

ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่มีต่อการดูแลบุตร
ออทิสติกมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบิดามารดา โรงพยาบาลกลางวัน
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น กรุงเทพมหานคร

สารนิพนธ์
ของ
นางพิศมัย พงศาธีรัตน์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว

พฤษภาคม 2545

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

371.94

พ 751 ๗

๘. 3

ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่มีต่อการดูแลบุตร
ออทิสติกมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบิดามารดา โรงพยาบาลกลางวัน
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ของ

นางพิศมัย พงศาธีรัตน์



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว

พฤษภาคม 2545

๒ 14787๕

25 ส.ย. 2545

พิศมัย พงศาธีรัตน์.(2545).ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่มีต่อการดูแลบุตร
ออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบิดามารดา โรงพยาบาลกลางวัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและ
วัยรุ่น กรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ศาสตราจารย์ ดร. ผ่องพรรณ
เกิดพิทักษ์

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่มีต่อ
การดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบิดามารดา โรงพยาบาลกลางวัน สถาบันสุขภาพจิตเด็ก
และวัยรุ่น กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาของเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
จำนวน 7 คน เป็นบิดาจำนวน 2 คน และมารดาจำนวน 5 คน ซึ่งได้มาจากการคัดเลือกอย่างเจาะจง
จากประชากร และได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ
แบบประเมินการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตาม
ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ t – test for Dependent Samples

ผลการศึกษาพบว่า หลังจากได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม บิดามารดามี
การดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

THE EFFECT OF INDIVIDUAL COUNSELING BASED ON BEHAVIORAL THEORY ON
PARENTS' CARING FOR SELF INJURY AUTISTIC CHILDREN IN
THE DAYCARE HOSPITAL INSTITUTE OF CHILD AND ADOLESCENT
MENTAL HEALTH, BANGKOK

AN ABSTRACT
BY
MRS. PISAMAI PONGSATIRAT

Presented in partial fulfillment of the requirements for the Master of Education
degree in Guidance and Counseling Psychology
at Srinakharinwirot University
May 2002

Pisamai Pongsatirat. (2002). *The Effect of Individual Counseling Based on Behavioral Theory on Parents' Caring for Self Injury Autistic Children in The daycare Hospital Institute of Child And Adolescent Mental Health, Bangkok*. Master Project, M.Ed. (Guidance and Counseling Psychology). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Master Project Advisor : Prof. Dr. Pong Kirdpitak

The Purpose of this research was to study the effect of individual counseling based on behavioral theory on parents' caring for self injury autistic children in the Daycare Hospital Institute of Child and Adolescent Mental Health in Bangkok. The subjects of 7 parents : 2 fathers and 5 mothers were purposively selected from the population. They were participated in the individual counseling program based on behavioral theory. The research instrument was an evaluation of parents' caring for self injury autistic children. The data were analyzed by t – test for dependent samples.

The results of the study were as follow :

The caring for self injury autistic children of the 7 parents participated in the individual counseling program base on behavioral theory significantly increased at .01 level.

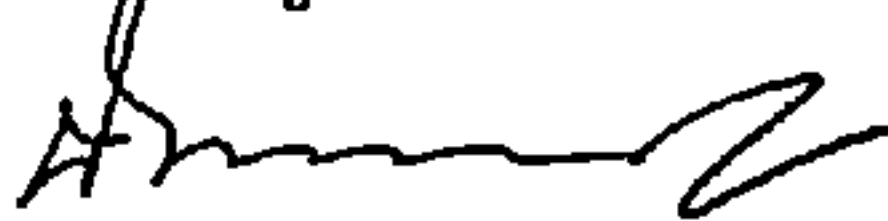
อาจารย์ที่ปรึกษา ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรและคณะกรรมการสอบ
ได้พิจารณาสารนิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒได้

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์



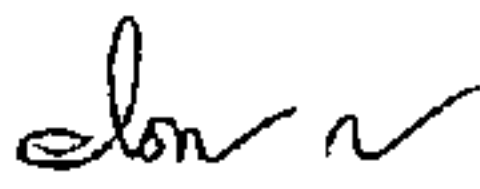
(ศาสตราจารย์ ดร. ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทนา วงษ์อินทร์)

คณะกรรมการสอบ



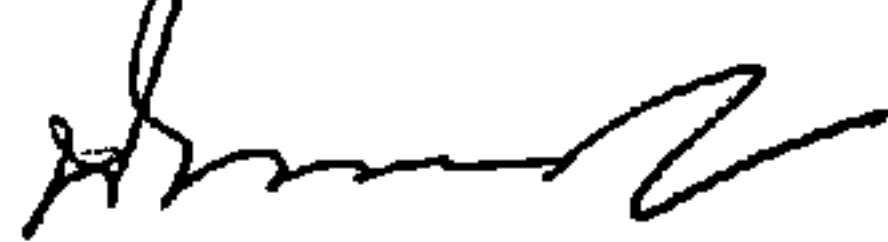
ประธาน

(ศาสตราจารย์ ดร. ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์)



กรรมการ

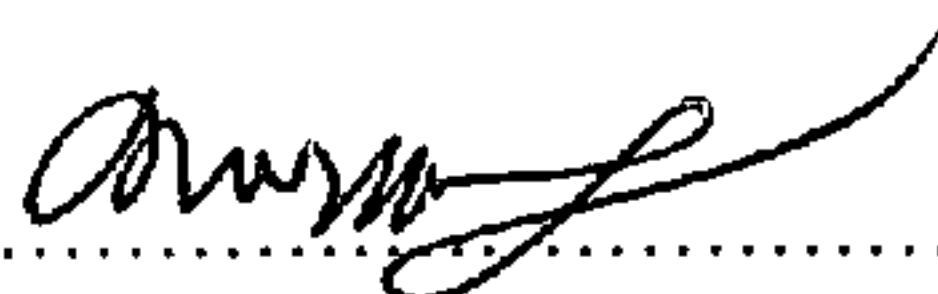
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันเพ็ญ พงศ์ประยูร)



กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทนา วงษ์อินทร์)

อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ



คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. คมเพชร จิตรสุกุล)

วันที่ 10 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2545

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันเพ็ญ พงศ์ประยูร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา วงษ์อินทร์ ซึ่งเป็นกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ ให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงแก้ไข สารนิพนธ์จนสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์อีกครั้งที่ได้กรุณาผู้วิจัยเป็นอย่างมากในการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบปรับปรุงตลอดการทำสารนิพนธ์ จนทำให้สารนิพนธ์สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ที่กรุณาอนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษา ตลอดระยะเวลาจนสำเร็จลุล่วง

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจ แก่ผู้วิจัยตลอดการทำสารนิพนธ์

ขอขอบคุณบิดามารดาเด็กออทิสติกที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างมากจนทำให้สารนิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณนิรัตน์ พงศาธิรัตน์ ขอบใจคุณพรรณวดี และคุณนนทิวรรณ พงศาธิรัตน์ ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจ และช่วยเหลือทุกอย่างจนสารนิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

พิศมัย พงศาธิรัตน์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	4
จุดมุ่งหมายในการศึกษา.....	4
สมมุติฐานของการศึกษา.....	4
ความสำคัญของการศึกษา.....	4
ขอบเขตของการศึกษา	5
ประชากร.....	5
กลุ่มตัวอย่าง.....	5
ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
นิยามคำศัพท์เฉพาะ.....	5
2 เอกสารที่เกี่ยวข้อง.....	8
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคออทิสติก.....	9
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคออทิสติก.....	9
ความหมายของเด็กออทิสติก.....	9
ลักษณะของเด็กออทิสติก.....	9
ลักษณะพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก.....	12
สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
ข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัยโรคออทิสติก.....	15
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคออทิสติก.....	16
งานวิจัยในประเทศ.....	16
งานวิจัยต่างประเทศ.....	16
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง.....	17
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง.....	17
พฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กออทิสติก.....	17
สาเหตุของพฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กออทิสติก.....	18
การบำบัดรักษา.....	19
แนวทางการรักษาเด็กออทิสติก.....	20
การรักษาเด็กออทิสติกของโรงพยาบาลกลางวัน	
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น.....	22
การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก.....	22
การดูแลเฉพาะสำหรับเด็กออทิสติก.....	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง.....	24
งานวิจัยในประเทศ.....	24

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2(ต่อ) งานวิจัยต่างประเทศ.....	24
เอกสารเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม.....	24
ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์.....	25
บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม.....	26
จุดมุ่งหมายในการให้คำปรึกษา.....	26
ลักษณะสำคัญของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม.....	27
หลักการเรียนรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมการเรียนรู้เงื่อนไขผลกระทบ.....	27
ขั้นตอนการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม.....	27
เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม.....	29
3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	32
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	32
ประชากร.....	32
กลุ่มตัวอย่าง.....	32
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	33
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	36
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	37
การจัดกระทำกับข้อมูล.....	37
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	44
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษา.....	44
สรุปผลการศึกษา.....	46
อภิปรายผล.....	46
ข้อเสนอแนะ.....	49
บรรณานุกรม.....	51
ภาคผนวก.....	55
ประวัติผู้ทำสารนิพนธ์.....	81

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	กำหนดการให้คำปรึกษารายบุคคลตลอดการทดลอง.....	36
2	แสดงแบบแผนการทดลอง.....	36
3	แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	39
4	แสดงคะแนนการดูแลบุตรออกิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง.....	41
5	แสดงคะแนนเฉลี่ยการดูแลบุตรออกิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง.....	43

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

เมื่อชีวิตครอบครัวเริ่มต้นขึ้นความปรารถนาของสามีภรรยาทั่วไปก็คือการมีบุตรเพื่อเติมให้ครอบครัวสมบูรณ์ขึ้น และเฝ้าเลี้ยงดูจนจนมอดอย่างเต็มความสามารถ ด้วยหวังว่าบุตรจะเฉลียวฉลาดสมบูรณ์และแข็งแรง แต่เมื่อโตขึ้นจึงพบว่าบุตรมีความผิดปกติ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก บิดา มารดาที่ทราบว่าเป็นออทิสติกจะรู้สึกตกใจ สับสน เกิดความไม่แน่ใจ ไม่รู้ว่าเป็นอะไร โรคนี้รักษาหายหรือไม่ และเมื่อรู้ว่าเป็นโรคที่ความหวังในเรื่องการหายมีน้อย ก็ยิ่งทุกข์ใจมากขึ้น มีความหนักใจในการเลี้ยงดูเพราะเด็กพูดไม่รู้เรื่อง สื่อสารไม่เข้าใจ และยังมีปัญหาก้าวร้าวอีกด้วย (รจนา ทรรทรานนท์. 2527 : 98) ทำให้บิดา มารดา รู้สึกผิดหวัง ตั้งเครียดต้องการความช่วยเหลือ ความตั้งเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกเป็นความตั้งเครียดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการแสดงออกค่อนข้างสูง (กัญญา ธัญมณฑา. 2534 : 63) ไม่รู้ว่าจะดูแลบุตรอย่างไร จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างยากลำบาก ต้องการความช่วยเหลือและตอบคำถามที่ค้างอยู่ในใจ

บิดามารดาเด็กออทิสติกมักพาบุตรไปรักษาตามที่แตกต่างกันขณะเผชิญกับความกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมของบุตร การดูแลบุตรเป็นแบบแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเพื่อให้เด็กสงบในแต่ละช่วงเวลา ขาดแนวทางที่เหมาะสม แม้ว่าสถานบำบัดรักษาบางแห่งจะจัดอบรมให้ความรู้ในการดูแลเด็กออทิสติก และให้ความช่วยเหลือในระดับหนึ่งแล้วก็ตาม แต่ก็ยังพบว่าบิดามารดาเด็กออทิสติก มีความเครียดอยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยพบว่าความเครียดส่วนใหญ่เกิดมาจากปัญหาพฤติกรรมของเด็ก (อรศิริ ภิเชก. 2542 : 32) จึงอาจกล่าวได้ว่าวิธีการให้ความรู้โดยการจัดอบรมเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ บิดามารดารวมทั้งผู้ดูแลเด็กมีความต้องการ การช่วยเหลืออย่างอื่นอีก เช่นการให้คำปรึกษา แนะนำวิธีแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นบ่อยๆและรบกวนความสงบในครอบครัว ตลอดจนให้ความรู้ด้านการฝึกสอนทักษะต่างๆในการดำรงชีวิต และการส่งเสริมพัฒนาการที่เด็กยังไม่มี เพื่อให้บิดามารดามีความรู้เพียงพอ และกล้าตัดสินใจให้การดูแลบุตรเมื่อบุตร มีพฤติกรรมปัญหาเกิดขึ้นอย่างมั่นใจ สามารถพัฒนาทักษะการดูแลบุตรอย่างต่อเนื่อง (Hederson.1988:4332) การทำจิตบำบัดกับบิดามารดาเด็กออทิสติกประมาณ 5 ครั้งหรือน้อยกว่านั้นในช่วงของการวินิจฉัยจะช่วยให้การเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น เด็กจะได้รับประโยชน์อย่างมาก (Siegel. 1996 : 147)

กลยุทธ์หนึ่งที่จะเพิ่มศักยภาพของบิดามารดาเด็กออทิสติกคือ การให้ความรู้แก่บิดามารดา ให้รู้ถึงวิธีการควบคุมและจัดการกับ พฤติกรรมปัญหาเช่น พฤติกรรมทำร้ายตนเอง ทำลายสิ่งของ และพฤติกรรมก้าวร้าวอื่นๆ รวมทั้งเพิ่มความสามารถของบิดามารดาในการจัดการกับพฤติกรรมปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยๆเพื่อให้บิดามารดา มีแนวทางในการดูแลให้เด็กเรียนรู้ ตลอดจนพัฒนาทักษะที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของเด็กการที่บิดามารดาเด็กออทิสติกได้รู้วิธีดูแลบุตรจะทำให้สามารถดูแลบุตรได้อย่างมีคุณภาพ (Schopler and Mesibov. 1994 :168 ; citing Harris and Gill.1994; Kolko.1984)

เด็กออทิสติกเป็นเด็กที่มีความผิดปกติและความล่าช้าทางพัฒนาการด้านสังคม การสื่อความหมาย ภาษา และจินตนาการ (เพ็ญแข ลีมศิลา. 2540 : 1) ซึ่งประกอบด้วยลักษณะที่แสดงถึงความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม 4 ด้าน ที่จะมีได้เหมือนกันหมดทุกชาติ ประการแรกคือ ความผิดปกติทางด้านภาษา การ

พูด การสื่อความหมาย ประการที่สอง มีความผิดปกติทางด้านการเข้าสังคมกับผู้อื่น ประการที่สาม มีพฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ และประการสุดท้าย คืออาการเริ่มปรากฏตั้งแต่อ่อนอายุ 30 เดือน หากเด็กได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่องจนสามารถพูดได้ก่อนอายุ 5 ปีจะบ่งบอกได้ว่าเด็กมีพยากรณ์โรคที่ดี (ชาติรี วิฑูรชาติ, 2536 ; เพ็ญแข ลิมศิลา, 2538 : 37) ในการดูแลให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละคนนั้นจะต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ และการยอมรับในข้อจำกัดต่างๆของเด็ก

วินัดดา ปิยะศิลป์ (2537 : 39 – 43) กล่าวถึงการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกไว้ดังนี้ ประการแรก การยอมรับของบิดา มารดาและให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือ ประการที่สอง การช่วยเหลือเด็กเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่การอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม เป็นต้น ประการสุดท้ายคือการดูแลช่วยเหลือทางด้านพัฒนาการ

เนื่องจากโรคออทิสติกเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคตลอดชีวิต (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2541 : 4) ในการรักษาต้องใช้ความร่วมมือกันหลายฝ่าย การที่บิดามารดาเด็กออทิสติกและผู้รักษาได้ร่วมมือกันรับผิดชอบในการดูแลเด็กด้วยกัน แบ่งปันความรู้แก่กันนั้นเป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะบิดามารดาเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญอย่างแท้จริงในเรื่องบุตรของเขา เข้าใจดีว่าบุตรชอบและไม่ชอบอะไร ซึ่งเด็กออทิสติกสามารถสื่อสารกับบิดามารดาของเขาเข้าใจ อีกทั้งบิดามารดายังรู้ดีว่าจะทำอย่างไรบุตรจึงจะเกิดแรงจูงใจ (Pueschel, et al. 1995 : 35) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา จะช่วยให้ครอบครัวลดความคาดหวังกับลูกออทิสติกลง (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2540 : 5) และช่วยให้เด็กได้รับการดูแลช่วยเหลือให้สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2541 : 81) แต่ครอบครัวของเด็กออทิสติกเป็นครอบครัวที่มีภาระหนักในการเลี้ยงดูมาก เนื่องจากพัฒนาการที่ล่าช้าของเด็ก ความจำกัดในการเรียนรู้ทำให้ผู้ดูแลต้องอยู่ใกล้ชิดกับเด็กตลอดเวลา ฝึกสอนเด็กทุกอย่าง ใช้ชีวิตที่จำเจตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้บิดามารดาต้องการคำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติกับเด็ก ความรู้เบื้องต้นที่จำเป็น และต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยๆ

จากการที่ผู้วิจัยได้สำรวจพฤติกรรมปัญหาของเด็กออทิสติกที่มารับบริการในโรงพยาบาลกลางวัน ศูนย์สุขวิทยาจิต (ปัจจุบันคือสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น) ในเดือนมกราคม 2544 เพื่อศึกษาหาปัญหาประกอบการศึกษาครั้งนี้จำนวน 20 ราย พบว่าปัญหาที่บิดา มารดามีความทุกข์ใจในการดูแลบุตรมากปัญหาหนึ่งคือปัญหาพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ซึ่งเด็กแสดงออกโดยการกรีดร้อง ตะโกนเสียงดังเมื่อไม่ได้ดังใจ กัดทုပ် หุ่มตัวเองลงกับพื้น โขกศีรษะ ดึงผมตนเองทำตนเองให้ได้รับบาดเจ็บ ทำร้ายผู้อื่น และทำลายสิ่งของ

พฤติกรรมทำร้ายตนเองถือว่า เป็นพฤติกรรมปัญหาที่ต้องให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนปัญหาหนึ่ง เพราะเป็นพฤติกรรมที่รุนแรง ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของเด็กและเกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง (Pellios, et al. 1999 :185) บิดามารดาของเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองจำนวนมากไม่รู้ว่าจะดูแลบุตรอย่างไร (นฤมล ขวัญศิริ, 2541:125) จากการที่ผู้วิจัยได้สอบถามบิดามารดาเด็กออทิสติกที่พาบุตรมารับบริการที่โรงพยาบาลกลางวัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นจำนวน 8 ราย พบว่าแต่ละคนมีวิธีการดูแลที่แตกต่างกัน เช่น ดุหรือตีเด็กอย่างรุนแรงเพื่อหยุดพฤติกรรมทำร้ายตนเอง บางคนแสดงอาการร้องไห้เพื่อให้เด็กหันมาสนใจแล้วหยุดทำร้ายตนเอง บางรายใช้ไม้ชูปให้เด็กกลัว พูดขู่ว่าจะทอดทิ้ง ใช้ยางตีตีให้เจ็บ แต่ พฤติกรรมทำร้ายตนเองของเด็กออทิสติกก็ยังคงอยู่ และเด็กยังแสดงพฤติกรรมทางลบมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาในการดูแล บิดามารดารู้สึกกลังเลไม่กล้าฝึกสอนให้เด็กช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน เพราะเกรงว่าเด็กจะหงุดหงิดกรีดร้อง ทำร้ายตนเองอีก ซึ่งส่งผลให้เด็กขาดการกระตุ้นให้พัฒนาในด้านการเรียนรู้ต่างๆ

บิดามารดาและสมาชิกในครอบครัวของเด็กออทิสติกมักจะประสบกับปัญหาในการดูแลเด็กอยู่เสมอ โดยเฉพาะเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมทำร้ายตนเอง กรีดร้องเมื่อไม่ได้ดังใจ แสดงความคับข้องใจมากเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะเมื่อกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนไป เด็กแสดงออกโดย ทำร้ายตนเอง ทำลายสิ่งของ เนื่องจากเด็กมีความจำกัดในการเรียนรู้ มีความบกพร่องในการสื่อสารบางครั้งบิดามารดาไม่เข้าใจว่าเด็กต้องการสื่อสารอะไรจึงตอบสนองไม่ตรงกับความต้องการของเด็ก บิดามารดาของเด็กออทิสติกจะอ่อนล้า (Wing, 1996 : 112) เมื่อต้องดูแลบุตรที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเป็นเวลานาน บางครอบครัวสามีภรรยาต้องแยกทางกันเนื่องจากมีบุตรออทิสติก รู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์แห่งตน เด็กถูกทำร้ายและทอดทิ้งตลอดจนต้องจากครอบครัวไปอยู่สถานบำบัด เนื่องจากครอบครัวขาดความเข้าใจในการดูแล (Siegel, 1996 :136) ครอบครัวที่มีเด็กออทิสติก สมาชิกในครอบครัวต้องแบ่งเบาภาระกัน ช่วยเหลือกันในการดูแลเด็ก (Wing, 1996 :112) บิดามารดาที่มีบุตรออทิสติกต้องการ การให้คำปรึกษา คำแนะนำ เกี่ยวกับการช่วยเหลือเด็กเมื่อมีพฤติกรรมปัญหา สร้างโอกาสให้ได้ระบายความกดดันในการเลี้ยงดูเด็ก ได้รับกำลังใจจากผู้รักษาตลอดจนได้รับรู้ประสบการณ์ในการดูแลบุตรออทิสติกจากผู้ปกครองอื่นๆ

พฤติกรรมทำร้ายตนเองของเด็กออทิสติกส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้ การที่ผู้ดูแลเด็กแสดงปฏิกิริยาตอบสนองเมื่อเด็กทำร้ายตนเองทั้งที่ตั้งใจ และไม่ตั้งใจทำให้เด็กยังคงทำร้ายตนเองอยู่อย่างต่อเนื่อง (Iwata, et al. 1994:153) การทำร้ายตนเองของเด็กนี้ทำให้ทุกคนในครอบครัวรู้สึกกดดันในการให้การดูแลช่วยเหลือเด็ก บ่อยครั้งที่พฤติกรรมทำร้ายตนเองได้รับความสนใจจากบิดามารดาเป็นอย่างมาก เนื่องจากไม่รู้ว่า จะทำอย่างไร การดูแลที่ให้ความสนใจและยอมตอบสนองตามความต้องการทำให้พฤติกรรมทำร้ายตนเองยังคงอยู่ และเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆจนถึงกับเกิดความพิการเนื่องจากเด็กทำร้ายตนเองรุนแรงมาก บางครอบครัวรู้สึกกดดันจนต้องส่งเด็กเข้าไปอยู่ในสถานบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ เพื่อช่วยเหลือเด็กและช่วยสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวที่รู้สึกตึงเครียดเมื่อมีเด็กออทิสติกอยู่ในครอบครัว (Pellios, et al. 1999 : 185) ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือบิดามารดาไม่รู้ว่าต้องดูแลเด็กอย่างไรเมื่อเด็กมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และเด็กออทิสติกต้องจากครอบครัวโดยไม่สามารถปฏิเสธได้

ซีเจล (Siegel, 1996:144) กล่าวว่ามโนทัศน์จากผู้ปกครองที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับบุตรออทิสติกว่า ได้ทำร้ายเด็กและทอดทิ้งเด็กเนื่องจากไม่สามารถดูแลเด็กได้ทั้งๆที่รักและต้องการเลี้ยงดูเด็ก ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงมีความเห็นว่าหากผู้เชี่ยวชาญและผู้ปกครองร่วมมือกันช่วยเหลือเด็ก จะทำให้เกิดทางเลือกในการรักษาเพิ่มขึ้น บิดามารดามีแนวทางในการเลี้ยงดู เด็กได้อยู่กับครอบครัว ได้รับการดูแลส่งเสริมให้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้ว่าจะเป็นออทิสติก ตลอดจนมีสิทธิ์ที่จะอยู่ในครอบครัว ได้รับความรักความเข้าใจ เทียบเท่ากับบุตรที่ปกติ แนวทางการรักษานี้จะช่วยให้ครอบครัวที่มีบุตรออทิสติกได้รับประโยชน์จากการรักษาอย่างแท้จริง

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน (2541:5) ได้กล่าวถึงประโยชน์ที่ผู้ปกครองได้รับจากการมีส่วนร่วมในการรักษาดังนี้ ครอบครัวมีความสุขมากขึ้น ผูกพันกันมากขึ้น มีการช่วยเหลือกันระหว่างผู้ปกครองในกลุ่ม รู้สึกภูมิใจในตนเองที่ดูแลบุตรได้ เรียนรู้จักอดทนมากขึ้น ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น คาดหวังกับบุตรออทิสติกลดลง ปัญหาบางอย่างในครอบครัวได้รับการแก้ไข ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นที่พึ่งที่ดีที่สุดของเด็กออทิสติก

โรงพยาบาลกลางวัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ให้บริการบำบัดรักษาบุคคล ออทิสติก โดยให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการรักษา เข้าสังเกตการสาธิตและฝึกปฏิบัติด้วยตนเองภายใต้การนิเทศของพยาบาลวิชาชีพ บิดามารดาของเด็กออทิสติกที่มารับบริการจะมีส่วนร่วมในขั้นตอนการรักษาบุตรทุกขั้นตอน ซึ่งจะช่วยให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพสูงขึ้น แต่ในการรักษาปัจจุบันของโรงพยาบาลกลางวัน

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ยังไม่มีการให้บริการปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่าเป็นบริการที่มีประโยชน์ กระบวนการให้คำปรึกษาสามารถส่งผ่านความรู้ แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ถ้านำไปใช้ร่วมกับการให้บริการที่มีอยู่เดิมจะเป็นการช่วยให้การรักษามีความสมบูรณ์ และเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา

โดเนลแลนและไมเร็นดา (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2540 : 5 อ้างอิงจาก Donellan and Mirenda, 1989) กล่าวว่าแนวทางการรักษาเด็กออทิสติกนั้นหากไม่นำบิดามารดาหรือบุคคลในครอบครัวเข้ามาร่วมในกระบวนการรักษาแล้วไม่เพียงแต่การรักษาจะขาดประสิทธิภาพ ยังขยายผลให้เกิดความเสี่ยงต่อครอบครัวในระยะยาวอีกด้วย โดยเฉพาะพฤติกรรมทำร้ายตนเองของเด็กออทิสติกนั้นมีผลกระทบต่อทุกคนในครอบครัว เป็นสาเหตุหนึ่งของความตึงเครียด เพราะบิดามารดาไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการทำงานกับบิดามารดาของเด็กออทิสติกพบว่าบิดามารดาต้องใช้ความพยายามทุกวิธีที่จะให้เด็กหยุดพฤติกรรมนี้ เช่นการตีเด็กอย่างรุนแรง ใช้อายัดให้เจ็บ ใช้ไม้ทุบให้กลัว รวมถึงการกักขังเด็กไว้ในบ้าน ด้วยเกรงว่าผู้อื่นจะไม่เข้าใจ ตำหนิว่าดูแลบุตรไม่ดีพอ รู้สึกอายไม่กล้าพาบุตรเข้าสังคม อีกทั้งพฤติกรรมทำร้ายตนเองของเด็กยังมีผลคือปิดกั้นการเรียนรู้สิ่งใหม่ที่เด็กควรจะได้รับ หากปล่อยไว้เป็นเวลานานโดยไม่แก้ไข บิดามารดาของเด็ก ออทิสติกจำนวนมากต้องใช้เวลาแก้ไขแบบลองผิดลองถูกจนไม่ได้ดูแลเด็กในด้านอื่นๆ รู้สึกกังวลใจกับวิธีการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ปฏิบัติอยู่ เกรงว่าเมื่อเด็กโตขึ้นจะอยู่กับผู้อื่นที่ไม่เข้าใจเด็กได้ยาก บิดามารดาต้องการความช่วยเหลือแนะนำ ซึ่งผู้ศึกษาเห็นว่าการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความเหมาะสม ในการนำมาให้บริการแก่บิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่มีต่อการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบิดามารดา ของโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือบิดามารดาเด็ก ออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอื่นๆ

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

เพื่อเปรียบเทียบการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบิดามารดาก่อนและหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า

การดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบิดามารดาดีขึ้นหลังจากได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการช่วยเหลือบิดามารดาและผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติก โรงพยาบาลกลางวัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นและเผยแพร่แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้ปกครองเด็กออทิสติก

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นบิดามารดาเด็กออทิสติกที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2544 – วันที่ 27 ธันวาคม 2544 จำนวน 42 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น บิดามารดาของเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรม ทำร้ายตนเอง จำนวน 7 คน มารับบริการที่คลินิกพิเศษ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2544 – วันที่ 27 ธันวาคม 2544 ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

2.1 บิดามารดาที่มีอายุระหว่าง 20 – 45 ปี มีบุตรอายุ 2.6 – 5 ปี และแพทย์วินิจฉัยบุตรว่าเป็นออทิสติกและมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ได้แก่กรีดร้องเสียงดัง กระแทกตัวลงกับพื้น เอาศีรษะโขกพื้น ทบ กัดตัวเอง ดึงผมตัวเอง มีคะแนนประเมินภาวะออทิสติกในทะเบียนประวัติอยู่ระหว่าง 30 – 37 ซึ่งหมายถึงภาวะออทิสติกอยู่ในระดับปานกลาง ไม่ได้รับประทานยา เข้ารับบริการที่คลินิกพิเศษ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

2.2 บิดามารดามีปัญหาในการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง สมัครใจเข้ารับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ คือ การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

ตัวแปรตาม คือ การดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบิดามารดา

นิยามคำศัพท์เฉพาะ

1. การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เกี่ยวกับการดูแลบุตร ออทิสติก หมายถึง วิธีการให้การช่วยเหลือบิดามารดาของเด็กออทิสติกเป็นรายบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บิดามารดาได้รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง ทราบแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับวิธีการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง สามารถตัดสินใจด้วยตนเองในการดูแลบุตร และเลือกใช้เทคนิคการปรับ พฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบุตรออทิสติกได้ โดยผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม และใช้เทคนิคต่างๆ ได้แก่ เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับ กรณีตัวอย่าง เทคนิคแม่แบบ การชี้แนะ โดยมีลำดับขั้นตอนของการให้คำปรึกษาดังนี้

1.1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา เป็นขั้นสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ รู้สึกอบอุ่น สบายใจ และปลอดภัย ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา บทบาทหน้าที่ของผู้รับคำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาทั่วไป ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด ปลายปิด การฟังสะท้อนความรู้สึก การทวนข้อความ การเงี่ยบ สรุปความ การตีความและการให้กำลังใจ

1.1.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษา ทบทวนวิธีดูแลบุตรที่ผ่านมาว่าทำอะไรบ้างและปัญหาในการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง มีผลกระทบต่องานผู้รับคำปรึกษาและบุตรอย่างไร

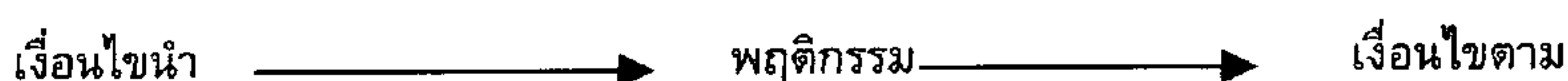
1.1.2 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษา พิจารณาว่าวิธีการดูแลบุตรที่เป็นปัญหานั้นเป็นปัญหาอย่างไร อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องการปรับเปลี่ยน

1.2 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

1.2.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษา สืบหาการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่เป็นปัญหา วิเคราะห์หาสาเหตุและเรียงลำดับตามความต้องการปรับเปลี่ยน

1.2.2 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาว่า วิธีการดูแลบุตรเมื่อบุตรทำร้ายตนเองที่ต้องการปรับเปลี่ยนนั้นสามารถปฏิบัติได้เพียงใด มีขั้นตอนย่อยๆที่จะปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย อย่างไรบ้าง

1.2.3 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจปัญหาการดูแลบุตรเมื่อทำร้ายตนเองที่ต้องการแก้ไขว่ามีเหตุการณ์ใดบ้างที่เกิดขึ้นก่อน ที่เรียกว่า “เงื่อนไขนำ” ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เรียกว่า “เงื่อนไขตาม” ผลลัพธ์นี้มีอิทธิพลต่อการเกิดการดูแลที่เป็นปัญหาอีกหรือไม่ และช่วยผู้รับคำปรึกษาคิดหาแนวทางปฏิบัติ



1.2.4 เมื่อผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงสาเหตุ และ ข้อเสียของการดูแลบุตรที่ต้องการแก้ไขแล้ว จึงตกลงดำเนินการแก้ไข

1.2.5 ผู้ให้คำปรึกษา ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถดูแลบุตรออกิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม เทคนิคแม่แบบ กรณีตัวอย่าง การให้ข้อมูลย้อนกลับ การชี้แนะ ในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง ผู้ให้คำปรึกษาใช้ 1 เทคนิคหรือมากกว่า 1 เทคนิคแล้วแต่ความเหมาะสม

1.3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

1.3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปการดูแลบุตรที่จะนำไปปฏิบัติ

1.3.2 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม

2. เด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หมายถึงเด็กที่มีความผิดปกติทางพัฒนาการที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยก่อนอายุ 30 เดือน มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ที่มีอาการรุนแรง (severe overreactions) ได้แก่ กรีดร้องเสียงดัง(screaming) กระแทกตัวเองลงกับพื้น (throwing tantrums) ใช้ศีรษะโขกพื้น (head banging) กัดตัวเอง(self biting) ดึงผมตัวเอง (self hairpulling)

3. การดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบิดามารดาหมายถึง พฤติกรรมของบิดามารดาในการดูแลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยมีพฤติกรรมดูแลบุตรดังนี้

พฤติกรรมของเด็ก

กรีดร้อง เสียงดัง

พฤติกรรมดูแลของบิดาหรือมารดา

1. พุดห้ามไม่ให้กรีดร้องเสียงดังด้วยเสียงปกติ
2. ไม่ใช้การพุดห้ามด้วยเสียงดัง
3. ใช้การแสดงสัญญาณให้เจียบเพื่อเตือนให้หยุด
4. ไม่ใช้การทำให้โทษให้รู้สึกเจ็บ
5. ใช้การทำให้โทษโดยดของเล่น ของรับประทาน
6. ไม่ใช้การพุดขู่ให้กลัว

พฤติกรรมของเด็ก

พฤติกรรมการดูแลของบิดามารดา

กระแทกตัวเองลงกับพื้น

เอาศีรษะโขกพื้น

ทุบตัวเอง กัดตัวเอง ดึงผมตัวเอง

7. ไม่ให้ความสนใจเมื่อแยกได้ว่าเด็กกรีดร้องเพื่อเรียกร้อง ความสนใจ
8. เปลี่ยนความสนใจเพื่อป้องกันการกรีดร้องได้แก่ ชวนเล่นของเล่น จับมือทำกิจกรรมจนสงบ
9. ควบคุมตัวออกจากจุดที่กำลังกรีดร้อง
10. ไม่ให้สิ่งของที่ต้องการขณะกรีดร้อง
11. ให้สิ่งของที่ต้องการเมื่อหยุดกรีดร้อง
12. ชมเชยเมื่อหยุดกรีดร้อง
1. พูดห้ามไม่ให้ทำด้วยเสียงปกติ
2. ไม่พูดห้ามด้วยเสียงดังกว่าปกติ
3. แสดงสัญญาณห้าม
4. ไม่พูดซ้ำให้กลัว
5. ไม่ให้ความสนใจขณะกระแทกตัวเองลงกับพื้นเพื่อเรียกร้อง ความสนใจ
6. ไม่ใช้การทำให้โทษให้รู้สึกเจ็บ
7. ทำโทษโดยเก็บของเล่นไม่ให้เล่น งดของเล่นที่ชอบ
8. ควบคุมตัวออกจากจุดที่กำลังกระแทกตัวเองลงกับพื้น
9. เปลี่ยนความสนใจได้แก่ชวนเล่นของเล่น
10. ไม่ให้สิ่งของที่ต้องการทันทีที่กระแทกตัวเองลงกับพื้น
11. ให้สิ่งของที่ต้องการเมื่อหยุดกระแทกตัวเองลงกับพื้น
12. ชมเชยเมื่อหยุดกระแทกตัว
1. จับตัวเด็กไว้ไม่ให้ทำ
2. พูดห้ามด้วยเสียงปกติ
3. ไม่พูดห้ามด้วยเสียงดังกว่าปกติ
4. แสดงสัญญาณห้ามกระทำ
5. ไม่พูดซ้ำให้กลัว
6. ไม่ใช้การทำให้โทษให้รู้สึกเจ็บ
7. ควบคุมตัวออกจากจุดที่กำลัง เอาศีรษะโขกพื้น กัดตัวเอง ดึงผมตัวเอง
8. เปลี่ยนความสนใจได้แก่ ชวนเล่นของเล่น ช่วยจับมือเล่นของเล่น อยู่กับเด็กจนสงบ
9. ให้ความสนใจเพื่อหยุดการทำร้ายตนเอง
10. ไม่ให้สิ่งของที่ต้องการขณะทำร้ายตนเอง
11. ให้สิ่งของที่ต้องการเมื่อหยุดทำร้ายตนเอง
12. ชมเชยเมื่อหยุดทำร้ายตนเอง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา
ดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคออทิสติก

1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคออทิสติก

- 1.1.1 ความหมายของเด็กออทิสติก
- 1.1.2 ลักษณะของเด็กออทิสติก
- 1.1.3 ลักษณะพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
- 1.1.4 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- 1.1.5 ข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัย

1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคออทิสติก

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

- 2.1.1 พฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กออทิสติก
- 2.1.2 สาเหตุของพฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กออทิสติก
- 2.1.3 การบำบัดรักษา
- 2.1.4 แนวทางการรักษาเด็กออทิสติก
- 2.1.5 การรักษาเด็กออทิสติกของโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
- 2.1.6 การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก
- 2.1.7 การดูแลเฉพาะสำหรับเด็กออทิสติก

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเอง

- 2.2.1 งานวิจัยในประเทศ
- 2.2.2 งานวิจัยต่างประเทศ

3. เอกสารเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

3.1 ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์และหลักในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรม
นิยม

- 3.2 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
- 3.3 จุดมุ่งหมายในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
- 3.4 ลักษณะสำคัญของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
- 3.5 หลักการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปรับหรือเปลี่ยนพฤติกรรม
- 3.6 ขั้นตอนในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
- 3.7 เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคออทิสติก

1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคออทิสติก

1.1.1 ความหมายของเด็กออทิสติก

ผดุง อารยะวิญญู (2535 : 143) ให้ความหมายเด็กออทิสติกว่า หมายถึงเด็กที่มีความบกพร่องอย่างรุนแรงในการสื่อความหมาย พฤติกรรมสังคมและการเรียน ความบกพร่องมักเกิดขึ้นในวัยเด็ก มีปัญหาในการใช้ความคิด สติปัญญา การรับรู้ซึ่งเป็นผลให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้ได้ มีปัญหาในการสื่อสารและการคบเพื่อน

เพ็ญแข ลิมศิลา (2540 : 1) ให้ความหมายเด็กออทิสติก หมายถึงเด็กที่มีความผิดปกติ และความล่าช้าทางพัฒนาการด้านสังคม ด้านการสื่อความหมาย ภาษา และจินตนาการซึ่งมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับทางกายภาพ เนื่องจากมีหน้าที่ของสมองบางส่วนทำงานผิดปกติไป

วินัดดา ปิยศิลป์ (2537 : 10) ให้ความหมายออทิสติกว่า เป็นเด็กที่มีพัฒนาการช้ากว่าเด็กทั่วไป โดยเฉพาะพัฒนาการทางภาษา การพูด การแสดงท่าทางที่บอกถึงความหมายต่างๆ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่า Pandevelopmental disability เพราะเนื่องจากการชะงักงันของพัฒนาการด้านภาษาและสังคม ที่เริ่มมีอาการตั้งแต่วัยเด็กเล็ก ซึ่งส่งผลกระทบต่อขีดขวางพัฒนาการด้านอื่นๆด้วย

รจนา ทรรทรานนท์ (2527 : 16) ให้ความหมายพฤติกรรมในเด็กออทิสติกไว้ว่าเป็นพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกมา หรือพฤติกรรมที่เด็กแสดงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แปลกประหลาดอย่างชัดเจน และไม่สามารถคาดได้ว่าเด็กจะแสดงพฤติกรรมอย่างนั้นหรือไม่ และพฤติกรรมแปลกประหลาดนี้ยังคงมีอยู่อย่างสม่ำเสมอ

ชอปเลอร์ และเมสิบอฟ (นฤมล ขวัญศิริ.2541 : 9 ; อ้างอิงจาก Schopler and Mesibov. 1992) กล่าวว่าเด็กออทิสติกหมายถึง เด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การสื่อความหมาย การจินตนาการและมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม

กล่าวโดยสรุป เด็กออทิสติกคือเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการอย่างรุนแรง มีความล่าช้าทางพัฒนาการด้านสังคม การสื่อความหมาย ภาษา และจินตนาการ มีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เป็นแบบเฉพาะอย่างชัดเจน เนื่องมาจากหน้าที่ของสมองบางส่วนทำงานผิดปกติ

1.1.2 ลักษณะของเด็กออทิสติก

เพ็ญแข ลิมศิลา (2538 : 364) กล่าวว่า ออทิสซึม (Autism) เป็นกลุ่มอาการผิดปกติที่แสดงพฤติกรรมให้เห็นว่าเด็กไม่สามารถพัฒนา ด้านสังคม การพูด การใช้ภาษา และการสื่อความหมายตามวัยได้อย่างเหมาะสม เด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะมีลักษณะภายนอกที่ดูเหมือนเด็กปกติทั่วไป เด็กส่วนใหญ่จะมีหน้าตาน่ารัก ในช่วงวัยทารกจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เป็นปกติไม่ว่าจะเป็น ส่วนสูง น้ำหนักตัว การยิ้ม การคว้า การนั่ง และการเดิน แต่ก็มีลักษณะที่สามารถสังเกตในทารกที่มีอาการออทิสซึมโดยมีลักษณะความผิดปกติที่แสดงให้เห็น 2 ลักษณะ คือ เด็กที่ร้องกวนมาก ส่งเสียงกรีดร้องทั้งกลางวันและกลางคืน แม้ว่าจะอุ้ม ปล่อยอย่างไรก็ไม่หยุดร้อง เวลาอุ้มก็จะทำตัวแข็งขึ้น และจะร้องมากยิ่งขึ้น ในเวลาอาบน้ำหรือเปลี่ยนผ้าอ้อม เด็กจะต่อต้านทุกสิ่งทุกอย่างซึ่งทำให้บิดามารดาจะรู้สึกเหนื่อยล้ากับการเลี้ยงดูลูกลักษณะนี้ ในทางตรงข้าม ความผิดที่สามารถสังเกตได้อีกลักษณะ คือ เด็กจะนอนนิ่งเงียบ ไม่ร้องกวนไม่ว่าจะรู้สึกหิว หรือเปียกเลอะเทอะ จนดูเหมือนเป็นเด็กเลี้ยงง่าย แต่พ่อแม่ก็จะเริ่มวิตกกังวลต่อลักษณะความเฉยเมยของเด็กว่ามีความผิดปกติหรือเปล่า และในช่วงขวบปีแรกนี้ สิ่งที่ยังสามารถสังเกต

ความผิดปกติที่เกิดขึ้นชัดเจน คือ การที่เด็กไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง ไม่ว่าจะเป็นการสัมผัสของมารดาจากการอุ้มหรือกอดรัด เด็กจะไม่ซุกตัว หรือโอบกอดตอบ เด็กจะไม่แสดงความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นผู้คนหรือ สัตว์ที่ผ่านไปมา นอกจากนี้ เด็กจะไม่มองหน้าหรือสบตาผู้อื่น ไม่มองตามเสียงเรียก ไม่แสดงอาการอยากรู้ อยากเห็นสิ่งใด จะมองไปรอบ ๆ ตัวแบบไร้จุดหมาย นอกจากจะพบเห็นสิ่งที่ถูกใจ เช่น แสงไฟระยิบระยับ หรือพัดลมที่หมุนไปมา ก็จะจ้องมองอยู่เป็นเวลานาน ๆ

ช่วงอายุที่สามารถสังเกตพฤติกรรมที่เรียกว่าแบบออทิสติกได้อย่างชัดเจนจะเป็นระยะ 2-3 ปี เพราะเป็นช่วงที่เด็กจะมีพัฒนาการการแสดงออก การเรียนรู้ ความอยากรู้อยากเห็น ความซุกซนมาก โดยเฉพาะ การพูด การใช้ภาษา และการสื่อความหมาย เด็กวัยนี้จะเริ่มพูด เริ่มเข้าใจความหมาย การเล่น การเข้าสู่สังคม บิดามารดาจะพบว่าบุตรที่เป็นเด็กออทิสติก จะไม่แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ เด็กจะยังคงเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เล่นคนเดียว ที่สังเกตได้ชัด คือ การที่เด็กยังไม่พูด จนบิดามารดาคิดว่า บุตรพูดช้าเอง หรือมีปัญหาทางการได้ยิน หรือมีความพิการทางหู แต่เป็นเพราะเด็กไม่สามารถพูดหรือสื่อภาษาได้ เด็กจะไม่เข้าใจความหมายของภาษาที่พูดออกไป จะเป็นการพูดโดยเลียนเสียง ในบางรายที่สามารถพูดได้ก็จะมีภาษาพูดเฉพาะของตนเอง ที่คนอื่นไม่สามารถเข้าใจได้ เด็กไม่สามารถพูดโต้ตอบหรือบอกความต้องการของตนเองได้ เด็กออทิสติก จะเริ่มมีการแสดงออกทางอารมณ์ ในช่วงอายุ 4-5 ปี เด็กบางคนจะแยกตัวอยู่ในโลกของตนเองอย่างเด่นชัดขึ้น มีลักษณะท่าทางแปลก ๆ ชอบทำอะไรซ้ำ ๆ เช่น การนั่งโยกตัวไปมาเป็นเวลานาน ๆ เด็กออทิสติกบางคนที่มีอารมณ์รุนแรงอาจมีการทำร้ายตนเองหรือสิ่งของ อะละวาด แต่เด็กพวกนี้จะไม่สามารถปกป้องตนเองจากอันตรายจากการถูกรังแก หรือถูกทำร้าย ร่างกายได้ ซึ่งพ่อแม่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

จากการที่เด็กยังไม่สามารถพูด หรือบอกความต้องการของตนเองได้ ทำให้ต้องเป็นภาระของพ่อแม่ในการที่จะต้องให้การดูแลเด็กแทบทุกเรื่องนับตั้งแต่การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเล่น ซึ่งเด็กออทิสติกจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย เมื่อเทียบกับเด็กปกติในวัยเดียวกัน และในการช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันของเด็กออทิสติกก็ต้องปฏิบัติให้เหมือนเดิมทุกวัน เด็กจะไม่ยอมให้มีการเปลี่ยนแปลง เช่น จะต้องนั่งเก้าอี้ตัวเดิมทุกครั้งเวลารับประทานอาหาร แม้แต่อาหารที่รับประทานก็จะซ้ำ ๆ แบบเดิม เด็กออทิสติกจะเริ่มหงุดหงิด โมโห อะละวาด ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันนอกจากนี้ พฤติกรรมในช่วงอายุ 4-5 ปี ของเด็กที่จะสามารถพบเห็นความผิดปกติได้อีกลักษณะหนึ่ง คือ การเล่น ซึ่งในเด็กปกติจะมีการเล่นโดยใช้จินตนาการ การเล่นบทบาทสมมติ เช่น เล่นเป็น พ่อ – แม่ ครู – นักเรียน การเล่นขายของ เล่นกับของเล่น เช่น เอาตุ๊กตาเล่นเป็นลูก ซึ่งจะสามารถเล่นได้กับเด็กในวัยเดียวกัน หรือเล่นกับผู้ใหญ่ แต่ในเด็กออทิสติกจะไม่สามารถเล่นโดยใช้จินตนาการได้ ลักษณะการเล่นจะเป็นการวิ่งไปมา เล่นคนเดียว เล่นน้ำ เล่นทราย เด็กจะไม่รู้จักวิธีการเล่นกับคนอื่น มีความสนใจเพียงสั้น ๆ เล่น ๆ อยู่ก็อาจวิ่ง ไปมาคนเดียว หรือถ้าเด็กออทิสติกอยากจะเล่นของเล่น ขณะที่เด็กคนอื่นเล่นอยู่ เด็กออทิสติกก็จะเข้าไปแย่ง หรือผลักออกจากของเล่นนั้น เพราะเด็กออทิสติกจะไม่รู้จักการขอหรือการรอคอย จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการโดยไม่สนใจผู้อื่น (รจนา ทรรทรานนท์. 2527 :21-22)

เพ็ญแข ลีมศิลา (2540:5) กล่าวถึงลักษณะอาการของเด็กที่พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงไปได้ตามพัฒนาการของเด็กดังนี้

1 มีปัญหาทางภาษา

1.1 มีปัญหาในการเข้าใจเกี่ยวกับการพูด ซึ่งอาจมีตั้งแต่ไม่สามารถเข้าใจได้เลย

1.2 มีความผิดปกติในการพูด เช่น

- 1.2.1 ไม่พูดเลยแม้แต่คำเดียว ได้แต่ส่งเสียงไม่เป็นภาษา
- 1.2.2 พูดลอกเลียนแบบทันทีเมื่อเด็กได้ยินเสียง คล้ายนกแก้วนกขุนทอง
- 1.2.3 พูดลอกเลียนแบบที่เคยได้ยินมานานแล้ว ทำให้เด็กพูดภาษาของตัวเองจนฟัง

เหมือนภาษานก ภาษากา ภาษาต่างดาว เป็นต้น

- 1.2.4 พูดซ้ำซากซึ่งอาจจะเป็นคำพูดเป็นคำหรือวลี หรือประโยคเดิมซ้ำไปซ้ำมา โดยไม่สนใจว่าจะมีผู้ฟังหรือไม่
- 1.2.5 พูดไม่ถูกต้องตามไวยากรณ์ การพูดเรียงประโยคไม่ถูกต้อง
- 1.2.6 มีความสับสนในคำที่ออกเสียงคล้ายกัน
- 1.2.7 มีปัญหาในการใช้สรรพนาม บุพบท หรือคำอื่นๆที่สามารถเปลี่ยนความหมายได้
- 1.3 ไม่สามารถควบคุมเสียงของตนเองได้

2. มีความผิดปกติของการสบตาและการมอง

- 2.1 เด็กชอบมองไปทางด้านข้างมากกว่ามองตรงๆ มักจะมองผ่านไปมามากกว่าการมองจับจ้องทั้งคนและสิ่งของ
- 2.2 มองบุคคลและสิ่งของด้วยการชำเลื่องอย่างรวดเร็วมากกว่าที่จะจ้องมอง
- 2.3 มองบุคคลหรือสิ่งของแบบจับจ้องนานจนเกินไปเหมือนจะมองให้ทะลุปรุโปร่งมักจะพบในเด็กโต

3. มีปัญหาเกี่ยวกับการลอกเลียนแบบการเคลื่อนไหวของร่างกาย

- 3.1 มีความยากลำบากในการลอกเลียนแบบการเคลื่อนไหว
- 3.2 มีความสับสนในเรื่องการเรียนรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวตามคำสั่ง

4. ปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย

- 4.1 ถ้าเด็กออทิสติกมีอาการตื่นเต้นหรือรู้สึกวิตกกังวล เด็กมักจะควบคุมตนเองไม่ได้
- 4.2 เด็กออทิสติกบางรายชอบเดินเขย่งและแกว่งแขนไม่ไปตามกัน
- 4.3 ลักษณะท่าทางที่พบได้บ่อย ขณะที่เด็กออทิสติกอยู่ในโลกของตัวเองคือการนอนคุดคู้อยู่ได้เดียว ใต้โต๊ะ หรือในตู้ที่ปิดไว้ หรือมักจะยืนนิ่ง ก้มศีรษะงอแขนบริเวณข้อศอกและทำข้อมือตก
- 4.4 เด็กออทิสติกบางรายจะมีการเคลื่อนไหวที่ไม่น่าเป็นไปได้ด้วยตนเอง โดยไม่ได้เรียนรู้มาจากใคร เช่น ใช้มือเดินแทนเท้าได้เป็นเวลานานๆ หรือเด็กสามารถทรงตัวโดยใช้มือข้างเดียวยันพื้นตั้งตัวตรงขาชี้ฟ้าได้เป็นเวลานาน

5 มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางความรู้สึกอย่างผิดปกติ เช่น การเอามือปิดตาเมื่อไม่ชอบเสียงที่ได้ยินแทนการเอามือปิดหู หรือเอามือปิดหูเมื่อเห็นภาพที่เด็กไม่ชอบ หรือเห็นคนแปลกหน้า

6 การแสดงออกทางอารมณ์ไม่สมเหตุผล

เด็กออทิสติกบางรายไม่กลัวในสิ่งที่อันตราย หรือตรงกันข้ามจะแสดงอาการกลัวในสิ่งที่ไม่เป็นอันตราย การแสดงออกทางอารมณ์ไม่สมเหตุผล เช่น หัวเราะเมื่อเห็นคนอื่นได้รับบาดเจ็บ ปฏิกริยาเหล่านี้มีผลมาจากเด็กไม่สามารถเข้าใจความหมายในความรู้สึกและการกระทำของผู้อื่น

7 มีความผิดปกติของหน้าที่ และพัฒนาการทางกายภาพ

- 7.1 มีแบบแผนในการนอนหลับเบี่ยงเบน บางคนจะนอนหลับในตอนกลางวันแทนกลางคืน
- 7.2 มีแบบแผนในการรับประทานอาหารและการดื่มเบี่ยงเบนไป เช่น การรับประทานอาหารไม่รู้จักอิ่ม รับประทานอาหารมากเกินไปจนปวดท้องและอาเจียน

7.3 ไม่มีความรู้สึก หรือแสดงอาการว่าเวียนศีรษะหลังจากหมุนตัวเองไปรอบ ๆ เป็นระยะเวลานาน ๆ

7.4 มีลักษณะพฤติกรรมแสดงอย่างเด่นชัดถึงภาวะที่มีวุฒิภาวะไม่สมวัย และการแสดงออกทางสีหน้าที่ไม่สอดคล้องกับอารมณ์

8 มีความสามารถพิเศษเฉพาะอย่างที่ได้เด่นชัด

9 มีปัญหาทางพฤติกรรม

ฟรีแมน (นฤมล ขวัญศิริ.2541: 13 ; อ้างอิงจาก Freeman. 1998) กล่าวถึงอาการของเด็กออทิสติกไว้ดังนี้

1 มีความผิดปกติเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพ สังคม และทักษะทางด้านภาษาและการสื่อความหมาย

2 มีการตอบสนองสิ่งเร้าทางความรู้สึกอย่างผิดปกติ

3 มีปัญหาในการใช้คำพูด ภาษา และท่าทางในการสื่อความหมาย

4 มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล วัตถุ และสิ่งแวดล้อมอย่างผิดปกติ

นอกจากนี้เด็กออทิสติกยังมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมอย่างเด่นชัดซึ่งผู้ปกครองสามารถสังเกตได้ตั้งแต่อายุน้อย โดยเด็กจะมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ไม่สมวัย ไม่สมเหตุ สมผล หากผู้ปกครองพบว่าเด็กมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจะต้องรีบช่วยเหลือแก้ไขอย่างเหมาะสมให้ทันเวลาที่ หากละเลยจะทำให้เด็กไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมกับผู้อื่นได้

1.1.3 ลักษณะพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกมีดังนี้

อารมณ์รุนแรง

เด็กออทิสติกบางคนจะมีอารมณ์อ่อนไหวมาก ทนต่อคำตำหนิไม่ค่อยได้ อารมณ์เหมือนเด็กที่เล็กกว่าวัย มีความกลัวและความวิตกกังวลมากกว่าเด็กปกติ ถ้าไม่พอใจหรือโกรธแม้แต่เรื่องเล็กน้อยจะส่งเสียงไวยวายทันที หงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ (เพ็ญแข ลิมศิลา และชัยชนะ นิมนวล.2536)

กรีดร้อง และทำฤทธิ์ทำเดช

เด็กออทิสติกมักชอบทำฤทธิ์ทำเดช เพราะเด็กไม่มีคำพูดซึ่งใช้เพื่อร้องขอสิ่งที่เด็กต้องการ เด็กอาจกรีดร้องเพื่อเอาทอฟฟี่ ชนนมหวาน หรือไอศกรีม หรือสิ่งของแปลกๆที่เด็กต้องการได้ บางครั้งเด็กอาจกรีดร้องเพราะสิ่งที่เคยทำอยู่มีการเปลี่ยนแปลง บางครั้งการกรีดร้องอาจเกิดจากความกลัว หรือขยะแขยงอย่างไม่มีเหตุผล

ทำลายของ

เด็กออทิสติกไม่สามารถเล่นได้อย่างสร้างสรรค์ เด็กจึงมักหมกมุ่นอยู่กับการสำรวจตรวจสอบสิ่งของที่อยู่รอบๆตัว จากการเล่นแบบนี้ทำให้เด็กรู้ว่ากระดาษเป็นสิ่งที่ฉีกได้ ของแข็งๆหลายอย่างมีเสียงเมื่อกำลังบนพื้น เด็กชอบใจเมื่อได้ยินของตกแตก เด็กบางคนชอบทำให้หลอดไฟฟ้าแตกทั่วบ้าน ต่อมาเด็กก็มาถึงขั้นเอาของสิ่งหนึ่งใส่เข้าไปในของอีกสิ่งหนึ่ง แต่เด็กยังไม่เข้าใจว่าเอาของใหญ่ใส่ในของเล็กไม่ได้ ดังนั้นจึงฉีกของใหญ่หรือทำให้ของนั้นแตกเพื่อให้เล็กพอที่จะใส่เข้าไปในของอีกสิ่งหนึ่งได้

ก้าวร้าว

เด็กออทิสติกบางคนชอบทำร้ายร่างกายผู้อื่นแรงๆ กรีดร้องโดยไม่มีเหตุผล แสดงออกด้วยความรุนแรง ร้องไห้และลงนอนชักดิ้นบนพื้น ขว้างปาทำลายของ

ต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

เด็กออทิสติกเป็นจำนวนมากชอบทำสิ่งที่เป็นกิจวัตรประจำวันซ้ำๆทุกวันถ้าสิ่งใดที่เคยทำมาอย่างใดเกิดมีการเปลี่ยนแปลงไม่เหมือนเดิมเด็กจะเริ่มหงุดหงิด ส่งเสียงกรีดร้องและโมโหลงนอนดิ้น เด็กออทิสติกมักมีความผูกพัน หรือติดของบางอย่างมากเช่น เศษเชือก ไข่มุก

ทำร้ายตัวเอง

เด็กออทิสติกบางคนชอบเอาหัวกระแทกพื้น กัดตัวเองหรือทำร้ายตัวเองพฤติกรรมนี้อาจเกิดขึ้นเนื่องจากเด็กเกิดความไม่สบายใจ หรือเมื่อเด็กเกิดความอึดอัดใจหรือรู้สึกสับสนจากการที่ไม่สามารถเข้าใจสิ่งต่างๆเด็กชอบกัดหลังมือ หรือข้อมือของตัวเอง ขณะที่ทำพฤติกรรมนี้เด็กจะมีท่าทางตึงเครียด และท่าทางโกรธแค้น ซึ่งการทำร้ายตนเองของเด็กนี้อาจจะเกิดขึ้นในระยะที่เด็กรู้สึกไม่มีความสุข และจะเป็นอยู่ชั่วคราวเท่านั้น

1.1.4 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

เพสเชล (Pueschel. 1995:109) ได้กล่าวถึงสาเหตุของออทิสติกว่ามีปัจจัยทางชีววิทยา ความผิดปกติของสมองและระบบประสาท รวมทั้งการที่บิดามารดาเลี้ยงดูเด็กแบบไม่ตอบสนอง ในปัจจุบันนี้มีการวิจัยที่สนับสนุนอย่างชัดเจนว่า ออทิสติกมีความผิดปกติของระบบประสาท และมีสาเหตุอื่นๆที่ยังไม่ทราบอีกด้วย ชเรอแมน (Schreibman.1988:48) กล่าวถึงข้อค้นพบสรุปถึงปัจจัยหรือกลไกพื้นฐานหลัก 3 ประการที่น่าจะเป็นสาเหตุของอาการออทิสซึม คือ ปัจจัยอิทธิพลของสังคม และสิ่งแวดล้อม (Environmental and Social Influences) ความบกพร่องหรือความผิดปกติของสติปัญญาและการเรียนรู้ (Cognitive Difficulties and Abnormalities) และปัจจัยทางชีววิทยา (อริศรี ภิเชก. 2542 : 31 ; อ้างอิงจาก Schreibman.1988 : 48 ; Romanzyk, et.al. n.d. ; Tsai and Chaziuddin.1992)

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน (2539:3)กล่าวถึงสาเหตุของออทิสติกว่าปัจจุบันไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน มีเพียงหลักฐานสนับสนุนที่น่าจะเป็นสาเหตุของระบบประสาทในเด็กเอง สรุปสาเหตุที่เป็นไปได้ดังนี้

พันธุกรรม

ปัญหาที่เกิดระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด

ความผิดปกติของสมอง กล่าวคือ

1. รูปร่างภายนอกของเนื้อสมองปกติ แต่เซลล์สมองบางส่วนมีลักษณะผิดปกติ
2. 30-40% ของเด็กออทิสติกมีคลื่นสมองผิดปกติ
3. สารเคมีในสมองชื่อ ซีโรโตนินมีระดับสูงขึ้น
4. โอกาสในการเกิดโรคในคนทั่วไป 4-5 คน/10,000คน หรือบางรายงาน 10-20 คน/10,000

คน

5. พบว่าญาติที่สายเลือดใกล้ชิดเดียวกันมีโอกาสเกิดออทิสติกมากกว่าคนทั่วไป

6. พี่น้องคนโตจากพ่อแม่คู่เดิม มีโอกาสเกิดโรคนี้นี้มากกว่าคนปกติ 50 เท่า และมีความเสี่ยงต่อความผิดปกติอื่นๆได้อีก เช่นเรื่องบกพร่องทางภาษาหรือสังคม

ศรีสมร กสิวัฒน์ (นฤมล ขวัญศิริ.2541 : 9 ; อ้างอิงจาก ศรีสมร กสิวัฒน์. 2537) กล่าวว่าสาเหตุที่แท้จริงยังไม่มีหลักฐานใดยืนยันได้แน่ชัดว่าเกิดจากอะไร แต่เป็นที่ยอมรับกันว่าออทิสซึมเป็นความผิดปกติทางระบบประสาท หรือเนื้อเยื่อในสมองถูกทำลายเป็นหย่อมเล็กๆไม่ต่อเนื่องกัน ซึ่งอาจจะมีสาเหตุจากพันธุกรรม หรือสภาวะก่อนคลอดและระหว่างคลอด

ริง (Wing. 1997:79) กล่าวถึงสาเหตุออทิสติกว่า มีความผิดปกติที่สมอง มีปัญหาระหว่างคลอด และสาเหตุทางพันธุกรรม และรูปแบบเฉพาะของครอบครัวเป็นสาเหตุหนึ่งที่ไม่ชัดเจนนัก โดยรวมแล้ว สาเหตุของออทิสติกนั้นซับซ้อนมาก โดยเฉพาะในด้านพันธุกรรมนั้นมีมากกว่าหนึ่งพันธุกรรม ที่มศึกษาวิจัยในประเทศต่าง ๆ ได้พยายามศึกษาเจาะจงไปที่โครโมโซม และพันธุกรรมที่มีพยาธิสภาพโดยเฉพาะการอธิบายลักษณะของออทิสติกของ เคนเนอร์ (Kanner) ซึ่งกล่าวว่าออทิสซึมเป็นความผิดปกติที่มีความล่าช้าทางพัฒนาการ และมักเกิดในครอบครัวขยาย จากการศึกษาของ แพทริก บอลตัน (Patrick Bolton) และคณะเผยแพร่ผลงานของเขาในปี 1994 กล่าวว่าในพี่น้องของเด็กออทิสติกประมาณ 3 เปอร์เซ็นต์จะมีลักษณะเฉพาะของออทิสติก และจำนวนเท่ากันนี้จะพบความผิดปกติทางพัฒนาการเล็กน้อย (Autistic Spectrum Disorder) พบว่า 20 เปอร์เซ็นต์หรือมากกว่ามีความผิดปกติเพียงเล็กน้อย มีการศึกษาเปรียบเทียบกับเด็กปัญญา อ่อนดาวน์ ซินโดรม (Down's Syndrome) ไม่พบว่าพี่น้องของเด็กออทิสติกมีความผิดปกติแบบดาวน์ ซินโดรม (Down's Syndrome) และไม่มีพี่น้อง ดาวน์ ซินโดรม (Down's Syndrome) มีความผิดปกติเช่นเดียวกับพี่น้องเด็กออทิสติก

ในพี่น้องของเด็กออทิสติกจะมีลักษณะเฉพาะที่มีในเด็กออทิสติกมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป และจากการศึกษาเนื้อเยื่อสมองในคนที่เป้นออทิสติก โดย แบดแมน (Badman) และเคนเนอร์ (Kanner) ในปี 1985 โดยการศึกษาเปรียบเทียบกับคนปกติ ตัวอย่างของเนื้อเยื่อสมองของเด็กออทิสติกได้จากชายอายุ 29 ปี ที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ โดยการผ่านเนื้อสมองออกเป็นชิ้นบาง ๆ และดูด้วยกล้องจุลทรรศน์พบว่ามีความแตกต่าง ของเนื้อสมองส่วนที่เรียกว่า Cerebellum ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุม การทำงานของระบบกล้ามเนื้อให้สัมพันธ์กันและการรับรู้ความรู้สึก และโครงสร้างของ Limbic System ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์และความจำ โดยส่วนของ Cerebellum ในคนที่เป้นออทิสติกจะมีการสูญเสียของ Purkinje cell ซึ่งเป็น cell ที่ทำหน้าที่หลั่งสารชีวเคมีในสมอง (Neurotransmitters) เพื่อยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาท และในส่วนของ Limbic System จะพบจำนวนเซลล์ที่มีขนาดเล็กกว่าปกติอัดกันอยู่แน่น เป็นจำนวนมากกว่าในสมองที่ปกติ จะเหมือนเนื้อเยื่อสมองในเด็ก

ผลการศึกษาทำให้เกิดข้อบ่งชี้ว่า มีความไม่สมบูรณ์ หรือความผิดปกติของสมองในคนที่เป้นออทิสติก และมีงานวิจัยล่าสุดที่กล่าวถึงความผิดปกติของสมองส่วนที่เรียกว่า ลิมบิก ซิสเต็ม (Limbic System) และ ซีรีเบลลัม (Cerebellum) โดยการศึกษาสมองของบุคคลออทิสติก 6 คนที่เสียชีวิต Kanner, Margaret Bauman และ Thomas Kemper ที่สหรัฐอเมริกา ลงตีพิมพ์ในหนังสือ The Neurobiology of Autism แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติที่ Microscopic Level ว่าเกิดขึ้นก่อนการคลอด รอยแผลที่เกิดขึ้นก่อนการคลอดในสมองจุดนี้มีผลทำให้กระบวนการเชื่อมโยงข่าวสารของสมองผิดปกติ มีผลกระทบต่อการเรียนรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมโดยทั่วไป พบว่าความจำเด็กออทิสติกค่อนข้างดี แต่การเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารไม่ดี และยังม้งานวิจัยที่กำลังดำเนินการอยู่ศึกษาในด้านสารเคมีในสมองที่เกี่ยวข้องกับการส่งข่าวสารในสมอง และการวัดการทำงานของสมอง ผลการศึกษายังไม่แน่นอน แต่มีการพัฒนาทางด้านเทคนิควิธีการปฏิบัติ รวมถึงแนวทางใหม่ ๆ ในการศึกษาด้านสมอง และมีความหวังว่าจะพบสาเหตุในอนาคต ในปัจจุบันนี้ได้ให้ความสนใจในเรื่องฮอร์โมนเช่น Oxytocin ที่มีผลต่อการพัฒนาของสมอง

เด็กออทิสซึมล้วนมีความผิดปกติของระบบประสาท ระบบชีวเคมีในร่างกายและความผิดปกติบางอย่างทางพันธุกรรม (อรศิริ ภิเชก. 2542 : 30 ; อ้างอิงจาก Schreibman.1988 : 66; Volkmar. 1991 : 503) ซึ่งทำให้นักวิจัยให้ความสนใจ ค้นคว้าถึงปัจจัยทางชีววิทยา ที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของออทิสซึม ว่าน่าจะไม่ได้เกิดจากเพียงสาเหตุเพียงสาเหตุเดียว (Single cause) จากการศึกษาทางชีววิทยา พบข้อบ่งชี้ที่เป็น

สาเหตุของอาการออทิสซึมว่าเกี่ยวข้องกับ (1) ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด (Pregnancy and Birth) (2) ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic Factors) (3) ความสัมพันธ์กับระบบประสาท (Neurological Correlates) และ (4) ขบวนการทางชีวเคมี (Biochemical Processes) (ศุภรัตน์ เอกอัครวิน. 2539 : 4)

นางพะงา ลิ้มสุวรรณ (2540 :133-141) ได้ศึกษาเด็กหญิงฝาแฝดจากไข่ใบเดียวกัน อายุ 8 ปี ที่มีอาการผิดปกติที่มีลักษณะเข้าได้กับโรคออทิสติก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบความผิดปกติ ที่เข้ากันได้กับโรคสมองอักเสบ เด็กฝาแฝดมีอาการผิดปกติทางจิตในเวลาไล่เลี่ยกัน ซึ่งผลการศึกษาสนับสนุนว่าโรคออทิสซึม อาจเกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมอง

1.1.5 ข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัยโรคออทิสติก

ข้อบ่งชี้ตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติทางจิต ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันครั้งที่ 4 (DSM IV-R) สำหรับใช้วินิจฉัยโรค “ออทิสซึม” มีดังนี้ (เพ็ญแข ลิ้มศิลา. 2540: 33-35)

ก. ต้องพบอาการทั้งหมดอย่างน้อย 6 ข้อย่อย จากข้อ(1) (2) และ (3) ซึ่งจะต้องพบในข้อ (1) อย่างน้อย 2 ข้อย่อย และอย่างละ 1ข้อย่อยจากข้อ (2) และข้อ (3)

(1) มีการสูญเสียทางปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งแสดงออกให้เห็นอย่างน้อยที่สุด 2 ข้อย่อยดังต่อไปนี้

1.1 ไม่สามารถแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น เช่นไม่มีการสบตากับผู้ใด ไม่มีการแสดงออกทางสีหน้า กริยาหรือท่าทางแต่อย่างใด

1.2 ไม่มีความสามารถที่จะผูกสัมพันธ์กับใครเพื่อให้เป็นเพื่อนกันได้

1.3 ขาดการแสวงหาเพื่อนที่จะเล่นสนุกกับใคร ไม่แสดงความสนใจที่จะทำงานร่วมกับใคร ไม่สามารถที่จะร่วมกันทำประโยชน์ต่อส่วนรวมกับผู้อื่นได้

1.4 ไม่สามารถมีการติดต่อทางสังคมและการแสดงออกทางอารมณ์ให้เหมาะสมเมื่ออยู่ในสังคม

(2) มีการสูญเสียทางการสื่อความหมาย ซึ่งจะต้องพบหัวข้อย่อยอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

2.1 มีความล่าช้าหรือไม่มีพัฒนาการในด้านภาษาและการพูดเลย หรือไม่สามารถใช้กิริยาท่าทางในการสื่อความหมายกับผู้ใดได้

2.2 ในรายที่สามารถพูดได้แล้วก็ไม่สามารถสนทนาโต้ตอบกับผู้อื่นได้อย่างเข้าใจและเหมาะสม

2.3 มักจะพูดซ้ำๆในสิ่งที่ตนเองต้องการจะพูดและตนเองสนใจ โดยไม่สนใจว่าจะมีผู้อื่นฟังหรือไม่

2.4 ไม่สามารถเล่นสมมติได้ด้วยตนเอง หรือไม่สามารถเล่นลอกเลียนแบบที่เคยพบเห็นในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามวัย

(3) มีพฤติกรรม ความสนใจ และการกระทำซ้ำๆ ซึ่งจะต้องพบ 1 ข้อย่อยดังนี้

3.1 มีพฤติกรรมซ้ำๆ อย่างเดียวหรือมากกว่า หนึ่งอย่างก็ได้ มีความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยเฉพาะที่ผิดปกติอย่างเด่นชัด เช่นสนใจมองใบพัดของพัดลมที่กำลังหมุนอยู่ได้ทั้งวัน

3.2 ไม่สามารถยืดหยุ่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เคยทำซ้ำๆเป็นประจำได้ โดยต้องกระทำตามขั้นตอนเหมือนเดิมทุกครั้ง

3.3 มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ เช่นการกระดิกนิ้วมือไปมา การโบกมือ หมุนมือ หรือหมุนตัวไปรอบๆ

3.4 มีความสนใจเกี่ยวกับส่วนใดส่วนหนึ่งของวัตถุหรือของเล่นเท่านั้น เช่น สนใจหมุนล้อใดล้อหนึ่งของรถเด็กเล่นโดยไม่สนใจส่วนอื่นๆของรถเลย

ข. จะต้องพบว่ามีความล่าช้าหรือความผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อก่อนอายุ 3 ปีคือ

- 1) ทางปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
- 2) ภาษาที่ใช้ในการสื่อความหมายในสังคม
- 3) การเล่นแบบสมมติหรือการเล่นจากการสร้างจินตนาการ

ค ความผิดปกตินี้ไม่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการผิดปกติอื่น ๆ เช่น กลุ่มอาการเรทท์ (Rett's Syndrome) หรือความผิดปกติทางสมองอื่น ๆ ในวัยเด็ก

1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคออทิสติก

1.2.1 งานวิจัยในประเทศ

กัลยา วิริยะ (2539 :ก) ได้ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก และการดูแลบุตรออทิสติกในมารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลบุตรออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสำคัญทางสถิติ

นฤมล ขวัญศิริ (2541) ได้ศึกษาบทบาทของผู้ปกครองในการให้ความช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มแรกแก่เด็กออทิสติกในระดับประถมวัยในกรุงเทพมหานครจำนวน 150 คน พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กทั้ง 4 ด้านแทบทุกเรื่อง ปัญหาพฤติกรรมที่พบได้แก่ อารมณ์รุนแรง กรีดร้องทำฤทธิ์ทำเดช ทำร้ายตัวเอง เคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติ รับประทานอาหารยาก ก้าวร้าว ทำลายของ

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน (2540) ได้ประเมินผลโครงการฝึกผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมรักษา ของโรงพยาบาลกลางวันศูนย์สุขวิทยาจิต จากผู้ปกครองเด็กออทิสติกจำนวน 74 คน พบว่าผู้ปกครองมีความมั่นใจในการฝึกเด็กเอง 79% สามารถถ่ายทอดวิธีฝึกให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ 59% พอใจในบริการมาก 86% มีความสุขเพิ่มขึ้น 87%

1.2.2 งานวิจัยต่างประเทศ

รุท (Ruth. 1982 : 2722) ศึกษาการรับรู้ของพ่อแม่เด็กออทิสติกกับความต้องการความช่วยเหลือตั้งแต่แรกเริ่มโดยการสำรวจความต้องการทางจดหมาย กลุ่มประชากรเป็นผู้ปกครองเด็กออทิสติกจำนวน 114 คน และ ผู้ประกอบวิชาชีพจำนวน 85 คน พบว่า ทั้งผู้ปกครองและผู้ประกอบวิชาชีพเห็นตรงกันว่า ต้องการความช่วยเหลือตั้งแต่ขวบปีแรก ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนจะทำให้ได้ประโยชน์สูงสุด การเพิ่มทักษะทางสังคมในชุมชนเป็นจุดที่ต้องการมากที่สุดด้วย

โอลิเวอร์ (Oliver. 1995 : 3784) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในโปรแกรมการรักษาเด็กออทิสติก ที่ Delaware Autistic Program Indiana กลุ่มประชากรเป็นผู้ปกครองเด็กออทิสติก จำนวน 76 คน ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ของผู้เชี่ยวชาญและผู้ปกครองเพิ่มมากขึ้น ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรักษามากขึ้น จากผลการศึกษาพบความเป็นไปได้ที่จะเพิ่มพูนความสำคัญในการให้ความรู้ทางวิชาการแก่ผู้ปกครองเพิ่มขึ้น

นีฟ (Neef. 1995 :333) ศึกษาการฝึกปฎิบัติมารดาแบบปิรามิดโดยเพื่อนช่วยเพื่อน โดยใช้ผู้ปกครองเด็กออทิสติกจำนวน 26 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองสามารถเรียนรู้และจดจำไปสอนต่อเพื่อนๆได้ในลักษณะกลุ่มปิรามิด เด็กที่ได้รับการฝึกจากนักวิชาชีพและผู้ปกครองพัฒนาขึ้นทุกราย

มิลเลอร์และนิวริงเจอร์ (Miller and Neuringer. 2000 : 151) ได้ศึกษาผลของตัวแปรที่เป็นแรงเสริมในเด็กออทิสติกวัยรุ่นใน Residential treatment program กลุ่มทดลอง จำนวน 5 คน และกลุ่มควบคุม 4 คน พบว่า ตัวแปรที่เป็นแรงเสริมสามารถเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์เด็กออทิสติกทั้งกลุ่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรที่เป็นแรงเสริมมีความจำเป็นมากในการที่จะตอบสนองการเรียนรู้สิ่งใหม่

โพรบ (Probst. 2000: 1) ได้ศึกษาผลการฝึกผู้ปกครองแบบกลุ่มที่ประเทศเยอรมันนี้ ในปี 2000 พบว่าผู้ปกครองเด็กออทิสติกมีความสุขมากขึ้น สัมพันธภาพของผู้ปกครองและเด็กดีขึ้น

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กออทิสติก

2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

2.1.1 พฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กออทิสติก

รจนา ทรรทรานนท์ (2527:58)กล่าวถึงพฤติกรรมทำร้ายตนเอง กรีดร้องและทำฤทธิ์ทำเดช และพฤติกรรมทำลายของเด็กออทิสติกว่า เด็กออทิสติกมักชอบทำฤทธิ์ทำเดชเพราะเด็กไม่มีคำพูดซึ่งใช้เพื่อร้องขอสิ่งที่เด็กต้องการ เด็กอาจจะกรีดร้องเพื่อเอาชนะความหวาด หรือร้องเพราะสิ่งที่เคยทำอยู่เป็นประจำเปลี่ยนแปลง

เด็กออทิสติกไม่สามารถเล่นอย่างสร้างสรรค์ได้จึงมักหมกหมุ่นอยู่กับการสำรวจสิ่งของ ฉีก แกะ เคาะ ทำลาย เด็กไม่เข้าใจว่าเอาของใหญ่ใส่ในของเล็กไม่ได้ ดังนั้นจึงฉีก หรือทำให้ของนั้นแตก ถ้าเล่นไม่ได้ก็โมโหโกรธถึงขนาดลงนอนดิ้น

ฮาวลิน (Howlin. 1987 : 95) เด็กออทิสติกมักจะแสดงพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยการ เอาศีรษะโขก หรือทุบตัว กรีดร้องเสียงดัง ทำลายสิ่งของเมื่อเด็กโกรธและอารมณ์เสีย

ไওয়াตา (Iwata. 1994:131-132) กล่าวว่า การได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงและเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง บางครั้งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในเด็กออทิสติก พฤติกรรมทำร้ายตนเองมีความสัมพันธ์กับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ และมีสาเหตุที่หลากหลาย ผลจากการทำร้ายตนเองจะแตกต่างจากอุบัติเหตุ หรือความก้าวร้าวอื่นๆ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามี การแสดงออกต่างๆ เช่น กัด ลมไว้ในปากจนแก้มปองนานๆ การกัด กรอกตา ควักตา เอาศีรษะโขก ดึงผมตัวเอง ทุบตัวเอง ทุบตัวลงกับพื้นและอื่นๆอีก

ชอปเลอร์ และ เมซิเบอฟ (Shopler and Mesibov. 1988:9) กล่าวว่า พฤติกรรมทำร้ายตนเองของเด็กออทิสติกเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกแบบเฉพาะ เช่น การทุบตัวเองลงกับพื้น การกัด ทุบ เคาะ ผลัก และขว้างปาสิ่งของ พฤติกรรมจะเห็นได้ชัด ในขณะที่บางครั้งไม่ทราบสาเหตุ แต่สาเหตุที่พบบ่อยคือ เด็กไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นให้เข้าใจได้และเด็กไม่รู้ว่าคนอื่นรู้สึกอย่างไร เขาทำเสียงอย่างนี้หมายถึงอะไร เด็กจะรับรู้ได้อย่างไม่เหมาะสม

วิง (Wing. 1996:112) กล่าวว่า พฤติกรรมทำร้ายตนเอง ชอบทำลาย และรบกวนผู้อื่นในเด็กออทิสติกเป็นปัญหาที่ร้ายแรงสำหรับบิดามารดาเด็กออทิสติก มักเกิดในเด็กที่มีความสามารถน้อย เล่นอย่างสร้างสรรค์ไม่เป็น หมกหมุ่นอยู่กับตัวเอง สำรวจสิ่งต่างๆรอบๆตัว ค้นหากระดาษ หนังสือมาฉีกเล่น หรือเคาะให้เกิดเสียงดัง เด็กออทิสติกเปรียบเทียบ หรือคาดคะเนไม่เป็น ไม่รู้ขนาดใหญ่น้อย ซึ่งเป็นอุปสรรคในการเล่นของเล่นที่ต้องสวมใส่กัน ต่อขนาดกัน เด็กจะใช้ความพยายามในการต่ออย่างไม่เข้าใจจึงทำให้หงุดหงิดเมื่อทำไม่ได้ แสดงพฤติกรรมลงมือลงเท้า เนื่องจากคับข้องใจ บางครั้งแสดงออกโดยการขว้างปาของ เลียผนัง ขูด ฉีกให้เป็นรอย หรือวิ่งไปรอบๆ

พฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กออทิสติกมีตั้งแต่กระทำเพียงเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรงมาก เด็กที่ทำร้ายตนเองรุนแรงมักจะมีระดับความสามารถน้อย การทำร้ายตนเองมีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมลงมือลงเท้า ซึ่งเด็กจะแสดงออกเช่น กัดหลังมือ เอาศีรษะโขกพื้นได้บ่อยเมื่อเด็กโกรธ หรือไม่สบายใจ เด็กบางคนทำร้ายตนเองซ้ำๆ โดยไม่เกี่ยวข้องกับอาการลงมือลงเท้า หากแต่เป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างซ้ำซากเป็นเวลานาน

การทำร้ายตนเองในเด็กออทิสติกนั้นเป็นสัญญาณให้รู้ว่าเด็กรู้สึกไม่สบายใจ มีความเจ็บป่วย ถ้าพบพฤติกรรมทำร้ายตนเองเพียงเริ่มต้นจะช่วยเหลือเปลี่ยนแปลงได้ง่าย

2.1.2 สาเหตุของพฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กออทิสติก

พฤติกรรมทำร้ายตนเองของเด็กออทิสติกเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย การอบรมเลี้ยงดูเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เนื่องจากเด็กออทิสติกมีความจำกัดในการเรียนรู้ พัฒนาการล่าช้า เกือบทุกด้าน การดูแลยุ่งยากกว่าเด็กปกติจึงพบว่าเด็กขาดการกระตุ้น ถูกทอดทิ้งเนื่องจากผู้ดูแลไม่เข้าใจ ประกอบกับเด็กมีความสามารถน้อยพฤติกรรมทำร้ายตนเองเป็นทางสื่อสารหนึ่งสำหรับเด็กทำให้เด็กได้รับการตอบสนอง

ฮาวลีน (Howlin. 1987:95) กล่าวถึงสาเหตุที่เด็กแสดงพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เพราะเด็กไม่รู้วิธีแสดงออกอย่างอื่น รู้สึกคับข้องใจเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแต่สื่อสารไม่ได้ และการให้ความสนใจเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ทำลายสิ่งของ จะทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมนั้นอีก

ไอวาทา (Iwata.1994:153) กล่าวว่าการทำร้ายตนเองเป็นความผิดปกติที่รุนแรงและเรื้อรังมีความซับซ้อนสัมพันธ์กับหลายปัจจัย แม้ว่าจะมีข้อมูลที่กล่าวถึงพฤติกรรมทำร้ายตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะผิดปกติทางสมอง แต่ก็พบอีกว่าเด็กที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองส่วนมากเกิดจากการเรียนรู้ พฤติกรรมทำร้ายตนเองได้รับแรงเสริมโดยอัตโนมัติจากผู้ที่อยู่แวดล้อมเด็ก

ชอปเลอร์ และเมซิบอฟ. (Schopler and Mesibov. 1988:9)กล่าวว่าพฤติกรรมทำร้ายตนเองของเด็กออทิสติกนั้นเกิดจากการที่เด็กมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้น้อย และมีความผิดปกติในการสื่อสาร ไม่รับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น อีกทั้งรับรู้ได้ไม่เหมาะสม

วิง. (Wing. 1996:112) กล่าวว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเองของเด็กออทิสติกนั้น มีนักจิตวิทยาค้นหาสาเหตุและเสนอแนะว่ามีสาเหตุภายใน ที่ทำให้เด็กทำร้ายตนเองเกิดขึ้นคือ

สาเหตุทางชีวภาพภายใน เป็นสารเคมีที่ผิดปกติสารนี้เรียกว่า opiates คล้ายคลึงกับ morphine เกิดขึ้นได้เองภายในร่างกาย สารนี้ลดความเจ็บปวด และเพิ่มความสบายภายในร่างกาย สารเคมีบางตัวเป็นตัวลดการตอบสนองความเจ็บปวด มีบางทฤษฎีกล่าวว่าการทำร้ายตนเองเป็นหนทางที่จะเพิ่มระดับ opiates ในร่างกาย เพิ่มความรู้สึกสบายขึ้น การสร้างการรับรู้โดยการทำร้ายตนเองเป็นประสบการณ์ในการเรียกร้องความสนใจ

ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ปฏิสัมพันธ์ในการดูแลเอาใจใส่ การทำร้ายตนเองเป็นวิธีการที่จะทำได้ รับความสนใจดูแล

การทำร้ายตนเองของเด็กออทิสติกเป็นสัญญาณบ่งบอกถึงความรู้สึกไม่สบายใจ ความเจ็บป่วย คับข้องใจ ถ้าพบพฤติกรรมทำร้ายตนเองตั้งแต่เริ่มแรกจะช่วยเหลือเปลี่ยนแปลงได้ง่าย และการใช้ยาร่วมด้วยเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งที่ได้ผลดี ครอบครัวของเด็กออทิสติกสามารถบอกสาเหตุความโกรธของเด็กได้ ผู้รักษาสังเกตพฤติกรรมและบันทึกอาการ การแสดง สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ จะทำให้เห็นรูปแบบการแสดงอารมณ์โกรธของเด็กได้

เมื่อรู้สาเหตุที่ทำให้เด็กโกรธและแสดงความก้าวร้าวแล้วทำให้สามารถหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดขึ้นได้ หรือถ้าไม่หลีกเลี่ยงอย่างน้อยที่สุดก็ทำให้สามารถตั้งรับได้

2.1.3 การบำบัดรักษา

เอเดิลสัน (Edelson.1995) กล่าวว่า มีทฤษฎีกลุ่มหลักๆ ที่กล่าวถึงว่า ทำไมบุคคลจึงทำร้ายตนเอง มีอยู่ 2 ทฤษฎี คือทฤษฎีที่เกี่ยวกับสรีระวิทยา และทฤษฎีสังคมวิทยาซึ่งได้เสนอแนวทางการรักษาไว้คือ

1 พฤติกรรมทำร้ายตนเองที่กระทำเพื่อให้รู้สึกสบาย เนื่องจากร่างกายถูกครอบงำจากสาร beta - endorphins ที่สมองหลั่งออกมา การรักษา คือการให้ยาเพื่อลดสาร beta - endorphins จะช่วยลดพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้

2 ทันทีที่พบว่ามีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเกิดขึ้น สาเหตุอาจเกิดจากความผิดปกติของสมองซึ่งพบว่ามีคลื่นสมองผิดปกติ การรักษาต้องได้รับยา

3 การเอาศีรษะโขกพื้น ทบโอบของตนเอง อาจจะมีสาเหตุมาจากหูดอกเสบ การรักษา คือรักษาที่สาเหตุ

4 การทำร้ายตนเองบางรูปแบบอาจจะเป็นเพราะมีความคับข้องใจจากสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบๆ การแสดงพฤติกรรมทำร้ายตนเองเป็นการทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น การช่วยเหลือคือการปรับสิ่งแวดล้อมที่เป็นเหตุกระตุ้น จะช่วยทำให้รู้สึกดีขึ้น และช่วยผ่อนคลาย โดยการลูบหลังเบาๆ การให้จินตนาการ หายใจเข้าออก ลึกๆ และการออกกำลังกาย

5 ในบางรายการทำร้ายตนเองเป็นรูปแบบของการกระตุ้นตัวเอง เป็นพฤติกรรมซ้ำซาก ช่วยเหลือโดยการฝึกผสมผสานประสาทสัมผัส ฝึกการรับรู้ด้วยประสาทสัมผัสทั้งหมด

ทฤษฎีทางสังคมวิทยาบางทฤษฎีได้อธิบายพฤติกรรมทำร้ายตนเองดังนี้

1 การทำร้ายตนเองบางรายทำเพื่อต้องการความสนใจจากผู้อื่น วิธีรักษา คือผู้ที่อยู่แวดล้อมต้องไม่ให้ความสนใจ เมื่อทำร้ายตนเองแล้วไม่ได้รับความสนใจจะเรียนรู้ว่าการกระทำเช่นนี้ไม่ได้ผล

2 บางรายทำร้ายตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการทำงานที่ได้รับมอบหมาย วิธีช่วยเหลือคืออธิบายให้เข้าใจ ยืนยันให้รู้ว่าไม่ว่าอะไรเกิดขึ้นต้องทำงานให้เสร็จ และควรเริ่มทำได้เสียดีกว่าจะหลีกเลี่ยงนี้ ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือให้ทำงานเสร็จ

แม้ว่าจะไม่มีการอธิบายในการทบทวนงานวิจัยครั้งนี้ แต่ก็ทำให้มีข้อสรุปไว้ว่า การทำร้ายตนเองมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไวมากต่อเสียง สิ่งแวดล้อม เช่น เมื่อได้ยินเสียงบางเสียงจะปิดหู หรือทุบหูตัวเอง วิธีรักษา คือค่อยๆ ให้ได้ฟังเสียงทีละน้อย

โดยพื้นฐานแล้วมีหลายสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเอง การหาสาเหตุที่ดีที่สุดคือการใช้ Functional analysis ซึ่งจะวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นขณะนั้นและอะไรทำให้เกิดพฤติกรรมขณะนั้น ถ้าหากสิ่งที่กระตุ้นทำให้เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้ก็สามารถช่วยเหลือได้

ไอวดา (Iwata.1994 : 153) กล่าวว่า การรักษาพฤติกรรมทำร้ายตนเองต้องใช้อย่างเป็นขั้นตอนและใช้หลายวิธี เช่นการประเมินความเสี่ยงและจัดการกับความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเอง กำหนดพฤติกรรมที่ใช้แทนที่ให้ชัดเจน และใช้วิธีการวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมทำร้ายตนเอง อะไรทำให้พฤติกรรมทำร้ายตนเองยังคงอยู่

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน (2539:13) กล่าวว่า ออทิสติกเป็นกลุ่มอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในเด็กแต่ละคนคล้าย ๆ กัน แต่ระดับของความรุนแรงของแต่ละอาการจะไม่เท่ากัน จึงจำเป็นจะต้องมีการประเมินถึง

พัฒนาการของเด็กเป็นรายบุคคลก่อนที่จะให้การบำบัดรักษา แม้จะยังไม่ปรากฏว่าออทิสติกเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ก็ไม่ได้หมายความว่า จะไม่สามารถแก้ไข หรือทำอะไรไม่ได้เสียเลย เด็กบางคนมีความผิดปกติหรือความพิการอื่นร่วมด้วย ก็จะทำให้มีความรุนแรงมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากปกติมาก ดังนั้น นอกจากในการประเมินเด็กเป็นรายบุคคลแล้ว ปัจจัยสำคัญอีกประการก็คือ ครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นแหล่งเกื้อหนุนที่สำคัญยิ่งสำหรับเด็กออทิสติก ในการบำบัดรักษาเด็กออทิสติก พ่อ-แม่ จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน วางเป้าหมายอย่างจริงจังและใกล้ชิด ซึ่งเนื้อหาของเป้าหมายจะประกอบไปด้วย (1) เป้าหมายระยะสั้น คือ เพื่อลดพฤติกรรมปัญหาและกระตุ้นพัฒนาการตามวัย (2) เป้าหมายระยะยาว คือ ทักษะในการดูแลตนเองการสร้างมนุษยสัมพันธ์ การเรียนรู้ การศึกษาและการประกอบอาชีพ

จะเห็นว่าการรักษาออทิสติก จะครอบคลุมทุกส่วนของชีวิตเด็ก จึงจำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากหลายวิชาชีพร่วมกันทำงานเป็นทีม นับตั้งแต่จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักวิชาการ นักศึกษาพิเศษ นักสังคมสงเคราะห์ นักแก้ไขการพูด นักอาชีวบำบัด และนักดนตรีบำบัด นักวิชาชีพเหล่านี้จะร่วมมือกันวางแผนในการปฏิบัติงาน โดยอาศัยเทคนิคต่าง ๆ เพื่อจัดรูปแบบการรักษา เช่น การจัดให้ผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมรักษา การสอนเด็กในชั้นเรียนพิเศษ การให้คำปรึกษาต่อบิดามารดา กลุ่มผู้ปกครองช่วยเหลือกัน การฝึกครูเพื่อการสอนเด็กออทิสติก และการประสานงานกับโรงเรียน และสถานศึกษาต่าง ๆ แต่เดิมในการรักษาเด็กออทิสติก ได้มีการเอาวิธีทางจิตบำบัดและจิตวิเคราะห์มาใช้เพราะเชื่อว่า ออทิสติกมีสาเหตุมาจากการเลี้ยงดูแบบ “เย็นชา” ของบิดามารดา แต่ก็ไม่ปรากฏผลวิธีนี้สามารถรักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือทำให้อาการผิดปกติของเด็กลดน้อยลง (รจนา ทรรทานนท์. 2537 : 49) และจากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอาการออทิสซึมในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ทำให้ค้นพบปัจจัยที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของอาการออทิสซึมได้มากขึ้น ทำให้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษา ตามสาเหตุที่พบเพราะเชื่อว่าจะสามารถลดอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลงได้

2.1.4 แนวทางการรักษาเด็กออทิสติก

เพ็ญแข ลิ้มศิลา (2538 :4) กล่าวถึงแนวทางการรักษาเด็กออทิสติกไว้ดังนี้

1 การจัดการศึกษาของเด็กออทิสติก เป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่ง ในออทิสติกที่ได้ผลในระยะยาว โดยเนื้อหาจะเน้นการเตรียมความพร้อม เพื่อให้เด็กสามารถใช้ชีวิตประจำวันจริง ๆ ได้ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากครู พ่อแม่ ผู้รักษา เพื่อรับรู้ถึงจุดเด่น จุดด้อย และความสนใจของเด็ก รูปแบบการสอนจะมีลักษณะการกำหนดจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ที่ง่ายไม่สับสนเพื่อให้เด็กสามารถนำทักษะที่ได้จากชั้นเรียนไปใช้ในชีวิตจริงได้ คือการสื่อความหมาย การสร้างมนุษยสัมพันธ์ การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน วิธีการสอนจึงมีทั้งแบบตัวต่อตัวและแบบกลุ่ม

2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เด็กออทิสติกจะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแสดงออกอยู่ตลอดเวลา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม และสร้างพฤติกรรมใหม่ (Volkmar. 1991 : 505) เพราะหลักของพฤติกรรมบำบัด เชื่อว่าพฤติกรรมส่วนมากของคนเราได้มาจากการเรียนรู้ การลองผิดลองถูก การให้รางวัลหรือความพึงพอใจ หลังแสดงพฤติกรรมเป็นหัวใจของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการสร้างพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

3 การฝึกภาษาและการสื่อสาร เด็กออทิสติกมีปัญหาสำคัญที่การพูด และการสื่อความหมาย ซึ่งข้อบกพร่องนี้ส่งผลต่อการเรียนรู้และระดับสติปัญญาของเด็กโดยตรง ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาในเรื่องภาษา และการสื่อสารก็คือ สามารถมีทักษะการสื่อสารได้สูงที่สุดตามวัย สามารถสื่อสารกับคนอื่นได้

ทั้งโดยวิธีการใช้คำพูด หรือการแสดงออกทางกาย หรือวิธีการอื่น ๆ เพื่อให้สามารถเข้าใจได้ทั้งตัวเด็กเอง และผู้ที่สื่อสารด้วย

4 การรักษาโดยการช้ยา ปัจจุบันรูปแบบการรักษาเด็กออทิสติก จะเน้นที่การแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมเพราะยังไม่ปรากฏหลักฐานว่ามียาตัวใดสามารถใช้ในการรักษาอาการออทิสติกให้หายขาดได้ แต่ความจำเป็นในการใช้ยาก็ยังมีความสำคัญสำหรับออทิสติกบางคน (Volkmar. 1991 : 505) เพราะการใช้ยาในเด็กออทิสติกก็เพื่อช่วยควบคุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาบางอย่าง เช่น อาการชนมาก อยู่ไม่นิ่ง ทำพฤติกรรมซ้ำ ๆ มากจนขัดขวางการฝึกประจำวัน ก้าวร้าว-รุนแรง อาละวาด หรือ อาการแยกตัวไม่สนใจใคร และในการใช้ยาในเด็กแต่ละคนก็จะได้ผลแตกต่างกัน บางคนสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ดี บางคนใช้ไม่ได้ผล และยังต้องระมัดระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ อาจทำให้เด็กมีอาการรุนแรงขึ้น จึงต้องมีการประเมินอาการเป็นระยะ ๆ อย่างไรก็ตามมีรายงานว่า การใช้ยาร่วมกับการฝึกพฤติกรรมด้านอื่น ๆ กันร่วมกันจะช่วยให้การเรียนรู้ของเด็กดีขึ้น (Campbell. 1989 : 226-228)

ชอปเลอร์ และ เมชิบอฟ (Schopler and Mesibov. 1994:168) กล่าวว่า การฝึกสอนครอบครัวเด็กออทิสติกให้รู้วิธีควบคุมและจัดการกับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และเพิ่มความสามารถในการ สอนพัฒนาทักษะที่มีอยู่ให้เพิ่มมากขึ้น จะทำให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการบันทึกของผู้ปกครอง เด็กออทิสติกที่บ้านถึงการสอนบุตรของเขาว่าได้ใช้เวลาสบายๆ ฝึกอย่างสนุกสนาน ไม่ต้องเครียดกับเวลาในการฝึก มีความสุขในการฝึกสอนบุตร และยังบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรมการฝึกสอนเด็กอีกด้วย

แม้ว่าการจัดโปรแกรมให้กับผู้ปกครองเด็กออทิสติกจะไม่เพียงพอ แต่ก็ทำให้ผู้ปกครองมีประสบการณ์อย่างมากในการฝึกสอนบุตรออทิสติก ครอบครัวที่จัดระบบการฝึกสอนบุตรไม่ดีหรือไม่ได้รับการสนับสนุนจากคนอื่น ๆ ในครอบครัวก็จะไม่ได้รับประโยชน์ หากบิดามารดาเด็กออทิสติกและผู้รักษาได้ร่วมมือกัน รับผิดชอบการรักษาเด็กด้วยกัน แบ่งปันความรู้ข้อมูลบางอย่างแก่กันจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

เพสเชล (Pueschel. 1995:111-112) ได้กล่าวว่าเนื่องจากออทิสซึมเป็นความผิดปกติทางพัฒนาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง รักษาไม่หายการรักษาจึงประกอบด้วยหลายวิธีตามความสามารถของเด็กแต่ละคนเพื่อให้เด็กดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างสร้างสรรค์ มีการรักษาหลายด้านได้แก่ การศึกษา การปรับพฤติกรรม โปรแกรมด้านอาชีพ การกระตุ้นการรับรู้ ด้านการสัมผัส การเห็น การได้ยิน การให้ยา ตลอดจนการปรับเรื่องการให้อาหาร ในการรักษาเด็กออทิสติกทีมผู้รักษาจะต้องวางแผนร่วมกับครอบครัวในการช่วยเหลือเด็ก พ่อแม่และผู้เชี่ยวชาญจัดลำดับการรักษาตามความบกพร่องของเด็กโดยมีเป้าหมายที่จะช่วยด้านพัฒนาการและทักษะที่จำเป็น เช่น ด้านภาษา การสื่อสาร ทักษะทางสังคมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การปรับพฤติกรรมชอบทำลายเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งที่กล่าวมาทั้งหมดนั้นจะต้องมีแผนที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละคน

เพสเชล (Pueschel.1995:35 - 36) ยังกล่าวอีกว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญอย่างแท้จริงในเรื่องบุตรของตนเอง เข้าใจดีว่าบุตรชอบและไม่ชอบอะไร ซึ่งเด็กสามารถสื่อสารกับบิดามารดาของเขาได้ บิดามารดาจะรู้ว่าทำอย่างไรบุตรจึงจะเกิดแรงจูงใจ และมีหลายคนที่เป็นครูสอนบุตร สนับสนุนบุตร มีความรู้เกี่ยวกับเด็กออทิสติกเป็นอย่างดี ในการดูแลรักษาเด็กพิเศษนั้นความร่วมมือกันของผู้รักษาและผู้ปกครองจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผู้เชี่ยวชาญสามารถแนะนำวิธีการช่วยเหลือเด็กโดยตรง ให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง ครู และร่วมมือกันพัฒนาแผนการช่วยเหลือเด็กปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมอยู่เสมอ ผู้เชี่ยวชาญจะช่วยผู้ปกครองแก้ไขปัญหาย่อยๆอย่างทันเหตุการณ์ ในทางกลับกันผู้เชี่ยวชาญก็ได้เรียนรู้

เพิ่มขึ้นได้ข้อมูลที่ใหม่ ๆ อยู่เสมอเกี่ยวกับเด็กพิเศษ ต่างคนต่างเรียนรู้จากกัน สนับสนุนกันในการช่วยเหลือเด็ก สัมพันธภาพระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับผู้ปกครองเด็กออทิสติกจึงมีความสำคัญมากในการพัฒนาวิธีการช่วยเหลือเด็กแต่ละราย

2.1.5 การรักษาเด็กออทิสติกของโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

โรงพยาบาลกลางวันสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ให้บริการบำบัดรักษาบุคคลออทิสติกโดยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในขั้นตอนการรักษา บุตรออทิสติกด้วยตนเอง กระบวนการรักษาประกอบด้วยการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้อง และการวางแผนดูแลเด็กระยะสั้น ระยะยาวให้เหมาะสมกับศักยภาพของเด็ก โปรแกรมการรักษามีตั้งแต่การส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเป็นรายบุคคล เป็นกลุ่ม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัญหา การแนะนำผู้ปกครองในการดูแลเด็ก กลุ่มช่วยเหลือกันของผู้ปกครอง และการฝึกผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมรักษา ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่จะเพิ่มศักยภาพของบิดามารดาในการดูแลบุตรออทิสติก ทีมผู้รักษาเป็นจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช นักการศึกษาพิเศษ นักอาชีวบำบัด และนักดนตรีบำบัด ทีมผู้รักษาร่วมมือกันดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด และให้ความสำคัญอย่างมากกับบิดามารดาของเด็กเสมือนเป็นหนึ่งในทีมผู้รักษา การบำบัดรักษาที่ครอบคลุมทั้งครอบครัวนี้ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 จนถึงปัจจุบัน ภารกิจหลักที่ผู้รักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นดำเนินการอยู่ในปัจจุบันคือการสอนให้ผู้ปกครองได้รู้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมถ่ายทอดความรู้ในทางทฤษฎี และประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดรักษาในสถานบำบัด ผสมผสานกับประสบการณ์ตรงของผู้ปกครองที่ดูแลบุตร และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน แบ่งปันความรู้ในการปฏิบัติกับเด็ก และร่วมกันวางแผนสร้างโปรแกรมให้เหมาะกับเด็กแต่ละคนซึ่งมีลักษณะเฉพาะของตนเอง บิดามารดาของเด็กที่มารับการรักษาเป็นผู้ร่วมวางแผนที่สำคัญนี้เพื่อนำไปฝึกสอนบุตรอย่างต่อเนื่อง

2.1.6 การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน (2540: 4) กล่าวถึงการช่วยเหลือเด็กออทิสติกว่า เนื่องจากเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคตลอดชีวิต การดูแลช่วยเหลือจึงต้องกระทำทุกช่วงของวัย ด้วยความเชื่อว่าพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ การสร้างพฤติกรรมที่ต้องการ และลบพฤติกรรมปัญหาจึงสามารถทำได้โดยใช้พฤติกรรมบำบัดทั้งสิ้น แนวทางการช่วยเหลือจึงเป็นความร่วมมือกันของนักวิชาชีพต่าง ๆ ร่วมมือกันพัฒนาเด็กตามศักยภาพของเด็กเอง และมีเด็กออทิสติกบางคนสามารถดูแลช่วยเหลือพัฒนาจนใกล้เคียงกับคนปกติ เนื่องจากโรคออทิสติกไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอนจึงทำให้ไม่ทราบวิธีป้องกัน และรักษาที่ถูกต้อง แต่ก็มีได้หมายความว่าช่วยเด็กไม่ได้เลย เด็กเหล่านี้ต้องการการช่วยเหลือเพื่อหาหนทางต่อสู้กับอุปสรรคภายในตัวเขาเองด้วยวิธีการเฉพาะตัวทั้งที่บ้านและสถานที่รักษา ด้วยการฝึกทักษะในการดำรงชีพให้ได้ มีนักวิชาการได้เสนอแนวทางสำหรับเด็กกลุ่มนี้เอาไว้ อาทิ การสอนทักษะพื้นฐาน (วินัดดา ปิยะศิลป์. 2537 : 39) พ่อแม่ของเด็กออทิสติกต้องเป็นครูของลูก ฝึกสอนให้ลูกช่วยเหลือตนเอง และฝึกทักษะพื้นฐานที่จะอยู่ในสังคม แต่การฝึกเด็กออทิสติกนั้นแตกต่างจากเด็กปกติมาก เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้นอกจากจะไม่พูดแล้วยังไม่เข้าใจภาษาอีกด้วย การสอนทักษะง่าย ๆ กลับกลายเป็นเรื่องยุ่งยากอย่างมาก พ่อแม่ต้องมีความอดทนอย่างสูง มีความรู้และหลักในการสอน

ศรีสมร กสิวัฒน์ (นฤมล ขวัญศิริ. 2541:21 ; อ้างอิงจาก ศรีสมร กสิวัฒน์. 2537) กล่าวถึงวิธีการให้ความช่วยเหลือเด็กออทิสติกไว้ 4 วิธีดังนี้

1 วิธีทางจิตบำบัด จากผลของการวิจัยพบว่าวิธีทำจิตบำบัดยังไม่ประสบความสำเร็จในเด็กออทิสติก

2 วิธีการใช้ยาบำบัด การใช้ยาเพื่อลดความก้าวร้าว ยาที่ใช้ลดหรือระงับอาการซึมเศร้าในช่วงวัยรุ่น และยาลดอาการลมชัก แต่การใช้ยาเพียงวิธีเดียวไม่สามารถบำบัดรักษาเด็กออทิสติกได้

3 วิธีพฤติกรรมบำบัด จากผลการวิจัยพบว่าวิธีนี้มีผลดีต่อเด็กมากในการพัฒนาทักษะด้านสังคม ภาษา การช่วยเหลือตัวเอง การร่วมมือกับผู้อื่นและทักษะพื้นฐานในขณะที่สามารถลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ เช่นการทำร้ายร่างกายตนเอง ความก้าวร้าวเป็นต้น อย่างไรก็ตามการช่วยเหลือด้วยวิธีปรับพฤติกรรมไม่ได้ช่วยให้อาการออทิสซึมหายไป หรือช่วยให้เด็กหายจากอาการออทิสติก เพียงแต่ช่วยให้ผู้ปกครองของเด็กมีความอดทนต่อสภาวะออทิสซึม และช่วยในการดำรงชีวิตทางสังคม พัฒนาเด็กให้เป็นภาระต่อครอบครัวน้อยลง การใช้วิธีทางพฤติกรรมบำบัดหรือการปรับพฤติกรรมต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจร่างกายและแรงใจจากผู้ปกครองอย่างเต็มที่ เป็นระยะเวลานานจึงจะประสบผลสำเร็จได้

4 วิธีทางการศึกษาพิเศษ เป็นการประยุกต์เทคนิคทางพฤติกรรมศาสตร์ และจิตวิทยาเกี่ยวกับการเรียนรู้ ตลอดจนการจัดสถานการณ์ภายในชั้นเรียนเพื่อให้เอื้ออำนวยต่อการเกิดการเรียนรู้ที่ดีที่สุดสำหรับเด็กออทิสติก จากผลการวิจัยพบหลักฐานที่ยืนยันแน่นอนว่าการจัดสภาพแวดล้อมทางการศึกษาโดยอาศัยจิตวิทยาการศึกษาและจิตวิทยาพัฒนาการ ประกอบกับการวางแผนการจัดบทเรียนอย่างเป็นขั้นตอนเป็นลำดับจากง่ายไปหายาก และค่อยๆเพิ่มความยากขึ้นทีละน้อย ซึ่งเรียกว่า วิธีวิเคราะห์งาน (Task analysis) นั้นจะสอนให้เด็กเกิดการเรียนรู้งานอย่างเหมาะสมกับแต่ละคน

2.1.7 การดูแลเฉพาะสำหรับเด็กออทิสติก

กัลยา วิริยะ (2539 : 20) กล่าวถึงการดูแลเฉพาะสำหรับเด็กออทิสติกว่าการยอมรับของพ่อแม่จะทำให้มีความร่วมมือในการช่วยเหลือเด็ก กระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการเท่าที่ทำได้ รวมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัญหาได้ตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งจะช่วยให้ชีวิตครอบครัวมีความสุขมากขึ้น การช่วยเหลือเรื่องกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ แปรงฟัน การขับถ่าย รวมทั้งกิจกรรมต่างๆในการดำรงชีวิตล้วนต้องได้รับการฝึกหัดเป็นพิเศษ โดยทุกทักษะต้องได้รับการช่วยเหลือชี้แนะทั้งสิ้น ผู้ปกครองจะต้องเข้าใจและยอมรับความสามารถของเด็กและคิดค้นวิธีการสอนเพิ่มเติมอย่างสร้างสรรค์เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้การช่วยเหลือด้านพัฒนาการ โดยเฉพาะด้านภาษาการสื่อความหมาย รวมทั้งด้านอารมณ์และสังคมด้วยซึ่งต้องใช้เวลาเป็นปีพ่อแม่ต้องเข้าใจและอดทนอย่างมาก บางครั้งพ่อแม่เครียดสถานบำบัดรักษาจะต้องให้การช่วยเหลือโดยการทำกลุ่มให้การปรึกษา กลุ่มให้กำลังใจ ตลอดจนจนการช่วยกันวางแผนการดูแลบุตรในแต่ละพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ปกครองได้นำไปปฏิบัติ เมื่อเด็กเริ่มมีความสามารถในการเลียนแบบผู้อื่น สื่อสารได้ เล่นกับเพื่อนและช่วยเหลือตัวเองได้เด็กก็ควรจะได้เข้ากลุ่มกับเด็กปกติเพื่อส่งเสริมทักษะทางสังคมต่อไป

แต่อย่างไรก็ตามใน 3 สถาบันคือ สถาบันครอบครัว สถานบำบัดรักษา และสถาบันการศึกษาควรร่วมมือกันเพื่อช่วยเหลือเด็กออทิสติก ให้สังคมได้รับรู้และรู้จักเด็กออทิสติกมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เด็กอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกนั้นผู้ดูแลจะต้องรักและเข้าใจเด็ก มีความคิดสร้างสรรค์ อดทนต่อพฤติกรรมที่เด็กแสดงออก รวมทั้งมีความรู้ในหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตลอดจนสามารถส่งเสริมพัฒนาการเพื่อช่วยให้เด็กพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ การดูแลเด็กออทิสติกจะต้องร่วมมือกันหลายฝ่าย ผู้ปกครองและผู้รักษาต้องวางแผนการดูแลเด็กร่วมกัน และครอบครัวของเด็กออทิสติกจะต้องได้รับความสำคัญ

อย่างมากในทีมการรักษา ควรได้รับการช่วยเหลือให้กำลังใจ สร้างโอกาสให้ได้พบปะแบ่งปันประสบการณ์ในการดูแลบุตรออทิสติกด้วยกัน

2.2 งานวิจัยในประเทศและงานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้าย

ตนเอง

2.2.1 งานวิจัยในประเทศ

เย็น ชีรพัฒน์ชัย (2541) ได้ศึกษาการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียนของเด็กออทิสติกจำนวน 3 คน โดยวิธีให้แรงเสริมด้วยเบี้ยยรรถกรผลการศึกษาพบว่าเด็กมีความก้าวร้าวลดลงทั้ง 3 คน

2.2.2 งานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

แกรน แมคดัฟและแมคแคลนแอน (Krantz, MacDuff and McClannahan. 1993) ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวเด็กออทิสติกในโปรแกรมกิจกรรมการสอนด้วยภาพ โดยผู้ปกครองของเด็กออทิสติก 3 คนสอนเด็กให้เรียนรู้จากภาพ ผลการศึกษาพบว่าการสอนกิจกรรมงานบ้านในเด็กสามารถเพิ่มทักษะทางสังคมได้และเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง

เพลลิออส และมอร์เรน (Pelios, and Morren. 1999 : 185) ได้ศึกษาผลกระทบของการใช้ Functional analysis ในการเลือกใช้วิธีการรักษา พฤติกรรมทำร้ายตนเอง และพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการวิเคราะห์จากงานวิจัยที่ผ่านมา และ Journal ตั้งแต่ปี 1981 – 1997 พบว่าผู้รักษามีแนวโน้มเลือกใช้วิธีการให้การเสริมแรงมากกว่าการทำโทษในการรักษาพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมทำร้ายตนเอง แนวโน้มนี้เริ่มมีขึ้นตั้งแต่ ปี 1988

ไอวาทา (Iwata et al. : 1994) ได้วิจัยเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรมทำร้ายตนเองของเด็กออทิสติก พบว่า 26 % ทำร้ายตนเองเพราะได้รับความสนใจ 38 % ทำร้ายตนเองเพราะหลีกเลี่ยงการทำงานที่มอบหมาย และ 26 % ทำร้ายตนเองเพราะไม่สบาย รู้สึกเจ็บ ได้ยินเสียง และอื่นๆ และการช่วยเหลือพบว่า การให้ทำงานง่ายๆ และการให้แรงเสริมทางบวกช่วยให้การทำร้ายตนเองลดลงถึง 85 %

จากผลการวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่าการช่วยเหลือเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองนั้น ใช้วิธีการผสมผสานหลายวิธี ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกมีความสำคัญอย่างมาก เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กสามารถดูแลช่วยเหลือเด็กเมื่อทำร้ายตนเอง สามารถดูแลบุตรตอบสนองความต้องการของบุตรได้ และยังป้องกันการทำร้ายตนเองของเด็กได้ มีศักยภาพในการช่วยเหลือบุตร ผู้รักษาควรให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ปกครองในการร่วมทีมรักษา ซึ่งจะช่วยให้เด็ก ออทิสติกได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมทำร้ายตนเองซึ่งผู้ปกครองเป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง ถ้าหากผู้ปกครองสามารถดูแลช่วยเหลือได้ตั้งแต่เริ่มแรกจะทำให้พฤติกรรมทำร้ายตนเองลดลงได้ เด็กออทิสติกก็จะอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข การเพิ่มศักยภาพของผู้ปกครองโดยการเรียนรู้ในการปรับพฤติกรรมจึงควรนำมาถ่ายทอดอย่างเป็นระบบ มีการประเมินปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละราย ซึ่งผู้ปกครองและผู้รักษาควรร่วมมือกันอย่างจริงจัง

3. เอกสารเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาตามแบบพฤติกรรมนิยม

เกลดดิ้ง (Gladding. 2000:260) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมนิยมมุ่งให้ความสนใจที่พฤติกรรมของผู้มารับบริการ ซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกันในการแสดงออก ผู้ให้บริการปรึกษาตามแนวทฤษฎีนี้จะพยายามช่วยให้ผู้รับบริการเรียนรู้ใหม่ สามารถเลือกวิถีทางแสดงพฤติกรรม หรือ

ปรับเปลี่ยน ขจัดสิ่งที่เกินพอออกไป เลือกแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมแทนที่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการเรียนรู้ผู้มารับบริการ การให้คำปรึกษาตามแบบพฤติกรรมนิยมเป็นวิธีการเฉพาะที่เป็นที่นิยมในสถาบันที่จัดขึ้นเพื่อให้คำปรึกษา เช่น โรงพยาบาลที่ดูแลด้านสุขภาพจิต สถานที่ที่ให้ความคุ้มครอง เป็นแนวทางที่เลือกใช้ในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาเฉพาะ เช่น ปัญหาการรับประทานอาหาร การถูกละเมิด และปัญหาทางเพศ การให้คำปรึกษาตามแบบพฤติกรรมนิยมมีประโยชน์มากกับผู้ที่มีความวิตกกังวล เศร้า ซัดความกล้า การเป็นบิดามารดา และทักษะทางสังคม (Gladding, 2000:260 อ้างอิงจาก Hackney&Cormier.1996;Selogman.1997)

วิญญู พูลศรี (กรรณารณ ดวงแจ่มกาญจน์. 2541 :20 ; อ้างอิงจาก วิญญู พูลศรี. 2531) ได้กล่าวถึงความเป็นมาของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมว่า เป็นการให้คำปรึกษาที่ใช้พื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ ซึ่งหมายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ อันเนื่องมาจากได้รับการฝึกหัด ผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีนี้จะเน้นวิธีการที่มีระบบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมยึดหลักว่า พฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่เรียนรู้เปลี่ยนแปลงได้ ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้หลักการเรียนรู้เป็นวิธีการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับผู้รับคำปรึกษาแต่ละราย

3.1ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์และหลักในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

อาภา จันทรสกุล (2535 :220) ผู้ให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมมีความเชื่อว่า มนุษย์เกิดมาไม่ทั้งดีและเลว มนุษย์ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมทั้งปกติและผิดปกติของมนุษย์เป็นผลมาจากการเรียนรู้ ซึ่งการเรียนรู้สามารถทำให้เกิดขึ้นได้โดยการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมภายใต้เงื่อนไขแบบต่างๆ และการเรียนรู้ก็สามารถทำให้หมดไป ในทำนองเดียวกันก็สามารถทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ได้ มนุษย์มีความสามารถที่จะควบคุมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้แม้จะตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมก็ตาม

เกลดดิ้ง (Gladding. 2000:262) กล่าวว่า แม้จะมีความคิดมากมายที่ทำให้เกิดพฤติกรรมแต่ลักษณะพื้นฐานที่แสดงออกนั้นคล้ายคลึงกัน.ริม และคูนดิงแฮม. (Rimm and Cunningham. 1985) ได้รวบรวมลักษณะกลางๆของความเชื่อในพฤติกรรมมนุษย์ไว้ดังนี้

- 1 กลุ่มพฤติกรรมนิยมให้ความสำคัญกับกระบวนการเกิดพฤติกรรม สิ่งที่ทำให้แสดงพฤติกรรมออกมา
- 2 ทุกพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ ทั้งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก
- 3 การเรียนรู้มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้
- 4 การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมมุ่งให้ความสำคัญกับการร่วมมือกันกับผู้รับบริการกำหนดเป้าหมายในการรักษา
- 5 นักพฤติกรรมนิยมไม่เห็นด้วยกับแนวความคิดที่ว่า บุคลิกภาพที่แสดงออกมีผลมาจากลักษณะเฉพาะที่ติดตัวมา
- 6 ให้ความสำคัญอย่างมากกับสิ่งที่ได้จากการสังเกต และทุกเทคนิคที่ใช้มีการสนับสนุนด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์

วิธีการหลักๆที่ใช้ได้ผลดีมากที่สุดของทฤษฎีพฤติกรรมนิยมคือ The Stimulus-response Model ,
Applied Behavior Analysis , Social Cognitive Theory

3.2 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

อาภา จันทรสกุล (2535:232) กล่าวถึงบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมว่า ทำหน้าที่เป็นผู้ชี้แนะ มีลักษณะ ว่องไว และใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการค้นหาปัญหาของผู้มารับคำปรึกษา หน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาเปรียบเสมือนครู ผู้เชี่ยวชาญ ที่มีความสามารถคอยชี้แนะแนวทางในการแก้ไขพฤติกรรมผิดปกติและแนะแนวทางในการแสดงพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

เกลดดิ้ง (Gladding. 2000:264) กล่าวถึงบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาว่าจะเป็นที่ปรึกษาได้หลายบทบาท แล้วแต่สถานการณ์ขณะนั้น และเป้าหมายของผู้มารับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาในกลุ่มพฤติกรรมนิยมจะดำเนินกลุ่มอย่างว่องไวทันเหตุการณ์ ผู้รับบริการเป็นผู้เรียนรู้ ไม่เรียนรู้ หรือเรียนรู้ใหม่ในวิถีทางของพฤติกรรมที่เฉพาะในกระบวนการ หน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาเป็นที่ปรึกษา ครู ผู้แนะนำ ให้แรงเสริมและเป็นผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ความรู้ หรือแนะนำ ให้กำลังใจผู้รับคำปรึกษาในภาวะที่แวดล้อมด้วยกระบวนการเปลี่ยนแปลง ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ทำให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นภาพกว้างๆให้ชัดเจนขึ้น มีส่วนช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาทุกขั้นตอนในการให้คำปรึกษา

3.3 จุดมุ่งหมายในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

วัชร ทรัพย์มี (กรรณาภรณ์ ดวงแจ่มกาญจน์. 2541:22 ; อ้างอิงจาก วัชร ทรัพย์มี. 2533:158) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายในการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมว่าเป็นจุดมุ่งหมายที่ได้ตกลงร่วมกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษาแต่ละคนว่าประสงค์จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด และผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาว่ามีสภาพการณ์ใดบ้าง ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่กำหนดให้ผู้รับคำปรึกษาปฏิบัติและพฤติกรรมนั้นต้องสังเกตได้

คอร์เลย์ (กรรณาภรณ์ ดวงแจ่มกาญจน์. 2541:22 ; อ้างอิงจาก Corley.1991:295) กล่าวถึงจุดมุ่งหมายในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมว่าเป็นการสร้างสภาพการณ์เรียนรู้ใหม่ให้แก่ผู้รับคำปรึกษา ซึ่งการเรียนรู้นั้นควรจะแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ ผู้รับคำปรึกษาเป็นผู้ตั้งจุดมุ่งหมายซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับคำปรึกษา โดยผู้รับคำปรึกษาจะกำหนดจุดมุ่งหมายของการปรับ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมว่า ควรจะมีขอบเขตมากน้อยเพียงใด การประเมินผลและการให้คำปรึกษาจะกระทำพร้อมกันตลอดเวลาของการให้คำปรึกษา

เกลดดิ้ง (Gladding. 2000:265) กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมว่า จุดมุ่งหมายในการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมนั้นก็เช่นเดียวกับการให้คำปรึกษาอื่นๆ จุดมุ่งหมายพื้นฐานของการให้คำปรึกษาคือผู้ให้บริการต้องช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่กำลังดำเนินอยู่ ผู้รับบริการมีความรู้สึกว่าได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การให้คำปรึกษามุ่งที่จะปรับเปลี่ยนหรือกำจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่ผู้รับบริการแสดงออกมาขณะที่ให้การช่วยเหลือ ให้เกิดความรู้สึกได้ประโยชน์ มีความสุขที่ได้กระทำ แต่การกำจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมยังไม่เป็นการเพียงพอจะต้องแทนที่ด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสมและสร้างสรรค์ด้วย

โดยสรุปจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมนั้นเป็นจุดมุ่งหมายที่เกิดจากความร่วมมือกันของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาจะทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษา

กำลังดำเนินอยู่ ผู้รับบริการมีความรู้สึกว่าได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การให้คำปรึกษามุ่งที่จะปรับเปลี่ยนหรือกำจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่ผู้รับบริการแสดงออกมาขณะที่ให้การช่วยเหลือ ให้เกิดความรู้สึกได้ประโยชน์ มีความสุขที่ได้กระทำ แต่การกำจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมยังไม่เป็นการเพียงพอยังต้องแทนที่ด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสมและสร้างสรรค์ด้วย

โดยสรุปจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมนั้นเป็นจุดมุ่งหมายที่เกิดจากความร่วมมือกันของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาจะทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความมั่นใจในการตั้งจุดมุ่งหมายด้วยตนเอง รู้สึกมีความสุข มีความมั่นใจว่าตนเองทำได้ และได้รับประโยชน์จากการกระทำของตนเอง

3.4 ลักษณะสำคัญของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

อาภา จันทรสกุล (2535:221) ได้กล่าวถึงลักษณะสำคัญของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมไว้ดังนี้

3.4.1 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมคือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์เป้าหมายจึงต้องชัดเจนในรูปของจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้วัดได้ ประเมินได้ และการกำหนดเป้าหมายนั้นผู้รับคำปรึกษาจะต้องเป็นผู้วางเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง

3.4.2 ผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่จัดประสบการณ์ใหม่ เลือกเทคนิค และคอยกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นโดยการเสริมแรง

3.4.3 การเลือกใช้เทคนิคและวิธีการแก้ไขพฤติกรรมตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีมากมายหลายเทคนิค ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพิจารณาใช้เทคนิค และวิธีตามความเหมาะสมของลักษณะปัญหาของแต่ละบุคคล

3.5 หลักการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปรับหรือเปลี่ยนพฤติกรรมการเรียนรู้เงื่อนไขผลกรรม (Operant Conditioning)

สกินเนอร์ (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2536: 21 ; อ้างอิงจาก Skinner. 1930:168-177) กล่าวถึงหลักพฤติกรรมของอินทรีย์ว่า พฤติกรรมของอินทรีย์อยู่ภายใต้การควบคุมของเงื่อนไขผลกรรมที่อินทรีย์ได้รับ เงื่อนไขผลกรรมรวมแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

1 เงื่อนไขเสริมแรง (Contingency of Reinforcement) หมายถึงเงื่อนไขของการให้ผลกรรมที่อินทรีย์พอใจ

2 เงื่อนไขการลงโทษ (Contingency of Punishment) หมายถึงเงื่อนไขของการให้ผลกรรมที่อินทรีย์ไม่พอใจ

สำหรับคำว่าเงื่อนไข (Contingency) ในที่นี้จะเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับผลกรรมในสภาพการณ์หนึ่งๆ ดังตัวอย่าง

พฤติกรรม	ผลกรรม
ถ้าขับรถชนต้นไม้	รถพัง
ถ้าเช็ดตัวไม่แห้ง	เป็นโรคผิวหนัง
ถ้าออกกำลังกาย	ร่างกายแข็งแรง

1 การระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผู้ให้คำปรึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้รับคำปรึกษา โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ การสังเกต และบันทึกพฤติกรรม ข้อมูลที่ได้นี้จะช่วยให้เข้าใจถึงปัญหาของผู้รับคำปรึกษา และสามารถระบุปัญหาได้ชัดเจน ในการเก็บข้อมูลนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้เทคนิคการสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับคำปรึกษาเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือ

2 การตั้งเป้าหมายผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาจะต้องตั้งเป้าหมายร่วมกันว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในลักษณะใด การตั้งเป้าหมายจะต้องอยู่ในรูปของพฤติกรรมที่ชัดเจนเฉพาะเจาะจงซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังต่อไปนี้

- 2.1 เป้าหมายนั้นตรงกับความต้องการของผู้รับคำปรึกษา
- 2.2 ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาไปสู่เป้าหมาย
- 2.3 เป็นเป้าหมายที่สามารถประเมินได้

3. การช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาไปสู่เป้าหมาย ซึ่งผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทและหน้าที่ดังนี้

- 3.1 เป็นผู้ชี้แนะแนวทาง
- 3.2 เลือกใช้เทคนิคให้เหมาะสมกับปัญหา
- 3.3 จูงใจให้ผู้รับคำปรึกษาแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
- 3.4 เป็นตัวแบบ

วิธีการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาไปสู่เป้าหมายนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องอธิบายความจำเป็นพื้นฐานในการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจยอมรับและตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง

4 การประเมินผล ประเมินผลของการให้คำปรึกษาว่า บรรลุเป้าหมายหรือไม่ ทำได้โดยการให้ผู้รับคำปรึกษารายงานผลความคืบหน้าของพฤติกรรมที่ตนต้องการ การรายงานนั้นจะทำการบันทึกพฤติกรรมก่อนและหลังการให้คำปรึกษา แล้วเปรียบเทียบพฤติกรรมทั้งสองระยะเวลาว่าเปลี่ยนแปลงไปตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ ถ้าไม่ได้ผลก็กลับไปวิเคราะห์พฤติกรรมว่าเทคนิคและวิธีการที่เลือกใช้เหมาะสมหรือไม่ หรือความเปลี่ยนแปลงอย่างไร เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

เกลดดิ้ง (Gladding, 2000:265) กล่าวถึงขั้นตอนที่สำคัญของการให้คำปรึกษาแบบ พฤติกรรมนิยมที่ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาจะต้องร่วมมือกันเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายมี 4 ขั้นตอนที่สำคัญ (Gladding, 2000: 265 ;citing Blacelham and Silberman, 1999) ในกระบวนการให้คำปรึกษาคือ

1 กำหนดปัญหาให้ชัดเจน โดยสอบถามจากผู้มารับคำปรึกษาให้ชัดเจนว่าปัญหานี้เกิดขึ้นเมื่อไหร่ ที่ไหน อย่างไร และเกิดกับใคร ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะได้ประโยชน์มากจากการสังเกตพฤติกรรม

2 ชักถามประวัติความเป็นมา ซึ่งจะช่วยให้ทั้ง ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาได้รู้เรื่องราวต่างๆที่ผ่านมาผู้รับคำปรึกษาได้ปฏิบัติอย่างไร และปัจจุบันนี้อะไรเป็นพื้นฐานของปัญหา

3 กำหนดเป้าหมายเฉพาะ ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้ย่อยเป้าหมายใหญ่ให้เป็นเป้าหมายย่อยๆ ให้ประสบความสำเร็จในแต่ละขั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับประสบการณ์ในการเรียนรู้แต่ละขั้นตอน และพัฒนาทักษะต่างๆต่อไป (Gladding, 2000:265 citing Krumboltz and Thoresen, 1976)

4 ตัดสินใจเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการเปลี่ยนแปลง ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาคัดสินใจออกแบบวิธีที่จะไปสู่เป้าหมาย ถ้าหากวิธีที่กระทำอยู่ไม่สำเร็จ สามารถปรับเปลี่ยนวิธีหาทางเลือกใหม่ได้ มีการประเมินปรับเปลี่ยนอยู่เสมอเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้ดีที่สุด ผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

3 กำหนดเป้าหมายเฉพาะ ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้ย่อยเป้าหมายใหญ่ให้เป็นเป้าหมายย่อยๆ ให้ประสบความสำเร็จในแต่ละขั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับประสบการณ์ในการเรียนรู้แต่ละขั้นตอน และพัฒนาทักษะต่างๆต่อไป (Gladding. 2000:265 citing Krumboltz and Thoresen. 1976)

4 ตัดสินใจเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการเปลี่ยนแปลง ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาดัดสินใจออกแบบวิธีที่จะไปสู่เป้าหมาย ถ้าหากวิธีที่กระทำอยู่ไม่สำเร็จ สามารถปรับเปลี่ยนวิธีหาทางเลือกใหม่ได้ มีการประเมินปรับเปลี่ยนอยู่เสมอเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้ดีที่สุด ผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ว่าทำอะไรจะบรรลุตามเป้าหมายย่อยที่ตั้งไว้ ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นวิธีการอย่างชัดเจนและเห็นความร่วมมือกันในการทำงาน

การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่ผู้ศึกษาได้นำมาใช้ในการดำเนินการเพื่อให้บิดามารดาเด็กออทิสติก ได้นำไปใช้ในการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ การสำรวจปัญหา ระบุพฤติกรรมปัญหาอย่างชัดเจน ชักถามถึงวิธีการดูแลบุตรที่ผ่านมา ร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหา กำหนดเป้าหมายในการช่วยเหลืออย่างเป็นขั้นตอน สร้างความมั่นใจในการดูแลบุตร เลือกวิธีปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ประเมินผลและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ มีบันทึกการปฏิบัติและการร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

3.7 เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

อัลเลนดิก (ม.ร.ว.สมพร สุทัศน์.2533:160; อ้างอิงจาก Ollendick. 1966:522 – 526) กล่าวถึงเทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมว่า เดิมเทคนิคที่ใช้ในกระบวนการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้แบบคลาสสิกของวัตสัน การเรียนรู้แบบการกระทำของสกินเนอร์ การเรียนรู้จากการสังเกตตัวของแบนดูรา แต่ปัจจุบันแนวคิดในการแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมนิยมมีความหมายกว้างกว่าเดิม แนวคิดในเรื่องใช้เทคนิคจึงเปลี่ยนไปเน้นที่ความต้องการของบุคคล และปัญหาของบุคคล เทคนิคในการให้คำปรึกษาจึงมีหลายเทคนิคเพื่อให้เลือกใช้ตามความเหมาะสม และเทคนิคที่เลือกใช้นั้นต้องเป็นเทคนิคทางบวก

เจียร์นัย ทรงชัยกุล(กรรณารณ์ ดวงแจ่มการญณ์.2541:25;อ้างอิงจาก เจียร์นัย ทรงชัยกุล. 2533:778 – 785) กล่าวถึงเทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมว่า มีหลายวิธีแต่ที่นิยมใช้ในสถานศึกษามีอยู่ 4 รูปแบบคือ

1 เทคนิคการเสริมแรง (Reinforcement Technique)

เทคนิคการเสริมแรงในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมได้อาศัยแนวความคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้ที่ว่าพฤติกรรมใดที่บุคคลกระทำแล้วส่งผลให้เขาได้รับความพึงพอใจ บุคคลมีแนวโน้มจะกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก ด้วยเหตุนี้การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมจึงนำเทคนิคการเสริมแรงมาใช้ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษามีกำลังใจ และมีความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมซ้ำอีก

หลักสำคัญในการใช้เทคนิคการเสริมแรงในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

1.1 ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ควรทำความตกลงร่วมกันเกี่ยวกับการเสริมแรงที่จะนำมาใช้ เพื่อให้พฤติกรรมที่พึงประสงค์เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ หรือเกิดเพิ่มขึ้น

1.2 ผู้ให้คำปรึกษาควรจัดสภาพการณ์ที่ผู้รับคำปรึกษามีโอกาสที่จะได้รับการเสริมแรง เพื่อให้เขามีกำลังใจที่จะกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้นต่อไป

1.3 ผู้ให้คำปรึกษาควรให้การเสริมแรงแก่ผู้รับคำปรึกษาทันที หรือเร็วที่สุดเมื่อผู้รับคำปรึกษาแสดงพฤติกรรมตามที่ต้องการ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ถึงผลการกระทำ

2 เทคนิคการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก (Assertive Training)

การฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกเป็นการฝึกทักษะทางสังคมรูปแบบหนึ่ง ซึ่งบุคคลทุกช่วงวัยควรได้รับรู้ เพราะจะช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ราบรื่น กลวิธี 6 ประการซึ่งผู้ให้คำปรึกษาโดยทั่วไปนิยมนำมาใช้ในการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกให้แก่ผู้รับคำปรึกษาได้แก่

2.1 การสอน (Instruction)

2.2 การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)

2.3 การมีตัวแบบ (Modeling)

2.4 การฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal)

2.5 การใช้แรงเสริมทางสังคม (Social Reinforcement)

2.6 การฝึกฝนเป็นการทำงาน (Homework Assignment)

3 เทคนิคการเรียนรู้จากการมีตัวแบบ (Modeling Technique)

การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมใช้เทคนิคการเรียนรู้จากการมีตัวแบบ มีพื้นฐานสำคัญมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาดังนี้

3.1 เพื่อการเรียนรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์โดยการสังเกตจากพฤติกรรมของตัวแบบ ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้ทักษะใหม่ที่เป็นต่อการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

3.2 เพื่อลดหรือเพิ่มพฤติกรรมที่เคยเรียนรู้มาก่อนแล้ว การเรียนรู้จากการสังเกตสามารถช่วยเพิ่มหรือลดการแสดงออกของพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาให้เป็นไปตามเป้าหมายที่พึงประสงค์

3.3 เพื่อส่งเสริมต่อการแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์การได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์มีผลให้ผู้รับคำปรึกษาตอบสนองโดยการแสดงพฤติกรรมจากที่ได้เรียนรู้ด้วยความสมัครใจ

สจ๊วตและคนอื่นๆ (ม.ร.ว. สมพร สุทัศน์ย์. 2533 : 164 – 166 ; อ้างอิงมาจาก Stewart and others. 1978) อธิบายถึงการให้คำปรึกษาโดยใช้ตัวแบบทางสังคมว่าเป็นเครื่องมือในการให้คำปรึกษาโดยยึดหลักที่ว่า การแสดงแบบให้ผู้อื่นเห็นว่าทำอะไรย่อมมีประสิทธิภาพมากกว่าการบอกว่าทำอะไร ต่อมา มีบุคคลหลายคนที่ได้ประยุกต์หลักการใช้ตัวแบบทางสังคมในการพัฒนาบุคลิกภาพมาใช้ในการให้คำปรึกษา ซึ่งสรุปหลักการได้ดังนี้

1 ตัวแบบทางสังคมที่ใช้ในการให้คำปรึกษา อาจเป็นตัวแทนจริง (Life Model) ในสถานการณ์จริงหรือสถานการณ์จำลอง ตัวแบบดังกล่าวได้แก่ผู้ให้คำปรึกษา พ่อแม่ และเพื่อนๆ ตัวแบบจริงที่นับได้ว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุดหนึ่งคือ ตัวแบบที่เป็นตัวผู้รับคำปรึกษาเรียกว่า “ตัวแบบตนเอง” ตัวแบบอีกประการหนึ่งคือ ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ได้แก่ ตัวแบบในภาพยนตร์ ตัวแบบในวิดิทัศน์

2 ลักษณะของตัวแบบย่อมมีอิทธิพลต่อผู้รับคำปรึกษาเป็นอย่างยิ่ง ซึ่ง ครัมโบล์ทและทอเรเซน (Krumboltz and Thoresen. 1969: 164) กล่าวว่าควรเลือกใช้ตัวแบบที่มีชื่อเสียง มีความสามารถ มีความรู้ มีเสน่ห์และมีอำนาจ นอกจากนี้ควรเป็นตัวแบบที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้รับคำปรึกษา เช่นเพศเดียวกัน วัยเดียวกัน

3 ควรให้ผู้รับคำปรึกษาดูตัวแบบซ้ำๆ หลายครั้งสลับกับการให้คำชี้แนะของผู้ให้คำปรึกษา

4ควรใช้ตัวแบบหลายลักษณะเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาผสมผสานพฤติกรรมของตัวแบบเข้าด้วยกัน

5 ควรเตรียมการก่อนดูตัวแบบ ผู้ให้คำปรึกษาควรบอกให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่าควรสังเกตอะไรจากตัวแบบ และจัดลำดับสิ่งที่ต้องสังเกต

6 วิธีการใช้ตัวแบบมีหลายวิธี ควรใช้ให้เหมาะสมกับผู้รับคำปรึกษา เช่น วิธีแรกให้ผู้รับคำปรึกษาดูตัวแบบอย่างเดี่ยว วิธีที่สองให้ผู้รับคำปรึกษาดูตัวแบบแล้วแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบทันที วิธีที่สามให้ผู้รับคำปรึกษาดูตัวแบบแล้วแสดงพฤติกรรมโดยมีผู้ให้คำปรึกษาคอยชี้แนะและแก้ไข ผลจากการให้คำปรึกษาทั้งสามวิธีพบว่า วิธีที่สามมีประสิทธิภาพมากที่สุด

7 การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบจะมีประสิทธิภาพสูงสุด ถ้าผู้รับคำปรึกษาแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบทันที

8 บางครั้งอาจใช้การแสดงบทบาทสมมติ ช่วยในการฝึกแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ในสถานการณ์ที่ปลอดภัยกว่า

9 เมื่อผู้รับคำปรึกษาแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบได้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องเสริมแรงทางบวกทันที

10 หลังจากฝึกซ้อมพฤติกรรมในสถานการณ์ในห้องให้คำปรึกษาจนเกิดความเชื่อมั่นแล้ว ให้ผู้รับคำปรึกษาไปทดลองปฏิบัติในสถานการณ์จริง พร้อมรายงานผลการแสดงพฤติกรรม

4 เทคนิคการจัดความรู้สึกลัววิตกกังวลอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization Technique) เป็นการช่วยขจัดความกลัวและความวิตกกังวลของผู้รับคำปรึกษาต่อสถานการณ์บางลักษณะ หรือต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือต่อบุคคลบางคน เทคนิคนี้สามารถนำไปใช้ช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาที่มีปัญหาในการปรับตัวไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความหวาดกลัว เทคนิคการจัดความรู้สึกลัววิตกกังวลอย่างเป็นระบบมีพื้นฐานมาจากหลักการเรียนรู้เงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classic Conditioning)

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2536 : 151) อธิบายว่าเทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมแบ่งเป็นเทคนิควิธีเดียว และเทคนิคหลายวิธีผสมกัน ผู้ให้คำปรึกษาควรเลือกใช้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับจุดประสงค์ของการปรับพฤติกรรมเป้าหมายเทคนิคต่างๆได้แก่

1 เทคนิควิธีเดียว ผู้ให้คำปรึกษาสามารถใช้วิธีใดวิธีหนึ่งในการให้คำปรึกษา เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เช่น ใช้วิธีการให้การเสริมแรงทางบวกเพื่อเพิ่มความถี่ของการเกิดพฤติกรรมพึงประสงค์

2 เทคนิคหลายวิธีผสมกัน ผู้ให้คำปรึกษาสามารถใช้เทคนิคหลายเทคนิคผสมกัน เพื่อปรับพฤติกรรมเป้าหมายเพื่อให้บรรลุพฤติกรรมเป้าหมายให้เร็วขึ้น เช่นวิธีการให้การเสริมแรงบวกกับวิธีการให้ตัวแบบ

โดยสรุปเทคนิคการให้คำปรึกษาที่ผู้ศึกษานำมาใช้ในการให้คำปรึกษาแก่บิดาหรือมารดาเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองครั้งนี้ ได้แก่ การเทคนิคการเสริมแรงโดยบิดาหรือมารดาเด็กออทิสติก จะได้รับการเสริมแรงเมื่อดูแลบุตรได้ตามเป้าหมายย่อยๆที่ตั้งไว้ เทคนิคการชี้แนะ ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับการชี้แนะการดูแลบุตรที่เหมาะสม ได้แนวทางในการเลือกปฏิบัติ และเทคนิคตัวแบบที่ผู้ให้คำปรึกษายกกรณีตัวอย่างของการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเช่นเดียวกันที่ประสบผลสำเร็จ และการสาธิตการช่วยจับมือบุตรเล่นของเล่นให้ได้ตามที่บุตรต้องการก่อนที่บุตรจะรู้สึกโกรธ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- 1 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3 การสร้างเครื่องมือในการศึกษา
- 4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 5 การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นบิดามารดาของเด็กออทิสติกที่พาบุตรมารับบริการที่โรงพยาบาลกลางวัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นตั้งแต่ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2544 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2544 จำนวน 42 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาของเด็กออทิสติกที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2544 – วันที่ 27 ธันวาคม 2544 จำนวน 7 คน อายุอยู่ระหว่าง 20-45 ปี บุตรมีประวัติพฤติกรรมทำร้ายตนเองในทะเบียนประวัติ ได้แก่ กรีดร้องเสียงดังเมื่อไม่ได้ตั้งใจ กระแทกตัวเองกับพื้น ใช้ศีรษะโขกพื้น กัด ทบ ดึงผมตัวเอง บุตรไม่ได้รับการรักษาด้วยยา บุตรมีคะแนนการประเมินภาวะ ออทิสติกในทะเบียนประวัติอยู่ระหว่าง 30-37 คะแนน ซึ่งหมายถึงมีภาวะออทิสติกอยู่ระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการดูแลบุตรเมื่อบุตรมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และสมัครใจเข้ารับการรักษาพยาบาลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีดูแลบุตรจากวิธีการเดิม กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1 ผู้วิจัยคัดเลือกทะเบียนเด็กออทิสติกที่มารับบริการในระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2544 ถึงวันที่ 27 ธันวาคม 2544 มีประวัติพฤติกรรมทำร้ายตนเองในทะเบียนประวัติ ได้แก่ กรีดร้องเมื่อไม่ได้ตั้งใจ กระแทกตัวเองกับพื้น ใช้ศีรษะโขกพื้น กัดตัวเอง ทบตัวเอง ดึงผมตัวเอง มีคะแนนการประเมินภาวะ ออทิสติกในทะเบียนประวัติอยู่ระหว่าง 31- 37 คะแนน และไม่ได้รับประทานยา

2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์บิดามารดาที่มีบุตรออทิสติกมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเกี่ยวกับปัญหาการดูแลบุตรออทิสติกเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและมีความต้องการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลบุตรเมื่อทำร้ายตนเอง

3 ผู้วิจัยให้บิดามารดาประเมินการดูแลบุตรตามแบบประเมินการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

4 ผู้วิจัยคัดเลือกบิดามารดาที่มีปัญหาในการดูแลบุตรเมื่อบุตรมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและสมัครใจเข้ารับการรักษาพยาบาลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเกี่ยวกับการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

- 1 แบบประเมินการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
- 2 โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

1 แบบประเมินการดูแลบุตรออทิสติก

ผู้ศึกษาสร้างแบบประเมินการดูแลบุตรออทิสติกโดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1.1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กออทิสติก
- 1.2 สัมภาษณ์บิดามารดาเด็กออทิสติกที่พาบุตรมารับบริการที่โรงพยาบาลกลางวัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่บุตรมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เกี่ยวกับวิธีการดูแลบุตรออทิสติกเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ได้ผลสำเร็จ คัดเลือกการปฏิบัติที่สอดคล้องกับแนวทางการให้รางวัล การทำโทษ การชี้แนะ
- 1.3 นำข้อมูลที่ได้จากข้อ1.1และ 1.2 มาสร้างแบบประเมินการดูแลบุตรออทิสติกแล้วนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ตรวจสอบความสอดคล้องกับจุดมุ่งหมาย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
- 1.4 นำแบบประเมินการดูแลบุตรออทิสติกไปทดลองใช้กับบิดามารดา เด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
- 1.5 นำแบบประเมินการดูแลบุตรออทิสติกมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ทดลองใช้แล้วมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

เกณฑ์การตรวจให้คะแนน

แต่ละข้อความกำหนดที่มีความหมายทางบวกให้คะแนนสูงสุดข้อความละ 4 คะแนน และคะแนนต่ำสุดข้อความละ 1 คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน	4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	ให้คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้คะแนน	1 คะแนน
ส่วนในกรณีข้อความที่มีความหมายทางลบ ให้คะแนนดังนี้		
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	ให้คะแนน	3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้คะแนน	4 คะแนน

ตัวอย่างแบบประเมินการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ผู้ประเมิน.....เกี่ยวข้องกับ บิดา/มารดา

ชื่อบุตร จ.ช./จ.ญ.....อายุ.....ปี

วันที่ประเมิน.....เดือน.....พ.ศ.2545

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบุตร

☐ กรีดร้อง

☐ กระแทกตัวลงกับพื้น

☐ ใช้ศีรษะโขกพื้น

☐ กัดตัวเอง

☐ ดึงผมตัวเอง

☐ ทบตัวเอง

ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลยแม้ว่าจะมีเหตุการณ์
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติเป็นบางครั้งเมื่อมีเหตุการณ์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติบ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้งเมื่อมีเหตุการณ์
ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งเมื่อมีเหตุการณ์

พฤติกรรมทำร้ายตนเอง	การดูแลบุตรที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
กรีดร้องเสียงดัง	เมื่อบุตรกรีดร้องเสียงดังท่าน..... 1.พูดห้ามไม่ให้กรีดร้องด้วยเสียงปกติ 2.พูดห้ามไม่ให้กรีดร้องด้วยเสียงดังกว่าปกติ 2.แสดงสัญญาณให้เงียบ				

การหาคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้นำไปใช้กับบิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบัค (ล้วน – อังคนา สายยศ. 2538 : 200) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.80

2 โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

ลำดับขั้นตอนในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเกี่ยวกับการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมีดังนี้

2.1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม และศึกษาการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบิดามารดาเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการดูแลให้เหมาะสมกับบิดาหรือมารดา

2.2 สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมแล้วนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีดำเนินการและนิยามศัพท์เฉพาะ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของประธาน

2.3 นำโปรแกรมให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับบิดามารดา ที่พาบุตรมารับบริการในโรงพยาบาลกลางวัน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเพื่อดูความเหมาะสมของเนื้อหา วิธีดำเนินการและเวลาที่ใช้ในการทดลอง

2.4 นำโปรแกรมที่ทดลองใช้แล้วมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง

ในการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการให้คำปรึกษารวม คนละ 8 ครั้ง ระยะเวลาประมาณ 50 นาทีถึง 1 ชั่วโมง แบ่งเป็นการให้คำปรึกษาประจําอาทิตย์ 1 ครั้ง การให้คำปรึกษาตามพฤติกรรมนิยมเกี่ยวกับการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง 6 ครั้ง และการให้คำปรึกษาปัจเจกนิเทศ 1 ครั้งโดยใช้ห้องแรกรับของโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นเป็นห้องให้คำปรึกษา ในวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 – 15.30น. วันละ 2 คน แบ่งเป็นช่วงเช้า 1 คนและช่วงบ่าย 1 คน เริ่มตั้งแต่วันที่ 8 มกราคม 2545 ถึงวันที่ 15 มีนาคม 2545

ตัวอย่าง โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
1	การปฐมนิเทศ	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา 2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทราบวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา วิธีการบทบาทและหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษา ตลอดทั้งโปรแกรม	1. ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำตนเอง และให้ผู้รับคำปรึกษาแนะนำตนเอง พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยกัน 2. ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงจุดมุ่งหมาย วิธีการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล บทบาทหน้าที่ จำนวนครั้งของการให้คำปรึกษา สถานที่ระยะเวลาที่ให้คำปรึกษา

ตาราง 1 กำหนดการให้คำปรึกษารายบุคคล ตลอดการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่4	ครั้งที่5	ครั้งที่ 6	ครั้งที่7	ครั้งที่ 8
คนที่ 1	8 ม.ค 9.30น.	15 ม.ค 13.00น.	23 ม.ค 13.30น.	28 ม.ค 9.30น.	6 ก.พ 10.00น.	14 ก.พ 10.00น.	21 ก.พ 13.00น.	4 มี.ค 13.00น.
คนที่ 2	8 ม.ค 13.00น.	15 ม.ค 9.30น.	22 ม.ค 9.00น.	30 ม.ค 13.00น.	7 ก.พ 13.00น.	13 ก.พ 10.00น.	18 ก.พ 14.00น.	28 ก.พ 13.00น.
คนที่ 3	9 ม.ค 9.00น.	23 ม.ค 9.00น.	4 ก.พ 10.00น.	13 ก.พ 13.00น.	19 ก.พ 10.00น.	25 ก.พ 8.30น.	4 มี.ค 9.30น.	12 มี.ค 10.00น.
คนที่ 4	11ม.ค 13.00น.	24 ม.ค 13.00น.	31 ม.ค 13.00น.	6 ก.พ 13.00น.	15 ก.พ 13.00น.	22 ก.พ 13.00น.	27 ก.พ 10.00น.	8 มี.ค 13.00น.
คนที่ 5	14 ม.ค 10.00น.	21 ม.ค 9.30น.	30 ม.ค 10.00น.	4 ก.พ 13.30น.	11 ก.พ 13.00น.	20 ก.พ 10.00น.	25 ก.พ 13.00น.	11 มี.ค 9.00น.
คนที่ 6	14 ม.ค 13.00น.	21 ม.ค 13.00น.	28 ม.ค 13.00น.	5 ก.พ 13.00น.	12 ก.พ 13.00น.	19 ก.พ 13.00น.	27 ก.พ 13.00น.	5 มี.ค 10.00น.
คนที่ 7	24 ม.ค 9.00น.	31 ม.ค 9.00น.	7 ก.พ 10.00น.	15 ก.พ 9.00น.	21 ก.พ 9.00น.	28 ก.พ 10.00น.	7 มี.ค 10.00น.	15 มี.ค 10.00น.

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบแผนการทดลอง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองโดยใช้ One-Group Pretest-Posttest Design (ลัวน-
อังคณา สายยศ. 2538 : 249) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงแบบแผนการทดลองแบบ One-Group Pretest-Posttest Design

T ₁	X	T ₂
----------------	---	----------------

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1 ระยะก่อนทดลอง

1.1 ผู้วิจัยทำบันทึกถึงผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นขออนุญาตดำเนินการทดลอง

1.2 เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.2.1 ผู้วิจัยคัดเลือกแฟ้มประวัติผู้ป่วยออทิสติก ที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2544 ถึงวันที่ 27 ธันวาคม 2544 มีประวัติในแฟ้มประวัติว่ามีพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้แก่ กรีดร้องเสียงดังเมื่อไม่ได้ตั้งใจ กระแทกตัวลงกับพื้น ใช้ศีรษะโขกพื้น กัด ทบ ดึงผมตัวเอง ไม่ได้รับประทานยา มีคะแนนการประเมินภาวะออทิสติกในแฟ้มประวัติอยู่ระหว่าง 30-37 คะแนน ซึ่งหมายถึงมีภาวะออทิสติกระดับปานกลาง

1.2.2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์บิดามารดาเกี่ยวกับปัญหาการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

1.2.3 ผู้วิจัยให้บิดามารดาประเมินการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

1.2.4 ผู้วิจัยคัดเลือกบิดามารดาที่มีปัญหาการดูแลบุตรเมื่อบุตรมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และสมัครใจเข้ารับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเกี่ยวกับการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผลการคัดเลือกปรากฏว่า มีบิดามารดาจำนวน 7 คน เป็นบิดา 2 คนและมารดา 5 คน ที่มีความประสงค์เข้ารับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลดังกล่าว

1.2.5 ผู้วิจัยแจ้งให้บิดามารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทราบ นัดวันและเวลาเข้ารับการให้คำปรึกษาตามโปรแกรมที่กำหนด

1.2.6 เตรียมห้องให้คำปรึกษา อุปกรณ์ในการทดลอง ได้แก่ แฟ้มประวัติ สมุดตารางนัด เครื่องบันทึกเสียง สื่ออุปกรณ์ในการสาธิตการเล่นกับบุตร

1.2.7 แจ้งให้บิดาหรือมารดาทราบและนัดวันเวลาเพื่อประชุมนิเทศชี้แจงขั้นตอนการทดลอง ตลอดจนการทดลอง วัตถุประสงค์ บทบาทหน้าที่ นัดวัน เวลา สถานที่การให้คำปรึกษาโดยเริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 8 มกราคม 2545 ไปจนถึงวันที่ 15 มีนาคม 2545

2. ระยะการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง

ดำเนินการทดลองโดยวิธีการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมตามโปรแกรมที่กำหนดตามวันและเวลาที่บิดามารดาเลือกไว้จำนวน 6 ครั้ง

3. ระยะหลังการทดลอง

3.1 เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยปัจฉิมนิเทศ และยุติการให้คำปรึกษา สรุป และให้บิดามารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

3.2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินการดูแลบุตรออทิสติก ของบิดามารดาเพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบคะแนนการดูแลบุตรก่อนและหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมจากการประเมินการดูแลบุตรตามแบบประเมินการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

วิธีจัดการกับข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพื้นฐานได้แก่

1 ค่าเฉลี่ย (Mean) (ล้วน-อังคณา สายยศ. 2538 :73)

2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) (ล้วน-อังคณา สายยศ. 2538 :73)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลแบบประเมินการดูแลบุตรออทิสติกพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window

3 สถิติสำหรับทดสอบสมมติฐาน โดยการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการประเมินการดูแลบุตรออทิสติกมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองก่อนและหลังการได้รับคำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมโดยใช้ t-test for Dependent Samples (พวงรัตน์ ทวีรัตน์.2540:165)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษาคั้ง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผลการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ที่มีต่อการดูแลบุตรออทิสติกเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองดังนี้

1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบิดามารดาของเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

2 การเปรียบเทียบผลการประเมินการดูแลบุตรก่อนและหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตาราง 3 และ 4 ดังนี้

ตาราง 3 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบิดามารดาของเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
สถานภาพที่เกี่ยวข้องกับเด็ก	
เป็นบิดา	2
เป็นมารดา	5
อายุของบิดามารดา	
20 - 30 ปี	2
31 – 40 ปี	2
31 – 45 ปี	3
อาชีพบิดา	
รับจ้าง	5
รับราชการ	1
อาชีพอิสระ	1
อาชีพของมารดา	
อาชีพอิสระ	4
แม่บ้าน	2
รับจ้าง	1

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
รายได้รวมทั้งหมดของครอบครัว	
20,000 บาทขึ้นไป	5
4,000 – 9,000 บาท	1
ต่ำกว่า 4,000 บาท	1
การศึกษาของบิดา	
ปริญญาตรี	4
อนุปริญญา	1
มัธยมศึกษา	1
ประถมศึกษา	1
การศึกษาของมารดา	
ปริญญาตรี	3
อนุปริญญา	1
มัธยมศึกษา	2
ประถมศึกษา	1
ลักษณะครอบครัว	
ครอบครัวเดี่ยว	6
ครอบครัวขยาย	1
เด็กออทิสติกเป็นบุตรลำดับที่	
บุตรคนเดียว	5
บุตรคนที่ 3	2

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาจำนวน 5 คน เป็นบิดาจำนวน 2 คน อายุ อยู่ระหว่าง 31- 45 ปีมี 3 คน อายุระหว่าง 20 – 30 ปี และ 31 – 40 ปี มีจำนวนเท่ากันคือ 2 คน บิดาสส่วนมากมีอาชีพรับจ้าง และมารดาประกอบอาชีพอิสระ มีรายได้รวมทั้งครอบครัว 20,000 บาทขึ้นไป 5 ครอบครัว รายได้ 4,000 – 9,000 บาท และรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาท มีจำนวนเท่ากันคือ 1 ครอบครัว บิดาและมารดามีการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 4 และ 3 คนตามลำดับ เป็นครอบครัวเดี่ยวจำนวน 6 ครอบครัว และครอบครัวขยายจำนวน 1 ครอบครัว นอกจากนี้เด็กออทิสติกที่เป็นบุตรคนเดียวมีจำนวน 5 คน และเป็นบุตรคนที่ 3 มีจำนวน 2 คน

ตาราง 4 แสดงคะแนนการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบิดามารดา ก่อนและหลังการให้คำปรึกษารายบุคคล (n = 7 คน)

การดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง	คะแนนก่อนการให้คำปรึกษารายบุคคล	คะแนนหลังการให้คำปรึกษารายบุคคล
การดูแลเมื่อบุตรกรีดร้อง		
1 พุดห้ามไม่ให้กรีดร้องด้วยเสียงปกติ	18	22
2 พุดห้ามด้วยเสียงดังกว่าปกติ	12	18
3 แสดงสัญลักษณ์ให้เงียบ	11	20
4 ทำโทษให้รู้สึกเจ็บ	14	24
5 งัดของเล่น ของรับประทาน	9	15
6 พุดขู่	16	24
7 ไม่ให้ความสนใจขณะกรีดร้อง	10	18
8 ให้ความสนใจทันทีที่กรีดร้อง	12	21
9 เปลี่ยนความสนใจ	14	26
10 ควบคุมตัวออกจากจุดที่กรีดร้อง	16	23
11 ให้ขนม ของเล่นที่ต้องการทันที	19	24
12 ให้ขนม ของเล่นที่ต้องการเมื่อหยุดกรีดร้อง	13	19
13 ชมเชยเมื่อหยุดกรีดร้อง	12	25
รวมคะแนนการดูแลบุตรเมื่อกรีดร้อง	176	279
การดูแลเมื่อกระแทกตัวลงกับพื้น		
1. พุดห้ามด้วยเสียงปกติ	19	18
2. พุดห้ามด้วยเสียงดังกว่าปกติ	12	19
3. แสดงสัญลักษณ์ไม่ให้กระแทกตัว	10	18
4. พุดขู่	16	23
5. ไม่ให้ความสนใจขณะกระแทกตัวลงกับพื้น	11	20
6. ให้ความสนใจทันทีที่กระแทกตัวลงกับพื้น	14	22
7. ทำโทษให้รู้สึกเจ็บ	15	25
8. เก็บของเล่นไม่ให้เล่น	10	17
9. ควบคุมตัวออกจากจุดที่กระแทกตัว	15	23

ตาราง 4 (ต่อ)

การดูแลบุตรออทิสติก ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง	คะแนนก่อนการให้ คำปรึกษารายบุคคล	คะแนนหลังการให้คำ ปรึกษารายบุคคล
10. เปลี่ยนความสนใจ	13	25
11. ให้สิ่งที่ต้องการทันทีที่กระแทกตัวลงกับพื้น	21	23
12. ให้สิ่งที่ต้องการเมื่อหยุดกระแทกตัวลงกับพื้น	10	19
13. ชมเชยเมื่อหยุดกระแทกตัวลงกับพื้น	9	22
รวมคะแนนการดูแลบุตรเมื่อกระแทก	175	274
การดูแลบุตรเมื่อเอาศีรษะโขกพื้น ,ทุบ ,กัด ,ดึงผมตัวเอง		
1. จับตัวไว้ไม่ให้ทำ	21	23
2. พูดห้ามทำด้วยเสียงปกติ	21	19
3. พูดห้ามด้วยเสียงดังกว่าปกติ	11	20
4. แสดงสัญลักษณ์ห้ามทำ	9	16
5. พูดขู่	17	26
6. ทำโทษให้รู้สึกเจ็บ	17	27
7. ควบคุมตัวออกจากจุดที่กำลังทำร้ายตนเอง	18	21
8. เปลี่ยนความสนใจ	14	19
9. ไม่ให้ความสนใจ	22	19
10. ไม่ให้สิ่งที่ต้องการทันทีที่ทำร้ายตนเอง	20	25
11. ให้สิ่งที่ต้องการเมื่อหยุดทำร้ายตนเอง	12	19
12. ชมเชยเมื่อหยุดทำร้ายตนเอง	11	24
รวมคะแนนการดูแลบุตรเมื่อเอาศีรษะโขกพื้น ทุบ ,กัด ,ดึงผมตัวเอง	193	258
รวมคะแนนการดูแลบุตรออทิสติก	544	811

จากตาราง 4 พบว่า หลังการให้คำปรึกษารายบุคคล บิดาหรือมารดาเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง มีคะแนนการดูแลบุตรเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนให้คำปรึกษารายบุคคลทั้งคะแนนการดูแลบุตรเมื่อกรีดร้องเสียงดัง เมื่อบุตรกระแทกตัวลงกับพื้น และเมื่อเอาศีรษะโขกพื้น ทุบ ,กัด ,ดึงผมตัวเอง

ตาราง 5 แสดงคะแนนการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบิดามารดาก่อนและหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (n = 7 คน)

การดูแลบุตรออทิสติก ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t
	X	SD	X	SD	
การดูแลเมื่อบุตรกรีดร้อง	25.14	5.05	39.86	4.02	5.456**
การดูแลเมื่อกระแทกตัวลงกับพื้น	25.00	4.43	41.57	4.79	7.967**
การดูแลเมื่อเอาศีรษะโขกพื้น					
ทุบ, กัด ,ดึงผมตัวเอง	29.29	4.86	39.00	5.20	4.527**
การดูแลบุตรออทิสติกที่มี พฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยรวม	77.71	13.82	115.86	11.16	6.182**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 5 พบว่า หลังการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเกี่ยวกับการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง บิดามารดามีคะแนนการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนการให้คำปรึกษารายบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

เพื่อเปรียบเทียบการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบิดามารดาก่อนและหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

การดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบิดามารดาดีขึ้นหลังจากได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นบิดามารดาเด็กออทิสติกที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2544 – วันที่ 27 ธันวาคม 2544 จำนวน 42 คน

2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาของเด็กออทิสติกที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2544 – วันที่ 27 ธันวาคม 2544 จำนวน 7 คน อายุอยู่ระหว่าง 20-45 ปี บุตรมีประวัติพฤติกรรมทำร้ายตนเองในทะเบียนประวัติ ได้แก่ กรีดร้องเสียงดังเมื่อไม่ได้ตั้งใจ กระแทกตัวเองกับพื้น ใช้ศีรษะโขกพื้น กัด หุบ ดึงผมตัวเอง บุตรไม่ได้รับการรักษาด้วยยา บุตรมีคะแนนการประเมินภาวะ ออทิสติกในทะเบียนประวัติอยู่ระหว่าง 30-37 คะแนน ซึ่งหมายถึงมีภาวะออทิสติกอยู่ระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการดูแลบุตรเมื่อบุตรมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และสมัครใจเข้ารับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีดูแลบุตรจากวิธีการเดิม กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

2.1 ผู้วิจัยคัดเลือกทะเบียนเด็กออทิสติกที่มารับบริการในระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2544 ถึงวันที่ 27 ธันวาคม 2544 มีประวัติพฤติกรรมทำร้ายตนเองในทะเบียนประวัติ ได้แก่ กรีดร้องเมื่อไม่ได้ตั้งใจ กระแทกตัวเองกับพื้น ใช้ศีรษะโขกพื้น กัดตัวเอง หุบตัวเอง ดึงผมตัวเอง มีคะแนนการประเมินภาวะ ออทิสติกในทะเบียนประวัติอยู่ระหว่าง 31- 37 คะแนน และไม่ได้รับประทานยา

2.2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์บิดามารดาที่มีบุตรออทิสติกมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเกี่ยวกับปัญหาการดูแลบุตรออทิสติกเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและมีความต้องการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลบุตรเมื่อทำร้ายตนเอง

2.3 ผู้วิจัยให้บิดามารดาประเมินการดูแลบุตรตามแบบประเมินการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

2.4 ผู้วิจัยคัดเลือกบิดามารดาที่มีปัญหาในการดูแลบุตรเมื่อบุตรมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและสมัครใจเข้ารับคำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเกี่ยวกับการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย

- 1 แบบประเมินการดูแลบุตรออทิสติกมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
- 2 โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

วิธีดำเนินการทดลอง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1 ระยะก่อนทดลอง

- 1.1 ผู้วิจัยทำบันทึกถึงผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นขออนุญาตดำเนินการ

ทดลอง

- 1.2 เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.2.1 ผู้วิจัยคัดเลือกแฟ้มประวัติผู้ป่วยออทิสติก ที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2544 ถึงวันที่ 27 ธันวาคม 2544 มีประวัติในแฟ้มประวัติว่ามีพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้แก่ กรีดร้องเสียงดังเมื่อไม่ได้ดังใจ กระแทกตัวลงกับพื้น ใช้ศีรษะโขกพื้น กัด ทูบ ดึงผมตัวเอง ไม่ได้รับประทานยา มีคะแนนการประเมินภาวะออทิสติกในแฟ้มประวัติอยู่ระหว่าง 30-37 คะแนน ซึ่งหมายถึงมีภาวะออทิสติกระดับปานกลาง

- 1.2.2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์บิดามารดาเกี่ยวกับปัญหาการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

- 1.2.3 ผู้วิจัยให้บิดามารดาประเมินการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

1.2.4 ผู้วิจัยคัดเลือกบิดามารดาที่มีปัญหาการดูแลบุตรเมื่อบุตรมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และสมัครใจเข้ารับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเกี่ยวกับการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผลการคัดเลือกปรากฏว่า มีบิดามารดาจำนวน 7 คน เป็นบิดา 2 คนและมารดา 5 คน ที่มีความประสงค์เข้ารับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลดังกล่าว

- 1.2.5 ผู้วิจัยแจ้งให้บิดามารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทราบ นัดวันและเวลาเข้ารับการให้คำปรึกษาตามโปรแกรมที่กำหนด

1.2.6 เตรียมห้องให้คำปรึกษา อุปกรณ์ในการทดลอง ได้แก่ แฟ้มประวัติ สมุดตารางนัด เครื่องบันทึกเสียง สื่ออุปกรณ์ในการสาธิตการเล่นกับบุตร

1.2.7 แจ้งให้บิดาหรือมารดาทราบและนัดวันเวลาเพื่อประชุมนิเทศชี้แจงขั้นตอนการทดลอง ตลอดจนการทดลอง วัตถุประสงค์ บทบาทหน้าที่ นัดวัน เวลา สถานที่การให้คำปรึกษาโดยเริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 8 มกราคม 2545 ไปจนถึงวันที่ 15 มีนาคม 2545

2. ระยะการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง

ดำเนินการทดลองโดยวิธีการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมตามโปรแกรมที่กำหนดตามวันและเวลาที่บิดามารดาเลือกไว้จำนวน 6 ครั้ง

3.ระยะหลังการทดลอง

3.1 เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยปัจฉิมนิเทศ และยุติการให้คำปรึกษา สรุป และให้บิดามารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

3.2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินการดูแลบุตรออทิสติก ของบิดามารดาเพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์โดยเปรียบเทียบคะแนนที่ได้จากการประเมินการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรม ทำร้ายตนเองของบิดามารดาก่อนและหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม โดยใช้การทดสอบ t-test for Dependent Samples

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า หลังจากได้รับคำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม บิดามารดามีการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อวิเคราะห์คะแนนการดูแลบุตรรายด้านแล้วพบว่า บิดามารดามีการดูแลบุตร “เมื่อกรีดร้องเสียงดัง” “กระแทกตัวเองลงกับพื้น” และ “เมื่อเอาศีรษะโขกพื้น ทูบตัวเอง กัดตัวเอง ดึงผมตัวเอง” ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่มีต่อการดูแลบุตร ออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบิดามารดาเด็กออทิสติก คลินิกพิเศษ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น กรุงเทพมหานคร พบว่า

การดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมกรีดร้องเสียงดัง กระแทกตัวเองลงกับพื้น เอาศีรษะโขกพื้น กัดตัวเอง ทูบตัวเอง ดึงผมตัวเอง เองของบิดาหรือมารดาเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่พึงประสงค์หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกัน รู้สึกอบอุ่นผ่อนคลาย พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการเข้าสู่กระบวนการปรึกษา ผู้วิจัยใช้เทคนิคต่างๆในการให้คำปรึกษา ได้แก่ การฟัง การใช้คำถามปลายเปิดและปลายปิด การสรุปความ การทวนความ การสะท้อนความรู้สึก การตีความและให้กำลังใจ ซึ่งเทคนิคเหล่านี้จะช่วยให้บิดามารดาได้เข้าใจถึงสาเหตุของการทำร้ายตนเองของบุตรที่มีหลายสาเหตุ รวมทั้งสาเหตุจากการดูแลของบิดามารดาด้วย ตลอดจนเข้าใจผลกระทบที่เกิดขึ้น และเทคนิคการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่ใช้ในกระบวนการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเกี่ยวกับการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ผู้วิจัยได้นำมาปฏิบัติคือ เทคนิคแม่แบบ กรณีตัวอย่าง การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเสริมแรงทางสังคม การบันทึกพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบุตรขณะอยู่ที่บ้าน

จากการศึกษาพบว่าบิดาหรือมารดาของเด็กออทิสติกดูแลบุตรออทิสติกเมื่อมีพฤติกรรมกรีดร้องเสียงดังเปลี่ยนแปลงไป พบว่าบิดามารดาให้การชมเชยบุตรเมื่อหยุดกรีดร้องเสียงดังเพิ่มขึ้นจากเดิมซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงก่อนสิ่งอื่น และเปลี่ยนความสนใจเพื่อให้บุตรสนใจอย่างอื่นก่อนที่บุตรจะโกรธรุนแรงจนทำร้ายตนเอง การเปลี่ยนความสนใจส่วนใหญ่บิดามารดาจะชวนบุตรเล่นของเล่นที่อยู่ใกล้ๆ ช่วยเหลือจับมือเล่นของเล่น และควบคุมตัวบุตรออกจากจุดที่กำลังกรีดร้องเพื่อช่วยให้บุตรสงบ และยังใช้การเพิกเฉยเมื่อพบว่าบุตรกรีดร้องอย่างไม่มีเหตุผล ไม่ให้สิ่งของที่ต้องการขณะกรีดร้อง และยังพบอีกว่าบิดามารดาลดการทำโทษให้รู้สึกเจ็บลงอย่างเต็มใจ ลดการพูดซ้ำให้เด็กกลัวลง โดยใช้การงดของเล่น งดสิ่งของที่เด็กต้องการแทน บิดามารดาใช้สัญญาณห้ามกรีดร้องเสียงดังเพื่อเตือนเด็กให้หยุดกรีดร้องเพิ่มขึ้น การพูดเสียงดังกับบุตรขณะบุตร

พฤติกรรมนิยมเกี่ยวกับการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

หลังจากได้รับการให้คำปรึกษามีผลทำให้บิดามารดาได้เลือกการดูแลบุตรออทิสติกเมื่อมีพฤติกรรมร้องเสียงดังใหม่ โดยพบว่าการเปลี่ยนความสนใจเพื่อให้บุตรสงบนั้นบิดามารดาเริ่มปฏิบัติตั้งแต่ขณะบุตรโกรธมากจนทำร้ายตนเองเพื่อให้บุตรสงบ จนถึงในช่วงท้ายๆของการให้คำปรึกษาพบว่าบิดามารดาสามารถเปลี่ยนความสนใจเมื่อสังเกตเห็นว่าบุตรกำลังจะโกรธซึ่งทำให้บุตรไม่ทำร้ายตนเอง มีการเตรียมของเล่นให้บุตรเพื่อให้การดูแลรวดเร็วขึ้น ซึ่งเป็นการดูแลบุตรในเชิงป้องกันการทำร้ายตนเองที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานความรู้ที่ได้รับการให้คำปรึกษาและประสบการณ์การดูแลบุตรของตนเอง บิดามารดามีการชมเชยเมื่อหยุดกรีดร้องอย่างเป็นธรรมชาติโดยการกอด และหอมบุตร พุดชมเชย การมองบุตรอย่างสนใจ ซึ่งก่อนรับคำปรึกษาบิดามารดากลุ่มตัวอย่างทั้ง 7 คนกล่าวว่าแทบไม่ได้ชมเชยบุตรเลยเนื่องจากบุตรมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกือบทั้งวัน และจากการทดลองยังพบว่าบิดามารดาลดวิธีการทำโทษให้รู้สึกเจ็บขณะบุตรกรีดร้องเสียงดังลง ทั้งสิ่งของที่เคยเตรียมไว้ทำโทษบุตร เช่น หนังสติ๊ก ไม้ที่บุตรเห็นแล้วรับรู้ว่าจะต้องได้รับโทษแน่นอน และยังพบอีกว่าบิดามารดาลดการชู้ให้บุตรรู้สึกกลัวลงด้วย แสดงให้เห็นว่าเมื่อมีวิธีการดูแลบุตรวิธีการอื่นที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการของบิดามารดา บิดามารดาก็จะเลือกใช้ในการดูแลบุตร และยังพบอีกว่าบิดามารดาไม่ให้ความสนใจเมื่อบุตรกรีดร้องอย่างไม่มีเหตุผล บิดามารดากล่าวว่าสามารถแยกได้ว่าบุตรแสดงพฤติกรรมกรีดร้องเพราะอะไร มีการซักถามและพุดเตือนให้บุตรหยุดกรีดร้องด้วยเสียงปกติ ใช้สถานการณ์นั้นสอนให้บุตรแสดงออกอย่างเหมาะสมแทนโดยไม่แสดงความโกรธบุตร ส่งสัญญาณให้บุตรควบคุมตัวเองและช่วยเหลือให้รู้สึกผ่อนคลายขณะรอคอยการตอบสนองความต้องการ พบว่าบิดามารดาปรับเปลี่ยนการพุดเตือนบุตร ซึ่งเดิมเคยพุดเตือนด้วยเสียงดังมากเพื่อใช้เสียงขู่บุตรให้หยุดกรีดร้อง พบว่าพุดเสียงดังกับบุตรขณะกรีดร้องลดลง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมกรีดร้องเสียงดังไปในทิศทางที่เหมาะสม

สำหรับการดูแลบุตรออทิสติกเมื่อกระแทกตัวเองกับพื้นพบว่า บิดามารดาได้ใช้วิธีเปลี่ยนความสนใจชวนให้สนใจเล่นอย่างอื่นมากที่สุด พยายามควบคุมตัวบุตรออกจากจุดที่กระแทกตัวเองกับพื้นไปก่อนซึ่งเป็นการเปลี่ยนสถานการณ์เพื่อช่วยให้บุตรสงบ ผลจากการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมทำให้บิดาหรือมารดามีทางเลือกในการดูแลบุตรมากขึ้น และยังพบอีกว่าบิดามารดา ลดการทำโทษให้รู้สึกเจ็บขณะบุตรกำลังกระแทกตัวเองกับพื้นหันมาใช้วิธีการงดของเล่น งดขนมที่ชอบ งดกิจกรรมที่บุตรชอบแทน ในด้านการพุดกับบุตร บิดามารดาพุดห้ามบุตรไม่ให้กระแทกตัวเองกับพื้นด้วยเสียงปกติ งดกิจกรรมที่ชอบเมื่อมีพฤติกรรมกระแทกตัวเองกับพื้นแทน และยังพบอีกว่าบิดามารดาลดการพุดขู่เสียงดังลง ให้ความสนใจและให้สิ่งของที่ต้องการเมื่อบุตรหยุดกระแทกตัวเองกับพื้น มีการชมเชยเมื่อหยุดกระแทกตัวเองกับพื้นมากขึ้น ซึ่งการดูแลบุตรออทิสติกเมื่อมีพฤติกรรมกระแทกตัวเองกับพื้น เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ส่วนในการดูแลบุตรออทิสติกเมื่อบุตรมีพฤติกรรม เอาศีรษะโขกพื้น กัดตัวเอง ทบตัวเอง ดึงผมตัวเอง บิดามารดา ใช้วิธีจับตัวไว้ไม่ให้ทำ พยายามเปลี่ยนความสนใจโดยการควบคุมตัวบุตรออกจากจุดที่กำลังทำร้ายตนเองไปก่อนเพื่อให้สนใจสถานการณ์ใหม่ ช่วยจับมือบุตรทำกิจกรรมใหม่ที่นำมาชวนให้สนใจจนสงบ เพื่อให้บุตรสนใจสิ่งที่กำลังทำอยู่ ขณะดูแลบุตรทำร้ายตนเองบิดามารดาพุดห้ามไม่ให้ทำร้ายตนเองด้วยเสียงปกติแม้ว่าบุตรจะไม่เข้าใจ ไม่ใช้การทำโทษให้รู้สึกเจ็บ ไม่พุดขู่ให้บุตรกลัว เมื่อบุตรหยุดทำร้ายตนเองบิดามารดาชมเชยบุตรทันที และให้สิ่งของที่บุตรต้องการเมื่อหยุดทำร้ายตนเอง การดูแลบุตรเมื่อบุตรเอาศีรษะ

โชคพื้น ทุบตัวเอง กัดตัวเอง ดึงผมตัวเองเปลี่ยนแปลงไป บิดามารดาเลือกวิธีการดูแลที่ทำให้บุตรเรียนรู้ใหม่ ช่วยเหลือชี้แนะให้แสดงออกอย่างเหมาะสม ซึ่งการเปลี่ยนความสนใจจะช่วยลดความรุนแรงในการทำร้ายตนเองลง จากการทดลองพบว่าบิดามารดาทั้งหมดมีการเปลี่ยนแปลงการดูแลโดยลดการทำโทษให้รู้สึกเจ็บก่อนอย่างอื่น และเปลี่ยนความสนใจเมื่อพบว่าบุตรกำลังจะทำร้ายตนเอง พบการตอบสนองจากบุตรที่ทำให้บิดามารดาพอใจ เช่นการหยุดทำร้ายตนเอง หันมามองบิดามารดา

จากการศึกษาพบว่าบิดามารดาออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองทั้ง 7 คนได้มีการเตรียมตัวป้องกันการทำร้ายตนเองของบุตร การดูแลมีความห่วงใยทันเหตุการณ์มากขึ้น ยึดหยุ่นในการดูแลบุตรมากขึ้น และปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันใหม่โดยลำดับความสำคัญในการดูแลบุตรขณะทำร้ายตนเองก่อนงานบ้าน และยังกล่าวว่ามีหนทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุตรมากขึ้น รู้สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบุตร คาดคะเนได้ว่าพฤติกรรมที่บุตรแสดงออกขณะกำลังเผชิญอยู่หากไม่รีบจัดการจะทำให้เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองตามมา ทำให้ตั้งรับได้ทัน พฤติกรรมทำร้ายตนเองที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง ระยะเวลาที่เกิดสั้นลงบางวันบุตรไม่ทำร้ายตนเองเลย บิดามารดาู้สึกมีความสุขมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ วิง (Wing, 1996 : 112) ที่กล่าวว่าเมื่อรู้สาเหตุของความโกรธและทำร้ายตนเองของเด็ก ออทิสติกทำให้สามารถหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดขึ้นได้ หรือถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้อย่างน้อยที่สุดก็ทำให้ตั้งรับได้ทัน และสอดคล้องกับ ชอบเลอร์ และเมซิบอฟ (Scholer and Mesibov, 1994:168) ที่กล่าวว่าการฝึกสอนครอบครัวเด็กออทิสติกให้รู้วิธีควบคุมและจัดการกับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และเพิ่มความสามารถในการสอน พัฒนาทักษะที่มีอยู่ให้เพิ่มมากขึ้นจะทำให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ แสดงว่าการกระบวนการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้บิดามารดาเด็ก ออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองดูแลบุตรขณะทำร้ายตนเองอย่างเหมาะสม มีผลให้ บิดามารดามีความมั่นใจในการตัดสินใจให้การดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

จากการศึกษาพบว่าบิดามารดาสามารถประยุกต์ใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลบุตรได้ ได้แก่ ใช้เทคนิคการเพิกเฉยเมื่อบุตรทำร้ายตนเองเพื่อเรียกร้องความสนใจโดยก่อนเพิกเฉยได้บอกให้รู้ว่าไม่ชอบให้แสดงพฤติกรรมเช่นนี้แม้ว่าบุตรจะไม่เข้าใจ แล้วคอยสังเกตบุตรอยู่ห่างๆให้อยู่ในสายตาแต่ไม่ตอบสนองแบบเดิม เมื่อบุตรสงบบิดามารดาก็ให้ความสนใจทันที ชมเชย และให้สิ่งที่ต้องการเมื่อหยุดทำร้ายตนเองกรณีที่สิ่งของนั้นสามารถให้ได้ หากบุตรต้องการสิ่งของที่ไม่ได้บิดามารดาหาสิ่งใหม่มาทดแทน ไม่ให้การตอบสนองแบบเดิมที่บุตรเคยได้รับ หากบุตรทำร้ายตนเองรุนแรงบิดามารดาจับตัวไว้อย่างมั่นคง และยังพบอีกว่ามีการลูบหลังบุตรขึ้นลงเบาๆพร้อมกับพูดกับบุตรด้วยเสียงปกติเพื่อช่วยให้บุตรสงบ เมื่อบิดามารดาสังเกตได้ว่าบุตรเริ่มสงบบิดามารดากอดและ ชมเชยบุตรซึ่งเป็นการเสริมแรงกับพฤติกรรมดีของบุตร และการเปลี่ยนความสนใจพาเล่นของเล่นในบ้านที่มีอยู่ไม่ปล่อยให้บุตรอยู่คนเดียว ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลบุตรที่เกิดขึ้นจากการแก้ไขสถานการณ์ขณะบุตรทำร้ายตนเอง และเป็นการสร้างการเรียนรู้ใหม่ให้บุตร จากการศึกษายังพบอีกว่าบิดามารดาทั้งหมดลดการทำโทษให้รู้สึกเจ็บลง หันมาใช้การงดสิ่งของที่บุตรต้องการพร้อมกับอธิบายให้รู้ว่าไม่ให้เพราะอะไรแม้ว่าบุตรจะไม่เข้าใจแทน และยังมีการชี้แนะให้บุตรปฏิบัติพฤติกรรมเหมาะสมโดยการจับมือช่วยเหลือให้ทำก่อนเมื่อบุตรทำได้จึงลดการช่วยเหลือลง

จากการศึกษายังพบอีกว่าบิดามารดาใช้เทคนิคการให้รางวัลเมื่อบุตรสงบมากซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงการดูแลบุตรไปจากเดิมที่พูดชมเชยบุตรน้อย ให้คำชมเมื่อบุตรเรียนหนังสือได้เท่านั้น และพบว่าบิดามารดามองหาพฤติกรรมดีของบุตรเพิ่มขึ้นและให้ความสนใจพฤติกรรมดีที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน สนใจดูแลให้บุตรมีประสบการณ์ในกิจวัตรประจำวันมากขึ้น โดยจากการศึกษาพบว่าบิดามารดากล่าวว่าได้ชมเชยบุตรด้วย

คำพูด ท่าทางเช่นการพยักหน้า การมอง การสัมผัสบุตรเบาๆ การกอด การยกนิ้วให้ทันทีที่บุตรสงบ พาไปเที่ยวในที่ที่บุตรชอบ ให้ขนม อาหารที่ชอบตามที่สัญญาไว้ และบิดามารดายังใช้การเปลี่ยนความสนใจเมื่อพบว่าบุตรกำลังใกล้จุดที่จะเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้ และสามารถส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีที่เกิดขึ้นในแต่ละวันได้ และพบว่าบิดามารดาที่แนะนำช่วยเหลือให้บุตรรอคอยในเวลาสั้นๆก่อนแล้วค่อยๆเพิ่มเวลาขึ้น สอนให้บุตรบอกความต้องการและปฏิเสธ ซึ่งเป็นการสื่อสารพื้นฐานที่นำไปสู่การป้องกันการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้ และยังพบว่าบิดามารดาได้เตรียมการป้องกันพฤติกรรมทำร้ายตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสถานที่ โดยเตรียมของเล่นที่บุตรชอบเพื่อให้บุตรเล่นเมื่อต้องไปในที่ๆไม่คุ้นเคย บิดามารดาลดการทำโทษให้รู้สึกเจ็บลง เปลี่ยนมาทำโทษโดยการงดสิ่งของที่ต้องการ งดกิจกรรมที่ชอบแทน สอดคล้องกับ เพสเชล (Pueschel, 1995 : 35-36) ที่กล่าวว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญอย่างแท้จริงในเรื่องบุตรของตนเอง เข้าใจดีว่าบุตรชอบและไม่ชอบอะไร ซึ่งเด็กสามารถสื่อสารให้บิดามารดาเข้าใจได้

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่าบิดามารดาของเด็กออทิสติกมีความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลบุตร มีความสุขกับความสำเร็จที่ดูแลบุตรได้ กอดและหอมบุตรอย่างมีความสุขมากขึ้น บิดามารดากล่าวว่าบุตรทำร้ายตนเองลดลง และไม่กลัวว่าบุตรจะทำร้ายตนเองอีกแล้วเพราะสามารถสอนให้บุตรแสดงออกอย่างเหมาะสมได้มั่นใจว่าสักวันหนึ่งบุตรคงรู้และเข้าใจ บิดามารดาแสดงความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนอย่างเห็นได้ชัด มีความอดทนกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบุตร ยอมรับบุตรและหาสาเหตุการทำร้ายตนเองได้รวดเร็วมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภรัตน์ เอกอัศวิน (2540 : 4) ที่ได้ประเมินผลการฝึกผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองมีความสุขเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลบุตร และการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ โพรบ (Probst, 2000 : 1) ที่ได้ศึกษาผลการฝึกผู้ปกครองเด็กออทิสติกแบบกลุ่มในประเทศเยอรมันนี้พบว่าผู้ปกครองเด็ก ออทิสติกมีความสุขมากขึ้น สัมพันธภาพของผู้ปกครองกับเด็กดีขึ้น

จากการทดลองครั้งนี้พบว่าบิดามารดาที่มีการบันทึกพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบุตร สาเหตุการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่บ้าน เพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงในการพบกับผู้ให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง และแสดงความภูมิใจมากที่ป้องกันพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบุตรได้ และผลกระทบที่เกิดขึ้นคือบุตรมี พฤติกรรมทำร้ายตนเองลดลง ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลบุตรนี้เกิดขึ้นจากกระบวนการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ดังที่ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 179) กล่าวว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง และสิ่งแวดล้อม สามารถพิจารณาและหาทางแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่และพัฒนาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1 ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่มีต่อการดูแลบุตรออทิสติกพฤติกรรมทำร้ายตนเองหลังจากได้รับคำปรึกษาไปแล้วเป็นระยะเวลาเช่น 3 เดือน 6 เดือน เป็นต้น

1.2 ควรมีการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมในการช่วยเหลือบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองในกระบวนการรักษาเด็กออทิสติกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา

2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้า

2.1 เนื่องจากเด็กออทิสติกมีปัญหาพฤติกรรมทำร้ายตนเองทำให้ผู้ดูแลมีความยุ่งยากในการดูแลเป็นอย่างมากจึงควรมีการศึกษาผลการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมในการดูแลบุคคลออทิสติกในปัญหาพฤติกรรมทำร้ายตนเองอื่นๆที่รุนแรง เช่น การล้วงคอตนเองให้อาเจียนซ้ำๆ

2.2 ควรมีการสร้างโปรแกรมการดูแลบุคคลออทิสติกด้านการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมเหมาะสมอื่นๆ เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

2.3 ควรมีการศึกษาหาผลกระทบของการเลี้ยงดูที่มีต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองเพื่อใช้ในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่จะเกิดขึ้นใหม่

2.4 ควรมีการศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตบุคคลออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหลังจากได้รับคำปรึกษารายบุคคลในระยะยาว

2.5 ควรมีการศึกษาแบบแผนการเผชิญความเครียดของครอบครัวเมื่อมีบุตรออทิสติกมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กัญญา ธัญมณฑา. (2534). เด็กออทิสติกกับผลกระทบต่อพ่อแม่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (ภาวะจิต จิตเวชศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- กัลยา วิริยะ. (2539). การรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกและการดูแลเด็กออทิสติกในมารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กรรณาภรณ์ ดวงแจ่มกาญจน์. (2541). การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลและเป็นกลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่มีต่อความรับผิดชอบต่อนตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนเซนต์ดอมินิก. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- จอม ชุ่มช่วย. (2539). "ครอบครัวกับเด็กออทิสติก," วารสารยุวประสาทฯ . 6(1) : 6-11.
- ชูศักดิ์ จันทยานนท์. (2540). "การช่วยเหลือเด็กออทิสติกและครอบครัว", นิตยสารบันทึกคุณแม่. 5(52) : 2830.
- ประภาพรรณ นาคขำ. (2537) ผลของการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนศรีประจันต์. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ปราโมทย์ สุคนชย์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2539). DSM IV ฉบับภาษาไทย (ใช้ ICD-10) แปลและเรียบเรียง. กรุงเทพมหานคร : เจริญวิทย์การพิมพ์.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2529). การแนะแนวและการให้คำปรึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พัฒนสวรรค์ เชื้อแก้ว. (2542). การเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและแบบรายบุคคลตามพฤติกรรมนิยมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6,โรงเรียนประถมนันทรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- พะยอม อิงคตานุวัฒน์. (2542). จิตเวชเด็ก . พิมพ์ครั้งที่ 3.โครงการตำรา-ศิริราช . กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- เพ็ญแข ลีมีลา.(2540). การวินิจฉัยโรคออทิสติก. สมุทรปราการ : ช.แสงงามการพิมพ์.
- เพ็ญแข ลีมีลา. (2537). คำถามที่พบบ่อยในพ่อแม่ "เด็กออทิสติก" , วารสารยุวประสาทฯ . ปีที่ 3. ฉบับที่5. สมุทรปราการ : ช.แสงงามการพิมพ์.
- เพ็ญแข ลีมีลา. (2541). รวมเรื่องน่ารู้เกี่ยวกับ "ออทิสซึม", วารสารยุวประสาทฯ . สมุทรปราการ : ช.แสงงามการพิมพ์.
- เย็น ชีรพัฒน์ชัย. (2541). การปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียนของเด็กออทิสติก ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยวิธีการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกรในการทำแบบฝึกหัดวิชาวิทยาศาสตร์. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.

- วัลลี. เทียงธรรม.(2541).การเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและรายบุคคลตามทฤษฎี
พฤติกรรมนิยมที่มีต่อสุขภาพส่วนบุคคล และอัตมโนทัศน์ทางด้านร่างกายของนักเรียน.
ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
ถ่ายเอกสาร.
- รุ่งฤดี วงศ์ชุม.(2539). ภาวะเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.ถ่ายเอกสาร.
- ลอรีนา วัง. (2527). เด็กออทิสติก : คำแนะนำสำหรับบิดามารดาและนักวิชาการ. (รจนา ทรรทรานนท์
แปลและเรียบเรียง) กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. (2539). คู่มือสำหรับผู้ปกครองเด็กออทิสติก. กรุงเทพฯ : สวีชาญการพิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต.(2536). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สมพร สุทัศนีย์,ม.ร.ว. (2523). "ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม," เอกสารการ
สอนชุดวิชาเทคนิคการปรึกษาเบื้องต้น .หน่วยที่ 1-6. นนทบุรี:มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- อภิชัย-ประไพ ชัยดรุณ.(2536). หากลูกรักเป็นโรครักษาไม่หาย . แปลและเรียบเรียง ,กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์นามมีบุ๊คส์.
- อรศิริ ภิเศก. (2542). แบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัวเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ สศ.ม.
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อาภา จันทรสกุล .(2535). ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษาในโรงเรียน. พิมพ์ครั้งที่5.กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- Aharoni,Ruth. (1982, August). "Parents Perception of Their Autistic Child's Early Intervention Needs,"
Dissertation Abstract International. 43:2722-B.
- Bristal, M.M, &Scholar, E. (1989). "The Family in the Treatment of Autism,"*Treatment of
Psychiatric Disorder*. Washington DC : American: 249-266.
- Edelson,Stephen M. (2001, October). {Center.for the Study of Autism,Salem Oregon} "Self-Injurious
Behavior" {<http://www.autism.com/ari/pubs.html>}.
- Rzepka,Gerald .(1991, January)."Families of Autistic Children : An Assessment of Stress Coping
Systemic Functioning and Family Satisfaction,"*Dissertation Abstracts internation*.
53:108-A.
- Gray, D. E. (1994, March). "Coping with Autism : stress and strategies," *Sociology of Health &
illness A Journal of medical Sociology*. 16 : 275-300.
- Gladding, Samuel T. (2000). *Counseling A Comprehensive Profession*. 4th ed. New Jersey :
Prentice - Hall,Inc.
- Harris,Sandra L.(1994). "Treatment of Family Problems in Autism," *Behavioral Issues In Autism*. New
York : Plenum Press.

- Henderson, Daniel R. (1988, August.). "Families of Autistic Children: Stress Adaptation and Perceived need for services," *Dissertation Abstracts International*. 49:3442-B.
- Huang, I.C. (1991) "Family Stress and Coping," In Bahr, S.J. (Ed.) *Family Research. A Sixty-Year Review, 1930-1990*. 1: 289-334.
- Iwata, Brian A, et al. (1994) "Assessment and Treatment of Self-Injurious Behavior," *Behavioral Issues In Autism*. New York : Plenum Press.
- Iwata, et al. (2001, January). {Families for Early Autism Treatment, Inc} "Problematic (Aberrant) Behaviors" {<http://www.feautism.org/BAIndex.html>}.
- Morgan, S.B. (1992, February). "The Autistic Child and Family Function : A developmental Family System Perspective," *Journal of Autism & developmental Disorder*. 18 : 263-80.
- Neef, Nancy A. (1995). "Pyramidal Parents Training By Peers," *Journal Of Applied Behavior Analysis*. 28:333-337.
- Pellios, Lillian, et al. (1999). "The Impact Of Functional Analysis Methodology On Treatment Choice For Self-Injurious And Aggressive Behavior," *The Journal Of Applied Behavior Analysis*. 32:185-195.
- Powell, T.H, et al. (1992). " Meeting the Unique Needs of Fumbles," In D.E Berkley (Ed.) *Autism Identification, Education, and Treatment*. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates. 187-224.
- Pueschel, Siegfried M. ,et al. (1995). "Common Problem and disability," *The Special Child : a source book for parent of children With developmental disabilities*. New York : Maple-Vail Composition Services.
- Pueschel, Siegfried M. et al. (1995). "Parent and Professionals A Working Partnership," *The Special Child A source Book for Parents of Children With Developmental Disabilities*. 2nd ed. New york : Maple-Vail Composition Services.
- Ratter, M. & Howling, P. (1987). *Treatment of Autistic Children*. London : John Wiley & Son.
- Schopler, Eric. and Mesibov , Gray B. (1996). *Behavioral Issues In Autism*. New York : Plenum Press.
- Siegel, Bryna. (1996). *The World Of The Autistic Child*. New York : Oxford University Press, Inc.
- Volkmar, F.R. (1991). "Autism and Pervasive Development Disorders," In M. Lewis (Ed.) *Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook*. Maryland USA : Williams & Wilkins. 499-508.
- Wing, Lorna . (1996). "Reducing inappropriate behavior," *Autistic Spectrum*. London : Rowland Phototypesetting Limited.

ภาคผนวก

ข้อมูลของบิดา/มารดา

โปรดตอบข้อความจนครบ

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. ศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () ฮินดู () อื่นๆ.....
4. ความสัมพันธ์กับเด็ก () บิดา () มารดา
5. สถานภาพสมรส () คู่ () หย่าร้าง () แยกกันอยู่ () หม้าย
6. อาชีพของบิดา () รับราชการ () รัฐวิสาหกิจ () รับจ้าง () อิสระ () อื่นๆ....
- อาชีพของมารดา () รับราชการ () รัฐวิสาหกิจ () รับจ้าง () อิสระ () อื่นๆ....
7. รายได้รวมทั้งครอบครัว/เดือน () ต่ำกว่า 4,000 บาท () 4,001 – 9,000 บาท () 9,000 – 20,000 บาท () 20,000 บาทขึ้นไป
8. การศึกษาของบิดา () ไม่ได้ศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา () ประกาศนียบัตรวิชาชีพ () อนุปริญญา () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
9. อาชีพของมารดา () ไม่ได้ศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา () ประกาศนียบัตรวิชาชีพ () อนุปริญญา () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
10. ลักษณะครอบครัว () ครอบครัวเดี่ยว () ครอบครัวขยาย
11. บุตรออกท้องตกเป็นบุตรคนที่
12. ผู้ดูแลใกล้ชิดเด็ก () บิดา () มารดา () อื่นๆ ระบุ.....

แบบประเมินการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ผู้ประเมิน.....เกี่ยวข้องกับ บิดา/มารดา
ชื่อบุตร ด.ช./ด.ญ.....อายุ.....ปี
วันที่ประเมิน.....เดือน.....พ.ศ.2545

- คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบุตร
- ☐ กรีดร้อง
- ☐ กระแทกตัวลงกับพื้น
- ☐ ใช้ศีรษะโขกพื้น
- ☐ กัดตัวเอง
- ☐ ตีขมตัวเอง
- ☐ ทบตัวเอง

ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลยแม้ว่าจะมีเหตุการณ์
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติเป็นบางครั้งเมื่อมีเหตุการณ์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติบ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้งเมื่อมีเหตุการณ์
ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งเมื่อมีเหตุการณ์

พฤติกรรมทำร้ายตนเอง	การดูแลบุตรที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
กรีดร้องเสียงดัง	เมื่อบุตรกรีดร้องเสียงดังท่าน..... 1.พูดห้ามไม่ให้ตะโกน ด้วยเสียงปกติ 2.พูดห้ามด้วยเสียงดังกว่าปกติ 3.แสดงสัญลักษณ์ให้เงียบ 4.ทำโทษให้รู้สึกเจ็บ 5.งดของเล่น ของรับประทาน 6.ชูปะกั้ว 7.ไม่ให้ความสนใจขณะกรีดร้อง 8.ให้ความสนใจทันทีที่กรีดร้อง 9.เปลี่ยนความสนใจได้แก่ ชวนเล่นของเล่น จับมือทำกิจกรรมจนสงบ 10.ควบคุมตัวออกจากจุดที่กำลังกรีดร้อง 11.ให้ ขนม ของเล่นที่เด็กต้องการทันทีที่กรีดร้อง 12.ให้ขนม ของเล่นที่ต้องการเมื่อหยุดกรีดร้อง 13.ชมเชยเมื่อหยุดกรีดร้อง				

พฤติกรรมทำร้ายตนเอง	การดูแลบุตรที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็นประจำ
กระแทกตัวลงกับพื้น	เมื่อบุตรกระแทกตัวลงกับพื้น ท่าน... 1.พูดห้ามไม่ให้กระแทกตัวลงกับพื้นด้วยเสียงปกติ 2.พูดห้ามด้วยเสียงดังกว่าปกติ 3.แสดงสัญญาณไม่ให้กระแทกตัวลงกับพื้น 4.ชูให้กลัว 5.ไม่ให้ความสนใจขณะกระแทกตัวลงกับพื้น 6.ให้ความสนใจทันทีที่กระแทกตัวลงกับพื้น 7.ทำโทษให้รู้สึกเจ็บ 8. เก็บของเล่นไม่ให้เล่น งดกิจกรรมที่ชอบ 9.ควบคุมตัวออกจากจุดที่กระแทกตัวลงกับพื้น 10.เปลี่ยนความสนใจได้แก่ชวนเล่นของเล่น จับมือช่วยทำกิจกรรม 11.ให้สิ่งของที่ต้องการทันทีที่กระแทกตัวลงกับพื้น 12.ให้สิ่งของที่ต้องการเมื่อไม่กระแทกตัวลงกับพื้น 13. ชมเชยเมื่อหยุดกระแทกตัว				
เอาศีรษะโขกพื้น , ทุบ, กัดตัวเอง, ดึงผมตัวเอง	เมื่อบุตรเอาศีรษะโขกพื้น, ทุบ, กัด ,ดึงผมตัวเองท่าน... 1.จับตัวเด็กไว้ไม่ให้ทำ 2. พูดด้วยเสียงปกติว่าทำไมได้ 3. พูดห้ามด้วยเสียงดังกว่าปกติ 4. แสดงสัญญาณห้ามกระทำ 5. ชูให้กลัว 6.ทำโทษให้รู้สึกเจ็บ 7.ควบคุมตัวออกจากจุดที่กำลัง เอาศีรษะโขกพื้น, ทุบ, กัดตัวเอง ดึงผมตัวเอง 8.เปลี่ยนความสนใจได้แก่ ชวนเล่นของเล่น จับมือเล่นของเล่น อยู่กับเด็กจนสงบ 9. ไม่ให้ความสนใจ				

พฤติกรรมทำร้ายตนเอง	การดูแลบุตรที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ เป็นประจำ
	10.ให้สิ่งที่เด็กต้องการทันทีที่เอาศีรษะโขกพื้น ทูบ,กัดตัวเอง ดึงผมตัวเอง 11.ให้สิ่งที่เด็กต้องการเมื่อหยุด เอาศีรษะโขกพื้นกัดตัวเอง ดึงผมตัวเอง 12.ชมเชยเมื่อหยุด เอาศีรษะโขกพื้น ทูบ,กัดตัวเอง ดึงผมตัวเอง				

โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเกี่ยวกับการดูแลบุตร
ออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
1	การปฐมนิเทศ	1 เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา 2 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ วิธีการ บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาตลอดทั้งโปรแกรม	1 ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำตนเอง และให้ผู้รับคำปรึกษาแนะนำตนเองเพื่อสร้างความคุ้นเคย 2 ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงจุดมุ่งหมายวิธีการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษาตลอดจนกำหนดช่วงเวลา จำนวนครั้งและสถานที่ให้คำปรึกษา 3 ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถาม และพูดถึงเรื่องต่างๆ ที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการ 4 นัดวันและเวลาในการพบกันครั้งต่อไป
2	การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีดูแลบุตรที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง	1 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูดถึงปัญหาการดูแลบุตรที่ต้องการแก้ไข 2 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้วิเคราะห์สาเหตุของการดูแลบุตรที่ต้องการแก้ไข 3 เพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลบุตรที่มีความเป็นไปได้มีลำดับขั้นในการวางแผนการดูแลบุตร	ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามลำดับดังนี้ 1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษาเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา 2 ขั้นตอนการให้คำปรึกษาผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการฟัง สะท้อนความรู้สึก ใช้คำถามปลายเปิด คำถามปลายปิด การให้ความกระจ่าง การชี้แนะ การให้กำลังใจการสรุปข้อความเพื่อ 2.1 กำหนดปัญหาในการดูแลบุตรและรับรู้ปัญหาตรงกัน ลำดับปัญหาและเลือกปัญหาที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการแก้ไขมากที่สุดก่อน

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
3-6	การให้คำปรึกษา รายบุคคลในการดูแลบุตรออทิสติก	1 เพื่อติดตามผลการดูแลบุตรที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว 2 เพื่อให้บิดาหรือมารดาได้กล่าวถึงอุปสรรคปัญหาในการดูแลบุตรที่นำไปปฏิบัติ 3 เพื่อปรับเปลี่ยนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม 4 เพื่อกำหนดปัญหาลำดับต่อไปและดำเนินการแก้ไข	2.2 การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาจากข้อมูลที่ได้ และกำหนดเป้าหมายค้นหาแนวทางปฏิบัติที่เป็นไปได้ 2.3 ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาช่วยกันวิเคราะห์และคาดการณ์อย่างมีหลักเกณฑ์ว่าการดูแลบุตรตามแนวทางที่กำหนดจะมีผลอย่างไรบ้าง และแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลบุตร 2.4 ให้การชี้แนะการดูแลบุตรที่จำเป็น 2.5 การติดตามประเมินผลภายหลังการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง 3 ยุติการให้คำปรึกษาผู้ให้คำปรึกษาสรุปประเด็นการดูแลบุตรทั้งหมดที่ได้จากการให้คำปรึกษา นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป 1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาสร้างสัมพันธภาพ ชักถามถึงการดูแลบุตรตามที่กำหนดไปครั้งที่แล้วอุปสรรคในการดูแลบุตร 2 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา 2.1 กำหนดปัญหาในการดูแลบุตรออทิสติก ที่เกิดขึ้นจากการดูแลที่ปฏิบัติไปแล้ว 2.2 วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น 2.3 กำหนดการปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและปฏิบัติได้ง่าย 2.4 กำหนดปัญหาใหม่ที่ยังไม่ได้แก้ไข วิเคราะห์หาสาเหตุเพิ่มเติม และกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
7	การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง	1 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูดถึงการดูแลบุตรที่ปฏิบัติไปแล้ว 2 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามั่นใจในการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง 3 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถดูแลบุตรเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเอง	2.5 คาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นและการแก้ไขด้วยตนเองที่บ้าน 2.6 ให้การชี้แนะการดูแลบุตรเพิ่มเติม 2.7 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปการดูแลบุตรที่นำไปปฏิบัติ ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม 3 ยุติการให้คำปรึกษานัดหมายครั้งต่อไป 1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาพูดคุยซักถามเรื่องการดูแลบุตรที่ปฏิบัติที่บ้าน ที่ผู้รับคำปรึกษาปฏิบัติได้ดีและรู้สึกภูมิใจ 2 ขั้นให้คำปรึกษา 2.1 กำหนดปัญหาการดูแลบุตรในด้านป้องกันการทำร้ายตนเอง 2.2 วิเคราะห์หาสาเหตุการดูแลบุตร 2.3 กำหนดเป้าหมายการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง 2.4 คาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นและการแก้ไข 2.5 ผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะการดูแลบุตรเพิ่มเติม 2.6 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง 3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม นัดหมายการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
8	ปัจจัยนิเทศ	1 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปผลที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา 2 เพื่อยุติการให้คำปรึกษา 3 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ประเมินการดูแลบุตรออกิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง	1 ผู้ให้คำปรึกษาสนทนากับผู้รับคำปรึกษา สรุปขั้นตอนการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เกี่ยวกับการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง 2 ให้ผู้รับคำปรึกษาแสดงความคิดเห็นที่กำหนดจะมีผลอย่างไรบ้าง และแก้ไข ปัญหาเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลบุตร 2.3การติดตามประเมินผลภายหลังการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง 3ยุติการให้คำปรึกษาผู้ให้คำปรึกษาสรุปประเด็นการดูแลบุตรทั้งหมดที่ได้จากการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 1

เรื่อง “การปฐมนิเทศ”

วัตถุประสงค์

1 เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกคุ้นเคย ไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ วิธีการ โปรแกรมการให้คำปรึกษา ตลอดจน บทบาทหน้าที่ของผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษา

เวลา 50 นาที

วิธีดำเนินการ

1 ผู้ให้คำปรึกษาสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาแนะนำตัวเองและให้ผู้รับคำปรึกษาแนะนำตัวเอง ผู้ให้คำปรึกษาซักถามผู้รับคำปรึกษาในเรื่องทั่วไปและเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษา พูดคุยอย่างผ่อนคลายเพื่อสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจซึ่งกันและกัน และตกลงกันกับผู้รับคำปรึกษาในการใช้สรรพนามแทนตนเองที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการให้ใช้ ผู้ให้คำปรึกษาขออนุญาตเรียกชื่อตามที่ผู้รับคำปรึกษาบอกตลอดการรับคำปรึกษา

2 ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เกี่ยวกับการดูแลบุตรออกิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยกล่าวถึงวิธีการให้คำปรึกษา บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษา ขอบเขตของการให้คำปรึกษา วันที่มารับคำปรึกษา ความต่อเนื่องกันตลอด 8 ครั้ง ของการให้คำปรึกษา เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษา การเลื่อนนัดหมายเมื่อมีความจำเป็น สิ่งที่ต้องปฏิบัติระหว่างการให้คำปรึกษา จรรยาบรรณของการให้คำปรึกษา

3 ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถาม และพูดคุยถึงเรื่องต่างๆ ผู้ให้คำปรึกษา รับฟังอย่างตั้งใจและให้กำลังใจ

4 ผู้ให้คำปรึกษาซักถามผู้รับคำปรึกษาถึงสิ่งที่ได้รับในการรับคำปรึกษาครั้งนี้ และสรุปในเรื่องวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครั้งนี้ และผู้ให้คำปรึกษาได้นำตารางนัดให้ผู้รับคำปรึกษาเลือกวันและเวลาในการพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้รับคำปรึกษาแสดงความไว้วางใจผู้รับคำปรึกษา ถ้าพูดคุยซักถามข้อสงสัย ให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษา
2. ผู้รับคำปรึกษาสามารถสรุปสิ่งที่ได้รับจากการพูดคุยกันในครั้งนี้

โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
เกี่ยวกับการดูแลบุตรออทิสติก
ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
ครั้งที่ 2

วัตถุประสงค์

- 1 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้กล่าวถึงการดูแลบุตรที่ผ่านมา
- 2 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้วิเคราะห์สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบุตร
- 3 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักถึงผลของการดูแลต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบุตร
- 4 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้กำหนดเป้าหมายและขั้นตอนในการดูแลบุตรที่เป็นไปได้

เวลา 50 นาที

อุปกรณ์

- 1 ของเล่นสำหรับเด็ก
- 2 เอกสารความรู้ได้แก่ การฝึกรอยยิ้ม การสอนให้เด็กบอกความต้องการ การปฏิเสธ
- 3 กระดาษ A4 ปากกา

วิธีดำเนินการ

1 ขั้นสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับคำปรึกษาเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความคุ้นเคย มีความพร้อมที่จะสนทนากันต่อไป

2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาทั่วไปได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิดและปลายปิด การฟังอย่างตั้งใจ การสะท้อนความรู้สึก การตีความ การสังเกต การให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้กล่าวถึงปัญหาการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ลักษณะการทำร้ายตนเอง ปัญหาการดูแลบุตรของบิดามารดาขณะทำร้ายตนเอง สาเหตุการทำร้ายตนเอง ที่บิดามารดาทราบว่าเมื่อไหร่บ้าง และมีสถานการณ์ใดบ้างที่ทำให้เกิดปัญหาการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเรียงตามลำดับที่เกิดขึ้นบ่อย

2.1 การวิเคราะห์หาสาเหตุปัญหาการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และจำแนกข้อมูลที่เป็นสาเหตุของปัญหาการดูแลบุตร

2.2 การวินิจฉัย เป็นการพิจารณาไตร่ตรองสาเหตุของปัญหาการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง 1 พฤติกรรมในสถานการณ์ที่ ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเห็นตรงกันว่าจะปรับวิธีการดูแลได้ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษาว่าเป็นสาเหตุที่แท้จริง

2.3 การค้นหาและกำหนดแนวทางใหม่ ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาตั้งเป้าหมายว่า จะเปลี่ยนแปลงการดูแลบุตรอย่างไรบ้าง ในสถานการณ์ใด และมีเป้าหมายย่อยๆ ในการปฏิบัติ กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติ

2.4. ขั้นการคาดการณ์อย่างมีหลักเกณฑ์ เป็นการคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองทั้งทางบวกและทางลบ การแก้ไขสถานการณ์ของผู้รับคำปรึกษา และการปรับเปลี่ยนการดูแลบุตรด้วยตนเอง

2.5 ขั้นการให้คำปรึกษาผู้ให้คำปรึกษาให้การช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาโดย ใช้เทคนิคต่อไปนี้

(1) เทคนิคการเสริมแรง เป็นการให้กำลังใจในระหว่างการรับคำปรึกษา ได้แก่การกล่าวชมเชยโดยตรง การยิ้มพยักหน้าแสดงความเห็นด้วย และการยืนยันเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเชื่อมั่น

(2) การให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับในด้านการดูแลบุตรที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาชี้ให้เห็นถึงสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้น เพื่อการปรับเปลี่ยนและคงไว้

(3) การชี้แนะ โดยผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางปฏิบัติโดยตรงขณะให้คำปรึกษา 1-2 แนวทาง โดยเลือกชี้แนะจากการพิจารณาร่วมกันกับผู้รับคำปรึกษาได้แก่

- 1 การฝึกรอคอยเมื่อบุตรมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเนื่องจากรอคอยไม่ได้
- 2 การบอกความต้องการด้วยคำพูดคือ “ขอ” และภาษาท่าทางคือ แบมือ
- 3 การสอนให้บุตรปฏิเสธ เมื่อเด็กยังปฏิเสธไม่ได้
- 4 การค่อยๆ ให้เด็กเผชิญการเปลี่ยนแปลง เมื่อเด็กทำร้ายตนเองเพราะ

ต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

5 การเพิกเฉยเมื่อเด็กแสดง พฤติกรรมทำร้ายตนเองเพื่อเรียกร้องความสนใจอย่างไม่เหมาะสม และเคยได้รับความสนใจ

6 การทำโทษ

7 การให้รางวัลเมื่อทำพฤติกรรมที่เหมาะสม

8 การเปลี่ยนความสนใจเมื่อพบว่าเด็กใกล้จะทำร้ายตนเอง

9 การช่วยเหลือเด็กให้รู้จักเล่นของเล่นโดยจับมือทำกิจกรรมก่อนแล้วลด การ

ช่วยเหลือลง

10 การควบคุมเด็กเมื่อทำร้ายตนเอง

10 การสอนให้เด็กรู้สัญญาณการห้าม เพื่อใช้เตือนให้เด็กรู้ว่ากระทำไม่ได้

11 การเล่นกับบุตรเพื่อป้องกันพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

12 ทางเลือกในการปฏิบัติอื่นๆที่เกิดจากการพูดคุยและวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อให้บิดา

มารดาได้นำไปประกอบการตัดสินใจประยุกต์ใช้ในการดูแลบุตรที่บ้าน

(4) เทคนิคแม่แบบ เป็นการสาธิตการเช่น จับมือช่วยบุตรเล่นของเล่นและลดการช่วยเหลือลง การสัมผัสโดยการลูบหลังผ่อนคลายขณะบุตรกำลังโกรธ การควบคุมตัวขณะบุตรทำร้ายตนเอง การยกกรณีตัวอย่างการแก้ปัญหาของผู้คนที่ประสบผลสำเร็จ ในการดูแลบุตรที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเช่นเดียวกันกับผู้รับคำปรึกษา

2.6 ผู้ให้คำปรึกษามอบหมายให้บิดามารดาบันทึกพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบุตร ขณะอยู่ที่บ้าน และการดูแล ระยะเวลาของการทำร้ายตนเอง เพื่อนำมาวิเคราะห์ ผลการดูแลบุตร การคงไว้และปรับเปลี่ยนเพื่อความเหมาะสม วางแผนการดูแล ในการพูดคุยกันครั้งต่อไป

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปถึงสิ่งที่ได้รับการรับคำปรึกษาครั้งนี้ วิธีปฏิบัติที่จะปฏิบัติที่บ้าน ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมอีกครั้ง และนัดหมาย การพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผล

1 ผู้รับคำปรึกษาสามารถอธิบายได้ว่าการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ผ่านมาเป็น
อย่างไร

2 ผู้รับคำปรึกษาดังเป้าหมายและกำหนดขั้นตอนในการดูแลบุตรที่บ้านได้

3 ผู้รับคำปรึกษาบอกได้ว่าจะดูแลบุตรเมื่อบุตรทำร้ายตนเองที่บ้านอย่างไร

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เกี่ยวกับการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ครั้งที่ 3-4

วัตถุประสงค์

- 1 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทบทวนวิธีการดูแลบุตรที่ปฏิบัติที่บ้านหลังจากรับคำปรึกษาครั้งที่ ผ่าน มา
 - 2 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูดถึงความสำเร็จ และอุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้น
 - 3 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่เกิดขึ้นบ่อยๆขณะอยู่ที่บ้านเพิ่มเติม และผลกระทบที่เกิดขึ้น
 - 4 เพื่อให้เกิดการพิจารณาว่าจะปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้น
 - 5 เพื่อกำหนดเป้าหมายในการดูแลบุตรที่มีความเป็นไปได้ มีการวางแผนการดูแลเป็นลำดับขั้นที่ง่ายต่อการปฏิบัติและปรับเปลี่ยนหากไม่เหมาะสม
 - 6 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความมั่นใจในวิธีการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง รู้สึกประสบความสำเร็จในการดูแลบุตรที่กระทำอยู่
- เวลา ครั้งละ 50 นาที

อุปกรณ์

1. เอกสารความรู้ การฝึกการคอย การฝึกบอกความต้องการ การฝึกปฏิเสธ
2. กระดาษ A4 ปากกา
3. ของเล่น
4. ตารางนัด

วิธีดำเนินการ

1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาโดยพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้บรรยากาศในการสนทนามีความผ่อนคลาย และเป็นกันเอง ผู้ให้คำปรึกษาขอข้อมูลบันทึกที่ผู้รับคำปรึกษานำมาชกถามและให้ผู้รับบริการเลือก เป็นประเด็นในการสนทนาเพิ่มเติม

2 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการถามโดยใช้คำถามปลายเปิด และคำถามปลายปิด เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูดทบทวนถึงปัญหาการดูแลบุตรที่ได้ปฏิบัติในครั้งที่แล้ว และปัญหาการดูแลบุตรที่เกิดขึ้นใหม่เมื่อบุตรมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง กำหนดการดูแลบุตรใหม่ หาสาเหตุของปัญหาการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยผู้รับคำปรึกษาใช้เทคนิคการฟัง สรุปความ สะท้อนความรู้สึก การทำให้กระจ่าง และการให้กำลังใจ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ เป็นการนำข้อมูลที่บิดามารดาพูดถึงการดูแลบุตรที่บ้านและบันทึกการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบุตรขณะอยู่ที่บ้านที่เกิดขึ้นบ่อย ประกอบกับการอธิบายเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความเข้าใจชัดเจนขึ้น ผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษาร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุปัญหาการดูแลบุตรเมื่อบุตรทำร้ายตนเองที่เกิดขึ้น

2.2 การวินิจฉัย เป็นการพิจารณาร่วมกันของผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษาเพื่อยืนยันสาเหตุของปัญหาการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่เกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย สถานการณ์ขณะบุตรมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง การดูแลบุตรเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และความบกพร่องของเด็ก

2.3 การค้นหาและกำหนดแนวทางการปฏิบัติเพิ่มขึ้น เป็นการพิจารณาไตร่ตรองวิธีการดูแลบุตรใหม่ ขั้นตอนการปฏิบัติ และผู้รับคำปรึกษามีความรู้สึกดีกับวิธีใหม่ กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติเป็นขั้นตอนย่อยง่ายต่อการปฏิบัติ โดยให้ความสำคัญกับความคิดและความรู้สึกพอใจในการปฏิบัติของบิดามารดาในการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

2.4 ขั้นตอนการคาดการณ์อย่างมีหลักเกณฑ์ เป็นการคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นซึ่งเป็นผลกระทบใหม่ทั้งทางบวกและทางลบ การแก้ไขสถานการณ์ของผู้รับคำปรึกษาและ การปรับแก้ไขแผนการดำเนินการด้วยตนเอง

2.5 การให้คำปรึกษา เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาขณะให้คำปรึกษาโดยผู้ให้คำปรึกษาวิเคราะห์ไตร่ตรองเพื่อเสนอแนะข้อมูลความรู้ที่เหมาะสมเพิ่มเติม

โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

(1) เทคนิคการเสริมแรง เป็นการให้กำลังใจผู้รับคำปรึกษาในระหว่างรับการปรึกษาได้แก่ การกล่าวชมโดยตรง การยิ้มพยักหน้าแสดงความยินดีอย่างจริงใจ

(2) เทคนิคการให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับในด้านการดูแลบุตรของผู้รับคำปรึกษา ที่ผู้ให้คำปรึกษาไตร่ตรองแล้วถึงข้อดีข้อด้อย

(3) เทคนิคการชี้แนะ โดยผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางปฏิบัติโดยตรง เพิ่มขึ้น 1-2 แนวทาง ซึ่งเป็นแนวทางที่ผู้ให้คำปรึกษาพิจารณาแล้วว่าผู้รับคำปรึกษาจะได้ประโยชน์มากในการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลบุตรในประเด็นที่เลือกมาสนทนาค้างนี้ เพื่อนำไปปฏิบัติที่บ้านเพิ่มเติม

(4) เทคนิคแม่แบบ เป็นการสาธิตการปฏิบัติในระหว่างการให้คำปรึกษากรณีที่ผู้รับคำปรึกษายังไม่ชัดเจน และยกกรณีตัวอย่างการแก้ปัญหาของผู้คนที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลบุตรที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

2.6 ขั้นตอนมอบหมายภารกิจในการปฏิบัติได้แก่ การบันทึกพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบุตร และการดูแลขณะมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ระยะเวลาของพฤติกรรมทำร้ายตนเองขณะอยู่ที่บ้านเพื่อนำมาวิเคราะห์ปรับเปลี่ยนหรือคงไว้ตามความเหมาะสมในการพูดคุยครั้งต่อไป

2.7 การติดตามผล ภายหลังการให้คำปรึกษาแต่ละครั้งผู้ให้คำปรึกษาซักถามผู้รับคำปรึกษาถึงสิ่งที่ได้รับ และสิ่งที่จะปฏิบัติหลังจากได้รับคำปรึกษาในแต่ละครั้ง ความรู้สึกต่อวิธีปฏิบัติที่จะนำไปปฏิบัติที่บ้าน

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปประเด็นสำคัญในการดูแลบุตรที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา วิธีปฏิบัติ และนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

- 1 ผู้รับคำปรึกษาสามารถอธิบายได้ว่าปัญหาการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่บ้านเป็นอย่างไร
- 2 คำปรึกษาสามารถอธิบายได้ว่าเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างไร
- 3 ผู้รับคำปรึกษาสามารถสรุปวิธีการดูแลบุตรที่จะนำไปปฏิบัติที่บ้านได้
- 4 ผู้รับคำปรึกษาบอกได้ว่ารู้สึกอย่างไรกับวิธีดูแลบุตรที่กำลังปฏิบัติอยู่

โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เกี่ยวกับการดูแลบุตรออกิสติกเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ครั้งที่ 5-6

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บิดามารดาได้อธิบายถึงการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่นำไปปฏิบัติที่บ้าน
2. เพื่อให้บิดามารดาได้อธิบายถึงผลที่เกิดขึ้นเมื่อปรับเปลี่ยนการดูแลบุตรใหม่
3. เพื่อให้บิดามารดาได้ปรับเปลี่ยนการดูแลบุตรให้เหมาะสมมากขึ้น
4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้แนวทางในการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้น
5. เพื่อให้บิดามารดาเกิดความมั่นใจในการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

เวลา 50 นาที

วิธีดำเนินการ

1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

1.1 ผู้ให้คำปรึกษาพูดคุยเรื่องทั่วไป 2-3 นาที จากนั้นจึงให้ผู้รับคำปรึกษา ให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูดถึงการดูแลบุตรและผลที่เกิดขึ้นหลังจากปรับเปลี่ยนการดูแลบุตรในประเด็นที่ผู้รับคำปรึกษารู้สึกทำได้สำเร็จ

1.2 ติดตามข้อมูลจากผู้รับคำปรึกษานั่นคือการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่บ้าน

2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

2.1. ผู้ศึกษาได้ใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาได้แก่ การฟัง การใช้คำถามปลายเปิด และปลายปิด การสะท้อนความรู้สึก การทวนข้อความ การตีความ และการให้กำลังใจ ในการสนทนากับผู้รับคำปรึกษาเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูดถึง ปัญหาการดูแลบุตรที่เกิดขึ้น อุปสรรคการปฏิบัติตามขั้นตอนที่ได้กำหนดร่วมกันและการตัดสินใจแก้ปัญหาการดูแลบุตรขณะทำร้ายตนเองด้วยตนเอง ขณะเผชิญกับเหตุการณ์นอกเหนือจากการกำหนด ปัญหาการดูแลบุตรขณะอยู่ที่บ้าน ผลที่เกิดขึ้นใหม่ ทั้งที่เป็นไปตามที่คาดหวังและที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง

2.2 ผู้ให้คำปรึกษาได้ให้ผู้รับคำปรึกษาทบทวนการดูแลบุตรตามเป้าหมายเดิมและปรับเปลี่ยนเพื่อความเหมาะสม

2.3 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาคาดคะเนถึงผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นระหว่างการปรับเปลี่ยนวิธีดูแลบุตรเมื่อทำร้ายตนเองเพื่อไปสู่เป้าหมาย เพื่อร่วมกันพิจารณาวางแผนป้องกันอย่างทันเหตุการณ์

2.4 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาพูดถึงสถานการณ์ที่บ้าน และการดูแลที่ยังคงทำให้บุตรทำร้ายตนเอง และปัญหาการดูแลที่ยังไม่ได้ปรับเปลี่ยน การทำร้ายตนเองของบุตรในสถานการณ์ประจำวันที่ยังคงเกิดขึ้นบ่อย

2.5 ค้นหาและกำหนดแนวทางปฏิบัติ เลือกวิธีที่บิดามารดามีความพร้อมและตัดสินใจว่าเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด รู้สึกพอใจที่สุด กำหนดขั้นตอนในการปฏิบัติ

2.6 คาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลกระทบใหม่ การแก้ไขสถานการณ์ของผู้รับคำปรึกษาขณะอยู่ที่บ้าน

2.7 การให้คำปรึกษา เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การชี้แนะ โดยการชี้แนะแนวทางเกี่ยวกับการดูแลบุตรเพิ่มอีกในเรื่องที่ผู้รับคำปรึกษายังไม่ได้รับและเป็นเรื่องที่มีความเหมาะสมกับการดูแลบุตรเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลบุตรขณะอยู่ที่บ้าน

2.8 ผู้ศึกษามอบหมายภารกิจให้ผู้รับคำปรึกษาบันทึกพฤติกรรมทำร้ายตนเองของบุตร ระยะเวลาในการทำร้ายตนเอง การดูแลที่บิดามารดาปฏิบัติ

3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

ผู้ศึกษาให้ผู้รับคำปรึกษากล่าวถึงสิ่งที่ได้รับในครั้งนี สรุปการดูแลบุตรที่จะนำไปปฏิบัติที่บ้าน ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม นัดหมายการพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผล

1 ผู้รับคำปรึกษาสรุปขั้นตอนในการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่จะนำไปปฏิบัติที่บ้านได้

2 ผู้รับคำปรึกษาบอกได้ว่าเลือกวิธีที่รู้สึกพอใจในการดูแลบุตรเมื่อทำร้ายตนเอง

3 ผู้รับคำปรึกษาแสดงความสนใจและมีความพร้อมขณะรับคำปรึกษา

โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
เกี่ยวกับการดูแลบุตรออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
ครั้งที่ 7

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทบทวนการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ได้ปฏิบัติที่บ้าน
2. เพื่อให้บิดามารดาได้อธิบายถึงผลที่เกิดขึ้นเมื่อปรับเปลี่ยนการดูแลบุตรใหม่
3. เพื่อให้บิดามารดาได้พัฒนาการดูแลบุตรให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
4. เพื่อให้บิดามารดาเกิดความมั่นใจในการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และป้องกันการ
การทำร้ายตนเองของบุตรได้
5. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับแนวทางในการดูแลบุตรเพื่อป้องกันพฤติกรรมทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้น

เวลา 50 นาที

วิธีดำเนินการ

1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาซักถามผู้รับคำปรึกษาถึงความก้าวหน้าในการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษารู้สึกทำได้สำเร็จ รู้สึกภูมิใจในการดูแลบุตรเมื่อทำร้ายตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาติดตามบันทึกการดูแลบุตรที่บ้านเพื่อนำมากำหนดประเด็นการสนทนากันต่อไป

2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

2.1 ผู้ศึกษาได้ให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูดถึงปัญหาการดูแลบุตรเมื่อทำร้ายตนเองขณะอยู่ที่บ้าน ขั้นตอนการดูแลที่ยังเป็นปัญหาอยู่ และสถานการณ์ที่บุตรมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองตามที่บันทึกไว้ และให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูดถึงปัญหาการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

2.2 ผู้ให้คำปรึกษาร่วมกับผู้รับคำปรึกษาวิเคราะห์หาสาเหตุจากการดูแลที่ทำให้บุตรทำร้ายตนเองที่ยังไม่ได้นำมาปรับเปลี่ยน

2.3 ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาร่วมกำหนดแนวทางการดูแลบุตรเพื่อแก้ปัญหาและเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง

2.4 กำหนดแนวทางปฏิบัติ เลือกวิธีดูแลที่ดีที่สุด บิดามารดารู้สึกพอใจที่จะนำไปปฏิบัติมากที่สุด มากำหนดขั้นตอนการปฏิบัติ

2.5 ผู้ศึกษาใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา ได้แก่ การให้กำลังใจ กรณีตัวอย่างผู้ที่ดูแลบุตรได้สำเร็จ การชี้แนะได้แก่ การเล่นกับบุตรเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเอง การเตรียมตัวเมื่อจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน การสังเกตและการเปลี่ยนความสนใจเมื่อคาดการณ์ได้ว่าหากไม่รีบดำเนินการจะเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และการดูแลอื่นๆในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

ผู้ศึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปสาระที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา แนวทางการดูแลบุตรเมื่อทำร้ายตนเอง และแนวทางการป้องกันเมื่อบุตรทำร้ายตนเองที่จะนำไปปฏิบัติที่บ้าน นัดหมายการพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผล

1 ผู้รับคำปรึกษาอธิบายการดูแลบุตรเมื่อทำร้ายตนเองที่มีความรู้สึกดี และอธิบายวิธีการที่เหมาะสมกับความต้องการของตนเองแล้วในการดูแลบุตรที่บ้านได้

2 ผู้รับคำปรึกษาอธิบายการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้

การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
ครั้งที่ 8
การยุติการให้คำปรึกษา

วัตถุประสงค์

- 1 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา แนวทางในการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ปฏิบัติอยู่ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
- 2 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตอบแบบประเมินการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
- 3 เพื่อยุติการให้คำปรึกษา

เวลา 50 นาที

วิธีดำเนินการ

- 1 ผู้ให้คำปรึกษาพูดคุยกับผู้รับคำปรึกษาในเรื่องต่างๆไปเพื่อให้บรรยากาศในการพูดคุยผ่อนคลายเป็นกันเอง
- 2 ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้กล่าวถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาทั้งหมด และกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองใหม่ที่เกิดขึ้น สิ่งที่ช่วย และความคิดเห็นต่อการดูแลบุตร ประโยชน์ที่ได้รับ
- 3 ผู้ให้คำปรึกษานำเสนอสิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในการดูแลบุตรของผู้รับคำปรึกษา
- 4 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
- 5 ผู้ให้คำปรึกษายุติการให้คำปรึกษา กล่าวขอบคุณผู้รับคำปรึกษาและปิดการทดลอง

การประเมินผล

- 1 ผู้รับคำปรึกษาสามารถอธิบายได้ว่าได้เปลี่ยนแปลงการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างไร
- 2 ผู้รับคำปรึกษาให้ความร่วมมือในการประเมินการดูแลบุตรเมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

การดูแลเพื่อให้บุตรรอคอย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้บิดามารดาสามารถดูแลให้บุตรรอคอยสิ่งที่ต้องการได้ โดยบุตรไม่แสดงพฤติกรรมทำร้าย

ตนเองขณะรอคอย

วิธีปฏิบัติ

1 ให้เด็กคอยสิ่งของที่ต้องการในเวลาสั้นๆ โดยมีผู้ช่วยยืนจับมือเด็กไว้ในระยะการเปลี่ยนแปลงครั้งแรกๆ พูดสั้นๆว่า “เดี๋ยวเดียว” “รอก่อน”

2 ขณะหยิบของให้ บิดามารดาพูดสั้นๆว่า “เดี๋ยวเดียว” “รอก่อน”

3 ส่งของให้เด็ก ส่งช้าลงกว่าเดิมเล็กน้อย แล้วค่อยเพิ่มเวลาขึ้น และเพิ่มขั้นตอนการรอคอยขึ้น

อีก

4 ขณะเด็กรอคอยให้เด็กถือของเล่น หรือถ้าคอยสิ่งของรับประทานให้เด็กถืออุปกรณ์ใส่อาหารบางส่วนไว้ก่อน

5 ให้เด็กมีกิจกรรมเล็กน้อยขณะรอคอย เช่น มีส่วนร่วมในกิจกรรมบางส่วนที่เด็กต้องการบิดามารดายินยอมให้ร่วมได้ ให้นั่งคอยในระยะเวลาสั้นๆ นั่งเล่นของเล่นที่เด็กเคยชอบก่อนได้รับสิ่งที่เด็กต้องการ

6 ระยะแรกของการดูแลให้บุตรรอคอยภายในบ้าน ให้เด็กมองเห็นว่ากำลังดำเนินการอยู่ และส่งเสียงให้เด็กสนใจว่าบิดามารดากำลังปฏิบัติอยู่จริง

7 ทำสม่ำเสมอทุกครั้งที่คุณดูแลบุตรให้รอคอย

8 เมื่อมีโอกาสเข้าแถวรอคอยในสถานการณ์จริงให้เด็กได้มีส่วนเข้าแถวด้วยเท่าที่เด็กทนได้

9 ให้คำชมเด็กทุกครั้งที่ได้รอคอยได้

การดูแลเพื่อให้บุตรบอกความต้องการหรือปฏิเสธด้วยภาษาพูด หรือภาษาท่าทาง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บิดามารดาสามารถดูแลบุตรให้บอกความต้องการได้
2. เพื่อให้บิดามารดาสามารถดูแลบุตรให้ปฏิเสธได้

วิธีดำเนินการ

การดูแลให้บุตรบอกความต้องการ

- 1 เลือกสถานการณ์จริงในการปฏิบัติ เมื่อบิดามารดาทราบว่าเด็กมีความต้องการสิ่งของ
- 2 ยืนอยู่ตรงข้ามเด็ก ห่างจากเด็กพอสมควร บิดามารดาอย่าตัวลงเพื่อให้สายตาอยู่ระดับเดียวกับ

เด็ก

- 3 ถือขนม สิ่งของที่เด็กต้องการ ยกขึ้นอยู่ระหว่างใบหน้าของเด็กและบิดามารดาผู้ที่กำลังดูแลให้

เด็กบอกความต้องการ

- 4 มืออีกข้างหนึ่งของบิดามารดา ยกขึ้นแบ่มือให้บุตรดูเป็นตัวอย่าง หากบุตรทำตามไม่ได้ให้จับมือบุตรยกขึ้น แบ่มือเพื่อรับสิ่งของ พร้อมพูดคำว่า “ขอ”

- 5 วางสิ่งของที่เด็กต้องการบนมือเด็ก
- 6 ทำซ้ำๆ ทุกครั้งที่เด็กต้องการสิ่งของ
- 7 ชมเชยเมื่อเด็กยอมทำตาม

การดูแลให้บุตรบอกปฏิเสธ

- 1 เลือกสถานการณ์จริงในการปฏิบัติ เมื่อบิดามารดาทราบว่าเด็กไม่ต้องการสิ่งของที่บิดามารดานำมาให้เด็ก

- 2 ยืนอยู่ตรงข้ามเด็ก ห่างจากเด็กพอสมควร บิดามารดาอย่าตัวลงเพื่อให้สายตาอยู่ระดับเดียวกับเด็ก

- 3 ถือสิ่งของ ขนม ที่เด็กไม่ต้องการยกขึ้นอยู่ระหว่างใบหน้าของเด็ก และบิดามารดาผู้ที่ดูแลเด็ก ขณะเด็กไม่ต้องการสิ่งของ

- 4 ส่ายหน้า พร้อมพูดคำว่า “ไม่เอา” “โบกมือปฏิเสธ” หากเด็กพูดตามได้ ให้เด็กพูดตามว่า “ไม่เอา”

- 5 ทำทุกครั้งที่พบว่าเด็กไม่ต้องการ
- 6 ชมเชยทุกครั้งที่ได้ทำตาม

กรณีตัวอย่างการดูแลบุตรเมื่อทำร้ายตนเองเนื่องจากต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้บิดามารดาสามารถดูแลบุตรให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงโดยไม่ทำร้ายตนเองในชีวิตประจำวัน
ได้
ครั้งที่ 3

สถานการณ์ที่บิดามารดานำมาวางแผนการดูแล

1 บุตรไม่สามารถยอมรับการดูโทรทัศน์ร่วมกับพี่น้องได้ เด็กจะกรีดร้อง ทบตนเอง กระแทกตัว
ลงกับพื้น นาน 10 นาที เกิดขึ้นทุกวัน

2 เด็กต้องซื้อขนมครกโดยไม่ได้รับประทานทุกเช้า ถ้าไม่ได้ซื้อจะกรีดร้อง ทบตัวเอง และ
อารมณ์เสียง่าย พาไปไหนไม่ได้ตลอดทั้งวัน

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษา	สวัสดีค่ะคุณแม่น้อง เอ วันนี้มาเร็วนะคะ ทานข้าวหรือยังคะ
ผู้รับคำปรึกษา	หนูทานแล้วคะ ทานมาจากบ้าน ไม่จู้จี้เลย ชอบเดินไปมาไม่อยู่กับที่
ผู้ให้คำปรึกษา	ไม่ต้องห่วงน้องเอนะ เล่นของเล่นอยู่กับคุณครูแล้ว ถ้ามีอะไรเดี๋ยวครูมา ตาม น้องเอเป็นอย่างไรบ้างคะตอนนี้ที่บ้าน
ผู้รับคำปรึกษา	ส่งบันทึกการดูแลบุตรที่บ้านให้ ผู้ให้คำปรึกษาดู หงุดหงิดง่ายมากเลยคะ พูดไม่ได้ โกรธง่าย เขายังไม่พูดเลย
ผู้ให้คำปรึกษา	(อ่านบันทึก) เขาหงุดหงิดบ่อยตอนเย็นทุกวันหรือคะ ที่เจอเมื่อก็ไม่ หงุดหงิด
ผู้รับคำปรึกษา	มานี้ไม่ได้สอนอะไรเลย ก็ชอบซี้ เดินไปมา อยู่บ้านไม่ไหวเลยคะ น้องเอนี้ อยู่ในบ้านตอนพี่เขากลับเข้าบ้านไม่ได้เลย มีเรื่องกันตลอด ปวดหัวไปหมด แม่ไม่เป็นอันทำอะไรเลย
ผู้ให้คำปรึกษา	เป็นอย่างไร เล่าให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ
ผู้รับคำปรึกษา	คือที่บ้าน มีที่จำกัด มีห้องนั่งเล่นและดูโทรทัศน์ห้องเดียวกัน เวลาพี่ชายเขา กลับมาจากโรงเรียนเขาจะดูโทรทัศน์ น้องเอเขาทนดูไม่ได้ต้องเปลี่ยนช่องไม่ หยุดเลยจนเวียนหัว ถ้าไม่ให้ทำเขาจะร้องไห้มาก ทบตัวเอง นั่งกระแทกกันลง กับพื้นเหมือนไม่เจ็บ ทำอย่างไรก็ไม่ยอม แม่ต้องพาออกไปข้างนอก พอกลับ เข้ามาก็เป็นอีกจนพี่เขาเข้านอนจึงเลิก น้องเอนี้ต้องตามใจเขาจึงจะไม่ร้อง
ผู้ให้คำปรึกษา	แล้วแม่น้องเอทำอะไรอีกคะนอกจากพาไปข้างนอก
ผู้รับคำปรึกษา	ก็อัดให้บ้าง แต่ไม่ชนะ นี้อัดกันทุกวัน เดี่ยวนี้เขาตีแม่คืบแรงๆ
ผู้ให้คำปรึกษา	คุณแม่ลองเอก็ได้พยายามดูแลหลายอย่างที่เดี๋ยวนะคะ แต่ก็ยังไม่หยุดแล้วทำ อย่างไรอีกคะ
ผู้รับคำปรึกษา	บางทีหนูก็พาเล่นของเล่น แต่ก็ต้องทำงานบ้านด้วย หนูทำทุกอย่างจะดูตลอด ไม่ไหว ขัดใจไม่ได้เลย
ผู้ให้คำปรึกษา	ที่น้องเอเขาเปลี่ยนช่องนั้นเขาจะดูช่องไหนคะ

- ผู้รับคำปรึกษา เขาไม่ดูช่องไหน เขาชอบเปลี่ยน กดๆไปเรื่อยๆ เป็นเว็บๆ ไม่ดูช่องไหนเลย
คอยดูที่มันเว็บๆ แล้วก็มีเรื่องกัน ทะเลาะกัน ร้องไห้แย่งรีโมทกัน
- ผู้ให้คำปรึกษา เขาชอบดูตอนแสงเว็บๆ แล้วรายการที่วิวชอบดูอะไร
- ผู้รับคำปรึกษา ดูการ์ตูนบ้าง เดี่ยวก็วิ่งไปเปลี่ยนถ้าทีวีเปิดอยู่ ถ้าปิดก็เล่นอย่างอื่น เดินไปมา
อยู่ในบ้าน
- ผู้ให้คำปรึกษา ดูเหมือนน้องเอชอบอะไรซ้ำๆซ้ำๆไหม
- ผู้รับคำปรึกษา ใช่ค่ะชอบซ้ำๆ
- ผู้ให้คำปรึกษา ตอนพาเล่นของเล่น เล่นซ้ำๆไหม แล้วน้องเอนั่งเล่นที่ไหนคะ
- ผู้รับคำปรึกษา นั่งอยู่ข้างนอก เขาเล่นรถเล็กๆโตไปมา ดูล้อรถหมุน เล่นตัวต่อที่เขาชอบ พา
ขี่จักรยาน ดูไก่
- ผู้ให้คำปรึกษา แล้วเลิกเล่นง่ายไหมคะ
- ผู้รับคำปรึกษา เลิกเล่นได้ค่ะ พอเลิกเล่นเขาจะเก็บเข้ากล่องของเขาแล้วก็วิ่งเข้ามามีเรื่องข้างใน
ห้อง มาเปลี่ยนโทรทัศน์อีก เรื่องก็เหมือนเดิมดีกันอีก เป็จริงจรง
- ผู้ให้คำปรึกษา จันเราจะเลือกทำอะไรดีคะนี่
- ผู้รับคำปรึกษา หนูก็อยากให้เขาอยู่ในห้องดูโทรทัศน์พร้อมคนอื่นในบ้านได้บ้างคะ เพราะพอวัน
หยุดบ้านป่วน เดือดร้อนทั้งบ้านเพราะพี่เขาอยู่บ้าน เขาอยากดู ทีวี พ่อเขาก็
อยากดู แม่ต้องพาน้องเอออกจากบ้านเพื่อให้ทุกคนเขาได้ดูทีวี พ่อเขาอารมณ์
เสียมากเลยลูกไม่รู้เรื่อง ไม่มีใครดูแลเขาได้นอกจากหนู เขาชอบทำอะไรซ้ำๆซ้ำๆ
เป็นอันว่าเราเลือกการดูทีวีกับคนในบ้านก่อนนะ คุณแม่ น้องเออดัดเรื่องนี้
มากทีเดียวใช่ไหม
- ผู้ให้คำปรึกษา โอ๊ยจะแย่ บางทีหนูร้องไห้คนเดียวว่าทำไมถึงเป็นอย่างนี้ หนูเป็นคนดูแลลูก
มากสนใจเขามาก อยากรักษาเขาให้หาย
- ผู้ให้คำปรึกษา คุณแม่ น้องเอก็ทุ่มเทดูแลมากทีเดียว ดิฉันเข้าใจความรู้สึกของคุณแม่คะเราจะ
ช่วยกันคิดว่าจะทำอย่างไรดี เราจะช่วยกันดูแลเขาให้คุณแม่ น้องเอผ่านตรงนี้ไป
คุณจะได้คลายทุกข์ในเรื่องนี้ลง ที่คุณแม่ น้องเอบอกว่าน้องเอเล่นของเล่นที่เขา
ชอบได้ใช่ไหม เราย่น่าจะเริ่มตรงนี้นะก่อน
- ผู้รับคำปรึกษา เขาเล่นของเล่นได้ เล่นของซ้ำๆถึงเดินไปมา แต่ไม่นาน
- ผู้ให้คำปรึกษา แล้วมีอะไรที่ชอบอีกบ้างคะ
- ผู้รับคำปรึกษา ไอติม พวกขนมกรอบๆก็ชอบ
- ผู้ให้คำปรึกษา ตอนที่พาน้องเอ ออกไปเล่นข้างนอกพี่ชายเขาดูทีวี เสียงทีวีได้ยินถึงข้างนอก
ไหม
- ผู้รับคำปรึกษา ได้ยิน บ้านเป็นทาวเฮ้า เขาเล่นของเล่นสักพักก็วิ่งเข้ามา แม่ต้องรีบตามเข้ามา
พาออกไปอีก พ่อก็ช่วยไม่ได้เขาไม่เอาพอเวลาจะเปลี่ยนทีวี
- ผู้ให้คำปรึกษา แม่ น้องเอคะห้องที่ดูทีวีกว้างเท่าไรคะ
- ผู้รับคำปรึกษา (มองไปรอบๆ ลูกขึ้นเดินก้าวเท้าวัดห้องให้คำปรึกษา) ใหญ่กว่าห้องนี้หน้อยค่า
น่าจะประมาณ 7 ก้าวได้ค่ะ บ้านเล็กคะ

- ผู้ให้คำปรึกษา คุณแม่น้องเอคะ ถ้าเราจะลองเริ่มพาน้องเอเข้ามานั่ง กินไอศกรีมที่ชอบ ในห้อง โดยอยู่หลังห้องโกลที่วีที่สุดนี่จะเป็นอย่างไรคะ
- ผู้รับคำปรึกษา น่าจะได้ แต่พอหมดก็ต้องวิ่งไปยุ่งอีก
- ผู้ให้คำปรึกษา แล้วพอจะมีอะไรให้ทำต่อไปไหม หมายถึงพอไอศกรีมหมด ให้เอาถ้วยไปเก็บ แล้วไปหยิบของเล่นมาเล่น จะได้ทั้งหมดก็น่าทีคะ แล้วค่อยเพิ่มเวลาที่หลัง จน ในที่สุดก็ดูทีวีในห้องกับคนอื่นได้
- ผู้รับคำปรึกษา หมายถึงต้องมียางต่อเนื่องไป ใช่ไหม ถ้าอย่างนั้นแบบนี้ น่าจะดีเพราะถ้าเขานั่ง อยู่โกลๆ แม่อยู่ด้วยเขาน่าจะอยู่ได้
- ผู้ให้คำปรึกษา งั้นตกลงเราจะใช้วิธีนี้ดูใช่ไหมคะ แล้วจะเริ่มทำอย่างไรดีเราจะช่วยกันคิดตอนนี้ เลยนะคะ คุณแม่น้องเอจะได้กลับไปทำที่บ้านเย็นนี้เลยดีไหมคะ ของที่เขาชอบ มีอะไรบ้างคะ
- ผู้รับคำปรึกษา พวกขนมกรอบทั้งหลาย นมเปรี้ยว ไอศกรีมชอคโกแลตพวกนี้
- ผู้ให้คำปรึกษา ที่พูดมานี้เป็นของชอบของน้องเอทั้งหมด แล้วจะเตรียมพร้อมกันทั้งหมดหรือที่ ละก็อย่างดีคะ
- ผู้รับคำปรึกษา เอาที่ตอนนี้มีอยู่ก่อนคะ ตอนนี้มีไอศกรีม กับอะไรอีกเดี๋ยวจะหาเพิ่ม
- ผู้ให้คำปรึกษา แล้วจะทำอย่างไรอีก แล้วตอนที่นั่งทานจะนั่งตรงไหนดีคะ
- ผู้รับคำปรึกษา หนูก็จะลองให้นั่งหลังห้องซิดฝาเลยคะ
- ผู้ให้คำปรึกษา ถ้านั่งหันหน้ามาทางทีวีมีปัญหา ก็ลองนั่งหันข้างหรือนั่งหันหลังแทน คุณแม่ น้องเอมีความเห็นอย่างไรคะ
- ผู้รับคำปรึกษา ก็น่าจะดีนะเพราะหนูไม่เคยทำ กลัวเขาลุกขึ้นไปมีเรื่องกับพี่เขาอีก
- ผู้ให้คำปรึกษา คุณแม่น้องเอต้องนั่งซิดเขาเลยนะคะ คอยสังเกตใกล้ซิดเลยว่าจะลุกขึ้นเมื่อไหร่ อยู่ได้นานกี่นาที แล้วคุณแม่น้องเอจะทำอะไรต่อคะ
- ผู้รับคำปรึกษา หนูก็คงจะต้องให้เอาถ้วยไอศกรีมไปเก็บ แล้วพาเล่นของเล่นต่ออีกนิดหน่อย คงให้นั่งหันหลังให้ทีวีดีกว่า ดูท่าทางจะดีกว่านั่งหันหน้ามองทีวีหนูกลัวเขาลุก ขึ้นไปกดรีโมทอีก
- ผู้ให้คำปรึกษา ตกลงสรุปแล้วคุณแม่น้องเอจะทำอย่างไรบ้างนะคะ
- ผู้รับคำปรึกษา ทำท่าทางคิด(ครุ่นหนึ่ง) ก็ ไปเตรียมขนมให้เขา แล้วพอพี่เขามากก็หาขนม ให้พี่เขาพอพี่เขาเปิดทีวี น้องเออยากเข้าไปก็จะรีบชวนเขาไปเตรียมไอศกรีม แล้วพาเขามานั่งหันหลังทานในห้องอยู่โกลสุดเลย หนูจะนั่งหันหลังกับเขาด้วย ทานเสร็จแล้วค่อยเล่นของเล่น
- ผู้ให้คำปรึกษา คุณแม่น้องเอหมายถึง จะไปเตรียมขนมที่น้องเอชอบ แล้วพอพี่ชายกลับมาดูทีวี คุณจะทำน้องเอเข้ามารับประทานไอศกรีม พอหมดแล้วเอาถ้วยไอศกรีมไปเก็บ แล้วพาไปหยิบของเล่นมาเล่นในห้อง พอน้องเอทำท่าจะลุกขึ้นก็ช่วยจับตัวไว้ ก่อนแล้วชวนเขาของเล่นไปเก็บ แล้วพาไปเดินเล่นข้างนอกต่อใช่ไหม ตอนที่ เขานั่งทานคุณชี้ชวนให้ตักไอศกรีมด้วยนะ ดึงความสนใจเขาไว้ตรงที่เขากำลัง ทำอยู่ ใช้เวลาสั้นๆนะคะ ถ้าได้ผลแล้วค่อยยืดเวลาออกไป
- ผู้รับคำปรึกษา ใช่คะ หนูคิดว่าแบบนี้ น่าจะทำได้

ผู้ให้คำปรึกษา
ผู้รับคำปรึกษา
ผู้ให้คำปรึกษา
ผู้รับคำปรึกษา
ผู้ให้คำปรึกษา
ผู้รับคำปรึกษา

คุณแม่ท้องเอคิดอย่างไรกับวิธีนี้ รู้สึกดีกับวิธีนี้ไหม
หนูว่าดีคะหนูอยากลองทำ เพราะเขาไม่ไหวจริงๆเรื่องกตรีโมทนี่
แล้วพี่ชายน้องเอ กับสามีคุณจะเห็นด้วยไหม จะทำอย่างไรดีคะ
หนูคงต้องพูดบอกเขาให้รู้ว่าจะทำให้น้องเออยู่กับพวกเราในห้องได้
แล้วจะบอกเขาว่าอย่างไรคะ
จะเล่าบอกเขาว่าจะให้น้องเอนั่งทานขนมอยู่ไกลๆ แม่จะดูน้องอยู่ใกล้ๆให้เขา
เก็บรีโมทให้ดี ช่วยหยิบขนมกินเอง แม่จะดูน้องและพาน้องออกไปเล่นข้างนอก
ต่อ จะทำแบบนี้อาทิตย์หนึ่ง

ผู้ให้คำปรึกษา
ผู้รับคำปรึกษา
ผู้ให้คำปรึกษา

แล้วสามีคุณละ
จะบอกเขาว่าจะช่วยลูกไม่ให้ร้องเวลาดูทีวีด้วยกัน จะบอกเขาว่าหนูจะทำแบบนี้
คุณแม่ท้องเอดูตั้งใจมากนะคะที่จะช่วยลูกครั้งนี้ ดิฉันดีใจที่คุณหาทางออก และ
เตรียมการในเรื่องต่างๆ คุณรอบคอบมากทีเดียว คุณมั่นใจไหมคะว่าจะทำได้
ดิฉันอยากให้เขาหยุดป่วนคะ ดิฉันทำได้คะ สบายใจขึ้นคะ

ผู้รับคำปรึกษา
ผู้ให้คำปรึกษา
ผู้รับคำปรึกษา
ผู้ให้คำปรึกษา

เราพูดคุยกันมาจนถึงตรงนี้แล้วคุณแม่ท้องเอได้อะไรบ้างคะจากการคุยกัน
หนูได้เยอะเลยคะ อย่างที่บอกนั้นแหละคะ
ดิฉันดีใจที่คุณได้ประโยชน์จากการคุยกัน วันนี้เราคงคุยกันแค่นี้ก่อน คุณแม่
น้องเออย่าลืมบันทึกพฤติกรรมของลูกตามที่เคยตกลงกันไว้นะคะ แล้วนำมา
ด้วยคราวหน้า อาทิตย์หน้าแม่น้องเอจะมาวันไหนดีคะ (ให้เลือกวัน เวลา ใน
การมาพบกัน) ตกลงมาวันที่ 14 กุมภาพันธ์ ตอน 9.30 น. นะ

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อ – สกุล	นางพิศมัย พงศาธิรัตน์
วัน เดือน ปี(เกิด)	16 พฤศจิกายน 2495
สถานที่เกิด	อำเภอ ศีรขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 366/94 ซอยสะพานขวา ถนนประชาราษฎร์ 2 เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร 10800
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2521 - 2522	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัตนบุรี อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์
พ.ศ. 2522 – 2545	พยาบาลวิชาชีพ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2521	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี)
พ.ศ. 2545	การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาการแนะแนว) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร