บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมพยาบาลที่เน้นทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปัญญาอ่อนระดับปานกลาง ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. พยาบาลกับการช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อน
    1.1 เด็กปัญญาอ่อน
    1.2 พัฒนาการทางอารมณ์ของเด็กอายุ 6 – 11 ปี
    1.3 ระบบบริการสุขภาพสำหรับเด็กปัญญาอ่อน
    1.4. การปฏิบัติการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อน
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อน
    2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว
    2.2 ระดับของพฤติกรรมก้าวร้าว
    2.3 ประเภทของพฤติกรรมก้าวร้าว
    2.4 แนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว
    2.5 สาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กทั่วไป
    2.6 สาเหตุและพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อน
    2.7 มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
3. แนวคิดการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ
    3.1 การปรับพฤติกรรม
    3.2 ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ
    3.3 แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข
    3.4 แนวคิดทางสภาพแวดล้อมของ Johnson
    3.5 สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. พยาบาลกับการช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อน

การที่จะให้การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนได้นั้นจำเป็นที่จะต้องเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้ เด็กปัญญาอ่อน พัฒนาการเด็ก ระบบบริการสุขภาพสำหรับเด็กปัญญาอ่อน และการปฏิบัติการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อน

1.1 เด็กปัญญาอ่อน

ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาเรียกเด็กที่มีภาวะปัญญาอ่อนหรือมีภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาว่าเด็กปัญญาอ่อน ในการศึกษานี้ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเด็กปัญญาอ่อนดังนี้ ความหมายของภาวะปัญญาอ่อน ระดับความรุนแรงและลักษณะของภาวะปัญญาอ่อน สาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน

1.1.1 ความหมายของภาวะปัญญาอ่อน

องค์การอนามัย (World Health Organization) ระบุว่าภาวะปัญญาอ่อนหรือภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา (Mental Retardation) หมายถึง ภาวะสมองหยุดพัฒนาการหรือพัฒนาได้ไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดความบกพร่องของทักษะต่าง ๆ ในระยะพัฒนาการ ส่งผลกระทบต่อระดับ เชาวน์ปัญญาทุก ๆ ด้าน เช่น ความสามารถทางสติปัญญา ภาษา การเคลื่อนไหว และทักษะทางสังคมมีความบกพร่องในเรื่องการปรับตัวอาจมีหรือไม่มีความผิดปกติทางกายหรือทางจิตร่วมด้วยก็ได้ (กัลยา สูตะบุตร, 2535) โดยกำหนดข้อวินิจฉัยตามระบบ ICD 10 (International Classification of Disease) ว่าควรมีความบกพร่อง 2 ประการ คือ ระดับเชาวน์ปัญญา และ ความสามารถในการปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการในชีวิต

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

เกณฑ์การพิจารณาภาวะปัญญาอ่อนดังนี้

Stroman (1989) กำหนดเกณฑ์การพิจารณาไว้ 3 ประการ คือ

1) หน้าที่ของสติปัญญาโดยทั่วไป ได้จากผลการประเมินด้านเชาวน์ปัญญา โดยใช้แบบทดสอบวัดเชาวน์ปัญญา

2) ระดับของสติปัญญาต่ำกว่าค่าเฉลี่ยปกติคือ ประมาณ 70 หรือน้อยกว่า

3) การปรับตัวประเมินจากประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเองและมีความรับผิดชอบทางสังคม ตามอายุและวัฒนธรรมของบุคคล และพบว่าสติปัญญาต่ำกว่าปกติ ร่วมกับมี ความจำกัดทางทักษะด้านการปรับตัวอย่างน้อย 2 ด้าน ทั้งนี้จะเกิดขึ้นก่อนอายุ 18 ปี

Schallock (1994) กำหนดเกณฑ์การพิจารณาภาวะปัญญาอ่อนดังนี้

1) ความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย คือ มีระดับสติปัญญา 70-75

2) มีความจำกัดในทักษะการปรับตัวดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ด้าน

2.1) การสื่อความหมาย (Communication) หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจและการแสดงออกเกี่ยวกับข้อมูลสื่อสารผ่านพฤติกรรมที่เป็นสัญลักษณ์และไม่เป็นสัญลักษณ์

2.2) การดูแลตนเอง (Self Care) หมายถึง ทักษะที่ประกอบด้วยการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การทำความสะอาดร่างกาย การเข้าห้องน้ำ และสุขอนามัยอื่น ๆ ทั่วไป

2.3) การดำรงชีวิตในบ้าน (Home living) หมายถึง การปฏิบัติงานตามกิจวัตรประจำวันในบ้าน อาจรวมถึงการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

2.4) ทักษะทางสังคม (Social Skills) หมายถึง พฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม เช่น การแสดงความยินดี การให้ความร่วมมือกับผู้อื่น และการเล่นอย่างเหมาะสม

2.5) การควบคุมคนเอง (Self Direction) หมายถึง การสร้างทางเลือกสำหรับตัวเองในการปฏิบัติต่าง ๆ เช่น การเรียนรู้ การปฏิบัติตัวตามตารางที่กำหนดไว้ และการปฏิบัติภารกิจที่ได้รับมอบหมาย

2.6) การใช้บริการสาธารณะ (Community Uses) หมายถึง การใช้สาธารณะสมบัติอย่างเหมาะสม ซึ่งครอบคลุมถึงการเดินทาง การจับจ่ายสินค้า การใช้บริการชุมชน เช่น โรงเรียน ห้องสมุด และโรงภาพยนตร์

2.7) สุขอนามัยและความปลอดภัย (Health and Safety) หมายถึง การดำรงชีวิตของตนเองให้เป็นสุข และควบคุมการบริโภคอย่างเหมาะสม

2.8) การเรียนรู้ทางวิชาการที่ใช้ในชีวิตประจำวัน (Functional Academics) หมายถึง ความสามารถในการเรียนทางสติปัญญาและทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเรียน เช่น การเขียน การอ่านคำนวณพื้นฐาน เป็นต้น ในการเรียนไม่ได้เน้นที่ผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการแต่อยู่ที่การรับรู้และนำทักษะทางวิชาการไปใช้ในชีวิตประจำวัน

2.9) การใช้เวลาว่าง (Leisure) หมายถึงความสนใจในด้านนันทนาการและการใช้เวลาว่างซึ่งสะท้อนถึงความพอใจส่วนบุคคล เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่คนทั่วไปกระทำอย่างเหมาะสมกับวัย

2.10) การทำงาน (Work) อาจเป็นงานที่ทำเต็มเวลา หรือ บางเวลาหรือการเป็นอาสาสมัครทำงานในชุมชนนั้น ๆ ทักษะที่เกี่ยวข้องได้แก่ การตรงต่อเวลา การทำงานตามเวลาที่กำหนด เป็นต้น ภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาต้องปรากฏก่อนอายุ 18 ปี

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

1.1.2 ระดับความรุนแรงและลักษณะของภาวะปัญญาอ่อน

ระดับความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อนแบ่งตามหน่วยงานที่ให้ความหมายดังต่อไปนี้

1.1.2.1 ICD 10 (International Classification of Disease) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อนไว้ดังนี้ (กัลยา สูตะบุตร, 2535)

1) ปัญญาอ่อนระดับน้อย (Mild Mental Retardation) มีระดับเชาวน์ปัญญา 50 – 69 พัฒนาการด้านภาษาช้า สามารถพัฒนาความสามารถในการใช้ภาษาในชีวิตประจำวันได้และสามารถพึ่งตัวเองในเรื่องการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัวและการควบคุมการขับถ่าย รวมถึงทักษะที่ใช้ในชีวิตทั่วๆไปและงานบ้าน มักพบปัญหาในเรื่องการศึกษาในโรงเรียนโดยเฉพาะการอ่านและการเขียน มีความสามารถในการทำงานเชิงปฏิบัติมากกว่าเชิงวิชาการ สำหรับปัญหาด้านสังคม อารมณ์และพฤติกรรมและความต้องการในการแก้ไขและสนับสนุนช่วยเหลือจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับบุคคลที่สติปัญญาปกติ

2) ปัญญาอ่อนระดับปานกลาง (Moderate Mental Retardation) มีระดับเชาวน์ปัญญา 35 – 49 พัฒนาการด้านภาษาค่อนข้างจำกัด ระดับการพัฒนาของแต่ละคนก็มีความต่างกัน บางคนสามารถร่วมสนทนาง่ายๆได้ บางคนทำได้เพียงใช้ภาษาเพื่อสื่อความต้องการขั้นพื้นฐาน บางคนพอเข้าใจคำสั่งง่ายๆเท่านั้น มีผลสัมฤทธิ์ในการดูแลตนเองและทักษะด้านการเคลื่อนไหวล่าช้า มีความก้าวหน้าในการเรียนรู้จำกัดแต่พอจะเรียนทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการอ่านเขียนและนับจำนวนได้ โปรแกรมทางการศึกษาสามารถจัดให้แต่ละคนได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่อย่างจำกัดเพื่อให้มีทักษะพื้นฐานบางอย่างที่จำเป็น ภาวะปัญญาอ่อนระดับปานกลางวัยผู้ใหญ่สามารถทำงานเชิงปฏิบัติง่ายๆได้ ถ้างานนั้นมีการวางแนวทางการปฏิบัติที่รอบคอบและจัดให้มีคำปรึกษาแนะนำอย่างดี โดยทั่วไปจะไม่สามารถพึ่งตนเองได้เต็มที่และส่วนใหญ่จะสามารถพัฒนาความสามารถทางสังคมในการสร้างปฏิสัมพันธ์สื่อความหมายกับผู้อื่นและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมง่ายๆได้

3) ปัญญาอ่อนระดับรุนแรง (Severe Mental Retardation) มีระดับเชาวน์ปัญญา 20 – 34 มีลักษณะคล้ายคลึงกับปัญญาอ่อนระดับปานกลางมาก แต่มักจะพบสาเหตุทางพยาธิสภาพและมีสภาวะที่เกิดร่วมด้วย ส่วนใหญ่จะมีปัญหาของความบกพร่องทางด้านอื่นๆ ที่เกิดร่วมด้วยอย่างชัดเจน

4) ปัญญาอ่อนระดับมาก (Profound Mental Retardation) มีระดับเชาวน์ปัญญาน้อยกว่า 20 มีความจำกัดอย่างมากในด้านการเข้าใจหรือทำตามคำขอร้องหรือคำสั่ง ส่วนใหญ่ไม่เคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวน้อยมาก ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ การดูแลตนเองในระดับพื้นฐานทำได้เพียงเล็กน้อยหรือทำไม่ได้เลย จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือให้คำปรึกษาและแนะนำ

5) อื่นๆ (Other Mental Retardation) มักมีความบกพร่องทางกายหรือทางประสาทรับรู้ร่วมด้วย เช่น ตาบอด หูหนวก หรือมีความผิดปกติทางพฤติกรรมอย่างรุนแรงหรือพิการทางกาย

6) ระบุประเภทไม่ได้ (Mental Retardation Unspecified)ทำการประเมินเชาวน์ปัญญาตามวิธีการปกติได้ยากหรือไม่สามารถทำได้ มีหลักฐานว่าเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา แต่มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะแยกประเภทได้

1.1.2.2 AAMD (The American Association of Mental Deficiency) (Stroman, 1989) แบ่งระดับความรุนแรงไว้ 4 ระดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อนแบ่งตาม AAMD

ระดับความรุนแรง	คะแนนทดสอบทางเชาวน์ปัญญา		การแบ่งตามการจัดการศึกษา
	Stanford-Binet	**Wechler (WISC)**	
กำกึ่ง (Borderline)	69-84	70-84	Dull Normal
น้อย (Mild)	52-68	55-69	Educable
ปานกลาง (Moderate)	35-51	40-54	Trainable
มาก (Severe)	20-34	25-39	Dependent
รุนแรงมาก (Profound)	น้อยกว่า 20	น้อยกว่า 25	Dependent

1.1.2.3 ระบบ AAMR (American Association on Mental Retardation) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อนขึ้นใหม่ที่ได้บัญญัติขึ้นโดยแบ่งระดับความรุนแรงตามลักษณะความเข้มของความต้องการการช่วยเหลือและรูปแบบของการให้ความช่วยเหลือ โดยพิจารณาจากจุดอ่อนของเด็กปัญญาอ่อนที่ประเมินได้ (Schallock, 1992) โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

1) ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว (Intermittent)

2) ต้องการความช่วยเหลือตามระยะเวลาที่กำหนด (Limit)

3) ต้องการความช่วยเหลือติดต่อกันตลอดไป (Extensive)

4) ต้องการความช่วยเหลือในทุกด้านอย่างทั่วถึงและต้องการมากที่สุด (Prevasive)

ซึ่งรูปแบบการช่วยเหลือ เป็นการช่วยเหลือเพื่อเพิ่มพูนความสามารถในการปฏิบัติงานที่ต้องอาศัยการปรับตัวและความสามารถในการอยู่ร่วมกัน การให้ความช่วยเหลืออาจจัดเป็นระยะเวลานาน หรือตามความจำเป็นของบุคคลที่มีภาวะปัญญาอ่อนที่อาจเปลี่ยนแปลงไปตลอดทั้งชีวิตของเขา

1.1.2.4 การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อนของกลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต หรือที่เรียกว่า เกณฑ์การจำแนกประเภทบุคคลปัญญาอ่อนตามความต้องการการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลใช้ในการจำแนกประเภทบุคคลปัญญาอ่อน เป็นการประเมินบุคคลปัญญาอ่อนตามความต้องการการพยาบาลซึ่งเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลปัญญาอ่อน เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม ตามมาตรฐานการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อน ซึ่งได้จำแนกประเภทบุคคลปัญญาอ่อนดังตารางที่ 3 (กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล, 2548)

ตารางที่ 2 เกณฑ์การจำแนกประเภทบุคคลปัญญาอ่อนตามความต้องการการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล

เกณฑ์ / **ลักษณะ**	**ประเภทที่ 4 ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Supportive Care Needs)**	**ประเภทที่ 3 ต้องการการดูแลเล็กน้อย(Minimum Care Needs)**	**ประเภทที่ 2 ต้องการการดูแลปานกลาง(Intermediate Care Needs)**	**ประเภทที่ 1 ต้องการการดูแลทั้งหมดตลอดเวลา (Maximum Care Needs)**
1. ด้านการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ และสิ่งของ 1.1 การรับรู้บุคคล	- รู้จักชื่อจริงและนามสกุลของตนเอง - รู้จักชื่อบิดา มารดา และผู้ที่อยู่ใกล้ชิดในครอบครัวเดียวกัน - รู้จักชื่อบุคคลรอบข้างที่ไม่ได้เป็นสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 5 คน - บอกลักษณะบุคคลอาชีพต่างๆในชุมชนอย่างน้อย 3 อาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล พระสงฆ์	- รู้จักชื่อจริงและนามสกุลของตนเอง - รู้จักชื่อบิดา มารดา และผู้ที่อยู่ใกล้ชิดในครอบครัวเดียวกัน - รู้จักชื่อบุคคลรอบข้างที่ไม่ได้เป็นสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 3 คน	- รู้ชื่อตนเอง - มีปฏิกิริยาโต้ตอบเมื่อถูกเรียกชื่อ - รู้จักชื่อเล่นของบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดู	- ไม่รู้จักชื่อตนเอง - ไม่รู้จักชื่อบุคคลอื่นรอบตัว แต่จำหน้าบิดา มารดาหรือผู้เลี้ยงดูได้

ตารางที่ 3 (ต่อ) เกณฑ์การจำแนกประเภทบุคคลปัญญาอ่อนตามความต้องการการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล

เกณฑ์ / ลักษณะ	**ประเภทที่ 4 ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Supportive Care Needs)**	**ประเภทที่ 3 ต้องการการดูแลเล็กน้อย(Minimum Care Needs)**	**ประเภทที่ 2 ต้องการการดูแลปานกลาง(Intermediate Care Needs)**	**ประเภทที่ 1 ต้องการการดูแลทั้งหมดตลอดเวลา (Maximum Care Needs)**
1.2 การรับรู้เวลา	- รู้จักเวลาเช้า กลางวัน เย็น และกลางคืน - สามารถบอกช่วงเวลาที่ต้องปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้-รู้จักวันทั้งหมดใน 1 สัปดาห์ - รู้จักบอกเวลาที่เป็นชั่วโมง เช่น 08.00 น.	- รู้จักเวลาเช้า กลางวัน เย็น และกลางคืน - สามารถบอกช่วงเวลาที่ต้องปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	- รู้จักกลางวันและกลางคืน	-ไม่รับรู้เรื่องเวลา
1.3 การรับรู้สถานที่	- รู้จักสื่อให้ผู้อื่นทราบเลขที่บ้านและจังหวัดที่อยู่ของตนเอง - รู้จักสื่อให้ผู้อื่นทราบเบอร์โทรศัพท์ที่บ้านตนเอง - รู้จักสื่อให้ผู้อื่นทราบสถานที่ที่อยู่ใกล้บ้านตนเองได้อย่างน้อย 2 แห่ง	- สื่อให้ผู้อื่นรู้ถึงสถานที่ตั้งบ้านของตนเองอย่างคร่าวๆ ได้ถูกต้อง เช่น จังหวัด	- จำสถานที่ที่ตนเองคุ้นเคยได้	-ไม่รับรู้เรื่องสถานที่
1.4 การรับรู้สิ่งของ	- รู้จักสิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน 25 อย่าง	- รู้จักสิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน 15 อย่าง	- รู้จักสิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน 5 อย่าง	- รู้จักสิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน 3 อย่าง
2. ด้านการพัฒนาตัวตน 2.1 การรับรู้คุณค่าของ	- รู้จักรูปร่างลักษณะของตนเอง	- รู้จักรูปร่างลักษณะของตนเอง	- รู้จักรูปร่างลักษณะของตนเอง	- รู้จักหน้าตาของตนเอง

ตารางที่ 3 (ต่อ) เกณฑ์การจำแนกประเภทบุคคลปัญญาอ่อนตามความต้องการการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล

เกณฑ์ / ลักษณะ	ประเภทที่ 4 ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Supportive Care Needs)	ประเภทที่ 3 ต้องการการดูแลเล็กน้อย(Minimum Care Needs)	ประเภทที่ 2 ต้องการการดูแลปานกลาง(Intermediate Care Needs)	ประเภทที่ 1 ต้องการการดูแลทั้งหมดตลอดเวลา (Maximum Care Needs)
ตนเอง	- รู้จักเพศและอุปนิสัยของตนเอง - รู้จักจุดเด่น จุดด้อยของตนเอง - รู้จักและบอกความสามารถของตนเองได้ถูกต้อง	- รู้จักเพศของตนเอง - ไม่รู้จักอุปนิสัย จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง - สามารถบอกหรือแสดงท่าทางเพื่อสื่อให้ทราบว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมหรืองานนั้นได้ตามความสามารถที่มีอยู่จริงในขณะนั้น	- รู้จักเพศ ไม่รู้จักอุปนิสัยจุดเด่น จุดด้อยของตนเอง - มีความพยายามที่จะแสดงความสามารถแม้ว่าศักยภาพแท้จริงไม่สามารถทำได้	- ไม่รู้จักรูปร่างลักณณะ เพศ อุปนิสัย จุดเด่น จุดด้อย ศักยภาพ ความสามารถและความภาคภูมิใจในตนเอง
2.2 การเข้าใจเหตุผลและการคาดการณ์	- เข้าใจเหตุผลและบอกผลที่เกิดจากการกระทำของตนเองหรือสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่คุ้นเคยได้ - แสดงท่าทางที่สื่อให้ผู้อื่นทราบว่ามีความไว้วางใจ เช่น พูดทักทาย กล่าวสวัสดี	- เข้าเหตุผลที่เกิดจากการกระทำของตนเองในเรื่องที่เคยมีประสบการณ์และเคยได้รับการชี้แนะ และรู้จักคาดการณ์ผลที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมที่พบบ่อย เช่น ท้องฟ้า มืดครึ้ม รู้จักคาดการณ์ว่าฝนอาจจะตก เป็นต้น	- ไม่รับรู้และไม่เข้าใจเหตุผล ไม่รู้จักปฏิเสธ รวมทั้งไม่สามารถคาดการณ์ผลที่เกิดจากเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมและการกระทำของตนเอง	- ไม่รับรู้และไม่เข้าใจเหตุผล ไม่สามารถคาดการณ์ผลที่จะเกิดขึ้นจากเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมและการกระทำของตนเอง
2.3 การไว้วางใจผู้อื่น	- รู้จักสร้างสัมพันธภาพและปรับตัวเข้ากับบุคคลรอบข้างได้ โดยใช้	- แสดงท่าทางที่สื่อให้ผู้อื่นทราบว่ามีความไว้วางใจ เช่น ยิ้มให้ก่อนเดินเข้าไป	- แสดงท่าทางที่สื่อให้ผู้อื่นทราบว่ามีความไว้วางใจ เช่น ยิ้มรับ ไม่ร้องให้ ไม่	- แสดงท่าทางที่สื่อให้ผู้อื่นทราบว่าไม่ไว้วางใจ เช่น หันหน้าหนี ร้องไห้เสียง

ตารางที่ 3 (ต่อ) เกณฑ์การจำแนกประเภทบุคคลปัญญาอ่อนตามความต้องการการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล

เกณฑ์ / ลักษณะ	ประเภทที่ 4 ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Supportive Care Needs)	ประเภทที่ 3 ต้องการการดูแลเล็กน้อย(Minimum Care Needs)	ประเภทที่ 2 ต้องการการดูแลปานกลาง(Intermediate Care Needs)	ประเภทที่ 1 ต้องการการดูแลทั้งหมดตลอดเวลา (Maximum Care Needs)
	เวลาเพื่อสร้างความไว้วางใจและความคุ้นเคยไม่เกิน 2 สัปดาห์	หา - รู้จักปรับตัวให้เข้ากับคนแปลกหน้าแต่ต้องใช้เวลาในการสร้างความไว้วางใจและความคุ้นเคยไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์	หันหน้าหนี ไม่เดินหนี ฯลฯ เมื่อผู้อื่นเดินเข้าไปหา	ดัง สะบัดแขน หันหลังให้ เดินหนี ฯลฯ
3. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3.1 การเคลื่อนไหว	- สามารถเดินได้เองทั้งบนพื้นราบและพื้นต่างระดับ - เดินขึ้น-ลงบันไดโดยก้าวเท้าสลับข้างและไม่จับราวบันได	- เดินได้เองทั้งบนพื้นราบและพื้นต่างระดับ - เดินขึ้น-ลงบันไดได้เองโดยการใช้มือจับราวบันไดและพักเท้า	- เดินได้เองบนพื้นราบ / เดินได้เองโดยใช้กายอุปกรณ์	- ไม่สามารถเคลื่อนไหวโดยการเดินด้วยตนเองได้ หรือมีความพิการทางกายที่เป็นอุปสรรคในการเคลื่อนไหว และ/ ไม่สามารถใช้กายอุปกรณ์ช่วยในการเดินได้ - ยืนเองได้
3.2 การช่วยเหลือตนเอง	- รับประทานอาหารโดยใช้ช้อนส้อม ดื่มน้ำจากแก้วและใช้หลอดดูดได้โดยไม่หกเลอะเทอะ - ถอด-ใส่เสื้อสวมศีรษะ เสื้อผ่าหน้า	- รับประทานอาหารเองโดยไม่หกเลอะเทอะ ดื่มน้ำจากแก้วและใช้หลอดดูดได้ - ถอด-ใส่เสื้อสวมศีรษะ เสื้อผ่าหน้ากางเกง/กระโปรงเอว	- ใช้ช้อนตักอาหารรับประทานได้เอง แต่หกเลอะเทอะ - ถอด-ใส่เสื้อสวมศีรษะ และกางเกงเอวยางยืดได้ - สื่อให้ผู้อื่นทราบ	- ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง - จับช้อนได้แต่ตักอาหารรับประทานเองไม่ได้

ตารางที่ 3 (ต่อ) เกณฑ์การจำแนกประเภทบุคคลปัญญาอ่อนตามความต้องการการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล

เกณฑ์ / ลักษณะ	ประเภทที่ 4 ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Supportive Care Needs)	ประเภทที่ 3 ต้องการการดูแลเล็กน้อย(Minimum Care Needs)	ประเภทที่ 2 ต้องการการดูแลปานกลาง(Intermediate Care Needs)	ประเภทที่ 1 ต้องการการดูแลทั้งหมดตลอดเวลา (Maximum Care Needs)
	กางเกง/กระโปรงเอวยางยืดและมีซิป-ตะขอได้ ปลด-ใส่กระดุมเสื้อ รูดซิปขึ้นลง ปลดและเกี่ยวตะขอได้ ถอด-ใส่รองเท้าชนิดที่มีและไม่มีเชือกผูกได้ ร้อยเชือกรองเท้าได้ รู้จักใส่ผ้าอนามัย ถอด-ใส่เสื้อชั้นในได้ (ในวัยรุ่นหญิง) - ควบคุมการขับถ่ายเดินไปห้องน้ำเมื่อต้องการขับถ่าย และทำความสะอาดหลังขับถ่ายได้สะอาด - ล้างมือ ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ สระผม หวีผมได้เรียบร้อย	ยางยืดและมีซิป-ตะขอได้ ถอด-ใส่รองเท้าชนิดที่มีและไม่มีเชือกผูกได้ - ขับถ่ายลงในโถส้วมได้ เดินไปห้องน้ำเมื่อต้องการขับถ่าย และทำความสะอาดหลังขับถ่ายได้แต่ไม่สะอาด - ล้างมือ แปรงฟันได้ทั่วปาก อาบน้ำ ถูสบู่ได้ทั่วตัว	เมื่อต้องการขับถ่ายและขับถ่ายลงโถส้วมได้ - ล้างมือ แปรงฟันได้เฉพาะด้านหน้า อาบน้ำถูสบู่ได้เฉพาะด้านหน้าของลำตัว	
3.3 การปฏิบัติงานบ้าน	- สามารถกวาดและถูบ้านได้ - สามารถล้างจาน ชาม ช้อน ส้อม - สามารถซัก-ตาก-พับเสื้อผ้าได้ - รดน้ำต้นไม้ได้	- สามารถเช็ดถูโต๊ะ เก้าอี้ ตู้เตี้ยๆ ได้สะอาด - พับผ้าที่มีรูปทรงไม่ซับซ้อนได้ เช่น ผ้าเช็ดตัว ผ้าเช็ดหน้า ปลอกหมอน ฯลฯ	- เช็ดถูโต๊ะ เก้าอี้ ได้	- ไม่สามารถปฏิบัติงานบ้านได้ด้วยตนเอง

ตารางที่ 3 (ต่อ) เกณฑ์การจำแนกประเภทบุคคลปัญญาอ่อนตามความต้องการการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล

เกณฑ์ / ลักษณะ	**ประเภทที่ 4 ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Supportive Care Needs)**	**ประเภทที่ 3 ต้องการการดูแลเล็กน้อย(Minimum Care Needs)**	**ประเภทที่ 2 ต้องการการดูแลปานกลาง(Intermediate Care Needs)**	**ประเภทที่ 1 ต้องการการดูแลทั้งหมดตลอดเวลา (Maximum Care Needs)**
4. การรับรู้และเข้าใจระเบียบทางสังคม 4.1 การรับรู้กฎระเบียบของกลุ่ม	- ปฏิบัติตามกฎระเบียบทางสังคมได้ ในเรื่องการรอคอยตามลำดับ การไม่หยิบของของผู้อื่น การปฏิบัติตามสัญญาณไฟจราจร การข้ามถนนโดยใช้สะพานลอย - สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้อย่างน้อย 45 นาที	- รับรู้ เข้าใจกฎระเบียบ ในการอยู่ร่วมกันและกฎระเบียบทางสังคมได้ในเรื่องการรอคอยตามลำดับ การไม่ทำร้ายผู้อื่น การไม่หยิบของของผู้อื่น - สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้อย่างน้อย 30 นาที	- รับรู้ เข้าใจกฎระเบียบง่ายๆ ได้ในเรื่องใกล้ตัว เช่น การเข้าแถวรอรับประทานอาหาร แต่ไม่เข้าใจกฎระเบียบที่ซับซ้อน เช่น กติกาในการเล่นเกม - สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับผู้อื่นได้อย่างน้อย 5 -15 นาที	- ไม่รับรู้กฎระเบียบของกลุ่ม ไม่รู้จักการรอคอย - ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับผู้อื่นได้
4.2 การเล่นและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น	- รู้จักการเล่นที่ใช้ความคิดจินตนาการหรือเล่นสมมติ เช่น เล่นขายของ เล่นตำรวจจับผู้ร้าย ฯลฯ - แสดงมารยาททางสังคมได้เหมาะสมและถูกต้องตามกาลเทศะ เรื่องการแต่งกายตามโอกาสและสถานที่ การใช้โทรศัพท์ การซื้อของ	- เล่นแบบจัดกลุ่ม เช่น จับคู่ภาพ ต่อจิ๊กซอว์ ต่อเลโก้ ต่อก้อนไม้เป็นหอสูง ฯลฯ - สามารถเล่นรวมกลุ่มกับผู้อื่นและรู้จักการเล่นที่มีกติกาง่ายๆไม่ซับซ้อนได้ เช่น เล่นเก้าอี้ดนตรี - แสดงมารยาททางสังคมได้ถูกกาลเทศะ	- รู้จักการเล่นของเล่นได้เหมาะสมกับชนิดของเล่น เช่น เล่นโทรศัพท์ เล่นรถ - เรียนรู้โดยการเลียนแบบมารยาทง่ายๆ ทางสังคมได้ เช่น การไหว้ ทักทาย ด้วยการเลียนแบบ แต่ยังไม่เข้าใจจุดประสงค์บางครั้งยังแสดงออกไม่ถูก	- ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น - เล่นของเล่นในลักษณะกัด เอาเข้าปาก ดมของเล่น โยนของเล่นทิ้ง - มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเอง/ผู้อื่น/สิ่งของ

ตารางที่ 3 (ต่อ) เกณฑ์การจำแนกประเภทบุคคลปัญญาอ่อนตามความต้องการการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล

เกณฑ์ / ลักษณะ	ประเภทที่ 4 ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Supportive Care Needs)	ประเภทที่ 3 ต้องการการดูแลเล็กน้อย(Minimum Care Needs)	ประเภทที่ 2 ต้องการการดูแลปานกลาง(Intermediate Care Needs)	ประเภทที่ 1 ต้องการการดูแลทั้งหมดตลอดเวลา (Maximum Care Needs)
	ที่ร้านค้าใกล้บ้าน การใช้เงินไม่เกิน 20 บาท - ควบคุมอารมณ์พฤติกรรมได้ แสดงอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเหมาะสม เรื่องการดีใจ เสียใจ โกรธ	เรื่องการไหว้ ทักทาย การลา การขอบคุณ การขอโทษ - ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น สิ่งของ แต่อาจแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมในบางครั้ง เช่น เวลาเสียใจร้องไห้นานมาก	กาลเทศะ เช่น ยกมือไหว้วันละหลายๆ ครั้ง - มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์แต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง/ผู้อื่น/สิ่งของ	
4.3 การรับผิดชอบงาน	- รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายได้ 2 งาน เช่น การล้างถ้วยชาม ช้อนส้อม การรดน้ำต้นไม้	- สามารถรับผิดชอบงานง่ายๆ ที่ได้รับมอบหมายได้ 1 งาน เช่น เช็ดโต๊ะ เช็ดเก้าอี้	- รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายอย่างน้อย 1 เรื่อง ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิด	- ไม่สามารถรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายได้
5. การสื่อสาร 5.1 การใช้ภาษาหรือท่าทางเพื่อการสื่อสาร	- พูดได้เป็นประโยคบอกความต้องการ ขอความช่วยเหลือ หรือเล่าเหตุการณ์ที่คุ้นเคยได้ เช่น หิวข้าว ปวดท้อง แม่ไปตลาด พ่อไปทำงาน - พูดเป็นประโยคสั้นๆ ได้ 3 ประโยค	- สื่อสารโดยการพูดขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ - พูดเป็นคำ 2 พยางค์ที่มีความหมายได้ 3 คำ	- มองหน้าสบตาผู้ที่คุยด้วยได้ - สื่อสารด้วยท่าทางได้ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง เรื่องการกิน การนอน การขับถ่าย การเล่น - เปล่งเสียงเป็นคำที่	- ไม่สบตาผู้อื่น หรือมองหน้าสบตาผู้อื่นได้ - ไม่มีภาษาพูด แต่อาจพยายามแสดงท่าทาง หรือเปล่งเสียงเมื่อมีความต้องการเช่น ร้องหรือแสดงท่าทาง

ตารางที่ 3 (ต่อ) เกณฑ์การจำแนกประเภทบุคคลปัญญาอ่อนตามความต้องการการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล

เกณฑ์ / ลักษณะ	**ประเภทที่ 4 ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Supportive Care Needs)**	**ประเภทที่ 3 ต้องการการดูแลเล็กน้อย(Minimum Care Needs)**	**ประเภทที่ 2 ต้องการการดูแลปานกลาง(Intermediate Care Needs)**	**ประเภทที่ 1 ต้องการการดูแลทั้งหมดตลอดเวลา (Maximum Care Needs)**
	- ตอบคำถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นบ่อยได้		ไม่มีความหมาย เลียนแบบตามผู้ฝึกได้ 1 เสียง เช่น อา อี อู เอ	เมื่อหิว
5.2 การมีสมาธิเพื่อการเรียนรู้	- มีสมาธิในการทำกิจกรรมได้ 45 นาที - ปฏิบัติตามคำสั่ง 3 คำสั่งที่ต่อเนื่องกัน เช่น หยิบเสื้อให้แม่ก่อนแล้วไปกินข้าว	- มีสมาธิในการทำกิจกรรมได้ 30 นาที - ปฏิบัติตามคำสั่งที่ง่ายๆ 2 คำสั่งที่ต่อเนื่องกันได้ เช่น หยิบจานแล้วส่งให้แม่	- สมาธิสั้น ทำกิจกรรมได้ 15 นาที - ปฏิบัติตามคำสั่งง่ายๆ ด้วยการชี้หรือหยิบของตามที่บอกได้ 2 อย่าง เช่นชี้ปาก ชี้จมูก หยิบของ	- มีสมาธิสั้น ร่วมกิจกรรมได้ 5 นาที
6. ด้านการเจ็บป่วยทางกาย	- มีภาวะเจ็บป่วยที่ไม่เป็นอันตรายต่อชีวิตและ vital organs - ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง - ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับสุขภาพรวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพการฝึกหัดใช้กายอุปกรณ์/เครื่องช่วยต่างๆ - บอกหรือสื่อให้	- มีภาวะการเจ็บป่วยที่ไม่เป็นอันตรายต่อชีวิตและ vital organs – เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยดูแลตนเองได้ในเรื่องการรับประทานอาหารและการไปขับถ่ายที่ห้องส้วม - สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วยได้เมื่อถูกกระตุ้น - สามารถใช้กายอุปกรณ์เมื่อได้รับคำแนะนำ ฝึกสอนภายใต้การดูแล	- มีภาวะการเจ็บป่วยที่ไม่เป็นอันตรายต่อชีวิตและ vital organs - มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการ - เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยดูแลตนเองได้ในเรื่องการรับประทานอาหารและการสื่อความต้องการการขับถ่าย - ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพไม่ได้	- มีภาวะการเจ็บป่วยรุนแรง มีความเสี่ยงสูงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตหรือความพิการทางกาย - ไม่สามารถดูแลตนเองได้

ตารางที่ 3 (ต่อ) เกณฑ์การจำแนกประเภทบุคคลปัญญาอ่อนตามความต้องการการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล

เกณฑ์ / ลักษณะ	ประเภทที่ 4 ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Supportive Care Needs)	ประเภทที่ 3 ต้องการการดูแลเล็กน้อย(Minimum Care Needs)	ประเภทที่ 2 ต้องการการดูแลปานกลาง(Intermediate Care Needs)	ประเภทที่ 1 ต้องการการดูแลทั้งหมดตลอดเวลา (Maximum Care Needs)
	ผู้อื่นได้ทราบถึงความเปลี่ยนแปลงทางกายของตนเองตลอดจนความไม่สุขสบาย และขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้	ช่วยเหลือ		

สรุป การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อนจะมองทั้งระดับเชาวน์ปัญญาและพฤติกรรมไปพร้อมๆกันไม่มองอย่างใดอย่างหนึ่ง ในนิยามแบบเก่า การแบ่งระดับความรุนแรงจะเน้นระดับเชาวน์ปัญญา มีระดับความบกพร่องทางสติปัญญาระดับต่างๆแต่ในนิยามใหม่จะเน้นระดับเชาวน์ปัญญาและพฤติกรรมการปรับตัว การแบ่งระดับภาวะปัญญาอ่อนจะใช้ลักษณะความต้องการของบุคคลว่าต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้างจากความจำกัดของบุคคลแต่ละบุคคลและมีโอกาสพัฒนาได้ถ้าได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

1.1.3 สาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน

สาเหตุที่สำคัญมีดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2542)

1) พันธุกรรม แบ่งเป็น

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

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

2) สิ่งแวดล้อม ได้แก่ สารพิษต่าง ๆ เช่น สุรา บุหรี่ สารเสพติด ตะกั่ว เป็นต้น

3) การติดเชื้อระหว่างการตั้งครรภ์ และหลังคลอดได้แก่หัดเยอรมันในระยะตั้งครรภ์สามเดือนแรก การติดเชื้อในระบบส่วนกลาง เยื่อหุ้มสมองอักเสบ สมองอักเสบ

4) ภาวะที่สมองขาด Oxygen ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ ขณะคลอด หรือหลังคลอด

5) การขาดสารอาหาร ได้แก่ การขาดสารอาหารไอโอดีนขณะอยู่ในครรภ์ เป็นสาเหตุให้ทารกในครรภ์ไม่สามารถสร้างไธรอยด์ฮอร์โมนซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สำคัญในการทำงานของสมอง ส่งผลให้เด็กที่เกิดมามีภาวะปัญญาอ่อนได้

6) อุบัติเหตุต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะเลี้ยงดู ส่งผลให้สมองได้รับการกระทบกระเทือนจนเกิดผลเสียต่อการเรียนรู้ของเด็กได้

7) เศรษฐกิจที่ต่ำ หรือขาดแคลนสิ่งที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสมอง

8) ครอบครัวแตกแยก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตที่ไม่สมบูรณ์ เด็กไม่มีความสุข ทำให้เด็กขาดความกระตือรือร้น ไม่มีแรงจูงใจที่ดี ถ้ามีความรุนแรงมากจะทำให้เกิดการชะงักในด้านการเรียนรู้ของเด็กได้

สรุป สาเหตุของการเกิดภาวะปัญญาอ่อนเกิดจากสาเหตุหลัก 2 ประการ คือ พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม

1.2 พัฒนาการทางอารมณ์ของเด็กปัญญาอ่อนอายุ 6- 11 ปี

1.2.1 พัฒนาการทางอารมณ์ของเด็กอายุ 6- 11 ปี

มีผู้กล่าวถึงพัฒนาการทางอารมณ์ของเด็กอายุ 6- 11 ปี หรือที่เรียกว่าวัยเด็กตอนปลาย (Late Childhood) ดังนี้

สมพร สุทัศนีย์ (2541) กล่าวว่าเด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีพัฒนาการสำคัญมาก เป็น “วัยสงบราบเรียบ” ที่อยู่ระหว่าง “วัยยุ่งยาก” ของเด็กวัยก่อนเข้าเรียนกับ “วัยบ้าคลั่ง” ของวัยรุ่น เป็นวัยที่มีความพร้อมมากขึ้น เด็กเริ่มเรียนรู้อย่างมีระบบและสนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้นและกว้างขวางกว่าเดิม เด็กวัยนี้ทำอะไรมักจะมีอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่มีความอดทน ขาดความสามารถในการทำตามความต้องการของผู้อื่น ถือตนเองเป็นศูนย์กลาง วัย 6 ขวบจะมีอารมณ์กลัวและวิตกกังวล คือ กลัวความมืด ฟ้าร้อง ฟ้าแลบ หมอ ความเจ็บปวด และมีความวิตกกังวลว่าพ่อแม่จะไม่รัก จะรู้สึกอิจฉาน้องที่เกิดใหม่ กลัวความแตกแยกในครอบครัว กลัวความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อเด็กออกจากบ้านไปเด็กกลัวว่าเมื่อกลับมาแล้วจะไม่พบใคร นอกจากนี้เด็กจะมีความละอายเมื่อทำผิด เด็กวัยนี้ชอบหนีและโกหกเพราะกลัวถูกลงโทษ และไม่รู้จักรักษาสัญญาเพราะขาดความอดทน มักอยากได้สิ่งต่างๆ มาเป็นของตนแต่ไม่รู้จักเลือกสิ่งที่ดีที่สุด เมื่อได้มาแล้วก็เก็บรักษาไม่เป็น มักจะทิ้งขว้าง เด็กวัย 7 ขวบ จะชอบเล่าเรื่องเพ้อฝัน ยังแสดงออกซึ่งความก้าวร้าวต่อบางสิ่ง

บางอย่างที่เด็กแสดงออกไม่ได้โดยตรงและมักเล่าเรื่องต่างๆ เกินจริงเสมอ การเล่าเรื่องเพ้อฝันนอกจากจะแสดงให้เห็นจินตนาการแล้วยังแสดงให้เห็นความต้องการความใหญ่โต แข็งแรง มีอำนาจและความมีอิสระ เมื่อมีความกดดันหรือมีความตึงเครียด เด็กจะแสดงอารมณ์ออกทางสีหน้าจนเห็นได้ชัด โดยเฉพาะเมื่อถูกบังคับให้ทำงานที่ตนไม่ชอบ หรือเมื่อพ่อแม่เปรียบเทียบเด็กกับผู้อื่นทำให้เกิดการต่อต้านและท้าทายได้ เด็กวัย 9 ขวบ จะวิตกกังวลเกี่ยวกับไฟฝ้า ผมหยิก ผมเหยียดเพราะขัดกับสิ่งที่เขาต้องการจะเป็น เด็กวัยนี้อยากจะเป็นพระเอา นางเอก หรือดารา หรือผู้ที่เด่นในสังคม วัย 10 – 11 ขวบ จะเริ่มวิตกเกี่ยวกับเรื่องเพศ เพราะเด็กโตพอที่จะหาคำตอบได้ว่าทำไมคนจึงต้องมีความผูกพันเกี่ยวข้องกัน เด็กจะสนใจปัญหาทางเพศมากกว่าเรื่องอื่นๆ และเด็กต้องการความรักในการพัฒนาและเจริญเติบโต

กัลยา นาคเพ็ชร์ และคณะ (2548) กล่าวว่าอารมณ์ของวัยนี้ยังไม่มั่นคงเช่นเดียวกับวัยเด็กตอนต้น ยังคงชอบทำตามความต้องการของตนเองเป็นส่วนใหญ่ แต่พยายามเรียนรู้ความต้องการของสังคมโดยพยายามควบคุมอารมณ์ของตนให้มีการแสดงออกที่ไม่รุนแรงเท่าวัยทารกและวัยเด็กตอนต้น ซึ่งเด็กเพศหญิงจะทำได้ดีกว่าเพศชาย ตัวอย่างเช่น เด็กจะแสดงอารมณ์โกรธด้วยการแสดงออกทางสีหน้าแทนการแสดงออกด้วยท่าทาง ลงมือลงเท้า หรือร้องไห้เอะอะ แสดงความรักด้วยท่าทางชื่นชมแทนการเข้าไปคลอเคลีย กอดรัด เป็นต้น เด็กจะมีอารมณ์พอใจเมื่อได้รับการยกย่อง ชื่นชมจากผู้อื่น จะรู้สึกเสียใจถ้าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอ แสดงอารมณ์อายหรือน้อยใจ ถ้าถูกผู้อื่นล้อเลียน สามารถเข้าใจอารมณ์ของตนเอง

1.2.2 พัฒนาการทางอารมณ์ของเด็กปัญญาอ่อน

พัฒนาการด้านอารมณ์ของเด็กจะมีความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านสังคม ในเด็กปกติมักไม่ค่อยพบเด็กมีปัญหาด้านอารมณ์ ทั้งนี้เนื่องมาจากเด็กมีพัฒนาการด้านสังคมตามวัย แต่ในเด็กปัญญาอ่อนมักจะพบว่าเด็กมีปัญหาด้านอารมณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเด็กเริ่มเข้าโรงเรียน โดยปัญหาดังกล่าวมีผลมาจากเด็กมีพัฒนาการด้านสังคมล่าช้า พัฒนาการไม่ได้เท่าอายุจริง เมื่อเด็กปัญญาอ่อนเริ่มเข้าสู่โรงเรียนพวกเขาจะได้พบกับสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ที่แตกต่างไปจากเดิม จากการที่เด็กมีความบกพร่องทางสมอง มีพัฒนาการล่าช้ากว่าอายุจริงทำให้เกิดมีปัญหาในการเรียนรู้ทางด้านวิชาการ ถูกปฏิเสธจากครูและคนรอบข้าง จึงทำให้เด็กเหล่านี้มีอารมณ์อ่อนไหวง่ายและเกิดปัญหาทางอารมณ์ตามมาในที่สุด

อารมณ์ของเด็กปัญญาอ่อนว่ามักเป็นคนที่มีความเครียด ความคับข้องใจ ความท้อแท้ และความสับสนสูงกว่าคนปกติโดยทั่วไป ทั้งนี้เป็นผลมาจากความบกพร่องทางสติปัญญา การปฏิเสธและการปกป้องเด็กมากเกินไปของพ่อแม่ เพราะพ่อแม่หลายๆ คนเมื่อลูกเกิดมาเป็นปัญญาอ่อนจะมีความรู้สึกคับข้องใจ ล้มเหลว จึงปฏิเสธเด็กหรือบางคนรู้สึกผิดจึงปกป้องเด็กจนมากเกินไป ทำให้เด็กกลายเป็นคนพึ่งพาคนอื่น ไม่มีความมั่นใจในตนเอง ควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมได้น้อยและมีความยากลำบากในการแก้ปัญหาต่างๆ สิ่งเหล่านี้เป็นผลทำให้

เด็กมีความคับข้องใจต่อต้านคนอื่น ทำให้เกิดเป็นการสร้างปัญหาให้ตนเองและผู้อื่น และความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลให้เด็กกลายเป็นคนคล้อยตาม ยอมแพ้ ขี้อาย และรู้สึกผิดที่ตนเองต้องล้มเหลวอยู่เสมอ ในที่สุดจึงเกิดความคับข้องใจและสิ้นหวัง (Drew 1988)

สรุป พัฒนาการทางอารมณ์ของเด็กปัญญาอ่อนอายุ 6- 11 ปี เป็นวัยที่มีความอดทนต่ำ แต่มีความคับข้องใจ ความเครียด และความท้อแท้สูงกว่าคนอื่น จึงมีอารมณ์โกรธและแสดงออกด้วยการก้าวร้าวได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กปัญญาอ่อนที่มีอายุ 6- 11 ปี

1.3 ระบบบริการสุขภาพสำหรับเด็กปัญญาอ่อน

กาวะปัญญาอ่อนเมื่อเกิดขึ้นแล้วไม่สามารถรักษาสมองส่วนที่เสียไปให้กลับมาทำงานได้ตามปกติ แต่สามารถจะคงสภาพหรือฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและสมอง มากกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว เป้าหมายของการรักษาจึงมิได้มุ่งรักษาให้หายจากโรค แต่เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมมากเกินไป

ชวาลา เธียรธนู (2546) กล่าวว่าการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคลปัญญาอ่อน เน้นการดูแลต่อเนื่องตามวัยต่างๆ แบ่งการรักษาออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (Medical Rehabilitation) เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ได้แก่ การรักษาโรคที่เกิดร่วมกับภาวะปัญญาอ่อน การแก้ไขความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย เช่น โรคลมชัก Cretinism PKU Cerebral Palsy โรคเหล่านี้นอกจากจะใช้ยารักษาตามอาการแล้วยังต้องการการบำบัดต่างๆ ด้วย คือ

1.1) กายภาพบำบัด เป็นการช่วยแก้ไขอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ ลดอาการยึดติดของข้อต่อ และการสูญเสียกล้ามเนื้อ เด็กปัญญาอ่อนจะช่วยตัวเองในการเคลื่อนไหวดีขึ้น

1.2) กิจกรรมบำบัด เป็นการฝึกที่จะช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันราบรื่นและสะดวกขึ้น การฝึกใช้กล้ามเนื้อมือหยิบจับสิ่งของ ฝึกการใช้มือและตาให้ทำงานประสานกันจะทำให้เด็กปัญญาอ่อนสามารถจับถ้วยน้ำดื่ม จับช้อนรับประทานอาหารได้ เป็นต้น

1.3) อรรถบำบัด เด็กปัญญาอ่อนปัญญาอ่อนเกินร้อยละ 70 จะมีปัญหาการพูดและการสื่อความหมาย การฝึกจะเริ่มฝึกตั้งแต่การให้เด็กปัญญาอ่อนใช้กล้ามเนื้อช่วยพูด บังคับกล้ามเนื้อช่วยพูดให้เปล่งเสียง ออกเสียงให้ถูกต้องมากที่สุด เป็นต้น

2. ส่งเสริมพัฒนาการ (Early intervention) หมายถึง การจัดโปรแกรมการฝึกทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่พัฒนาการปกติตามวัยของบุคคลปัญญาอ่อน บุคคลปัญญาอ่อนที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการแต่เยาว์วัย จะมีความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาการดีกว่าบุคคลปัญญาอ่อนที่มารับบริการฝึกเมื่อโตแล้ว

3. การส่งเสริมทางการศึกษา (Education Rehabilitation) การส่งเสริมให้บุคคลปัญญาอ่อนได้มีโอกาสได้รับการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนให้บุคคลปัญญาอ่อนได้มีโอกาสเรียนร่วมกับบุคคลปกติมากที่สุดทั้งแบบเรียนรวม และแบบเรียนร่วม เพื่อให้บุคคลปัญญาอ่อนสามารถทำงานได้ เช่น งานบ้าน งานโรงงาน งานรับ – ส่งหนังสือ งานเกษตร

สรุป ระบบบริการสุขภาพสำหรับเด็กปัญญาอ่อนโดยทั่วไปต้องประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งได้แก่แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพของเด็กปัญญาอ่อนเป็นหลัก

1.4 การปฏิบัติการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อน

1.4.1 การปฏิบัติการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนโดยทั่วไป

การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนยึดหลักเดียวกับการพยาบาลจิตเวชเด็ก และมีรายละเอียดเจาะ จงสำหรับเด็กปัญญาอ่อนทั้งนี้เพื่อสามารถช่วยเหลือดูแลให้เด็กสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่องตามเป้าหมายการดูแลนั่นเอง การปฏิบัติการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนต้องใช้บทบาทของพยาบาลสำหรับเด็กปัญญาอ่อน กระบวนการพยาบาลสำหรับเด็กปัญญาอ่อน นอกจากนี้การให้การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนยังต้องมีกิจกรรมการฝึกเด็กปัญญาอ่อนเพื่อให้เด็กปัญญาอ่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพ

1.4.1.1 บทบาทของพยาบาลสำหรับเด็กปัญญาอ่อน มีดังนี้

1) การป้องกันมิให้เกิดภาวะปัญญาอ่อนและการคัดกรองเพื่อการค้นหาเด็กปัญญาอ่อนในชุมชนทั้งนี้เพื่อให้เด็กได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ป้องกันมิให้เกิดผลกระทบสู่ความผิดปกติด้านอื่น ๆ

2) การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะปัญญาอ่อน หมายถึง การดูแลช่วยเหลือและบำบัด เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน สติปัญญาและการได้รับการศึกษา ทักษะการติดต่อสื่อสารและการพัฒนาทักษะทางสังคม และการใช้กล้ามเนื้อ หรือสมรรถนะทางกาย ทั้งนี้โดยยึดเด็กเป็นศูนย์กลางและการทำงานร่วมกับครอบครัวเป็นสำคัญ

3) การให้การคุ้มครองและการพิทักษ์สิทธิเด็กปัญญาอ่อนตามประกาศสิทธิเด็ก

4) การให้ความรู้การเป็นที่ปรึกษาและการช่วยเหลือครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนให้มีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพและสามารถดำรงชีวิตร่วมกับเด็กปัญญาอ่อนอย่างเป็นปกติสุข

5) การให้ความรู้การเป็นที่ปรึกษาแก่ชุมชน และสังคมโดยรวม ในการสร้างความเข้าใจและให้มีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดภาวะปัญญาอ่อน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545)

1.4.1.2 กระบวนการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อน

กระบวนการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนใช้หลักการเดียวกับกระบวนการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย

1) การประเมินภาวะสุขภาพ รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การตรวจ การสัมภาษณ์จากเด็ก บิดามารดา ผู้นำส่ง และผู้เกี่ยวข้องกับเด็ก

2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล ควรพิจารณาให้ครอบคลุมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในบริบทของครอบครัวกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ขึ้นกับระดับความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อน เช่น เสี่ยงต่อการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุเนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น

3) การวางแผนการพยาบาล ร่วมกับบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็ก โดยกำหนดวัตถุประสงค์และกิจกรรมการพยาบาล

4) การกำหนดวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยมุ่งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้ ความรู้สึก พัฒนาการเด็ก หรือปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะสุขภาพดี เช่น เด็กไม่มีอันตราย/บาดเจ็บ ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง

5) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือและบำบัดทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำคัญในเด็กปัญญาอ่อน

6) การปฏิบัติการพยาบาล ในการช่วยเหลือครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนซึ่งต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเลี้ยงดูเด็ก ความเครียด ความกังวล และรู้สึกคับข้องใจ ให้มีความรู้นั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพ

7) การประเมินผลการพยาบาลเน้นผลลัพธ์ที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่สร้างสรรค์สู่พัฒนาการตามวัยของเด็กในทุกด้านใช้เกณฑ์ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับเด็กเป็นแกนประเมินซ้ำตามเวลาที่กำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลและต้องให้ความสำคัญกับผลลัพธ์เกี่ยวกับความสามารถของครอบครัวหรือผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก

1.4.1.3 หลักการฝึกเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งสมจิตต์ ฤทธิ์รักษา และคณะ (2544) ได้กล่าวถึงไว้ดังนี้

1) ต้องคำนึงถึงวุฒิภาวะทางสมองเป็นสำคัญ เด็กปัญญาอ่อนที่มีความพกพร่องทางสติปัญญานั้นจะมีอายุสมองล้าหลังกว่าอายุจริง ดังนั้นในการจัดกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ผู้สอนจะต้องจัดให้สอดคล้องกับอายุสมองของเด็กปัญญาอ่อน

2) ยอมรับความสามรถและพยายามส่งเสริมความสามารถของเด็กปัญญาอ่อน อย่าตามใจ และคอยช่วยเหลือมากเกินไปเพราะคิดว่าเด็กปัญญาอ่อนเหล่านี้ทำอะไรเองไม่ได้ ความคิดเช่นนี้จะเป็นการบั่นทอนความสามารถและความเชื่อมั่นในตนเองของเด็กปัญญาอ่อน

3) พยายามให้เด็กปัญญาอ่อนช่วยเหลือตัวเองมากที่สุดแม้บางคนจะมีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมกล้ามเนื้อต่างๆ ทำงานไม่ประสานกัน

4) ใช้หลักการสอน ดังนี้

- การสอนซ้ำๆ และใช้เวลาสอนมากกว่าเด็กปกติโดยใช้วิธีสอนหลายๆ วิธีในเรื่องเดิม ดังนั้นผู้สอนจะต้องเตรียมอุปกรณ์การสอนไม่ให้เด็กปัญญาอ่อนเบื่อ และเด็กปัญญาอ่อนสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น เมื่อเด็กปัญญาอ่อนจำเรื่องราวที่ผู้สอนสอนได้แล้ว จึงค่อยเปลี่ยนเรื่องใหม่

- การสอนแบบไม่ตึงเครียด การสอนกิจกรรมอย่างเดียวไม่ควรนานเกิน 15 นาที ควรเปลี่ยนกิจกรรมจากการสอนเป็นการเล่น ร้องเพลง ดนตรี หรือนิทานบ้างต้องไม่เข้มงวดเกินไป เพราะเด็กปัญญาอ่อนจะเรียนไม่ได้

- การสอนให้เป็นกิจวัตรประจำวัน คือ เป็นกิจกรรมที่ต้องทำเป็นประจำสม่ำเสมอในแต่ละวัน

- สอนโดยยึดหลักการเรียนปนเล่นเด็กปัญญาอ่อนมักเป็นคนชอบเล่นชอบสนุกสนาน ดังนั้น ผู้สอนจัดกิจกรรมที่ให้บุคคลปัญญาอ่อนได้เป็นผู้กระทำด้วยตนเอง เช่น เล่นเกม การแสดงกิจกรรมเข้าจังหวะ เป็นต้น

- สอนจากสิ่งที่เป็นรูปธรรม เด็กปัญญาอ่อนจะเรียนรู้จากสิ่งที่เป็นรูปธรรม

- สอนแบบค่อยเป็นค่อยไป เด็กปัญญาอ่อนจะมีช่วงความสนใจสั้น ดังนั้นการฝึกทักษะในเรื่องต่างๆ ควรใช้ระยะเวลาสั้นๆ สอนเนื้อหาทีละน้อย สอนทีละขั้นและต้องสอนตามลำดับขั้นตอน

5) วัตถุประสงค์ในการฝึกเด็กปัญญาอ่อน

- เพื่อให้เด็กปัญญาอ่อนช่วยเหลือตัวเองได้
- เพื่อลดการดูแลของบิดามารดา
- เพื่อส่งเสริมให้เด็กปัญญาอ่อนปรับตัวเข้าหาสังคมได้
- เพื่อให้เด็กปัญญาอ่อนเกิดความภาคภูมิใจ เมื่อเขาสามารถทำอะไรได้ด้วยตัวเอง

6) สิ่งที่ควรฝึกให้กับเด็กปัญญาอ่อน ได้แก่การช่วยเหลือตนเองในด้านกิจวัตรประจำวัน การปรับตัวเองเข้ากับสังคม การฝึกด้านภาษาและการรับรู้ การฝึกด้านการเคลื่อนไหว การฝึกด้านพื้นฐานงานบ้าน

7) วิธีการฝึกเด็กปัญญาอ่อน

- การสอนโดยการสาธิต เป็นการทำตัวอย่างให้เด็กปัญญาอ่อนได้ดูก่อน

- การสอนด้วยคำพูด เป็นการพูดบอก หรือใช้คำสั่งให้เด็กปัญญาอ่อนทำตาม เป็นคำที่ง่ายๆ ชัดเจน สั้น และคงที่

- การสอนโดยการช่วยเหลือ ได้แก่การช่วยเหลือทางกาย เช่น การจับมือ การแตะข้อศอก การช่วยเหลือทางวาจา เช่น บอกให้เด็กปัญญาอ่อนทำซ้ำ และการช่วยเหลือโดยใช้ท่าทาง เช่น การชี้ การผงกศีรษะ การสั่นหน้า

8) ขั้นตอนการฝึกกิจกรรม

ขั้นที่ 1 ผู้ฝึกสาธิตให้เด็กปัญญาอ่อนดู สาธิตทีละขั้นช้าๆ

ขั้นที่ 2 พูดบอกให้เด็กปัญญาอ่อนทำดูด้วยตนเอง

ขั้นที่ 3 ถ้าเด็กปัญญาอ่อนยังทำไม่ได้ ผู้ฝึกต้องชี้แนะให้ทำทีละขั้นตอน

ขั้นที่ 4 ถ้าชี้แนะแล้วเด็กปัญญาอ่อนยังทำไม่ได้ จะต้องช่วยโดยจับมือทำ

ขั้นที่ 5 ให้เด็กปัญญาอ่อนทำตามที่สอนไว้ด้วยตัวเอง

9) ประเมินผลหลังการฝึกเป็นระยะ เช่นทุกสัปดาห์ 1 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อทราบความก้าวหน้าของเด็กปัญญาอ่อน

สรุป การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนเป็นเหมือนการปฏิบัติการพยาบาลผู้เจ็บป่วยทั่วไป คือต้องปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม เน้นการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยการปฏิบัติการพยาบาลเน้นไปที่การส่งเสริม / ฝึก กระตุ้นให้เด็กมีการพัฒนาความสามารถในทักษะต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตประจำวันทั้งการช่วยเหลือตนเอง ภาษา สังคม เพื่อให้เด็กมีความสามารถในการดูแลตนเองได้เต็มศักยภาพและการให้ความรู้สนับสนุนให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กปัญญาอ่อนที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

1.4.2 การปฏิบัติการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนที่สถาบันราชานุกูล

การปฏิบัติการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนที่สถาบันราชานุกูลให้การพยาบาลเหมือนให้การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนทั่วไปตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และให้การพยาบาลเพิ่มเติมดังนี้

1. เด็กปัญญาอ่อนที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน ในแต่ละหอผู้ป่วยแยกเด็กปัญญาอ่อนตามตามช่วงอายุของเด็กปัญญาอ่อนและให้การพยาบาลดังนี้

1.1 เด็กปัญญาอ่อนที่มีอายุแรกเกิด – 5 ปี พยาบาลให้การส่งเสริมพัฒนาโดยใช้คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5ปี ของโรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543) ซึ่งแยกเป็น 5 ทักษะดังนี้

- ทักษะด้านการเข้าใจภาษา
- ทักษะด้านการใช้ภาษา
- ทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม
- ทักษะด้านการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา
- ทักษะด้านการเคลื่อนไหว

1.2 เด็กปัญญาอ่อนที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี เป็นต้นไป พยาบาลให้การฝึกเด็กโดยใช้คู่มือการฝึกเด็กในการดำรงชีวิตประจำวัน ของโรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) ซึ่งแยกเป็น 5 ทักษะ ดังนี้

- ทักษะภาษาและการรับรู้
- ทักษะทางสังคม
- ทักษะการช่วยเหลือตนเอง
- ทักษะการเคลื่อนไหว
- ทักษะพื้นฐานงานบ้าน

2. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อน กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล โดยจำแนกประเภทของเด็กปัญญาอ่อนดังนี้ดังนี้ (กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล, 2548)

1) ประเภทต้องการการดูแลทั้งหมดตลอดเวลา (Maximum Care Needs)

2) ประเภทต้องการการดูแลปานกลาง (Intermediate Care Needs)

3) ประเภทต้องการการดูแลเล็กน้อย (Minimum Care Needs)

4) ประเภทต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Supportive Care Needs)

กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล ได้ให้การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนเพื่อให้เด็กปัญญาอ่อนได้มีการพัฒนาโดยเน้นการสอนเด็กปัญญาอ่อนด้านต่างๆ ดังนี้

1) ด้านการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ และสิ่งของ (Orientation)

2) ด้านการพัฒนาตัวตน (Self Development)

3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living Skills)

4) ด้านการรับรู้และเข้าใจระเบียบทางสังคม (Social Perception)

5) ด้านการสื่อสาร (Communication)

6) ด้านการเจ็บป่วยทางกาย (Physical Illness)

3. ให้การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนเป็นกลุ่ม เพื่อเป็นการให้เด็กปัญญาอ่อนได้ฝึกการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ฝึกทักษะการปฏิบัติตามกฎ กติกา รวมถึงฝึกการรอคอย ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม การให้การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มได้แก่

1) กลุ่มนันทนาการ

2) กลุ่มทักษะภาษา

3) กลุ่มเล่านิทาน

4) กลุ่มศิลปะ

2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อน

2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นลักษณะหนึ่งของบุคลิกภาพที่ก่อให้เกิดผลเสียหายหลายประการ เช่น ทำให้ปรับตัวไม่ได้ เกิดโรคจิต โรคประสาทเป็นต้น ได้มีนักจิตวิทยาหลายท่านให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนี้

Freud (1937) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวในเชิงทฤษฎีสัญชาตญาณว่า พฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกมา คือ การทำลายคนอื่น มีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้รับพฤติกรรมก้าวร้าวนั้นมีอันตรายแตกดับไป รวมถึงการทำให้คนอื่นเดือดร้อน โดยเจตนาหรือไม่เจตนาก็ตามถือว่าเป็นความก้าวร้าวทั้งสิ้น

Freedman & Smith (1970) มีความเห็นร่วมกันว่า พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่อันตรายและทำความเสียหายให้กับผู้อื่น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเจตนาและความมุ่งหมายของการกระทำด้วย นอกจากนั้นเขายังกล่าวเสริมอีกว่า สังคมที่มั่นคงมีความผูกพันมักจะต่อต้านและตำหนิพฤติกรรมก้าวร้าว

อุบล นิวัติชัย (2527) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากพลังผลักดันของความคับข้องใจ (Frustration) และแสดงออกด้วยอากัปกริยาที่รุนแรงไม่เป็นมิตร ทำลายทั้งสิ่งของและบุคคล เป็นภาวะที่บุคคลขาดสติ ขาดการควบคุมตนเองและไม่มีวิธีจะสื่อความต้องการของตนเองในทางที่ถูกที่ควร จึงแสดงพฤติกรรมดั้งเดิมที่ไม่ถูกขัดเกลาออกมาเต็มที่ และส่งผลในการทำลาย

สถาบันสุขภาพจิตร่วมกับสมาคมพยาบาลจิตเวช : มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (2536) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive) หมายถึง การแสดงออกด้านคำพูด การกระทำต่อตนเอง บุคคลอื่นและ/ สิ่งแวดล้อม รวมตัวที่เป็นผลมาจากความโกรธ ความคับข้องใจ หรือการปกปิดความกลัว

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวคือ ลักษณะของการกระทำที่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อนทั้งทางด้านร่างกายและความรู้สึก ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญ คือการกระทำที่รุนแรงกว่าปกติที่เพื่อปลดปล่อยความเครียด ความคับข้องใจ ความโกรธหรือความรู้สึกที่ไม่ดีต่างๆ ทำให้ผู้อื่นและตนเองเดือดร้อนทั้งโดยคำพูดหรือการกระทำ

2.2 ระดับของพฤติกรรมก้าวร้าว (Level of aggression)

McFarland & Thomas (1991) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าวแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1) Mild aggression (พฤติกรรมก้าวร้าวระดับน้อย) มีลักษณะการแสดงออกถึงความไม่พอใจ หรือมีความกดดัน เช่น พูดจาถากถางเย้ยหยัน การพูดจาโต้ตอบแบบไม่ให้ความเคารพ เช่น การเรียกชื่อ การแสดงสีหน้า เช่น สีหน้าบึ้งตึง หรือแลบลิ้น การทำมือแสดงความหมายเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์

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

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

4) Extreme / Violence aggression (พฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรงมาก) เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางร่างกายที่สืบเนื่องมาจากความโกรธ ความคับข้องใจ ความกดดันหรือรู้สึกไม่เป็นมิตร คำพูดและการแสดงออกทางสีหน้าอาจจะแสดงความรุนแรงหรือไม่อาจจะแสดงความรุนแรงได้ขึ้นอยู่กับความรู้สึกผิดและการยับยั้งชั่งใจ/การเก็บความรู้สึก การคุกคามจนทำให้ได้รับบาดเจ็บทางร่างกายเกินกว่าที่จะจัดการได้ ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรงไปเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมาก รวมถึงพฤติกรรมที่เกิดจากการสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมที่มากกว่า 1 พฤติกรรมด้วย

2.3 ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว

มีผู้กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนี้

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2549) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าวสามารถแสดงออกได้ 2 ทาง คือ พฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นลักษณะทางตรง ได้แก่ การพูดจาข่มขู่ กรรโชก หรือพูดจาดูถูกเหยียดหยาม นอกจากนี้ยังรวมทั้งการแสดงออกทางท่าทาง เช่น การแกว่งหมัดไปมา การมองอย่างเหยียดหยาม และการทำร้ายร่างกาย พฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกในลักษณะทางอ้อมได้แก่ การพูดอย่างอ้อมๆ ที่รวมทั้งการพูดจาเสียดสีหรือการนินทาให้ร้าย เป็นต้น ส่วนท่าทางการแสดงออกนั้นก็มักจะแสดงออกเมื่อบุคคลนั้นไปสนใจในสิ่งอื่นหรือแสดงออกต่อบุคคลอื่นหรือวัตถุสิ่งของแทนที่จะแสดงออกต่อบุคคลเป้าหมาย ตัวอย่างที่แสดงถึงพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกในลักษณะทางอ้อม ได้แก่ การพูดจาเสียดสี การนินทาให้ร้าย

Buss (1961) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าวแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย (Physical Aggression) เป็นความก้าวร้าวที่แสดงออกโดยการใช้อวัยวะทางกาย เช่น แขน ขา ฟัน หรือใช้อวัยวะทางกายรวมกับอาวุธ เช่น มีด ปืน เพื่อทำให้ผู้อื่นได้รับความเจ็บปวด และพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา (Verbal Aggression) เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นโดยใช้ถ้อยคำที่ทำให้ผู้อื่นได้รับความเจ็บปวด

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวเป็น 2 ด้าน คือพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย ได้แก่สีหน้าบึ้งตึง แววตาไม่เป็นมิตร แสดงท่าทางไม่พอใจ อยู่นิ่งไม่ได้ ทะเลาะวิทวาท ชกต่อยทุบตี กระแทกกระทั้น ทำลายสิ่งของ ละเมิดสิทธิ์ของผู้อื่น ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และ พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ได้แก่ พูดห้วนเสียงดังขึ้นเรื่อยๆ พูดกระแทกกระทั้น พูดคำหยาบ พูดตำหนิติเตียน ขู่ตะคอก (มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 2536)

สรุป ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย (Physical Aggression) และก้าวร้าวทางวาจา (Verbal Aggression)

2.4 แนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว

การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวสามารถอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีได้ดังนี้

2.4.1 ทฤษฎีสัญชาตญาณที่เกี่ยวข้องกับความก้าวร้าว (Instinct Theories of Aggression) เป็นทฤษฎีที่ Freud (1937) มีความเห็นว่า ความก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณที่เกิดขึ้นภายในตัวมนุษย์ไม่ได้เกี่ยวกับเหตุการณ์ภายนอก คือ มนุษย์ เป็นผู้ที่ก้าวร้าวเสมอโดยไม่เลือกสถานการณ์ Freud กล่าวว่า สัญชาตญาณมี 2 ประเภท คือ สัญชาตญาณแห่งการดำรงชีวิต (Life Instinct) และสัญชาตญาณแห่งความตาย (Death Instinct) นอกจากนั้น เขายังกล่าวถึง เรื่องความพึงพอใจทางเพศจากการถูกคู่ร่วมเพศทำร้ายซึ่งจะทำให้เจ็บปวดทางร่างกายหรือจิตใจ (Masochism) ว่า เป็นแนวโน้มที่บุคคลจะเพิ่มความรู้สึกพึงพอใจจากการทำร้ายตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากความต้องการทำร้ายหรือก้าวร้าวผู้อื่น ทั้งนี้เป็นเพราะการก้าวร้าวต่อผู้อื่นไม่สามารถแสดงออกมาได้ง่าย จึงหันมาทำร้ายตัวเอง Freud ได้ให้ความเห็นว่า การที่บุคคลมีความรู้สึกเช่นนี้ เป็นเพราะมีความรู้สึกผิด (Guilt Feeling) ติดอยู่ในจิตไร้สำนึก (Unconscious) เป็นต้นว่า เมื่อวัยเด็กเคยถูกทำร้ายตอบเพื่อเป็นการแก้แค้น แต่เด็กแสดงออกไม่ได้ ความเจ็บปวดทางร่างกายและจิตใจ (Sadism) นั้น เป็นแนวโน้มของพวกที่มีสัญชาตญาณในการทำลายหรือมีความก้าวร้าวที่ชอบแสดงออกต่อคนอื่น ดังนั้น Freud จึงมีความเห็นว่าบุคคลไม่ควรเก็บความเครียด ความเก็บกดและความก้าวร้าวไว้ควรจะหาทางระบายออกไปในทางที่สังคมยอมรับและไม่เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน เช่น การวาดเขียน งานศิลปะ หรือการเล่นกีฬา

2.4.2 ทฤษฎีความก้าวร้าวที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่

สมมติฐานความก้าวร้าวที่มาจากความคับข้องใจ (Frustration – Aggression Hypothesis) ทฤษฎีนี้มาจากความเชื่อของ Dollard และ Miller (1939) ที่เชื่อว่าความก้าวร้าวของบุคคลมีสาเหตุมาจากความคับข้องใจ ทั้งนี้เนื่องมาจากบุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย และการที่บุคคลมีความคับข้องใจจะสะสมอยู่ตลอดเวลาก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความก้าวร้าวในที่สุด

ทฤษฎีสัญญาณความก้าวร้าว (Aggression Cues Theory) มาจากแนวคิดของ Berkowitz (1964) ที่กล่าวว่า ความคับข้องใจเป็นตัวที่ก่อให้เกิดความก้าวร้าว แต่การแสดงความก้าวร้าวจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม กล่าวคือ แรงขับภายใน

จะต้องสัมพันธ์กับสถานการณ์ที่มากระตุ้นนั่นคือ ถ้าเกิดความคับข้องใจน้อย แต่มีสถานการณ์กระตุ้นมากก็เกิดความก้าวร้าวได้ หรือถ้าเกิดความคับข้องใจมาก แต่มีสถานการณ์กระตุ้นน้อย ก็ไม่เกิดความก้าวร้าว

Johnson (1977) ได้กล่าวว่า สภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัยหรือชุมชนที่แออัด การขาดปัจจัยด้านที่อยู่อาศัย (homeless) ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดอาชญากรรม การใช้สารเสพติด การทำร้ายร่างกาย บุคคลที่อยู่ในชุมชนได้รับการศึกษาไม่เพียงพออยู่ในภาวะตกงานมาก ปัจจัยต่างๆเหล่านี้สนับสนุนให้เกิดความรุนแรงตามมาได้ ส่วนสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยกระตุ้นภายในหอผู้ป่วย สรุปได้ดังนี้

1) สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอ ได้แก่ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องของกฎระเบียบ ขาดการมีส่วนร่วมในแผนการรักษาเนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอในแผนการรักษา

2) สภาพแวดล้อมที่ไม่สุขสบาย ได้แก่ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการให้การบริการของโรงพยาบาล ไม่ได้รับความสะดวกสบายหรือไม่ได้รับความสนใจจากบุคลากร

3) สภาพแวดล้อมที่ขาดความเป็นอิสระ ได้แก่ กฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เคร่งครัด ทำให้ผู้ป่วยขาดความเป็นส่วนตัวและอิสระภาพในสิ่งที่ต้องการจะปฏิบัติ การไม่ให้ออกนอกบริเวณหอผู้ป่วย จะต้องอยู่ภายในบริเวณที่จำกัด อีกทั้งภายในหอผู้ป่วยมีจำนวนผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวน

4) สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับบุคคล ได้แก่ จำนวนบุคลากรภายในหอผู้ป่วยไม่เพียงพอและต้องรับผิดชอบงานอื่นมากเกินไป เช่น งานด้านบริหาร ด้านวิชาการ ทำให้มีเวลาดูแลเอาใจใส่น้อยลงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองตามที่ต้องการ อีกทั้งการสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาลกับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกถึงปัญหาที่เผชิญอยู่ เช่น ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยไม่มีความเข้าใจผู้ป่วย ขัดจังหวะขณะที่ผู้ป่วยกำลังพูดอยู่ ซักถามผู้ป่วยมากเกินไป ตลอดจนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ไม่รักษาเวลาตามที่นัด แสดงท่าทางยั่วยุ ล้อเลียนผู้ป่วย

2.4.3 ทฤษฎีความก้าวร้าวที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory of Aggression) ทฤษฎีนี้เน้นความสำคัญของการเรียนรู้ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า ความก้าวร้าวนั้นเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคล และเชื่อว่าองค์ประกอบที่สำคัญของพฤติกรรมก้าวร้าวมี 2 ประการ คือ แม่แบบ (Model) และการเสริมแรง (Reinforcement) ตามความเห็นของ Bandura (1976) ที่เชื่อว่าเด็กไม่ได้เรียนรู้ความก้าวร้าวโดยตรงจากการให้รางวัลหรือการลงโทษจากผู้ปกครองเพียงอย่างเดียว แต่เด็กจะเลียนแบบผู้มีอิทธิพลต่อตนเอง ถ้าเด็กได้เห็นตัวอย่างความก้าวร้าวและพฤติกรรมนั้นบ้างแล้วได้รับรางวัล เด็กก็แสดงพฤติกรรมนั้นอีก ทฤษฎีนี้เน้นการเสริมแรง (Reinforcement) คือ ถ้า

บุคคลนั้นได้รับการเสริมแรง ก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นต่อไป แต่ถ้าได้รับการลงโทษบุคคลก็เลิกแสดงพฤติกรรมนั้น

จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวจะเห็นได้ว่า ความก้าวร้าวมีสาเหตุต่าง ๆ กัน เช่น ทฤษฎีสัญชาตญาณได้ให้แนวคิดว่า ความก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณของมนุษย์ทฤษฎีความก้าวร้าวที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมมีแนวคิดว่า พฤติกรรมก้าวร้าวเกิดจากความคับข้องใจหรือมีสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และการเรียนรู้ก็ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ฉะนั้นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์เป็นเพียงส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทฤษฎีต่าง ๆ ได้อธิบายลักษณะของพฤติกรรมที่เน้นลงไปที่บุคคล และสถานการณ์เฉพาะอย่างแต่พฤติกรรมที่เกิดขึ้น ก็ยังคงเป็นผลที่เกิดจากบุคคลและสถานการณ์ที่แวดล้อมเขาอยู่เสมอ การที่จะเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะที่ซับซ้อนของพฤติกรรมของมนุษย์ จำเป็นต้องอาศัยทฤษฎีต่าง ๆ เข้าช่วยประกอบกัน

2.5 สาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กทั่วไป

สาเหตุที่ทำให้เด็กทั่วไปมีพฤติกรรมก้าวร้าว แบ่งออกเป็น 4 ด้าน

2.5.1 ตัวเด็ก ปัจจัยเกี่ยวกับตัวเด็กที่เสริมให้เกิดความก้าวร้าว ได้แก่

- เพศ เด็กชายมักมีความก้าวร้าวบ่อยกว่า รุนแรงกว่าและเป็นอยู่นานกว่า

- พื้นอารมณ์ เด็กที่มีพื้นอารมณ์แบบเด็กเลี้ยงยากจะเกิดอาการก้าวร้าวได้ง่ายเมื่อมีสิ่งกระตุ้น

- ปัญหาทางภาษา ในเด็กเล็กที่ยังพูดไม่เก่งหรือมีปัญหาทางภาษาอาจจะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้บ่อยๆ ทั้งนี้เพราะรู้สึกขัดใจและอึดอัดใจที่ไม่สามารถบอกกล่าวถึงความต้องการของตนเองได้

- ความบกพร่องทางสมอง โรคทางสมอง โรคลมชัก รวมทั้งโรคสมาธิบกพร่องอาจทำให้เด็กควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองไม่ค่อยได้และแสดงความก้าวร้าวออกมา

- ความเครียด เมื่อเด็กมีความตึงเครียดหรือมีปัญหาในการปรับตัวเด็กอาจแสดงความเครียดนั้นออกมาในลักษณะของอาการก้าวร้าว

- ความผิดปกติทางอารมณ์ เด็กอาจก้าวร้าวเนื่องมาจากมีความผิดปกติทางจิตใจ เช่น ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า หรือโรค bipolar ซึ่งพบได้บ่อยในวัยรุ่น

- เด็กไม่มีทางระบายพลังงานที่ซ่อนอยู่ในตัว เด็กชายในวัยเริ่มโตจะมีพลังงานมากถ้าไม่ระบายออกอย่างเหมาะสมโดยการออกกำลังกายเด็กอาจจะระบายออกมาเป็นความก้าวร้าวได้ ในเด็กที่นั่งดูโทรทัศน์มากเกินไปพลังงานที่ซ่อนอยู่จะออกมาเป็นความก้าวร้าวแทนปัญหาของเด็กที่ไม่ได้ออกกำลังกายและเกิดความก้าวร้าวนี้มักพบในเด็กที่อยู่ในเมืองมากกว่าชนบท

- เด็กมีความกลัว และรู้สึกตนเองเปราะบาง ภาพยนตร์ที่แสดงให้เห็นถึงคนอ่อนแอถูกทำร้ายหรือตกเป็นเหยื่อของคนที่แข็งแรงกว่านั้นอาจจะทำให้เด็กเล็กๆ เกิดความกลัวและ

วิตกกังวลและบางทีเด็กก็เอาชนะความกลัวและความวิตกกังวลนี้โดยการแสดงอาการก้าวร้าวต่อผู้อื่นเสียเอง

2.5.2 วิธีการอบรมของพ่อแม่และปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูก ที่พบบ่อยๆ ในครอบครัวของเด็กที่มีความก้าวร้าว ได้แก่

- พ่อแม่อบรมเด็กอย่างเข้มงวดมากและลงโทษเด็กบ่อยเกินไป
- พูดคุยกับเด็กอย่างไม่เหมาะสม เช่น มีคำสั่งเชิงลบ ห้ามไม่ให้ทำอย่างนั้นอย่างนี้บ่อยๆ
- พูดตำหนิติเตียนทำให้เด็กเสียหน้าหรืออาย ตะโกนด่า ออกคำสั่งแบบขู่เข็ญโกรธหรือรำคาญและวิพากษ์วิจารณ์เด็กบ่อยๆ
- พ่อแม่ไม่ค่อยให้ความสนใจหรือให้รางวัลเมื่อเด็กทำสิ่งที่ดี
- เมื่อเด็กทำสิ่งที่ไม่เหมาะสม ดื้อ หรือไม่เชื่อฟังกฎระเบียบ พ่อแม่ก็ไม่ได้จัดการตั้งแต่ต้นอย่างจริงจัง
- มีการทำร้ายร่างกายกันในครอบครัว

2.5.3 การเลียนแบบ นอกจากเลียนแบบความก้าวร้าวจากพ่อแม่แล้ว เด็กอาจเลียนแบบความก้าวร้าวจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวอื่นๆ เช่น เพื่อนฝูง โทรทัศน์ ภาพยนตร์หรือสื่ออื่นๆ

2.5.4 ความก้าวร้าวที่เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมเกเร หรือบุคลิกภาพอันธพาล เด็กบางคนไม่ได้ก้าวร้าวอย่างเดียว แต่มีปัญหาพฤติกรรมเกเรด้วย เช่น หนีโรงเรียน โกหก ขโมยของ ชอบทะเลาะวิวาท ข่มขู่ผู้อื่นหรือมีบุคลิกภาพแบบอันธพาล (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2542)

2.6 สาเหตุและพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อน

ความก้าวร้าวเกิดขึ้นด้วยปัจจัยหลายอย่างโดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดจากการอบรมเลี้ยงดู สิ่งแวดล้อมและสุขภาพจิตที่สืบเนื่องมากจากพันธุกรรม ซึ่ง หทัย ชิตานนท์ (2527) กล่าวว่า การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและการเพิ่มจำนวนประชากรอย่างรวดเร็วเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต การปรับตัว และที่สำคัญคือการขาดความอบอุ่นในครอบครัว ทำให้เด็กมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน สุขภาพจิตและร่างกายทรุดโทรม ปรับตัวลำบากทำให้เกิดความคับข้องใจ ซึ่งเป็นผลให้บุคคลแสดงออกมาในลักษณะของความก้าวร้าว

Goldstien (1975) ได้สรุปองค์ประกอบที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวคิดของ Newman ดังนี้

1) อุปนิสัยของบุคคลที่มีความก้าวร้าวอยู่แล้ว มักขาดสติยั้งคิดที่จะควบคุมการกระทำของตนเองทำให้เป็นคนหุนหันพลันแล่น มีจริยธรรมต่ำ ไม่มีเป้าหมายที่แน่นอนในชีวิต ชอบอ้างเหตุผลผลและโทษผู้อื่นเสมอ เป็นคนที่เคยได้รับรางวัลเมื่อแสดงออกถึงความก้าวร้าว

2) สิ่งแวดล้อมของบุคคลที่มีความก้าวร้าวเป็นสิ่งแวดล้อมที่อำนวยโอกาสให้กระทำความก้าวร้าวอยู่เสมอ มีพ่อแม่ หรือผู้ปกครองที่เป็นแบบอย่างที่ก้าวร้าวแก่เด็ก

Citing Beizr Menalashino and Egger (1978) พบว่าเด็กปัญญาอ่อนร้อยละ 40 เป็นคนที่มีอารมณ์หุนหันพลันแล่น เชือนแช เปลี่ยนแปลงง่าย เมื่อเทียบกับเด็กปกติ

Neisworth (1982) กล่าวว่า เด็กปัญญาอ่อนมักไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมมีพัฒนาการด้านต่างๆล่าช้าและมีข้อจำกัดอยู่ในระดับหนึ่งเท่านั้น จึงทำให้เด็กมีความสามารถในการรับรู้และเรียนรู้น้อย มีความสามารถจำกัดในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ทำให้มีผลกระทบต่อการปรบตัวของเด็กในสังคม เด็กที่แสดงออกก็มุ่งที่จะทำให้ผู้อื่นได้รับความเดือนร้อนด้วยการก่อเรื่องต่างๆ ตามความต้องการของตนเองโดยไม่คำนึงถึงความเดือดร้อนของผู้อื่น เด็กพวกนี้ชอบหาเรื่องทะเลาะวิวาทมีเรื่องขัดแย้งกับเพื่อน รังแกเพื่อน ชอบการทุบตี เตะ ต่อย ท้าทาย ทำลายสิ่งของทั้งของตนเองและส่วนรวม พูดจาไม่สุภาพ ก้าวร้าวทางกายและวาจา ไม่เกรงกลัวผู้ใหญ่ อวดดี ไม่ค่อยเชื่อฟัง ชอบก่อกวนในชั้นเรียน(ผกา สัตยธรรม ,2530)

สรุป จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่แล้วสิ่งแวดล้อม การอบรมเลี้ยงดู บุคลิกภาพของเด็ก และการไม่ยอมรับของสังคม มีอิทธิพลทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ทั้งสิ้น

2.7 มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว กลไกการเกิด สาเหตุ รวมทั้งแนวทางในการจำกัด ควบคุมหรือลดพฤติกรรมก้าวร้าวแล้วนั้น พยาบาลจะต้องมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงอย่างเหมาะสม ต้องคำนึงถึงมโนธรรม กฎหมาย สิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยและบทบาทของวิชาชีพอีกด้วย การปฏิบัติการพยาบาลนี้ จะต้องใช้กระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะศิลปะการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือ (Use of Self) ประยุกต์ทั้งศาสตร์และศิลป์ใช้กับผู้ป่วยให้เหมาะสม

มาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว กำหนดโดยสถาบันสุขภาพจิตร่วมกับสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) กำหนดไว้ดังนี้ คือ

2.7.1 ผู้ป่วยและบุคคลอื่นปลอดภัยจากอันตราย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนี้

1.1 ประเมินอาการและอาการแสดงที่เป็นสัญญาณของพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่การแสดงออกทางสีหน้า เช่น สีหน้าบึ้งตึง โกรธ ท่าทางไม่พอใจ แววตาไม่เป็นมิตร การเคลื่อนไหวและการกระทำ เช่น กระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรง หยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างทันทีทันใด การแสดงออกทางคำพูด เช่น เงียบเฉยผิดปกติ โต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน พูดจาก้าวร้าว วิพากย์วิจารณ์ ตำหนิติเตียน การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างเฉียบพลันในผู้ป่วยระยะถอนพิษยา และ Intoxication

1.2 ประวัติจากญาติและบันทึกของทีมสุขภาพจิต เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวในอดีตมีหรือไม่ อย่างไร ความช่วยเหลือหรือวิธีลดความรุนแรงที่เคยได้รับ

2. จัดสิ่งแวดให้ปลอดภัย โดยขจัด / หรือลดสิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุโดยตรงตามที่ประเมินได้ ตรวจค้นตัวผู้ป่วยไม่ให้มีสิ่งของที่อาจใช้เป็นอาวุธได้ แยกผู้ป่วยออกจากสิ่งรบกวนและผู้ป่วยอื่น โดยให้พักในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

3. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีพฤติกรรมก้าวร้าว ตามระดับความรุนแรงที่ประเมินได้

3.1 พยาบาลต้องเผชิญสถานการณ์ด้วยความมั่นใจ อย่างมีแบบแผน ระมัดระวังและมีท่าทีสงบ

3.2 อยู่ห่างจากผู้ป่วยพอสมควร และเรียกชื่อผู้ป่วย

3.3 พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน ไม่ตำหนิ ใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยได้ระบายความไม่พอใจ และให้วิจารณ์ได้แม้ความรู้สึกในทางลบ

3.4 ให้ยาตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ ในรายที่ยังมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

3.5 จำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด หรือใช้ห้องแยกเมื่อจำเป็นโดย

- อธิบายถึงความจำเป็นในการจำกัดพฤติกรรม ระยะเวลาและสิทธิของผู้ป่วยในขณะที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้ผู้ป่วยเข้าใจ
- ผูกมัดอย่างมีเทคนิค
- เยี่ยมผู้ป่วยทุก 30 นาที พูดคุยถามถึงความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วย

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยและบุคคลอื่นไม่ได้รับอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าว
2. ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ และความรู้สึกโกรธออกทางคำพูดได้
3. ผู้ป่วยสงบ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและพักผ่อนได้

2.7.2 ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์อย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดย

1.1 นัดเวลา สถานที่ให้แน่นอน

1.2 กำหนดและบอกวัตถุประสงค์แต่ละครั้ง ในการสนทนากับผู้ป่วย

1.3 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ แผนการรักษาพยาบาล กิจวัตรประจำวันและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

1.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึก ความต้องการ ความคับข้องใจ ความโกรธ โดยพยาบาลเป็นผู้รับฟังที่ดี

1.5 ใช้เทคนิคการสนทนาที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและได้รับการยอมรับในฐานะบุคคลหนึ่ง

1.6 ให้ความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย และจิตใจแก่ผู้ป่วยตามความต้องการแต่ต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษาพยาบาล

2. ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทางด้านร่างกาย ได้รับอาหาร น้ำ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และมีการขับถ่ายปกติ โดย

2.1 ดูแลให้อาบน้ำ แปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้า อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

2.2 จัดสภาพแวดล้อม และดูแลความสะอาดเรียบร้อยบริเวณที่พักของผู้ป่วย

2.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารทุกมื้อ (ในรายที่ผู้ป่วยถูก Restrained หรือยังไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ให้จัดอาหารไว้ให้ผู้ป่วย)

2.4 ดูแลให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว (ในรายที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้ดื่มน้ำตามความต้องการของผู้ป่วย)

2.5 ดูแลให้มีการขับถ่ายตามปกติ (ในกรณีที่ถูกจำกัดพฤติกรรม ให้ถามความต้องการและบริการให้ bed pan หรือพาไปห้องน้ำ)

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยมีความรู้สึกอบอุ่น และมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง

2. ผู้ป่วยยอมรับการช่วยเหลือจากพยาบาล และพูดถึงความต้องการของตนเองกับพยาบาลได้

3. ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายด้านร่างกาย

2.7.3 ผู้ป่วยปรับตัวและระบายความก้าวร้าวได้เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ ยอมรับสภาพอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองโดย

1.1 มีท่าทีสงบ ยอมรับพฤติกรรมผู้ป่วย

1.2 ใช้เทคนิคการสนทนา กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกโกรธ และไม่พึงพอใจ

1.3 ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าความโกรธ ความก้าวร้าวเป็นเรื่องปกติ แต่ต้องมีขอบเขต และการแสดงออกอย่างเหมาะสม

2. จัดให้มีกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถใช้เป็นวิธีระบายความรู้สึกโกรธได้ เช่น กีฬา การทำงานกลางแจ้ง กลุ่มสัมพันธ์ กลุ่มกิจกรรมบำบัด กลุ่มชุมชนบำบัด

3. วางแผนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการเรียนรู้วิธีระบายความโกรธ ในลักษณะที่เหมาะสมและสังคมยอมรับโดย

3.1 ใช้เทคนิคการสนทนา ให้ผู้ป่วยพูดถึงวิธีระบายความโกรธด้วยความก้าวร้าวและผลที่เกิดขึ้นในอดีต

3.2 ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียที่เกิดจากพฤติกรรมก้าวร้าว

3.3 ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและทดลองใช้วิธีระบายความโกรธ ที่เป็นที่ยอมรับของสังคม และให้ตนเองสบายใจขึ้น

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองมีความโกรธและมีพฤติกรรมก้าวร้าว

2. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง

3. ผู้ป่วยเลือกวิธีระบายความโกรธในลักษณะที่เหมาะสม และสังคมยอมรับได้ (มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 2536)

สรุป แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำได้ดังนี้

1. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยมักจะถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ลักษณะของกิจวัตรประจำวัน แสง สี บนหอผู้ป่วยรวมทั้งพฤติกรรมของบุคลากรในทีมสุขภาพจิต

2. การสนทนาเพื่อการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ทางด้านจิตใจและอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ด้วยการให้เกียรติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าพยาบาลมีความตั้งใจที่จะช่วยเหลือ ลดความกลัว ความวิตกกังวล ซึ่งบุคลากรจะต้องมีความรู้ มีทัศนคติทางบวก เข้าใจจิตใจ ความรู้สึกของผู้ป่วย

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกายอย่างเหมาะสม เช่น ด้านอาหาร น้ำ การขับถ่าย และการพักผ่อน

4. การจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด หรือนำเข้าห้องแยกในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ และอาการก้าวร้าวมาก ๆ พยาบาลจะต้องบอกเหตุผลแก่ผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าถูกบีบคั้น หรือจำกัดสิทธิมากเกินไป

5. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และในกรณีที่ใช้ยาฉีดชนิดออกฤทธิ์เร็วแล้วยังไม่สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ ให้รายงานแพทย์

3. แนวคิดการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ

แนวคิดการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำในการศึกษานี้ประกอบด้วย การปรับพฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข แนวคิดทางสภาพแวดล้อมของ Johnson สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

3.1 การปรับพฤติกรรม

ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม ได้แก่ ความหมายของการปรับพฤติกรรม ขั้นตอนการปรับพฤติกรรม การสังเกตและการบันทึกพฤติกรรม

3.1.1 ความหมายของการปรับพฤติกรรม

มีผู้ให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมไว้ดังนี้

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์(2530) กล่าวว่า การปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) เป็นการใช้เทคนิคหรือวิธีการปรับพฤติกรรมวิธีการใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีผสมผสานกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ตลอดทั้งสร้างสรรค์ให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

อุ่นเรือน อำไพพัสตร์ (2532) กล่าวว่า การปรับพฤติกรรมเป็นเทคนิค ซึ่งมีจุดมุ่งหมายของการเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ไปในทางที่มีผลดีขึ้น วิธีดำเนินการนี้ใช้ได้ทั้งในการพัฒนาพฤติกรรมให้เป็นไปตามต้องการและทั้งส่งเสริมพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นวิธีการซึ่งสามารถลดพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาลงและเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงปราถนาให้เข้มแข็งขึ้น

สมาคมเพื่อความก้าวหน้าของพฤติกรรมบำบัดแห่งสหรัฐอเมริกา (Association for Advancement of Behavior Therapy หรือ AABT, 1974) ได้ให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมเอาไว้ว่าเป็นการประยุกต์หลักการทางจิตวิทยาที่ได้มาจากการวิจัยเชิงทดลอง และการวิจัยทางจิตวิทยาสังคมเพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาของมนุษย์ และทำให้มนุษย์นั้นปรับตัวได้ดีขึ้น การปรับพฤติกรรมเน้นการดำเนินการอย่างเป็นระบบและประเมินประสิทธิภาพที่ผู้เข้ามารับการบำบัด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

Kalish (1981) กล่าวว่า การปรับพฤติกรรมเป็นการนำเอาหลักการแห่งพฤติกรรม (Behavior Principles) มาประยุกต์ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบซึ่ง Kalish ได้ให้ความหมายของหลักการแห่งพฤติกรรมไว้ว่า เป็นหลักการที่ครอบคลุมทั้งแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขและแนวคิดทางจิตวิทยาต่างๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์เข้ามาประยุกต์ใช้ได้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

สรุป การปรับพฤติกรรม หมายถึง การนำเอาหลักการแห่งพฤติกรรมมาใช้อย่างเป็นระบบเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ตลอดทั้งสร้างสรรค์ให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

3.1.2 ขั้นตอนการปรับพฤติกรรม

สมพร สุทัศนีย์ (2541) กล่าวว่ามีขั้นตอนการปรับพฤติกรรม ดังนี้

3.1.2.1 เลือกพฤติกรรมที่ต้องการแก้ไข หรือเลือกพฤติกรรมเป้าหมาย ก่อนที่จะจัดปรับพฤติกรรม (behavior modification) นั้น เราต้องสำรวจดูว่าพฤติกรรมอะไรบ้างที่ต้องแก้ไข พฤติกรรมที่ต้องการแก้ไขเรียกว่า "พฤติกรรมเป้าหมาย (target behavior)" พฤติกรรมเป้าหมายดังกล่าวคือ พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั่นเอง

3.1.2.2 วิเคราะห์พฤติกรรมที่ต้องแก้ไข หมายถึงการจำแนกพฤติกรรมออกเป็นพฤติกรรมย่อย ที่บ่งบอกพฤติกรรมที่ต้องการแก้ไขเป็นพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ชัด และมีปริมาณหรือจำนวนบ่งบอกไว้

3.1.2.3 เลือกตัวแรงเสริมในการแก้ไขพฤติกรรม เมื่อทราบพฤติกรรมเป้าหมาย และสามารถวิเคราะห์พฤติกรรมเป้าหมายแล้ว ขั้นต่อไปคือการเลือกตัวแรงเสริม แรงเสริมที่ต้องเลือกคือ "ตัวแรงเสริมบวก" ซึ่งมีมากมาย เหตุที่ต้องเลือกเพราะต้องการให้แรงเสริมนั้นเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของเด็ก

วิธีการเลือกแรงเสริม การที่จะเลือกแรงเสริมให้สอดคล้องกับความต้องการของเด็กนั้น ต้องมีวิธีการต่างๆ ดังนี้

1) ใช้การสังเกต สามารถสังเกตได้ว่า เด็กชอบสิ่งใด หรือชอบทำอะไรมากที่สุด เช่น สังเกตเวลาเด็กซื้ออาหารหรือขณะที่เด็กเล่นกับเพื่อนและสังเกตดูว่าเวลาว่างเด็กมักจะทำอะไร เมื่อทราบว่าเด็กแต่ละคนชอบอะไร ก็เอาสิ่งนั้นมาเป็นแรงเสริมได้ตรงตามความต้องการของเด็ก

2) ใช้วิธีซักถาม อาจจะถามรวมๆ กันทั้งห้องเรียนถึงสิ่งที่เด็กชอบมากที่สุด หรืออาจจะถามทีละคนก็ได้

3) ใช้วิธีให้เด็กเขียนตอบ อาจใช้วิธีเติมคำในช่องว่างหรือให้เลือกตอบจากตัวเลือกมากๆ

4) ซักถามผู้ปกครอง ใช้ในกรณีที่เด็กเป็นคนขี้อาย หรือไม่กล้าบอกความจริง บางทีการสังเกตไม่อาจทำให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงได้ ผู้ปกครองที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กย่อมเข้าใจและรู้ความต้องการของเด็กดีกว่าคนอื่น

3.1.2.4 เลือกเทคนิคต่างๆ ในการปรับพฤติกรรม เทคนิคและวิธีการในการแก้ไขพฤติกรรมนั้นต้องเลือกให้เหมาะกับพฤติกรรมและทิศทางที่ต้องการ

3.1.2.5 วัดพฤติกรรม การวัดพฤติกรรม หมายถึง การนับความถี่ของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมหรือบันทึกระยะเวลาที่เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ซึ่งมีหลายวิธี

3.1.2.6 ปฏิบัติตามขั้นตอนในการปรับพฤติกรรม เมื่อทราบขั้นตอนในการแก้ไขและปรับพฤติกรรมแล้ว ก็สามารถดำเนินการตามขั้นตอนได้ดังนี้ คือ

1) ตั้งจุดมุ่งหมายว่า จะแก้ไขพฤติกรรมใด เป็นการเลือกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาโดยพิจารณาแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นอันตรายมากที่สุดก่อนหรือเป็นพฤติกรรมที่เห็นว่าทำให้เดือดร้อนวุ่นวายมาก

2) อธิบายความหมายของพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนในรูปแบบของพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้

3) เลือกตัวเสริมแรง

4) เลือกเทคนิคในการปรับพฤติกรรม เมื่อเลือกแรงเสริมให้สอดคล้องกับความต้องการของเด็กแล้ว ให้เลือกเทคนิคที่ใช้ในเทคนิคในการปรับพฤติกรรมโดยต้องเลือกรายการการให้แรงเสริม และวิธีให้แรงเสริม

5) วัดพฤติกรรม คือ การสังเกตและบันทึกพฤติกรรม

3.1.2.7 ประเมินผลการปรับพฤติกรรม นำความถี่ของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นมาเปรียบเทียบกัน เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงว่า พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลงไปมากน้อยเพียงใด

3.1.2.8 ติดตามผล เป็นการติดตามผลหลังจากโปรแกรมการแก้ไขพฤติกรรมสิ้นสุดลง เพื่อจะได้เป็นข้อมูลหรือหลักฐานในการยืนยันว่าแรงเสริมชนิดนี้ใช้ได้ผลและเพื่อเป็นข้อมูลเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการปรับพฤติกรรมในครั้งต่อๆ ไป ช่วงเวลาของการติดตามผลนี้อาจทิ้งระยะเวลาไป 3 เดือนถึง 1 ปี แล้วติดตามผลอีกระยะหนึ่ง ซึ่งอาจจะใช้เวลา 3 เดือนหรือมากกว่านั้น

สรุป ขั้นตอนการปรับพฤติกรรมประกอบด้วยเลือกพฤติกรรมที่ต้องการแก้ไข วิเคราะห์พฤติกรรมที่ต้องแก้ไข วิเคราะห์พฤติกรรมที่ต้องแก้ไข เลือกเทคนิคต่างๆ ในการปรับพฤติกรรม วัดพฤติกรรม ปฏิบัติตามขั้นตอนในการปรับพฤติกรรม ประเมินผลการปรับพฤติกรรมและติดตามผล

3.1.3 การสังเกตและการบันทึกพฤติกรรม

สมพร สุทัศนีย์ (2541) กล่าวว่าวิธีการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม มี 3 วิธี คือ

1) การสังเกตและบันทึกตามระยะเวลาที่เกิดพฤติกรรม (Duration recording) เป็นการบันทึกความยาวนานของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เพราะบางพฤติกรรมเกิดขึ้นต่อเนื่องกันนาน แต่ไม่เกิดบ่อยนัก เช่น การร้องไห้ การพูดคุยกับเพื่อน หรือการเล่นเป็นกลุ่มของเด็ก เป็นต้น จำเป็นต้องบันทึกระยะเวลาที่เกิดพฤติกรรม การบันทึกระยะเวลาการเกิดพฤติกรรมแต่ละครั้งทำได้ไม่ยาก การบันทึกความยาวนานของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะต้องเริ่มบันทึกตั้งแต่จุดเริ่มของพฤติกรรมจนกระทั่งสิ้นสุดการแสดงพฤติกรรม ดังนั้น ระยะเวลาของการบันทึกพฤติกรรมจึงไม่

ตายตัว อีกประการหนึ่งวิธีนี้มักใช้บันทึกพฤติกรรมที่นานๆ จึงจะเกิดขึ้นหลังจากบันทึกพฤติกรรมแต่ละครั้ง แล้วสามารถหาค่าเฉลี่ยได้

2) การสังเกตและบันทึกแบบช่วงเวลา (Interval recording) เป็นการสังกตพฤติกรรมที่ต้องการว่าเกิดขึ้นหรือไม่ เวลาใด เป็นการสังเกตโดยการแบ่งเป็นช่วงเวลาสั้นๆ เช่น 15 วินาที 20 วินาที 30 วินาที หรือ 1 นาที แต่ละช่วงเวลาจะเท่าๆ กัน แล้วบันทึกพฤติกรรมว่าเกิดหรือไม่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาเท่านั้น ไม่ว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกี่ครั้งในช่วงเวลานั้น เช่น สังเกตพฤติกรรมลุกจากที่ ในระยะเวลา 40 นาที แบ่งเป็นช่วงเวลาละ 30 วินาที ในเวลา 30 วินาที แม้ว่าเด็กจะลุกจากเก้าอี้กี่ครั้งก็บันทึกเป็น 1 ครั้งเท่านั้น ไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวในการกำหนดช่วงเวลาทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของพฤติกรรมว่าเกิดขึ้นบ่อยหรือไม่ ถ้าเกิดขึ้นบ่อยครั้งก็กำหนดช่วงเวลาให้สั้นลง ถ้านานๆ เกิดขึ้นก็กำหนดช่วงเวลาให้ยาวขึ้น

3) การสังเกตและบันทึกแบบสุ่มเวลา (Time sampling) เป็นการบันทึกแบบเดียวกับการบันทึกแบบช่วงเวลา แต่ต่างกันคือ การบันทึกแบบช่วงเวลาจะต้องต่อเนื่องกันจนครบจำนวนช่วงเวลาที่กำหนด แต่การสังเกตและบันทึกแบบสุ่มเวลาจะสังเกตและบันทึกตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้แต่ละช่วงเวลานั้นไม่ต่อเนื่องกัน คือจะสุ่มเลือกเวลาสังเกตในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น สังเกตพฤติกรรมการร้องไห้ของเด็กอนุบาลเมื่อแม่อยู่ด้วย จะสังเกตในช่วงเวลา 30 วินาทีของตอนที่เริ่มมีแม่มาปรากฏตัว อาจจะสังเกตเช่นนี้ทุกวัน เป็นต้น

สมโกชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2549) กล่าวว่าวิธีการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม มี 6 วิธี คือ

1) การบันทึกแบบความถี่ (Frequency Recording) หรือบางครั้งก็เรียกว่า การบันทึกเหตุการณ์ (Event Recording) เป็นการบันทึกจำนวนครั้งของการเกิดของพฤติกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งช่วงเวลาที่ใช้ในการสังเกต และบันทึกนี้ย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะของพฤติกรรมที่จะทำการสังเกตเป็นหลัก

2) การบันทึกแบบระเบียนพฤติการณ์ (Anecdotal Recording) หรือการบันทึกแบบต่อเนื่อง (Continuous Recording) เป็นการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง โดยผู้สังเกตจะไม่ตีความ หรือแสดงความคิดเห็นใดๆ ทั้งสิ้น ซึ่งการบันทึกแบบระเบียนพฤติการณ์นี้มักจะใช้ในกรณีที่ยังไม่มีการกำหนดพฤติกรรมที่จะสังเกตอย่างเฉพาะเจาะจง หรือมีความต้องการที่จะเห็นลักษณะของพฤติกรรมที่แสดงออกโดยทั่วไปของบุคคลเป้าหมาย การบันทึกนั้นผู้สังเกตจะต้องกำหนดสถานที่ที่จะทำการสังเกตและกำหนดเวลาที่ทำการสังเกตด้วย

3) การบันทึกแบบความยาวนานของเวลา (Duration Recording) สามารถใช้บันทึกในแง่ของความยาวนานของเวลาที่ใช้ทั้งหมด หรือความยาวนานของเวลาที่ใช้ในแต่ละครั้งพฤติกรรมที่สังเกตนั้นต้องมีเวลาของการเกิดพฤติกรรมจนสิ้นสุดที่ชัดเจน

4) การบันทึกความยาวนานของเวลาก่อนการสนองตอบ (Latency Recording) เป็นการบันทึกความยาวนานของเวลาที่บุคคลใช้ก่อนการสนองตอบเมื่อได้รับสิ่งเร้ามากระตุ้น จะเริ่มทำการบันทึกทันทีหลังจากที่การให้สิ่งเร้ายุติลง และจะหยุดการบันทึกก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้เริ่มสนองตอบต่อสิ่งเร้าแล้ว

5) การบันทึกแบบช่วงเวลา (Interval Recording) เป็นการบันทึกว่าพฤติกรรมที่ต้องการจะสังเกตนั้นเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่กำหนด ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นจะเกิดขึ้นด้วยความถี่มากน้อยเพียงใดก็ตาม การบันทึกจะบันทึกว่าเกิดหรือไม่เกิดเท่านั้น

6) การบันทึกแบบสุ่มเวลา (Time Sampling) เป็นการสังเกตและบันทึกในแต่ละช่วงเวลาที่กำหนดไว้โดยที่จำนวนช่วงเวลานั้นไม่ต่อเนื่องกัน

สรุป การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมสามารถแบ่งเป็นการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตามความถี่ และการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตามช่วงเวลา

3.2 ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ

ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning) พัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ Burrhus F Skinner

การวางเงื่อนไขต่อพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเรียกว่าชนิด R เพราะเน้นที่การตอบสนองที่เกิดขึ้น (Emitted) การวางเงื่อนไขชนิด R อาจเรียกชื่ออีกชื่อหนึ่งว่า การวางเงื่อนไขการกระทำ (Operant Conditioning)

ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำนั้น มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (Emitted) ของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม (Consequences) ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น Skinner ให้ความสนใจกับผลกรรม 2 ประการ ได้แก่ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง (Reinforcer) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้นและผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง

3.2.3 การเสริมแรง

การเสริมแรง คือ การทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเป็นผลเนื่องมาจากผลกรรมที่ตามหลังพฤติกรรมนั้น ผลกรรมที่ทำให้พฤติกรรมมีความถี่เพิ่มขึ้น เรียกว่า ตัวเสริมแรง (Reinforcer) (Skinner,1971)

3.2.3.1 ประเภทของตัวเสริมแรง (Reinforcement)

ตัวเสริมแรงที่ใช้กันอยู่นั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด ด้วยกัน คือ

- ตัวเสริมแรงปฐมภูมิ(Primary Reinforcer) เป็นตัวเสริมแรงที่มีคุณสมบัติด้วยตัวของมันเอง เนื่องจากสามารถตอบสนองความต้องการทางชีวภาพของอินทรีย์ได้

หรือมีผลต่ออินทรีย์โดยตรง เช่น อาหาร น้ำ อากาศ ความร้อน ความหนาว ความเจ็บปวด เป็นต้น

- ตัวเสริมแรงทุติยภูมิ (Secondary Reinforcer) เป็นตัวเสริมแรงที่ต้องผ่านกระบวนการพัฒนาคุณสมบัติของการเป็นตัวเสริมแรง โดยการนำไปสัมพันธ์กับตัวเสริมแรงปฐมภูมิ เช่น คำชมเชย เงิน หรือตำแหน่งหน้าที่ เป็นต้น

3.2.3.2 การดำเนินการเสริมแรง ทำได้ 2 วิธี ดังนี้

1) การเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) คือ การเสริมแรงที่มีผล ทำให้พฤติกรรมที่ได้รับการเสริมแรงนั้นมีความถี่เพิ่มขึ้นคนส่วนใหญ่มักจะเข้าใจสับสนว่าการให้การเสริมแรงทางบวกและการให้รางวัล (Reward) มีความหมายเหมือนกัน แต่ทว่าความจริงแล้วทั้งสองอย่างนี้มีความหมายแตกต่างกัน การให้การเสริมแรงทางบวกนั้น เป็นการทำให้พฤติกรรมมีความถี่เพิ่มมากขึ้นในขณะที่การให้รางวัลเป็นการให้ต่อพฤติกรรมที่บุคคลทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามวาระและโอกาสที่สำคัญ โดยไม่จำเป็นว่าจะต้องทำให้พฤติกรรมนั้นมีความถี่เพิ่มขึ้น (Kazdin , 1984) นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้คำพูดตำหนิ หรือการตีบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ก็อาจจะเป็นเสริมแรงทางบวกได้ (Favell et al., 1978 ; Madsen et al., 1970) ถ้าการกระทำดังกล่าวส่งผลทำให้พฤติกรรมที่ได้รับการกระทำนั้นมีความถี่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งแน่นอนคงจะไม่มีใครมองว่าการใช้คำพูดตำหนิ หรือการตีบุคคลใดบุคคลหนึ่งจะเป็นการให้รางวัลแก่บุคคลคนนั้น

2) การเสริมแรงทางลบ (Negative Reinforcement) คือ การทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเป็นผลมาจากการที่แสดงพฤติกรรมดังกล่าวนั้น สามารถถอดถอนจากสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจ (Aversive Stimuli) ออกไปได้ สิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจจะเป็นตัวเสริมแรงทางลบได้ต่อเมื่อพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อถอดถอนสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจเพิ่มขึ้น (Skinner ,1953) ดังนั้นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ไม่พึงปรารถนา หรือสิ่งที่รบกวนบุคคลต่างๆ ไม่จำเป็นที่จะต้องเป็นตัวเสริมแรงทางลบเสมอไป นอกเสียจากว่ามันจะทำให้พฤติกรรมที่แสดงออกแล้วสามารถถอดถอนสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจได้นั้นมีความถี่เพิ่มขึ้น

2.3.3 ตารางการเสริมแรง (Schedules of Reinforcement)

1) การเสริมแรงแบบทุกครั้ง (Continuous Reinforcement หรือ CRF) เป็นการให้การเสริมแรงทุกครั้งที่อินทรีย์แสดงพฤติกรรมเป้าหมายได้ถูกต้อง การเสริมแรงในลักษณะนี้จะทำให้พฤติกรรมเป้าหมายที่ได้รับการเสริมแรงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนถึงระดับที่ค่อนข้างจะคงที่ แต่ไม่ค่อยสูงมากนักและจะลดลงอย่างรวดเร็ว เมื่อไม่มีการให้การเสริมแรงหรือเกิดการหยุดยั้งขึ้น (Tighe, 1982)

2) การเสริมแรงแบบครั้งคราว (Intermittent Reinforcement) เป็นการให้การเสริมแรงเป็นครั้งคราว โดยที่อาจจะมีการให้การเสริมแรงตามช่วงเวลาที่กระทำพฤติกรรม หรือตามจำนวนครั้งของการกระทำพฤติกรรมก็ได้ ซึ่งอาจแบ่งออกได้เป็น 4 ลักษณะ

คือการเสริมแรงตามช่วงเวลาที่แน่นอน เป็นการให้การเสริมแรงเมื่ออินทรีย์แสดงพฤติกรรมเป้าหมายครั้งแรกเมื่อ ครบช่วงเวลาที่กำหนดได้ การเสริมแรงตามช่วงเวลาที่ไม่แน่นอน เป็นการให้การเสริมแรงเมื่ออินทรีย์แสดงพฤติกรรมเป้าหมายครั้งแรกเมื่อครบช่วงเวลาที่กำหนดที่ไม่แน่นอน การเสริมแรงตามจำนวนครั้งที่แน่นอน เป็นการให้การเสริมแรงเมื่ออินทรีย์แสดงพฤติกรรมเป้าหมายได้ครบจำนวนครั้งที่แน่นอนที่กำหนดได้ การเสริมแรงตามจำนวนครั้งที่ไม่แน่นอน เป็นการให้การเสริมแรงเมื่ออินทรีย์แสดงพฤติกรรมเป้าหมายได้ครบตามจำนวนครั้งที่ไม่แน่นอนของการแสดงพฤติกรรม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

3.2.4 การใช้เวลานอก (Time Out)

การใช้เวลานอก เป็นวิธีการลงโทษอีกวิธีการหนึ่งที่ได้รับความนิยมใช้กันอย่างมาก การใช้เวลานอก หมายถึง การถอดถอนโอกาสที่บุคคลจะได้รับการเสริมแรงทางบวก หรือการสูญเสียตัวเสริมแรงที่บุคคลนั้นกำลังได้อยู่ในระยะเวลาหนึ่ง เมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมบางอย่างอันจะทำให้การกระทำพฤติกรรมนั้นลดลงในอนาคต (Foxx,1982) การใช้เวลานอกนั้นไม่จำเป็นที่จะต้องเอาบุคคลออกไปอยู่ในสภาพการณ์ที่จัดขึ้น หากแต่จะต้องทำให้บุคคลนั้นสูญเสียโอกาสที่จะได้รับการเสริมแรงในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งเป็นผลทำให้พฤติกรรมที่กระทำแล้วสูญเสียโอกาสที่จะได้รับการเสริมแรง และพฤติกรรมลดลง(Nelson & Rutherford,1983)

3.2.4.1 ประเภทของการใช้เวลานอก

การใช้เวลานอกอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด คือ

1) การใช้เวลานอกแบบแยกออกไป (Isolation Time Out) คือ การเอาบุคคลออกไปจากสภาพการณ์ที่ได้รับการเสริมแรง เช่น การเอาไปอยู่ในห้องที่ว่างเปล่า เป็นต้น

2) การใช้เวลานอกแบบไม่ให้เข้าร่วม (Exclusion Time Out) เป็นการใช้เวลานอกแบบที่ไม่ต้องแยกบุคคลออกไปต่างหาก หากแต่เคลื่อนย้ายออกไปจากพื้นที่ที่มีการเสริมแรงเท่านั้น อย่างเช่น การที่เด็กมีพฤติกรรมการก่อกวนชั้นเรียน ก็ให้เด็กไปนั่งอยู่ที่มุมห้องโดยหันหน้าเข้าข้างฝา หรือให้นั่งอยู่หลังม่านที่กั้นห้อง เป็นต้น นั้นคือเด็กจะไม่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม แต่ก็ยังคงอยู่ในชั้นเรียน

3) การใช้เวลานอกแบบเข้าร่วม (Nonexclusion Time Out) การใช้เวลานอกแบบนี้นั้นบุคคลยังคงอยู่ร่วมในกิจกรรม ไม่ถูกย้ายออกไปข้างนอก แต่ทว่าในช่วงที่บุคคลถูกเวลานอกนั้น บุคคลนั้นจะไม่ได้รับการเสริมแรง

3.2.4.2 หลักการใช้เวลานอกให้มีประสิทธิภาพ

หลักการของการใช้เวลานอกจึงอาจจะมองได้ในแง่ของการสร้างให้เกิดความแตกต่างระหว่างสภาพแวดล้อมของเวลาในและของเวลานอก โดยที่สภาพแวดล้อมของเวลา

นอกจะต้องมีการเสริมแรงที่น้อยกว่า ในสภาพแวดล้อมของเวลาใน (Solnick et al.,1977 ; Van Houten, 1983) หลักการใช้เวลานอกมีดังนี้

1) จะต้องแน่ใจได้ว่าบุคคลที่ถูกการใช้เวลานอกนั้นจะต้องอยู่ในสภาพที่ไม่ได้รับการเสริมแรงหรืออยู่ในสภาพการณ์ที่ได้รับการเสริมแรงน้อยว่าสภาพการณ์ที่บุคคลนั้นกำลังได้รับอยู่ และในขณะที่ใช้ในห้องเรียนควรจะใช้เวลานอกแบบไม่ให้เข้าร่วมหรือแบบเข้าร่วมจะดีกว่า เพราะว่าเด็กจะได้ไม่สูญเสียโอกาสที่จะเรียนรู้เนื้อหาวิชาในชั้นเรียน

2) ไม่ควรใช้เวลานอกให้เกิน 5 นาทีในแต่ละครั้ง แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลนั้นยุติลงหรือไม่ ถ้ากายในระยะเวลา 5 นาทีนั้นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลนั้นยังไม่ยุติลงควรจะยืดเวลาของการใช้เวลานอกออกไปอีกจนกว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นจะยุติลง ในกรณีดังกล่าวนี้ควรให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหายุติลงประมาณสัก 30 วินาที ก่อนที่จะยุติการใช้เวลานอก

3) ควรจะได้มีการอธิบายอย่างสั้นๆ ให้บุคคลที่ถูกการใช้เวลานอกได้รู้ว่าทำไมเขาจึงถูกลงโทษด้วยการใช้เวลานอก

4) ในกรณีของการจัดการเรียนการสอน การใช้เวลานอกไม่ควรจะใช้จนกว่าจะพบว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นไปขัดขวางการเรียนรู้ของเพื่อนๆ และการสอนของครู

5) พยายามให้ผู้ที่ถูกเวลานอกไปอยู่ในสภาพการณ์ที่จัดไว้ ด้วยตัวของเขาเอง นอกเสียจากว่าเหตุการณ์จำเป็นเกิดขึ้น จึงจะใช้กำลังในการเอาบุคคลนั้นไปไว้ในสภาพการณ์ที่จัดไว้สำหรับเวลานอก ในระยะแรกควรใช้วิธีการจับเวลา โดยการบอกว่าถ้าไม่เคลื่อนย้ายเดี๋ยวนี้ เวลาที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มเข้าไปในเวลาของการใช้เวลานอกอีกด้วย ถ้าไม่ได้ผลจริงๆ ค่อยใช้กำลังบังคับ

6) บุคคลที่ถูกใช้เวลานอกนั้น จะไม่สามารถออกจากการใช้เวลานอกได้ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ยกเว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากผู้ดำเนินการ หรือหมดเวลาแล้วเท่านั้น ถ้าเกิดออกมาก่อนจะต้องให้กลับไปอยู่ที่เดิมแล้วจับเวลาของการใช้เวลานอกใหม่อีกครั้ง

7) ถ้าพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อื่นๆ เกิดขึ้นในระหว่างการใช้เวลานอกอยู่ จงอย่าสนใจหากแต่เพิ่มเวลาของการใช้เวลานอกเข้าไปอีก แล้วบอกว่าทำไมจึงต้องเพิ่มเวลาเข้าไป อย่าลืม อย่าโต้เถียงกับผู้ที่ถูกเวลานอกอย่างเด็ดขาด เพียงแต่บอกและดำเนินการต่อไป

8) ก่อนใช้เวลานอกจะต้องแน่ใจว่าสภาพแวดล้อมที่บุคคลนั้นอยู่ในขณะนั้น เป็นสภาพการณ์ที่ได้รับการเสริมแรง ถ้าเด็กต้องทำการบ้านในวิชาคณิตศาสตร์ และ

เขาก็เกลียดมาก เขาอาจจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เพื่อที่ว่าเขาจะได้ไม่ต้องทำการบ้าน ดังนั้นการใช้เวลานอกกับเขาจึงเท่ากับว่าเป็นการเสริมแรงต่อพฤติกรรมที่ไม่ประสงค์ของเขา

9) เมื่อบุคคลกลับมาจากเวลานอกแล้ว เราควรจะให้การเสริมแรงทันทีที่เขาแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต,2549)

3.2.5 การจำกัดขอบเขตของพฤติกรรม (limit setting)

มีผู้กล่าวถึงการจำกัดขอบเขตของพฤติกรรม ดังนี้

Johnson (1993) กล่าวว่า การจำกัดขอบเขตของพฤติกรรมเป็นคำพูดที่อ่อนโยนแต่มีความหนักแน่นและกลายเป็นกฎระเบียบโดยเร็ว เป็นการแบ่งเขตของสัมพันธภาพ กระบวนการของการจำกัดขอบเขตของพฤติกรรมนี้สำคัญมากในการที่จะพัฒนา ego ให้เข้มแข็งขึ้น การจำกัดขอบเขตของพฤติกรรมรวมไปถึงข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับผลของการกระทำ ความชัดเจนของคำพูดที่คาดว่าจะเกิด และตามไปด้วยความต่อเนื่องสม่ำเสมอของผลที่ตามมาหลังการกระทำ การจำกัดขอบเขตของพฤติกรรมประกอบด้วย

1) ระบุพฤติกรรมที่ผู้รับบริการจำเป็นที่จะต้องควบคุม

2) ให้โอกาสผู้รับบริการในการเลือกแสดงพฤติกรรม

3) คาดเดาได้เลยว่าผู้รับบริการจะต้องทดสอบพยาบาลก่อนด้วยการต่อต้าน

4) มุ่งมั่นและมีความต่อเนื่องในการใช้การจำกัดขอบเขตของพฤติกรรมกับผู้รับบริการ

อำไพวรรณ พุมศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า การจำกัดขอบเขตของพฤติกรรมเป็นการช่วยให้เด็กเรียนรู้ การแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นวัตถุประสงค์ของการพยาบาลโดยเฉพาะเด็กที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต โอกาสที่เด็กจะแสดงพฤติกรรมแปรปรวนไปนั้นมีได้สูง เด็กควรเรียนรู้ในเรื่องเวลา ที่ควรมารับประทานอาหาร การอาบน้ำ การเข้านอน เรียนรู้เวลาที่ควรเล่น การกินยา และการแสดงออกของความรู้สึกบางอย่าง จุดมุ่งหมายในการจำกัดขอบเขตของพฤติกรรม ก็เพื่อช่วยให้เด็กเรียนรู้การควบคุมตนเอง โดยที่พยาบาลต้องมีความเข้าใจในอารมณ์และความรู้สึกของเด็ก เปิดโอกาสให้เด็กได้ระบายออกอย่างเหมาะสม และพิจารณาว่าควรให้เด็กทำอะไร เมื่อพฤติกรรมบางอย่างถูกยับยั้ง พยาบาลควรมีความสม่ำเสมอในกิจกรรมและพฤติกรรมที่ต้องการ

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การจำกัดขอบเขตพฤติกรรม (limit setting) เป็นการควบคุมภายนอกและเป็นสิ่งสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมบูรณ์ของเด็ก อาจทำได้ 2 แบบคือ

1) การให้ข้อกำหนด (Rules) เป็นการบอกถึงการกระทำที่มุ่งหวังการกำหนดขอบเขตของพฤติกรรมที่ยอมรับได้ การแนะแนวทางและการให้คำแนะนำ

2) การจำกัดหรือการห้ามมิให้กระทำ ถ้าการกระทำเช่นนี้กระทำโดยสม่ำเสมอเด็กจะลดพฤติกรรมที่รุนแรง ควบคุมตนเอง และยอมรับถึงข้อจำกัดของตน และข้อจำกัดของคนอื่นๆ ในขณะที่เด็กได้รับการจำกัดพฤติกรรมนี้ ถ้าพยาบาลปฏิบัติต่อเด็กโดยทำให้เด็กทราบหรือรู้สึกได้ว่าเป็นไปเพื่อการช่วยเหลือเด็กเองเด็กจะเกิดการเรียนรู้และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จะช่วยลดความวิตกกังวลของเด็กได้

การจำกัดพฤติกรรมควรกระทำอย่างมีเหตุผล อาจทำในกรณีที่จะช่วยให้เด็กพ้นจากอันตราย เช่น การทำร้ายตนเองหรือบุคคลอื่น การจำกัดพฤติกรรมจะดีที่สุด เมื่อมีการกระทำอย่างมั่นคงจนกระทั่งเหตุการณ์รุนแรงนั้นบรรเทาลง การจำกัดพฤติกรรมจะช่วยให้เด็กรับรู้ถึงพฤติกรรมของตนเองทั้งในด้านบวกและด้านลบ นอกจากนั้นการลงโทษเด็กไม่ใช่เป้าหมายของการจำกัดพฤติกรรม

Howard (2002) กล่าวว่า ผลของการจำกัดขอบเขตของพฤติกรรมให้เด็กรู้สึกได้รับความปกป้องจากผู้อื่น รู้จักกฎระเบียบมากขึ้น เด็กจะเข้าใจและยอมรับการจำกัดขอบเขตของพฤติกรรมได้ดีกว่า เนื่องจากเด็กไม่ชอบกฎระเบียบที่เคร่งครัดมากไป อย่างไรก็ตามการจำกัดขอบเขตของพฤติกรรมจะได้ผลดีที่สุดเมื่อผู้ดูแลทั้งหมดใช้กฎระเบียบที่มีความสม่ำเสมอต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลคนไหนหรือไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมใดก็ตามใช้วิธีเหมือนกันหมด

สรุป การจำกัดขอบเขตของพฤติกรรมเป็นกระบวนการในการพัฒนา ego ของเด็กให้เข้มแข็งขึ้น เป็นการตกลงร่วมกันระหว่างเด็กและผู้ให้การดูแลเกี่ยวกับการระบุพฤติกรรมที่เด็กจำเป็นที่จะต้องควบคุม ผลของการกระทำ ซึ่งในการจำกัดขอบเขตของพฤติกรรมต้องมีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

3.3 แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข

แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for healthy life) เป็นแนวคิดของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุขนี้พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเองเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข กล่าวคือ การสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทางกาย การพัฒนาการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งแบ่งความต้องการดังนี้

1) ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเหล่านี้คือชีวิตรอดปลอดภัย

2) ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role function needs) แบ่งเป็นบทบาทปฐมภูมิ คือ บทบาทที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก และบทบาททุติยภูมิ คือบทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราว เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการ

เพื่อการทำหน้าที่คือ ความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ หรือปฏิบัติบทบาทอย่างสร้างสรรค์ และมีความภาคภูมิใจ

3) ความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spirit) เป็นความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่นและไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้น ในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลจะเกิดความสบายใจ พึงพอใจมีความวิตกกังวลต่ำ รู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน รับรู้ศักดิ์ศรีในตน

4) ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลที่รัก และบุคคลอื่นเป็นกลุ่ม ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติทางสังคมของมนุษย์บุคคลทุกคนไม่สามารถจะอยู่คนเดียวโดยไม่มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้หากได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมบุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย ซึ่งหมายรวมถึงมีการเรียนรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้น สู่การมีอุดมการณ์ของความคิดและอารมณ์ และการพึ่งพาหรือการสนับสนุนประคับประคองซึ่งกันและกัน ตลอดทุกช่วงของชีวิต

ความต้องการของบุคคลทั้ง 4 ประเภท ดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน บุคคลจะมีความต้องการทุกด้านพร้อมๆ กัน ไม่สามารถจะกล่าวได้ว่า บุคคลมีความต้องการประเภทใดก่อนหรือหลัง การตอบสนองความต้องการก็เช่นเดียวกัน ไม่มีแบบแผนแน่นอนว่าต้องตอบสนองด้านใดก่อนหรือหลัง นอกจากนี้ การกระทำที่มุ่งตอบสนองความต้องการด้านหนึ่ง เมื่อบุคคลกระทำและตอบสนองความต้องการด้านนั้นแล้วในเวลาเดียวกัน และ/หรือในกิจกรรมเดียวกันก็สามารถตอบสนองความต้องการด้านอื่น ร่วมไปด้วยเสมอ

3.4 แนวคิดทางสภาพแวดล้อมของ Johnson

Johnson (1977) กล่าวว่าสภาพแวดล้อม ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่

1) สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอ ได้แก่ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องของกฎระเบียบ ขาดการมีส่วนร่วมในแผนการรักษาเนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอในแผนการรักษา

2) สภาพแวดล้อมที่ไม่สุขสบาย ได้แก่ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการให้การบริการของโรงพยาบาล ไม่ได้รับความสะดวกสบายหรือไม่ได้รับความสนใจจากบุคลากร

3) สภาพแวดล้อมที่ขาดความเป็นอิสระ ได้แก่ กฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เคร่งครัด ทำให้ผู้ป่วยขาดความเป็นส่วนตัวและอิสระภาพในสิ่งที่ต้องการจะปฏิบัติ การไม่ให้ออกนอกบริเวณหอผู้ป่วย จะต้องอยู่ภายในบริเวณที่จำกัด อีกทั้งกายในหอผู้ป่วยมีจำนวนผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวน

4) สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับบุคคล ได้แก่ จำนวนบุคลากรภายในหอผู้ป่วยไม่เพียงพอและต้องรับผิดชอบงานอื่นมากเกินไป เช่น งานด้านบริหาร ด้านวิชาการ ทำให้มีเวลาดูแลเอาใจใส่น้อยลงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองตามที่ต้องการ อีกทั้งการสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาลกับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกถึงปัญหาที่เผชิญอยู่

3.5 สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (Therapeutic Nurse-Patient Relationship)

3.5.1 ความหมาย

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย หมายถึง บุคคลสองคน คือ พยาบาลและผู้ป่วย ได้มีการติดต่อเกี่ยวข้องกันชั่วระยะเวลาหนึ่งระยะเวลานาน ซึ่งระยะเวลาของการติดต่อเกี่ยวข้องนี้พยาบาลมีบทบาทในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการได้รับการตอบสนองความต้องการ ช่วยแก้ปัญหาและช่วยให้ฟื้นจากความเจ็บป่วยด้วยความรู้ความสามารถของพยาบาล โดยทั่วๆไป เป้าหมายของสัมพันธภาพจะมุ่งสู่การเติบโตงอกงาม (growth) ของผู้ป่วย และรวมถึงสิ่งต่างๆ ดังนี้

1) ให้ผู้ป่วยตระหนักในตนเอง ยอมรับตนเอง และเพิ่มความนับถือตนเองให้มากขึ้น

2) ให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองดีขึ้น และปรับปรุงตัวเองด้านความคิดและการแสดงออก

3) ให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะสร้างความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นพอควร มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยสามารถที่จะเป็นผู้ให้และผู้รับความรัก

4) ให้ผู้ป่วยปรับปรุงการกระทำหน้าที่ในการดำรงชีวิต และเพิ่มความสามารถที่จะทำให้ความต้องการจำเป็นต่างๆ ได้รับความพึงพอใจและบรรลุเป้าหมายที่เป็นจริง (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

3.5.2 องค์ประกอบพื้นฐานในการสร้างสัมพันธภาพ

3.5.2.1 ความรู้สึกว่ามีคนรัก (The feeling of being love) ความต้องการของมนุษย์ตลอดชีวิต คือ ความรู้สึกว่ามีคนรัก ซึ่งทำให้ผู้รู้สึกเกิดความสุขและพอใจ และคนที่มีความรักก็เป็นคนพร้อมที่จะให้และกระทำดีต่อผู้ที่ตนรัก มีความอดทนต่อความน่ารังเกียจ และความประพฤติที่ไม่เหมาะสม ช่วยเหลือด้วยความเมตตา อดทน นุ่มนวล พยาบาลมีความรักเพื่อนมนุษย์จึงสามารถปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยความเมตตา อดทน นุ่มนวล นับถือ และสุขุม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกได้ว่าตนนั้นได้รับความรัก เกิดความอบอุ่น

3.5.2.2 ความรู้สึกไว้วางใจ (The feeling of trust) ความไว้วางใจเมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลใดแล้วจะทำให้บุคคลผู้นั้นรู้สึกถึงความปลอดภัยในการที่จะติดต่อกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง พื้นฐานของความไว้วางใจนี้จะเกิดขึ้นจากการที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในอดีต ถ้ามีความมั่นคงเท่าไหร่ก็มีความไว้วางใจเกิดขึ้นมาก ฉะนั้นพยาบาลจึงสามารถจะคาดการณ์ได้ว่า ถ้าหากความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนอง และถ้าหากมีคนใดคนหนึ่ง

ในที่เขาอยู่นั้นไม่เป็นที่พอใจของเขา ผู้ป่วยก็จะรู้สึกว่าไม่มีความไว้วางใจตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยรู้สึกมีความมั่นคง เขาก็มักจะผ่อนคลายความตึงเครียดอยู่อย่างสบายและเต็มใจที่จะร่วมมือในการรักษา ความไว้วางใจเป็นสิ่งแรกที่ผู้ป่วยแสวงหาเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เราจะพบบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยพยายามทดสอบพยาบาลเพื่อแสวงหาความไว้วางใจ เช่น เมื่อถูกรับไว้รักษาจะทดสอบดูว่าเมื่อกดกระดิ่งแล้วจะมีใครมาบ้าง ถามว่าคุณออกเวรจะมีใครมาเปลี่ยนไหม หรือถามคนงานว่าพยาบาลที่ตึกนี้ใจดีไหม หรือถ้าไม่พูดก็จะแสดงออกมาเป็นการกระทำแบบที่พยาบาลถือว่าเป็นการรบกวนอย่างมาก เช่น รู้สึกเจ็บตรงนั้นตรงนี้ ขอโน่นขอนี่

3.5.2.3 ความรู้สึกภาคภูมิใจตนเองและนับถือตนเอง (The feeling of self-esteem and self-respect) ความภาคภูมิใจในตนเองและนับถือตนเองมีความเกี่ยวพันกันมาก และหมายถึงสิ่งที่ทำให้แต่ละคนรู้สึกว่าตนเองมีค่าน่าสนใจ ได้รับการยกย่องและมีเกียรติ ปกติเราทุกคนต้องการและหวังที่จะได้รับการยกย่องและคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเอง แต่เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือถูกกดดันมากคนเรามักจะมีความรู้สึกแตกต่างออกไปมาก โดยทางที่ไม่พูด เขาหวังที่จะให้คนอื่นเห็นว่าเขามีคุณค่า และเขาก็จะรู้สึกนับถือผู้นั้นที่เชื่อและเห็นคุณค่าของเขา

3.5.2.4 ความรู้สึกถูกยอมรับว่าเป็นผู้อาศัยพึ่งพา (The feeling of accept dependent) ผู้ป่วยเจ็บย่อมจะต้องเป็นผู้ที่พึ่งพิงคนอื่นชั่วระยะหนึ่ง สิ่งแรกคือพึ่งพิงผู้ซึ่งดูแลรักษาพยาบาล สิ่งที่สองคือภาระกิจที่กำลังกระทำอยู่ย่อมต้องการให้คนอื่นมาช่วยรับภาระแทน ผู้ป่วยบางคนรู้สึกดีใจที่พ้นภาระหน้าที่ชั่วคราวแต่บางคนก็รู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองและฐานะ (Status) อย่างไรก็ตามความเจ็บป่วยทำให้ภาวะทางอารมณ์ของบุคคลน้อยลงกว่าอายุจริง คือมีอารมณ์เป็นเด็กและต้องการพึ่งพิงคนอื่นก็เป็นพื้นฐานของความต้องการของชีวิตมนุษย์ตั้งแต่วัยเด็ก หรือในขณะที่มีความทุกข์หรือความกดดัน การที่พยาบาลยอมรับนับถือในความนึกคิดของผู้ป่วย หมายความว่าพยาบาลได้ยอมรับและพบกับความต้องการของเขาแล้วในขณะนั้น

3.5.2.5 ความรู้สึกระหว่างการต้องการพึ่งพิงและต้องการเป็นอิสระ (The feeling of interdependency) ความรู้สึกเช่นนี้จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกคน และเราทราบว่ามนุษย์เราย่อมต้องพึ่งพาอาศัยคนอื่นไม่มากก็น้อยเพื่อความคงอยู่ของชีวิต เช่น อาจจะต้องอาศัยการตัดสินใจของคนอื่นและแบ่งปันความรับผิดชอบกัน ฯลฯ ฉะนั้นความรู้สึกเช่นนี้จึงถือว่าเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ ผู้ป่วยและพยาบาลต่างก็ต้องพึ่งพาอาศัยความรู้ความชำนาญของพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือตน ฉะนั้นพยาบาลจะต้องใช้ความสังเกตความรู้สึกของผู้ป่วยในระยะนี้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้บรรลุถึงเป้าหมาย

3.5.2.6 ความรู้สึกของความเป็นอิสระ (The feeling of independency) ธรรมชาติของมนุษย์ต้องการความเป็นอิสระ พึ่งตนเอง จะสังเกตได้ตั้งแต่วัยเด็กเมื่อสามารถช่วยตัวเองได้ เช่น ยืนได้ เดินได้ มักจะไม่ต้องการให้แม่หรือพี่เลี้ยงคอยจับประคับประคอง และสิ่งที่ส่อให้เห็นถึงความเจริญวัยคือ สามารถแก้ปัญหาและตัดสินใจด้วยตนเองได้ ฉะนั้นพยาบาลจึงต้อง

เข้าใจและรู้สึกสังเกตผู้ป่วยในระยะนี้ด้วยการสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยที่พยายามจะช่วยตัวเอง ซึ่งผู้ป่วยบางคนต้องการเวลาบ้าง (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

สรุป การมีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย พยาบาลจะต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษาเครื่องมือในตัวพยาบาลคือความรัก ความเข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่น ความเห็นใจ ความเข้าใจและการยอมรับการใช้แนวคิดเหล่านี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 2 ประการ คือ ความสามารถในการแยกแยะความต้องการของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และความสามารถของพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพบกับความต้องการของเขา

3.5.3 องค์ประกอบของเครื่องมือในตัวพยาบาลซึ่งใช้ในการบำบัดรักษา

3.5.3.1 ความรัก (Love) คือ การแสดงความเอาใจใส่ดูแล (care) และความเอื้ออาทรผู้อื่น (concern)

การเอาใจใส่ คือ การผูกมัดตัวเอง ใช้เวลา ใช้ความรู้ ใช้ทักษะเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นช่วยแก้ปัญหาหรือมีส่วนร่วมในภาวะที่เขามีความเครียดและไม่สุขสบาย

ความเอื้ออาทร คือ การแสดงความนับถือในความเป็นบุคคล แสดงให้เขาเห็นคุณค่าในตนเอง โดยแสดงความสนใจ เมตตาสงสาร ให้ความอบอุ่น และความสุขสบายแก่ผู้ป่วย

เมื่อพยาบาลแสดงการเอาใจใส่และเอื้ออาทร ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองมีค่า มีความเป็นเจ้าของ มีความมั่นคง และมีความหวัง การกระทำซึ่งแสดงออกถึงความรักระดับง่ายๆ คือ ยิ้ม ผงกศีรษะ เรียกชื่อ ขอโทษ ตอบคำถาม ฯลฯ ระดับซับซ้อน คือ สนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ชอบ ใช้เวลาอธิบาย หรืออธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจซ้ำ รับฟังเรื่องราวที่ผู้ป่วยเล่าซ้ำๆ จัดหาหมอนให้ผู้ป่วยนอน เปิดปิดหน้าต่าง สุภาพและนุ่มนวลอย่างเหมาะสม ฯลฯ

3.5.3.2 ความเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย (Empathy) ซึ่งทำให้เข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย แยกแยะความรู้สึกของผู้ป่วยได้โดยที่พยาบาลไม่จำเป็นต้องมีปัญหาเช่นผู้ป่วย

3.5.2.3 ความเห็นใจ (Sympathy) คือ การตระหนักในความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด ภาวะเครียดของผู้ป่วย ซึ่งทำให้พยาบาลหาทางช่วยเหลือ แต่ต้องระวังอย่าให้กลายเป็นความสงสาร(pity) เพราะพยาบาลจะทำให้ระดับความมีคุณค่าของผู้ป่วยลดลงและจะช่วยผู้ป่วยได้น้อย

3.5.2.4 ความเข้าใจ (Understanding) คือ การที่พยาบาลเข้าใจความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่เปิดเผยและซ่อนเร้นของผู้ป่วย ความเข้าใจขึ้นอยู่กับความสามารถในการให้ความรัก ความเข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่นและความเห็นใจ กระทำได้โดยรับฟังเรียนรู้เรื่องความเป็นเอกลักษณ์ของผู้ป่วย วัฒนธรรมศาสนาสังคมที่ผู้ป่วยคุ้นเคย คงไว้ซึ่งการไม่ตัดสินพฤติกรรมของผู้ป่วย ให้ความอบอุ่น ความเมตตา แสวงหาข้อมูลข่าวสารที่กระจ่างและตรวจสอบและแปลข้อมูลข่าวสารให้ถูกต้อง

3.5.2.5 การยอมรับ (Acceptance) คือ การที่พยาบาลมีทัศนคติในทางบวก ตระหนักและนับถือในความเป็นบุคคล การยอมรับแสดงได้ทั้งการพูดและกิริยาท่าทาง การยอมรับของพยาบาลคือการประคับประคองสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในความต้องการขั้นพื้นฐานจากระดับต่ำจนถึงระดับสูง (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บุญทัน ไกรเพ็ชร์ (2531) ได้ทำการทดลองปรับพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน โดยใช้การเสริมแรงทางสังคม พบว่านักเรียนที่ได้รับการเสริมแรงทางสังคมกับพฤติกรรมที่เหมาะสม จะแสดงพฤติกรรมเหมาะสมเพิ่มขึ้นและเมื่อได้รับการเพิกเฉยต่อพฤติกรรมก้าวร้าวจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง

พัชรา พุ่มพชาติ (2533) ได้ศึกษาอิทธิพลของเสียงดนตรีที่มีต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปฐมวัย พบว่าการใช้เสียงดนตรีประกอบการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ทำให้เด็กปฐมวัยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง

รจนา กาแก้ว (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมที่เรียนร่วมกับเด็กปกติระดับก่อนประถมศึกษา โดยใช้วิธีปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กลดลงหลังใช้วิธีการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

รัชนี ดังโพนทอง และคณะ (2540) ได้ศึกษาการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อนระดับปานกลางโดยเพิกเฉยเมื่อเด็กปัญญาอ่อนมีพฤติกรรมก้าวร้าวและให้การเสริมแรงทางสังคมเมื่อเด็กปัญญาอ่อนมีพฤติกรรมที่เหมาะสมพบว่าเด็กปัญญาอ่อนมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น

สมพร สุทัศนีย์ (2522 : บทคัดย่อ) ได้ใช้การเสริมแรงทางสังคมปรับพฤติกรรมเงียบขรึมผิดปกติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 พบว่าการให้คำชมเชย แสดงการยอมรับ และให้ความสนใจจากครู ทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น และทำให้พฤติกรรมเงียบขรึมลดลง

Adams & Popelka (1971) ได้ใช้เวลานอกปรับพฤติกรรมติดอ่างของเด็กวัยรุ่นที่มักจะติดอ่างเวลาให้อ่านหนังสือออกเสียงในชั้นเรียน โดยเขาให้เด็กอ่านไปจนกระทั่งเริ่มติดอ่างเมื่อเด็กเริ่มติดอ่าง เขาจะกดเสียงกระดิ่งที่มีเสียงค่อนข้างจะนุ่มเป็นเวลา 10 วินาที ซึ่งในระหว่างนั้นจะให้เด็กหยุดอ่านหนังสือ และเมื่อเสียงกระดิ่งหยุดเขาจะให้เริ่มอ่านต่อไป เขาพบว่าเด็กที่ติดอ่างแล้วได้รับเวลานอก จะลดพฤติกรรมติดอ่างลงในขณะที่เด็กติดอ่างแล้วไม่ได้รับเวลานอกจะมีลักษณะของพฤติกรรมการติดอ่างเหมือนเดิม

Allen and Keith (1970) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการแก้ไขพฤติกรรมของเด็กที่ทำร้ายผู้อื่นและก้าวร้าวรุนแรง ด้วยการไม่ให้ความสนใจกับพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง ผลปรากฏว่าเด็กมีพฤติกรรมรุนแรงลดลง

Borton และคณะ (1970) ได้ศึกษาการใช้เวลานอกในการปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (ขโมยอาหารจากผู้อื่น และรับประทานอาหารด้วยมือ) ในระหว่างเวลารับประทานอาหารของเด็กพิการวัยรุ่น ซึ่งเมื่อใดก็ตามที่เด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เขาจะใช้วิธีเวลานอก 2 แบบ คือ เมื่อเด็กบางคนทำพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เขาจะนำเด็กคนนั้นออกจากห้องอาหารไปเลย และเมื่อเด็กบางคนทำพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เขาจะนำเอาถาดอาหารออกไปจากเด็กคนนั้น เป็นเวลา 15 วินาทีแล้วคืนให้ดังเดิม ผลปรากฏว่าพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กวัยรุ่นเหล่านั้นยุติลง

Borton & Bailey (1969) ได้ศึกษาการใช้เวลานอกพร้อมกับการเสริมแรงในการยุติพฤติกรรมก้าวร้าว(ตี กัด เตะ) พร้อมทั้งเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (พฤติกรรมใดก็ได้ที่ไม่ใช้พฤติกรรมก้าวร้าว) โดยที่เมื่อใดก็ตามที่เด็กเริ่ม ตี หรือกัด หรือเตะเด็กคนอื่นๆ เขาจะจับเด็กคนนี้ไปอยู่ในห้องเล็กๆ เป็นเวลา 2 นาที จากนั้นถ้าเด็กไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เขาจะเสริมแรงด้วยอาหารทันที ซึ่งได้แก่ ขนม นม หรือคุกกี้ เป็นต้น ผลปรากฏว่าพฤติกรรมก้าวร้าวยุติลง

Foxx & Shapiro (1978) ได้ศึกษาการใช้เวลานอกกับเด็กพิการ 5 คน ที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนา เช่น มักจะลุกออกจากโต๊ะ ทำเสียงประหลาด ตีเพื่อนข้างเคียง หรือตะโกนเสียงดัง เป็นต้น เป็นเวลามากกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ ของเวลาเรียนทั้งหมด โดย เขาได้ใช้วิธีให้เด็กทุกคนได้รับริบบิ้น ซึ่งริบบิ้นนั้นจะหมายความว่าเด็กจะได้รับการเสริมแรงเมื่อแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ แต่เมื่อใดก็ตามที่เด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เขาจะถูกถอดริบบิ้นออก ซึ่งหมายความว่าเขาจะไม่ได้รับการเสริมแรงใดๆ เลย ภายหลังจากการใช้เวลานอกนี้เป็นเวลา 45 วัน แล้วผลปรากฏว่าพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นี้ลดลงถึงต่ำกว่า 10 เปอร์เซ็นต์ ของเวลาเรียนทั้งหมด

Hart and others (1968) ได้ใช้การเสริมแรงทางสังคมเพื่อปรับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กหญิงอายุ 5 ปี ซึ่งแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวคือพูดไม่สุภาพ และใช้คำพูดสบประมาท ผู้วิจัยได้เริ่มแก้ไขให้เขามีการเล่นกับเพื่อนมากขึ้น ในระยะแรก พบว่าเด็กผู้นี้อยู่ใกล้กับเด็กอื่นร้อยละ 4 ของเวลาทั้งหมด ในระยะนี้ครูได้ให้ความสัมพันธ์ประมาณร้อยละ 10 ต่อมาในช่วงเวลา 7 วัน หลังจากนั้นครูได้ให้ความสนใจอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งให้ของเล่นที่ต้องการด้วย เมื่อเขาเล่นกับเพื่อนและไม่ให้ความสนใจเมื่อเขาแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ผลปรากฏว่า การเล่นของเด็กนั้นที่เล่นรวมกับเด็กอื่น เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 ในระยะเวลาต่อมาเมื่อครูไม่ให้การเสริมแรงกับพฤติกรรมที่เหมาะสม ผลปรากฏว่า พฤติกรรมการเล่นกับเพื่อนลดลง และในที่สุดเมื่อครูกลับไปใช้วิธีการเสริมแรงกับพฤติกรรมที่เหมาะสมใหม่ ก็ปรากฏว่า พฤติกรรมการเล่นรวมกับเด็กอื่นเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75

Scott and others (1967) ได้ทำการศึกษาวิธีการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนชายอายุ 4 ปีในโรงเรียนอนุบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งได้ใช้วิธีปรับพฤติกรรมเพื่อให้เขามีความสัมพันธ์กับเพื่อนมากขึ้น โดยในระยะแรกครูเพียงแต่สังเกตและบันทึกความถี่ของพฤติกรรมก้าวร้าว ในระยะที่ 2 ครูได้รับคำแนะนำให้ใช้การเสริมแรงทางสังคม คือให้คำชมเชยและให้ความสนใจ เมื่อเขาแสดง

พฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การช่วยเหลือผู้อื่น สนใจผู้อื่น พูดคุยกับผู้อื่นอย่างเป็นมิตร ตลอดจนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ในขณะเดียวกันก็จะไม่ให้การเสริมแรงเมื่อเด็กแสดงความก้าวร้าว เช่น การทำร้ายร่างกาย ข่มขู่ และเรียกร้อง จากผลการวิจัยพบว่า ความถี่ของพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงและเด็กมีความสัมพันธ์กับเพื่อนมากขึ้น

Thompson (1967) ได้ศึกษาการให้แรงเสริมกับเด็กเล็ก โดยเด็กจะได้รับลูกกวาดพร้อมกับคำชมและการยิ้มเมื่อเด็กมองหน้าครูผลปรากฏว่าเด็กที่ไม่เคยสนใจครูเลย กลับมีความสนใจที่จะฟังครูพูดมากขึ้น คำชมต่างๆ เช่น ดี ถูก เก่ง ดีมาก เก่งมาก ช่วยให้เด็กสนใจที่มองหน้าและพูดกับครู ทำให้เด็กที่พูดน้อยมีโอกาสพูดมากขึ้น

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning) ของ Burrhus F Skinner (1904-1990) แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for healthy life) ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) และแนวคิดทางสภาพแวดล้อมของ Johnson (1977)

โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ	→	พฤติกรรมก้าวร้าว
1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับเด็กปัญญาอ่อน 2. ปรับพฤติกรรม 3. จัดสภาพแวดล้อม 4. ให้ความรู้และการให้ความช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่เด็กปัญญาอ่อน		- พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย - พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา