วยการชำเลืองอย่างรวดเร็วมากกว่าที่จะมองจ้อง

2.3 มองที่บุคคลหรือสิ่งของแบบจับจ้องนานจนเกินไป เหมือนจะมองให้ทะลุปรุโปร่ง มักพบในเด็กโต

### 3. ปัญหาเกี่ยวกับการลอกเลียนแบบการเคลื่อนไหวของร่างกาย

3.1 มีความยากลำบากในการลอกเลียนแบบการเคลื่อนไหว แม้แต่การเคลื่อนไหวง่ายๆ

3.2 มีความสับสนในเรื่องการเรียนรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวตามคำสั่ง

### 4. ปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย

4.1 หากมีอาการตื่นเต้นหรือวิตกกังวล มักจะควบคุมตัวเองไม่ได้ มีการกระโดดขึ้น ๆ ลง ๆ โบกมือไปมา กระดิกนิ้วซ้ำๆ

4.2 บางรายชอบเดินเขย่ง และแกว่งแขนไม่ไปตามกัน

4.3 ลักษณะท่าทางแปลก ๆ ที่พบได้บ่อยขณะอยู่ในโลกของตัวเองคือ การนอนคุดคู้อยู่ใต้เตียง ใต้โต๊ะ หรือในตู้ที่เปิดไว้ ก้มศีรษะ งอแขนบริเวณข้อศอกและทำข้อมือตลก

4.4 บางรายมีการเคลื่อนไหวที่ไม่น่าเป็นไปได้ด้วยตัวเอง เช่น ตีลังกาโดยไม่เป็นอันตราย ใช้มือเดินแทนเท้าได้นานๆ ทรงตัวได้โดยใช้มือข้างเดียวโดยไม่แสดงอาการเหนื่อยล้า

### 5. มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางความรู้สึกอย่างผิดปกติ

6. การแสดงออกทางอารมณ์ไม่สมเหตุสมผล

7. มีความผิดปกติของหน้าที่ และพัฒนาการทางกายภาพ

8. มีความสามารถพิเศษเฉพาะอย่างให้เห็นเด่นชัด

9. มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมของเด็กออทิสติกนั้นจะมีความแตกต่างไปจากเด็กปกติทั่วไปในวัยเดียวกัน ไม่สนใจคนรอบข้างเหมือนกับว่ามีโลกของตนเอง แต่ถ้าหากได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่าง

ถูกวิธีก็จะทำให้ลดพฤติกรรมที่ผิดปกติและลดปัญหาพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เช่นพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กได้

### พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก

พฤติกรรมก้าวร้าวพบได้บ่อยในโรคออทิสติก ทุกกลุ่มอายุ (สมภพ เรื่องตระกูล. 2545) ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกวัยเด็กเล็กและวัยรุ่น มีการแสดงออกที่ไม่แตกต่างกันแต่ในเด็กวัยรุ่นนั้นความก้าวร้าวที่แสดงออกมา จะควบคุมได้ยากกว่าในเด็กเล็ก (อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2545) พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกนั้นบางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง บางรายก้าวร้าวต่อผู้อื่น หรือบางรายก็มีทั้งสองอย่าง ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ที่มีความยากและซับซ้อนในการให้ความหมายที่ชัดเจน ดังนั้นความพยายามที่จะควบคุมหรือจัดการความก้าวร้าวอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องทำความเข้าใจ และให้ความหมายความก้าวร้าวให้เข้าใจตรงกัน เด็กออทิสติกหลายคนมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเช่น เอาศีรษะโขกพื้น กำแพง กัดนิ้ว เป็นต้น เด็กหญิงมักจะมีอาการรุนแรงกว่าเด็กชาย(อลิสตา วัชรสินธุ. 2546: Volkmar & Schultz. 2005)

### 1.3. ผู้ดูแลเด็กออทิสติก มีผู้กล่าวถึงความหมายผู้ดูแล ไว้ดังนี้

Horowitz and Reinhard (1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

- 1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มากกว่าคนอื่น ๆ
- 2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

Orem (อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล. 2540) ให้ความหมายผู้ดูแลว่าหมายถึง ผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแล ช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึงญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี่อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่ น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลที่สำคัญในชีวิต ทำการดูแลผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแล คือผู้ที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งต้องดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค

### ผู้ดูแลหลักเด็กออทิสติก

ลักษณะความผิดปกติของเด็กออทิสติกนั้นนอกจากจะมีผลกระทบต่อตัวเอง ยังส่งผลกระทบต่อบิดามารดาและบุคคลอื่นๆในครอบครัวอีกด้วย ในหลาย ๆ ด้าน เช่น ด้านร่างกาย พบว่าสุขภาพของมารดาทรุดโทรมลง มารดาส่วนใหญ่จะรู้สึกอ่อนเพลียอย่างมาก รับประทานอาหารน้อยลง มีความเหน็ดเหนื่อย นอนไม่หลับ (ไพรินทร์ กันทนะ, 2543; บุษกร อินทรชัย, 2539) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวเด็กออทิสติก เช่น อาการพฤติกรรมที่รุนแรง ย้ำคิดย้ำทำ หรืออยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ปกครองที่ต้อง คอยควบคุมอาการต่างๆ และจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (ศศิธร แก้วนพรัตน์, 2541) และจากการศึกษา ของรุ่งฤดี วงศ์ชุม (2539) ที่ศึกษาภาวะเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก พบว่าบิดา มารดาของ เด็กออทิสติกมีความเครียดอยู่ในระดับมากที่ต้องรับภาระในการดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาและการรักษาที่ยาวนาน บิดามารดาต้องพยายามทำจิตใจให้เข้มแข็ง เพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาที่เกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นของบุตร นอกจากนี้ยังพบว่าบิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติกจะมีภาวะเครียดมากกว่าบิดามารดาที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้าด้านอื่นๆ (Richard & Emma, 2001) และในบิดามารดาที่ซึมเศร้า ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะมีความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในอัตราที่สูง (จอม ชุมช่วย, 2539; ศศิธร แก้วนพรัตน์, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา ธัญมัญญา (2535) ในเรื่องเด็กออทิสติกกับผลกระทบของพ่อแม่ พบว่ามารดามีอารมณ์เศร้าสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ด้านปัญหาเศรษฐกิจ การงาน อาชีพของบิดา มารดา เนื่องจากขาดคนมาช่วยดูแลบุตร อาจด้วยหลายสาเหตุ เช่น หากคนมาช่วยดูแลไม่ได้ หรือหาได้แต่ก็ไม่สามารถทนต่อพฤติกรรมของเด็กได้ ทำให้บิดามารดาต้อง ขาดงานบ่อย ๆ ในบางราย บิดาหรือมารดาต้องลาออกจากงานประจำ เพื่อมาดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว และครอบครัวต้องเผชิญต่อปัญหาทางเศรษฐกิจ ค่าเลี้ยงดูและค่ารักษาพยาบาลที่ต้องใช้จ่ายสูง (เพ็ญกลดา เคนไชยวงศ์, 2539, Bull, 1990)

ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป มารดาต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปดูแลบุตรที่เป็นออทิสติก ทำให้การดูแลเอาใจใส่สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวลดลง ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ราบรื่นเกิดความขัดแย้งในครอบครัวและคู่สมรส จากผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็น ได้อย่างชัดเจนว่าไม่เพียงแต่บิดามารดาของเด็ก ออทิสติกเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบเนื่องจากสังคมไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย จึงมีสมาชิกคนอื่นๆ ที่เข้ามาช่วยเหลือหรือรับภาระในการดูแลเด็กเหล่านี้ก็ได้รับผลกระทบไปด้วยจากรายงานการศึกษาที่พบว่า การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวมีผลกระทบทางอารมณ์ต่อบุคคลในครอบครัว เมื่อครอบครัวประเมินว่าการเจ็บป่วยนั้นเป็นการคุกคาม หรือการสูญเสียที่รุนแรง ครอบครัวก็จะรู้สึกเครียดและซึมเศร้า (Danielson , Hamel-Bissell & Winstead-Fry, 1993)

การดำรงชีวิตประจำวันของบิดามารดาจากที่เคยเป็นปกติแต่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง และในการดำรงชีวิตในแต่ละวันที่ต้องอยู่กับลูกออทิสติกนั้น อาจทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึก ได้หลายอย่าง เช่น ความรู้สึกเศร้าหรือขมขื่นที่ลูกมีความบกพร่อง ความรู้สึกโกรธในชะตาชีวิตของตนเอง ความรู้สึกอึดอัดใจที่แก้ปัญหาพฤติกรรมของลูกไม่ได้ ความรู้สึกผิดหวังที่ลูกไม่อาจตอบสนองความรักของบิดามารดาได้แบบเด็กทั่วไป ความรู้สึกเหนื่อยที่ต้องสอนซ้ำ ๆ ซาก ๆ ภาระการดูแลลูกตกเป็นของใครคนใดคนหนึ่ง ส่วนใหญ่จะเป็นภาระของมารดาซึ่งในการดูแลเด็กออทิสติกนั้น ผู้ดูแลต้องมีความอดทน มีความตั้งใจเพราะเด็กออทิสติก ต้องให้การดูแลเอาใจใส่เกือบทุกด้าน ขึ้นกับปัญหาและความรุนแรงของเด็กแต่ละคน

#### 1.4 แนวทางการบำบัดรักษาเด็กออทิสติก

เนื่องจากโรคออทิสติก เป็นโรคที่สลับซับซ้อน มีปัญหาหลายด้าน เป็นโรคที่รักษาไม่หายและยังไม่มีข้อสรุปได้ว่าอะไรคือสาเหตุ ดังนั้นการบำบัดรักษา จึงต้องมีวิธีการหลายอย่าง และจำเป็นที่จะต้องมีการวิวัฒนาการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อที่จะช่วยทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น และจากการที่มีเด็กออทิสติกอยู่ในครอบครัว มักส่งผลกระทบต่อทั้งตัวเด็กเองและครอบครัว จึงต้องมีการจัดระบบบริการสุขภาพและขยายขอบเขตการดูแลเด็กออทิสติกออกไปเกือบทั่วทั้งประเทศทั้งในเขตชุมชนเมืองและชุมชนชนบท เพื่อให้เด็กออทิสติกได้รับการบำบัดรักษาอย่างทั่วถึง ซึ่งรูปแบบในการดูแลเด็กออทิสติก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ยกตัวอย่าง โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้บริการเด็กออทิสติกตั้งแต่อายุ 1.5 - 15 ปี เนื่องจากเด็กออทิสติกมีพัฒนาการที่ล่าช้า การให้การรักษาพยาบาลเด็กออทิสติกทั้งวัยเด็กเล็ก และวัยรุ่นจึงไม่มีความแตกต่างกัน การให้บริการเริ่มจาก เมื่อผู้ป่วยมารับบริการ พยาบาลจุดคัดกรอง ชักประวัติและคัดกรองอาการทางคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ ตรวจวินิจฉัยทางสังคมและบำบัดทางสังคม จากนั้นนักจิตวิทยาประเมินระดับพัฒนาการ&พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และส่งเสริมพัฒนาการรายบุคคลตามสภาพปัญหาจากการประเมินระดับพัฒนาการ โดยพยาบาลคลินิกพัฒนาการ 8 สัปดาห์ต่อมา พบแพทย์เพื่อวินิจฉัย และวางแผนบำบัด เพื่อส่งต่อสถานบริการใกล้บ้านหรือ รักษาต่อเนื่องใน ตึกผู้ป่วยใน เพ็ญแข ลิมศิลา(2537:20-23)ได้กล่าวถึงการรักษาพยาบาลเด็กออทิสติกดังมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินความผิดปกติของเด็ก จากการชักประวัติจากบิดา มารดา หรือผู้ดูแลเด็ก
2. การช่วยเหลือครอบครัว บิดา มารดา ผู้ปกครองของเด็กออทิสติก ให้สามารถพัฒนาความสามารถของเด็กออทิสติกได้ โดยการจัดอบรมและสอนสาธิตวิธีการพัฒนาความสามารถของเด็กให้กับผู้ปกครอง รวมทั้งให้โอกาสครอบครัวได้ระบายความคับข้องใจ
3. พฤติกรรมบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

4. อบรมบำบัด (Speech therapy) การฝึกสอนให้เด็กรู้จักภาษา รู้วิธีพูดสื่อสาร กับผู้อื่นและรู้จักเปลี่ยนแปลงอย่างถูกต้อง

5. การกระตุ้นประสาทสัมผัสและกล้ามเนื้อ เด็กออทิสติกมีการรับรู้ ทางประสาทสัมผัสบกพร่อง อาจไวต่อสัมผัสบางอย่างมากเกินไป หรืออาจรับรู้ร้น้อยเกินไป การรับรู้สัมผัสที่ผิดปกตินี้ ทำให้เด็กมีอาการแปรปรวนหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ ดังนั้นจึงใช้วิธีการกระตุ้นประสาทสัมผัสให้ทำงานดีขึ้น โดยวิธี Sensory integration training (SI) เป็นวิธีที่ช่วยให้เด็กมีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสดีขึ้น กิจกรรมที่ทำได้แก่ การหมุน การกระโดด ไกวตัวเด็ก เป็นต้น

6. การใช้ยาหรือสารบางอย่าง ยาที่มีการศึกษาวิจัยทางการแพทย์แล้วว่า มีประโยชน์ คือ ยาที่ลดพฤติกรรมก้าวร้าวและลดอารมณ์หงุดหงิด ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Major tranquilizers เด็กออทิสติกหลายคนจำเป็นต้องใช้ยา ยาส่วนใหญ่ที่ใช้ในเด็กออทิสติกไม่ได้เป็นยาที่ถูกคิดค้นขึ้นมาเพื่อรักษาโรคออทิสซึมโดยตรง แต่เป็นยาที่พัฒนามาจากการศึกษาวิจัยสำหรับโรคอื่น จากการศึกษาวิจัย นักวิทยาศาสตร์พบว่าอาการบางอย่างในโรคออทิสซึมมีลักษณะใกล้เคียงกับ โรคบางโรค จึงลองนำเอายาที่ใช้รักษาโรคนั้นมาใช้ในเด็กออทิสติก และพบว่ายาหลายตัวใช้ได้ผลดี ตัวอย่างเช่น ยาแก้เศร้า \ ได้นำมาทดลองใช้กับเด็กออทิสติกและปรากฏว่าลดอาการเศร้าและก้าวร้าวได้ดี เป็นต้น ยาไม่ได้ไปเปลี่ยนแปลงความผิดปกติที่เกิดขึ้นในสมอง แต่ยาไปทำให้สมองทำงานดีขึ้น โดยไปลดอาการผิดปกติต่างๆ เช่น อาการก้าวร้าว อย่างไรก็ตามแพทย์มักจะให้ยาโดยมีวัตถุประสงค์ว่า เมื่อให้ยาแล้วเด็กจะมีอาการดีขึ้น และจะเรียนรู้ได้มากขึ้น การเรียนรู้ ที่เกิดขึ้นใหม่จะมีผลให้พฤติกรรมของเด็กเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ยาที่นำมาใช้ในเด็กออทิสติกที่มีอาการก้าวร้าวมีอยู่ 2 กลุ่ม คือ

6.1 ยาในกลุ่ม Major tranquilizers ได้แก่ยา Haloperidol และ Risperidone เป็นยาที่มีการศึกษาวิจัยกันมากในกลุ่มออทิสติก มีฤทธิ์ช่วยให้เด็กแยกตัวน้อยลง เข้าสังคมมากขึ้น รวมทั้งลดพฤติกรรมซ้ำๆ หรือเมื่อเด็กอาละวาดก้าวร้าวและมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นบ่อยในเด็กคือ อาการง่วงนอน ส่วนอาการกล้ามเนื้อเกร็งหรือเคลื่อนไหวผิดปกติ นั้นพบไม่บ่อย เด็กร้อยละ 80 เด็กสามารถใช้ยาดังนี้ได้อย่างปลอดภัย แพทย์มักใช้ยานี้เมื่อทำการช่วยเหลือด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล

6.2 ยากันชัก เช่น ยา Carbamazepine มีฤทธิ์ลดหรือป้องกันอาการชักลดอาการก้าวร้าว ทำให้เด็กสงบและมีอาการช่นน้อยลง

### Risperidone

**ข้อบ่งใช้** มีข้อบ่งใช้ในการรักษาอาการฟุ้งฟ่วน (Mania) ของอารมณ์แปรปรวนชนิด Bipolar ซึ่งอาการเหล่านี้จะมีลักษณะ อารมณ์คึกคัก มีการแสดงความรู้สึกมาก หรือมีอาการฉุนเฉียว มีอาการลำพองตนมีความต้องการนอนหลับน้อยลง อาการพูดมากและเร็ว มีความคิดหลาย



อย่างปะดั่งเข้ามาอย่างรวดเร็ววอกแวก มีการตัดสินใจที่ไม่ดี รวมทั้งที่พฤติกรรมที่ก่อแวนและก้าวร้าว Risperidone ยังมีข้อบ่งใช้ในการรักษา Conduct disorders และ Disruptive behavior disorders อื่น ๆ ในเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีสติปัญญาต่ำกว่าปกติ หรือ ปัญญาอ่อน และมีพฤติกรรมเด่นในการชอบทำลาย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และชอบทำร้ายตนเอง เป็นต้น

**กลไกการออกฤทธิ์** Risperidone เป็น Selective monoaminergic antagonist โดยมีคุณสมบัติไปจับกับตัวรับของ ซีโร โดนินชนิด -HT และตัวรับของโดปามีนชนิด D ได้ดี นอกจากนี้ยังสามารถจับกับตัวรับอะดรีเนอ-จิก ชนิดแอลฟา 1 Risperidone จับกับตัวรับรองฮิสตามีนชนิด H1 และตัวรับอะดรีเนอจิกชนิดแอลฟา 2 ได้ไม่ดีนัก และไม่จับกับตัวรับ โคลิเนอร์จิก ถึงแม้ว่า Risperidone จะเป็นยาต้าน D ที่ออกฤทธิ์แรงซึ่งช่วยในการบรรเทาอาการจิตเภทชนิด Positive แต่ยานี้จะกกดการเคลื่อนไหว (Motor activity) และเหนี่ยวนาให้เกิด Catalepsy ได้น้อยกว่ายาจำพวก Neuroleptics ความสมดุลของ ซีโร โดนินในสมองกับฤทธิ์ต้านโดปามีนอาจช่วยลดอาการข้างเคียงทาง Extrapiramidal ที่จะเกิดขึ้น และทำให้ตัวยาดังกล่าวมีฤทธิ์ในการรักษาครอบคลุมอาการจิตเภทชนิด Negative รวมทั้งอาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทางด้านอารมณ์

**อาการไม่พึงประสงค์** อาการอันไม่พึงประสงค์ที่ได้รับรายงานระหว่างการใช้ Risperidone มีดังนี้

**อาการที่พบบ่อย :** นอนไม่หลับ ภาวะกระหาย วิตกกังวล ปวดศีรษะมีรายงานการเกิดอาการสงบระงับในเด็กและวัยรุ่นมากกว่าที่พบในผู้ใหญ่ โดยทั่วไปมีอาการเพียงเล็กน้อยและเป็นระยะสั้น ๆ

**อาการที่พบบรองลงมา :** ง่วง เมื่อยล้า เวียนศีรษะ ขาดสมาธิ ท้องผูก อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เห็นภาพไม่ชัดเจน Priapism, erectile, dysfunction, ejaculatory, dysfunction, orgasmic dysfunction, urinary incontinence, เยื่อเมือกอักเสบ ผื่นแดง และอาการแพ้ อื่น ๆ

Risperidone ทำให้เกิด Extrapiramidal symptoms ดังต่อไปนี้ มีมือสั่น กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง นำลายไหลมากผิดปกติ Bradykinesia, akathisia กล้ามเนื้อบิดเกร็งชนิดเฉียบพลัน (Acute dystonia) อาการเหล่านี้มักจะเป็นชนิดไม่รุนแรงและกลับสู่สภาพปกติได้หากลดขนาดยาลง และ/หรือ ให้ยาด้าน Parkinson เมื่อจำเป็น ในบางครั้งมีรายงานว่าผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะหรือความดันโลหิตต่ำหรือความดันโลหิตต่ำลงขณะเปลี่ยนอิริยาบถ และเกิด (Reflex) Tachycardia ความดันโลหิตสูงอาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับ Risperidone และมีรายงานของการเกิดน้อยลงของ Neutrophil และ/หรือ Thrombocyte สามารถทำให้ความเข้มข้นของ Prolactin ในพลาสมาเพิ่มขึ้นซึ่งขึ้นกับ

ขนาดยาที่ให้ (Dosedependent) อาการที่เกิดขึ้นอาจได้แก่ มีน้ำหนักไหล หน้าอกโต รอบประจำเดือนผิดปกติ และไม่มีประจำเดือน (Amenorrhea)

### Haloperidol

**กลไกการออกฤทธิ์** เป็นยาบรรเทาโรคจิตในกลุ่มบีโทโรฟีโนน ออกฤทธิ์โดยแย่งโดปามีนจับกับ D<sub>2</sub>-receptor ที่ postsynaptic และเพิ่มการทำลายโดปามีนในสมองส่วน mesolimbic dopaminergic system ถ้าให้ยานี้ติดต่อกันระยะหนึ่ง จะพบว่าเซลล์ประสาทจะหลั่งโดปามีนลดลงด้วย

### ข้อบ่งใช้

1. ใช้ควบคุมอาการของโรคจิต เช่น โรคจิตเภท โรคจิตในระยะคุ้มคลั่ง และโรคจิตที่เกิดจากยา
2. ใช้รักษาพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก
3. ใช้ควบคุมอาการกล้ามเนื้อกระตุก และพุดติดอย่างของ Tourette's syndrome

### ข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่ระบบประสาทส่วนกลางถูกกด หรือมีอาการ โคม่า และในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน
2. ไม่ควรใช้ยานี้ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ในสตรีมีครรภ์และให้นมบุตร
3. ใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยโรคลมชัก
4. ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับแอลกอฮอล์หรือยากดประสาทส่วนกลางอื่นๆ ยาอื่นชก ยาที่ทำให้เกิดอาการทาง EPS

### Carbamazepine

**กลไกการออกฤทธิ์** Carbamazepine ออกฤทธิ์ต่อหลายระบบด้วยกัน เช่น ไปช่วยเสริมการทำงานของระบบ GABA, adenosine, serotonin และผลต้าน antagonist ต่อระบบ glutamate และยับยั้ง voltage-gated sodium and calcium chanel

นอกจากนี้ Carbamazepine ยังมีฤทธิ์ Antikindling (kindling effect คือ ปรากฏการณ์ที่หลังจากสัตว์ทดลองถูกกระตุ้นด้วย Subthreshold stimuli หลายๆ ครั้งแล้ว มีการสะสมจนสัตว์ทดลองเกิด Behavioral change ได้ เชื่อว่า Mood disorders มีปรากฏการณ์เช่นนี้)

### เภสัชจลศาสตร์

Carbamazepine ถูกดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร ระดับยาในพลาสมาสูงสุดหลังกินยา 4-12 ชั่วโมง จับกับโปรตีนร้อยละ 65-80 Carbamazepine -10, 11 - epoxide เป็น Metabolite ที่มีผลในการรักษาด้วยเช่นกัน หลังได้ยานาน 3 สัปดาห์ Carbamazepine จะไปกระตุ้นเอนไซม์

cytochrome P450 ของตับ ทำให้การทำลายยาของตับเพิ่มขึ้น(Autoinduction) ค่าครึ่งชีวิตของยา ที่เดิมนาน 18 – 55 ชั่วโมงในช่วงแรก จะลดลงเหลือ 2 - 17 ชั่วโมง ส่งผลให้ระดับของยา ในพลาสมาลดลงได้ โดยทั่วไปประมาณ 3 - 5 สัปดาห์ยาจะมีระดับคงที่

### ข้อบ่งใช้

1. ผู้ป่วย Acute mania ที่ไม่ตอบสนองต่อลิเทียม หรือ Valproate
2. ผู้ป่วย acute mania ที่มีลักษณะ Severe mania, mixed mania, หรือ Rapid cycling (มีอาการมากกว่า 4 ครั้ง/ปี)
3. ป้องกันระยะยาวใน Bipolar disorder
4. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการควบคุม Impulse
5. Neuropathic pain ได้ผลดีในการรักษา Trigeminal neuralgia อาจได้ผลในการรักษา neuropathic pain จาก diabetic neuropathy, multiple sclerosis และ post-hepatic neuralgia

### ข้อห้ามและภาวะที่ควรระวังในการใช้ยา

1. ห้ามใช้ใน Severe AV block
2. ห้ามใช้ในโรคตับที่รุนแรง
3. ควรเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม Tricyclic เนื่องจากยามีโครงสร้างเหมือนยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม Tricyclic
4. ควรเลี่ยงในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด Neural tube defects craniofacial defects และ Fingernail hypoplasia

### ฤทธิ์ข้างเคียง พบอาการคลื่นไส้ อาเจียนบ่อยในช่วงแรกของการรักษา

1. อาการง่วงซึม เหนื่อย หรือเห็นเป็นสองภาพ สัมพันธ์กับขนาดยาที่สูงหรือเพิ่มขนาดยาเร็ว
2. อาการทางผิวหนัง ได้แก่ Maculopapular rash หากเกิดควรหยุดยา บางรายอาจเกิดรุนแรงเป็น Steven-Johnson syndrome
3. ภาวะ Leucopenia พบได้บ่อย แต่เป็นชั่วคราวไม่รุนแรง (มานิช หล่อตระกูล, 2546)

สรุปยาไม่ได้รักษาโรคออทิสติกให้หาย แต่การให้ยาที่เหมาะสมจะช่วยบรรเทาปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก ทำให้อาการของเด็กดีขึ้น ในระยะยาวนอกเหนือจากการรักษาด้วยยาแล้ว การบำบัดและให้ความช่วยเหลือโดยการพัฒนาความสามารถและปรับพฤติกรรมก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน

7. การศึกษาพิเศษ สอนโดยครูการศึกษาพิเศษ ถ้าเด็กมีความสามารถ ในการเรียนรู้ดีก็จะมีโอกาสได้ไปเรียนร่วมกับเด็กปกติต่อไป

8. การฝึกอาชีพ มีการฝึกอาชีพง่าย ๆ ตามความสามารถของเด็กแต่ละคน เช่น ทำขนมเซตทำผ้าเช็ดหน้าบาติก และการทอผ้า

### 1.5 เด็กออทิสติกในโรงเรียน

อุมาพร ตรังคสมบัติ( 2545: 228) กล่าวว่า เด็กออทิสติกจะเรียนได้สูงแค่ไหนขึ้นอยู่กับระดับเชาว์ปัญญา ร้อยละ 80 ของเด็กออทิสติกจะมี IQ ต่ำกว่า 70 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปัญญาอ่อน ในกลุ่มนี้จะไม่สามารถเรียนสูงได้ แต่ในเด็กออทิสติกร้อยละ 20 มี IQ อยู่ในระดับปกติไปจนถึงสูง หากมี IQ สูง โอกาสที่จะเรียนสูงก็มีมากขึ้น

จากการศึกษาเด็กออทิสติกที่ส่งเข้าเรียนใน โครงการการศึกษาพิเศษ โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2537) เด็กมีความสามารถในการพัฒนาการเรียนรู้ได้ แต่พัฒนาการทางด้านพฤติกรรมทางสังคม การสื่อความหมาย ความสนใจและกิจวัตรประจำวัน เปลี่ยนแปลงได้ยาก และยังมีปัญหาทางด้านอารมณ์ เนื่องจาก การแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสมกับอายุจริงของเด็ก

เด็กออทิสติกอาจมีความสามารถบางอย่างดีเป็นพิเศษ ในขณะที่ความสามารถด้านอื่นนั้น แม้ เด็กออทิสติกหลายคนมีความโดดเด่น มีความสามารถหรือฉลาดในบางเรื่อง เช่น วาดรูปเก่ง เล่นดนตรีเก่ง คิดเลขเก่ง หรือมีความจำเป็นเยี่ยม สามารถเก็บรายละเอียดได้ทุกอย่าง และรายละเอียดที่ประทับใจในสมอมนั้นสามารถถ่ายทอดออกมาเป็นภาพวาดที่เหมือนจริงไม่ผิดเพี้ยน ความจำที่แม่นยำฝาดจากคนทั่วไปนี้อาจเป็นเพราะเด็กออทิสติกสามารถเพ่งสมาธิได้อย่างดีเลิศ และดัดสิ่งเร้าที่ตนไม่สนใจออกไปได้ ทำให้สามารถจดจำและทำบางสิ่งบางอย่างได้ดีเป็นพิเศษกว่าคนทั่วไป

**การจัดชั้นเรียนชั้นประถมและมัธยมสำหรับเด็กออทิสติก** อุมาพร ตรังคสมบัติ( 2545: 229)  
การเรียนการสอนในชั้นประถมและมัธยมมี 3 แบบ

แบบที่ 1 ชั้นเรียนพิเศษ เหมาะสำหรับเด็กที่มีอาการมาก เพราะหากเด็กไม่มีความพร้อม และต้องไปอยู่ในชั้นเรียนปกติ อาจเกิดผลเสียกับเด็กได้ เด็กจะเรียนไม่ทัน เข้ากับเพื่อน ไม่ได้ ถูกล้อ เกิดปมด้อย มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมตามมา

แบบที่ 2 เรียนร่วมกับเด็กปกติบางวิชา เด็กที่มีอาการดีพอสมควรอาจเรียนกับเด็กปกติบางวิชา แต่บางวิชาเรียนเฉพาะกลุ่ม การเรียนแบบนี้เหมาะสม เพราะเด็กจะได้มีโอกาสเรียนรู้ เช่นเดียวกับเด็กทั่วไป และได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมด้วย

แบบที่ 3 เรียนในชั้นปกติทุกวิชา เด็กที่มีอาการค่อนข้างดีและฉลาด อาจเรียนในชั้นเรียนปกติเหมือนเด็กทั่วไป โดยไม่ต้องแยกออกมาเรียนเป็นบางวิชา ครูที่สอนต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคออทิซึม เพราะพฤติกรรมบางอย่างที่เด็กแสดงออกมาในชั้นเรียนนั้นจะแปลกไปจากเด็กอื่น

## 2. พฤติกรรมก้าวร้าว

2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว มีผู้ให้ความหมายพฤติกรรมก้าวร้าวไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

กุลา ตันติผลาชีวะ(2551) ให้ความหมายความก้าวร้าวว่าเป็นพฤติกรรมที่บุคคลหนึ่งแสดงออก โดยมีเจตนาสร้างความเจ็บปวดทั้งร่างกาย หรือจิตใจของบุคคลเป้าหมาย อาจเป็นทางวาจา หรือร่างกายที่อาจถึงขั้นรุนแรงให้บาดเจ็บถึงชีวิต แม้แต่การทำร้ายผู้อื่น หรือตนเอง

ทิพย์วัลย์ สุทิน (2539) ได้ศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวในนักเรียนวัยรุ่นอายุ 13-15 ปี ได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี และพิจารณาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ประกอบ และได้ให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

ความก้าวร้าว หมายถึง พฤติกรรมที่ทำให้บุคคลได้รับบาดเจ็บ ได้รับความเสียหายทางร่างกาย หรือจิตใจ และ/หรือ เป็นพฤติกรรมทำลายสิ่งของซึ่งแบ่งออกเป็นสองประเภท คือ 1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย หมายถึง ขวางทางเดิน ขัดขาให้ล้ม ดึง กระทบศีรษะหรือกางเกง กระโปรง เลียนแบบท่าทาง ความผิด หรือข้อบกพร่องของเพื่อน ขว้างปาของให้โดนผู้อื่น ริดไถเงิน บังคับให้ผู้อื่นทำในสิ่งที่ไม่เต็มใจ บังคับให้ทำตาม ถ้าไม่ทำตามก็ทำให้เขาได้รับบาดเจ็บทางกายหรือจิตใจ ต่อสู้ทำร้ายกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ชกต่อย หยิก ตะ โถบ ผลัก โตะ เก้าอี้ให้ล้ม ทบกระຈกให้พัง เขียนคำหาบบนกระดาด ผ่น 2) พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา หมายถึง พูดเสียงดังขัดจังหวะ พูดนินทา พูดเยาะเย้ย พูดประชดประชัน พูดคุยให้เพื่อนทะเลาะกัน คำชื่อพ่อแม่ผู้อื่นเมื่อโต้เถียงกัน พูดคำหาบบเมื่อโต้เถียงกับผู้อื่น ตวาด ตะคอกผู้อื่น พูดขู่ ซึ่งแสดงความก้าวร้าว

รัตโนทัย พลับรู้งการ(2551) ได้รวบรวมความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีความหมายกว้างขวาง และมีความแตกต่างกันตามความคิดเห็น เจตคติของแต่ละบุคคล และสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกันแสดงไว้ในหนังสือตำราพัฒนาการ และพฤติกรรมเด็ก ดังนี้

พฤติกรรมที่เกะกะระราน ใช้กิริยาและวาจาที่ไม่เรียบร้อย ได้แก่ 1) พฤติกรรมที่ตั้งใจทำให้เกิดการเจ็บตัว หรือทำให้เกิดความกังวลต่อผู้อื่น ได้แก่ การตี ตะ ทำลายของ ทะเลาะ แย่งชิง ใช้คำพูดโจมตีผู้อื่น และต่อต้านไม่ร่วมมือ 2) พฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อต้องการทำร้ายผู้อื่น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การแสดงออกอาจมีหลายรูปแบบ ได้แก่ทางวาจา เช่นการคำทอ พูดกระทบกระเทียบเปรียบเปรย เยาะเย้ยเป็นต้น ทางร่างกาย เช่นทำร้ายร่างกายด้วยความรุนแรงในระดับต่างๆเป็นต้น ด้วยท่าทาง เช่นการดูหมิ่นด้วยสีหน้าท่าทาง 3) พฤติกรรมที่แสดงออกด้วยการทำลาย มักเกิด

จากการรวมของปัจจัยต่างๆ ที่สั่งสมไว้นานไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านชีวภาพซึ่งหมายถึงสภาพจิตใจ บุคลิกภาพ และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2549) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการเรียกร้องสิทธิแห่งตน โดยไม่สนใจว่าจะไปก้าวก่ายสิทธิของผู้อื่นหรือไม่ การแสดงออกจะมีลักษณะของการข่มขู่ บีบบังคับ เรียกร้อง หรือลักษณะของการแสดงออกที่รุนแรง

Freedman and Smith.(1970) ให้ความหมายของ พฤติกรรมก้าวร้าวคือ ลักษณะ ของการกระทำที่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อนทั้งร่างกายและความรู้สึก ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ 1) เป็นการกระทำที่รุนแรงกว่าปกติ 2) เป็นการกระทำที่ทำให้ผู้อื่นและตนเองเดือดร้อนทั้งโดยคำพูดหรือการกระทำ 3) เป็นการกระทำที่เพิ่มขึ้นเพื่อปลดปล่อยความเครียด ความคับข้องใจ ความโกรธ หรือความรู้สึกที่ไม่ดีต่างๆ

Hamolia (2005) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกทางการต่อต้านทั้งด้านร่างกายและคำพูด หรือแสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ เพื่อป้องกันตนเองทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ความก้าวร้าวเป็นการแสดงออกโดยตรงต่อสิ่งแวดล้อมรวมทั้งคนด้วย

Buss (1961) กล่าวว่า ความก้าวร้าว เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น ในรูปของการกระทำอย่างทันที แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) ความก้าวร้าวทางกาย (Physical Aggression) เป็นความก้าวร้าวที่แสดงออกโดยการใช้อวัยวะทางกายเช่น แขน ขา ฟัน หรือใช้อวัยวะทางกายร่วมกับอาวุธเช่น มีด ไม้ เพื่อทำให้ผู้อื่นเจ็บปวด 2) ความก้าวร้าวทางวาจา (Verbal Aggression) เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น โดยใช้ถ้อยคำให้ผู้อื่นได้รับความเจ็บปวด จำแนกเป็น 2 ลักษณะคือการปฏิเสธ ซึ่งมักจะแสดงท่าทางประกอบด้วย เช่น ไม่ยอมเข้ากลุ่ม หลบหน้า เป็นต้น และการบังคับ เป็นการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ตนเองต้องการ

จากความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีผู้ให้ไว้อย่างหลากหลายสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวคือ การกระทำทั้งทางกาย และ/หรือวาจาต่อสิ่งของ บุคคลอื่นและ/หรือตนเอง โดยมีเจตนาให้สิ่งของได้รับความเสียหาย และบุคคลอื่นหรือตนเองได้รับความเสียหายทั้งทางร่างกายและจิตใจไม่ว่าจะเล็กน้อยหรือรุนแรงก็ตาม ซึ่งอาจเกิดจาก การเลียดู การสื่อความต้องการของตนเองไม่ได้ ไม่เข้าใจกฎเกณฑ์ มีความไวต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งเร้ามากเกินไป ถูกกดดันให้ทำสิ่งที่ไม่ชอบหรือสิ่งที่ยากเกินไป

**2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว** แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการศึกษาและวิเคราะห์แนวความคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปกติและได้มีการศึกษา ไว้หลายรูปแบบ และได้ข้อสรุปดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Cesare Lombroso) เป็นผู้ให้กำเนิดทฤษฎีนี้และกล่าวว่า ลักษณะบางอย่างของความเป็นอาชญากรสามารถถ่ายทอดมายังบุตรได้ หรือพูดอีกนัยหนึ่งว่า ถ้าพ่อเป็นอาชญากรลักษณะของความเป็นอาชญากรอาจจะถ่ายทอดมายังบุตรได้

2.2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา Freud (อ้างในผดุง อารยะวิญญู. 2542:29) กล่าวว่า การก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณอย่างหนึ่งของมนุษย์ มนุษย์เรานั้นหาใช่เป็นผู้ที่สุภาพอ่อนโยน ใจดี และต้องการความรัก ความสนใจเสมอไปไม่ บางครั้งก็ต้องรู้จักต่อสู้เพื่อป้องกันตนเองเมื่อถูกรุกรานจากบุคคลอื่น การก้าวร้าว จึงเป็นสัญชาตญาณอย่างหนึ่งของมนุษย์ในการป้องกันตนเอง แต่มนุษย์เรานั้นย่อมรู้จักระงับอารมณ์ และยอมไม่แสดงออก ซึ่งการก้าวร้าวในเวลาที่ไม่จำเป็นหรือแสดงออกไปในทางที่เป็นที่ยอมรับของสังคม ใครก็ตามที่ไม่สามารถควบคุมตนเองให้แสดง ความก้าวร้าวไปในทางที่ถูกที่ควรที่เป็นที่ยอมรับของสังคมได้ แสดงว่าบุคคลนั้นมีพัฒนาการทางร่างกาย และจิตใจที่ขาดสมดุล จึงไม่สามารถรับค่านิยมที่เป็นที่ยอมรับของสังคมได้ และบุคคลประเภทนี้จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาโดยปราศจากการควบคุม และในที่สุดก็กลายเป็นนิสัย และเป็นบุคลิกลักษณะประจำตนเองไป

นักจิตวิทยาได้แบ่งการก้าวร้าวออกเป็น 2 ประเภทด้วยกันคือ

1. การก้าวร้าวที่เป็นไปในทางทำลาย อาจจะเป็นการก้าวร้าวด้วยวาจา หรือด้วยการกระทำก็ได้ เช่น การชกต่อย เตะ ไม่จ่ายเงิน มาสาย วิวาทขี้วีนารณ์ไปในทางเสียหาย พุดจากระแนะระแหนหรือกระทบกระเทียบเสียดสี และเยาะเย้ย

2. การก้าวร้าวที่ควบคุมได้ เป็นการก้าวร้าวที่ไม่รุนแรง เป็นการก้าวร้าวโดยวาจา และกระทำโดยมีเหตุผลสมควร เป็นการกระทำเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่าเดิม

Dollard and Miller (1950) ให้ความเห็นว่าพฤติกรรมที่ก้าวร้าวเกิดจากการกระทำที่ไม่สมประสงค์ คนเราจะเกิดความไม่พอใจและเกิดอารมณ์ขุ่นมัว ถ้ามีคนขัดใจ หรือขัดขวางไม่ให้ตนทำในสิ่งที่ปรารถนาได้ เมื่อถูกขัดขวางคนเราก็มักมักจะแสดงพฤติกรรมออกไปในทางก้าวร้าว การก้าวร้าวมักจะเกิดจากความผิดหวังและอาจจะแสดงออกมาโดยพฤติกรรมหลาย ๆ แบบ เช่น ขู่ เอาชีวิต ขู่ทำร้าย หรือดูถูกเหยียดหยาม เป็นต้น เมื่อมีอุปสรรคมาขัดขวางคนเรามักจะไม่พอใจ เพราะเกิดความผิดหวัง ความผิดหวังทำให้คนแสดงออกไปในทางก้าวร้าว ที่ก้าวร้าวก็เพราะต้องการจะนำสิ่งกีดขวางนั้นออกไปให้พ้นแล้วตนเองจะได้ทำ ในสิ่งที่ตนเองปรารถนา การก้าวร้าว จึงเป็นการปรับตัวอย่างหนึ่งของมนุษย์

Scott (1956) ให้ความเห็นว่าในวัยเด็กนั้นต้องการความรักและความเอาใจใส่จากพ่อแม่ ถ้าเด็กไม่ได้รับความรักตามที่ตนต้องการ เด็กก็จะเปลี่ยนมาเป็นความเกลียดและความ

ศัตรูแทน ความเกลียด ความโหดเหี้ยมอาจจะเกิดขึ้นในจิตใจของเด็กที่มาจากครอบครัวที่ไม่ได้รับความอบอุ่น และความยุติธรรมอย่างเพียงพอ

2.2.3 ทฤษฎีทางสังคมและสภาพแวดล้อม Sutherland (1947) กล่าวว่าความเป็นอันธพาลหรืออาชญากรนั้นลอกเลียนแบบกันได้ เด็กอาจจะเรียนรู้สิ่งเหล่านี้จากเพื่อนหรือผู้ที่เด็กใกล้ชิดในสังคมของตน โดยเฉพาะในวัยรุ่นเด็กจะให้ความเชื่อถือแก่คนที่ตนชอบเป็นอย่างยิ่ง ถ้าคนที่เด็กชอบนั้นเป็นคนอันธพาลเกร เด็กก็ชื่นชมในความสามารถและพยายามยึดถือเป็นเยี่ยงอย่าง

2.2.4 ทฤษฎีความก้าวร้าวที่มาจากความคับข้องใจ (Frustration Aggression Theory) ทฤษฎีมาจากความเชื่อของดอลลาร์ดและมิลเลอร์ ที่เชื่อว่า ความก้าวร้าวของบุคคลมาจากความคับข้องใจที่สะสมอยู่ตลอดเวลา ก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความก้าวร้าวในที่สุด

2.2.5 ทฤษฎีความก้าวร้าวจากมุมมองของทฤษฎีความผูกพัน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ กับเด็ก จะร้องบอกความผูกพันที่มีต่อกัน ความสัมพันธ์ที่มีต่อกันระหว่างพ่อแม่ ลูก มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเด็ก โบว์ลบี (Bowlby, อ้างถึงใน พรณพิมล หล่อตระกูล 2537 : 1)จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ได้อธิบายทฤษฎีเกี่ยวกับความผูกพันโดยเน้นว่า พ่อแม่มีบทบาทเป็นผู้ปกครองให้ความปลอดภัยแก่เด็ก ตัวเด็กเองก็มีลักษณะบางประการที่จะกำหนดพฤติกรรมตอบสนองจากผู้ใหญ่ ทั้งผู้ดูแลและเด็กต่างก็มีความผูกพันซึ่งกันและกัน และความผูกพันที่เกิดขึ้นจะพัฒนาตามอายุและคงอยู่ตลอดไป การอบรมเลี้ยงดูบุตรมีรูปแบบที่หลากหลาย แต่การเลี้ยงดูบุตรด้วยการลงโทษนับเป็นวิธีการที่มีลักษณะของการใช้ความรุนแรง ซึ่งวิธีดังกล่าวนอกจากจะนำไปสู่ความวิตกกังวลแล้ว ยิ่งไปกว่านั้น ความเจ็บปวดจากการลงโทษอาจนำไปสู่ความโกรธ โบว์ลบี (Bowlby, 1973: 471) ได้กล่าวว่า ความโกรธเป็นธรรมชาติการตอบสนองของเด็กต่อความสัมพันธ์อันเนื่องมาจากความผูกพันที่ไม่ราบรื่น เมื่อความโกรธแผ่ขยายเพิ่มมากขึ้น ก็จะกลายมาเป็นความก้าวร้าว

2.2.6 ความผิดปกติของสมอง อูมาพร ตรังคสมบัติ (2545:13) กล่าวว่าสมองของเด็กออทิสติกอาจผิดปกติได้ทั้งในโครงสร้างและการทำงาน เชื่อว่าความผิดปกตินี้ส่วนใหญ่เกิดขณะที่เด็กยังเป็นตัวอ่อนในครรภ์ แต่ในบางรายอาจเกิดในขณะคลอดหรือหลังคลอดก็ได้สิ่งที่สนับสนุนว่าโรคนี้อาจเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสมองก็คือ การตรวจพบว่าคลื่นสมองของเด็กออทิสติกมีความผิดปกติบ่อยกว่าในเด็กทั่วไป รวมทั้งผลการศึกษาวิจัยต่าง ๆ เช่น การตรวจเนื้อเยื่อสมอง พบว่าอาจมีอันตรายนเกิดขึ้นต่อก้านสมอง(Brainstem) ขณะที่เด็กยังเป็นตัวอ่อนในครรภ์ เมื่อก้านสมองเกิดปัญหาจะทำให้สมองส่วนอื่นทำหน้าที่บกพร่องต่อเนื่องไปเป็นลูกโซ่ และทำให้เกิดพฤติกรรมแปลกๆมากมาย



จากการศึกษาในทารกแรกเกิด พบว่าเลือดของทารกที่เป็นออทิสติกเมื่อโตขึ้นนั้นมีโปรตีนที่เรียกว่า Growth factor สูงกว่าปกติ แม้ Growth factor จะมีบทบาทสำคัญในการเติบโตของสมอง แต่หากมีปริมาณสูงเกินไปก็จะทำให้สมองเกิดความผิดปกติได้จากการที่เด็ก ออทิสติกมีความผิดปกติของสมองเด็กจึงเรียนรู้ได้ช้า

ซึ่งใน เด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น เนื่องจากความคับข้องใจ โดยมีสาเหตุจากความบกพร่องทางการสื่อสารและสังคม ไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการได้ ทั้งใน ส่วนที่เด็กต้องการสื่อสารกับผู้อื่นและในส่วนที่ผู้อื่นต้องการสื่อสารกับเด็ก เกิดความคับข้องใจ หงุดหงิด จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่น ที่ก็เป็นการแสดงออกเพื่อการปรับตัวของเด็กอย่างหนึ่ง เพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ตนเองต้องการ แต่ถ้าหากประสบความล้มเหลวหรือผิดหวังก็อาจจะแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงออกมา ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งตนเองและผู้อื่นทำให้ได้รับความเสียหายได้ ดังนั้น การเลี้ยงดูในวัยเด็กและการปรับพฤติกรรมให้มีการแสดงออกที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็น ที่จะทำให้เด็กเป็นที่ยอมรับของสังคมได้

**2.3 การวัดและการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว** ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย นั้นได้มีการประเมินหลายรูปแบบและหลายความคิดดังนี้

2.3.1 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) พัฒนาโดย Robert Goodman ได้รับการแปลเป็นไทย และนำมาใช้ศึกษาในชุมชนครั้งแรก ในปี 2543 โดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์ มาโนช หล่อตระกูล และแพทย์หญิงพรณพิมล หล่อตระกูล เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในเด็ก เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การแก้ไขต่อไป แบบประเมินนี้ออกแบบมาให้ใช้กับเด็กอายุระหว่าง 4-16 ปี ลักษณะของพฤติกรรมสามารถจัดเป็นกลุ่มพฤติกรรมได้ 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพฤติกรรมด้านอารมณ์ กลุ่มพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง กลุ่มพฤติกรรมด้านความประพฤติ กลุ่มพฤติกรรมด้านบุคลิกภาพและความสัมพันธ์ และกลุ่มพฤติกรรมด้านความสามารถทางสังคม อีกส่วนหนึ่งของแบบประเมินเป็นการประเมินผลกระทบของพฤติกรรมว่ามีความเรื้อรังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง ต่อตัวเด็กเอง ต่อสัมพันธภาพทางสังคมและการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กมากน้อยเพียงใด แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) มี 3 ชุด สำหรับผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน สำหรับครูเป็นผู้ประเมิน และสำหรับเด็กประเมินตนเอง แบบประเมินทั้ง 3 ชุดนี้ มีลักษณะข้อคำถามคล้ายคลึงกันแต่มีความแตกต่างในเกณฑ์ที่ใช้ในการแปลผลเล็กน้อย ครูที่ประเมินเด็ก ตลอดจนผู้ปกครองที่จะเป็นผู้ประเมินเด็ก ควรรู้จักเด็กและมีความใกล้ชิดกับเด็ก

2.3.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ The Overt Aggression Scale for The Objective Rating of Verbal and Physical Aggression ของ Stuart Yudofsky และ Jonathan Silver (1986) ซึ่งใช้สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช โดยลักษณะของแบบสังเกตเป็นรายการที่เกี่ยวกับ

พฤติกรรมรุนแรงในแต่ละเวอร์ แบบประเมินนี้ได้ผ่านการหาค่าความเที่ยงตรงโดย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ .87 ในประเทศไทยมีการนำมาใช้โดย ทศพร พรหมประเสริฐ ใช้ในโครงการศึกษาอิสระ การพยาบาลที่เน้นพฤติกรรมบำบัดของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ (2550) ซึ่งสามารถใช้ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลักษณะของแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งตามลักษณะความรุนแรงจากไม่รุนแรงถึงรุนแรงมาก แบ่งออกเป็น 5 ส่วนย่อย ส่วนที่ 1 มี 3 ข้อเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยคำพูดและท่าทางที่ไม่รุนแรง หากพบพฤติกรรมนี้ให้คะแนนข้อละ 2 คะแนน ส่วนที่ 2 มี 4 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและมีท่าทางคุกคามหรือทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อย วิธีให้คะแนนหากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 3 คะแนน ส่วนที่ 3 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและท่าทางที่คุกคามด้วยความรุนแรงอย่างชัดเจนต่อตนเองหรือผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 4 คะแนน ส่วนที่ 4 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยท่าทาง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 5 คะแนน ส่วนที่ 5 มี 2 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายอย่างรุนแรงต่อทั้งตนเองและผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 6 คะแนน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ The Overt Aggression Scale for The Objective Rating of Verbal and Physical Aggression เป็นแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก เนื่องจากมีความเหมาะสมและมีความชัดเจนของพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกที่ทำให้ผู้สังเกตสามารถสังเกตได้ และลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวในแบบประเมินก็เหมือนกับลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกที่แสดงออก นอกจากนี้ยังทำให้เห็นถึงระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงรุนแรงมาก จากผลรวมของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น ซึ่งแต่ละข้อก็มีการกำหนดค่าคะแนนไว้อย่างชัดเจน

### 3. การพยาบาลเด็กออทิสติก

#### 3.1 มาตรฐานการพยาบาล

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในบทบาท ผู้ปฏิบัติพยาบาลขั้นสูงมีหน้าที่โดยตรงในการให้ความช่วยเหลือเด็กออทิสติก ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งถือว่ามีปัญหายุ่งยากซับซ้อนเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบที่รุนแรง ต่อทั้งตัวเด็กเอง ครอบครัว และสังคมในอนาคต การช่วยเหลือเป็นการผสมผสานศาสตร์ทางการพยาบาล ทั้งความชำนาญ ทักษะและความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องที่เป็นที่ยอมรับ ในการดูแล บำบัดเด็กออทิสติก ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว พยาบาล จะให้การปฏิบัติพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพในการส่งเสริม

สุขภาพ ป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นขณะให้การบำบัด ให้การช่วยเหลือโดยการบำบัดด้วยพฤติกรรมบำบัดเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตอารมณ์ จิตวิญญาณของเด็กและครอบครัว และการฟื้นฟูสภาพจิต โดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพทางการพยาบาล เพื่อสามารถปรับตัวกับครอบครัว ดำรงชีวิตในครอบครัวอย่างมีความสุข ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายสำคัญของการสร้างสรรค์สังคมที่มีคุณภาพ

การปฏิบัติพยาบาลสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพพยาบาลผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการใช้หลักการพยาบาล ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2544)

### 1. การใช้กระบวนการพยาบาล ในการบำบัดพฤติกรรม

1.1 การประเมินพฤติกรรม รวมถึงผลกระทบ พยาบาลจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การตรวจ การสัมภาษณ์จากครอบครัวเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีปัญหา การแก้ปัญหาของครอบครัว ความเหมาะสมของพฤติกรรมที่แสดงออกกับพัฒนาการตามวัย ประวัติครอบครัว การเลี้ยงดู ความคาดหวังของครอบครัว การดำรงชีวิตและการทำหน้าที่ของครอบครัว ผลกระทบที่มีต่อตัวเด็ก ครอบครัว และครอบครัว ข้อมูลต้องครอบคลุมถึง ทักษะคิด ความรู้ที่จะใช้ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อเป็นข้อมูลค้นหาปัญหาของเด็กและครอบครัวในการตั้งข้อวินิจฉัยในการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาให้ตรงจุด

1.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพยาบาลทำการประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาในการดำรงชีวิตของเด็กออทิสติกในครอบครัว ที่โรงเรียน และทำการจัดลำดับความสำคัญของสภาพความรุนแรงของปัญหา ที่จะเกิดผลกระทบกับตัวเด็ก และครอบครัว เพื่อการวางแผนการพยาบาล

1.3 การวางแผนการพยาบาล พยาบาลจะต้องวางแผนการพยาบาลร่วมกับครอบครัวของเด็ก ในลักษณะของการวางแผนร่วมกัน โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ใช้บริการ เริ่มต้นจากการรวบรวมข้อมูลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ และการร่วมรับรู้ความรู้สึกกับครอบครัว ระหว่างการประเมินทางการพยาบาลในเรื่องปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของเด็ก และการทำหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนประเมินความต้องการและปัญหาของทั้งตัวเด็กและครอบครัว ในการวางแผนการพยาบาล ให้สอดคล้องกับลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็ก โดยมีการกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

1.4 การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือ และการใช้พฤติกรรมบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวทางการพยาบาล พยาบาลต้อง มีความรู้ ทักษะและความชำนาญ มีวุฒิภาวะและมีความตั้งใจ ใส่ใจ ในการฝึกฝน ศึกษาการปฏิบัติกรพยาบาล ให้การบำบัดตามขอบเขตกฎหมาย และ

เงื่อนไขทางจริยธรรมของพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการและลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเด็ก และครอบครัวต้องมีความเหมาะสมและได้รับความยินยอมร่วมมือด้วยดีในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่กำหนดขึ้น โดยมีแนวคิดทฤษฎีที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นพื้นฐาน

1.5 การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พยาบาลประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้โดยใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานทั้งความตรง ความเที่ยงในการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ ต้องให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความรู้ความสามารถ ของครอบครัว ผู้ดูแลเด็ก ในการมีส่วนร่วมในการดูแลปรับพฤติกรรมเด็กออกทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวไปพร้อมๆ กัน

2. การใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติพยาบาล ต้องสามารถประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และใช้ผลงานวิจัยมาปรับใช้กับการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก

3. การใช้การพยาบาลแนวองค์รวมในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นหมายถึงการดูแลช่วยเหลือเด็ก พร้อมกันทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมจิตวิญญาณ รวมถึงจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมในครอบครัว โรงเรียน ชุมชนที่จะมีผลกับพฤติกรรม และพัฒนาการด้านต่างๆของเด็ก

4. การปฏิบัติพยาบาลมุ่งสู่ผลลัพธ์ ทางการพยาบาลซึ่งตั้งไว้ในขณะวางแผนการพยาบาล โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลนั้น เกณฑ์ที่ตั้งไว้ ต้องวัดได้ แปรผลได้

5. การให้ความสำคัญกับครอบครัวของเด็ก เป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากกลไกการเกิดปัญหาทางพฤติกรรมในเด็กตามแนวคิดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น เกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ได้กับการเลี้ยงดู มีบทบาทสำคัญในการสร้าง และหล่อหลอมพฤติกรรม (เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์, 2550) ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก แม้ว่าแต่ละครอบครัวจะมีลักษณะ และโครงสร้างแตกต่างกันตามวัฒนธรรม แต่ครอบครัวก็เป็นสถาบันที่เป็นศูนย์กลางของสังคม ระบบครอบครัวมีความสำคัญมากต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจของสมาชิกในครอบครัว ปัญหาของตัวเด็กทำให้บิดามารดาวิตกกังวลเดือดร้อนใจ และปัญหาของบิดามารดาทำให้ความสามารถในการตอบสนองด้านความต้องการของเด็กลดลงด้วย หน้าที่ของครอบครัวควรมีลักษณะดังนี้คือ ให้สิ่งจำเป็นในชีวิต และให้ความรัก ความอบอุ่นมั่นคง อย่างต่อเนื่องมีขอบเขตเหมาะสม มีการส่งเสริมพัฒนาการการเรียนรู้ของเด็ก ไม่มีความรุนแรง หรือความเครียดที่มากเกินไปในบ้านได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องและสังคม มีความสามารถในการสื่อสารอย่างถูกวิธี สร้างความสัมพันธ์ และการแก้ไขปัญหารวมถึงอบรมเด็กให้เติบโต และทำหน้าที่เป็นพลเมืองที่ดีของสังคม (อรวรรณ เล่าห์เรณู, 2551) ดังนั้นครอบครัว จึงเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวถึงเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุด และเป็นสถาบันที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็ก (ทัศนีย์

อนันตพันธ์, 2540 : Loukissa, 1995) การให้การพยาบาลจึงต้องมีครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมให้เด็กด้วย

6. การใช้ทักษะพื้นฐานด้านการสร้างสัมพันธภาพการสื่อสาร ในการปฏิบัติพยาบาลนั้นการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นทักษะที่จำเป็น โดยเฉพาะกับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางจิต จะต้องเหมาะสม หลักการและทักษะการร่วมรู้สึกรู้จักการรู้จักตนเอง การยอมรับเด็กอย่างไม่มีการเงื่อนไข ความซื่อสัตย์ จริงใจเป็นหัวใจของการสร้างสัมพันธภาพทั้งกับเด็กและครอบครัว ส่วนทักษะการสื่อสารพยาบาลต้องพัฒนาความเข้าใจในธรรมชาติ ประสบการณ์ของเด็กแต่ละวัยโดยอาจต้องใช้ทั้งวัจนภาษา อวัจนภาษา และการเล่น เป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธภาพกับเด็กเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ให้ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์

7. การใช้แหล่งข้อมูลสำคัญจากตัวเด็ก จากครอบครัว จากครู เพื่อนที่โรงเรียน ต้องมีการตรวจสอบข้อมูลว่า มีความสอดคล้องกัน หรือขัดแย้งกันมีความน่าเชื่อถือหรือไม่ มีการตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับจากคนที่มีความใกล้ชิด ในกรณีข้อมูลมีความขัดแย้งกัน

### 3.2 การพยาบาลเด็กออทิสติก

3.2.1 การช่วยเหลือดูแลเด็กออทิสติก (จินตนา ยูนิพันธ์, 2544) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

3.2.1.1 การประเมินภาวะสุขภาพ โดยทั่วไปเด็กที่มีปัญหาทางจิตแบบออทิสติก ผู้ดูแลจะสังเกตพบความบกพร่องของการพัฒนาการของเด็กได้ เริ่มในขวบปีแรก โดยเด็กจะมีความพร่องทางด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ดังเช่น ยิ้มช้าหรือไม่ยิ้ม ไม่แสดงปฏิกิริยาตอบสนองใดๆ ต่อบิดาบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดู ซึ่งเมื่อผู้ดูแลพยายามพูด เรียก หรือเล่นด้วย เด็กจะเฉย แต่อาจทำเสียงเองตามลำพัง และส่งเสริมตามลำพังอยู่ได้เป็นเวลานานๆ โดยที่การตอบสนองต่อสิ่งแวดลอมเป็นแบบไม่คงเส้นคงวา ไม่สม่ำเสมอ หรือไม่แสดงว่าจำหน้าบิดาบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูได้ ซึ่งจะเห็นชัดว่าแตกต่างจากการพัฒนาการของเด็กทารกปกติ

ในช่วงขวบปีแรก การเลี้ยงดูเด็กจะไม่เป็นปัญหาแต่อย่างใด อาจจะเป็นเด็กที่ผู้เลี้ยงดูกล่าวว่าเป็นเด็กเลี้ยงง่าย เช่น เมื่อจับเด็กนั่งตักบิดามารดาในขณะที่บิดามารดาสนทนากับผู้อื่น เด็กจะนั่งเฉยอยู่บนตักโดยไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบใดๆ แม้จะมีผู้อื่นมายิ้ม เล่นหยอกเข้า ใช้นิ้วชี้ที่เอว รักแร้ หรือที่ท้องเด็กไม่ได้ตอบแต่อย่างใด ไม่หันตามเสียงตบมือ หรือเสียงเรียกชื่อของตนเอง เมื่อผู้เลี้ยงดูสอนให้เด็กเล่น หรือทำอะไรง่ายๆ เช่น ตบมือ โบกมือไปมา เด็กก็จะทำไม่ได้ แม้จะจับมือให้ตบ พอปล่อยมือเด็กก็จะหยุดทำ แต่ในบางครั้งบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูอาจรายงานว่าเด็กมีที่ทำรับรู้ต่อสิ่งเร้าได้บ้าง เช่น การเคาะพื้นเบาๆ หรือขูดแกรกๆ บนพื้น เป็นต้น เด็กออทิสติกบางคนชอบแสงสว่างจ้า อาจจะทำงมงมงดวงไฟ หรือจ้องมองดวงอาทิตย์ หรือดวงจันทร์เต็มดวงได้

ครั้งละนานๆ นอกจากนี้ เด็กบางคนอาจแสดงอาการกลัวต่อสิ่งของบางอย่าง ทั้งๆที่ของเหล่านั้นไม่เป็นอันตรายแต่อย่างใด และสิ่งของที่เด็กแต่ละคนกลัวจะไม่เหมือนกัน และอาจไม่มีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิตของเด็กแต่อย่างใด เช่น กลัวต่อสีใดสีหนึ่ง เป็นต้น ในบางกรณีสิ่งของที่เด็กกลัวอาจเป็นสิ่งที่มีความหมายตรงตามประสบการณ์ของบิดาบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดู บางกรณีเด็กอาจจะเล่นของเล่นบางอย่างได้ หรือทำกิจกรรมบางอย่างได้สำเร็จ เช่น การวางตัวต่อไม้เป็นรูปต่างๆ ได้อย่างน่าแปลกใจ จนทำให้บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเข้าใจผิดว่าเด็กทำได้เพราะความฉลาดของเด็กได้

เมื่อเด็กโตขึ้นอายุ 2-3 ปี ความคิดปฏิกัตด้านพฤติกรรมเด็กจะเห็นเด่นชัดขึ้น โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวแบบแปลกๆ ดังเช่น เด็กบางคนอาจเริ่มเดินด้วยท่าแปลกๆ เช่น เดิน หรือวิ่งเข่งด้วยปลายเท้า เดินแบบม้าย่อง หมุนตัวไปมา ปีนป่ายแบบไร้จุดหมาย แต่กลัวการขึ้นลงบันได เด็ก ออทิสติกส่วนใหญ่จะพูดออกเสียงเป็นคำๆ ไม่ได้ ในบางกรณีที่เด็กอาจเริ่มพูดเป็นคำๆ ได้บ้าง ดังเช่นเด็กปกติ แต่แล้วการพูดหรือแบบแผนของการใช้เสียงจะหยุดหายไป ส่วนการเติบโตและพัฒนาการทางร่างกายจะไม่แตกต่างจากเด็กปกติ และเมื่อเข้าสู่วัยเตาะแตะ เด็กปกติจะใช้เวลาส่วนหนึ่งในการเล่น ซึ่งจะเป็นการเล่นที่อาจใช้ของเล่นหรือเล่นโดยใช้ของใช้ปกติ หรือของที่มีอยู่รอบตัว ที่สำคัญในเด็กปกติจะเป็นการเล่นที่มีการสมมติ (Make believe play) หรือการเล่นที่มีการเลียนแบบการดำรงชีวิตหรือสังคมจริง (Social imitative play) ส่วนการเล่นที่ผิดปกติใน เด็กออทิสติก จะเป็นการเล่นที่มีการหมกมุ่นกับสิ่งของบางอย่าง ขาดการสมมติ ไม่มี ความหมายจากการเล่น แต่เป็นการเล่นที่เป็นการกระทำซ้ำๆ เล่นกับสิ่งของ หรือสิ่งของที่แปลกๆ มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผู้ดูแลยับยั้งหรือเปลี่ยนแปลงไม่ได้

ในเรื่องการรับประทานอาหาร เด็กจะรับประทานอาหารชนิดเดิม การเปลี่ยนแปลงใดๆ ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การนอน การขับถ่าย หรือกิจวัตรใดๆ หากต้องมีการเปลี่ยนแปลงจะทำได้ยากมาก เด็กจะทำอะไรซ้ำๆ เด็กจะปฏิเสธทุกสิ่งที่ไม่เหมือนเดิม พยาบาลจึงต้องทำการประเมินพฤติกรรมของเด็ก ทั้งในเรื่องลักษณะของพฤติกรรม ความถี่ของการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้ว และที่อาจจะเกิดขึ้นจากการกระทำที่ผิดปกติต่อตัวเด็กเอง ต่อบิดา มารดา ต่อพี่น้อง และบุคคลในครอบครัว

3.2.1.2 การวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาลทำการประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาในการดำรงชีวิตของเด็กปัญญาอ่อนในครอบครัว และทำการจัดลำดับความสำคัญของสภาพ ความรุนแรงของปัญหาเพื่อการวางแผนการพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อนของเด็กแต่ละคน ตัวอย่างของข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่ออันตราย บาดเจ็บ หรือความบกพร่อง ในการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกายเกี่ยวข้องกับการขาดการดูแล ถูกทอดทิ้ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ขาดพัฒนาการทางสังคม เกี่ยวข้องกับการดูแล ที่เหมาะสม ไม่สามารถมีความไว้วางใจ และการมีความผิดปกติทางระบบประสาท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ขาดความสามารถในการสื่อความหมาย เกี่ยวข้องกับการหมกมุ่นอยู่กับตนเอง การขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม และการมีความผิดปกติ ทางระบบประสาท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 พัฒนาการของตัวตน (Self) ลำช้า เกี่ยวกับการ หยุดยั้งของการพัฒนาการในเด็ก การขาดการดูแลที่เหมาะสม และการขาดการกระตุ้นจาก สิ่งแวดล้อม

3.2.1.3 การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วยการกำหนดวัตถุประสงค์ และกิจกรรมการพยาบาล

3.2.1.3.1 การกำหนดวัตถุประสงค์ ตัวอย่างกำหนดวัตถุประสงค์ มีดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เด็กปลอดภัยจากการเป็นอันตรายหรือการ บาดเจ็บ

วัตถุประสงค์ที่ 2 เด็กมีปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมกับผู้ดูแลอย่าง น้อยหนึ่งคน

วัตถุประสงค์ที่ 3 เด็กพัฒนาความไว้วางใจผู้ดูแลอย่างน้อย หนึ่งคน

วัตถุประสงค์ที่ 4 เด็กสื่อความหมายความต้องการของตนได้กับ ผู้ดูแลอย่างน้อยหนึ่งคน

วัตถุประสงค์ที่ 5 แสดงพฤติกรรมที่บ่งชี้ว่าเริ่มต้น กระบวนการพัฒนาตัวตน

3.2.1.4 กิจกรรมการพยาบาล พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลโดยกำหนด วิธีการดูแลช่วยเหลือ หรือการบำบัดทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และ ต้องคำนึงถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็ก ตลอดกระบวนการ รวมทั้งจัด ประสบการณ์ให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและมีความสามารถในการร่วมกับพยาบาล ช่วยเหลือ ดูแลเด็กออทิสติก โดยมุ่งหวังให้ครอบครัวสามารถเลี้ยงดูและช่วยเหลือเด็ก ออทิสติก

เมื่อเด็กกลับสู่ครอบครัว รวมทั้งการช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถจัดการกับความวิตกกังวล ความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากการดูแลเด็กออทิสติก

กิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือ และบำบัดทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำคัญในออทิสติก ได้แก่

1) พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในการดูแลเด็กรายบุคคลเพื่อพัฒนาความไว้วางใจ ตลอดจนการจัดระบบการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการตนเองของเด็กเป็นรายบุคคลในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านการดูแลตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ซึ่งเด็กจะมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน การดูแลแบบที่พยาบาลรับผิดชอบเด็กเป็นรายบุคคล และมีความต่อเนื่อง เช่น การดูแลแบบเจ้าของไข้จะมีความเหมาะสม

2) พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดในการป้องกันการบาดเจ็บ อันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งกับตัวเด็กเอง และที่อาจจะเกิดกับเด็กอื่น การรู้จักเด็กเป็นรายบุคคล เพื่อการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของเด็กที่มักจะเกิดขึ้นที่เด็กจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดเมื่อเด็กมีระดับของความวิตกกังวลสูงขึ้น พยาบาลต้องจัดการช่วยเหลือเด็กให้สามารถเผชิญกับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การช่วยเหลือเด็กในเรื่องนี้และการช่วยเหลือเด็กเมื่อเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์เช่นนี้ พยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง โดยใช้เทคนิคการบำบัดที่เหมาะสมกับลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น

3) พยาบาลจะดูแลช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการทางสังคมได้ต้องเริ่มจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความไว้วางใจ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย และประคับประคองเด็กให้มีความมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ใช้เทคนิคการให้รางวัล เมื่อเด็กเริ่มแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยเฉพาะมีการประสานสายตา ซึ่งสำคัญมากในการสร้างความผูกพันทางสังคม หรือเมื่อเด็กเริ่มมองสิ่งของหรือบุคคลอย่างมีเป้าหมาย เป็นต้น เมื่อเด็กมีพัฒนาการในทางสร้างสรรค์ จึงเปลี่ยนจากการใช้รางวัล เป็นการให้แรงเสริมทางสังคม เช่น การกอดรัด การสัมผัส การยิ้ม หัวเราะ หรือชมเชยด้วยคำพูด เป็นต้น

4) พยาบาลใช้การดูแลช่วยเหลือเป็นรายบุคคลระยะยาวในการพัฒนาความสามารถของเด็กในการสื่อความหมายความต้องการของตนให้ผู้อื่นทราบ โดยพยาบาลคาดการณ์ความต้องการของเด็กให้ถูกต้อง และช่วยให้เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นอย่างเต็มที่ จะช่วยให้เด็กเริ่มต้นพัฒนาความสามารถในการสื่อความหมาย ความต้องการของตนให้ผู้อื่นทราบได้ การทำความเข้าใจ และการตรวจสอบว่าพยาบาลเข้าใจความต้องการของเด็กอย่างถูกต้องเป็นเรื่องจำเป็น การใช้เทคนิคการให้แรงเสริมแบบการให้รางวัล ใช้ได้ผลดีในเด็กออทิสติก



และที่สำคัญพยาบาลต้องสำนึกไว้เสมอว่า เด็กที่ได้รับการดูแลด้วยความรัก ความอบอุ่นอย่างเต็มที่เท่านั้น จึงจะมีความไว้วางใจสิ่งแวดล้อมที่จะสื่อความหมายความต้องการของตนให้ผู้อื่นได้

5) พยาบาลต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับเด็กออทิสติก โดยการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งเพื่อให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นพัฒนาการของเด็กที่เหมาะสม ตามระดับสติปัญญาและระดับพัฒนาการของเด็ก ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับเด็กออทิสติก โดยสิ่งปะปนคือจัดสิ่งแวดล้อมต้องไม่มีของมีคม หรือของใช้ที่แตกหักง่าย ในกรณีที่เด็กมีอาการชัก ร่วมกับ สภาพแวดล้อมและของใช้ในห้องพัก หรือในหอผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องมีการบุนวม ตามความจำเป็น และในกรณีของเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากการป้องกันข้างต้นพยาบาลต้องป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นด้วยการเรียนรู้แบบแผนการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หากอาการนำของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวให้ได้ แล้วจึงดำเนินการเฝ้าระวัง

6) พยาบาลต้องช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการของกระบวนการการพัฒนาตัวตน โดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีความอบอุ่นและไว้วางใจ ช่วยให้ได้รับรู้ความเป็นตัวตน พัฒนาความรู้จักตนเอง ดังเช่น เรียนรู้การเรียกชื่ออวัยวะต่างๆ แล้วแยกว่าอะไรคือของตนเอง อะไรคือของคนอื่น ด้วยการมองตนในกระจก ในระยะแรกเด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะกลัวการเห็นตนเองในกระจก ต่อเมื่อเด็กมีพัฒนาการในทางที่เหมาะสม การมองกระจกจะช่วยให้เด็กเรียนรู้ตนเองได้มากขึ้น ซึ่งเด็กจะแสดงออกโดยสามารถชี้ปาก จมูก ตนเองได้ ตลอดจนรับรู้ความเป็นเจ้าของ ของใช้ส่วนตัว การพัฒนาความเป็นตัวตนนี้ พยาบาลจะพัฒนาควบคู่ไปกับการกระทำกิจวัตรประจำวัน

7) พยาบาลที่ดูแลเด็กออทิสติกต้องให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือบิดามารดาให้เข้าใจ และยอมรับว่าลูกมีความผิดปกติ รวมทั้งมีความคาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็กตามสภาพที่เป็นจริง เข้าใจศักยภาพของเด็กออทิสติก และมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลเด็ก ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้เต็มตามศักยภาพ นอกจากนี้ในการช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก ซึ่งต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเลี้ยงดูเด็ก และเผชิญกับความเครียด ความกังวล และความรู้สึกคับข้องใจ ให้มีความรู้ ความสามารถดังกล่าวข้างต้นได้นั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพ (Johnson, 1995) กลยุทธ์ที่สำคัญที่พยาบาลควรใช้ เช่นเดียวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่

7.1) การกระตุ้นให้ครอบครัวมีการระบายอารมณ์

7.2) ช่วยเหลือให้ครอบครัวลดความรู้สึกผิด

7.3) สนับสนุน ปรึกษา ประคับประคองให้ครอบครัวได้ผ่านพ้น

กระบวนการเศร้าโศก

7.4) กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวด้วยกัน  
ให้โอกาสครอบครัวในซักถามจนได้คำตอบที่พอใจ

7.5) กระตุ้นให้ครอบครัวมีการรับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง

7.6) เน้นการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ มีกำลังใจในการดูแลดี

7.7) ร่วมกันกำหนดเป้าหมายอนาคตของเด็กอย่างเหมาะสม

7.8) สอนการมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม

7.9) ให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับสิทธิของเด็กและความ  
รับผิดชอบของครอบครัว

7.10) สร้างเครือข่ายกับชุมชน

### 3.3 สมรรถนะของพยาบาลจิตเวช

สำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะกรรมการฝึกอบรมและการสอบความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ได้กำหนดและได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล(สภาการพยาบาล, 2550) นั้น มีขอบเขตการปฏิบัติ สมรรถนะหลัก 9 ประการ และแสดงการปฏิบัติที่แสดงสมรรถนะ ดังต่อไปนี้

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต หมายถึง การกระทำ การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน โดยใช้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง ในการจัดการรายกรณีหรือใช้วิธีการอื่นๆ รวมทั้งจัดการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพ ให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการดูแลในกลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะ โรคอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลในการดูแลผู้ใช้บริการกลุ่มผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อน

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มเฉพาะโรค (Care Management)

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะ โรคที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct Care)

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration)

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (mentoring)

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation)

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making)

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice)

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation)

ดังนั้น จากการพิจารณาขอบเขตของการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ตามข้อกำหนดทางกฎหมาย และทางวิชาชีพ จึงกล่าวได้ว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น หมายถึง การประกอบวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ หรือผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งกระทำโดยตรงแก่เด็กและวัยรุ่น ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลและการจัดการในระบบการดูแล ตามระดับของการมีความรู้และความชำนาญของพยาบาลผู้ปฏิบัติ ครอบคลุมการประเมินและวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ การกำหนดผลลัพธ์และแผนการปฏิบัติการพยาบาล และการดูแลช่วยเหลือด้วยวิธีการสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษา การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล การบำบัดทางจิตเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคทางจิต การแก้ปัญหาสุขภาพ และความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค และการฟื้นฟูสภาพทางจิตสังคม โดยมีการ บูรณาการองค์ความรู้ในศาสตร์การพยาบาล ศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ และมีระบบการประเมินและระบบการกำกับให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญคือ เด็กและวัยรุ่นปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ มีการเจริญเติบโต และสามารถดูแลตนเองได้ตามวัย รวมทั้งการดำรงชีวิตในครอบครัว และในสังคมอย่างผาสุกเป็นสำคัญ

## 4. พฤติกรรมบำบัด

### 4.1 ความหมายของพฤติกรรมบำบัด

เป็นวิธีการแก้ไขและพัฒนาพฤติกรรมของบุคคล ที่วางอยู่บนแนวคิดของนักจิตวิทยากลุ่มพฤติกรรมนิยม โดย Kalish(อ้างถึงในสม โภชน์ เอี่ยมสุภายิต, 2550) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมบำบัดว่าเป็นการนำเอาหลักการแห่งพฤติกรรม (Behavior Principles) มาประยุกต์ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ โดยหลักการแห่งพฤติกรรมเป็นหลักการที่ครอบคลุมทั้งแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไข และแนวคิดทางจิตวิทยาอื่นๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ เข้ามาประยุกต์ใช้ได้

โดยธรรมชาติเด็กวัยเรียนจะมีพัฒนาการทางสติปัญญาที่ Piaget เรียกว่าปฏิบัติการด้านรูปธรรม (Concrete Operation) ทำให้เด็กมีมโนทัศน์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างชั้นจะเข้าใจ และปฏิบัติตามกติกาคือคนอื่นได้ตั้งไว้ วัยนี้จึงเหมาะในการอบรม เด็กให้มีทักษะ และความรู้ที่จะปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดโปรแกรมพฤติกรรมบำบัด มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กที่อาจมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากเด็กปกติ โดยการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ให้อยู่ในสังคมปกติได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกิจกรรมต่างๆที่จัดขึ้นในโปรแกรมเป็นการสร้างความคุ้นเคย สร้างความสัมพันธ์ เรียนรู้ถึงการอยู่ร่วมกัน การพัฒนาความคิด ทักษะการสื่อสารเป็นต้น กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และเน้นหนักการจะจัดอยู่ในช่วงที่ต้องการบรรยากาศความเป็นกันเองระหว่างเด็ก ส่วนใหญ่จะดำเนินการก่อนเริ่มกิจกรรมอื่นๆ หรือคั่นระหว่างกิจกรรม เป็นการปลุกฝังมารยาทให้กับเด็ก และเมื่อเด็กกลับเข้าสู่สิ่งแวดล้อมเดิมจึงเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็นครอบครัว และโรงเรียนล้วนมีส่วนช่วยในการดูแลเด็ก โดยการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่จะมีผลให้เด็กเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนั้นจึงมีกิจกรรมสำหรับผู้ปกครองเพื่อให้ความรู้ในเรื่องโรคออทิสติก และเทคนิคพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กซึ่งมักจะพบได้บ่อยที่บ้าน จะช่วยให้ครอบครัวเข้าใจเด็กมากขึ้น และมีทัศนคติที่ดีกับตัวเด็กมีความพร้อมในการช่วยเหลือปรับพฤติกรรมต่อเนื่องเมื่ออยู่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมเหมาะสมขณะใช้ชีวิตอยู่ในสังคม สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข

ลักษณะของพฤติกรรมบำบัด (สม โภชน์ เอี่ยมสุภายิต, 2536)

1. มุ่งที่พฤติกรรมโดยตรงโดยที่พฤติกรรมนั้นต้องสังเกตเห็นได้ และวัดได้ตรงกันซึ่งพฤติกรรมในที่นี้หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำ แสดงออก ตอบสนองหรือโต้ตอบต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดใน

สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่สามารถสังเกตเห็นได้ ได้ยินได้ นับได้ อีกทั้งวัดได้ตรงกันด้วย เครื่องมือที่เป็นวัตถุวิสัย ไม่ว่าจะการแสดงออกหรือการตอบสนองนั้น เป็นภายในหรือภายนอกก็ตาม เช่น การร้องไห้ การเดิน การคิด การเต้นของชีพจร การอ่านหนังสือ การเข้าคิว เป็นต้น

2. ไม่ใช่คำที่เป็นการตีตรา เช่น คำว่าก้าวร้าว ฉลาด โง่ เกเร ขี้เกียจ เก่ง เป็นต้น เพราะคำตีตราเหล่านี้มักจะเป็นคำที่มีความหมายกว้างๆ ที่รวมพฤติกรรมหลายๆ ลักษณะเข้าด้วยกัน จึงทำให้ไม่ชัดเจน ขาดการสังเกตให้ตรงกัน นอกจากนี้บุคคลที่ถูกตีตราอาจจะพยายามทำตนให้มีลักษณะเหมือนกับที่ถูกตีตราด้วย เช่น ถ้าตีตราว่าเด็กขี้เกียจ เด็กอาจจะแสดงพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงให้เห็นว่าขี้เกียจจริง การตีตรายังทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความอับอายได้

3. พฤติกรรมไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่ปกติหรือไม่ปกติก็ตาม ย่อมเกิดจากการเรียนรู้ในอดีตทั้งสิ้น ดังนั้นพฤติกรรมเหล่านี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยใช้กระบวนการเรียนรู้

4. พฤติกรรมบำบัดจะเน้นที่สภาพและเวลาในปัจจุบันเท่านั้น แม้ว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นในอดีตก็ตาม แต่เงื่อนไขสิ่งเร้าและผลในสภาพปัจจุบันเป็นตัวกำหนดว่าพฤติกรรมที่เรียนรู้

ในอดีตนั้น จะมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นบ่อยครั้งหรือลดลง ดังนั้นถ้าสามารถวิเคราะห์ได้ว่าสิ่งเร้าและผลกรรมใดที่ทำให้พฤติกรรมเหล่านั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้ง หรือลดลงในสภาพปัจจุบันก็จะสามารถทำให้ปรับสิ่งเร้า และผลนั้นๆ ได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อจะทำให้พฤติกรรมดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปตามเป้าหมายที่ต้องการ

5. พฤติกรรมบำบัดนั้น จะเน้นที่วิธีการทางบวกมากกว่าที่จะใช้วิธีการลงโทษในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากเป้าหมายของพฤติกรรมบำบัดนั้น จะเน้นที่การเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จึงจำเป็นที่จะต้องใช้วิธีการทางบวก เพื่อสนับสนุนให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น วิธีการทางบวกเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์น้อยกว่าการใช้วิธีการลงโทษอีกด้วย

6. พฤติกรรมบำบัดนั้นสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะปัญหาของแต่ละบุคคล เนื่องจากมีความเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกัน การลงโทษวิธีหนึ่งอาจใช้ได้ผลกับคนๆ หนึ่ง แต่อาจไม่ได้ผลกับอีกหลายๆ คน ตัวเสริมแรงตัวหนึ่งที่อยู่จะมีประสิทธิภาพสูงมากเมื่อใช้กับคนบางคน แต่อาจจะไม่มีประสิทธิภาพเลยถ้าใช้กับคนอีกกลุ่มหนึ่ง ดังนั้นในการดำเนินการพฤติกรรมบำบัดจึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลด้วย

7. วิธีการปรับพฤติกรรมเป็นวิธีที่ได้รับการพิสูจน์มาแล้วว่ามีประสิทธิภาพและได้ผลโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์

พฤติกรรมบำบัด เป็นวิธีการแก้ไขพฤติกรรมซึ่งมีอยู่หลายรูปแบบ และเป็นที่ยอมรับกันดี โดยมีแนวคิดของทฤษฎีการวางเงื่อนไขและการกระทำมาใช้ ซึ่งมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของเด็ก มีผล

เนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของเด็กจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจาก ผลการกระทำที่เกิดขึ้น ในสภาพแวดล้อมนั้นๆ การกระทำจะเกิดขึ้นเมื่อเด็กได้รับแรงเสริม ซึ่งจะทำให้การกระทำเพิ่มมากขึ้นและลดลง (Skinner, 1953 อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) การจะให้ เกิดพฤติกรรมใหม่จะต้องใช้แรงเสริม หรือสิ่งเร้าที่เป็นแรงเสริม (Reinforcement) อาจเป็นรางวัลซึ่งจะช่วยทำให้ พฤติกรรมที่เราต้องการคงอยู่ยาวนานหรือเกิดขึ้นบ่อย การใช้แรงเสริม จึงเป็นหัวใจสำคัญสำหรับวิธีการปรับพฤติกรรม โดยความสำเร็จของพฤติกรรมบำบัดขึ้นอยู่กับ ประเภทของแรงเสริมที่ใช้ความถี่ของการให้การเสริมแรง และความสม่ำเสมอของการให้การเสริมแรง

**4.2 เทคนิคและกระบวนการพฤติกรรมบำบัด** เทคนิคที่สำคัญในการทำพฤติกรรมบำบัดคือ การใช้การเสริมแรงเนื่องจากการเสริมแรงช่วยให้พฤติกรรมที่ต้องการคงอยู่ยาวนาน การเลือกใช้แรงเสริมให้เหมาะกับบุคคลและสถานการณ์จึงเป็นสิ่งจำเป็นอันดับแรกที่นักพฤติกรรมบำบัดจะต้องพิจารณา ซึ่งเทคนิคการบำบัด มีดังนี้ (สม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549 และ ประทีป จินฉิ่ง, 2540)

4.2.1 การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement) แรงเสริมบวก คือแรงเสริมที่จะช่วยให้พฤติกรรมที่เราต้องการเกิดบ่อยขึ้น กระบวนการให้แรงเสริมนี้ก็คือ จะให้แรงเสริมนี้ ภายหลังจากที่บุคคลมีพฤติกรรมที่เราต้องการ เป็นวิธีการให้แรงเสริมที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและค่อนข้างจะให้ผล ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4.2.1.1 การเสริมแรงทางบวกจะต้องใช้ หลังจากการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายเท่านั้น การให้คำชมเชยหรือให้สิ่งของก่อนการเกิดพฤติกรรมไม่ถือว่าเป็นการเสริมแรง หลักการเสริมแรงทางบวกอย่างมีประสิทธิภาพนั้นมีหลักการทั่วไปดังนี้

4.2.1.2 การเสริมแรงจะต้องกระทำทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น การเสริมแรงต่อพฤติกรรมเป้าหมายอย่างทันทีนั้น จะทำให้เด็กที่ได้รับการเสริมแรงเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดว่าควรจะแสดงพฤติกรรมอะไร

4.2.1.3 การเสริมแรงควรจะให้อย่างสม่ำเสมอ นั่นคือการให้แรงเสริมทุกครั้งหรือแทบทุกครั้งที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น ไม่ควรขึ้นอยู่กับอารมณ์ของคนที่ปรับพฤติกรรม การให้แรงเสริมไม่สม่ำเสมอทำให้การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเกิดขึ้นได้น้อยมาก

4.2.1.4 ควรมีการบอกถึงเงื่อนไขการให้การเสริมแรง นั่นคือควรจะมีการบอกผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรมว่าเด็กจะแสดงพฤติกรรมอะไรในสถานการณ์ใด แล้วจะได้รับอะไรเป็นการเสริมแรง

4.2.1.5 ตัวเสริมแรงนั้นควรมีปริมาณพอเหมาะที่จะเสริมแรงพฤติกรรม โดยไม่ก่อให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรง นั่นคือบางครั้งถ้าให้ตัวเสริมแรงมากไปอาจทำ

ให้เกิดการหมดสภาพการณ์เป็นตัวเสริมแรงได้โดยเฉพาะตัวเสริมแรงประเภทตัวเสริมแรงปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ควรจะให้น้อยเกินไปจนไม่มีพลังพอที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา

4.2.1.6 ตัวเสริมแรงนั้นจะต้องเลือกให้เหมาะกับแต่ละบุคคล เนื่องจากเด็กมีความแตกต่างกันดังนั้นตัวเสริมแรงของแต่ละคนจึงอาจไม่เหมือนกัน อีกทั้งในบางโอกาสตัวเสริมแรงที่เคยเสริมแรงคนๆ หนึ่งอาจจะไม่เสริมแรงคนๆ นั้นในเวลาต่อมาก็ได้

4.2.1.7 ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ตัวเสริมแรงที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น เช่น การใช้กิจกรรมที่ชอบทำมากที่สุดหรือการเสริมแรงทางสังคม

4.2.1.8 ควรมีการใช้ตัวแบบหรือการชี้แนะควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้วย เนื่องจากจะทำให้เด็กได้เรียนรู้ได้เร็วขึ้นว่าควรจะทำพฤติกรรมเช่นใด จึงจะได้รับการเสริมแรง

4.2.1.9 ควรมีการวางแผน การใช้ตารางการเสริมแรงหรือยืดเวลาการเสริมแรง เมื่อพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นสม่ำเสมอแล้ว ควรมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเสริมแรงเสียใหม่ ให้เป็นการใช้ตารางการเสริมแรงแทน หรืออาจจะใช้การยืดเวลาการเสริมแรงก็ได้ เพราะจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคงอยู่ได้นานขึ้นแม้ว่าจะไม่ได้รับการเสริมแรงอีกเลยในอนาคตก็ตาม

สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะใช้ตัวเสริมแรงทางบวกหลายประเภทดังนี้คือ ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ เช่น ขนม ของเล่น สติกเกอร์ อาหาร ฯลฯ ตัวเสริมแรงที่เป็นการแสดงออก เช่น การชมเชย การกอด การพยักหน้ายิ้มแสดงการยอมรับ ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม เช่น เกม นิทาน ฟุตบอล ดูโทรทัศน์

4.2.2 การนำออกไป (Time - Out) เป็นวิธีง่ายๆ คือนำบุคคลออกไปจากสถานที่ที่มีการเสริมแรงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมพึงประสงค์ เป็นการถอดถอนโอกาสที่บุคคลนั้นจะได้รับการเสริมแรงทางบวก หรือการสูญเสียตัวเสริมแรงที่บุคคลนั้นกำลังได้อยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสมครบวงกลุ่มกิจกรรม อันจะทำให้การกระทำพฤติกรรมนั้นลดลงในอนาคต หรืออาจกล่าวได้ว่า Time-out ใช้เพื่อช่วยให้เด็กฝึกการควบคุมตนเอง ดังนั้นจึงใช้ได้ดีกับปัญหาพฤติกรรมใดๆ ที่เด็กไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เช่น เมื่อเด็กเล่นรุนแรงแล้วห้ามไม่หยุด เด็กทะเลาะแล้วลงมือตีกัน เด็กลุกเดินหรือก่อกวนในห้องเรียน หรือเมื่อถูกขัดใจแล้วอาละวาด วัตถุประสงค์คือเพื่อให้เด็กสงบ ไม่ถูกรำ ใจเย็นลง และหยุดตนเองได้ในที่สุด (วิจาร์ณ บุญสิทธิ, 2553)

## 5. การใช้พฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

การทำพฤติกรรมบำบัดเด็กออทิสติก ตั้งแต่อายุน้อยๆ และทำอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด และการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกก้าวร้าว ให้ได้ผลจำเป็นต้องมีความต่อเนื่องดังนั้นการนำเด็กมาเข้าร่วมพฤติกรรมบำบัดพร้อมกับผู้ดูแลหลัก จะเป็นการช่วยให้เด็กได้รับการปรับพฤติกรรมเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง (ผดุง อารยะวิญญู, 2542) ผู้ดูแลหลักยังสามารถนำแนวทางที่ได้ไปใช้ปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก ที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพฤติกรรมบำบัดน่าจะช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกได้

Stan (1974) กล่าวว่า การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการปรับพฤติกรรมบุตรของพวกเขาและจากการทบทวนวรรณกรรมของเขา เขาพบว่า เรื่องของการสอน การฝึก พ่อ แม่ เด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมเป็นเรื่องที่สำคัญ

กระบวนการทำพฤติกรรมบำบัดเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ตามแนวคิดของ Goodman & Scott (2005) ซึ่งพัฒนาวิธีการ โดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การจัดทำข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ของพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก มีข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ (Setting) ลักษณะของพฤติกรรม (Behavior) และผลที่เกิดขึ้น (Consequence) ทั้งนี้จะช่วยให้พยาบาลและผู้ดูแลมีข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กเพื่อให้สามารถใช้พฤติกรรมหลักได้ทันที มีเป้าหมายชัดเจน ซึ่งจะเป็ขั้นตอนสำคัญสู่ความสำเร็จ ของการเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมอื่นที่พึงประสงค์ (Goodman & Scott, 2005) ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมเด็กที่บ้าน ซึ่งในการวิจัยนี้พยาบาลจะเป็นผู้สังเกตการแสดงออกของเด็กในสถานการณ์ที่เด็กเข้าร่วมกลุ่มพัฒนาทักษะทางสังคมที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ (Setting) ลักษณะของพฤติกรรม (Behavior) และผลที่เกิดขึ้น (Consequence)

ขั้นตอนที่ 2 การตกลงเป้าหมายการบำบัดกับผู้ดูแลหลักและเด็ก หมายถึง การช่วยให้ ผู้ดูแลหลักของเด็กมีความรู้ ความเข้าใจและมีความสามารถพื้นฐานสำคัญของการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด ต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ดังมีขั้นตอนต่อไปนี้

1. ระบุพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายของการบำบัดครั้งนี้อย่างเจาะจง
2. ประเมินผลกระทบของพฤติกรรมต่อชีวิตของเด็กและต่อ พี่น้อง บิดามารดา ในด้านต่างๆคือ ด้านส่วนตัว อารมณ์ ด้านสังคม พัฒนาการ การเรียนรู้ หรือ สมรรถนะการทำหน้าที่บางอย่างและด้านคุณค่าในตน
3. ทำข้อตกลงในพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น โดยต้องเป็นพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง



4. กำหนดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งก็คือ พฤติกรรมที่ต้องการให้มีแทนที่พฤติกรรมก้าวร้าว

5. การอธิบาย บิดา มารดาและเด็กให้เข้าใจกระบวนการเกิดพฤติกรรมของเด็กที่เป็นผลลัพธ์ของการเรียนรู้ในชีวิตประจำวัน และตระหนักถึงความจำเป็นที่บิดามารดาต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวเองไปพร้อมๆกันทั้งนี้การ ตกลงเป้าหมายการบำบัดกับผู้ดูแลหลักของเด็กนั้นจะส่งผลให้การใช้พฤติกรรมบำบัดโดยพยาบาลที่ OPD และผู้ดูแลเด็กที่บ้านเกิดขึ้นทุกครั้งที่เด็กแสดงพฤติกรรมและการปฏิบัติทั้งของพยาบาลและผู้ดูแลหลักเป็นไปในแนวทางเดียวกันซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จของการเปลี่ยนพฤติกรรม ก้าวร้าวของเด็กออกทีละทีเป็นการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน (Goodman & Scott, 2005)

ในการวิจัยครั้งนี้พยาบาลจะใช้การสอนผู้ดูแลหลักโดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ ความเข้าใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่บ้านให้สามารถบำบัดพฤติกรรมที่บ้านได้

ขั้นตอนที่ 3 การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายบุคคลหมายถึง การช่วยให้เด็กแต่ละคนเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์และแสดงออกในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยในทุกครั้งที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวพยาบาลและผู้ดูแลหลักจะอธิบายว่าเด็กต้องการแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์อะไร อย่างไร และเมื่อใด จากนั้นพยาบาลและผู้ดูแลหลักจะปฏิบัติเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งตามความเหมาะสม ดังนี้

1. การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement) แรงเสริมบวก คือแรงเสริมที่จะช่วยให้พฤติกรรมที่เราต้องการเกิดบ่อยขึ้น กระบวนการให้แรงเสริมนี้ก็คือ การบอกถึงเงื่อนไขการให้การเสริมแรงจะให้แรงเสริมนี้ ภายหลังจากที่บุคคลมีพฤติกรรมที่เราต้องการ ทันทีที่พฤติกรรมเกิดขึ้นควรจะให้อย่างสม่ำเสมอ

2. การนำออกไปจากสถานการณ์ (Time Out) เป็นวิธีง่ายๆ คือนำบุคคลออกไปจากสถานที่ที่มีการเสริมแรงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมพึงประสงค์ อยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสมครบวงกลุ่มกิจกรรม อันจะทำให้การกระทำพฤติกรรมนั้นลดลงในอนาคต

ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้การทำพฤติกรรมบำบัดตามแนวคิดของ Goodman&Scott (2005) ซึ่งพัฒนาวิธีการโดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) เพราะมีขั้นตอนในเรื่องของการให้ผู้ดูแลหลัก มาเป็นหุ้นส่วนในการดูแล นับว่าเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเด็กที่ยั่งยืนต่อไป

## 6. งานที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยในต่างประเทศ

Huang, H.L., et al., (2007) ศึกษาผลของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แนวคิดตามโปรแกรมของ Barkley เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น จัดโปรแกรมเป็น 11 ครั้ง ศึกษาในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นในเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-7 ปี ผู้ปกครองมีการศึกษาสูงกว่ามัธยม ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารและเด็กอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง จำนวน 21 คน โดยโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้สาเหตุของการแสดงพฤติกรรมของเด็ก การสร้างเสริมสมาธิ การเพิ่มความอดทน การให้รางวัล การใช้ Time out เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ การควบคุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่างๆ ในอนาคต การเตรียมพฤติกรรมเด็กก่อนเข้าเรียน และการเสริมแรงให้กำลังใจ ผลการศึกษาพบว่า อาการสมาธิสั้นของเด็กดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Damforth, J.S., et al., (2005) ศึกษาผลลัพธ์ ของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองสำหรับครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว แบบเป็นกลุ่ม โดยใช้ Behavior Management Flow Chart (BMFC) เป็นการอนุมานด้วยเหตุผลโดยการชี้แจงจากโครงสร้างของโปรแกรมและรูปการที่มีลักษณะเฉพาะของ โปรแกรมที่ฝึกพ่อแม่ให้สามารถวิเคราะห์แยกแยะพฤติกรรมเด็กเป็นการ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 45 คน แบ่งเป็นกลุ่ม 9-10 ครอบครัว อบรมครั้งละ 75-90 นาที ทั้งหมด สัปดาห์ละครั้ง รวม 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาจากการใช้โปรแกรมสามารถลดพฤติกรรมต่อต้านก้าวร้าว, อาการสมาธิสั้น และลดความเครียดในการเลี้ยงดูของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญ มีเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ ทางกายภาพโดยใช้แบบประเมินอาการของสมาธิสั้นเป็น Behavior Assessment System for Children-Parent Report (BASC)

Schreibman and Anderson (2001) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอนาคตของการรักษาโดยการปรับพฤติกรรมในเด็กออทิสติกไว้ว่า การรักษาโดยการบูรณาการจะเป็นคำตอบอันเป็นปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จในการรักษาเด็กพิเศษในอนาคต โดยได้กำหนดวิธีการในการบูรณาการไว้เป็น ห้าระดับ

Lovaas and Smith (1989) สรุปทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กออทิสติก แบบอย่าง สำหรับงานวิจัยและการรักษา ว่าการรักษาโดยการปรับพฤติกรรมจะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุด

Lovaas et al., (1973) กล่าวว่าเขาใช้พฤติกรรมบำบัด ในการรักษาเด็กออทิสติก 20 คน ซึ่ง เด็กส่วนใหญ่มีอาการระดับรุนแรงและมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีมาก เด็กได้รับการบำบัดเป็นกลุ่มที่แยกต่างหากและบางคนได้รับการบำบัดมากกว่าหนึ่งครั้ง ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้ (1) พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ลดลงในช่วงการบำบัดและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เพิ่มขึ้น (2) มี ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและด้านภาษาดีขึ้น (3) ใคดีดีขึ้นระหว่างการบำบัด (4) เด็กกลุ่มที่บิดา

มารดาได้รับการฝึกอบรมเพื่อใช้พฤติกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่องที่บ้านจะมีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มเด็ก  
อยู่ในโรงพยาบาล/สถาบัน

Martin et al., (1968) กล่าวว่างานวิจัยของเขาริบายถึงขั้นตอนที่ใช้กับสภาพพฤติกรรมเด็ก  
ออทิสติก โดยใช้วิธีการเสริมแรง (tokens) ซึ่งสามารถทำให้ลดพฤติกรรมความโกรธเคืองลงได้

Jennifer (2006) ได้กล่าวไว้ว่าการใช้พฤติกรรมบำบัด เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผลสำหรับ  
เด็กออทิสติก ซึ่งผู้ปกครองมัก ปรับพฤติกรรมเด็กไปโดยที่ไม่มีความรู้เพียงพอ จึงควรช่วยเหลือ  
โดยให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กเพื่อให้สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างถูกต้อง

Kabot et al..( 2003) กล่าวว่า เด็กออทิสติกในวัยประถมศึกษาในกลุ่มทดลองที่ได้รับ  
พฤติกรรมบำบัด สามารถเพิ่ม ในด้านของการรู้คิด ภาษา ทักษะทางสังคม และด้านการปรับตัวได้  
ดีกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ผู้ปกครองควรมีส่วนร่วม ในการบำบัดเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครอง  
ควรได้รับความรู้ ข้อมูลที่มีคุณภาพเกี่ยวกับเด็กออทิสติก

## 7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

### การใช้พฤติกรรมบำบัดตามแนวคิดของ Goodman&Scott (2005)

#### ระยะเตรียมการ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก  
รายบุคคลโดยพยาบาลผู้ช่วยบำบัดเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายการบำบัดของผู้ดูแลหลัก  
ภายใต้การสอนให้ความรู้เรื่องโรคออทิสติก เทคนิคการใช้พฤติกรรม  
บำบัด และการสาธิตของพยาบาลผู้บำบัด

#### ระยะการใช้พฤติกรรมบำบัด

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติกราย  
บุคคลขณะเข้ากลุ่ม สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 3 ครั้ง ก่อนการปฏิบัติใน  
ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายการบำบัดของผู้ดูแลหลัก  
ภายใต้การช่วยเหลือและให้ความรู้โดยพยาบาล เน้นการมี  
ประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดเป็น  
รายบุคคลกับเด็กด้วยเทคนิคการใช้แรงเสริมทางบวกและการ  
นำออกไปจากสถานการณ์

ขั้นตอนที่ 3 การใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็ก ออทิสติกเป็น  
รายบุคคลโดยพยาบาลผู้บำบัดในกลุ่มทักษะสังคมและผู้ดูแลหลักใช้  
เทคนิคพฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน รวมถึงการติดตาม  
ผู้ดูแลหลักในการใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นเวลา 3 สัปดาห์

#### พฤติกรรม

##### ก้าวร้าว

- 1.ทางวาจา
- 2.ทางกาย