

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทั่วโลกมีประชากรที่เป็นปัญญาอ่อนร้อยละ 2.5-3 ของประชากร (Department of Mental Retardation, 2003) ในปี พ.ศ.2542 พบความชุกของปัญญาอ่อนในประเทศไทยร้อยละ 1.3 (อุดมเพชรสังหาร, 2545) พบอัตราความชุกของภาวะปัญญาอ่อนในเด็กนักเรียนมีจำนวนร้อยละ 2.8 (อรพรรณ เมฆสุกะ และทัศนีย์ นุชประยูร, 2536) จากสถิติผู้มารับบริการในหน่วยงานของกรมสุขภาพจิตกลุ่มเด็กและวัยรุ่นในปี พ.ศ.2545 พบปัญญาอ่อนร้อยละ 21.5 ซึ่งเป็นอันดับที่สอง นับว่าปัญญาอ่อนเป็นปัญหาที่สำคัญทางจิตเวช เนื่องจากภาวะปัญญาอ่อนเป็นภาวะที่มีความจำกัดอย่างชัดเจนในการปฏิบัติหน้าที่ ระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติ มีความบกพร่องในทักษะการปรับตัว 2 ทักษะขึ้นไป ซึ่งได้แก่ ทักษะการสื่อสาร การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตภายในบ้าน ทักษะทางสังคม การใช้ประโยชน์ในชุมชน การรู้จักและควบคุมตนเอง การดูแลสุขภาพและความปลอดภัย หน้าที่ในการศึกษา การพักผ่อนและการทำงาน ซึ่งเกิดขึ้นก่อนอายุ 18 ปี (AAMR, 1922 cited in Sadock, 2000) ทำให้ได้มีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ เป็นภาระแก่ครอบครัว นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพและปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นความพิการที่เรื้อรัง ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดชีวิต (ชวาลา เขียวธนู, 2536)

การกำเนิดบุตรปัญญาอ่อน มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสมาชิกในครอบครัว และมีผลกระทบต่อท่าทีการตอบสนองต่อกันของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้เป็นแม่จะมีประสบการณ์ที่เจ็บปวด และตึงเครียดต่อบทบาทของการเป็นแม่มากที่สุด เพราะการดูแลบุตรปัญญาอ่อนนั้น แม่ต้องใช้เวลาอย่างมาก ทำให้เวลาที่ให้กับครอบครัวลดลง และไม่สามารถทำหน้าที่บทบาทอื่นที่เคยทำได้ ขณะเดียวกันกับสมาชิกอื่นๆ ของครอบครัว จะต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้น ทั้งภาระที่มีกับสมาชิกใหม่ที่ปัญญาอ่อน และหรือต่อภาระที่ต้องช่วยเหลือดูแลบุตรปัญญาอ่อน เหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความตึงเครียดทั้งสิ้น (ฉลวย จตุกุล, 2544)

เด็กปัญญาอ่อนมีลักษณะบุคลิกภาพน้อย มีความยืดหยุ่นไม่มาก บางคนมีความก้าวร้าว ชอบพึ่งพิงผู้อื่น หงุดหงิดง่าย อดทนต่ำ เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของหลายปัจจัย โดยเฉพาะปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญที่สุด มีความบกพร่องในระบบประสาทส่วนกลางชัดเจน และมีความพิการซับซ้อนหลายอย่าง ทำให้เป็นอุปสรรคในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ มักมีพฤติกรรมแบบปฏิกิริยา เช่น พฤติกรรมซ้ำๆ พฤติกรรมต่อต้าน ฯลฯ และพัฒนาการล่าช้าอย่างชัดเจน ในการตรวจสอบสัมภาษณ์พบว่าชอบเลียขงเล่น เคลื่อนไหวมือบ่อยๆ โยกตัวเอง กระทำซ้ำๆและต่อต้าน อาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นโรคจิต นอกจากนี้มีโครงสร้าง

บุคลิกภาพเพียงเล็กน้อย เด็กพวกนี้มีแนวโน้มสูงในการป่วยเป็นโรคทางจิตเวช สิ่งที่น่าสนใจก็คือ ถ้าครอบครัวได้รับการชี้แนะและปรึกษาตั้งแต่แรกอย่างเหมาะสม เด็กจะไม่ได้รับการยอมรับจากพ่อแม่และเพื่อน นอกจากนี้ต้องฝึกการช่วยเหลือตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้เด็กมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ (วารุณี เมฆอริยะ, 2543) จากการศึกษาของ Citing Beier Mehlashino and Egger (1978) พบว่าเด็กปัญญาอ่อนร้อยละ 40 เป็นคนที่มีอารมณ์หุนหันพลันแล่น เชื่อนแชนเปลี่ยนแปลงง่าย เมื่อเทียบกับเด็กปกติ และพบว่าเด็กปัญญาอ่อนยังมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมทำร้ายตนเอง พฤติกรรมอยู่ไม่สุข (Borthwick, Meyer and Eyman, 1981)

เด็กปัญญาอ่อนที่อยู่ในสถาบันมักจะแสดงอาการก้าวร้าวเสมอซึ่งพบว่า 33 เปอร์เซ็นต์ มีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว 20 เปอร์เซ็นต์ มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง จากการสำรวจเด็กปัญญาอ่อนในชุมชน หรือที่อยู่ในสถาบัน พบว่า 30 – 40 เปอร์เซ็นต์ ของเด็กปัญญาอ่อนที่อยู่ประจำ จะมีพฤติกรรมวุ่นวาย ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายสิ่งของ ในประเทศอังกฤษ พบเด็กปัญญาอ่อนว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว 7 เปอร์เซ็นต์ ของเด็กปัญญาอ่อนทั้งหมดและมีพฤติกรรมทำลายมากกว่า 4 เปอร์เซ็นต์ (Silver, 2003) ส่วนพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เช่น โขกศีรษะ กัดตัวเอง พบได้ 10 เปอร์เซ็นต์ ของเด็กปัญญาอ่อนทั้งหมด (วารุณี เมฆอริยะ, 2543)

จากสถิติงานเวชระเบียนของสถาบันราชานุกูลซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการแก่เด็กปัญญาอ่อน พบว่าจำนวนเด็กปัญญาอ่อนที่เข้ามาใช้บริการในสถาบันราชานุกูลมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ คือ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 จำนวน 14,232 คน ปีงบประมาณพ.ศ. 2548 จำนวน 18,172 คน และปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 จำนวน 24,592 คน จากที่ผู้ศึกษาได้ทำการสำรวจเพิ่มผู้ป่วยพบว่าในปีงบประมาณพ.ศ. 2549 พบเด็กปัญญาอ่อนอายุ 6-11 ปี ที่เป็นผู้ป่วยนอกมีพฤติกรรมก้าวร้าว 27.8 เปอร์เซ็นต์ ของผู้ป่วยทั้งหมด และที่เป็นผู้ป่วยในพบว่าเด็กปัญญาอ่อนอายุ 6-11 ปี มีพฤติกรรมก้าวร้าว 37.4 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่มีอายุช่วงเดียวกันทั้งหมด เด็กปัญญาอ่อนอายุ 1-5 ปี มีพฤติกรรมก้าวร้าว 32.1 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยมีอายุช่วงเดียวกันทั้งหมด และเด็กปัญญาอ่อนอายุ 12-18 ปี มีพฤติกรรมก้าวร้าว 10.6 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยมีอายุช่วงเดียวกันทั้งหมด

พฤติกรรมก้าวร้าว คือ ลักษณะของการกระทำที่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อนทั้งทางด้านร่างกายและความรู้สึก ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญ คือ เป็นการกระทำที่รุนแรงกว่าปกติ เป็นการกระทำที่ทำให้ผู้อื่นและตนเองเดือดร้อนทั้งโดยคำพูดหรือการกระทำ เป็นการกระทำที่ทำขึ้นเพื่อปลดปล่อยความเครียด ความคับข้องใจ ความโกรธหรือความรู้สึกที่ไม่ดีต่างๆ เป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสังคม ถ้าเกิดขึ้นในห้องเรียนก็จะเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนทำให้ห้องเรียนขาดระเบียบวินัย นักเรียนคนอื่นๆ ขาดสมาธิในการเรียน เป็นปัญหากับตนเองและสร้างปัญหาให้กับผู้อื่นด้วย (เรณู ผดุงถิ่น, 2527)

สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อนมีลักษณะคล้ายกับเด็กทั่วไป ดังนี้

1. ความคับข้องใจ เนื่องจากเด็กปัญญาอ่อนมักไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม มีพัฒนาการด้านต่างๆล่าช้าและมีข้อจำกัดอยู่ในระดับหนึ่งเท่านั้น จึงทำให้เด็กมีความสามารถในการรับรู้และเรียนรู้น้อย มีความสามารถจำกัดในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น จึงไม่สามารถบอกกล่าวถึงความต้องการของตนเองได้ (Neisworth, 1982) ทำให้เด็กปัญญาอ่อนไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการของตนเองจึงเกิดความรู้สึกขจัดใจและอึดอัดใจแล้วแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา

2. ความบกพร่องทางสมอง มีพยาธิสภาพที่สมอง เช่นเป็นโรคลมชักร่วมด้วย ทำให้เด็กควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองไม่ค่อยได้และแสดงความก้าวร้าวออกมา (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2542)

3. ความเครียด ซึ่งเด็กปัญญาอ่อนมีปัญหาในการปรับตัว เด็กขาดความยืดหยุ่น ส่งผลให้เด็กเกิดความเครียดและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2542)

4. วิธีการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พ่อแม่อบรมเด็กอย่างเข้มงวดมากและลงโทษเด็กบ่อยเกินไป พูดคุยกับเด็กอย่างไม่เหมาะสม เช่น มีคำสั่งเชิงลบ ห้ามไม่ให้ทำอย่างนั้นอย่างนี้บ่อยๆ พูดตำหนิติเตียนทำให้เด็กเสียหน้าหรืออาย ตะโกนคำ ออกคำสั่งแบบขู่เข็ญ โกรธหรือรำคาญและวิพากษ์วิจารณ์เด็กบ่อยๆ ไม่ค่อยให้ความสนใจหรือให้รางวัลเมื่อเด็กทำสิ่งที่ดีและเมื่อเด็กทำสิ่งที่ไม่เหมาะสม คือ หรือไม่เชื่อฟังกฎระเบียบ พ่อแม่ก็ไม่ได้จัดการตั้งแต่ต้นอย่างจริงจัง พ่อแม่รักและปกป้องมากเกินไปเนื่องจาก พ่อแม่หลายๆ คนเมื่อลูกเกิดมาเป็นปัญญาอ่อนจะมีรู้สึกผิดจึงปกป้องเด็กจนมากเกินไป ก็ทำให้เด็กก้าวร้าวได้เหมือนกัน เพราะเด็กไม่รู้จักขอบเขต พ่อแม่ขาดวินัย ไม่มีความแน่นอนและสม่ำเสมอในการอบรมเลี้ยงดู การปกป้องเด็กมากเกินไปของพ่อแม่จนทำให้เด็กกลายเป็นคนพึ่งพาคนอื่น ไม่มีความมั่นใจในตนเอง ควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมได้น้อยและมีความยากลำบากในการแก้ปัญหาต่างๆ สิ่งเหล่านี้เป็นผลทำให้เด็กมีความคับข้องใจต่อต้านคนอื่น (กมลรัตน์ หล้าสุรวงษ์, 2528)

5. การเลียนแบบ นอกจากเลียนแบบความก้าวร้าวจากพ่อแม่แล้ว เด็กอาจเลียนแบบความก้าวร้าวจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวอื่นๆ เช่น เพื่อนฝูง โทรทัศน์ ภาพยนตร์หรือสื่ออื่นๆ (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2542)

6. การเสริมแรง พฤติกรรมก้าวร้าวหลายชนิดเป็นผลมาจากการปฏิบัติทางสังคม ซึ่งให้การเสริมแรงซึ่งไม่ได้มีสาเหตุจากอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น เมื่อเด็กเกิดความคับข้องใจอาจจะร้องไห้ กระตืบ หรือเตะ พ่อแม่ก็ตกใจต่อพฤติกรรมในลักษณะนี้ อาจให้การเสริมแรงโดยยอมทำตามสิ่งที่เด็กเรียกร้อง เด็กก็จะเรียนรู้ว่าวิธีนี้สามารถแก้ปัญหาได้ ฉะนั้นพฤติกรรมก้าวร้าวที่ได้รับการเสริมแรงย่อมมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต จึงนับได้ว่าการเสริมแรงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว (กมลรัตน์ หล้าสุรวงษ์, 2528)

เด็กปัญญาอ่อนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวส่งผลกระทบต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของเด็ก (Mikhail & King, 2001., Oliver & Petty, 2002) เด็กได้รับการบาดเจ็บจากพฤติกรรมก้าวร้าว

ของตนเอง ผู้อื่นไม่ยอมใกล้ชิดเด็กเนื่องจากกลัวได้รับการทำร้ายจากเด็ก ทำให้เด็กขาดทักษะทางสังคม (อริสา พงษ์ศักดิ์ศรี, 2538)

เด็กปัญญาอ่อนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวส่งผลกระทบต่อครอบครัวคือเกิดความคับข้องใจทั้งต่อเด็กและครอบครัว ครอบครัวมีความเครียดจากลักษณะการพึ่งพา ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กปัญญาอ่อน (Keogh et al., 2000) เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายและความเจ็บปวด (Davies & Evans, 2001) มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่นความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา มีแนวโน้มที่หย่าร้างมากขึ้นนอกจากนี้ยังทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมของพี่น้องเด็กปัญญาอ่อนที่ต้องการดึงความสนใจจากพ่อแม่ (Marcia Van Riper, 2000 อ้างถึงในอริสา พงษ์ศักดิ์ศรี, 2538)

เด็กปัญญาอ่อนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวส่งผลกระทบต่อบุคลากรคือถูกผู้ป่วยทำร้าย ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นขณะที่เข้าไปจัดการกับผู้ป่วยขณะที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำให้บุคลากรเกิดความรู้สึกกลัว โกรธ ขาดความมั่นใจไปจากที่ทำงาน เสียขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน (ธีระ ลีถนันทกิจและชุตติชัย ปานปรีชา, 2536) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rose (1997) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุคลากรในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซนต์เจมส์ ประเทศไอร์แลนด์ พบว่า หลังจากบุคลากรถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายมีความวิตกกังวลกลัวว่าจะถูกทำร้ายซ้ำอีกและหลังเกิดเหตุ ต้องการพักผ่อนหรือลาป่วย และอยากลาออกจากงาน (Lanza, 1992)

นอกจากนี้เด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวยังส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมที่อยู่ใกล้ตัวเสียหายด้วย เช่น เติงนอน เก้าอี้ ภาชนะใส่อาหาร เป็นต้น (Tame, 1990)

เด็กปัญญาอ่อนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีแนวทางการบำบัดรักษาโดยการให้ยา (Psychopharmacology) การใช้ไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy) การใช้ห้องแยกและการผูกมัด (Body restraint and room seclusion) สิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu Therapy) และการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) สำหรับที่สถาบันราชานุกูลให้การดูแลรักษาเด็กปัญญาอ่อนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยการให้ยาและใช้การผูกมัดเป็นส่วนใหญ่ สิ่งแวดล้อมบำบัดยังไม่ได้ทำอย่างจริงจังเป็นเพียงแค่จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้เกิดอันตรายกับเด็กปัญญาอ่อนเท่านั้น ส่วนการปรับพฤติกรรมนั้นพยาบาลยังไม่ได้ทำอย่างเต็มรูปแบบมีการให้รางวัลบ้างแต่ก็ไม่สม่ำเสมอยังไม่จัดว่าเป็นกระบวนการของการปรับพฤติกรรมที่แท้จริง พยาบาลมีบทบาทหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในเรื่องที่เด็กปัญญาอ่อนปฏิบัติไม่ได้ บางครั้งพฤติกรรมในการให้การพยาบาลกระตุ้นให้เด็กปัญญาอ่อนเกิดความรู้สึกโกรธ เช่น การพูดเสียงดัง การแสดงสีหน้าท่าทางไม่พอใจเมื่อเด็กปัญญาอ่อนแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะบางครั้งพยาบาลอาจเกิดความรู้เบื่อน่าย เครียดที่ต้องให้การดูแลเด็กปัญญาอ่อนซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง โดยการต้องพูดซ้ำๆ ซ้ำเนะซ้ำๆ แต่เด็กปัญญาอ่อนก็ยังไม่ค่อยพัฒนา

เด็กปัญญาอ่อนระดับปานกลาง อายุ 6-11 ปี มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวเนื่องจาก อายุช่วงนี้จัดเป็นวัยเด็กตอนปลายซึ่งอารมณ์ของวัยเด็กตอน

ปลายยังไม่มั่นคง ยังคงชอบทำตามความต้องการของตนเองเป็นส่วนใหญ่ แต่พยายามเรียนรู้ความต้องการของสังคมโดยพยายามควบคุมอารมณ์ของตนให้มีการแสดงออกที่ไม่รุนแรงเท่าวัยทารก และวัยเด็กตอนต้นเป็นวัยที่มีความพร้อมมากขึ้น เด็กเริ่มเรียนรู้อย่างมีระบบและสนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้นและกว้างขวางกว่าเดิม (สมพร สุทัศนีย์, 2541) และถ้าปล่อยให้เด็กปัญญาอ่อนมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อไปเมื่ออายุมากขึ้นความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวจะมีเพิ่มขึ้นทำให้จัดการได้ยากมากขึ้นและจะส่งผลกระทบต่อตามมา ประกอบกับเด็กปัญญาอ่อนระดับปานกลางสามารถที่จะปรับพฤติกรรมได้โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ได้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของรัชนี ดัง โพนทอง และคณะ (2540) ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมการให้การเสริมแรงทางสังคมและการฝึกเผชิญที่มีต่อพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมเหมาะสมของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับปานกลาง พบว่าเด็กปัญญาอ่อนมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น

พฤติกรรมก้าวร้าวส่งผลกระทบต่อรุนแรงอย่างที่กล่าวมาข้างต้นดังนั้นครอบครัว โรงเรียน สถานที่ให้การดูแล ชุมชน จะต้องเข้าใจเด็กปัญญาอ่อนช่วยกันทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ เพราะการที่เด็กจะมีพฤติกรรมในทางที่เหมาะสมหรือไม่นั้นก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ที่เด็กได้รับจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กเหล่านี้ช่วยกันแก้ไข ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้ลดลงหรือหมดไปโดยเร็ว เพื่อเด็กปัญญาอ่อนจะสามารถอยู่ร่วมในสังคมอย่างปกติสุข ประกอบกับโดยหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องดูแลเด็กปัญญาอ่อนตลอด 24 ชั่วโมง หลักของการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนคือต้องดูแลความปลอดภัยไม่ให้เด็กปัญญาอ่อนได้รับอันตราย พยาบาลจึงจำเป็นต้องทำให้เด็กปัญญาอ่อนไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปัญญาอ่อนให้ได้ร่วมกับการลดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เด็กปัญญาอ่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งได้แก่การจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นกายภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวกับบุคคลให้เหมาะกับเด็กปัญญาอ่อนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

หลักของการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปัญญาอ่อนต้องเน้นการช่วยเหลือให้เด็กปัญญาอ่อนเกิดการเรียนรู้ สามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองได้ แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น การปรับพฤติกรรมได้ประยุกต์หลักการเรียนรู้ที่ได้จากการทดลองทางจิตวิทยา มาใช้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยมีพื้นฐานจากหลักทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิกและการวางเงื่อนไขการกระทำ ซึ่งการปรับพฤติกรรมที่นิยมกันมากที่สุดไม่ต่างกับเด็กปกติหรือเด็กที่มีความต้องการพิเศษในปัจจุบันได้นำแนวคิดมาจากทฤษฎีการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขการกระทำของ Burrhus F Skinner (1904-1990) ที่ว่าการกระทำใดๆ ที่ได้รับการเสริมแรงมีแนวโน้มจะเกิดขึ้นอีก ส่วนการกระทำใดๆ ที่ไม่ได้รับการเสริมแรง มีแนวโน้มที่จะลดน้อยลงและหายไปมากที่สุด (Hilgard and Bower, 1966 อ้างถึงในกุลยา ก่อสุวรรณ, 2540) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในเด็กปัญญาอ่อนของ Sandra and Tromas (1972) ที่ได้ศึกษาการเพิ่มการนั่งอยู่กับที่ของเด็กปัญญาอ่อนเพศชายอายุ 4 ปี ซึ่งมีพฤติกรรมชนไม่อยู่สุข ชอบกระโดดไปมารอบๆ ห้อง

หรือนอนลงกับพื้น โดยใช้หลักการปรับพฤติกรรม เพื่อให้เด็กปัญญาอ่อนนั่งอยู่กับที่นานขึ้น โดยได้รับคำชมจากครูเมื่อมีพฤติกรรมนั่งอยู่กับที่ และเมื่อเด็กมีพฤติกรรมนั่งอยู่กับที่ได้นาน 10 นาทีขึ้นไปก็จะได้รับขนมหลังจากการทดลองทุกวัน ผลการศึกษาปรากฏว่า การเสริมแรงด้วยความสนใจจากครูและเสริมแรงด้วยสิ่งของ สามารถเพิ่มพฤติกรรมการนั่งอยู่กับที่ของเด็กปัญญาอ่อนได้

จากที่กล่าวมาแล้วว่าเด็กปัญญาอ่อนแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเนื่องจากมีความคับข้องใจที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันเด็กปัญญาอ่อนคับข้องใจแล้วแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลเด็กปัญญาอ่อนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากการปรับพฤติกรรมและการจัดสภาพแวดล้อมแล้วก็คือการให้ความช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนให้ได้รับการตอบสนองความต้องการ รวมถึงการให้ข้อมูลถึงสิ่งที่เด็กปัญญาอ่อนต้องปฏิบัติในแต่ละวันเพื่อให้เด็กปัญญาอ่อนสามารถรู้เหตุการณ์ล่วงหน้าป้องกันการเกิดความคับข้องใจ

เนื่องจากผู้ศึกษาซึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กปัญญาอ่อนโดยตรงได้ประสบกับปัญหาก้าวร้าวของเด็กปัญญาอ่อนในความรับผิดชอบ ซึ่งเด็กปัญญาอ่อนแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมากที่สุดในช่วงที่เด็กปัญญาอ่อนต้องรวมกลุ่มอยู่กับผู้อื่นหลายๆ คน ต้องรอคอย ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบสถานการณ์ดังกล่าวได้แก่ ขณะที่เด็กปัญญาอ่อนกำลังรับประทานอาหาร ทำกิจกรรมกลุ่ม เช่น กลุ่มนันทนาการ กลุ่มทักษะภาษา จึงทำให้เป็นอุปสรรคอย่างมากในการให้การพยาบาล ทำให้กลุ่มกิจกรรมต้องยุติลง และเป็นการรบกวนการเรียนรู้ของเด็กปัญญาอ่อนคนอื่นๆ ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาการลดพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้นในเด็กปัญญาอ่อน และป้องกันความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เด็กปัญญาอ่อนเป็นที่ยอมรับของคนในครอบครัวและในสังคมนอกบ้าน ทั้งนี้ยังถือว่าเป็นการพัฒนาบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในด้านทักษะการเป็นผู้นำในทางคลินิก และการเป็นผู้ชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง โดยการนำรูปแบบการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขแบบการกระทำในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำในเด็กปัญญาอ่อนระดับปานกลางที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

แนวเหตุผล และสมมุติฐานการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาให้การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้แนวคิดทฤษฎี 3 แนวคิดทฤษฎี ดังนี้

1. ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning) ของ Burrhus F Skinner (1904-1990) ที่มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์

กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (Emitted) ของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกระทบ (Consequences) พฤติกรรมใดที่ได้รับการเสริมแรงมีแนวโน้มจะเกิดขึ้นอีก ส่วนการกระทำใดๆที่ไม่ได้รับการเสริมแรงมีแนวโน้มที่จะลดน้อยลงและหายไปในที่สุด

2. แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for healthy life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่ช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข กล่าวคือ การสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทางกาย การพัฒนาการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งในการศึกษานี้ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กปัญญาอ่อน 2 ด้าน คือ

2.1 ตอบสนองความต้องการเพื่อความอยู่รอด (Survival needs) ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย

2.2 ตอบสนองความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลที่รัก และบุคคลอื่นเป็นกลุ่ม

3. แนวคิดทางสภาพแวดล้อมของ Johnson (1977) ที่กล่าวว่า สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้แก่ สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอ สภาพแวดล้อมที่ไม่ได้รับความสะดวกสบาย สภาพแวดล้อมที่ขาดความเป็นอิสระ และสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวกับบุคคล เช่น บุคลากรไม่เพียงพอ การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งสภาพแวดล้อมเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

จากแนวคิดทฤษฎีที่กล่าวมาผู้ศึกษานามาผสมผสานกันเป็นกิจกรรมการพยาบาล 4 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติเป็นการส่งเสริมให้เด็กปัญญาอ่อนเกิดการเรียนรู้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งรายละเอียดของกิจกรรม มีดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับเด็กปัญญาอ่อน เพื่อให้เด็กปัญญาอ่อนมีความอบอุ่น เกิดความมั่นคงทางจิตใจ โดยในทุกครั้งที่ให้การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนพยาบาลต้องให้ความรัก (Love) กับเด็กปัญญาอ่อน คือ การแสดงความเอาใจใส่ดูแล (care) และความเอื้ออาทร (concern) กับเด็กปัญญาอ่อน เมื่อพยาบาลแสดงการเอาใจใส่และเอื้ออาทร เด็กปัญญาอ่อนจะรู้สึกว่าคุณเองมีค่า มีความเป็นเจ้าของ มีความมั่นคง และมีความไว้วางใจพยาบาลซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญมากของการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็กปัญญาอ่อน

2. ปรับพฤติกรรม เป็นการจัดประสบการณ์ให้เด็กปัญญาอ่อนในขณะที่ทำการรับประทานอาหารวันละ 1 มื้อ และทำกิจกรรมกลุ่ม วันละ 2 กลุ่มเพื่อให้เด็กปัญญาอ่อนเกิดการเรียนรู้ใหม่แล้วเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้เทคนิคการจำกัดขอบเขตของพฤติกรรม (Limit Setting) ร่วมกับการใช้เวลานอก (Time Out) ดังนี้

2.1 ระบุพฤติกรรมก้าวร้าวที่เด็กปัญญาอ่อนจะต้องควบคุม

2.2 ให้ทางเลือกกับเด็กปัญญาอ่อนในการที่จะแสดงพฤติกรรม

2.3 ปฏิบัติตามข้อกำหนดที่เด็กปัญญาอ่อนจะได้รับ คือขณะรับประทานอาหารว่างและทำกิจกรรมกลุ่ม ถ้าเด็กปัญญาอ่อนไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวตามเวลาที่กำหนดจะได้รับ การเสริมแรงทางบวก แต่ถ้าแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวไม่รุนแรงจะได้รับการเพิกเฉย ถ้าเด็กปัญญาอ่อนแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พยายามใช้การใช้เวลาออก(Time Out) กับเด็กปัญญาอ่อน จนกว่าเด็กจะไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวครบ 2 นาที

2.4 พยายามให้การพยาบาลตามข้อ 2.1-2.3 ที่กล่าวมาแล้วอย่างสม่ำเสมอเนื่อง

จากวิธีการดังกล่าวจะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงทั้งนี้เนื่องจาก หากเด็กไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กจะได้รับผลของการกระทำที่เด็กพึงพอใจซึ่งจากการเรียนรู้นี้ ทำให้เด็กมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ซ้ำอีกในอนาคต แต่ในทางกลับกันหากเด็ก ยังแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กก็จะได้รับผลการกระทำที่เด็กไม่พึงพอใจ คือการถอดถอนโอกาสที่ เด็กจะได้รับแรงเสริมทางบวก หรือสูญเสียตัวเสริมแรงที่เด็กกำลังจะได้รับในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือที่เรียกว่าการใช้เวลาออก จะมีผลให้เด็กเกิดการเรียนรู้และจะพยายามแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ลดลง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

3. จัดสภาพแวดล้อม โดยพยาบาลดูแลเรื่องความสะอาดของห้องน้ำ ห้องรับประทานอาหาร และ ห้องทำกิจกรรมกลุ่ม ดูแลเรื่องอาหาร น้ำดื่ม ของใช้ของเด็กปัญญาอ่อนให้สะอาดและ พึงพอใจ ดูแลสถานที่ให้สงบเงียบ ไม่มีเสียงรบกวนและไม่แออัด รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อม เกี่ยวกับบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดเด็กปัญญาอ่อน เพื่อเป็นการลดปัจจัยกระตุ้นไม่ให้เด็กปัญญาอ่อนเกิด พฤติกรรมก้าวร้าว

4. ให้ความรู้และการให้ความช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่เด็กปัญญาอ่อน เนื่องจาก ถ้าวางกายได้รับการตอบสนองความต้องการก็จะส่งผลให้เด็กปัญญาอ่อนไม่เกิดความคับ ข้องใจ ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา ในการศึกษาวิจัย พยายามให้ความรู้เรื่อง ระเบียบภายในหอ ผู้ป่วย และ ตารางกิจวัตรประจำวัน รวมถึงพยายามให้การช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนในเรื่องการ รับประทานอาหาร และทำกิจกรรมกลุ่ม

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้ศึกษาคิดว่าโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีการเรียนรู้การวาง เงื่อนไขแบบการกระทำที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวกับการ พยายามเด็กปัญญาอ่อนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการ กระทำ แนวคิด โดยใช้ศาสตร์ความรู้ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งศาสตร์อื่นที่ เกี่ยวข้อง จะทำให้เด็กปัญญาอ่อนได้รับการดูแลเพื่อลดปัจจัยกระตุ้นในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ตามแนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข และแนวคิดทางสภาพแวดล้อม และได้รับการจัดการกับ พฤติกรรมก้าวร้าวโดยการปรับพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการ

กระทำ ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบ การกระทำด้วยกระบวนการกลุ่ม และการปรับพฤติกรรมรายบุคคลจะทำให้เด็กปัญญาอ่อนเกิดการ เรียนรู้แสดงพฤติกรรมที่ได้รับการเสริมแรงมากขึ้น ซึ่งทำให้เด็กปัญญาอ่อนแสดงพฤติกรรม ก้าวร้าวลดลง ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานการศึกษา ดังนี้

พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปัญญาอ่อนระดับปานกลาง หลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลที่ เน้นทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำลดลงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบก่อนการทดลอง (Pre-experimental Research) ออกแบบ การศึกษาเป็นกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการศึกษา (The One-Group Pretest-Posttest Design) (Polit & Hungler, 2001) โดยทำการศึกษาที่หอผู้ป่วยชาย 1 และหอผู้ป่วยหญิง 1 แผนกผู้ป่วยในสถาบัน ราชานุกุลจังหวัดกรุงเทพมหานคร ในระหว่างวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2550 ถึง 4 พฤษภาคม พ.ศ 2550

กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กปัญญาอ่อนที่มารับการรักษาที่สถาบันราชานุกุล แผนกผู้ป่วยใน อายุ 6 - 11 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น Moderate Mental Retardation ตามเกณฑ์การ วินิจฉัยโรค ICD 10 และมีพฤติกรรมก้าวร้าวตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต (2536) อย่างน้อย 1 พฤติกรรม จำนวน 20 คน

ตัวแปรต้น คือ การพยาบาลที่เน้นทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมก้าวร้าว

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขแบบการกระทำ หมายถึง พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อน ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับเด็กปัญญาอ่อน โดยในทุกครั้งที่เด็กปัญญาอ่อน รับประทานอาหารว่างวันละ 1 มื้อ เป็นเวลา 30 นาที ทำกิจกรรมกลุ่มนันทนาการวันละ 1 กลุ่ม เป็นเวลา 30 นาที ทำกิจกรรมกลุ่มทักษะวันละ 1 กลุ่ม เป็นเวลา 30 นาที และกลุ่มให้ความรู้เรื่อง ระเบียบปฏิบัติและกิจวัตรประจำวันภายในหอผู้ป่วย สัปดาห์ละ 5 วัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดย พยาบาล ยิ้ม ผงกศรีษะเมื่อเด็กปัญญาอ่อนแสดงพฤติกรรมเหมาะสม เรียกชื่อทักทายเด็กปัญญา อ่อน กล่าวคำขอโทษเมื่อพยาบาลทำผิด กล่าวคำขอบใจเมื่อเด็กปัญญาอ่อนให้ความช่วยเหลือ พยาบาล ตอบคำถามที่เด็กปัญญาอ่อนถามด้วยความเต็มใจ รับฟังเรื่องราวที่เด็กปัญญาอ่อนเล่า ไม่ ตำหนิเด็กปัญญาอ่อน ใช้คำพูดที่สุภาพและนุ่มนวลมีหางเสียงว่า “คะ” และสัมผัสเด็กปัญญาอ่อน ด้วยความนุ่มนวล

2. ปรับพฤติกรรม เป็นการจับประสบการณ์ของพยาบาลให้เด็กปัญญาอ่อนเพื่อให้เด็กปัญญาอ่อนเกิดการเรียนรู้ใหม่แล้วไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวโดยในทุกครั้งที่เด็กปัญญาอ่อนรับประทานอาหารว่างวันละ 1 มื้อ เป็นเวลา 30 นาที ทำกิจกรรมกลุ่มนันทนาการวันละ 1 กลุ่ม เป็นเวลา 30 นาที ทำกิจกรรมกลุ่มทักษะวันละ 1 กลุ่ม เป็นเวลา 30 นาที และกลุ่มให้ความรู้เรื่องระเบียบปฏิบัติและกิจวัตรประจำวันภายในหอผู้ป่วย สัปดาห์ละ 5 วัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พยาบาลใช้เทคนิคการจำกัดขอบเขตของพฤติกรรม (Limit Setting) ร่วมกับการใช้เวลานอก (Time Out) โดยพยาบาลร่วมกับบุคลากรที่ดูแลเด็กปัญญาอ่อนร่วมกันระบุพฤติกรรมก้าวร้าวที่เด็กปัญญาอ่อนต้องควบคุม ให้ทางเลือกว่าเด็กปัญญาอ่อนในการที่จะแสดงพฤติกรรม พยาบาลปฏิบัติตามข้อกำหนดที่เด็กปัญญาอ่อนจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรม คือ ถ้าเด็กปัญญาอ่อนไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวตามเวลาที่กำหนดจะได้รับการเสริมแรงทางบวก ด้วยคุกกี้น้ำตาล ผลไม้ อย่างใดอย่างหนึ่งที่เด็กชอบ ถ้าเด็กปัญญาอ่อนแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวไม่รุนแรงพยาบาลให้การเพิกเฉย โดยไม่พูดถึงพฤติกรรมนั้น ไม่มองเด็กปัญญาอ่อนขณะแสดงพฤติกรรมนั้น แต่ถ้าเด็กปัญญาอ่อนมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พยาบาลใช้การใช้เวลานอกกับเด็กปัญญาอ่อนโดยการนำเด็กปัญญาอ่อนไปไว้ห้องที่ว่างเปล่าจนกว่าเด็กจะไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวครบ 2 นาที จึงนำกลับมาทำกิจกรรมตามเดิม พยาบาลให้การพยาบาลตามที่กล่าวมาแล้วอย่างสม่ำเสมอ

3. จัดสภาพแวดล้อม เป็นการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสภาพแวดล้อมที่เป็นพยาบาลที่ต้องอยู่ใกล้ชิดกับเด็กปัญญาอ่อน โดยขณะที่เด็กปัญญาอ่อนรับประทานอาหารว่างวันละ 1 มื้อ เป็นเวลา 30 นาที ทำกิจกรรมกลุ่มนันทนาการวันละ 1 กลุ่ม เป็นเวลา 30 นาที ทำกิจกรรมกลุ่มทักษะวันละ 1 กลุ่ม เป็นเวลา 30 นาที และกลุ่มให้ความรู้เรื่องระเบียบปฏิบัติและกิจวัตรประจำวันภายในหอผู้ป่วย สัปดาห์ละ 5 วัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พยาบาลดูแลความเรียบร้อยเรื่องความสะอาดของ ห้องน้ำ ห้องรับประทานอาหาร และ ห้องทำกิจกรรมกลุ่ม ดูแลเรื่องอาหาร น้ำดื่ม ของใช้ของเด็กปัญญาอ่อนให้สะอาดและเพียงพอ ดูแลสถานที่ให้สงบเงียบ ไม่มีเสียงรบกวนและรวมถึงการดูแลเด็กปัญญาอ่อนอย่างใกล้ชิดคอยสังเกต สอบถามความต้องการของเด็กปัญญาอ่อน ใช้ภาษาพูดที่สั้นๆ เข้าใจง่าย เป็นภาษาเดียวกับที่เด็กปัญญาอ่อนเคยใช้หรือเคยได้ยิน

4. ให้ความรู้และการให้ความช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่เด็กปัญญาอ่อน โดยพยาบาลให้ความรู้เด็กปัญญาอ่อนเรื่อง ระเบียบภายในหอผู้ป่วย และ ตารางกิจวัตรประจำวันของเด็กปัญญาอ่อนต้องปฏิบัติ โดยให้ความรู้ทุกวันหลังจากที่รับ-ส่งเวรเสร็จแล้ว สัปดาห์ละ 5 วัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวมถึงพยาบาลให้การช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนในขณะที่รับประทานอาหารว่างวันละ 1 มื้อ เป็นเวลา 30 นาที ทำกิจกรรมกลุ่มนันทนาการวันละ 1 กลุ่ม เป็นเวลา 30 นาที ทำกิจกรรมกลุ่มทักษะวันละ 1 กลุ่ม เป็นเวลา 30 นาที และกลุ่มให้ความรู้เรื่องระเบียบปฏิบัติและกิจวัตรประจำวันภายในหอผู้ป่วย

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกทางกายและทางวาจาของเด็กปัญญาอ่อน อย่างใดอย่างหนึ่งใน 2 กลุ่ม ต่อไปนี้

1. พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย ได้แก่ สีหน้าบึ้งตึง คือการแสดงสีหน้าราบเรียบ ไม่ยิ้ม ตาขวาง แหวดตาไม่เป็นมิตร คือมองตาขวาง หรือมองด้วยหางตา แสดงท่าทางไม่พอใจ คือแสดงสีหน้าบึ้งตึง หน้าอกระทืบเท้า ทะเลาะวิวาท คือการต่อสู้ระหว่างเด็กปัญญาอ่อนกับผู้อื่น เช่น การเตะ ต่อย ดึงจากทั้งสองฝ่าย กระแทกกระทั้น คือเด็กปัญญาอ่อนวางสิ่งของแรงๆ ทำลายสิ่งของ คือขว้าง ปิด โยน ทบสิ่งของ ทำร้ายตนเอง คือทุบ ตี หยิก กัด ต่อย โขกศีรษะตนเอง แหยงของผู้อื่น คือหยิบ กระจกของจากผู้อื่นมาเป็นของตัวเอง ทำร้ายผู้อื่น คือการทำให้ร่างกายผู้อื่นให้เกิดความเจ็บปวดโดยการเตะ ต่อย ทุบ ตี ผลัก กัด ดึงผม และหยิก

2. พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ได้แก่ พูดห้วนเสียงดั่งขึ้นเรื่อยๆ คือพูดไม่มีหางเสียง เสียงดังทำให้ผู้อื่นขาดสมาธิไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ พูดกระแทกกระทั้น คือพูดว่าผู้อื่นแต่ไม่พูดโดยตรง พูดคำหยาบ คือการใช้วาจาที่ไม่สุภาพและไม่เหมาะสมซึ่งทำให้ผู้อื่นไม่พอใจ พูดคำเหน็ดเหนื่อย คือพูดว่าผู้อื่นว่าเป็นคนไม่ดี ไม่ชอบ ชูตะคอก คือพูดให้ผู้อื่นทำตามที่ตนเองต้องการ ถ้าไม่ทำตามที่ตนเองต้องการจะได้รับผลตอบแทนที่ไม่ดี

พฤติกรรมก้าวร้าวในการศึกษานี้วัดได้โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งเป็นการประเมินความถี่ของการเกิดพฤติกรรมแบ่งระดับของพฤติกรรมก้าวร้าวตามระดับความรุนแรง ได้ดังนี้

1. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้แก่ พฤติกรรมทะเลาะวิวาท กระแทกกระทั้น ทำลายสิ่งของ ทำร้ายตนเอง แหยงของผู้อื่น และทำร้ายผู้อื่น

2. พฤติกรรมก้าวร้าวไม่รุนแรง ได้แก่ พฤติกรรมสีหน้าบึ้งตึง แหวดตาไม่เป็นมิตร แสดงท่าทางไม่พอใจ พูดห้วนเสียงดั่งขึ้นเรื่อยๆ พูดกระแทกกระทั้น พูดคำหยาบ พูดคำเหน็ดเหนื่อย และ ชูตะคอก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และมีปัญหาด้านจิตสังคมในลักษณะอื่นต่อไป

2. เป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนา Best Practice และ ขยายองค์ความรู้ทางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชต่อไป