

ผลของการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF MILIEU THERAPY ON AGGRESSIVE BEHAVIORS OF SEVERE AUTISTIC
CHILDREN



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

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง
โดย	นายประจักษ์ พุกสุภา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐกมล ชาญสาธิตพร)	

ประจักษ์ พุกสุภา : ผลของการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียน
 อากาการรุนแรง. (THE EFFECT OF MILIEU THERAPY ON AGGRESSIVE BEHAVIORS OF
 SEVERE AUTISTIC CHILDREN) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง เรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์
 คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอากาการรุนแรงก่อนและหลังได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และ 2)
 เปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอากาการรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับ
 การพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กออทิสติกอากาการรุนแรงอายุ 6-12 ปี และผู้ดูแลหลัก ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน
 สถาบันราชานุกูล ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้รับการจับคู่ (Matched pair) และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ
 18 คู่ กลุ่มทดลองได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอากาการรุนแรง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่ม
 ควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ 1)แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเด็กออทิสติกอากาการรุนแรงและ
 ผู้ดูแลหลัก 2)แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติกอากาการรุนแรง 3)แนวทางปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด
 สำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอากาการรุนแรง 4)คู่มือการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอากาการรุนแรงสำหรับผู้ดูแล 5)
 แบบประเมินความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านของผู้ดูแล เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
 โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก
 อากาการรุนแรงเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสำคัญ คือ

- 1) พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอากาการรุนแรงหลังการได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดจะลดลงกว่าก่อน
 ได้รับการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 2) พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอากาการรุนแรง กลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับ
 การพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิจัยนี้สรุปได้ว่าการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดในการพยาบาลเด็กออทิสติกอากาการรุนแรงมีผลทำให้พฤติกรรมก้าวร้าว
 ลดลงได้

CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077305936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: MILIEU THERAPY, SEVERE AUTISTIC CHILDREN, AGGRESSIVE BEHAVIORS

Prajak Puksupa : THE EFFECT OF MILIEU THERAPY ON AGGRESSIVE BEHAVIORS OF SEVERE AUTISTIC CHILDREN. Advisor: Assoc. Prof. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D.

The purposes of this quasi – experimental research using the pretest-posttest design were : 1) to compare aggressive behaviors of severe autistic children before and after using the milieu therapy program, and 2) to compare aggressive behaviors of severe autistic children using the milieu therapy program and those received usual nursing care. Thirty six of severe autistic children, aged 6-12 and caregivers receiving services in the inpatient department of Rajanukul Institute, selected by inclusion criteria, were matched pair by sex of severe autistic children and age, then, equally randomly assigned to an experimental group and a control group with 18 subjects in each group. The experimental group received the milieu therapy program program for 4 weeks. The control group received usual nursing care. Research instruments were: 1) A personal data questionnaire, 2) An aggressive behaviors assessment scale, 3) A clinical nursing practice guideline of the milieu therapy for severe autistic children, 4) A nurses teaching manual for parents on aggressive behavior management, 5) A checklist on the aggressive behavior management program at home for caregivers. All instruments were content validated by a panel of 5 experts. The reliability of the aggressive behavior scale was .87. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows :

1) Aggressive behaviors of severe autistic children after using the milieu therapy program was significantly lower than those before, at the .05 level

2) Aggressive behaviors of severe autistic children who received the milieu therapy program was significantly lower than those who received usual nursing care, at the .05 level.

Therefore , the use of milieu therapy in nursing care program severe autistic children influenced the reduction of aggressive behaviors among severe autistic children.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยผลจากความกรุณาอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ คำแนะนำข้อคิด และแนวทางในการทำ วิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้ความเมตตา กรุณา เสียสละเวลา ประคับประคอง ช่วยเหลือ ช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์ด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ตลอดมา ตลอดจนเป็นแรงกระตุ้น และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยพยายามทำการศึกษายิ่งเต็มความสามารถ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร.ณัฐกมล ชาญสาธิตพร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็น ที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ที่ กรุณาตรวจสอบเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พี่ๆ น้องๆพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการศึกษา คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจเรื่อยมา ตลอดจนเด็กและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ

ขอรำลึกถึงพระคุณบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด และทุกคนในครอบครัว ให้ความช่วยเหลือมอบ ความรัก ความเข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ไม่อาจเอ่ยนามได้ ทั้งหมดที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่าซึ่ง เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอมอบให้บิดามารดา คณาจารย์ผู้ ประสิทธิ์ประสาทวิชา เด็กออทิสติกและครอบครัวเด็กออทิสติกทุกท่าน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

ประจักษ์ พุกสุภา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
แนวเหตุผลและสมมติฐาน	5
สมมติฐานการวิจัย	9
ขอบเขตการวิจัย	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติก.....	14
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก.....	21
3. การพยาบาลเด็กออทิสติกอาการรุนแรง	27
4. สิ่งแวดล้อมบำบัด	32
5. การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว	39

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
7. กรอบแนวคิดงานวิจัย.....	44
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา.....	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	45
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	46
ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	47
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	49
การดำเนินการทดลอง.....	55
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	81
สรุปผลการวิจัย.....	84
อภิปรายผล.....	85
ข้อเสนอแนะ.....	89
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	90
บรรณานุกรม.....	91
ภาคผนวก.....	100
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	101
ภาคผนวก ข ผลการพิจารณาจริยธรรม ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือยินยอมประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	103
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	120
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	125
ประวัติผู้เขียน.....	130

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ และอายุเด็กออทิสติก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	48
ตารางที่ 2 รายละเอียดการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด ในสัปดาห์ที่ 1.....	58
ตารางที่ 3 ค่าร้อยละแบบประเมินความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงที่บ้านของผู้ดูแลหลัก	68
ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติก จำแนกตาม เพศ อายุ บุตรคนที่ การรักษาในปัจจุบัน และพฤติกรรมก้าวร้าว	73
ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลหลัก จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก และความเกี่ยวข้องกับเด็ก	74
ตารางที่ 6 คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวและการแปลผลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง (Pre-Test) หลังทดลอง (Post-test) จำแนกทางกย ทางวาจา และทางสิ่งของ	76
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ระหว่างก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมสิ่งแวดล้อมบำบัด ของกลุ่มทดลอง (n=18)....	77
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และกลุ่มควบคุม (n=36).....	78
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และกลุ่มควบคุม (n=36).....	80

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคออทิสซึมสเปกตรัม (Autism spectrum disorder) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของสมองบางส่วนโดยยังไม่ทราบแน่ชัดว่าอะไรเป็นสาเหตุ (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2541) ปัจจุบันพบการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยเด็กออทิสติกมากขึ้นในทุกประเทศ มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อสารด้วยวจนภาษาและ อวัจนภาษา และมีพฤติกรรมหรือความสนใจที่จำกัด หรือซ้ำ ๆ ปัจจุบันโรคออทิสซึมสเปกตรัมมีแนวโน้มสูงขึ้น ในทุกประเทศทั่วโลกพบได้ทุกเชื้อชาติพบเด็ก 1 ใน 160 คนจากทั่วโลกจะมีการป่วยด้วยโรคออทิสซึมสเปกตรัม จากการศึกษาทางระบาดวิทยาในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากรายงานล่าสุดของการสำรวจความชุกของผู้ป่วยเด็กออทิสติกทั่วโลกพบว่า มีความชุกของโรคออทิสซึมสเปกตรัม คือ 1 คน ต่อเด็กทุก 68 คน (CDC, 2014) สำหรับอัตราความชุกของโรคออทิสซึมสเปกตรัมในประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์ของโรคสูงขึ้นเช่นกัน จากสถิติของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2559 พบความชุกของออทิสติก ประมาณ 6 : 1,000 คน อัตราส่วนคิดเป็นร้อยละ 0.6 (กรมสุขภาพจิต , 2559) ซึ่งถือเป็นอัตราส่วนที่สูงมาก และเพิ่มขึ้นทุกปี สาเหตุการเกิดของโรคออทิสซึมสเปกตรัมปัจจุบัน ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกันทั้งเรื่องปัจจัยทางพันธุกรรม เช่น ความเกี่ยวข้องของยีนในหลายตำแหน่ง การเกิดในฝาแฝดและในพี่น้องที่เป็นโรคออทิสซึมสเปกตรัม ปัจจัยด้านสารสื่อประสาทโดยเฉพาะสารซีโรโทนินที่พบว่าสูงขึ้น ปัจจัยโครงสร้างของสมองที่พบว่า สมองของผู้ที่เป็นโรคออทิสซึมสเปกตรัมจะมีขนาดใหญ่กว่าของคนทั่วไป หรืออาจมีขนาดของสมองที่ผิดปกติ ปัจจัยการติดเชื้ระหว่าง การตั้งครรภ์และหลังคลอด อาการของโรคออทิสซึมสเปกตรัมส่วนใหญ่จะแสดงตั้งแต่เล็กก่อน อายุ 3 ขวบ ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีรูปแบบของกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ซ้ำ ๆ โดยอาการที่เกิดมีผลต่อความ บกพร่องทางสังคม อาชีพ และเรื่องอื่นๆ

เด็กออทิสติกอาการรุนแรง โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เริ่มมีอาการชัดเจนขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยเรียน มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม และการเรียน (Barbarese, Katusic, & Voigt., 2006) บางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายสิ่งของ มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าบางอย่าง เช่น ทนต่อความเจ็บปวด มีปฏิกิริยาไวต่อแสง เสียง การสัมผัส หรือกลิ่น อารมณ์ผิดปกติ เช่น หัวเราะ หรือร้องไห้โดยไม่มี เหตุผล และขาดการตอบสนองต่อสิ่งเร้า อาจไม่มีความกลัวเมื่อประสบอันตราย หรือกลัวมากต่อสิ่งที่ไม่เป็นอันตราย บางรายอาจทำร้ายตัวเอง เช่น เอาศีรษะโขกกับพื้น กัดนิ้ว กัดข้อมือ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551) พบ

ในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง เท่ากับ 4-5:1 (โรงพยาบาลยูวประสาทฯ,2553 ; กรมสุขภาพจิต, 2553) เด็กชายจะพฤติกรรมก้าวร้าวที่รุนแรงกว่าเด็กหญิง และพบได้ทุกกลุ่มอายุ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ในเด็กวัยเรียนนั้นความก้าวร้าวที่แสดงออกมา จะควบคุมได้ยากกว่าในเด็กเล็ก เนื่องจากการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายของเด็ก เมื่ออายุมากขึ้น เด็กตัวโตขึ้น จะยิ่งส่งผลให้มีอาการรุนแรงมากยิ่งขึ้น และควบคุมความก้าวร้าวได้ยาก (อุมาพร ตรังสมบัติ, 2545) โดยสามารถวัดความรุนแรงได้จากแบบประเมินความรุนแรงของอาการออทิสติก หรือ ATEC(Autism Treatment Evaluation Checklist) ความรุนแรงของอาการเด็กออทิสติก (Rimland and Edelson ,1999)

ผลกระทบต่อตัวเด็กและครอบครัว เกิดจากปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม และการเรียน แต่ปัญหาที่สำคัญมากที่สุดที่ต้องเร่งรีบแก้ไข คือ พฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากเด็กอยู่ที่บ้านไม่ได้ ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ ไปโรงเรียนไม่ได้ เด็กจึงต้องเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อจำเป็นต้องดูแลบำบัดทางการแพทย์ และจัดกระทำกับปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว สอดคล้องกับสถิติเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในสถาบันราชานุกูล พบว่าผู้ป่วยเด็กออทิสติกอาการรุนแรงที่เข้ารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยในปี 2559-2561 มีจำนวน 2,667 , 2,246 และ 2,500 มีแนวโน้มที่สูงขึ้นตามลำดับ (งานเวชสถิติสถาบันราชานุกูล, 2561)

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกของเด็กออทิสติกที่สัมพันธ์กับความไม่พอใจ อารมณ์โกรธและมีความยากลำบากในการสื่อสารกับบุคคลอื่น จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ทำร้ายตนเอง หรือบุคคลอื่น หรือกระทำต่อสิ่งของรอบตัว ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม ทั้งทางตรงและทางอ้อม ประกอบด้วยพฤติกรรม 4 กลุ่มได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด เช่น การส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธ ตะโกนว่ากล่าว พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายร่างกายตนเอง เช่น การหยิก ข่วนผิวหนัง ชกตีตนเอง ศีรษะโขกพื้น กำปั้นชกสิ่งของ ใช้ปากกัดตัวเอง พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายร่างกายผู้อื่น เช่น พฤติกรรมกระชากเสื้อผ้า/ลำตัว/ตบตี/ชกต่อย ดึงผม กระดุกหัก มีบาดแผลลึก และพฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของ เช่น การเขย่าประตู ฉีกเสื้อผ้า ปิดสิ่งของลงพื้น ซีดเขียนฝาผนังห้อง ทบสิ่งของให้แตก ทบกระจก(Yudofsky et al.,1986) ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกนั้น ประกอบไปด้วย

ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ เด็กมีความบกพร่องด้านการสื่อสารและภาษา โดยเด็กไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ ไม่สามารถระบายออกมาเป็นคำพูดได้ จึงเกิดความไม่พอใจจนถึงขั้นอารมณ์โกรธ ซึ่งอารมณ์โกรธ เป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลให้เด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Kloosterman et al, 2014; Erbas et al,2013) ทักษะสังคมบกพร่อง ได้แก่ ไม่สามารถใช้ภาษาท่าทางสื่อสารกับครอบครัว เพื่อตอบสนองกับความต้องการของตนเองได้ ไม่เข้าใจสถานการณ์ทางสังคม (Mazurek et al, 2013)

ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ผู้ดูแลหลักขาดความรู้และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวและขาดความรู้ในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่เข้าใจหลักการปรับพฤติกรรม จึงส่งผลให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงขึ้น (Hill et al., 2014; Kanne & Mazurek, 2011; Mazurek et al., 2013) ผู้ดูแลหลักไม่สามารถดูแลเด็กออทิสติกให้อยู่ร่วมกับสมาชิกครอบครัวได้ การดูแลด้านปัญหาพฤติกรรมจึงมีความสำคัญอย่างมากในเด็กออทิสติกวัยเรียน ช่วงอายุ 6-12 ปี เพราะเป็นช่วงที่เด็กสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคม กับเพื่อน และรู้จักการเรียนรู้จดจำในพฤติกรรมที่เหมาะสม ชอบทำกิจกรรมเป็นกลุ่ม และสนใจคนรอบข้าง (ศิริกุล อิศรานุรักษ์ , 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการจัดการกระทำกับสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสมร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยสามารถลดพฤติกรรมทางลบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ และเปิดโอกาสให้มีการเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วยอื่น (Borge L, Rossberg JI, Sverdrup S, 2013) มีผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้การพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัดในเด็กออทิสติก พบว่า สามารถเพิ่มทักษะด้านการสื่อสาร และลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ (Mancil, G. R., Conroy, M. A., & Haydon, T. F., 2009)

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษา พบว่าเด็กปัญญาอ่อนที่ได้รับการพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัด มีการเน้นในเรื่องการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ และการจัดสิ่งแวดล้อมร่วมกับการปรับพฤติกรรมเด็กปัญญาอ่อน ผลการศึกษาพบว่าเด็กปัญญาอ่อนมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กที่จะสามารถปรับสภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับอารมณ์ของเด็กทำให้สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ และมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้ (ชัช ชุงสันเทียะ , 2550) และการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกก่อน และหลังได้รับการบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีการเน้นในเรื่องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ และการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก ผลการศึกษาพบว่าเด็กออทิสติกเด็กได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยผ่านกระบวนการและกิจกรรมต่างๆ ได้รับการสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดีโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ช่วยให้ครอบครัวเด็กออทิสติกมีความรู้ และความเข้าใจในการใช้พฤติกรรมบำบัดในการดูแลเด็กการศึกษา (นรุตม์ พงษ์พรมมา , 2558) จากงานวิจัยข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าเด็กออทิสติกมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง แต่ยังคงพบว่าการให้บริการเด็กออทิสติก แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาความสามารถในด้านต่างๆ ตามกระบวนการของหอผู้ป่วย แต่ยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะเมื่ออยู่ที่บ้านได้ เด็กออทิสติกยังคงมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน การให้ความรู้ผู้ดูแลหลัก เรื่องโรคออทิซึมสเปกตรัม ส่งเสริมความเข้าใจทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกอาการรุนแรง การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านที่ถูกวิธี จะช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อเด็กออทิสติก ครอบครัว และสังคม ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สำคัญ

ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แนวความคิดการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชของ ซีระ ลีลาพันธ์กิจ (2541) เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และไม่หวาดกลัวเหมือนอยู่ที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีสิ่งแวดล้อมของ Florence Nightingale (1992) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี มีความสุขสงบ สะอาด ไม่มีเสียงดังรบกวน และมีบุคคลคอยดูแลตอบสนองความต้องการ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยลดพฤติกรรมที่ไม่ดี สร้างเสริมพฤติกรรมที่ดีโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) มาใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมที่สามารถ จัดการทั้งปัจจัยด้านตัวเด็กและปัจจัยด้านครอบครัว เด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงไปพร้อมกัน ซึ่งมีพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวชเป็นผู้รับผิดชอบในการเป็นผู้บำบัด พร้อมกับคำนึงถึงการให้ผู้ดูแลหลักได้มีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เป็นแนวทางในการจัดการกับปัจจัยด้านตัวเด็ก คือ การเสริมสร้างให้เด็กรู้จักปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น ตนเอง เรียนรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเองและแสดงออกในสังคมอย่างเหมาะสม ส่วนการจัดการกับปัจจัยด้านครอบครัว คือ การให้ความรู้กับผู้ดูแลหลักเรื่องโรคออทิสซึม การดูแลเด็กออทิสติกอาการรุนแรง การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทางจิตสังคม และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อผู้ดูแลหลักสามารถปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวได้ จะทำให้เด็กสามารถเรียนรู้แบบอย่างที่ดี ควบคุมอารมณ์โกรธของตนเอง ลดปัญหาการกลับมาบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ ที่สำคัญจะช่วยให้เด็กและผู้ดูแลหลักสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้ อย่างมีความสุขอีกด้วย

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงหลังการได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดจะแตกต่างจากก่อนได้รับการบำบัดหรือไม่
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดจะแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ก่อนและหลังได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

เด็กออทิสติกวัยเรียนที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น มีสาเหตุสำคัญมาจากสิ่งแวดล้อม โดยจากปัจจัยด้านตัวเด็กมีความบกพร่องด้านการสื่อสารและภาษา ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ มีความบกพร่องทักษะทางด้านภาษาและสังคม ได้แก่ ไม่สามารถใช้ภาษาท่าทางสื่อสารกับครอบครัว เพื่อตอบสนองกับความต้องการของตนเองได้ ไม่เข้าใจสถานการณ์ทางสังคม (Mazurek et al, 2013) เมื่อเด็กมีอารมณ์โกรธ เผลอไปกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี เช่น เมื่อเด็กออทิสติกอาการรุนแรงหลายๆคน มาอยู่รวมกันช่วงเวลากลางวันที่อยู่โรงพยาบาล ระดับเสียง แสง ที่มากเกินไปส่งผลให้เด็กเกิดความเครียดได้ง่าย ไม่สามารถระบายออกมา เป็นคำพูดได้ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อสิ่งของออกมา (จิราพร ศรีเจริญกาญจน์, 2549) เช่นเดียวกับ เมื่อช่วงเวลาที่เด็กออทิสติกอาการรุนแรงอยู่ที่บ้าน ระดับเสียงของคนในครอบครัวทะเลาะกันส่งเสียงดังจะไปกระตุ้นร้าวให้เด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ระดับแสงแดดสาดเข้าไปในบ้าน ทำให้อากาศร้อนอบอ้าวอาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดได้ สาเหตุเนื่องจากเด็กออทิสติกมีประสาทสัมผัสมีความไวมากเกินไป ได้แก่ ไวต่อเสียง หรือทนเสียงปกติธรรมดาไม่ได้ สิ่งเร้าที่ได้รับทางประสาทสัมผัส

การจัดสิ่งแวดล้อมทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ถ้าไม่เหมาะสมกับเด็กออทิสติกอาการรุนแรง อาจกระตุ้นให้อารมณ์โกรธรุนแรงขึ้น ส่งผลให้เด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ทัศนพร พรหมประเสริฐ, 2550) ได้แก่ ครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการดูแล ไม่มีระเบียบวินัย ไม่เข้าใจหลักปรับพฤติกรรม ส่งผลให้เด็กออทิสติกเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Hill et al., 2014; Kanne & Mazurek, 2011; Mazurek et al., 2013) เฉพาะในโรงพยาบาลอย่างเดียวยังไม่พอ เด็กต้องได้รับการบำบัดที่บ้านด้วย ดังนั้น ครอบครัวจึงต้องเป็นแกนหลักเป็นกำลังสำคัญ เพราะเด็กจะอยู่กับพ่อแม่ และครอบครัวมากที่สุด ดังนั้น เพื่อลดปัจจัยดังกล่าว การฝึกอบรมให้ความรู้ และทักษะการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ให้กับครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติกที่ถูกต้อง และมีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่สงบ ส่งเสริมให้เด็กมีการระบายอารมณ์ พัฒนา ชัชพงศ์ (2555) ที่ได้กล่าวถึงทฤษฎีพลังงาน เด็กมีพลังงานจะต้องใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ การเล่น การออกกำลังกายเป็นการใช้พลังงาน ทำให้สารเอ็นโดรฟินส์ หรือสารแห่งความสุขหลั่งออกมา ช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท และควบคุมการตอบสนองทางอารมณ์ เมื่อจิตใจแจ่มใส พฤติกรรมก้าวร้าวก็ลดลง และเรียนรู้การดำรงชีวิตในสังคมร่วมกัน ต้องมีความสม่ำเสมอและมีการจัดการพฤติกรรม อย่างต่อเนื่อง ทุกครั้ง เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน จะช่วยให้พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กลดลงได้ (ชิต ยุงสันเทียะ, 2549)

การจัดกระทำกับสิ่งแวดล้อมทั้งปัจจัยด้านตัวเด็ก และปัจจัยด้านครอบครัวเป็นสิ่งที่ควรจัดการพร้อมกัน โดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย คือ การสอนการปรับตัว การระบายความโกรธอย่างเหมาะสม จะช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น ซึ่งการเรียนรู้

ประสบการณ์ใหม่ๆ และพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยเน้นให้ความสนใจกับการวางเงื่อนไขของการกระทำของ Skinner(1953) โดยการจัดการกับสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวและการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพนั้น เป็นการให้ความรู้ ส่งเสริมความเข้าใจแก่ผู้ดูแลหลัก ในการดูแลเด็กออทิสติกอาการรุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่ถูกรวบรวมไว้

วิธีการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงมีอยู่หลายวิธีการ แต่ผู้ทำการศึกษาเลือกใช้การพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัด จึงได้ประยุกต์นำแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชของ ธีระ สีสานันทกิจ(2541) เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และไม่หวาดกลัวเหมือนอยู่ที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีสิ่งแวดล้อมของ Florence Nightingale(1992) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี มีความสุขสงบ สะอาด ไม่มีเสียงดังรบกวน และมีบุคคลคอยดูแลตอบสนองความต้องการ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยลดพฤติกรรมที่ไม่ดี สร้างเสริมพฤติกรรมที่ดีโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner(1953) มาใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมที่สามารถ จัดการทั้งปัจจัยด้านตัวเด็กและปัจจัยด้านครอบครัว เด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงไปพร้อมกัน โดยการเสริมสร้างให้เด็กออทิสติกรู้จักปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น เรียนรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และแสดงออกในสังคมอย่างเหมาะสม แนวคิดที่ใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง มีดังนี้

1 จัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เพื่อความปลอดภัยและเสริมสร้างพัฒนาการทางกาย การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันให้ได้รับอาหารและน้ำ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การลดสิ่งเร้าที่ได้รับทางประสาทสัมผัส

1.1 การควบคุมระดับแสงการทำให้อากาศถ่ายเท ทำให้เกิดความสะดวกขึ้น เนื่องจากระดับแสงแดดสาดเข้าไปในโรงพยาบาลและบ้าน ทำให้อากาศร้อนอบอ้าวอาจเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดได้

1.2 การควบคุมระดับเสียงที่เกิดจากบุคคลที่จะไปกระตุ้นหรือเร้าเด็กออทิสติกให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ระดับเสียงของคนในครอบครัวทะเลาะกันส่งเสียงดังอาจจะไปกระตุ้นเร้าเด็กทำให้เกิดความเครียดได้

2 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทางจิตสังคม มุ่งเน้นการดำรงชีวิตประจำวันของเด็กออทิสติกเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งจะเป็นการเสริมสร้างระเบียบวินัยให้กับเด็กเพื่อให้เด็กเรียนรู้ทักษะทางจิตสังคมและภาษา รู้จักการปฏิบัติตามกฎระเบียบต่างๆ รู้จักการควบคุมอารมณ์ของตนเองเป็นการป้องกัน และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดกิจกรรม จะยึดหลักไม่ย่ำ ยุให้เด็กโกรธ ใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจไปทำกิจกรรมที่น่าสนใจกว่า เช่น การจัดกิจกรรม

เกมส์ต่างๆ การสนุกกับการเล่นและ การออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมากทั้งนี้เนื่องจากการเล่นเป็นการปลดปล่อยพลังอย่างสนุกและเป็นธรรมชาติของเด็ก

3 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อเด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ต้องหยุดพฤติกรรมก้าวร้าวทันที และสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดี ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน โดยพยาบาลใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดที่โรงพยาบาล สอน และสาธิตให้ผู้ดูแลหลักเกิดทักษะเพื่อนำไปใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดที่บ้านกับเด็กออทิสติกอาการรุนแรงอย่างต่อเนื่อง สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกโดยเฉพาะเมื่ออยู่ที่บ้านได้ การให้ความรู้ผู้ดูแลหลักเรื่องโรคออทิสซึมสเปคตรัม ทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกเมื่อเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ส่งเสริมความเข้าใจแก่ผู้ดูแลหลัก ในการดูแลเด็กออทิสติกอาการรุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ดังต่อไปนี้

- การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement)
- การใช้แรงเสริมทางลบ (Negative Reinforcement)
- การลงโทษ (Punishment)
- การเพิกเฉย (Ignore)
- การนำออกไป (Time-Out)

โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นสิ่งที่คนอื่นไม่ยอมรับ และเรียนรู้ที่จะแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสม ในการอยู่ร่วมกัน เช่น ไม่ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือสิ่งของ ไม่ส่งเสียงดังโวยวายรบกวนคนอื่น กระบวนการปฏิบัติตามแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด มาใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ซึ่งระยะเวลาการใช้บำบัดประกอบด้วย โปรแกรมทั้งหมด 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ครั้งละประมาณ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 วัน ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกับผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 1 การกำหนดเป้าหมายในการบำบัดร่วมกับผู้ดูแลหลัก ภายใต้การช่วยเหลือและให้ความรู้โดยพยาบาล ในเรื่องของความรู้โรคออทิสซึมสเปคตรัม พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และเทคนิคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และเทคนิคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ถึงลักษณะและอาการของเด็กออทิสติกมากขึ้น และให้ผู้ดูแลหลักได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดและตัดสินใจในการดูแลเด็กออทิสติก

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกับเด็กออทิสติกและผู้ดูแลหลัก กิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อให้เด็กออทิสติกและผู้ดูแลหลักเกิดความไว้วางใจ ความคุ้นเคย เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล ส่งผลให้เด็กออทิสติกและผู้ดูแลหลักให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกับพยาบาล

กิจกรรมที่ 3 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวโดยผู้วิจัยใช้หลัก ABC ประเมินลักษณะ ความถี่ และความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว สิ่งที่เกิดก่อนให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Antecedents) ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว (Behavior) ผลที่เกิดขึ้นหลังจากพฤติกรรมก้าวร้าว (Consequence) กิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อค้นหาข้อมูลของปัจจัยต่างๆที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและลักษณะท่าทางของพฤติกรรมก้าวร้าวที่เด็กแสดงออกมา ไม่ว่าจะเป็นทางกายหรือวาจา และช่วยให้พยาบาลและผู้ดูแลหลักมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และเทคนิคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 4 การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็กออทิสติกที่โรงพยาบาล โดยให้เด็กได้เรียนรู้เรื่องการปฏิบัติตามคำสั่งง่ายๆ การเรียนรู้เรื่องทักษะด้านภาษา (ผลไม้ สิ่งของ สัตว์)และการเรียนรู้เรื่องอารมณ์และการแสดงความรู้สึก เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และได้เรียนรู้การปรับพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด เช่น การให้แรงเสริมทางบวก การให้แรงเสริมทางลบ การนำออกจากสถานการณ์ การเพิกเฉย การลงโทษ กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์และแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น ไม่ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือสิ่งของ ไม่พูดคำหยาบ ไม่ส่งเสียงดังโวยวาย สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ ทำให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง โดยการดำเนินกิจกรรมนี้พยาบาลทำการสอน สาธิตทักษะ การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และเทคนิคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมตลอดกิจกรรม จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และสามารถใช้เทคนิคปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านได้ และให้ Homework ผู้ดูแลหลักนำไปปฏิบัติที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 ผู้ดูแลหลักใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็กออทิสติกที่บ้าน โดยผู้ดูแลหลักจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และจิตสังคมให้เหมาะสม ส่งเสริมให้เด็กได้เรียนรู้เรื่องการปฏิบัติตามคำสั่งง่ายๆ และได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด เช่น การให้แรงเสริมทางบวก การให้แรงเสริมทางลบ การนำออกจากสถานการณ์ การเพิกเฉย การลงโทษ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักสามารถใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และเทคนิคของการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบันทึกผลการใช้สิ่งแวดลอมบำบัด และเทคนิคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็กออทิสติกที่บ้าน

สมมติฐานการวิจัย

- 1.พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงหลังการได้รับการใช้สิ่งแวดลอมบำบัดจะลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด
- 2.พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดลอมบำบัดจะลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้สิ่งแวดลอมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ดำเนินการทดลองที่แผนกหอผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่ เด็กออทิสติกวัยเรียนที่ได้รับสถาบันจิตเวชเด็ก และวัยรุ่นในสังกัดกรมสุขภาพจิตวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิซึมสเปคตรัม อาการรุนแรง อายุ 6-12 ปี ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และผู้ดูแลหลักเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในสถาบันราชานุกูล จำนวน 40 คน แบ่งเข้ากลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดลอมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง จำนวน 20 คน และเข้ากลุ่มการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น คือ การใช้สิ่งแวดลอมบำบัด

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกของเด็กออทิสติกที่สัมพันธ์กับความไม่พอใจ อารมณ์โกรธและมีความยากลำบากในการสื่อสารกับบุคคลอื่น จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ทำร้ายตนเอง หรือบุคคลอื่น หรือกระทำต่อสิ่งของรอบตัว ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม ทั้งทางตรงและทางอ้อม ประกอบด้วยพฤติกรรม 4 กลุ่มได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด เช่น การส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธ ตะโกนว่ากล่าว พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายร่างกายตนเอง

เช่น การหยิก ข่วนผิวหนัง ชกตีตนเอง ศีรษะโขกพื้น กำปั้นชกสิ่งของ ใช้ปากกัดตัวเอง พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายร่างกายผู้อื่น เช่น พฤติกรรมกระชากเสื้อผ้า/ลำตัว/ตบตี/ชกต่อย ดึงผม กระดุกหัก มีบาดแผลลึก และพฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของ เช่น การเขย่าประตู ฉีกเสื้อผ้า ปิดสิ่งของลงพื้น ซีดเขียนฝาผนังห้อง ทูบสิ่งของให้แตก ทูบกระจก ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกที่แบ่งตามลักษณะความรุนแรงจากไม่รุนแรงถึงรุนแรงมาก แบ่งออกเป็น 5 ส่วนย่อย ส่วนที่ 1 พฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยคำพูดและท่าทางที่ไม่รุนแรง ส่วนที่ 2 พฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและมีท่าทางคุกคาม หรือทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อย ส่วนที่ 3 พฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและท่าทางที่คุกคามด้วยความรุนแรงอย่างชัดเจนต่อตนเองหรือผู้อื่น ส่วนที่ 4 พฤติกรรมก้าวร้าวด้วยท่าทาง ส่วนที่ 5 พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายอย่างรุนแรงต่อทั้งตนเองและผู้อื่น

การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด หมายถึง หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลต่อเด็กออทิสติกและผู้ดูแลหลักโดยทีมการพยาบาล ได้แก่ พยาบาลจิตเวชที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง หรือระดับปริญญาโท โดยใช้องค์ความรู้ที่เป็นแนวคิดสิ่งแวดล้อมบำบัดของ ชีระ ลีลานันทกิจ(2541) และแนวคิดสิ่งแวดล้อมของ Florence Nightingale(1992) ร่วมกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner(1953) การปฏิบัติการพยาบาลโดย การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดในเด็กออทิสติกอาการรุนแรง ประกอบด้วย

1 จัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เพื่อความปลอดภัยและเสริมสร้างพัฒนาการทางกาย การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันให้ได้รับอาหารและน้ำ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การลดสิ่งเร้าที่ได้รับทางประสาทสัมผัส

1.1 การควบคุมระดับแสงการทำให้อากาศถ่ายเท ทำให้เกิดความสะดวกขึ้น เนื่องจากระดับแสงแดดสาดเข้าไปในโรงพยาบาลและบ้าน ทำให้อากาศร้อนอบอ้าวอาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดได้

1.2 การควบคุมระดับเสียงที่เกิดจากบุคคลที่จะไปกระตุ้นหรือเร้าเด็กออทิสติกให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ระดับเสียงของคนในครอบครัวทะเลาะกันส่งเสียงดังอาจจะไปกระตุ้นเร้าเด็กทำให้เกิดความเครียดได้

2 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทางจิตสังคม มุ่งเน้นการดำรงชีวิตประจำวันของเด็กออทิสติกเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งจะเป็นการเสริมสร้างระเบียบวินัยให้กับเด็กเพื่อให้เด็กเรียนรู้ทักษะทางจิตสังคมและภาษา รู้จักการปฏิบัติตามกฎระเบียบต่างๆ รู้จักการควบคุมอารมณ์ของตนเองเป็นการป้องกัน และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดกิจกรรม จะยึดหลักไม่ยั่ว ยุให้เด็กโกรธ ใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจไปที่กิจกรรมที่น่าสนใจกว่า เช่น การจัดกิจกรรมเกมส์ต่างๆ การสนุกกับการเล่นและ การออกกำลังกายอยู่ในระดับตมกทั้งนี้เนื่องจากการเล่นเป็นการปลดปล่อยพลังอย่างสนุกและเป็นธรรมชาติของเด็ก

3 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อเด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ต้องหยุดพฤติกรรมก้าวร้าวทันที และสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดี ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน โดยพยาบาลใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดที่โรงพยาบาล สอน และสาธิตให้ผู้ดูแลหลักเกิดทักษะเพื่อนำไปใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดที่บ้านกับเด็กออทิสติกอาการรุนแรงอย่างต่อเนื่อง สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกโดยเฉพาะเมื่ออยู่ที่บ้านได้ การให้ความรู้ผู้ดูแลหลักเรื่องโรคออทิสซึมสเปกตรัม ทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกเมื่อเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ส่งเสริมความเข้าใจแก่ผู้ดูแลหลัก ในการดูแลเด็กออทิสติกอาการรุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ดังต่อไปนี้

- การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement)
- การใช้แรงเสริมทางลบ (Negative Reinforcement)
- การลงโทษ (Punishment)
- การเพิกเฉย (Ignore)
- การนำออกไป (Time-Out)

โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นสิ่งที่คนอื่นไม่ยอมรับ และเรียนรู้ที่จะแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสม ในการอยู่ร่วมกัน เช่น ไม่ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือสิ่งของ ไม่ส่งเสียงดังโวยวายรบกวนคนอื่น กระบวนการปฏิบัติตามแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด มาใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง

เด็กออทิสติกอาการรุนแรง หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคออทิสซึม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-5 ขึ้นอยู่กับประวัติ การประเมินพัฒนาการและการสังเกตพฤติกรรมของเด็ก เริ่มตั้งแต่อายุน้อย เกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสซึมสเปกตรัม สเปกตรัมตามคู่มือการวินิจฉัยโรค DSM-V โดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 2013) มีความบกพร่องของพัฒนาการ 3 ด้าน คือ มีความผิดปกติทางสังคมและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร และความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 6-12 ปี และมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โดยสามารถวัดความรุนแรงได้จากแบบประเมินความรุนแรงของอาการออทิสติก หรือ ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist) ความรุนแรงของอาการเด็กออทิสติก (Rimland and Edelson, 1999)

ผู้ดูแลหลัก หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับเด็กออทิสติกอาการรุนแรงที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ได้แก่ บิดา มารดา หรือปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา ที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรที่มีสุขภาพจิต ให้บริการแก่เด็กออทิสติกอาการรุนแรง อายุ 6-12 ปี เป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม ประกอบด้วย กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เข้าแถวเคารพธงชาติ ออกกำลังกาย เต้นประกอบเพลง แนะนำตัวเอง และนั่งสมาธิ

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้ผู้ปกครอง การใช้พฤติกรรมบำบัด (เรื่องการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว การดูแลเด็กเมื่ออยู่ที่บ้าน) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มประคับ ประคองจิตใจ

กิจกรรมที่ 3 ทักษะทางสังคม (การสวัสดี ทักทาย การไหว้) กิจกรรมทักษะด้านภาษาและการสื่อสาร

กิจกรรมที่ 4 นวดสัมผัสเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางการบริการและให้การดูแลเด็กออทิสติกอาการรุนแรงสำหรับพยาบาลร่วมกับผู้ดูแลหลักโดยใช้บทบาทของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
2. เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในการดูแลเด็กออทิสติกอาการรุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
3. ผู้ดูแลหลักเด็กออทิสติกอาการรุนแรงสามารถนำแนวทางการปฏิบัติการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดกลับไปใช้ที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษา ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาใน ครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติก

- 1.1 ความหมายของโรคออทิสซึมสเปกตรัม
- 1.2 สาเหตุของโรคออทิสซึมสเปกตรัม
- 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคออทิสซึมสเปกตรัม
- 1.4 การวินิจฉัยโรคออทิสซึมสเปกตรัม
- 1.5 เด็กออทิสติกอาการรุนแรง
- 1.6 การรักษาเด็กออทิสติก

2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก

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

3. การพยาบาลพยาบาลเด็กออทิสติกอาการรุนแรง

- 3.1 การพยาบาลเด็กออทิสติก
- 3.2 การพยาบาลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
- 3.3 การช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติก

4. สิ่งแวดล้อมการบำบัด

- 4.1 แนวคิดของการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด
- 4.2 บทบาทของพยาบาลในการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด
- 4.3 ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข

5. การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับเด็กออทิสติกเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติก

1.1 ความหมายของเด็กออทิสติก

ออทิสติก (Autism Spectrum Disorder) เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นของพัฒนาการหลายด้าน คือ มีความผิดปกติทางสังคมและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร และความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม ทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้ได้เหมือนเด็กปกติและไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา แต่ถ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลากรทางสาธารณสุขและครอบครัวร่วมด้วย ก็จะทำให้เด็กมีพัฒนาการและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น

ชาญวิทย์ พรนภดล (2545) กล่าวว่า เด็กออทิสติกมีความผิดปกติของพัฒนาการ มีความบกพร่องของพัฒนาการหลายด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านภาษาและสังคมล่าช้า มีพฤติกรรม ความสนใจและการกระทำที่ซ้ำๆ และจำกัด แยกตัวจากสังคม

เพ็ญแข ลิ้มศิลา(2550) กล่าวว่า เด็กออทิสติกมีความล่าช้าของพัฒนาการ คือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อความหมายและจินตนาการ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากวัยเดียวกัน เช่น อยู่ในโลกรส่วนตัวของตนเอง ไม่สามารถสื่อความหมายกับบุคคลรอบข้าง เล่นกับใครไม่เป็น

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

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

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการ 3 ด้าน คือ มีความผิดปกติทางสังคมและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร และความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

1.2 สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคออทิสซึมสเปคตรัม

ในการศึกษาถึงสาเหตุของโรคออทิสซึมสเปคตรัม แต่ยังไม่ทราบสาเหตุของความผิดปกติที่ชัดเจน ในปัจจุบันมีหลักฐานสนับสนุนว่าน่าจะเกิดจากการทำงานของสมองผิดปกติ มากกว่าเป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อม ในอดีตเคยเชื่อว่าโรคออทิสซึมสเปคตรัม เกิดจากการเลี้ยงดูในลักษณะที่เย็นชา (refrigerator) แต่จากหลักฐานข้อมูลในปัจจุบันยืนยันชัดเจนว่า รูปแบบการเลี้ยงดูไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคออทิสซึมสเปคตรัม ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factor) ที่พบว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคออทิสซึมสเปคตรัม จากการรวบรวมข้อมูลงานวิจัยต่างๆ มีดังนี้ (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา , 2553)

1.2.1 ด้านพันธุกรรม (Genetic Factor)

1.2.1.1 ศึกษาในฝาแฝด (twin study) พบว่าถูกควบคุมโดยปัจจัยด้านพันธุกรรมสูงมาก

1.2.1.2 ศึกษาในครอบครัว (family study) พบว่าในญาติลำดับที่ 1 (first degree relative) ของผู้ที่เป็นโรคออทิซึมสเปกตรัม เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคออทิซึมสเปกตรัม และกลุ่มโรคคล้าย ออทิสติก (autistic like)

1.2.2 ด้านเภสัชวิทยาในระบบประสาท (Neuropharmacological Study) พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับสารเคมีสื่อประสาท ซีโรโทนิน (serotonin) โดยมีระดับในเกล็ดเลือดสูงขึ้น แต่ยังไม่สามารถอธิบายเหตุผลที่ชัดเจนได้ ว่าเกิดจากอะไร

1.2.3 คลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography - EEG) พบว่ามีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมอง มากกว่าประชากรปกติ แต่ไม่พบลักษณะจำเพาะที่อธิบายความผิดปกติของการทำงานของสมองได้

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

1.2.5 พยาธิวิทยาในระบบประสาท (Neuropathological Study) ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน แต่จากหลายการศึกษาพบว่าเกี่ยวข้องกับจำนวน Purkinje cell ที่ลดลง

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

1.3 อาการและอาการแสดง

อาการของเด็กกลุ่มโรคออทิซึม มีดังนี้ คือ (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2550)

1.3.1 ความผิดปกติด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social disturbance) เป็นความบกพร่องที่มีความรุนแรงมากที่สุดของกลุ่มโรคออทิซึม และดำเนินอยู่ตลอดในแต่ละช่วงวัย โดยกลุ่มออทิติกที่มีความบกพร่องทางสังคมน้อยถือว่ามีอาการโรคที่ดี ความบกพร่องทางสังคม ได้แก่

1.3.1.1 ไม่มองหน้า ไม่สบตา แม้นขณะสนทนาหรือมีกิจกรรมร่วมกัน

1.3.1.2 ไม่แสดงสีหน้าท่าทาง ไม่ยิ้ม ดูเป็นเด็กหน้าเฉย ดูไร้อารมณ์

1.3.1.3 ไม่มีภาษาท่าทางเพื่อการสื่อสาร เช่น ไม่ชี้นิ้วบอกถึงสิ่งที่ต้องการ

1.3.1.4 ไม่หันหาเสียงเรียกชื่อ แต่สนใจเสียงชนิดอื่นแทน

1.3.1.5 เล่นคนเดียว หรืออยู่ตามลำพัง

1.3.2 ความผิดปกติด้านภาษาและการสื่อสาร (Impairment in language and

communication) มีปัญหาพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า เป็นอาการแสดงที่นำเด็กกลุ่มโรคออทิสติกมาพบแพทย์บ่อยที่สุด โดย 50% ของเด็กกลุ่มโรคนี้ไม่สามารถใช้ภาษาพูดเพื่อการสื่อสารได้ โดยความผิดปกติด้านภาษาและการสื่อสารที่พบในเด็กกลุ่มโรคออทิสติก ได้แก่ (ชาญวิทย์ พรนภดล , 2545)

- 1.3.2.1 พัฒนาการด้านการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารล่าช้า
- 1.3.2.2 ไม่สามารถใช้ภาษาท่าทางเพื่อการสื่อสาร
- 1.3.2.3 เรียกชื่อไม่หัน ไม่เข้าใจคำสั่ง ไม่สนใจฟังเวลาพูดด้วย
- 1.3.2.4 พูดคำหรือวลีที่ไม่มีความหมาย ช้า ๆ หรือส่งเสียงไม่เป็นภาษา
- 1.3.2.5 ใช้ภาษาผิดปกติ โดยใช้คำที่ตนเองเข้าใจความหมายเท่านั้น
- 1.3.2.6 โทนเสียงในการพูดผิดปกติ เช่น พูดเสียงเดียว พูดเสียงสูง ต่ำ

1.3.3 ความผิดปกติของพฤติกรรม

- 1.3.3.1 มีพฤติกรรมที่ซ้ำๆ เช่น ฟังเพลงเดิมๆ ดูการ์ตูนเรื่องเดิม
- 1.3.3.2 ชอบดูของหมุนๆ เช่น พัดลม เครื่องซักผ้า ล้อรถหมุน
- 1.3.3.3 กิจกรรมประจำวันมีแบบแผนเฉพาะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้
- 1.3.3.4 มีการเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำๆ เช่น สะบัดมือ หมุนตัว เขย่งเท้า
- 1.3.3.5 ในกลุ่มที่มีความสามารถสูง จะมีความสนใจเฉพาะเรื่องจน

กลายเป็นความสามารถพิเศษ มีการสะสมของที่สนใจ พูดแต่เรื่องที่ตนเองสนใจ

สรุปได้ว่า อาการและอาการแสดงของเด็กออทิสติกจะแสดงออกโดยไม่มีปฏิสัมพันธ์ในการโต้ตอบกับบุคคลอื่น มีปัญหาทางด้านภาษาและการสื่อสาร ใช้คำพูดแปลกๆ พูดซ้ำ หรือไม่พูดเลยและมีปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ แสดงออกมาโดยไม่เหมาะสมไม่สมเหตุผล

1.4 การวินิจฉัยโรคออทิสซึมสเปกตรัม

การวินิจฉัยตาม DSM-5 ขึ้นอยู่กับประวัติ การประเมินพัฒนาการและการสังเกตพฤติกรรมของเด็ก เริ่มตั้งแต่อายุน้อย เกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสซึมสเปกตรัม สเปกตรัมตามคู่มือการวินิจฉัยโรค DSM-V โดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 2013) กำหนดหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคดังต่อไปนี้

A. มีอาการปรากฏให้เห็นหรือได้ข้อมูลจากประวัติว่ามีความบกพร่องในด้านการสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์ในสังคมในบริบทต่างๆ โดยมีอาการดังต่อไปนี้

1. มีความบกพร่องในปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตั้งแต่ความผิดปกติในการเข้าสังคม ไม่สามารถสนทนาโต้ตอบได้ตามปกติ ไปจนถึงมีความสนใจและมีอารมณ์ร่วมน้อย
2. มีความบกพร่องในพฤติกรรมสื่อสารที่ไม่ได้ใช้คำพูดในปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตั้งแต่ไม่สามารถผสมผสานการสื่อสารที่ใช้คำพูดกับที่ไม่ใช้คำพูดได้ การสบตาหรือภาษากายที่

ผิดปกติ การไม่สามารถเข้าใจท่าทางหรือใช้ท่าทางประกอบไม่เป็น ไปจนถึงการไม่สามารถแสดงออกทางสีหน้าหรือภาษากาย

3. มีความบกพร่องในการสร้าง รักษา และเข้าใจในความสัมพันธ์ซึ่งกันได้ตั้งแต่การยากลำบากในการปรับตัวให้เหมาะสมกับบริบทในสังคม ความยากลำบากในการเล่นสมมุติ การสร้างเพื่อน ไปจนถึงขาดความสนใจในกลุ่มเพื่อน

B. มีพฤติกรรม ความสนใจหรือกิจกรรมจำกัดและซ้ำๆ ทั้งๆที่แสดงในปัจจุบันหรือจากประวัติ โดยมีลักษณะอย่างน้อย 2 ข้อจากหัวข้อดังต่อไปนี้

1. มีการเคลื่อนไหว การใช้สิ่งของ หรือภาษาซ้ำๆ แบบเดิม
2. ยึดติดกับกิจวัตรแบบเดิมๆ โดยไม่ยืดหยุ่น
3. มีความสนใจที่ผิดปกติ จำกัด และไม่ยืดหยุ่นอย่างมาก
4. มีการตอบสนองต่อข้อมูลที่รับทางประสาทสัมผัสมากหรือน้อยเกินไป ความรุนแรงขึ้นกับความบกพร่องทางการสื่อสารปฏิสัมพันธ์และรูปแบบพฤติกรรมที่เกิดขึ้นซ้ำๆ

C. อาการต่างๆต้องเกิดขึ้นในช่วงต้นของพัฒนาการ (แต่อาจไม่แสดงอาการเต็มที่จนกระทั่งความต้องการของสังคมมีมากกว่าความสามารถของผู้ป่วยหรืออาจถูกกลบเกลื่อนด้วยการเรียนรู้เมื่อเติบโตขึ้น)

D. อาการต่างๆเป็นเหตุให้เกิดความบกพร่องทางสังคม อาชีพ หรือบทบาทหน้าที่สำคัญในปัจจุบัน

E. ความผิดปกติเหล่านี้ไม่สามารถอธิบายได้จาก intellectual disability หรือ global delay development (ASD สามารถเกิดร่วมกับ intellectual disability)

F. มีอาการปรากฏให้เห็นหรือได้ข้อมูลจากประวัติว่ามีความบกพร่องในด้านการสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์ในสังคมในบริบทต่างๆ โดยมีอาการดังต่อไปนี้

5. มีความบกพร่องในปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตั้งแต่ความผิดปกติในการเข้าสังคม ไม่สามารถสนทนาโต้ตอบได้ตามปกติ ไปจนถึงมีความสนใจและมีอารมณ์ร่วมน้อย
6. มีความบกพร่องในพฤติกรรมสื่อสารที่ไม่ได้ใช้คำพูดในปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตั้งแต่ไม่สามารถผสมผสานการสื่อสารที่ใช้คำพูดกับที่ไม่ใช้คำพูดได้ การสบตาหรือภาษากายที่ผิดปกติ การไม่สามารถเข้าใจท่าทางหรือใช้ท่าทางประกอบไม่เป็น ไปจนถึงการไม่สามารถแสดงออกทางสีหน้าหรือภาษากาย
7. มีความบกพร่องในการสร้าง รักษา และเข้าใจในความสัมพันธ์ซึ่งกันได้ตั้งแต่การยากลำบากในการปรับตัวให้เหมาะสมกับบริบทในสังคม ความยากลำบากในการเล่นสมมุติ การสร้างเพื่อน ไปจนถึงขาดความสนใจในกลุ่มเพื่อน

G. มีพฤติกรรม ความสนใจหรือกิจกรรมจำกัดและซ้ำๆ ทั้งๆที่แสดงในปัจจุบันหรือจากประวัติ โดยมีลักษณะอย่างน้อย 2 ข้อจากหัวข้อดังต่อไปนี้

1. มีการเคลื่อนไหว การใช้สิ่งของ หรือภาษาซ้ำๆ แบบเดิม
 2. ยึดติดกับกิจวัตรแบบเดิมๆ โดยไม่ยืดหยุ่น
 3. มีความสนใจที่ผิดปกติ จำกัด และไม่ยืดหยุ่นอย่างมาก
 8. มีการตอบสนองต่อข้อมูลที่ได้รับทางประสาทสัมผัสมากหรือน้อยเกินไป ความรุนแรงขึ้นกับความบกพร่องทางการสื่อสารปฏิสัมพันธ์และรูปแบบพฤติกรรมที่เกิดขึ้นซ้ำๆ
- H. อาการต่างๆต้องเกิดขึ้นในช่วงต้นของพัฒนาการ (แต่อาจไม่แสดงอาการเต็มที่จนกระทั่งความต้องการของสังคมมีมากกว่าความสามารถของผู้ป่วยหรืออาจถูกกลบเกลื่อนด้วยการเรียนรู้เมื่อเติบโตขึ้น)**
- I. อาการต่างๆเป็นเหตุให้เกิดความบกพร่องทางสังคม อาชีพ หรือบทบาทหน้าที่สำคัญในปัจจุบัน
 - J. ความผิดปกติเหล่านี้ไม่สามารถอธิบายได้จาก intellectual disability หรือ global delay development (ASD สามารถเกิดร่วมกับ intellectual disability)

1.5 เด็กออทิสติกอาการรุนแรง

Barbaresi , Katusic & Voigt (2006) กล่าวว่า เด็กออทิสติกอาการรุนแรง มีความบกพร่องและข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสนใจด้านภาษา การสื่อสาร และด้านสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ ทำให้เด็กออทิสติกมีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคมและการเรียนรู้ บางรายมีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น ชนผิดปกติ สมาธิสั้น ขาดการยับยั้งใจ (impulsivity) ก้าวร้าว ทำร้ายตัวเอง การตอบสนองต่อสิ่งเร้า บางอย่าง เช่น ทนต่อความเจ็บปวด มีปฏิกิริยาไวต่อแสง เสียง การสัมผัสหรือกลิ่น บางรายอาจมีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีอารมณ์ผิดปกติ เช่น หัวเราะหรือร้องไห้โดยไม่มี เหตุผล และขาดการตอบสนองต่อสิ่งเร้า อาจไม่มีความกลัวเมื่อประสบอันตรายหรือกลัวมากต่อ สิ่งที่ไม่เป็นอันตราย บางรายอาจทำร้ายตัวเอง เช่น เอาศีรษะโขกกับพื้น กัดนิ้ว กัดข้อมือ

จากความผิดปกติของเด็กออทิสติกที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่จะดีขึ้น ได้โดยการรักษาแบบประคับประคอง รักษาตามอาการ และเพื่อให้เด็กมีสุขภาพ สวัสดิภาพและสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยสามารถวัด ความรุนแรงของอาการเด็กออทิสติก(symptom severity of children with autism) หมายถึง ระดับความเข้มของอาการหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ ไม่รู้จักชื่อตนเอง ไม่สามารถบอกสิ่งที่ต้องการ ไม่สามารถสื่อสารได้ตามวัย 2) ด้านสังคม ได้แก่ ไม่มองหน้า ไม่สบตาในขณะที่พูดหรือทำกิจกรรมร่วมกัน ไม่สนใจ

ใคร ไม่เลียนแบบ 3) ด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/ การรับรู้ ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการเรียกชื่อ เล่นของเล่นไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับตัวเอง/ ไม่สนใจสิ่งต่างๆรอบตัว มีปฏิกิริยาไวต่อแสง เสียง การสัมผัส และ 4) ด้านสุขภาพและพฤติกรรม ได้แก่ มีปัญหาการนอน ตีหรือทำร้ายตนเอง ตีหรือทำร้ายผู้อื่น ทำลายสิ่งของ พุดหรือทำซ้ำๆ แต่ละคนจะมีความแตกต่างกันไป (Rimland and Edelson ,1999) ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบประเมินความรุนแรงของอาการออทิสติก หรือ ATEC(Autism Treatment Evaluation Checklist)

แบบประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิสซึม Autism Treatment Evaluation Checklist [ATEC] เป็นเครื่องมือที่สร้างโดย Rimland and Edelson (2000) ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการของโรคออทิสซึม (Autism Treatment Evaluation Checklist [ATEC]) ฉบับที่ปรับปรุงโดย อัญชรส ทองเพชร (2560) ซึ่งปรับจากฉบับที่แปลโดยวนาลักษณ์ เมืองมลมนิรัตน์ และภัทราภรณ์ พุงคาปัน (2547) ประเมินด้วยการสังเกตอาการออทิสติก โดยผู้ปกครองวิจัย ประกอบด้วยคำถาม 77 ข้อ มีคะแนนรวม 154 คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 การพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร จำนวน 14 ข้อ ด้านที่ 2 ด้านสังคม จำนวน 20 ข้อ ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ จำนวน 18 ข้อ ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม จำนวน 25 ข้อ มีการให้คะแนน 3 ระดับ (Rating Scale) ซึ่งครอบคลุมอาการออทิสติก ถือได้ว่าเป็น เครื่องมือที่ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ ประเมินโดยผู้ปกครอง ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .93 (อัญชรส ทองเพชร, 2560)

1.6 การรักษาเด็กออทิสติก

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

1.6.1 แก้ไขการพูด (speech Therapy) ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกพูดโดยนักแก้ไขการพูดที่มีประสบการณ์ฝึกเด็กที่เป็น autistic spectrum disorder ไปพร้อมกับการบำบัด ด้านพฤติกรรม ถ้าเด็กพูดได้เร็วโอกาสที่จะมีพัฒนาการทางภาษาใกล้เคียงปกติก็จะเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกัน การใช้ภาษาที่ไม่เหมาะสมก็ลดลงด้วย ดังนั้นการฝึกและแก้ไขการพูด จึงมีความสำคัญ

1.6.2 กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) เป็นการประยุกต์ กิจวัตร หรือ กิจกรรมมาใช้ในการตรวจประเมิน วินิจฉัย ส่งเสริม ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ ช่วยเสริมสร้างสมาธิ ทักษะการคิด พัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็ก และการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อ ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้

1.6.3 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ โดยอาศัยหลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ มีการใช้หลายวิธีการมาประยุกต์ร่วมกัน การบำบัดที่ยอมรับทั่วไป ได้แก่ การกระตุ้น และบูรณาการประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้าน (sensory integration) การฝึกทักษะทางสังคมและการสื่อสาร และการปรับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เป็นต้น

1.6.4 การบำบัดทางเลือก (Alternative Therapy) การบำบัดทางเลือกดังกล่าว ประกอบด้วย ศิลปะบำบัด (Art Therapy) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) การฝังเข็ม (Acupuncture) การบำบัดด้วยสัตว์ (Animal Therapy) (มาโนช หล่อตระกูล, 2552)

1.6.5 การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยาส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพียง เพื่อลดปัญหาพฤติกรรมเนื่องจากไม่มียาที่ใช้รักษาโรคหรือยาที่รักษาอาการหลัก เด็กออทิสติกหลายคนจำเป็นต้องใช้ยา ยาส่วนใหญ่ที่ใช้ในเด็กออทิสติกไม่ได้เป็นยาที่ถูกคิดค้นขึ้นมาเพื่อรักษาโรคโดยตรงแต่พัฒนาจากการศึกษาวิจัยสำหรับโรคอื่น ยาที่นำมาใช้ในเด็กออทิสติกที่มีอาการก้าวร้าวมีอยู่ 2 กลุ่ม คือ

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

2. ยากันชัก เช่น ยา Depakine มีฤทธิ์ลดหรือป้องกันอาการชักลดอาการก้าวร้าว ทำให้เด็กสงบและมีอาการช่นน้อยลง

Risperidone

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

อาการที่พบบ่อย : นอนไม่หลับ กระวนกระวาย วิดกกังวล ปวดศีรษะ มีรายงานการเกิดอาการในเด็กและวัยรุ่นมากกว่าที่พบในผู้ใหญ่ โดยทั่วไปมีอาการเพียงเล็กน้อยและเป็นระยะสั้น ๆ

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

Haloperidol

กลไกการออกฤทธิ์

เป็นยาบรรเทาโรคจิตในกลุ่มบิวทิโรฟีโนน ออกฤทธิ์โดยแย่งโดปามีนจับกับD 2-receptorที่ postsynaptic และเพิ่มการทำลายโดปามีนในสมองส่วน mesolimbic dopaminergic system ถ้าให้ยานี้ติดต่อกันระยะหนึ่ง จะพบว่าเซลล์ประสาทจะหลั่งโดปามีนลดลงด้วย

ข้อบ่งใช้

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

อาการข้างเคียง

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

สรุปยาไม่ได้รักษาโรคออทิซึมสเปกตรัมให้หาย แต่การให้ยาที่เหมาะสมจะช่วยบรรเทาปัญหา พฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก ทำให้อาการของเด็กดีขึ้น ในระยะยาวนอกเหนือจากการรักษาด้วยยาแล้ว การบำบัดด้วยวิธีการต่างๆและการให้ความช่วยเหลือเด็กออทิสติก โดยการพัฒนาความสามารถและปรับพฤติกรรมก็มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก

2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว มีผู้ให้ความหมายพฤติกรรมก้าวร้าวไว้ต่าง ๆ ดังนี้

นรุตม์ แพงพรมมา (2558) กล่าวว่า เด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวจะอยู่ในช่วงวัย อายุ 6-12 ปี เนื่องจากเด็กออทิสติกในช่วงวัยนี้มีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรง มีปัญหาด้านการปรับตัวในสังคม ไม่สื่อสารกับใคร ทำให้เด็กมีปัญหาการเรียนรู้อยู่ ไม่สามารถเรียนรู้ ความคิด อารมณ์การแสดงออกหรือความต้องการของผู้อื่น เด็กจึงเกิดความคับข้องใจไม่รู้วิธีการปรับตัว จึงแสดงออกทางพฤติกรรมด้านอารมณ์ที่รุนแรง เช่น ด้านคำพูด ด้านพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และผู้อื่น ทำลายสิ่งของ

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

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

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

Hamolia (2005) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกทางการต่อต้านทั้งด้านร่างกายและคำพูด หรือแสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ เพื่อป้องกันตนเองทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ความก้าวร้าวเป็นการแสดงออกโดยตรงต่อสิ่งแวดล้อมรวมทั้งคนด้วย

จากความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีผู้ให้ไว้อย่างหลากหลาย สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าว คือ การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย หรือวาจา ทำให้ส่งผลกระทบต่อตนเอง บุคคลอื่น และ ต่อสิ่งของ ซึ่งอาจเกิดจากการสื่อสารและภาษา การสื่อความต้องการของตนเองไม่ได้ ไม่เข้าใจกัน หรือจากความโกรธหรืออารมณ์ การเลี้ยงดู จึงส่งผลให้เกิดการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา

2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว

2.2.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยา ฟรอยด์ (Freud,1937) กล่าวว่า ความก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณที่เกิดขึ้นภายในตัวมนุษย์ มนุษย์เรานั้นหาใช้เป็นผู้ที่สุภาพอ่อนโยน ใจดี ความสนใจเสมอไปไม่ บางครั้งก็ต้องรู้จักต่อสู้เพื่อป้องกันตนเองเมื่อถูกรุกรานจากบุคคลอื่น การก้าวร้าวจึงเป็นสัญชาตญาณอย่างหนึ่งของมนุษย์ในการป้องกันตนเอง ดังนั้นฟรอยด์ จึงมีความเห็นว่าบุคคลไม่ควรเก็บความเครียด ความเก็บกดและความก้าวร้าวไว้ควรจะทางระบายออกไปในทางที่สังคมยอมรับและเป็นสิ่งที่ไม่ได้ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน เช่น การวาด เขียนงานศิลปะ หรือการเล่นกีฬา

2.2.2 ทฤษฎีชีวิวิทยา (Cesare Lombroso) เป็นผู้ให้กำเนิดทฤษฎีนี้และกล่าวว่า ลักษณะบางอย่างของความเป็นอาชญากรสามารถถ่ายทอดมายังบุตรได้ หรือพูดอีกนัยหนึ่งว่า ถ้าพ่อ เป็นอาชญากรลักษณะของความเป็นอาชญากรอาจจะถ่ายทอดมายังบุตรได้

2.2.3 ทฤษฎีทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ทฤษฎีความก้าวร้าวที่มาจากความคับข้องใจ และทฤษฎีสัญญาณความก้าวร้าว

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

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

2.2.4 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory of Aggression) ทฤษฎีนี้เน้นความสำคัญของการเรียนรู้ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าความก้าวร้าวนั้นเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคล เชื่อว่าองค์ประกอบที่สำคัญของพฤติกรรมก้าวร้าวมี 2 ประการ คือ แม่แบบและการเสริมแรง ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1976) ที่เชื่อว่าเด็กไม่ได้เรียนรู้ความก้าวร้าวโดยตรงจากการให้รางวัลหรือลงโทษจากผู้ดูแลหลักเพียงอย่างเดียว แต่จะเลียนแบบผู้ที่มีอิทธิพลต่อตนเอง

2.2.5 ความผิดปกติของสมอง อุม่าพร ตรังคสมบัติ (2545:13) กล่าวว่าสมองของเด็กก้อทิสติกอาจผิดปกติได้ทั้งในโครงสร้างและการทำงาน เชื่อว่าความผิดปกตินี้ส่วนใหญ่เกิดขณะที่เด็กยังเป็นตัวอ่อนในครรภ์ แต่ในบางรายอาจเกิดในขณะที่คลอดหรือหลังคลอดก็ได้สิ่งที่สนับสนุนว่าโรคนี้เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสมองก็คือ ตรวจพบว่าคลื่นสมองของเด็กก้อทิสติกมีความผิดปกติบ่อยกว่าในเด็กทั่วไป รวมทั้งผลการศึกษาวิจัยต่าง ๆ เช่น การตรวจเนื้อเยื่อสมอง พบว่าอาจมีอันตรายเกิดขึ้นต่อก้านสมอง(Brainstem) ขณะที่เด็กยังเป็นตัวอ่อนในครรภ์ ก้านสมองเกิดปัญหา ก็จะทำให้สมองส่วนอื่นทำหน้าที่บกพร่องต่อเนื่องไปเป็นลูกโซ่ และทำให้เกิดพฤติกรรมแปลกๆมากมาย

2.3 กลไกการเกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว

อารมณ์โกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวของบุคคลจะเกิดขึ้นตามกลไกดังนี้ เมื่อสิ่งที่คาดหวังไว้ล้มเหลวหรือไม่เป็นไปตามที่ตั้งใจไว้ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง รู้สึก

ว่าความสามารถลดน้อยลงพลังของอารมณ์ช่วงนี้ผลักดันบุคคลให้แสดงพฤติกรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมีอำนาจเหนือผู้อื่นโดยแสดงอารมณ์โกรธออกมาในรูปแบบต่างๆ (ฉวี ธรรมสุข และคณะ, 2547) ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวมีความสัมพันธ์กัน โดยพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการแสดงออกของความโกรธอย่างหนึ่ง ซึ่งมีขั้นตอนการแสดงความโกรธดังนี้ (Kassinove and Eckhardt, 1995) ขั้นตอนที่ 1 เมื่อมีเหตุการณ์ในทางลบมากระตุ้น เช่น ไม่ถูกชวนให้เล่นกับกลุ่มเพื่อน การพูดจาด้วยคำหยาบ หรือการเล่นเครื่องเสียงที่ดัง ขั้นตอนที่ 2 บุคคลจะตอบสนองต่อเหตุการณ์ในทางลบที่เกิดขึ้น โดยแสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมที่เคยใช้มาแล้ว ในเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาก่อนซึ่งเกิดจากการเรียนรู้จากการสังเกต ตัวแบบ และการได้รับแรงเสริม (Salzinger, 1995) ซึ่งการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ไม่พอใจนั้นจะมี 2 ลักษณะ คือ 1.การตอบสนองในทางบวก คือ ไม่แสดงความโกรธ ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โดยบุคคลจะใช้ทักษะในการตัดสินใจทางบวกที่เคยใช้มาแล้ว เช่น การเดินออกจากสถานการณ์ 2.การตอบสนองทางลบจะแสดงออกในลักษณะโกรธและก้าวร้าว เช่น แสดงความโกรธอย่างรุนแรงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ เป็นต้น

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่นำไปสู่การแสดงความก้าวร้าวของบุคคล บางทฤษฎีเสนอว่าพฤติกรรมก้าวร้าวมีเหตุปัจจัยมาจากทางด้านชีววิทยา บางทฤษฎีเสนอความเห็นว่าเป็นผลจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวเขา ซึ่งที่น่าจะเป็นไปได้มากที่สุด ก็คือทั้งหมดรวมกัน (Townsend , 1996) ดังนั้นปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว มีดังนี้

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

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

2.4.3 ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors) ซึ่งประกอบด้วย

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

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

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

2.4.4 ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา (Psychological factors)

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

2.4.4.2 นักพฤติกรรมนิยม เชื่อว่าอารมณ์ต่างๆรวมทั้งอารมณ์โกรธ เป็นปฏิกิริยาของการเรียนรู้ที่มีต่อสิ่งแวดล้อมที่มีมากระตุ้น (Skinner, 1953 อ้างใน Varcariolis and Halter, 2010) สิ่งเร้าที่มากระตุ้นจะถูกรับรู้ว่ามีอารมณ์คุกคามเข้ามาแล้วเข้าสู่กระบวนการรู้คิด ซึ่งการคุกคามอาจเป็นได้ทั้งทางร่างกาย หรือการคุกคามทาง คุณค่าจริยธรรม หรือการรักษากฎเกณฑ์ ก็จะไปสู่อารมณ์โกรธได้เช่นกัน

2.4.5 ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural factors)

2.4.5.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ได้ทำการศึกษาวิจัย พบว่า เด็กเรียนรู้พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเลียนแบบคนอื่นๆ และการที่คนเหล่านั้นทำพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นซ้ำกลับมาอีก เท่ากับเป็นการให้รางวัลแก่เด็ก (Bandura, 1973 อ้างใน Varcariolis and Halter, 2010) ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการเลียนแบบพ่อแม่ คนใน ครอบครัว และจากโรงเรียน แต่ในปัจจุบันจะพบว่าเด็กมีการลอกเลียนแบบจาก โทรทัศน์ และเกมส์คอมพิวเตอร์มากขึ้น

2.4.5.2 ในเด็กเล็กๆ การตะโกนเสียงดัง การแสดงอารมณ์เอาแต่ใจเป็น เรื่องที่ผู้ใหญ่มองว่าเป็นปกติธรรมดา และคาดหวังว่า เมื่อโตขึ้นเขาจะควบคุม ความหุนหัน วู่วาม เอาแต่ใจตนเองได้ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในสังคม ซึ่งพบว่าเด็กที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับพ่อแม่ ครู

และเพื่อน ก็จะพัฒนาไปได้อย่างดี แต่เด็กที่มีครอบครัวที่แตกแยก และมีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ จะมีความเสี่ยงที่จะไม่สามารถพัฒนาพฤติกรรมให้เป็นไปตามความเหมาะสมในสังคมได้ เป็นผลให้กลายเป็นคนที่หุนหันวู่วาม หงุดหงิดง่าย และมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (Videbeck, 2006)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจากตัวเด็ก อากาการของโรคจิตวิทยา พฤติกรรม การเรียนรู้ทางสังคม และปัจจัยทางด้านครอบครัว

2.5 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ The Overt Aggression Scale for The Objective Rating of Verbal and Physical Aggression เป็นแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก เนื่องจากมีความเหมาะสมและมีความชัดเจนของพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกที่ทำให้ผู้สังเกตสามารถสังเกตได้ และลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวในแบบประเมินก็เหมือนกับลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกที่แสดงออก แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ The Overt Aggression Scale for The Objective Rating of Verbal and Physical Aggression ของ Stuart Yudofsky และ Jonathan Silver (1986) ซึ่งใช้สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช โดยลักษณะแบบสังเกตเป็นรายการที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในแต่ละเวอร์ แบบประเมินนี้ได้ได้รับการพัฒนามาจาก นรุตม์ แพงพรมมา(2558) ซึ่งปรับจากฉบับที่แปลโดยอัญชรส ทองเพ็ชร พัฒนาจากของ Yudofsky (1986) ซึ่ง แบบประเมินนี้ใช้เวลาสังเกตครั้งละ 20 วินาที หยุดพัก 10 วินาที เป็นระยะเวลาทั้งหมด 20 นาที มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .88 เป็นลักษณะของแบบสังเกตเป็นรายการที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง สามารถใช้ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพแบ่งหัวข้อการประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ส่วนย่อย

ส่วนที่ 1 คือ ข้อ 1-4 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยคำพูดและท่าทางที่ไม่รุนแรง เช่น ตะโกนเสียงดัง ปิดประตูเสียงดัง หากพบพฤติกรรมนี้ให้คะแนนข้อละ 2 คะแนน

ส่วนที่ 2 คือ ข้อ 5-8 ประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและมีท่าทางคุกคามหรือทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น แชงด่าหาบคาย ชีต เขียนโต๊ะหรือผนัง ตีตนเอง กระชากเสื้อผ้าผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 3 คะแนน

ส่วนที่ 3 คือ ข้อ 9-11 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจา และท่าทางที่คุกคามด้วยความรุนแรง อย่างชัดเจนต่อตนเองหรือผู้อื่น เช่น ทำของแตก ทำอันตรายตนเอง แต่ไม่บาดเจ็บรุนแรง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 4 คะแนน

ส่วนที่ 4 คือ ข้อ 12 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยท่าทาง เช่น ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น เกิดแผลบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 5 คะแนน

ส่วนที่ 5 คือ ข้อ 13-14 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกาย อย่างรุนแรงต่อทั้งตนเองและผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนน ข้อละ 6 คะแนน

โดยวิธีการแปลผลคะแนน นำคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทุกส่วนมารวมกัน ดังนี้

- 1-7 คะแนน มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับน้อย
- 8-15 คะแนน มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง
- 16 คะแนนขึ้นไป มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับมาก

3. การพยาบาลเด็กออทิสติกอาการรุนแรง

3.1 การพยาบาลเด็กออทิสติก จินตนา ยูนิพันธ์ (2544) ได้เสนอหลักการพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยออทิสติกประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

3.1.1 การประเมินภาวะสุขภาพ โดยทั่วไปเด็กที่มีปัญหาทางจิตแบบออทิสติก ผู้ดูแลหลักจะสังเกตพบความบกพร่องของการพัฒนาการของเด็กได้เริ่มในขวบปีแรก โดยเด็กจะมีความพร่องทางด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ดังเช่น ยิ้มช้าหรือไม่ยิ้ม ไม่แสดงปฏิกิริยาตอบสนองใดๆ ต่อบิดาบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดู ซึ่งเมื่อผู้ดูแลหลักพยายามพูด เรียก หรือเล่นด้วย เด็กจะเฉย แต่อาจทำเสียงเองตามลำพัง และส่งเสียงตามลำพังอยู่ได้เป็นเวลานานๆ โดยที่การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเป็นแบบไม่คงเส้นคงวา ไม่สม่ำเสมอ จะเห็นชัดว่าแตกต่างจากพัฒนาการของเด็กทารกปกติ ในช่วงขวบปีแรก การเลี้ยงดูเด็กจะไม่เป็นปัญหาแต่อย่างใด เมื่อเด็กโตขึ้นอายุ 2-3 ปี ความผิดปกติด้านพฤติกรรมเด็กจะเห็นเด่นชัดขึ้น โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวแบบแปลกๆ ดังเช่น เด็กบางคนอาจเริ่มเดินด้วยท่าแปลกๆ เช่น เดิน หรือวิ่งเขย่งด้วยปลายเท้า เดินแบบม้าย่อง หมุนตัวไปมา ปีนป่ายแบบไร้จุดหมาย แต่กลัวการขึ้นลงบันได เด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะพูดออกเสียงเป็นคำๆไม่ได้ ในบางกรณีที่เด็กอาจเริ่มพูดเป็นคำๆได้บ้าง ดังเช่นเด็กปกติ แต่แล้วการพูดหรือแบบแผนของการใช้เสียงจะหยุดหายไป ส่วนการเติบโตและพัฒนาการทางร่างกายจะไม่แตกต่างจากเด็กปกติ และเมื่อเข้าสู่วัยเตาะแตะ เด็กปกติจะใช้เวลาส่วนหนึ่งในการเล่น ซึ่งจะเป็นการเล่นที่อาจใช้ของเล่นหรือเล่นโดยใช้ของใช้ปกติ หรือของที่มืออยู่รอบตัว ที่สำคัญในเด็กปกติจะเป็นการเล่นที่มีการสมมุติหรือการเล่นที่มีการเลียนแบบการดำรงชีวิตหรือสังคมจริง ส่วนการเล่นที่ผิดปกติในเด็กออทิสติก จะเป็นการเล่นที่มีการหมกมุ่นกับสิ่งของบางสิ่งบางอย่าง ขาดการสมมุติ ไม่มีความหมายจากการเล่น แต่เป็นการเล่นที่เป็นการกระทำซ้ำๆ เล่นกับสิ่งของ หรือสิ่งของที่แปลกๆ มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผู้ดูแลหลักยับยั้งหรือเปลี่ยนแปลงไม่ได้

3.1.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล พยาบาลทำการประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาในการดำรงชีวิตของเด็กออทิสติกในครอบครัว และทำการจัดลำดับความสำคัญของสภาพความรุนแรงของปัญหาเพื่อการวางแผนการพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของความรุนแรงของเด็ก

3.1.3 การวางแผนการพยาบาล พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลโดยกำหนดวิธีการดูแล ช่วยเหลือ หรือการบำบัดทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และต้องคำนึงถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็ก ตลอดจนกระบวนการ รวมทั้งจัดประสบการณ์ให้ ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและร่วมทั้งมีความสามารถในการร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือดูแลเด็กออทิสติก โดยมุ่งหวัง ครอบครัวสามารถเลี้ยงดู และช่วยเหลือความวิตกกังวลความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากภาวะการดูแลเด็กออทิสติก การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ และกิจกรรมการพยาบาล

3.1.4 กิจกรรมการพยาบาล พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลโดยกำหนดวิธีการดูแลช่วยเหลือ หรือการบำบัดทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และต้องคำนึงถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็กตลอดกระบวนการ รวมทั้งจัดประสบการณ์ให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและมีความสามารถในการร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือ ดูแลเด็กออทิสติก โดยมุ่งหวังให้ครอบครัวสามารถเลี้ยงดูและช่วยเหลือเด็กออทิสติก เมื่อเด็กกลับสู่ครอบครัวรวมทั้งการช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถจัดการกับความวิตกกังวล ความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากภาวะการดูแลเด็กออทิสติก กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและบำบัดทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำคัญในเด็กออทิสติก ได้แก่

3.1.4.1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการดูแลเด็กรายบุคคลเพื่อพัฒนาความไว้วางใจ ตลอดจนการจัดระบบการดูแลเพื่อการตอบสนองความต้องการตนเองของเด็กเป็นรายบุคคลในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านการดูแลตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ซึ่งเด็กจะมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน การดูแลแบบที่พยาบาลรับผิดชอบเด็กเป็นรายบุคคล และมีความต่อเนื่อง เช่น การดูแลแบบเจ้าของไข้จะมีความเหมาะสม

3.1.4.2 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดในการป้องกันการบาดเจ็บ อันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งกับตัวเด็กเอง และที่อาจจะเกิดกับเด็กอื่น การรู้จักเด็กเป็นรายบุคคล เพื่อการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของเด็กที่มักจะเกิดขึ้นที่เด็กจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดเมื่อเด็กมีระดับของความวิตกกังวลสูงขึ้น พยาบาลต้องจัดการช่วยเหลือเด็กให้สามารถเผชิญกับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การช่วยเหลือเด็กในเรื่องนี้และการช่วยเหลือเด็กเมื่อเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์เช่นนี้ พยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง โดยใช้เทคนิคการบำบัดที่เหมาะสม

3.1.4.3 การแลช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการทางสังคมได้ ต้องเริ่มจากการมีสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลที่มีความไว้วางใจ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย และระดับประคองเด็กให้มีความมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยใช้เทคนิคการให้รางวัล เมื่อเด็กเริ่มแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยเฉพาะมีการประสานสายตา ซึ่งสำคัญมากในการสร้างความผูกพันทางสังคม หรือเมื่อ

เด็กเริ่มมองสิ่งของหรือบุคคลอย่างมีเป้าหมาย เป็นต้น เมื่อเด็กมีพัฒนาการในทางสร้างสรรค์ จึงเปลี่ยนจากการใช้รางวัล เป็นการให้แรงเสริมทางสังคม เช่น การกอดรัด การสัมผัส การยิ้ม หัวเราะ หรือชมเชยด้วยคำพูด เป็นต้น

3.1.4.4 พยาบาลใช้การดูแลช่วยเหลือเป็นรายบุคคลระยะยาวในการพัฒนาความสามารถของเด็กในการสื่อความหมายความต้องการของตนให้ผู้อื่นทราบ โดยพยาบาลคาดการณ์ความต้องการของเด็กให้ถูกต้อง และช่วยให้เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นอย่างเต็มที่ จะช่วยให้เด็กเริ่มต้นพัฒนาความสามารถในการสื่อความหมาย ความต้องการของตนให้ผู้อื่นทราบได้ การทำความเข้าใจ และการตรวจสอบว่าพยาบาลเข้าใจความต้องการของเด็กอย่างถูกต้องเป็นเรื่องจำเป็น การใช้เทคนิคการให้แรงเสริมแบบการให้รางวัล ใช้ได้ผลดีในเด็กออทิสติก และที่สำคัญพยาบาลต้องสำนึกไว้เสมอว่า เด็กที่ได้รับการดูแลด้วยความรัก ความอบอุ่นอย่างเต็มที่เท่านั้น จึงจะมีความไวใจสิ่งแวดล้อมพอที่จะสื่อความหมายความต้องการของตนให้ผู้อื่นได้

3.1.4.5 พยาบาลต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับเด็กออทิสติก โดยการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งเพื่อให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นพัฒนาการของเด็กที่เหมาะสมตามระดับสติปัญญาและระดับพัฒนาการของเด็ก ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับเด็กออทิสติก โดยสิ่งเข็บคือจัดสิ่งแวดล้อมต้องมีของมีคม หรือของใช้ที่แตกหักง่าย ในกรณีที่เกิดมีอาการชักร่วมด้วย สภาพแวดล้อมและของใช้ในห้องพัก หรือในหอผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องมีการบุนวม ตามความจำเป็น และในกรณีของเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากป้องกันการข้างต้น พยาบาลต้องป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นด้วยการเรียนรู้แบบแผนการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หากอาการนำของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวให้ได้ แล้วจึงดำเนินการเฝ้าระวัง

3.1.4.6 พยาบาลต้องช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการของกระบวนการการพัฒนาตัวตน โดยใช้ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีความอบอุ่นและไว้วางใจ ช่วยให้เด็กรับรู้ความเป็นตัวตน พัฒนาความรู้จักตนเอง ดังเช่น เรียนรู้การเรียกชื่ออวัยวะต่างๆ แล้วแยกว่าอะไรคือของตนเอง อะไรคือของคนอื่น ด้วยการมองตนในกระจก ในระยะแรกเด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะกลัวการเห็นตนเองในกระจก ต่อเมื่อเด็กมีพัฒนาการในทางที่เหมาะสม การมองกระจกจะช่วยให้เด็กเรียนรู้ตนเองได้มากขึ้น ซึ่งเด็กจะแสดงออกโดยสามารถชี้ปาก จมูก ตนเองได้ ตลอดจนรับรู้ความเป็นเจ้าของ ของใช้ส่วนตัว การพัฒนาความเป็นตัวตนนี้ พยาบาลจะพัฒนาควบคู่ไปกับการกระทำกิจวัตรประจำวัน

3.1.4.7 พยาบาลที่ดูแลเด็กออทิสติกต้องให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือ บิดามารดาให้เข้าใจและยอมรับว่าลูกมีความผิดปกติ รวมทั้งมีความคาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็กตามสภาพที่เป็นจริง เข้าใจศักยภาพของเด็กออทิสติก และมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลเด็กช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้เต็มตามศักยภาพ

3.1.5 การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล จะมุ่งเน้นการประเมินความปลอดภัยของเด็กจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การพัฒนาความสามารถในการสื่อความหมาย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางสร้างสรรค์สู่การเจริญเติบโต และมีพัฒนาการตามวัยของเด็กในทุกด้านและต้องการให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความสามารถของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักในการร่วมกันดูแลเด็กออทิสติกไปพร้อมๆกัน

3.2 การพยาบาลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3.2.1 จากข้อมูลหลักฐานการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อนที่มารับการรักษาที่สถาบันราชานุกูล อายุ 3-6 ปี โดยการศึกษาของชัต ยุงสันเทียะ (2550) พบว่าหลังได้รับการพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัด พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อนต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2.1 จากข้อมูลหลักฐานโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกที่มารับการรักษาที่สถาบันราชานุกูล อายุ 6-12 ปี โดยการศึกษาของนรุตม์ แพงพรมมา(2558) พบว่าหลังได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วม พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าเด็กออทิสติกมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง แต่ยังคงพบว่ามีระบบการให้บริการเด็กออทิสติก แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาความสามารถในด้านต่างๆ ตามกระบวนการของหอผู้ป่วย แต่ยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะเมื่ออยู่ที่บ้าน เด็กออทิสติกยังคงมีพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดระบบบริการผู้ป่วยออทิสติกในปัจจุบันของสถาบันราชานุกูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ระบบผู้ป่วยนอก โดยได้รับกิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพจัดให้บริการเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลดังต่อไปนี้ ได้แก่ การซักประวัติ การให้คำแนะนำเรื่องยา การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่ผู้ดูแลหลักและญาติ และมีกิจกรรมพัฒนาด้านสังคม พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมประจำวัน พัฒนาด้านภาษาและการสื่อความหมาย พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ การปรับพฤติกรรม

ระบบผู้ป่วยใน ประกอบด้วย

หอผู้ป่วยออทิสติก 1 ซึ่งรับเด็กออทิสติก อายุ 1-5.11 ปี ฝึกโปรแกรมพื้นฐานออทิสติก (Intensive Autistic Program) ให้บริการส่งเสริมพัฒนาการและพัฒนาศักยภาพของเด็กออทิสติกในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักในการดูแลเด็กออทิสติก

หออผู้ป่วยออทิสติก 2 ซึ่งรับเด็กออทิสติก อายุ 1-5.11 ปี ฝึกโปรแกรมเตรียมความพร้อมเด็กออทิสติกปฐมวัยเข้าสู่ระบบการศึกษา (ARS Program : Autistic Ready to School) ให้บริการเตรียมเด็กออทิสติกปฐมวัยให้มีความพร้อมเพื่อเข้าโรงเรียน

หออผู้ป่วยออทิสติก 3 โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการพื้นฐาน อายุ 6-18 ปี ให้บริการส่งเสริมพัฒนาการของผู้บกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญาอายุ 6 -18 ปี ในพัฒนาการพื้นฐาน ได้แก่ การมีสมาธิ การเคลื่อนไหวโดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่และกล้ามเนื้อมัดเล็ก ความเข้าใจภาษา และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมในรายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว บริการที่จะได้รับเมื่อเข้าโปรแกรม ฝึกทักษะรายบุคคล ,กิจกรรมฝึกการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก, กลุ่มภาษา ทัวไป(สิ่งของ/สัตว์/พืช) ร่างกายของฉันทัน รู้จักอวัยวะเพศ กิจกรรมพัฒนาสมองเพื่อการเรียนรู้ โดยการประกอบท่าทางการเข้าจังหวะ กลุ่มนวดสัมผัส และกลุ่มลองลิ้มชิมรส กิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองเพื่อการเรียนรู้ด้วยศิลปะ กิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองการเรียนรู้ด้วยการเล่นเกมการปรับพฤติกรรม กลุ่มการให้ความรู้ผู้ดูแลหลัก กลุ่มพลังใจผู้ดูแลหลัก และโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการต่อเนื่อง อายุ 6 - 18 ปี ให้บริการส่งเสริมพัฒนาการผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ในด้านทักษะการดำรงชีวิตประจำวันของผู้บกพร่องฯ ให้มีความพร้อมในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การแต่งกาย การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การใช้ห้องน้ำ พื้นฐานงานบ้าน รวมทั้งการเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยรุ่น บริการที่จะได้รับเมื่อเข้าโปรแกรม ฝึกรายบุคคลตามโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการดำรงชีวิตประจำวัน กิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองเพื่อการเรียนรู้ด้วยศิลปะ กิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองการเรียนรู้ด้วยการเล่น การบำบัดน้ำลายไหล ทักษะพื้นฐานงานบ้าน (การประกอบอาหาร กวาดบ้าน ถูบ้าน ตากผ้า เก็บผ้า พับผ้า) กลุ่มให้ความรู้ผู้ดูแลหลักเรื่อง การใช้ยา การเตรียมพร้อมเด็กเข้าสู่วัยรุ่น โปรแกรมการฝึกต่อเนื่องที่บ้าน กลุ่มพลังใจผู้ดูแลหลัก

3.3 การช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติก

3.3.1 จากข้อมูลหลักฐานการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อนที่มารับการรักษาที่สถาบันราชานุกูล อายุ 3-6 ปี โดยการศึกษาของชัต ยุงสันเทียะ (2550) พบว่าหลังได้รับการพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัด พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อนต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3.2 จากข้อมูลหลักฐานโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกที่มารับการรักษาที่สถาบันราชานุกูล อายุ 6-12 ปี โดยการศึกษาของนรุตม์ แพงพรมมา(2558) พบว่าหลังได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วม พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าเด็กออทิสติกมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง แต่ยังคงพบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวที่รุนแรงโดยเฉพาะเมื่ออยู่ที่บ้าน การให้ความช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติกเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากกลไกการเกิดปัญหาทางพฤติกรรมในเด็กออทิสติก ตามแนวความคิดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น เกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ได้รับการเลี้ยงดูของครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการสร้างและหล่อหลอมพฤติกรรม (เพ็ญทิไล ฤทธาคนานนท์, 2550) ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก แม้ว่าแต่ละครอบครัวจะมีลักษณะและโครงสร้างแตกต่างกันตามวัฒนธรรม แต่ครอบครัวก็เป็นสถาบันที่เป็นศูนย์กลางของสังคม ระบบครอบครัวมีความสำคัญมากต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจของสมาชิกในครอบครัวปัญหาของตัวเด็กทำให้บิดามารดาวิตกกังวลเดือดร้อนใจ และปัญหาของบิดา มารดา ก็ทำให้ความสามารถในการตอบสนองด้านความต้องการของเด็กลดลงด้วยการให้การพยาบาลเด็กออทิสติก จึงต้องคำนึงถึงครอบครัวของเด็กควบคู่ไปด้วยเสมอ ตามบทบาทพยาบาล มีรูปแบบการให้บริการกับครอบครัวได้หลายรูปแบบโดยอาศัยกระบวนการพยาบาลในการรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหา ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เลือกรูปแบบการให้ความช่วยเหลือให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละครอบครัว เช่นการให้คำปรึกษารายบุคคล หรือครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปคตรัม หรือการฝึกทักษะครอบครัวให้เข้าใจสาเหตุที่เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว มีทัศนคติที่ดีต่อเด็กออทิสติก มีความรู้พร้อมที่จะช่วยเหลือเด็กในการปรับพฤติกรรม มีส่วนร่วมกับพยาบาลและทีมรักษาในการติดตามประเมินผล การบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

4. สิ่งแวดล้อมบำบัด

สิ่งแวดล้อมบำบัดเป็นแนวทางหนึ่งที่จะนำมาใช้ในการช่วยเหลือเด็กออทิสติกอาการรุนแรงให้ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวม โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ที่ใช้วิธีการนี้ต้องมี ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสิ่งแวดล้อมบำบัดเป็นอย่างดี

4.1 แนวคิดการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด

4.1.1 ซีระ ลีลา นันทกิจ (2541) ได้กล่าวว่าสิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu Therapy) เป็นการบำบัดรักษาโดยการจัดการกับสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เหมาะสมไม่กระตุ้นอารมณ์ ความรู้สึก ร่วมกับฝึกการปรับตัวและการระบายความโกรธอย่างเหมาะสม จะสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้ป่วยเรียนรู้ และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ดีได้ โดยการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับผู้ป่วยด้วยกัน นอกจากนี้ยังช่วยเหลือ ส่งเสริมทักษะการปรับตัวทางสังคม และสิ่งแวดล้อมโดยเน้นที่สัมพันธภาพทางสังคม และการมีกิจกรรมต่างๆร่วมกัน ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การจำกัดหรือแยกผู้ป่วยเพื่อควบคุมและทำให้ความคิดในการทำร้ายตนเอง และ

ผู้อื่น หมดไป เป็นการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและผู้อื่น โดยมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวประกอบด้วย 3 มาตรฐาน (ธีระ สีสานันทกิจ, 2541) คือ

1. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งที่กระตุ้นอารมณ์โกรธ การแยกผู้ป่วย ควบคุมและป้องกันให้ผู้ป่วยและคนรอบข้างมีความปลอดภัย
2. การตอบสนองให้ผู้ป่วย ได้รับความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์อย่างเหมาะสม
3. ผู้ป่วยปรับตัวและระบายความรู้สึกโกรธอย่างเหมาะสม การสอนให้ผู้ป่วยได้รับรู้ยอมรับสภาวะอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองในขณะนั้น จัดกิจกรรม ให้ผู้ป่วยได้ฝึกการสื่อสารและการแสดงออกทางสังคมที่เหมาะสม เช่น การเล่นเกม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กลุ่มนันทนาการ

หลักการของแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด หรือ Milieu Therapy

1. การจัดให้บุคคลได้ตระหนักในเรื่องสุขภาพ และการเจริญเติบโต โดยการส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี เพื่อเป็นการส่งเสริมบุคลิกภาพ ความสามารถในการปรับตัว
2. การสร้างสัมพันธภาพ การเข้าถึงในการรักษา ผู้ป่วยต้องได้รับการพัฒนาเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้อื่นในสังคม การพัฒนาทักษะความเข้าใจผู้อื่น การเรียนรู้การยอมรับผู้อื่น
3. ผู้ป่วยเรียนรู้การมีสิ่งแวดล้อมของตนเอง มีความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การบริหารจัดการปัญหา ทั้งของส่วนตัว และส่วนรวม
4. ผู้ป่วยรู้จักพฤติกรรมของตนเอง ส่วนหนึ่งของการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด คือ การคาดหวังให้ผู้ป่วยนั้นสามารถรับผิดชอบพฤติกรรมของตนเอง
5. การจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดเป็นเครื่องมือให้เรียนรู้ว่าความกดดันมีประโยชน์ และมีพลังในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม โดยพฤติกรรมและความกดดันเป็นสิ่งที่สะท้อนมาควบคู่กัน ทั้งจากทางตรงและทางอ้อมจากสมาชิกภายในกลุ่ม
6. พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้รับการจัดการ เนื่องจากพฤติกรรมส่วนตัวนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อผู้อื่น ดังนั้นจำเป็นต้องเรียนรู้การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
7. ยึดหยุ่นและหลีกเลี่ยงการลงโทษ เมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวควรหยุดพฤติกรรมนั้นทันทีโดยการแยกผู้ป่วยออกไปอยู่ในห้องที่จัดเตรียมไว้ชั่วคราว

การบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม มีจุดมุ่งหมายหลัก 2 ประการ ได้แก่

1. จำกัดพฤติกรรมที่วุ่นวายและผิดปกติของผู้ป่วย (Sets limits on disturbing and maladaptive behavior)
2. สอนทักษะทางจิตสังคมให้ผู้ป่วย (Teaches psychosocial skills)

กิจกรรม (Programs of Activity) ใน Milieu Therapy ให้มีกิจกรรมเป็นสะพาน

หรือ Media ให้มีกลุ่มเกิดขึ้น เป็นการทำให้ เกิดการสื่อความหมาย ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยกับ ผู้ให้ การรักษา หรือระหว่างผู้ให้การรักษาด้วยกันเอง หลักในการจัดกิจกรรมมีดังนี้

- 1.ต้องเน้นกิจกรรมที่ทุกคนมีส่วนร่วมด้วย
- 2.ควรมีกิจกรรมหลายชนิด (Multiple Group Activity) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการ แก้ปัญหาของแต่ละคน ซึ่งไม่เหมือนกัน
- 3.กำหนดกิจกรรมเอาไว้ให้แน่ชัด เขียนเป็นตารางการปฏิบัติของแต่ละวันในสัปดาห์ ในวันหนึ่ง ควรมี 3-4 กิจกรรม ซึ่งไม่เหมือนกัน ใช้เวลาในแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง ตารางกิจกรรม นั้นต้องปิดไว้วันที่สะดวกตา เห็นได้ง่าย เพื่อเตือนให้ทุกคนรู้หน้าที่ของตนแต่ละวันไป
- 4.จุดประสงค์ของแต่ละกิจกรรม ต้องแสดงให้เห็นชัดเจนและใช้สีสะดุดตา เพื่อให้ ผู้ป่วยและผู้รักษาได้ทราบ ประโยชน์ของกิจกรรมนั้นๆ และถ้าเป็นไปได้ ควรจะมีการเปลี่ยนสีสันท่าง เพื่อจะทำให้ไม่เบื่อหน่าย
- 5.กิจกรรมที่แจ่งไว้นั้น เปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมและจำเป็น
- 6.ควรจัดกิจกรรมทั้งภายใน และภายนอกที่พัก หรือนอกโรงพยาบาล เพื่อเป็นการ เปลี่ยนบรรยากาศ ขจัดความรู้สึกจำเจ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยออกสู่อากาศ ทดลองกับสภาพที่ แท้จริง เวลาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะไม่เกิดความรู้สึกเปลี่ยนแปลงในสถานที่หรือเกิดความ หวาดกลัว
- 7.กลุ่มกิจกรรมไม่ควรมีสมาชิกมากนัก เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วม กลุ่มหนึ่งไม่ควรเกิน 15 คน รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา
- 8.โปรแกรม Milieu Therapy ต้องเป็นโปรแกรมที่มีการวางแผนไว้อย่างดีที่สุด โดย การร่วมมือกันระหว่างผู้บำบัดเท่านั้น ไม่ควรมีอิทธิพลอื่นๆมาแทรกแซง
- 9.การตัดสินใจทุกอย่างของผู้ป่วย และผู้บำบัดจะออกมาในรูปแบบของความ อบอุ่นและเห็นชอบด้วยกันทั้งสองฝ่าย ไม่มีลักษณะของผู้คุม^{ขัง} หรือ Authority แบบผู้บำบัด กับ ผู้ป่วยเด็ดขาด
- 10.หลักการช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากทำงาน หรือ อยากรแสดงออกให้สังคมได้ประจักษ์ในความสามารถของเขา การสนองความต้องการของผู้ป่วย ต้อง คงไว้ซึ่งคุณลักษณะของวัฒนธรรมและประเพณีกลุ่มชนนั้นๆ
- 11.การแก้ปัญหาหรือข้อบกพร่อง ข้อผิดพลาดของสมาชิกกลุ่ม ควรกระทำกันต่อ หน้า ผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกคน และควรทำในขณะที่ปัญหานั้นๆเกิดขึ้น เพื่อให้ทุกคนมองเห็น ปัญหา และสามารถแสดงความคิดเห็นของตนเองได้ทันทีทันควัน ถ้านิ่งจะทำให้กลุ่มมองไม่เห็น ความสำคัญของปัญหา

นอกจากหลักในการจัดกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังต้องมีกิจกรรมตามต้องการใน

การดำรงชีวิตในสภาพปัจจุบัน 4 ชนิด ได้แก่ 1. การศึกษา (Education) 2. สังสรรค์สัมพันธ์ (Social Intervention) 3. การฝึกงาน และอาชีพ (Occupational) และ 4. รื่นเริงบันเทิงใจ (Recreation) จากกิจกรรมหลัก 4 ชนิด ในแต่ละชนิดสามารถจัดกิจกรรมในรายละเอียดลงไปได้อีกมากมาย ได้แก่

1.การศึกษา (Education) ในชีวิตของคนทุกคน ใช้จะมีแต่การเรียนรู้ในห้องเรียน เท่านั้น การเรียนรู้ให้รู้จักชีวิต รู้จักปัญหา ฯลฯ นับว่า เป็นการเรียนรู้ที่ยิ่งใหญ่ และสำคัญยิ่งกว่าการเรียนในห้องเรียน ดังนั้น กิจกรรมในการศึกษา ได้แก่ กลุ่มจิตบำบัด (Group Psychotherapy) กลุ่มภาพสะท้อน (Projective Group) กลุ่มครอบครัวบำบัด (Family Therapy Group) และกลุ่มละครจิตบำบัด (Psychodrama)

2.ปัจจัยทางสังคม (Social Intervention) เน้นด้านความสัมพันธ์กับด้านความคิด การกระทำ ได้แก่ กลุ่มประชุมปรึกษา (Patients and staff Meeting) กลุ่มชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) และกลุ่มแก้ปัญหา (Problem Solving)

3.การฝึกงาน และอาชีพ (Occupational) ในบางสถานที่ที่รักษาการฝึกงาน และอาชีพ อาจเป็นเพียงการฝึกหัดผู้ป่วย ให้ได้ฟื้นฟูความสามารถหรืองานที่ผู้ป่วยเคยทำ แต่เนื่องจากได้ละเอียดมานานเนื่องจากความเจ็บป่วย แต่บางสถานที่อาจฝึกอาชีพด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การประกอบอาหารงานบ้านฝึกการใช้มือ เช่น การประดิษฐ์ดอกไม้งานฉลุไม้ และหล่อปูนพลาสเตอร์ (เป็นรูปตามแม่พิมพ์)

4.รื่นเริงบันเทิงใจ (Recreation) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักการพักผ่อน การรื่นเริง การทำกิจกรรมที่ตนเองพอใจ มีความสุข หลังจากได้เคร่งเครียดกับงาน หรือปัญหาต่างๆ ได้แก่ นาฏศิลป์ และขับร้อง กีฬากลางแจ้ง/ในร่ม การทำสวนครัว ดนตรี ศิลปะบำบัด

ผลดีของการรักษาพยาบาลโดยยึดหลัก Milieu Therapy

ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการ พยาบาล และผู้ป่วยเป็นอย่างดี สามารถเรียนรู้ปรับตัวเองเข้ากับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันของตนเองได้ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยอื่นที่ยังไม่สามารถช่วยตนเองได้ สามารถ ช่วยเหลืองานในหอผู้ป่วยได้ด้วย เช่น ความสะอาด เป็นต้น และกลับบ้านได้เร็วขึ้น

1.ด้านบุคลากรทางการพยาบาล ได้แก่ ทำให้ได้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากขึ้น สามารถทราบ ปัญหาความต้องการ ความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดี สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออก

2.ด้านการแพทย์ ได้แก่ ทราบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆในหอผู้ป่วย ตัดสินใจ ในการวางแผนการรักษาดีขึ้น รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ และลดจำนวนเวลาที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลสั้นลง จำหน่ายสู่ชุมชนได้เร็วขึ้น

4.4.2 ทฤษฎีการพยาบาลของ Florence Nightingale เป็นทฤษฎีในระยะแรก เรียกว่า Environmental Model เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ Florence Nightingale ได้รับการขนานนาม

ว่าเป็นมารดาของการพยาบาลสมัยใหม่ ถึงแม้ว่า Nightingale จะเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลแล้วเปิดโรงเรียนสอนพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1859 ก็ตาม แนวคิดของ Nightingale ซึ่งยอมรับว่าเป็นทฤษฎีการพยาบาลนั้น เป็นแนวคิดที่ Nightingale เขียนไว้ในตำรา “Notes on Nursing” และ “Introductory Notes on Lying –In Institution” นอกจากนั้น หลักฐานทางด้านแนวคิดยังพบได้ในจดหมายของ Nightingale ทฤษฎีของ Nightingale เน้นเรื่องสิ่งแวดล้อมและให้ความสำคัญกับพื้นฐานความรู้ในแนวกว้าง โดยเฉพาะแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการควบคุมสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลและครอบครัว นอกจากนั้น Nightingale ยังให้ความสำคัญกับการดูแลกระตุ้นกระบวนการฟื้นหายของผู้ป่วยให้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการลดอัตราการเกิดโรค และความสมดุลระหว่างมนุษย์สิ่งแวดล้อมที่อยู่ร่วมกัน

สำหรับแนวคิดของ Nightingale สิ่งแวดล้อมคือ ศูนย์กลางของความสนใจของพยาบาล ดังได้กล่าวแล้วว่า มนุษย์แยกจากสังคมไม่ได้ สิ่งแวดล้อมเป็นกุญแจสำคัญของการป้องกันโรค และฟื้นหายจากการเจ็บป่วย ดังนั้น การสอนของ Nightingale ส่วนใหญ่ จึงเกี่ยวกับการจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ และความสุขสบายของผู้ป่วย ดังนั้น แนวคิดของ Nightingale จึงเสนอชัดเจนเกี่ยวกับ กฎแห่งธรรมชาติ (law of nature) โดยเฉพาะให้ความสำคัญเป็นเบื้องต้นกับสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ ความสะอาด แสง อากาศบริสุทธิ์ น้ำสะอาด และการระบายของเสียอย่างเหมาะสม

สิ่งแวดล้อมตามแนวคิดของ Nightingale ซึ่งอธิบายว่า สุขภาพหรือการเจ็บป่วยของบุคคล เป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวในขณะนั้น และเป็นแนวคิดระดับกว้าง นั่นคือไม่เพียงแต่ให้ความสำคัญกับสภาพทางกายภาพที่เรียกกันในปัจจุบันว่า สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่รวมถึง ระบบงาน โครงสร้าง และการบริหารในองค์กร หรือในโรงพยาบาลด้วย นอกจากนั้น Nightingale ยังอธิบายต่อไปถึงสิ่งแวดล้อมแยกออกจากบุคคลและการพยาบาลไม่ได้ เมื่อการพยาบาล คือ ดูแลช่วยเหลือบุคคลโดยการจัดการกระทำต่อสิ่งแวดล้อมใน 13 เรื่อง ได้แก่ การระบายอากาศ และความอบอุ่น สุขภาพของบ้าน การจัดการทั่วไป เสียง ความหลากหลาย การรับประทานอาหาร ชนิดของอาหาร เติงและเครื่องนอน แสงสว่าง ความสะอาดในห้องและฝาผนัง ความสะอาดส่วนตัว การพูดคุยเพื่อความหวังและคำแนะนำ และการสังเกตผู้ป่วย และ 13 เรื่องนี้เอง คือ สิ่งแวดล้อมที่เป็นเป้าหมายของการพยาบาล ซึ่งทุกเรื่องมีอิทธิพลต่อสุขภาพและกระบวนการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย

ตามลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้ง 13 เรื่อง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกัน แต่เพื่อเชื่อมโยงกับศาสตร์การพยาบาลในปัจจุบัน จึงจัดกลุ่มได้ 3 กลุ่ม คือ

1. สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ได้แก่ การระบายอากาศ และความอบอุ่น สุขภาพของบ้าน การจัดการทั่วไป เสียง ความหลากหลาย การรับประทานอาหาร ชนิดของอาหาร เติงและเครื่องนอน แสงสว่าง ความสะอาดในห้องและฝานั่ง ความสะอาดส่วนตัว
2. สิ่งแวดล้อมด้านจิตใจ ได้แก่ การพูดคุยเพื่อความหวังและคำแนะนำและ
3. สิ่งแวดล้อมด้านสังคม ได้แก่ การสังเกตผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะถือว่า พยาบาลเป็นบุคคลอื่นที่อยู่บ้านนอก/ครอบครัว จึงเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

4.2 บทบาทของพยาบาลในการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด

4.2.1 แนวคิดการพยาบาลเด็กกอดทิสติก การพยาบาลเด็กกอดทิสติกเป็นการใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลผสมผสานกับศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับเด็กและวัยรุ่นในการปฏิบัติการพยาบาลกับ เด็ก เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิต และจิตวิญญาณของผู้ป่วย และครอบครัว และการฟื้นฟู สภาพจิตในเด็กกอดทิสติก เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตามวัย รวมทั้งมีการดำรงชีวิต ในครอบครัวอย่างผาสุก (กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2546) ในการให้การพยาบาลนั้นพยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นตอน ซึ่งหลักการพยาบาลเด็กกอดทิสติกโดยทั่วไปมี

4.2.2 การใช้กระบวนการพยาบาล การพยาบาลเด็กกอดทิสติกก็เช่นเดียวกับการพยาบาลโดยทั่วไปคือ ปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การกระทำกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Intervention) และการประเมินผล (Evaluation) การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นตามกฎหมายที่ผู้ประกอบวิชาชีพต้องปฏิบัติ ทั้งนี้เพราะการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานสำคัญของการตัดสินใจทางคลินิกและเป็นการรวมกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดที่พยาบาลจะกระทำโดยตรงและโดยอ้อมต่อผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน ซึ่งเป็นการประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง ที่จะส่งผลดีทางการพยาบาล ทั้งที่เป็นความรู้ ความหวัง ความสุข และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งปัญหาสุขภาพอนามัยที่ได้รับการแก้ไข การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ใช้บริการและครอบครัว

4.2.3 การใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลในการ ดูแลช่วยเหลือเด็กกอดทิสติก พยาบาลผู้ปฏิบัติจะต้องใช้องค์ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาล และ ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง องค์ความรู้ที่สำคัญได้แก่ ศาสตร์การพยาบาล จิตเวชศาสตร์ มนุษย์ศาสตร์ รวมทั้งมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลองค์การวิชาชีพและของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4.2.4 ใช้การพยาบาลแนวองค์รวม ยึดเป้าหมายเดียวกันกับการพยาบาลในสถานการณ์อื่น คือ การดูแลช่วยเหลือเด็กพร้อมๆ กันทั้งทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการเจริญเติบโตทางกาย การ เคลื่อนไหว สติปัญญา ภาษา ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนการ

จัดการกับ สิ่งแวดล้อมในครอบครัว และในชุมชนทั้งที่เป็นกายภาพ และสภาพแวดล้อมทางสังคม

4.2.5 มุ่งการปฏิบัติการพยาบาลสู่ผลลัพธ์ (Nursing therapeutic session) คือ ช่วงเวลาที่พยาบาลอยู่กับผู้ป่วย ซึ่งมีการตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนของ กระบวนการพยาบาล ตลอดจนการตรวจสอบผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไปพร้อมๆกัน จากนั้นพยาบาลจะต้องให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บิดามารดา และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นประโยชน์ในด้านความต่อเนื่องของการบริการ และความพึงพอใจในการรับบริการ

4.2.6 ให้ความสำคัญกับครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกนั้น เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกันกับการดำรงชีวิต และการปฏิบัติของบิดามารดา ผู้เลี้ยงดูหรือผู้ใกล้ชิดที่สำคัญ (Parent or caregiver or Significant others) ดังนั้นการปฏิบัติวิชาชีพของพยาบาลจึงต้องคำนึงถึง และปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือเด็กร่วมกับครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิด

4.2.7 ใช้ทักษะพื้นฐานด้านสัมพันธภาพ และการสื่อสาร ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับเด็กออทิสติก ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับวัยของเด็ก เช่น การยอมรับเด็กโดยไม่มีเงื่อนไข ความเข้าใจ และเข้าถึงประสบการณ์ชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลหลัก พยาบาลจะใช้ทักษะพื้นฐานนี้ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมตามวัยของเด็ก เพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์

4.2.8 แหล่งข้อมูลสำคัญคือข้อมูลจากเด็ก ข้อมูลจากเด็กมีความสำคัญไม่น้อยกว่าของ บิดา มารดา ผู้ดูแลหลัก หรือครู เพราะเป็นการสะท้อนประสบการณ์ทั้งเชิงประจักษ์ และอัตนัยที่เกิดขึ้นกับตัวเด็กจริง

4.3 ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข

ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของสกินเนอร์ (Skinner) สกินเนอร์ (Skinner, 1953) เป็นผู้คิดทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำหรือแบบปฏิบัติการ ซึ่งมีชื่อเรียกต่างๆ กัน คือ Operant Conditioning Theory หรือ Instrumental conditioning theory หรือ Type - R Conditioning Theory สกินเนอร์ได้เสนอแนวความคิดโดยจากนักทฤษฎีทาง พฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภท คือ

4.3.1 พฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้แบบ Type S (Response Behavior) ซึ่งมีสิ่งเร้า (Stimulus) เป็นตัวกำหนดหรือดึงออกมา เช่น น้ำลายไหลเนื่องจากใส่อาหารเข้าไปในปาก สะดุ้งเพราะถูกเคาะที่สะบ้าข้างเข้า หรือการหรีตาเมื่อถูกแสงไฟ พฤติกรรมดังกล่าวเป็นการตอบสนองแบบอัตโนมัติ

4.3.2 พฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้แบบ Type R (Operant Behavior) พฤติกรรมหรือ การตอบสนองขึ้นอยู่กับ การเสริมแรง (Reinforcement) การตอบสนองแบบนี้จะต่างกับแบบแรก เพราะอินทรีย์เป็นตัวกำหนดหรือเป็นผู้สั่งให้กระทำต่อสิ่งเร้า ไม่ใช่ให้สิ่งเร้าเป็น

ตัวกำหนดพฤติกรรมของอินทรีย์ การวางเงื่อนไขแบบการกระทำเน้นการกระทำของผู้ที่เรียนรู้มากกว่าสิ่งเร้าที่กำหนดให้ พฤติกรรมการตอบสนองจะขึ้นอยู่กับ การเสริมแรง (Reinforcement) ตัวเสริมแรงแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

4.3.2.1 ตัวเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) หมายถึง สิ่งเร้าใดๆ ซึ่งเมื่อนามาใช้แล้ว ทำให้อัตราการตอบสนองเพิ่มมากขึ้น เช่น คำชมเชย รางวัล อาหาร

4.3.2.2 ตัวเสริมแรงทางลบ (Negative Reinforcement) หมายถึง สิ่งเร้าใดๆ ซึ่งเมื่อนามาใช้แล้ว ทำให้การตอบสนองเพิ่มขึ้นในทางลบ เป็นตัวเสริมแรงทางลบ เช่น เสียงดัง อากาศร้อน คำตำหนิ กลิ่น การทำโทษ เป็นการนำตัวเสริมแรงลบเข้ามา เพราะการทำโทษบางอย่างหากนำไปใช้จะมีผลให้อัตราการตอบสนองเปลี่ยนไปในลักษณะที่เพิ่มขึ้น

การนำทฤษฎีการเรียนรู้ของสกินเนอร์ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1. การใช้เสริมแรง (Reinforcement) ทุกขั้นตอนของการจัดกิจกรรม ควรให้การเสริมแรง โดยการชมเชยหรือให้แรงจูงใจ โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การให้รางวัล ทั้งนี้เพราะเด็กในวัยนี้ต้องการให้ผู้อื่นสนใจตนหรือเห็นว่าตนเองสำคัญกว่าคนอื่น การให้แรงจูงใจจะทำให้เด็กเกิดความสนใจ พอใจที่จะเรียน

2. การปลูกฝังพฤติกรรมบางอย่างและการลดพฤติกรรมบางอย่าง (Shaping Behavior) หลักการ สำคัญของทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำของสกินเนอร์ก็คือ การควบคุม การตอบสนองด้วยวิธีการเสริมแรง กล่าวคือ เราจะให้การเสริมแรงเฉพาะในเรื่องที่ต้องการ เพื่อให้ เกิดเป็นนิสัยติดตัว ดังนั้น ถ้าเราต้องการให้เด็กมีพฤติกรรมใหม่ในเรื่องใดก็ควรให้ การเสริมแรง พฤติกรรมนั้น เพื่อให้เด็กทำต่อไปจนเป็นนิสัย แต่ถ้าต้องการให้พฤติกรรมใดหายไปก็ควรลดการ เสริมแรงพฤติกรรมนั้น ก็จะทำให้พฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนานั้นหายไป การปลูกฝังพฤติกรรมใหม่ ให้แก่เด็กโดยการใช้การเสริมแรงเป็นสิ่ง ควบคุมพฤติกรรม การใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นการเพิ่ม พฤติกรรมที่พึงประสงค์ และลดความถี่ของการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

5. การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว

จากแนวคิดผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงได้ประยุกต์นำ แนวคิดการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดของ ชีระ ลีลานันทกิจ(2541) ให้มีความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับ Florence Nightingale(1992) จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) มาใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดถือว่าเป็นบทบาทหน้าที่ที่

สำคัญในความรับผิดชอบของพยาบาลมาโดยตลอด(วรารมณ ศิริธรรมมานุกูล, 2548) แนวคิดที่ใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง มีดังนี้

5.1 จัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เพื่อความปลอดภัยและเสริมสร้างพัฒนาการทางกาย การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันให้ได้รับอาหารและน้ำ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การลดสิ่งเร้าที่ได้รับทางประสาทสัมผัส เช่น

5.1.1 การควบคุมระดับแสงการทำให้อากาศถ่ายเท ทำให้เกิดความสดชื่น เนื่องจากระดับแสงแดดสาดเข้าไปในโรงพยาบาลและบ้าน ทำให้อากาศร้อนอบอ้าวอาจเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดได้

5.1.2 การควบคุมระดับเสียงที่เกิดจากบุคคลที่จะไปกระตุ้นหรือเร้าเด็กออทิสติกให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ระดับเสียงของคนในครอบครัวทะเลาะกันส่งเสียงดังอาจจะไปกระตุ้นเร้าเด็กทำให้เกิดความเครียดได้

การปฏิบัติการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพจะส่งผลช่วยลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวด้านตัวเด็กได้ เนื่องจากช่วยให้เด็กรู้สึกปลอดภัย ผ่อนคลาย และลดสิ่งกระตุ้นเร้า

5.2 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทางจิตสังคม มุ่งเน้นการดำรงชีวิตประจำวันของเด็กออทิสติกเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งจะเป็นการเสริมสร้างระเบียบวินัยให้กับเด็กเพื่อให้เด็กเรียนรู้ทักษะทางจิตสังคมและภาษา รู้จักการปฏิบัติตามกฎระเบียบต่างๆ รู้จักการควบคุมอารมณ์ของตนเองเป็นการป้องกัน และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดกิจกรรม จะยึดหลักไม่ยั่ว ยุให้เด็กโกรธ ใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจไปทำกิจกรรมที่น่าสนใจกว่า เช่น การจัดกิจกรรมเกมส์ต่างๆ การสนุกกับการเล่นและ การออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมากขึ้นนี้เนื่องจากการเล่นเป็นการปลดปล่อยพลังอย่างสนุกและเป็นธรรมชาติของเด็ก

การปฏิบัติการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทางจิตสังคมจะส่งผลช่วยลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวด้านตัวเด็ก และครอบครัวได้ เนื่องจากกิจกรรมที่จัดขึ้นจะช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่ดี และเสริมพฤติกรรมที่ดี ทั้งยังช่วยให้ผู้ดูแลหลัก และครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคและทักษะในการช่วยเหลือเด็กได้

5.3 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อเด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ต้องหยุดพฤติกรรมก้าวร้าวทันที และสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดี ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน โดยพยาบาลใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดที่โรงพยาบาล สอน และสาธิตให้ผู้ดูแลหลักเกิดทักษะเพื่อนำไปใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดที่บ้านกับเด็กออทิสติกอาการรุนแรงอย่างต่อเนื่อง สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกโดยเฉพาะเมื่ออยู่ที่บ้านได้ การให้ความรู้ผู้ดูแลหลักเรื่องโรคออทิซึมสเปกตรัม ทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกเมื่อเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

ส่งเสริมความเข้าใจแก่ผู้ดูแลหลัก ในการดูแลเด็กออทิสติกอาการรุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ดังต่อไปนี้

5.3.1 การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement)

แรงเสริมบวก คือแรงเสริมที่จะช่วยให้พฤติกรรมที่เราต้องการเกิดบ่อยขึ้น กระบวนการให้แรงเสริมนี้ก็ คือ จะให้แรงเสริมนี้ ภายหลังจากที่บุคคลมีพฤติกรรมที่เราต้องการ เป็นวิธีการให้แรงเสริมที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและค่อนข้างจะให้ผล ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5.3.2 การใช้แรงเสริมทางลบ (Negative Reinforcement)

เป็นการทำให้ความถี่ของพฤติกรรมคงที่ หรือเพิ่มขึ้น โดยการกำจัดสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจออกไป ตัวอย่างเช่น เมื่อผู้เรียนเข้าห้องเรียนสายกว่าเวลาเรียน ครูผู้สอนอาจจะตำหนิ เพื่อไม่ให้เกิดพฤติกรรมเช่นนี้อีก ซึ่งการเสริมแรงในทางลบนี้ครูผู้สอนควรจะมีระดับระมัดระวังในการใช้ถ้อยคำ หรือการกระทำมิให้รุนแรง ส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความเสียหายได้

5.3.3 การลงโทษ (Punishment) เป็นกระบวนการในการจัด

กิจกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่เด็กแสดงออกและไม่ให้เด็กแสดงพฤติกรรม เช่นนี้อีกในอนาคต การลงโทษอาจเป็นการลงโทษด้วยวาจา เช่น การตำหนิ หรือการลงโทษด้วยการงดอาหาร ขนมหรือกิจกรรมที่เด็กชอบ

5.3.4 การเพิกเฉย (Ignore) เป็นการงดให้รางวัล งดให้ความสนใจ

ต่อพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ การเพิกเฉยเหมาะสำหรับพฤติกรรมที่ไม่รุนแรงเท่านั้น วิธีนี้ไม่เหมาะสำหรับพฤติกรรมรุนแรง เช่น การชกต่อย

5.3.5 การนำออกไป (Time - Out) คือ การนำบุคคลออกไปจาก

สถานที่ที่มีการเสริมแรงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมพึงประสงค์ เป็นการถอดถอนโอกาสที่บุคคลนั้นจะได้รับการเสริมแรงทางบวก หรือการสูญเสียตัวเสริมแรงที่บุคคลนั้นกำลังได้อยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสมครบถ้วนกลุ่มกิจกรรม อันจะทำให้การกระทำพฤติกรรมนั้นลดลงในอนาคต หรืออาจกล่าวได้ว่า Time-out ใช้เพื่อช่วยให้เด็กฝึกการควบคุมตนเอง ดังนั้นจึงใช้ได้กับปัญหาพฤติกรรมใดๆ ที่เด็กไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เช่น เมื่อเด็กเล่นรุนแรงแล้วห้ามไม่หยุด เด็กทะเลาะแล้วลงมือตีกัน เด็กก่อกวนในห้องเรียน หรือเมื่อถูกขัดใจแล้วอาละวาด วัตถุประสงค์ คือ เพื่อให้เด็กสงบ และหยุดตนเองได้ในที่สุด (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2553)

โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นสิ่งที่ไม่ดีที่ไม่ยอมรับ และเรียนรู้ที่จะแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสม ในการอยู่ร่วมกัน เช่น ไม่ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือสิ่งของ ไม่ส่งเสียงดังโวยวายรบกวนคนอื่น

การปฏิบัติการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวจะส่งผลช่วยลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวด้านตัวเด็ก และครอบครัวได้ เนื่องจากกิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นการสร้างเสริมให้เด็กออทิสติกอาการรุนแรง รู้จักการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบต่างๆ ควบคุมอารมณ์ของตนเองเป็นการป้องกัน และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกอาการรุนแรง โดยการจัดการเล่นและการทำกิจกรรมกลุ่ม ในขณะที่เดียวการจัดกิจกรรมเน้นการให้ผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลต้องให้ความรู้เรื่องของโรคออทิสซึม พฤติกรรมก้าวร้าว การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว สนับสนุนให้ผู้ดูแลหลักสามารถดูแลเด็กออทิสติกอาการรุนแรงที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Mancil,G.R.,Conroy, M. A., & Haydon, T. F. (2009) ได้ศึกษาผลของการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu Therapy) ในเด็กออทิสติก โดยหลักการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การเลียนแบบ การเสริมแรง ในสภาวะแวดล้อมที่เหมือนบ้าน โดยบิดา มารดา มีส่วนร่วม ซึ่งนำไปศึกษาในเด็กออทิสติกที่มีความผิดปกติทางด้านสังคม การสื่อสาร และความผิดปกติทางด้านอารมณ์ พบว่า เด็กออทิสติกมีพัฒนาการทางด้านทางด้านสังคม การสื่อสาร ผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้การพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัดในเด็กออทิสติก พบว่า สามารถเพิ่มทักษะด้านการสื่อสาร และลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

Borge L, Rossberg JL, Sverdrup S. (2013)การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการจัดการกระทำกับสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสมร่วมกับการสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วย สามารถลดพฤติกรรมทางลบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ และเปิดโอกาสให้มีการเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วยอื่น

Huang, H.L., et al. (2007) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลหลักเด็กออทิสติกอาการรุนแรง โดยใช้แนวคิดตามโปรแกรมของ Barkley เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กออทิสติกอาการรุนแรงจัดโปรแกรมเป็น 11 ครั้ง ศึกษาในผู้ดูแลหลักเด็กออทิสติกอาการรุนแรงในเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-7 ปี ผู้ดูแลหลักมีการศึกษาสูงกว่ามัธยม ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร และเด็กอาศัยอยู่กับผู้ดูแลหลัก จำนวน 21 คน โดยโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้สาเหตุของการแสดงพฤติกรรมของเด็ก การสร้างเสริมสมาธิ การเพิ่มความอดทน การให้รางวัล การใช้ Time out เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์การควบคุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ต่างๆ ในอนาคต การเตรียมพฤติกรรมเด็กก่อนเข้าเรียน และการเสริมแรงให้กำลังใจ ผลการศึกษา พบว่า อาการสมาธิสั้นของเด็กขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Jennifer (2006) กล่าวว่า การใช้พฤติกรรมบำบัด เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผลสำหรับเด็ก ออทิสติก ซึ่งผู้ดูแลหลักมักปรับพฤติกรรมเด็กไปโดยที่ไม่มีความรู้เพียงพอ จึงควรช่วยเหลือโดยให้ ความรู้แก่ผู้ดูแลหลัก เพื่อให้สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างถูกต้อง

Matson et al. (2009) พบว่า การฝึกอบรมให้ความรู้ และทักษะต่างๆ ให้ผู้ดูแลหลักเป็น ปัจจัยหลักที่จะนำไปดูแลเด็กต่อไป และเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้ดูแลหลัก อีกทั้งยังลดค่าใช้จ่าย ระยะเวลา และสิ่งสำคัญมากกว่านั้น คือ เด็กออทิสติกลดการรักษาด้วยยา โดยทดสอบในเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน จำนวน 35 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ๆ ละ 3 ชั่วโมง

ชุด ยุงสันเทียะ (2549) ได้ศึกษาการพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ของเด็กปัญญาอ่อน สถาบันราชานุกูล โดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปัญญาอ่อน ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัด การปฏิบัติสิ่งแวดล้อมบำบัด ประกอบด้วย การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมพัฒนาทางจิตสังคม และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปัญญา อ่อนโดยรวมหลังได้รับการพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัด ($X = 10.13$) ต่ำกว่าก่อนการได้รับการ พยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัด ($X = 21.0$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นรุตม์ แพงพรมมา (2558) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกก่อน และหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมประกอบด้วย สรุพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้าน ครอบครัวเข้ากลุ่มรับการสอนจากผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคจากการใช้พฤติกรรมบำบัดที่บ้าน โดยใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อเด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ต้องหยุดพฤติกรรมก้าวร้าวทันที และสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดี ศึกษาโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กออทิสติก อายุ 6-12 ปี และครอบครัวที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วย ใน สถาบันราชานุกูล พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ลดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทศพร พรหมประเสริฐ (2550) ได้ศึกษาการพยาบาลที่เน้นพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรม ก้าวร้าวในเด็กออทิสติก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าว ของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลที่เน้นพฤติกรรมบำบัด ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกโดยรวมหลังได้รับการพยาบาลที่เน้นพฤติกรรมบำบัด ($X = 5.34$) ต่ำกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลที่เน้นพฤติกรรมบำบัด ($x = 11.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

อัญชรส ทองเพ็ชร (2554) ได้ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกก่อนและหลังการใช้พฤติกรรมบำบัด โดยใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการ

ทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กออทิสติก อายุ 6-12 ปี แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกหลังการใช้พฤติกรรมบำบัดต่ำกว่าก่อนได้รับพฤติกรรมบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. กรอบแนวคิดงานวิจัย

จากแนวคิดผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงได้ประยุกต์นำแนวคิดการจัดการสิ่งแวดล้อมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชของ ชีระ ลีลานันทกิจ(2541) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีสิ่งแวดล้อมของ Florence Nightingale ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) มาใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ในการวิจัยนี้มุ่งเน้นจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านการสื่อสารและภาษา เพื่อให้เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์และแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังแสดงในกรอบแนวคิด ดังนี้

โปรแกรมการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด

พัฒนาโดยใช้แนวคิดแนวคิดการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดของ ชีระ ลีลานันทกิจ (2541) ซึ่งสอดคล้องกับ Florence Nightingale(1992) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกับผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคออทิสซึม พฤติกรรมก้าวร้าว สิ่งแวดล้อมบำบัด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพ ความคุ้นเคย กับเด็ก และผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 3 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก

ขั้นตอนที่ 3 การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และการเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 4 การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และการเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยจัดกิจกรรมสร้างเสริมพัฒนาการทักษะทางด้านภาษาสื่อสาร และทักษะสังคม

กิจกรรมที่ 5 ผู้ดูแลหลักใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และการเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็กออทิสติกที่บ้าน โดยผู้วิจัยติดตามผล

พฤติกรรม
ก้าวร้าว

- กาย
- วาจา
- สิ่งของ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Control Group Design) มีจุดประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O3		O4

โดย	X	หมายถึง การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด
	O1	หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ก่อนได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด
	O2	หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง หลังได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด
	O3	หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
	O4	หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล อายุ 6-12 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตาม DSM V มีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และไม่มีควมผิดปกติทางพัฒนาการอย่างอื่นร่วมด้วย

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เพศชายหรือหญิง อายุ 6-12 ปี ว่าเป็นเด็กออทิสติกที่มีอาการรุนแรงโดยมีหลักการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามข้อวินิจฉัยของ DSM V และผู้ดูแลหลักเด็กออทิสติกที่มีอาการรุนแรงที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยในสถาบันราชานุกูล

กุล มีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 40 คนโดยจัดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่ เพศ และอายุ ของเด็ก ผู้ดูแลหลักจำนวน 40 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่มที่ได้รับสิ่งแวดล้อมบำบัด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติละคู่จนครบ 40 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คู่และกลุ่มควบคุม 20 คู่

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ของเด็กออทิสติก มีดังนี้

1. เป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ว่าเป็นเด็กออทิสติก
2. มีระดับความรุนแรงของโรค จากการประเมินด้วยแบบประเมินความรุนแรงของอาการออทิสติก มีคะแนนความรุนแรงของอาการออทิสติก อยู่ในระดับปานกลาง 39 คะแนนขึ้นไป
3. จากการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว มีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว อยู่ในระดับปานกลาง 8 คะแนนขึ้นไป
4. เป็นเพศชายหรือหญิง อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 6-12 ปี
5. ผู้ดูแลหลักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก ได้แก่ บิดา มารดา หรือ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า และอา ที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ
6. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบ 4 ครั้งตามที่กำหนด

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เด็กออทิสติกอาการรุนแรงและ/หรือผู้ดูแลหลักถอนตัวออกจากการวิจัย
2. เด็กออทิสติกอาการรุนแรงและ/หรือผู้ดูแลหลักเจ็บป่วยมีปัญหาสุขภาพที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรมในช่วงระยะเวลาทำการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยกึ่งทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองขนาดกลางที่ 0.5 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่ .05 จากการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก มาใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 34 คน สำหรับ 2 กลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษาผู้วิจัยจึงได้กำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ได้รับการจับคู่ (Matched-Pair) ด้วยวิธีการ จับคู่เพศของเด็กออทิสติก เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมรุนแรงกว่าเพศหญิง (Chou et al ,2002) แล้วจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. วันที่ 25-29 พฤษภาคม 2563 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ทำการศึกษาประวัติเด็กออทิสติก จากเวชระเบียนและแฟ้มประวัติผู้ป่วยใน คัดเลือกเด็กออทิสติกที่ เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ที่หอผู้ป่วยออทิสติก 3 ที่มีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โดย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กออทิสติก และผู้ดูแลหลักเด็กออทิสติก ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่ กำหนดไว้

2. วันที่ 1 มิถุนายน 2563 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อ การทำวิจัยครั้งนี้ โดยเริ่มจากการจับคู่ (Matched-pair) ระหว่างเพศของเด็กออทิสติก ที่ละ 1 คู่ ในช่วง เช้า เวลา 09.00-10.30 น. จับคู่ 9 คู่ และในช่วงบ่าย เวลา 13.00-14.30 น. จับคู่ 9 คู่ รวมเป็น 18 คู่ 36 คน เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัวออกจากการวิจัย ในกรณีที่จับคู่ไม่ได้ ต้องเลือกคู่จับใหม่ โดย ให้มีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุด แล้วสุ่มโดยใช้วิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ทีละคู่ จนครบ 2 กลุ่มๆละ 20 คน และในวันที่ 2 มิถุนายน 2563 ผู้วิจัยทำการควบคุม ตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัย โดยจากการจับคู่ (Matched-pair) ระหว่างอายุ ของเด็กออทิสติกทีละ 1 คู่ ในช่วงเช้า เวลา 09.00-10.30 น. จับคู่ 10 คู่ และในช่วงบ่าย เวลา 13.00- 14.30 น. จับคู่ 10 คู่ รวมเป็น 20 คู่ 40 คน ในกรณีที่จับคู่ไม่ได้ ต้องเลือกคู่จับใหม่ โดยให้มีลักษณะ ด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุด แล้วสุ่มโดยใช้วิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที ละคู่ จนครบ 2 กลุ่มๆละ 20 คน (ดังตารางที่ 1)

3. วันที่ 4 มิถุนายน 2563 ผู้วิจัยพบครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติก กลุ่ม ควบคุม หลังจากคัดเลือกผู้ดูแลหลักแล้ว และผู้ดูแลหลักยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแนะนำตัว ให้ ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ และให้ลง นามในเอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และในวันที่ 5 มิถุนายน 2563 ผู้วิจัยพบ ครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติก กลุ่มทดลอง หลังจากคัดเลือกผู้ดูแลหลักแล้ว และผู้ดูแล หลักยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแนะนำตัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ และให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมในการวิจัย

4. ในการดำเนินการทดลองกับครอบครัวที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ ของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ กำหนด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มเช้า เวลา 09.00-12.00 น. และกลุ่มบ่าย เวลา 13.00-16.00 น. และ ให้ผู้ดูแลหลักเลือกช่วงเวลาของตนเองสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม จนได้ครบ 2 กลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการ ครั้งที่ 1 วันที่ 11 มิถุนายน 2563 เวลา 09.00 น.กลุ่มเช้า และ เวลา 13.00 น.กลุ่มบ่าย ที่หอผู้ป่วยออทิสติก 3 สถาบันราชานุกูล ส่วนในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนัดหมาย ครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการ ครั้งที่ 1 วันที่ 11 มิถุนายน 2563 เวลา 13.00 น. ที่หอผู้ป่วย 3 สถาบัน ราชานุกูล ในกระบวนการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการทดลองในครั้งที่ 2 จำนวน 4 ท่าน คือ คู่ที่ 19 และคู่ที่ 20

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ และอายุเด็กออทิสติก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลำดับคู่	เพศ		อายุ	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	ชาย	ชาย	12	11
2	ชาย	ชาย	10	10
3	ชาย	ชาย	11	12
4	หญิง	หญิง	8	9
5	หญิง	หญิง	9	9
6	ชาย	ชาย	7	7
7	ชาย	ชาย	12	12
8	ชาย	ชาย	10	11
9	ชาย	ชาย	6	7
10	ชาย	ชาย	12	11
11	ชาย	ชาย	6	7
12	หญิง	หญิง	12	12
13	หญิง	หญิง	9	8
14	ชาย	ชาย	9	9
15	ชาย	ชาย	7	7
16	ชาย	ชาย	7	6
17	ชาย	ชาย	12	11
18	หญิง	หญิง	9	9
19	ชาย	ชาย	9	8
20	ชาย	ชาย	10	11

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันราชานุกูล เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยก่อนทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายให้ผู้ดูแลหลักของเด็กกอดทิสติกอาการรุนแรงได้รับทราบและเข้าใจในกระบวนการ การดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน และแจ้งให้ทราบว่าผู้ปกครองสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อมารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาถ้าต้องการในระหว่างการดำเนินการวิจัย จากนั้นให้ผู้ปกครองลงนามในเอกสารยินยอม

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล วันที่ 7 พฤษภาคม 2563 รหัสโครงการ RI 004/63 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ
 - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กกอดทิสติกอาการรุนแรงและผู้ดูแลหลัก
 - 1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กกอดทิสติกอาการรุนแรง
2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ
 - 2.1 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กกอดทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง
 - 2.2 คู่มือการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กกอดทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงสำหรับผู้ดูแล
 - 2.3 แบบประเมินความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านของผู้ดูแล

การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกอาการรุนแรงและผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ วันเดือนปีเกิด อายุ เป็นบุตรคนที่ การวินิจฉัยโรค อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประวัติการได้รับยา และข้อมูลของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติกอาการรุนแรง ใช้สังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมินที่บ้าน เป็นแบบประเมินเพื่อหาปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้มาจาก นรุตม์ แพงพรมมา(2558) ซึ่งปรับจากฉบับที่แปลโดยอัญชรัส ทองเพชร พัฒนาจากของ Yudofsky (1986) ซึ่ง แบบประเมินนี้ใช้เวลาสังเกตครั้งละ 20 วินาที หยุดพัก 10 วินาที เป็นระยะเวลาทั้งหมด 20 นาที มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .88 เป็นลักษณะของแบบสังเกตเป็นรายการที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง สามารถใช้ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพแบ่งหัวข้อการประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ส่วนย่อย

ส่วนที่ 1 คือ ข้อ 1-4 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยคำพูดและท่าทางที่ไม่รุนแรง เช่น ตะโกนเสียงดัง ปิดประตูเสียงดัง หากพบพฤติกรรมนี้ให้คะแนนข้อละ 2 คะแนน

ส่วนที่ 2 คือ ข้อ 5-8 ประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและมีท่าทางคุกคามหรือทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น แช่งตำหยาบคาย ชีต เขียนไต่ตะหรือผนัง ตีตนเอง กระจกเสื้อผ้าผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 3 คะแนน

ส่วนที่ 3 คือ ข้อ 9-11 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจา และท่าทางที่คุกคามด้วยความรุนแรง อย่างชัดเจนต่อตนเองหรือผู้อื่น เช่น ทำของแตก ทำอันตรายตนเอง แต่ไม่บาดเจ็บรุนแรง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 4 คะแนน

ส่วนที่ 4 คือ ข้อ 12 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยท่าทาง เช่น ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น เกิดแผลบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 5 คะแนน

ส่วนที่ 5 คือ ข้อ 13-14 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายอย่างรุนแรงต่อทั้งตนเองและผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนน ข้อละ 6 คะแนน

โดยวิธีการแปลผลคะแนน นำคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทุกส่วนมารวมกัน ดังนี้

- 1-7 คะแนน มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับน้อย
- 8-15 คะแนน มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง
- 16 คะแนนขึ้นไป มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

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

2. การตรวจสอบความสอดคล้องของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว เด็กออทิสติก ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปใช้กับเด็กออทิสติก จำนวน 30 คน ที่หอผู้ป่วย ออทิสติก 3 ขณะที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจัดกิจกรรมการพยาบาลให้กับเด็ก ซึ่งเป็นเด็กออทิสติกที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัยและผู้ดูแลหลักร่วมกัน ประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกคนเดียวกัน โดยนั่งในอยู่ในตำแหน่งที่มองเห็นพฤติกรรมของเด็ก ออทิสติกได้ชัดเจนแล้วบันทึกพฤติกรรมที่สังเกตได้ และบันทึกพฤติกรรมของเด็กคนเดียวกันใช้เวลา สังเกตครั้งละ 20 วินาที หยุดพัก 10 วินาที เป็นระยะเวลาทั้งหมด 20 นาที รวมช่วงเวลาของการ สังเกต 40 ช่วงเวลาจากนั้นนำมาเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาว่ามีการบันทึกพฤติกรรมตรงกันหรือไม่ (พัฒนานุสรณ์ สถาพรวงศ์, 2538 : 124 ; อ้างอิงมาจาก : Kazdin, 1982 : 59) จากการบันทึก พฤติกรรมของเด็กออทิสติก ขอนำเสนอผล 5 คนแรก ดังนี้ ได้ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต เท่ากับ .87 ถือว่าการสังเกตนั้นเชื่อถือได้ (Kazdin, 1982) ใช้สูตรการคำนวณดังนี้

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

A หมายถึง จำนวนเวลาที่บันทึกได้ตรงกัน

D หมายถึง จำนวนเวลาที่บันทึกได้ไม่ตรงกัน

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

การสร้างเครื่องมือโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการสำหรับพยาบาล และ ผู้ดูแลหลัก ร่วมกันใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สิ่งแวดล้อม บำบัด การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบของการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด เพื่อเป็นเครื่องมือในการทดลอง ปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กออทิสติกอาการรุนแรง ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ฉบับดังนี้

2.1 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียน
อาการรุนแรง ผู้วิจัยพัฒนาแนวคิดของสิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การอบรมผู้ดูแลหลัก และการใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก โดยการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขตามแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชของ ชีระ ลีลานันทกิจ (2541) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Florence Nightingale ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) มาใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง โดยพัฒนาโปรแกรมมาจากโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมของ นรุทธิ์ แพงพรมมา (2558) ร่วมกับแนวคิดการพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัดของชัต ยุงสันเทียะ(2550) มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติกอาการรุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มาประยุกต์ใช้ในการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ประกอบด้วย การพยาบาล 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรมโดยจัดกิจกรรมการพยาบาลแบบกลุ่มดังนี้

ขั้นตอนที่ 1.การกำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกับผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 1.ให้ความรู้เรื่องโรคออทิสซึม พฤติกรรมก้าวร้าว สิ่งแวดล้อมบำบัด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 2.การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 2.การสร้างสัมพันธภาพ ความคุ้นเคย กับเด็ก และผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 3.การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก

ขั้นตอนที่ 3.การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และการเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 4.การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และการเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยจัดกิจกรรมสร้างเสริมพัฒนาการทักษะทางด้านภาษาสื่อสาร และทักษะสังคม

กิจกรรมที่ 5.ผู้ดูแลหลักใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และการเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็กออทิสติกที่บ้าน โดยผู้วิจัยติดตามผล

2.2 คู่มือการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงสำหรับผู้ดูแล มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ดูแลหลัก ในการช่วยเหลือเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยพยาบาลให้ความรู้เรื่องโรค การดูแลเด็กออทิสติกอาการรุนแรง การเป็นแบบอย่างที่ดี การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และการใช้เทคนิคปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อหยุดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ดี และคงอยู่ต่อไป โดยมีการติดตามผู้ดูแลหลัก ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ มีการทบทวนความรู้ สอบถามปัญหา และร่วมกันแก้ปัญหาในแต่ละสัปดาห์

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการทดลองใช้

1. การตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือทั้ง 2 ชุดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก 4 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม

2. การทดลองใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยนำคู่มือทั้ง 2 ชุดดังกล่าว ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับเด็กออทิสติกอาการรุนแรงและผู้ดูแลหลัก ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล จำนวน 1 กลุ่ม 5 ราย (pilot study) ดำเนินกิจกรรมจนครบ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

ประเด็นที่ต้องแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง

กระบวนการ ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้สมบูรณ์ ละเอียด และอ่านง่ายขึ้น เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย

คู่มือการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง

ให้อ่านง่ายกับผู้ดูแลหลักเด็กออทิสติกอาการรุนแรง ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขการประเมินผลให้ชัดเจน รวมถึงการใช้ภาษาที่ให้อ่านง่ายยิ่งขึ้น

2.3 แบบประเมินความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านของผู้ดูแล ผู้วิจัยนำมาจากนรุตม์ แพงพรมมา(2558) ซึ่งแบบประเมินนี้มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 ผู้วิจัยนำมาพัฒนาและปรับปรุง โดยครอบคลุมเนื้อหาการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงที่บ้าน โดยผู้ดูแลหลักประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม โดยระบุวิธีการประเมิน ดังนี้ (1) หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ (2) หมายถึงไม่สามารถปฏิบัติได้ (ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้ให้ระบุปัญหาและสาเหตุ)แต่ละข้อเทียบเป็นร้อยละ 10 %

เกณฑ์กำกับการทดลอง

ผลการประเมินแบบวัดความสามารถการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดในเด็กออทิสติกอาการรุนแรงที่บ้านของผู้ดูแลหลัก ต้องมีความสามารถอย่างน้อย 8 ข้อขึ้นไป คิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ 80 จึงจะแสดงว่าผู้ดูแลหลักมีความสามารถในการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดในเด็กออทิสติกอาการรุนแรงที่บ้านค่อนข้างดีจากการประเมิน พบว่า ผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมกิจกรรม ได้ค่าร้อยละตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ทั้งหมดจำนวน 18 ครอบครัว ข้อที่เกิดปัญหามากที่สุด คือ ข้อ 9 เลือกวิธีการลงโทษที่เหมาะสม/ถูกต้อง เช่น เมื่อเด็กก้าวร้าว อาละวาดลงโทษโดยแยกเด็กไปอยู่ในที่สงบสามารถมองเห็นได้ โดยสิ่งแวดล้อมต้องปลอดภัย ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ ลงโทษเด็กอย่างรุนแรง ส่วนข้อที่พบปัญหาหลงลงมา คือ ข้อ 4 และข้อ 5 พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ข้อ 4 ควบคุมอารมณ์/พฤติกรรมของตัวเองได้ถูกต้อง เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่ได้ตอบซ้ำเติมจนเหตุการณ์แย่ลง (เช่น ดุด่าเสียงดัง ลงมือตี ต่อว่าเด็กด้วยอารมณ์โมโห) และดูแลเด็กออทิสติกได้ และจัดการกับปัญหาอาการก้าวร้าวของเด็กออทิสติกได้ ดังนั้นผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลหลักทบทวนความรู้และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในข้อที่ปฏิบัติไม่ได้ในทุกครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจนเนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนนเห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป จากการคำนวณพบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตร (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 (แสดงผลการคำนวณในภาคผนวก)

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยได้แบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะการประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

1.1 การเตรียมการในกลุ่มควบคุม

1.1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดทางกายภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดทางจิตสังคม และการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึง คำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.1.2 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อดูแลประวัติของกลุ่มตัวอย่างพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

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

1.1.4 เตรียมผู้ดูแลหลักในการใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก นัดหมายผู้ดูแลหลักก่อนดำเนินการทดลอง 1 สัปดาห์ เพื่อทำความเข้าใจในกระบวนการวิจัย และขอความร่วมมือให้ผู้ดูแลหลักเรียนรู้การใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้วิจัยสอนและสาธิตอธิบายวิธีการ วัน เวลา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนในการประเมินพฤติกรรมในแต่ละข้อโดยละเอียด และให้ผู้ดูแลหลักทดลองปฏิบัติ ก่อนจะนำไปใช้จริงกับเด็กออทิสติกที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้ซักถามข้อสงสัย ความยากง่ายของการให้คะแนน จนผู้ดูแลหลักสามารถทำได้และนำไปใช้ ชี้แจงข้อตกลงและข้อปฏิบัติต่างๆที่จะทำร่วมกัน

1.2 การเตรียมการในกลุ่มทดลอง

1.2.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดทางกายภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดทางจิตสังคม และการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2.2 การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อม เพื่อเป็นผู้มีความรู้ในการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด โดยมีการฝึกทำกลุ่มการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดที่สถาบันราชานุกูล โดยพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กเป็นผู้ให้คำแนะนำ

1.2.3 ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการศึกษาและ จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1.2.4 ผู้วิจัยเตรียมสถานที่ที่ใช้ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับสถาบันราชานุกูล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยออทิสติก 3 เพื่อขอความร่วมมือในการทำการศึกษา โดยทำเรื่องจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมนำโครงร่างวิจัย ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เพื่อขออนุมัติทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่

1.2.5 ผู้วิจัยจัดทำแผนการทดลองและขอยื่นหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตทำการศึกษา ณ แผนกผู้ป่วยใน โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการและระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยออทิสติก 3 ขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาทั้งด้านบุคลากรและสถานที่

1.2.6 ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 2 คน โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลเด็กออทิสติกและผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรม และเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก โดยมีการเตรียมความรู้ความเข้าใจระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย แล้วทำการหาความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (Interobserver Reliability)

1.2.7 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อดูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่างพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

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

1.2.9 เตรียมผู้ดูแลหลักในการใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กกอสติก นัดหมายผู้ดูแลหลักก่อนดำเนินการทดลอง 1 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักเรียนรู้การใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว พยาบาลสอนและสาธิตการประเมินพฤติกรรมในแต่ละข้อโดยละเอียด และให้ผู้ดูแลหลักทดลองปฏิบัติ ก่อนจะนำไปใช้จริงกับเด็กกอสติกที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้ซักถามข้อสงสัย ความยากง่ายของการให้คะแนน จนผู้ดูแลหลักสามารถทำได้และนำไปใช้ ชี้แจงข้อตกลงและข้อปฏิบัติต่างๆที่จะทำร่วมกัน

2.ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1.ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กกอสติก ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และการได้รับยา และข้อมูลของครอบครัว

2.เด็กกอสติกและครอบครัวจะได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.2 กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1.ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กกอสติก และครอบครัว ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และการได้รับยา และข้อมูลของครอบครัว

2.กลุ่มทดลองจะได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม รวม 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 11 มิถุนายน 2563 - 2 กรกฎาคม 2563 ทั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเข้าและกลุ่มป่วย ในการนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงคุณภาพและความเที่ยงตรงของกระบวนการบำบัดกับกลุ่มทดลอง โดยได้มีการปฏิบัติในแนวทางเดียวกันทุกขั้นตอน ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมให้ความรู้ผู้ดูแลหลัก โดยมีผู้ช่วยผู้วิจัยดูแลเด็กทำกิจกรรม Free Play และผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยมีผู้วิจัยคอยสังเกตการณ์ หากมีเด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในขณะที่ทำกิจกรรม กลุ่ม ผู้วิจัยที่ใช้เทคนิคการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยสอน/สาธิต ให้กับผู้ดูแลหลักเพื่อนำไปใช้เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน โดย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รายละเอียดการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด ในสัปดาห์ที่ 1

สัปดาห์ที่ 1	รายละเอียดกิจกรรมสำหรับเด็กออทิสติก วัยเรียนอาการรุนแรง	รายละเอียดกิจกรรม สำหรับผู้ดูแลหลัก
09.00-10.00 น. 13.00-14.00 น.	กิจกรรม Free Play เพื่อสร้างเสริมพัฒนาการ	<p>ให้ความรู้ผู้ดูแลหลัก เรื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรคออทิสซึมสเปกตรัม สาเหตุ และปัจจัยต่างๆที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และลักษณะท่าทางของพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกอาการรุนแรง ผลกระทบจากพฤติกรรมก้าวร้าว - การปฏิบัติสิ่งแวดล้อมบำบัด โดยการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดบ้านให้ เป็นระเบียบ ปลอดภัย สะอาด สงบ ไม่เสียงดัง แสงสว่างเหมาะสม - เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบื้องต้น
10.15-10.30 น. 14.15-14.30 น.	<p>สรุปพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กร่วมกับผู้ดูแลหลัก</p> <p><u>จากการทำกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -กิจกรรมปะแป้ง -หมวกดนตรี 	<p>(***ในขณะที่เด็กทำกิจกรรมทุกกิจกรรมผู้ดูแลหลักสังเกตการณ์เข้าร่วมกิจกรรม ของเด็กในแต่ละครั้งสังเกตบรรยากาศ ความร่วมมือของเด็ก รวมทั้งสังเกตการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าว ขณะเด็กเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม***)</p>
10.30-11.15 น. 14.30-15.15 น.	<p><u>กิจกรรมส่งเสริมด้านภาษาและสื่อสาร</u></p> <p>ได้แก่ ผลไม้จำลอง สัตว์จำลอง เครื่องครัวจำลอง และยานพาหนะจำลอง เป็นต้น</p>	
11.15-11.45 น. 15.15-15.45 น.	<p><u>กิจกรรมส่งเสริมทักษะสังคม</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -การเข้าคิว -กล่าวคำขอโทษ <p>(***ในขณะที่ทำกิจกรรมทุกกิจกรรม ผู้วิจัยใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าว***)</p>	
11.45-12.00 น. 15.45-16.00 น.		-Focus Group สรุปกิจกรรมร่วมกับผู้ปกครอง

รายละเอียดกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลหลัก

สัปดาห์ที่ 1

รายละเอียดกิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 1 วันที่ 11 มิถุนายน 2563 กลุ่มเช้า และ กลุ่มบ่าย ช่วงเวลา 9.00-10.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-14.00 น.(กลุ่มบ่าย) สรุปรูปพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้าน ผู้ดูแลหลักเข้ากลุ่มรับการสอนจากผู้วิจัยสอนให้ความรู้โรคออทิซึมสเปกตรัม สาเหตุ และปัจจัยต่างๆที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และลักษณะท่าทางของพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิซึมสติกาอาการรุนแรง ผลกระทบจากพฤติกรรมก้าวร้าว การปฏิบัติสิ่งแวดล้อมบำบัด โดยการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดบ้านให้ เป็นระเบียบ ปลอดภัย สะอาด สงบ ไม่เสียงดัง แสงสว่างเหมาะสม และเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบื้องต้น ทำการสอน สาธิตทักษะการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และได้สังเกตเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผู้วิจัยปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัดให้ผู้ดูแลหลักดู หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลหลักทดลองปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัดให้พยาบาลดู จากนั้นมีการกำหนดเป้าหมาย การบำบัดร่วมกับผู้ดูแลหลัก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิซึมสเปกตรัม การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้ผู้ดูแลหลักได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการบำบัดเพื่อให้การบำบัดพฤติกรรมมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม บรรยายให้ข้อมูลความรู้กับผู้ดูแลหลัก เรื่องโรคออทิซึมสเปกตรัม พูดคุยการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บ้าน และการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลหลักทดลองปฏิบัติตาม ร่วมกับผู้ดูแลหลัก

ประเมินผล สังเกตความสนใจ และการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น / อภิปรายใน กลุ่ม ความตั้งใจและการมีส่วนร่วม

สรุปกิจกรรม ครั้งที่ 1 ผู้ดูแลหลักไม่ค่อยให้ความร่วมมือ ขณะให้ความรู้ไม่ค่อยสนใจ ไม่แสดงความคิดเห็นขณะทำกิจกรรม ผู้วิจัยต้องทำการกระตุ้นกลุ่มให้ผู้ดูแลหลักร่วมแสดงความคิดเห็น มีการให้รางวัลสำหรับคนที่ตอบคำถามทุกคน และให้ผู้ดูแลหลักนำสิ่งแวดล้อมบำบัดไปใช้กับเด็กออทิซึมที่บ้าน 1 สัปดาห์ เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดบ้านให้ เป็นระเบียบ ปลอดภัย สะอาด สงบ ไม่เสียงดัง แสงสว่างเหมาะสม และเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบื้องต้น ทำการสอน สาธิตทักษะการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้ผู้ดูแลหลักบันทึกกิจกรรมต่างๆที่เด็กทำ ปัญหาอุปสรรคในการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด

**รายละเอียดกิจกรรมการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว
ของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง
สัปดาห์ที่ 1**

รายละเอียดกิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 1 วันที่ 11 มิถุนายน 2563 กลุ่มเช้า และ กลุ่มบ่าย

ช่วงเวลา 10.00-10.15 น. (กลุ่มเช้า) และ 14.00-14.15 น.(กลุ่มบ่าย) พยาบาลผู้ช่วยผู้วิจัย จะนำเด็กออทิสติก กลุ่มละ 10 คน พร้อมกับผู้ดูแลหลัก เข้ากลุ่มกิจกรรมการพัฒนาทักษะการเข้ากลุ่มสัมพันธ์ ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนพยาบาลผู้วิจัยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็กและใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก

ช่วงเวลา 10.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 14.30-15.00 น.(กลุ่มบ่าย) พยาบาลผู้ช่วยผู้วิจัย จะนำเด็กออทิสติก กลุ่มละ 10 คน พร้อมกับผู้ดูแลหลัก เข้ากิจกรรมส่งเสริมด้านภาษาและสื่อสาร โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนพยาบาลผู้วิจัยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็กและใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก

ช่วงเวลา 11.15-11.45 น. (กลุ่มเช้า) และ 15.15-15.45 น. (กลุ่มบ่าย) พยาบาลผู้ช่วยผู้วิจัย จะนำเด็กออทิสติก กลุ่มละ 10 คน พร้อมกับผู้ดูแลหลัก เข้ากิจกรรมส่งเสริมทักษะสังคม โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนพยาบาลผู้วิจัยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็กและใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก ให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก และคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และร่วมกันสรุป ประเมินผลการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง

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

รายละเอียดการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด ในสัปดาห์ที่ 2 (ต่อ)

สัปดาห์ที่ 2	รายละเอียดกิจกรรมสำหรับเด็กออทิสติก วัยเรียนอาการรุนแรง	รายละเอียดกิจกรรม สำหรับผู้ดูแลหลัก
09.00-10.00 น. 13.00-14.00 น.	กิจกรรม Free Play เพื่อสร้างเสริมพัฒนาการ	<p>สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดที่บ้าน ครั้งที่ 1</p> <p>ทบทวนความรู้ผู้ดูแลหลัก เรื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรคออทิสซึมสเปกตรัม สาเหตุ และปัจจัยต่างๆ ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว - การปฏิบัติสิ่งแวดล้อมบำบัด โดยการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ - เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบื้องต้น
10.15-10.30 น. 14.15-14.30 น.	<p>สรุปพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กร่วมกับผู้ดูแลหลัก</p> <p><u>จากการทำกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เก้าอี้ดนตรี - จับคู่ของใช้ 	<p>ให้ความรู้ผู้ดูแลหลัก เรื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - การปฏิบัติสิ่งแวดล้อมบำบัด โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทางจิตสังคม มุ่งเน้นการดำรงชีวิตประจำวันของเด็กออทิสติกเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งจะเป็นการเสริมสร้างระเบียบวินัยให้กับเด็ก เพื่อให้เด็กเรียนรู้ทักษะทางจิตสังคมและภาษา รู้จักการปฏิบัติตามกฎระเบียบต่างๆ รู้จักการควบคุมอารมณ์ของตนเอง
10.30-11.15 น. 14.30-15.15 น.	<p><u>กิจกรรมส่งเสริมด้านภาษาและสื่อสาร</u></p> <p>ได้แก่ ผลไม้จำลอง สัตว์จำลอง เครื่องครัวจำลอง และยานพาหนะจำลอง เป็นต้น</p>	<p>(***ในขณะที่เด็กทำกิจกรรมทุกกิจกรรม ผู้ดูแลหลักสังเกตการณ์เข้าร่วมกิจกรรม ของเด็กในแต่ละครั้งสังเกตบรรยากาศ ความร่วมมือของเด็ก รวมทั้งสังเกตการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าว ขณะเด็กเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม***)</p>
11.15-11.45 น. 15.15-15.45 น.	<p><u>กิจกรรมส่งเสริมทักษะสังคม</u></p> <p>- การกล่าวคำขอบคุณ</p> <p>(***ในขณะที่ทำกิจกรรมทุกกิจกรรม ผู้วิจัยใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าว***)</p>	
11.45-12.00 น. 15.45-16.00 น.		-Focus Group สรุปกิจกรรมร่วมกับผู้ปกครอง

รายละเอียดกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลหลัก

สัปดาห์ที่ 2

รายละเอียดกิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 2 วันที่ 18 มิถุนายน 2563 กลุ่มเช้า และ กลุ่มบ่าย

ช่วงเวลา 9.00-10.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-14.00 น.(กลุ่มบ่าย) สรุปรูปพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้าน ผู้ดูแลหลักเข้ากลุ่มรับการสอนจากผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคจากการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักสอบถามข้อสงสัย ทบทวนความรู้เรื่องโรคออทิซึม พฤติกรรมก้าวร้าว การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบื้องต้นในสัปดาห์ที่ 1 สอนให้ความรู้การปฏิบัติสิ่งแวดล้อมบำบัด โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทางจิตสังคม มุ่งเน้นการดำรงชีวิตประจำวันของเด็กออทิสติกเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งจะเป็นการเสริมสร้างระเบียบวินัยให้กับ เด็กเพื่อให้เด็กเรียนรู้ทักษะทางจิตสังคมและภาษา รู้จักการปฏิบัติตามกฎระเบียบต่างๆ รู้จักการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ทำการสอน สาธิตทักษะการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และได้สังเกตเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผู้วิจัยปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัดให้ผู้ดูแลหลักดู หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลหลักทดลองปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัดให้พยาบาลดู จากนั้นมีการกำหนดเป้าหมาย การบำบัดร่วมกับผู้ดูแลหลัก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิซึมสเปกตรัม การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้ผู้ดูแลหลักได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการบำบัดเพื่อให้การบำบัดพฤติกรรมมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม บรรยายให้ข้อมูลความรู้กับผู้ดูแลหลัก เรื่องโรคออทิซึมสเปกตรัม พฤติกรรมใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บ้าน และการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลหลักทดลองปฏิบัติตาม ร่วมกับผู้ดูแลหลัก

ประเมินผล สังเกตความสนใจ และการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น / อภิปรายใน กลุ่ม ความตั้งใจและการมีส่วนร่วม

สรุปกิจกรรม ครั้งที่ 2 ในกระบวนการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการทดลองในครั้งที่ 2 จำนวน 4 ท่าน คือ คู่ที่ 19 และคู่ที่ 20 ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างใหม่รวมทั้งหมด 36 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน ในส่วนของผู้ดูแลหลักท่านอื่นเริ่มคุ้นเคย มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และผู้ดูแลหลักกันเอง มีการสอบถามถึงข้อดีการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดบ้านให้ เป็นระเบียบ ปลอดภัย สะอาด สงบ ไม่เสียงดัง แสงสว่างเหมาะสม และเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบื้องต้น ต้องใช้บ่อยแค่ไหน ระยะเวลาในการใช้ จากนั้นให้ผู้ดูแลหลักนำสิ่งแวดล้อมบำบัดไปใช้กับเด็กออทิสติกที่บ้าน เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทางจิตสังคม มุ่งเน้นการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งจะเป็นการเสริมสร้างระเบียบวินัยให้กับ เด็กเพื่อให้เด็กเรียนรู้ทักษะทางจิตสังคมและภาษา รู้จักการปฏิบัติตามกฎระเบียบต่างๆ รู้จักการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ทำการสอน สาธิตทักษะการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้ผู้ดูแลหลักบันทึกกิจกรรมต่างๆที่让孩子ทำ ปัญหาอุปสรรคในการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และการเรียนรู้ที่ได้รับจากกิจกรรมนี้

**รายละเอียดกิจกรรมการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว
ของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง
สัปดาห์ที่ 2**

รายละเอียดกิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 2 วันที่ 18 มิถุนายน 2563 กลุ่มเช้า และ กลุ่มบ่าย

ช่วงเวลา 10.00-10.15 น. (กลุ่มเช้า) และ 14.00-14.15 น.(กลุ่มบ่าย) พยาบาลผู้ช่วยผู้วิจัย จะนำเด็กออทิสติก กลุ่มละ 10 คน พร้อมกับผู้ดูแลหลัก เข้ากลุ่มกิจกรรมการพัฒนาทักษะการเข้ากลุ่มสัมพันธ์ ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนพยาบาลผู้วิจัยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็กและใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก

ช่วงเวลา 10.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 14.30-15.00 น.(กลุ่มบ่าย) พยาบาลผู้ช่วยผู้วิจัย จะนำเด็กออทิสติก กลุ่มละ 10 คน พร้อมกับผู้ดูแลหลัก เข้ากิจกรรมส่งเสริมด้านภาษาและสื่อสาร โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนพยาบาลผู้วิจัยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็กและใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก

ช่วงเวลา 11.15-11.45 น. (กลุ่มเช้า) และ 15.15-15.45 น. (กลุ่มบ่าย) พยาบาลผู้ช่วยผู้วิจัย จะนำเด็กออทิสติก กลุ่มละ 10 คน พร้อมกับผู้ดูแลหลัก เข้ากิจกรรมส่งเสริมทักษะสังคม โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนพยาบาลผู้วิจัยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็กและใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก ให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก และคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และร่วมกันสรุป ประเมินผลการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง

สรุปกิจกรรม ครั้งที่ 2 เด็กออทิสติก เริ่มคุ้นเคยกับผู้บำบัด เริ่มมองหน้า สบตา หันมองตามเสียงที่เรียก ให้ความร่วมมือ 15-20 นาที มีบางรายที่ไม่ค่อยมีสมาธิ ผู้วิจัยใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด โดยการให้แรงเสริมทางบวก สำหรับเด็กที่ให้ความร่วมมือโดยการให้ขนมและรางวัลที่เด็กชอบ แต่ยังมีบางรายที่ต้องนำออกจากสถานการณ์ เพื่อให้เด็กสงบลงและกลุ่มดำเนินการต่อไปได้จนเสร็จ

รายละเอียดการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด ในสัปดาห์ที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์ที่ 3	รายละเอียดกิจกรรมสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง	รายละเอียดกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลหลัก
09.00-10.00 น. 13.00-14.00 น.	กิจกรรม Free Play เพื่อสร้างเสริมพัฒนาการ	<p>สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดที่บ้าน ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2</p> <p>ทบทวนความรู้ผู้ดูแลหลัก เรื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรคออทิสซึมสเปกตรัม สาเหตุ และปัจจัยต่างๆที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว - การปฏิบัติสิ่งแวดล้อมบำบัด โดย 1.การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 2.การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทางจิตสังคม - เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบื้องต้น <p>ให้ความรู้ผู้ดูแลหลัก เรื่อง</p>
10.15-10.30 น. 14.15-14.30 น.	<p>สรุปพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กร่วมกับผู้ดูแลหลัก</p> <p><u>จากการทำกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -แข่งกันแต่งตัว -แข่งกันระบายสี/ต่อภาพปริศนา 	<p>- การปฏิบัติสิ่งแวดล้อมบำบัด โดย การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อเด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ต้องหยุดพฤติกรรมก้าวร้าวทันที และสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดี ที่โรงพยาบาลและที่บ้าน</p>
10.30-11.15 น. 14.30-15.15 น.	<p><u>กิจกรรมส่งเสริมด้านภาษาและสื่อสาร</u></p> <p>ได้แก่ ผลไม้จำลอง สัตว์จำลอง เครื่องครัวจำลอง และยานพาหนะจำลอง เป็นต้น</p>	<p>(***ในขณะที่เด็กทำกิจกรรมทุกกิจกรรมผู้ดูแลหลักสังเกตการณ์เข้าร่วมกิจกรรม ของเด็กในแต่ละครั้งสังเกตบรรยากาศ ความร่วมมือของเด็ก รวมทั้งสังเกตการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าว ขณะเด็กเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม***)</p>
11.15-11.45 น. 15.15-15.45 น.	<p><u>กิจกรรมส่งเสริมทักษะสังคม</u></p> <p>-เก็บของเล่นและของใช้ส่วนตัว</p> <p>(***ในขณะที่ทำกิจกรรมทุกกิจกรรม ผู้วิจัยใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าว***)</p>	
11.45-12.00 น. 15.45-16.00 น.		-Focus Group สรุปกิจกรรมร่วมกับผู้ปกครอง

รายละเอียดกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลหลัก

สัปดาห์ที่ 3

รายละเอียดกิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 3 วันที่ 25 มิถุนายน 2563 กลุ่มเช้า และ กลุ่มบ่าย

ช่วงเวลา 9.00-10.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-14.00 น.(กลุ่มบ่าย) สรุปลักษณะการก้าวร้าวของเด็กที่บ้าน ผู้ดูแลหลักเข้ากลุ่มรับการสอนจากผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคจากการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักสอบถามข้อสงสัย ทบทวนความรู้เรื่องโรคออทิซึม พฤติกรรมก้าวร้าว การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทางจิตสังคม เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบื้องต้นในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 สอนให้ความรู้เรื่อง การปฏิบัติสิ่งแวดล้อมบำบัด โดย การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อเด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ต้องหยุดพฤติกรรมก้าวร้าวทันที และสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดี ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน สาธิตทักษะการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และได้สังเกตเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผู้วิจัยปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัดให้ผู้ดูแลหลักดู หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลหลักทดลองปฏิบัติการใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้พยาบาลดู จากนั้นมีการกำหนดเป้าหมาย การบำบัดร่วมกับผู้ดูแลหลัก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิซึมสเปกตรัม การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้ผู้ดูแลหลักได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการบำบัดเพื่อให้การบำบัดพฤติกรรมมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม บรรยายให้ข้อมูลความรู้กับผู้ดูแลหลัก เรื่องโรคออทิซึมสเปกตรัม พฤติกรรมใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บ้าน และการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลหลักทดลองปฏิบัติตาม ร่วมกับผู้ดูแลหลัก

ประเมินผล สังเกตความสนใจ และการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น / อภิปรายใน กลุ่ม ความตั้งใจและการมีส่วนร่วม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักตอบแบบประเมินความสามารถ การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงที่บ้านของผู้ดูแลหลัก

สรุปกิจกรรม ครั้งที่ 3 ผู้ดูแลหลักได้รับความรู้เพิ่มขึ้น จากการซักถามผู้ดูแลหลักตอบได้และสามารถอธิบายได้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมบำบัดและเทคนิคต่างๆที่นำมาใช้กับเด็ก และร่วมแสดงความคิดเห็น เลาประสบการณ์ต่างๆที่เคยปฏิบัติมาเพื่อเป็นการเรียนรู้ให้กับผู้ปกครองรายอื่นๆ จากนั้นให้ผู้ดูแลหลักนำสิ่งแวดล้อมบำบัดไปใช้กับเด็กออทิสติกที่บ้าน การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อเด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ต้องหยุดพฤติกรรมก้าวร้าวทันที และสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดีที่บ้าน สาธิตทักษะการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้นำไปใช้กับสถานการณ์จริงที่เด็กจะต้องเจอขณะอยู่ที่บ้าน เช่น การเก็บของเล่นและของใช้ส่วนตัว ยกตัวอย่างคือ เมื่อเด็กเล่นของเล่น ก็ต้องบอกให้เด็กเก็บของเล่นเอง และให้ผู้ปกครองบันทึกกิจกรรมต่างๆที่เด็กทำ ปัญหาอุปสรรคในการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และการเรียนรู้ที่ได้รับจากกิจกรรมนี้

**รายละเอียดกิจกรรมการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว
ของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง
สัปดาห์ที่ 3**

รายละเอียดกิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 3 วันที่ 25 มิถุนายน 2563 กลุ่มเช้า และ กลุ่มบ่าย

ช่วงเวลา 10.00-10.15 น. (กลุ่มเช้า) และ 14.00-14.15 น.(กลุ่มบ่าย) พยาบาลผู้ช่วยผู้วิจัย จะนำเด็กออทิสติก กลุ่มละ 10 คน พร้อมกับผู้ดูแลหลัก เข้ากิจกรรมการพัฒนาทักษะการเข้ากลุ่มสัมพันธ์ ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนพยาบาลผู้วิจัยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็กและใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก

ช่วงเวลา 10.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 14.30-15.00 น.(กลุ่มบ่าย) พยาบาลผู้ช่วยผู้วิจัย จะนำเด็กออทิสติก กลุ่มละ 10 คน พร้อมกับผู้ดูแลหลัก เข้ากิจกรรมส่งเสริมด้านภาษาและสื่อสาร โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนพยาบาลผู้วิจัยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็กและใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก

ช่วงเวลา 11.15-11.45 น. (กลุ่มเช้า) และ 15.15-15.45 น. (กลุ่มบ่าย) พยาบาลผู้ช่วยผู้วิจัย จะนำเด็กออทิสติก กลุ่มละ 10 คน พร้อมกับผู้ดูแลหลัก เข้ากิจกรรมส่งเสริมทักษะสังคม โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนพยาบาลผู้วิจัยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็กและใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก ให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ขณะพยาบาลใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก และคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และร่วมกันสรุป ประเมินผลการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง

สรุปกิจกรรม ครั้งที่ 3 เด็กฟังคำสั่งดีขึ้น ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม 20-30 นาที ขณะทำกลุ่มพบพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง มีเด็กบางรายที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนสามารถนั่งทำกิจกรรมกลุ่มได้จนจบและรอรับของรางวัลตามข้อตกลง มีบางรายที่ไม่ค่อยมีสมาธิแต่พอกระตุ้นก็ให้ความร่วมมือและร่วมกิจกรรมได้

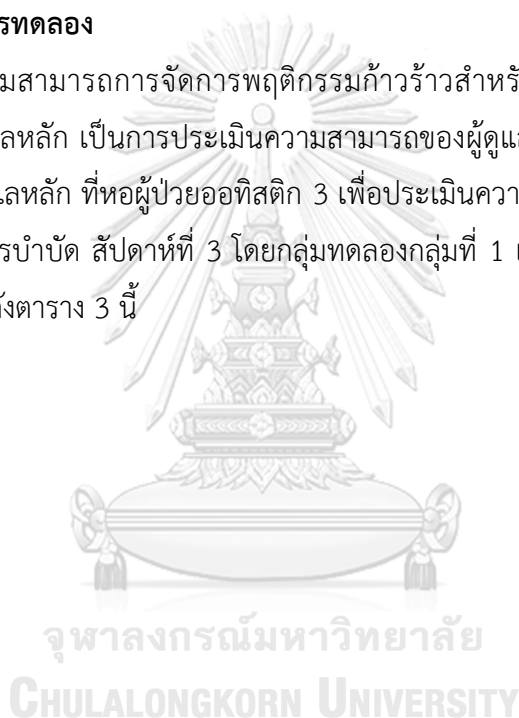
สัปดาห์ที่ 4

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผลกับผู้ดูแลหลัก เพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ให้กำลังใจกับผู้ดูแลหลัก เป็นเวลา 15 นาทีและเตือนให้ผู้ดูแลหลักทำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก และนำมาให้ผู้วิจัย โดยกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 วันที่ 2 กรกฎาคม 2563

สรุปกิจกรรม ครั้งที่ 4 โทรศัพท์ติดตาม ผู้ดูแลหลักให้ความร่วมมือดี มีข้อซักถามเพิ่มเติมถึงระยะเวลาของการใช้ใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดกับเด็กออทิสติกอาการรุนแรงที่บ้าน ระยะเวลาการใช้หลังจากจบกิจกรรม

การกำกับการทดลอง

ประเมินความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงที่บ้านของผู้ดูแลหลัก เป็นการประเมินความสามารถของผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยให้สัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก ที่หอผู้ป่วยออทิสติก 3 เพื่อประเมินความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อสิ้นสุดการบำบัด สัปดาห์ที่ 3 โดยกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 และกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 วันที่ 26 มิถุนายน 2563 ดังตาราง 3 นี้



ตารางที่ 3 ค่าร้อยละแบบประเมินความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงที่บ้านของผู้ดูแลหลัก

ครอบครัวที่	ร้อยละ	ข้อที่ไม่สามารถปฏิบัติได้
1	90	ข้อ 9 เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสม/ถูกต้อง
2	80	ข้อ 5 ดูแลเด็กออทิสติกได้ และจัดการกับปัญหาอาการก้าวร้าวของเด็กออทิสติกได้ และข้อ 9 เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสม/ถูกต้อง
3	80	ข้อ 4 ควบคุมอารมณ์/พฤติกรรมของตนเองได้ถูกต้อง เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่ได้ตอบซ้ำเติมจนเหตุการณ์แย่ลง และข้อ 9 เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสม/ถูกต้อง
4	90	ข้อ 5 ดูแลเด็กออทิสติกได้ และจัดการกับปัญหาอาการก้าวร้าวของเด็กออทิสติกได้
5	90	ข้อ 4 ควบคุมอารมณ์/พฤติกรรมของตนเองได้ถูกต้อง เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่ได้ตอบซ้ำเติมจนเหตุการณ์แย่ลง
6	80	ข้อ 4 ควบคุมอารมณ์/พฤติกรรมของตนเองได้ถูกต้อง เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่ได้ตอบซ้ำเติมจนเหตุการณ์แย่ลง และข้อ 9 เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสม/ถูกต้อง
7	90	ข้อ 9 เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสม/ถูกต้อง
8	80	ข้อ 5 ดูแลเด็กออทิสติกได้ และจัดการกับปัญหาอาการก้าวร้าวของเด็กออทิสติกได้ และข้อ 9 เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสม/ถูกต้อง
9	90	ข้อ 9 เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสม/ถูกต้อง
10	80	ข้อ 4 ควบคุมอารมณ์/พฤติกรรมของตนเองได้ถูกต้อง เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่ได้ตอบซ้ำเติมจนเหตุการณ์แย่ลง และข้อ 9 เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสม/ถูกต้อง
11	80	ข้อ 4 ควบคุมอารมณ์/พฤติกรรมของตนเองได้ถูกต้อง เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่ได้ตอบซ้ำเติมจนเหตุการณ์แย่ลง และข้อ 5 ดูแลเด็กออทิสติกได้ และจัดการกับปัญหาอาการก้าวร้าวของเด็กออทิสติกได้

ครอบครัวที่	ร้อยละ	ข้อที่ไม่สามารถปฏิบัติได้
12	90	ข้อ 9 เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสม/ถูกต้อง
13	100	-
14	90	ข้อ 5 ดูแลเด็กออทิสติกได้ และจัดการกับปัญหาอาการก้าวร้าวของเด็กออทิสติกได้
15	80	ข้อ 4 ควบคุมอารมณ์/พฤติกรรมของตนเองได้ถูกต้อง เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่ได้ตอบซ้ำเติมจนเหตุการณ์แย่ลง และข้อ 9 เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสม/ถูกต้อง
16	100	-
17	80	ข้อ 5 ดูแลเด็กออทิสติกได้ และจัดการกับปัญหาอาการก้าวร้าวของเด็กออทิสติกได้ และข้อ 9 เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสม/ถูกต้อง
18	90	ข้อ 9 เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสม/ถูกต้อง

จากตารางที่ 3 กำหนดให้ผู้ดูแลหลักปฏิบัติตามคู่มือการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มที่กำหนดให้ โดยกำหนดให้ปฏิบัติตามร้อยละ 80 ขึ้นไป จะพบว่าผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมกิจกรรม ได้คะแนนความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงที่บ้าน ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ทั้งหมดจำนวน 18 ราย ส่วนในรายที่ได้ค่าร้อยละไม่ถึง 100 พบว่า ข้อที่เกิดปัญหามากที่สุด คือ ข้อ 9 เลือกวิธีการลงโทษได้เหมาะสม/ถูกต้อง เช่น เมื่อเด็กก้าวร้าว อาละวาดลงโทษโดยแยกเด็กไปอยู่ในที่สงบสามารถมองเห็นได้ โดยสิ่งแวดล้อมต้องปลอดภัย ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ ลงโทษเด็กอย่างรุนแรง ส่วนข้อที่พบปัญหาหลงมา คือ ข้อ 4 และข้อ 5 พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ข้อ 4 ควบคุมอารมณ์/พฤติกรรมของตนเองได้ถูกต้อง เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่ได้ตอบซ้ำเติมจนเหตุการณ์แย่ลง (เช่น ดุด่าเสียงดัง ลงมือตี ต่อกว่าเด็กด้วยอารมณ์โมโห) และดูแลเด็กออทิสติกได้ และจัดการกับปัญหาอาการก้าวร้าวของเด็กออทิสติกได้ ดังนั้นผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลหลักทบทวนความรู้และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ในข้อที่ปฏิบัติไม่ได้ในทุกครอบครัว

3. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test)

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือโดยให้ผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กก้อทิสติก นำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวไปประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่ที่บ้านทุกวัน เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ก่อนดำเนินการทดลอง และเก็บแบบประเมินก่อนการทดลองในวันแรกที่พาเด็กมาเข้าร่วมกิจกรรม การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด วันที่ 11 มิถุนายน 2563

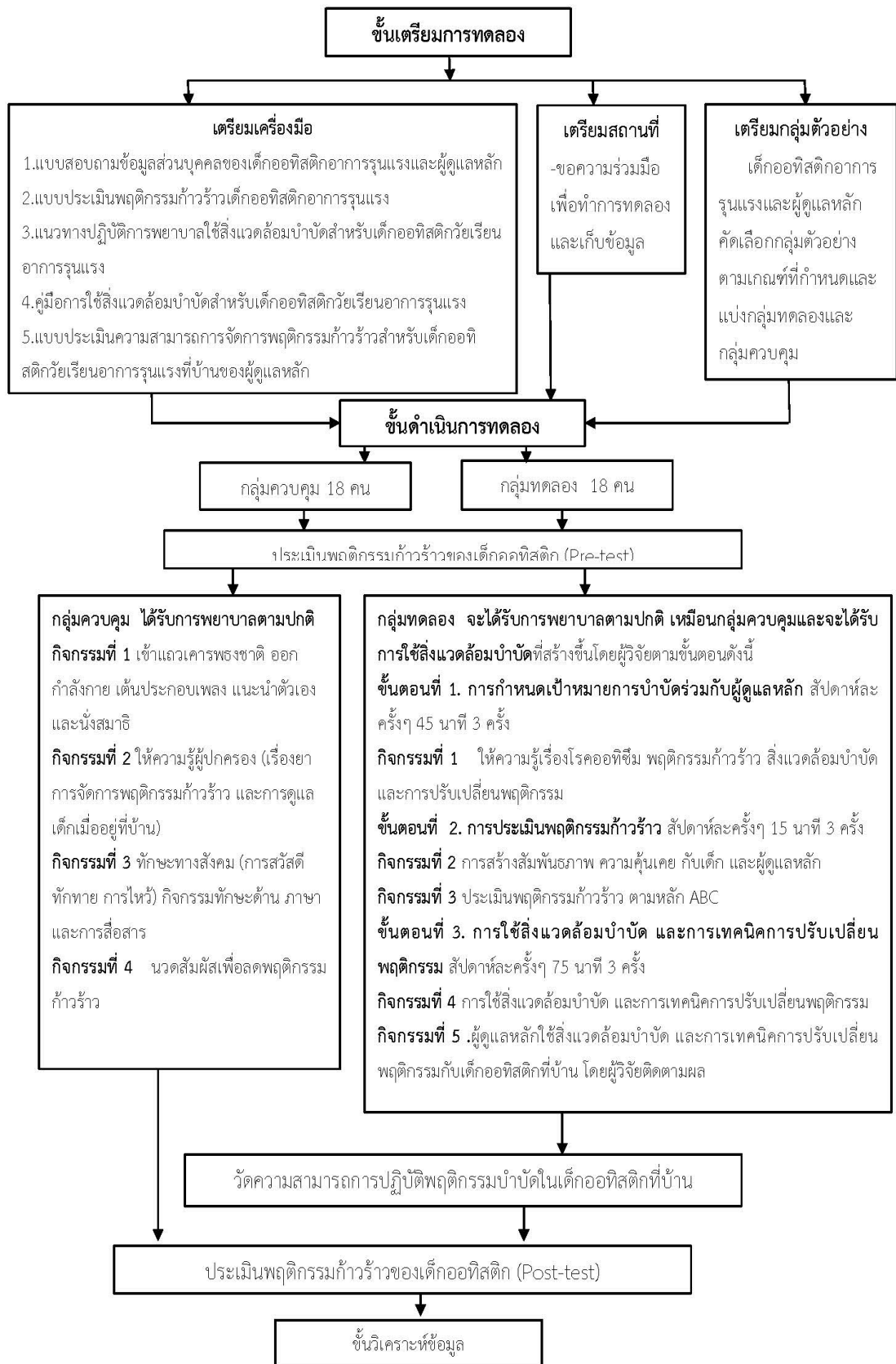
รวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Post-test)

ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กก้อทิสติกที่บ้าน หลังดำเนินการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผลกับผู้ดูแลหลัก เพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ให้กำลังใจกับผู้ดูแลหลัก เป็นเวลา 15 นาที และเตือนให้ผู้ดูแลหลักทำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กก้อทิสติก และนำมาให้ผู้วิจัย โดยกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 วันที่ 2 กรกฎาคม 2563 และกลุ่มควบคุม วันที่ 3 กรกฎาคม 2563 จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าสถิติตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์แจกแจงโดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กก้อทิสติกอาการรุนแรง ก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กก้อทิสติกอาการรุนแรง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)
4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Control Group Design) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสิ่งแวดล้อมบำบัด และเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกอาการรุนแรง ระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมสิ่งแวดล้อมบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคออทิสซึม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-5 ขึ้นอยู่กับประวัติ การประเมินพัฒนาการและการสังเกตพฤติกรรมของเด็ก เริ่มตั้งแต่อายุน้อย เกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสซึมสเปคตรัม สเปคตรัมตามคู่มือการวินิจฉัยโรค DSM-V โดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 2013) มีความบกพร่องของพัฒนาการ 3 ด้าน คือ มีความผิดปกติทางสังคมและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติทางภาษา และการสื่อสาร และความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 6-12 ปี และมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ที่มารับบริการรักษาที่แผนกหอผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล โดยเลือกตามเกณฑ์ในการคัดเลือก(Inclusion Criteria) จากนั้นจัดเข้ากลุ่มทดลองก่อนจนครบ 20 คน แล้วจึงจับคู่(Match Pair) เพศและอายุเพื่อจัดเข้ากลุ่มควบคุมอีก 20 คน

หลังดำเนินการทดลอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสิ่งแวดล้อมบำบัด

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกอาการรุนแรง ระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมสิ่งแวดล้อมบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติก จำแนกตาม เพศ อายุ บุตรคนที่ การรักษาในปัจจุบัน และพฤติกรรมก้าวร้าว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		รวม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	13	72.2	13	72.2	26	72.2
หญิง	5	27.8	5	27.8	10	27.8
อายุ						
6-7 ปี	5	27.8	5	27.8	10	27.8
8-9 ปี	5	27.8	5	27.8	10	27.8
10-12 ปี	8	44.4	8	44.4	16	44.4
บุตรคนที่						
1	9	50.0	9	50.0	18	50.0
2	4	22.2	8	44.4	12	33.3
3	5	27.8	1	5.6	6	16.7
การรักษาในปัจจุบัน						
ได้รับยา	17	97.2	18	100	35	97.2
ไม่ได้รับ	1	2.8	0	0	1	2.8

จากตารางที่ 4 พบว่า เด็กออทิสติกทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 72.2 เท่ากัน ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 10-12 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 เป็นบุตรคนที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 50 การรักษาในปัจจุบันส่วนใหญ่ได้รับยา คิดเป็นร้อยละ 97.2 และ 100 ตามลำดับ และอาการเมื่อเด็กโกรธหรือก้าวร้าวจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย คิดเป็นร้อยละ 60 และ 50 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลหลัก จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก และความเกี่ยวข้องกับเด็ก

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		รวม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	2	11.1	0	0.0	2	5.6
หญิง	16	88.9	18	100	34	94.4
อายุ (ปี)						
20-29 ปี	1	5.6	1	5.6	2	5.6
30-39 ปี	4	22.2	8	44.4	12	33.3
40-49 ปี	6	33.3	4	22.2	10	27.8
50-59 ปี	5	27.8	4	22.2	9	25.0
60 ปีขึ้นไป	2	11.1	1	5.6	3	8.3
สถานภาพสมรส						
คู่	11	61.1	11	61.1	22	61.1
หม้าย/หย่าร้าง	7	38.9	7	38.9	14	38.9
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	4	22.2	4	22.2	8	22.2
มัธยมศึกษา	7	38.9	4	22.2	11	30.6
ปวช/ปวส.	3	16.7	6	33.3	9	25.0
อนุปริญญา	4	22.2	4	22.2	8	22.2
ปริญญาตรี						

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		รวม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ	0	0.0	0	0	0.0	0.0
เกษตรกรรม	2	11.1	4	22.2	6	16.7
รับจ้าง	5	27.8	5	27.8	10	27.8
ค้าขาย	7	38.9	7	38.9	14	38.9
แม่บ้าน	1	5.6	0	0.0	1	2.8
รับราชการ	3	16.7	2	11.1	5	13.9
อื่นๆ						
ระยะเวลาที่ดูแล						
1-3 ปี	2	11.1	0	0.0	2	5.6
4-6 ปี	9	50.0	4	22.2	13	36.1
7-9 ปี	1	5.6	6	33.3	7	19.4
10-12 ปี	6	33.3	8	44.4	14	38.9
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก						
บิดา	1	5.6	0	0.0	1	2.8
มารดา	10	55.6	10	55.6	20	55.6
ปู่/ย่า	1	5.6	2	11.1	3	8.3
ตา/ยาย	5	27.8	5	27.8	10	27.8
ลุง/ป้า	0	0.0	1	5.6	1	2.8
น้ำ/อา	1	5.6	0	0.0	1	2.8

จากตารางที่ 5 ผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.9 และ 100 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 และมีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.1 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 38.9 และระดับ ปวช/ปวส. อนุปริญญา ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ อาชีพค้าขาย ร้อยละ 38.9 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาที่ดูแล 4-6 ปี ร้อยละ 50.0 และ 10-12 ปี ร้อยละ 44.4 ตามลำดับ และมีความเกี่ยวข้องกับ เป็นมารดา ร้อยละ 55.6 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ระหว่าง
ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมสิ่งแวดล้อมบำบัด

ตารางที่ 6 คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวและการแปลผลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง
(Pre-Test) หลังทดลอง (Post-test) จำแนกทางกาย ทางวาจา และทางสิ่งของ

คู่มือ	กลุ่มควบคุม								ผล ต่าง ของ กลุ่ม ควบคุม	กลุ่มทดลอง								ผล ต่าง ของ กลุ่ม ทดลอง
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง					ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				
	ทาง กาย	ทาง วาจา	สิ่ง ของ	รวม	ทาง กาย	ทาง วาจา	สิ่ง ของ	รวม		ทาง กาย	ทาง วาจา	สิ่ง ของ	รวม	ทาง กาย	ทาง วาจา	สิ่ง ของ	รวม	
1	9	5	3	17	13	4	2	19	2	15	3	3	21	12	5	0	17	4
2	6	4	0	10	10	2	0	12	2	10	4	0	14	6	2	0	8	6
3	9	3	0	12	11	3	0	14	2	12	3	0	15	10	2	0	12	3
4	7	5	0	12	7	3	4	14	2	10	10	0	20	8	6	0	14	6
5	5	3	3	11	8	4	2	14	3	7	4	2	13	5	2	0	7	6
6	8	2	2	12	10	2	3	15	3	10	5	0	15	7	2	0	9	6
7	7	9	2	18	12	8	0	20	2	11	5	0	16	7	2	0	9	7
8	9	10	2	21	8	13	3	24	3	3	10	0	13	3	6	0	9	4
9	10	4	0	14	14	2	0	16	2	6	5	0	11	3	2	0	5	6
10	10	4	0	14	9	3	0	12	2	10	3	2	15	6	2	2	10	5
11	12	2	3	17	15	2	2	19	2	8	4	0	12	4	2	0	6	6
12	14	2	0	16	17	3	0	20	4	9	4	3	16	5	2	2	9	7
13	8	4	3	15	10	4	3	17	2	13	4	2	19	11	2	4	17	2
14	10	5	3	18	14	6	2	22	4	10	4	0	14	6	2	0	8	6
15	0	10	0	10	4	9	0	13	3	12	3	0	15	9	2	0	11	4
16	7	3	2	12	10	2	0	12	0	15	4	3	22	10	2	2	14	8
17	9	4	0	13	10	2	3	15	2	9	5	0	14	6	4	0	10	4
18	10	2	3	15	12	2	2	16	1	9	2	0	11	6	2	0	8	3
รวม	150	81	26	257	194	74	26	294	41	179	82	15	276	124	49	10	183	93
\bar{X}	8.33	4.50	1.44	14.28	10.78	4.11	1.44	16.33	2.28	9.94	4.56	.83	15.33	6.89	2.72	.56	10.17	5.17
SD	2.97	2.59	1.38	3.08	3.13	3.04	1.42	3.59	0.98	2.96	2.14	1.24	3.23	2.63	1.44	1.14	3.43	1.61

จากตารางที่ 6 ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย พบมากที่สุด คือ 8.33 และ 9.94 ตามลำดับ

หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ของกลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น จาก 8.33 เป็น 10.78 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาของกลุ่มควบคุม ลดลงจาก 4.50 เป็น 4.11 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางสิ่งของของกลุ่มควบคุม เท่าเดิม เท่ากับ 1.44

หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ของกลุ่มทดลอง ลดลง จาก 9.94 เป็น 6.89 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาของกลุ่มทดลอง ลดลง จาก 4.56 เป็น 2.72 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางสิ่งของของกลุ่มทดลองลดลง จาก 0.83 เป็น 0.56

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงระหว่างก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมสิ่งแวดล้อมบำบัด ของกลุ่มทดลอง (n=18)

คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว	\bar{X}	SD	df	t	p-value
ก้าวร้าวทางกาย					
ก่อนการทดลอง	9.94	2.960	17	11.159	.000
หลังการทดลอง	6.89	2.632			
ก้าวร้าวทางวาจา					
ก่อนการทดลอง	4.56	2.148	17	5.460	.000
หลังการทดลอง	2.72	1.447			
ก้าวร้าวต่อสิ่งของ					
ก่อนการทดลอง	.83	1.249	17	1.158	.000
หลังการทดลอง	.56	1.149			
คะแนนเฉลี่ยรวม					
ก่อนการทดลอง	15.33	3.236			
หลังการทดลอง	10.17	3.434	17	13.548	.000

จากตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงรายด้าน ได้แก่ ทางกาย ทางวาจา และต่อสิ่งของ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสิ่งแวดล้อมบำบัด พบว่า

พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสิ่งแวดล้อมบำบัด มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสิ่งแวดล้อมบำบัด มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสิ่งแวดล้อมบำบัด มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสิ่งแวดล้อมบำบัด มีพฤติกรรมก้าวร่วมน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 คือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงหลังการได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดจะลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และกลุ่มควบคุม (n=36)

คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว	\bar{X}	SD	df	t	p-value
ก้าวร้าวทางกาย					
กลุ่มทดลอง	6.89	2.632	34	4.030	.000
กลุ่มควบคุม	10.78	3.135			
ก้าวร้าวทางวาจา					
กลุ่มทดลอง	2.72	1.447	34	1.747	0.090
กลุ่มควบคุม	4.11	3.046			
ก้าวร้าวต่อสิ่งของ					
กลุ่มทดลอง	.56	1.149	34	2.062	0.047
กลุ่มควบคุม	1.44	1.423			

คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว	\bar{X}	SD	df	t	p-value
คะแนนเฉลี่ยรวม					
กลุ่มทดลอง	10.17	3.434	34	5.261	.000
กลุ่มควบคุม	16.33	3.597			

จากตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกรายด้าน ได้แก่ ทางกาย ทางวาจา และต่อสิ่งของ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับสิ่งแวดล้อมบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า

พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายของเด็กออทิสติก ภายหลังจากได้รับสิ่งแวดล้อมบำบัด มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาของเด็กออทิสติก ภายหลังจากได้รับสิ่งแวดล้อมบำบัด มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาเท่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน

พฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของของเด็กออทิสติก ภายหลังจากได้รับสิ่งแวดล้อมบำบัด มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสิ่งแวดล้อมบำบัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.17 และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.33 เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกัน พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสิ่งแวดล้อมบำบัด มีพฤติกรรมก้าวร่วมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดจะลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และกลุ่มควบคุม (n=36)

คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว	\bar{d}	$S_{\bar{d}}$	t	p-value
ก้าวร้าวทางกาย				
กลุ่มทดลอง	3.05	1.161	11.159	.000
กลุ่มควบคุม	2.45	1.756		
ก้าวร้าวทางวาจา				
กลุ่มทดลอง	1.84	1.424	5.46	.000
กลุ่มควบคุม	0.39	1.334		
ก้าวร้าวต่อสิ่งของ				
กลุ่มทดลอง	0.27	1.017	1.158	.263
กลุ่มควบคุม	0	1.533		
คะแนนเฉลี่ยรวม				
กลุ่มทดลอง	5.16	1.617	13.548	.000
กลุ่มควบคุม	2.05	1.392		

จากตารางที่ * เมื่อพิจารณาผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงโดยรวมทั้ง 3 ด้าน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับสิ่งแวดล้อมบำบัดและกลุ่มควบคุม พบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติก ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงรายด้าน ได้แก่ ทางกาย ทางวาจา และต่อสิ่งของ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับสิ่งแวดล้อมบำบัดและกลุ่มควบคุม พบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ตัวแปรต้น คือ สิ่งแวดล้อมบำบัด ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกอาการรุนแรง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ก่อนและหลังได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงหลังได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดจะลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัด
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดจะลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล อายุ 6-12 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตาม DSM V มีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และไม่มี ความผิดปกติทางพัฒนาการอย่างอื่นร่วมด้วย
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เพศชายหรือหญิง อายุ 6-12 ปี ว่าเป็นเด็กออทิสติกที่มีอาการรุนแรงโดยมีหลักการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามข้อวินิจฉัยของ DSM V และผู้ดูแลหลักเด็กออทิสติกที่มีอาการรุนแรงที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยในสถาบันราชานุกูล มีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 40 คนโดยจัดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่ เพศ และอายุ ของเด็กผู้ดูแลหลักจำนวน 40 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่มที่ได้รับสิ่งแวดล้อมบำบัด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติละคู่จนครบ 40 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คู่และกลุ่มควบคุม 20 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกอาการรุนแรงและผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ วันเดือนปีเกิด อายุ เป็นบุตรคนที่ การวินิจฉัยโรค อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประวัติการได้รับยา และข้อมูลของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติกอาการรุนแรง ใช้สังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมินที่บ้าน เป็นแบบประเมินเพื่อหาปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติก ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้มาจาก นรุตม์ แพงพรมมา(2558) ซึ่งปรับจากฉบับที่แปลโดยอัญชรส ทองเพชร พัฒนาจากของ Yudofsky (1986) ซึ่ง แบบประเมินนี้ใช้เวลาสังเกตครั้งละ 20 วินาที หยุดพัก 10 วินาที เป็นระยะเวลาทั้งหมด 20 นาที มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .88 เป็นลักษณะของแบบสังเกตเป็นรายการที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง สามารถใช้ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพแบ่งหัวข้อการประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ซึ่ง แบบประเมินนี้ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และหลังนำไปทดลองใช้ในการศึกษาการตรวจความสอดคล้องของเครื่องมือ ได้ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต เท่ากับ .87

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ

2.1 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับ

เด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง

2.2 คู่มือการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง

สำหรับผู้ดูแล

คู่มือทั้งสองชุดนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง และคู่มือการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง สำหรับผู้ดูแลหลัก ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

2.3 แบบประเมินความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านของผู้ดูแล ผู้วิจัยนำมาจากนรุตม์ แพงพรมมา(2558) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90 และหลังนำไปทดลองใช้ในการศึกษานี้พบว่ามีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ถือว่าการสังเกตนั้นเชื่อถือได้ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตร(KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยได้แบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะการประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.ระยะเตรียมการ

มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติกอาการรุนแรง การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลัก จัดทำแผนการดำเนินการศึกษาและจัดเตรียมเครื่องมือ เตรียมสถานที่ที่ใช้ในการทำการทดลอง จัดเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 2 คน เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เตรียมครอบครัวในการใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก

2.ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติกอาการรุนแรง ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และการได้รับยา และข้อมูลของผู้ดูแลหลัก

2. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกอาการรุนแรงและให้ผู้ดูแลหลัก ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกที่บ้าน ตามแบบประเมินประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว แล้วนำมาให้พยาบาลอีก 1 อาทิตย์

3. เด็กออทิสติกอาการรุนแรงและผู้ดูแลหลักจะได้รับการพยาบาลตามปกติ กิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพแผนกผู้ป่วยใน จัดให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

4. สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยกระตุ้นและเตือนให้ผู้ดูแลหลักทำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกอาการรุนแรงที่บ้านและนำผลไปให้พยาบาลผู้วิจัย พร้อมทั้งมารับการตรวจรักษาตามนัด

2.2 กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติกอาการรุนแรงและครอบครัว ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และการได้รับยา และข้อมูลของครอบครัว

2. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

3. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test)

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือโดยให้ผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กออทิสติก นำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวไปประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่ที่บ้านทุกวัน เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ก่อนดำเนินการทดลอง และเก็บแบบประเมินก่อนการทดลองในวันแรกที่พาเด็กมาเข้าร่วมกิจกรรมการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด

รวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Post-test)

ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกที่บ้าน หลังดำเนินการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผลกับผู้ดูแลหลัก ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ให้กำลังใจกับผู้ดูแลหลัก เป็นเวลา 15 นาที และเตือนให้ผู้ดูแลหลักทำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติก และนำมาให้ผู้วิจัยเมื่อสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 4 จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าสถิติตามลำดับ

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ภายหลังได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด มีพฤติกรรมก้าวร่ววน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงหลังการได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดจะลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดจะลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดจะลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า ผลของการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดมีผลทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงลดน้อยลงได้

อภิปรายผล

การศึกษาผลของการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียน อารมณ์รุนแรง สามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอารมณ์รุนแรงหลัง การได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดจะลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด

ผลวิจัยแสดงว่าการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดในเด็กออทิสติกวัยเรียนอารมณ์รุนแรงที่มีพฤติกรรม ก้าวร้าว เมื่อพิจารณาแนวทางการปฏิบัติการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดของ ชีระ ลีลานันทกิจ(2541) เน้น การจัดสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และไม่หวาดกลัวเหมือนอยู่ที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดทฤษฎีสิ่งแวดล้อมของ Florence Nightingale(1992) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยที่มี สุขภาพดี มีความสุขสงบ สะอาด ไม่มีเสียงดังรบกวน และมีบุคคลคอยดูแลตอบสนองความต้องการ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยลดพฤติกรรมที่ไม่ดี สร้างเสริมพฤติกรรมที่ดีโดยใช้ทฤษฎีการ เรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner(1953) ซึ่งประกอบด้วย 1.การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 2.การ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทางจิตสังคม 3.การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้หลัก เมื่อเด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ต้องหยุดพฤติกรรมก้าวร้าวทันที และสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดี ทั้งที่ โรงเรียนและที่บ้าน โดยเฉพาะการที่ผู้ดูแลหลักได้รับความรู้และทักษะเพื่อนำไปใช้สิ่งแวดล้อม บำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติกอาการรุนแรงเมื่ออยู่ที่ใดทำให้สามารถจัดการกับ พฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ในการศึกษาเรื่องการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวยังมีความสอดคล้องกับ Borge L, Rossberg JL, Sverdrup S (2013) การจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวโดยการจัดการกระทำกับสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสมร่วมกับการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย สามารถลดพฤติกรรมทางลบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ และเปิดโอกาสให้มีการเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วย อื่น ผลการศึกษาครั้งนี้ยังมีความสอดคล้อง Mancil, G.R., Conroy, M. A., & Haydon, T. F (2009) การใช้การพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัดในเด็กออทิสติก พบว่าสามารถเพิ่มทักษะด้านการสื่อสาร และลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอารมณ์รุนแรงรายด้าน ได้แก่ ทางกาย ทางวาจา และต่อสิ่งของ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม สิ่งแวดล้อมบำบัด พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายของเด็กออทิสติกวัยเรียนอารมณ์รุนแรง และ พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาของเด็กออทิสติกวัยเรียนอารมณ์รุนแรง ภายหลังจากได้รับโปรแกรม สิ่งแวดล้อมบำบัด มีพฤติกรรมก้าวร่ววน้อยกว่าก่อนการทดลอง

ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงหลังการได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดมีคะแนนลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด เนื่องจาก กระบวนการปฏิบัติตามแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด มาใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงเป็นบทบาท ซึ่งระยะเวลาการบำบัดประกอบด้วย โปรแกรมทั้งหมด 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การกำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกับผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 1. การกำหนดเป้าหมายในการบำบัดร่วมกับผู้ดูแลหลัก ภายใต้การช่วยเหลือและให้ความรู้โดยพยาบาล ในเรื่องของความรู้โรคออทิสซึม พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และเทคนิคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และเทคนิคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ถึงลักษณะและอาการของเด็กออทิสติกมากขึ้น และให้ผู้ดูแลหลักได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในการดูแลเด็กออทิสติก

ขั้นตอนที่ 2. การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 2. การสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกับเด็กออทิสติกและผู้ดูแลหลัก กิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อให้เด็กออทิสติกและผู้ดูแลหลักเกิดความไว้วางใจ ความคุ้นเคย เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล ส่งผลให้เด็กออทิสติกและผู้ดูแลหลักให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกับพยาบาล

กิจกรรมที่ 3. การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวโดยผู้วิจัยใช้หลัก ABC ประเมินลักษณะ ความถี่ และความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว สิ่งที่เกิดให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Antecedents) ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว (Behavior) ผลที่เกิดขึ้นหลังจากพฤติกรรมก้าวร้าว (Consequence) กิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อค้นหาข้อมูลของปัจจัยต่างๆที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและลักษณะท่าทางของพฤติกรรมก้าวร้าวที่เด็กแสดงออกมา ไม่ว่าจะเป็นทางกายหรือวาจา และช่วยให้พยาบาลและผู้ดูแลหลักมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 3. การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และเทคนิคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 4. การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็กออทิสติกที่โรงพยาบาล โดยให้เด็กได้เรียนรู้เรื่องการปฏิบัติตามคำสั่งง่ายๆ การเรียนรู้เรื่องทักษะด้านภาษา (ผลไม้ สิ่งของ สัตว์) และการเรียนรู้เรื่องอารมณ์และการแสดงความรู้สึก เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และได้เรียนรู้การปรับพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด เช่น การให้แรงเสริมทางบวก การให้แรงเสริมทางลบ การนำออกจากสถานการณ์ การเพิกเฉย การลงโทษ กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์และแสดงออกของ

พฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น ไม่ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือสิ่งของ ไม่พูดคำหยาบ ไม่ส่งเสียงดังโวยวาย สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ ทำให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง โดยการดำเนินกิจกรรมนี้พยาบาลทำการสอน สาธิตทักษะ การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และเทคนิคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมตลอดกิจกรรม จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และสามารถใช้เทคนิคปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านได้ และให้ Homework ผู้ดูแลหลักนำไปปฏิบัติที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5. ผู้ดูแลหลักใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็กออทิสติกที่บ้าน โดยผู้ดูแลหลักจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และจิตสังคมให้เหมาะสม ส่งเสริมให้เด็กได้เรียนรู้เรื่องการปฏิบัติตามคำสั่งง่ายๆ และได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด เช่น การให้แรงเสริมทางบวก การให้แรงเสริมทางลบ การนำออกจากสถานการณ์ การเพิกเฉย การลงโทษ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักสามารถใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และเทคนิคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบันทึกผลการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และเทคนิคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็กออทิสติกที่บ้าน

ดังนั้น กระบวนการปฏิบัติการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดในเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งหมด 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดของ อีระ สีสานันทกิจ(2541) สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีสิ่งแวดล้อมของ Florence Nightingale(1992) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner(1953)

สำหรับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบ ดังต่อไปนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลมีการจัดระบบบริการผู้ป่วยใน โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการพื้นฐาน ได้แก่ การมีสมาธิ การเคลื่อนไหวโดยใช้กล้ามเนื้อใหญ่และกล้ามเนื้อเล็ก ความเข้าใจภาษา และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมในรายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว บริการที่จะได้รับเมื่อเข้าโปรแกรม การฝึกทักษะรายบุคคล ,กิจกรรมฝึกการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก, กลุ่มภาษา ทัวไป(สิ่งของ/สัตว์/พืช) ร่างกายของฉัน รู้จักอวัยวะเพศ กิจกรรมพัฒนาสมองเพื่อการเรียนรู้ โดยการประกอบท่าทางการเข้าจังหวะ กลุ่มนวดสัมผัส และกลุ่มลงลิ้มชิมรส กิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองเพื่อการเรียนรู้ด้วยศิลปะ กิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองการเรียนรู้ด้วยการเล่นการปรับพฤติกรรม กลุ่มการให้ความรู้ผู้ดูแลหลัก กลุ่มพลังใจผู้ดูแลหลัก แต่ยังคงพบว่า ระบบการให้บริการเด็กออทิสติก แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาความสามารถในด้านต่างๆ ตามกระบวนการของหอผู้ป่วย แต่ยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะเมื่ออยู่ที่บ้าน เด็กออทิสติกยังคงมีพฤติกรรมก้าวร้าว

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดจะลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลวิจัยแสดงว่าการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดในเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อพิจารณาแนวทางการปฏิบัติการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดของ ชีระ สีสานันทกิจ(2541) เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และไม่หวาดกลัวเหมือนอยู่ที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีสิ่งแวดล้อมของ Florence Nightingale(1992) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี มีความสุขสงบ สะอาด ไม่มีเสียงดังรบกวน และมีบุคคลคอยดูแลตอบสนองความต้องการ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยลดพฤติกรรมที่ไม่ดี สร้างเสริมพฤติกรรมที่ดีโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner(1953) ซึ่งประกอบด้วย 1.การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 2.การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทางจิตสังคม 3.การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้หลักเมื่อเด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ต้องหยุดพฤติกรรมก้าวร้าวทันที และสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดี ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน โดยเฉพาะการที่ผู้ดูแลหลักได้รับความรู้และทักษะเพื่อนำไปใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติกอาการรุนแรงเมื่ออยู่ที่ได้ทำให้สามารถจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ในการศึกษาเรื่องการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวยังมีความสอดคล้องกับ Borge L, Rossberg JL, Sverdrup S (2013) การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวโดยการจัดการกระทำกับสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสมร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยสามารถลดพฤติกรรมทางลบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ และเปิดโอกาสให้มีการเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วยอื่น ผลการศึกษาครั้งนี้ยังมีความสอดคล้อง Mancil, G.R., Conroy, M. A., & Haydon, T. F (2009) การใช้การพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัดในเด็กออทิสติก พบว่าสามารถเพิ่มทักษะด้านการสื่อสารและลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงรายด้าน ได้แก่ ทางกาย ทางวาจา และต่อสิ่งของ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มที่ได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง และ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสิ่งแวดล้อมบำบัด มีพฤติกรรมก้าวร่วมน้อยกว่าก่อนการทดลอง แต่ในส่วนของพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ภายหลังจากได้รับการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของไม่แตกต่างกับก่อนการทดลองซึ่งอธิบายได้ว่าเด็กออทิสติกอาการรุนแรงมีปัญหาบกพร่องทางการสื่อสาร การใช้ภาษาส่วนมากจะใช้ภาษาบอกความต้องการไม่ได้ จึงไม่สามารถแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาออกมาเป็นคำพูดที่รุนแรง คำด่า คำแข่ง คำหยาบคาย ส่วนมากจะแสดงออกเป็นการส่งเสียงดังร้องตะโกนเมื่อไม่พอใจ

สรุปได้ว่า ผู้บำบัดทางการพยาบาลมีบทบาทสำคัญ จะเห็นได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ ปฏิบัติงาน บทบาท Direct Clinical Practice ให้การพยาบาลโดยตรงกับเด็กออทิสติกและครอบครัว โดยใช้ องค์ความรู้จากงานวิจัย หรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นข้อมูล ในการปฏิบัติการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นกระบวนการ วางแผนที่ชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติและคู่มือ มีอุปกรณ์ในการดำเนินการกับเด็กออทิสติกวัยเรียน อาการรุนแรง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีพัฒนาการที่ดีขึ้น มีการบันทึกและประเมินผลลัพธ์อย่าง ต่อเนื่อง รวมทั้งมีการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่ผู้ดูแลหลักพบขณะดำเนินการทดลอง และ รวมกันแก้ไขปัญหานั้นโดยเน้นให้ผู้ดูแลหลักเข้ามามีบทบาทให้มากที่สุด เพื่อความต่อเนื่องในการปฏิบัติ ที่บ้าน ทำให้เด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถพัฒนาศักยภาพของ ตนเองตามที่มีอยู่ และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ทำให้เห็นถึงโอกาสพัฒนา คุณภาพการพยาบาลเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ทางการพยาบาลที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษา ผลของการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียน อาการรุนแรง สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการ รุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยจัดเป็นโปรแกรมในการดูแลเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงที่มี พฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกผู้ป่วยในและให้ผู้ดูแลหลักสามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านได้ โดยมีการ ปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบทที่ผู้ดูแลหลักจะนำไปใช้

2. การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง ครั้ง นี้ เป็นกระบวนการที่เน้นการพัฒนาให้ผู้ดูแลหลักเกิดทักษะในการดูแลและสามารถปฏิบัติสิ่งแวดล้อม บำบัดที่บ้าน เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงอย่างต่อเนื่องด้วย ตนเอง อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการติดตามระยะยาวเพื่อกระตุ้น และสนับสนุนให้ผู้ปกครองได้ นำความรู้ ทักษะที่ได้รับ ไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อการดูแลที่ยั่งยืนในอนาคต

3. พยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวทุกคน เข้ามามีส่วนร่วมในการ ดูแลเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงที่บ้านร่วมกัน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกคนในครอบครัว และเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

ด้านการศึกษา

1. ควรมีการเผยแพร่การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียน อากาศรุนแรง มีการจัดอบรมให้ความรู้ให้กับพยาบาลวิชาชีพและครู ซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลเด็กออทิสติกวัยเรียนอากาศรุนแรงให้ได้รับการดูแลในแนวทางเดียวกันต่อไป
2. ควรมีการปรับเปลี่ยนการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอากาศรุนแรงให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และบริบทของสิ่งแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมของเด็กในแต่ละพื้นที่ มีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไป คณะแผนพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน ทางกาย ทางวาจา และต่อสิ่งของ พบว่า พฤติกรรมที่ลดลงมี 2 ด้าน คือ พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ แต่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาไม่แตกต่าง จึงควรมีการศึกษาในงานวิจัยต่อไป ควรมีการติดตามผลการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอากาศรุนแรง ในระยะยาว 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี และควรให้ผู้ดูแลหลัก และสมาชิกครอบครัว เด็กออทิสติกวัยเรียนอากาศรุนแรงได้ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ ในการดูแลเด็กเด็กออทิสติกวัยเรียน อากาศรุนแรง เพื่อความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ และในช่วงระยะเวลาที่ผู้ดูแลหลักนำสิ่งแวดล้อมบำบัดไปใช้กับเด็กเด็กออทิสติกวัยเรียนอากาศรุนแรงที่บ้าน ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เช่น การโทรศัพท์เพื่อติดตามและให้คำปรึกษากับผู้ดูแลหลัก ตลอดจนเพื่อให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติก ให้มีการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

งานเวชสถิติสถาบันราชานุกูล.(2561).รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี.กรุงเทพฯ:

สถาบันราชานุกูล

งานสถิติโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.(2553) .รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงประจำปี.

สมุทรปราการ:โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.

จินตนา ยูนิพันธ์.(2544).การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น.ในเอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริม

สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช.หน่วยที่ 8- 10. สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัย

สุโขทัยธรรมมาธิราช.หน้า 10.นนทบุรี:สำนักพิมพ์มหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

จินตนา ยูนิพันธ์.(2546).มาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเด็กออทิสติก.สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

และพยาบาลจิตเวช.โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.จังหวัดสมุทรปราการ:ช.แสง

งามการพิมพ์

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

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จรรยา จุฑาทิสสิทธิ์ และ นิชรา เรื่องดารกานนท์.(2551).กลุ่มอาการออทิสซึม.ใน นิชรา เรื่องดารกา

นนท์,ชาคริยา ชีรเนตร,รวีวรรณ รุ่งไพรวลัย,ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย และนิตยา คชภักดี

(บรรณาธิการ).ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก.กรุงเทพมหานคร.โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.หน้า

205-224

ฉวี ธรรมสุขและคณะ.(2547).การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช

ศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชนิตา เกตุอำไพ. (2549).การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการกำกับตนเองใน

การปรับพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดชุมพร.ปริญญาานิพนธ์

การศึกษามหาบัณฑิต. (จิตวิทยาการศึกษา).กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรี

นครินทร์วิไล

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

ซัด ยุงสันเทียะ. (2549). การศึกษาการพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของ

เด็กปัญญาอ่อน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ

จิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

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

ลาดพร้าว.

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

ลาดพร้าว.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา (2553).**การประเมินและตรวจวินิจฉัยความพิการกลุ่มออทิสติก**. ใน: คู่มือการ

ตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการ ตาม พรบ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

พ.ศ.2550, ดารณี สุวพันธ์,บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

ไทย จำกัด

ทัศนีย์ อนันตพันธ์.(2540). **ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย:บทความวิชาการ**. วิทยาลัย

พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย,22(2),110-116.

ทัศนพร พรหมประเสริฐ. (2550). **การพยาบาลที่เน้นพฤติกรรมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกที่มี**

พฤติกรรมก้าวร้าว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ

จิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นรุตม์ แพงพรมมา. (2558). **ผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อ**

พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต. สาขาการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธีระ ลีลานั้นทกิจ. (2541). **การบริหารจัดการและการรักษาผู้ป่วยที่ก้าวร้าว และรุนแรงกับความ**

ปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร. พิมพ์ครั้งที่ 1: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

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

กรุงเทพมหานคร : ยูเอนต์ไออินเตอร์มีเดีย.

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

พัฒนา ชัชพงศ์. (2555). **การเล่นเพื่อพัฒนา**.สืบค้นจาก

http://www.kukai.ac.th/Thai/knowledge_Play_to_develop.php

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

การศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

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

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

เพ็ญแข ลีมศิลา. (2541). **รวมเรื่องน่ารู้เกี่ยวกับออทิสซึม**. สมุทรปราการ ช.แสงงามการพิมพ์.

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

โรงพิมพ์แสงงามการพิมพ์

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

จำกัด

- มาโนช หล่อตระกูล.(2553).**จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**.พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:ปิยอนเอ็น เตอร์ไพรส์
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2552).**จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ปิยอน เอ็นเตอร์ไพรส์.
- รุจา ภูไพบูลย์.(2541).**การพยาบาลครอบครัว.แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้**.โครงการภาควิชา พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินติ้ง.
- โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.(2546).**แนวทางดูแลรักษาโรคออทิซึมสเปกตรัม สำหรับบุคลากร การแพทย์**.สมุทรปราการ: โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.
- วารภรณ์ ศิริธรรมนุกูล. (2548). **การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด** .วารสารการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต. 20(2), 14-24.
- ศิริกุล อิศรานุรักษ์.(2549).**พัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมของเด็กวัย 6-12 ปี**.วารสารสาธารณสุข และการพัฒนา,4(2),89-100
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2550). **จิตวิทยาเด็กที่มีลักษณะพิเศษ**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ หมอชาวบ้าน
- สุจิตรา สุขเกษม และคณะ.(2554).**ผลของการจัดประสบการณ์เทคนิคสื่อสารด้วยภาพที่มีต่อ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก** กลุ่มงานการศึกษาพิเศษ สถาบันราชานุกูล.กลุ่มงาน การศึกษาพิเศษ สถาบันราชานุกูล.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. 2553. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2553. กรุงเทพฯ : บางกอกบลิ๊ก.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2551). **ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2550). **ช่วยลูกออทิสติก**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนา ครอบครัว.
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์.(2557). **การพยาบาลจิตเวชศาสตร์**.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:ภาควิชา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์.มหาวิทยาลัยมหิดล,2557
- อัญชรส ทองแพ็ชร. (2554). **ผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก** **แผนก ผู้ป่วยนอก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรวรรณ เล่าห์เรณู. (2551). **ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่เหมาะสม**. ใน นิชรา เรื่องดารกานนท์, ชาศรียา

ธีรเนตร, รวีวรรณ รุ่งไพรวลัย และทิพวรรณ หาราชคุณาชัย บรรณาธิการ. 327-337. ตำรา
พัฒนาการ และพฤติกรรมเด็ก. กรุงเทพฯ: โอลิสติกพับลิชชิง.

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)* (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Pub.

American Psychiatric Association. (2011). **autism spectrum disorder**. In: DSM-5 development. 2011. [Online]. Available [URL:http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision](http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision).

Barbarese, W. J., Katusic, S. K., & Voigt, R. G. (2006). **Autism: A review of the state of the science for pediatric primary health care clinicians**. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 160(11), 1167-1175.

Berkowitz, Leonard. (1962). **Aggression: A Social Psychology Analysis**. New York: McGraw Hill. Centers for disease control and prevention. Prevalence of autism spectrum disorders – autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2008. MMWR, 2012, 61 (3): 1-19

Bolte, S., Westerwald, E., Holtman, M., Freitag, C., & Poustka, F. (2010). **Autistic Traits and Autism Spectrum Disorders: The Clinical Validity of Two Measures Presuming a Continuum of Social Communication Skill**. J Autism Dev Disord: Germany.

Borge L, Rossberg JI, Sverdrup S. **Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis**. J Psychiatr Ment Health Nurs 2013;20(10):932-42.

Buss, A.H. (1961). **The Psychology of Aggression**. New York: Wiley.

Coyne, T. (1995). **Parent participation in care: A critical review of the literature**. Journal of Advanced Nursing, 21(4): 716-722.

Chou, K., Lu, R. B., and Mao, W. C. (2002). **Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan**. Archives of Psychiatric Nursing 16(4): 187-195

Davis, L. (1992). Instrument review : Getting the most from your panel of expert.

Applied Nursing Research, 5: 104-107.

Dominick, K. C., Davis, N. O., Lainhart, J., Tager-Flusberg, H., & Folstein, S. (2007).

Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment. *Research in Developmental Disabilities*, 28(2), 145–162

Dollard, J., & Miller, N.E. (1939). **Frustration and Aggressive.** New Haven. CT: Yale University.

Elder, R.(2009). **Psychiatric Mental Health Nursing.** 2nd. Elsevier, Australia.

Erbas,Y., Ceulemans,E., Boonen,J., Noens,I., & Kuppens,P.(2013).**Emotion differentiation in autism spectrum disorder.***Research in autism spectrum disorders.* (7), 1221-1227

Filipek, P.A., Accardo,P.J., Ashwal, S., Baranek, G.T., Cook, Jr, E.H., Dawson, G., Gordon, B., Gravel, J.S., Johnson,C.P., Kallen, R.J., Levy, S.E., Minshew,N.J., Ozonoff, S., Prizant,B.M., & CCC-SLP; Rapin, I. (2000). **Practice parameter: Screening and diagnosis of autism** Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. AAN Enterprises, Inc.

Fortinash, M. K. & Worret ,A. P. (2008). **Psychiatric Mental Health Nursing.** Canada: Mosby Elsevier.

Frazier,T.W., Youngstrom,E.A., Haycook,T., Sinoff,A., Dimitriou,F., Knapp,J. and Sinclair,L. (2010). **Effectiveness of Medication Combined with Intensive Behavioral Intervention for Reducing Aggression in Youth with Autism Spectrum Disorder.** *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 20 (3). 167–177

Friedemann,M.L.,Montgomery,R.J.,Rice,C.,and Farrell,L.(1999).**Family involvement in The nursing home.***Western Journal of Nursing Research*,21(4),549-567

Goodman , R.and Scott, S. (2012). **Child and Adolescent Psychiatry.**Third Edition .Publishing Ltd. Chapter 39 ,328-335.

Gross, H. E., Shaw, D. S., & Moilanen, K. L. (2008). **Reciprocal associations between boys' externalizing problems and mothers' depressive symptoms.** *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 693–709

Grove, S. K., Burns, N. and Gray, J. 2013. **The Practice of Nursing Research:**

- Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence.** 7th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Hamolia, C. D. (2005) .**Preventing and managing aggressive behavior.**In Stuart,G.W. & Iaraia(8th Eds).Principles and practice of psychiatric nursing.St. Louis: Mosby
- Hill, A. P.,Zuckerman, E. Z., Hagen, A.D., Kriz ,D.J., Duvall ,S.W., Santen ,J.V., Nigg ,J.,Fair, D.,and Fombonne,E.(2014). **Aggressive behavior problems in children with autism spectrum disorders:** Prevalence and correlates in a large clinical sample. *Research in Autism Spectrum Disorders* ,8 , 1121–1133
- Hillman, J. (2006) .**Supporting and treating families with children on the autistic spectrum:**The unique of the generalist psychologist.Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training .Volume 43, Issue 3, Pages 349-358
- Iliana Magiati , Joanna Moss, Tony Charman, Patricia Howlin . (2011). **Patterns of change in children with Autism Spectrum Disorders who received community based comprehensive interventions in their pre-school years :** A seven year follow-up study. *Research in Autism Spectrum Disorders* ,5 :1016-1027.
- Jull, S. and Mirenda, P. (2011). **Parent Facilitators for Preschoolers with Autism.** *Journal of positive Behavior intervention* .Vol.13,17-30
- Kabot, S., Masi, W., & Segal, M.(2003). **Advances in the diagnosis and treatment of autism spectrum disorders** . *Professional Psychology: Research and Practice*,34,26-33.
- Kanne, S. M., & Mazurek, M. O. (2011). **Aggression in children and adolescents with ASD: Prevalence and risk factors.** *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(7), 926-937.
- Kassinove, H., and Sukhodolsky,D.G. (1995). **Anger disorder.Basis science and practice issue.** In H. Kassinove (Editor).*Anger disorder : Definition, diagnosis, and treatment* . (pp. 1-22). Washington, D.C.: Taylor & Francis.
- Kathy, Y.K., Choi, Hanna, K. (2013). **Do maternal attributions play a role in The acceptability of behavioral interventions for problem behavior in children with autism spectrum disorder.** *Research in Autism Spectrum Disorders*. 7, 984-996.

- Kazdin, Alan E. (1982). **Behavior Modification in Applied setting**. 3 ed., Homewood, Illinois: The Dorsey Press.
- Kjobli, J., Hukkelberg, S., Ogden, T., (2013). **A randomized trial of group parent training** : Reducing child conduct problems in real-world setting. *Behavior Research and Therapy*, 51 : 113-121
- Kloosterman, P.H., et al. (2014) **Executive functioning as a predictor of peer victimization in adolescents with and without an Autism Spectrum Disorder**. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8 , 244-254
- Lee, A., and Craft-Rosenberg, M. (2002). **Ineffective family participation in professional care: A concept analysis of proposed nursing diagnosis** . *Nursing Diagnosis*, 13(1), 5-14
- Lequia, J., Machalick, W., & Rispoli, M. J. (2012). **Effects of activity schedules on challenging behavior exhibited in children with autism spectrum disorders: A systematic review**. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 480–492.
- Lovaas, O.I., Koegel, R., Simmons, J., and Long, J.S. (1973) . *J Appl Behav Anal.* Spring; 6(1): 131–165.
- Mancil, G. R. et al. (2009). **Effects of a Modified Milieu Therapy Intervention on the Social Communicative Behaviors of Young Children with Autism Spectrum Disorders**. *J Autism Dev Disord*, 39, 149–163
- Maskoto, S. (2006). **Parents' satisfaction with the pediatric intensive care unit services of Siriraj Hospital**. Master's thesis in Population Education, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Thailand.
- Matson, J. L., Rieske, R. D., & Williams, L. W. (2013). **The relationship between autism spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview**. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2475–2484
- Mazurek, M. O., Kanne, S. M., & Wodka, E. L. (2013). **Physical aggression in children and adolescents with autism spectrum disorders**. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 455–465
- McTiernan, A., Leader, G., Healy, O., Mannion, A. (2011) **Analysis of risk factors and early predictors of challenging behavior for children with autism spectrum disorder**. [Research in Autism Spectrum Disorders](#), 5 , 1215-1222

- Murphy, O., Healy, O., & Leader, G. (2009). **Risk factors for challenging behaviors among 157 children with autism spectrum disorder in Ireland.** *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 291–570.
- Nagin, D. S., & Tremblay, R. E. (2001). **Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school.** *Archives of General Psychiatry*, 58(4), 389–394.
- Neill, S. J. (1996). **Parent participation 1: Literature review and methodology.** *British Journal of Nursing*, 5 (1):34-40
- Nightingale, Florence. (1992) **Notes on Nursing: What it is not and what is not.** Philadelphia: J.B. Lippincott.
- O'Reilly, M., Rispoli, M., Davis, T., Machalicek, W., Lang, R., Sigafoos, J., et al. (2010). **Functional analysis of challenging behavior in children with autism spectrum disorders: A summary of 10 cases.** *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 1–10.
- Palmen, A., & Didden, R. (2012). **Task engagement in young adults with high-functioning autism spectrum disorders: Generalization effects of behavioral skills training.** *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 1377–1388.
- Pike, S. (1989). **Family participation in the care of central venous lines.** *Journal of Nursing*, 33(6):22-25.
- Polit, D. F. and Beak, C. T. (2004). **Nursing research : Principle and method.** 7th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Rawlins, R. P., Williams, S. R. and Beck, C. K. (1993). **Mental Health – Psychiatric Nursing.** 3rd edition. St. Louis : Mosby Year Book.
- Roberts, J., et al. (2011). **A Randomised controlled trial of two early intervention programs for young children with autism : Centre-based with parent program and home-based.** *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5 : 1553-1566
- Polkki, T. (2002). **Parent views on participation in their child's pain relief measures and recommendations to health care providers.** *Journal of Pediatric Nursing*, 17 (4): 270-278
- Santrock, W. J. (1996). **Adolescence.** W. B. Saunders Company. Philadelphia.
- Schepp, K. (1995). **Psychometric assessment of the preferred participation scale**

- for parent of hospitalized children.** Unpublished manuscript, University of Washington,
- Skinner,B.F. (1953). **Science and Human Behavior.** New York: The Free Press.
- Specht,J.P.,and others.(2000).**Who’s the boss family /staff partnership in care of persons** .Nursing Administration Quarterly,24(3),64-77
- Stuart, G. W., and Laraia, M. T. (2005) **Principles and Practice of Psychiatric Nursing.** 8 th ed. St. Louis : Mosby, Inc
- Stuart, G. W. & Sundeen, J. S. (1983). **Principle and practice of psychiatric nurseing.** London : The C.V. Mosby.
- Townsend, M. C., (1996). **Psychiatric Mental Health Nursing.** 2 nd edition. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., et al. (2004). **Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors.** Pediatrics, 114(1), 43–50.
- Varcarolis, E. M., and Halter, M.J. (2010). **Foundatoin of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach.** 6th edition. St. Louis: Elsevier.
- Videbeck, S. L., (2006). **Psychiatric Mental Health Nursing.** Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Welk,G.J.(1999).**Promoting physical activity in children: prenatal influences.**(Online).Available from: [http:// www.ed.gov/databases/ERIC Digests/ed436480.html](http://www.ed.gov/databases/ERIC_Digests/ed436480.html).(2002,November)
- Yodofsky, S., Silver, J.M.,& Jackson, W. (1986). **The Overt Aggressive scale for the objectiveringating of verbal and physical aggression.** American Journal of psychiatry, 143(1),35-39.
- Zeigler-Hil.V.(2009). **The interpersonal nature of self-esteem: Do different measures of self- esteem possess similar interpersonal content.** Department of Psychology. University of Southern Mississippi. 118 College. United States.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
แพทย์หญิงชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ สถาบันราชานุกูล
นางสุภาวดี ชุ่มจิตต์	อาจารย์หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูง ระดับวุฒิปัตร์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต หลักสูตรร่วมระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา และโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
นางอัญชรส ทองเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันราชานุกูล
นางทัศนพร พรหมประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
นางเสาวลักษณ์ หมั่นสุนทร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์





กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ 4737 ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400


เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

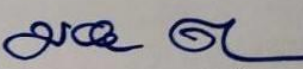
ชื่อโครงการ : ผลการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง
รหัสโครงการ : RI 004/2563
ผู้วิจัยหลัก : นายประจักษ์ พุกสุภา
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิธีทบทวน : แบบเร็ว (Expedited Review)
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารที่รับรอง :

- | | |
|---|---|
| 1. แบบเสนอโครงการวิจัย | ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 14 เมษายน 2563 |
| 2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 23 มีนาคม 2563 |
| 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย | ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 23 มีนาคม 2563 |
| 4. ประวัติผู้วิจัย | ฉบับวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2563 |
| 5. เครื่องมือที่ใช้ | ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 12 เมษายน 2563 |

ลงนาม 
(นางสาวศุภรัตน์ เอกอัศวิน)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 
(นางมธุรดา สุวรรณโพธิ์)

ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

วันที่รับรอง : 7 พฤษภาคม 2563

วันที่หมดอายุ : 6 พฤษภาคม 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก

วัยเรียนอาการรุนแรง

THE EFFECT OF MILIEU THERAPY ON AGGRESSIVE BEHAVIORS
OF SEVERE AUTISTIC CHILDREN

ผู้สนับสนุนการวิจัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นายประจักษ์ พุกสุภา

สถานที่ทำงาน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยออทิสติก 2 สถาบันราชานุกูล

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ทำงาน 0-2248-8900 ต่อ 70421, 70422 มือถือ 090-909-3009

ผู้วิจัยร่วม 1 นายนรุตม์ แพงพรมมา

สถานที่ทำงาน งานพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยออทิสติก 3 สถาบันราชานุกูล

หมายเลขโทรศัพท์ 0-2248-8900 ต่อ 70384 , 70385 โทรศัพท์มือถือ 083-011-7990

ผู้วิจัยร่วม 2 นางสาวณัฐริรา ทิวาโต

หน่วยงานที่สังกัด งานพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย DD สถาบันราชานุกูล

หมายเลขโทรศัพท์ 0-2248-8900 ต่อ 70405 , 70406 โทรศัพท์มือถือ 096-9965931

เรียน อาสาสมัครผู้รับการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดงานวิจัย-ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

โรคออทิสซึม (Autism Spectrum Disorder; ASD) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของสมองบางส่วนโดยยังไม่ทราบแน่ชัดว่าอะไรเป็นสาเหตุ (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2541) ปัจจุบันพบการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยเด็กออทิสติกมากขึ้นในทุกประเทศ จากรายงานล่าสุดของการสำรวจความชุกของผู้ป่วยเด็กออทิสติกทั่วโลกพบว่า มีความชุกของโรคออทิสซึมคือ 1 คน ต่อเด็กทุก 68 คน (CDC, 2014) สำหรับอัตราความชุกของโรค ออทิสติกในประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์ของโรคสูงขึ้นเช่นกัน จากสถิติของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2559 พบความชุกของออทิสติก ประมาณ 6:1,000 คน อัตราส่วนคิดเป็นร้อยละ 0.6 (กรมสุขภาพจิต , 2559) อาการของเด็กออทิสติกที่พบเป็นปัญหาอย่างเด่นชัดคือการพูดล่าช้า หรือไม่พูดเลย เรียกชื่อไม่หันตามเสียงเรียก มองหน้าสบตาน้อย ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แยกตัวอยู่ในโลกของตัวเองไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้และแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ (Carlsson et al., 2013) ซึ่งสอดคล้องตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสซึมของ DSM-V คือ 1) ความบกพร่องด้านการใช้ภาษาและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และ 2) การมีพฤติกรรมและความสนใจที่เป็นแบบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำๆ (American Psychiatric Association, 2013) ทั้งนี้เด็กแต่ละคนจะมีลักษณะอาการ และความรุนแรงที่แตกต่างกันไป (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2541)

ความรุนแรงของอาการเด็กออทิสติก (symptom severity of children with autism)

หมายถึง ระดับความเข้มของอาการหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ ไม่รู้จักชื่อตนเอง ไม่สามารถบอกสิ่งที่ต้องการ ไม่สามารถสื่อสารได้ตามวัย 2) ด้านสังคม ได้แก่ ไม่มองหน้า ไม่สบตาในขณะที่พูดหรือทำกิจกรรมร่วมกัน ไม่สนใจใคร ไม่เลียนแบบ 3) ด้านประสาทรับความรู้สึก/ การรับรู้ ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการเรียกชื่อ เล่นของเล่นไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับตัวเอง/ ไม่สนใจสิ่งต่างๆรอบตัว มีปฏิกิริยาไวต่อแสง เสียง การสัมผัส และ 4) ด้านสุขภาพและพฤติกรรม ได้แก่ มีปัญหาการนอน ตีหรือทำร้ายตนเอง ตีหรือทำร้ายผู้อื่น ทำลายสิ่งของ พูดหรือทำซ้ำๆ แต่ละคนจะมีความแตกต่างกันไป (Rimland and Edelson, 1999) ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบประเมินความรุนแรงของอาการออทิสติก หรือ ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist)

เด็กออทิสติกอาการรุนแรง มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์สังคมและการเรียน (Barbaresi, Katusic, & Voigt., 2006) เริ่มมีอาการชัดเจนขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยเรียน พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง เท่ากับ 4-5:1 (โรงพยาบาลยุวประสาทฯ, 2553 ; กรมสุขภาพจิต, 2553) บางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายสิ่งของ เด็กชายจะพฤติกรรมก้าวร้าวที่รุนแรงกว่าเด็กหญิง และพบได้ทุกกลุ่มอายุ (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) ในเด็กวัยเรียนนั้น ความก้าวร้าวที่แสดงออกมา จะควบคุมได้ยากกว่าในเด็กเล็ก เนื่องจากการเจริญเติบโตทางด้าน

ร่างกายของเด็ก เมื่ออายุมากขึ้น เด็กตัวโตขึ้น จะยิ่งส่งผลให้มีอาการรุนแรงมากยิ่งขึ้น และควบคุมความก้าวร้าวได้ยาก(อุมพร ตรังสมบัติ, 2545)

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การที่บุคคลมีการกระทำที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้โดยแสดงออกทางคำพูด ทางร่างกาย หรือทั้งสองทาง ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น และสิ่งของ ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง ต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมด้านการทำลายสิ่งของ (Yudofsky et al., 1986) ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกนั้น ประกอบไปด้วยปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการสื่อสารและภาษา โดยเด็กไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ ไม่สามารถระบายออกมาเป็นคำพูดได้ จึงเกิดความไม่พอใจจนถึงขั้นอารมณ์โกรธ ซึ่งอารมณ์โกรธ เป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลให้เด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Kloosterman et al., 2014; Erbas et al., 2013) ทักษะสังคมบกพร่อง ได้แก่ ไม่สามารถใช้ภาษาท่าทางสื่อสารกับครอบครัว เพื่อตอบสนองกับความต้องการของตนเองได้ ไม่เข้าใจสถานการณ์ทางสังคม (Mazurek et al., 2013) และปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวและขาดความรู้ในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่เข้าใจหลักการปรับพฤติกรรม จึงส่งผลให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงขึ้น (Hill et al., 2014; Kanne & Mazurek, 2011; Mazurek et al., 2013) ซึ่งในเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมอารมณ์รุนแรง หรือ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวจะอยู่ในช่วงวัย อายุ 6-12 ปี (เพ็ญแข ลีเมศิลา , 2550 ; สุจิตรา สุขเกษม และคณะ, 2554) เนื่องจากเด็กออทิสติกในช่วงวัยนี้มีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรง มีปัญหาด้านการปรับตัวในสังคม ไม่สื่อสารกับใคร ทำให้เด็กมีปัญหาการเรียนรู้ ไม่สามารถเรียนรู้ความคิด อารมณ์การแสดงออกหรือความต้องการของผู้อื่น เด็กจึงเกิดความคับข้องใจไม่รู้วิธีการปรับตัว จึงแสดงออกทางพฤติกรรมด้านอารมณ์ที่รุนแรง เช่น ด้านคำพูด ด้านพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทำลายสิ่งของ (จิราพร ศรีเจริญกาญจน์ , 2551) การดูแลด้านปัญหาพฤติกรรมจึงมีความสำคัญอย่างมากในเด็กออทิสติกช่วงอายุ 6-12 ปี เพราะเป็นช่วงที่เด็กสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคม กับเพื่อน และรู้จักการเรียนรู้ จดจำ ในพฤติกรรมที่เหมาะสม ชอบทำกิจกรรมเป็นกลุ่ม และสนใจคนรอบข้าง (ศิริกุล อิศรานุรักษ์ , 2549)

ผลกระทบต่อตัวเด็กและครอบครัว ปัญหาที่สำคัญมากที่ต้องเร่งรีบแก้ไข คือ พฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากเด็กอยู่ที่บ้านไม่ได้ ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ ไปโรงเรียนไม่ได้ เด็กจึงต้องเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อจำเป็นต้องดูแลบำบัดทางการแพทย์ และจัดกระทำกับปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว สอดคล้องกับสถิติเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในสถาบันราชานุกูล พบว่าผู้ป่วยเด็กออทิสติกอาการรุนแรงที่เข้ารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยในปี 2559-2561 มีจำนวน 2,667 , 2,246 และ 2,500 มีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น (งานเวชสถิติสถาบันราชานุกูล, 2561)

แนวทางการรักษาเด็กออทิสติกด้วยการจัดการกับปัจจัยที่กล่าวมา ในปัจจุบันมีหลายวิธี เช่น การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการ การเล่นบำบัด กิจกรรมบำบัด พฤติกรรมบำบัด (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์ เรขา, 2550) จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าสิ่งแวดล้อมบำบัด(Milieu Therapy) ใช้หลักการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การเลียนแบบ การเสริมแรง ในสภาวะแวดล้อมที่เหมือนบ้าน จะช่วยทำให้เด็กออทิสติกผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ทักษะด้านภาษาการสื่อสาร และทักษะสังคมของเด็กออทิสติกดีขึ้น เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผล (Mancil, G. R., Conroy, M. A., & Haydon, T. F., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Frazier et al. (2010) พบว่าการรักษาด้วยยาและพฤติกรรมบำบัดแบบเข้มข้น(ABI)ในเด็กออทิสติกที่พร้อมทักษะด้านการสื่อสารและมีอารมณ์รุนแรงมีผลต่อการลดพฤติกรรมก้าวร้าวและปัญหาทางอารมณ์ได้ และการศึกษาของHillman (2006) พบว่าการนำพฤติกรรมบำบัดไปใช้ในการบำบัดเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงนั้น เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และมีทักษะด้านภาษาดีขึ้น นอกจากนี้การใช้พฤติกรรมบำบัดในการรักษาเด็กออทิสติกที่มีอาการระดับรุนแรง ยังพบว่า พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอื่นๆลดลงในช่วงของการบำบัดเช่นกัน และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านภาษาและสติปัญญาดีขึ้น (Lovaas et al., 1973; Kabot, 2003) อย่างไรก็ตามการใช้พฤติกรรมบำบัดส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่ตัวเด็กเป็นหลัก ซึ่งยังไม่พบว่าได้มีการให้ผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด จากการศึกษาของ Kjobli.,et al (2013)ได้ศึกษาผลของการฝึกอบรมแบบกลุ่มในผู้ดูแลหลักตาม Oregon model ต่อการลดปัญหาความก้าวร้าวในเด็ก พบว่า ภายหลังจากผู้ดูแลหลักได้รับการฝึกอบรมแล้ว เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และจากการศึกษาของ Roberts., et al (2011) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของเด็กออทิสติกที่ได้รับการดูแลรายบุคคล กับเด็กออทิสติกที่ได้รับการดูแลแบบกลุ่มร่วมกับผู้ดูแลหลัก และเด็กออทิสติกที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่ากลุ่มเด็กออทิสติกที่ได้รับการดูแลแบบกลุ่มร่วมกับผู้ดูแลหลัก มีผลลัพธ์ของการรับรู้สมรรถนะมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นและปัญหาด้านพฤติกรรมลดลง ดังนั้น ผู้ดูแลหลักถือเป็นบุคคลที่สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการส่งเสริมและพัฒนาทักษะของเด็ก (Jull & Mirenda, 2011; เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์, 2550) เป็นกำลังสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการบำบัดรักษาเด็กออทิสติก เนื่องจากการพัฒนาการของเด็กเริ่มจากครอบครัวทั้งพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษา(Bolte et al., 2010 ; ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2548) หากผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจยอมรับอาการการเจ็บป่วยของเด็ก มีความอดทนต่อพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่แสดงออกไม่เหมาะสม และให้การดูแลบำบัดพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเด็กอย่างสม่ำเสมอ ก็จะส่งผลให้ลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กออทิสติกได้ (Kathy & Hanna, 2013)

สำหรับในประเทศไทยได้มีการนำสิ่งแวดล้อมบำบัดมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปัญญาอ่อนที่มารับการรักษาที่สถาบันราชานุกูล โดยจากการศึกษา ชัด ยุงสันเทียะ(2550) ได้ศึกษาประสิทธิผลของสิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปัญญาอ่อน ตามแนวคิดของ ธีระ

ลีลานั้นทกิจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด พบว่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปัญญาอ่อน หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สอดคล้องกับการศึกษา นรุตม์ แพงพรมมา(2558) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมที่มารับการรักษาที่สถาบันราชานุกูล ตามแนวคิด Goodman and Scott (2012) ซึ่งพัฒนาวิธีการโดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ร่วมกับแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของ Schepp (1995) โดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กออทิสติก อายุ 6-12 ปี และครอบครัวที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยใน พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าเด็กออทิสติกมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง แต่ยังคงพบว่าระบบการให้บริการเด็กออทิสติก แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาความสามารถในด้านต่างๆ ตามกระบวนการของหอผู้ป่วย แต่ยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะเมื่ออยู่ที่บ้านได้ เด็กออทิสติกยังคงมีพฤติกรรมก้าวร้าว การให้ความรู้ผู้ดูแลหลัก เรื่องโรคออทิสซึม ส่งเสริมความเข้าใจทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกอาการรุนแรง การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านที่ถูกวิธี จะช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อเด็กออทิสติก ครอบครัว และสังคม ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สำคัญ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงได้ประยุกต์นำแนวคิดการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดของ ธีระ ลีลานั้นทกิจ ซึ่งสอดคล้องกับ Florence Nightingale ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) มาใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง โดยพัฒนาโปรแกรมมาจากโปรแกรมโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมของ นรุตม์ แพงพรมมา(2558) ร่วมกับแนวคิดการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติกอาการรุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการเสริมสร้างให้เด็กออทิสติกรู้จักปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น รู้จักจัดการกับอารมณ์โกรธของตนเอง เรียนรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และแสดงออกในสังคมอย่างเหมาะสม ในส่วนของผู้ดูแลหลักส่วนจัดการกับปัจจัยภายนอก คือ การให้ความรู้กับผู้ปกครอง สร้างความเข้าใจในการดูแล การเป็นแบบอย่างที่ดี และการรู้จักวิธีการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก ส่วนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่บ้านให้เหมาะสมนั้น เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลักเรื่องการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ การจัดระเบียบภายในบ้าน ควบคุมระดับเสียงที่เกิดจากบุคคลที่จะไปกระตุ้นหรือเร้าเด็กออทิสติกให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ระดับเสียงของคนในครอบครัวทะเลาะกันส่งเสียงดังอาจจะไปกระตุ้นเร้าเด็กทำให้เกิดความเครียดได้ การปรับปรุงแสงให้พอดี ไม่สว่างหรือมืดจนเกินไป เมื่อผู้ดูแลหลักสามารถปฏิบัติดังกล่าวข้างต้นได้ จะทำให้เด็กเรียนรู้แบบอย่างที่ดี สามารถควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองได้ จึงไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา เนื่องจากเด็กเรียนรู้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นพฤติกรรมที่ผู้ดูแลหลักและสังคมไม่ยอมรับ เด็กสามารถเลียนแบบพฤติกรรมที่ดีของผู้ดูแลหลัก เพราะการนำผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วม จะทำให้ครอบครัวสามารถจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ที่สำคัญจะช่วยให้เด็กและผู้ดูแลหลักสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุขด้วย

จากการศึกษาการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu therapy) ในผู้ป่วยจิตเวชพบว่าสิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu Therapy) เป็นหลักเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมอย่างระมัดระวัง เพื่อให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคทางจิตใจ เป็นการรักษาชนิดหนึ่งนอกเหนือจากการรักษาชนิดทั่วไป สามารถใช้การรักษาผู้ป่วยเป็นรายๆได้ตามสมัณยนิมร่วมกัน การรักษาทางสภาพแวดล้อม ช่วยให้ผู้ป่วยทุกคนมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และบุคลากรสามารถใช้เทคนิคการรักษาทุกชนิดได้อย่างเป็นระบบ เพื่อที่จะควบคุมพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะทางจิตสังคมได้อย่างเหมาะสม คำว่า สิ่งแวดล้อมบำบัด หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “นิเวศบำบัด” นี้ สะท้อนความคิดที่เน้นเอากิจกรรมทุกชนิดที่มีอยู่ในหอผู้ป่วย มาช่วยผู้ป่วยแก้ไขปัญหาคือความเป็นอยู่ และช่วยผู้ป่วยให้สร้างสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น (ธีระ ลีลา นันทกิจ และชูทิพย์ ปานปรีชา. อ่างในเกษม ต้นติผลาชีวะ, บรรณาธิการ, 2536) นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดถือว่าเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในความรับผิดชอบของพยาบาลมาโดยตลอด(วรภรณ์ ศิริธรรมมานุกูล, 2548) แนวคิดที่ใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง มีดังนี้

1. จัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เพื่อความปลอดภัยและเสริมสร้างพัฒนาการทางกาย การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันให้ได้รับอาหารและน้ำ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การลดสิ่งเร้าที่ได้รับทางประสาทสัมผัส เช่น

1.1 การควบคุมระดับแสงการทำให้อากาศถ่ายเท ทำให้เกิดความสดชื่น เนื่องจากระดับแสงแดดสาดเข้าไปในโรงพยาบาลและบ้าน ทำให้อากาศร้อนอบอ้าวอาจเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดได้

1.2 การควบคุมระดับเสียงที่เกิดจากบุคคลที่จะไปกระตุ้นหรือเร้าเด็กออทิสติกให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ระดับเสียงของคนในครอบครัวทะเลาะกันส่งเสียงดังอาจจะไปกระตุ้นเร้าเด็กทำให้เกิดความเครียดได้

2. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทางจิตสังคม มุ่งเน้นการดำรงชีวิตประจำวันของเด็กออทิสติกเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งจะเป็นการเสริมสร้างระเบียบวินัยให้กับ เด็กเพื่อให้เด็กเรียนรู้ทักษะทางจิตสังคมและภาษา รู้จักการปฏิบัติตามกฎระเบียบต่างๆ รู้จักการควบคุมอารมณ์ของ

ตนเองเป็นการป้องกัน และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดกิจกรรม จะยึดหลักไม่ยั่ว ยุให้เด็ก โกรธ ใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจไปทำกิจกรรมที่น่าสนใจกว่า เช่น การจัดกิจกรรมเกมส์ต่างๆ การสนุกกับการเล่นและ การออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมากที่สุดนี้เนื่องจากการเล่นเป็นการปลดปล่อยพลังอย่างสนุกและเป็นธรรมชาติของเด็ก

3. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อเด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ต้องหยุดพฤติกรรมก้าวร้าวทันที และสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดี ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน จากการศึกษาของ ทศพร พรหมประเสริฐ (2550) ซึ่งรวบรวมข้อมูลบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยในเด็กออทิสติก จำนวน 3 หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบว่าเด็กออทิสติกที่ได้รับการพัฒนาความสามารถในด้านต่างๆ ตามกระบวนการของแต่ละหอผู้ป่วย แต่ยังไม่สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกโดยเฉพาะเมื่ออยู่ที่บ้านได้ การให้ความรู้ผู้ดูแลหลักเรื่องโรคออทิสซึม ทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกเมื่อเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ส่งเสริมความเข้าใจแก่ผู้ดูแลหลัก ในการดูแลเด็กออทิสติกอาการรุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องวิธี ขณะทำกิจกรรมจะมีการใช้เทคนิค ดังต่อไปนี้

- การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement)
- การใช้แรงเสริมทางลบ (Negative Reinforcement)
- การลงโทษ (Punishment)
- การเพิกเฉย (Ignore)
- การนำออกไป (Time-Out)

โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นสิ่งที่คนอื่น ไม่ยอมรับ และเรียนรู้ที่จะแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสม ในการอยู่ร่วมกัน เช่น ไม่ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือสิ่งของ ไม่ส่งเสียงดังโวยวายรบกวนคนอื่น

กิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นการสร้างเสริมให้เด็กออทิสติกอาการรุนแรง รู้จักการปฏิบัติตามกฎระเบียบต่างๆ ควบคุมอารมณ์ของตนเองเป็นการป้องกัน และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกอาการรุนแรง โดยการจัดการเล่นและการทำกิจกรรมกลุ่ม ในขณะเดียวการจัดกิจกรรมเน้นการให้ผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลต้องให้ความรู้เรื่องของโรคออทิสซึม พฤติกรรมก้าวร้าว การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว สนับสนุนให้ผู้ดูแลหลักสามารถดูแลเด็กออทิสติกอาการรุนแรงที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง

จำนวนอาสาสมัครในโครงการวิจัย คือ 40 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอตรวจสอบประวัติเวชระเบียนเพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ท่านจะได้รับเชิญให้มาตามวันเวลาที่ผู้ทำวิจัยนัดหมาย คือ ทุกวันพฤหัสบดี ของเดือนพฤษภาคม 2563 โดยจัดเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 วันพฤหัสบดี เวลา 09.00 -12.00 น. และ กลุ่มที่ 2 เวลา 13.00 – 16.00 น. เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือ โดยจัดเป็น 2 กลุ่ม มาพบผู้วิจัย ทำวิจัยทั้งสิ้นกลุ่มละ 3 ครั้ง

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

หากท่านตกลงให้เด็กในปกครองของท่านเข้าร่วมโครงการนี้ ท่านจะได้รับความรู้และทักษะจากการทำกิจกรรมใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกอาการรุนแรง โดยนำไปจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พฤติกรรมก่อกวน กรีดร้องหรือร้องไห้อย่างหนัก พฤติกรรมกระตุ้นตัวเอง ในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่ว่าจะเกิดอาการที่สถาบันราชานุกูล ที่บ้าน หรือที่ใดๆ ก็ตาม ผู้ปกครองสามารถติดต่อขอรับการปรึกษาจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลาตามเบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไว้ เพื่อให้การดูแลในเบื้องต้น หรือส่งต่อสถาบันราชานุกูล หรือสถานบริการตามสิทธิการรักษาของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้การรักษาพยาบาลตามมาตรฐานของสถาบันราชานุกูล ต่อไป

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

อาจเกิดความเสี่ยงจากพฤติกรรมก้าวร้าว ชุกชนของเด็กที่เข้าร่วมกิจกรรม แต่ทางผู้วิจัยได้มีผู้ช่วยผู้วิจัยคอยกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด และสถานที่ทำกิจกรรมสามารถรองรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

อาสาสมัครจะได้รับความรู้และเกิดทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง และสามารถจัดการปัญหาพฤติกรรม พร้อมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงให้ดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่นๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของเด็กในปกครองของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่เด็กในปกครองของท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย เด็กในปกครองของท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของเด็กในปกครองท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าเด็กในปกครองของท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่เด็กในปกครองของท่านพึงมี

ในกรณีที่เด็กในปกครองของท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นายประจักษ์ พุกสุภา หมายเลขโทรศัพท์ 090-909-3009 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่มีค่าใช้จ่ายระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

1. เด็กหรือผู้ดูแลหลักมีปัญหาที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรมในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย เช่น เกิดการเจ็บป่วย
2. เด็กและ/หรือผู้ดูแลหลัก เข้าร่วมการทดลองไม่ครบทุกขั้นตอนตามที่กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบฉบับที่ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือ เขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นายประจักษ์ พุกสุภา 4737 สถาบันราชานุกูล ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กทม. 10400

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่าน รวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ 02-2488900 ต่อ 70914 ในเวลาราชการ ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกวัยเรียน

อาการรุนแรง

THE EFFECT OF MILIEU THERAPY ON AGGRESSIVE BEHAVIORS

OF SEVERE AUTISTIC CHILDREN

วันที่คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่าน

รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และ

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอม ให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดความเสียหายหรืออันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว

ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับค่าชดเชยจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย หรือ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการใช้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน..... พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน..... พ.ศ.....

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง

โครงการวิจัยเรื่อง : (ภาษาไทย) ผลของการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก
ออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง

(ภาษาอังกฤษ) THE EFFECT OF MILIEU THERAPY ON AGGRESSIVE
BEHAVIORS OF SEVERE AUTISTIC CHILDREN

วันให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง).....
ที่อยู่.....ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น
ของ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมการวิจัย).....ได้
อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่
แล้วข้าพเจ้ายินยอมให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมการวิจัย)..... เข้าร่วมใน
โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม
และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามใน
ใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้น
จากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยและแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่น
อย่างละเอียด ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยทั้งหมด
จนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย สงสัยด้วย
ความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย พอใจ

ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการ
วิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (และระบุว่า จะได้รับการ
ชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัยหรือไม่)

ข้าพเจ้าเข้าใจถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้ง
เหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ผู้เข้าร่วม
การวิจัยจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และจะ
เปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่น ในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการ
วิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจจะได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวล
ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
ของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมที่จะให้มีการ
ตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าและ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการรวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจทุกประการแล้ว ยินดีให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย).....เข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารใบยินยอมนี้

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง
(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง(ตัวบรรจง)
.....ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองกับ
ผู้เข้าร่วมการวิจัย

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย อาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....



การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

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

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

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด
สำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง

$$CVI = \frac{6}{6} = 1$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ คู่มือการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติก
วัยเรียนอาการรุนแรง

$$CVI = \frac{3}{3} = 1$$

การตรวจสอบความเที่ยง

1.แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติกอาการรุนแรง

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

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

A หมายถึง จำนวนช่วงเวลาที่บันทึกได้ตรงกัน

D หมายถึง จำนวนช่วงเวลาที่บันทึกได้ไม่ตรงกัน

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

คนที่ 1 .81	คนที่ 11 .83	คนที่ 21 .85
คนที่ 2 .85	คนที่ 12 .85	คนที่ 22 .81
คนที่ 3 .92	คนที่ 13 .90	คนที่ 23 .92
คนที่ 4 .93	คนที่ 14 .93	คนที่ 24 .93
คนที่ 5 .80	คนที่ 15 .92	คนที่ 25 .90
คนที่ 6 .92	คนที่ 16 .90	คนที่ 26 .81
คนที่ 7 .91	คนที่ 17 .91	คนที่ 27 .86
คนที่ 8 .90	คนที่ 18 .86	คนที่ 28 .82
คนที่ 9 .86	คนที่ 19 .84	คนที่ 29 .90
คนที่ 10 .91	คนที่ 20 .80	คนที่ 30 .90

2.แบบประเมินความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรงที่บ้านของผู้ดูแล

โดยใช้วิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20)

คนที่	แบบประเมินความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ดูแลหลัก									
	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 3	ข้อ 4	ข้อ 5	ข้อ 6	ข้อ 7	ข้อ 8	ข้อ 9	ข้อ 10
1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
10	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0
11	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
13	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0
19	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
20	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1

คนที่	แบบประเมินความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับเด็กออทิสติกที่บ้านของผู้ดูแลหลัก									
	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 3	ข้อ 4	ข้อ 5	ข้อ 6	ข้อ 7	ข้อ 8	ข้อ 9	ข้อ 10
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
28	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
29	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
รวม	0.80	0.77	0.70	0.67	0.70	0.67	0.77	0.77	0.73	0.80
ผลรวม คะแนนคน ตอบถูก	24	23	21	20	21	20	23	23	22	24
ผลรวม คะแนนคน ตอบผิด	6	7	9	10	9	10	7	7	8	6
P	0.80	0.77	0.70	0.67	0.70	0.67	0.77	0.77	0.73	0.80
Q	0.20	0.23	0.30	0.33	0.30	0.33	0.23	0.23	0.27	0.20
P*Q	0.16	0.18	0.21	0.22	0.21	0.22	0.18	0.18	0.20	0.16

Reliability(KR-20)	0.86
คะแนนเฉลี่ย	7.37
ความแปรปรวน (Variance)	11.37
ความคลาดเคลื่อน±(SEM)	1.92



เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกอาการรุนแรงและผู้ดูแลหลัก

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับเด็กและตัวท่านให้มากที่สุด

โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมคำลงในช่องว่าง และ กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก

1. เพศ

ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

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

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

5. เมื่อเด็กโกรธหรือก้าวร้าว จะแสดงพฤติกรรมอย่างไร

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรสของบิดา/มารดา

คู่ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช.

อนุปริญญา/ป.ว.ส. ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

เกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย

แม่บ้าน รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ อื่นๆ.....

6. ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก

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

7. ความสัมพันธ์ของครอบครัวผู้ดูแลเด็ก

บิดา มารดา ปู่ / ย่า

ตา / ยาย ลุง / ป้า น้า / อา

อื่นๆ (ระบุ).....

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กออทิสติกอาการรุนแรง (นรุตม์ แพงพรมมา, 2558)

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย / ในช่องพฤติกรรมนั้นๆ ถ้าเด็กทำพฤติกรรมที่เป็นลักษณะเดียวกันแต่กระทำหลายครั้งในช่วงเวลาหนึ่งให้นับเป็น 1 ครั้ง หรือทำพฤติกรรมเดียวแต่ทำพฤติกรรมนั้นเป็นเวลานานก็ให้นับเป็น 1 ครั้ง วันที่ทำการบันทึก.....ผู้บันทึก

พฤติกรรม	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา
1. ตะโกนเสียงดังหรือแสดงความโกรธ							
2. ใช้คำพูดไม่รุนแรง เมื่อโกรธ เช่น ปล่อย อย่าจับ							
3. ใช้คำพูดรุนแรง เมื่อโกรธ เช่น ต่ำว่า ตะคอก							
4. ปิดประตูดัง ทูบโตะ กระทบเท้า ปิดสิ่งของกระจุยกระจาย							
5. แข่งท่า ใช้คำหยาบคาย ต่อคนอื่นหรือตนเอง							
6. ขว้างของลงพื้น ผลัก เตะโตะ แก้อัโดยของไม้แตกหัก							
7. ตี ดึงผม จิกหรือข่วนตนเอง							
8. แก้วงเท้าใส่ผู้อื่น ดึง/กระชาก เสื้อผ้าผู้อื่น							
9. ขว้างปาสิ่งของรุนแรงจนของแตกหรือเตะประตูต่อหน้าต่างจนแตก/พัง							
10. คุกคามผู้อื่นด้วยความรุนแรง เช่น ตะโกนเสียงดังใส่หน้าหรือทำเสียงขู่							
11. ทูบหรือ โขกศีรษะ กำหมัดต่อสิ่งของ ทิ้งตัวกระแทกกับพื้นหรือใช้สิ่งของทำอันตรายตนเอง จนบาดเจ็บเล็กน้อย							
12. ทำร้ายคนอื่นจนเกิดบาดเจ็บทางร่างกายเล็กน้อย เช่น แผลถลอก ถึงปานกลาง เช่น เคล็ดขัดยอกหรือเป็นรอยถูกเขียนจนเป็นแนว							
13. ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น จนบาดเจ็บทางร่างกายรุนแรง (แผลลึก กระดูกหัก ฟันหัก สลบ หรือพิการ)							
14. ใช้วัตถุ อุปกรณ์ที่มแทงตนเอง/ผู้อื่น จนบาดเจ็บ							
รวมคะแนน							

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับ
เด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง

Nursing Practice Guideline of Milieu Therapy for
Severe Autistic Children



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นายประจักษ์ พุกสุภา

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับ
เด็กออทิสติกวัยเรียนอาการรุนแรง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY
จัดทำโดย

นายประจักษ์ พุกสุภา

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายประจักษ์ พุกสุภา
วัน เดือน ปี เกิด	4 พฤศจิกายน 2526
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร ในปีการศึกษา 2557
ที่อยู่ปัจจุบัน	156 ซอยลาดพร้าว 34 ถนนลาดพร้าว แขวงสามเสนนอก เขตห้วยขวาง จังหวัดกรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10310



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY