

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้า รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจัดลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อน
 - 1.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว
 - 1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับความก้าวร้าว
 - 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวร้าว
 - 1.4 พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อน
 - 1.5 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว
 - 1.6 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว
2. พยาบาลกับการช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
 - 2.1 เรื่องเด็กปัญญาอ่อน
 - 2.1.1 ความหมายของภาวะปัญญาอ่อน
 - 2.1.2 สาเหตุของการเกิดภาวะปัญญาอ่อน
 - 2.2 ระบบบริการสุขภาพสำหรับเด็กปัญญาอ่อน
 - 2.3 การปฏิบัติการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนและครอบครัว
3. แนวคิดการพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัด
 - 2.1 ความหมายของสิ่งแวดล้อมบำบัด
 - 2.2 แนวคิดของการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด
 - 2.3 การพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัด

1. แนวคิดเกี่ยวกับ พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อน

พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อนเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่ง ต้องรีบดำเนินการช่วยเหลือหรือแก้ไข ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขตั้งแต่วัยเด็ก ความก้าวร้าวจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น ทำให้เป็นภาระที่หนักแก่ผู้ดูแลและเป็นปัญหาสังคมในระยะยาว การช่วยเหลือใน

เรื่องนี้ที่ผู้ช่วยเหลือจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นอย่างดี เพื่อให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่างครอบคลุมและมีความเหมาะสม

1.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการกระทำ การตอบสนองเพื่อที่ประทุษร้ายต่ออินทรีย์ของผู้อื่น (ประพันธ์ สุทรวาส, 2517) หมายถึงการทำให้คนอื่นเดือดร้อน โดยเจตนาหรือไม่เจตนาก็ตาม ถือว่าเป็นความก้าวร้าวทั้งสิ้น (Freud. 1937 : 14) รวมถึง เป็นการระบายปลดปล่อยความรู้สึกโกรธ ความกลัว และความรู้สึกที่ไม่ดีต่างๆ ออกมา (Baruch. 1949:3)

สถาบันสุขภาพจิตร่วมกับสมาคมพยาบาลจิตเวช มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (2536: 24- 25) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าว(Aggressive) หมายถึงการแสดงออกด้านคำพูด การกระทำต่อตนเอง บุคคลอื่น และ หรือสิ่งแวดล้อม รวมทั้งที่เป็นผลมาจากความโกรธ ความคับข้องใจ หรือการปกปิดความกลัว ในปีค.ศ. 1961 Buss. (อ้างถึงใน รัชณี ดัง โพนทอง และคณะ, 2541: 19-24) ได้รวบรวมความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวไว้ดังนี้

1. พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง สื่อในการตอบสนองผู้ที่ทำโทษ
2. พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การตอบสนองต่ออินทรีย์อื่นๆ ที่มาเร้าเพื่อให้เกิดอันตราย
3. พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การตั้งใจที่จะทำร้ายผู้อื่น

พฤติกรรมก้าวร้าวสามารถแสดงออกได้โดยวิธีทางต่างๆดังนี้

1. คำพูดภาษา (Verbal)
2. การกระทำทางร่างกาย (Physical)
3. การนินทาลับหลัง (Gossip)

สรุปว่าพฤติกรรมก้าวร้าว คือลักษณะการกระทำที่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อนทั้งร่างกายและความรู้สึก ซึ่งลักษณะที่สำคัญคือ

1. เป็นการกระทำที่รุนแรงกว่าปกติ
2. เป็นการกระทำที่ทำให้ผู้อื่น และตนเองเดือดร้อนทั้งโดยคำพูดหรือการกระทำ
3. เป็นการกระทำที่ทำขึ้นเพื่อปลดปล่อยความเครียด ความคับข้องใจ ความ

โกรธหรือความรู้สึกที่ไม่ดีต่างๆ เป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสังคม ถ้าเกิดขึ้นในห้องเรียน ก็จะเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ทำให้ห้องเรียนขาดระเบียบวินัย นักเรียนคนอื่นๆ ขาดสมาธิในการเรียนเป็นปัญหากับตนเอง และสร้างปัญหาให้กับผู้อื่นด้วย (เรณู ผดุงถิ่น, 2517:1) ฉะนั้นพฤติกรรมก้าวร้าวนับว่าเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กจะต้องช่วยกันแก้ไขปรับเปลี่ยนให้ลดลงเพื่อเด็กจะอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติสุข

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว

การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวสามารถอธิบายตามแนวคิดได้ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีแรงขับ (Drive theory)

Freud . 1937: 14 กล่าวว่า คนเราเกิดมามีแรงขับอยู่ 2 แรงมาตั้งแต่เกิด คือแรงขับความก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณแห่งการทำลาย หรือสัญชาตญาณแห่งความตาย (Death instinct) อีกแรงขับหนึ่งคือแรงขับของความสุขหรืออยากมีชีวิตอยู่ (life instinct) ซึ่งแรงขับความก้าวร้าวจะถูกพัฒนาเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมก็ต่อเมื่อแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาทางเพศ (Psychosexual development) ได้รับความสุขพอเหมาะตามควรแก่เหตุการณ์การพัฒนาที่ไม่มีความสุขจะมีพลังความก้าวร้าวแฝงอยู่ในจิตไร้สำนึก (Unconscious mind) เวลาบุคคลมีความขัดแย้งทางจิตใจ พลังส่วนนี้จะเป็นตัวเสริมเพิ่มให้บุคคลแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือผิดปกติดีออกมา

2. ความก้าวร้าวที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม

นักจิตวิทยาเชื่อว่าทฤษฎีนี้มีความเห็นว่าสภาพสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความคับข้องใจซึ่งจะก่อให้เกิดความก้าวร้าวได้ ความเชื่อตามทฤษฎีนี้มีสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานความก้าวร้าวที่มาจากความคับข้องใจ (Frustration Aggression Hypothesis) Berkowitz. (1962 :304- 308) เชื่อว่ามนุษย์จะมีความก้าวร้าวได้ก็เพราะเขามีความคับข้องใจ และความคับข้องใจนี้จะเป็นสาเหตุให้เกิดความก้าวร้าว เขากล่าวว่าความคับข้องใจคือความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เกิดจากคนนั้นถูกขัดขวางไม่ให้บรรลุความสำเร็จ

Berkowitz. (1962 :313- 315) กล่าวว่า เมื่อคนเราถูกขัดขวางจะเกิดความคับข้องใจ ความคับข้องใจนั้นจะถูกสะสมไว้ที่ละเล็กละน้อยจนในที่สุดก็จะเกิดความก้าวร้าวได้ คนที่ถูกก้าวร้าวก็คือผู้ที่ทำให้เกิดความคับข้องใจ (Frustration)

1.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความก้าวร้าว

ความคับข้องใจเป็นภาวะทางอารมณ์อย่างหนึ่งเด็ก จะแสดงออกมาในรูปแบบของอารมณ์โกรธและมุ่งไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าว สถานการณ์ความคับข้องใจมีหลายอย่าง ซ่อเร่และเทลฟอร์ด (สุปราณี สนธิรัตน์.ม.ป.ป.: 49; อ้างอิงมาจาก Sawrey and Telford .nd.) ได้แบ่งสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความคับข้องใจเป็น 3 ประการคือ

1. ความคับข้องใจที่เกิดจากการหน่วงเหนี่ยว
2. ความคับข้องใจที่เกิดขึ้นโดยมีสิ่งมาขัดขวาง
3. ความคับข้องใจที่เกิดความขัดแย้ง

การเขียนแบบสิ่งแวดล้อมทางสังคม ทั้งที่บ้านโรงเรียนและชุมชนที่เด็กอยู่ ล้วนมีอิทธิพลในการเป็นแบบอย่างให้แก่เด็กได้ทั้งสิ้น เด็กที่ได้เห็นแบบอย่างที่กำลังก้าวร้าวก็จะส่งเสริมให้เด็กมีความก้าวร้าวได้เช่นกัน โดยเฉพาะเด็กชายจะได้รับสถานการณ์ที่เปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความก้าวร้าวมากกว่าเด็กหญิง และถ้าเด็กเขียนแบบพฤติกรรมเหล่านั้น และได้รับการต่อต้านหรือถูกลงโทษก็ จะทำให้เด็กเกิดความคับข้องใจและจะทำให้เด็กสนองตอบความก้าวร้าวมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นแบบอย่างที่เด็กได้เห็นในสภาพทางสังคมไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ พี่น้อง บุคคลที่ให้การฝึกอบรมต่างมีอิทธิพลในการแสดงพฤติกรรมของเด็กเป็นอย่างมาก

การเสริมแรง พฤติกรรมก้าวร้าวหลายชนิดเป็นผลจากการปฏิบัติทางสังคม ซึ่งให้การเสริมแรงซึ่งไม่ได้มีสาเหตุจากอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น เมื่อเด็กเกิดความคับข้องใจอาจจะร้องไห้ กระแทบ หรือ ตะ โพ่อแม่อีกก็ตกใจต่อพฤติกรรมในลักษณะนี้ อาจให้การเสริมแรงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว

การลงโทษ หลายคนอาจคิดว่าการลงโทษที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว จะเป็นทางที่ทำให้เด็กลดความก้าวร้าวได้ ซึ่งการลงโทษแบ่งได้เป็น 2 ประการคือ (กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ, 2528: 159)

1. การลงโทษที่เกิดจากการได้รับสิ่งที่ไม่พอใจ เช่น เขี่ยดิน ตี ค่า หรือขู่เป็นต้น
2. การลงโทษที่เกิดจากการนำสิ่งที่พอใจออกไป เช่น ตัดสิทธิบางอย่าง การเอาขนมคืน เป็นต้น

การลงโทษนั้นนักจิตวิทยาส่วนใหญ่ไม่สนับสนุนให้ใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็กดังที่ skinner กล่าวว่า การลงโทษเป็นการหยุดยั้งพฤติกรรมเพียงชั่วคราว แต่ไม่ทำให้เกิดการเรียนรู้ ควรใช้การเพิกเฉยเพิกเฉยเมื่อเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนา (กมลรัตน์ หล้า สุวรรณ. 2528 :159 อ้างอิงมาจาก skinner.n.d)

1.4 พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อน

ความก้าวร้าวเกิดขึ้นด้วยปัจจัยหลายอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดการอบรมเลี้ยงดู สิ่งแวดล้อมและสุขภาพจิตที่สืบเนื่องมาจากพันธุกรรม ซึ่งชิรวัดน์ นิเจนตร (2526 : 1-6) และ หทัย ชิตานนท์ (2527 : 57- 60) กล่าวว่า การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและการเพิ่มจำนวนประชากรอย่างรวดเร็วเป็นที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ปรับตัว และที่สำคัญคือการขาดความอบอุ่นในครอบครัว ทำให้เด็กมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน สุขภาพจิตและร่างกายทรุดโทรม ปรับตัวลำบากทำให้เกิดความคับข้องใจ ซึ่งเป็นผลให้บุคคลแสดงออกมาในลักษณะของความก้าวร้าว

Goldstien (1975:130) ได้สรุปองค์ประกอบที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวความคิดของ Newman ดังนี้

1. อุปนิสัยของบุคคลที่มีความก้าวร้าวอยู่แล้ว มักขาดสติยั้งคิดที่จะควบคุมการกระทำของตนเองทำให้เป็นคนหนูหันปล้นแย่ง มีจริยธรรมต่ำ ไม่มีเป้าหมายที่แน่นอนในชีวิต ชอบอ้างเหตุผลและโทษผู้อื่นเสมอ เป็นคนที่เคยได้รับรางวัลเมื่อแสดงออกถึงความก้าวร้าว

2. สิ่งแวดล้อมของบุคคลที่มีความก้าวร้าว เป็นสิ่งแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกให้กระทำความก้าวร้าวอยู่เสมอ มีพ่อแม่ หรือผู้ปกครองที่เป็นแบบอย่างที่ก้าวร้าวแก่เด็ก

จากการศึกษาของ Drew (1988 :254) และ Citing Beizr Menalashino and Egger (1978) (อ้างในรัชนี้ ดัง โพนทอง, จริย์ สัตว์รานนท์ และนิรมัย คุ่มรักษา) พบว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 40 เป็นคนที่มีอารมณ์หนูหันปล้นแย่ง เชื่อนแซ่ เปลี่ยนแปลงง่าย เมื่อเทียบกับเด็กปกติ

นอกจากนี้ Neisworth (1982: 2) ยังกล่าวว่าเด็กปัญญาอ่อนมักไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมมีพัฒนาการด้านต่างๆ ถ่าช้า และมีข้อจำกัดอยู่ในระดับหนึ่งเท่านั้น จึงทำให้เด็กมีความสามารถในการรับรู้และเรียนรู้น้อย มีความสามารถจำกัดในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ทำให้มีผลกระทบต่อการปรับตัวของเด็กในสังคม เด็กที่แสดงออกก็มุ่งที่จะทำให้ผู้อื่นได้รับความเดือนร้อนด้วยการก่อเรื่องต่างๆตามความต้องการของตนเอง โดยไม่คำนึงถึงความเดือดร้อนของผู้อื่น เด็กพวกนี้มักมีเรื่องทะเลาะวิวาท ขัดแย้งกับเพื่อน รังแกเพื่อน ชอบการทุบตีเตะต่อย ทำร้าย ทำลายสิ่งของทั้งของตนเองและส่วนรวม พุดจาไม่สุภาพ ก้าวร้าวทางกายและวาจา ไม่เกรงกลัวผู้ใหญ่ อดดีไม่ค่อยเชื่อฟัง ชอบก่อความในชั้นเรียน (ผกา สัตยธรรม, 2530 :44) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวนับว่าไม่พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับผู้อื่นในทางไม่ดี และมีลักษณะในทางทำลายพอที่จะแยกได้เป็น 16 พฤติกรรม แยกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ดังนี้

พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายได้แก่

1. สีหน้าบึ้งตึง
2. แววดาไม่เป็นมิตร
3. แสดงท่าทางไม่พอใจ
4. อยู่นิ่งไม่ได้
5. ทะเลาะวิวาท
6. ชกต่อยทุบตี
7. กระแทกกระทั้น
8. ทำลายสิ่งของ
9. ละเมิดสิทธิของผู้อื่นเช่นหยิบของคนอื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต
10. ทำร้ายตนเอง
11. ทำร้ายผู้อื่น

พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาได้แก่

1. พูดห้วน เสียงดังขึ้นเรื่อยๆ
2. พูดกระแทกกระทั้น
3. พูดคำหยาบ
4. พูดคำตำหนิติเตียน
5. ปู่ตะคอก

1.5 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

ประเมินโดยวัดจากระดับของพฤติกรรมก้าวร้าว (Level of aggression) ซึ่งมี 4 ระดับดังนี้

1.5.1 Mild aggression (พฤติกรรมก้าวร้าวระดับน้อย) มีลักษณะการแสดงออกถึงความไม่พอใจ หรือมีความกดดัน เช่น พูดจาถากถางเหยียดหยัน การพูดจาโต้ตอบแบบไม่ให้ความเคารพ เช่น การเรียกชื่อ การแสดงสีหน้า เช่น สีหน้าบึ้งตึง หรือแกล้ง การทำมือแสดงความหมายเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์

1.5.2 Moderate aggression (พฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง) มีลักษณะการแสดงออกที่ตรงไปตรงมาให้เห็นว่าไม่พอใจ โกรธหรือรู้สึกไม่เป็นมิตร ยกตัวอย่างเช่น ปิดประตูดังโครม ขว้างปาสิ่งของอย่างไม่มีจุดหมาย การพูดให้เสื่อมเสีย เช่น พูดสบประมาท การพูดก่อกวน เช่น พูดจับผิดหาเรื่อง พฤติกรรมบางอย่างจัดว่าอยู่ทั้งในระดับ Mild aggression และ Moderate aggression แต่มีความแตกต่างกันที่ความรุนแรงของพฤติกรรมและระยะเวลาที่เกิดพฤติกรรม

1.5.3 Severe aggression (พฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง) หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวที่อยู่ในระดับ Mild aggression และ Moderate aggression แต่พฤติกรรมมีความรุนแรงมากขึ้น มีการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายที่มีเป้าหมาย การคุกคามทางร่างกายจัดอยู่ในพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรงด้วยเหมือนกัน

1.5.4 Extreme / Violence aggression (พฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรงมาก) เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางร่างกายที่สืบเนื่องมาจากความโกรธ ความคับข้องใจ ความกดดันหรือรู้สึกไม่เป็นมิตร คำพูดและการแสดงออกทางสีหน้าอาจจะแสดงความรุนแรงหรือไม่อาจจะแสดงความรุนแรงได้ขึ้นอยู่กับความรู้สึกผิด และการยับยั้งชั่งใจ การเก็บความรู้สึก การคุกคามจนทำให้ได้รับบาดเจ็บทางร่างกายเกินกว่าที่จะจัดการได้ ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรงไปเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมาก รวมถึงพฤติกรรมที่เกิดจากการสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมที่มากกว่า 1 พฤติกรรมด้วย (McFarland & Thomas, 1991)

พฤติกรรมก้าวร้าวสามารถแสดงออกได้ 2 ทาง คือ พฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นลักษณะทางตรง ได้แก่ การพุดจาข่มขู่ กรรโทษ หรือพุดจาถูกเหยียดหยาม นอกจากนี้ยังรวมทั้งการแสดงออกทางทำทาง เช่น การแก่งหมัดไปมา การมองอย่างเหยียดหยาม และการทำร้ายร่างกาย พฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกในลักษณะทางอ้อม ได้แก่ การพุดอย่างอ้อมๆ ที่รวมทั้งการพุดจาเสียดสีหรือการนินทาให้ร้าย เป็นต้น ส่วนทำทางการแสดงออกนั้น มักจะแสดงออกเมื่อบุคคลนั้นไปสนใจในสิ่งอื่นหรือแสดงออกต่อบุคคลอื่นหรือวัตถุสิ่งของแทนที่จะแสดงออกต่อบุคคลเป้าหมาย ตัวอย่างที่แสดงถึงพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกในลักษณะทางอ้อม ได้แก่ การพุดจาเสียดสี การนินทาให้ร้าย (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวทางการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (สถาบันสุขภาพจิต, 2536) ซึ่งมีวิธีการสังเกตพฤติกรรมของเด็กโดยใช้หลักการของสมพร สุทัศนีย์ (2541) ดังนี้

1. ต้องไม่ให้เด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมรู้ตัว เพราะถ้าเด็กรู้ตัว เด็กอาจจะไม่แสดงพฤติกรรมหรืออาจบิดเบือนพฤติกรรมได้
2. มีผู้สังเกตตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปหรืออย่างน้อย 2 คน เพื่อให้เกิดความเชื่อถือได้
3. ขณะสังเกตผู้สังเกตควรนั่งคนละมุมห้อง หรือนั่งห่างกันจนไม่สามารถเห็นการบันทึกของอีกคนหนึ่ง และผู้สังเกตต้องไม่ส่งสัญญาณ หรือแสดงกิริยาอาการใดๆ ให้แก่กัน
4. บันทึกพฤติกรรมตามที่เกิดขึ้นจริง เป็นความถี่ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่เกิดพฤติกรรม หรือระดับความแรงของพฤติกรรม ไม่ใส่ความรู้สึกหรือการประเมินพฤติกรรม
5. มีอุปกรณ์ในการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมอย่างครบครัน เช่น แบบบันทึกพฤติกรรม นาฬิกาจับเวลา ดินสอหรือปากกาและอื่นๆ

การสังเกตและบันทึกแบบช่วงเวลา (Interval recording) เป็นการสังเกตพฤติกรรมที่ต้องการว่าเกิดขึ้นหรือไม่ เวลาใด เป็นการสังเกตโดยการแบ่งเป็นช่วงเวลาสั้นๆ เช่น 10 วินาที 15 วินาที 20 วินาที 30 วินาที หรือ 1 นาที แต่ละช่วงเวลาจะเท่าๆ กัน แล้วบันทึกพฤติกรรมว่าเกิดหรือไม่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาเท่านั้น ไม่ว่าจะพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกี่ครั้งในช่วงเวลานั้นไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวในการกำหนดช่วงเวลาทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของพฤติกรรมว่าเกิดขึ้นบ่อยหรือไม่ ถ้าเกิดขึ้นบ่อยครั้งก็กำหนดช่วงเวลาให้สั้นลง ถ้านานๆ เกิดขึ้นก็กำหนดช่วงเวลาให้ยาวขึ้น

1.6. เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว

Patterson Littman and Bricker (อ้างถึงในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช, 2526) ได้ศึกษาพฤติกรรมเด็กปฐมวัย เกี่ยวกับการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าหลังจากที่เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ตี ผลัก หรือแย่งของเล่น เด็กมักจะได้สิ่งตอบแทนที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ เช่น ได้ของเล่นมา สิ่งเหล่านี้นับเป็นตัวเสริมแรงที่ทำให้เกิดแนวโน้มของการแสดง

พฤติกรรมก้าวร้าวในสถานการณ์ที่เหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันขึ้นอีก แต่ถ้าเด็กได้รับตัวเสริมแรงที่ได้ผลแห่งความไม่พึงพอใจ เช่น เพื่อนสู้ หรือโดนครูดุ เด็กมีแนวโน้มที่จะไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นอีก จากการศึกษาผลการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนด่านสำโรง จังหวัดสมุทรปราการ ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 8 คน ผลการวิจัยพบว่าการฝึกพฤติกรรม กล้าแสดงออกที่เหมาะสม มีผลทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 (พรทิพย์ทรัพย์สิน, 2532) สอดคล้องกับการศึกษาถึงผลการใช้เสริมแรงทางสังคมบวกกับการปรับสัณใหม่ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนทับกฤชกลาง จังหวัดนครสวรรค์ ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจำนวน 14 คน ผลการวิจัยพบว่าการเสริมแรงทางบวกและการปรับสัณใหม่ สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 (สัมฤทธิ์ แก้วพูลศรี, 2534) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการใช้กิจกรรมกลุ่มและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนวัดจันทร์ใน กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า การใช้กิจกรรมกลุ่ม และการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พัชรินทร์ เปรมสมาน, (2538) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมที่เรียนร่วมกับเด็กปกติระดับก่อนการประถมศึกษา จากการใช้วิธีปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นอนุบาล 2 ผลการวิจัยพบว่า เด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมเมื่อได้รับการปรับพฤติกรรมจากการใช้วิธีพฤติกรรมควบคุมตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (รจนา กาแก้ว, 2541) และการศึกษาเกี่ยวกับเด็กปัญญาอ่อนเรื่องศึกษาผลของโปรแกรมการให้การเสริมแรงทางสังคมและการเพิกเฉยต่อพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมเหมาะสมของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาาระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กปัญญาอ่อนอายุ 13- 18ปี ผลการศึกษาพบว่า ความก้าวร้าวของเด็กปัญญาอ่อนมีความถี่ลดลง และพฤติกรรมที่เหมาะสมมีความถี่มากขึ้น (รัชณี ดั่งโพนทองและคณะ, 2541)

सानิต รัตตัญญู, (2533) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบมโนภาพแห่งตน และสภาพแวดล้อมในโรงเรียนตามการรับรู้ของนักเรียน ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่ก้าวร้าวในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่านักเรียนทั่วไปมีมโนทัศน์แห่งตนชัดเจนกว่า และรับรู้สภาพแวดล้อมดีกว่านักเรียนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญที่.01

เย็น ธีรพิพัฒน์ชัย, (2541) ได้ศึกษาการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียนของเด็กออทิสติกจำนวน 3 คน โดยวิธีให้แรงเสริมด้วยเบี้ยอรรถกรในการทำแบบฝึกหัดคณิตศาสตร์ โดยตั้งสมมติฐานว่า พฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียนของเด็กออทิสติกหลังการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกรในการทำแบบฝึกหัดวิชาคณิตศาสตร์จะลดลง ผลการศึกษาพบว่าเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงทั้ง 3 คน

Krantz, MacDuff and McClannahan (1993) (อ้างถึงในพิศมัย พงศาธีรัตน์, 2545) ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวเด็กออทิสติกในโปรแกรมกิจกรรมการสอบด้วยภาพ โดยผู้ปกครองของเด็กออทิสติก 3 คน สอนเด็กให้เรียนรู้งานบ้านจากภาพ ผลการศึกษาพบว่าการสอนกิจกรรมงานบ้านในเด็กสามารถเพิ่มทักษะทางสังคมได้ และเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง

Polios and Morren (1999:185) (อ้างถึงในพิศมัย พงศาธีรัตน์, 2545) ได้ศึกษาผลกระทบของการใช้ Functional analysis ในการเลือกใช้วิธีการรักษา พฤติกรรมทำร้ายตนเองและพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการวิเคราะห์จากงานวิจัยที่ผ่านมาและ Journal ตั้งแต่ปี 1981 -1997 พบว่าผู้รักษามีแนวโน้มเลือกใช้วิธีการให้แรงเสริมมากกว่าการทำโทษในการรักษาพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมทำร้ายตนเอง แนวโน้มนี้เริ่มมีขึ้นตั้งแต่ปี 1988

2. พยาบาลกับการช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2.1 เรื่องเด็กปัญญาอ่อน

2.1.1 ความหมายของภาวะของเด็กปัญญาอ่อน ความหมายของภาวะปัญญาอ่อน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ระบุว่าภาวะปัญญาอ่อนหรือภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา (Mental Retardation) หมายถึง ภาวะสมองหยุดพัฒนาการหรือพัฒนาได้ไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดความบกพร่องของทักษะต่าง ๆ ในระยะพัฒนาการ ส่งผลกระทบต่อระดับเชาวน์ปัญญาทุก ๆ ด้าน เช่น ความสามารถทางสติปัญญา ภาษา การเคลื่อนไหว และทักษะทางสังคมมีความบกพร่องในเรื่องการปรับตัว อาจมีหรือไม่มี ความผิดปกติทางกายหรือทางจิตร่วมด้วยก็ได้ (กัลยา สุตะบุตร, 2535) โดยกำหนดข้อวินิจฉัยตามระบบ ICD 10 (International Classification of Disease) ว่าควรมีความบกพร่อง 2 ประการ คือ ระดับเชาวน์ปัญญา และ ความสามารถในการปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการในชีวิต

AAMD (The American Association of Mental Deficiency) ได้ให้คำจำกัดความว่า ภาวะปัญญาอ่อนหรือภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาหมายถึง ระดับสติปัญญาที่ด้อยหรือต่ำกว่าปกติ เนื่องจากพัฒนาการของสมองหยุดชะงักหรือเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ทำให้มีความสามารถจำกัดในด้านการเรียน ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและมีการเจริญเติบโตไม่สมวัย (ศรียา นิยมธรรม, 2534: 23)

Stroman (1989 : 18) กำหนดเกณฑ์การพิจารณาภาวะปัญญาอ่อน ดังนี้

- 1.หน้าที่ของสติปัญญาโดยทั่วไป ได้จากผลการประเมินด้านเชาวน์ปัญญา โดยใช้แบบทดสอบวัดเชาวน์ปัญญา
- 2.ระดับของสติปัญญาดต่ำกว่าค่าเฉลี่ยปกติคือ ประมาณ 70 หรือน้อยกว่า
3. การปรับตัว ประเมินจากประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเองและมีความ

รับผิดชอบทางสังคม ตามอายุและวัฒนธรรมของบุคคล และพบว่าสติปัญญาต่ำกว่าปกติ ร่วมกับมีความจำกัดทางทักษะด้านการปรับตัวอย่างน้อย 2 ด้าน ทั้งนี้จะเกิดขึ้นก่อนอายุ 18 ปี

Schallock (1992 : 1-3) กำหนดเกณฑ์การพิจารณาภาวะปัญญาอ่อนดังนี้

1. ความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย คือ มีระดับสติปัญญา 70-75
2. มีความจำกัดในทักษะการปรับตัวดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ด้าน
 - 2.1 การสื่อความหมาย (Communication) หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจและการแสดงออกเกี่ยวกับข้อมูลสื่อสารผ่านพฤติกรรมที่เป็นสัญลักษณ์และไม่เป็นสัญลักษณ์
 - 2.2 การดูแลตนเอง (Self Care) หมายถึง ทักษะที่ประกอบด้วยการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การทำความสะอาดร่างกาย การเข้าห้องน้ำ และสุขอนามัยอื่น ๆ ทั่วไป
 - 2.3 การดำรงชีวิตในบ้าน (Home living) หมายถึง การปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันในบ้าน อาจรวมถึงการทำความสะอาดกับสภาพแวดล้อมและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
 - 2.4 ทักษะทางสังคม (Social Skills) หมายถึง พฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม เช่น การแสดงความยินดี การให้ความร่วมมือกับผู้อื่น และการเล่นอย่างเหมาะสม
 - 2.5 การควบคุมตนเอง (Self Direction) หมายถึง การสร้างทางเลือกสำหรับตัวเองในการปฏิบัติต่าง ๆ เช่น การเรียนรู้ การปฏิบัติตัวตามตารางที่กำหนดไว้ และการปฏิบัติภารกิจที่ได้รับมอบหมาย
 - 2.6 การใช้บริการสาธารณะ (Community Uses) หมายถึง การใช้สาธารณะสมบัติอย่างเหมาะสม ซึ่งครอบคลุมถึงการเดินทาง การจับจ่ายสินค้า การใช้บริการชุมชน เช่น โรงเรียน ห้องสมุด และโรงพยาบาล
 - 2.7 สุขอนามัยและความปลอดภัย (Health and Safety) หมายถึง การดำรงชีวิตของตนเองให้เป็นสุข และควบคุมการบริโภคอย่างเหมาะสม
 - 2.8 การเรียนรู้ทางวิชาการที่ใช้ในชีวิตประจำวัน (Functional Academics) หมายถึง ความสามารถในการเรียนทางสติปัญญาและทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเรียน เช่น การเขียน การอ่านคำนวณพื้นฐาน เป็นต้น ในการเรียนไม่ได้เน้นที่ผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการแต่อยู่ที่การรับรู้และทักษะทางวิชาการไปใช้ในชีวิตประจำวัน
 - 2.9 การใช้เวลาว่าง (Leisure) หมายถึง ความสนใจในด้านนันทนาการและการใช้เวลาว่างซึ่งสะท้อนถึงความพอใจส่วนบุคคล เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่คนทั่วไปกระทำอย่างเหมาะสมกับวัย

2.10 การทำงาน (Work) อาจเป็นงานที่ทำเต็มเวลา หรือ บางเวลาหรือ การเป็นอาสาสมัครทำงานในชุมชนนั้น ๆ ทักษะที่เกี่ยวข้องได้แก่ การตรงต่อเวลา การทำงานเต็มเวลาที่กำหนด เป็นต้น ภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาต้องปรากฏก่อนอายุ 18 ปี

สรุป ภาวะปัญญาอ่อนคือภาวะที่ระดับสติปัญญาและการเรียนรู้ ด้อยหรือต่ำกว่าปกติทำให้เด็กมีความสามารถจำกัดในด้านการเรียน ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม หรือมีข้อจำกัดในเรื่องของการปรับตัวเข้ากับสังคม และมีการเจริญเติบโตไม่สมวัย อาจมีความผิดปกติทางกายหรือไม่มีก็ได้ โดยมีสติปัญญาต่ำกว่าปกติ คือประมาณ 70 ร่วมกับมีความจำกัดทางทักษะด้านการปรับตัวอย่างน้อย 2 ด้าน และปรากฏก่อนอายุ 18 ปี

2.1.2 สาเหตุของการเกิดภาวะปัญญาอ่อน

สาเหตุที่สำคัญมี 2 ประการ (กรมสุขภาพจิต , 2542 : 8-13) คือ

1. พันธุกรรม แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.1 ความผิดปกติของสารพันธุกรรม หรือโครโมโซมที่พบบ่อยได้แก่ กลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับความพิการทางร่างกายหลายอย่าง ลักษณะของเด็กกลุ่มนี้คือ หน้าตาคล้ายคลึงกันทุกชาติ หน้าแบน ตันจมูกแบน ตาเล็กเฉียงขึ้น ลิ้นจุกปาก

1.2 ความผิดปกติของยีน พบว่ามีการเผาผลาญของสารประเภทต่าง ๆ ผิดปกติ ทำให้มีของเสียบางอย่างเกิดขึ้น และไม่สามารถกำจัดออกจากร่างกายได้ จึงเกิดเป็นพิษต่อสมอง เช่น โรค P.K.U.(Phenylketouria) มีลักษณะผมและดาสีอ่อนคล้ายเด็กฝรั่ง

2. สิ่งแวดล้อม ได้แก่

2.1 สารพิษต่าง ๆ เช่น สุรา บุหรี่ สารเสพติด ตะกั่ว เป็นต้น

2.2 การติดเชื้อระหว่างการตั้งครรภ์ และหลังคลอด ได้แก่ หัดเยอรมันในระยะตั้ง ครรภ์สามเดือนแรก การติดเชื้อในระบบส่วนกลาง เชื้อหุ้มสมองอักเสบ สมองอักเสบ เป็นต้น

2.3 ภาวะที่สมองขาด Oxygen ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ ขณะคลอด หรือหลังคลอด

2.4 การขาดสารอาหาร ได้แก่ การขาดสารอาหารไอโอดีนขณะอยู่ในครรภ์ เป็นสาเหตุให้ทารกในครรภ์ไม่สามารถสร้างไทรอยด์ฮอร์โมนซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สำคัญในการทำงานของสมอง ส่งผลให้เด็กที่เกิดมามีภาวะปัญญาอ่อนได้

2.5 อุบัติเหตุต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะที่เลี้ยงดู ส่งผลให้สมองได้รับการกระทบกระเทือนจนเกิดผลเสียต่อการเรียนรู้ของเด็กได้

2.6 เศรษฐกิจที่ต่ำ หรือขาดแคลนสิ่งที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสมอง

2.7 ครอบครัวแตกแยก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตที่ไม่สมบูรณ์ เด็กไม่มีความสุขทำให้เด็กขาดความกระตือรือร้น ไม่มีแรงจูงใจที่ดี ถ้ามีความรุนแรงมากจะทำให้เกิดการชะงักในด้านการเรียนรู้ของเด็กได้

สรุป สาเหตุของการเกิดภาวะปัญญาอ่อนเกิดจากสาเหตุหลัก 2 ประการ คือ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม

2.2 ระบบบริการสุขภาพสำหรับเด็กปัญญาอ่อน

บุคคลปัญญาอ่อนจัดเป็นกลุ่มผู้พิการกลุ่มหนึ่งในประเทศไทย การที่บุคคลพิการกลุ่มนี้มีภาวะปัญญาอ่อน จึงทำให้มีความจำกัดในการปฏิบัติตนและการปรับตัว มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา มักจะมีสถานภาพทางสังคมด้อยกว่าความพิการที่แท้จริง (ชวลา เรือรณู และกัลยา สุตะบุตร, 2538) รวมทั้งไม่สามารถคืนบรรทัดฐานในการดำเนินชีวิตเพื่อคงไว้ซึ่งสิทธิ อย่างมีศักดิ์ศรีได้ด้วยตนเอง บุคคลปัญญาอ่อนจึงมักตกอยู่ในสภาพของชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม (ชวลา เรือรณู และยุวดี กิติคุณ , 2533) กลายเป็นภาระให้แก่ครอบครัวและประเทศชาติ

การช่วยเหลือบุคคลปัญญาอ่อนอย่างเป็นทางการ เริ่ม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 โดยโรงพยาบาลราชานุกูล ซึ่งขณะนั้นเป็นหน่วยงานของรัฐแห่งเดียวในประเทศไทยที่ให้บริการเฉพาะทางแก่บุคคลปัญญาอ่อนอย่างครบวงจร ทั้งด้านการแพทย์ การศึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพและการฝึกอาชีพ โดยให้บริการอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัจจุบันนี้ การให้บริการนั้นมีทั้งการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การให้บริการผู้ป่วยในจะมี 2 รูปแบบคือผู้ป่วยในแบบไปเช้า – เย็นกลับ มีอายุตั้งแต่ 1 ปีครึ่ง จนถึง 6 ปี และผู้ป่วยในที่กลับเยี่ยมบ้านในวันหยุดราชการ มีอายุ 7-15 ปี

บทบาทของพยาบาลในสถาบันราชานุกูลนั้น ดำเนินการให้ความช่วยเหลือบุคคลปัญญาอ่อน 2 ลักษณะ คือส่งเสริมพัฒนาการและฝึกทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน การส่งเสริมพัฒนาการกระทำในบุคคลปัญญาอ่อนอายุ 1-5 ปี โดยใช้คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (ราชานุกูล, 2543) ประกอบด้วย 5 ทักษะคือ ทักษะด้านการเคลื่อนไหว ทักษะด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ทักษะด้านความเข้าใจภาษา ทักษะด้านการใช้ภาษา ทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม การฝึกทักษะการดำรงชีวิตประจำวันกระทำในบุคคลปัญญาอ่อนอายุ 6 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย 5 ทักษะคือ ทักษะการเคลื่อนไหว ทักษะการช่วยเหลือตนเอง ทักษะด้านภาษาและการรับรู้ ทักษะทางสังคม และทักษะพื้นฐานงานบ้าน (ราชานุกูล, 2544) การฝึกทักษะต่างๆ โดยรวมจะเน้นในเรื่องการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้บุคคลปัญญาอ่อนช่วยเหลือตนเองได้ ลดการพึ่งพาผู้อื่น

2.3 การปฏิบัติการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนและครอบครัว

การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนยึดหลักเดียวกับการพยาบาลจิตเวชเด็ก และมีรายละเอียดเจาะจงสำหรับบุคคลปัญญาอ่อนทั้งนี้เพื่อสามารถช่วยเหลือดูแลให้เด็กสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่องตามเป้าหมายการดูแลนั่นเอง

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) และฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวถึงการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อน การปฏิบัติการพยาบาลหรือบทบาทของพยาบาลสำหรับเด็กปัญญาอ่อนเป็นการปฏิบัติการในมิติต่าง ๆ ดังนี้

1. การป้องกันมิให้เกิดภาวะปัญญาอ่อน และการคัดกรองเพื่อการค้นหาเด็กปัญญาอ่อนในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้เด็กได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ป้องกันมิให้เกิดผลกระทบต่อสติปัญญา

2. การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะปัญญาอ่อน หมายถึง การดูแลช่วยเหลือและบำบัด เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน สติปัญญาและการได้รับการศึกษา ทักษะการติดต่อสื่อสารและการพัฒนาทักษะทางสังคม และการใช้กล้ามเนื้อ หรือสมรรถนะทางกาย ทั้งนี้โดยยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง และการทำงานร่วมกับครอบครัวเป็นสำคัญ

3. การให้การคุ้มครองและการพิทักษ์สิทธิเด็กปัญญาอ่อนตามประกาศสิทธิเด็ก

4. การให้ความรู้ การเป็นที่ปรึกษาและการช่วยเหลือครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนให้มีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพและสามารถดำรงชีวิตร่วมกับเด็กปัญญาอ่อนอย่างเป็นปกติสุข

5. การให้ความรู้การเป็นที่ปรึกษาแก่ชุมชน และสังคมโดยรวม ในการสร้างความเข้าใจและให้มีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดภาวะปัญญาอ่อน

กระบวนการการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อน

1. การประเมินภาวะสุขภาพ รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การตรวจ การสัมภาษณ์จากเด็ก บิดามารดา ผู้นำส่ง และผู้เกี่ยวข้องกับเด็ก

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล ควรพิจารณาให้ครอบคลุมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในบริบทของครอบครัวกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาค้นกับระดับความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อนเช่นเสี่ยงต่อการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ เนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น

3. การวางแผนการพยาบาล ร่วมกับบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็ก โดยกำหนดวัตถุประสงค์และกิจกรรมการพยาบาล

3.1. การกำหนดวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

โดยมุ่งเปลี่ยน แปลงพฤติกรรม ความรู้ ความรู้สึก พัฒนาการเด็ก หรือปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะสุขภาพดี เช่น เด็กไม่มีอันตรายไม่บาดเจ็บ ได้รับการตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเอง

3.2. การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและบำบัดทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำคัญในเด็กปัญญาอ่อน

4. การปฏิบัติการพยาบาล ในการช่วยเหลือครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเลี้ยงดูเด็ก ความเครียด ความกังวล และรู้สึกคับข้องใจ ให้มีความรู้ที่ การเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพ

5. การประเมินผลการพยาบาล เน้นผลลัพธ์ที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่สร้างสรรค์สู่พัฒนาการตามวัยของเด็กในทุกด้าน ใช้เกณฑ์ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับเด็กเป็นแผนประเมินซ้ำ ตามเวลาที่กำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลและต้องให้ความสำคัญกับผลลัพธ์เกี่ยวกับความสามารถของครอบครัวหรือผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก

การปฏิบัติการพยาบาลกับเด็กปัญญาอ่อนในสถาบันราชานุกูลนั้น ต้องให้การพยาบาลตามระดับความสามารถของเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งกลุ่มงานการพยาบาลของโรงพยาบาลราชานุกูลได้จัดทำเกณฑ์และวิธีการจำแนกประเภทบุคคลปัญญาอ่อน และ มาตรฐานการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อน (กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล, 2548) ตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4 ด้าน คือ ด้านรับประทานอาหาร ด้านการแต่งกาย ด้านการขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 Maximum care need หมายถึง เด็กที่มีความต้องการการดูแลทั้งหมด เด็กจะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองไม่ได้เลยหรือได้น้อยมาก ดังนี้ การรับประทานอาหารอาจจะการจับช้อนได้หรือไม่ได้ การแต่งกาย ไม่สามารถแต่งกายได้เลย การทำความสะอาดร่างกาย ไม่สามารถทำความสะอาดได้เลยและการขับถ่าย อาจจะมีพฤติกรรมหลังการขับถ่ายแล้ว เช่น ร้องการขยับตัวหนี เป็นต้น หรือไม่สามารถสื่อบอกให้รู้ได้เลย

ระดับที่ 2 Intermediate care need หมายถึง เด็กที่มีความต้องการการดูแลเป็นส่วนใหญ่โดยการจับมือให้เด็กทำ ในส่วนของเด็กจะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้บ้าง ดังนี้ การรับประทานอาหาร สามารถใช้ช้อนตักอาหารเข้าปากได้เอง การแต่งกาย สามารถใส่เสื้อสวมศีรษะใส่กางเกงเอวยืดได้ การทำความสะอาดร่างกาย สามารถใช้มือจับแปรงสีฟันได้ แต่แปรงฟันไม่ได้ และใช้ขันตักน้ำรดตัวเองด้านหน้าได้ และการขับถ่าย สื่อบอกให้ผู้อื่นทราบเมื่อต้องการขับถ่าย

ระดับที่ 3 Minimal care need หมายถึงเด็กที่มีความต้องการดูแลบางส่วนโดยการแนะนำหรือจับมือทำเป็นบางครั้ง เด็กสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน ดังนี้ การรับประทานอาหาร สามารถดักอาหารเข้าปาก เลือกอาหารได้ การแต่งกาย ใส่เสื้อผ้าหน้าติดกระดุมสวมกางเกงมีซิปลัดขอก ใสรองเท้าสวม การทำความสะอาดร่างกาย สามารถล้างมือ แปรงฟันเฉพาะด้านหน้า ใช้ขันตักน้ำราดตนเอง ถูสบู่เองได้ และการขับถ่าย เข้าห้องน้ำนั่งโถส้วมได้เมื่อต้องการขับถ่าย

ระดับที่ 4 Supportive care need หมายถึง เด็กที่มีความต้องการดูแลโดยการแนะนำ เด็กสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ดังนี้ การรับประทานอาหาร สามารถรับประทานอาหารได้เอง ช่วยเก็บงานเข้าที่หลังรับประทานอาหารเสร็จ การแต่งกาย สามารถปลด และใส่กระดุม ติดและปลดตะขอ รูดซิปล ร้อยเชือกกรองเท้า การทำความสะอาดร่างกาย สามารถล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ หวีผมเองได้ และการขับถ่าย ทำความสะอาดหลังการขับถ่าย

จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่ามาตรฐานการพยาบาล จะเน้นให้การช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญในการดำเนินชีวิต จึงยังไม่ได้กล่าวถึงการพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดลอมบำบัดอย่างละเอียด นอกจากการช่วยเหลือเรื่องกิจวัตรประจำวันแล้ว มีกิจกรรมอีกหลายชนิดที่จัดเป็นสิ่งแวดลอมบำบัดสำหรับเด็กปัญญาอ่อนที่สามารถนำมาผสมผสานกับการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนเพื่อให้มีการพัฒนาทักษะต่างๆ กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ทางจิตสังคมและภาษา นี้ ยึดหลักในการให้การปฏิบัติพยาบาลสำหรับเด็กปัญญาอ่อน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของ Ego สร้างความรัก ความอบอุ่น พยาบาลต้องมีจิตสำนึกของหน้าที่ มีความเมตตา กรุณาอย่างสูง สร้างสัมพันธภาพด้วยความรัก ความเห็นใจ เข้าใจในกริยาท่าทางของเด็กปัญญาอ่อน (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) พยาบาลต้องมีความอดทนต่อการสอนเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งต้องสอนซ้ำๆ ย้ำบ่อยๆ ในเรื่องเดิม ซึ่งวิธีการสอนมี ดังนี้ (ดารณี ฐานะภูมิ, 2542)

1. มีการกระจายขั้นตอนย่อย หรือใช้หลักการวิเคราะห์งาน นำขั้นตอนที่เด็กทั่วไปทำได้มาแยกเป็นขั้นตอนย่อยๆ เพื่อให้เด็กปัญญาอ่อนสามารถทำได้
2. ต้องติดตามดูทุกขั้นตอนถ้าทำผิดต้องแก้ไขทันที
3. ควรให้แรงเสริมเมื่อทำกิจกรรมได้หรือมีความพยายาม
4. ผู้ที่สอนต้องพูดง่ายๆ และชัดเจน คงที่ เนื่องจากว่าถ้าใช้คำพูดที่ยาวไป หรือเปลี่ยนคำพูดบ่อยๆ เด็กจะสับสน จำไม่ได้ เนื่องจากระบบความจำ จะจำได้ระยะสั้นๆ
5. ต้องสอนให้ทำงานเดิมซ้ำๆ เพื่อให้เกิดความชำนาญและไม่ลืม

กิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ทางจิตสังคมและภาษา มีดังนี้

กิจกรรมทำอาหาร เป็นกิจกรรมหนึ่งที่ใช้ในการทำกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ เป็นกิจกรรม ด้านการฝึกงานและอาชีพ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรรถภาพเกี่ยวกับอาชีพ ให้เรียนรู้การทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น รู้จักการช่วยเหลือผู้อื่น รวมถึงการรู้จักปฏิบัติตามกฎระเบียบในกลุ่ม การควบคุมอารมณ์ของตนเอง การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม (ธีระลีลานันทกิจและชุตติย์ ปานปรีชา, 2536) การสอนทักษะด้านอาชีพสำหรับเด็กปัญญาอ่อน เป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กปัญญาอ่อน เพราะช่วยให้เด็กสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข เด็กปัญญาอ่อนระดับปานกลางและระดับเล็กน้อย สามารถฝึกให้ทำงานได้สำหรับเด็กโต ส่วนเด็กปัญญาอ่อนที่ยังเล็กอยู่นั้น การสอนให้เรียนรู้เรื่องงานเกี่ยวกับอาชีพ จะเป็นการปลูกฝังนิสัยการทำงานอย่างเป็นระเบียบ ฝึกให้มีความอดทน รู้จักการรอคอย มีความขยันหมั่นเพียร ซึ่งจะเป็นการช่วยพัฒนาด้านพฤติกรรมของเด็กให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับคาร์ณี ธนะภูมิ (2542) ที่เสนอแนวทางที่สามารถฝึกเด็กปัญญาอ่อนให้สามารถช่วยทำงานง่ายในอาชีพกลุ่มต่างๆ ได้ เช่น กลุ่มอาชีพเกี่ยวกับค้าขาย ทำงานในสำนักงาน อาชีพเกษตรกรรม กลุ่มงานบ้านซึ่งประกอบด้วย การทำความสะอาด ช่วยงานครัวหรือประกอบอาหารเป็นต้น การให้เด็กได้เรียนรู้การช่วยเหลืองานบ้านง่ายๆ เด็กสามารถปฏิบัติตามได้ ซึ่งวิธีการเหล่านี้ จะช่วยให้เบี่ยงเบนพฤติกรรมก้าวร้าวได้ เช่นการศึกษาของ Iwwata et.al (1994) (อ้างถึงในพิศมัย พงศาธีรัตน์, 2545) ได้วิจัยเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมทำร้ายตนเองของเด็กออทิสติก พบว่าร้อยละ 26 ทำร้ายตนเองเพราะได้รับความสนใจ และร้อยละ 26 ทำร้ายตนเองเพราะไม่มีความสุข รู้สึกเจ็บ ได้ยินเสียงและอื่นๆ การช่วยเหลือเด็กพบว่าทำให้ทำงานง่ายๆ และการให้แรงเสริมทางบวกช่วยให้การทำร้ายตนเองลดลงถึงร้อยละ 85

นิทาน เป็นสิ่งหนึ่งที่สามารถนำมาใช้กับเด็กปัญญาอ่อนได้ เป็นกิจกรรมที่ทำให้เด็กเรียนรู้ในเรื่องกฎระเบียบของสังคม มีผลให้ช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ เนื่องจากเป็นสื่อที่ง่ายที่สุดในการสร้างความสุขให้แก่เด็ก (พรจันทร์ จันทวิมล, 2544) โลกแห่งนิทานคือจินตนาการ ความคิดฝันของเด็กเล็กๆ นิทานกับเด็กจึงเป็นสิ่งที่แยกกันไม่ได้ยาก (กาญจนา ศิริเจริญวงศ์, 2542) โดยปกตินิทานจะมีอยู่ในตัวผู้ใหญ่ทุกคนเด็กจะได้ฟังนิทานตั้งแต่อยู่กับครอบครัว การเล่านิทานเป็นการถ่ายทอดประสบการณ์ ความคิด แทรกจริยธรรม และการปฏิบัติตัวเพื่อให้เด็กได้รับแต่สิ่งที่ดีงาม ความประทับใจและความมีสัมพันธไมตรีใกล้ชิดกับผู้เล่า (เกริก ชุ่นพันธ์, 2539) ทำให้เด็กไว้วางใจผู้เล่ามากยิ่งขึ้น (พรจันทร์ จันทวิมล, 2544) สำหรับเด็กวัย 3-5 ปี ควรเป็นนิทานเรื่องที่ยาวขึ้นแต่เข้าใจง่าย นิทานที่มีบทร้อยกรอง นิทานเกี่ยวกับธรรมชาติ นิทานที่ส่งเสริมความคิดหรือจินตนาการของเด็ก

ประโยชน์ที่เด็กจะได้รับ การเลือกหนังสือนิทานต้องคำนึงถึงประโยชน์ที่เด็กจะได้รับ เช่น เพื่อพัฒนาด้านสติปัญญา ในด้านการจดจำชื่อสิ่งต่างๆ พัฒนาความสามารถทางอารมณ์ หรือ

ความสามารถในการคิด จินตนาการจากเรื่องราวในนิทาน เป็นต้น ดังนั้นการกำหนดวัตถุประสงค์ของนิทานแต่ละเรื่องว่ามีจุดเด่นในการพัฒนาด้านใด รวมทั้งการเลือกรูปแบบการเล่านิทานที่เหมาะสม กับวัตถุประสงค์จะนำไปสู่ประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดขึ้นกับเด็ก นิทานเป็นส่วนหนึ่งของต้นแบบที่มีอิทธิพลต่อเด็กมาก เพราะตัวละครในนิทานสามารถสร้างความสนใจของเด็กและมีพลังโน้มน้าวทัศนคติ ตลอดจนเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ (กิ่งแก้ว อัจฉการ, 2513) ส่วน Bandura (1977) มีความเห็นว่า ต้นแบบที่เด็กเรียนรู้จากนิทานจัดว่าเป็นแบบที่เกิดขึ้นกับผู้อื่น เด็กจะรับรู้และเลือกลักษณะพฤติกรรมดังกล่าวมาใช้ภายหลัง ดังนั้นการนำนิทานที่ส่งเสริมทางสังคมมาเล่าให้เด็กฟังจึงน่าจะเป็นการช่วยให้เด็กเห็นต้นแบบของพฤติกรรม ซึ่งจะทำให้เด็กเข้าใจและเห็นความสำคัญของการช่วยเหลือ อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่สังคมพึงประสงค์ต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ จันท์เพ็ญ สุภาพล (2535) เรื่อง การศึกษาพฤติกรรมทางสังคมของเด็กปฐมวัยที่ได้ฟังนิทานประกอบดนตรีและนิทานประกอบภาพควบคู่กับกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรม การช่วยเหลือ พบว่า เด็กปฐมวัยที่ได้ฟังนิทานประกอบดนตรีและนิทานประกอบภาพ ควบคู่กับกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการช่วยเหลือ มีพฤติกรรมทางสังคมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 นอกจากนี้มีการศึกษาของสุรัชญา อภัยยานุกรและคณะ (2544) โดยศึกษาผลของการศึกษาความเข้าใจและการสื่อสารระหว่าง การใช้สื่อด้วยการเล่านิทานกับการดูวิดีโอทัศนในกลุ่มบุคคลปัญญาอ่อนระดับปานกลาง โรงพยาบาลราชานุกูล กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 16 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มใช้สื่อการเล่านิทาน 1 กลุ่ม และใช้สื่อการดูวิดีโอทัศน 1 กลุ่ม นำผลการศึกษาที่ได้มาเปรียบเทียบกัน ผลการวิจัยพบว่าความเข้าใจและการสื่อสารระหว่างกลุ่มที่ใช้สื่อด้วยการเล่านิทานมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ใช้สื่อการดูวิดีโอทัศนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนิทานแล้วการใช้กิจกรรมดนตรีก็เป็นส่วนหนึ่งที่สามารถนำมาใช้เพื่อให้เด็กเรียนรู้กฎระเบียบในสังคม รู้จักการควบคุมอารมณ์ตนเอง ทำให้ช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อนได้

ดนตรี จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับ พบว่า การเรียนรู้ของเด็กปัญญาอ่อนจะเรียนรู้ในเรื่องดนตรีได้ดี เนื่องจากความสามารถทางดนตรีจะใช้สมองซีกขวา จากการศึกษาการทำงานของสมองในบุคคลปัญญาอ่อนพบว่ามีความบกพร่องของสมองซีกซ้ายมากกว่าซีกขวา (รัตโนทัย พลับรู้อการ, 2549) ดังนั้นจึงควรเสริมสร้างสมองส่วนที่ยังดีให้สามารถทำงานได้ดียิ่งขึ้น เด็กปัญญาอ่อนประเภทดาวน์ซินโดรม จะมีทักษะทางดนตรีเป็นพิเศษในทางดนตรีมากกว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาประเภทอื่น วิธีที่จะสื่อความหมายกับเด็กปัญญาอ่อน ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดวิธีหนึ่งคือการสื่อสารโดยผ่านทางดนตรีและศิลปะ (พัชรวิทย์ กำเนิดเพชร, 2535)

ในเด็กปัญญาอ่อน thalamus จะทำงานในลักษณะ Overactive คือทำงานมากเกินไป ทำให้เด็กเกิดความเครียดและไม่เกิดความจำ ดนตรีจะมีส่วนช่วยให้เด็กคลายความเครียด ซึ่งจะช่วย

ให้เด็กสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น นอกจากสมองส่วน thalamus เป็นส่วนช่วยให้เกิดความจำแล้ว ยังมีกระบวนการทำงานของ axon และ dendrite อีกที่จะทำให้เกิดความจำ ซึ่งกระบวนการแปลความหมายของสมอง เรียกว่า synaptic ซึ่งในคนปกติจะเกิดเพียงครั้ง หรือสองครั้งก็จะจำได้ แต่ในเด็กปัญญาอ่อน จะต้องสอนซ้ำๆ ให้เด็กทำซ้ำๆ และบ่อยๆ เพื่อให้เกิดปฏิกิริยาดังกล่าวในขณะที่ต้องฝึกบ่อยๆ จะทำให้เกิดความเครียด ถ้าเรานำดนตรีเข้าไปประกอบการฝึก จะทำให้การฝึกนั้นเพลิดเพลิน สนุกสนาน ซึ่งจะส่งผลให้เด็กฝึกได้นานขึ้น (พัชรวิทย์ กำเนิดเพชร, 2535)

ดนตรีทำให้เข้าถึงความรู้สึกหรือสภาพจิตใจ ทำให้เกิดการเชื่อมโยงสรรพสิ่งต่างๆ เช่น เข้าใจว่าทำไมคนนั้นโกรธง่าย ทำไมคนนั้นจึงคิดอย่างนี้เราจะปรับตัวเราได้ดีขึ้นเพราะสมองส่วนที่รับผิดชอบเรื่องมิติสัมพันธ์ เป็นสมองส่วนที่รับเอาการรับรู้ทุกมิติทางประสาทสัมผัสของมนุษย์มาเชื่อมโยง (อุดม เพชรสังหาร, 2548) แพทย์ชาวฝรั่งเศสผู้เชี่ยวชาญด้านหู คอ จมูก ได้คิดค้นโปรแกรมบำบัดที่เรียกว่า “Samonas Sound Therapy” ผลที่ได้รับยืนยันว่าวิธีการนี้มีผลในการกระตุ้นสมองเด็กให้เกิดผลบวกในด้านต่างๆ ได้ โดยเฉพาะการปรับปรุงด้านพฤติกรรม สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้อีกด้วย (อนินา, 2542) ผลที่ได้จากวิธีการ จากงานวิจัยของประกอบ ผู้วิบูลย์สุข จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสมองและระบบประสาท เรื่อง “สื่อผู้จิตได้สำนึก” โดยผ่านประสาทสัมผัสด้านการรับเสียง ทำวิจัยครั้งแรกในเด็กอนุบาลวัย 3-6 ขวบ และครั้งที่ 2 ในเด็กประถมและมัธยมต้น ผลการวิจัยพบว่า เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลง กิจกรรมดนตรีช่วยเสริมสร้างพัฒนาการของเด็ก และแก้ไขความบกพร่องของเด็ก เช่น เด็กที่มีปัญหาในการอ่าน เด็กปัญญาอ่อน เด็กที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ (เฉลิมพล งามสุทธิ, 2538) ได้มีการศึกษาถึงอิทธิพลของเสียงดนตรีที่มีต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปฐมวัย โรงเรียนอนุบาลวัดธาตุทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 16 คน ผลการศึกษาพบว่า เสียงดนตรีช่วยลดความก้าวร้าวของเด็กปฐมวัย ทั้งการก้าวร้าวโดยการกระทำและโดยคำพูด และการใช้เสียงดนตรีประกอบการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ทำให้เด็กปฐมวัยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงกว่าเด็กปฐมวัย ที่ได้รับการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 (พัชรา พุ่มพชาติ, 2533)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าดนตรีมีประโยชน์เกี่ยวในเรื่องการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ให้เด็กมีการเรียนรู้การปฏิบัติตนในสังคมที่เหมาะสม นอกจากนี้มีหลักฐานการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดกับกายภาพบำบัด โรคเครียด ผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ วัยรุ่นที่มีความก้าวร้าว ผู้ที่มีปัญหาการปรับตัว ผู้มีปัญหาด้านจิต ซึมเศร้า (พิชัย ปรัชญานุสรณ์, 2548)

นอกจากการใช้นันทนาการและดนตรีมาช่วยเด็กปัญญาอ่อนในการเรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคมแล้ว การใช้เกมก็เป็นส่วนหนึ่งที่สามารถนำมาใช้กับเด็กปัญญาอ่อน ให้เรียนรู้เรื่องกฎ กติกา และการปฏิบัติตนในสังคมได้

เกม คือการเล่นของเด็กแต่เป็นการเล่นที่พัฒนาขึ้นมาจากการละเล่นที่ไม่ต้องมีระเบียบข้อบังคับมากมาเป็นการเล่นที่มีกติกา มีกฎเกณฑ์ มีการเข้าแข่งขัน แพ้ชนะ เป็นการเล่นของเด็กที่

อยู่ในระยะที่พัฒนาการทางสังคมของเด็กเริ่มมากขึ้น เด็กสนใจในการเล่นกับผู้อื่นเพิ่มขึ้น ในระยะแรกก็เป็นการเล่นกลุ่มน้อยๆก่อน กลุ่มละ 2-3 คน การเล่น ก็มีกติกาเล็กน้อยโดยมุ่งให้เด็กได้รับความเพลิดเพลิน เป็นส่วนใหญ่ ต่อมาเมื่อเด็กพัฒนาการทางสังคมขึ้น สามารถเล่นเป็นกลุ่มใหญ่ได้ดี การเล่นของเด็กจะมีระเบียบ กฎเกณฑ์ ข้อบังคับเพิ่มขึ้น มีการวางกติกาการเล่น และมีการแข่งขัน แพ้ชนะกัน (สมใจ ทิพย์ชัยเมธาและละออ ชูติกร, 2525) สอดคล้องกับ สุกฤษณ์ ชัยยานุกเกียรติ (2543) ที่กล่าวว่า เกม เป็นการเล่นที่มีระเบียบกฎเกณฑ์ ทุกสิ่งมีเงื่อนไขหรือข้อตกลงร่วมกันที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนมากนัก ทำให้เกิดความสนุกสนานร่าเริง เป็นการออกกำลังกายเพื่อพัฒนาความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ส่งเสริมให้เกิดคุณธรรม เช่น การให้อภัย เสียสละ อดทน อดกลั้น ความสามัคคี ความกล้าหาญ ไม่เห็นแก่ตัว เป็นกิจกรรมที่เล่นได้ทุกเพศ ทุกวัย เกมเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าแก่เด็กทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เป็นกิจกรรมที่เด็กพอใจมาก สร้างบรรยากาศที่ดีในการเรียน ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ทำให้การเรียนดำเนินการไปอย่างรวดเร็ว ทั้งยังช่วยผ่อนคลายความเครียดในการเรียน ทำให้เด็กสนใจ ไม่เบื่อหน่าย การนำเกมมาใช้ประกอบการเรียนจะทำให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่วางไว้ง่ายขึ้น (ผจญ สุวรรณวงศ์ , 2528)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า เกมเป็นการเล่นที่เหมาะสมกับเด็ก ส่งเสริมให้เด็กมีการเรียนรู้กฎ กติกาต่างๆ เกิดความสนุกสนาน เพลิดเพลิน คลายเครียด ส่งเสริมพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้เรียนรู้ระเบียบวินัยต่างๆ ส่งเสริมให้เด็กรู้จักการอดทน อดกลั้น รู้จักการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ในขณะที่ร่วมเล่นเกม

จุดมุ่งหมายของการเล่นเกม พิตรเพลิน สนิทประชากร (2533) กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการเล่นเกมดังนี้

1. เพื่อให้มีการตอบสนองสังคม โดยให้ความร่วมมือและมีการแข่งขัน
2. เพื่อให้รู้จักการทำงานที่ดีที่สุด เพื่อประโยชน์ของกลุ่มตน
3. เพื่อพัฒนาในด้านการเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี
4. เพื่อพัฒนาให้เด็กรู้จักเคารพในการตัดสินใจ และให้เพิ่มความสำคัญของการมี

กฎ กติกา

5. เพื่อให้เข้าใจ กฎ กติกา มีน้ำใจนักกีฬา มีความตื่นตัว และมีความรู้สึก

ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

นอกจากนี้เกมยังช่วยพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหว ช่วยสนับสนุนให้เด็กมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ช่วยในการปรับตัวทางสังคม

ประเภทของเกม

1. เกมเบื้องต้น (Preliminary Game) เป็นเกมที่สนุกสนาน พฤติกรรมการเล่นจะ

ไม่เป็นแบบแผน การกระทำจะสัมพันธ์กับความคิดรวบยอดที่วางไว้มากน้อยเหมาะสมกับเด็กปฐมวัย

2. เกมที่สร้างขึ้น (Structured Game) เป็นเกมที่สร้างขึ้นอย่างมีจุดมุ่งหมายแน่นอน การสร้างเกมจะสร้างไปตามแนวความคิดรวบยอดให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการ

3. เกมฝึกหัด (Practice Game) เกมนี้จะช่วยเน้นความเข้าใจมากยิ่งขึ้น การจัดเกมให้เด็ก ควรจะได้เริ่มไปเป็นขั้นตอนตั้งแต่เกมเบื้องต้น โดยเฉพาะเนื้อหาที่เด็กเข้าใจช้า

ได้มีการวิจัยในเรื่องการใช้เกมกับเด็กปัญญาอ่อนโดยศึกษาการใช้เกมฝึก ความสามารถในการปฏิบัติตามคำสั่งสำหรับเด็กบกพร่องทางสติปัญญาที่มีระดับเชาวน์ปัญญา 50 – 70 มีอายุสมอง 5-6 ปี โดยใช้เกมฝึกการปฏิบัติตามคำสั่ง ฝึกเด็กตามคู่มือฝึกปฏิบัติตามคำสั่งโดยใช้เกม และทดสอบหลังการทดลองฝึกแล้วนำมาปฏิบัติตามคำสั่ง พบว่าปฏิบัติตามคำสั่งได้ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (จินตหรา เศษะทักษิณพันธ์, 2533) นอกจากนี้ยังมีผลการทดลองที่ใกล้เคียงกันคือ การศึกษาความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อเล็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่ฝึกโดยใช้เกมการฝึกกล้ามเนื้อเล็ก ปรากฏว่า ผลจากการใช้เกมประกอบในการฝึกกล้ามเนื้อเล็กของเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญา อายุระหว่าง 5 – 6 ปี ระดับเชาวน์ปัญญา 50 – 70 มีความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อเล็กสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กรรณิการ์ณ สุขบท, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (Active Games) มาใช้กับนักเรียนที่ด้อยทางสมองโดยวิธีการทดลองเชิงปฏิบัติ โดยเทเลสอนและฝึกเด็กที่ด้อยทางสมองในโคลัมเบีย และชูซานสอนเด็กที่ด้อยทางสมองในระดับปฐมศึกษา ผลปรากฏว่า เด็กที่ด้อยทางสมองและเด็กปกติจะมีความแตกต่างกันในการเรียนคณิตศาสตร์ แต่เด็กที่ด้อยทางสมองจะเรียนคณิตศาสตร์ได้ดีขึ้น (Talor and Susan, 1974: 674-678 อ้างถึงใน อารม คล้ายคลุ้ม, 2540: 37) และจากการทดลองใช้เกมการสอนกับเด็กอนุบาล ผลปรากฏว่ากลุ่มที่ใช้เกม มีความสามารถในการใช้ภาษาดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้เกม และกลุ่มที่เด็กเลือกเอง มีความสามารถในการใช้ภาษาดีกว่ากลุ่มที่ครูเลือกเกมมาให้ (Orcutt, 1972:147-A อ้างถึงใน อารม คล้ายคลุ้ม, 2540: 37) นอกจากนี้การศึกษาความสามารถทางการฟังของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาได้ยึนระดับก่อนวัยเรียน ที่ได้รับการฝึกทักษะโดยการใช้เกม ปรากฏว่า เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินระดับก่อนวัยเรียน มีความสามารถทางการฟังหลังจากเรียนรู้ด้วยชุดแบบฝึกทักษะทางการฟังโดยใช้เกมสูงกว่าก่อนการเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 (พัชรินทร์ เออชูชื่น, 2540)

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการเล่นเกมจะเห็นว่าเกมมีคุณค่าและมีความสำคัญต่อพัฒนาการของเด็กระดับวัยก่อนเรียนหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม หรือสติปัญญา รวมทั้งพัฒนาการด้านการรับรู้ของเด็กในขณะที่เด็กเล่น นอกจากจะได้รับความสนุกสนานผ่อนคลายความตึงเครียดแล้ว เด็กยังได้มีโอกาสเรียนรู้ด้านการคิดอย่างมีเหตุผล ความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านการปรับตัวในสังคม ดังนั้นการเล่นเกม จึงเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับเด็กวัยก่อนเรียนอย่างยิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของPiaget ซึ่งเห็นว่าการเล่นเป็นส่วนสำคัญของพัฒนาการทางสติปัญญา เพราะการเล่นเป็นการแสดงออกของผลรวมในพฤติกรรมทั้งหมดที่เด็กกระทำและแสดงออกมา เป็นการกระทำที่พึงพอใจในกระบวนการเล่นของเด็กนั้น เด็กจะมีการ

ปรับตัวเพื่อให้เข้าใจ เพื่อการรับรู้ เรียนรู้อันเป็นประสบการณ์ ของเด็ก และค่อยๆสร้างสมประสบการณ์เพื่อเป็นพื้นฐานของความรู้ใหม่ เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากประสาทสัมผัสและการกระทำซ้ำๆ จนเกิดลักษณะและไปสู่การพัฒนาในขั้นต่อไป (ฉวีวรรณ จึงเจริญ, 2518:60 อ้างอิงมาจาก Piaget. n.d.)

การให้ความช่วยเหลือครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อน

การจัดบริการให้แก่บุคคลปัญญาอ่อนนั้น ไม่อาจจะบริการให้แก่บุคคลปัญญาอ่อนได้ครบทุกคนตามปริมาณและความต้องการที่เพิ่มมากขึ้นตามจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากข้อจำกัดทั้ง บุคลากร สถานที่ งบประมาณในการดำเนินการ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีหน่วยงานอีกหลายแห่งทั้งในภาครัฐ เอกชน และมูลนิธิการกุศล ได้จัดให้บริการแก่บุคคลปัญญาอ่อนด้วย เนื่องจากการบริการส่วนใหญ่เป็นการบริการแบบตั้งรับอยู่ในหน่วยงาน ครอบครัวจึงไม่ได้เข้ามาร่วมดูแลเด็กปัญญาอ่อนทั้งหมด นอกจากนั้นหน่วยงานที่ให้บริการเหล่านี้ส่วนใหญ่จะตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่เท่านั้น ทำให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในส่วนอื่นๆของประเทศยังขาดโอกาสในการใช้บริการดังกล่าว

ปัญหาในการจัดบริการที่ไม่สามารถครอบคลุมแก่ผู้ใช้บริการได้ทั่วถึงนั้น สถาบันราชานุกูลจึงได้มีการพัฒนา และปรับเปลี่ยนการบริการให้สามารถสนองตอบต่อปัญหาและความต้องการของบุคคลปัญญาอ่อนและครอบครัวอย่างแท้จริง จากข้อมูลการบริการของสถาบันราชานุกูลที่รวบรวมไว้ พบว่าเดิมนั้นบุคคลปัญญาอ่อนที่รับไว้ดูแลในสถาบันราชานุกูล 1 คน จะใช้เวลาอยู่ในสถาบันราชานุกูลถึง 7 ปี (ชวลา เรียรธนู, 2537: 27) ซึ่งถือว่ารัฐต้องใช้งบประมาณจำนวนมากมาขต่อการให้บริการ แต่จำนวนผู้ที่มีโอกาสรับบริการนั้นมีน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนบุคคลปัญญาอ่อนทั่วประเทศที่ขาดโอกาส

ด้วยปัญหาในการจัดบริการที่กล่าวมา กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล จึงได้เริ่มปรับแนวทางการบริการที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ปกครองตั้งแต่ปี 2536 แต่เป็นการปรับเปลี่ยนในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป เริ่มตั้งแต่จัดหลักสูตรฝึกอบรมแก่พ่อแม่บุคคลปัญญาอ่อนเกี่ยวกับการฝึกทักษะในการดำรงชีวิตประจำวันแก่บุคคลปัญญาอ่อน ซึ่งเป็นหลักสูตร 3 วัน โดยจัดอบรมต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ. 2543 มีพ่อแม่บุคคลปัญญาอ่อนผ่านการอบรมในหลักสูตรนี้ประมาณ 300 คน โดยในปี 2540 ได้มีการศึกษาผล ผลจากการอบรมพบว่า ผู้ปกครองมีความสามารถในการเสริมทักษะเด็กปัญญาอ่อนสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการวิเคราะห์เชิงคุณภาพร่วมด้วยพบว่า ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการเสริมทักษะเด็กมากกว่าก่อนการอบรมในภาพรวม (มังฉวี โอสถานนท์และคณะ, 2540) ต่อมาในปี 2542 สถาบันราชานุกูลได้ปรับแนวทางการรับบุคคลปัญญาอ่อนไว้ในสถาบันฯ จากเดิมที่รับไว้

ระยะยาวจนถึงอายุ 18 ปีจึงจำหน่ายออกจากสถาบันมาเป็นการรับไว้ 4 ลักษณะ คือการรับระยะสั้น ไม่เกิน 3 เดือน (Short term Care) รับระยะยาว 1 ปี (Long term Care) รับไว้ดูแลในกรณีฉุกเฉิน เช่น มีปัญหาพฤติกรรมรุนแรง มีปัญหาการใช้ยา (Emergency Care) และรับไว้ดูแลชั่วคราว เนื่องจากครอบครัวมีภาระกิจจำเป็นอื่นๆ (Respite Care) ซึ่งการรับไว้ดูแลเช่นนี้ จะเน้นบทบาทและความสำคัญของครอบครัวมากขึ้น เพื่อที่บุคคลปัญญาอ่อนจะสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพที่เขามี แต่การปรับปรุงรูปแบบการบริการเช่นนี้นั้น ก็ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาการจัดบริการได้ เพราะยังมีครอบครัวอีกเป็นจำนวนมากที่ยังมีความเชื่อแบบเดิม เช่นเดียวกับสังคมภายนอกที่มองว่าบุคลากรคือผู้ที่ชำนาญ เหมาะสมที่จะดูแลบุคคลปัญญาอ่อนมากที่สุด ครอบครัวไม่มีความสามารถจะดูแลได้ดีเท่ากับสถาบันฯ หรือดีกว่าสถาบันฯ สถาบันฯ ควรต้องเป็นผู้รับภาระการดูแลบุคคลเหล่านี้ทั้งหมด แต่ในการศึกษาวิจัยโดย ชวลา เรือรณูและคณะเมื่อปี 2538 เรื่องการศึกษาทักษะทางสังคมของบุคคลปัญญาอ่อนที่อยู่ในสถาบัน และบุคคลปัญญาอ่อนที่ไม่เคยอยู่ในสถาบันฯ พบว่าทักษะทางสังคมของบุคคลปัญญาอ่อนที่ไม่เคยอยู่ในสถาบันฯ ดีกว่าบุคคลปัญญาอ่อนที่อยู่ในสถาบันฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในปี พ.ศ.2543 - 2545 กลุ่มการพยาบาลจึงได้ดำเนินโครงการส่งเสริมสมรรถนะครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน โดยมีจุดประสงค์หลักเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งแก่ครอบครัว วิธีดำเนินโครงการจะเป็นการสัมมนา ครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อนที่นำลูกมาใช้บริการของสถาบันฯ ในประเด็นเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองของครอบครัว ให้ครอบครัวร่วมกันค้นหาปัญหาและดำเนินการแก้ไขร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม เมื่อสิ้นสุดระยะดำเนินการ พบว่ามีกลุ่มแกนนำเกิดขึ้นและครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกันเป็นเครือข่ายเพื่อการดูแลตนเองอย่างเป็นรูปธรรมหลายกิจกรรม เช่น รวมตัวกันเป็นชมรมผู้ปกครองบุคคลปัญญาอ่อน ดำเนินการ “บ้านร่มโพธิ์” (มัจฉรี โอสถานนท์, พนิดา รัตนาไพโรจน์และสุธัญญา อภัยยานุกร, 2547) เพื่อให้การช่วยเหลือสมาชิกที่มีความจำเป็นไม่สามารถดูแลลูกในช่วงเวลากลางวันได้ รวมทั้งการหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือด้านงบประมาณ ตลอดจนระดมทุนและหาทุนสนับสนุนกิจกรรมของชมรมผู้ปกครองเป็นระยะๆ ซึ่งผลที่ได้นี้ช่วยสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ครอบครัวได้รูปแบบหนึ่ง ทำให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลเด็กปัญญาอ่อน สามารถพึ่งพาตนเองตามศักยภาพได้ในระดับหนึ่ง

สรุป การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนเป็นเหมือนการปฏิบัติการพยาบาลผู้เจ็บป่วยทั่วไป คือต้องปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม เน้นการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยการปฏิบัติการพยาบาลเน้นไปที่การส่งเสริม ฝึกกระตุ้นให้เด็กมีการพัฒนาความสามารถในทักษะต่างๆ ในการดำรงชีวิตประจำวันทั้งการช่วยเหลือตนเอง ภาษา สังคม เพื่อให้เด็กมีความสามารถในการดูแลตนเองได้เต็มศักยภาพ และการให้ความรู้ สนับสนุนให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กปัญญาอ่อนที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด

สิ่งแวดล้อมบำบัดเป็นแนวทางหนึ่งที่จะนำมาใช้ในการช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนให้ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวม โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ที่ใช้วิธีการนี้ ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสิ่งแวดล้อมบำบัดเป็นอย่างดี

3.1 ความหมายของสิ่งแวดล้อมบำบัด สิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu Therapy) Milieu เป็นภาษาฝรั่งเศส กลางๆ (Middle) ในภาษาอังกฤษ แปลว่า สภาพแวดล้อมหรือสิ่งแวดล้อม (Surrounding Environment) Therapy หมายถึงการรักษา ในทางจิตเวชได้นำคำว่า Milieu และ Environment มารวมกันเรียกว่า Milieu Therapy หรือ Therapeutic community หรือ Therapeutic environment คือ การรักษาทางจิตเวชที่ใช้สภาพบรรยากาศของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยเป็นหลักในการรักษา (McFarland and other, 1991) เพื่อให้เกิดบรรยากาศของการบำบัดอย่างมีแบบแผน หลักการและจุดประสงค์ (Townsend, C. Mary, 2006) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด คือการบำบัดชนิดหนึ่ง โดยการจัดให้ผู้รับบริการมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี มีบรรยากาศที่สุขสบายทั้งด้านตัวบุคคล วัตถุและสถานที่อาศัย ที่จะส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งยังเป็นการใช้พลังงานของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เพื่อเสริมสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเจริญเติบโต (growth) และการฟื้นฟูของบุคคล (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543)

3.2 แนวคิดของการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด

แนวคิดของการจัด Milieu Therapy นั้น Skinner (อ้างถึงใน Townsend, C. Mary, 2006) ได้ให้แนวคิดไว้ 7 ข้อ คือ

1. เป็นการจัดให้บุคคลได้ตระหนักในเรื่องสุขภาพและการเจริญเติบโต
2. เป็นการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ ให้โอกาสในการรักษา
3. ผู้ป่วยมีสิ่งแวดล้อมของตนเอง
4. ผู้ป่วยรู้จักพฤติกรรมของตนเอง
5. เป็นเครื่องมือให้เรียนรู้ว่าความกดดันมีประโยชน์และมีพลัง
6. พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้รับการจัดการ
7. ยึดหยุ่นและหลีกเลี่ยงการลงโทษ

ผลดีของการรักษาพยาบาลโดยยึดหลัก Milieu Therapy (ธีระ ลีถำนันทกิจ และชูทิศัย ปานปรีชา. อ้างในเกษม ดันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ, 2536)

1. ด้านผู้ป่วย

1.1 ทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วย เป็นอย่างดี

1.2 สามารถเรียนรู้ปรับตัวเองเข้ากับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย

1.3 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตัวเองได้

1.4 สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยอื่นที่ยังไม่สามารถช่วยตนเองได้

1.5 สามารถช่วยเหลืองานในหอผู้ป่วยได้ด้วย เช่น ความสะอาด เป็นต้น

1.6 กลับบ้านได้เร็วขึ้น

2. ด้านบุคลากรทางการแพทย์

2.1 ทำให้ได้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากขึ้น สามารถทราบปัญหาความต้องการ ความรู้สึก ของผู้ป่วยได้ดี

2.2 ได้สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออก

3. ด้านการแพทย์

3.1 ทราบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆในหอผู้ป่วย

3.2 ตัดสินใจในการวางแผนการรักษาดีขึ้น รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์

3.3 ลดจำนวนเวลาที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลสั้นลง จำหน่ายสู่ชุมชนได้เร็วขึ้น

จุดประสงค์ในการรักษาแบบ Milieu Therapy

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นจากที่มีอยู่แล้ว ซึ่งได้แก่ Organics Therapy และ Psycho Therapy ซึ่งไม่พอที่จะทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยดีขึ้น

2. ผ่อนคลายความเครียดจากการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น Individual Psycho Therapy หรือ Behavior Therapy

3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาล มีสภาพความเป็นอยู่ ไม่เปลี่ยนแปลง ไปจากเดิม หรือเปลี่ยนไปจากที่ควรจะเป็นจริงในสังคม

4. เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยเกิดความชำนาญในการติดต่อกับบุคคลอื่นด้วยความเหมาะสม และตามความเป็นจริง

5. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจและเกิดความเชื่อมั่นตนเอง

6. เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้กลับสู่สังคมเดิม ในสภาพที่พร้อมจะเผชิญปัญหา ในอนาคตได้อย่างปกติสุข

7. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจะกลับเข้าสู่สังคมได้ ให้คงสภาพความพิการไว้เพียงแค่นั้น

8. เพื่อป้องกันการแยกตัวของผู้ป่วย

9. เพื่อก่อให้เกิดสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยกับ ผู้ป่วย บุคลากรกับผู้ป่วย บุคลากรกับบุคลากร ซึ่งจะช่วยให้ผลการรักษาด้วยวิธีอื่นดีขึ้นด้วย

10. ช่วยในการวินิจฉัยการพยาบาลและทราบการดำเนินการของโรคได้ โดยการประเมินบุคลิกภาพ แนวความคิด อารมณ์ และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Fontain, Karen, และ Fletcber, 2003 และ Barry ,2002)

11. เพื่อพัฒนาบุคลิกภาพด้วยการเสริมสร้าง Self Esteem และ Self Place

12. เพื่อป้องกันการดำเนินชีวิตภายในโรงพยาบาลแบบ Custodial Care และขจัด Custodial Place

13. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เปลี่ยนพฤติกรรม ไปในทางสร้างสรรค์และเป็นที่ยอมรับของสังคม (Reality) สนใจตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม การฝึกให้ผู้ป่วยหันมาสนใจตัวเองและสิ่งอื่นมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยได้ระมัดระวังพฤติกรรมของตนเอง และมีโอกาสได้เรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสมในสังคมได้ เป็นการกระตุ้นส่งเสริมความคิดความสามารถและมีผลสำเร็จของงานเป็นสิ่งจูงใจ

ธีระ ถีลานั้นทกิจ และชูทิพย์ ปานปรีชา (อ้างในเกษม ดันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ, 2536) ได้กล่าวถึง หลักของ Milieu Therapy ดังนี้

Milieu Therapy อาศัยหลักการเรียนรู้ (Learning Therapy) ในวิชาจิตวิทยาทั่วไป (General Psychology) และพฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) โดยเชื่อว่า มนุษย์เป็นสัตว์ประเสริฐ มีความสามารถที่จะเรียนรู้และมีความพยายามที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ถ้าจัดสิ่งแวดล้อมให้ดี จะช่วยให้พฤติกรรมของมนุษย์เป็นไปในทางที่ดี การจัดทำสถานที่และสร้างบรรยากาศให้น่าอยู่ มีกิจกรรมที่เชิญชวนให้ผู้ป่วยอยากเข้าร่วมกลุ่ม มีการกระตุ้นให้มีการแสดงออก เกิดความภาคภูมิใจ ได้รับการเรียนรู้ มีแบบอย่างที่ดี จูงใจให้เลียนแบบ ทำให้ความนึกคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยดีขึ้น

กิจกรรม (Programs of Activity) Rawlins and other (1993) กล่าวถึงกิจกรรมที่จัดตั้งนี้ ใน Milieu Therapy ให้มีกิจกรรมเป็นสะพานหรือ Media ให้มีกลุ่มเกิดขึ้น เป็นการทำให้เกิดการสื่อความหมาย ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยกับผู้ให้การรักษา หรือระหว่างผู้ให้การรักษาด้วยกันเอง หลักในการจัดกิจกรรมมีดังนี้

1. ต้องเน้นกิจกรรมที่ทุกคนมีส่วนร่วมด้วย
2. ควรมีกิจกรรมหลายชนิด (Multiple Group Activity) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือ ในการแก้ปัญหาของแต่ละคน ซึ่งไม่เหมือนกัน
3. กำหนดกิจกรรมเอาไว้ให้แน่ชัด เขียนเป็นตารางการปฏิบัติของแต่ละวันในสัปดาห์ ในวันหนึ่ง ควรมี 3 - 4 กิจกรรม ซึ่งไม่เหมือนกัน ใช้เวลาในแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง ตารางกิจกรรมนั้นต้องปิดไว้ในที่สะดุดตา เห็นได้ง่าย เพื่อเตือนให้ทุกคนรู้หน้าที่ของตนแต่ละวันไป

4. จุดประสงค์ของแต่ละกิจกรรม ต้องแสดงให้เห็นชัดเจนและใช้สีสะดุดตา เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้รักษาได้ทราบ ประโยชน์ของกิจกรรมนั้นๆ และถ้าเป็นไปได้ ควรจะมีการเปลี่ยนสีสันทันบ้าง เพื่อจะทำให้ไม่เบื่อหน่าย

5. กิจกรรมที่แจ้งไว้ นั้น เปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมและจำเป็น

6. ควรจัดกิจกรรมทั้งภายในและภายนอกที่พักหรือนอกโรงพยาบาล Wilson and others, (1992) กล่าวว่า การเปลี่ยนบรรยากาศ ขจัดความรู้สึกจำเจ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยออกสู่สังคม ทดลองกับสภาพที่แท้จริง เวลาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะไม่เกิดความรู้สึกเปลี่ยนแปลงในสถานที่หรือเกิดความหวาดกลัว

7. กลุ่มกิจกรรมไม่ควรมีสมาชิกมากนัก เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วม กลุ่มหนึ่งไม่ควรเกิน 15 คน รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา

8. โปรแกรม Milieu Therapy ต้องเป็นโปรแกรมที่มีการวางแผนไว้อย่างดีที่สุด โดยการร่วมมือกันระหว่างผู้บำบัดเท่านั้น ไม่ควรมีอิทธิพลอื่นๆมาแทรกแซง

9. การตัดสินใจทุกอย่างของผู้ป่วยและผู้บำบัดจะออกมาในรูปแบบของความอะลุ่มอะล่วย และเห็นชอบด้วยกันทั้งสองฝ่าย ไม่มีลักษณะของผู้คุมขังหรือ Authority แบบผู้บำบัดกับผู้ป่วยเด็ดขาด

10. หลักการช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากทำงานหรืออยากแสดงออกให้สังคมได้ประจักษ์ในความสามารถของเขา การสนองความต้องการของผู้ป่วย ต้องคงไว้ ซึ่งคุณลักษณะของวัฒนธรรมและประเพณีกลุ่มชนนั้นๆ

11. การแก้ปัญหาหรือข้อบกพร่อง ข้อผิดพลาดของสมาชิกกลุ่ม ควรกระทำกันต่อหน้า ผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกคน และควรทำในขณะที่ปัญหานั้นๆเกิดขึ้น เพื่อให้ทุกคนมองเห็นปัญหา และสามารถแสดงความคิดเห็นของตนเองได้ทันทีทันควัน ถ้าไม่จะทำให้กลุ่มมองไม่เห็นความสำคัญของปัญหา

นอกจากหลักในการจัดกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นต้องเป็นกิจกรรมตามต้องการในการดำรงชีวิตในสภาพปัจจุบัน 4 ชนิด ดังนี้

1. การศึกษา (Education)
2. สังสรรค์สัมพันธ์ (Social Intervention)
3. การฝึกงานและอาชีพ (Occupational)
4. รื่นเริงบันเทิงใจ (Recreation)

จากกิจกรรมหลัก 4 ชนิด ในแต่ละชนิดสามารถจัดกิจกรรมในรายละเอียดลงไปได้อีกมากมาย (ธีระ ลีลานันทกิจ และชุตติชัย ปานปรีชา, 2536) ได้แก่

1. การศึกษา (Education) ในชีวิตของคนทุกคน ใ้จะมีแต่การเรียนรู้ในห้องเรียน

เท่านั้น การเรียนรู้ให้รู้จักชีวิต รู้จักปัญหา ฯลฯ นับว่า เป็นการเรียนรู้ที่ยิ่งใหญ่และสำคัญยิ่งกว่าการเรียนในห้องเรียน ดังนั้น กิจกรรมในการศึกษา ได้แก่

- 1.1 กลุ่มจิตบำบัด (Group Psychotherapy)
- 1.2 กลุ่มภาพสะท้อน (Projective Group)
- 1.3 กลุ่มครอบครัวบำบัด (Family Therapy Group)
- 1.4 กลุ่มละครจิตบำบัด (Psychodrama)
2. สังสรรค์สัมพันธ์ (Social Intervention) เน้นด้านความสัมพันธ์กับด้าน
ความคิดการกระทำ ได้แก่
 - 2.1 กลุ่มประชุมปรึกษา (Patients and Staff Meeting)
 - 2.2 กลุ่มชุมชนบำบัด (Therapeutic Community)
 - 2.3 กลุ่มแก้ปัญหา (Problem Solving)
3. การฝึกงานและอาชีพ (Occupational) ในบางสถานที่ที่รักษาการฝึกงานและ
อาชีพ อาจเป็นเพียงการฝึกหัดผู้ป่วย ให้ได้ฟื้นฟูความสามารถหรืองานที่ผู้ป่วยเคยทำ แต่เนื่องจาก
ได้ละเลยมานานเนื่องจากความเจ็บป่วย แต่บางสถานที่อาจฝึกอาชีพด้วย กิจกรรมต่างๆ ได้แก่
 - 3.1 กลุ่มประกอบอาหาร
 - 3.2 กลุ่มงานแม่บ้าน
 - 3.3 กลุ่มงานที่ฝึกการใช้มือ เช่น การประดิษฐ์ดอกไม้
 - 3.4 กลุ่มงานฉลุไม้
 - 3.5 หล่อปูนพลาสติกเตอร์ (เป็นรูปตามแม่พิมพ์)
4. รื่นเริงบันเทิงใจ (Recreation)

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักการพักผ่อน การรื่นเริง การทำกิจกรรมที่ตนเองพอใจ มีความสุข หลังจากได้
เคร่งเครียดกับงานหรือปัญหาต่างๆ ได้แก่

 - 4.1 กลุ่มนาฏศิลป์และขับร้อง
 - 4.2 กลุ่มกีฬากลางแจ้ง และกีฬาในร่ม
 - 4.3 กลุ่มทำสวนครัว
 - 4.4 กลุ่มดนตรี
 - 4.5 กลุ่มศิลป์บำบัด

นอกจากนี้ อาจจัดกิจกรรมเสริมขึ้นได้ ซึ่งขึ้นกับเวลาว่า มีเวลาในการจัดกิจกรรมเพียงพอหรือไม่ กิจกรรมต่างๆ ได้แก่

1. ทักษะศึกษา
2. กลุ่มธรรมะ

3. กลุ่มสวดมนต์แปลบาลีเป็นไทย

4. กลุ่มสังสรรค์กลางแจ้ง

3.3 บทบาทของพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัด

พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่โดยตรงในการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อม (ทิวาพร พู่เพ็อง, 2538 และศรีัญญา บุญพิทักษ์, 2538) ดังนี้

1. วางแผนจัดตารางกิจกรรมของแต่ละวันต้องเป็นผู้ที่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนรู้ถึงปัญหาและอุปนิสัยใจคอของผู้ป่วย
2. มีบทบาทในการจัดหอรักษาพยาบาล ข้อสำคัญคือ ควรตอบสนองความต้องการที่เป็นไปได้ของผู้ป่วย
3. พยาบาลควรมีการวางแผนการพยาบาล ตั้งแต่เริ่มแรกที่ผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลจนผู้ป่วยออกไปสู่สังคมภายนอก

การพยาบาลโดยการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้กับเด็กปัญญาอ่อนโดยการการใช้เวลานอก (Time-Out)

การใช้เวลานอก หรือเรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่าการหยุดเสริมแรงชั่วขณะ เป็นขบวนการลดพฤติกรรมด้วยการนำตัวเสริมแรงออกไปชั่วระยะเวลาหนึ่งเมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น อุ๋นเรื่อน อ่ำไพพัสตร์ (2535) กล่าวถึงวิธีการ Time – Out ดังนี้

1. เมื่อเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนา (Undesirable Behavior) ตัวเด็กจะถูกนำออกไปจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นการเสริมแรงทันทีชั่วระยะเวลาหนึ่ง
2. เมื่อเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาขึ้น สิ่งที่เป็นแรงเสริมทุกชนิดจะถูกนำออกไปจากเด็กชั่วระยะเวลาหนึ่ง

สมโกชน์ เอี่ยมสุภามิต (2549) กล่าวถึงการใช้เวลานอกดังนี้

ประเภทของการใช้เวลานอก การใช้เวลานอกอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด คือ

1. การใช้เวลานอกแบบแยกออกไป (Isolation Time - Out) คือ การเอาบุคคลออกไปจากสภาพการณ์ที่ได้รับการเสริมแรง เช่น การเอาไปอยู่ในห้องที่ว่างเปล่า เป็นต้น
2. การใช้เวลานอกแบบไม่ให้เข้าร่วม (Exclusion Time - Out) เป็นการใช้เวลานอกแบบที่ไม่ต้องแยกบุคคลออกไปต่างหาก หากแต่เคลื่อนย้ายออกไปจากพื้นที่ที่มีการเสริมแรงเท่านั้น ตัวอย่างเช่น การที่เด็กมีพฤติกรรมการก่อกวนชั้นเรียน ก็ให้เด็กไปนั่งอยู่ที่มุมห้องโดยหันหน้าเข้าข้างฝา หรือให้หันอยู่หลังม่านที่กั้นห้อง เป็นต้น นั่นคือเด็กจะไม่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม แต่ก็ยังคงอยู่ในชั้นเรียน

3. การใช้เวลานอกแบบเข้าร่วม (Nonexclusion Time Out) การใช้เวลานอกแบบนี้ บุคคลยังคงอยู่ร่วมในกิจกรรม ไม่ถูกย้ายออกไปข้างนอก แต่ทว่าในช่วงที่บุคคลถูกเวลานอกนั้น บุคคลนั้นจะไม่ได้รับการเสริมแรง

หลักการใช้นอกให้มีประสิทธิภาพ

หลักการของการใช้นอก อาจจะมองได้ในแง่ของการสร้างให้เกิดความแตกต่างระหว่างสภาพแวดล้อมของเวลาในและของเวลานอก โดยที่สภาพแวดล้อมของเวลานอกจะต้องมีการเสริมแรงที่น้อยกว่า ในสภาพแวดล้อมของเวลาใน หลักการใช้นอกมีดังนี้

1. จะต้องแน่ใจได้ว่าบุคคลที่ถูกการใช้นอกนั้น จะต้องอยู่ในสภาพที่ไม่ได้รับการเสริมแรงหรืออยู่ในสภาพการณ์ที่ได้รับการเสริมแรง น้อยกว่าสภาพการณ์ที่บุคคลนั้นกำลังได้รับอยู่ และในขณะที่ใช้ในห้องเรียน ควรจะใช้นอกแบบไม่ให้เข้าร่วมหรือแบบเข้าร่วมจะดีกว่า เพราะว่าเด็กจะได้ไม่สูญเสียโอกาสที่จะเรียนรู้เนื้อหาวิชาในชั้นเรียน

2. ไม่ควรใช้นอกให้เกิน 5 นาทีในแต่ละครั้ง แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลนั้นยุติลงหรือไม่ ถ้าภายในระยะเวลา 5 นาทีนั้นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลนั้นยังไม่ยุติลง ควรจะยึดเวลาของการใช้นอกออกไปอีกจนกว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นจะยุติลง ในกรณีดังกล่าวนี้ควรให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหายุติลงประมาณสัก 30 วินาที ก่อนที่จะยุติการใช้นอก

3. ควรจะได้มีการอธิบายอย่างสั้นๆ ให้บุคคลที่ถูกการใช้นอกได้รู้ว่าทำไมเขาจึงถูกลงโทษด้วยการใช้นอก เช่น “เพราะเธอไปตีเพื่อน ครูจึงให้เธอไปนั่งที่มุมห้อง”

4. ในกรณีของการจัดการเรียนการสอน การใช้นอกไม่ควรจะใช้นอกกว่าจะพบว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นไปขัดขวางการเรียนรู้ของเพื่อนๆ และการสอนของครู

5. พยายามให้ผู้ที่ถูกเวลานอกไปอยู่ในสภาพการณ์ที่จัดไว้ ด้วยตัวของเขาเอง นอกเสียจากว่าเหตุการณ์จำเป็นเกิดขึ้น จึงจะใช้กำลังในการเอาบุคคลนั้นไปไว้ในสภาพการณ์ที่จัดไว้สำหรับเวลานอก ในระยะแรกควรใช้วิธีการจับเวลา โดยการบอกว่าถ้าไม่เคลื่อนย้ายเดี๋ยวนี้ เวลาที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มเข้าไปในเวลาของการใช้นอกอีกด้วย ถ้าไม่ได้ผลจริงๆ ค่อยใช้กำลังบังคับ

6. บุคคลที่ถูกใช้นอกนั้น จะไม่สามารถออกจากการใช้นอกได้ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ยกเว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากผู้ดำเนินการ หรือหมดเวลาแล้วเท่านั้น ถ้าเกิดออกมา ก่อนจะต้องให้กลับไปอยู่ที่เดิมแล้วจับเวลาของการใช้นอกใหม่อีกครั้ง

7. ถ้าพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อื่นๆ เกิดขึ้นในระหว่างการใช้นอกอยู่ จงอย่าสนใจ หากแต่เพิ่มเวลาของการใช้นอกเข้าไปอีก แล้วบอกว่าทำไมจึงต้องเพิ่มเวลาเข้าไป อย่าลืม อย่าได้เถียงกับผู้ที่ถูกเวลานอกอย่างเด็ดขาด เพียงแต่บอกและดำเนินการต่อไป

8. ก่อนใช้เวลานอก จะต้องแน่ใจว่าสภาพแวดล้อมที่บุคคลนั้นอยู่ในขณะนั้นเป็นสภาพการณ์ที่ได้รับการเสริมแรง ถ้าเด็กต้องการบ้านในวิชาคณิตศาสตร์ และเขาก็เกลียดมาก เขาอาจจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เพื่อที่ว่าเขาจะได้ไม่ต้องทำการบ้าน ดังนั้นการใช้เวลานอกกับเขาจึงเท่ากับว่าเป็นการเสริมแรงต่อพฤติกรรมที่ไม่ประสงค์ของเขา

9. เมื่อบุคคลกลับมาจากเวลานอกแล้ว เราควรจะให้การเสริมแรงทันทีที่เขาแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

อลิสซา วัชรสินธุ (2546) กล่าวถึง การขอเวลานอก (Time-Out) ดังนี้ การขอเวลานอก (Time-Out) จะใช้เวลานาน 5 -10 นาที (เวลาที่ทำโทษ 1 นาที ต่ออายุ 1 ปี) ซึ่งวิธีการขอเวลานอก (Time-Out) มักใช้กับเด็กอายุประมาณ 3-8 ปี ที่อาละวาด เช่น ทำลายข้าวของ

โดยสรุปแล้ว การขอเวลานอก (Time-Out) หรือการหยุดเสริมแรงชั่วขณะ เป็นวิธีการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนา โดยผู้ที่มีพฤติกรรมจะถูกแยกออกไปอยู่ในสถานที่ที่ตนเองไม่พึงพอใจอาจจะเป็นห้อง หรือมุมห้อง หรืออาจจะไม่ถูกแยกออกไป แต่จะไม่ได้รับการเสริมแรง ระยะเวลา Time-Out กำหนดไว้ประมาณ 5 - 10 นาที ขึ้นอยู่กับอายุของเด็ก เด็กที่อายุ 3-8 ปี จะกำหนดให้ Time-Out 1 นาที ต่ออายุ 1 ปี เช่น เด็กอายุ 3 ปี จะใช้เวลา Time-Out 3 นาที อายุ 4 ปี จะใช้เวลา Time-Out 4 นาที เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ การใช้เวลานอกแบบแยกออกไป (Isolation Time-Out) คือ เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงพยายาบาลนำเด็กปัญญาอ่อนออกจากกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ กลุ่มทำอาหาร กลุ่มเล่นกีฬา กลุ่มดนตรี กลุ่ม เล่นเกมซึ่งเป็นสภาพการณ์ที่เด็กชอบ โดยนำเด็กแยกไปอยู่ในห้อง ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ที่เด็กไม่ชอบ เมื่อเด็กไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวครบ ตามกำหนด (1 นาที ต่ออายุ 1 ปี) จะนำเด็กเข้าร่วม กลุ่มกิจกรรมที่เด็กเคยทำอยู่ตามเดิม

จากวิธีการดังกล่าวจะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ และจะพยายามแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภายิต, 2526) เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงก็จะส่งผลให้เด็กปัญญาอ่อนและผู้อื่นมีความปลอดภัยจากพฤติกรรมของเด็กปัญญาอ่อนทำให้เด็กปัญญาอ่อนเป็นที่ยอมรับของสังคม ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

จากข้อมูลที่กล่าวมานั้นสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของ เด็กปัญญาอ่อนนั้นมีสาเหตุมาจากหลายสาเหตุ เช่น ความคับข้องใจ สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมกับเด็ก จากพันธุกรรม เป็นต้น การพยาบาลและการช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนกระทำได้หลายวิธีการ การพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัดเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนได้ การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะใช้การพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัด โดยการจัดสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพ การจัดกิจกรรมให้มีการเรียนรู้ทางสังคมและภาษา เช่น การจัดกิจกรรม ทำอาหาร

กิจกรรมเล่านิทาน กิจกรรมดนตรี และกิจกรรมเกม ซึ่งเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและมีความสำคัญต่อการพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ไม่ว่าจะเป็นเด็กปกติหรือเด็กปัญญาอ่อนช่วยในเรื่องการปรับตัว การสะสมประสบการณ์อันเป็นพื้นฐานของพัฒนาการของเด็กทำให้เด็กเรียนรู้กฎกติกาและระเบียบวินัยของสังคม ส่งผลให้เด็กรู้จักควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองให้มีความเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

กรอบแนวคิดโครงการศึกษาอิสระ

