

ผลของพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2558
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF BEHAVIOR THERAPY WITH FAMILY INVOLVEMENT
ON AGGRESSIVE BEHAVIORS OF AUTISTIC CHILDREN

Mr. Narut Phaengphomma



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อ
	พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก
โดย	นายนรุตม์ แพงพรมมา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม)

นรุตม์ แพงพรมมา : ผลของพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก (THE EFFECT OF BEHAVIOR THERAPY WITH FAMILY INVOLVEMENT ON AGGRESSIVE BEHAVIORS OF AUTISTIC CHILDREN) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน, 129 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง เรื่องนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กออทิสติก อายุ 6-12 ปีและครอบครัวที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยได้รับการจับคู่ (matched pair) และการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก แบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่บ้าน แนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับพยาบาล และคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้ค่าความสอดคล้องจากการสังเกตแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเท่ากับ .81,.85,.90,.92 และ.93 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงของแบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่บ้านเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon

ผลการวิจัย มีดังนี้

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนว่า การใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ควรเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับเด็กออทิสติก

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5677184536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: BEHAVIOR THERAPY / FAMILY INVOLVEMENT / AGGRESSIVE BEHAVIOR / AUTISM CHILDREN

NARUT PHAENGPOMMA: THE EFFECT OF BEHAVIOR THERAPY WITH FAMILY INVOLVEMENT ON AGGRESSIVE BEHAVIORS OF AUTISTIC CHILDREN. ADVISOR: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., CO-ADVISOR: ASST. PROF. RACHANEEKORN UPASEN, Ph.D., 129 pp.

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were: 1) to compare aggressive behaviors of autistic children before and after using the behavior therapy with family involvement, and 2) to compare aggressive behavior of autistic children using the behavior therapy with family involvement and those who received regular nursing care. Forty autistic children are receiving services, who met the inclusion criteria, were matched pair and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the behavior therapy with family involvement program for 4 weeks. The control group received usual care. Research instruments were: personal data questionnaire an aggressive behaviors scale, a behavior therapy performance of family scale a family manual on behavior therapy at home, a nurse's protocol on behavior therapy in children with Autistic. All instruments were content validated by a panel of 5 professional experts. The reliability of aggressive behaviors scale was .81,.85,.90,.92 and .93 respectively, and behavior therapy performance scale was .84. The Wilcoxon was used in data analysis.

Major findings were as follows: 

1. Aggressive behaviors of autistic children after using the behavior therapy with family involvement was significantly lower than those before, at the .05 level.

2. Aggressive behaviors of autistic children who received behavior therapy with family involvement was significantly lower than those who received regular nursing care, at the .05 level.

The results of this study support that the use of behavioral therapy with family involvement program should be included in psychiatric mental health service for autistic children.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2015

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา ตลอดจนให้ความเมตตา และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น ทำให้ผู้วิจัยพยายาม ทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ ที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ และผู้ช่วยมากที่สุด ผู้วิจัยมีความประทับใจ และซาบซึ้งในความเมตตา กรุณา และเสียสละของ อาจารย์ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยใน ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พี่ๆน้องๆ พยาบาลและ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาและเก็บข้อมูลวิจัย คอย ช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา ตลอดจนเด็กก้อทิสติกและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการ วิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (นอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ ห่วงใย ขอขอบคุณญาติพี่น้องทุกคนในครอบครัว เพื่อนๆ ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความ ช่วยเหลือและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ เกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา เด็กก้อทิสติก และครอบครัวเด็กก้อทิสติกทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการ วิจัยครั้งนี้ ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1. การพยาบาลเด็กออทิสติก.....	13
2. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก.....	35
3. พฤติกรรมบำบัดในการพยาบาลเด็กออทิสติก.....	42
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
5. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	51
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การดำเนินการทดลอง.....	63

การวิเคราะห์ข้อมูล	76
สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	77
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	87
สรุปผลการวิจัย	91
อภิปรายผล	92
ข้อเสนอแนะ	94
รายการอ้างอิง.....	96
ภาคผนวก	105
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	106
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย.....	108
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	113
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	127
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	129

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ เด็กออทิสติกและระดับการศึกษาของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	56
ตารางที่ 2	รายละเอียดการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในสัปดาห์ที่ 1	67
ตารางที่ 3	ค่าร้อยละแบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่บ้าน ของครอบครัว	74
ตารางที่ 4	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติก จำแนกตาม เพศ อายุ บุตรคนที่ การรักษาในปัจจุบัน อายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก.....	79
ตารางที่ 5	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของครอบครัว จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา.....	80
ตารางที่ 6	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของครอบครัว จำแนกตาม อาชีพ ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก ความสัมพันธ์.....	81
ตารางที่ 7	คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวและการแปลผลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง(Pre-Test) หลังทดลอง (Post-test) จำแนกทางกาย ทางวาจา และทางสิ่งของ.....	82
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม	83
ตารางที่ 9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกรายด้าน ก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม	84
ตารางที่ 10	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	85
ตารางที่ 11	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกรายด้าน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40).....	86

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคออทิสติก (Autistic Disorder) พบได้ในเด็กทั่วโลกซึ่งในปัจจุบันจำนวนเด็กออทิสติกมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มจำนวนสูงขึ้นเรื่อยๆ จากการสำรวจอุบัติการณ์เด็กออทิสติกของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention of America) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545-2551 โดยทำการศึกษาคณะเด็กอายุ 8 ปี ใน 14 พื้นที่เผ่าร้าง พบว่าความชุกของออทิสติกเพิ่มขึ้นจาก 6.4 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ.2545 เป็น 11.3 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ.2551 คิดเป็นร้อยละ 78 ในระยะเวลา 6 ปี (ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2550 ; CDC , 2012) สำหรับอัตราความชุกของโรคออทิสติกในประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์ของโรคสูงขึ้นเช่นกัน จากสถิติของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2553 พบความชุกของออทิสติก ประมาณ 6 : 1,000 อัตราส่วน คิดเป็นร้อยละ 0.6 (กรมสุขภาพจิต, 2553) สอดคล้องกับสถิติเด็กออทิสติกในสถาบันราชานุกูล พบว่าผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปี 2551-2555 มีจำนวน 4,338, 4,907, 5,264, 6,880, และ 7,540 ตามลำดับ (งานเวชสถิติสถาบันราชานุกูล, 2556) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าเด็กออทิสติกมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อยๆ โดยปัญหาสำคัญของเด็กออทิสติกนั้นจะพบความผิดปกติของพฤติกรรม 3 ด้านใหญ่ๆด้วยกัน คือ มีความผิดปกติทางสังคมและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร และความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม (อุมาพร ตรีงคสมบัติ, 2550; Lequia et al., 2012; Matson, Rieske & Williams, 2013; O'Reilly et al., 2010; Palmen & Didden, 2012)

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาสำคัญของเด็กออทิสติก คือ พฤติกรรมก้าวร้าว จากการศึกษาคณะต่างประเทศเด็กออทิสติก จำนวน 1,584 คน พบอัตราความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าว คิดเป็นร้อยละ 53 (Mazurek et al, 2013) นับว่ามีอุบัติการณ์ที่สูงมาก และจากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก เป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวช พบอัตราความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวและทำร้ายตนเอง คิดเป็นร้อยละ 13.2 และพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 6.6 พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงเท่ากับ 4-5:1 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (โรงพยาบาลยุวประสาทฯ, 2553; กรมสุขภาพจิต, 2553) ซึ่งในเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมอารมณ์รุนแรงหรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวจะอยู่ในช่วงวัย อายุ 6-12 ปี (เพ็ญแข ลิ้มศิลา , 2550 ; สุจิตรา สุขเกษม และคณะ, 2554) เนื่องจากเด็กออทิสติกในช่วงวัยนี้มีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรง มีปัญหาด้านการปรับตัวในสังคม ไม่สื่อสารกับใคร ทำให้เด็กมีปัญหาการเรียนรู้ ไม่สามารถเรียนรู้ความคิด อารมณ์

การแสดงออกหรือความต้องการของผู้อื่น เด็กจึงเกิดความคับข้องใจไม่รู้วิธีการปรับตัว จึงแสดงออกทางพฤติกรรมด้านอารมณ์ที่รุนแรง เช่น ด้านคำพูด ด้านพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทำลายสิ่งของ (จิราพร ศรีเจริญกาญจน์ , 2551) การดูแลด้านปัญหาพฤติกรรมจึงมีความสำคัญอย่างมากในเด็กออทิสติกช่วงอายุ 6-12 ปี เพราะเป็นช่วงที่เด็กสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคม กับเพื่อน และรู้จักการเรียนรู้ จดจำ ในพฤติกรรมที่เหมาะสม ชอบทำกิจกรรมเป็นกลุ่ม และสนใจคนรอบข้าง (ศิริกุล อิศรานุรักษ์ , 2549)

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกนั้น ประกอบไปด้วยหลายปัจจัยดังนี้ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการสื่อสารและภาษา โดยเด็กไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ ไม่สามารถระบายออกมาเป็นคำพูดได้ จึงเกิดความไม่พอใจจนถึงขั้นอารมณ์โกรธ ซึ่งอารมณ์โกรธ เป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลให้เด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Kloosterman et al, 2014; Erbas et al, 2013) ทักษะทางด้านภาษาและสังคมบกพร่อง ได้แก่ ไม่สามารถใช้ภาษาท่าทางสื่อสารกับครอบครัว เพื่อตอบสนองกับความต้องการของตนเองได้ ไม่เข้าใจสถานการณ์ทางสังคม (Mazurek et al, 2013) ขาดทักษะในการสื่อสารและมีระดับสติปัญญาต่ำ (IQ) (Kanne & Mazurek, 2011) ซึ่งหากผู้ป่วยมีระดับสติปัญญาต่ำ (IQ) จะส่งผลให้มีความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมทำร้ายตนเองสูง (McTiernan et al ., 2011; Murphy et al ., 2009) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวและขาดความรู้ในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว จึงส่งผลให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงขึ้น (Hill et al., 2014; Kanne & Mazurek, 2011; Mazurek et al., 2013) ระดับความรู้ของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาที่ต่ำ (Gross et al ., 2008) มารดามีพฤติกรรมต่อต้านสังคม มารดามีภาวะซึมเศร้า (Tremblay, 2004 ; Nagin & Tremblay, 2001) ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้ของครอบครัวที่สูงและต่ำเกินไป (Dominick et al., 2007) ปัจจัยทางชีววิทยา ได้แก่ ด้านพันธุกรรม เชื่อว่าความก้าวร้าว เกิดจากสัญญาณการต่อสู้และได้อิทธิพลจากทางพันธุกรรม (Rawlins et al.1993) ด้านความผิดปกติทางประสาทวิทยา พบว่า ภาวะโกรธและก้าวร้าว อาจเกิดจากรอยโรคในสมองหรือสมองได้รับบาดเจ็บ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ด้านสารสื่อประสาท จากการศึกษาพบว่า ระดับ Serotonin ต่ำจะทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้น (Videbeck,2000) ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา กล่าวไว้ว่า ความขัดแย้งในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้น เป็นสาเหตุให้เกิดความก้าวร้าว ความไม่เป็นมิตร และสุดท้ายคือความรุนแรง และปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม พบว่า เด็กเรียนรู้พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเลียนแบบ ส่วนใหญ่จะเป็นการเลียนแบบพ่อ แม่ คนในครอบครัว เพื่อนที่โรงเรียน หรือจากโทรทัศน์ สื่อต่างๆ (Varcarolis and Halter,2010 ; Videbeck,2006)

ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยจากเด็กออทิสติก ได้แก่ ด้านภาษาและการสื่อสาร และปัจจัยจากครอบครัว ได้แก่ ครอบครัว

ขาดความรู้และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติก มาจัดกระทำเนื่องจากการที่บุคคลมีการกระทำที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทางร่างกาย ทางวาจา หรือต่อสิ่งของ ทำให้ได้รับความเสียหายต่อตนเองและผู้อื่น และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้สุขภาพของผู้ปกครองเสื่อมโทรม อ่อนเพลีย ไม่สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเต็มที่ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ที่ต้องคอยควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว รวมทั้งผลกระทบด้านสังคม เช่น การต่อต้านสังคม ตีดยาเสพติด สร้างความเดือนร้อนต่อสังคม จากปัจจัยดังกล่าว จะเห็นได้ว่าต้องนำมาแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพื่อให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงหรือหายไป และครอบครัวมีความรู้และความพร้อมในการดูแลเด็กออทิสติกอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อเด็กออทิสติก ครอบครัวและสังคมซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สำคัญ

แนวทางการรักษาเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ด้วยการจัดการกับปัจจัยที่กล่าวมา ในปัจจุบันมีหลายวิธี เช่น การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการ การเล่นบำบัด กิจกรรมบำบัด พฤติกรรมบำบัด (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550)จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า พฤติกรรมบำบัดเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผลสำหรับเด็กออทิสติก (Goodman & Scott, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ Frazier et al. (2010) พบว่าการรักษาด้วยยาและพฤติกรรมบำบัดแบบเข้มข้น(ABI)ในเด็กออทิสติกที่พร้อมทักษะด้านการสื่อสารและมีอารมณ์รุนแรงมีผลต่อการลดพฤติกรรมก้าวร้าวและปัญหาทางอารมณ์ได้ และการศึกษาของ Hillman (2006) พบว่าการนำพฤติกรรมบำบัดไปใช้ในการบำบัดเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงนั้น เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และมีทักษะด้านภาษาดีขึ้น นอกจากนี้การใช้พฤติกรรมบำบัดในการรักษาเด็กออทิสติกที่มีอาการระดับรุนแรง ยังพบว่า พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอื่นๆลดลงในช่วงของการบำบัดเช่นกัน และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านภาษาและสติปัญญาดีขึ้น (Lovaas et al., 1973; Kabot, 2003) สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมบำบัดเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพช่วยให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง จากงานวิจัยที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าเป็นการใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกเท่านั้น ซึ่งยังไม่มีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการใช้พฤติกรรมบำบัด

อย่างไรก็ตามการใช้พฤติกรรมบำบัดเพื่อช่วยลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กออทิสติก ส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่ตัวเด็กเป็นหลัก ส่วนผู้ปกครองนั้นเข้ามามีส่วนร่วมโดยเพียงการรับฟังความรู้เรื่องโรคออทิสติกและเทคนิคต่างๆที่ใช้การปรับพฤติกรรมเท่านั้น ซึ่งพฤติกรรมบำบัดที่นำมาใช้กับผู้ป่วยเด็กออทิสติกในปัจจุบัน ยังไม่พบว่าได้มีการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด โดยลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ในการใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก เพราะการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมนั้น จะทำให้ครอบครัวสามารถนำพฤติกรรมบำบัดกลับไปใช้ที่บ้านได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง รวมทั้งลดปัญหาการนำผู้ป่วยเด็กออทิสติกกลับมาบำบัดรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จากการศึกษาของ Kjobli, et al (2013) ได้ศึกษาผลของการฝึกอบรมแบบกลุ่มใน

ผู้ปกครองตาม Oregon modelต่อการลดปัญหาความก้าวร้าวในเด็ก พบว่า ภายหลังจากผู้ปกครองได้รับการฝึกอบรมแล้วเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และจากการศึกษาของ Roberts., et al (2011) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของเด็กออทิสติกที่ได้รับการดูแลรายบุคคลกับเด็กออทิสติกที่ได้รับการดูแลแบบกลุ่มร่วมกับครอบครัว และเด็กออทิสติกที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่ากลุ่มเด็กออทิสติกที่ได้รับการดูแลแบบกลุ่มร่วมกับครอบครัว มีผลลัพธ์ของการรับรู้สมรรถนะมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นและปัญหาด้านพฤติกรรมลดลง เพราะครอบครัวถือเป็นบุคคลที่สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการส่งเสริมและพัฒนาทักษะของเด็ก (Jull & Mirenda, 2011; เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์, 2550) เป็นกำลังสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการบำบัดรักษาเด็กออทิสติก เนื่องจากพัฒนาการของเด็กเริ่มจากครอบครัวทั้งพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษา (Bolte et al., 2010 ; ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2548) หากครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจยอมรับอาการการเจ็บป่วยของเด็ก มีความอดทนต่อพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่แสดงออกไม่เหมาะสม และให้การดูแลบำบัดพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเด็กอย่างสม่ำเสมอ ก็จะส่งผลให้ลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กออทิสติกได้ (Kathy & Hanna, 2013)

สำหรับในประเทศไทยได้มีการนำพฤติกรรมบำบัดมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก โดยจากการศึกษาของอัญชรส ทองแพ็ชร(2554) ได้ศึกษาประสิทธิผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ตามแนวคิดของ Goodman and Scott (2005) พบว่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยให้ผู้ปกครองเข้ามาร่วมสังเกตการณ์ขณะที่ผู้วิจัยใช้พฤติกรรมบำบัดและให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมบำบัด แต่ยังไม่ได้ให้ครอบครัวลงมือปฏิบัติร่วมกับพยาบาลในการใช้พฤติกรรมบำบัดในทุกขั้นตอน เช่น ให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการใช้พฤติกรรมบำบัด และเทคนิคพฤติกรรมบำบัด มีการสอนและสาธิตทักษะการใช้พฤติกรรมบำบัดและให้ทดลองปฏิบัติ ดังนั้นเพื่อการบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เกิดความปลอดภัยต่อเด็กออทิสติก ครอบครัว และสังคม ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สำคัญ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จึงสนใจนำผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก แผนกผู้ป่วยนอก จากการศึกษาของอัญชรส ทองแพ็ชร(2554) โดยนำมาพัฒนาต่อเป็นผลของพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ตามแนวคิดของ Goodman and Scott (2012) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ร่วมกับแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของ Schepp (1995)

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมจะลดลงกว่าก่อนได้รับพฤติกรรมบำบัด หรือไม่
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมจะลดลงจาก กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการแสดงออกของบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และแสดงออกทางคำพูด ทางร่างกาย หรือทั้งสองทาง ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น และสิ่งของ ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวประกอบด้วย พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง ต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมด้านการทำลายสิ่งของ (Yudofsky et al., 1986) เด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น มีสาเหตุสำคัญมาจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยได้แก่ บกพร่องทักษะการสื่อสารและภาษา (Kloosterman et al, 2014 ; Mazurek et al, 2013 ; Kanne & Mazurek , 2011) และปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการดูแล (Hill et al., 2014; Kanne & Mazurek, 2011; Mazurek et al., 2013) ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวเด็กเอง ครอบครัวและสังคมเป็นอย่างมาก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องดูแลเมื่อเด็กออทิสติกเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว(เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2537)ซึ่งวิธีการที่จะทำให้เด็กออทิสติกเกิดพฤติกรรมใหม่ที่มาแทนพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น คือ พฤติกรรมบำบัด เพราะการทำพฤติกรรมบำบัดมีวัตถุประสงค์เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง และส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งมีพื้นฐานอยู่บนทฤษฎีการเรียนรู้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ , 2550 ; Goodman & Scott, 2012) จากการศึกษาได้เรียนรู้แบบมีเงื่อนไขว่า พฤติกรรมอะไรที่แสดงออกมาแล้วทำให้เด็กได้รับรางวัล ฉะนั้นเด็กก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำๆเพื่อให้ได้รับสิ่งที่พึงพอใจ แต่ถ้าเด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่ดี แล้วได้รับสิ่งที่ไม่น่ารื่นรมย์เด็กก็จะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นอีก(สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) การบำบัดที่ได้ผลดี คือ ต้องมีความสม่ำเสมอและมีการใช้พฤติกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่องทุกครั้ง เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน ครอบครัวจึงเป็น

บุคคลสำคัญในการบำบัดที่บ้าน พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก โดยครอบครัวเข้าร่วมทุกกิจกรรมที่จัดกับเด็กเป็นประจำ อีกทั้งฝึกและทดสอบความสามารถในการทำกิจกรรมนั้นๆกับเด็กทุกครั้งจนสามารถทำได้และทำเป็น และนำไปปฏิบัติต่อกับเด็กออทิสติกที่บ้านได้เอง (Schepp, 1995) ดังนั้น เพื่อให้การบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจนำ ผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก แผนกผู้ป่วยนอก จากการศึกษาของอัญชรส ทองเพ็ชร (2554) นำมาพัฒนาต่อเป็นผลของพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ตามแนวคิดของ Goodman and Scott (2012) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ร่วมกับแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของ Schepp (1995) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1.การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกับผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจและความคุ้นเคยกับพยาบาล ส่งผลให้เด็กและครอบครัวให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกับพยาบาล

กิจกรรมที่ 2 ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้หลัก ABC ประเมินลักษณะความถี่และความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว สิ่งที่เกิดให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Antecedents) ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว (Behavior) ผลที่เกิดขึ้นหลังจากพฤติกรรมก้าวร้าว (Consequence) กิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อค้นหาข้อมูลของปัจจัยต่างๆที่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและลักษณะท่าทางของพฤติกรรมก้าวร้าวที่เด็กแสดงออกมา ไม่ว่าจะเป็นทางกายหรือวาจา และช่วยให้พยาบาลและครอบครัวมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก

ขั้นตอนที่ 2.การกำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกับครอบครัว

กิจกรรมที่ 3 กำหนดเป้าหมายในการบำบัดร่วมกับครอบครัว ภายใต้การช่วยเหลือและให้ความรู้โดยพยาบาล ในเรื่องของความรู้โรคออทิสติก ทำการสอน สาธิตทักษะการใช้พฤติกรรมบำบัด และเทคนิคพฤติกรรมบำบัดและ ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็ก หลังจากนั้นให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัด กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด

ขั้นตอนที่ 3.การใช้พฤติกรรมบำบัด

กิจกรรมที่ 4 การใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่โรงพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้บำบัดในกลุ่มทักษะสังคมและให้ครอบครัวสังเกตการณ์ขณะพยาบาลใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็ก หลังจากนั้นให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัด และร่วมกันสรุป ประเมินผลการใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับครอบครัว และให้ครอบครัวไปใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน

ตามคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์และแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้านโดยครอบครัว ให้เด็กได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และได้เรียนรู้การปรับพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด โดยปฏิบัติตามคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว เป็นเวลา 3 สัปดาห์ กิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อให้ครอบครัวเป็นผู้ใช้พฤติกรรมบำบัดและเทคนิคของพฤติกรรมบำบัดที่บ้าน เพื่อความต่อเนื่องและให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับที่โรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 6 โทรศัพท์กระตุ้นและส่งเสริมให้ครอบครัวใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ ให้กำลังใจกับครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม น้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัด
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการทดลองที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่ เด็กออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติก อายุ 6-12 ปี ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และผู้ดูแลเด็กออทิสติก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเข้ากลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม จำนวน 20 คน และเข้ากลุ่มการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น คือ พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และการพยาบาลตามปกติ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมก้าวร้าว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกของเด็กออทิสติกที่สัมพันธ์กับอารมณ์โกรธที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม ประกอบด้วย การแสดงออก 3 ด้าน คือ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ได้แก่ การส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธ ตะโกนว่ากล่าว ถูกผู้อื่น พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายร่างกายตนเอง ได้แก่ การหยิก ข่วนผิวหนัง ชกตีตนเอง ศีรษะโขกพื้น กำปั้นชกสิ่งของ ใช้ปากกัดตัวเอง และพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายร่างกายผู้อื่น ได้แก่ กระทบไหล่ผ้า ตบตี ชกตอย ดึงผม หยิก ข่วน ผิวหนัง และพฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของ ได้แก่ การเขย่าประตูดึงเสื้อผ้า ปิดสิ่งของลงพื้น ขีดเขียน ฝาผนังห้อง ทบสิ่งของให้แตก ทบกระจก

ในการวิจัยครั้งนี้มีการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก ใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ที่อัญชรส ทองเพ็ชร(2554) พัฒนามาจาก Overt Aggressive Scale ของ Stuart Yudofsky (1986) ประเมินด้วยการสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก โดยผู้ปกครอง

พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้กับเด็กออทิสติก ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการปฏิบัติของ Goodman & Scott (2012) ซึ่งพัฒนาวิธีการตามทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กของ Schepp (1995) เพื่อมุ่งปรับเปลี่ยนการแสดงออกของเด็ก เมื่อมีอารมณ์โกรธที่สังเกตได้ และจัดสถานการณ์ให้เด็กได้เรียนรู้ถึงการแสดงออกที่เหมาะสมในสถานการณ์เหล่านั้น เมื่อเด็กทำตามก็จะได้รับรางวัลเป็นแรงเสริมให้เด็กกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก โดยเมื่อกลับไปบ้านนำบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกขั้นตอน โดยจะปฏิบัติกิจกรรมจริง ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ (participation in routine care) ได้แก่ การอยู่กับเด็กขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล การให้อาหาร การอาบน้ำให้เด็ก การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้เด็ก
2. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมพยาบาล (participation in technical care) ได้แก่ การอยู่กับเด็กและช่วยเหลือเด็กในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาล เป็นต้น
3. การมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล (participation in information sharing) ได้แก่ การสอบถามเกี่ยวกับการตรวจรักษาที่เด็กได้รับ การขอให้แพทย์และพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษา และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กตามความเป็นจริง เป็นต้น
4. การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ (participation in decision making) ได้แก่ การตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาที่เด็กป่วยจะได้รับ ได้แก่ ส่งเด็กไปกิจกรรมบำบัด ฝึกพูด

หรือส่งไปพบนักจิตวิทยา การเลือกที่จะเป็นผู้อธิบายกิจกรรมการรักษาพยาบาลแก่เด็กก่อนที่เด็กจะได้รับกิจกรรมนั้นๆหรืออาจให้พยาบาลเป็นผู้อธิบายให้กับเด็กรับฟัง

โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาล เป็นเวลา 4 สัปดาห์ 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1.การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกับผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่เป็นการกระทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจและความคุ้นเคยกับพยาบาลส่งผลให้เด็กและครอบครัวให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกับพยาบาล 10 นาที สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 3 ครั้ง ก่อนการบำบัด

กิจกรรมที่ 2 ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้หลัก ABC หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่เป็นการประเมินลักษณะความถี่และความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว สิ่งที่เกิดทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Antecedents) ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว (Behavior) ผลที่เกิดขึ้นหลังจากพฤติกรรมก้าวร้าว (Consequence) กิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อค้นหาข้อมูลของปัจจัยต่างๆที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและลักษณะท่าทางของพฤติกรรมก้าวร้าวที่เด็กแสดงออกมา ไม่ว่าจะเป็นทางกายหรือวาจา และช่วยให้พยาบาลและครอบครัวมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก 20 นาที สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 3 ครั้ง ก่อนการบำบัดในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2.การกำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกับครอบครัว

กิจกรรมที่ 3 กำหนดเป้าหมายในการบำบัดร่วมกับครอบครัว หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่เป็นการช่วยให้ครอบครัวมีความรู้และเข้าใจ ภายใต้การช่วยเหลือโดยพยาบาล ในเรื่องของความรู้โรคออทิสติก ทำการสอน สาธิตทักษะการใช้พฤติกรรมบำบัดและเทคนิคพฤติกรรมบำบัดและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็ก หลังจากนั้นให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัด กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด 45 นาที สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 3 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3.การใช้พฤติกรรมบำบัด

กิจกรรมที่ 4 การใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่โรงพยาบาล หมายถึง การให้เด็กได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และได้เรียนรู้การปรับพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด โดยพยาบาลเป็นผู้บำบัดในกลุ่มทักษะสังคมและให้ครอบครัวสังเกตการณ์ขณะพยาบาลใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็ก และร่วมกันสรุป ประเมินผลการใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับครอบครัว และให้ครอบครัวไปใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน ตามคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว 30 นาที สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 3 ครั้ง

กิจกรรมที่ 5 การใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้านโดยครอบครัว หมายถึง การให้ครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมการใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน โดยให้เด็กได้เรียนรู้ถึง พฤติกรรมที่พึงประสงค์ และได้เรียนรู้การปรับพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด โดยปฏิบัติตามคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว เป็นเวลา 3 สัปดาห์ กิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อให้ครอบครัว เป็นผู้ใช้พฤติกรรมบำบัดและเทคนิคของพฤติกรรมบำบัดที่บ้าน เพื่อความต่อเนื่องและให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับที่โรงพยาบาล 30 นาที สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 3 ครั้ง

กิจกรรมที่ 6 โทรศัพทกระตุ้นและส่งเสริมให้ครอบครัวใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็ก ออทิสติกที่บ้าน หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่เป็นการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ ให้กำลังใจกับครอบครัว 15 นาที ในสัปดาห์ที่ 4

เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคออทิสซึม ตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรค DSM-5 (American Psychiatric Association;2011)มีความบกพร่องของพัฒนาการ 3 ด้าน คือ มีความผิดปกติทางสังคมและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร และความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 6-12 ปี และมีประวัติ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือญาติให้ประวัติว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว

ครอบครัว หมายถึง ผู้ดูแลเด็กออทิสติกโดยตรงที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็ก มีหน้าที่ ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพจัดให้บริการ เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ประกอบด้วย ให้บริการผู้ปกครองด้านพัฒนาการและสติปัญญาอายุ 6 -18 ปี ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เข้าแถวเคารพธงชาติ ออกกำลังกาย เต้นประกอบเพลง แนะนำตัวเอง และนั่งสมาธิ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกับครอบครัว โดยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้ผู้ปกครอง (เรื่องยา การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว การดูแลเด็กเมื่ออยู่ที่บ้าน) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มระดับประคองจิตใจ

ขั้นตอนที่ 3 การใช้พฤติกรรมบำบัด โดยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ทักษะทางสังคม (การสวัสดี ทักทาย การไหว้) กิจกรรมทักษะด้าน ภาษาและการสื่อสาร

กิจกรรมที่ 4 นวดสัมผัสเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางการบริการและให้การดูแลเด็กออทิสติกสำหรับพยาบาลร่วมกับครอบครัว โดยใช้บทบาทของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
2. เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในการดูแลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
3. ครอบครัวเด็กออทิสติกสามารถนำแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม กลับไปใช้ที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษา ผลของพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิจัย วารสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. การพยาบาลเด็กออทิสติก

- 1.1 โรคออทิสติก
- 1.2 การรักษาโรคออทิสติก
- 1.3 การปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติก
- 1.4 การช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก
- 1.5 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติก
- 1.6 ระบบการดูแลเด็กออทิสติกในประเทศไทย
- 1.7 การพยาบาลเด็กออทิสติกในประเทศไทย
 - 1.7.1 การพยาบาลในสถาบันพัฒนาการเด็กฯ
 - 1.7.2 การพยาบาลในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ

2. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก

- 2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว
- 2.3 กลไกการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและความโกรธ
- 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว
- 2.5 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

3. พฤติกรรมบำบัดในการพยาบาลเด็กออทิสติก

- 3.1 ความหมายของพฤติกรรมบำบัด
- 3.2 พฤติกรรมบำบัดและเทคนิคพฤติกรรมบำบัด สำหรับเด็กออทิสติก
- 3.3 พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. การพยาบาลเด็กออทิสติก

1.1 โรคออทิสติก

โรคออทิสติก (Autism Spectrum Disorder) เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นของพัฒนาการหลายด้าน คือ มีความผิดปกติทางสังคมและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร และความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม ทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้ได้เหมือนเด็กปกติ และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา แต่ถ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลากรทางสาธารณสุขและครอบครัวร่วมด้วย ก็จะทำให้เด็กมีพัฒนาการและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น

เพ็ญแข ลิ้มศิลา (2550) กล่าวว่า เด็กออทิสติกมีความล่าช้าของพัฒนาการ คือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อความหมายและจินตนาการ แสดงให้เห็นจากการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากวัยเดียวกัน เช่น อยู่ในโลกลงส่วนของตนเอง ไม่สามารถสื่อความหมายกับบุคคลรอบข้าง เล่นกับใครไม่เป็น

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2552) ให้ความหมาย เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างและสิ่งแวดล้อม เด็กบางรายสามารถสื่อสารกับผู้อื่นและก็มีสติปัญญาดี บางรายลักษณะคล้ายเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งอาการและความรุนแรงไม่เท่ากัน แต่มีปัญหาทางสังคม การสื่อสาร พฤติกรรม สมาธิ กล้ามเนื้อและความรู้สึก ที่ล่าช้าคล้ายกัน

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา (2553) กล่าวว่า เด็กออทิสติกเป็นความผิดปกติของพัฒนาการเด็กรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว โดยเด็กไม่สามารถพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย มีลักษณะพฤติกรรม กิจกรรรม และความสนใจ เป็นแบบแผนซ้ำๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่อง ปัญหาดังกล่าวเป็นตั้งแต่เล็ก ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำรงชีวิต

Filipek et al. (2011) กล่าวว่า เด็กออทิสติก คือ เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษา การสื่อสาร ภาษาพูดและภาษาท่าทาง มีปัญหาการเข้าสังคม การเรียนรู้ร่วมกับผู้อื่น และพฤติกรรมซ้ำๆ เด็กอยู่ในโลกของตนเอง และมีพฤติกรรมแยกตัวเป็นส่วนใหญ่

Goodman & Scott (2012) กล่าวว่า เด็กออทิสติก คือ เด็กที่มีภาวะของโรคออทิสซึมที่มีความบกพร่องของพัฒนาการหลายด้าน เช่น พัฒนาการด้านสังคม การสื่อสารและภาษา และปัญหาพฤติกรรม

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการ 3 ด้าน คือ มีความผิดปกติทางสังคมและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร และความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

1.1.1 สาเหตุของโรคออทิสติก

ในการศึกษาถึงสาเหตุของโรคออทิสติก แต่ยังไม่ทราบสาเหตุของความผิดปกติที่ชัดเจน ในปัจจุบันมีหลักฐานสนับสนุนว่าน่าจะเกิดจากการทำงานของสมองผิดปกติมากกว่าเป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อม ในอดีตเคยเชื่อว่าโรคออทิสติก เกิดจากการเลี้ยงดูในลักษณะที่เย็นชา (refrigerator) แต่จากหลักฐานข้อมูลในปัจจุบันยืนยันได้ชัดเจนว่า รูปแบบการเลี้ยงดูไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคออทิสติก ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factor) ที่พบว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคออทิสติก จากการรวบรวมข้อมูลงานวิจัยต่างๆ มีดังนี้ (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา , 2553)

1.1.1.1 ด้านพันธุกรรม (Genetic Factor)

- 1) ศึกษาในฝาแฝด (twin study) พบว่าถูกควบคุมโดยปัจจัยด้านพันธุกรรมสูงมาก
- 2) ศึกษาในครอบครัว (family study) พบว่าในญาติลำดับที่ 1 (first degree relative) ของผู้ที่เป็นโรคออทิสติก เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคออทิสติก และกลุ่มโรคคล้ายออทิสติก (autistic like)

1.1.1.2 ด้านเภสัชวิทยาระบบประสาท (Neuropharmacological Study) พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับสารเคมีสื่อประสาท ซีโรโทนิน (serotonin) โดยมีระดับในเกล็ดเลือดสูงขึ้น แต่ยังไม่สามารถอธิบายเหตุผลที่ชัดเจนได้ ว่าเกิดจากอะไร

1.1.1.3 คลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography - EEG) พบว่ามีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมอง มากกว่าประชากรปกติ แต่ไม่พบลักษณะจำเพาะที่อธิบายความผิดปกติของการทำงานของสมองได้

1.1.1.4 ภาพฉายระบบประสาท (Neural Imaging) พบความผิดปกติหลากหลายรูปแบบ แต่ยังคงคลุมเครืออยู่ ไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน เช่น cerebellar vermis hypoplasia or hyperplasia, third ventricle ใหญ่ , caudate เล็ก , right anterior cingulate gyrus เล็ก

1.1.1.5 พยาธิวิทยาระบบประสาท (Neuropathological Study) ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน แต่จากหลายการศึกษาพบว่าเกี่ยวข้องกับจำนวน Purkinje cell ที่ลดลง

1.1.1.6 การศึกษาปริมาตรของสมอง (Study of Brain Volume) พบว่ามีปริมาตรของสมองเพิ่มขึ้น ยกเว้นสมองส่วนหน้า (frontal lobe) และพบว่าเส้นรอบวงของศีรษะ (head circumference) ปกติในตอนแรกเกิด แล้วเริ่มมากผิดปกติในช่วงวัยเด็กตอนต้นถึงตอนกลาง

1.1.2 อาการและอาการแสดง ของเด็กกลุ่มโรคออทิสติก มีปัญหาสำคัญ 3 ด้าน ดังนี้

1.1.2.1 ความผิดปกติด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social disturbance)

เป็นความบกพร่องที่มีความรุนแรงมากที่สุดของกลุ่มโรคออทิสติกและดำเนินอยู่ตลอดในแต่ละช่วงวัย (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2550) โดยกลุ่มออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสังคมน้อยถือว่ามีการพยากรณ์โรคที่ดี ความบกพร่องทางสังคม ได้แก่ (จริยา จุฑาภิลิทธิ และนิชรา เรื่องดารกานนท์,2551)

- 1) ไม่มองหน้า ไม่สบตา แม้นขณะสนทนาหรือมีกิจกรรมร่วมกัน
- 2) ไม่แสดงสีหน้าท่าทาง ไม่ยิ้ม ดูเป็นเด็กหน้าเฉย ดูไร้อารมณ์
- 3) ไม่มีภาษาท่าทางเพื่อการสื่อสาร เช่น ไม่ชี้นิ้วบอกถึงสิ่งที่ต้องการ
- 4) ไม่หันหาเสียงเรียกชื่อ แต่สนใจเสียงชนิดอื่นแทน
- 5) เล่นคนเดียว หรืออยู่ตามลำพัง

1.1.2.2 ความผิดปกติด้านภาษาและการสื่อสาร (Impairment in language and communication)

มีปัญหาพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า เป็นอาการแสดงที่นำเด็กกลุ่มโรคออทิสติกมาพบแพทย์บ่อยที่สุด โดย 50% ของเด็กกลุ่มโรคนี้อาจใช้ภาษาพูดเพื่อการสื่อสารได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาน,2550) โดยความผิดปกติด้านภาษาและการสื่อสารที่พบในเด็กกลุ่มโรคออทิสติก ได้แก่ (ชาญวิทย์ พรนภดล , 2545)

- 1) พัฒนาการด้านการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารล่าช้า
- 2) ไม่สามารถใช้ภาษาท่าทางเพื่อการสื่อสาร
- 3) เรียกชื่อไม่หัน ไม่เข้าใจคำสั่ง ไม่สนใจฟังเวลาพูดด้วย
- 4) พูดคำหรือวลีที่ไม่มีความหมาย ซ้ำ ๆ หรือส่งเสียงไม่เป็นภาษา
- 5) ใช้ภาษาผิดปกติ โดยใช้คำที่ตนเองเข้าใจความหมายเท่านั้น
- 6) โทนเสียงในการพูดผิดปกติ เช่น พูดเสียงเดียว พูดเสียงสูง ต่ำ

1.1.2.3 ความผิดปกติของพฤติกรรม โดยทั่วไปเด็กออทิสติกมักแสดง

พฤติกรรมที่ซ้ำๆ ซึ่งบางคนอาจแสดงพฤติกรรมดังกล่าวอย่างรุนแรง ในขณะที่บางคนอาจแสดงพฤติกรรมดังกล่าวเพียงเล็กน้อย ได้แก่ (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550)

- 1) มีพฤติกรรมที่ซ้ำๆ เช่น ฟังเพลงเดิมๆ ดูการ์ตูนเรื่องเดิม
- 2) ชอบดูของหมุนๆ เช่น พัดลม เครื่องซักผ้า ล้อรถหมุน
- 3) กิจกรรมประจำวันมีแบบแผนเฉพาะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้
- 4) มีการเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำๆ เช่น สบัดมือ หมุนตัว เขย่งเท้า
- 5) ในกลุ่มที่มีความสามารถสูง จะมีความสนใจเฉพาะเรื่องจนกลายเป็น

ความสามารถพิเศษ มีการสะสมของที่สนใจ พูดแต่เรื่องของตนเองสนใจ

สรุปได้ว่า อาการและอาการแสดงของเด็กออทิสติกจะแสดงออกโดยไม่มีปฏิสัมพันธ์ในการโต้ตอบกับบุคคลอื่น มีปัญหาทางด้านภาษาและการสื่อสาร ใช้คำพูดแปลกๆ พูดซ้ำ หรือไม่พูดเลย และมีปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ แสดงออกมาโดยไม่เหมาะสมไม่สมเหตุผล

1.1.3 การวินิจฉัยโรคออทิสติก

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-5 (American Psychiatric Association;2011)จัดออทิสติกทุกสเปกตรัมอยู่ในกลุ่มการวินิจฉัยที่เรียกว่า “พีดีดี” (Pervasive Developmental Disorders) มักพบความผิดปกติบางอย่างที่สังเกตได้ตั้งแต่อายุ 18 เดือน และจะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เมื่ออายุ 2 ปี (Filipek et al, 2000) ประกอบด้วย 5 กลุ่มย่อย ดังนี้

- 1) ออทิสติก (Autistic Disorder)
- 2) แอสเพอร์เกอร์ (Asperger’s Disorder)
- 3) เร็ทท์ (Rett’s Disorder)
- 4) ซีดีดี (Childhood Disintegrative Disorder)
- 5) พีดีดี เอ็นไอเอส (PDD, Not Otherwise Specified)

โดยกำหนดหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคออทิสติก (Autistic Disorder) ซึ่งประกอบด้วย 3 เกณฑ์หลัก ดังนี้

1.1.3.1 เข้าเกณฑ์ต่อไปนี้ 6 ข้อหรือมากกว่า จากหัวข้อ (1) (2) และ (3) โดยอย่างน้อยต้องมี 2 ข้อ จากหัวข้อ (1) และจากหัวข้อ (2) และ (3) อีกหัวข้อละ 1 ข้อ

1) มีคุณลักษณะในการเข้าสังคมที่ผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้

- (1) บกพร่องอย่างชัดเจนในการใช้ท่าทางหลายอย่าง เช่น การสบตา การแสดงสีหน้า กิริยาหรือท่าทางประกอบการเข้าสังคม
- (2) ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับที่เหมาะสมกับอายุได้

(3) ไม่แสดงความอยากเข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจ หรือร่วมงานให้เกิดความสำเร็จกับคนอื่น ๆ (เช่น ไม่แสดงออก ไม่เสนอความเห็น หรือไม่ชี้ว่าตนสนใจอะไร)

(4) ไม่มีอารมณ์หรือสัมพันธ์ภาพตอบสนองกับสังคม

2) มีคุณลักษณะในการสื่อสารผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อ

(1) พัฒนาการในการพูดซ้ำหรือไม่มีเลย โดยไม่แสดงออกว่าอยากใช้การสื่อสารวิธีอื่นมาทดแทน (เช่น แสดงท่าทาง)

(2) ในรายที่มีการพูดได้ ก็ไม่สามารถเริ่มพูดหรือสนทนาต่อเนื่อง

กับคนอื่นได้

(3) ใช้คำพูดซ้ำหรือใช้ภาษาที่ไม่มีใครเข้าใจ

(4) ไม่มีการเล่นสมมติที่หลากหลาย คิดเองตามจินตนาการ หรือ

เล่นเลียนแบบสิ่งต่างๆ ตามสมควรกับพัฒนาการ

3) มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัด ใช้ซ้ำ และรักษาเป็นเช่นเดิม โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้

(1) หมกมุ่นกับพฤติกรรมซ้ำๆ (stereotyped) ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป และความสนใจในสิ่งต่างๆมีจำกัด ซึ่งเป็นภาวะที่ผิดปกติทั้งในแง่ของความรุนแรงหรือสิ่งที่สนใจ

(2) ติดกับกิจวัตร หรือย้ำทำกับบางสิ่งบางอย่างที่ไม่มีประโยชน์

โดยไม่ยืดหยุ่น

(3) ทำกิริยาซ้ำๆ (mannerism) เช่น เล่นสะบัดมือหมุน โยกตัว

มองพัลลม

(4) สนใจหมกมุ่นกับเพียงบางส่วนของวัตถุ

1.1.3.2 มีความซ้ำหรือผิดปกติในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ ก่อนอายุ 3 ปี

1) ปฏิสัมพันธ์กับสังคม

2) ภาษาที่ใช้สื่อสารกับสังคม

3) เล่นสมมติหรือเล่นตามจินตนาการ

1.1.3.3 ความผิดปกติไม่เข้ากับ Rett's Disorder หรือ Childhood

Disintegrative Disorder

1.2 การรักษาโรคออทิสติก

1.2.1 การรักษาด้วยยา (ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2550 ; จอมสุรางค์ โพธิ์สัตย์, 2555)

การรักษาด้วยยาส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพียง เพื่อลดปัญหาพฤติกรรมเนื่องจากไม่มียาที่ใช้รักษาโรคหรือยาที่รักษาอาการหลัก เด็กออทิสติกหลายคนจำเป็นต้องใช้ยา ยาส่วนใหญ่ที่ใช้ในเด็กออทิสติกไม่ได้เป็นยาที่ถูกคิดค้นขึ้นมาเพื่อรักษาโรคออทิสซึมโดยตรงแต่เป็นยาที่พัฒนามาจากการศึกษาวิจัยสำหรับโรคอื่น จากการศึกษาวิจัย นักวิทยาศาสตร์พบว่าอาการบางอย่างในโรคออทิสซึมมีลักษณะใกล้เคียงกับโรคบางโรคจึงลองนำเอายาที่ใช้รักษาโรคนั้นมาใช้ในเด็กออทิสติก และพบว่ายาหลายตัวใช้ได้ผลดี

ยาไม่ได้ไปเปลี่ยนแปลงความผิดปกติที่เกิดขึ้นในสมอง แต่ยาไปทำให้สมองทำงานดีขึ้น โดยไปลดอาการผิดปกติต่างๆ เช่น อาการก้าวร้าว อย่างไรก็ตามแพทย์มักจะให้ยาโดยมีวัตถุประสงค์ว่า เมื่อให้ยาแล้ว เด็กจะมีอาการดีขึ้นและจะเรียนรู้ได้มากขึ้น การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่จะ

มีผลให้พฤติกรรมของเด็กเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ยาที่นำมาใช้ในเด็กออทิสติกที่มีอาการก้าวร้าวมีอยู่ 2 กลุ่ม คือ

1. ยากลุ่ม Major tranquilizers ได้แก่ ยา Haloperidol และ Risperidone เป็นยาที่มีการศึกษาวิจัยกันมากในกลุ่มออทิสติก มีฤทธิ์ช่วยให้เด็กแยกตัวน้อยลง เข้าสังคมมากขึ้น รวมทั้งลดพฤติกรรมซ้ำๆ หรือเมื่อเด็กอาละวาดก้าวร้าวและมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นบ่อยในเด็กคือ อาการง่วงนอน ส่วนอาการกล้ามเนื้อเกร็งหรือเคลื่อนไหวผิดปกตินั้นพบไม่บ่อย เด็กร้อยละ 80 เด็กสามารถใช้ยาดังนี้ได้อย่างปลอดภัย

2. ยากันชัก เช่น ยา Depakine มีฤทธิ์ลดหรือป้องกันอาการชักลดอาการก้าวร้าว ทำให้เด็กสงบและมีอาการช่นน้อยลง

Risperidone

ข้อบ่งใช้ มีข้อบ่งใช้ในการรักษาอาการฟุ้งพล่าน(Mania) ของอารมณ์แปรปรวนชนิด Bipolar ซึ่งอาการเหล่านี้จะมีลักษณะ อารมณ์คึกคัก มีการแสดงความรู้สึกมาก หรือมีอารมณ์ฉุนเฉียว มีอาการลำพองตนมีความต้องการนอนหลับน้อยลง อาการพูดมากและเร็ว มีความคิดหลายอย่างปะดังเข้ามาอย่างรวดเร็ว มีการตัดสินใจที่ไม่ดี รวมทั้งที่พฤติกรรมที่ก้าวร้าวและก้าวร้าว Risperidone ยังมีข้อบ่งใช้ในการรักษา Conduct disorders และ Disruptive behavior disorders อื่น ๆ ในเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีสติปัญญาต่ำกว่าปกติ หรือ ปัญญาอ่อน และมีพฤติกรรมเด่นในการชอบทำลาย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และชอบทำร้ายตนเอง เป็นต้น

อาการไม่พึงประสงค์ อาการอันไม่พึงประสงค์ที่ได้รับรายงานระหว่างการใช้ Risperidone มีดังนี้

อาการที่พบบ่อย : นอนไม่หลับ กระวนกระวาย วิดกกังวล ปวดศีรษะ มีรายงานการเกิดอาการในเด็กและวัยรุ่นมากกว่าที่พบในผู้ใหญ่ โดยทั่วไปมีอาการเพียงเล็กน้อยและเป็นระยะสั้น ๆ

อาการที่พบบรองลงมา : ง่วง เมื่อยล้า เวียนศีรษะ ขาดสมาธิ ท้องผูก อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เห็นภาพไม่ชัดเจน Priapism, erectile, dysfunction, ejaculatory, dysfunction , orgasmic dysfunction, urinary incontinence, เยื่อจมูกอักเสบ ผื่นแดง และอาการแพ้อื่น ๆ

Haloperidol

กลไกการออกฤทธิ์

เป็นยาบรรเทาโรจิตในกลุ่มบิวทิโรฟีโนน ออกฤทธิ์โดยแย่งโดปามีนจับกับD 2-receptor ที่ postsynaptic และเพิ่มการทำลายโดปามีนในสมองส่วน mesolimbic dopaminergic system ถ้าให้ยานี้ติดต่อกันระยะหนึ่ง จะพบว่าเซลล์ประสาทจะหลั่งโดปามีนลดลงด้วย

ข้อบ่งชี้

1. ใช้ควบคุมอาการของโรคจิต เช่น โรคจิตเภท โรคจิตในระยะคุ้มคลั่ง
2. ใช้รักษาพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก
3. ใช้ควบคุมอาการกล้ามเนื้อกระตุก และพฤติกรรมอย่างของ Tourett's syndrome

อาการข้างเคียง

ที่พบบ่อยได้แก่ อาการทางระบบ EPS เช่น อาการแข็งขา พูดไม่ชัด กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง มือเท้าสั่น เดินเซ นอกจากนี้อาจพบอาการตาพร่า ท้องผูก ปากแห้ง ประจำเดือนผิดปกติ ปวดคัดเต้านม น้ำนมไหลและน้ำหนักตัวเพิ่ม

1.2.2 การรักษาที่ไม่ใช้ยา

สำหรับการรักษาเด็กออทิสติกนั้นไม่มีวิธีที่แน่นอนและตายตัว และไม่มียาที่รักษาให้หายขาด แต่พยาบาลหรือผู้เชี่ยวชาญสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกให้ดีขึ้นได้โดยให้ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด ได้มีแนวทางที่หลากหลายในการรักษาที่สามารถเลือกให้เหมาะสมกับตัวเด็กแต่ละบุคคล ไว้ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2552 ; ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2550)

1.2.2.1 แก้ไขการพูด (speech Therapy) ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกพูด

โดยนักแก้ไขการพูดที่มีประสบการณ์ฝึกเด็กที่เป็น autistic spectrum disorder ไปพร้อมกับ การบำบัด ด้านพฤติกรรม ถ้าเด็กพูดได้เร็วโอกาสที่จะมีพัฒนาการทางภาษาใกล้เคียงปกติก็จะเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกัน การใช้ภาษาที่ไม่เหมาะสมก็ลดลงด้วย ดังนั้นการฝึกและแก้ไขการพูด จึงมีความสำคัญ

1.2.2.2 กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) เป็นการประยุกต์

กิจวัตร หรือกิจกรรมมาใช้ในการตรวจประเมิน วินิจฉัย ส่งเสริม ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ ช่วยเสริมสร้างสมาธิ ทักษะการคิด พัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็ก และการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อ ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้

1.2.2.3 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) เป็นการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ โดยอาศัยหลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ มีการใช้หลายวิธีการมาประยุกต์ ร่วมกัน การบำบัดที่ยอมรับทั่วไป ได้แก่ การกระตุ้น และบูรณาการประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้าน (sensory integration) การฝึกทักษะทางสังคมและการสื่อสาร และการปรับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เป็นต้น

1.2.2.4 การบำบัดทางเลือก (Alternative Therapy) การบำบัด

ทางเลือกดังกล่าวประกอบด้วยศิลปะบำบัด (Art Therapy) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) การฝังเข็ม (Acupuncture) การบำบัดด้วยสัตว์ (Animal Therapy) (มาโนช หล่อตระกูล, 2552)

สรุป ยาไม่ได้รักษาโรคออทิสติกให้หาย แต่การให้ยาที่เหมาะสมจะช่วยบรรเทา ปัญหา พฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก ทำให้อาการของเด็กดีขึ้น ในระยะยาวนอกเหนือจากการรักษา ด้วยยาแล้ว การบำบัดด้วยวิธีการต่างๆและการให้ความช่วยเหลือเด็กออทิสติก โดยการพัฒนา ความสามารถและปรับพฤติกรรมก็มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

1.3 การปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติก

1.3.1 บทบาทในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้สมวัย หรือใกล้เคียงกับพัฒนาการของเด็กปกติมากที่สุดลักษณะของเด็กจะมีความเป็นตัวตน หรือความเป็นตัวเอง (Self หรือ Autonomy) ตามแนวคิดของ Erikson (1902-1904, อ้างถึงใน Santrock, 1996) ที่มีอยู่ของเด็ก แต่ละบุคคล ดังนั้นการที่จะพัฒนา หรือส่งเสริมให้เด็กเกิดสิ่งเหล่านี้ เพื่อให้เด็กได้แสดงออกถึงความเป็นตัวเอง พยาบาลจะต้องมี Interpersonal ที่ดีที่จะส่งออกไป เพื่อแสดงสิ่งดีให้กับเด็กเพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้ สิ่งใหม่สิ่งแวดล้อมรอบตัว (Sullivan, 1953 อ้างถึงใน Zeigler-Hill, 2009) เพราะเด็กออทิสติกนั้นมี ปัญหาพัฒนาการรอบด้านที่เป็นปัญหา แต่ปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านอื่น ๆ คือ พัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา เพราะสิ่งเหล่านี้คือสิ่งที่ใช้ในการสื่อสาร การเรียนรู้ สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เมื่อเกิดปัญหา หรืออุปสรรคที่เด็กไม่สามารถจะกระทำได้ ก่อให้เกิดความคับข้องใจ แยกตัวเอง อยู่กับโลกของตัวเองมากขึ้น ดังนั้นการที่จะบำบัดรักษาเด็กกลุ่มนี้จะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้เฉพาะทาง เป็นบุคคลที่มีความชำนาญเพื่อให้การสอนเด็กได้รับประสิทธิภาพสูงสุด

1.3.2 บทบาทพยาบาลในการแก้ไขปัญหาโดยความร่วมมือของครอบครัว ซึ่งการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เป็นสิ่งสำคัญเพราะครอบครัวเข้าใจเด็กมากที่สุด และครอบครัวเป็นรากฐานของเด็กในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการสื่อสารที่ครอบครัวจะต้องใช้กับเด็กทุกวัน ดังนั้นการนำครอบครัวมาฝึกฝน ฝึกทักษะในการบำบัดเด็กออทิสติกนั้น จึงเป็นเรื่องที่ควรกระทำเพื่อให้ครอบครัวเกิดความรู้ในการดูแลเด็กในกลุ่มนี้ได้อย่างต่อเนื่อง

1.3.3 พยาบาลต้องเข้าใจความคิดของเด็กออทิสติกแต่ละคน เพื่อช่วยสื่อสารความหมายความต้องการของเด็กได้ ซึ่งเด็กออทิสติกมีข้อจำกัดในการสื่อสาร ความเข้าใจสิ่งรอบตัว ดังนั้น พยาบาลต้องตระหนักและตีความประเด็นปัญหาเหล่านี้ให้ได้ เพราะความยากในการบำบัดเด็กออทิสติกนั้นคือการเข้าใจปัญหาที่เด็กเป็น (Barker, 2009)

1.3.4 พยาบาลต้องมีความสามารถในการทำงานเป็นทีมและทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพอื่นในการบำบัดรักษา ต้องศึกษาเรียนรู้และฝึกฝนโปรแกรมการบำบัดรักษาให้เกิดความเชี่ยวชาญ มีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก มีแนวทางและทักษะในการดูแลช่วยเหลือ เด็กออทิสติก มีทักษะในการประเมินอาการและผลการรักษา มีการบริหารจัดการและ การประสานงานที่ดี มีความเชี่ยวชาญในการใช้ทักษะต่างๆ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กออทิสติก (Elder, 2009)

1.3.5 มาตรฐานการดูแลเด็กออทิสติกตามมาตรฐานการปฏิบัติตามการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต มี 5 มาตรฐาน ได้แก่ 1) ความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทางการพยาบาลที่ป้องกันได้ 2) การบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ใช้บริการ 3) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 4) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการ 5) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่องานบริการพยาบาล (สุขภาพจิต, กรม. 2553)

1.4 การช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก

การช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก ควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความคับข้องใจ ความผิดหวังเสียใจ การสูญเสียโอกาสที่มีลูกปกติหรือความโกรธจากการที่มีลูกป่วยด้วยโรคนี (อัจฉรา สี่หิรัญวงศ์, 2557) พยาบาลควรเข้าใจความรู้สึกเหล่านี้เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆต่อไปได้

ดังนั้น การให้ความช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติกเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากกลไกการเกิดปัญหาทางพฤติกรรมในเด็กออทิสติก ตามแนวคิดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น เกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ได้รับการเลี้ยงดูของครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการสร้างและหล่อหลอมพฤติกรรม (เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์, 2550) ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก แม้ว่าแต่ละครอบครัวจะมีลักษณะและโครงสร้างแตกต่างกันตามวัฒนธรรม แต่ครอบครัวก็เป็นสถาบันที่เป็นศูนย์กลางของสังคม ระบบครอบครัวมีความสำคัญมากต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจของสมาชิกในครอบครัว ปัญหาของตัวเด็กทำให้บิดามารดาวิตกกังวลเดือดร้อนใจ และปัญหาของบิดามารดาทำให้ความสามารถในการตอบสนองด้านความต้องการของเด็กลดลงด้วย

หน้าที่ของครอบครัว ควรมีลักษณะดังนี้คือ ให้ปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิต และให้ความรัก ความอบอุ่นมั่นคง อย่างต่อเนื่องมีขอบเขตเหมาะสม มีการส่งเสริมพัฒนาการการเรียนรู้ของเด็ก ไม่มีความรุนแรง หรือความเครียดที่มากเกินไปในบ้าน สามารถรับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง และสังคม มีความสามารถในการสื่อสารอย่าง ถูกวิธี สร้างความสัมพันธ์ และการแก้ไขปัญหา รวมถึงอบรมเด็กให้เติบโต และทำหน้าที่เป็นพลเมืองที่ดีของสังคม (อรรพรรณ เล่าห์เรณู, 2551) ดังนั้น ครอบครัว จึงเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งครอบครัวถึงเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุด และเป็นสถาบันที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็ก (ทัศนีย์ อนันตพันธ์, 2540)

การให้การพยาบาลเด็กออทิสติก จึงต้องคำนึงถึงครอบครัวของเด็กควบคู่ไปด้วยเสมอ ตามบทบาทพยาบาล มีรูปแบบการให้บริการกับครอบครัวได้หลายรูปแบบโดยอาศัยกระบวนการพยาบาลในการรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหา ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เลือกรูปแบบการให้ความช่วยเหลือให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละครอบครัว เช่นการให้คำปรึกษารายบุคคล หรือครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคออทิสติก หรือการฝึกทักษะครอบครัวให้เข้าใจสาเหตุที่เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว มีทัศนคติที่ดีต่อเด็กออทิสติก มีความรู้พร้อมที่จะช่วยเหลือเด็ก

ในการปรับพฤติกรรม มีส่วนร่วมกับพยาบาลและทีมรักษาในการติดตามประเมินผล การบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น การปฏิบัติของพยาบาลจิตเวชเด็ก ต้องคำนึงถึงและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือเด็กร่วมกับครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิด รวมทั้งต้องปฏิบัติตามการดูแลช่วยเหลือ บุคคลในกลุ่มนี้ด้วย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2546) หากผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจยอมรับอาการการเจ็บป่วยของเด็ก มีความอดทนต่อพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่แสดงออกไม่เหมาะสม และให้การดูแลบำบัดพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเด็กอย่างสม่ำเสมอ ก็จะส่งผลให้ลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กออทิสติกได้ (Kathy & Hanna, 2013)

1.5 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติก

1.5.1 แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวมีส่วนร่วม (Family Participation /Involvement)

การดูแลผู้ป่วยเด็กออทิสติกมีความจำเป็นที่จะต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเป็นอย่างมาก เนื่องจากเด็กจะไม่มีความสัมพันธ์กับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ อาจทำให้การรักษาทำได้ยากมากขึ้นเพราะเด็กอาจไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา และการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมยังเป็นการช่วยเตรียมความพร้อมให้กับคนในครอบครัว ให้มีความสามารถดูแลเด็กได้อย่างต่อเนื่อง (รุจา ภูโพบูลย์, 2541) ได้กล่าวถึงครอบครัวว่าต้องประกอบด้วยคนมากกว่า 1 คน ขึ้นไป สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ มีบทบาทตามที่สังคมให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา บุตร เป็นต้น

1.5.2 ความหมายและแนวคิดของครอบครัวมีส่วนร่วม (Family Participation /Involvement)

การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีผู้ใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ตรงกับคำว่า Family Participation /Involvement (Pike, 1989 cited in Coyne, 1996) ซึ่งมองการมีส่วนร่วมของครอบครัว หรือ การมีส่วนร่วมของบิดามารดา เกี่ยวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็ก เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญและเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการรักษาพยาบาลเด็ก (Coyne, 1996 ; Neill, 1996 ; Polkki et al, 2002) โดยเฉพาะแนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดา มารดาในการดูแลสุขภาพเด็ก เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูงในการดูแลรักษาพยาบาลเด็ก

การให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Participation /Involvement) มีผู้ให้ความหมายไว้หลายมุมมอง ความหมายที่ได้อธิบายในการศึกษาครั้งนี้ เป็นความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย สามารถสรุปได้ดังนี้

Welk (1999) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือบิดามารดา หมายถึง การเป็นผู้ช่วยเหลือโดยตรง หรือการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับเด็ก ตัวอย่าง เช่น การออกกำลังกาย โดยให้ครอบครัวร่วมกันเดินออกกำลังกาย ร่วมกันฝึกทักษะทางด้านร่างกายกับเด็ก

Specht et al (2000) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family involvement in care) คือ การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยขณะที่เจ็บป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

Lee and Craft-Rosenberg (2002) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Participation) คือ การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยซึ่งครอบคลุมทั้งการดูแลทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน โดยเน้นความร่วมมือกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและพยาบาล

Friedman (1999) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ กระตุ้นให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ สนับสนุนชี้แนะแนวทางการสอนดูแลช่วยเหลือรวมทั้งมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ

Schep (1995) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับในโรงพยาบาล ว่าเป็นการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองต้องการที่จะปฏิบัติและได้ปฏิบัติจริงในกิจกรรมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ (participation in routine care) เช่น การอยู่กับเด็กขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล การให้อาหาร การอาบน้ำให้เด็ก การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้เด็ก เป็นต้น

2. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมพยาบาล (participation in technical care) เช่น การอยู่กับเด็กและช่วยเหลือเด็กในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาล เป็นต้น

3. การมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล (participation in information sharing) เช่น การสอบถามเกี่ยวกับการตรวจรักษาที่เด็กได้รับ การขอให้แพทย์และพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษา และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กตามความเป็นจริง เป็นต้น

4. การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ (participation in decision making) เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาที่เด็กป่วยจะได้รับ การเลือกที่จะเป็นผู้อธิบายกิจกรรมการรักษาพยาบาลแก่เด็กก่อนที่เด็กจะได้รับกิจกรรมนั้นๆ เป็นต้น

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ จึงใช้แนวคิดของการพยาบาลโดยครอบครัวมีส่วนร่วมของ Schep (1995) ในการดูแลเด็กออทิสติก เนื่องจากมีความหมายที่ครอบคลุมการทำกิจกรรมการพยาบาล แบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กออทิสติก โดยแนวคิดนี้ได้ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมที่ทำประจำ กับเด็ก ส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล ส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล และส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้ครอบครัวได้เข้าใจถึงสาเหตุของการเจ็บป่วย อากา และวิธีการดูแลรักษา ซึ่งจะทำให้ครอบครัวของเด็กออทิสติกมีพฤติกรรมดูแลที่ถูกต้อง และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ

1.6 ระบบการดูแลเด็กออทิสติกในประเทศไทย

โรคออทิสติก(Autistic Disorder) หรือ ออทิสซึม(Autism) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการเด็กรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว โดยเด็กไม่สามารถพัฒนาทักษะสังคม ทักษะทางภาษา และการสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย มีลักษณะพฤติกรรม กิจกรรม และความสนใจ เป็นแบบแผนซ้ำๆ ไม่ยืดหยุ่น ปัญหาดังกล่าวเป็นตั้งแต่เล็ก แสดงให้เห็นก่อนอายุ 3 ขวบ เป็นโรคที่รู้จักมาเป็นเวลา 60 ปีแล้ว นักวิชาการพยายามศึกษารายละเอียดต่างๆ ของโรคแต่ยังไม่สามารถหาสาเหตุที่แน่ชัดได้

โรคออทิสติกจัดอยู่ในกลุ่มการวินิจฉัยโรค ที่เรียกว่า พิศิตติ หรือ ความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน (Pervasive Developmental Disorders; PDDs) พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ถึงแม้ว่ายังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ก็เชื่อว่าทำอะไรไม่ได้เลย เนื่องจากการดูแลช่วยเหลือในปัจจุบันสามารถช่วยให้เด็กกลุ่มนี้ดีขึ้นได้มาก โดยเฉพาะถ้าได้รับการวินิจฉัย และดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตั้งแต่อายุน้อยๆ และทำอย่างต่อเนื่อง (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550)

ระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550)

1) ส่งเสริมพลังครอบครัว (Family Empowerment)

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่สุดในกระบวนการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก ไม่ใช่หน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นหน้าที่ของทุกคน พลังครอบครัว คือ พลังแห่งความสำเร็จความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับออทิสติก เป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเรียนรู้ เพราะจะช่วยให้การดูแลช่วยเหลือเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง ผู้ปกครองทุกคนเริ่มต้นที่ไม่รู้เหมือนกัน แต่ปลายทางแห่งความสำเร็จต่างกันตามการเรียนรู้ของแต่ละคน ทักษะต่างๆ จะสั่งสมตามประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือที่ได้ลงมือทำไป ไม่ต้องกังวลว่าจะทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี แต่ควรเริ่มต้นลงมือฝึกเด็กก่อนแล้วค่อยๆ พัฒนาวีธีการตามคำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญ

2) ส่งเสริมความสามารถเด็ก (Ability Enhancement)

ถ้ามุ่งแก้ไขความบกพร่องเพียงด้านเดียว ก็จะทำให้หมดพลังใจเร็ว เนื่องจากมองเห็นแต่ปัญหา แต่ถ้ามุ่งส่งเสริมความสามารถควบคู่ไปด้วยจะช่วยให้มีกำลังใจ เนื่องจากมองเห็นการเปลี่ยนแปลง

ความสามารถในที่นี้ไม่จำเป็นต้องเป็นความสามารถพิเศษเสมอไป แต่คือสิ่งที่เด็กสามารถทำได้ เช่น ส่งเสียงอะไรได้บ้าง พูดคำว่าอะไรได้บ้าง เล่นอะไรเป็นบ้าง ดูแลช่วยเหลือตัวเองในเรื่องอะไรได้บ้าง แล้วขยายความสามารถที่ทำได้เหล่านี้ให้ดียิ่งขึ้น โดยเปิดโอกาสให้เด็กได้ทำบ่อยๆ แล้วสอนเพิ่มในเรื่องที่ใกล้เคียงกับสิ่งที่เด็กทำได้ ก็จะทำให้เรียนรู้ได้ง่ายขึ้น และขยายขอบเขตความสามารถเพิ่มขึ้นการเสริมสร้างโอกาสให้เด็กได้เล่นของเล่นที่หลากหลาย ได้ทำกิจกรรมที่

หลากหลาย เช่น ดนตรี กีฬา งานศิลปะต่างๆ ช่วยงานที่พ่อแม่ทำ ก็จะช่วยให้เด็กมีโอกาสแสดงความสามารถให้เห็นเพิ่มขึ้น

3) ส่งเสริมพัฒนาการ (Early Intervention)

การส่งเสริมพัฒนาการ คือการจัดกิจกรรมเพื่อใช้ในการส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการเป็นไปตามวัย โดยยึดหลักและลำดับขั้นพัฒนาการของเด็กปกติ ควรทำตั้งแต่อายุน้อย โดยต้องทำอย่างเข้มข้น สม่ำเสมอ และต่อเนื่องในระยะเวลาที่นานพอ การออกแบบการฝึกต้องให้เหมาะสมตามสภาพปัญหา ความสามารถ และความเร็วในการเรียนรู้ของแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน ทักษะพื้นฐานในการเรียนรู้ที่ควรเริ่มฝึกเป็นอันดับแรก เพื่อดึงเด็กออกจากโลกส่วนตัวของเขาเองมาเรียนรู้โลกภายนอก ควรเน้นในเรื่องการมองเห็นหน้าสบตา การมีสมาธิ การฟัง และทำตามคำสั่ง การฝึกทักษะเหล่านี้ในระยะเริ่มต้นจะใช้เวลาช้านาน และเห็นการเปลี่ยนแปลงช้า ทำให้เกิดความเครียดทั้งกับผู้ปกครองและตัวเด็กเอง แต่เมื่อเด็กมีทักษะพื้นฐานเหล่านี้ดีแล้วการต่อยอดในทักษะที่ยากขึ้นก็จะไม่ใช่เรื่องยากอีกต่อไป

4) พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy)

โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดประกอบด้วย การวิเคราะห์พฤติกรรมแบบประยุกต์ (Applied Behavior Analysis - ABA) และกระบวนการฝึกปรับพฤติกรรม (Behavioral Modification Procedure) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมให้คงอยู่ต่อเนืองหยุดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ การทำพฤติกรรมบำบัด ตั้งแต่อายุน้อยๆ และทำอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ไม่ว่าจะใช้โปรแกรมใดก็ตาม พบว่าช่วยเสริมสร้างทักษะด้านภาษา ด้านสังคม และทักษะอื่นๆ นอกจากนี้ยังช่วยลดระดับความเครียดของผู้ปกครองด้วย เทคนิคที่ใช้มีพื้นฐานมาจากหลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ เทคนิคที่ใช้ได้ผลดีคือ การให้แรงเสริม เมื่อมีพฤติกรรมที่ต้องการ แรงเสริมมีทั้งสิ่งที่จับต้องได้ เช่น ขนม ของเล่น สติกเกอร์ และสิ่งที่จับต้องไม่ได้ เช่น คำชมเชย ตบมือ ยิ้มให้ กอด เป็นต้น

5) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (Medical Rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ประกอบด้วย การแก้ไขการพูด กิจกรรมบำบัด หรือกายภาพบำบัด (ในรายที่มีปัญหาด้านกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวร่วมด้วย)

การแก้ไขการพูด (Speech Therapy)

ถ้าเด็กพูดได้เร็ว โอกาสที่จะมีพัฒนาการทางภาษาใกล้เคียงปกติก็จะเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกัน การใช้ภาษาที่ไม่เหมาะสมก็ลดลงด้วย ดังนั้นการแก้ไขการพูด จึงมีความสำคัญผู้เชี่ยวชาญที่แก้ไขการพูด คือ นักแก้ไขการพูด (Speech Therapist/ Speech Pathologist) แต่ผู้ที่มิบทบาทสำคัญไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ แต่คือผู้ปกครองซึ่งอยู่กับเด็ก ดังนั้นไม่ใช่การรอจนถึงวันนัดแล้วค่อยฝึกเท่านั้น เพราะจะไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร ผู้ปกครองสามารถกระตุ้นให้มีการพูดได้โดย

ผ่านการเล่นได้เช่นกัน พยายามสร้างสถานการณ์ ที่กระตุ้นให้เกิดการสื่อสารขึ้น เช่น เวลาเล่นต่อจิ๊กซอว์ ก็อาจเอาไปซ่อนชิ้นหนึ่งเพื่อให้เด็กถามหา หรือ อาจเอารองเท้าของคนอื่นมาให้เด็กใส่ เพื่อให้เด็กบอกว่า ไม่ใช่ หรือถามหารองเท้าของตนเอง เป็นต้น นอกจากนี้ควรนำเทคนิควิธีการฝึก ซึ่งได้รับการแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ มาปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

การพูดเป็นวิธีการสื่อความหมายที่สำคัญที่สุด แต่ถ้ายังไม่สามารถพูดได้ ก็จำเป็นต้องหาวิธีการอื่นมาทดแทน เพื่อให้สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ซึ่งเรียกวิธีการเหล่านี้ว่า การสื่อความหมายทดแทน (Augmentative and Alternative Communication; AAC) เพื่อใช้ทดแทนการพูดเป็นการชั่วคราว หรือโดยถาวรในรายที่มีความบกพร่องทางการพูดอย่างรุนแรง ตัวอย่างเช่น กลวิธีการรับรู้ผ่านการมอง (Visual Strategies) โปรแกรมแลกเปลี่ยนภาพเพื่อการสื่อสาร (Picture Exchange Communication System; PECS) เครื่องโอบา (Communication Devices) และโปรแกรมปราศรัย เป็นต้น

กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy)

เป็นการประยุกต์กิจกรรม หรือกิจกรรม มาใช้ในการตรวจประเมิน วินิจฉัย ส่งเสริม บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ ช่วยเสริมสร้างสมาธิ ทักษะการคิด พัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็ก และการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อ ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ต่างๆ โดยนักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist) จะเป็นผู้ที่ประยุกต์ใช้กิจกรรมต่างๆ มาช่วยในการบำบัดเด็ก ตามสภาพปัญหาของแต่ละคน

6) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มทักษะพื้นฐานด้านสังคม การสื่อสาร และทักษะทางความคิด ซึ่งทำให้เกิดผลดีในระยะยาว โดยเนื้อหาหลักสูตรจะเน้นการเตรียมความพร้อม เพื่อให้เด็กสามารถใช้ในชีวิตประจำวันจริงๆ ได้ แทนการฝึกแต่เพียงทักษะทางวิชาการเท่านั้น

แผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program; IEP) จำเป็นต้องออกแบบให้เหมาะสมกับความสามารถ ความบกพร่อง และความสนใจของเด็กแต่ละคน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ง่าย ไม่สับสน เด็กสามารถนำทักษะที่ได้จากชั้นเรียนไปใช้ในนอกห้องเรียน

ปัจจุบันมีทางเลือกในการศึกษาเพิ่มขึ้น ทั้งในรูปแบบโรงเรียนการศึกษาพิเศษเฉพาะทาง โรงเรียนเรียนร่วม ห้องเรียนคู่ขนาน ห้องเรียนปกติ รวมถึงการศึกษานอกโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัย

7) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social Rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ประกอบด้วยการฝึกฝนทักษะในชีวิตประจำวัน และ

การฝึกฝนทักษะสังคม เพื่อให้บุคคลออทิสติกสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติการฝึกฝนทักษะในชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living Training)

ควรมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ให้เด็กสามารถทำได้ด้วยตนเองเต็มความสามารถที่เขา มีอยู่ โดยต้องการความช่วยเหลือให้น้อยที่สุด ในการฝึกฝน เด็กจำเป็นต้องเรียนรู้จนสามารถปฏิบัติได้ และเกิดเป็นความเคยชิน ติดตัวไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เพื่อให้เด็กช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ ลดการดูแลของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง และเกิดความภาคภูมิใจ เมื่อเขาสามารถทำอะไรได้ด้วยตัวเอง

การฝึกฝนทักษะสังคม (Social Skill Training)

ทักษะสังคม เป็นความบกพร่องที่สำคัญของเด็กออทิสติก ดังนั้นจึงต้องให้การฝึกฝนด้านนี้เป็นพิเศษ ซึ่งทำได้โดยจำลองเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ เพื่อให้ทดลองปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ หรือการสอนโดยให้จดจำรูปแบบบทสนทนาในสถานการณ์ต่างๆ เพื่อนำมาใช้โดยตรง

การสอนเรื่องราวทางสังคม (Social Story) ซึ่งมี แครอล เกรย์ (Carol Gray) เป็นต้นตำรับ จะกำหนดเรื่องราว หรือสถานการณ์ต่างๆ ในสังคม มาสอนเด็ก โดยเน้นในเรื่อง ลักษณะทางสังคมที่สำคัญ ปฏิกริยาโต้ตอบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากเด็กทั่วไป และจากเด็กออทิสติก รวมถึงเหตุผลที่แสดงปฏิกริยาโต้ตอบเช่นนั้น เพื่อช่วยให้เด็กออทิสติกสามารถเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคม เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของผู้อื่น และวิธีปฏิบัติตนที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ สามารถปรับตัวเข้าสังคมได้ โดยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

8) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation)

แนวความคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ในปัจจุบันเปลี่ยนจากการให้ทำงานในสถานพยาบาล หรือโรงงานในอารักขา มาสู่ตลาดแรงงานจริง หรือการประกอบอาชีพส่วนตัว ภายใต้การชี้แนะ การฝึกอาชีพ การจัดหางาน และการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ เพื่อไปสู่เป้าหมายให้บุคคลออทิสติกสามารถทำงาน มีรายได้ และดำรงชีวิตโดยอิสระ พึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทักษะที่จำเป็นในการทำงาน เช่น การตรงต่อเวลา การปรับตัวเข้ากับหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงาน ความปลอดภัยในการทำงาน เป็นต้น และฝึกทักษะพื้นฐานเฉพาะทางอาชีพ ควบคู่กันไป บุคคลออทิสติกสามารถประกอบอาชีพได้ปกติ ตามความถนัดของแต่ละคน ถ้ามีการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสม และสังคมมีความเข้าใจ เปิดโอกาสให้

9) การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

การรักษาด้วยยาไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อรักษาให้หายขาดจากออทิสติกโดยตรง แต่นำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการบางอย่างที่เกิดร่วมด้วย เด็กไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาทุกคน และเมื่อทานยาแล้วก็ไม่จำเป็นต้องทานต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเช่นกัน แพทย์จะพิจารณาปรับขนาดยา หรือหยุดยาเมื่ออาการเป้าหมายทุเลาลงแล้ว

ในปัจจุบันยังไม่พบว่ามียาตัวใดที่ช่วยแก้ไขความบกพร่องด้านการสื่อสารและด้านสังคม ซึ่งเป็นปัญหาหลักของเด็กออทิสติกได้ ส่วนยาที่นำมาใช้พบว่ามียาประโยชน์ในการลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ หุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว และหมกมุ่น

10) การบำบัดทางเลือก (Alternative Therapy)

นอกจากแนวทางหลักที่ใช้ในการบำบัดรักษาข้างต้นแล้ว ในปัจจุบันยังมีแนวทางการบำบัดทางเลือกที่หลากหลาย สามารถเลือกใช้ควบคู่กับแนวทางหลัก ตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหา และผลการตอบสนองที่ได้รับของเด็กแต่ละคน สิ่งสำคัญที่ควรทำความเข้าใจคือ การบำบัดทางเลือกใช้เสริมแนวทางหลักให้มีประสิทธิผลเพิ่มขึ้น ไม่ใช่การนำมาใช้โดดๆ เพียงอย่างเดียวแล้วได้ผล การบำบัดทางเลือกดังกล่าวประกอบด้วย

1. การสื่อความหมายทดแทน (Augmentative and Alternative Communication; AAC)
2. ศิลปกรรมบำบัด (Art Therapy)
3. ดนตรีบำบัด (Music Therapy)
4. เครื่องเอชอีจี (HEG; Hemoencephalogram)
5. การฝังเข็ม (Acupuncture)
6. การบำบัดด้วยสัตว์ (Animal Therapy)
7. การบำบัดด้วยหุ่นยนต์ (Robot Therapy)

คำแนะนำในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก ในแต่ละช่วงวัย (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550)

ในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก โดยหลักการก็เลี้ยงเหมือนเด็กทั่วไป แต่เน้นการกระตุ้นเพิ่มเติมในจุดที่เป็นปัญหาให้เข้มข้นขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็ต้องส่งเสริมในจุดที่เป็นความสามารถเฉพาะตัวของเด็กให้พัฒนาควบคู่กันไปด้วย ในแต่ละช่วงวัยก็มีส่วนสำคัญที่ต้องเน้นแตกต่างกัน ดังนี้

ในช่วงปฐมวัย 5 ขวบปีแรก ตั้งแต่เริ่มรู้ว่าเป็นออทิสติก ให้นำเข้าโปรแกรมปรับพฤติกรรมแบบเข้มข้น ส่งเสริมพัฒนาการในทุกด้านอย่างต่อเนื่อง ฝึกและแก้ไขการพูด เสริมสร้างทักษะการดูแลตนเอง และทักษะสังคมที่เหมาะสมตามวัย เริ่มต้นด้วยการกระตุ้นให้เด็กตอบสนองอย่างสม่ำเสมอ เรียกแล้วหันมอง เน้นการมองหน้าสบตา เล่นโต้ตอบกัน โดยการกระตุ้นเด็กให้ออกจากโลกส่วนตัวของตนเอง มารับรู้และสนใจสิ่งแวดล้อมภายนอกเพิ่มขึ้น เพราะถ้าปล่อยให้เด็กเป็นไปตาม

ธรรมชาติของเขา เด็กก็จะอยู่ในโลกส่วนตัวมากขึ้น ไม่สนใจใคร เริ่มมีอาการแย่งของเล่น กระทบตัวเองโดยการโยกตัว หมุนตัว เล่นมือ ส่งเสียงเป็นภาษาของตัวเอง และไม่ยอมเรียนรู้โลกภายนอกในที่สุด ควรเตรียมความพร้อมพื้นฐานในการเรียนรู้ โดยการฝึกฝนให้เข้าใจคำสั่งง่ายๆ และทำตามได้ เช่น ขอบมือ กอดอก นิ่ง เป็นต้น และฝึกฝนให้มีสมาธิจดจ่ออยู่กับกิจกรรมที่ทำได้นานพอ ไม่ลุกเดินไปมาตลอดเวลา

ในช่วงวัยเรียน เน้นฝึกฝนทักษะด้านสังคมเพิ่มขึ้น สามารถเข้ากลุ่มกิจกรรมร่วมกับเพื่อนฝูง รู้จักการรอคอย รู้จัก กฎ กติกา ในการเล่นเกมส์ ผลัดกันเล่นผลัดกันทำ ซึ่งเป็นพื้นฐานในการเข้าใจ กติกาทางสังคมต่อไป

ในช่วงวัยรุ่น มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและอารมณ์อย่างมาก เริ่มรับรู้และเข้าใจความแตกต่างของตนเองกับเพื่อนฝูง จำเป็นต้องมีการเตรียมตัวให้ข้อมูล สอนให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลง และความแตกต่างระหว่างบุคคลล่วงหน้า เพื่อให้เด็กไม่ตื่นเต้นตกใจจนเกินไป และสามารถปรับตัวได้เหมาะสม การดูแลเด็กออทิสติกเป็นเรื่องยาก แต่ก็ไม่ยากจนเกินไป เพราะทุกแรงกายแรงใจที่ทุ่มเทลงไป ออกดอกออกผลให้เห็นเสมอ แม้ว่าจะใช้เวลานาน แต่ก็มีการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาให้เห็นชัดเจน

1.7 การพยาบาลเด็กออทิสติกในประเทศไทย

การพยาบาลเด็กออทิสติก คือ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กออทิสติก เป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น ต้องมีองค์ความรู้ที่ผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาด้านพัฒนาการของเด็ก (จินตนา ยูนิพันธ์, 2546) เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว และฟื้นฟูสภาพจิตในผู้ป่วยให้มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตามวัย เป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ในอนาคต (Stuart & Sundeen, 1983) ขณะที่พยาบาลจะต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกอย่างละเอียดและต่อเนื่อง เพื่อถ่ายทอดได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง (Barker, 2009) หลักการพยาบาลประกอบด้วย ดังนี้

1. การใช้กระบวนการพยาบาล คือ มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะโรค (Care Management) คือ มีความสามารถในการวางแผนการพยาบาล ในการบำบัดรักษาโรคในแต่ละระดับของความรุนแรงของโรคได้ (Stuart & Sundeen, 1983) การใช้กระบวนการพยาบาล คือ

(1) การประเมินภาวะสุขภาพ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2544) โดยทั่วไปเด็กที่มีปัญหาทางจิตแบบออทิสติกผู้ดูแลจะสังเกตพบความบกพร่องของการพัฒนาการของเด็กได้เริ่มในขวบปีแรก โดยเด็กจะมีความพร่องทางด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ดังเช่น ยิ้มช้าหรือไม่ยิ้ม ไม่แสดงปฏิกิริยาตอบสนองใดๆ ต่อบิดาบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดู ซึ่งเมื่อผู้ดูแลพยายามพูด เรียก หรือ

เล่นด้วย เด็กจะเฉย แต่อาจทำเสียงเองตามลำพัง และส่งเสียงตามลำพังอยู่ได้เป็นเวลานานๆ โดยที่ การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเป็นแบบไม่คงเส้นคงวา ไม่สม่ำเสมอ หรือไม่แสดงว่าจำหน้าบิดามารดา หรือผู้ที่เลี้ยงดูได้ ซึ่งจะเห็นชัดว่าแตกต่างจากพัฒนาการของเด็กทารกปกติ

(2) การวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาลทำการประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาในการดำรงชีวิตของเด็กออทิสติกในครอบครัว และทำการจัดลำดับความสำคัญของสภาพ ความรุนแรงของปัญหาเพื่อการวางแผนการพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของความรุนแรงของเด็ก

(3) การวางแผนการพยาบาล พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลโดย กำหนดวิธีการดูแล ช่วยเหลือ หรือการบำบัดทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และต้องคำนึงถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็ก ตลอดจนกระบวนการ รวมทั้งจัด ประสบการณ์ให้ ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและร่วมทั้งมีความสามารถในการร่วมกับพยาบาล ช่วยเหลือดูแลเด็กออทิสติก โดยมุ่งหวัง ครอบครัวสามารถเลี้ยงดู และช่วยเหลือความวิตกกังวล ความ ไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากมาจากการดูแลเด็กออทิสติก การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย การ กำหนดวัตถุประสงค์ และกิจกรรมการพยาบาล

(4) กิจกรรมการพยาบาล พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลโดยกำหนด วิธีการดูแลช่วยเหลือ หรือการบำบัดทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และต้อง คำนึงถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็กตลอดกระบวนการ รวมทั้งจัดประสบการณ์ให้ ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและมีความสามารถในการร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือ ดูแลเด็ก ออทิสติก โดยมุ่งหวังให้ครอบครัวสามารถเลี้ยงดูและช่วยเหลือเด็กออทิสติก เมื่อเด็กกลับสู่ครอบครัว รวมทั้งการช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถจัดการกับความวิตกกังวล ความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจาก การดูแลเด็กออทิสติก กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและบำบัดทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ทางการพยาบาลสำคัญในเด็กออทิสติก

(5) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ทางการ พยาบาล จะมุ่งเน้นการประเมินความปลอดภัยของเด็กจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การพัฒนา ความสามารถในการสื่อความหมาย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางสร้างสรรค์สู่การเจริญเติบโต และมีพัฒนาการตามวัยของเด็กในทุกด้านและต้องการให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับ ความสามารถของครอบครัวหรือผู้ดูแลในการร่วมกันดูแลเด็กออทิสติกไปพร้อมๆกัน

2. การใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเด็กต้องใช้

ความรู้ทางศาสตร์การพยาบาล และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น จิตเวชศาสตร์ มนุษย์ศาสตร์ รวมทั้ง มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพราะการรักษาจำเป็นต้องเป็น ทีม มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct Care) คือ มีความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้านสังคม สติปัญญา พัฒนาการที่ล่าช้าของ

เพื่อพัฒนาตัวตนของเด็ก (Self) มีความรอบรู้ในการจัดการกับการแก้ไขปัญหาของเด็กได้อย่างเหมาะสม การใช้ทักษะพื้นฐาน ด้านสัมพันธภาพ และการสื่อสาร ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับเด็ก โดยใช้การพยาบาลแนวองค์รวม หมายถึงการการดูแล ช่วยเหลือเด็กพร้อมๆกัน ทั้งทางร่างกาย รวมทั้งด้านการเจริญเติบโตทางกาย การเคลื่อนไหว สติปัญญา ภาษา จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2546)

3.) มุ่งการปฏิบัติการพยาบาลสู่ผลลัพธ์ มีการตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนของการพยาบาลต้องใช้องค์ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การสอน และการแก้ไขปัญหาสุขภาพ มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิก ในการดูแลผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation) (Fortinash & Worret, 2008)

4.) ให้ความสำคัญกับครอบครัว การดูแล ช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาทางจิต หรือโรคจิตนั้นเนื่องจากกลไกการเกิดปัญหาทางจิตเกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ได้รับการดำรงชีวิตและการปฏิบัติของบิดา มารดา ผู้เลี้ยงดู หรือผู้ใกล้ชิด ที่สำคัญ (Parents or Caregiver or Significant others) ดังนั้นการการปฏิบัติวิชาชีพของพยาบาลจิตเวชเด็กต้องคำนึงถึงและปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือเด็กร่วมกับครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดสำคัญ รวมทั้งต้องปฏิบัติการดูแล ช่วยเหลือ บุคคลในกลุ่มนี้ด้วย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2546)

5.) ใช้ทักษะพื้นฐาน ด้านสัมพันธภาพ และการสื่อสาร (Collaboration) ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับเด็ก ทักษะจำเป็นที่พยาบาลจิตเวชต้องพัฒนา คือ การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับวัยของเด็ก ที่พยาบาลจิตเวชต้องพัฒนาให้เข้าถึงประสบการณ์ของเด็ก อาจใช้ทักษะการสื่อสารทั้งที่เป็นภาษา และอวัจนภาษา พยาบาลจะใช้ทักษะพื้นฐานนี้ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ รวมถึงการติดต่อประสานงานเพื่อรับและส่งต่อผู้ป่วยได้ (Fortinash & Worret, 2008)

6.) การใช้แหล่งข้อมูลสำคัญ ข้อมูลส่วนใหญ่พยาบาลได้จากบิดา มารดา ผู้ดูแล ครู หรือเพื่อน ในการประเมิน และระบุปัญหาของเด็กเพื่อนำไปแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องต่อไป เป้าหมายที่สำคัญในการระบุปัญหาของเด็กได้อย่างชัดเจนจะส่งผลต่อการบำบัดรักษาที่ได้ผลดีตามมา การบำบัดอาจมีหนึ่งชนิด หรือมากกว่าได้ตามสถานที่ ปรับเปลี่ยนกระบวนการตามความเหมาะสม รวมทั้งการตัดสินใจของเด็กที่เปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ ตามเป้าหมายการพยาบาล จิตเวชเด็กของ Wilson & Kneisl (Stuart & Sundeen, 1983) และ Watson (2007)

1.7.1 การพยาบาลในสถาบันพัฒนาการเด็กฯ (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรุงเทพฯ/สถาบันพัฒนาการเด็กฯราชนครินทร์ จ.เชียงใหม่/สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จ.ขอนแก่น)

เนื่องจากยังไม่สามารถสรุปถึงสาเหตุที่แน่นอนได้ว่า อะไรคือ สิ่งที่ทำให้เด็กออทิสติกมีความผิดปกติในหน้าที่ของสมองบางส่วน จึงยังไม่มีวิธีการรักษาที่ทำให้หายขาดได้ แต่สามารถทำให้ดีขึ้นได้ หากเด็กออทิสติกได้รับการดูแลบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง ตั้งแต่ยังมีอายุน้อยๆ (ระหว่าง ๓ - ๕ ปี) เด็กส่วนหนึ่งจะสามารถเรียนรู้ได้ เช่นเดียวกับเด็กปกติทั่วไป จนถึงระดับปริญญาทำงาน มีคู่ครอง มีความรับผิดชอบ และเลี้ยงดูครอบครัวได้ แต่อาจจะคงยังมีปัญหาบางอย่างหลงเหลืออยู่ เช่น การปรับตัวในสังคม ความนึกคิด ความเข้าใจ และการแสดงออกทางอารมณ์ ติดตัวไปจนตลอดชีวิต เด็กออทิสติกบางส่วนอาจจะประกอบอาชีพได้ โดยมีผู้คอยดูแลแนะนำ ในกรณีที่มีอาการรุนแรงจนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ก็ต้องมีผู้รับผิดชอบช่วยเหลือใกล้ชิดตลอดไป เด็กออทิสติกเป็นคนมีจิตใจบริสุทธิ์ ไร้เดียงสา ไม่รู้ทันคน บกพร่องในเรื่องสามัญสำนึก ปกป้องตัวเองไม่เป็น ฉะนั้นผู้ที่ให้การช่วยเหลือเขาควรคำนึงถึงคุณสมบัติในข้อนี้ด้วย การให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผลการรักษา และการช่วยเหลือ ประสบความสำเร็จ

ฉะนั้น แพทย์ผู้ที่ให้การรักษาก็ต้องเฝ้าระวัง และช่วยปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมทุกช่วงอายุของเด็ก การบำบัดรักษาเด็กออทิสติก เป็นการรักษาตามอาการ โดยการกระตุ้นพัฒนาการที่ล่าช้าไม่สมวัย การปรับพฤติกรรม และอารมณ์ที่ผิดปกติ ซึ่งอาจต้องใช้ยาช่วยด้วย และการฝึกสอนด้านการเรียนรู้ ซึ่งมีการทำเป็นขั้นตอน ดังนี้

1.การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

- 1.1 การกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งห้า
- 1.2 การจับมือเด็กให้ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง
- 1.3 การหันตามเสียงเรียก
- 1.4 การสอนให้เด็กรู้จักตนเองและบุคคลในครอบครัว

2.การฝึกกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย การฝึกฝนทักษะในชีวิตประจำวัน และการฝึกฝนทักษะสังคม เพื่อให้บุคคลออทิสติกสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ การฝึกฝนทักษะในชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living Training) ควรมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ให้เด็กสามารถทำได้ด้วยตนเองเต็มความสามารถที่เขามีอยู่ โดยต้องการความช่วยเหลือน้อยที่สุดในการฝึกฝน เด็กจำเป็นต้องเรียนรู้จนสามารถปฏิบัติได้ และเกิดเป็นความเคยชิน ติดตัวไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เพื่อให้เด็กช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ ลดการดูแลของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง และเกิดความภาคภูมิใจ เมื่อเขาสามารถทำอะไรได้ด้วยตัวเอง

3. อบรมบำบัด (Speech therapy) ถ้าเด็กพูดได้เร็ว โอกาสที่จะมีพัฒนาการทางภาษาใกล้เคียงปกติก็จะเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกัน การใช้ภาษาที่ไม่เหมาะสมก็ลดลงด้วย ดังนั้นการแก้ไขการพูด จึงมีความสำคัญผู้เชี่ยวชาญที่แก้ไขการพูด คือ นักแก้ไขการพูด (Speech Therapist/ Speech Pathologist) แต่ผู้ที่มีบทบาทสำคัญไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ แต่คือผู้ปกครองซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับเด็ก ดังนั้นไม่ใช่การรอนจนถึงวันนัดแล้วค่อยฝึกเท่านั้น เพราะจะไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร ผู้ปกครองสามารถกระตุ้นให้มีการพูดได้โดยผ่านการเล่นได้เช่นกัน พยายามสร้างสถานการณ์ ที่กระตุ้นให้เกิดการสื่อสารขึ้น เช่น เวลาเล่นต่อจิ๊กซอว์ ก็อาจเอาไปซ่อนชิ้นหนึ่งเพื่อให้เด็กถามหา หรือ อาจเอารองเท้าของคนอื่นมาให้เด็กใส่ เพื่อให้เด็กบอกว่า ไม่ใช่ หรือถามหารองเท้าของตนเอง เป็นต้น นอกจากนี้ควรนำเทคนิควิธีการฝึก ซึ่งได้รับการแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ มาปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

การพูดเป็นวิธีการสื่อความหมายที่สำคัญที่สุด แต่ถ้ายังไม่สามารถพูดได้ ก็จำเป็นต้องหาวิธีการอื่นมาทดแทน เพื่อให้สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ซึ่งเรียกวิธีการเหล่านี้ว่า การสื่อความหมายทดแทน (Augmentative and Alternative Communication; AAC) เพื่อใช้ทดแทนการพูดเป็นการชั่วคราว หรือโดยถาวรในรายที่มีความบกพร่องทางการพูดอย่างรุนแรง ตัวอย่างเช่น กลวิธีการรับรู้ผ่านการมอง (Visual Strategies) โปรแกรมแลกเปลี่ยนภาพเพื่อการสื่อสาร (Picture Exchange Communication System; PECS) เครื่องโอบา (Communication Devices) และโปรแกรมปราศรัย เป็นต้น

4. พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดประกอบด้วย การวิเคราะห์พฤติกรรมแบบประยุกต์ (Applied Behavior Analysis - ABA) และกระบวนการฝึกปรับพฤติกรรม (Behavioral Modification Procedure) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมให้คงอยู่ต่อเนื่อง หยุดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ การทำพฤติกรรมบำบัด ตั้งแต่อายุน้อยๆ และทำอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ไม่ว่าจะใช้โปรแกรมใดก็ตาม พบว่าช่วยเสริมสร้างทักษะด้านภาษา ด้านสังคม และทักษะอื่นๆ นอกจากนี้ยังช่วยลดระดับความเครียดของผู้ปกครองด้วย

เทคนิคที่ใช้มีพื้นฐานมาจากหลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ เทคนิคที่ใช้ได้ผลดีคือการให้แรงเสริม เมื่อมีพฤติกรรมที่ต้องการ แรงเสริมมีทั้งสิ่งที่จับต้องได้ เช่น ขนม ของเล่น สติ๊กเกอร์ และสิ่งที่จับต้องไม่ได้ เช่น คำชมเชย ตบมือ ยิ้มให้ กอด เป็นต้น

1.7.2 การพยาบาลในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ (สถาบันราชานุกูล , โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์)

1.7.2.1 สถาบันราชานุกูล การจัดระบบบริการผู้ป่วยออทิสติกของสถาบัน

ราชานุกูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ระบบผู้ป่วยนอก โดยได้รับกิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ จัดให้บริการเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลดังต่อไปนี้ ได้แก่ การซักประวัติ การให้คำแนะนำเรื่องยา การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่ผู้ปกครองและญาติ และมีกิจกรรมพัฒนาด้านสังคม พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมประจำวัน พัฒนาการด้านภาษา และการสื่อความหมาย พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ การปรับพฤติกรรม และระบบผู้ป่วยใน ประกอบด้วย หอผู้ป่วย 3 และหอผู้ป่วย 4 ดังนี้ ให้บริการผู้ปกครองด้านพัฒนาการและสติปัญญาอายุ 6 -18 ปี และในเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวก็จะให้การพยาบาลดังนี้ การซักประวัติและประเมินปัญหาพฤติกรรม การปรับพฤติกรรมและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมในรายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การนัดสัมผัสเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว กลุ่มให้ความรู้ผู้ปกครอง เรื่องของพฤติกรรมก้าวร้าว เรื่องยา และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่ผู้ปกครอง และการมาตรวจตามนัด

1.7.2.2 โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จัดระบบบริการผู้ป่วยออทิสติกในปัจจุบันของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ระบบผู้ป่วยนอก ให้บริการผู้ป่วยเด็กออทิสติก โดยได้รับกิจกรรมที่พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพจัดให้บริการเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลดังต่อไปนี้โดยอาจหนึ่ง หรือหลายอย่างไม่เป็นระบบและไม่เท่ากัน ได้แก่ การซักประวัติ กิจกรรมพัฒนาการบำบัดโดยผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมทำกิจกรรม โดยมีกิจกรรมพัฒนาการด้านสังคม พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน พัฒนาการด้านภาษาและการสื่อความหมาย พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ การปรับพฤติกรรม การให้คำแนะนำเรื่องยา อรรถบำบัด การบำบัดด้วยดนตรี การบำบัดด้วยการว่ายน้ำ การได้รับยา การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่ญาติและผู้ปกครอง และการมาตรวจตามนัดระบบผู้ป่วยในแบ่งเป็น 4 หอผู้ป่วยคือ หอผู้ป่วยใน 2 ดูแลผู้ป่วยออทิสติกที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี ทั้งชายและหญิงระบบบริการแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ 1 กลุ่มเตรียมความพร้อมเป็นกลุ่มที่ดูแลเด็กแรกวัยที่ยังปรับตัวไม่ได้และเด็กที่ยังมีพัฒนาการไม่ดีขึ้นกลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ปกครองมีส่วนร่วมให้ผู้ปกครองร่วมเรียนรู้วิธีการส่งเสริมพัฒนาการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กอย่างถูกต้องและเหมาะสมหอผู้ป่วยใน 3 ดูแลผู้ป่วยออทิสติกอายุ 6-15 ปีทั้งชายและหญิงที่ไม่อยู่ในระบบโรงเรียนและช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเป็นปัญหาในการดูแลแก่ผู้ปกครองมากระบบบริการแบ่งเป็นการฝึกการช่วยเหลือตนเอง การฝึกพื้นฐานอาชีพและฝึกงานบ้านขณะนี้กำลังดำเนินการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่โรงพยาบาล หอผู้ป่วยใน 4 ดูแลผู้ป่วยออทิสติกอายุ 3-15 ปีทั้งชายและหญิงที่เตรียมความพร้อมไปโรงเรียนและการฝึกทักษะพื้นฐานทางสังคมหอผู้ป่วยใน 5 ดูแลผู้ป่วยออทิสติกร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอื่นๆซึ่งมีจำนวนเท่าๆกันอายุ 6-15 ปีทั้งชายและหญิงที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงและอยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน

2. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก

2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว มีผู้ให้ความหมายพฤติกรรมก้าวร้าวไว้ต่างๆดังนี้

ธนิตา เกตุอำไพ (2549) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในรูปแบบของคำพูดและการกระทำ เพื่อระบายความคับข้องใจ ความโกรธ ความเครียดของตนเองและความรู้สึกไม่พอใจต่างๆ ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นไม่พอใจ

สมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ (2556) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการเรียกร้องสิทธิแห่งตน โดยไม่สนใจว่าจะไปก้าวก่ายสิทธิของผู้อื่นหรือไม่ การแสดงออกจะมีลักษณะของการข่มขู่ บีบบังคับ เรียกร้อง หรือลักษณะของการแสดงออกที่รุนแรง

Buss (1961) กล่าวว่า ความก้าวร้าว เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มีกระตุ้น ในรูปของการกระทำอย่างทันที แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) ความก้าวร้าวทางกาย (Physical Aggression) เป็นความก้าวร้าวที่แสดงออกโดยการใช้อวัยวะทางกาย เช่น แขน ขา ฟัน หรือใช้อวัยวะทางกายร่วมกับอาวุธ เช่น มีด ไม้ เพื่อให้ผู้อื่นเจ็บปวด 2) ความก้าวร้าวทางวาจา (Verbal Aggression) เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มีกระตุ้น โดยใช้ถ้อยคำให้ผู้อื่นได้รับความเจ็บปวด จำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ การปฏิเสธ ซึ่งมักจะแสดงท่าทางประกอบด้วย เช่น ไม่ยอมเข้ากลุ่ม หลบหน้า เป็นต้น และการบังคับเป็นการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ตนเองต้องการ

Hamolia (2005) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกทางการต่อต้านทั้งด้านร่างกายและคำพูด หรือแสดงปฏิกิริยาต่างๆ เพื่อป้องกันตนเองทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ความก้าวร้าวเป็นการแสดงออกโดยตรงต่อสิ่งแวดล้อมรวมทั้งคนด้วย

Yudofsky et al. (1986) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การที่บุคคลมีการกระทำที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ โดยแสดงออกทางคำพูด ทางร่างกาย หรือทั้งสองทาง ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น และสิ่งของ ซึ่งประกอบด้วย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด เช่น การส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธ ตะโกนว่ากล่าว ดูถูกผู้อื่น
2. พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายร่างกายตนเอง เช่น การหยิก ข่วนผิวหนัง ชกตีตนเอง ศีรษะโขกพื้น กำปั้นขกสิ่งของ ใช้ปากกัดตัวเอง
3. พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายร่างกายผู้อื่น เช่น พฤติกรรมกระชากเสื้อผ้า/ลำตัว/ตบตีชกต่อย ดึงผม บวม กระดุกหัก มีบาดแผลลึก
4. พฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของ เช่น การเขย่าประตู่ ฉีกเสื้อผ้า ปัดสิ่งของลงพื้น ขีดเขียนฝาผนังห้อง ทูบสิ่งของให้แตก ทูบกระจก

จากความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีผู้ให้ไว้อย่างหลากหลาย สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวคือ การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย หรือวาจา ทำให้ส่งผลกระทบต่อตนเอง บุคคลอื่น และต่อสิ่งของ ซึ่งอาจเกิดจากการสื่อสารและภาษา การสื่อความต้องการของตนเองไม่ได้ ไม่เข้าใจกัน หรือจากความโกรธหรืออารมณ์ การเลียดู จึงส่งผลให้เกิดการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ออกมา

2.1.1 ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก

พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกนั้น พบว่าเกิดขึ้นได้บ่อยเนื่องจากเด็กมีปัญหาด้านการปรับตัวในสังคม และมีความจำกัดด้านการพูดและการสื่อความหมาย ซึ่งทำให้เด็กเกิดความคับข้องใจได้ง่าย พฤติกรรมก้าวร้าวนั้นอาจสร้างปัญหาให้กับผู้ปกครองเพราะอาจก่อให้เกิดอันตรายกับตัวเด็กเอง ผู้คนรอบข้างและทรัพย์สินต่าง ๆ ได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการจัดการดูแลเมื่อเด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและป้องกันเพื่อไม่ให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อไป การแสดงออกถึงพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกนั้นมีลักษณะ และความรุนแรงแตกต่างกันไป โดยแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ที่พบเห็นได้บ่อย คือ (อัจฉราพร สิริธัญวงศ์, 2557)

- 1.) ทำร้ายตนเอง เช่น ตีศีรษะ โขกศีรษะกับพื้น กัดมือตนเอง
- 2.) ทำร้ายผู้อื่น เช่น ตบหน้า กัด ใช้นิ้วจิ้มตา เตะถีบ ดึงผม
- 3.) ทำลายสิ่งของ เช่น ล้มตุ้ ทุบเก้าอี้ ขว้างปาข้าวของ

2.1.2 เทคนิคและวิธีการจัดการดูแลเด็กออทิสติก เมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

- 1.) ยอมรับอารมณ์ความรู้สึกของเด็กในขณะนั้น
- 2.) หยุดพฤติกรรมนั้นทันทีเมื่อเห็นว่าเป็นอันตรายต่อเด็ก ผู้อื่น
- 3.) แยกเด็กออกจากกลุ่มหรือสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย
- 4.) พูดคุยปลอบโยน เข้าหาเด็กด้วยท่าที่สงบมั่นคง พูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล และไม่แสดงท่าทีคุกคามเด็กหรือตะโกนดุด่า
- 5.) ค้นหาสาเหตุและปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความก้าวร้าว แยกเด็กออกจากสิ่งเร้า นั้น และตอบสนองความต้องการตามความเหมาะสม
- 6.) การแสดงความก้าวร้าว บางครั้งอาจเกิดจากการเรียกร้องความสนใจ หากผู้ปกครองพิจารณาแล้วไม่เกิดอันตรายให้นิ่งเฉยไม่ต้องสนใจ
- 7.) ให้เด็กรู้จักรับผิดชอบต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ถ้าเด็กอาละวาด ขว้างปาข้าวของให้เด็กเก็บของนั้นเข้าที่ให้เรียบร้อย หรืออาจลงโทษเด็กโดยงดกิจกรรมที่เขาชอบ
- 8.) จัดให้เด็กมีพฤติกรรมที่ฝึกการควบคุมตนเอง และได้ระบายอารมณ์อย่างเหมาะสม เช่น เล่นกีฬา ให้รับผิดชอบงานง่ายๆ เช่น เช็ดโต๊ะ

9.) กล่าวคำชมเชย เมื่อเด็กสามารถควบคุมอารมณ์และแสดงออกได้อย่างเหมาะสม

10.) ในบางรายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากอาจปรึกษาแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ยาเพื่อลดและควบคุมพฤติกรรม

2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว

ความก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณของมนุษย์หรือเป็นสิ่งที่มนุษย์เรียนรู้จากสังคม จนกระทั่งปัจจุบันนี้มีความพยายามหาคำตอบให้แน่ชัดลงไป แต่การจะหาคำตอบที่ชัดเจนกับประเด็นปัญหานี้ เป็นสิ่งที่กระทำยากมาก เพราะการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวในมนุษย์นั้น มีขีดจำกัดเกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน แต่อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้มีการศึกษาไว้หลายรูปแบบและได้ข้อสรุปดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Freud, 1937) กล่าวว่า ความก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณที่เกิดขึ้นภายในตัวมนุษย์ มนุษย์เรานั้นหาใช่เป็นผู้ที่สุภาพอ่อนโยน ใจดี ความสนใจเสมอไปไม่ บางครั้งก็ต้องรู้จักต่อสู้เพื่อป้องกันตนเองเมื่อถูกรุกรานจากบุคคลอื่น การก้าวร้าวจึงเป็นสัญชาตญาณอย่างหนึ่งของมนุษย์ในการป้องกันตนเอง ดังนั้นฟรอยด์ จึงมีความเห็นว่าบุคคลไม่ควรเก็บความเครียด ความแค้นและความก้าวร้าวไว้ควรจะทางระบายออกไปในทางที่สังคมยอมรับและเป็นสิ่งที่ไม่ได้ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน เช่น การวาด เขียนงานศิลปะ หรือการเล่นกีฬา

2.2.2 ทฤษฎีชีววิทยา (Cesare Lombroso) เป็นผู้ให้กำเนิดทฤษฎีนี้และกล่าวว่า ลักษณะบางอย่างของความเป็นอาชญากรสามารถถ่ายทอดมายังบุตรได้ หรือพูดอีกนัยหนึ่งว่า ถ้าพ่อเป็นอาชญากรลักษณะของความเป็นอาชญากรอาจจะถ่ายทอดมายังบุตรได้

2.2.3 ทฤษฎีทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ทฤษฎีความก้าวร้าวที่มาจากความคับข้องใจ และทฤษฎีสัญญาณความก้าวร้าว

2.2.3.1 ทฤษฎีความก้าวร้าวที่มาจากความคับข้องใจ (Frustration Aggression Theory) ทฤษฎีนี้มาจากความเชื่อของดอลลาร์ดและมิลเลอร์ (Dollard and Miller, 1939) ที่เชื่อว่าความก้าวร้าวของบุคคลมาจากความคับข้องใจที่สะสมอยู่ ก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความก้าวร้าวในที่สุด

2.2.3.2 ทฤษฎีสัญญาณความก้าวร้าว (Aggression Cues Theory) มาจากแนวคิดของเบอร์โควิทซ์ (Berkowitz, 1964) ที่กล่าวว่า ความคับข้องใจเป็นตัวที่ก่อให้เกิดความก้าวร้าว แต่การแสดงออกความก้าวร้าวจะมากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม กล่าวคือ แรงขับภายในจะต้องสัมพันธ์กับสถานการณ์ที่มากระตุ้น นั่นคือ ถ้าเกิดความคับข้องใจน้อย แต่มีสถานการณ์กระตุ้นมากก็เกิดความก้าวร้าวได้มากหรือถ้าเกิดความคับข้องใจมากแต่มีสถานการณ์กระตุ้นน้อย ก็ไม่เกิดความก้าวร้าว

2.2.4 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory of Aggression) ทฤษฎีนี้เน้นความสำคัญของการเรียนรู้ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าความก้าวร้าวนั้นเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคล และเชื่อว่าองค์ประกอบที่สำคัญของพฤติกรรมก้าวร้าวมี 2 ประการ คือ แม่แบบและการเสริมแรง ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1976) ที่เชื่อว่าเด็กไม่ได้เรียนรู้ความก้าวร้าวโดยตรงจากการให้รางวัลหรือลงโทษจากผู้ปกครองเพียงอย่างเดียว แต่เด็กจะเลียนแบบผู้ที่มีอิทธิพลต่อตนเอง

2.2.5 ความผิดปกติของสมอง อุมพร ตรังคสมบัติ (2545:13) กล่าวว่าสมองของเด็กออทิสติกอาจผิดปกติได้ทั้งในโครงสร้างและการทำงาน เชื่อว่าความผิดปกตินี้ส่วนใหญ่เกิดขณะที่เด็กยังเป็นตัวอ่อนในครรภ์ แต่ในบางรายอาจเกิดในขณะคลอดหรือหลังคลอดก็ได้สิ่งที่สนับสนุนว่าโรคนี้เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสมองก็คือ การตรวจพบว่าคลื่นสมองของเด็ก ออทิสติกมีความผิดปกติบ่อยกว่าในเด็กทั่วไป รวมทั้งผลการศึกษาวิจัยต่าง ๆ เช่น การตรวจเนื้อเยื่อสมอง พบว่าอาจมีอันตรายเกิดขึ้นต่อก้านสมอง(Brainstem) ขณะที่เด็กยังเป็นตัวอ่อนในครรภ์ เมื่อก้านสมองเกิดปัญหา ก็จะทำให้สมองส่วนอื่นทำหน้าที่บกพร่องต่อเนื่องไปเป็นลูกโซ่ และทำให้เกิดพฤติกรรมแปลกๆ มากมาย เด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น เนื่องจากความคับข้องใจโดยมีสาเหตุจากความบกพร่องทางการสื่อสารภาษาและสังคม ไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการได้ ทั้งในส่วนที่เด็กต้องการสื่อสารกับผู้อื่นและในส่วนที่ผู้อื่นต้องการสื่อสารกับเด็ก เกิดความคับข้องใจ หงุดหงิดจึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่น เป็นการแสดงออกเพื่อการปรับตัวของเด็กอย่างหนึ่งเพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ตนเองต้องการ แต่ถ้าหากประสบความล้มเหลวหรือผิดหวังก็อาจจะแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงออกมา ดังนั้น การเลี้ยงดูในวัยเด็กและการปรับพฤติกรรมให้มีการแสดงออกที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้เด็กเป็นที่ยอมรับของสังคมได้

2.3 กลไกการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและความโกรธ

อารมณ์โกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวของบุคคลจะเกิดขึ้นตามกลไกดังนี้ เมื่อสิ่งที่คาดหวังไว้ล้มเหลวหรือไม่เป็นไปตามที่ตั้งใจไว้ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง รู้สึกว่าความสามารถลดน้อยลงพลังของอารมณ์ช่วงนี้ผลักดันบุคคลให้แสดงพฤติกรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมีอำนาจเหนือผู้อื่นโดยแสดงอารมณ์โกรธออกมาในรูปแบบต่างๆ (ฉวี ธรรมสุข และคณะ, 2547) ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวมีความสัมพันธ์กัน โดยพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการแสดงออกของความโกรธอย่างหนึ่ง ซึ่งมีขั้นตอนการแสดงความโกรธดังนี้ (Kassinove and Eckhardt, 1995) ขั้นตอนที่ 1 เมื่อมีเหตุการณ์ในทางลบมากระตุ้น เช่น ไม่ถูกชวนให้เล่นกับกลุ่มเพื่อน การพูดจาด้วยคำหยาบ หรือการเล่นเครื่องเสียงที่ดัง ขั้นตอนที่ 2 บุคคลจะตอบสนองต่อเหตุการณ์ในทางลบที่เกิดขึ้น โดยแสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมที่เคยเข้ามาแล้ว ในเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาก่อนซึ่งเกิดจากการเรียนรู้จากการสังเกต ตัวแบบ และการได้รับแรงเสริม (Salzinger, 1995) ซึ่งการ

ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ไม่พอใจนั้นจะมี 2 ลักษณะ คือ 1.การตอบสนองในทางบวก คือ ไม่แสดงความโกรธ ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โดยบุคคลจะใช้ทักษะในการตัดสินใจทางบวกที่เคยใช้มาแล้ว เช่น การเดินออกจากสถานการณ์ 2.การตอบสนองทางลบจะแสดงออกในลักษณะโกรธและก้าวร้าว เช่น แสดงความโกรธอย่างรุนแรงจนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ เป็นต้น

พยาบาลอาจพบว่าผู้ป่วยแสดงอารมณ์โกรธโดยไม่มีเหตุผล แต่ถ้าสังเกตการเกิดอารมณ์โกรธในผู้ป่วยอย่างละเอียดจะพบว่าอารมณ์โกรธของผู้ป่วยเกิดตามกลไกดังนี้ คือ ผู้ป่วยรู้สึกว่สิ่งที่คาดหวังไว้ล้มเหลว เกิดความรู้สึกความสามารถของตนเองลดลงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องให้แพทย์และพยาบาลให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจ ซึ่งความรู้สึกทั้งหมดนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการจะมีอำนาจ เกิดอารมณ์โกรธต่อสภาพต่างๆรอบตัว และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา เนื่องจากไม่สามารถจะควบคุมตนเองได้ หรือควบคุมตนเองได้น้อยลง(ฉวี ธรรมสุข และคณะ, 2547)

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่นำไปสู่การแสดงความก้าวร้าวของบุคคล บางทฤษฎีเสนอว่าพฤติกรรมก้าวร้าวมีเหตุปัจจัยมาจากทางด้านชีววิทยา บางทฤษฎีเสนอความเห็นว่าเป็นผลจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวเขา ซึ่งที่น่านจะเป็นไปได้มากที่สุด ก็คือทั้งหมดรวมกัน (Townsend , 1996)ดังนั้นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก มีดังนี้

2.4.1 ปัจจัยจากตัวโรคเกิดจากเด็กออทิสติกมีความบกพร่องของพัฒนาการหลายด้าน เช่น มีความผิดปกติทางสังคมและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร และความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม ทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้ได้เหมือนเด็กปกติและไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ และควบคุมอารมณ์ของตนเองไม่ได้ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (Kloosterman et al, 2014; Erbas et al,2013)

2.4.2 ปัจจัยด้านครอบครัว (Family factors) เกิดจากการที่ บิดา มารดา ฯลฯ ขาดความรู้และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวและขาดความรู้ในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว(Hill et al., 2014; Kanne & Mazurek, 2011; Mazurek et al., 2013) มีระดับของการศึกษาต่ำ (Gross et al .,2008) และครอบครัวที่มีความรุนแรง มีการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆบกพร่อง ครอบครัวแตกแยก พ่อแม่เป็นโรคทางจิตเวชหรือมีปัญหาสุขภาพจิต มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม มีภาวะซึมเศร้า (Tremblay, 2004 ; Nagin & Tremblay, 2001) ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม สูงและต่ำเกินไป (Dominick et al., 2007)ปัจจุบันครอบครัวไทยมีแนวโน้มอ่อนแอลง ขาดความใกล้ชิด การทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่อง และอัตราการหย่าร้างสูงขึ้น ซึ่งมีผลต่อการเลี้ยงดูลูกอย่างมาก จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก

2.4.3 ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors) ซึ่งประกอบด้วย

2.4.3.1 พันธุกรรม (Genetic) โลเรนซ์ (Lorenz) นักสรีรวิทยาและนักธรรมชาติวิทยา เชื่อว่าความก้าวร้าว เกิดจากสัญชาตญาณการต่อสู้ (Fight instinct) เป็นพฤติกรรมโต้ตอบที่มีมาแต่กำเนิด และได้อิทธิพลจากพันธุกรรม (Rawlins et al , 1993)

2.4.3.2 ความผิดปกติทางประสาทวิทยา (Neurological disorders) จากการศึกษาวิจัยพบว่า ภาวะทางประสาทวิทยาจำนวนมากที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะโกรธและก้าวร้าว ได้แก่ การเกิดรอยโรคใน Limbic system เนื่องจากในสมองบริเวณ Limbic system Temporal lobe epilepsy, Alzheimer's disease ตลอดจนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง (Brain injury) จะพบพฤติกรรมก้าวร้าว

2.4.3.3 สารสื่อประสาท (Neurotransmitters) จากการศึกษาพบว่า Serotonin มีบทบาทสำคัญในการยับยั้งพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนั้นระดับ Serotonin ต่ำจะทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้น (Johnson, 2004 อ้างใน Videbeck, 2006)

2.4.4 ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา (Psychological factors)

2.4.4.1 Freud บันทึกไว้ว่าความขัดแย้งระหว่างความต้องการทางเพศ (sexual needs) และมาตรฐานทางสังคม (societal norm) เป็นสาเหตุของความไม่สมหวัง ความก้าวร้าว ความไม่เป็นมิตร และสุดท้ายคือความรุนแรงของมวลมนุษย์ (Varcarolis and Halter , 2010)

2.4.4.2 นักพฤติกรรมนิยม เชื่อว่าอารมณ์ต่างๆรวมทั้งอารมณ์โกรธ เป็นปฏิกิริยาของการเรียนรู้ที่มีต่อสิ่งแวดล้อมที่มาจากกระตุ้น (Skinner, 1953 อ้างใน Varcarolis and Halter, 2010) สิ่งเร้าที่มาจากกระตุ้นจะถูกรับรู้ว่ามีอารมณ์เข้ามาแล้วเข้าสู่กระบวนการรู้คิด ซึ่งการคุกคามอาจเป็นได้ทั้งทางร่างกาย หรือการคุกคามทาง คุณค่าจริยธรรม หรือการรักษากฎเกณฑ์ ก็จะนำไปสู่อารมณ์โกรธได้เช่นกัน

2.4.5 ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural factors)

2.4.5.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ได้ทำการศึกษารายงานพบว่า เด็กเรียนรู้พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเลียนแบบคนอื่น ๆ และการที่คนเหล่านั้นทำพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นซ้ำกลับมาอีก เท่ากับเป็นการให้รางวัลแก่เด็ก (Bandura, 1973 อ้างใน Varcarolis and Halter, 2010) ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการเลียนแบบพ่อแม่ คนใน ครอบครัว และจากโรงเรียน แต่ในปัจจุบันจะพบว่าเด็กมีการลอกเลียนแบบจาก โทรทัศน์ และเกมส์คอมพิวเตอร์มากขึ้น

2.4.5.2 ในเด็กเล็กๆ การตะโกนเสียงดัง การแสดงอารมณ์เอาแต่ใจเป็นเรื่องที่ผู้ใหญ่มองว่าเป็นปกติธรรมดา และคาดหวังว่า เมื่อโตขึ้นเขาจะควบคุม ความหุนหัน วู่วาม เอาแต่ใจตนเองได้ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในสังคม ซึ่งพบว่าเด็กที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับพ่อแม่ ครู และ

เพื่อน ก็จะพัฒนาไปได้อย่างดี แต่เด็กที่มีครอบครัวที่แตกแยก และมีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ จะมีความเสี่ยงสูงที่จะไม่สามารถพัฒนาพฤติกรรมให้เป็นไปตามความเหมาะสมในสังคมได้ เป็นผลให้ กลายเป็นคนที่หุนหันวู่วาม หงุดหงิดง่าย และมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (Videbeck, 2006)

2.4.5.3 วัฒนธรรมที่ให้การยอมรับหรือไม่ให้การยอมรับต่อการแสดง อารมณ์โกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น วัฒนธรรมดั้งเดิมของสหรัฐอเมริกาจะไม่อนุญาตให้หญิง แสดงอารมณ์โกรธออกมา อย่างเปิดเผยและตรงไปตรงมา เพราะการทำเช่นนั้นจะไม่เป็นสุภาพสตรี และเป็นการทำทนายผู้ชาย (Videbeck, 2006)

2.5 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยนั้นได้มีการประเมินด้วยเครื่องมือที่หลากหลาย ดังนี้

2.5.1 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) พัฒนาโดย Robert Goodman จิตแพทย์ เด็กชาวอังกฤษ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย และนำมาใช้ศึกษาในชุมชนครั้งแรกในปี พ.ศ. 2543 โดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล และแพทย์หญิงพรรณพิมล หล่อตระกูล เป็น เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในเด็ก เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การ แก้ไขต่อไป แบบประเมินนี้ใช้กับเด็กอายุระหว่าง 4-16 ปี ลักษณะของพฤติกรรมสามารถจัดเป็นกลุ่ม พฤติกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 25 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวก และคำถามข้อที่เป็นปัญหา 5 หมวด ได้แก่ พฤติกรรมเกร (Conduct problems) พฤติกรรมอยู่นิ่ง (Hyperactivity) ปัญหา ทางอารมณ์ (Emotional problems) ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน (Peer problems) และ พฤติกรรมสัมพันธ์ทางสังคม (Pro-social behavior) แสดงถึงด้านดีของเด็ก แบบประเมิน พฤติกรรมเด็ก (SDQ) ประกอบด้วยแบบประเมินพฤติกรรม 3 ชุด 1.แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (อายุ 4-16 ปี) สำหรับครู 2.แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (อายุ 4-16 ปี) สำหรับพ่อแม่ ผู้ปกครอง 3. แบบประเมินพฤติกรรมด้วยตนเอง (อายุ 11-16 ปี) สำหรับเด็กประเมินตนเอง แบบประเมินทั้ง 3 ชุด นี้ มีลักษณะข้อคำถามคล้ายคลึงกันแต่มีความแตกต่างในเกณฑ์ที่ใช้ในการแปลผลเล็กน้อย ครูที่ ประเมินเด็ก ตลอดจนผู้ปกครองที่จะเป็นผู้ประเมินเด็ก ควรรู้จักเด็กและมีความใกล้ชิดกับเด็ก

2.5.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ The Overt Aggression Scale for The Objective Rating of Verbal and Physical Aggression ของ Stuart Yudofsky และ Jonathan Silver (1986) ซึ่งใช้สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช โดยลักษณะของแบบสังเกตเป็น รายการที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในแต่ละเวอร์ แบบประเมินนี้ได้ผ่านการหาความเที่ยง เท่ากับ .87 ในประเทศไทยมีการนำมาใช้โดย งานวิจัยเรื่องพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของ บุคลากร โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งสามารถประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาของอัญชรส ทองเพ็ชร (2554) ได้มีการประยุกต์แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ในงานวิจัยเรื่อง ผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก แผนกผู้ป่วยนอก โดยลักษณะของแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งตามลักษณะความรุนแรงจากไม่รุนแรงถึงรุนแรงมาก แบ่งออกเป็น 5 ส่วนย่อย ได้แก่

ส่วนที่ 1 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยคำพูดและท่าทางที่ไม่รุนแรง หากพบพฤติกรรมนี้ให้คะแนนข้อละ 2 คะแนน

ส่วนที่ 2 มี 4 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและมีท่าทางคุกคามหรือทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อย หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 3 คะแนน

ส่วนที่ 3 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและท่าทางที่คุกคามด้วยความรุนแรงอย่างชัดเจนต่อตนเองหรือผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 4 คะแนน

ส่วนที่ 4 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยท่าทาง เช่น ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น เกิดแผลบาดเจ็บเล็กน้อย 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 และยังเห็นถึงระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรงจากผลรวมคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .92 และค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต เท่ากับ .81, .85, .90, .92 และ .93 ตามลำดับ

3. พฤติกรรมบำบัดในการพยาบาลเด็กออทิสติก

3.1 ความหมายของพฤติกรรมบำบัด

เป็นวิธีการแก้ไขและพัฒนาพฤติกรรมของบุคคล ที่วางอยู่บนแนวคิดของนักจิตวิทยา กลุ่มพฤติกรรมนิยมโดย Kalish (อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต, 2556) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมบำบัดว่าเป็นการนำเอาหลักการแห่งพฤติกรรม (Behavior Principles) มาประยุกต์ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ โดยหลักการแห่งพฤติกรรมเป็นหลักการที่ครอบคลุมทั้งแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไข และแนวคิดทางจิตวิทยาอื่นๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ เข้ามาประยุกต์ใช้ได้

โดยธรรมชาติเด็กวัยเรียนจะมีพัฒนาการทางสติปัญญาที่ Piaget เรียกว่าปฏิบัติการด้านรูปธรรม (Concrete Operation) ทำให้เด็กมีความสามารถตามแต่ละช่วงวัย สามารถรับรู้ เข้าใจ เหตุ และผล เด็กจึงปฏิบัติตามกติกาที่คนอื่นตั้งไว้ได้ วัยนี้จึงเหมาะในการอบรม เด็กให้มีทักษะ และความรู้ที่จะปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดพฤติกรรมบำบัด มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กที่อาจมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากเด็กปกติ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสียต่างๆ ให้อยู่ในสังคมปกติได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี กิจกรรมต่างๆที่จัดขึ้นเป็นการสร้างความคุ้นเคย สร้างความสัมพันธ์ เรียนรู้ถึงการอยู่ร่วมกัน การพัฒนาความคิด ทักษะการสื่อสารเป็นต้น กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และเน้นหนักการจะจัดอยู่ในช่วงที่ต้องการบรรยากาศความเป็นกันเองระหว่างเด็ก ส่วนใหญ่จะดำเนินการก่อนเริ่มกิจกรรมอื่นๆ หรือคั่นระหว่างกิจกรรม เป็นการปลุกฝังมารยาทให้กับเด็ก และเมื่อเด็กกลับเข้าสู่สิ่งแวดล้อมเดิมจึงเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดในการป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็นครอบครัว และโรงเรียนล้วนมีส่วนช่วยในการดูแลเด็ก โดยการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่จะมีผลให้เด็กเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าว

ดังนั้นจึงมีกิจกรรมสำหรับครอบครัว เพื่อให้ความรู้และเทคนิคพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กซึ่งมักจะพบได้บ่อยที่บ้าน จะช่วยให้ครอบครัวเข้าใจเด็กมากขึ้น และมีทัศนคติที่ดีกับตัวเด็กมีความพร้อมในการช่วยเหลือปรับพฤติกรรมต่อเนื่องเมื่ออยู่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมเหมาะสมขณะใช้ชีวิตอยู่ในสังคม สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลรอบข้างโดยเฉพาะกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข

3.1.1 ลักษณะของพฤติกรรมบำบัด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556)

3.1.1.1 มุ่งที่พฤติกรรมโดยตรงโดยที่พฤติกรรมนั้นต้องสังเกตเห็นได้ และวัดได้ตรงกันซึ่งพฤติกรรมในที่นี้หมายถึง สิ่งที่คุณคณกระทำ แสดงออก ตอบสนองหรือโต้ตอบต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่สามารถสังเกตเห็นได้ ได้ยินได้ นับได้ อีกทั้งวัดได้ตรงกันด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุวิสัย ไม่ว่าจะการแสดงออกหรือการตอบสนองนั้น เป็นภายในหรือภายนอกก็ตามเช่น การร้องไห้ การเดิน การคิด การเต้นของชีพจร การอ่านหนังสือ การเข้าคิว เป็นต้น

3.1.1.2 ไม่ใช่คำที่เป็นการตีตรา เช่น คำว่าก้าวร้าว ฉลาด โง่ เกเร ชี้เกียด เก่ง เป็นต้น เพราะ คำตีตรา เหล่านี้มักจะเป็นคำที่มีความหมายกว้างๆ ที่รวมพฤติกรรมหลายๆ ลักษณะเข้าด้วยกัน จึงทำให้ไม่ชัดเจน ยากแก่การสังเกตให้ตรงกัน นอกจากนี้บุคคลที่ถูกตีตราอาจจะพยายามทำตนให้มีลักษณะเหมือนกับที่ถูกตีตราด้วย เช่น ถ้าตีตราว่าเด็กชี้เกียด เด็กอาจจะแสดงพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงให้เห็นว่าชี้เกียดจริง การตีตรายังทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความอับอายได้

3.1.1.3 พฤติกรรมไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่ปกติหรือไม่ปกติก็ตาม ย่อมเกิดจากการเรียนรู้ในอดีตทั้งสิ้น ดังนั้นพฤติกรรมเหล่านี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยใช้กระบวนการเรียนรู้

3.1.1.4 พฤติกรรมบำบัดจะเน้นที่สภาพและเวลาในปัจจุบันเท่านั้น แม้ว่า การเรียนรู้จะเกิดขึ้นในอดีตก็ตามแต่เงื่อนไขสิ่งเร้าและผลในสภาพปัจจุบันเป็นตัวกำหนดว่าพฤติกรรม ที่เรียนรู้ในอดีตนั้นจะมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นบ่อยครั้งหรือลดลง ดังนั้นถ้าสามารถวิเคราะห์ได้ว่าสิ่งเร้า และผลกรรมใดที่ทำให้พฤติกรรมเหล่านั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้ง หรือลดลงในสภาพปัจจุบันก็จะสามารถทำ ให้ปรับสิ่งเร้า และผลนั้นๆได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

3.1.1.5 พฤติกรรมบำบัดนั้น จะเน้นที่วิธีการทางบวกมากกว่าที่จะใช้วิธีการ ลงโทษในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเนื่องจากเป้าหมายของพฤติกรรมบำบัดนั้น จะเน้นที่ การเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จึงจำเป็นที่จะต้องใช่วิธีการทางบวก เพื่อสนับสนุนให้บุคคลแสดง พฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น วิธีการทางบวกเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งก่อให้เกิดปัญหา ทางอารมณ์น้อยกว่าการใช้วิธีการลงโทษอีกด้วย

3.1.1.6 พฤติกรรมบำบัดนั้นสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะ ปัญหาของแต่ละบุคคลเนื่องจากมีความเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกัน การลงโทษวิธี หนึ่งอาจใช้ได้ผลกับคนๆหนึ่ง แต่อาจไม่ได้ผลกับอีกหลายๆคน ตัวเสริมแรงตัวหนึ่งที่น่าจะมี ประสิทธิภาพสูงมากเมื่อใช้กับคนบางคน แต่อาจจะมีประสิทธิภาพเลยถ้าใช้กับคนอีกกลุ่มหนึ่ง ดังนั้นในการดำเนินการพฤติกรรมบำบัดจึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลด้วย

3.1.1.7 วิธีการปรับพฤติกรรมเป็นวิธีที่ได้รับการพิสูจน์มาแล้วว่ามี ประสิทธิภาพและได้ผลโดยทางวิทยาศาสตร์

จากที่กล่าวมาข้างต้น เด็กเหล่านี้จะมีปัญหาเรื่องการสื่อสารและภาษา ความสัมพันธ์กับคน ในสังคมบางครั้งเด็กอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว วิธีการที่ดีกว่าคือ การให้คำชม หรือรางวัลเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง และควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยการงดกิจกรรมที่ เด็กชอบ ครอบครัวจะต้องช่วยกันดูแลพฤติกรรมของเด็กให้เป็นไปในแนวทางแนวก้น

3.2 พฤติกรรมบำบัดและเทคนิคพฤติกรรมบำบัด สำหรับเด็กออทิสติก

เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากผู้เรียนเป็นผู้กระทำพฤติกรรมเอง โดยไม่ต้องรอให้มีสิ่ง เร้าจากภายนอกมากระตุ้น เช่น การเดิน การพูด การรับประทานอาหาร เมื่อผู้เรียนกระทำ พฤติกรรมแล้วจะได้รับรางวัล ซึ่งรางวัลจะเป็นผลให้ผู้เรียนกระทำพฤติกรรมนั้นๆอีก สกินเนอร์ กล่าวว่า พฤติกรรมของคนส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้แบบปฏิบัติ Operant Conditioning และสิ่ง สำคัญที่ทำให้คนแสดงพฤติกรรมซ้ำๆอีกก็คือ การได้รับแรงเสริม (Skinner,1953) ส่วนเทคนิคที่ สำคัญในการทำพฤติกรรมบำบัด คือ การให้เสริมแรงเนื่องจากการเสริมแรงช่วยให้พฤติกรรมที่ ต้องการคงอยู่นาน การเลือกใช้เสริมแรงให้เหมาะกับบุคคลและสถานการณ์จึงเป็นสิ่งจำเป็นอันดับ แรกที่นักพฤติกรรมบำบัดจะต้องพิจารณา ซึ่งเทคนิคการบำบัด มีดังนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต, 2556 ; Goodman and Scott ,2012)

3.2.1 การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement) แรงเสริมบวก คือ แรงเสริมที่จะช่วยให้พฤติกรรมที่เราต้องการเกิดบ่อยขึ้น กระบวนการให้แรงเสริมนี้ก็คือ จะให้แรงเสริมนี้ ภายหลังจากที่บุคคลมีพฤติกรรมที่เราต้องการ เป็นวิธีการให้แรงเสริมที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและค่อนข้างจะให้ผล ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3.2.2 การใช้แรงเสริมทางลบ (Negative Reinforcement) เป็นการทำให้ความถี่ของพฤติกรรมคงที่ หรือเพิ่มขึ้น โดยการกำจัดสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจออกไป ตัวอย่างเช่น เมื่อผู้เรียนเข้าห้องเรียนสายกว่าเวลาเรียน ครูผู้สอนอาจจะตำหนิ เพื่อไม่ให้เกิดพฤติกรรมเช่นนี้อีก ซึ่งการเสริมแรงในทางลบนี้นี้ครูผู้สอนควรระมัดระวังในการใช้ถ้อยคำ หรือการกระทำมิให้รุนแรง ส่งผลกระทบทำให้เกิดความเสียหายได้

3.2.3 การลงโทษ (Punishment) เป็นกระบวนการในการจัดกิจกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่เด็กแสดงออกและไม่ให้เด็กแสดงพฤติกรรม เช่นนี้อีกในอนาคต การลงโทษอาจเป็นการลงโทษด้วยวาจา เช่น การตำหนิ หรือการลงโทษด้วยการงดอาหาร ขนมหรือกิจกรรมที่เด็กชอบ

3.2.4 การเพิกเฉย (Ignore) เป็นการงดให้รางวัล งดให้ความสนใจต่อพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ การเพิกเฉยเหมาะสมสำหรับพฤติกรรมที่ไม่รุนแรงเท่านั้น วิธีนี้ไม่เหมาะสมสำหรับพฤติกรรมรุนแรง เช่น การชกต่อย

3.2.5 การนำออกไป (Time - Out) คือ การนำบุคคลออกไปจากสถานที่ที่มีการเสริมแรงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมพึงประสงค์ เป็นการถอดถอนโอกาสที่บุคคลนั้นจะได้รับการเสริมแรงทางบวก หรือการสูญเสียตัวเสริมแรงที่บุคคลนั้นกำลังได้อยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสมครบถ้วนกลุ่มกิจกรรม อันจะทำให้การกระทำพฤติกรรมนั้นลดลงในอนาคต หรืออาจกล่าวได้ว่า Time-out ใช้เพื่อช่วยให้เด็กฝึกการควบคุมตนเอง ดังนั้นจึงใช้ได้กับปัญหาพฤติกรรมใดๆ ที่เด็กไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เช่น เมื่อเด็กเล่นรุนแรงแล้วห้ามไม่หยุด เด็กทะเลาะแล้วลงมือตีกัน เด็กก่อกวนในห้องเรียน หรือเมื่อถูกขัดใจแล้วอาละวาด วัตถุประสงค์คือ เพื่อให้เด็กสงบ และหยุดตนเองได้ในที่สุด (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2553)

จากงานวิจัยนี้ได้นำเทคนิคพฤติกรรมบำบัด ทั้ง 5 เทคนิคมาใช้ ได้แก่ การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement) การใช้แรงเสริมทางลบ (Negative Reinforcement) การลงโทษ (Punishment) การเพิกเฉย (Ignore) และการนำออกไป (Time - Out)

3.3 พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) คือการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งที่มีมุ่งเน้นการควบคุมพฤติกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สังเกตได้ โดยใช้หลักการเรียนรู้ และผลการทดลองทางจิตวิทยา มาใช้กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การแก้ไขพฤติกรรมเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สังเกตได้ คำนี้ถึงสาเหตุของพฤติกรรมในอดีต (Goodman and Scott ,2012) มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมของเด็กที่อาจมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากเด็กปกติ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสียต่างๆให้อยู่ในสังคมปกติได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การทำพฤติกรรมบำบัดเด็กออทิสติก ตั้งแต่อายุน้อย และทำอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด โดยกระบวนการของพฤติกรรมบำบัดพัฒนาวิธีการโดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) มีขั้นตอน 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายการบำบัดของผู้ดูแลหลักภายใต้การช่วยเหลือและให้ความรู้โดยพยาบาล ขั้นตอนที่ 3 การใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกเป็นรายบุคคล การมีส่วนร่วมในการดูแล ตามแนวคิดของ Schepp (1995) เชื่อว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นในการดูแลรักษา จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำให้ประจำกับเด็ก ส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล ส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล และส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งมีความสอดคล้องกับกระบวนการของพฤติกรรมบำบัด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์นำแนวคิดของ Goodman and Scott (2012) ซึ่งพัฒนาวิธีการโดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ร่วมกับแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของ Schepp (1995) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม โดยการพัฒนาโปรแกรม ดังนี้

พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

แนวคิด/หลักการ	กิจกรรม
<p>พฤติกรรมบำบัดตามแนวคิดของGoodman & Scott (2012) ร่วมกับแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วม ในการดูแลเด็กของ Schepp(1995)ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรมดังนี้</p> <p>ขั้นตอนที่ 1. การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้หลัก ABC</p> <p>ขั้นตอนที่ 2. การกำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกับครอบครัว</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1. การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว</p> <p>กิจกรรมที่ 1. สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกับผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจและความคุ้นเคยกับพยาบาลส่งผลให้เด็กและครอบครัวให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกับพยาบาล</p> <p>กิจกรรมที่ 2. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้หลัก ABC ประเมินลักษณะความถี่และความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว สิ่งที่เกี่ยวข้องให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Antecedents) ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว (Behavior) ผลที่เกิดขึ้นหลังจากพฤติกรรมก้าวร้าว (Consequence) กิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อค้นหาข้อมูลของปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและลักษณะท่าทางของพฤติกรรมก้าวร้าวที่เด็กแสดงออกมา ไม่ว่าจะเป็นทางกายหรือวาจา และช่วยให้พยาบาลและครอบครัวมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก</p> <p>ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ ปะแป้ง หมวกดนตรี แก้อึดดนตรี จับคู่สิ่งของ แข่งกันแต่งตัว และแข่งขันระบายสี กิจกรรมนี้เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับเด็ก ให้เด็กเกิดความคุ้นเคยกับพยาบาล และร่วมมือในการทำกิจกรรม</p> <p>ขั้นตอนที่ 2. การกำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกับครอบครัว</p> <p>กิจกรรมที่ 3. กำหนดเป้าหมายในการบำบัดร่วมกับครอบครัว ภายใต้การช่วยเหลือและให้ความรู้โดยพยาบาล ในเรื่องของความรู้โรคออทิสติก ทำการสอน สาธิตทักษะการใช้พฤติกรรมบำบัดและเทคนิคพฤติกรรมบำบัดและ ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็ก หลังจากนั้นให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัด กิจกรรมนี้มี</p>

พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (ต่อ)

แนวคิด/หลักการ	กิจกรรม
<p>ขั้นตอนที่ 3. การใช้พฤติกรรมบำบัดและเทคนิคพฤติกรรมบำบัด</p>	<p>เป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด</p> <p>ขั้นตอนที่ 3. การใช้พฤติกรรมบำบัด</p> <p>กิจกรรมที่ 4 การใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่โรงพยาบาล โดยเด็กได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และได้เรียนรู้การปรับพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด โดยพยาบาลเป็นผู้บำบัดในกลุ่มทักษะสังคมและให้ครอบครัวสังเกตการณ์ขณะพยาบาลใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็ก หลังจากนั้นให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัดและร่วมกันสรุปประเมินผลการใช้พฤติกรรมบำบัด และให้ครอบครัวไปใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน ตามคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว 30 นาที สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 3 ครั้ง</p> <p>ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ การเข้าคิว การกล่าวคำขอโทษ การกล่าวคำขอบคุณ การเก็บของเล่น และของใช้ส่วนตัว กิจกรรมทั้งหมดนี้ จัดเพื่อให้เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้ถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม และให้เด็กเกิดการเลียนแบบและการปฏิบัติตามที่ถูกต้อง และนำเทคนิคพฤติกรรมบำบัดมาใช้ขณะทำกิจกรรมกับเด็ก เช่น ถ้าเด็กเกิดการเลียนแบบและปฏิบัติได้ถูกต้อง ก็จะใช้เทคนิคการให้แรงเสริมทางบวก เช่น การปรบมือ การชมเชย หรือการให้รางวัลกับเด็ก ส่วนในเด็กที่ต่อต้านไม่ปฏิบัติตาม ก็อาจใช้เทคนิคการนำออกจากสถานการณ์ หรือการลงโทษ เช่น การงดขนม เป็นต้น</p> <p>กิจกรรมที่ 5 การใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้านโดยครอบครัว โดยให้ครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมการใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้านโดยให้เด็กได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และได้เรียนรู้การปรับพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด โดยปฏิบัติตามคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัด</p>

พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (ต่อ)

แนวคิด/หลักการ	กิจกรรม
	<p>โดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว เป็นเวลา 3 สัปดาห์ กิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อให้ครอบครัว เป็นผู้ใช้พฤติกรรมบำบัด และเทคนิคของพฤติกรรมบำบัดที่บ้าน เพื่อความต่อเนื่องและให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับที่โรงพยาบาล 30 นาที สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 3 ครั้ง</p> <p>กิจกรรมที่ 6 โทรศัพทกระตุ้นและส่งเสริมให้ครอบครัวใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่เป็นการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติให้กำลังใจกับครอบครัว 15 นาที ในสัปดาห์ที่ 4</p>

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Lovaas et al. (1973) กล่าวว่าเขาใช้พฤติกรรมบำบัด ในการรักษาเด็กออทิสติก 20 คนซึ่งเด็กส่วนใหญ่มีอาการระดับรุนแรงและมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีมาก เด็กได้รับการบำบัดเป็นกลุ่มที่แยกต่างหากและบางคนได้รับการบำบัดมากกว่าหนึ่งครั้ง ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้ (1) พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลดลงในช่วงการบำบัดและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น (2) มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและด้านภาษาดีขึ้น (3) ไอคิวดีขึ้นระหว่างการบำบัด (4) เด็กกลุ่มที่บิดา มารดาได้รับการฝึกอบรมเพื่อใช้พฤติกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่องที่บ้านจะมีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มเด็กอยู่ในโรงพยาบาล/สถาบัน

Kabot et al. (2003) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการใช้พฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกวัยประถมศึกษาที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ กลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติก 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับพฤติกรรมบำบัด สามารถเพิ่มในด้านของการรู้จัก ภาษา ทักษะทางสังคม และด้านการปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

Hillman (2006) ได้ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการนำพฤติกรรมบำบัด ไปใช้ในการบำบัดเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และมีทักษะด้านภาษาดีขึ้น นอกจากนี้การใช้พฤติกรรมบำบัดในการรักษาเด็กออทิสติกที่มีอาการระดับรุนแรง ยังพบว่า พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอื่น ๆ ลดลงในช่วงของการบำบัดเช่นกัน และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

Frazier et al. (2010) ได้ศึกษาผลของการรักษาด้วยยาและพฤติกรรมบำบัดแบบเข้มข้น (IBI) ในเด็กออทิสติกที่พร้อมทักษะด้านการสื่อสารและมีอารมณ์รุนแรง กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กออทิสติก แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวและปัญหาทางอารมณ์ในเด็กออทิสติก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Roberts et al. (2011) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของเด็กออทิสติกที่ได้รับการดูแลรายบุคคลกับเด็กออทิสติกที่ได้รับการดูแลแบบกลุ่มร่วมกับครอบครัว และเด็กออทิสติกที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่ากลุ่มเด็กออทิสติกที่ได้รับการดูแลแบบกลุ่มร่วมกับครอบครัว มีผลลัพธ์ของการรับรู้สมรรถนะมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นและปัญหาด้านพฤติกรรมลดลง

Kjobli et al. (2013) ได้ศึกษาผลของการฝึกอบรมแบบกลุ่มในผู้ปกครองตาม Oregon model ต่อการลดปัญหาความก้าวร้าวในเด็ก กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่าภายหลังจากผู้ปกครองได้รับการฝึกอบรมแล้วเด็กก็มีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ผู้ปกครองมีความรู้ในการดูแลเด็กเพิ่มขึ้น

อัญชรส ทองเพชร (2554) ได้ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกก่อนและหลังการใช้พฤติกรรมบำบัด โดยใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กออทิสติก อายุ 6-12 ปี แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกหลังการใช้พฤติกรรมบำบัดต่ำกว่าก่อนได้รับพฤติกรรมบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการใช้พฤติกรรมบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก และช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

เด็กออทิสติกส่วนมากมีความบกพร่องด้านการสื่อสารและภาษาโดยเด็กไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ จึงเกิดความไม่พอใจจนถึงขั้นอารมณ์โกรธและไม่สามารถระบายออกมาเป็นคำพูดได้ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (Kloosterman et al, 2014; Erbas et al, 2013) จากแนวคิดของ Goodman & Scott (2012) พบว่าพฤติกรรมบำบัดเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผลสำหรับเด็กออทิสติก ช่วยลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าว และส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ในการวิจัยนี้มุ่งเน้นจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านการสื่อสารและภาษา เพื่อให้เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์และแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด เช่น การให้แรงเสริมทางบวก หากเด็กได้รับรางวัลที่เด็กพึงพอใจ ก็จะทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น และการให้แรงเสริมทางลบ ถ้าเด็กถูกตัดสิทธิ์ในของรางวัลและถูกลงโทษ ที่ผู้ศึกษาได้วางเงื่อนไขไว้ ร่วมกับการชี้แจงเหตุผลของการที่เด็กได้รับแรงเสริมทางลบ หรือถูก Time out จะช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้และลดพฤติกรรมก้าวร้าว แสดงพฤติกรรมที่ดีเพิ่มขึ้น โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติทุกกิจกรรมที่จัดกับเด็ก อีกทั้งฝึกและทดสอบความสามารถในการทำกิจกรรมนั้นๆกับเด็กทุกครั้งจนสามารถทำได้และทำเป็น และนำไปปฏิบัติต่อกับเด็กออทิสติกที่บ้านได้เอง (Schepp, 1995) ดังแสดงในกรอบแนวคิด ดังนี้



พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับเด็กออทิสติก

ตามแนวคิดของ Goodman & Scott (2012) ร่วมกับแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของ Schepp (1995) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ

กิจกรรมที่ 2 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก โดยใช้หลัก ABC

ขั้นตอนที่ 2. การกำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกับครอบครัว

กิจกรรมที่ 3 กำหนดเป้าหมายในการบำบัดร่วมกับครอบครัวภายใต้การช่วยเหลือและให้ความรู้โดยพยาบาล ทำการสอนและสาธิตให้กับครอบครัว ในการใช้พฤติกรรมบำบัด หลังจากนั้นให้ครอบครัวสาธิตย้อนกลับการใช้พฤติกรรมบำบัด

ขั้นตอนที่ 3. การใช้พฤติกรรมบำบัด

กิจกรรมที่ 4 การใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่โรงพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้บำบัดในกลุ่มทักษะสังคม และร่วมกันสรุปประเมินผลการใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับครอบครัว และครอบครัวไปใช้พฤติกรรมบำบัดที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 การใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน โดยครอบครัว ตามคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับครอบครัว เป็นเวลา 3 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 6 โทรศัพท์กระตุ้นและส่งเสริมให้ครอบครัวใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน

พฤติกรรม ก้าวร้าว

- ทางวาจา
- ทางกาย
- ต่อสิ่งของ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Control Group Design) (Burns & Glove,2005) มีจุดประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O3		O4

- โดย X หมายถึง พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
- O1 หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ก่อนได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
- O2 หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
- O3 หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O4 หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กกว่าเป็นออทิสติกที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน และครอบครัวเด็กออทิสติก

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1.ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติก อายุ 6-12 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือญาติให้ประวัติว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

2.ครอบครัวเด็กออทิสติก คือ ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก ที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ของเด็กออทิสติก มีดังนี้

1. เป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ว่าเป็นเด็กออทิสติกตามข้อวินิจฉัยจากแพทย์
2. มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวจากการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว อยู่ในระดับปานกลาง (8-15 คะแนน) ขึ้นไป
3. อายุระหว่าง 6-12 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ของครอบครัว มีดังนี้

1. เป็นผู้ปกครองที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก ได้แก่ บิดา มารดา หรือปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า และอา ที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ
2. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบ 4 ครั้งตามที่กำหนด

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย
2. เด็กหรือผู้ปกครองมีปัญหาที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรมในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย เช่น ป่วย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยกึ่งทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้รับการทดลองมีการกระจายแบบโค้งปกติ และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลองควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน เพื่อให้มีการกระจายข้อมูลใกล้เคียงหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด (Grove, Burns and Gray, 2013) แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้ง 40 คน ในแต่ละกลุ่ม (กลุ่มเด็กออทิสติกและกลุ่มครอบครัว) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ได้รับการจับคู่ (Matched-Pair) ด้วยวิธีการ จับคู่เพศของเด็กออทิสติก เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมรุนแรงกว่าเพศหญิง (Chou et al ,2002) และระดับการศึกษาของครอบครัว เนื่องจากระดับการศึกษาของผู้ปกครองที่สูงจะดูแลเด็กได้ดีกว่า (Maskoto , 2006) แล้วสุ่มใช้วิธีการจับฉลากเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน แล้วจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.วันที่ 4-6 มกราคม 2559 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ทำการศึกษาประวัติเด็กออทิสติก จากเวชระเบียนและแฟ้มประวัติผู้ป่วยใน คัดเลือกเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ที่หอผู้ป่วย3 และหอผู้ป่วย 4 ที่มีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กออทิสติก และครอบครัวเด็กออทิสติก ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.วันที่ 7 มกราคม 2559 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ โดยเริ่มจากการจับคู่ (Matched-pair) ระหว่างเพศของเด็กออทิสติก ทีละ1คู่ ในช่วงเช้า เวลา 09.00-10.30 น. จับคู่ 10 คู่ และในช่วงบ่าย เวลา 13.00-14.30 น.จับคู่ 10 คู่ รวมเป็น 20 คู่ 40 คน ในกรณีที่จับคู่ไม่ได้ ต้องเลือกคู่จับใหม่ โดยให้มีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุด แล้วสุ่มโดยใช้วิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทีละคู่ จนครบ 2 กลุ่มๆละ 20 คน และในวันที่ วันที่ 8 มกราคม 2559 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัย โดยจากการจับคู่ (Matched-pair) ระดับการศึกษาของครอบครัว ทีละ1คู่ ในช่วงเช้า เวลา 09.00-10.30 น. จับคู่ 10 คู่ และในช่วงบ่าย เวลา 13.00-14.30 น.จับคู่ 10 คู่ รวมเป็น 20 คู่ 40 คน ในกรณีที่จับคู่ไม่ได้ ต้องเลือกคู่จับใหม่ โดยให้มีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุด แล้วสุ่มโดยใช้วิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทีละคู่ จนครบ 2 กลุ่มๆละ 20 คน (ดังตารางที่ 1)

3.วันที่ 11 มกราคม 2559 ผู้วิจัยพบครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลของเด็กออทิสติก กลุ่มควบคุม หลังจากคัดเลือกครอบครัวแล้ว และครอบครัวยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแนะนำตัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ และให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และในวันที่ 12 มกราคม 2559 ผู้วิจัยพบครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลของเด็กออทิสติก กลุ่มทดลอง หลังจากคัดเลือกครอบครัวแล้ว และครอบครัวยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแนะนำตัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ และให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมในการวิจัย

4.ในการดำเนินการทดลองกับครอบครัวที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ ของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้กำหนด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มเช้า เวลา 10.30-12.00 น. และกลุ่มบ่าย เวลา 13.00-14.30 น. และให้ครอบครัวเลือกช่วงเวลาที่ตนเองสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม จนได้ครบ 2 กลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการ ครั้งที่ 1 วันที่ 20 มกราคม 2559 เวลา 10.00 น.กลุ่มเช้า และเวลา 13.00 น.กลุ่มบ่าย ที่หอผู้ป่วย 3 สถาบันราชานุกูล ส่วนในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนัดหมายครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการ ครั้งที่ 1 วันที่ 21 มกราคม 2559 เวลา 09.00 น. ที่หอผู้ป่วย 3 สถาบันราชานุกูล

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ เด็กออทิสติกและระดับการศึกษาของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลำดับคู่	เพศของเด็ก		การศึกษาของครอบครัว	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	ชาย	ชาย	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
2	ชาย	ชาย	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
3	ชาย	ชาย	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
4	ชาย	ชาย	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
5	ชาย	ชาย	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
6	ชาย	ชาย	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
7	ชาย	ชาย	ปริญญาตรี	ปวช/ปวส.อนุปริญญา
8	ชาย	ชาย	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
9	ชาย	ชาย	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
10	ชาย	ชาย	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
11	ชาย	ชาย	ปวช/ปวส.อนุปริญญา	ปวช/ปวส.อนุปริญญา
12	ชาย	ชาย	ปวช/ปวส.อนุปริญญา	ปวช/ปวส.อนุปริญญา
13	ชาย	ชาย	ปวช/ปวส.อนุปริญญา	ปวช/ปวส.อนุปริญญา
14	หญิง	หญิง	ปวช/ปวส.อนุปริญญา	ปวช/ปวส.อนุปริญญา
15	หญิง	หญิง	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
16	หญิง	หญิง	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
17	หญิง	หญิง	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
18	หญิง	หญิง	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
19	หญิง	หญิง	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
20	หญิง	หญิง	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันราชานุกูล เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยก่อนทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบและเข้าใจในกระบวนการ การดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน และแจ้งให้ทราบว่าผู้ปกครองสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อการมารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาถ้าต้องการในระหว่างการดำเนินการวิจัย จากนั้นให้ผู้ปกครองลงนามในเอกสารยินยอม

ผู้วิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ
 - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัว
 - 1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก
2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ประกอบด้วย
 - 2.1 แนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับพยาบาล
 - 2.2 คู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว
 - 2.3 แบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดของผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่บ้าน

การสร้างเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ อายุ เป็นบุตรคนที่ ประวัตินิติการได้รับยาและประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว และข้อมูลของครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็ก

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก ใช้สังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวโดยครอบครัวเป็นผู้ประเมินที่บ้าน เป็นแบบประเมินเพื่อหาปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก ผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่สร้างโดยอัญชรส ทองเพชร (2554) ซึ่งพัฒนามาจาก Yudofsky (1986)

เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออกทิสติก แบบประเมินนี้ได้ผ่านการหาความเที่ยงตรงโดย ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) เท่ากับ .93 และค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ .87 ลักษณะของแบบสังเกตเป็นรายการที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง สามารถใช้ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ แบ่งหัวข้อการประเมิน 14 ข้อ ตามลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ทางกาย และแบ่งตามลักษณะความรุนแรงจากไม่รุนแรง ถึงรุนแรงมาก ถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ส่วนย่อย ส่วนที่ 1 คือ ข้อ 1-4 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยคำพูดและท่าทางที่ไม่รุนแรง เช่น ตะโกนเสียงดัง ปิดประตูเสียงดัง หากพบพฤติกรรมนี้ให้คะแนนข้อละ 2 คะแนน ส่วนที่ 2 คือ ข้อ 5-8 ประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและมีท่าทางคุกคามหรือทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น แช่งตำหยาบคาย ชีต เขียนโต๊ะหรือผนัง ตีตนเอง กระชากเสื้อผ้าผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 3 คะแนน ส่วนที่ 3 คือ ข้อ 9-11 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจา และท่าทางที่คุกคามด้วยความรุนแรง อย่างชัดเจนต่อตนเองหรือผู้อื่น เช่น ทำของแตก ทำอันตรายตนเอง แต่ไม่บาดเจ็บรุนแรง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 4 คะแนน ส่วนที่ 4 คือ ข้อ 12 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยท่าทาง เช่น ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น เกิดแผลบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 5 คะแนน ส่วนที่ 5 คือ ข้อ 13-14 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายอย่างรุนแรงต่อทั้งตนเองและผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนน ข้อละ 6 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็น เป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ เขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity Index: CVI) โดยจากการคำนวณ พบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92

ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับ อาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้เนื้อหาและภาษาให้มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

ปรับข้อความในข้อคำถามดังนี้

ข้อที่ 2 ปรับจาก “ตะโกนเสียงดังและใช้คำพูดไม่รุนแรง” เป็น “ใช้คำพูดรุนแรง เมื่อโกรธ เช่น ปล่อย อย่าจับ”

ข้อที่ 3 แยกมาจากข้อที่ 2 ปรับจาก “ตะโกนเสียงดังและใช้คำพูดไม่รุนแรง” เป็น “ใช้คำพูดรุนแรง เมื่อโกรธ เช่น คำว่า ตะคอก ตะโกน”

2.การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปใช้กับเด็กออทิสติก จำนวน 30 คน ที่หอผู้ป่วย 3 ขณะที่ยาบาลประจำหอผู้ป่วยจัดกิจกรรมการพยาบาลให้กับเด็ก ซึ่งเป็นเด็กออทิสติกที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัยและผู้ปกครองร่วมกัน ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกคนเดียวกัน โดยนั่งในอยู่ในตำแหน่งที่มองเห็นพฤติกรรมของเด็กออทิสติกได้ชัดเจนแล้วบันทึกพฤติกรรมที่สังเกตได้ และบันทึกพฤติกรรมของเด็กคนเดียวกันใช้เวลาสังเกตครั้งละ 20 วินาที หยุดพัก 10 วินาที เป็นระยะเวลาทั้งหมด 20 นาที รวมช่วงเวลาของการสังเกต 40 ช่วงเวลา จากนั้นนำมาเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาว่ามีการบันทึกพฤติกรรมตรงกันหรือไม่ (พัฒนานุสรณ์ สถาพรวงศ์, 2538 : 124 ; อ้างอิงมาจาก : Kazdin, 1982 : 59) จากการบันทึกพฤติกรรมของเด็กออทิสติกขอเสนอผล 5 คนแรก ดังนี้ ได้ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต เท่ากับ .81 ,.85 ,.90 ,.92 และ .93 ตามลำดับ ซึ่งความเที่ยงตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ถือว่าการสังเกตนั้นเชื่อถือได้ (Kazdin, 1982) ใช้สูตรการคำนวณดังนี้

$$\text{ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (IOR)} = \frac{A}{A+D} \times 100$$

A หมายถึง จำนวนช่วงเวลาที่บันทึกได้ตรงกัน

D หมายถึง จำนวนช่วงเวลาที่บันทึกได้ไม่ตรงกัน

2.เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

2.1. แนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับพยาบาล

สร้างโดยผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบำบัด ซึ่งแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดนี้ พัฒนาจากอัญชรส ทองเพชร(2554) ซึ่งมีรูปแบบของโปรแกรมตามแนวคิดของ Goodman & Scott (2005) เป็นแนวทางพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 3 ขั้นตอน อายุ 6-12 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้วิจัยศึกษารูปแบบของโปรแกรมมาประกอบกับการใช้ แนวคิดของ Goodman & Scott (2012) ซึ่งพัฒนาวิธีการโดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กของ Schepp (1995) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1. การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว กิจกรรมที่ 1.การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2.การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก โดยใช้หลักABC ขั้นตอนที่ 2. การกำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกับครอบครัว กิจกรรมที่ 3.กำหนดเป้าหมายในการบำบัดร่วมกับครอบครัว ภายใต้การช่วยเหลือและให้ความรู้โดยพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3. การใช้พฤติกรรมบำบัด กิจกรรมที่ 4.การใช้พฤติกรรมบำบัดและเทคนิคของพฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่โรงพยาบาล กิจกรรมที่ 5.ครอบครัวใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ กิจกรรมที่ 6.โทรศัพท์ติดตามผลกับครอบครัวถึงการใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน ได้นำมาพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับพยาบาล จนเหมาะสมและสามารถปรับใช้ได้กับเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อายุ 6-12 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยเพิ่มให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กตามแนวคิดของ Schepp (1995) ในแต่ละขั้นตอน เช่น ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว มีการสอนและให้ความรู้ในการประเมินพฤติกรรม และให้ครอบครัวได้ทดลองประเมินพฤติกรรมของเด็กเอง

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ในเรื่องของพฤติกรรมบำบัดและเทคนิคพฤติกรรมบำบัด เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการซักถามและเล่าประสบการณ์ตรงในการใช้พฤติกรรมบำบัด ขั้นตอนที่ 3 การใช้พฤติกรรมบำบัดและเทคนิคพฤติกรรมบำบัด มีการสอน/สาธิตการใช้พฤติกรรมบำบัดให้กับครอบครัว และหลังจากนั้นให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัด ตามแบบที่พยาบาลใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กให้ดู เพื่อให้ครอบครัวสามารถนำพฤติกรรมบำบัดไปใช้ต่อเนื่องที่บ้านได้ เนื่องจากครอบครัวเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการดูแลเด็กออทิสติก

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับพยาบาลในการใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมให้คงอยู่ต่อเนื่องหยุดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ

2.2 คู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว สร้าง

โดยผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลเด็กออทิสติก และแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับพยาบาล เพื่อให้คู่มือฉบับนี้มีความสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัด ให้ไปในแนวทางเดียวกัน และโดยเฉพาะในแนวทางของอัญชรส ทองแพ็ชร(2551) ที่มีรูปแบบการดูแลเด็กออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง ที่ใช้ในการสอนเรื่องปรับพฤติกรรม ที่เหมาะสมกับเด็กออทิสติก อายุ 6-12 ปี ซึ่งมารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มเติมในส่วนของครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กตามแนวคิดของ Schepp (1995) ในเรื่องของการใช้พฤติกรรมบำบัด เนื่องจากครอบครัวเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการดูแลเด็ก มีการให้ความรู้ ความเข้าใจ สำหรับครอบครัวเกี่ยวกับการใช้พฤติกรรมบำบัดและเทคนิคพฤติกรรมบำบัด และให้ครอบครัวเข้าสังเกตการณ์ขณะผู้วิจัยใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติก มีการสอนและสาธิตให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัด จนครอบครัวสามารถทำได้และนำเทคนิคพฤติกรรมบำบัดไปใช้ที่บ้านได้ เพื่อหยุดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาโดยสร้างพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมและส่งเสริมพฤติกรรมที่ต้องการให้คงอยู่ต่อไป โดยมีการติดตามครอบครัวในการใช้พฤติกรรมบำบัดที่บ้านเป็นเวลา 3 สัปดาห์ และมีการใช้แบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรม

บำบัดในเด็กออทิสติกที่บ้านของครอบครัว ที่มีเนื้อหาครอบคลุมตามคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับครอบครัว ในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การใช้พฤติกรรมบำบัดและเทคนิคพฤติกรรมบำบัด ที่ผู้วิจัยพัฒนาจนได้เนื้อหาที่เหมาะสมกับครอบครัว โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเข้าใจง่าย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการทดลองใช้

1. การตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือทั้ง 2 ชุดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก 3 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม

2. การทดลองใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยนำคู่มือทั้ง 2 ชุดดังกล่าว ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับเด็กออทิสติกและครอบครัว ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล จำนวน 1 กลุ่ม 5 ราย (pilot study) ดำเนินกิจกรรมจนครบ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

ประเด็นที่ต้องแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

แนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับพยาบาล

กระบวนการและเนื้อหาของแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับพยาบาล เนื้อหาค่อนข้างเข้าใจยาก ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้สมบูรณ์ ละเอียดและอ่านง่ายขึ้น เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย

คู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว

ปรับการประเมินผลของกิจกรรมให้ชัดเจน และให้อ่านง่ายกับครอบครัวเด็กออทิสติก ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขการประเมินผลให้ชัดเจน รวมถึงการใช้ภาษาที่ให้ผู้ปกครองเข้าใจง่ายขึ้น

2.3 แบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัด ในเด็กออทิสติกที่บ้านของครอบครัว ผู้วิจัยนำมาจากอัญชรส ทองเพ็ชร(2554) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ผ่านการหาค่าความเที่ยงตรงโดย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ 0.81 และค่าความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) เท่ากับ 0.9 และผู้วิจัยนำมาพัฒนาและปรับปรุง โดยครอบคลุมเนื้อหาในคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (สำหรับครอบครัว) ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม โดยระบุวิธีการประเมิน ดังนี้

(1) หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ (2) หมายถึงไม่สามารถปฏิบัติได้ (ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้ให้ระบุ ปัญหาและสาเหตุ)แต่ละข้อเทียบเป็นร้อยละ 10 %

เกณฑ์กำกับการทดลอง

ผลการประเมินแบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่บ้านของ ครอบครัว ต้องมีความสามารถอย่างน้อย 9 ข้อขึ้นไป คิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ 80 จึงจะแสดงว่า ครอบครัว มีความสามารถในการใช้พฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่บ้านค่อนข้างดี จากการประเมิน พบว่า ครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรม ได้ค่าร้อยละตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ทั้งหมดจำนวน 20 ครอบครัว ส่วนในรายที่ได้ค่าร้อยละไม่ถึง 100 พบว่า ข้อที่เกิดปัญหามากที่สุด คือ ข้อ 5 เรื่องการควบคุม อารมณ์พฤติกรรมตนเองไม่ได้ เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุม อารมณ์ของตนเองได้ ลงโทษเด็กอย่างรุนแรง ส่วนข้อที่พบปัญหาหลงมา คือ ข้อ 9 และ 10 พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เลือกวิธีการจัดการพฤติกรรมไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยได้ให้ครอบครัวทบทวน ความรู้และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ในข้อที่ปฏิบัติไม่ได้ในทุกครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้าน สุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจนเนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็น เป็นระดับ 1-4 คะแนนเห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่ง ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป จากการคำนวณพบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) เท่ากับ.9 จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ปรับข้อความในข้อคำถามดังนี้

ข้อที่ 2 เพิ่มข้อคำถาม “บอกพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกได้”

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ที่ปรับปรุงแก้ไข เรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะ ทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตร(KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 (แสดงผลการคำนวณในภาคผนวก)

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยได้แบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะการประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

1.1 การเตรียมการในกลุ่มควบคุม

1.1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบำบัด เทคนิคการใช้พฤติกรรมบำบัด และการมีส่วนร่วมของครอบครัวรวมถึง คำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.1.2 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อคูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่างพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.1.3 ผู้วิจัยจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วใช้วิธีการสุ่มโดยการจับฉลาก เพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ จากนั้น นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินงาน

1.1.4 เตรียมครอบครัวในการใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก นัดหมายครอบครัวก่อนดำเนินการทดลอง 1 สัปดาห์ เพื่อให้ครอบครัวเรียนรู้การใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว พยาบาลสอนและสาธิตการประเมินพฤติกรรมในแต่ละข้อโดยละเอียด และให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติ ก่อนจะนำไปใช้จริงกับเด็กออทิสติกที่บ้าน เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัย ความยากง่ายของการให้คะแนน จนครอบครัวสามารถทำได้และนำไปใช้ ชี้แจงข้อตกลงและข้อปฏิบัติต่างๆที่จะทำร่วมกัน

1.2 การเตรียมการในกลุ่มทดลอง

1.2.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบำบัด เทคนิคการใช้พฤติกรรมบำบัด และการมีส่วนร่วมของครอบครัวรวมถึง คำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2.2 การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อม เพื่อเป็นผู้มีความรู้ในการใช้พฤติกรรมบำบัด โดยมีการฝึกทำกลุ่มพฤติกรรมบำบัดที่สถาบันราชานุกูล โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กเป็นผู้ให้คำแนะนำ

1.2.3 ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการศึกษาและ จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1.2.4 ผู้วิจัยเตรียมสถานที่ที่ใช้ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับสถาบันราชานุกูล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย 3 และ หัวหน้าหอผู้ป่วย 4 เพื่อขอความร่วมมือในการทำการศึกษ โดยทำเรื่องจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมนำโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เพื่อขออนุมัติทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่

1.2.5 ผู้วิจัยจัดทำแผนการทดลองและขอขึ้นหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตทำการศึกษา ณ แผนกผู้ป่วยใน โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการและระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วย 3 และหัวหน้าหอผู้ป่วย 4 ขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาทั้งด้านบุคลากรและสถานที่

1.2.6 ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลเด็กออทิสติกและผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรม และเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก โดยมีการเตรียมความรู้ความเข้าใจระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย แล้วทำการหาความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (Interobserver Reliability)

1.2.7 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อดูเพิ่มประวัติของกลุ่มตัวอย่างพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.2.8 ผู้วิจัยจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วใช้วิธีการสุ่มโดยการจับฉลาก เพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ จากนั้น นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินงาน

1.2.9 เตรียมครอบครัวในการใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก นัดหมายครอบครัวก่อนดำเนินการทดลอง 1 สัปดาห์ เพื่อให้ครอบครัวเรียนรู้การใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว พยาบาลสอนและสาธิตการประเมินพฤติกรรมในแต่ละข้อโดยละเอียด และให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติ ก่อนจะนำไปใช้จริงกับเด็กออทิสติกที่บ้าน เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัย ความยากง่ายของการให้คะแนน จนครอบครัวสามารถทำได้และนำไปใช้ ชี้แจงข้อตกลงและข้อปฏิบัติต่างๆที่จะทำร่วมกัน

2.ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1.ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และการได้รับยา และข้อมูลของครอบครัว

2.ผู้วิจัยให้ครอบครัวประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกที่บ้าน ตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว แล้วนำมาส่งในวันที่เข้ากลุ่ม สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 21 มกราคม 2559

3.เด็กออทิสติกและครอบครัวจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	ขั้นตอนที่	รายละเอียดกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 21 ม.ค 59	ขั้นตอนที่ 1	-กิจกรรมเข้าแถวเคารพธงชาติ ออกกำลังกาย เดินประกอบ ร้องเพลง แนะนำตัวเอง นั่งสมาธิ
	ขั้นตอนที่ 2	-กิจกรรมให้ความรู้ผู้ปกครอง (เรื่องยา)
	ขั้นตอนที่ 3	-กิจกรรมทักษะทางสังคม (การสวัสดี ทักทาย การไหว้) -กิจกรรมนวดสัมผัสเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว
สัปดาห์ที่ 2 28 ม.ค 59	ขั้นตอนที่ 1	-กิจกรรมเข้าแถวเคารพธงชาติ ออกกำลังกาย เดินประกอบ ร้องเพลง แนะนำตัวเอง นั่งสมาธิ
	ขั้นตอนที่ 2	-กิจกรรมให้ความรู้ผู้ปกครอง (เรื่อง การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว)
	ขั้นตอนที่ 3	-กิจกรรมทักษะด้านภาษาและการสื่อสาร -กิจกรรมพัฒนาทักษะการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	ขั้นตอนที่	รายละเอียดกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 3 4 ก.พ. 59	ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนที่ 3	-กิจกรรมเข้าแถวเคารพธงชาติ ออกกำลังกาย เต้นประกอบ ร้องเพลง แนะนำตัวเอง นั่งสมาธิ -กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน -กิจกรรมทักษะทางสังคม (การเข้าแถว การรอคอย การซื้อขนม)
สัปดาห์ที่ 4 11 ก.พ. 59	ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนที่ 3	-กิจกรรมเข้าแถวเคารพธงชาติ ออกกำลังกาย เต้นประกอบ ร้องเพลง แนะนำตัวเอง นั่งสมาธิ -กิจกรรมให้ความรู้ผู้ปกครอง (เรื่องการดูแลเด็กออทิสติกเมื่ออยู่ที่บ้าน) -กิจกรรมทักษะด้านภาษาและการสื่อสาร - กิจกรรมพัฒนาทักษะการใช้กล้ามเนื้อเล็กและมัดใหญ่ -ผู้วิจัยกระตุ้นและเตือนให้ครอบครัวทำแบบประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกที่บ้านและนำมาส่งให้ พยาบาลผู้วิจัย ในวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2559

2.2 กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติก และครอบครัว ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และการได้รับยา และข้อมูลของครอบครัว
2. ผู้วิจัยให้ครอบครัวประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกที่บ้าน ตามแบบประเมินประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว แล้วนำมาส่งพยาบาล ในวันที่เข้ากิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 20 มกราคม 2559
3. กลุ่มทดลองจะได้รับการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม รวม 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 20 มกราคม 2559 - 10 กุมภาพันธ์ 2559 ทั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเช้าและกลุ่มบ่าย ในการนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงคุณภาพและความเที่ยงตรงของกระบวนการบำบัดกับกลุ่มทดลอง โดยได้มีการปฏิบัติในแนวทางเดียวกันทุกขั้นตอน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รายละเอียดการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในสัปดาห์ที่ 1

สัปดาห์ที่ 1 20 ม.ค. 59	รายละเอียด การใช้พฤติกรรมบำบัดสำหรับเด็ก ออทิสติก	รายละเอียดกิจกรรม การใช้พฤติกรรมบำบัดสำหรับ ครอบครัว
10.00-10.15 น. 13.00-13.15 น.	<p>การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ครั้งที่ 1</p> <p>จากการทำกิจกรรมส่งเสริม ความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม -กิจกรรมปะแป้ง -หมวกดนตรี</p>	<p>สรุปพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้าน ครั้งที่ 1</p> <p>กำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกับ ครอบครัว ครั้งที่ 1</p> <p>1. ทบทวนความรู้เรื่องโรคออทิสติกและ การใช้พฤติกรรมบำบัดกับครอบครัว</p> <p>2. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกต ขณะพยาบาลใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็ก ทำการสอนและสาธิตการใช้เทคนิค พฤติกรรมบำบัด หลังจากนั้นให้ ครอบครัวทดลองปฏิบัติการใช้เทคนิค พฤติกรรมบำบัด ให้พยาบาลดู</p>
10.30-11.00 น. 13.30-14.00 น.	<p>กลุ่มฝึกเรื่องของด้านภาษา ได้แก่ ผลไม้ สัตว์ต่างๆ เป็นต้น</p>	
11.15-12.00 น. 14.15-15.00 น.	<p>การใช้พฤติกรรมบำบัด ครั้งที่ 1</p> <p>- การเข้าคิว - กล่าวคำขอโทษ</p>	

รายละเอียดกิจกรรมการใช้พฤติกรรมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติก

รายละเอียดกิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 1 วันที่ 20 มกราคม 2559 กลุ่มเช้า และ กลุ่มบ่าย

ช่วงเวลา 10.00-10.15 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-13.15 น. (กลุ่มบ่าย) พยาบาลผู้ช่วยบำบัด นำเด็กออทิสติก กลุ่มละ 10 คน พร้อมกับครอบครัว เข้ากลุ่มกิจกรรมการพัฒนาทักษะการเข้ากลุ่มสัมพันธ์ ที่จัดโดยพยาบาลวิชาชีพผู้ทำหน้าที่นำกลุ่ม ได้แก่ กิจกรรมปะแป้ง หมวกดนตรี โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนพยาบาลผู้ช่วยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็ก

ช่วงเวลา 10.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.30-14.00 น. (กลุ่มบ่าย) เป็นกลุ่มกิจกรรมเด็กออทิสติกที่ไม่มีครอบครัวร่วม จัดโดยพยาบาลผู้ช่วยบำบัด เป็นกลุ่มฝึกเรื่องของด้านภาษา ได้แก่ การเรียนรู้เรื่องผลไม้(ส้ม/กล้วย/มะม่วง) การเรียนรู้เรื่องสัตว์(ไก่/ช้าง/แมว) เป็นต้น

ช่วงเวลา 11.15-12.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 14.15-15.00 น. (กลุ่มบ่าย) กลุ่มกิจกรรมการพัฒนาทักษะทางสังคมโดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ เรื่องการเข้าคิว การกล่าวคำขอโทษ โดยมีการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกเป็นรายบุคคลขณะทำกลุ่ม จัดกลุ่มโดยพยาบาลวิชาชีพผู้นำกลุ่มและใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็ก และคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และร่วมกันสรุปประเมินผลการใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับครอบครัว เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ครอบครัวใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน 1 สัปดาห์ ตามคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับครอบครัว

สรุปกิจกรรม เนื่องจากเป็นกิจกรรมครั้งที่ 1 เด็กออทิสติกไม่ให้ความร่วมมือ มีสมาธิในการทำกิจกรรม 5-10 นาทีแรก ไม่ฟังคำสั่ง เด็กพยายามที่จะออกจากกลุ่ม เริ่มมีพฤติกรรมส่งเสียงดัง ้วยว้าย บางรายมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ผู้วิจัยต้องใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดโดยการให้เด็กบางคนออกจากสถานการณ์ (time out) จนกระทั่งเด็กมีอาการสงบลง นำกลับเข้ามาในกลุ่มและกระตุ้นให้เด็กร่วมกิจกรรม

รายละเอียดกิจกรรมสำหรับครอบครัว เพื่อกำหนดเป้าหมายการบำบัด

ช่วงเวลา 10.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.30-14.00 น. (กลุ่มบ่าย) สรุปพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้าน ครอบครัวเข้ากลุ่มรับการสอนจากผู้วิจัย ทบทวนความรู้เรื่องโรคออทิสติก การใช้พฤติกรรมบำบัดและเทคนิคพฤติกรรมบำบัด ทำการสอน สาธิตทักษะการใช้พฤติกรรมบำบัดและเทคนิคพฤติกรรมบำบัด ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการใช้พฤติกรรมบำบัด โดยผู้วิจัยปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัดให้ครอบครัวดู หลังจากนั้นให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัดให้พยาบาลดู จากนั้นมีการกำหนดเป้าหมาย การบำบัดร่วมกับครอบครัว

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิสติก การใช้พฤติกรรมบำบัดและเทคนิคพฤติกรรมบำบัด และให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการบำบัดเพื่อให้การบำบัดพฤติกรรมมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม บรรยายให้ข้อมูลความรู้กับครอบครัว เรื่องโรคออทิสติก การใช้พฤติกรรมบำบัดและเทคนิคพฤติกรรมบำบัด และสาธิตการใช้พฤติกรรมบำบัด หลังจากนั้นให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติตาม พร้อมกับกำหนดเป้าหมายการบำบัด ร่วมกับครอบครัว

ประเมินผล สังเกตความสนใจ และการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น / อภิปรายใน กลุ่ม ความตั้งใจและการมีส่วนร่วม

สรุปกิจกรรม ครั้งที่ 1 ผู้ปกครองไม่ค่อยให้ความร่วมมือ ขณะให้ความรู้ไม่ค่อยสนใจ ไม่แสดงความคิดเห็นขณะทำกิจกรรม ผู้วิจัยต้องทำการกระตุ้นกลุ่มให้ผู้ปกครองร่วมแสดง

คิดเห็น มีการให้รางวัลสำหรับคนที่ตอบคำถามทุกคน และให้ผู้ปกครองนำพฤติกรรมบำบัดไปใช้กับเด็กออทิสติกที่บ้าน 1 สัปดาห์ ให้นำไปใช้กับสถานการณ์จริงที่เด็กจะต้องเจอ เช่น การเข้าคิว และการกล่าวคำขอโทษ ยกตัวอย่างคือ การเข้าคิวซื้อขนม การเข้าคิวรอรถ การขอโทษเมื่อทำผิด เป็นต้น และให้ผู้ปกครองบันทึกกิจกรรมต่างๆที่让孩子ทำ ปัญหาอุปสรรคในการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด

รายละเอียดการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในสัปดาห์ที่ 2 (ต่อ)

สัปดาห์ที่ 2 27 ม.ค. 59	รายละเอียด การใช้พฤติกรรมบำบัดสำหรับเด็ก ออทิสติก	รายละเอียดกิจกรรม การใช้พฤติกรรมบำบัดสำหรับ ครอบครัว
10.00-10.15 น. 13.00-13.15 น.	<p>การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ครั้งที่ 2</p> <p>จากการทำกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม</p> <p>-เก้าอี้ดนตรี</p> <p>-จับคู่ของใช้</p>	<p>สรุปพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้าน ครั้งที่ 2</p> <p>กำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกับครอบครัว ครั้งที่ 2</p> <p>1. ทบทวนความรู้เรื่อง</p> <p>-เทคนิคการให้แรงเสริมทางบวก</p> <p>-เทคนิคการให้แรงเสริมทางลบ</p>
10.30-11.00 น. 13.30-14.00 น.	<p>กลุ่มฝึกเรื่องของด้านภาษา ได้แก่ ผลไม้ สัตว์ต่างๆ เป็นต้น</p>	<p>2. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตขณะพยาบาลใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็ก ทำการสอนและสาธิตการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด หลังจากนั้นให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด ให้พยาบาลดู</p>
11.15-12.00 น. 14.15-15.00 น.	<p>การใช้พฤติกรรมบำบัด ครั้งที่ 2</p> <p>-การกล่าวคำขอบคุณ</p>	

รายละเอียดกิจกรรมการใช้พฤติกรรมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติก

รายละเอียดกิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 2 วันที่ 27 มกราคม 2559 กลุ่มเช้า และ กลุ่มบ่าย

ช่วงเวลา 10.00-10.15 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-13.15 น. (กลุ่มบ่าย) พยาบาลผู้ช่วยบำบัดนำเด็กออทิสติก กลุ่มละ 10 คน พร้อมกับครอบครัว เข้ากลุ่มกิจกรรมการพัฒนาทักษะการเข้ากลุ่มสัมพันธ์ ที่จัดโดยพยาบาลวิชาชีพผู้ทำหน้าที่นำกลุ่ม ได้แก่ กิจกรรมเก้าอี้ดนตรี จับคู่ของใช้ โดย

ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนพยาบาลผู้ช่วยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็ก

ช่วงเวลา 10.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.30-14.00 น.(กลุ่มบ่าย) เป็นกลุ่มกิจกรรมเด็กออทิสติกที่ไม่มีครอบครัวร่วม จัดโดยพยาบาลผู้ช่วยบำบัด เป็นกลุ่มฝึกเรื่องของด้านภาษา ได้แก่ การเรียนรู้เรื่องผลไม้(ส้ม/กล้วย/มะม่วง) การเรียนรู้เรื่องสัตว์(ไก่/ช้าง/แมว) เป็นต้น

ช่วงเวลา 11.15-12.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 14.15-15.00 น. (กลุ่มบ่าย) กลุ่มกิจกรรมการพัฒนาทักษะทางสังคมโดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ เรื่องการกล่าวคำขอบคุณ โดยมีการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกเป็นรายบุคคลขณะทำกลุ่ม จัดกลุ่มโดยพยาบาลวิชาชีพผู้นำกลุ่มและใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และร่วมกันสรุป ประเมินผลการใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับครอบครัว เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ครอบครัวใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน 1 สัปดาห์ ตามคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว

สรุปกิจกรรม ครั้งที่ 2 เด็กออทิสติก เริ่มคุ้นเคยกับผู้บำบัด เริ่มมองเห็น สบตา หันมองตามเสียงที่เรียก ให้ความร่วมมือ 15-20 นาที มีบางรายที่ไม่ค่อยมีสมาธิ และยังมีพฤติกรรมทำร้ายคนอื่นในกลุ่ม ผู้วิจัยใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดโดยการให้แรงเสริมทางบวก สำหรับเด็กที่ให้ความร่วมมือโดยการให้ขนมและรางวัลที่เด็กชอบ แต่ยังมีบางรายที่ต้องนำออกจากสถานการณ์ เพื่อให้เด็กสงบลงและกลุ่มดำเนินการต่อไปได้จนเสร็จ

รายละเอียดกิจกรรมสำหรับครอบครัว เพื่อกำหนดเป้าหมายการบำบัด

ช่วงเวลา 10.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.30-14.00 น.(กลุ่มบ่าย)สรุปพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้าน ครอบครัวเข้ากลุ่มรับการสอนจากผู้วิจัย ทบทวนความรู้เรื่องเทคนิคพฤติกรรมบำบัด การให้แรงเสริมทางบวก และการให้แรงเสริมทางลบ ทำการสอน สาธิตทักษะการใช้พฤติกรรมบำบัด และเทคนิคพฤติกรรมบำบัดและ ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการใช้พฤติกรรมบำบัด โดยผู้วิจัยปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัดให้ครอบครัวดู หลังจากนั้นให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัดให้พยาบาลดู จากนั้นมีการกำหนดเป้าหมาย การบำบัดร่วมกับครอบครัว

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคพฤติกรรมบำบัด เรื่องการให้แรงเสริมทางบวก การให้แรงเสริมทางลบ และให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการบำบัด เพื่อให้การบำบัดพฤติกรรมมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม บรรยายให้ข้อมูลความรู้กับครอบครัว เรื่องเทคนิคพฤติกรรมบำบัด การให้แรงเสริมทางบวก การให้แรงเสริมทางลบ และสาธิตการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด หลังจากนั้นให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติตาม พร้อมกับกำหนดเป้าหมายการบำบัด ร่วมกับครอบครัว

ประเมินผล สังเกตความสนใจ และการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น / อภิปรายใน กลุ่ม ความตั้งใจและการมีส่วนร่วม

สรุปกิจกรรม ครั้งที่ 2 ผู้ปกครองเริ่มคุ้นเคย เริ่มมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้วิจัย และผู้ปกครองกันเอง เริ่มซักถามข้อสงสัย และแสดงความคิดเห็นในการให้ความรู้ มีการสอบถามถึงข้อดีและข้อเสียของการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดต่างๆ ต้องใช้บ่อยแค่ไหน ระยะเวลาในการใช้ จากนั้นให้ผู้ปกครองนำพฤติกรรมบำบัดไปใช้กับเด็กออทิสติกที่บ้าน 1 สัปดาห์ ให้นำไปใช้กับสถานการณ์จริงที่เด็กจะต้องเจอขณะอยู่ที่บ้าน เช่น การกล่าวคำขอบคุณ ยกตัวอย่างคือ การของคุณเมื่อผู้ใหญ่ให้ขนม และให้ผู้ปกครองบันทึกกิจกรรมต่างๆที่ให้ได้ทำ ปัญหาอุปสรรคในการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด และการเรียนรู้ที่ได้รับจากกิจกรรมนี้

รายละเอียดการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในสัปดาห์ที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์ที่ 3 3 ก.พ.59	รายละเอียด การใช้พฤติกรรมบำบัดสำหรับเด็ก ออทิสติก	รายละเอียดกิจกรรม การใช้พฤติกรรมบำบัดสำหรับ ครอบครัว
10.00-10.15 น. 13.00-13.15 น.	การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ครั้งที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ภายใน กลุ่ม -แข่งกันแต่งตัว -แข่งกันระบายสี/ต่อภาพปริศนา	สรุปพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่ บ้าน ครั้งที่ 3 กำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกับ ครอบครัว ครั้งที่ 3 1. ทบทวนความรู้เรื่อง -การนำออกไปจากสถานการณ์ -การเพิกเฉย/การลงโทษ
10.30-11.00 น. 13.30-14.00 น.	กลุ่มฝึกเรื่องของด้านภาษา ได้แก่ ผลไม้ สัตว์ต่างๆ เป็นต้น	2. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการ สังเกตขณะพยาบาลใช้พฤติกรรม บำบัดกับเด็ก ทำการสอนและสาธิต การใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด หลังจากนั้นให้ครอบครัวทดลอง ปฏิบัติการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด ให้พยาบาลดู
11.15-12.00 น. 14.15-15.00 น.	การใช้พฤติกรรมบำบัด ครั้งที่ 3 -เก็บของเล่นและของใช้ส่วนตัว	

รายละเอียดกิจกรรมการใช้พฤติกรรมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติก

รายละเอียดกิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 3 วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2559 กลุ่มเช้า และ กลุ่มบ่าย

ช่วงเวลา 10.00-10.15 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-13.15 น.(กลุ่มบ่าย) พยาบาลผู้ช่วยบำบัด จะช่วยนำเด็กออทิสติก กลุ่มละ 10 คน พร้อมกับครอบครัว เข้ากลุ่มกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ ภายในกลุ่ม ที่จัดโดยพยาบาลวิชาชีพผู้ทำหน้าที่นำกลุ่ม ได้แก่ กิจกรรมแข่งกันแต่งตัว แข่งกันระบาย สี โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็ก มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนพยาบาลผู้ช่วยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็ก

ช่วงเวลา 10.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.30-14.00 น.(กลุ่มบ่าย) เป็นกลุ่มกิจกรรมเด็ก ออทิสติกที่ไม่มีครอบครัวร่วม จัดโดยพยาบาลผู้ช่วยบำบัด เป็นกลุ่มฝึกเรื่องของด้านภาษาได้แก่ การ เรียนรู้เรื่องผลไม้(ส้ม/กล้วย/มะม่วง) การเรียนรู้เรื่องสัตว์(ไก่/ช้าง/แมว) เป็นต้น

ช่วงเวลา 11.15-12.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 14.15-15.00 น. (กลุ่มบ่าย) กลุ่มกิจกรรมการ พัฒนาทักษะทางสังคมโดยใช้การแสดงบทบาทสมมุติ เรื่อง การเก็บของเล่นและของใช้ส่วนตัว โดยมีการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกเป็นรายบุคคลขณะทำกลุ่ม จัดกลุ่มโดยพยาบาลวิชาชีพ ผู้นำกลุ่มและใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลใช้ พฤติกรรมบำบัดกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และร่วมกันสรุป ประเมินผลการใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับครอบครัว เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ครอบครัวใช้พฤติกรรม บำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน 1 สัปดาห์ ตามคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว

สรุปกิจกรรม ครั้งที่ 3 เด็กฟังคำสั่งดีขึ้น ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม 20-30 นาที ขณะ ทำกลุ่มพบพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง มีเด็กบางรายที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนสามารถนั่งทำกิจกรรม กลุ่มได้จนจบและรอรับของรางวัลตามข้อตกลง มีบางรายที่ไม่ค่อยมีสมาธิแต่พอกระตุ้นก็ให้ความ ร่วมมือและร่วมกิจกรรมได้

รายละเอียดกิจกรรมสำหรับครอบครัว เพื่อกำหนดเป้าหมายการบำบัด

ช่วงเวลา 10.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.30-14.00 น.(กลุ่มบ่าย) สรุปพฤติกรรม ก้าวร้าวของเด็กที่บ้าน ครอบครัวเข้ากลุ่มรับการสอนจากผู้วิจัย ทบทวนความรู้เรื่องเทคนิคพฤติกรรม บำบัด การนำออกไปจากสถานการณ์ การเพิกเฉย การลงโทษ ทำการสอน สาธิตทักษะการใช้ พฤติกรรมบำบัดและเทคนิคพฤติกรรมบำบัดและ ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการใช้พฤติกรรมบำบัด โดยผู้วิจัยปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัดให้ครอบครัวดู หลังจากนั้นให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติการใช้ พฤติกรรมบำบัดให้พยาบาลดู จากนั้นมีการกำหนดเป้าหมาย การบำบัดร่วมกับครอบครัว

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคพฤติกรรมบำบัด การนำออกไปจากสถานการณ์ การเพิกเฉย การลงโทษ และให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการบำบัดเพื่อให้การบำบัดพฤติกรรมมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม บรรยายให้ข้อมูลความรู้กับครอบครัว เรื่องเทคนิคพฤติกรรมบำบัด การนำออกไปจากสถานการณ์ การเพิกเฉย การลงโทษ และสาธิตการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด หลังจากนั้นให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติตาม พร้อมกับกำหนดเป้าหมายการบำบัด ร่วมกับครอบครัว

ประเมินผล สังเกตความสนใจ และการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น / อภิปรายใน กลุ่ม ความตั้งใจและการมีส่วนร่วม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ช่วยผู้วิจัยสัมภาษณ์ครอบครัวตอบแบบวัดความสามารถ การปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่บ้าน

สรุปกิจกรรม ผู้ปกครองได้รับความรู้เพิ่มขึ้น จากการซักถามผู้ปกครองตอบได้และสามารถอธิบายได้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมบำบัดและเทคนิคต่างๆที่นำมาใช้กับเด็ก และร่วมแสดงความคิดเห็น เสาะประสบการณ์ต่างๆที่เคยปฏิบัติมาเพื่อเป็นการเรียนรู้ให้กับผู้ปกครองรายอื่นๆ จากนั้นให้ผู้ปกครองนำพฤติกรรมบำบัดไปใช้กับเด็กออทิสติกที่บ้าน 1 สัปดาห์ ให้นำไปใช้กับสถานการณ์จริงที่เด็กจะต้องเจอขณะอยู่ที่บ้าน เช่น การเก็บของเล่นและของใช้ส่วนตัว ยกตัวอย่างคือ เมื่อเด็กเล่นของเล่น ก็ต้องบอกให้เด็กเก็บของเล่นเอง และให้ผู้ปกครองบันทึกกิจกรรมต่างๆที่让孩子ทำ ปัญหาอุปสรรคในการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด และการเรียนรู้ที่ได้รับจากกิจกรรมนี้

รายละเอียดการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในสัปดาห์ที่ 4 (ต่อ)

สัปดาห์ที่ 4 10 ก.พ.59	รายละเอียด	รายละเอียดกิจกรรม
	การใช้พฤติกรรมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติก	การใช้พฤติกรรมบำบัดสำหรับครอบครัว
สัปดาห์ที่ 4	โทรศัพท์กระตุ้นและส่งเสริมการใช้พฤติกรรมบำบัด และสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งให้กำลังใจครอบครัว	สรุปพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้านครั้งที่ 4

รายละเอียดกิจกรรมการใช้พฤติกรรมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติก

รายละเอียดกิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 4 วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2559

โทรศัพท์กระตุ้นและส่งเสริมให้ครอบครัวใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน ตามคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว

รายละเอียดกิจกรรมสำหรับครอบครัว เพื่อกำหนดเป้าหมายการบำบัด

โทรศัพท์กระตุ้นและส่งเสริมให้ครอบครัวใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน และให้คำแนะนำพร้อมกับให้กำลังใจครอบครัว และเตือนให้ครอบครัวทำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติกและนำมาให้ผู้วิจัย

สรุปกิจกรรม ครั้งที่ 4 โทรศัพท์ติดตาม ผู้ปกครองให้ความร่วมมือดี มีข้อซักถามเพิ่มเติมถึงระยะเวลาของการใช้พฤติกรรมบำบัด ระยะเวลาการใช้หลังจากจบกิจกรรม มีการให้การบ้านไปทำต่อเนืองที่บ้าน และมีการติดตามผลเป็นระยะๆ

การกำกับการทดลอง

แบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่บ้าน เป็นการวัดความสามารถของครอบครัวที่เข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยสัมภาษณ์วัดความสามารถในการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดกับเด็กที่บ้าน เมื่อสิ้นสุดการบำบัด สัปดาห์ที่ 3 ในวันที่ 3-4 กุมภาพันธ์ 2559 กำหนดให้ครอบครัวปฏิบัติตามคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มที่กำหนดให้ โดยกำหนดให้ปฏิบัติตามร้อยละ 80 ขึ้นไป ดังตาราง 3 นี้

ตารางที่ 3 ค่าร้อยละแบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่บ้าน ของครอบครัว

ครอบครัวที่	ร้อยละ	ข้อที่ไม่สามารถปฏิบัติได้
1	90	ข้อ 5 ควบคุมอารมณ์/พฤติกรรมของตัวเองไม่ได้ เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว
2	90	ข้อ 5 ควบคุมอารมณ์/พฤติกรรมของตัวเองไม่ได้ เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว
3	90	ข้อ 5 ควบคุมอารมณ์/พฤติกรรมของตัวเองไม่ได้ เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว
4	80	ข้อ 5 ควบคุมอารมณ์/พฤติกรรมของตัวเองไม่ได้ เมื่อเด็กแสดง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ครอบครัวที่	ร้อยละ	ข้อที่ไม่สามารถปฏิบัติได้
5	90	พฤติกรรมก้าวร้าว และข้อ 10 เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสมถูกต้อง ข้อ 9 ใช้เทคนิค หลีกเลี่ยง การให้รางวัลไม่ถูกต้อง
6	100	-
8	90	ข้อ 10 เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสมถูกต้อง
9	90	ข้อ 5 ควบคุมอารมณ์/พฤติกรรมของตนเองไม่ได้ เมื่อเด็กแสดง พฤติกรรมก้าวร้าว
10	90	ข้อ 9 ใช้เทคนิค หลีกเลี่ยง การให้รางวัลได้ถูกต้อง
11	100	-
15	80	ข้อ 5 ควบคุมอารมณ์/พฤติกรรมของตนเองไม่ได้ เมื่อเด็กแสดง พฤติกรรมก้าวร้าวและ ข้อ 11.ใช้คำพูดที่เหมาะสม/ถูกต้อง
16	100	-
17	90	ข้อ 10 เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสมถูกต้อง
18	100	-
19	80	ข้อ 5 ควบคุมอารมณ์/พฤติกรรมของตนเองไม่ได้ เมื่อเด็กแสดง พฤติกรรมก้าวร้าวและ ข้อ 10 เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสมถูกต้อง
20	90	ข้อ 10 เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสมถูกต้อง

จากตารางที่ 3 จะพบว่าครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรม ได้คะแนนความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่บ้าน ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ทั้งหมดจำนวน 20 ราย ส่วนในรายที่ได้ค่าร้อยละไม่ถึง 100 พบว่า ข้อที่เกิดปัญหามากที่สุด คือ ข้อ 5 เรื่องการควบคุมอารมณ์พฤติกรรมตนเองไม่ได้ เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ ลงโทษเด็กอย่างรุนแรง ส่วนข้อที่พบปัญหาหลงมา คือ ข้อ 9 และ 10 พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่เลือกวิธีการจัดการพฤติกรรมไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยได้ให้ครอบครัวทบทวนความรู้และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ในข้อที่ปฏิบัติไม่ได้ในทุกครอบครัว

3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test)

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือโดยให้ครอบครัวที่ดูแลเด็กออทิสติก นำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวไปประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่ที่บ้านทุกวัน เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ก่อนดำเนินการทดลอง และเก็บแบบประเมินก่อนการทดลองในวันแรกที่พาเด็กมาเข้าร่วมกิจกรรมพฤติกรรมบำบัด

รวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Post-test)

กลุ่มทดลอง ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกที่บ้าน หลังดำเนินการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 โดยครอบครัวประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก (Post-test) และนำผลมาให้ผู้วิจัยเมื่อสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 4 จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

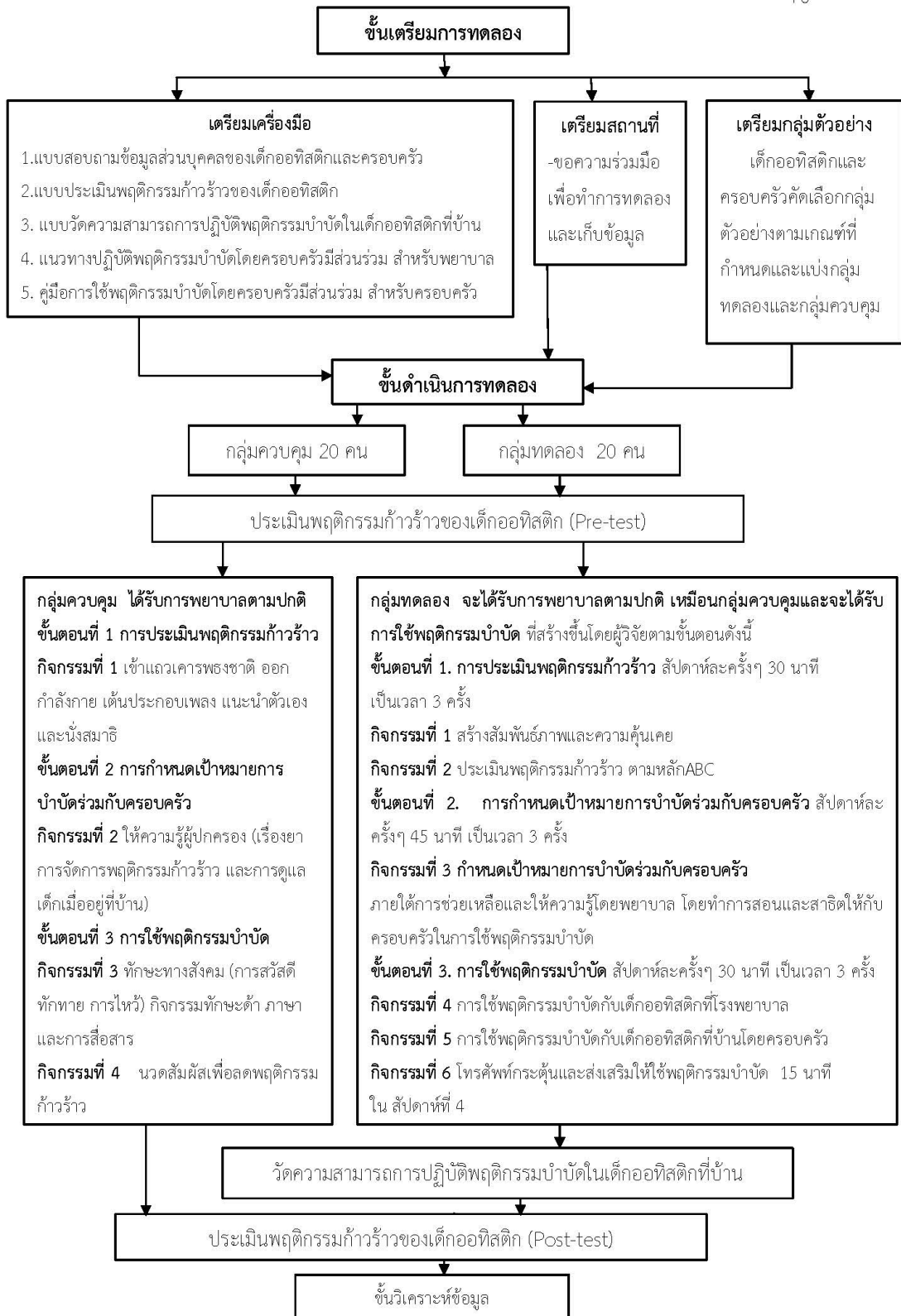
กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงครอบครัว เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ครอบครัว ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก (Post-test) และนำผลมาให้ผู้วิจัยเมื่อสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 4 จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าสถิติตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์แจกแจงโดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-Rank test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U Test
4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Control Group Design) โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าว ของเด็กออทิสติก ที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม กับกลุ่มเด็กออทิสติกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กออทิสติก อายุ 6-12 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงและครอบครัวเด็กออทิสติก ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล จำนวน 40 คู่ ซึ่งถูกจับคู่ (Matched - pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องของเพศของเด็กออทิสติก และการศึกษาของครอบครัว แล้วถูกสุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัดคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest -Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติก จำแนกตาม เพศ อายุ บุตรคนที่ การรักษาในปัจจุบัน อายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	13	65	13	65	26	65
หญิง	7	35	7	35	14	35
อายุ						
6-7 ปี	4	20	5	25	9	22.5
8-9 ปี	7	35	10	50	17	42.5
10-12 ปี	9	45	5	25	14	35
บุตรคนที่						
1	16	80	17	85	33	82.5
2	3	15	2	10	5	12.5
3	1	5	1	5	2	5
การรักษาในปัจจุบัน						
ได้รับยา	17	85	11	55	28	70
ไม่ได้รับ	3	15	9	45	12	30
พฤติกรรมก้าวร้าว						
ก้าวร้าวทางวาจา	3	15	4	20	7	17.5
ก้าวร้าวทางกาย	12	60	10	50	22	55
ทำลายสิ่งของ	5	25	6	30	11	27.5

จากตารางที่ 5 พบว่า เด็กออทิสติกทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65 เท่ากัน ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 10-12 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และช่วงอายุ 8-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 เป็นบุตรคนที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 80 และ 85 ตามลำดับ การรักษาในปัจจุบันส่วนใหญ่ได้รับยา คิดเป็นร้อยละ 80 และ 55 ตามลำดับ และอาการเมื่อเด็กโกรธหรือก้าวร้าวจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย คิดเป็นร้อยละ 60 และ 50 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของครอบครัว จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	1	5	2	10	3	7.5
หญิง	19	95	18	90	37	92.5
อายุ (ปี)						
20-29 ปี	1	5	2	10	3	7.5
30-39 ปี	5	25	6	30	11	27.5
40-49 ปี	10	50	8	40	18	45
50-59 ปี	3	15	4	20	7	17.5
60 ปีขึ้นไป	1	5	-	-	1	2.5
สถานภาพสมรส						
คู่	14	70	16	80	30	75
หม้าย/หย่าร้าง	6	30	4	20	10	25
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	2	10	2	10	4	10
มัธยมศึกษา	8	40	8	40	16	40
ปวช./ปวส.อนุปริญญา	4	20	5	25	9	22.5
ปริญญาตรี	6	30	5	25	11	27.5

จากตารางที่ 6 ครอบครัวของเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95 และ 90 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 50 และ 40 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คู่ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 70 และ 80 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในช่วงมัธยมศึกษา ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของครอบครัว จำแนกตาม อาชีพ ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก ความสัมพันธ์

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
เกษตรกร	1	5	-	-	1	2.5
รับจ้าง	3	15	2	10	5	12.5
ค้าขาย	7	35	6	30	13	32.5
แม่บ้าน	5	25	7	35	12	30
รับราชการ	1	5	1	5	2	5
อื่นๆ	3	15	4	20	7	17.5
ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก						
1-3 ปี	3	15	2	10	5	12.5
4-6 ปี	5	25	6	30	11	27.5
7-9 ปี	5	25	9	45	14	35
10-12 ปี	7	35	3	15	10	25
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก						
บิดา	1	5	2	10	3	7.5
มารดา	13	65	14	70	27	67.5
ปู่/ย่า	-	-	1	5	1	2.5
ตา/ยาย	3	15	2	10	5	12.5
ลุง/ป้า	2	10	1	5	3	7.5
น้ำ/อา	1	5	-	-	1	2.5

จากตารางที่ 7 พบว่า ครอบครัวเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 35 และครอบครัวเด็กออทิสติกในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 35 ระยะเวลาที่ดูแลเด็กส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง คือช่วง 4-6 ปี และ 7-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 และระยะเวลาที่ดูแลเด็กส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุม คือช่วง 7-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และความเกี่ยวข้องกับเด็กทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มารดาเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 65 และ 70 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

ตารางที่ 7 คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวและการแปลผลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง (Pre-Test) หลังทดลอง (Post-test) จำแนกทางกาย ทางวาจา และทางสิ่งของ

คู่ที่	กลุ่มควบคุม								กลุ่มทดลอง								ผลต่าง ของ กลุ่ม ทดลอง
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				
	ทาง กาย	ทาง วาจา	สิ่ง ของ	รวม	ทาง กาย	ทาง วาจา	สิ่ง ของ	รวม	ทาง กาย	ทาง วาจา	สิ่ง ของ	รวม	ทาง กาย	ทาง วาจา	สิ่ง ของ	รวม	
1	10	4	-	14	14	2	-	16	10	-	-	10	6	-	-	6	4
2	10	-	-	10	9	3	-	12	12	3	-	15	9	2	-	11	4
3	12	-	3	15	15	-	2	17	15	-	3	18	10	2	2	14	4
4	14	2	-	16	17	3	-	20	9	5	-	14	6	4	-	10	4
5	8	-	3	11	10	2	3	15	9	-	-	9	6	-	-	6	3
6	10	5	3	18	14	6	2	22	6	5	-	11	3	2	-	5	6
7	-	10	-	10	4	9	-	13	10	3	2	15	6	2	2	10	5
8	7	3	2	12	10	2	-	12	8	-	-	8	4	-	-	4	4
9	9	-	-	9	10	-	3	13	9	-	3	12	5	2	2	9	3
10	10	-	3	13	12	2	2	16	13	2	2	17	11	-	4	15	2
11	9	5	3	17	15	4	-	19	15	3	3	21	12	5	-	17	4
12	6	4	-	10	10	2	-	12	10	-	-	10	6	-	-	6	4
13	10	-	-	10	12	2	-	14	12	3	-	15	10	2	-	12	3
14	7	5	-	12	7	3	4	14	10	10	-	20	8	6	-	14	6
15	-	8	-	8	-	5	3	8	4	3	-	7	-	3	-	3	4
16	5	3	3	11	8	4	2	14	7	4	2	13	5	2	-	7	6
17	8	-	2	10	10	-	3	13	10	5	-	15	7	2	-	9	6
18	7	9	2	18	12	8	-	20	11	-	-	11	7	-	-	7	4
19	9	10	2	21	8	13	3	24	-	10	-	10	2	6	-	8	2
20	-	4	5	9	-	5	6	11	4	5	-	9	2	3	-	5	4
รวม	151	72	31	254	197	75	33	305	184	61	15	260	125	43	10	178	82
\bar{X}	8.8	5.5	2.8	12.	$\frac{10.9}{4}$	4.4	3.0	$\frac{15.2}{5}$	9.6	4.6	2.5	13	6.5	3.0	2.5	8.9	4.1
	8	4	2	7	1	0			8	9			8	7			
SD	2.2	2.7	0.8	3.6	3.2	3.0	1.1	4.0	3.0	2.5	0.5	3.9	2.8	1.5	1.0	3.9	1.21
	0	6	7	6	6	8	8	2	7	6	5	7	7	4	0	3	

จากตารางที่ 7 ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย พบมากที่สุด คือ 8.88 และ 9.86 ตามลำดับ

หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย เด็กออทิสติกของกลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น จาก 8.88 เป็น 10.94 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา เด็กออทิสติก ของกลุ่มควบคุม ลดลงจาก 5.54 เป็น 4.41 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางสิ่งของเด็กออทิสติก ของกลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้นจาก 2.82 เป็น 3.0

หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายเด็กออทิสติก ของกลุ่มทดลอง ลดลง จาก 9.68 เป็น 6.58 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาเด็กออทิสติก ของกลุ่มทดลอง ลดลง จาก 4.69 เป็น 3.07 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางสิ่งของเด็กออทิสติก ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 2.5

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว	\bar{X}	SD	Z	Sig
กลุ่มทดลอง				
หลังการทดลอง	8.90	3.93	-3.983	.000***
ก่อนการทดลอง	13.00	3.97		

จากตารางที่ 8 พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ภายหลังจากได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีพฤติกรรมก้าวร่ววน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัด

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกรายด้าน ก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

พฤติกรรมก้าวร้าว	\bar{X}	SD	Z	Sig.
ก้าวร้าวทางกาย				
ก่อนการทดลอง	9.68	3.07	-3.764	.000*
หลังการทดลอง	6.58	2.87		
ก้าวร้าวทางวาจา				
ก่อนการทดลอง	4.69	2.56	-2.420	.016*
หลังการทดลอง	3.07	1.54		
ก้าวร้าวต่อสิ่งของ				
ก่อนการทดลอง	2.50	0.55	.000	1.000
หลังการทดลอง	2.50	1.00		

จากตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกรายด้าน ได้แก่ ทางกาย ทางวาจา และต่อสิ่งของ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม พบว่า

พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายของเด็กออทิสติก ภายหลังจากได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาของเด็กออทิสติก ภายหลังจากได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัด

และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของของเด็กออทิสติก ภายหลังจากได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว	\bar{X}	SD	Mann-Whitney U Test	Sig.
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	8.90	3.93	545.400	.000***
กลุ่มควบคุม	15.25	4.02		

จากตารางที่ 10 พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก กลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.90 และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.25 เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกัน พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีพฤติกรรมก้าวร่ววน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกรายด้าน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)

พฤติกรรมก้าวร้าว	\bar{X}	SD	Mann-Whitney U Test	Sig.
ก้าวร้าวทางกาย				
กลุ่มทดลอง	6.58	2.87	54.500	.000*
กลุ่มควบคุม	10.94	3.26		
ก้าวร้าวทางวาจา				
กลุ่มทดลอง	3.07	1.54	88.000	.000*
กลุ่มควบคุม	4.41	3.08		
ก้าวร้าวต่อสิ่งของ				
กลุ่มทดลอง	2.50	1.00	16.000	.000*
กลุ่มควบคุม	3.00	1.18		

จากตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกรายด้าน ได้แก่ ทางกาย ทางวาจา และต่อสิ่งของ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า

พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายของเด็กออทิสติก ภายหลังจากได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาของเด็กออทิสติก ภายหลังจากได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของของเด็กออทิสติก ภายหลังจากได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Control group design) (Burns & Glove, 2005) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ตัวแปรต้น คือ พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัด
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กกว่าเป็นออทิสติกที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน และครอบครัวเด็กออทิสติก

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติก อายุ 6-12 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือญาติให้ประวัติว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

2.ครอบครัวเด็กออทิสติก คือ ผู้ดูแลโดยตรงที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก ที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ อายุ เป็นบุตรคนที่ ประวัติการได้รับยาและประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว และข้อมูลของครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็ก ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก โดยผู้วิจัยนำมาจากอัญชรส ทองเพชร (2554) ที่ใช้กับเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ .92 และจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของการสังเกตได้เท่ากับ .81 ,.85 ,.90 ,.92 และ .93 ตามลำดับ

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

2.1. แนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับพยาบาล

2.2. คู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว

คู่มือทั้งสองชุดนี้ สร้างโดยผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบำบัด ซึ่งแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดนี้ พัฒนาจากอัญชรส ทองเพชร (2554) มีรูปแบบของโปรแกรมตามแนวคิดของ Goodman & Scott (2005) เป็นแนวทางพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 3 ขั้นตอน อายุ 6-12 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้วิจัยศึกษารูปแบบของโปรแกรมมาประกอบกับการใช้ แนวคิดของ Goodman & Scott (2012) ซึ่งพัฒนาวิธีการโดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กของ Scheppe (1995)

คู่มือทั้งสองชุดนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ของแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับพยาบาล ได้ค่า CVI เท่ากับ .91 และคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว ได้ค่า CVI เท่ากับ .95

2.3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัด ในเด็กออทิสติกที่บ้านของครอบครัว ผู้วิจัยนำมาจากอัญชรส ทองเพชร(2554) ซึ่งนำมาพัฒนาและปรับปรุง โดยให้ครอบครัวประเมินเนื้อหาในคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

(สำหรับครอบครัว) จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ .90 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตร(KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 (แสดงผลการคำนวณในภาคผนวก)

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยได้แบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะการประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.ระยะเตรียมการ มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบำบัด เทคนิคการใช้พฤติกรรมบำบัด และการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อม เพื่อเป็นผู้มีความรู้ในการใช้พฤติกรรมบำบัด จัดทำแผนการดำเนินการศึกษา และจัดเตรียมเครื่องมือ เตรียมสถานที่ที่ใช้ในการทำการทดลอง จัดเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ จากนั้น นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินงานเตรียมครอบครัวในการใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก

2.ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1.ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และการได้รับยา และข้อมูลของครอบครัว

2. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกและให้ครอบครัว ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกที่บ้าน ตามแบบประเมินประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว แล้วนำมาให้พยาบาลอีก 1 อาทิตย์

3.เด็กออทิสติกและครอบครัวจะได้รับการพยาบาลตามปกติ กิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพแผนกผู้ป่วยใน จัดให้ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

4. สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยกระตุ้นและเตือนให้ครอบครัวทำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกที่บ้านและนำผลไปให้พยาบาลผู้วิจัย พร้อมทั้งมารับการตรวจรักษาตามนัด

2.2 กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติกและครอบครัว ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และการได้รับยา และข้อมูลของครอบครัว

2. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกและให้ครอบครัวประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกที่บ้าน ตามแบบประเมินประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว แล้วนำมาให้พยาบาลอีก 1 อาทิตย์ ในวันที่เข้ากิจกรรมกลุ่ม
3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง การใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

การกำกับการทดลอง

แบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่บ้าน เป็นการวัดความสามารถของครอบครัวที่เข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยสัมภาษณ์วัดความสามารถในการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดกับเด็กที่บ้าน เมื่อสิ้นสุดการบำบัด สัปดาห์ที่ 3 ในวันที่ 3-4 กุมภาพันธ์ 2559 กำหนดให้ครอบครัวปฏิบัติตามคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (สำหรับครอบครัว) พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มที่กำหนดให้ โดยกำหนดให้ปฏิบัติตามร้อยละ 80 ขึ้นไป พบว่าครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรม ได้ค่าร้อยละตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ทั้งหมดจำนวน 20 ราย ส่วนในรายที่ได้ค่าร้อยละไม่ถึง 100 พบว่า ข้อที่เกิดปัญหามากที่สุด คือ ข้อ 5 เรื่องการควบคุมอารมณ์พฤติกรรมตนเองไม่ได้ เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ ลงโทษเด็กอย่างรุนแรง ส่วนข้อที่พบปัญหาหลงลงมา คือ ข้อ 9 และ 10 พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เลือกวิธีการจัดการพฤติกรรมไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยได้ให้ครอบครัวทบทวนความรู้และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ในข้อที่ปฏิบัติไม่ได้ในทุกครอบครัว

3.ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test)

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือโดยให้ครอบครัวที่ดูแลเด็กออทิสติกนำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวไปประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่ที่บ้านทุกวัน เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ก่อนดำเนินการทดลอง และเก็บแบบประเมินก่อนการทดลองในวันแรกที่พาเด็กมาเข้าร่วมกิจกรรมพฤติกรรมบำบัด

รวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Post-test)

กลุ่มทดลอง ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกที่บ้าน หลังดำเนินการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 โดยครอบครัวจะประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก (Post-test) และนำผลมาให้ผู้วิจัยเมื่อสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 4 จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงครอบครัว เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ครอบครัว ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก (Post-test) และนำผลมาให้ผู้วิจัยเมื่อสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 4 จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าสถิติตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์แจกแจงโดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-Rank test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U Test
4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ภายหลังจากได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีพฤติกรรมก้าวร่วมน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัด

2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก กลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.90 และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.25 เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกัน พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีพฤติกรรมก้าวร่วมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม น้อยกว่าก่อนได้รับพฤติกรรมบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม น้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัด

ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบ ดังต่อไปนี้

ในส่วนของการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อพิจารณาแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับพยาบาล ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Goodman & Scott (2012) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของ Schepp (1995) โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี เช่น กิจกรรมปะแป้ง กิจกรรมเก้าอี้ดนตรี กิจกรรมแข่งขันแต่งตัว กิจกรรมการเข้าคิว กิจกรรมกล่าวคำขอโทษ/กล่าวคำขอบคุณ และกิจกรรมเก็บของเล่นและของใช้ส่วนตัว เด็กได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยผ่านกระบวนการและกิจกรรมต่างๆ จะเห็นได้ว่าเมื่อเด็กออทิสติกได้รับการสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดีโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ปฏิบัติจริงตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ชัดเจนทั้งกิจกรรมและระยะเวลา พบว่าภายหลังจากการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เด็กออทิสติกมีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสถานการณ์ต่างๆ ลดลงอย่างชัดเจน ทั้งจากการสังเกตโดยครอบครัวที่บ้านและการสังเกตโดยพยาบาลขณะเด็กร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชรส ทองเพชร (2554) ที่ใช้พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก แผนกผู้ป่วยนอก เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง

จะเห็นได้ว่าการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ยังช่วยให้ครอบครัวเด็กออทิสติกมีความรู้และความเข้าใจในการใช้พฤติกรรมบำบัดในการดูแลเด็ก โดยมีการสอนและสาธิตการใช้พฤติกรรมบำบัด ตามคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว เน้นให้ครอบครัวนำกลับไปปฏิบัติตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวของเด็กออทิสติกมีทักษะ ความรู้และความสามารถที่จะนำพฤติกรรมบำบัดไปใช้กับเด็กออทิสติกที่บ้าน จนทำให้ครอบครัวเกิดความตระหนัก และเกิดผลระยะยาวในการดูแลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Roberts et al. (2011) ได้อธิบายว่าการสอน การอบรมให้ความรู้และทักษะต่างๆ ให้กับครอบครัวเด็กออทิสติก เป็นปัจจัยหลักที่จะนำไปดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างต่อเนื่องและเป็นสิ่งท้าทายสำหรับครอบครัว ดังนั้นการให้ความรู้กับครอบครัวเด็กออทิสติกและให้เข้ามามีส่วนร่วมก็จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างถูกต้อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hillman (2006) พบว่า การนำพฤติกรรมบำบัดไปใช้ในการบำบัดเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พบว่าเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง นอกจากนี้การใช้พฤติกรรมบำบัดใน

การรักษาเด็กออทิสติกที่มีอาการระดับรุนแรง ยังพบว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอื่นๆลดลงในช่วงของการบำบัด

ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือเด็กออทิสติก ในกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนทักษะทางสังคม การทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกับเพื่อน รู้จักกฎกติกา ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะทางสังคมพร้อมๆกับได้รับการใช้พฤติกรรมบำบัดและเทคนิคพฤติกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการพัฒนาทักษะทางสังคม ช่วยให้บุคคลสามารถดำรงรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิต(Thomas et al.,2011) อีกทั้งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยให้เด็กออทิสติกได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ มีการรับรู้ตนเองทำให้ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น รู้สึกถึงการมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคม จนมีการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น อีกทั้งการเข้าร่วมในกิจกรรมโดยใช้พฤติกรรมบำบัด ทำให้เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้และทักษะต่างๆในการอยู่ร่วมกันในกลุ่ม ซึ่งการพัฒนาทักษะต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้เด็กออทิสติกมีการพัฒนาตนเองให้เกิดทักษะการเข้าสังคม นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้น

สรุปได้ว่า การพยาบาลที่เน้นพฤติกรรมบำบัด เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก เป็นการพยาบาลที่มีการวางแผน ปฏิบัติการพยาบาลโดยมีแนวทางปฏิบัติ ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชที่จะต้องให้การพยาบาลเด็กออทิสติก ทำให้ง่ายต่อการเข้าใจ ในทีมบุคลากรพยาบาล มีการบันทึกผลลัพธ์และการประชุมร่วมกันเพื่อปรึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กและวิธีการแก้ไขพฤติกรรมเหล่านั้น ซึ่งวิธีการมีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกันถึงที่บ้านของเด็ก เพื่อให้ได้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของเด็กออทิสติกและครอบครัว ตรงตามปัญหาอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม โดยยึดเด็กออทิสติกและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พยาบาลต้องส่งเสริมและสนับสนุนครอบครัวเด็กออทิสติก สามารถพัฒนาทักษะต่างๆได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

2.พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก กลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบ ดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นการบำบัดหนึ่งซึ่งช่วยให้เด็กออทิสติกลดพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้ เนื่องจากพฤติกรรมบำบัดช่วยให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรมต่างๆที่เหมาะสมและเกิดการเลียนแบบที่ถูกต้อง เช่น การเข้าคิว การกล่าวคำขอบคุณ การกล่าวคำขอโทษ การเก็บของเล่นและของใช้ส่วนตัว นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับการพยาบาลตามปกติด้วย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการ

ควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ได้แก่ เพศของเด็ก เพศชายมักมีความรุนแรงกว่าเพศหญิง(Chou et al.,2010) และการศึกษาของครอบครัว พบว่าการศึกษาที่สูงย่อมมีทักษะและวิธีการเรียนรู้มากกว่า เนื่องจากมีการศึกษาค้นคว้าหาความรู้มากกว่า (Maskoto, 2006 & Mazurek et al ,2013) จากนั้นจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้น ผลการวิจัยที่พบจึงสามารถสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆตามขั้นตอนตามแนวคิดของ Goodman & Scott (2012) ร่วมกับแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของ Schepp (1995) ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกลดลง

สรุปได้ว่า การให้การพยาบาลโดยเน้นพฤติกรรมบำบัด เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก จากการวิจัยครั้งนี้ เป็นกระบวนการวางแผนที่ชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติและคู่มือ มีอุปกรณ์ในการดำเนินการกับเด็กออทิสติก เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีพัฒนาการที่ดีขึ้น มีการบันทึกและประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่ครอบครัวพบขณะดำเนินการทดลอง และรวมกันแก้ไขปัญหาโดยเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทให้มากที่สุด เพื่อความต่อเนื่องในการปฏิบัติที่บ้าน ทำให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองตามที่มีอยู่ และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ทำให้เห็นถึงโอกาสพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาผลของพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะดังนี้

1. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยจัดเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในโรงพยาบาลและที่บ้านได้ โดยมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบทที่จะนำไปใช้ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลเด็กออทิสติก
2. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาระบบการพยาบาลเด็กออทิสติกในโรงพยาบาล โดยเน้นการใช้พฤติกรรมบำบัดในการดูแลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
3. ควรมีการติดตามครอบครัวเป็นระยะๆ เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ครอบครัวได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

4.คู่มือแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว ควรเพิ่มเติมกิจกรรมให้ครอบครัวกลับไปทำที่บ้านอย่างต่อเนื่อง หลังจากกิจกรรมทั้ง 4 สัปดาห์ครบแล้ว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไป คณะนักพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน ทางกาย ทางวาจา และต่อสิ่งของ พบว่า พฤติกรรมที่ลดลงมี 2 ด้าน คือ พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา แต่มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ มีพฤติกรรมเพิ่มขึ้นและเท่าเดิม จึงควรมีการศึกษาในงานวิจัยต่อไป และในช่วงระยะเวลาที่ผู้ปกครองนำพฤติกรรมบำบัดไปใช้กับผู้ป่วยที่บ้าน ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เช่น การโทรศัพท์เพื่อติดตามและให้คำปรึกษากับผู้ปกครอง ตลอดจน เพื่อให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ปกครองของเด็กออทิสติก ให้มีการใช้พฤติกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่อง



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

งานเวชสถิติสถาบันราชานุกูล.(2556).รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี.กรุงเทพฯ:

สถาบันราชานุกูล

งานสถิติโรงพยาบาลยุวประสาททวโยปถัมภ์.(2553) .รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงประจำปี.

สมุทรปราการ:โรงพยาบาลยุวประสาททวโยปถัมภ์.

จินตนา ยูนิพันธ์.(2544).การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น.ในเอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช.หน่วยที่ 8- 10. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.หน้า 10.นนทบุรี:สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

จินตนา ยูนิพันธ์.(2546).มาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเด็กออทิสติก.สำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลจิตเวช.โรงพยาบาลยุวประสาททวโยปถัมภ์.จังหวัดสมุทรปราการ:ช.แสงงามการพิมพ์

จิราพร ศรีเจริญกาญจน์.(2551).แนวทางแก้ไขพฤติกรรมออทิสซึม.กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จริยา จุฑากิสิทธิ์ และ นิชรา เรื่องดารกานนท์.(2551).กลุ่มอาการออทิสซึม.ใน นิชรา เรื่องดารกานนท์,ชาครียา อีรเนตร,รวีวรรณ รุ่งไพรวัลย์,ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย และนิตยา คชภักดี (บรรณาธิการ).ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก.กรุงเทพมหานคร.โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.หน้า 205-224

ฉวี ธรรมสุขและคณะ.(2547).การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชนิตา เกตุอำไพ. (2549).การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการกำกับตนเองในการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดชุมพร.ปริญญา นิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต. (จิตวิทยาการศึกษา).กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ชาญวิทย์ พรนภดล. (2545).จิตเวชเด็กและวัยรุ่น.กรุงเทพฯ: ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2548).คู่มือออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2550).การบำบัดทางเลือก ในเด็กพิเศษ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภา

ลาดพร้าว.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา (2553).**การประเมินและตรวจวินิจฉัยความพิการกลุ่มออทิสติก**. ใน: คู่มือการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการ ตาม พรบ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550, ดารณี สุวพันธ์,บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

ทัศนีย์ อนันตพันธ์.(2540). **ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย:บทความวิชาการ**. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสมาคมราชวิทยาลัย,22(2),110-116.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. 2553. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5.

กรุงเทพมหานคร : ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.

ผดุง อาระยวิญญา.(2542).**เด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม**.สำนักพิมพ์แว่นแก้ว

พัฒนานุสรณ์ สถาพรวงศ์.(2538).**พฤติกรรมบำบัดทฤษฎีและการประยุกต์**.ภาควิชาจิตวิทยา

การศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เพ็ญแข ลิมศิลา. (2537). **รวมเรื่องน่ารู้เกี่ยวกับออทิสซึม**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

โรงพิมพ์แสงงามการพิมพ์

เพ็ญแข ลิมศิลา. (2550). **40 ปี โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์**. ใน 84 พรรษาพระบารมี. ที่

ระลึก 40 ปีโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.หน้า 45-62. กรุงเทพฯ: ม.ป.พช

เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์.(2550).**พัฒนาการมนุษย์**.พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ:บริษัทธรรมดาเพรส

จำกัด

มาโนช หล่อตระกูล.(2553).**จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ**.พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:ปิยอนเอ็น

เตอร์ไพร์ส

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2552).**จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพมหานคร: ปิยอน เอ็นเตอร์ไพร์ส.

รุจา ภูไพบูลย์.(2541).**การพยาบาลครอบครัว.แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้**.โครงการภาควิชา

พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.

กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินติ้ง.

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.(2546).**แนวทางดูแลรักษาโรคออทิสซึมสำหรับบุคลากร**

การแพทย์.สมุทรปราการ: โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.

ศิริกุล อิศรานุรักษ์.(2549).**พัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมของเด็กวัย 6-12 ปี**.วารสารสาธารณสุข

และการพัฒนา,4(2),89-100

ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2550). **จิตวิทยาเด็กที่มีลักษณะพิเศษ**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์

หมอชาวบ้าน

- สุจิตรา สุขเกษม และคณะ.(2554).**ผลของการจัดประสบการณ์เทคนิคสื่อสารด้วยภาพที่มีต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก** กลุ่มงานการศึกษาพิเศษ สถาบันราชานุกูล.กลุ่มงานการศึกษาพิเศษ สถาบันราชานุกูล.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. 2553. **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2553**. กรุงเทพฯ : บางกอกบล็อก.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ (2545).**ช่วยลูกออทิสติก**.พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2550). **ช่วยลูกออทิสติก**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
- อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์.(2557). **การพยาบาลจิตเวชศาสตร์**.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์.มหาวิทยาลัยมหิดล,2557
- อัญชรส ทองเพ็ชร. (2554). **ผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก แผนกผู้ป่วยนอก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรวรรณ เล่าห์เรณู. (2551). **ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่เหมาะสม**. ใน นิชรา เรื่องดารกานนท์, ชาศรียา ธีรเนตร, รวีวรรณ รุ่งไพรวลัย และทิพวรรณ หรรษคุณาชัย บรรณาธิการ. 327-337. ตำราพัฒนาการ และพฤติกรรมเด็ก. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิง.

ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. (2011). **autism spectrum disorder**. In: DSM-5 development. 2011. [Online]. Available URL:<http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision>.
- Bolte,S., Westerwald, E., Holtman,M., Freitag, C.,& Poustka, F.(2010). **Autistic Traits and Autism Spectrum Disorders: The Clinical Validity of Two Measures Presuming a Continuum of Social Communication Skill**.J Autism Dev Disord: Germany.
- Buss, A.H. (1961). **The Psychology of Aggression**. New York: Wiley.
- Berkowitz,Leonard. (1962). **Aggression: A Social Psychology Analysis**. New York.Mcgraw

- Hill. Centers for disease control and prevention. Prevalence of autism spectrum disorders – autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2008. *MMWR*, 2012, 61 (3): 1-19
- Coyne, T. (1995). **Parent participation in care: A critical review of the literature.** *Journal of Advanced Nursing*, 21(4): 716-722.
- Chou, K., Lu, R. B., and Mao, W. C. (2002). **Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan.** *Archives of Psychiatric Nursing* 16(4): 187-195
- Davis, L. (1992). Instrument review : Getting the most from your panel of expert. **Applied Nursing Research**, 5: 104-107.
- Dominick, K. C., Davis, N. O., Lainhart, J., Tager-Flusberg, H., & Folstein, S. (2007). **Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment.** *Research in Developmental Disabilities*, 28(2), 145–162
- Dollard, J., & Miller, N.E. (1939). **Frustration and Aggressive.** New Haven. CT: Yale University.
- Elder, R. (2009). **Psychiatric Mental Health Nursing.** 2nd. Elsevier, Australia.
- Erbas, Y., Ceulemans, E., Boonen, J., Noens, I., & Kuppens, P. (2013). **Emotion differentiation in autism spectrum disorder.** *Research in autism spectrum disorders*. (7), 1221-1227
- Filipek, P.A., Accardo, P.J., Ashwal, S., Baranek, G.T., Cook, Jr, E.H., Dawson, G., Gordon, B., Gravel, J.S., Johnson, C.P., Kallen, R.J., Levy, S.E., Minshew, N.J., Ozonoff, S., Prizant, B.M., & CCC-SLP; Rapin, I. (2000). **Practice parameter: Screening and diagnosis of autism Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society.** AAN Enterprises, Inc.
- Fortinash, M. K. & Worret, A. P. (2008). **Psychiatric Mental Health Nursing.** Canada: Mosby Elsevier.
- Frazier, T.W., Youngstrom, E.A., Haycock, T., Sinoff, A., Dimitriou, F., Knapp, J. and Sinclair, L. (2010). **Effectiveness of Medication Combined with Intensive Behavioral Intervention for Reducing Aggression in Youth with Autism**

- Spectrum Disorder.** *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 20 (3). 167–177
- Friedemann, M.L., Montgomery, R.J., Rice, C., and Farrell, L. (1999). **Family involvement in The nursing home.** *Western Journal of Nursing Research*, 21(4), 549-567
- Goodman, R. and Scott, S. (2012). **Child and Adolescent Psychiatry.** Third Edition .Publishing Ltd. Chapter 39 ,328-335.
- Gross, H. E., Shaw, D. S., & Moilanen, K. L. (2008). **Reciprocal associations between boys' externalizing problems and mothers' depressive symptoms.** *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 693–709
- Grove, S. K., Burns, N. and Gray, J. 2013. **The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence.** 7th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Hamolia, C. D. (2005) .**Preventing and managing aggressive behavior.**In Stuart,G.W. & Iaraia(8th Eds).Principles and practice of psychiatric nursing.St. Louis: Mosby
- Hill, A. P., Zuckerman, E. Z., Hagen, A.D., Kriz ,D.J., Duvall ,S.W., Santen ,J.V., Nigg ,J., Fair, D., and Fombonne, E. (2014). **Aggressive behavior problems in children with autism spectrum disorders:** Prevalence and correlates in a large clinical sample. *Research in Autism Spectrum Disorders* ,8 , 1121–1133
- Hillman, J. (2006) .**Supporting and treating families with children on the autistic spectrum:**The Unique of the generalist psychologist.Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training .Volume 43, Issue 3, Pages 349-358
- Iliana Magiati , Joanna Moss, Tony Charman, Patricia Howlin . (2011). **Patterns of change in children with Autism Spectrum Disorders who received community based comprehensive interventions in their pre-school years : A seven year follow-up study.** *Research in Autism Spectrum Disorders* ,5 :1016-1027.
- Jull, S. and Mirenda, P. (2011). **Parent Facilitators for Preschoolers with Autism.** *Journal of positive Behavior intervention* .Vol.13,17-30
- Kabot, S., Masi, W., & Segal, M. (2003). **Advances in the diagnosis and treatment of autism spectrum disorders** . *Professional Psychology: Research and Practice*,34,26-33.

- Kanne, S. M., & Mazurek, M. O. (2011). **Aggression in children and adolescents with ASD: Prevalence and risk factors.** *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(7), 926-937.
- Kassinove, H., and Sukhodolsky, D.G. (1995). **Anger disorder. Basis science and practice issue.** In H. Kassinove (Editor). *Anger disorder : Definition, diagnosis, and treatment* . (pp. 1-22). Washington, D.C.: Taylor & Francis.
- Kathy, Y.K., Choi, Hanna, K. (2013). **Do maternal attributions play a role in The acceptability of behavioral interventions for problem behavior in children with autism spectrum disorder.** *Research in Autism Spectrum Disorders*. 7, 984-996.
- Kazdin, Alan E. (1982). **Behavior Modification in Applied setting.** 3 ed., Homewood, Illinois: The Dorsey Press.
- Kjobli, J., Hukkelberg, S., Ogden, T., (2013). **A randomized trial of group parent training : Reducing child conduct problems in real-world setting.** *Behavior Research and Therapy*, 51 : 113-121
- Kloosterman, P.H., et al. (2014) **Executive functioning as a predictor of peer victimization in adolescents with and without an Autism Spectrum Disorder.** *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8 , 244-254
- Lee, A., and Craft-Rosenberg, M. (2002). **Ineffective family participation in professional care: A concept analysis of proposed nursing diagnosis** . *Nursing Diagnosis*, 13(1), 5-14
- Lequia, J., Machalicek, W., & Rispoli, M. J. (2012). **Effects of activity schedules on challenging behavior exhibited in children with autism spectrum disorders: A systematic review.** *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 480-492.
- Lovaas, O.I., Koegel, R., Simmons, J., and Long, J.S. (1973) *J Appl Behav Anal.* Spring; 6(1): 131-165.
- Maskoto, S. (2006). **Parents' satisfaction with the pediatric intensive care unit services of Siriraj Hospital.** Master's thesis in Population Education, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Thailand.
- Matson, J. L., Rieske, R. D., & Williams, L. W. (2013). **The relationship between**

- autism spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder:**
An overview. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2475–2484
- Mazurek, M. O., Kanne, S. M., & Wodka, E. L. (2013). **Physical aggression in children and adolescents with autism spectrum disorders.** *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 455–465
- McTiernan, A., Leader, G., Healy, O., Mannion, A. (2011) **Analysis of risk factors and early predictors of challenging behavior for children with autism spectrum disorder.** *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 1215-1222
- Murphy, O., Healy, O., & Leader, G. (2009). **Risk factors for challenging behaviors among 157 children with autism spectrum disorder in Ireland.** *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 291–570.
- Nagin, D. S., & Tremblay, R. E. (2001). **Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school.** *Archives of General Psychiatry*, 58(4), 389–394.
- Neill, S. J. (1996). **Parent participation 1: Literature review and methodology.** *British Journal of Nursing*, 5 (1):34-40
- O'Reilly, M., Rispoli, M., Davis, T., Machalicek, W., Lang, R., Sigafoos, J., et al. (2010). **Functional analysis of challenging behavior in children with autism spectrum disorders: A summary of 10 cases.** *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 1–10.
- Palmen, A., & Didden, R. (2012). **Task engagement in young adults with high-functioning autism spectrum disorders: Generalization effects of behavioral skills training.** *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 1377–1388.
- Pike, S. (1989). **Family participation in the care of central venous lines.** *Journal of Nursing*, 33(6):22-25.
- Polit, D. F. and Beck, C. T. (2004). **Nursing research : Principle and method.** 7th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Rawlins, R. P., Williams, S. R. and Beck, C. K. (1993). **Mental Health – Psychiatric Nursing.** 3rd edition. St. Louis : Mosby Year Book.
- Roberts, J., et al. (2011). **A Randomised controlled trial of two early intervention**

programs for young children with autism : Centre-based with parent program and home-based. *Research in Autism Spectrum Disorders* , 5 : 1553-1566

Polkki,T.(2002).**Parent views on participation in their child' pain relief measures and recommendations to health care providers.** *Journal of Pediatric Nursing*.17 (4): 270-278

Santrock. W. J. (1996). **Adolescence.** W. B. Saunders Company. Philadelphia.

Schepp, K. (1995). **Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children.** Unpublished manuscript, University of Washington,

Skinner,B.F. (1953). **Science and Human Behavior.** New York: The Free Press.

Specht,J.P.,and others.(2000).**Who's the boss family /staff partnership in care of persons .***Nursing Administration Quarterly*,24(3),64-77

Stuart, G. W., and Laraia, M. T. (2005) **Principles and Practice of Psychiatric Nursing.** 8 thed. St. Louis : Mosby, Inc

Stuart, G. W. & Sundeen, J. S. (1983). **Principle and practice of psychiatric nurseing.** London : The C.V. Mosby.

Townsend, M. C., (1996). **Psychiatric Mental Health Nursing.** 2 nd edition. Philadelphia : F.A. Davis Company.

Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Se ´ guin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., et al. (2004). **Physical aggression during early childhood:** Trajectories and predictors. *Pediatrics*, 114(1), 43–50.

Varcarolis, E. M., and Halter, M.J. (2010). **Foundatoin of Psychiatric Mental Health Nursing :** A Clinical Approach. 6th edition. St. Louis: Elsevier.

Videbeck, S. L., (2006). **Psychiatric Mental Health Nursing.** Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.

Welk,G.J.(1999).**Promoting physical activity in children:** prenatal influences.(Online).Available from: [http:// www.ed.gov/databases/ERIC Digests/ed_436480.html](http://www.ed.gov/databases/ERIC_Digests/ed_436480.html).(2002,November)

Yodofsky, S., Silver, J.M.,& Jackson, W. (1986). **The Overt Aggressive scale for the objectiveringating of verbal and physical aggression.** American Journal of psychiatry, 143(1),35-39.

Zeigler-Hil.V.(2009). **The interpersonal nature of self-esteem: Do different measures of self- esteem possess similar interpersonal content.** Department of Psychology. University of Southern Mississippi. 118 College. United States.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1.แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพ์ภ	นายแพทย์ชำนาญการ (จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น) สถาบันราชานุกูล
2.นางพนิดา รัตน์ไพโรจน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันราชานุกูล
3.นางอัญชรส ทองเพ็ชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันราชานุกูล
4.นางสุภาวดี ชุ่มจิตต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) โรงพยาบาลยุวประสาททวไทย์ปลัดมภ์
5.นางสุพัตรา จันทร์สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี



การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก

$$CVI = \frac{12}{13} = 0.92$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัด
ในเด็กออทิสติกที่บ้านของครอบครัว

$$CVI = \frac{9}{10} = 0.9$$

การตรวจสอบความเที่ยง

1.แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก

โดยใช้สูตรในการคำนวณดังนี้ (พัฒนานุสรณ์ สถาพรวงศ์, 2538 : 124 ; อ้างอิงมาจาก : Kazdin, 1982 : 59

$$\text{ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (IOR)} = \frac{A}{A+D} \times 100$$

A หมายถึง จำนวนช่วงเวลาที่บันทึกได้ตรงกัน

D หมายถึง จำนวนช่วงเวลาที่บันทึกได้ไม่ตรงกัน

จากการคำนวณได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของการสังเกตตามลำดับ ซึ่งความเที่ยงตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ถือว่าการสังเกตนั้นเชื่อถือได้ (Kazdin, 1982) ดังนี้

คนที่ 1 .81	คนที่ 11 .83	คนที่ 21 .85
คนที่ 2 .85	คนที่ 12 .85	คนที่ 22 .81
คนที่ 3 .92	คนที่ 13 .90	คนที่ 23 .92
คนที่ 4 .93	คนที่ 14 .93	คนที่ 24 .93
คนที่ 5 .90	คนที่ 15 .92	คนที่ 25 .90
คนที่ 6 .92	คนที่ 16 .90	คนที่ 26 .91
คนที่ 7 .91	คนที่ 17 .91	คนที่ 27 .86
คนที่ 8 .90	คนที่ 18 .86	คนที่ 28 .82
คนที่ 9 .96	คนที่ 19 .94	คนที่ 29 .90
คนที่ 10 .91	คนที่ 20 .80	คนที่ 30 .90

24	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
27	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1
28	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1
29	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
รวม	0.67	0.57	0.57	0.60	0.47	0.47	0.50	0.47	0.63	0.67	0.70
กลุ่มสูง	1.00	0.73	0.73	0.87	0.73	0.80	0.67	0.67	1.00	1.00	0.80
กลุ่มต่ำ	0.33	0.40	0.40	0.33	0.20	0.13	0.33	0.27	0.27	0.33	0.60
อำนาจจำแนก	0.67	0.33	0.33	0.53	0.53	0.67	0.33	0.40	0.73	0.67	0.20
ความยาก-ง่าย	ดีพอใช้	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	ดีพอใช้	ดีพอใช้	ดีพอใช้
อำนาจจำแนก	ดีมาก	ดี	พอใช้	ดี	ดี	ดีมาก	พอใช้	พอใช้	ดีมาก	ดี	ค่อนข้างต่ำ

Reliability(KR-20)	0.84
คะแนนเฉลี่ย	6.30
ความแปรปรวน (Variance)	10.88
ความคลาดเคลื่อน (SEM)	4.41

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและครอบครัว

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

2.1 แบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่บ้าน

ส่วนที่ 3. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

3.1 แนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (สำหรับพยาบาล)

3.2 คู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (สำหรับครอบครัว)



ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและครอบครัว

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับเด็กและตัวท่านให้มากที่สุด

โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมค่าลงในช่องว่าง และ กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก

1. เพศ

ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. เป็นบุตรลำดับที่.....ในจำนวน.....คน

4. การรักษาในปัจจุบัน ไม่ได้รับยา
 ได้รับ (ระบุยา).....

5. เมื่อเด็กโกรธหรือก้าวร้าว จะแสดงพฤติกรรมอย่างไร

.....
.....

ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรสของบิดา/มารดา

คู่ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช.

อนุปริญญา/ป.ว.ส. ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

- เกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย
 แม่บ้าน รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ อื่นๆ.....

6. ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก

- 1-3 ปี 4-6 ปี 7-9 ปี 10-12 ปี อื่นๆ.....

7. ความสัมพันธ์ของครอบครัวผู้ดูแลเด็ก

- บิดา มารดา ปู่ / ย่า
 ตา / ยาย ลุง / ป้า น้า / อา
 อื่นๆ (ระบุ).....



1.2. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย / ในช่องพฤติกรรมนั้นๆ ถ้าเด็กทำพฤติกรรมที่เป็นลักษณะเดียวกันแต่กระทำหลายครั้งในช่วงเวลาหนึ่งให้นับเป็น 1 ครั้ง หรือทำพฤติกรรมเดียวแต่ทำพฤติกรรมนั้นเป็นเวลานานก็นับเป็น 1 ครั้ง

วันที่ทำการบันทึก.....ผู้บันทึก.....

พฤติกรรม	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อ
1. ตะโกนเสียงดังหรือแสดงความโกรธ							
2. ใช้คำพูดไม่รุนแรง เมื่อโกรธ เช่น ปล่อย อย่าจับ							
3. ใช้คำพูดรุนแรง เมื่อโกรธ เช่น ต่ำว่า ตะคอก							
4.....							
5.....							
6.....							
7.....							
8.....							
9.....							
10.....							
11.....							
12. ทำร้ายคนอื่นจนเกิดบาดเจ็บทาง ร่างกายเล็กน้อย เช่น แผลถลอก ถึงปาน กลาง เช่น เคาะตีขยอกหรือเป็นรอยถูก เขียนจนเป็นแนว							
13. ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น จนบาดเจ็บทาง ร่างกายรุนแรง (แผลลึก กระดูกหัก ฟัน หัก สลบ หรือพิการ)							
14. ใช้วัตถุ อุปกรณ์ที่มแทงตนเอง/ผู้อื่น จนบาดเจ็บ							
รวมคะแนน							

ส่วนที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

2.1 แบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกที่บ้านของครอบครัว

ชื่อผู้ปกครอง.....เด็กชื่อ.....

คำชี้แจง ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในแต่ละข้อโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องผลการปฏิบัติ

ทำได้ หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ทำไม่ได้ หมายถึง ปฏิบัติไม่ได้ ให้ 0 คะแนน **กรณีทำไม่ได้** ให้ระบุรายละเอียดของปัญหา

และการให้คำแนะนำ ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินทักษะของครอบครัวในทุกข้อคำถาม เกณฑ์ผ่าน 80% ขึ้นไป

ความสามารถ/ทักษะ	ผลการปฏิบัติ		กรณีทำไม่ได้ให้ ระบุรายละเอียด/ คำแนะนำ
	ทำได้	ทำไม่ได้	
1.บอกลักษณะอาการของเด็กออทิสติกได้ (ได้แก่ สัมพันธ์ภาพ/ภาษา/พฤติกรรม)			
2.บอกพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกได้ (ได้แก่ ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น/ทำลายข้าวของ)			
3.ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ได้จาก การสังเกตพฤติกรรม (ลงแบบประเมินพฤติกรรม ก้าวร้าวในเด็กได้ถูกต้อง)			
4.....			
5.....			
6.....			
7.....			
8.....			
9.....			
10.เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสม/ถูกต้อง เช่น เมื่อ เด็กก้าวร้าว อาละวาดลงโทษโดยแยกเด็กไปอยู่ในที่ สงบสามารถมองเห็นได้ โดยสิ่งแวดล้อมต้องปลอดภัย			
11.ใช้คำพูดที่เหมาะสม/ถูกต้อง เช่น การพูดให้ กำลังใจ คำชม			
รวม			

แนวทางปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
(สำหรับพยาบาล)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นายนรุตม์ แพงพรมมา

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

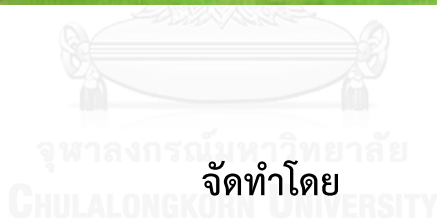
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อูปเสน

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

(สำหรับครอบครัว)



จัดทำโดย

นายนรุตม์ แพงพรมมา

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีกร อูปเสน

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และใบอนุญาตของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก

ชื่อผู้วิจัย นายนรุตม์ แพงพรมมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 4737 สถาบันราชานุกูล เขตดินแดง แขวงดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 083-0117990 **Email** narut_2529@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆในงานวิจัย ประกอบด้วย

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยโดยก่อนท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร ขอความกรุณาให้ท่านใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และหากเกิดข้อสงสัยต่างๆ ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้ศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก เป็นการศึกษา 2 กลุ่ม คือ 1.เด็กออทิสติกที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันราชานุกูล 2.ครอบครัวเด็กออทิสติก จำนวน 40 คน แล้วสุ่มโดยใช้วิธีการจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่จนครบ 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง จะได้รับการพยาบาลตามปกติและการใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็ก 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที และนำผลมาวิเคราะห์ข้อมูล

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

3.2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่

1. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ว่าเป็นเด็กออทิสติกโดยมีหลักการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามข้อวินิจฉัยจากแพทย์ มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวจากการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว มีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว อยู่ในระดับปานกลาง (8-15 คะแนน) ขึ้นไป เป็นเพศชายหรือหญิง อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 6-12 ปี 2. ผู้ปกครองที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก

ได้แก่ บิดา มารดา หรือปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา ที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบ 4 ครั้ง ตามที่กำหนด ซึ่งผู้วิจัยแบ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน เข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 30-45 นาที ทั้งหมด 4 สัปดาห์

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) กิจกรรมที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยในจัดบริการให้กับเด็กออทิสติก ประกอบด้วย หอผู้ป่วย 3 โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการพื้นฐาน อายุ 6-18 ปี ให้บริการส่งเสริมพัฒนาการพื้นฐาน ได้แก่ การมีสมาธิ การเคลื่อนไหวโดยใช้กล้ามเนื้อใหญ่และกล้ามเนื้อเล็ก ความเข้าใจภาษา และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมในรายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และหอผู้ป่วย 4 โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการต่อเนื่อง อายุ 6 - 18 ปี ให้บริการส่งเสริมพัฒนาการผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ในด้านทักษะการดำรงชีวิตประจำวันของผู้บกพร่องฯ รวมทั้งการเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยรุ่น

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ตามแนวคิดของ Goodman and Scott (2012) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ร่วมกับแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของ Schepp (1995) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1. การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวกิจกรรมที่ 1.การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ กิจกรรมที่ 2.การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก โดยใช้หลัก ABC ขั้นตอนที่ 2. การกำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกับครอบครัว กิจกรรมที่ 3.กำหนดเป้าหมายในการบำบัดร่วมกับครอบครัว ภายใต้การช่วยเหลือและให้ความรู้โดยพยาบาล ทำการสอนและสาธิตให้กับครอบครัว ในการใช้พฤติกรรมบำบัด ขั้นตอนที่ 3. การใช้พฤติกรรมบำบัด กิจกรรมที่ 4.การใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่โรงพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้บำบัดในกลุ่มทักษะสังคมและร่วมกันสรุป ประเมินผลการใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับครอบครัว และครอบครัวไปใช้พฤติกรรมบำบัดที่บ้าน กิจกรรมที่ 5.การใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน โดยครอบครัว ตามคู่มือการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับครอบครัว เป็นเวลา 3 สัปดาห์ กิจกรรมที่ 6.โทรศัพท์กระตุ้นและส่งเสริมให้ครอบครัวใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กออทิสติกที่บ้าน

(หมายเหตุ ; การเก็บข้อมูลจะเก็บพร้อมกันในเด็กและครอบครัว คือ ผู้วิจัยจะทำกิจกรรมกับครอบครัวและเก็บข้อมูลในครอบครัว ส่วนผู้ช่วยผู้วิจัย จะทำกิจกรรมกับเด็กและเก็บข้อมูลในเด็ก ใน

กรณีที่เกิดกิจกรรมกลุ่มร่วมกันระหว่างเด็กและครอบครัว ผู้วิจัยจะเป็นหลักและผู้ช่วยผู้วิจัยจะคอยช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล)

6. การเข้าร่วมในการวิจัยของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นไปด้วยความสมัครใจและสามารถที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมมือหรือสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ ทั้งนี้การปฏิเสธดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและบริการทางสุขภาพที่จะได้รับ

7. ในขณะที่ดำเนินการวิจัย ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้การดูแลเบื้องต้น และดำเนินการส่งต่อให้แพทย์เพื่อดำเนินการรักษาต่อไป

8. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือนายนรุตม์ แพงพรมมา ได้ตลอดเวลาที่เบอร์ 083-0117990 และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมและจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้จะเก็บเป็นความลับโดยหากมีการเสนอผลงานวิจัย จะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

10. ผู้ปกครองจะได้รับค่าเดินทางและค่าเสียเวลารายละ 300 บาท

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน นางสาวทิพย์เมธี สมภิกพงษ์ (ผู้ประสานงาน) สถาบันราชานุกูล อาคารวิจัย ชั้น 2 โทรศัพท์ 02-2488900 ต่อ 70914

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(.....)

วันที่...../...../.....

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย
(Inform Consent Form)

เขียนที่ สถาบันราชานุกูล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผลของพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ซึ่งผู้วิจัย นายนรุตม์ แพงพรมมา ที่อยู่ติดต่อ 4737 สถาบันราชานุกูล ถนนประชาสงเคราะห์ แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ 083-0117990

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงหรืออันตราย และประโยชน์ ซึ่งจะเกิดจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมผลของพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก ออทิสติก โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งหมด 4 สัปดาห์ติดต่อกัน ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน นางสาวทิพย์เมธี สมภิงษ์ อาคารวิจัย ชั้น 2 สถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ 02-2488900 ต่อ 70914

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นาย นรุตม์ แพงพรมมา)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ในกรณีที่การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ผู้เยาว์และหรือบุคคลไร้
ความสามารถมีส่วนร่วมในการวิจัย ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจในสิทธิและ
หน้าที่ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกประการและยินยอมให้ผู้เยาว์ และหรือ บุคคลไร้ความสามารถเข้า
ร่วมการวิจัยได้ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ปกครอง ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



**ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
สถาบันราชานุกูล**

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าว
ของเด็กออทิสติก

ผู้วิจัย นายนฤตม์ แพงพรมมา

ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันราชานุกูล

ลายเซ็นประธานกรรมการ

.....
(นางสดใส คุ้มทวีพยอนันต์)

ลายเซ็นผู้อำนวยการสถาบัน

.....
(นางอัมพร เบญจพลพิทักษ์)

วันที่รับรอง

๔ / ม.ค. / ๒๕๕๙
..... / /

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายอรุตม์ แพงพรมมา เกิดวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2529 จังหวัดนครสวรรค์ สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2552 เข้ารับการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ภาคนอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2556 ปัจจุบันปฏิบัติงาน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร

