

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ขอเสนอตามลำดับดังนี้

1. เด็กออทิสติกวัยเรียนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
 - 1.1 เด็กออทิสติก
 - 1.2 การดำรงชีวิตของเด็กออทิสติกวัยเรียน
 - 1.3 ระบบบริการสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียน
2. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกวัยเรียน
 - 2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว
 - 2.2 ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว
 - 2.3 การวัดหรือการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว
3. การพยาบาลเด็กออทิสติกวัยเรียนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
 - 3.1 การพยาบาลเด็กออทิสติกในโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์
 - 3.2 กระบวนการพยาบาล
 - 3.3 การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก
 - 3.4 การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการพยาบาลเด็กออทิสติก
4. พฤติกรรมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
 - 4.1 แนวคิดทฤษฎีของพฤติกรรมบำบัด
 - 4.2 พฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกวัยเรียน
5. การพยาบาลที่เน้นพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกวัยเรียน
6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. เด็กออทิสติกวัยเรียนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กจะพบได้ทั่วไปทั้งในเด็กเล็กและเด็กโต แต่ในเด็กโตอายุตั้งแต่ 6-7 ปีขึ้นไป ความก้าวร้าวจะลดน้อยลงเพราะเด็กจะเริ่มเข้าใจเหตุผล และเด็กเริ่มลดการเอาแต่ใจตนเอง ควบคุมอารมณ์ของตนเองได้มากขึ้น และมีความสามารถในการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมมากขึ้น แต่เด็กทุกคนก็ไม่ได้เรียนรู้ที่จะควบคุมความก้าวร้าว บางคนความก้าวร้าวอาจรุนแรงขึ้นได้เพราะได้รับแรงกระตุ้นจากสภาพแวดล้อมรอบด้าน หรือจากสาเหตุอื่นที่ทำให้มีความบกพร่องของสมองจึงทำให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ เช่น เด็กออทิสติก (นฤมล ชีระรังสีกุล, 2550)

1.1 เด็กออทิสติก

เด็กออทิสติก เป็นเด็กที่มีความผิดปกติทางพัฒนาการหลายด้าน คือ สังคม การสื่อความหมายและจินตนาการ ทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้สิ่งแวดล้อมได้เหมือนเด็กปกติทั่วไป และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้จึงทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา ถึงแม้ว่าเด็กออทิสติกจะต่างจากเด็กปกติทั่วไป แต่ถ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่องก็จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้

ในเรื่องนี้ประกอบด้วยหัวข้อย่อยดังนี้ คือ ลักษณะโรค ความรุนแรง สาเหตุ และพฤติกรรมของเด็กออทิสติก

ลักษณะโรค

เพ็ญแข ลืมศิลา(2545 :17) ได้กล่าวถึงโรคออทิสซึมว่า เป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่สามารถตรวจและวิเคราะห์ได้ว่า เด็กมีพัฒนาการล่าช้าทางด้านสังคม การสื่อความหมายและจินตนาการ แสดงให้เห็นได้โดยการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเด็กในวัยเดียวกัน เช่น การแยกตัวอยู่โดยลำพังในโลกของตัวเองเสมือนกับมีกำแพงที่มองไม่เห็นกั้นตัวเด็กเหล่านี้ออกจากสังคมนอกด้าน ทำให้เด็กขาดการรับรู้จนไม่สามารถเรียนรู้ได้จากสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้เหมือนเด็กทั่วไปในวัยเดียวกัน ไม่สามารถสื่อความหมายกับบุคคลรอบข้าง เมื่อถึงวัยที่ควรจะพูดก็พูดไม่ได้ทั้งๆที่หูไม่หนวก แต่อาจเลียนแบบการพูดเป็นคำๆได้โดยไม่รู้ความหมาย ต่อมาก็เริ่มพูดภาษาตนเองที่มนุษย์ฟังไม่เข้าใจ เด็กเล่นกับใครไม่เป็น เล่นของเล่นไม่เป็น เนื่องจากการขาดจินตนาการ และมีพฤติกรรมซ้ำๆบางอย่าง ทั้งการกระทำและความคิด อาการดังกล่าวบางอย่างจะปรากฏอาการให้เห็นได้ตั้งแต่ในขวบปีแรก และจะพบอาการอย่างชัดเจนเมื่อเด็กมีอายุ 18 เดือนขึ้นไป

ความรุนแรง

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM IV โรคออทิสซึม พบได้ 4-5 : 10,000 และตามการวินิจฉัยแบบ Autistic spectrum พบโรคนี้ได้ถึง 21 : 10,000 (ชลทิพย์ กรัยวิเชียร, 2546 : 3) แต่ชาญวิทย์ พรนภดล รายงานว่า Autism เดิมพบได้ประมาณ 2-5 : 10,000 แต่ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าเพิ่มสูงเป็น 1-1.3 : 1,000 และอัตราความชุกของ PDD ทั้งหมดรวมกันประมาณ 2-5 : 1,000 แสดงว่า PDD ไม่ใช่โรคที่หายากอย่างที่เคยเชื่อกันในอดีตและมีโอกาสพบบ่อยกว่า Down syndrome

(ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545 : 142) โรคออทิซึมพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4 เท่า ในประเทศไทย โรคออทิซึมพบได้ 1 : 1,000 เด็กชาย : เด็กหญิง เท่ากับ 4-5 : 1 โดยเด็กหญิงมักมีความรุนแรงกว่าเด็กชาย โอกาสเกิดโรคนี้นั้นขึ้นอยู่กับของเด็กออทิสติกร้อยละ 3-7 พบในทุกเชื้อชาติและเศรษฐกิจ (ชลทิพย์ กรีวิเชียร: 2546, ชาญวิทย์ พรนภดล : 2545)

สาเหตุ

สาเหตุของโรคออทิซึมยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด เพ็ญแข ลิมศิลา (2550 :107) ได้กล่าวถึงสาเหตุของโรคออทิซึม ดังนี้

1. จากการศึกษาวิจัยพบว่ามีสาเหตุจากปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้พัฒนาการของสมองเด็กผิดปกติไป อาจเกิดได้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา
2. มีหลักฐานหลายอย่าง que แสดงว่าเด็กออทิสติกมีความผิดปกติทางหน้าที่ของสมอง เช่น เด็กออทิสติก ร้อยละ 25-30 จะมีอาการของโรคลมชักในระยะเริ่มเข้าวัยรุ่น จากการตรวจคลื่นสมองด้วยไฟฟ้าพบว่า มีความผิดปกติของคลื่นสมองแบบไม่เฉพาะเจาะจง (Non-specific) มากกว่าเด็กทั่วไป ขนาดของสมองโตกว่าเด็กทั่วไปเล็กน้อย โดยไม่ได้มีมาตั้งแต่แรกเกิด แพทย์ทางระบบประสาทและพยาธิวิทยาได้ทำการศึกษาวิจัยพบว่า สมองของเด็กออทิสติกมีเซลล์ของสมองผิดปกติอยู่ 2 แห่งคือ บริเวณที่ควบคุมด้านความจำ อารมณ์และแรงจูงใจ ส่วนอีกบริเวณหนึ่งจะควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ลักษณะของเซลล์สมองทั้งสองแห่งเป็นเซลล์ที่ไม่พัฒนาไปตามวัยของเด็ก
3. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ เนื่องจากพบเด็กออทิสติกในกลุ่มแฝดจากไข่ใบเดียวกัน มากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ และอัตราส่วนของออทิซึมในพื้นที่ท้องเดียวกันพบถึง 1 : 50 ส่วนในเด็กทั่วไปพบ 1 : 2000
4. เคยมีรายงานถึงสารบางอย่างที่เป็นตัวนำทางระบบประสาท เช่น ระดับของ ซีโรโตนิน และสารโดปามีนสูง แต่ยังไม่เป็นที่ยอมรับแน่นอน ซึ่งสารซีโรโตนิน เป็นสารเคมีที่สำคัญในการทำงานของสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ถ้าระดับของซีโรโตนินในเลือดสูงทำให้มี Hyperactive และ Restlessness และถ้าหากสารโดปามีนสูง ทำให้มี Homovanillic acid (HVA) ในน้ำไขสันหลังเพิ่มขึ้น ในเด็กออทิสติกบางรายจึงมี Pain sensation ลดลง มีการกระทำซ้ำๆ มี Tendency ที่จะทำร้ายตัวเองอย่างรุนแรงซ้ำๆ เช่น การตบหน้าตัวเองหรือโขกศีรษะ เป็นต้น
5. ในเด็กออทิสติกมีความผิดปกติในระบบภูมิคุ้มกัน คือ มีระบบภูมิคุ้มกันทานกลับไปทำลายระบบประสาทของตนเอง
6. พบมีการเปลี่ยนแปลงของยีนในพ่อแม่ที่ทำงานในโรงงานคอมพิวเตอร์ อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถบอกได้ถึงสาเหตุที่แน่นอน แต่ก็มีผู้วิจัยและศึกษาอย่างจริงจัง สักวันหนึ่งอาจจะสามารถวิเคราะห์ได้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางสมองที่ทำให้เกิดภาวะนี้ได้

ส่วนปัจจัยการเลี้ยงดูนั้นไม่ใช่สาเหตุโดยตรง แต่เป็นสาเหตุส่งเสริมที่จะทำให้เด็กที่เป็นออทิสติก อยู่แล้วมีอาการมากขึ้น หรือช่วยให้อาการของเด็กดีขึ้นได้

ยาที่ใช้ในเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

เด็กออทิสติกหลายคนจำเป็นต้องใช้ยา ยาส่วนใหญ่ที่ใช้ในเด็กออทิสติก ไม่ได้เป็นยาที่ถูกคิดค้นขึ้นมาเพื่อรักษาโรคออทิสซึมโดยตรง แต่เป็นยาที่พัฒนามาจากการศึกษาวิจัย สำหรับโรคอื่น จากการศึกษาวิจัย นักวิทยาศาสตร์พบว่าอาการบางอย่างในโรคออทิสซึมมีลักษณะใกล้เคียงกับโรคบางโรค จึงลองนำเอายาที่ใช้รักษาโรคนั้นมาใช้ในเด็กออทิสติก และพบว่ายาหลายตัวใช้ได้ผลดี ตัวอย่างเช่น ยาแก้อาการชัก เป็นยาที่คิดค้นขึ้นมาเพื่อรักษาโรคมะเร็ง แต่ได้นำมาทดลองใช้กับเด็กออทิสติกและปรากฏว่าลดอาการชักและก้าวร้าวได้ดี เป็นต้น

ยาไม่ได้ไปเปลี่ยนแปลงความผิดปกติที่เกิดขึ้นในสมอง แต่ยาไปทำให้สมองทำงานดีขึ้น โดยไปลดอาการผิดปกติต่างๆ เช่น อาการก้าวร้าว อย่างไรก็ตามแพทย์มักจะให้ยาโดยมีวัตถุประสงค์ว่า เมื่อให้ยาแล้วเด็กจะมีอาการดีขึ้น และจะเรียนรู้ได้มากขึ้น การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่จะมีผลให้พฤติกรรมของเด็กเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

ยาที่นำมาใช้ในเด็กออทิสติกที่มีอาการก้าวร้าวมีอยู่ 2 กลุ่ม คือ

1. ยากลุ่ม Major tranquilizers ได้แก่ยา Haloperidol และ Risperidone เป็นยาที่มีการศึกษาวิจัยกันมากในกลุ่มออทิสติก มีฤทธิ์ช่วยให้เด็กแยกตัวน้อยลง เข้าสังคมมากขึ้น รวมทั้งลดพฤติกรรมซ้ำๆ หรือเมื่อเด็กอาละวาดก้าวร้าวและมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นบ่อยในเด็กคือ อาการง่วงนอน ส่วนอาการกล้ามเนื้อเกร็งหรือเคลื่อนไหวผิดปกตินั้นพบไม่บ่อย เด็กร้อยละ 80 เด็กสามารถให้ยาตัวนี้ได้อย่างปลอดภัย แพทย์มักใช้ยานี้เมื่อทำการช่วยเหลือด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล

2. ยากันชัก เช่น ยา Carbamazepine มีฤทธิ์ลดหรือป้องกันอาการชักลดอาการก้าวร้าว ทำให้เด็กสงบและมีอาการช่นน้อยลง

Risperidone

ข้อบ่งใช้

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

กลไกการออกฤทธิ์

Risperidone เป็น Selective monoaminergic antagonist โดยมีคุณสมบัติไปจับกับตัวรับของ ซีโรโทนินชนิด – HT และตัวรับของโดปามีนชนิด D ได้ดี นอกจากนี้ยังสามารถจับกับตัวรับอะครีเนอ-จิก ชนิดแอลฟา 1 Risperidone จับกับตัวรับฮิสตามีนชนิด H1 และตัวรับอะครีเนอ-จิก ชนิดแอลฟา 2 ได้ไม่ดีนัก และไม่จับกับตัวรับโคลิเนอร์จิก ถึงแม้ว่า Risperidone จะเป็นยาต้าน D ที่ออกฤทธิ์แรงซึ่งช่วยในการบรรเทาอาการจิตเภทชนิด Positive แต่ยานี้จะกดการเคลื่อนไหว (Motor activity) และเหนียวนำไปให้เกิด Catalepsy ได้น้อยกว่ายาจำพวก Neuroleptics ความสมดุลของซีโรโทนินในสมองกับฤทธิ์ต้านโดปามีนอาจช่วยลดอาการข้างเคียงทาง Extrapiramidal ที่จะเกิดขึ้น และทำให้ตัวยาดังกล่าวมีฤทธิ์ในการรักษาครอบคลุมอาการจิตเภทชนิด Negative รวมทั้งอาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทางด้านอารมณ์

อาการไม่พึงประสงค์

อาการอันไม่พึงประสงค์ที่ได้รับรายงานระหว่างการใช้ Risperidone มีดังนี้

อาการที่พบบ่อย :

นอนไม่หลับ กระวนกระวาย วิดกกังวล ปวดศีรษะมีรายงานการเกิดอาการสงบระงับในเด็กและวัยรุ่นมากกว่าที่พบในผู้ใหญ่ โดยทั่วไปมีอาการเพียงเล็กน้อยและเป็นระยะสั้น ๆ

อาการที่พบบรองลงมา :

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

Risperidone ทำให้เกิด Extrapiramidal symptoms ดังต่อไปนี้ มีอัมพาต กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง นำ้ลายไหลมากผิดปกติ Bradykinesia, akathisia กล้ามเนื้อบิดเกร็งชนิดเฉียบพลัน (Acute dystonia) อาการเหล่านี้มักจะเป็นชนิดไม่รุนแรงและกลับสู่สภาพปกติได้หากลดขนาดยาลง และ/หรือ ให้ยาต้าน Parkinson เมื่อจำเป็น ในบางครั้งมีรายงานว่าผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะหรือความดันโลหิตต่ำหรือความดันโลหิตต่ำลงขณะเปลี่ยนอิริยาบถ และเกิด (Reflex) Tachycardia ความดันโลหิตสูงอาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับ Risperidone และมีรายงานของการเกิดน้อยลงของ Neutrophil และ/หรือ Thrombocyte สามารถทำให้ความเข้มข้นของ Prolactin ในพลาสมาเพิ่มขึ้นซึ่งขึ้นกับขนาดยาที่ให้ (Dosedependent) อาการที่เกิดขึ้นอาจได้แก่ มีน้ำนมไหล หน้าอกโต รอบประจำเดือนผิดปกติ และไม่มีประจำเดือน (Amenorrhea)

Haloperidol

กลไกการออกฤทธิ์

เป็นยาบรรเทาโรคจิตในกลุ่มบิวทิโรฟีโนน ออกฤทธิ์โดยแย่งโดปามีนจับกับ D₂-receptor ที่ postsynaptic และเพิ่มการทำลายโดปามีนในสมองส่วน mesolimbic dopaminergic system ถ้าให้ยานี้ติดต่อกันระยะหนึ่ง จะพบว่าเซลล์ประสาทจะหลั่งโดปามีนลดลงด้วย

ข้อบ่งใช้

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

ข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่ระบบประสาทส่วนกลางถูกกด หรือมีอาการโคม่า และในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน
2. ไม่ควรใช้ยานี้ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ในสตรีมีครรภ์และให้นมบุตร
3. ใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยโรคลมชัก
4. ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับแอลกอฮอล์หรือยากดประสาทส่วนกลางอื่นๆ ยาอื่น ชัก ยาที่ทำให้เกิดอาการทาง EPS

อาการข้างเคียง

ที่พบบ่อยได้แก่อาการทางระบบ EPS เช่น อาการแข็งช้า พุดไม่ชัด กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง มือเท้าสั่น เดินเซ นอกจากนี้อาจพบอาการตาพร่า ท้องผูก ปากแห้ง ประจำเดือนผิดปกติ ปวดคัดเต้านม น้ำนมไหลและน้ำหนักตัวเพิ่ม

Carbamazepine

กลไกการออกฤทธิ์

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

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

เภสัชจลศาสตร์

Carbamazepine ถูกดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร ระดับยาในพลาสมาสูงสุดหลังกินยา 4-12 ชั่วโมง จับกับโปรตีนร้อยละ 65-80 Carbamazepine -10, 11 - epoxide เป็น Metabolite ที่มีผลในการรักษาด้วยเช่นกัน หลังได้ยานาน 3 สัปดาห์ Carbamazepine จะไปกระตุ้นเอนไซม์ cytochrome P450 ของตับ ทำให้การทำลายยาของตับเพิ่มขึ้น (Autoinduction) ค่าครึ่งชีวิตของยาที่เดิมนาน 18 – 55 ชั่วโมงในช่วงแรก จะลดลงเหลือ 2 - 17 ชั่วโมง ส่งผลให้ระดับของยาในพลาสมาลดลงได้ โดยทั่วไปประมาณ 3 - 5 สัปดาห์ยาจะมีระดับคงที่

ข้อบ่งใช้

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

ข้อห้ามและภาวะที่ควรระวังในการใช้ยา

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

ฤทธิ์ข้างเคียง

พบอาการคลื่นไส้ อาเจียนบ่อยในช่วงแรกของการรักษา

1. อาการง่วงซึม เหนื่อย หรือเห็นเป็นสองภาพ สัมพันธ์กับขนาดยาที่สูงหรือเพิ่มขนาดยาเร็ว
2. อาการทางผิวหนังได้แก่ Maculopapular rash หากเกิดควรหยุดยา บางรายอาจเกิดรุนแรงเป็น Steven-Johnson syndrome
3. ภาวะ Leucopenia พบได้บ่อย แต่เป็นชั่วคราวไม่รุนแรง

ปฏิกิริยากับยาอื่น

ยาที่มีผลยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ P450 ในตับจะทำให้ระดับของ Carbamazepine เพิ่มขึ้นถึงระดับเป็นพิษได้ ยาเหล่านี้ที่สำคัญได้แก่ Diltiazem และ Verapamil, danazol,

erythromycin, isoniazid และ valproate ขณะเดียวกัน Carbamazepine ทำให้ระดับยาของ Antiasthmatics (เช่น prednisolone และ theophylline), valproate, TCA, haloperidol และ benzodiazepine ต่ำลง

สรุปยาไม่ได้รักษาโรคออทิซึมให้หาย แต่การให้ยาที่เหมาะสมจะช่วยบรรเทา ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก ทำให้อาการของเด็กดีขึ้น ในระยะยาวนอกเหนือจากการ รักษาด้วยยาแล้ว การบำบัดและให้ความช่วยเหลือโดยการพัฒนาความสามารถและปรับพฤติกรรม ก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน

พฤติกรรมของเด็กออทิสติก

เด็กออทิสติกนั้นจะมีลักษณะพฤติกรรมที่ผิดปกติที่แตกต่างไปจากเด็กทั่วไป อันเนื่องมาจากความผิดปกติของสมองที่ส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติของพัฒนาการ และทำให้ มีลักษณะของพฤติกรรมที่ผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งความผิดปกติของพฤติกรรมนั้นมี 3 ด้านใหญ่ๆ ด้วยกัน คือ 1. ความผิดปกติทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 2. ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร 3. ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) มีรายละเอียดดังนี้

1. ความผิดปกติทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

เด็กออทิสติกจะมีพัฒนาการทางสังคมที่บกพร่องค่อนข้างมาก โดยจะแสดง อาการได้หลายแบบดังนี้

- 1.1 ไม่มีการตอบสนองทางสังคมหรือไม่ค่อยมีปฏิริยาต่อผู้คนเหมือนเด็กปกติ
- 1.2 เรียกชื่อแล้วไม่ตอบสนอง ไม่หันตามเสียงเรียก
- 1.3 ไม่ค่อยสบตา บางรายมองหางตาหรือเอามือปิดตาไม่ยอมมองคน
- 1.4 ไม่มีความสนใจร่วมกับผู้อื่น เช่น จะไม่เข้าไปร่วมดูสิ่งสนุกๆกับพี่น้องหรือ ชี้ชวนให้พ่อแม่ดูสิ่งที่ตนสนใจ
- 1.5 ไม่เล่าความรู้สึกนึกคิดให้ผู้อื่นรับรู้
- 1.6 ไม่เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น
- 1.7 ไม่โผล่เข้าหาพ่อแม่ ไม่เข้ามาคลอเคลียแสดงความรัก
- 1.8 ชอบอยู่คนเดียว ไม่เล่นกับเพื่อน
- 1.9 สนใจมองสิ่งของมากกว่าคน มักทักทายผู้คนแบบแปลกๆ เข้ามาดมกลิ่น เอามือมาแตะตัว ฯลฯ

2. ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร

เด็กออทิสติกร้อยละ 80 จะมีปัญหาทางภาษาและการสื่อสารอย่างรุนแรงดังนี้

- 2.1 พูดซ้ำหรือพูดไม่ได้เลย
- 2.2 ไม่สามารถเริ่มต้นสนทนากับผู้อื่นได้

2.3 มีคำศัพท์เฉพาะตัวหรือมีภาษาแปลก ๆ ที่เป็นภาษาเฉพาะของเด็กเองและผู้อื่นฟังไม่เข้าใจ

2.4 พูดซ้ำ ๆ ซาก ๆ เช่นพูดคำโฆษณาในโทรทัศน์ซ้ำ ๆ

2.5 สื่อสารโดยใช้ท่าทางไม่เป็น

2.6 เมื่อต้องการอะไรจะขอหรือชี้ไม่เป็น แต่จะใช้วิธีดึงมือคนไปที่สิ่งนั้น

2.7 พูดซ้ำประโยคหรือข้อความที่ผู้อื่นพูดด้วย

3. ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

3.1 มีการแสดงออกของอารมณ์ที่น้อยเกินไป

3.2 บางครั้งมีการแสดงออกของอารมณ์ที่รุนแรงเกินไป เช่น เวลาโกรธหรือไม่พอใจจะร้องกรี๊ดเป็นเวลานาน

3.3 ชอบทำอะไรซ้ำ ๆ เช่น โยกตัว โบกมือไปมา

3.4 มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น หมุนตัว เดินเขย่ง

3.5 มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เช่น โขกหัวหรือกัดแขนตนเอง

3.6 ประสาทสัมผัสมีความไวมากเกินไป ไวต่อเสียง ทนเสียงปกติธรรมดาไม่ได้

3.7 บางกรณีประสาทสัมผัสกลับมีความไวน้อยเกินไป เช่น ไม่รู้สึกเจ็บปวดแม้เจ็บหรือมีบาดแผลก็ไม่ร้องไห้

3.8 ปรับตัวยาก ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในกิจวัตรประจำวัน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนที่เคยทำ เด็กจะหงุดหงิดอาละวาด

3.9 ชนมาก อยู่ไม่นิ่ง สมาธิสั้น

3.10 มีความผิดปกติในการเล่น เช่น ไม่มีจินตนาการ เล่นของเล่นไม่เป็น ชอบเล่นของซ้ำ ๆ เล่นร่วมกับเด็กอื่นไม่เป็น

พฤติกรรมผิดปกติของเด็กออทิสติก พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปได้ตามพัฒนาการของเด็ก ซึ่งพฤติกรรมผิดปกติของเด็กมีดังนี้

1. ปัญหาทางภาษา

1.1 มีปัญหาในการเข้าใจเกี่ยวกับการพูด

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

2. มีความผิดปกติของการสบตาและการมอง

2.1 ชอบมองไปทางด้านข้างมากกว่ามองตรงๆ มักมองผ่านไปมากกว่าการมองจับจ้องทั้งคนและสิ่งของ

2.2 มองบุคคลและสิ่งของด้วยการชำเลืองอย่างรวดเร็วมากกว่าที่จะมองจ้อง

2.3 มองที่บุคคลหรือสิ่งของแบบจับจ้องนานจนเกินไปเหมือนจะมองให้ทะลุปรุ

โปรง มักพบในเด็กโต

3. ปัญหาเกี่ยวกับการลอกเลียนแบบการเคลื่อนไหวของร่างกาย

3.1 มีความยากลำบากในการลอกเลียนแบบการเคลื่อนไหว แม้แต่การเคลื่อนไหวง่าย ๆ

3.2 มีความสับสนในเรื่องการเรียนรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวตามคำสั่ง

4. ปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย

4.1 หากมีอาการตื่นเต้นหรือวิตกกังวล มักจะควบคุมตัวเองไม่ได้ มีการกระโดดขึ้น ๆ ลง ๆ โบกมือไปมา กระดิกนิ้วชี้ ๆ

4.2 บางรายชอบเดินเข่ง และแกว่งแขนไม่ไปตามกัน

4.3 ลักษณะท่าทางแปลก ๆ ที่พบได้บ่อยขณะอยู่ในโลกของตัวเองคือ การนอนคุดคู้อยู่ได้เตียง ใต้โต๊ะ หรือในตู้ที่เปิดไว้ ก้มศีรษะ งอแขนบริเวณข้อศอกและทำข้อมือตก

4.4 บางรายมีการเคลื่อนไหวที่ไม่น่าเป็นไปได้ด้วยตัวเอง เช่น ตีลังกาโดยไม่เป็นอันตราย ใช้มือเดินแทนเท้าได้นาน ๆ ทรงตัวได้โดยใช้มือข้างเดียวโดยไม่แสดงอาการเหนื่อยล้า

5. มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางความรู้สึกอย่างผิดปกติ

6. การแสดงออกทางอารมณ์ไม่สมเหตุสมผล

7. มีความผิดปกติของหน้าที่ และพัฒนาการทางกายภาพ

8. มีความสามารถพิเศษเฉพาะอย่างให้เห็นเด่นชัด

9. มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมของเด็กออทิสติกนั้นจะมีความแตกต่างไปจากเด็กปกติทั่วไปในวัยเดียวกัน ไม่สนใจคนรอบข้างเหมือนกับว่ามีโลกของตนเอง แต่ถ้าหากได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกวิธีก็จะทำให้ลดพฤติกรรมที่ผิดปกติและลดปัญหาพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กได้

1.2 การดำรงชีวิตของเด็กออทิสติกวัยเรียน

เด็กออทิสติกก็เหมือนกับเด็กทั่วไป ต้องการความรักและการดูแลเอาใจใส่จากพ่อแม่หรือผู้ดูแลเช่นเดียวกัน แต่ด้วยความที่เด็กออทิสติกมีความบกพร่องของพัฒนาการ และมีการแสดงออกที่แปลกประหลาดและไม่เหมาะสม ก็อาจทำให้คนรอบข้างมองว่าการดำรงชีวิตของเด็กออทิสติกมีความแตกต่างและมีความยุ่งยากจากเด็กคนอื่น ๆ ซึ่งในความจริงนั้นการดำรงชีวิตของเด็กออทิสติกก็เหมือนกับการดำรงชีวิตของเด็กทั่วไป แต่พ่อแม่หรือผู้ดูแลอาจจะต้องพรั่ำสอนในเรื่องเดิม ๆ ซ้ำ ๆ เพื่อให้เด็กได้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะต่าง ๆ ของเด็กได้

1.2.1 การดำรงชีวิตประจำวันของเด็กออทิสติกวัยเรียน

การดำรงชีวิตของเด็กออทิสติกวัยเรียนมีหลักเช่นเดียวกับเด็กปกติทั่วไป (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) คือ พ่อแม่ต้องดูแลและเตรียมเด็กให้พร้อมในพัฒนาการแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่เด็กจนเริ่มโตและเป็นผู้ใหญ่ ทักษะชีวิตที่เด็กจะต้องได้เรียนรู้เพื่อให้เด็กสามารถพึ่งตนเองได้ และไม่เป็นภาระของผู้ดูแล เช่น การดูแลสุขอนามัยของตนเอง การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การมีมารยาทในการกินบนโต๊ะอาหาร การใช้โทรศัพท์ การข้ามถนน การขึ้นรถประจำทาง การซื้อของ ทอนเงิน การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น การวางตัวอย่างเหมาะสมในที่สาธารณะ การจัดการกับความเครียดรวมทั้งการมีงานอดิเรก เช่น เล่นดนตรี วาดน้ำ

1.2.2 การเรียนของเด็กออทิสติกวัยเรียน

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

จากการศึกษาเด็กออทิสติกที่ส่งเข้าเรียนในโครงการศึกษาพิเศษโรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (เพ็ญแข ลิมสิลา, 2537) เด็กมีความสามารถในการพัฒนาการเรียนรู้ได้ แต่พัฒนาการทางด้านพฤติกรรมทางสังคม การสื่อความหมาย ความสนใจ และกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงได้ยาก และยังมีปัญหาทางด้านอารมณ์ เนื่องจาก การแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสมกับอายุจริงของเด็ก

เด็กออทิสติกอาจมีความสามารถบางอย่างดีเป็นพิเศษ ในขณะที่ความสามารถด้านอื่นนั้นแย่ เด็กออทิสติกหลายคนมีความโดดเด่น มีความสามารถหรือฉลาดในบางเรื่อง เช่น วาดรูปเก่ง เล่นดนตรีเก่ง คิดเลขเก่ง หรือมีความจำเป็นเยี่ยม สามารถเก็บรายละเอียดได้ทุกอย่าง และรายละเอียดที่ประทับอยู่ในสมองนั้นสามารถถ่ายทอดออกมาเป็นภาพวาดที่เหมือนจริงไม่ผิดเพี้ยน ความจำที่แม่นยำผิดจากคนทั่วไปนี้อาจเป็นเพราะเด็กออทิสติกสามารถฟังสมาธิได้อย่างดีเลิศ และตัดสิ่งรบกวนที่ตนไม่สนใจออกไปได้ ทำให้สามารถจดจำและทำบางสิ่งบางอย่างได้ดีเป็นพิเศษกว่าคนทั่วไป

การจัดชั้นเรียนชั้นประถมและมัธยมสำหรับเด็กออทิสติก

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2545: 229) การเรียนการสอนในชั้นประถมและมัธยมมี 3 แบบ

แบบที่ 1. ชั้นเรียนพิเศษ เหมาะสำหรับเด็กที่มีอาการมาก เพราะหากเด็กไม่มีความพร้อมและต้องไปอยู่ในชั้นเรียนปกติ อาจเกิดผลเสียกับเด็กได้ เด็กจะเรียนไม่ทัน เข้ากับเพื่อนไม่ได้ ถูกล้อ เกิดปมด้อย มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมตามมา

แบบที่ 2. เรียนร่วมกับเด็กปกติบางวิชา เด็กที่มีอาการดีพอสมควรอาจเรียนกับเด็กปกติบางวิชา แต่บางวิชาเรียนเฉพาะกลุ่ม การเรียนแบบนี้เหมาะสม เพราะเด็กจะได้มีโอกาสเรียนรู้เช่นเดียวกับเด็กทั่วไป และได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมด้วย

แบบที่ 3. เรียนในชั้นปกติทุกวิชา เด็กที่มีอาการค่อนข้างดีและฉลาด อาจเรียนในชั้นเรียนปกติเหมือนเด็กทั่วไป โดยไม่ต้องแยกออกมาเรียนเป็นบางวิชา ครูที่สอนต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคออทิซึม เพราะพฤติกรรมบางอย่างที่เด็กแสดงออกมาในชั้นเรียนนั้นจะแปลกไปจากเด็กอื่น

1.2.3 ครอบครัวเด็กออทิสติกวัยเรียน

ลักษณะความผิดปกติของเด็กออทิสติกนั้นนอกจากจะมีผลกระทบต่อตัวเด็กเอง ยังส่งผลกระทบต่อบิดามารดาและบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวอีกด้วย ในหลาย ๆ ด้าน เช่น ด้านร่างกาย พบว่าสุขภาพของมารดาทรุดโทรมลง มารดาส่วนใหญ่จะรู้สึกอ่อนเพลียอย่างมาก รับประทานอาหารน้อยลง มีความเหน็ดเหนื่อย นอนไม่หลับ (ไพรินทร์ กันทนะ, 2543; นุชกร อินทรชัย, 2539) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวเด็กออทิสติก เช่น อาการพฤติกรรมที่รุนแรง ย้ำคิดย้ำทำ หรืออยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ปกครองที่ต้องคอยควบคุมอาการต่างๆ และจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (ศศิธร แก้วนพรัตน์, 2541) และจากการศึกษาของรุ่งฤดี วงศ์ห่ม (2539) ที่ศึกษาภาวะเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก พบว่าบิดามารดาของเด็กออทิสติกมีความเครียดอยู่ในระดับมากที่ต้องรับภาระในการดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาและการรักษาที่ยาวนาน บิดามารดาต้องพยายามทำจิตใจให้เข้มแข็ง เพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาที่เกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นของบุตร นอกจากนี้ยังพบว่าบิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติกจะมีภาวะเครียดมากกว่าบิดามารดาที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้าด้านอื่นๆ (Richard & Emma, 2001) และในบิดามารดาที่ซึมเศร้า ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะมีความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในอัตราที่สูง (จอม ชุมช่วย, 2539; ศศิธร แก้วนพรัตน์, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา รัชญมัญญา (2535) ในเรื่องเด็กออทิสติกกับผลกระทบของพ่อแม่ พบว่ามารดามีอารมณ์เศร้าสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ด้านปัญหาเศรษฐกิจ การงาน อาชีพของบิดา มารดา เนื่องจากขาดคนมาช่วยดูแลบุตร อาจด้วยหลายสาเหตุ เช่น หากคนมาช่วยดูแลไม่ได้ หรือหาได้แต่ก็ไม่สามารถทนต่อพฤติกรรมของเด็กได้ ทำให้บิดา มารดาต้อง ขาดงานบ่อย ๆ ในบางราย บิดาหรือมารดาต้องลาออกจากงานประจำ เพื่อมาดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว และครอบครัวต้องเผชิญต่อปัญหาทางเศรษฐกิจ ค่าเลี้ยงดูและค่ารักษาพยาบาลที่ต้องใช้จ่ายสูง (เฟื่องลดา เคน ไชยวงศ์, 2539, Bull, 1990) ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป มารดาต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปดูแลบุตรที่เป็นออทิสติก ทำให้การดูแลเอาใจใส่สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวลดลง ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ราบรื่น เกิดความขัดแย้งในครอบครัว และคู่สมรส จากผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าไม่เพียงแต่บิดามารดาของเด็ก ออทิสติกเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบเนื่องจากสังคมไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย จึงมีสมาชิกคนอื่นๆ ที่เข้ามาช่วยเหลือ

หรือรับภาระในการดูแลเด็กเหล่านี้ก็ได้รับผลกระทบไปด้วย จากรายงานการศึกษาที่พบว่าการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวมีผลกระทบทางอารมณ์ต่อบุคคลในครอบครัว เมื่อครอบครัวประเมินว่าการเจ็บป่วยนั้นเป็นการคุกคาม หรือการสูญเสียที่รุนแรง ครอบครัวก็จะรู้สึกเครียดและซึมเศร้า (Danielson , Hamel-Bissell & Winstead-Fry, 1993) ซึ่งเมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโกรธ มีอารมณ์เศร้า วิตกกังวล และเกิดความคับข้องใจจากการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบขึ้น และเกิดความรู้สึกผิด (Sadock, 1999) การที่ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลที่ยาวนาน ทำให้รู้สึกหมดกำลัง(Powerlessness) รู้สึกหมดความหวัง(Hopeless) หมดหนทางช่วยเหลือ (Helplessness) บางคนรู้สึกผิดคิดว่าตนเองมีส่วนทำให้เกิดโรคนี้นี้ได้ บางครั้งเกิดความรู้สึกเครียด ต้องคอยเฝ้าดูว่าผู้ป่วยจะเกิดอาการกำเริบขึ้นอีกเมื่อใด ภาวะดังกล่าวทำให้เกิดความเครียดที่รุนแรง เบื่อหน่าย ท้อแท้ นำไปสู่ความรู้สึกที่หมดหวังเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

การมีลูกเป็นออทิสติกเป็นสิ่งที่ยากสำหรับบิดามารดาที่จะยอมรับความจริง และเกิดปฏิกิริยาหลายอย่างดังนี้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545)

1. ความตกใจและปฏิเสธความจริง
2. ความโกรธ อาจแสดงออกมาในรูปของการตำหนิ
3. การต่อรอง บิดามารดาเริ่มรับความจริงได้บ้างภายใต้เงื่อนไขบางอย่าง
4. ความเศร้าโศกเสียใจ
5. การยอมรับความจริง

การดำรงชีวิตประจำวันของบิดามารดาจากที่เคยเป็นปกติแต่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง และในการดำรงชีวิตในแต่ละวันที่ต้องอยู่กับลูกออทิสติกนั้น อาจทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกได้หลายอย่าง เช่น ความรู้สึกเศร้าหรือขมขื่นที่ลูกมีความบกพร่อง ความรู้สึกโกรธในชะตาชีวิตของตนเอง ความรู้สึกอึดอัดใจที่แก้ปัญหาพฤติกรรมของลูกไม่ได้ ความรู้สึกผิดหวังที่ลูกไม่อาจตอบสนองความรักของบิดามารดาได้แบบเด็กทั่วไป ความรู้สึกเหนื่อยที่ต้องสอนซ้ำ ๆ ซาก ๆ ภาระการดูแลลูกตกเป็นของใครคนใดคนหนึ่ง ส่วนใหญ่จะเป็นภาระของมารดา

เด็กออทิสติกวัยเรียนก็เหมือนกับเด็กทั่วไปที่สามารถมีชีวิตที่ดี เรียนหนังสือได้และอยู่ในสังคมได้เหมือนผู้อื่น แต่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวหรือผู้ปกครองของเด็ก และเนื่องจากเด็กมีการเรียนรู้ได้ช้ากว่าเด็กทั่วไป บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวหรือผู้ปกครองของเด็กจึงต้องมีความเข้าใจและมีความอดทนที่จะต้องสอนในเรื่องเดิมๆ เพื่อช่วยผลักดันให้เด็กมีพัฒนาการและพฤติกรรมที่ดีขึ้น สามารถเข้าเรียนร่วมกับเด็กปกติทั่วไปได้

1.3 ระบบบริการสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียน

1.3.1 ระบบบริการสุขภาพ

เนื่องจากโรคออทิสซึมเป็นโรคที่สลับซับซ้อน มีปัญหาหลายด้าน เป็นโรคที่รักษาไม่หายและยังไม่มีข้อสรุปได้ว่าอะไรคือสาเหตุ ดังนั้นการบำบัดรักษาจึงต้องมีวิธีการหลายอย่างและจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อที่จะช่วยทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น และจากการที่มีเด็กออทิสติกอยู่ในครอบครัว มักส่งผลกระทบต่อทั้งตัวเด็กเองและครอบครัว จึงต้องมีการจัดระบบบริการสุขภาพและขยายขอบเขตการดูแลเด็กออทิสติกออกไปเกือบทั่วทั้งประเทศทั้งในเขตชุมชนเมืองและชุมชนชนบท เพื่อให้เด็กออทิสติกได้รับการบำบัดรักษาอย่างทั่วถึง ซึ่งรูปแบบในการดูแลเด็กออทิสติกได้แบ่งการดูแลออกเป็น 3 ระดับดังนี้

1.3.1.1 การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ ยกตัวอย่างโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้บริการเด็กออทิสติกตั้งแต่อายุ 1.5 - 15 ปี เนื่องจากเด็กออทิสติกมีพัฒนาการที่ล่าช้า การให้การรักษาพยาบาลเด็กออทิสติกทั้งวัยเด็กเล็กและวัยเรียนจึงไม่มีความแตกต่างกัน เพ็ญแข ลิมศิลา(2537:20-23)ได้กล่าวถึงการรักษาพยาบาลเด็กออทิสติกดังมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินความผิดปกติของเด็ก จากการซักประวัติจากบิดา มารดา หรือผู้ดูแลเด็ก
2. การช่วยเหลือครอบครัว บิดา มารดา ผู้ปกครองของเด็กออทิสติก ให้สามารถพัฒนาความสามารถของเด็กออทิสติกได้ โดยการจัดอบรมและสอนสาธิตวิธีการพัฒนาความสามารถของเด็กให้กับผู้ปกครอง รวมทั้งให้โอกาสครอบครัวได้ระบายความคับข้องใจ
3. พฤติกรรมบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์
4. อบรมบำบัด(Speech therapy) การฝึกสอนให้เด็กรู้จักภาษา รู้วิธีพูด สื่อสาร กับผู้อื่นและรู้จักเปล่งเสียงอย่างถูกต้อง
5. การกระตุ้นประสาทสัมผัสและกล้ามเนื้อ เด็กออทิสติกมีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสบกพร่อง อาจไวต่อสัมผัสบางอย่างมากเกินไป หรืออาจรับรู้ น้อยเกินไป การรับรู้สัมผัสที่ผิดปกตินี้ทำให้เด็กมีอาการแปรปรวนหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ ดังนั้นจึงใช้วิธีการกระตุ้นประสาทสัมผัสให้ทำงานดีขึ้นโดยวิธี Sensory integration training (SI) เป็นวิธีที่ช่วยให้เด็กมีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสดีขึ้น กิจกรรมที่ทำได้แก่ การหมุน การกระโดด ไกวตัวเด็ก เป็นต้น
6. การใช้ยาหรือสารบางอย่าง ยาที่มีการศึกษาวิจัยทางการแพทย์แล้วว่า มีประโยชน์ คือ ยาที่ลดพฤติกรรมก้าวร้าวและลดอารมณ์หงุดหงิด ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Major tranquilizers เช่น ยา Haloperidol และ Risperidone และยาในกลุ่มยากันชัก เช่น Tegretal เป็นต้น

7. การศึกษาพิเศษ สอนโดยครูการศึกษาพิเศษ ถ้าเด็กมีความสามารถในการเรียนรู้ดีก็จะมีโอกาสได้ไปเรียนร่วมกับเด็กปกติต่อไป

8. การฝึกอาชีพ มีการฝึกอาชีพง่าย ๆ ตามความสามารถของเด็กแต่ละคน เช่น ทำพรมเช็ดเท้า ฝ้ายเช็ดหน้าบาติก และการทอผ้า

1.3.1.2 การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทุติยภูมิ ปี พ.ศ. 2548 กรมสุขภาพจิตได้รับงบประมาณเพื่อขยายเครือข่ายการให้บริการ ออกไป 26 จังหวัด โดยอาศัยโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นเครือข่าย เพื่อให้การคัดกรอง เด็กที่ยังเล็กให้ทั่วถึง และสร้างสถานบริการระดับจังหวัดให้บริการแก่ผู้ป่วยได้

โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ยกตัวอย่าง โรงพยาบาลชัยภูมิ การรักษาพยาบาลเด็กออทิสติกหลัก ๆ เป็นการพัฒนาความสามารถด้านต่างๆให้กับเด็ก โดยพยาบาลวิชาชีพทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม และให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (ผลการดำเนินงานศูนย์สุขภาพจิตที่ 5, 2550) ระบบบริการเปิดให้บริการเป็นผู้ป่วยนอก

จากการนิเทศติดตามและประเมินผลโรงพยาบาลเครือข่ายที่เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จากทีมผู้นิเทศโรงพยาบาลอุวะประสาทไวทโยปถัมภ์ ระบบบริการในโรงพยาบาลเครือข่ายเปิดให้บริการเป็นผู้ป่วยนอก การให้การพยาบาลหลักๆ จะเป็นการพัฒนาความสามารถด้านต่างๆให้กับเด็ก โดยพยาบาลวิชาชีพเช่นเดียวกัน โรงพยาบาลบางแห่งก็มีการส่งเด็กทำกิจกรรมบำบัดในรายที่มีความต้องการการดูแลพิเศษ โดยนักกิจกรรมบำบัดมีจิตแพทย์และกุมารแพทย์เป็นผู้ให้การวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาทางยา ถ้าหากการดูแลเด็กมีความยุ่งยากซับซ้อน ก็มีการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นเครือข่าย

1.3.1.3 การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลปฐมภูมิ ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ยกตัวอย่าง โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา เปิดให้บริการเป็นผู้ป่วยนอก การรักษาพยาบาลหลัก ๆ ก็จะเป็นการพัฒนาความสามารถในด้านต่างๆให้กับเด็ก และให้คำแนะนำผู้ปกครองกลับไปฝึกต่อเนื่องที่บ้าน และมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดูแลและให้คำแนะนำ ถ้าหากการดูแลเด็กมีความยุ่งยากซับซ้อน ก็มีการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่เป็นเครือข่าย

1.3.2 ระบบบริการทางสังคม

เด็กออทิสติกถึงแม้ว่าจะจะเป็นเด็กที่อยู่ในกลุ่มคนพิการ แต่ก็มีสิทธิได้รับสวัสดิการการคุ้มครองและการช่วยเหลือจากสังคมเท่าเทียมกันกับเด็กปกติ เพราะเด็กพิการก็ถือว่าเป็นบุคคลคนหนึ่ง ระบบบริการต่างๆที่เด็กได้รับได้กำหนดเป็นรัฐธรรมนูญ ซึ่งประกอบด้วยพระราชบัญญัติต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนยึดถือปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้เด็กได้รับสวัสดิการอย่างครอบคลุมทุกๆด้าน ซึ่งได้กำหนดไว้ดังนี้

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้กำหนดการจัดการศึกษาเพื่อคนพิการหลายมาตราได้แก่

มาตรา 43 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่น้อยกว่าสิบสองปีเสมอกัน ที่รัฐจัดให้อย่างทั่วถึงและเสมอภาค โดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534

มาตรา 4 ได้กำหนดให้เด็กออทิสติกรวมอยู่ในความพิการประเภทที่ 5 ที่มีอาการย่อยคือ PDDs ซึ่งเป็นชื่อเรียกรวมของกลุ่มเด็ก Autistic Asperger Rett's syndrome Childhood Disintegrative และ PDD-nos

มาตรา 14 ได้กล่าวว่าให้คนพิการซึ่งประสงค์จะได้รับสิทธิในการสงเคราะห์ การพัฒนาและการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการหรือต่อนายทะเบียนจังหวัด ณ.ที่ทำการประชาสงเคราะห์ จังหวัดที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ หรือในกรณีที่คนพิการมีสภาพความพิการถึงขั้นไม่สามารถไปจดทะเบียน ด้วยตนเอง ให้ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาลหรือนุคคลที่ดูแลคนพิการแล้วแต่กรณีจะยื่นขอจดทะเบียนแทนก็ได้ แต่ต้องนำคนพิการหรือหลักฐานว่าเป็นคนพิการ ไปแสดงต่อนายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียน จังหวัดแล้วแต่กรณี

มาตรา 15 คนพิการที่ได้จดทะเบียนให้ได้รับการสงเคราะห์การพัฒนา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยวิธีการทางการแพทย์ดังนี้

1. การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่นๆ

2. การให้คำแนะนำปรึกษา

3. การให้ยา

4. การศัลยกรรม

5. การพยาบาลเวชกรรมฟื้นฟู

6. กายภาพบำบัด

7. กิจกรรมบำบัด(อาชีพบำบัด)

8. พฤติกรรมบำบัด

9. จิตบำบัด

10. สังคมสงเคราะห์และสังคมบำบัด

11. การแก้ไขการพูด

12. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยินและการสื่อความหมาย

13. การให้อุปกรณ์หรือเครื่องช่วยคนพิการ

พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กแห่งชาติ พ.ศ. 2546 มาตรา 4 ได้กำหนดให้มีการคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กซึ่งแยกเป็นหมวดๆดังนี้

หมวด 2 การปฏิบัติต่อเด็ก

มาตรา 22 การปฏิบัติต่อเด็กไม่ว่ากรณีใดให้คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นสำคัญและไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม

มาตรา 23 ผู้ปกครองต้องอุปการะเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนและพัฒนาเด็กที่อยู่ในความปกครองดูแลของตนตามสมควรแก่ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมแห่งท้องถิ่น แต่ทั้งนี้ต้องไม่ต่ำกว่ามาตรฐานขั้นต่ำตามที่กำหนดในกฎกระทรวงและคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กที่อยู่ในความปกครองดูแลของตนมิให้ตกอยู่ในภาวะอันน่าจะเกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจ

มาตรา 24 ผู้ใดพบเห็นเด็กตกอยู่ในสภาพจำต้องได้รับการสงเคราะห์หรือคุ้มครองสวัสดิภาพ จะต้องให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและแจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ หรือผู้มีหน้าที่คุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก

แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับตัวเด็กไว้รักษาพยาบาล ครู อาจารย์หรือนายจ้างซึ่งมีหน้าที่ดูแลเด็กที่เป็นศิษย์หรือลูกจ้างจะต้องรายงานให้พนักงานเจ้าหน้าที่หรือผู้มีหน้าที่คุ้มครองสวัสดิภาพเด็กหรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจโดยมิชักช้า หากเป็นที่ปรากฏชัดหรือน่าสงสัยว่าเด็กถูกทารุณกรรมหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการเลี้ยงดูโดยมิชอบ

หมวด 3 การสงเคราะห์เด็ก

มาตรา 33 ในกรณีพนักงานเจ้าหน้าที่หรือผู้มีหน้าที่คุ้มครองสวัสดิภาพเด็กได้รับแจ้งจากบุคคลหรือพบเห็นเด็กที่พึงได้รับการสงเคราะห์ให้พิจารณาให้การสงเคราะห์ตามวิธีการที่เหมาะสมดังนี้

1. ให้ความช่วยเหลือและสงเคราะห์แก่เด็กและครอบครัวหรือบุคคลที่อุปการะเลี้ยงดูเพื่อให้สามารถอุปการะเด็กได้
2. ส่งเด็กเข้ารับการอุปการะในสถานสงเคราะห์
3. ส่งเด็กเข้าศึกษาหรือบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

หมวด 3 การบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต

มาตรา 21 การบำบัดรักษาจะกระทำได้ต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับการอธิบายเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดรักษาและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการรักษา ให้ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาลหรือผู้ซึ่งปกครองดูแลบุคคลนั้นเป็นผู้ให้ความยินยอม

มาตรา 34 ผู้ปกครองหรือญาติของเด็กอาจนำเด็กไปขอรับการสงเคราะห์ ที่ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการจังหวัด หรือที่สถานแรกรับ สถานสงเคราะห์ หรือสถานพัฒนาและฟื้นฟูของเอกชน เพื่อขอรับการสงเคราะห์ได้

จากพระราชบัญญัติที่กล่าวมาหน่วยงานในแต่ละจังหวัดได้จัดระบบบริการให้ สอดคล้องกับนโยบายเพื่อให้ผู้พิการได้รับการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับระบบการศึกษา ได้จัดให้มีศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัด ทำหน้าที่ให้บริการช่วยเหลือในระยะแรกเริ่มแก่เด็กพิการ และครอบครัว และเตรียมความพร้อมแก่คนพิการ รวมทั้งดำเนินการคัดแยก ฟื้นฟูและส่งต่อคน พิการไปยังสถานศึกษา การจัดให้มีการเรียนร่วมในทุกสังกัดและทุกระดับการศึกษาทั้งใน สถานศึกษาของภาครัฐและเอกชน และการจัดโรงเรียนการศึกษาพิเศษเฉพาะความพิการ ยกตัวอย่างสถานศึกษาที่จัดเพื่อเด็กออทิสติก เช่น โรงเรียนกาวีละอนุกุล จังหวัดเชียงใหม่ โรงเรียนอุบลปัญญานุกูล จังหวัดอุบลราชธานี ในกรุงเทพมหานคร เช่น โรงเรียนพิบูลย์ประชาสรรค์ โรงเรียนพญาไท โรงเรียนราชวินิต เป็นต้น (กองการศึกษาเพื่อคนพิการ ศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัด สมุทรปราการ)

ในระบบบริการสุขภาพมีโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลประจำ อำเภอบางแห่งที่ได้ให้บริการและการช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้โดยเฉพาะ

ในระบบสังคมสงเคราะห์ มีประชาสงเคราะห์ประจำทุกจังหวัด นอกจากนี้ใน โรงพยาบาลบางแห่งมีบริการงานสังคมสงเคราะห์คอยให้การดูแลช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษด้วย

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าเด็กออทิสติกนั้นไม่ได้ถูกทอดทิ้งจากสังคม ได้รับการดูแลและประคับประคองมาโดยตลอด เท่าๆกันกับเด็กทั่วไป ถ้าหากผู้ดูแลที่ใกล้ชิด ได้ให้ความสำคัญ เด็กออทิสติกหรือเด็กพิการเหล่านี้ก็จะสามารถเจริญเติบโตและพัฒนาได้ตามวัย และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีและผาสุก

2. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกวัยเรียน

พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกวัยเด็กเล็กและวัยเรียนมีการแสดงออกที่ไม่ แตกต่างกัน แต่ในเด็กวัยเรียนนั้นความก้าวร้าวที่แสดงออกมากจะควบคุมได้ยากกว่าในเด็กเล็ก (อุมาพร ครังคสมบัติ, 2545) พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกนั้นบางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อ ตนเอง บางรายก้าวร้าวต่อผู้อื่น หรือบางรายก็มีทั้งสองอย่าง ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกมานั้น เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุตามแนวคิดทฤษฎีต่างๆที่ได้กล่าวไว้ รายละเอียดมีดังนี้

2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการศึกษาและวิเคราะห์ แนวความคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปกติและได้มีการศึกษา ไว้หลายรูปแบบ และได้ข้อสรุปดังนี้

2.1.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Cesare Lombroso) เป็นผู้ให้กำเนิดทฤษฎีนี้และกล่าวว่า ลักษณะบางอย่างของความเป็นอาชญากรสามารถถ่ายทอดมายังบุตรได้ หรือพูดอีกนัยหนึ่งว่า ถ้าพ่อเป็นอาชญากรลักษณะของความเป็นอาชญากรอาจจะถ่ายทอดมายังบุตรได้

Gluecks(1951) ได้ศึกษาเรื่องเด็กอันธพาลและค้นพบว่าเด็กอันธพาลมักจะมี ลักษณะพิเศษคือมีร่างกายแข็งแรงกำยำ มีความแข็งแกร่ง จากการศึกษาเด็กอันธพาล 500 คน พบว่าเด็กอันธพาลส่วนมากจะแสดงความเป็นอันธพาลออกมาตั้งแต่อายุ 10 ขวบ หรือก่อนหน้านั้น และจากการศึกษาเด็กอันธพาล 1,000 คน พบว่าองค์ประกอบต่างๆที่ทำให้กลายเป็นคนเกรและ อันธพาลมีดังต่อไปนี้

1. เด็กที่เกิดจากพ่อแม่ที่เป็นคนต่างด้าว
2. พ่อแม่ของเด็กมีการศึกษาน้อย
3. ครอบครัวมีขนาดใหญ่เกินไป
4. ความอดอยาก
5. พ่อแม่หย่าร้างหรือแยกกันอยู่
6. ครอบครัวไม่สงบสุข ทะเลาะวิวาทกันอยู่เสมอ
7. ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีพอจากครอบครัว และขาดระเบียบวินัย
8. สมาชิกในครอบครัวใช้เงินไปในทางไม่เหมาะสม
9. ครอบครัวขาดคุณธรรมอันเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ
10. สมาชิกในครอบครัวประกอบอาชญากรรมให้เห็นเป็นตัวอย่างบ่อยๆ

2.1.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา Freud (อ้างในผดุง อารยะวิญญู, 2542:29) กล่าวว่า การก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณอย่างหนึ่งของมนุษย์ มนุษย์เรานั้นหาใช่เป็นผู้ที่สุภาพอ่อนโยน ใจดี และ ต้องการความรัก ความสนใจเสมอไปไม่ บางครั้งก็ต้องรู้จักต่อสู้เพื่อป้องกันตนเองเมื่อถูกรุกรานจาก บุคคลอื่น การก้าวร้าว จึงเป็นสัญชาตญาณอย่างหนึ่งของมนุษย์ในการป้องกันตนเอง แต่มนุษย์ เรานั้นข่มขู่รู้จักระงับอารมณ์ และข่มไม่แสดงออก ซึ่งการก้าวร้าวในเวลาที่ไม่จำเป็นหรือแสดง ออกไปในทางที่เป็นที่ยอมรับของสังคม ใครก็ตามที่ไม่สามารถควบคุมตนเองให้แสดงความ ก้าวร้าวไปในทางที่ถูกที่ควรที่เป็นที่ยอมรับของสังคมได้ แสดงว่าบุคคลนั้นมีพัฒนาการทางร่างกาย และจิตใจที่ขาดสมดุล จึงไม่สามารถรับค่านิยมที่เป็นที่ยอมรับของสังคมได้ และบุคคลประเภทนี้ จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาโดยปราศจากการควบคุม และในที่สุดก็กลายเป็นนิสัย และเป็น บุคลิกลักษณะประจำตนเองไป

นักจิตวิทยาได้แบ่งการก้าวร้าวออกเป็น 2 ประเภทด้วยกันคือ

1. การก้าวร้าวที่เป็นไปในทางทำลาย อาจจะเป็นการก้าวร้าวด้วยวาจา หรือด้วยการกระทำก็ได้ เช่น การชกต่อย ตะ ไม่จ่ายเงิน มาสาย วิพากษ์วิจารณ์ไปในทางเสียหาย พุดจากระแนะ กระแนะหรือกระทบกระเทียบเสียดสี และเขาะเขี้ยว

2. การก้าวร้าวที่ควบคุมได้ เป็นการก้าวร้าวที่ไม่รุนแรง เป็นการก้าวร้าวโดยวาจา และกระทำโดยมีเหตุผลสมควร เป็นการกระทำเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่าเดิม

Dollard and Miller (1950) ให้ความเห็นว่าพฤติกรรมที่ก้าวร้าวเกิดจากการกระทำที่ไม่สมประสงค์ คนเราจะเกิดความไม่พอใจและเกิดอารมณ์ขุ่นมัว ถ้ามีคนขัดใจ หรือขัดขวางไม่ให้คนทำในสิ่งที่ปรารถนาได้ เมื่อถูกขัดขวางคนเราก็มักมักจะแสดงพฤติกรรมออกไปในทางก้าวร้าว การก้าวร้าวมักจะเกิดจากความผิดหวังและอาจจะแสดงออกมาโดยพฤติกรรมหลาย ๆ แบบ เช่น ขู่เอาชีวิต ขู่ทำร้าย หรือถูกเหยียดหยาม เป็นต้น เมื่อมีอุปสรรคมาขัดขวางคนเรามักจะไม่พอใจเพราะเกิดความผิดหวัง ความผิดหวังทำให้คนแสดงออกไปในทางก้าวร้าว ที่ก้าวร้าวก็เพราะต้องการจะนำสิ่งกีดขวางนั้นออกไปให้พ้นแล้วตนเองจะได้ทำ ในสิ่งที่ตนเองปรารถนา การก้าวร้าวจึงเป็นการปรับตัวอย่างหนึ่งของมนุษย์

การก้าวร้าวอาจจะเกิดขึ้นจากการเลียนแบบจากพ่อแม่ ถ้าพ่อแม่แสดงพฤติกรรมไปในทางก้าวร้าวบ่อยเด็กก็จะเอาอย่าง ถ้าเด็กไม่ได้ในสิ่งที่ตนต้องการก็จะแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวออกมา แล้วพ่อแม่ก็ยอมทำตามในสิ่งที่เด็กปรารถนา เด็กก็จะเห็นว่าการแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าว นั้นทำให้ตนได้รับในสิ่งที่ตนต้องการ ครั้งต่อไปถ้าเด็กถูกขัดขวางก็จะแสดงการก้าวร้าวออกมาอีกเรื่อยไป

Scott(1956) ให้ความเห็นว่าในวัยเด็กนั้นต้องการความรักและความเอาใจใส่จากพ่อแม่ ถ้าเด็กไม่ได้รับความรักตามที่ตนต้องการ เด็กก็จะเปลี่ยนมาเป็นความเกลียดและความเป็นศัตรูแทน ความเกลียด ความโหดเหี้ยมอาจจะเกิดขึ้นในจิตใจของเด็กที่มาจากครอบครัวที่ไม่ได้รับความอบอุ่น และความยุติธรรมอย่างเพียงพอ

2.1.3 ทฤษฎีทางสังคมและสภาพแวดล้อม Sutherland(1947) กล่าวว่าความเป็นอันธพาลหรืออาชญากรนั้นลอกเลียนแบบกันได้ เด็กอาจจะเรียนรู้สิ่งเหล่านี้จากเพื่อนหรือผู้ที่เด็กใกล้ชิดในสังคมของตน โดยเฉพาะในวัยรุ่นเด็กจะให้ความเชื่อถือแก่คนที่ตนชอบเป็นอย่างยิ่ง ถ้าคนที่เด็กชอบนั้นเป็นคนอันธพาลเกร เด็กก็ชื่นชมในความสามารถและพยายามยึดถือเป็นเยี่ยงอย่าง

2.1.4 ความผิดปกติของสมอง อูมาพร ตรังคสมบัติ (2545:13) กล่าวว่าสมองของเด็กออกทิสติกอาจผิดปกติได้ทั้งในโครงสร้างและการทำงาน เชื่อว่าความผิดปกตินี้ส่วนใหญ่เกิดขณะที่เด็กยังเป็นตัวอ่อนในครรภ์ แต่ในบางรายอาจเกิดในขณะคลอดหรือหลังคลอดก็ได้สิ่งที่สนับสนุนว่าโรคนี้เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสมองก็คือ การตรวจพบว่าคลื่นสมองของเด็กออกทิสติกมีความผิดปกติบ่อยกว่าในเด็กทั่วไป รวมทั้งผลการศึกษาวิจัยต่างๆเช่น

การตรวจเนื้อเยื่อสมอง พบว่าอาจมีอันธราขเกิดขึ้นต่อก้านสมอง(Brainstem) ขณะที่เด็กยังเป็นตัวอ่อนในครรภ์ เมื่อก้านสมองเกิดปัญหาจะทำให้สมองส่วนอื่นทำหน้าที่บกพร่องต่อเนื่องไปเป็นลูกโซ่ และทำให้เกิดพฤติกรรมแปลกๆมากมาย

การศึกษาในทารกแรกเกิด พบว่าเลือดของทารกที่เป็นออทิสติกเมื่อโตขึ้นนั้นมีโปรตีนที่เรียกว่า Growth factor สูงกว่าปกติ แม้ Growth factor จะมีบทบาทสำคัญในการเติบโตของสมอง แต่หากมีปริมาณสูงเกินไปก็จะทำให้สมองเกิดความผิดปกติได้

จากการที่เด็กออทิสติกมีความผิดปกติของสมองเด็กจึงเรียนรู้ได้ช้า การให้การพยาบาลเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น จึงเห็นผลได้ช้า การรักษาพยาบาลจึงต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน เด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวก็เป็นการแสดงออกเพื่อการปรับตัวของเด็กอย่างหนึ่ง เพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ตนเองต้องการ แต่ถ้าหากประสบความล้มเหลวหรือผิดหวังก็อาจจะแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงออกมา ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งตนเองและผู้อื่นทำให้ได้รับความเสียหายได้ ดังนั้น การเล็งดูในวัยเด็กและการปรับพฤติกรรมให้มีการแสดงออกที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็น ที่จะทำให้เด็กเป็นที่ยอมรับของสังคมได้

2.2 ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกนั้นไม่ว่าจะเป็นวัยเด็กเล็กหรือเด็กโตก็มีลักษณะที่เหมือน ๆ กัน แต่ต่างกันที่การควบคุมไม่ให้เกิดพฤติกรรม ในเด็กโตควบคุมได้ยากกว่า ในเด็กเล็ก (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) ดังนั้นจึงกล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกในภาพรวม ซึ่งลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวที่เด็กแสดงออกมาก็มีหลายรูปแบบ ที่มีทั้งก้าวร้าวต่อตนเอง และผู้อื่น ซึ่งจะได้กล่าวถึงดังต่อไปนี้

พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง ได้แก่ โขกศีรษะ ตีตนเอง ดึงผมตนเองออกมา เป็นกระจุก กัดนิ้ว กัดมือตนเองจนเลือดออก หรือเอาศีรษะโขกพื้นจนมีเลือดออกที่กะโหลก เป็นต้น

พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น ได้แก่ ถ้าเด็กพูดได้จะพูดโต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน ขื่นเสียง ส่งเสียงดัง ชูตะกอก ชกตอย ทูตตีผู้อื่น และทำลายข้าวของ

Fred R. Volk and Lisa A. Wiesner(2004: 207) กล่าวถึงเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและทำร้ายตนเอง ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ ทูตตีตัวเอง ดึงผม ที่มตา และกัดแขนตนเอง เป็นต้น

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2549) กล่าวว่าพฤติกรรมก้าวร้าวสามารถแสดงออกได้ 2 ลักษณะ คือ ลักษณะทางตรง ได้แก่ การพูดจา ข่มขู่ กรรโชก หรือพูดจาดูถูก รวมถึงการแสดงออกทางท่าทาง เช่น การแกว่งหมัดไปมา การมองอย่างเหยียดหยามและการทำร้ายร่างกาย ลักษณะทางอ้อมได้แก่ การพูดจาเสียดสี หรือการนินทาให้ร้าย เป็นต้น

นอกจากได้กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกแล้วยังมีผู้ให้ความหมายหรือคำจำกัดความของพฤติกรรมก้าวร้าวไว้มากมาย และจะได้กล่าวถึงต่อไป เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกนั้น ก็ยังไม่มีใครให้ความหมายโดยเฉพาะ เนื่องจากทั้งเด็กปกติและเด็กออทิสติกไม่ว่าจะเป็นวัยเด็กเล็กหรือวัยเรียน

ก็มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงได้นำความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยเด็กเล็กมานำเสนอให้เห็นชัดเจน ดังนี้

ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว

Buss. (1961) ได้รวบรวมความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวไว้ดังนี้

1. พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง สื่อในการตอบสนองของผู้ที่ทำโทษ
2. พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การตอบสนองต่ออิทธิพลอื่นๆ ที่มาเร้าเพื่อให้เกิด

อันตราย

3. พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การตั้งใจที่จะทำร้ายผู้อื่น

และ Buss ก็ได้สรุปว่าพฤติกรรมก้าวร้าวสามารถแสดงออกได้โดยวิถีทางต่างๆดังนี้

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

Freedman and Smith.(1970) ให้ความหมายของ พฤติกรรมก้าวร้าวคือ ลักษณะของการกระทำที่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อนทั้งร่างกายและความรู้สึก ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ

1. เป็นการกระทำที่รุนแรงกว่าปกติ
2. เป็นการกระทำที่ทำให้ผู้อื่นและตนเองเดือดร้อนทั้งโดยคำพูดหรือการกระทำ
3. เป็นการกระทำที่ทำขึ้นเพื่อปลดปล่อยความเครียด ความคับข้องใจ ความโกรธ

หรือความรู้สึกที่ไม่ดีต่างๆ

ความก้าวร้าวอาจเกิดเนื่องมาจากผู้ปกครองตามใจเด็ก ไม่ค่อยห้ามปรามว่ากล่าวตักเตือน หรือฝึกวินัยให้กับเด็กเท่าที่ควร พ่อแม่หลายคนสงสารลูกที่มีความผิดปกติจึงไม่ค่อยเข้มงวดหรือหนักแน่นกับเด็ก เด็กจึงชินกับการถูกตามใจ เมื่อพ่อแม่ตามใจไม่ได้ เด็กก็จะก้าวร้าวอาละวาด ดิ้นร้องงอแง ซึ่งในเด็กโตหรือเด็กวัยรุ่นการก้าวร้าวอาจมากขึ้นจนทำร้ายร่างกายพ่อแม่ได้ นอกจากนี้ อาการก้าวร้าวอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆอีก เช่น การสื่อความต้องการของตนเองไม่ได้ ไม่เข้าใจกฎเกณฑ์ มีความไวต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งเร้ามากเกินไป ถูกกดดันให้ทำสิ่งที่ไม่ชอบหรือสิ่งที่ยากเกินไป รวมทั้งมีอาการไม่สบายทางกายแต่เด็กไม่สามารถจะบอกได้ เป็นต้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545)

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

ความก้าวร้าวเกิดขึ้นด้วยปัจจัยหลายอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดจากการอบรมเลี้ยงดู สิ่งแวดล้อมและสุขภาพจิตที่สืบเนื่องมาจากพันธุกรรม ซึ่งชิรวัดน์ นิจนตร (2526 : 1-6)

และ หทัย ชิตานนท์ (2527 : 57- 60) กล่าวว่า การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและการเพิ่มจำนวนประชากรอย่างรวดเร็วเป็นที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต การปรับตัว และที่สำคัญคือการขาดความอบอุ่นในครอบครัว ทำให้เด็กมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน สุขภาพจิตและร่างกายทรุดโทรมปรับตัวลำบากทำให้เกิดความคับข้องใจ ซึ่งเป็นผลให้บุคคลแสดงออกมาในลักษณะของความก้าวร้าว

Goldstien (1975:130) ได้สรุปองค์ประกอบที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวความคิดของ Newman ดังนี้

1. อุปนิสัยของบุคคลที่มีความก้าวร้าวอยู่แล้ว มักขาดสติยั้งคิดที่จะควบคุมการกระทำของตนเองทำให้เป็นคนหุนหันพลันแล่น มีจริยธรรมต่ำ ไม่มีเป้าหมายที่แน่นอนในชีวิต ชอบอ้างเหตุผลและโทษผู้อื่นเสมอ เป็นคนที่เคยได้รับรางวัลเมื่อแสดงออกถึงความก้าวร้าว

2. สิ่งแวดล้อมของบุคคลที่มีความก้าวร้าว เป็นสิ่งแวดล้อมที่อำนวยโอกาสให้กระทำความก้าวร้าวอยู่เสมอ มีพ่อแม่ หรือผู้ปกครองที่เป็นแบบอย่างที่กำลังก้าวร้าวแก่เด็ก

ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว

ผดุง อารยะวิญญู (2542:15-16) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมก้าวร้าวว่ามีความรุนแรงหลายระดับ ซึ่งนักจิตวิทยาได้มีการจัดความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวไว้ดังนี้

1. การก้าวร้าวด้วยวาจาที่ไม่รุนแรง เมื่อเด็กผิดหวังเด็กอาจกล่าวคำหยาบ บ่นพึมพำแสดงอาการไม่พอใจ เป็นพฤติกรรมที่ไม่รุนแรง และอาจสิ้นสุดลงภายในเวลาอันสั้น

2. การก้าวร้าวด้วยวาจาที่รุนแรง เป็นการกล่าวคำหยาบคายและกล่าวด้วยเสียงอันดังแสดงออกซึ่งความโกรธ หลังจากนั้นก็เป็นการเผชิญหน้ากันของทั้งสองฝ่ายและการก้าวร้าวมักจะไม่สิ้นสุดลงแค่นั้น

3. การก้าวร้าวด้วยกำลัง เป็นการใช้กำลังกายเข้าต่อสู้หรือทำร้ายซึ่งกันและกัน หลังจากการก้าวร้าวด้วยวาจาได้ผลไม่เป็นที่พอใจ บางครั้งอาจมีการใช้อาวุธเข้าทำร้ายร่างกายของอีกฝ่ายหนึ่ง

4. แสดงออกซึ่งความปรวนแปรทางอารมณ์ เป็นพฤติกรรมของเด็กที่มีความปรวนแปรทางอารมณ์โดยเฉพาะ เด็กจะแสดงพฤติกรรมบ่อยจนผิดสังเกต และค่อนข้างจะรุนแรง

เด็กออทิสติกมีพัฒนาการด้านต่างๆ ล่าช้า มีข้อจำกัดในการรับรู้และเรียนรู้ และมีข้อจำกัดในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ทำให้มีผลกระทบต่อการปรับตัวของเด็กในสังคมเกิดความคับข้องใจ และก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งต่อตนเองและผู้อื่นได้ พฤติกรรมก้าวร้าว นั้นถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ การให้การพยาบาลเด็กออทิสติกจึงต้องตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของเด็กเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม

2.3 การวัดหรือการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยได้มีการประเมินหลายรูปแบบและหลายความคิดดังนี้

แบบสำรวจพฤติกรรมก้าวร้าว ของรัชนี ดัง โพนทองและคณะ (2541) เป็นเครื่องมือที่ใช้สำรวจพฤติกรรมก้าวร้าวของบุคคลปัญญาอ่อนอายุ 13 – 18 ปี มีจำนวน 17 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย 12 ข้อ และพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา 5 ข้อ โดยสร้างขึ้นจากมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวของสถาบันสุขภาพจิต (2536) ตรวจสอบคุณภาพความตรงของเนื้อหาได้ .80 และความเที่ยงของเครื่องมือได้ .80

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ The Overt Aggression Scale for The Objective Rating of Verbal and Physical Aggression ของ Stuart Yudofsky และ Jonathan Silver (1986) ซึ่งใช้สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช โดยลักษณะของแบบสังเกตเป็นรายการที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในแต่ละเวร แบบประเมินนี้ได้ผ่านการหาค่าความเที่ยงตรงโดย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ .87 ในประเทศไทยมีการนำมาใช้โดย กชพงศ์ สารการ (2542) ใช้ในงานวิจัย เรื่องพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากร โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และเสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ(2549) ใช้ในโครงการศึกษาอิสระ เรื่องการศึกษาการใช้พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ซึ่งสามารถใช้ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลักษณะของแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งตามลักษณะความรุนแรงจากไม่รุนแรงถึงรุนแรงมาก แบ่งออกเป็น 5 ส่วนย่อย ส่วนที่ 1 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยคำพูดและท่าทางที่ไม่รุนแรง เช่น ตะโกนเสียงดัง ปิดประตูเสียงดัง หากพบพฤติกรรมนี้ให้คะแนนข้อละ 2 คะแนน ส่วนที่ 2 มี 4 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและมีท่าทางคุกคามหรือทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น แข่งคำหยาบคาย จิกเขียนโต๊ะหรือผนัง ตีตนเอง คว่ำเสื้อผ้าผู้อื่น วิธีให้คะแนน หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 3 คะแนน ส่วนที่ 3 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและท่าทางที่คุกคามด้วยความรุนแรงอย่างชัดเจนต่อตนเองหรือผู้อื่น เช่น ทำของแตก ทำอันตรายตนเอง แต่ไม่บาดเจ็บรุนแรง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 4 คะแนน ส่วนที่ 4 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยท่าทาง เช่น จุดไฟเผา ทำร้ายตนเอง /ผู้อื่น เกิดแผลบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 5 คะแนน ส่วนที่ 5 มี 2 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายอย่างรุนแรงต่อทั้งตนเองและผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 6 คะแนน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ The Overt Aggression Scale for The Objective Rating of Verbal and Physical Aggression เป็น

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก เนื่องจากมีความเหมาะสมและมีความชัดเจนของพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกที่ทำให้ผู้สังเกตสามารถสังเกตได้ และลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวในแบบประเมินก็เหมือนกับลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกที่แสดงออก นอกจากนี้ยังทำให้เห็นถึงระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงรุนแรงมาก จากผลรวมของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น ซึ่งแต่ละข้อก็มีการกำหนดค่าคะแนนไว้อย่างชัดเจน

3. การพยาบาลเด็กออทิสติกวัยเรียนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

การพยาบาลเด็กออทิสติกเป็นการผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการดูแล ช่วยเหลือ บำบัดเด็กที่มีปัญหา พยายามให้การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และการช่วยเหลือ ให้การบำบัดเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตอารมณ์ จิตวิญญาณของเด็กและครอบครัว และการฟื้นฟูสภาพจิตเพื่อการดำรงชีวิตในครอบครัวที่เป็นสุข ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายสำคัญของการสร้างสรรค์สังคมสุขภาพดี

3.1 การพยาบาลเด็กออทิสติกในโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์

การดูแลเด็กออทิสติกได้ให้การพยาบาลในรูปแบบของการพัฒนาความสามารถและปรับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็กออทิสติก ซึ่งเด็กออทิสติกแต่ละคนจะมีความผิดปกติที่คล้ายกันแต่ระดับความรุนแรงของแต่ละคนไม่เท่ากัน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องประเมินอาการของเด็กแต่ละคนเพื่อให้ได้รับการบำบัดรักษาได้ถูกต้องตามปัญหาและความต้องการของเด็ก และเนื่องจากเด็กมีความเกี่ยวข้องกับครอบครัวจึงต้องมีการประเมินครอบครัว สอนและให้คำปรึกษาครอบครัว ให้มีศักยภาพและมีความสามารถในการที่จะช่วยเหลือเด็กได้อย่างต่อเนื่อง และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาร่วมกันกับพยาบาล

การรักษาเด็กออทิสติกนั้นเนื่องจากยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดว่าอะไรคือสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคออทิสซึม การรักษาจึงเป็นแบบประคับประคองตามอาการที่พบ (เพ็ญเช ลิ้มศิลา, 2541) ซึ่งแนวทางการดูแลรักษาเด็กออทิสติกโดยทั่วไปมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การรักษาหลัก โดยทั่วไปการรักษาหลักจะได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ เพื่อประเมินความผิดปกติของเด็กในเบื้องต้น เพื่อพิจารณาให้เด็กได้รับการรักษาในด้านอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ทำการประเมินความผิดปกติของเด็ก จากประวัติที่ได้จากผู้ปกครอง จัดระดับพัฒนาการ ด้านสังคม การสื่อความหมาย สังเกตพฤติกรรมของเด็กแจ้งถึงการวินิจฉัยแนวทางการรักษาพร้อมทั้งตอบปัญหาที่บิดามารดาของเด็กออทิสติกสงสัย

1.2 การรักษาทางยา จะเป็นการรักษาตามอาการ โดยการรักษาทางยา ใช้ในกรณีที่ เด็กออทิสติกที่เริ่มมีพัฒนาการด้านการเรียนรู้เริ่มเรียนรู้ได้แต่เพียงระยะเวลาสั้นๆ ขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง วอกแวกง่าย ลูกจากที่นั่งบ๊อบ วิ่งไปมา นอกจากนี้ใช้เพื่อควบคุมอาการหงุดหงิดมาก เคลื่อนไหวซ้ำซาก ก้าวร้าว ไม่เข้าสังคมและในรายที่มีอาการซึมเศร้า หรือมีอาการชักร่วมด้วย หรือในรายที่มีการแสดงออกทางอารมณ์รุนแรงเมื่อมีความไม่สบายใจ ระยะเวลาของการให้ยาในเด็กแต่ละคนไม่เท่ากันการใช้ยาจึงอาจใช้ระยะเวลาานเป็นปีแต่ถ้าเด็กสามารถเข้ากลุ่มได้ดีการใช้ยาอาจไม่จำเป็น หลังจากการใช้จะมีการประเมินอาการของเด็กทุก 6 เดือนเพื่อสังเกตอาการของเด็กและปรับยาตามความเหมาะสม

2. การรักษา ร่วม ได้แก่ การลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และส่งเสริมพัฒนาการ การช่วยเหลือให้เด็กสามารถใช้ภาษา และทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยมุ่งเน้นให้เด็กมีลักษณะทางพัฒนาการให้ปกติมากที่สุด บิดหลักพัฒนาการบำบัด ครอบคลุมพัฒนาการ 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรม ด้านสื่อความหมาย ด้านสังคม และด้านการเรียนรู้ พบว่าการรักษาด้านการทำพฤติกรรมบำบัดได้ผลดีที่สุด การรักษา ร่วมมีหลายชนิดด้วยกัน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 พฤติกรรมบำบัดเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ซึ่งมีจุดมุ่งหมาย เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม และสร้างพฤติกรรมใหม่ ค้นหาสถานการณ์ก่อนทำพฤติกรรมบำบัดของเด็กออทิสติก

เทคนิคการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

1. หยุควางวัลที่เคยได้รับทำให้พฤติกรรมลดลง ขณะเดียวกันผู้ปกครองต้องสร้างพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมขึ้นมาแทนที่ ช่วงแรกของการหยุดให้รางวัลพฤติกรรมไม่เหมาะสม จะรุนแรงขึ้น ผู้ปกครองต้องอดทนและพฤติกรรมนั้นจะค่อยๆ ลดลง

2. ชดเชยใช้ในสิ่งที่ผิด เด็กออทิสติกมักมีพฤติกรรมทำลายของเมื่อถูกขัดใจ เช่น ล้มโต๊ะ ล้มเก้าอี้ เป็นต้น บิดามารดาต้องอดทนรอ เมื่ออาการเด็กออทิสติกเริ่มสงบผู้ปกครองต้องให้เด็กเก็บสิ่งของหรือจัดโต๊ะ เก้าอี้ให้เรียบร้อย

2.2 อรรถบำบัด เนื่องจากเด็กออทิสติกเป็นเด็กที่มีความคิดหมกมุ่นอยู่กับสิ่งใด สิ่งหนึ่ง อยู่ในโลกที่ตัวเองสร้างขึ้นมากกว่าและสนใจสิ่งแวดล้อม เด็กพวกนี้มักจะไม่มีภาษาพูด และไม่สามารถสื่อความหมายกับคนทั่วไปได้ เด็กมักจะส่งเสียง เล่นเสียง หรือพูดภาษาของตัวเองที่ไม่มีใครเข้าใจในการฝึกพัฒนาภาษา และการพูดให้แก่เด็กออทิสติก ความร่วมมือของผู้ปกครองของเด็กออทิสติกมีส่วนสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งขบวนการรักษา เพราะผู้ปกครองเป็นผู้ใกล้ชิดเด็กมีความพร้อมในด้านจิตใจ และความอดทนเพียงพอ การที่เด็กได้รูปแบบการปฏิบัติเช่นนี้ จะช่วยให้เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้ เข้าใจกฎเกณฑ์และสามารถพัฒนาพฤติกรรมได้ง่าย ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการฝึกพัฒนาภาษา การพูด ความสามารถด้านอื่นๆ ต่อไป

3. การกระตุ้นประสาทสัมผัสและกล้ามเนื้อ เด็กออทิสติกมีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสบกพร่อง อาจไวต่อสัมผัสบางอย่างมากเกินไป หรืออาจรับรู้น้อยเกินไป การรับรู้สัมผัสที่ผิดปกตินี้ทำให้เด็กมีอาการแปรปรวนหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ ดังนั้นจึงใช้วิธีการกระตุ้นประสาทสัมผัสให้ทำงานดีขึ้นโดยวิธี Sensory integration training (SI) เป็นวิธีที่ช่วยให้เด็กมีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสดีขึ้น กิจกรรมที่ทำได้แก่ การหมุน การกระโดด ไขว่ตัวเด็ก เป็นต้น

4. การศึกษาพิเศษ สอนโดยครูการศึกษาพิเศษ ถ้าเด็กมีความสามารถในการเรียนรู้ดี ก็จะมีโอกาสได้ไปเรียนร่วมกับเด็กปกติต่อไป

5. การฝึกอาชีพ มีการฝึกอาชีพต่างๆตามความสามารถของเด็กแต่ละคน เช่น ทำพรมเช็ดเท้า ผ้าเช็ดหน้าบาติก และการทอผ้า

การจัดระบบบริการผู้ป่วยออทิสติกในปัจจุบันของโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

งานบริการผู้ป่วยนอก ให้บริการส่งเสริมพัฒนาการรายบุคคลและรายกลุ่ม ทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง รวมทั้งให้คำปรึกษาครอบครัวในกรณีมีปัญหาซับซ้อน งานบริการผู้ป่วยใน แบ่งเป็น 4 หอผู้ป่วย คือ

หอผู้ป่วยใน 2 ดูแลผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี ทั้งชายและหญิง การให้การรักษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มเตรียมความพร้อม เป็นกลุ่มที่ดูแลเด็กระยะแรกรับที่ยังปรับตัวไม่ได้ และมีปัญหาพฤติกรรม กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ปกครองมีส่วนร่วม ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษาร่วมกันกับพยาบาล

หอผู้ป่วยใน 3 ดูแลผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่มีอายุ 6-15 ปี ทั้งชายและหญิง เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังที่ไม่อยู่ในระบบการศึกษา ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การให้การรักษาเป็นการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และให้ผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลเด็กร่วมกับพยาบาล

หอผู้ป่วยใน 4 ดูแลผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่มีอายุ 6 – 15 ปี ทั้งชายและหญิง ให้การรักษาพยาบาลในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ระบบการศึกษา และการพัฒนาทักษะทางสังคม

หอผู้ป่วยใน 5 ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นและผู้ป่วยออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อายุ 6 – 15 ปี ทั้งชายและหญิง ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และอยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน

การให้การรักษาเด็กออทิสติกในโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์พยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลโดยการพัฒนาความสามารถ ด้านสังคม ด้านการสื่อความหมาย การใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และการแก้ไขพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ สอนและให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติกที่บ้าน ถึงแม้ว่าเด็กออทิสติกจะเรียนรู้ได้ช้า แต่ถ้าหากได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่องเด็กก็จะสามารถเรียนรู้ จนมีพัฒนาการดีขึ้นและดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้

3.2 กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้ (มาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเด็กออทิสติก, 2546)

1. การประเมินทางการพยาบาล พยาบาลจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การตรวจ การสัมภาษณ์จากครอบครัวเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีปัญหาโดยการรวบรวมข้อมูลทั่วไป ความคาดหวังของครอบครัว การดำรงชีวิตและการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบแผนการสื่อสาร การระบุปัญหา อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม การประเมินเด็ก การประเมินด้านร่างกายและอารมณ์ของเด็ก

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพยาบาลทำการประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาในการดำรงชีวิตของเด็กออทิสติกในครอบครัว และทำการจัดลำดับความสำคัญของสภาพความรุนแรงของปัญหา เพื่อการวางแผนการพยาบาล

3. การวางแผนการพยาบาล พยาบาลจะต้องวางแผนการพยาบาลร่วมกับ บิดา มารดา หรือผู้ดูแลเด็ก ในลักษณะของการทำงานร่วมกัน เสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ ผู้ให้บริการ เริ่มต้นจากการรวบรวมข้อมูลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ และการร่วมรู้สึกับครอบครัว ระหว่างการประเมินทางการพยาบาลในเรื่องระดับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก และการทำหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนประเมินความต้องการและปัญหาของทั้งตัวเด็ก และครอบครัวในการ วางแผนการพยาบาล โดยมีการกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ การจัดลำดับความสำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็ก

4. การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือ และบำบัดทางการพยาบาล พยาบาล ต้อง มีความรู้ ทักษะและความชำนาญ มีวุฒิภาวะและมีความตั้งใจ ใฝ่ใจในการปฏิบัติการพยาบาล ตามขอบเขตกฎหมายและเงื่อนไขทางจริยธรรมของพยาบาล และขึ้นอยู่กับความต้องการและลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเด็กและครอบครัวตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

5. การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พยาบาลประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยเน้นการประเมินความปลอดภัยของเด็กจากการบาดเจ็บ พัฒนาการความสามารถในการ สื่อความหมาย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่สร้างสรรค์สู่การเจริญเติบโต และมีพัฒนาการตามวัยของเด็กในทุกด้าน นอกจากนี้ ต้องให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความสามารถของครอบครัวผู้ดูแลเด็ก ในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กออทิสติกไปพร้อมๆ กัน

3.3 การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก(CNPG)

การพยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องปฏิบัติโดยมุ่งผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนั้น เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกที่มีความเฉพาะของกลุ่มโรคนั้นๆ

แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก คือ รูปแบบหรือแบบแผนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น

ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกไปใช้

1. กลุ่มโรค
2. กลุ่มบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติ
3. วัตถุประสงค์
4. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย
5. ผลลัพธ์หลักที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก

(อรุณและคณะ, 2548)

วิธีดำเนินการ

1. เลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษาจากประสบการณ์ในการพยาบาล
2. การสังเกตในสถานการณ์จริง
3. ข้อมูลความเสี่ยงในหน่วยงาน
4. การทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้อง

วิธีการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก การเลือกรูปแบบในการดำเนินการ

(Selected model for implementation) (กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2548)

ขั้นตอนที่ 1 เลือกประเด็นปัญหาหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา เป็นขั้นตอนของการระบุปัญหาที่ต้องการศึกษา โดยระบุปัญหา มี 2 วิธี คือ

1. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน หมายถึง การพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเองในการปฏิบัติงานหรือจากข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน หรือข้อมูลจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพ หรือข้อมูลจากการ Benchmarking ภายในหรือภายนอกหน่วยงาน ข้อมูลทางการเงินหรือข้อมูลการระบุปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในคลินิก

2. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่ได้รับจากการทบทวนความรู้ หมายถึง การพิจารณาปัญหาที่เกิดจากการค้นคว้าจากรวรรณกรรมหรืองานวิจัยต่างๆที่มี หรือจากมาตรฐานแนวทางในการปฏิบัติงานต่างๆ ที่มีองค์กรหรือหน่วยงานระดับชาติหรือจากปรัชญาในการดูแล เมื่อได้ประเมินปัญหาที่ต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลแล้ว ให้ทบทวนว่าประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนาเป็นปัญหาของหน่วยงานหรือไม่ ถ้าไม่ใช่ให้ทบทวนประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษาใหม่ แต่ถ้าเป็นปัญหาของหน่วยงานให้ตั้งทีมงานดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นและประเมินหลักฐานเป็นขั้นตอนของการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ ทั้งงานวิจัยเดี่ยว งานวิจัยที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ และหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ วิเคราะห์และประเมินคุณภาพของหลักฐาน สังเคราะห์เนื้อหาเพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ มีมิติการประเมิน 3 มิติหลัก คือ

1. การประยุกต์ความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง
2. ความเป็นไปได้ หมายถึง ความเป็นไปได้เชิงสภาพแวดล้อม ทรัพยากรเกี่ยวพัน และบุคคลในหน่วยงาน ความเป็นไปได้ในการนำเสนอไปปฏิบัติจริงในหน่วยงานนั้น นอกจากนี้ ข้อเสนอที่จำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติเพิ่มเติม ต้องประเมินว่าสามารถฝึกทักษะบุคลากรในหน่วยงานโดยฝึกกันเองได้หรือไม่ และหากฝึกกันเองไม่ได้ต้องเชิญบุคคลภายนอกมาช่วยฝึก มีความลำบากมากน้อยเพียงใด

3. สัดส่วนระหว่างค่าใช้จ่ายและประโยชน์ที่เกิดขึ้น ในการนำข้อเสนอไปใช้จะต้องมีการประเมินสัดส่วนระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น คือจะต้องมีความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนานวัตกรรมนำไปสู่การปฏิบัติและการประเมินผลลัพธ์ การวางแผนการนำไปทดลองใช้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ มีขั้นตอนตั้งแต่การเลือกผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิด เก็บข้อมูลพื้นฐาน สร้างแนวทางการปฏิบัติบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วนำแนวปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สร้างขึ้น ลงปฏิบัติในหน่วยงานนำร่องประเมินผลของกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิด นำผลการประเมินมาปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น

รายละเอียดของวิธีการที่ใช้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานโดยใช้แนวคิดของ PICO (PICO Frame work: Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome) (Craig & Smyth, 2001)

วิธีการที่ใช้ในการค้นหาและคัดเลือกหลักฐาน สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ
2. ฐานข้อมูลที่เป็นกรทบทวนอย่างเป็นระบบ ได้แก่ www.JoannaBriggs.Edu.Au
3. ฐานข้อมูลวิจัยเชิงเดี่ยว ได้แก่ PUBMED, Science Direct
4. การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง

ประโยชน์ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกไปใช้

1. ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคที่ป่วย การรักษาในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เป็นรูปธรรมเข้าใจง่าย ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการรักษา
2. พยาบาลได้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลจิตเวชและบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ง่ายและสะดวกในการนำไปใช้

3. โรงพยาบาลได้การพัฒนาคุณภาพบริการ ลดค่าใช้จ่ายและเวลาในการดูแลผู้ป่วย

4. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการพยาบาลเด็กออทิสติก

นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กออทิสติก ตามยุทธศาสตร์และแนวทางในการปฏิบัติตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ.2545–2549 เป็นแผนแม่บทที่กำหนดให้มนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน สามารถพัฒนาศักยภาพหากได้รับโอกาสอย่างเสมอภาคเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งกำหนดทิศทางการให้เด็กต้องได้รับการเสริมสร้างศักยภาพอย่างสูงสุด จนสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อให้ทันกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้น เพื่อการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของเด็กออทิสติก พยาบาลที่ให้การพยาบาลจึงต้องเป็นผู้มีความรู้และมีความเชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญกับเด็กออทิสติกเป็นอย่างยิ่ง ในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงนั้นมีขอบเขตและสมรรถนะดังนี้

ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(สภาวะการพยาบาล, 2550) เป็นการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนโดยใช้ความชำนาญและทักษะขั้นสูง ในการจัดการรายกรณีหรือใช้วิธีอื่นๆ รวมทั้งจัดการให้มีระบบดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพ ให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎี การพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการ ดูแลให้กลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคต่อเนื่องและเป็นที่ยอมรับให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลในการดูแลผู้ใช้บริการที่มีปัญหาซับซ้อน

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนาจัดการและกำกับระบบดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะ กลุ่ม หรือเฉพาะโรค (Care Management) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. วิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อวางแผนพัฒนาระบบดูแล
2. สร้างทีมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งสถานพยาบาลและในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือจิตเวชได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

3. จัดระบบดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เฉพาะโรคที่รับผิดชอบ
ครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบสุขภาพ การส่งผู้ป่วย การติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช
อย่างต่อเนื่อง

4. ประเมินผลลัพธ์ของระบบดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย เพื่อการปรับปรุงคุณภาพ
ระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง.

5. ช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าถึงระบบสุขภาพ และสามารถต่อรองเพื่อพิทักษ์สิทธิ
ประโยชน์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6. สร้างข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเพื่อประโยชน์ในการควบคุมคุณภาพ
สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือ กลุ่มเฉพาะโรคที่มี
ปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct care) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. ประเมินสภาวะสุขภาพให้มีความหมาย และมีการตอบสนองของบุคคลต่อความ
เจ็บป่วยที่ซับซ้อน ครอบคลุมทุกมิติ โดยประเมินจากประวัติการเจ็บป่วย อาการ และอาการแสดง
การตรวจร่างกายอย่างเป็นระบบ การตรวจสภาพจิต แปรผลทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษ
ต่างๆ การคัดกรอง

2. วินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยอย่างถูกต้องแม่นยำ โดยใช้ข้อมูล หลักฐานทางคลินิก
ความรู้ทางพยาธิสรีระ ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ประสาทชีววิทยา ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎี
อื่นๆ ตลอดจนประสบการณ์ทางคลินิก

3. ให้การบำบัดทางจิตในรูปแบบต่างๆทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตามรูปแบบที่เหมาะสม
ที่สุด และตรงกับความเชี่ยวชาญ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดโรคทางจิตเวชในกลุ่มเสี่ยง
ลดอาการของโรค สร้างเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว โดยใช้
ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เหตุผลทางคลินิกและจริยธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับ
การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแบบองค์รวม

4. ป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ทั้งที่เกิดจากพยาธิสภาพ จากการได้รับยา
รักษาทางจิตเวชระยะยาว และ/หรือภาวะแทรกซ้อนของการรักษา โดยใช้ความรู้ทางพยาธิสรีระวิทยา
เภสัชวิทยา และอื่นๆ ตามสภาพของปัญหาในผู้ป่วยแต่ละราย

5. ฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มี
ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ขณะอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง และการสอนครอบครัว
ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบที่มาจากการดูแลผู้ป่วย

6. คาดการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนจากอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและวางแผน
ป้องกันแก้ไขได้อย่างถูกต้องและทันเหตุการณ์

7. ตัดสินใจทางคลินิกในการจัดระบบบริการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ
ในแต่ละกลุ่มปัญหาได้อย่างถูกต้อง รู้ข้อจำกัดของตนเองในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย

แต่ละกลุ่ม และประสานงานกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมพิจารณาปรับแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างทันท่วงที

8. ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. ประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการวางแผนและให้การดูแล ตลอดจนประเมินผลการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ประสานความร่วมมือกับครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลชุมชนและแหล่งประโยชน์ในชุมชน ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. สอน/ฝึกทักษะที่จำเป็นในการพัฒนาศักยภาพกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช (เช่น เด็กวัยรุ่น สตรีที่ถูกทำร้าย ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางกายหรือโรคจิตเวชเรื้อรัง) ให้สามารถสร้างเสริมสุขภาพจิต เฝ้าระวังความเครียด และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยใช้ผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

2. สอนและฝึกอบรมความรู้ให้บุคลากรสุขภาพในสถานบริการ และในชุมชนให้มีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพจิต การคัดกรองโรคทางจิตเวช การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และการส่งต่อได้

3. ให้ความรู้/ฝึกทักษะแก่ประชาชน องค์กรและภาคีกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ในการจัดการกับความเครียด การสร้างเสริมสุขภาพจิตในชีวิตประจำวัน การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

4. เป็นพี่เลี้ยงของนักศึกษาพยาบาล ทีมพยาบาลและทีมงานในลักษณะอื่นๆ โดยวิเคราะห์ทักษะ ประสิทธิภาพ ความรู้ความต้องการเพื่อพัฒนาสมรรถนะและความก้าวหน้าของบุคคลและองค์กร

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. เป็นที่ปรึกษาให้กับทีมงานในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีปัญหาซับซ้อน โดยประมวลจากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสร้างทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายกรณี

2. เป็นที่ปรึกษาให้กับทีมงานในการสร้างทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อจัดระบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชซับซ้อนโดยประมวลจากสถานการณ์ในหน่วยงาน และหลักฐานเชิงประจักษ์

3. เป็นที่ปรึกษาให้กับทีมงานในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกิดจากการปฏิบัติงานและการบำบัดทางจิต

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. ดำเนินการให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ตนมีความเชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพและคุ้มค่าต่อเนื่อง

2. นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มที่มีความเชี่ยวชาญ ให้มีคุณภาพและคุ้มค่า

3. พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลและเครือข่ายในระดับปฐมภูมิ

4. สร้างแผนงาน หรือ โครงการต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชซับซ้อน

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. ใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาลและหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน

2. บริหารจัดการด้านการปฏิบัติโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงด้านกฎหมายและจริยธรรม

3. พินิจพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย(advocate)เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรม และปลอดภัย

4. ร่วมในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลในระดับหน่วยงาน/ระดับองค์กร

5. มีส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐานและผลลัพธ์ด้านจริยธรรมทางการพยาบาล

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence – based practice) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. ติดตามและรวบรวมผลการวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลในรูปแบบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

2. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันในการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล เช่น พัฒนาแนวการปฏิบัติ และใช้แนวการปฏิบัติในการปฏิบัติงาน

3. เผยแพร่แนวการปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้เกิดการ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติหรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาพยาบาลเดียวกัน

4. นำการจัดการความรู้มาใช้ร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีประสบการณ์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติ

5. วิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และการเผยแพร่หลักฐานการปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย

2. พัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับใช้ในหน่วยงาน

3. ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับกลุ่มเป้าหมายในหน่วยงานอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผล

4. นำผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

5. จัดทำหลักฐานด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคในหน่วยงานเพื่อใช้ติดตามและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

6. เผยแพร่วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญ

การพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติกรพยาบาลให้มีความรู้และความชำนาญ มีส่วนในการช่วยให้เด็กได้พัฒนาความสามารถและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ นับเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพจะต้องตระหนักและให้ความสำคัญ

4. พฤติกรรมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่ง ที่ต้องรีบดำเนินการช่วยเหลือหรือแก้ไข ถ้าไม่รีบดำเนินการแก้ไข ความก้าวร้าวอาจมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ยังทำให้เป็นภาระที่หนักกับผู้ดูแลและเป็นปัญหาสังคมในระยะยาว ในการช่วยเหลือนั้น พฤติกรรมบำบัดเป็นวิธีการหนึ่งที่มีความเหมาะสมที่จะช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของมนุษย์มีผู้เสนอแนวคิดไว้มากมายดังต่อไปนี้

4.1 แนวคิดทฤษฎีของพฤติกรรมบำบัด

หลักการและแนวคิดในการปรับพฤติกรรม ได้มีผู้เสนอแนวคิดดังนี้

4.1.1 กลุ่มแนวคิดจิตวิเคราะห์แนวใหม่ (Psychodynamic Approach) เป็นกลุ่มแนวคิดที่เชื่อว่า ความโกรธ และความก้าวร้าวเกิดจากกระบวนการภายในและแรงขับ (Chess and Hassibi, 1978) แรงขับที่สำคัญที่สุดคือ แรงขับทางเพศ และความก้าวร้าว (Berkowitz & Rotman, 1983) โดยมนุษย์จะต้องมีการระบายออกมา สิ่งที่สำคัญในแนวคิดนี้คือ ความขัดแย้งระหว่างแรงขับภายในกับความพยายามควบคุมเพราะบุคคลต้องการให้สังคมยอมรับ (Glueck, 1940 อ้างถึงใน Eisman, 1992) ในแนวคิดนี้จึงอธิบายความก้าวร้าวในลักษณะอาการของความไม่สบายใจเล็กๆ ที่ไม่สามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งนี้ด้วยการแก้ปัญหาความขัดแย้งของความก้าวร้าวนี้ จึงกระทำโดยส่งเสริมให้แสดงออกมาในทางที่สังคมยอมรับในลักษณะทดแทน

4.1.2 กลุ่มแนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยม (Cognitive Behavioral Approach)

แนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยมนี้เป็นแนวคิดที่ได้ประสานแนวคิดพฤติกรรมนิยมกับปัญญานิยมเข้าด้วยกัน ดังนั้นจึงเน้นทั้งสภาพแวดล้อมภายนอก เงื่อนไขและผลของพฤติกรรมและกระบวนการคิด ความรู้สึกและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งผู้นำกรอบความคิดแนวนี้คือ Albert Bandura แนวคิดพื้นฐานของกลุ่มพฤติกรรมปัญญานิยมคือ ตัวแปรทางปัญญาย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางปัญญาได้พฤติกรรมของบุคคลย่อมเปลี่ยนแปลงตาม การปรับพฤติกรรมทางปัญญานี้ Kazdin (1978) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกโดยการเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐานหรือกลวิธีในการตอบสนองโดยที่นักปรับพฤติกรรมทางปัญญามีความเชื่อดังต่อไปนี้คือ กิจกรรมทางปัญญานั้นมีผลต่อพฤติกรรม กิจกรรมทางปัญญาสามารถจัดให้มีขึ้นได้และเปลี่ยนแปลงได้ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้อาจเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางปัญญา

4.1.3 กลุ่มแนวคิดพฤติกรรมนิยม (Behavioral Approach) แนวคิดนี้มีความเชื่อพื้นฐานว่า ปัญหาพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนทั้งหลายเป็นการเรียนรู้และพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนได้โดยการให้การเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ โดยเน้นให้ความสนใจศึกษาและแก้ไขกับพฤติกรรมภายนอก หลักของการเรียนรู้ที่เป็นพื้นฐานและมีอิทธิพลอย่างมากคือ การเรียนรู้ โดยการวางเงื่อนไขของการกระทำของ Skinner (1953) จากแนวคิดนี้พฤติกรรมก้าวร้าวเกิดขึ้นเพราะพฤติกรรมนั้นได้รับการเสริมแรงซึ่งการเสริมแรงพฤติกรรมก้าวร่ววนั้นมีรูปแบบต่างๆ มากมาย เช่น การได้รับความสนใจ การเอาใจใส่ การได้รับรางวัล ทำให้เด็กเกิดการพัฒนาความก้าวร้าว (Patterson, 1966) และเมื่อศึกษาเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้การลงโทษ ในครอบครัวของเด็กที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม พบว่าการลงโทษไม่ได้ผลแต่กลับทำให้เด็กก้าวร้าวมากขึ้นโดยไม่ตั้งใจ (Patterson, 1982) การปรับพฤติกรรมที่เน้นการวัดได้ สังเกตได้ ของกลุ่มพฤติกรรมนิยมนี้ทำให้มีการวิจัยกันมากมายดังเช่น Moss & Rick (1981) ศึกษาพบว่า การเสริมแรงทางบวกเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุด

ในการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก ตัวเสริมแรงที่ใช้ ได้แก่ เบี้ยบรรณกร คะแนน เงิน และการเสริมแรงทางสังคม การยกย่องชมเชย การให้ความสนใจ การยอมรับ และการเห็นความสำคัญ

เนื่องจากการเสริมแรงช่วยทำให้พฤติกรรมที่ต้องการคงอยู่ยาวนาน การเลือกใช้เสริมแรงให้เหมาะกับบุคคลและสถานการณ์จึงเป็นสิ่งจำเป็นอันดับแรกที่นักพฤติกรรมบำบัดจะต้องพิจารณา แรงเสริมนี้อาจอยู่ในรูปของ สิ่งของ ขนมน ตัวคุณภาพบัตร์ สตางค์ ซึ่งเป็นสิ่งสัมผัสได้ ทำให้ผู้รับมีความสุขใจ แรงเสริมประเภทนี้เรียกว่า “Primary reinforcers “ แรงเสริมอีกประเภทหนึ่ง มีลักษณะไม่เด่นชัดดังเช่นแรงเสริมแรก ได้แก่ การให้คำชมเชย หรือคำพูดที่ส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ทำในสิ่งที่เราต้องการ หรือมีพฤติกรรมที่เราต้องการ แรงเสริมชนิดนี้เรียกว่า “ Secondary reinforcers “ ซึ่งเป็นแรงเสริมที่มีคุณค่าไม่น้อยไปกว่าแรงเสริมประการแรก

เทคนิคการบำบัดโดยวิธี Operant Conditioning มีอยู่หลายเทคนิคได้แก่

1. การใช้เสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) แรงเสริมบวก คือแรงเสริมที่จะช่วยให้พฤติกรรมที่เราต้องการเกิดบ่อยขึ้น กระบวนการให้เสริมนี้ก็คือ จะให้เสริมนี้ภายหลังจากที่บุคคลมีพฤติกรรมที่เราต้องการ เป็นวิธีการให้เสริมที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและค่อนข้างจะให้ผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แรงเสริมนี้อาจให้เป็นรางวัลหรือเครื่องหมาย หรือเป็นเบี้ยที่สามารถใช้แลกเปลี่ยนเป็นสิ่งที่ของได้ เช่น ขนมน คำชมเชย ยิ้ม จุดมุ่งหมายของการใช้เสริมนี้ก็เพื่อให้พฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้ เกิดบ่อยๆ และคงอยู่ยาวนาน หลักการเสริมแรงทางบวกอย่างมีประสิทธิภาพนั้นมีหลักการทั่วไป ดังนี้

1.1 การเสริมแรงทางบวกจะต้องใช้หลังจากการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายเท่านั้น การให้คำชมเชยหรือให้สิ่งของก่อนการเกิดพฤติกรรมไม่ถือว่าเป็นการเสริมแรงอย่างเช่นการที่คุณพ่อวางเงื่อนไขกับลูกว่าถ้าทำการบ้านเสร็จแล้วจะให้ดูโทรทัศน์ ลูกดูโทรทัศน์ก่อนแล้วบอกว่าจะทำบ้านคุณพ่อก็ตกลงให้ลูกดูโทรทัศน์ก่อน แล้วปรากฏว่าลูกไม่ทำการบ้านหรืออาจจะทำการบ้านก็ได้ แต่อย่างไรก็ตามการให้ลูกดูโทรทัศน์ก่อนการทำการบ้านก็ไม่ถือว่าเป็นการเสริมแรงทางบวก แม้ว่าลูกจะทำบ้านหลังจากดูโทรทัศน์แล้วก็ตาม

1.2 การเสริมแรงจะต้องกระทำทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น การเสริมแรงต่อพฤติกรรมเป้าหมายอย่างทันทีนั้น จะทำให้เด็กที่ได้รับการเสริมแรงเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดว่าควรจะต้องแสดงพฤติกรรมอะไร จึงไม่น่าประหลาดใจเลยที่ว่าแม่บอกให้เด็กขยันเรียนเพื่อว่าวันข้างหน้าจะได้มีงานที่ดี จะไม่ค่อยได้ผลเท่ากับการที่แม่ให้คำชมเชยเด็กภายหลังจากการบ้านเสร็จ

1.3 การเสริมแรงควรจะให้อย่างสม่ำเสมอ นั่นคือการให้เสริมทุกครั้งหรือแทบทุกครั้งที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น ไม่ควรขึ้นอยู่กับอารมณ์ของคนที่ปรับพฤติกรรม การให้เสริมไม่สม่ำเสมอทำให้การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเกิดขึ้นได้น้อยมาก

1.4 ควรมีการบอกถึงเงื่อนไขการให้การเสริมแรง นั่นคือควรจะมีการบอกผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรมว่าเด็กจะแสดงพฤติกรรมอะไรในสภาพการณ์ใด แล้วจะได้รับอะไรเป็นการเสริมแรง

1.5 ตัวเสริมเรานั้นควรมีปริมาณพอเหมาะที่จะเสริมแรงพฤติกรรมโดยไม่ก่อให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรง นั่นคือบางครั้งถ้าให้ตัวเสริมแรงมากไปอาจทำให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรงได้โดยเฉพาะตัวเสริมแรงประเภทตัวเสริมแรงปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ควรจะให้น้อยเกินไปจนไม่มีพลังพอที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา

1.6 ตัวเสริมเรานั้นจะต้องเลือกให้เหมาะกับแต่ละบุคคล เนื่องจากเด็กมีความแตกต่างกันดังนั้นตัวเสริมแรงของแต่ละคนจึงอาจไม่เหมือนกัน อีกทั้งในบางโอกาสตัวเสริมแรงที่เคยเสริมแรงคนๆ หนึ่งอาจจะไม่เสริมแรงคนๆ หนึ่งในเวลาต่อมาก็ได้

1.7 ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ตัวเสริมแรงที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น เช่นการใช้กิจกรรมที่ชอบทำมากที่สุดหรือการเสริมแรงทางสังคม

1.8 ควรมีการใช้ตัวแบบหรือการชี้แนะควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้วย เนื่องจากว่าจะทำให้เด็กได้เรียนรู้ได้เร็วขึ้นว่าควรจะทำพฤติกรรมเช่นใด จึงจะได้รับการเสริมแรง

1.9 ควรมีการวางแผนการใช้ตารางการเสริมแรงหรือยึดเวลาการเสริมแรงเมื่อพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นสม่ำเสมอแล้ว ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเสริมแรงเสียใหม่ให้เป็นการใช้ตารางการเสริมแรงแทน หรืออาจจะใช้การยึดเวลาการเสริมแรงก็ได้ เพราะจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคงอยู่ได้นานขึ้นแม้ว่าจะไม่ได้รับการเสริมแรงอีกเลยในอนาคตก็ตาม

1.10 สำหรับการศึกษาคั้งนี้จะใช้ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ คือขนมเชียงไฮ จากการสำรวจตัวเสริมแรงในกลุ่มตัวอย่าง เด็กส่วนใหญ่ชอบขนมกรุบกรอบ ขนมเชียงไฮก็เป็นขนมอีกชนิดหนึ่งที่เด็กๆชอบ และก็มีปริมาณพอเหมาะที่จะเสริมแรง คือมีความเหมาะสมกับกิจกรรมที่ให้เด็กทำ

2. การใช้แรงเสริมทางลบ (Negative Reinforcement) การให้แรงเสริมทางลบ คือ การทำให้มีพฤติกรรมที่ต้องการโดยใช้สิ่งเร้าที่ไม่น่ารื่นรมย์ พฤติกรรมการสนองตอบนี้จะอยู่ในรูปแบบของการยุติสิ่งเร้านั้นๆ เสีย หรือหนีจากสิ่งเร้าหรือเลี่ยงสิ่งเร้านั้นๆ แรงเสริมทางลบมีความหมายแตกต่างจากการลงโทษ คือ พฤติกรรมที่เราต้องการยังไม่เกิดขึ้น จะต้องให้แรงเสริมชนิดนี้ก่อนจึงจะเกิดพฤติกรรมนั้นๆ เช่น เด็กกลัวการถูกทำโทษจึงต้องทำการบ้าน

3. การขจัดสิ่งเร้า (Extinction) การทำให้พฤติกรรมสนองตอบต่อสิ่งเร้าลดลงด้วยการขจัดสิ่งเร้าบางอย่างซึ่งเคยช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมนั้นๆ

4. การขจัดพฤติกรรมตอบสนอง (Response Prevention) การทำให้พฤติกรรมสนองตอบบางอย่างลดลงด้วยการขจัดสิ่งเร้าซึ่งอาจจะช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมนั้นๆ

5. การนำออกไป (Time Out) เป็นวิธีง่ายๆ คือนำบุคคลออกไปจากสถานที่ๆ ส่งเสริมพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ มีความหมายคล้ายการทำให้ดับสูญในแง่ที่ว่า พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการขาดแรงเสริม แต่แตกต่างกันคือ การทำให้ดับสูญนั้นเราไม่ให้แรงเสริมเราเก็บแรงเสริมไว้เสีย ส่วนการนำออกไปนั้นเราไม่ให้ผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาเข้าใกล้แรงเสริม โดยการนำผู้ป่วยออกไปเสียจากสถานที่ที่จะให้แรงเสริม หรือโดยการนำแรงเสริมออกไปให้พ้นผู้ป่วย

สรุป จากแนวคิดที่กล่าวมา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีของ Bandura นั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางปัญญา คือผู้เรียนรู้จะต้องมีการสังเกตและเลียนแบบจากตัวแบบ แล้วเปลี่ยนความคิดถึงจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งผู้เรียนรู้ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการที่จะสังเกตและจดจำจากตัวแบบ เนื่องจากเด็กออทิสติกขาดทักษะหลายๆด้านจึงไม่มีความพร้อมในการที่จะสังเกตและเลียนแบบตัวแบบในระยะเวลาอันสั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้พฤติกรรมบำบัดตามแนวคิดของ Skinner คือทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning) เนื่องจากแรงเสริมในทฤษฎีนี้เป็นตัวที่จะทำให้ความถี่ของพฤติกรรมที่อินทรีย์แสดงออกอยู่แล้วให้มีเพิ่มขึ้น และอีกประการหนึ่งคือแรงเสริมเป็นสิ่งที่มาจากภายนอก ซึ่งเป็นอะไรก็ได้ที่ไม่เกี่ยวกับตัวเด็ก และก็มีผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง

การลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกนั้น ต้องใช้การรักษาหลายอย่าง เนื่องจากเด็กออทิสติกมีปัญหาซับซ้อน (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2537) ดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อมุ่งหวังให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลง จึงต้องใช้การปรับพฤติกรรมร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเด็กออทิสติก (CNPG) เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลที่ตรงตามสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลของเด็กที่มีอาการเฉพาะโรค เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ เด็กปลอดภัย และมีสุขภาพหรือเด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นตามวัย

4.2 พฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกวัยเรียน

การปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กนั้นมีมากมายหลายเทคนิค และแต่ละเทคนิคก็มุ่งหวังที่จะให้เด็กได้มีพฤติกรรมที่ดี และลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การที่จะเลือกใช้วิธีการหรือเทคนิคการปรับพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมาย และสิ่งที่ต้องการจะปรับ สำหรับเด็กออทิสติกนั้นมีวิธีการหรือเทคนิคที่สามารถนำมาใช้และลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กได้ดังนี้

4.2.1 การแก้ไขพฤติกรรมแบบ ABA (Applied Behavior Analysis) เทคนิคนี้พัฒนาโดย Ivan Lovaas โดยอาศัยหลักการของทฤษฎีทางพฤติกรรมและการเรียนรู้การวางเงื่อนไข (Operant Conditioning) ของ Skinner เป็นวิธีการที่นำมาใช้ในการทดลองกับเด็กออทิสติกที่ได้ผลดี และมีการนำไปใช้ในการบำบัดเด็กออทิสติกทั่วโลก อูมาพร ตรังคสมบัติ (2545: 198) การใช้วิธีดังกล่าวจะต้องมีการสังเกตเด็กอย่างละเอียด วิเคราะห์พฤติกรรมอย่างเป็นระบบ

ต้องวางแผนแก้ไขพฤติกรรมอย่างมีหลักการ และมีการบันทึกว่าเด็กมีความก้าวหน้าไปมากน้อยเพียงใด การแก้ไขพฤติกรรมมี 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1. การวิเคราะห์พฤติกรรม หากจะแก้ไขพฤติกรรมใดก็ตาม ต้องทำความเข้าใจพฤติกรรมนั้นก่อน โดยวิเคราะห์ว่าพฤติกรรมนั้นมีความเป็นมาอย่างไรและเกิดขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์อะไร

ขั้นที่ 2. การแก้ไขพฤติกรรม เมื่อเข้าใจถึงวัตถุประสงค์หรือเหตุผลของพฤติกรรมแล้ว ต้องสอนพฤติกรรมใหม่ที่มีความเหมาะสมกว่า โดยที่พฤติกรรมใหม่จะต้องตอบสนองความต้องการได้เช่นพฤติกรรมเดิม เช่น เด็กโขกหัวเพื่อต้องการขนม ก็สอนให้ยื่นมือขอแทน และต้องให้ขนมทันทีเมื่อเด็กทำได้

4.2.2 การแก้ไขพฤติกรรมโดยการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ(Operant Conditioning)ของ Skinner โดยจากแนวความคิดที่ว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งก่อให้เกิดพฤติกรรม และผลของการกระทำพฤติกรรมโดยที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น แนวคิดนี้เน้นการกระทำของผู้ที่เรียนรู้มากกว่าสิ่งที่ผู้สอนกำหนด ซึ่งมีอยู่ด้วยกันหลายเทคนิคได้แก่

1. การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement) คือแรงเสริมที่จะช่วยให้พฤติกรรมที่เราต้องการเกิดบ่อยขึ้น กระบวนการให้แรงเสริมนี้ก็คือ จะให้แรงเสริมนี้ภายหลังจากที่บุคคลมีพฤติกรรมที่ต้องการ เป็นวิธีการให้แรงเสริมที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและค่อนข้างจะให้ผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

หลักการเสริมแรงทางบวกอย่างมีประสิทธิภาพนั้นมีหลักการทั่วไป ดังนี้

- 1.1 การเสริมแรงทางบวกจะต้องใช้หลังจากการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายเท่านั้น
 - 1.2 การเสริมแรงจะต้องกระทำทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น
 - 1.3 การเสริมแรงควรจะให้อย่างสม่ำเสมอ นั่นคือการให้แรงเสริมทุกครั้งหรือแทบทุกครั้งที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น
 - 1.4 ควรมีการบอกถึงเงื่อนไขการให้การเสริมแรง
 - 1.5 ตัวเสริมแรงนั้นควรมีปริมาณพอเหมาะที่จะเสริมแรงพฤติกรรมโดยไม่ก่อให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรง
 - 1.6 ตัวเสริมแรงนั้นจะต้องเลือกให้เหมาะกับแต่ละบุคคล
 - 1.7 ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ตัวเสริมแรงที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น
 - 1.8 ควรมีการใช้ตัวแบบหรือการชี้แนะควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้วย
 - 1.9 ควรมีการวางแผนการใช้ตารางการเสริมแรงหรือขีดเวลาการเสริมแรง
- เมื่อพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นสม่ำเสมอแล้ว ควรมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเสริมแรงเสียใหม่

2. การใช้แรงเสริมทางลบ (Negative Reinforcement) คือ การทำให้มีพฤติกรรมที่ต้องการ โดยใช้สิ่งเร้าที่ไม่น่ารื่นรมย์ พฤติกรรมการสนองตอบนี้จะอยู่ในรูปแบบของการยุติสิ่งเร้า

นั้นๆ เสียบ หรือหนีจากสิ่งเร้าหรือสิ่งเร้าที่นั้นๆ แรงเสริมทางลบมีความหมายแตกต่างจากการลงโทษ คือ พฤติกรรมที่เราต้องการยังไม่เกิดขึ้น

3. การขจัดสิ่งเร้า (Extinction) การทำให้พฤติกรรมสนองตอบต่อสิ่งเร้าลดลงด้วยการขจัดสิ่งเร้าบางอย่างซึ่งเคยช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมนั้นๆ

4. การขจัดพฤติกรรมตอบสนอง (Response Prevention) การทำให้พฤติกรรมสนองตอบบางอย่างลดลงด้วยการขจัดสิ่งเร้าซึ่งอาจจะช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมนั้นๆ

5. การนำออกไป (Time Out) คือนำบุคคลออกไปจากสถานที่ๆส่งเสริมพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

5. การพยาบาลที่เน้นพฤติกรรมบำบัดในเด็กออทิสติกวัยเรียน

การให้การพยาบาลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น มีความยุ่งยากซับซ้อน ดังนั้นการให้การพยาบาลจึงต้องใช้แนวคิดทฤษฎีจากหลายๆแนวคิด มาผสมผสานเพื่อให้ได้แนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้มีดังนี้

5.1 แนวคิดการพยาบาลเด็กออทิสติก

การพยาบาลเด็กออทิสติก เป็นการนำศาสตร์ทางการพยาบาลผสมผสานกับศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับเด็กและวัยรุ่นในการปฏิบัติการพยาบาลกับเด็ก เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิต และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว และการฟื้นฟูสภาพจิตในผู้ป่วยเด็กออทิสติก เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตามวัย รวมทั้งมีการดำรงชีวิตในครอบครัวอย่างผาสุก (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2546) ในการให้การพยาบาลนั้นพยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นตอน ซึ่งหลักการพยาบาลเด็กออทิสติกโดยทั่วไปมีดังนี้

5.1.1 การใช้กระบวนการพยาบาล การพยาบาลเด็กออทิสติกก็เช่นเดียวกับ การพยาบาลโดยทั่วไป คือปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Assessment) การวางแผนการพยาบาล (Planing) การกระทำกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Intervention) และการประเมินผล (Evaluation)

การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นตามกฎหมายที่ผู้ประกอบการวิชาชีพต้องปฏิบัติ ทั้งนี้เพราะการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานสำคัญของการตัดสินใจทางคลินิก และเป็นการทำงานกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดที่พยาบาลจะกระทำโดยตรงและโดยอ้อมต่อผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน ซึ่งเป็นการประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง ที่จะส่งผลลัพธ์ทางการพยาบาล ทั้งที่เป็นความรู้ ความหวัง ความสุข และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งปัญหาสุขภาพอนามัยที่ได้รับการแก้ไข การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ใช้บริการและครอบครัว

5.1.2 การใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก พยาบาลผู้ปฏิบัติจะต้องใช้องค์ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง องค์ความรู้ที่สำคัญได้แก่ ศาสตร์การพยาบาล จิตเวชศาสตร์ มนุษย์ศาสตร์ รวมทั้งมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลองค์วิชาชีพและของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.1.3 ใช้การพยาบาลแนวองค์รวม ยึดเป้าหมายเดียวกันกับการพยาบาลในสถานการณ์อื่น คือ การดูแลช่วยเหลือเด็กพร้อมๆกันทั้งทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการเจริญเติบโตทางกาย การเคลื่อนไหว สติปัญญา ภาษา ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัว และในชุมชนทั้งที่เป็นกายภาพและสภาพแวดล้อมทางสังคม

5.1.4 มุ่งการปฏิบัติการพยาบาลสู่ผลลัพธ์ หลังจากที่พยาบาลวินิจฉัยทางการพยาบาลได้แล้ว จะต้องมีการวางแผนการพยาบาลก่อนลงมือปฏิบัติ ในการปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ต้องปฏิบัติในระหว่างช่วงเวลาการปฏิบัติวิชาชีพของพยาบาล (Nursing therapeutic session) คือช่วงเวลาที่พยาบาลอยู่กับผู้ป่วย ซึ่งมีการตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ตลอดจนการตรวจสอบผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไปพร้อมๆกัน จากนั้นพยาบาลจะต้องให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บิดามารดา และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นประโยชน์ในด้านความต่อเนื่องของการบริการ และความพึงพอใจในการรับบริการ

5.1.5 ให้ความสำคัญกับครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกนั้น เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกันกับการดำรงชีวิตและการปฏิบัติของบิดามารดา ผู้เลี้ยงดูหรือผู้ใกล้ชิดที่สำคัญ (Parent or caregiver or Significant others) ดังนั้นการปฏิบัติวิชาชีพของพยาบาลจึงต้องคำนึงถึงและปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือเด็กร่วมกับครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิด

5.1.6 ใช้ทักษะพื้นฐานด้านสัมพันธภาพ และการสื่อสาร ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับเด็กออทิสติก ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับวัยของเด็ก เช่น การยอมรับเด็กโดยไม่มีเงื่อนไข ความซื่อสัตย์และความจริงใจ ความเข้าใจและเข้าถึงประสบการณ์ชีวิตส่วนตัวของเด็ก เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพกับทั้งเด็กและผู้ดูแล พยาบาลจะใช้ทักษะพื้นฐานนี้ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมตามวัยของเด็ก เพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์

5.1.7 แหล่งข้อมูลสำคัญคือข้อมูลจากเด็ก ข้อมูลจากเด็กมีความสำคัญไม่น้อยกว่าของบิดา มารดา ผู้ดูแล หรือครู เพราะเป็นการสะท้อนประสบการณ์ทั้งเชิงประจักษ์และอัตนัยที่เกิดขึ้นกับตัวเด็กจริง

5.2 แนวคิดแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเด็กออทิสติก(CNPG)

การปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยเหลือเด็ก พยาบาลจะต้องเป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญ มีวุฒิภาวะและมีความตั้งใจใฝ่ใจในการปฏิบัติการพยาบาลตามขอบเขตของกฎหมายและ

เงื่อนไขทางจริยธรรมของพยาบาล และขึ้นอยู่กับความต้องการและลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กและครอบครัว(จินตนา ยูนิพันธุ์, 2546) แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเด็กออทิสติก(CNPG) เป็นมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะสำหรับเด็กออทิสติก ซึ่งลักษณะของกิจกรรมที่กำหนดไว้ในมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลมีดังนี้

1. การกระทำกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือเด็กด้านกิจวัตรประจำวัน
2. การปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์สติปัญญา สังคมและจิตวิญญาณ
3. การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต ซึ่งรวมถึงการบำบัดทางจิตเป็นรายบุคคล และเป็นรายกลุ่ม รายครอบครัว ทั้งนี้เพื่อการปรับประคองจิตใจ และการแก้ปัญหาสุขภาพทั้งของเด็ก ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้อง
4. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ทั้งนี้รวมถึงการจัดการเพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรในครอบครัว และในชุมชน เพื่อการแก้ปัญหาทางสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพด้วย
5. การสอน การแนะนำ และให้ความรู้ทางสุขภาพแก่เด็กและครอบครัว
6. ปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาทางกาย รวมทั้งการช่วยแพทย์ในการรักษาโรค และสำหรับพยาบาลผู้ได้รับวุฒิปริญญาตรีเป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญ อาจปฏิบัติกิจกรรมการรักษาด้วยยาได้ ทั้งนี้ต้องเป็นไปตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนด หรือปฏิบัติภายใต้การกำกับของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
7. การรักษาเบื้องต้นตามขอบเขตของกฎหมายในกรณีที่มีเหตุฉุกเฉินเกิดขึ้น

5.3 แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning)

ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำนั้น มีความเชื่อว่าการกระทำของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้น(Emitted)ของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องจากผลกรรม(Consequences) ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น Skinner (อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541:32-34) ได้ให้ความสนใจกับผลกรรม 2 ประเภท ได้แก่ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง(Reinforcer) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้น และผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง

การเสริมแรง (Reinforcement) การเสริมแรงคือการทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเป็นผลเนื่องมาจากผลกรรมที่ตามหลังพฤติกรรมนั้น ผลกรรมที่ทำให้พฤติกรรมมีความถี่เพิ่มขึ้นเรียกว่า ตัวเสริมแรง(Reinforcer) (Skinner, 1971) ตัวเสริมแรงที่ใช้กันอยู่แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. ตัวเสริมแรงปฐมภูมิ(Primary Reinforcer) เป็นตัวเสริมแรงที่มีคุณสมบัติด้วยตัวของมันเอง เนื่องจากสามารถตอบสนองความต้องการทางชีวภาพของอินทรีย์ได้ หรือมีผลต่ออินทรีย์โดยตรง เช่น อาหาร น้ำ อากาศ ความร้อน ความหนาว ความเจ็บปวด เป็นต้น

2. ตัวเสริมแรงทุติยภูมิ (Secondary Reinforcer) เป็นตัวเสริมแรงที่ต้องผ่านพัฒนาคุณสมบัติของการเป็นตัวเสริมแรง โดยการนำไปสัมพันธ์กับตัวเสริมแรงปฐมภูมิ (Primary reinforcer) เช่น คำชมเชย เงินหรือตำแหน่งหน้าที่ เป็นต้น

ในการที่จะทำให้ตัวเสริมแรงทุติยภูมิมีคุณสมบัติเป็นตัวเสริมแรงได้นั้นจำเป็นที่จะต้องพิจารณาในเงื่อนไขดังนี้ ประการแรก ถ้าปริมาณของตัวเสริมแรงปฐมภูมิมีมากจะทำให้ตัวเสริมแรงทุติยภูมิมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันถ้าปริมาณของตัวเสริมแรงปฐมภูมิมีน้อยจะทำให้ประสิทธิภาพของตัวเสริมแรงทุติยภูมิลดน้อยลงไปด้วยเช่นกัน (D' Amato, 1955) ประการที่สอง ขึ้นอยู่กับความบ่อยครั้งของการเสนอตัวเสริมแรงปฐมภูมิคู่กับตัวเสริมแรงทุติยภูมิ ถ้าเสนอคู่กันบ่อยครั้งก็จะทำให้ตัวเสริมแรงทุติยภูมิมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น แต่ถ้าไม่ค่อยได้เสนอคู่กัน ประสิทธิภาพของตัวเสริมแรงทุติยภูมิก็ย่อมลดน้อยลง (Bersh, 1951) ประการที่สาม ถ้าช่วงเวลาคาบเกี่ยวของการเสนอตัวเสริมแรงทั้งสองตัวนั้นสั้นก็จะทำให้ตัวเสริมแรงทุติยภูมิมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ถ้าช่วงเวลาคาบเกี่ยวของการเสนอตัวเสริมแรงทั้งสองตัวนั้นยาวออกไป ประสิทธิภาพของตัวเสริมแรงทุติยภูมิก็ย่อมจะลดลงตามเวลาที่ยืดยาวออกไป (Bersh, 1951)

การเสริมแรงสามารถดำเนินการได้ใน 2 ลักษณะ คือ

1. การเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) คือ การเสริมแรงที่มีผลทำให้พฤติกรรมที่ได้รับการเสริมแรงนั้นมีความถี่เพิ่มขึ้น
2. การเสริมแรงทางลบ (Negative Reinforcement) คือ การทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเป็นผลมาจากการแสดงพฤติกรรมดังกล่าวนั้น สามารถถอดถอนจากสิ่งเร้าที่ไม่พึงประสงค์ออกไปได้ สิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจจะเป็นตัวเสริมแรงทางลบได้ต่อเมื่อพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อถอดถอนสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจนั้นเพิ่มขึ้น (Skinner, 1953)

การลงโทษ (Punishment) คือ การให้ผลกรรมหลังจากการแสดงพฤติกรรมทำให้พฤติกรรมนั้นลดลงหรือยุติลง ซึ่งผลกรรมที่เกิดขึ้นนั้นไม่จำเป็นที่จะต้องเป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ หากแต่จะเป็นอะไรก็ได้ที่ตามหลังพฤติกรรมนั้นลดลงหรือยุติลง ดังนั้นความหมายของการลงโทษจึงต้องประกอบด้วย 3 เงื่อนไขดังต่อไปนี้ (Cooper et al., 1987) คือ

1. มีพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น
2. พฤติกรรมเป้าหมายนั้นจะต้องตามด้วยผลกรรมบางอย่าง
3. โอกาสเกิดพฤติกรรมเป้าหมายนั้นลดลง เนื่องจากผลกรรมดังกล่าว

ซึ่งการที่จะกำหนดว่าผลกรรมใดเป็นตัวลงโทษนั้นจะต้องดูที่ผลกรรมนั้นต่อพฤติกรรมเป้าหมาย นั่นคือถ้าผลกรรมนั้นทำให้พฤติกรรมเป้าหมายลดลงหรือยุติลง ผลกรรมนั้นจึงจะเรียกว่าตัวลงโทษ

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกนั้นเกิดจากความผิดปกติของสมอง และเกิดได้จากการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว และจากสาเหตุความผิดปกติดังกล่าวจึงทำให้เด็ก

ออทิสติกเป็นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ไม่เป็นไปตามวัยเหมือนเด็กทั่วไป อีกทั้งยังมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ การให้การพยาบาลจึงต้องให้ตอบสนองกับปัญหาและความต้องการของเด็ก ก็คือต้องพัฒนาความสามารถในด้านต่างๆของเด็ก เพื่อให้เด็กได้มีการเจริญเติบโต(Growth)ตามวัยได้อย่างเต็มศักยภาพ ให้สามารถพึ่งพาตนเองและทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง และจากการที่พฤติกรรมของเด็กออทิสติกเกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้เหมือนกับคนอื่น ๆ ดังนั้นการปรับพฤติกรรมจึงต้องจัดกระทำควบคู่กันไปกับการพัฒนาทักษะของเด็ก เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ถ้าหากผลของพฤติกรรมนั้นทำให้ได้รับในสิ่งที่พึงพอใจ ซึ่งก็สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ(Operant Conditioning)ของ Skinner ที่กล่าวถึงผลของการกระทำที่ตามมา ถ้าหากผลที่ตามมาเป็นสิ่งที่ทำให้รู้สึกพึงพอใจคือได้รับแรงเสริม เด็กก็จะเรียนรู้ว่าถ้าหากแสดงพฤติกรรมแบบเดิมซ้ำอีกก็จะได้รับในสิ่งที่พึงพอใจทุกครั้ง พฤติกรรมที่ดีก็จะเกิดบ่อยขึ้น และในการพยาบาลเด็กออทิสติกนั้น ต้องให้การพยาบาลที่มีความเฉพาะในกลุ่มโรค และต้องให้การดูแลคนทั้งคนแบบองค์รวม ตามแนวคิดการพยาบาลเด็กออทิสติกและแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเด็กออทิสติกของจินตนา ยูนิพันธุ์ คือดูแลช่วยเหลือเด็กพร้อม ๆ กันทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนการจัดการกับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแล และการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเฉพาะสำหรับเด็กออทิสติก ก็จะทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้

ดังนั้นจากแนวคิดทฤษฎีที่กล่าวมา พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกลดลงได้จากการได้รับการพยาบาลที่เน้นพฤติกรรมบำบัด ในการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นพฤติกรรมบำบัดประกอบด้วย

1. การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและปรับพฤติกรรม จากความผิดปกติของสมองทำให้ขาดวงจรการเรียนรู้ของเด็ก เด็กจึงเรียนรู้ได้ช้าและทำให้ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการทำเด็กช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ส่งผลกระทบต่อความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองของเด็ก เช่น หิว ก็ไม่สามารถที่จะหาอาหารมารับประทานเองได้ ก็อาจทำให้เด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นได้ ดังนั้นการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงสามารถช่วยให้เด็กได้พัฒนาความสามารถและมีการเจริญเติบโต ตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ซึ่งก็จะช่วยลดความโกรธหรือความคับข้องใจได้

2. การพัฒนาความสามารถในการสื่อความหมายและบอกความต้องการ เด็กออทิสติกมีข้อจำกัดในการสื่อสาร ไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจได้ จึงทำให้เกิดความคับข้องใจ และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา การพัฒนาความสามารถในการ

สื่อความหมายและบอกความต้องการ จึงเป็นการช่วยเหลือให้เด็กสามารถสื่อสารทั้งภาษาท่าทาง หรือภาษาพูดให้ผู้อื่นเข้าใจได้ เป็นการลดความคับข้องใจ ซึ่งก็จะช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้

3. การพัฒนาความสามารถในการรับรู้และเข้าใจระเบียบทางสังคม เด็กออทิสติกก็อยากมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเช่นเดียวกัน แต่ขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ดังนั้นการแสดงออกของพฤติกรรมจึงมีลักษณะแปลกๆ ทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม และจากการที่เด็กไม่เข้าใจกฎระเบียบของสังคมจึงไม่สามารถปฏิบัติตามกติกาได้ ไม่รู้จักการรอคอย ดังนั้นเมื่อจะต้องให้เด็กรอคอยหรือให้ทำตามกฎระเบียบ เด็กจึงแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา การพัฒนาความสามารถในการรับรู้และเข้าใจระเบียบทางสังคม เป็นการช่วยให้เด็กได้เรียนรู้และเข้าใจกฎระเบียบและปฏิบัติตามกติกาของสังคมได้โดยไม่เกิดความคับข้องใจ

4. การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นการให้การพยาบาลแนวองค์รวมที่ดูแลช่วยเหลือเด็กพร้อมๆกันทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้เด็กออทิสติกประสาทสัมผัสมีความไวมากเกินไป เช่น ไวต่อเสียง หรือทนเสียงปกติธรรมดาไม่ได้ การจัดสิ่งแวดล้อมจึงเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเฉพาะสำหรับเด็กออทิสติก เพื่อที่จะช่วยลดสิ่งเร้าที่จะทำให้เด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

5. การสอน และให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลเด็ก การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกนั้นครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้อง เพราะเด็กอยู่ภายใต้การดูแลของครอบครัวและยังมีความเกี่ยวข้องกันในการดำรงชีวิต เด็กออทิสติกมีการเรียนรู้ที่ช้าจึงต้องสอนซ้ำๆและได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อที่เด็กจะได้รับการพัฒนาความสามารถและปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างยั่งยืน

ในการพัฒนาความสามารถของเด็กทั้ง 3 ด้านที่กล่าวมา ได้กระทำการปรับพฤติกรรมควบคู่ไปด้วย โดยใช้แรงเสริมทางบวก แรงเสริมทางลบ และการนำออกไป เนื่องจากพฤติกรรมที่แสดงออกเกิดได้จากการเรียนรู้ ดังนั้นเด็กออทิสติกก็เรียนรู้ได้จากการได้รับผลของการกระทำ ถ้าหากผลของการกระทำคือถ้าเด็กไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กก็จะได้รับสิ่งที่พึงพอใจแล้วเด็กก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก เพื่อให้ได้ในสิ่งที่ตนต้องการ

เด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวถ้าหากได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องและมีความเฉพาะในกลุ่มโรค ก็จะช่วยให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นลดลง

6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศไทย

จากแนวคิดเกี่ยวกับการใช้การพยาบาลที่เน้นพฤติกรรมบำบัดที่นำมาใช้ในการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนั้น ได้มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงประสิทธิภาพของการพยาบาลดังกล่าว ในลักษณะของการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์และลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

สวาท เส้นทอง, (2529) ได้ศึกษาผลของการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนบวกและลบเลขของเด็กปัญญาอ่อนที่สามารถเรียนได้ ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม โดยนักเรียนกลุ่มทดลองที่ 1 เป็นกลุ่มที่กำหนดเงื่อนไขการเสริมแรงด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มทดลองที่ 2 ครูเป็นผู้กำหนดเงื่อนไขการเสริมแรงให้นักเรียน ผลการทดลองพบว่านักเรียนกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนบวกและลบเลขได้สูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม

สุวรรณ วิริยะประยูร, (2529) ได้ทำการศึกษาผลของตัวแบบสัญลักษณ์การชี้แนะและการเสริมแรงทางบวกต่อการเพิ่มการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของเด็กพิการเนื่องจากสมอง ตัวเสริมแรงทางบวกที่ใช้คือ อาหาร และคำชมเชย การทดลองแบ่งออกเป็น 5 ระยะ คือระยะเก็บข้อมูลพื้นฐาน ระยะเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ ระยะเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ร่วมกับการชี้แนะ ระยะเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ร่วมกับการชี้แนะและการให้การเสริมแรงทางบวก และระยะติดตามผล ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกระยะและมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสูงที่สุดในระยะที่มีการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ร่วมกับการชี้แนะและการให้การเสริมแรงทางบวก

พรทิพย์ ทรัพย์สิน, (2532) จากการศึกษาผลการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนด่านสำโรง จังหวัดสมุทรปราการ ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 8 คน ผลการวิจัยพบว่าการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสม มีผลทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01

สัมฤทธิ์ แก้วพูลศรี, (2534) จากการศึกษาถึงผลการใช้เสริมแรงทางบวกกับการปรับสกินใหม่ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนทับกฤชกลาง จังหวัดนครสวรรค์ ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจำนวน 14 คน ผลการวิจัยพบว่า การเสริมแรงทางบวกและการปรับสกินใหม่ สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ. 05

ทิพย์วัลย์ สุทิน, (2539) ได้ศึกษาการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนวัยรุ่นด้วยรูปแบบการปรับพฤติกรรม ผลการวิจัยพบว่านักเรียนที่ได้รับการปรับพฤติกรรม มีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศศิษา บุตรเนียร, (2541) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้สถานการณ์จำลองควบคู่กับการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกรและการใช้สถานการณ์จำลองควบคู่กับการชี้แนะเพื่อพัฒนาพฤติกรรมประชาธิปไตยด้านภาวะธรรมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนบ้านหนองบอย โดยแบ่งนักเรียนเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 8 คน โดยกลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการใช้สถานการณ์จำลองควบคู่กับการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร และกลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการใช้สถานการณ์จำลองควบคู่กับการชี้แนะ ผลการวิจัยพบว่านักเรียนทั้งสองกลุ่มมีการพัฒนาพฤติกรรมด้านประชาธิปไตยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เย็น ธีระพิพัฒน์ชัย, (2541) ได้ศึกษาการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียนของเด็กออทิสติกจำนวน 3 คน โดยวิธีให้เสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกรในการทำแบบฝึกหัดคณิตศาสตร์ โดยตั้งสมมติฐานว่า พฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียนของเด็กออทิสติกหลังการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกรในการทำแบบฝึกหัดวิชาคณิตศาสตร์จะลดลง ผลการศึกษาพบว่าเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงทั้ง 3 คน

ชัช บุงสันเทียะ, (2549) ทำการศึกษาการพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อน โรงพยาบาลราชานุกูล ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปัญญาอ่อน ลดลงหลังได้รับการพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ, (2549) ได้ทำการศึกษาการใช้พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผลการวิจัยพบว่าเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงหลังได้รับการปรับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยในต่างประเทศ

Hopkins. (1968) ได้ใช้อาหารเป็นตัวเสริมแรงเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการยิ้มและหัวเราะ เด็กพิการคนหนึ่งที่มีมักแสดงสีหน้าและท่าทางเศร้าตลอดเวลา โดยที่ทุกครั้งเมื่อมีคนมาทักทายเด็กพิการคนนี้ ถ้าเด็กพิการคนนี้ยิ้มและหัวเราะจะได้รับการเสริมแรงด้วยอาหารทันที ผลปรากฏว่าพฤติกรรมการหัวเราะและยิ้มกับคนอื่นของเด็กพิการคนนี้เพิ่มขึ้น ในช่วงต่อมาผู้ทดลองได้เปลี่ยนตัวเสริมแรงจากอาหารมาเป็นตัวเสริมแรงทางสังคมแทน ผลปรากฏว่าพฤติกรรมการยิ้มและหัวเราะของเด็กพิการยังคงอยู่เหมือนเดิม

Whitman, Mercurio, and Caponigri. (1970) ใช้อาหารและตัวเสริมแรงทางสังคมเพิ่มพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมกับเด็กในวัยเดียวกันของเด็กพิการ 2 คน ที่มีจะแยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อน โดยเมื่อใดก็ตามที่เด็กพิการ 2 คนนี้เข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนเช่น ระบายสีด้วยกัน หรือเล่นลูกบอลด้วยกันจะได้รับขนมที่เขาชอบพร้อมทั้งคำชมเชย จากการกระทำเช่นนี้ทำให้พฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมกับเด็กในวัยเดียวกันของเด็กพิการทั้งสองเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังพบว่าพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนของเด็กทั้งสองนี้ได้แผ่ขยายไปยังเด็กกลุ่มอื่นๆ อีกด้วย

Madsen and others. (1974) ได้ทดลองใช้ขนมร่วมกับการชมเชยเสริมแรงให้เด็กรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพิ่มขึ้น โดยทดลองกับเด็กผิวดำที่มาจากครอบครัวชนชั้น

กลางจำนวน 56 คน ซึ่งรับเข้าเลี้ยงดูในโครงการพัฒนาเด็กเล็กในชนบท โดยเด็กเหล่านี้ไม่คุ้นเคยกับอาหารที่จัดให้รับประทาน เมื่อเด็กเหล่านี้รับประทานอาหารหมดจะได้รับขนม และการชมเชย ผลปรากฏว่าเด็กเหล่านี้รับประทานอาหารได้มากยิ่งขึ้น

Lattal. (1969) ได้ใช้หลักในการเสริมสร้างพฤติกรรมการแปร่งฟันของเด็กที่ออกค่าในภาคฤดูร้อน โดยที่เด็กเหล่านี้ไม่ชอบแปร่งฟันแต่เด็กเหล่านี้ชอบว่ายน้ำมากที่สุด เขาจึงวางเงื่อนไขว่าถ้าเด็กคนใดอยากจะลงสระว่ายน้ำต้องแปร่งฟันเสียก่อน ผลปรากฏว่าเด็กแปร่งฟันทุกคน

Knight and McKenzie. (1974) ทดลองกับเด็กหญิงที่ชอบดูดนิ้วมือเวลาเข้านอนจำนวน 3 คน อายุ 3 ปี, 6 ปี และ 8 ปี การทดลองทำโดยเขาจะอ่านนิทานให้เด็กฟังถ้าเด็กไม่ดูดนิ้วมือ แต่เมื่อใดก็ตามถ้าเด็กดูดนิ้วมือเขาจะหยุดอ่านนิทานให้ฟังทันที ผลปรากฏว่าพฤติกรรมดูดนิ้วมือของเด็กเหล่านี้ลดลงอยู่ในระดับต่ำกว่าในระยะเริ่มการทดลองและเลิกไปในที่สุด

Polios and Morren (1999:185) (อ้างถึงในพิศมัย พงศาธิรัตน์, 2545) ได้ศึกษาผลกระทบของการใช้ Functional analysis หรือ Applied Behavior Analysis ในการเลือกใช้วิธีการรักษาพฤติกรรมทำร้ายตนเองและพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการวิเคราะห์จากงานวิจัยที่ผ่านมาและ Journal ตั้งแต่ปี 1981-1997 พบว่าผู้รักษามีแนวโน้มเลือกใช้วิธีการให้แรงเสริมมากกว่าการทำโทษในการรักษาพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมทำร้ายตนเอง แนวโน้มนี้เริ่มมีขึ้นตั้งแต่ปี 1988

7. กรอบแนวคิดในการศึกษา

เด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว การพยาบาลที่เน้นพฤติกรรมบำบัด เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อมุ่งหวังในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก โดยผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการพยาบาลเด็กออทิสติกของจินตนา ชูนิพันธุ์ (กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2546) ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเด็กออทิสติก(CNPG) และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning) ของ Skinner มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเด็ก(Health oriented) ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น ได้ให้การพยาบาลแนวองค์รวม(Holistic care) ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเด็กออทิสติก(CNPG) ที่เป็นการให้การพยาบาลที่เฉพาะสำหรับเด็กออทิสติก โดยการพัฒนาความสามารถของเด็กในด้านต่างๆที่บกพร่อง เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านภาษาและการสื่อสาร และพฤติกรรมทางสังคมของเด็ก จนมีพัฒนาการตามวัยอย่างเต็มศักยภาพที่มีอยู่ รวมถึงการแก้ไขและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กด้วยการให้แรงเสริมและการนำออกไป (Time out) เพื่อให้เด็กได้มีการเรียนรู้ผลของการกระทำหรือพฤติกรรมที่ทำให้ได้รับสิ่งที่พึงพอใจ ตลอดจนการช่วยเหลือครอบครัวผู้ดูแลเด็กให้สามารถดูแลและพัฒนาความสามารถของเด็กที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง โดยมุ่งหวังให้พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกลดลง

กรอบแนวคิดการศึกษา

กิจกรรม

ผลลัพธ์

