

บทที่ 2

การตรวจสอบเอกสาร

การวิจัยเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาเพื่อพัฒนาพฤติกรรม
การเรียนรู้ที่เหมาะสมของนักเรียนสมาธิสั้น ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสาธิต
แห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าเอกสาร และ
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องรวมทั้งทฤษฎี และแนวคิดต่างๆ โดยจำแนกประเด็นการศึกษาดังนี้

1. โรคสมาธิสั้น
2. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมทางปัญญา
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคสมาธิสั้น
 - 1.1 คำจำกัดความของโรคสมาธิสั้น
 - 1.2 ลักษณะอาการของโรคสมาธิสั้น
 - 1.3 ภาวะแทรกซ้อน
 - 1.4 สาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้น
 - 1.5 การตรวจวินิจฉัย
 - 1.6 การดำเนินโรค และผลลัพธ์ ของการเป็นโรคสมาธิสั้น
 - 1.7 การรักษาและการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น
2. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมทางปัญญา
 - 2.1 ประวัติความเป็นมา
 - 2.2 แนวคิดทฤษฎีพื้นฐาน
 - 2.3 ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มปัญญานิยม

2.4 ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มปัญญาสังคม

2.5 ความหมายของการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้า-กระบวนการทางปัญญา-พฤติกรรม และผลกระทบ

2.7 โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

2.7.1 การตั้งเป้าหมาย

2.7.2 การฝึกฝนคลายตนเองโดยใช้การจินตนาการ

2.7.3 การให้ข้อมูลป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback)

2.7.4 การพูดกับตนเองในทางบวก (Positive self-talk)

3. งานวิจัยในประเทศ และต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

โรคสมาธิสั้น

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

คำจำกัดความของโรคสมาธิสั้น

นงพงา (2542: 16) ได้ให้ความหมายของอาการสมาธิสั้น (ADHD) ว่าหมายถึงความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่ง ที่ประกอบไปด้วยรูปแบบพฤติกรรมที่แสดงออกบ่อย ๆ ซ้ำ ๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับอายุหรือระดับพัฒนาการ และได้แสดงออกต่อเนื่องยาวนานพอสมควร ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ การขาดสมาธิ (inattention) และ/หรือ มีความซุกซนอยู่ไม่นิ่งกับความหุนหันพลันแล่น (hyperactivity impulsivity) อาการจะต้องปรากฏก่อนอายุ 7 ปี และพฤติกรรมเหล่านี้มีความรุนแรงพอที่จะทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เด็กเหล่านี้จึงมีความลำบากในการควบคุมตัวเองสำหรับการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความยากลำบากในการควบคุมสมาธิ และมีความยากลำบากในการเข้าสังคมกับคนอื่น ไม่สามารถประพฤติตนได้ตามที่คนทั่วไปคาดหวังว่าเด็กน่าจะทำได้ในสถานการณ์นั้นๆ ด้วยเหตุนี้จึงมักทำให้เด็กมีปัญหากับผู้ใหญ่ หรือมีปัญหากับเพื่อน เพื่อน ๆ มักจะไม่ชอบ มักมีปัญหาการเรียน และในที่สุดอาจนำไปสู่ปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ

ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่ (2545: 3) ได้ให้ความหมายของอาการสมาธิสั้นว่า หมายถึง เด็กที่มีลักษณะอาการของโรคสมาธิสั้น ซึ่งภาษาทางวิชาการจิตเวชโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันเรียกกันว่า ADHD (Attention Deficit Hyperactivity disorders in Children) ส่วนองค์การอนามัยโลกตาม ICD 10 ใช้ชื่อว่า Hyperactive Disorders ซึ่งเป็นปัญหาทางพฤติกรรม และอารมณ์ที่เกิดขึ้นในเด็กก่อนอายุ 7 ปี

อุษณีย์ (2545: 53) ได้ให้ความหมายของสมาธิสั้นว่า คือความไม่สามารถที่จะควบคุมความสนใจของตนเองให้อยู่ในขอบเขตและระยะเวลาที่ควรจะเป็นไปได้

อุมาพร (2544: 10) ได้กล่าวถึงโรคสมาธิบกพร่องว่า ในสมัยก่อนมีชื่อเรียกต่างๆ กัน เช่น minimal brain damage หรือ minimal brain dysfunction ซึ่งหมายถึงความผิดปกติเล็กน้อยของสมอง บางทีก็นิยมเรียกว่า hyperactive หรือ hyperkinetic syndrome ซึ่งหมายถึงการเคลื่อนไหวที่มากเกินไป หรืออยู่นิ่งๆ ปัจจุบันในการจำแนกโรคทางจิตเวช ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน เรียกโรคนี้ว่า Attention Deficit Disorder หรือ ADD

ดังนั้นอาการสมาธิสั้น หมายถึง เด็กที่มีพฤติกรรมที่แสดงออกเด่นๆ 3 ลักษณะได้แก่ อาการขาดสมาธิ อาการหุนหันพลันแล่น และอาการซนอยู่นิ่งๆ อาการเหล่านี้จะแสดงให้เห็นปรากฏก่อนอายุ 7 ปี ซึ่งอาการดังกล่าวจะก่อให้เกิดปัญหาต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง และบุคคลรอบข้าง

ลักษณะอาการของโรคสมาธิสั้น

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้บันทึกลงใน DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ได้แยกกลุ่มอาการของโรค เป็น 3 กลุ่มอาการ ดังนี้ (นงพงา, 2542: 26-37)

1. อาการขาดสมาธิ (Inattention) สมาธิของเด็กจะมีช่วงสั้นๆ หรือไม่สามารถรักษาสมาธิให้ยาวนานเท่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน และมักจะวอกแวก (distractibility) ง่าย

2. อาการซนอยู่นิ่ง (Hyperactivity) เด็กจะมีลักษณะอยู่นิ่งๆ ซุกซนหรือเคลื่อนไหวมากกว่าที่ควรจะเป็นสำหรับวัย หรือสำหรับระดับพัฒนาการของเด็ก อีกทั้งยังมีลักษณะที่รบกวนผู้อื่นอีกด้วย เด็กจะเคลื่อนไหวเกือบตลอดเวลาโดยไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย

3. อาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) มีความยากลำบากในการควบคุมพฤติกรรมของตนให้อยู่ในกฎระเบียบของการเข้าสังคมหรือการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และมีความยากลำบากในการทำงานที่ต้องใช้ความสุ่มรอบคอบ

ลักษณะอาการที่สังเกตได้

1. กลุ่มที่มีปัญหาเด่นในเรื่องสมาธิบกพร่อง (Inattention) อาการสมาธิบกพร่องหรืออาการสมาธิสั้นเป็นอาการที่สำคัญที่สุดของโรค ADHD เด็กจะมีช่วงสมาธิสั้นกว่าที่ควรจะเป็นตามอายุของเด็ก วอกแวกง่ายไม่สามารถทำงานให้เสร็จ บางครั้งเด็กเริ่มงานไวหลาย ๆ อย่างแต่ทำไม่สำเร็จ ไม่สามารถจัดระเบียบสิ่งของของตนหรือกิจกรรมที่ต้องทำ มักเลินเล่อ ไม่ระมัดระวัง เช่นในการทำแบบฝึกหัดหรือข้อสอบ จะลืมทำสิ่งที่ต้องทำ เช่น ทำการบ้านแล้วลืมไปส่งอาจารย์ ลืมของที่ต้องนำไปโรงเรียน ลืมของใช้ประจำวัน ทำให้สิ่งของสูญหายอยู่เสมอ เป็นอาการแสดงออกของพฤติกรรมที่มาจากขาดสมาธิ ทำให้เด็กดูเหมือนไม่เชื่อฟัง หรือสอนไม่จำ คือดึง ดื้อ รื้อน พฤติกรรมที่บ้านอีกอย่างที่เป็นปัญหามากระหว่างเด็กและพ่อแม่คือ การทำการบ้านของเด็ก เนื่องจากเด็กไม่มีสมาธิจะทำงานจึงใช้เวลานานมากในการทำการบ้าน

2. กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) อาการอยู่ไม่นิ่ง อยู่ไม่สุข หรือซุกซนผิดปกตินี้ จะต้องมียกระดับมากกว่าที่ควรจะเป็นในเด็กปกติทั่วไป การอยู่ไม่สุขนี้ไม่ใช่ความซุกซนธรรมดาของเด็กแต่จะมีลักษณะเบี่ยงเบนออกจากที่ที่เด็กควรจะอยู่ หรือเบี่ยงเบนออกจากสิ่งที่เด็กควรจะทำอยู่ เช่น เวลาอยู่ที่โรงเรียนก็จะลุกออกจากที่นั่งบ่อย ๆ นิ่งไม่คิด ละทิ้งงานที่กำลังทำอยู่ที่โต๊ะเรียนไป จากนั้นมักจะเป็นการรบกวนคนอื่น ทำให้เด็กอื่นเสียสมาธิ บางครั้งถ้าไม่สามารถลุกจากที่ได้ก็จะนั่งไม่นิ่งในที่นั่งของตนต้องมีกิจกรรมทำเช่น เอาสมุดมาขีดเขียนเล่น เอาดินสอมากัด หาวตลบอย่างมาหุนมาเคาะ จับสิ่งนั้นสิ่งนี้ บ้างก็นั่งโยก อยู่ที่บ้านก็คล้ายกัน เวลาต้องนั่งรับประทานอาหารที่โต๊ะอาหารหรือต้องนั่งทำการบ้าน หรือแม้กระทั่งเวลานั่งดูโทรทัศน์ ก็จะมีอาการดังกล่าวเหมือนที่โรงเรียน สรุปว่าจะต้องมีการเคลื่อนไหวตนเองอยู่เกือบตลอดเวลา

3. กลุ่มที่มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ (Impulsivity) อาการหุนหันพลันแล่น หรือขาดความยับยั้งชั่งใจในการทำสิ่งต่าง ๆ เป็นการกระทำโดยไม่คิดเสียก่อนจึงทำ กระทำโดยไม่นึกถึงผลเสียที่จะตามมา ทำให้เด็กอาจได้รับอันตรายจากสารพิษ หรือได้รับบาดเจ็บจาก

อุปนิสัย ลักษณะที่แสดงออกของพฤติกรรมหุ่นหันปล้นเล่น ที่เห็นเป็นประจำในห้องเรียนคือ เด็กจะรีบตอบคำถามอาจารย์ทุกๆ ที่อาจารย์ยังถามไม่จบ ลงมือทำงานทุกๆ ที่ฟังคำสั่งยังไม่จบ พูดแทรกกลางคันระหว่างอาจารย์สอน บางครั้งเพื่อนตอบอาจารย์แต่ตอบผิดเด็กอาจตอบแทรกขึ้นมา เด็กจะไม่สามารถอดทนรอคอยเมื่อต้องทำกิจกรรมที่ต้องเข้าแถวคอย

นอกจากนี้เด็กบางคนอาจมีอาการทั้งสามด้าน แต่บางคนอาจมีเพียง 1-2 ด้าน ก็ได้ ทั้งนี้ เด็กจะมีปัญหาขึ้นๆ ลงๆ ก็อบบางครั้งจะทำงานได้ดีมาก แต่บางครั้งจะทำงานได้ไม่ดีเลย ซึ่งทำให้ผู้ใหญ่มองว่าเด็กขี้เกียจ ไม่ตั้งใจ และจะคิดว่ากล่าวเด็กว่าชน การที่สมาธิของเด็กขึ้นๆ ลงๆ ก็คือ เด็กจะมีสมาธิกับสิ่งเร้าที่น่าสนใจหรือที่ชอบ ดังนั้นจะไม่แปลกที่เห็นเด็กกลุ่มนี้ สามารถเล่นเกม คอมพิวเตอร์ หรืออ่านหนังสือการ์ตูนได้นานมาก แต่กับสิ่งที่ไม่น่าสนใจหรือต้องใช้ความอดทน หรือระยะเวลานาน เด็กมักจะไม่มีสมาธิเลยหรือมีสมาธิน้อยมาก เช่นการอ่านหนังสือเรียน หรือ การทำการบ้าน เพราะเป็นสิ่งที่น่าเบื่อ กระตุ้นความสนใจได้น้อยกว่า เด็กจึงมีสมาธิในการอ่านหนังสือหรือทำการบ้านได้เพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ เท่านั้น

ภาวะแทรกซ้อน

ปัญหาแทรกซ้อนจากการหลักประการที่หนึ่ง ของอาการสมาธิสั้น คือ ปัญหาการเข้ากับเพื่อน หรือการใช้ชีวิตสังคมร่วมกับผู้อื่น เด็กที่มีอาการของสมาธิสั้น เพื่อนจะไม่ชอบ (Pelham & Bender, 1982 อ้างถึงใน นงพงา, 2542: 36) และบางครั้งถึงกับถูกเพื่อนต่อต้านหรือปฏิเสธ

ภาวะแทรกซ้อนประการที่สอง คือ ทำให้เด็กรู้สึกตนเองไร้คุณค่า หรือรู้สึกเศร้าใจ แต่ถ้าเด็ก ที่มีอาการสมาธิสั้น ไม่สนใจปฏิกิริยาของคนรอบข้างกลายเป็นคนที่หยาบกระด้างทางจิตใจ และมีท่าทีต่อต้านผู้อื่นและปกป้องตนเอง (callous & defensive) ซึ่งอนาคตอาจเปลี่ยนไปเป็น ผู้ใหญ่ที่แยกตัวจากสังคม

ภาวะแทรกซ้อนประการที่สาม คือ มีปัญหาการเรียนต่างๆ ที่มีสติปัญญาปกติ เพราะอาการของโรคสมาธิสั้นจะขัดขวางต่อการเรียน ทำให้เสียความรู้สึที่ดีต่อตนเอง ทำให้เบื่อหน่าย ไม่อยากเรียน ซึ่งจะยิ่งทำให้ผลการเรียนตกต่ำไปอีกเพราะขาดการฝึกฝนและการเอาใจใส่ ส่งผลระยะยาวคือ ทำให้เด็กเสียโอกาสในการสร้างนิสัยการทำงานที่ดี

ภาวะแทรกซ้อนประการที่สี่ คือเด็กจะมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) ซึ่งมีภาพลักษณ์ของตนเองในทางลบ เป็นผลจากการโดยตรง เช่น ผลการเรียนไม่ดี และเป็นผลจากปฏิกิริยาจากคนรอบข้างของเด็ก ตั้งแต่เด็กทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน ที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ความรู้สึกต่อตัวเองในทางลบนี้นำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ในระยะยาว เช่นความไม่มั่นใจในตัวเองหรือภาวะซึมเศร้า

จากข้อมูลดังกล่าว สรุปได้ว่าโรคสมาธิสั้นมีกลุ่มอาการของโรคอยู่ 3 อาการ คือ กลุ่มที่มีปัญหาเด่นในเรื่องสมาธิบกพร่อง (Inattention) กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ซนมากผิดปกติ (Hyperactivity) และกลุ่มที่มี พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ (Impulsivity) อาการของโรคยังส่งผลกระทบต่อผลการเรียนของเด็ก การปรับตัวเข้ากับสังคม และส่งผลต่อตนเอง คือเด็กจะมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem)

สาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้น

การเกิดโรคสมาธิสั้น มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายประการ ที่พอสรุปได้ดังนี้ (นงพงา, 2542: 56)

1. พันธุกรรม

ชาญวิทย์ (2546: 8) กล่าวว่า ประมาณ 30-40% ของเด็กสมาธิสั้นจะมีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเป็นโรคสมาธิสั้นด้วย หรือมีปัญหาอย่างเดียวกัน ผลการศึกษาส่วนใหญ่สนับสนุนว่าพันธุกรรม (genetics) มีส่วนที่เป็นสาเหตุของ ADHD โดยผู้ป่วยได้รับการถ่ายทอดมา โดยอาจจากการถ่ายทอดความผิดปกติ catecholamine metabolism การศึกษาพี่น้องที่เกิดจากคนละพ่อหรือคนละแม่ (half - sibling) พบว่าพี่น้องที่เกิดจากพ่อและแม่เดียวกัน (full sibling) มีอัตรา การเกิด ADHD สูงกว่าพี่น้องที่มีเพียงพ่อหรือแม่เดียวกัน (half-sibling) ถึง 5 เท่า การศึกษาในฝาแฝดได้สนับสนุนการถ่ายทอดทางพันธุกรรมด้วย เช่น Goodman Stevenson (1989) ได้ศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน 127 คู่ และฝาแฝดไข่คนละใบ 111 คู่พบว่า hyperactivity concordance ในฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน 51% ในฝาแฝดไข่คนละใบ 33% (นงพงา, 2542: 56-57)

2. สารสื่อประสาท

ชาญวิทย์ (2546: 8) กล่าวว่า เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นนั้นเกิดจากความบกพร่องของสารเคมีที่สำคัญบางตัว (dopamine, noradrenaline) ในสมองน้อยกว่าเด็กปกติ Shekim, 1988 (อ้างถึงใน นงพงา, 2542: 58) ได้ทำการศึกษาทั้งในสัตว์และคนโดยใช้ของเหลวจากส่วนต่างๆ ของร่างกายในการศึกษา เช่น จากเลือด ปัสสาวะ น้ำไขสันหลัง ผลการศึกษาโดยรวมแล้วทำให้คิดว่า น่าจะมีความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) มากกว่าหนึ่งตัว

3. การทำงานผิดปกติของสมองส่วน Frontal lobe

ความผิดปกติของสมองที่ส่งผลก่อให้เกิดโรคสมาธิสั้นมีดังนี้ (ชวนชม, 2546:105)

3.1. สมองซีกขวาด้านหน้า (right frontal region) เล็กกว่าซีกซ้าย (left frontal region)

3.2. คอปัส คอลโลซัม (corpus callusum) จีนู (Genu) สพลีเนียม (Splenium) มีขนาดเล็กกว่าปกติ ซึ่งสมองส่วนต่างๆ เหล่านี้มีหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับพฤติกรรม

3.3. การทำงานของสมองส่วนหน้าผิดปกติ (Frontal lobe) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมสมาธิ ควบคุมความหุนหันพลันแล่น ควบคุมการจัดระเบียบ และการทำกิจกรรมแบบมีจุดมุ่งหมาย

3.4. การทำงานของสมองส่วน พารีเอทอลิมบิก (parietal limbic) ซับคอร์ทิคอล (subcortical) เบรน สเต็ม (brain stem) ไดเอนเซฟาลอน (diencephalons) อีพิทาลามัส (epithalamus)

3.5. เมตาบอลิซึมของ แคททีโคลามีน (catecholamine) และซีโรโทนิน (serotonin) ผิดปกติ

3.6. ความผิดปกติของการสร้างและหลั่งของสารสื่อประสาทต่างๆ(neurotransmitters) (Shekim, 1988 อ้างถึงใน นงพงา, 2542: 58) เช่น นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrene) โดปามีน (dopamine) เป็นต้น มีการทำงานผิดปกติของสารสื่อประสาท

3.7. ภาวะตื่นตัวของระบบประสาทผิดปกติ มีแกลวานิก สกิน เรสพอนซ์ (galvanic skin response: GSR) ต่ำกว่าปกติ และภาวะตื่นตัวของเรทิกูลาแอกทิเวติง ซิสเต็ม (reticular activating system: RAS) น้อยกว่าปกติ

3.8. การไหลเวียนของเลือดผิดปกติ เช่น บริเวณสเตรียทัม ที่หัวของคอเดเทนิวเคลียส (striatum at head of caudate nucleus) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับสมาธิมีการไหลเวียนของเลือดลดลงกว่าปกติ และพบที่บริเวณเพอริเวนทริคูลาด้านหลัง (posterior periventricular region)

4. สมอถูกกระทำให้เสียหาย ซึ่งสาเหตุที่ทำอันตรายหรือความเสียหายให้สมอง ได้แก่

- การติดเชื้อในครรภ์มารดา เช่น หัดเยอรมัน
- การที่สมองขาด oxygen ในระหว่างคลอด
- การได้รับบาดเจ็บของสมองระหว่างคลอด
- สมองและเยื่อหุ้มสมองอักเสบหลังคลอด
- การบาดเจ็บทางศีรษะ
- โรคขาดสารอาหาร
- การได้รับสารพิษทั้งก่อนคลอดและหลังคลอด เช่น สารตะกั่ว, prenatal alcohol exposure

5. คลื่นไฟฟ้าสมองผิดปกติ

การศึกษา คลื่นไฟฟ้าสมอง eletroencephalography (EEG) ของผู้ป่วย ความผิดปกติที่พบในผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง คือ มี theta wave มากขึ้นใน frontal lobe พบ beta wave ลดลงในส่วน temporal lobe และมีลักษณะ desynchronize ซึ่งเป็นลักษณะที่พบเวลาที่มีการตื่นตัวลดลง พบ EEG ที่มีลักษณะแบบ EEG ของเด็ก ผลจึงไปสนับสนุนทฤษฎี hypoarousal และทฤษฎี maturational lag (สมองเติบโตช้ากว่าที่ควรจะเป็นตามอายุ)

6. ความผิดปกติของต่อม Thyroid

7. ปัจจัยทางจิตสังคม

ปัจจัยทางจิตสังคมมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าปัจจัยทางชีวภาพ จากการติดตามเด็กที่มีการสูญเสียเกิดขึ้นในวัยเด็กหรือมีการพลัดพรากเกิดขึ้น ต่อมาเมื่อการแบบ ADHD อาการ hyperactivity อาจเป็นอาการหนึ่งในเด็กที่ขาดการเลี้ยงดูจากแม่ ได้มีการศึกษาถึงปัจจัยวิธีการเลี้ยงดูเด็กพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับลูกที่ hyperactive มักเป็นไปในทางลบ (Barkley et al., 1985; Cunningham & Barkley, 1979 อ้างถึงใน นงพงา, 2542: 72) แต่ยังไม่ทราบว่าอะไรเป็นเหตุอะไรเป็นผล พ่อแม่เป็นเหตุหรือลูกเป็นเหตุ

ความเชื่อเกี่ยวกับภาวะที่มีความเครียดสูง เช่นการหย่าร้าง เด็กถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ และปัญหาครอบครัวต่างๆ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคสมาธิสั้น ความจริงที่พบก็คือ ในชีวิตของเด็กสมาธิสั้นจะมีสายป่านเกี่ยวกับภาวะความเครียดสูงเหล่านี้ เชื่อมโยงอยู่ตลอดเวลา แต่ภาวะความเครียดสูงไม่ใช่สาเหตุพื้นฐานของการเกิดสมาธิสั้น ในบางกรณี เด็กสมาธิสั้นสามารถทำให้เกิดปัญหาครอบครัวที่รุนแรงมาก เช่นพ่อแม่บางคนเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อพฤติกรรมของเด็กแบบรุนแรง หรือเนื่องจากพ่อแม่เองเป็นสมาธิสั้นด้วย จึงทำให้พ่อแม่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับปัญหาเหล่านี้ได้ แม้ว่าภาวะความเครียดสูงในครอบครัวไม่ใช่สาเหตุที่แท้จริงของสมาธิสั้นแต่บางครั้งพบว่าเด็กปกติบางคนที่มาจากครอบครัวที่มีความเครียดสูงจะมีอาการของสมาธิสั้นได้ ทั้งนี้เพราะเด็กมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดคล้ายคลึงกับปฏิกิริยาตอบสนองของเด็กสมาธิสั้น หรือถ้าเด็กเป็นสมาธิสั้นชนิดเล็กน้อย หากภาวะความเครียดในครอบครัวสูงก็จะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้อาการสมาธิสั้นเด่นชัดขึ้น (พัชรวิทย์, 2544: 10)

การตรวจวินิจัย

นงพงา (2542: 76-94) แบ่งการตรวจประเมินผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ทั้งเด็ก วัยรุ่นและผู้ใหญ่ เป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. สัมภาษณ์

1.1 การสัมภาษณ์พ่อแม่

ข้อมูลที่จะได้จากการสัมภาษณ์พ่อแม่คือ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วย ข้อมูลเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับพ่อแม่

1.2 การสัมภาษณ์และการตรวจสภาพจิตเด็ก

1.3 การสัมภาษณ์อาจารย์ หรือข้อมูลทางโรงเรียน

2. การตรวจทางแพทย์

2.1 ประวัติทางการแพทย์

2.2 การตรวจร่างกาย

3. การตรวจพิเศษ

3.1 การตรวจทางจิตวิทยา

3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4. การวัดพฤติกรรมด้วยแบบสอบถาม (Behavior Rating Scales) แบบสอบถามสำหรับอาการสมาธิสั้น อาจแบ่งได้ดังนี้

4.1 แบบสอบถามสำหรับพ่อแม่และอาจารย์ (Parent and Teacher Rating Scales)

4.2 แบบสอบถามอื่นๆ สำหรับการใช้ในคลินิก

ขั้นตอนการวินิจฉัยเด็กสมาธิสั้น

การตรวจวินิจฉัยต้องตรวจทางการแพทย์ การตรวจพิเศษทางจิตวิทยา และทางด้านห้องปฏิบัติการ การสัมภาษณ์เด็ก พ่อแม่ และอาจารย์ เพื่อทราบถึงพฤติกรรมของเด็ก และสภาพร่างกายของเด็กด้วย เด็กสมาธิสั้นนั้นมีลักษณะความผิดปกติของพฤติกรรม ปัจจุบันยังไม่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ซึ่งใช้เทคโนโลยีระดับสูงทำการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นได้แต่การวินิจฉัยสมาธิสั้นจะต้องเป็นไปตามขั้นตอนคือ การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเหล่านั้น หลายสถานการณ์ เช่น โรงเรียน ที่บ้าน และการเล่น การสังเกตในโรงเรียนนับว่าเป็นสิ่งสำคัญมาก ซึ่งอาจารย์จะเป็นผู้ทำรายงานเกี่ยวกับช่วงความสนใจว่าเหมาะสมหรือไม่ การควบคุมการแสดงออก และการควบคุมอารมณ์ การฟังคำสั่งหรือกฎเกณฑ์ภายใต้สถานการณ์ที่น่าเบื่อต่างๆ ทำงานตามที่อาจารย์มอบหมายให้ได้ทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน การควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ อาจารย์จะสังเกตและรายงานผลได้ดีหากมีแบบสำรวจที่ดีๆ ซึ่งช่วยในการประเมินพฤติกรรม และทำให้มองเห็นภาพชัดเจนขึ้น เกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน

การตรวจร่างกายอย่างละเอียดรวมทั้งการตรวจการได้ยินและการมองเห็น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการพิจารณาเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ นอกจากนี้ปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาการต่างๆ เช่น ทักษะเกี่ยวกับกล้ามเนื้อกลไกความจำ การจำในลักษณะเป็นขั้นตอน การฟังการพูด หรือการจำได้เกี่ยวกับภาพหรือสัญลักษณ์ต่างๆ นับว่าเป็นสิ่งจำเป็นในการวินิจฉัยโรคด้วยเช่นกัน

ทั้งนี้จะมีการตรวจสอบทางจิตวิทยาเพื่อความแน่ใจ ได้แก่ การทดสอบหาข้อบ่งชี้ปัญหา และการทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ซึ่งเด็กสมาธิสั้นจะมีระดับสติปัญญาปกติ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับเกณฑ์เฉลี่ย นอกจากนี้ยังมีแบบทดสอบและแบบประเมินที่ใช้วินิจฉัยเด็กสมาธิสั้น เช่น แบบประเมินพฤติกรรมโดยอาจารย์ และผู้ปกครองของคอนเนอร์ (Conners' Teacher and Parent Rating Scales)

แบบประเมินพฤติกรรมนักเรียนโดยอาจารย์ประจำชั้น Conners' Teacher Rating Scales แบบประเมินพฤติกรรมนักเรียนโดยอาจารย์ประจำชั้น ศาสตราจารย์แพทย์หญิง อุมพร ตรังคสมบัติ ได้แปลมาจาก Conners' Teacher Rating Scales (TRS-28) ของ C. Keith Conners และกัมปนาท บริบูรณ์ ได้หาคุณสมบัติทางสถิติ และเกณฑ์ปกติกับเด็กไทย ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมนี้ใช้กับเด็กอายุตั้งแต่ 3-17 ปี

ลักษณะของแบบประเมิน ประกอบด้วยข้อความ 28 ข้อความ แต่ละข้อให้อาจารย์ ประเมินความถี่ของพฤติกรรมระดับใดระดับหนึ่งใน 4 ระดับ คือ ไม่ทำเลย ทำเล็กน้อย ทำค่อนข้าง มาก และทำมาก ให้คะแนนคำตอบเป็น 0, 1, 2 หรือ 3 ประกอบด้วย 4 มาตรฐาน ดังนี้

มาตร A: ด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Conduct Problem) มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 10, 11, 12, 23, 27

มาตร B: ด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactive) มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 8, 14, 15, 16

มาตร C: ปัญหาเกี่ยวกับสมาธิ (Inattentive – Passive) มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 7, 9, 18, 20, 21, 22, 26, 28

มาตร D: ครรชนีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactive Index) มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 1, 5, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 21, 26

แบบประเมินพฤติกรรมนักเรียนโดยอาจารย์ประจำชั้นนี้ กัมปนาท (2542) ได้รายงาน ผลการศึกษาความคงที่ภายใน ฉบับภาษาไทยกับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนในกรุงเทพมหานคร จำนวน 450 คน อายุ 3 – 17 ปี โดยให้ทั้งอาจารย์ประจำชั้นและอาจารย์ประจำวิชา รวม 2 คน ร่วมกันประเมิน พฤติกรรมนักเรียน 1 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟา จาก .83 สำหรับมาตรปัญหาเกี่ยวกับสมาธิถึง .89 สำหรับมาตรพฤติกรรมอยู่ไม่สุข สัมประสิทธิ์ความคงที่ภายในของทั้งฉบับ มีค่า .94

การแปลผล นำคะแนนที่ได้จากการประเมินมาแปลงเป็นคะแนนมาตรฐาน T และให้ความหมายลำดับของคะแนนมาตรฐาน T ดังนี้

คะแนนมาตรฐาน T ระหว่าง 50 – 59 หมายถึง นักเรียนมีพฤติกรรมอยู่ในระดับเกณฑ์ เฉลี่ย

คะแนนมาตรฐาน T ระหว่าง 60 – 69 หมายถึง นักเรียนมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอยู่ใน ระดับสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย ควรได้รับความช่วยเหลือ

คะแนนมาตรฐาน T ตั้งแต่ 70 ขึ้นไป หมายถึง นักเรียนมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก ควรได้รับการบำบัดรักษา

การดำเนินโรค และผลลัพธ์ของการเป็นโรคสมาธิสั้น

จากการศึกษา พบว่าเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่จะเรื้อรังไปสู่วัยรุ่นและผู้ใหญ่ ซึ่งยังเกิดภาวะแทรกซ้อนในเวลาต่อมาได้มาก หากเด็กสมาธิสั้นที่มีอาการค่อนข้างมากแล้วไม่ได้รับการช่วยเหลือรักษา

พ่อแม่ส่วนใหญ่จะสังเกตเห็นอาการครั้งแรกเมื่อลูกอายุ 2-3 ปี ว่าเด็กกวนพิศปกติหรือมีการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ ซึ่งเป็นวัยที่เด็กเดินได้เองพอดี อายุเฉลี่ยของการอาการเริ่มแรกคือ 3-4 ปี แต่อาการเริ่มแรกมิได้ตั้งแต่วัยทารกจนอายุ 7 ปี มีเพียงบางรายที่มีอาการเริ่มแรกให้เห็นหลังอายุ 7 ปี ซึ่งมักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการจากสาเหตุบางอย่างที่เกิดขึ้นภายหลัง เช่น โรคของสมอง

ผลลัพธ์ของโรค

ผลลัพธ์ในวัยรุ่น

เด็กสมาธิสั้น เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะมีปัญหาการเรียนเป็นส่วนใหญ่ Gittelman - Klein และ Mannuzza (1987 อ้างถึงใน นงพงา, 2542: 105) พบว่าโดยประมาณแล้ว 1 ใน 4 ของผู้ป่วยจะยังมีอาการสมาธิบกพร่อง และพฤติกรรมที่ซนอยู่ไม่นิ่ง เมื่ออายุ 18 ปี การศึกษาอื่น ๆ โดยทั่วไปพบว่าผู้ป่วยเด็กประมาณ 30-50% ยังมีอาการจนถึงวัยรุ่นที่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันหรือยังมีการเข้าได้กับหลักการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตาม DSM III และยังมีการศึกษาอื่น ๆ อีกมาก โดยสรุปภาพรวมขณะนี้คือ

1. ประมาณ 2/3 ของ ADHD จะมีอาการอย่างน้อยหนึ่งอย่างต่อไป
2. ประมาณ 1/3 ของ ADHD ยังมีอาการทุกอย่างเมื่ออายุ 18 ปี

3. เด็กที่มีอาการของ ADHD มีความเสี่ยงต่อการเกิด antisocial personality disorder ประมาณ 20-30%
4. มีพฤติกรรมทางอาชญากรรม 25-50%
5. เด็กสมาธิสั้นที่ไม่มีปัญหาพฤติกรรมร่วมด้วยเมื่อวัยเด็ก ก็ยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่นได้ แต่โอกาสน้อยกว่าเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมร่วมด้วยตั้งแต่วัยเด็ก แต่ทั้ง 2 กลุ่มมาจากพื้นฐานครอบครัว เศรษฐกิจและฐานะต่างกัน
6. เด็กสมาธิสั้น และเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม เป็นคนละโรคกัน
7. มีปัญหาการเรียนต่อเนื่อง
8. มีปัญหาพฤติกรรมต่อเนื่อง ครึ่งหนึ่งของวัยรุ่นที่มี ADHD มีปัญหาทางพฤติกรรมจนต้องถูกลงโทษ ถูกพักการเรียน หรือบางครั้งถูกไล่ออก
9. ถูกเพื่อนปฏิเสธ มีความรู้สึกลดคุณค่าในตนเองต่ำ (low self - esteem)

ผลลัพธ์ในผู้ใหญ่

ตัวอย่างของอาการสมาธิสั้น อาจแสดงออกเหลือเพียงไม่สามารถสนใจในการพูดคุยกันในงานเลี้ยง ตัวอย่างของอาการหุนหันพลันแล่น ก็อาจออกในรูปแบบขับรถเร็วจนได้ใบสั่งจากตำรวจบ่อยๆ ส่วนตัวอย่างของอาการอยู่ไม่นิ่ง ก็อาจเป็นเพียงไม่สามารถยืนพูดโทรศัพท์ที่ต้องเดินไปเดินมาเวลาพูด (restlessness)

Weiss et al., (1985 อ้างถึงใน นงพงา, 2541:109) ได้สรุปผลการศึกษาโดยติดตามเด็กสมาธิสั้น ในระยะยาว 15 ปี จำนวน 103 คน ติดตามอาการเมื่ออายุ 13.3 , 18 และ 24 ปี สามารถตามได้ครบเพียง 64 คน ได้ผลลัพธ์ดังนี้

1. 2 ใน 3 ของผู้ป่วยยังมีการหลักอย่างน้อยหนึ่งอย่าง เช่น attention หรือ restlessness หรือ impulsivity
2. 23 % มี antisocial personality ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง
3. ผู้ใหญ่ที่ hyperactive อาจมีพยาธิสภาพทางจิตอื่นร่วมด้วย
4. ส่วนใหญ่มักงานทำได้งานที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นและนายจ้างรายงานว่าทำงานสกปรก เปลี่ยนงานบ่อย แต่รายได้พอ ๆ กับคนอื่น เพราะมีการทำงานมากกว่าหนึ่งอย่าง
5. มีระดับการศึกษาต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

การทำนายผลลัพธ์ของ ADHD เมื่อเป็นผู้ใหญ่

ปัจจัยที่ใช้ทำนายผลลัพธ์ในวัยรุ่นยังคงใช้ได้เช่นเดียวกันกับในวัยผู้ใหญ่ คือ ใช้ปัจจัยเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

- ความสามารถในการเรียนรู้ หรือ ระดับสติปัญญา
- ความมั่นคงทางอารมณ์ หมายถึง ความก้าวร้าว, ความอดกลั้นต่ำ, อารมณ์รุนแรง
- บรรยากาศในครอบครัว หมายถึง สุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว สภาพทางสังคม และเศรษฐกิจของครอบครัว บรรยากาศทางอารมณ์ในครอบครัว
- วิธีอบรมเลี้ยงดูเด็ก
- ความสามารถในการทำงานในวัยผู้ใหญ่ ขึ้นกับระดับสติปัญญาและความสัมพันธ์กับผู้ใหญ่เมื่อวัยเด็กของ ADHD

การรักษาและการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น

โดยภาพรวมของการรักษา ADHD ในขณะนี้ยังคงคล้ายโรคทางจิตเวชอื่น ๆ คือ ความเห็นของคนส่วนใหญ่ยังเห็นว่าควรใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกัน (multimodal treatment) เพราะเมื่อเกิดปัญหาขึ้นแล้วมักจะมีผลกระทบไปยังเรื่องอื่น ๆ เช่น ครอบครัว สังคม วิธีการรักษาที่ใช้อยู่ขณะนี้ คือ

1. การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
2. พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy)
3. การรักษาทางการศึกษา (Educational remediation)
4. การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ

1. การรักษาด้วยยา

ชาญวิทย์ (2546: 10) ได้กล่าวถึงวิธีการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาว่า ยาที่ได้ผลดีที่สุดสำหรับโรคสมาธิสั้น คือ ยาในกลุ่ม Psychostimulants ซึ่งได้แก่ Methylphenidate (Ritalin), Long-Active Methylphenidate (Concerta), Dextroamphetamine (Dexedrine), Adderall และ Pemoline (Cylert) ซึ่งยาเหล่านี้เป็นยาที่ปลอดภัย และมีผลข้างเคียงน้อย มีประสิทธิภาพสูงในการรักษา ยาจะช่วยให้เด็กมีสมาธิดีขึ้น ชนน้อยลง คุมสติได้ดีขึ้น มีความสามารถในการควบคุมตนเองดีขึ้น และอาจช่วยให้ผลการเรียนดีขึ้น และผลที่ได้ตามมาก็คือเด็กมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้น และมีความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือคนรอบข้างดีขึ้น

2. พฤติกรรมบำบัด

การช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นด้วยการใช้พฤติกรรมบำบัดมีหลายวิธี ดังนี้

2.1 การฝึกอบรมพ่อแม่ (Parent training)

ฝึกอบรมพ่อแม่ให้เข้าใจหลักพฤติกรรมเพื่อให้สามารถนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลูกที่บ้าน เป็นวิธีที่ทราบแน่นอนว่าได้ผล ใช้การฝึกอบรมพ่อแม่เป็นกลุ่มโดยสอนวิธีทำพฤติกรรมบำบัด ซึ่งส่วนใหญ่มาจากหลัก behavior modification, learning theory ใช้ระบบการ

ให้รางวัล การลงโทษ กับพฤติกรรมที่เจาะจง ใช้เวลาในการฝึกอบรมพ่อแม่ 8–20 ครั้ง และให้คำปรึกษาแก่พ่อแม่เป็นระยะ ๆ เพื่อให้พ่อแม่ทำให้ถูกต้อง หรือช่วยพ่อแม่ปรับเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสม

2.2 การให้คำปรึกษากับอาจารย์ (teacher consultation) เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกา อาจารย์ในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังไม่รู้จักโรค ADHD จึงจำเป็นต้องให้ความรู้และขอแนะนำ อาจารย์ในการดูแลเด็กที่โรงเรียน อาจารย์บางคนอาจคิดว่าตนเองไม่สามารถดูแลเด็กที่มีปัญหาพิเศษแบบ ADHD ได้ แต่ถ้าให้ความช่วยเหลือแนะนำ อาจารย์จะทำได้ดี เพราะอาจารย์มักมีพื้นฐานในเรื่องพฤติกรรมเด็กอยู่บ้างแล้ว

2.3 Cognitive – behavioral skill training

การใช้ cognitive-behavioral approach ได้รับการศึกษาประเมินว่ามีประโยชน์และมีประสิทธิภาพน้อยกว่าการใช้ยา แต่การใช้ cognitive approach ให้ผลดีนั้นควรใช้ควบคู่กับการบำบัดรักษาด้วยยา หลักการสำคัญคือ ฝึกให้เด็กควบคุมตัวเอง (self regulation) โดยเน้นการรักษาที่ตัวเด็กไม่ใช่สิ่งแวดล้อม เด็กป้องกันและแก้ไขข้อผิดพลาดของตนเอง โดยใช้วิธีบอกตัวเอง การฝึกให้เริ่มจากการพูดกับตัวเองดัง ๆ ก่อน แล้วพูดค่อยลง ในที่สุดให้เด็กนึกในใจ ซึ่งวิธีนี้ทำให้เด็กรู้ตัวตลอดเวลาว่าต้องคิดก่อนจึงทำ

3. การรักษาทางการศึกษา

จากการที่เด็กสมาธิสั้นมีปัญหาในหลายๆ ด้าน แต่ปัญหาหนึ่งที่สำคัญที่สุดก็คือปัญหาด้านการเรียน ซึ่งโรงเรียนโดยทั่วไปมีสภาพที่ไม่เหมาะกับเด็กสมาธิสั้น ทั้งนี้เพราะการจัดการเรียนการสอนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนั้น จัดระบบการเรียนสำหรับเด็กปกติ ถึงแม้เด็กสมาธิสั้นสามารถเรียนในชั้นธรรมดาได้ก็ตามแต่ก็จะไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ทั้งนี้เพราะในชั้นเรียนปกตินั้น เขาไม่อาจจะใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ได้นั้น สิ่งที่ต้องคำนึงถึงซึ่งมีปัจจัย 3 ประการ นั่นก็คือ ตัวอาจารย์ วิชาที่สอน และสภาพแวดล้อม

บทบาทอาจารย์ในการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น มีดังนี้

1. จะต้องสามารถสร้างกฎระเบียบที่ชัดเจนขึ้นในห้องเรียน และมีความสม่ำเสมอ มีความคงเส้นคงวาในการรักษากฎนั้น
2. สามารถทำให้การเรียนเป็นสิ่งที่สนุกสนาน ไม่ใช่ที่น่าเบื่อหน่าย
3. สำคัญที่สุดก็คือ ทักษะของอาจารย์ อาจารย์จะต้องเข้าใจปัญหาของเด็ก มีความรู้สึกอยากช่วย มองว่าปัญหาที่เด็กก่อขึ้นเป็นสิ่งที่ท้าทายต่อการแก้ปัญหาของอาจารย์ ไม่ใช่เป็นภาระที่ทำให้ตนเองต้องเหนื่อยมากขึ้น มองเด็กในด้านบวก ไม่จับผิด มีความปรารถนาที่จะร่วมมือกับพ่อแม่ และแพทย์เพื่อที่จะช่วยเหลือเด็ก
4. อาจารย์ผู้ช่วยจะเป็นบุคคลสำคัญ โดยเฉพาะในชั้นเรียนของเด็กเล็ก ทั้งนี้เพราะอาจารย์เพียงคนเดียวอาจให้ความสนใจนักเรียนได้ไม่ทั่วถึง ขณะเดียวกันเด็กสมาธิสั้นต้องการความสนใจเป็นพิเศษ การที่อาจารย์ผู้ช่วยให้ความสนใจเด็กแบบตัวต่อตัวจะทำให้เด็กสมาธิสั้นมีสมาธิในการเรียนดีขึ้น

ในห้องเรียนปกติทั่วไปอาจารย์สามารถช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นซึ่งมีปัญหการเรียนรู้ได้ ดังนี้

1. การจัดชั้นเรียนสำหรับเด็กสมาธิสั้น ควรเป็นชั้นเรียนขนาดเล็ก มีนักเรียนไม่มากเกินไป เพราะหากมีนักเรียนมาก สิ่งเร้าก็เพิ่มมากขึ้นด้วย อาจารย์จะสนใจเด็กได้ไม่เต็มที่ ห้องเรียนก็ไม่ควรเปิดโล่งจนเกินไป ห้องเรียนควรมีผนังที่มีฉลิดเพื่อป้องกันการรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ที่อาจมาทำให้สมาธิวอกแวกได้ง่ายขึ้น และในการจัดกลุ่มเพื่อนนั้นไม่ควรจับเด็กที่มีสมาธิสั้นมาอยู่กลุ่มเดียวกัน ควรจัดให้เด็กที่มีสมาธิสั้นอยู่ร่วมกับกลุ่มเพื่อนที่มีศักยภาพในการเรียนการทำงาน หรือสามารถดูแลและความคุมพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นนี้ได้
2. วิชาที่สอน ควรจะมีความยืดหยุ่นบ้างในแง่ของเนื้อหา และงานที่让孩子ทำ ทั้งนี้เพราะเด็กแต่ละคนมีความสามารถแตกต่างกัน เด็กสมาธิสั้นมักจะทำงานที่ได้รับมอบหมายเสร็จในระยะเวลาที่นานกว่าเด็กปกติ ฉะนั้นควรมีการปรับวิชาที่สอนให้เหมาะสมรวมทั้งจำนวนงานให้เหมาะสมกับความแตกต่างระหว่างบุคคล และที่สำคัญในเนื้อหาของวิชาควรมีความเป็น

รูปธรรมเพียงพอ ไม่สลับซับซ้อนเกินไปการจัดกิจกรรมซ่อมเสริมค้นหาสาเหตุ และแก้ที่สาเหตุ ถ้าเกิดจากการฝึกฝนในเรื่องระเบียบวินัย ขาดความรับผิดชอบ ควรเริ่มมีการฝึกฝนโดยมอบหมายงานให้รับผิดชอบมากขึ้นทีละเล็กทีละน้อย และอาจารย์คอยติดตามผลงานอย่างใกล้ชิดโดยให้กำลังใจ และให้โอกาสในการฝึกฝน คอยชื่นชมเมื่อทำได้ดี ถ้าเด็กมีปัญหาทางอารมณ์ วิตกกังวล ซึมเศร้า อาจารย์ควรพูดคุยลอบโยนให้เด็กระบายความรู้สึกถึงเครียดผ่านกิจกรรมการเล่น ฝึกให้เด็กมีสมาธิยาวขึ้นโดยผ่านการทำกิจกรรม การเล่น และการทำงาน โดยค่อยๆแบ่งงานให้เหมาะสมกับระดับสมาธิของเด็ก เพิ่มงานที่ต้องใช้สมาธิจากงานง่ายๆ ไปสู่งานที่ต้องใช้สมาธิมากขึ้น รวมทั้งเพิ่มระยะเวลาที่ใช้ในการทำงานให้นานขึ้น อย่าลืมการเสริมกำลังใจให้กับเด็ก ปฏิบัติต่อเด็กด้วยท่าทีที่สงบ เอาจริง พูดสั้นๆ ด้วยน้ำเสียงปกติ ช่วยซ่อมเสริมวิชาที่เด็กทำไม่ทันในชั้นเรียน

การจัดกิจกรรมนอกหลักสูตรมีการส่งเสริมให้เด็กทำกิจกรรมที่เด็กสนใจ เมื่อเด็กมีความสนใจต่อกิจกรรมจะทำให้เด็กฝึกสมาธิกับกิจกรรมที่ทำ อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มความรู้สึกที่ดีต่อตัวเองที่สามารถทำอะไรได้สำเร็จอย่างที่ตนเองต้องการ และส่งเสริมให้เด็กได้ทำกิจกรรมที่ระบายพลังกำลังที่มีอยู่ เช่น ให้เด็กเล่นกลางแจ้ง การเล่นที่รุนแรง แต่อยู่ในกติกา หลีกเลี่ยงการเล่นของเล่นที่มีหลากหลายชนิดมาอยู่ร่วมกัน

3. การปรับความคาดหวังและกิจกรรมในห้องเรียน การจัดกิจกรรมในชั้นเรียนให้น่าสนใจ มีความยาวของกิจกรรมให้เหมาะสมกับสมาธิของเด็กในห้อง ถ้าเด็กติดตามไม่ได้ ควรแบ่งกิจกรรมให้สั้นลง สลับกับการเคลื่อนไหวที่เป็นประโยชน์ เช่น ให้มาช่วยอาจารย์ลบกระดาน แจกสมุดดินสอให้เพื่อน ในระหว่างที่ทำงานอาจจะกระตุ้นความสนใจของเด็กให้มาอยู่กับงานเป็นระยะๆ บอกวิธีการทำงานที่ชัดเจน ลดสิ่งรบกวนในชั้นเรียน และจัดที่นั่งให้เด็กมานั่งอยู่ใกล้กับอาจารย์ นอกจากนี้อาจารย์ควรหลีกเลี่ยงการลงโทษอย่างรุนแรง หรือยั่วให้โกรธหรือประณามเด็กในทางไม่ดี เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมักมีปัญหาพฤติกรรมทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน เด็กจะได้รับคำตำหนิต่อว่า ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน จนเกิดเป็นภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อตนเอง ซึ่งสิ่งนี้จะมีผลกระทบต่อบุคลิกภาพของเด็ก

4. การมอบหมายงานควรแต่งงานที่มอบหมายให้เด็กทำออกเป็นส่วนย่อยๆ และมอบให้ทีละส่วน เริ่มต้นจากส่วนที่ง่ายก่อน ทั้งนี้เพราะถ้าให้ทำทีเดียวทั้งหมด เด็กจะขาดจุดสนใจที่ชัดเจน และไม่สามารถทำตามลำดับขั้นตอนได้ เช่นถ้ามีเลข 10 ข้อ ควรให้เด็กทำทีละ 1-2 ข้อ แล้วมาตรวจ จากนั้นจึงให้เพิ่มอีก 1-2 ข้อ จนครบ ถ้าทำแบบนี้ เด็กจะทำงานเสร็จได้เร็ว แต่ถ้ามอบหมาย

ให้ทำทีละียว 10 ข้อ แล้วค่อยมาตรวจ เด็กอาจวุ่นวายใจ ไม่รู้ว่าจะเริ่มต้นทำข้อไหน และในที่สุดก็เกิดอาการใจลอย ทำงานไม่เสร็จทันเวลา

5. ในชั้นเรียนต้องมีกฎระเบียบแน่นอน และเป็นรูปธรรมเพียงพอ มิฉะนั้นเด็กจะขาดสมาธิมากขึ้น

6. ชั้นเรียนพิเศษ สำหรับการจัดชั้นเรียนพิเศษนั้นก็มิได้เหมาะสำหรับเด็กสมาธิสั้นเสมอไป เพราะเด็กบางคนอาจเกิดปมด้อยที่ต้องมาเรียนในกลุ่มย่อย หรือหากจำเป็นต้องเรียนแยกกลุ่มจริงๆ เราควรจะต้องพูดคุย และช่วยให้ลูกยอมรับและปรับตัวให้ได้

7. การสอนพิเศษ เด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในชั้นเรียนปกติ อาจจำเป็นต้องได้รับการติวเป็นพิเศษ เพื่อให้เรียนได้ทันเด็กคนอื่นๆ พ่อแม่ควรจัดหาอาจารย์พิเศษมาสอนลูกตัวต่อตัว เช่น สอนการอ่าน หรือสอนคณิตศาสตร์ การสอนตัวต่อตัวมักได้ผลดี เด็กที่เป็นสมาธิสั้นไม่รุนแรงจะดีขึ้นด้วยวิธีการช่วยเหลือแบบนี้จนบางครั้งอาจไม่ต้องใช้ยาก็ได้

8. การออกคำสั่ง อาจารย์อาจใช้วิธีเตือนเด็กก่อนที่จะออกคำสั่งจริง เช่น ตะโกนก่อนออก คำสั่ง มองตาหรือจ้องหน้าเด็กรวมทั้งออกคำสั่งง่ายๆ และสั้น เพื่อให้เด็กเข้าใจง่าย และมีการตรวจสอบเป็นระยะๆ ว่าเด็กทำตามคำสั่งหรือไม่

9. การปรับพฤติกรรมในห้องเรียน อาจารย์ควรช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมในห้องเรียนที่เหมาะสมขึ้นดังนี้

- ฟังคำสั่งดีขึ้น
- ทำงานให้รวดเร็ว
- มีสมาธิกับการทำงาน
- ทำงานเสร็จในเวลาที่กำหนด
- ทำงานได้เงียบๆ ด้วยตนเองตามลำพัง
- เก็บข้าวของเครื่องใช้ของตนเองให้เป็นระเบียบ
- เปลี่ยนกิจกรรมหนึ่งไปเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งอย่างเรียบร้อยไม่เกิดปัญหา

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหลายอย่าง มีสาเหตุจากการที่เด็กรู้สึกอึดอัดและต้องการที่จะเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา เช่นเด็กบางคนชอบลุกจากโต๊ะ บางคนหันไปคุยกับเพื่อนคนนั้นคนนี้ บางคนปายางลบออกนอกห้องเพื่อให้มีเหตุผลที่จะลุกเดิน (ไปเก็บ) แทนที่อาจารย์จะไปลงโทษกับเด็กสมาธิสั้นที่มี พฤติกรรมเหล่านี้ อาจารย์ควรช่วยหาทางออกให้เด็กได้อยู่ไม่นิ่งอย่างสร้างสรรค์บ้าง เช่น ให้ออกช่วยลบกระดาน แจกสมุด หรือช่วยงานต่างๆ แทน

10. รายงานประจำวัน การทำรายงานประจำวันเป็นวิธีการปรับพฤติกรรมในห้องเรียนที่ได้ผลดี ในรายงานนี้จะมีการบันทึกพฤติกรรมที่ควรเปลี่ยนแปลงเช่น การทำงานไม่เสร็จทันเวลา การลุกเดินไปมา คุยกันในห้องเรียน หรือตะโกนขึ้นมาในชั้นเรียน เป็นต้น อาจารย์จะให้คะแนนสำหรับพฤติกรรมที่เด็กทำในแต่ละวัน ว่าทำมากหรือน้อยเพียงใด และดีขึ้นหรือไม่ พ่อแม่จะได้รับรายงานนี้จากอาจารย์ทุกวัน หากจะให้ผลดียิ่งขึ้น ควรมีการให้รางวัลเมื่อเด็กทำได้ดี รางวัลอาจเป็นสติ๊กเกอร์หรือขนมจากอาจารย์ก็ได้ ควรเริ่มต้นแก้ไขพฤติกรรมง่ายๆก่อน เช่นการลุกเดินไปมาก่อนที่จะมาแก้เรื่องการทำงานให้เสร็จทันเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นไปได้ค่อนข้างยาก

แม้รายงานประจำวันจะให้ผลดีในเด็กหลายคน แต่ในเด็กบางคนวิธีนี้อาจใช้ไม่ได้ผล เพราะการให้รางวัลเป็นไปค่อนข้างช้า วิธีการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผลดีที่สุด คือ ให้รางวัลทันทีที่เด็กทำดี ดังนั้นอาจารย์อาจต้องมีรางวัลเล็กๆ น้อยๆ เตรียมไว้บ้าง

การปรับพฤติกรรมของเด็กต้องตั้งอยู่บนความเป็นจริง และมีความยืดหยุ่นตามสมควร ต้องระลึกเสมอว่าเด็กแต่ละคนแตกต่างกัน และอาจารย์ต้องปรับความคาดหวังที่เหมาะสมให้กับเด็กด้วย เช่น เด็กบางคนขี้ลืม และทำดินสอหายบ่อยๆ อาจารย์อาจต้องช่วยให้เด็กยืมดินสอ แทนที่จะทำโทษเด็กเพราะจะทำให้เด็กยิ่งเสียความรู้สึก โดยอาจเกิดความรู้สึกทางลบกับอาจารย์ เบื่อหน่ายการเรียน รวมทั้งเกิดความรู้สึกว่าตนเองแย่ และทำอะไรไม่เคยดีเลย เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลที่สามารถสังเกตเห็นได้ ทำให้เรามากไม่สนใจต่อตัวแปรภายใน ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อการแสดงออกของบุคคล เนื่องจากการสนองตอบของบุคคลนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง แต่ทว่าขึ้นอยู่กับ สภาพแวดล้อมที่รับรู้ ดังที่ Mahoney (1974) กล่าวว่า

“ตัวแปรทางปัญญาหรืออาจจะเรียกได้ว่าเป็นตัวแปรที่อยู่ตรงกลางระหว่างสิ่งเร้า และการสนองตอบนั้น มีผลต่อการสนองตอบของคนเราเป็นอย่างมาก สิ่งเร้าเดียวกันอาจจะก่อให้เกิดการสนองตอบที่ต่างกัน ในขณะที่เดียวกันสิ่งเร้าที่ต่างกันอาจก่อให้เกิดการสนองตอบที่เหมือนๆ กัน นี้ย่อมขึ้นอยู่กับเงื่อนไขในสภาพแวดล้อมนั้น”

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาหลายพฤติกรรมด้วยกันที่ไม่สามารถแก้ไขได้โดยการใช้หลักการปรับพฤติกรรมที่พัฒนาจากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ อีกทั้งเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ได้รับ การยอมรับมากที่สุด คือ การลดความรู้สึกลึกซึ้งอย่างเป็นระบบนี้ ก็ยังต้องอาศัยกระบวนการภายในของบุคคลซึ่งได้แก่การจินตนาการ แนวคิดที่ว่าตัวแปรภายในบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกการปรับพฤติกรรมโดยอาศัยแนวคิดดังกล่าวจึงเรียกว่า การปรับพฤติกรรมทางปัญญา(Cognitive Behavior Modification หรือ CBM) หรือบางคนเรียกว่า การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา(Cognitive Behavior Therapy หรือ CBT) (สมโภชน์, 2543: 307-308)

ประวัติและความเป็นมา

แนวคิดของการปรับพฤติกรรมทางปัญญาจะมุ่งเน้นที่กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางปัญญา เพื่อที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขณะที่การปรับพฤติกรรมนั้นจะเน้นที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรง Meyers & Graighead (1984 อ้างถึงในสมโภชน์, 2543: 308-310) กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นน่าจะมาจาก 3 ปัจจัยใหญ่ ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาทางปัญญา (Cognitive Psychology) ซึ่งงานทางด้านจิตวิทยาทางปัญญาที่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการปรับพฤติกรรมมีอยู่ด้วยกัน 3 ชั้น คือ

1.1 การเสนอตัวแบบ (Modeling) นั่นคือบุคคลเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่นโดยที่บุคคลไม่จำเป็นต้องแสดงออก หรือได้รับผลกระทบโดยตรงจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ในช่วงแรกพัฒนาขึ้นในกรอบของทฤษฎีการเรียนรู้และการบำบัดพฤติกรรม แต่ต่อมาในปี 1969 Bandura ได้อธิบายว่าผลของตัวแบบนั้นเกี่ยวข้องกับตัวแปรทางปัญญาเป็นส่วนใหญ่ เขาเสนอว่าปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการเรียนรู้โดยการสังเกตนั้นจะต้องประกอบด้วยกระบวนการตั้งใจ กระบวนการเก็บจำ กระบวนการกระทำ และกระบวนการจูงใจ จะเห็นได้ว่ากระบวนการตั้งใจและกระบวนการเก็บจำนั้น เป็นกระบวนการทางปัญญา ซึ่ง Bandura ได้มาจากรูปแบบของกระบวนการสารสนเทศ (Information Processing Model) ของพวกนักจิตวิทยาทางปัญญา จากผลงานของ Bandura นี้เอง นับว่าเป็นอิทธิพลที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

1.2 การฝึกการสอนตนเอง (Self-Instruction Training) เป็นเทคนิคที่พัฒนาขึ้นในช่วงต้นของทศวรรษที่ 1970 โดย Meichenbaum ซึ่งเขาได้ขยายมาจากงานวิจัยของเขาในเรื่อง “การพูดเพื่อสุขภาพ” (Healthy Talk) เป็นงานวิจัยที่อาศัยทฤษฎีการเรียนรู้แบบการกระทำเป็นทฤษฎีพื้นฐาน โดยที่งานของเขานั้นทำกับคนไข้จิตเภท (Schizophrenia) เขาฝึกให้คนไข้จิตเภทเหล่านั้นพูดตามที่เขาให้พูด แล้วพบว่าพฤติกรรมของคนไข้จิตเภทเหล่านั้นดีขึ้น ทำให้เกิดความคิดขึ้นมาว่าถ้าให้คนทั่วไปพูดภายในใจของตนเอง เหมือนกับที่เขาชี้แนะให้คนไข้จิตเภทพูดแล้วก็น่าจะได้ผลเช่นกัน ดังนั้นเขาจึงได้พัฒนาเทคนิคใหม่ของเขาขึ้นมาเรียกว่า การสอนตนเอง (Self-Instruction)

นักจิตวิทยาที่ศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการทางภาษาที่ Meichenbaum ให้ความสนใจและนำเอามาใช้เป็นพื้นฐานของการพัฒนาเทคนิคการสอนตนเองของเขา คืองานของนักจิตวิทยาชาวรัสเซีย 2 คน ซึ่งได้แก่ Luria และ Vygotsky ที่ได้เสนอแนะว่าพฤติกรรมต่อต้านของเด็กนั้นจะอยู่ภายใต้ของการควบคุมทางด้านภาษาของสภาพแวดล้อมในสังคม (ผู้ใหญ่) และค่อย ๆ พัฒนาไปสู่การที่เด็กเรียนรู้ที่จะควบคุมพฤติกรรมของเขาได้เองโดยครั้งแรกจะเริ่มจากการใช้คำพูดจากภายนอกและต่อมาใช้คำพูดจากภายในใจของเขาเอง ซึ่งแนวคิดดังกล่าว Meichenbaum & Goodman (1971) ได้พัฒนาโปรแกรมการสอนตนเองขึ้นมาสอนเด็กที่มีลักษณะหุนหันพลันแล่น (Impulsive) เด็กดูตัวแบบพูดเขาจะทำอะไร แล้วให้เด็กทำตามครั้งแรกก็ให้พูดด้วยเสียงอังกัง นั่นก็ค่อย ๆ พูดให้เบาลง ในที่สุดก็พูดกับตัวเองภายในใจ พบว่าได้ผลดี จากนั้นจึงได้มีการนำเอาเทคนิคการสอนตนเองไปใช้ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าว ลดพฤติกรรมการอยู่ไม่สุข ลดความกลัว เพิ่มสัมฤทธิ์ผล

ทางการเรียนและฝึกความสามารถในการเข้าสังคมให้กับเด็ก (Craighead et al., 1978; Kendall & William, 1981) นอกจากนี้ยังได้มีการนำเอาไปใช้กับผู้ใหญ่ที่มีความวิตกกังวลสูง ก้าวร้าว ขาดทักษะทางสังคม และเป็นจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย (Meichenbaum, 1977)

1.3 เทคนิคการแก้ปัญหา พัฒนาได้โดย D’Zurilla & Goldfried ในปี 1971 เป็นเทคนิคที่สอนให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีทักษะในการแก้ปัญหา โดยไปมุ่งเน้นที่กระบวนการคิดภายในให้เป็นกลไกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. ปัจจัยทางการควบคุมตนเอง (Self-Control) ความจริงแล้วการควบคุมตนเองนั้นอยู่ในขอบเขตของการปรับพฤติกรรมมาแต่ต้น Skinner ก็ได้ชี้ให้เห็นว่าคนเราใช้วิธีการควบคุมตนเองเช่นเดียวกับวิธีการควบคุมผู้อื่น

ได้มีการนำเอากระบวนการทางปัญญามาใช้อธิบายกระบวนการควบคุมตนเองซึ่ง Homme กล่าวว่าเป็นการกระทำของจิตซึ่งมีกระบวนการเช่นเดียวกับกระบวนการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ แต่เป็นกระบวนการภายในเท่านั้น ความคิดเช่นนี้เองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการศึกษาทางด้านการควบคุมตนเอง จากกระบวนการภายนอกมาสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงความคิดภายในแทน

3. ปัจจัยทางด้านการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) ได้มีนักจิตวิทยาและจิตแพทย์ ผู้นำในการบำบัดทางปัญญา คือ Ellis และ Beck ทั้งสองคนนี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาการปรับพฤติกรรมทางปัญญา โดยที่ Ellis นั้นได้เสนอเทคนิคที่เรียกว่าการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Therapy หรือ RET) ซึ่งเขามีความเชื่อว่า พฤติกรรมที่ปรับตัวไม่ได้ของคนเรานั้น เป็นเพราะว่าเราคิดอย่างไม่มีเหตุผล ไม่ใช่เป็นเพราะว่ามีอะไรหรือใครทำอะไรกับเรา หากแต่ขึ้นอยู่กับความคิดที่เราคิดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับเรามากกว่า วิธีการบำบัดก็คือเปลี่ยนแปลงความคิดของเราจากไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผลนั่นเอง ส่วน Beck ก็คล้าย ๆ กับ Ellis ซึ่งเขามีความเชื่อว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับจิตนั้น เป็นเพราะว่า บุคคลมีความคิดในลักษณะที่ปรับตัวไม่ได้ เช่นความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเหตุผล หรือการพูดกับตนเองอย่างไม่มีเหตุผล แต่งานของ Beck ต่างจาก Ellis ตรงที่วิธีการบำบัดของเขาจะมุ่งที่ความเชื่อพื้นฐานมากกว่าที่จะมุ่งที่การกล่าวกับตนเอง

จากปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวทางในการบำบัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและมีการพัฒนาเทคนิคใหม่ๆขึ้นมาเพื่อใช้ในการบำบัดพฤติกรรมมากมาย อีกทั้งยังได้มีการวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้การปรับพฤติกรรม และการปรับพฤติกรรมทางปัญญา แต่ประสิทธิภาพของการปรับนั้น Miller&Berman ได้ทำการวิเคราะห์แบบเมตา (Meta-Analysis) ถึงประสิทธิภาพของการปรับพฤติกรรม และการปรับพฤติกรรมทางปัญญา พบว่า การปรับพฤติกรรมทางปัญญาให้ผลดีว่าการปรับพฤติกรรม

แนวคิดทฤษฎีพื้นฐาน

ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มปัญญานิยม

จากการศึกษาถึงงานพฤติกรรม-ปัญญานิยมตั้งแต่ปี 1960 จนถึงปี 1992 Dobson (1988) ได้สรุปความเชื่อเบื้องต้นเกี่ยวกับแนวคิดพฤติกรรมนิยมไว้ ดังนี้

ความเชื่อเบื้องต้นข้อที่ 1 การทำงานของกระบวนการทางปัญญามีผลต่อพฤติกรรม เป็นการย้ำ ความคิดของรูปแบบการใช้สื่อกลางให้เป็นประโยชน์ในการบำบัด หรืออธิบายพฤติกรรม ถึงแม้ว่า นักทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยมรุ่นแรก ๆ จะมีปัญหาเรื่อง การแสดงให้เห็นถึงข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะพิสูจน์ความเชื่อนี้ แต่ปัจจุบันก็ยังคงมีความพยายามที่จะดำเนินการพิสูจน์และสนับสนุนแนวคิดนี้ เช่นงานในคลินิกก็นิยมใช้แนวคิดนี้ในการบำบัดมากขึ้น และส่วนใหญ่ได้รับผลดี ซึ่งแสดงว่ากระบวนการทางปัญญามีผลต่อพฤติกรรมมากขึ้นเรื่อย ๆ

ความเชื่อเบื้องต้นข้อที่ 2 การทำงานของกระบวนการทางปัญญาสามารถปรับเปลี่ยนได้นั้น คือเราสามารถประเมินกระบวนการทางปัญญาได้ แม้ว่ายังต้องศึกษาหาวิธีที่จะให้มีความเที่ยงและความตรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ต่อไปก็ตาม การประเมินกระบวนการทางปัญญาก็เพื่อเลือกบางส่วนที่เหมาะสมและเข้าไปจัดกระทำ เพื่อประโยชน์ในการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยกระบวนการหนึ่ง ๆ ในกระบวนการทางปัญญานั้นเป็นอิสระโดยตัวเอง ไม่จำเป็นต้องติดตามมาจากกระบวนการอื่น ๆ

ความเชื่อเบื้องต้นข้อที่ 3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถกระทำได้ โดยการปรับเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญา โดยพยายามจัดการกับกระบวนการปัญญา เพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและประเมินการเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่ไปด้วย

สมโภชน์ (2543: 311) กล่าวว่า ตัวแปรทางปัญญานั้นย่อมมีผลต่อการ เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของบุคคลนั้น ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางปัญญาได้พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อม เปลี่ยนแปลงตาม สิ่งที่แตกต่างกันก็คือ ต่างคนก็ต่างกำหนดตัวแปรทางปัญญานี้ ทั้งต่างคนก็หา วิธีการดำเนินการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางปัญญาขึ้น ตามพื้นฐานความรู้เดิมที่ตนเองมีอยู่ ความ แตกต่างเหล่านี้จะเห็นได้อย่างชัดเจน

Ellis (1971) มีความเชื่อว่า ถ้าสามารถทดแทนความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลเหล่านั้นด้วยความ เชื่อที่มีเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมของคนเราก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลง แต่อย่างไรก็ตามคนเรานั้น มักจะมีแนวโน้มที่จะอนุรักษ์ความคิดที่ไม่มีเหตุผลเอาไว้จึงต้องพยายามอย่างมากที่จะหาวิธีการ จัดการเปลี่ยนแปลงความคิดนั้นให้ได้ เขาได้เสนอวิธีการหลาย ๆ วิธีมีทั้งเทคนิคที่จะจัดการกับ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เทคนิคเหล่านั้น ได้แก่ การใช้วิธีการตั้งคำถามโดยยึดข้อมูลเชิง ประจักษ์และเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ การใช้คำพูดในเชิงท้าทาย และการอภิปราย เพื่อที่ว่าจะทำให้ ผู้เข้ารับการบำบัดยอมรับในความคิดที่ไม่เป็นเหตุผลของตน นอกจากนี้ RET ยังได้อาศัยเทคนิค อื่น ๆ เข้าช่วยอีกด้วย เช่น การบันทึกความคิดของตนเอง การใช้การบำบัดโดยหนังสือ การเล่น บทบาทสมมุติ การใช้ตัวแบบ การใช้จินตนาการ การฝึกการผ่อนคลาย การใช้การวางเงื่อนไขแบบ การกระทำ และการฝึกทักษะ

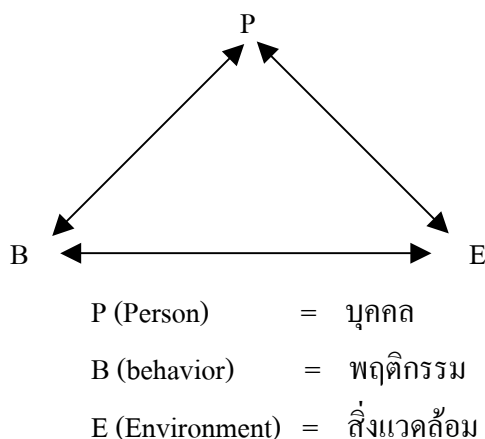
Aaron Beck (1979) ซึ่งเป็นจิตแพทย์ ได้รับการอบรมมาทางด้านจิตวิเคราะห์เช่นเดียวกับ Ellis หลังจากที่เขาบำบัด โดยใช้วิชาการทางจิตวิเคราะห์มาเป็นระยะเวลานานพอสมควร เขาได้ พบปฏิกิริยาทางลบจากผู้เข้ารับการบำบัดมากมาย เขาจึงเริ่มสงสัยเกี่ยวกับการอธิบายถึง การเป็น โรคจิต โรคประสาทของนักจิตวิทยากลุ่มจิตวิเคราะห์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอธิบายในเรื่องของ อาการซึมเศร้า (Depression) ถึงแม้ว่าการบำบัดทางปัญญา จะเริ่มจากการทำการบำบัดคนไข้ที่มี อาการซึมเศร้าก็ตาม แต่ทว่าการบำบัดทางปัญญายังสามารถนำไปใช้บำบัดทางจิตด้านอื่น ๆ ได้อีก ซึ่งรูปแบบของการบำบัดทางปัญญานี้เชื่อว่า อารมณ์ที่ผิดปกติของคนเรานั้นเป็นผลมาจากการบิด เบือนความคิด หรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง และเขายัง เชื่อว่าความรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กัน และมักจะเสริมแรงซึ่งกันและกัน จึงเป็นผล ทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น

ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มปัญญาสังคม

ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มพฤติกรรมนิยม และกลุ่มปัญญาสังคม มีแนวคิดแตกต่างกัน เปรียบเสมือนอยู่คนละขั้วหรืออยู่คนละปลายของเส้นตรง กลุ่มพฤติกรรมนิยมมีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของมนุษย์ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนด ตัวแทนของแนวคิดนี้ได้แก่ ทฤษฎีของ สกินเนอร์ ในขณะที่กลุ่มปัญญานิยมมีความคิดว่า พฤติกรรมขึ้นอยู่กับ การรับรู้ การคิด หรือ กระบวนการทางปัญญาของบุคคล ตัวแทนของกลุ่มนี้คือ จิตวิทยากลุ่มเกสตัลท์

ในระยะหลังได้เกิดแนวคิดทฤษฎีใหม่ เรียกว่า กลุ่มปฏิสัมพันธ์ (Interactionist Approach) กลุ่มนี้จะผสมผสานแนวคิดของกลุ่มพฤติกรรมนิยมและกลุ่มปัญญานิยมเข้าด้วยกัน คือมีความคิดว่า พฤติกรรมขึ้นอยู่กับผลร่วมระหว่างกระบวนการทางปัญญาของบุคคลและสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างสำคัญของทฤษฎีกลุ่มนี้ได้แก่ ทฤษฎีปัญญาสังคมของเบนดูรา (Bandura's Social Cognitive Theory) (ประสาท, 2538: 279)

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรม พัฒนาโดย Bandura นักจิตวิทยาชาวแคนาดา ซึ่งมีแนวคิดว่าการเรียนรู้ไม่จำเป็นที่จะต้องพิจารณาในแง่ของการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้แล้ว แม้ว่าจะยังไม่มี การแสดงออกก็ตาม เป็นการเรียนรู้ที่เน้นการเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมภายใน เบนดูราเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้นไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วยและการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกันกับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม (สมโภชน์, 2543: 308) ดังนี้



ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคล พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

แม้ว่าสิ่งแวดล้อมจะเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดกิจกรรมของมนุษย์ ให้กระทำในสิ่งต่าง ๆ แต่ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมก็ยังเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและมีปฏิริยาโต้ตอบซึ่งกันและกันอยู่ และที่สำคัญมนุษย์ไม่ได้รับรู้และได้ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมอย่างตรงไปตรงมา แต่มนุษย์มักจะเปลี่ยนการรับรู้ต่อโลกอยู่ตลอดเวลา ซึ่งมีผลต่อการสร้างพฤติกรรมเป็นอย่างมากด้วยเหตุนี้จึงมีการเคลื่อนไหวในการศึกษากระบวนการภายในหรือกระบวนการทางปัญญาของมนุษย์ขึ้น โดยพยายามศึกษาด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์ Mahoney (1974) and Meichenbaum (1977) ได้ศึกษาถึงความสำคัญของการใช้กระบวนการทางปัญญาเพื่อควบคุมพฤติกรรม ทำให้เกิดแนวคิดขึ้นว่าบุคคลจะเปลี่ยนพฤติกรรมได้โดยกระบวนการทางปัญญา ซึ่งเป็นกระบวนการจัดระบบข้อมูล กระบวนการสื่อสารเมื่อบุคคลมีสิ่งเร้ามากระทบ และกระบวนการทางปัญญายังทำหน้าที่เป็นสื่อกลางทำให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมอีกด้วย

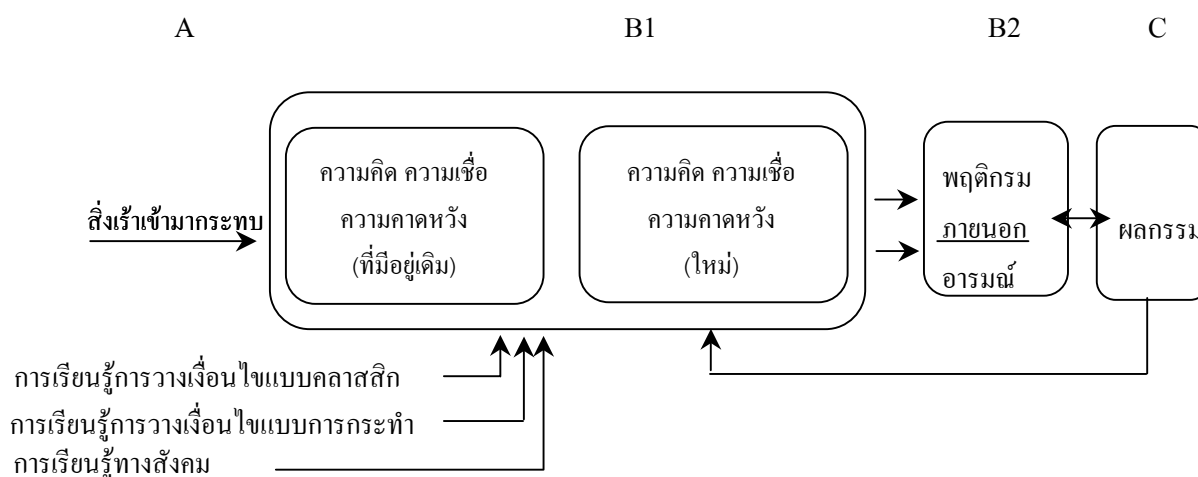
ความหมายของการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

Kazdin (1978: 335 อ้างถึงในสม โภชน์, 2543: 308) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกโดยการเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน หรือกลวิธีในการสนองตอบหรืออีกนัยหนึ่ง เป็นเปลี่ยนตัวแปรทางปัญญาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมนั่นเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้า-กระบวนการทางปัญญา-พฤติกรรม และผลกรรม

จากการที่นักพฤติกรรมปัญญานิยม มีความเห็นตรงกันว่า การรับสิ่งเร้าเข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ต่อสิ่งเร้านั้น ๆ แต่สิ่งที่นักพฤติกรรมปัญญานิยมยังพิจารณาต่างกันก็คือลักษณะความสัมพันธ์ของกระบวนการทางปัญญาและพฤติกรรมอารมณ์ โดยแบ่งการพิจารณาความสัมพันธ์ดังกล่าวได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

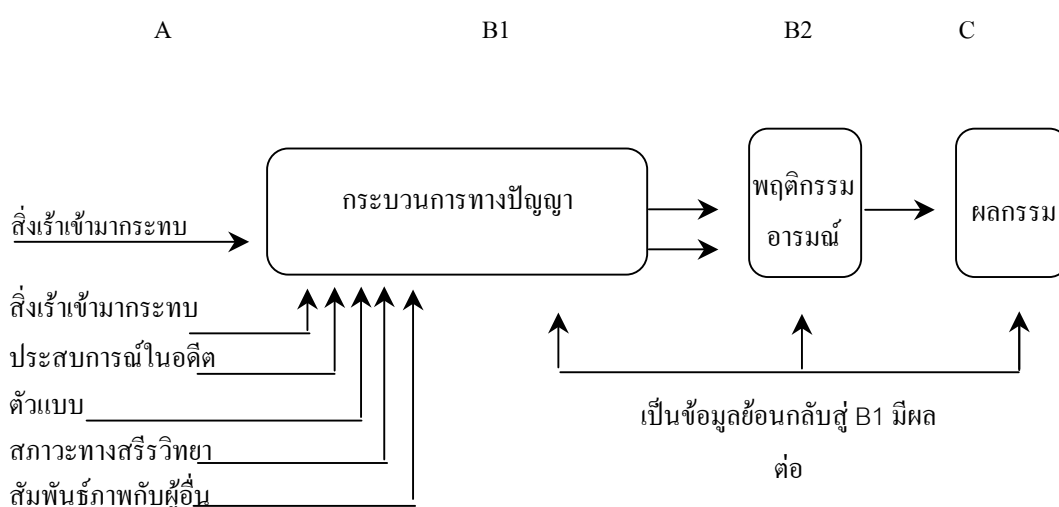
1. ความสัมพันธ์ในลักษณะเอกพันธ์ (Homogeneity) เชื่อว่าพฤติกรรมภายใน หรือกระบวนการทางปัญญา และพฤติกรรมภายนอก มีลักษณะของการเกิด การคงอยู่ และการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเดียวกัน ดังนั้นจึงทำให้พฤติกรรมภายในเปลี่ยนมาเป็นภายนอกได้จากแนวคิดนี้ถ้าจะเปลี่ยน หรือปรับพฤติกรรมภายใน ก็สามารถทำได้โดยใช้ ทฤษฎีการเรียนรู้ทั้งแบบ คลาสสิก (Classical learning theory) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning theory) หรือทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ได้เช่นเดียวกับที่ใช้เปลี่ยนพฤติกรรมภายนอก ซึ่งแสดงกระบวนการความสัมพันธ์ในลักษณะเอกพันธ์ ได้ดังนี้



ภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ในลักษณะเอกพันธ์

2. ความสัมพันธ์ในลักษณะปฏิสัมพันธ์ (Interaction) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างพฤติกรรมภายในหรือกระบวนการทางปัญญากับพฤติกรรมภายนอก นั่นคือบุคคลแสดงพฤติกรรมภายนอกด้วยการชี้แนะ (Promping) จากกระบวนการทางปัญญาและในขณะเดียวกันพฤติกรรมภายนอกก็มีอิทธิพลต่อกระบวนการทางปัญญาด้วย โดยความเชื่อนี้รวมเอาภาวะทาง

จิตใจ (Psychological events) ไว้กับกระบวนการทางปัญญา และรวมภาวะทางสรีรวิทยา (Physiological events) ไว้กับพฤติกรรมภายนอก จากแนวคิดนี้ถ้าต้องการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายในหรือกระบวนการทางปัญญา ก็สามารถใช้วิธีการใด ๆ ก็ได้ ซึ่งจะนำทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้ หรือนำทฤษฎีหรือแนวคิดใด ๆ มาใช้ก็ได้ เพราะถ้าสามารถทำให้กระบวนการทางปัญญาเปลี่ยนแล้วก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมภายนอกในที่สุด นักพฤติกรรมปัญญานิยม ที่ใช้ความสัมพันธ์ในลักษณะนี้มี Meichenbaum, Ellis, Beck and Neimeyer เป็นต้น ความสัมพันธ์ของกระบวนการทางปัญญาและพฤติกรรม อารมณ์ แบบนี้ แสดงได้ ดังนี้



ภาพที่ 4 แสดงกระบวนการความสัมพันธ์ในลักษณะปฏิสัมพันธ์

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา หมายถึง การฝึกทักษะทางจิตแบบจิตเพื่อกายที่ประกอบด้วยเทคนิคการตั้งเป้าหมาย การคิด-พูดกับตนเองในทางบวก การผ่อนคลายโดยใช้การจินตนาการ การให้ข้อมูลป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) เพื่อควบคุมตนเองซึ่งอธิบายรายละเอียดของเทคนิคได้ดังนี้

การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting)

การตั้งเป้าหมาย เป็นเทคนิคทางจิตวิทยาที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติประสบความสำเร็จในการพัฒนาความสามารถของตนเองจนถึงระดับสูงสุด ความรู้ที่จำเป็นในการเข้าใจกระบวนการตั้งเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ความหมายของการตั้งเป้าหมาย ชนิดของเป้าหมาย องค์ประกอบในการตั้งเป้าหมาย หลักเกณฑ์ในการตั้งเป้าหมาย และกระบวนการในการตั้งเป้าหมายที่ดี

การผ่อนคลายตนเองโดยการใช้จินตนาการ

การจินตนาการ คือ การฝึกให้ผู้บำบัดมีความรู้สึกว่าเขาอยู่ที่นั่นจริงๆ มิใช่เพียงแค่เห็นภาพตัวเขาอยู่ในเหตุการณ์ที่เขาจินตนาการเท่านั้น ซึ่งการเน้นให้เห็นเพียงเฉพาะภาพหรือเหตุการณ์เท่านั้นเป็นการฝึกที่ผิดพลาด แต่การฝึกที่ดีนั้นจะต้องฝึกให้ผู้เข้ารับการบำบัดใช้ประสาทสัมผัสต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้การจินตนาการด้วย เช่น การได้ยิน การได้กลิ่น รส สัมผัสและการเคลื่อนไหว ในการวางเงื่อนไขภายในนั้น จำเป็นต้องใช้ภาพชุดของพฤติกรรมเป้าหมายและภาพชุดผลกรรมของพฤติกรรมเป้าหมาย สิ่งสำคัญก็คือ ผู้เข้ารับการบำบัดจะต้องสามารถเปลี่ยนภาพจากพฤติกรรมเป้าหมายไปสู่ภาพผลกรรมได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งความสามารถลักษณะนี้จะต้องฝึกในขั้นตอนของการเริ่มฝึกเท่านั้น จะต้องเลือกภาพที่ผู้ฝึกสามารถจินตนาการได้ง่าย ซึ่งอาจเป็นภาพทั่วไปได้แก่ชายหาด ทุ่งนา หรือสวนดอกไม้ เป็นต้น และเมื่อผู้เข้ารับการบำบัดเกิดความเคยชินในการจินตนาการแล้วจึงค่อยเริ่มให้จินตนาการ หรือเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาต่อไป เนื่องจากการฝึกจินตนาการจะต้องให้ผู้รับการบำบัดหลับตา ทั้งนี้เพื่อกำหนดกระบวนการของพฤติกรรมภายใน อันได้แก่ จินตนาการ ความคิด ความรู้สึก ให้มากที่สุด (สมโภชน์, 2543: 280-281) นอกจากนี้การใช้เทปบันทึกเสียงแทนการใช้เสียงจริงของผู้วิเจียมนั้นยังสามารถช่วยในแง่ของการผ่อนคลาย เพราะการฝึกผ่อนคลายจะช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถจินตนาการได้ดีขึ้น (สมโภชน์, 2543: 285)

โดยทั่วไปเรามักจะใช้จินตภาพในสถานการณ์ต่างๆ เช่นการฝึกการผ่อนคลาย การจัดการกับความเครียด สร้างจินตภาพถึงเหตุการณ์ที่เราไม่คาดคิด และวิธีการที่เราตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เราอยากให้เป็น และการสร้างจินตภาพถึงผลที่ออกมาในทางบวก เป็นต้น

การให้ข้อมูลป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback)

การให้ข้อมูลป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) เป็นการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าเพื่อช่วยในการวัดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เครื่องมือไฟฟ้าเหล่านี้คือ เครื่องมือช่วยให้เกิดการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในร่างกายตนเองโดยแสดงผลเป็นภาพหรือเสียง เช่นการติดสื่อนไฟฟ้า (Electrodes) กับกล้ามเนื้อเพื่อวัดการหดตัวของกล้ามเนื้อ โดยแสดงผลเป็นคลื่นเสียง ซึ่งผู้ถูกวัดจะทราบถึงระดับเสียงที่แตกต่างกัน จากระดับที่กล้ามเนื้อผ่อนคลาย และเมื่อเกิดความเครียด ดังนั้นเมื่อเกิดความกดดันระดับผลย้อนกลับที่เป็นเสียงจะเปลี่ยนไป ผู้ถูกวัดก็จะเรียนรู้ที่จะลดความกดดันโดยให้ผลย้อนกลับทางบวกเพื่อจัดการปรับความคิด อารมณ์ เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายมากขึ้น โดยฟังผลการเปลี่ยนแปลงของระดับเสียงจากเครื่องมืออื่นๆ จากหลักความสัมพันธ์ระหว่างการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และความคิด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความตั้งใจ และการรวบรวมสมาธิ วิธีการให้ข้อมูลป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) สามารถใช้เครื่องมือวัดเพื่อให้ได้ทราบผลได้หลายชนิด เช่น เครื่องวัดอุณหภูมิทางผิวหนัง (Skin temperature) เครื่องวัดการหดตัวของกล้ามเนื้อ (Electromyography (ECG)) เครื่องวัดคลื่นสมอง (Electroencephalogram (EEG)) เครื่องวัดการตอบสนองของผิวหนัง (Galvanic skin response (GSR))(สืบสาย, 2541: 103)

การพูดกับตนเองในทางบวก (Positive self-talk)

วันชัย (2545) กล่าวว่า การพูดกับตนเองในทางที่ดี เป็นการพูดเชิงบวก ที่จะส่งผลทำให้ผู้พูดเกิดความเชื่อเชิงบวก ซึ่งความเชื่อเชิงบวกนี้จะก่อให้เกิดทัศนคติเชิงบวก ความรู้สึกเชิงบวก และเกิดพฤติกรรมในเชิงบวกตามมา

จากการศึกษาหลักในการพูดกับตนเองในทางที่ดี สามารถสรุปได้ 4 ประการดังนี้

1. การเลือกคิด (Thought stopping) คือการหยุดการคิดในด้านลบ หรือความคิดที่ไม่สร้างสรรค์ หรือเป็นความคิดที่ทำให้หมกมุ่นใจ
2. เปลี่ยนความคิดจากลบเป็นบวก (Changing negative thought to positive thought) คือการรับรู้ถึงความคิดของตนเองที่ไม่เหมาะสม แล้วพยายามเปลี่ยนให้เข้าไปในทางสร้างสรรค์โดยการควบคุมจากความคิดในทางลบให้เป็นบวกหรือเป็นไปในทางที่ดี

3. การเผชิญหน้ากับความคิด (Countering) คือการหาเหตุผลมาวิเคราะห์และจัดการกับเนื้อหาของความคิดในด้านลบ หรือความคิดที่ไม่สร้างสรรค์นั้นๆ เช่นการคิดกังวลไปล่วงหน้าว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จ

4. การฝึกเพื่อการแก้ไขการพูดกับตนเอง ควรทำหลังจากการสำรวจตนเองแล้วโดยให้พยายามเปลี่ยนแปลงไปในทางที่สร้างสรรค์ และให้กำลังใจกับตนเอง ว่าฉันสามารถทำสิ่งต่างๆ ที่ฉันต้องการได้สำเร็จ

ดังนั้น ผู้วิจัยกำหนดให้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีขั้นตอนในการปฏิบัติ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นสำรวจและรับรู้พฤติกรรมตนเอง

- วิเคราะห์พฤติกรรม
- วิเคราะห์การรับรู้ การคิด และความรู้สึก

ขั้นที่ 2 ขั้นจัดการกับความคิดและพฤติกรรม

- การตั้งเป้าหมาย
- การฝึกผ่อนคลายตนเองโดยการใช้การจินตนาการ
- การให้ข้อมูลป้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback)
- การพูดกับตนเองทางบวก

ขั้นที่ 3 ขั้นปฏิบัติและรับข้อมูลเชิงบวก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

พิมพา (2544) ได้ศึกษาถึงผลของการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อความมีระเบียบวินัยในตนเองของนักกีฬา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักฟุตบอลชายของโรงเรียนกีฬา กรุงเทพมหานคร อายุระหว่าง 11-14 ปี จำนวน 8 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 4 คน ได้รับการปรับพฤติกรรมทางปัญญาด้วยการฝึกทักษะทางจิต ได้แก่ เทคนิคการตั้งเป้าหมาย การจินตภาพ การพูดกับตนเองในทางที่ดี การดูแลตัวเอง และการให้แรงเสริมทางบวกควบคู่กับการฝึกซ้อมและแข่งขันกีฬาฟุตบอล ผลการวิจัยพบว่า การปรับพฤติกรรมทางปัญญามีผลต่อพฤติกรรมความมีระเบียบวินัยในตนเองของนักกีฬา นักกีฬากลุ่มทดลองที่ได้รับการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีพฤติกรรมความมีระเบียบวินัยในตนเอง ในระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะการติดตามผล แตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แต่ในกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างกัน และในระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผลพบว่า นักกีฬากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมความมีระเบียบวินัยในตนเองไม่แตกต่างกัน

วรรณภา (2545) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการฝึกจินตภาพโดยทำการเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งการบ้านของนักเรียนที่ได้รับการฝึกจินตภาพ กับนักเรียนที่ไม่ได้รับการฝึกจินตภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 20 คน กลุ่มทดลองได้เข้ารับการฝึกจินตภาพจำนวน 17 ครั้งๆ ละ 20 - 30 นาที ติดต่อกัน ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึก ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่ได้รับการฝึกจินตภาพมีคะแนนพฤติกรรมการส่งการบ้านสูงกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับการฝึกจินตภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จันทพร (2543) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาเพื่อเสริมสร้างวินัยในชั้นเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสาธิต “พิบูลย์บำรุง” มหาวิทยาลัยบูรพา ปีการศึกษา 2542 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 16 คน โดยแบ่งเป็นนักเรียนเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 8 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา 2) แบบประเมินพฤติกรรมที่มีวินัยในชั้นเรียน 3) แบบสอบถามพฤติกรรมที่มีวินัยในชั้นเรียน 4) แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมที่มีวินัยในชั้นเรียน 5) แบบบันทึกเสียงสัญญาณการสังเกต และบันทึกพฤติกรรม 6) แบบสอบถามความคิดเห็นของนักเรียนที่มีต่อการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่ง

นักเรียนกลุ่มทดลองได้เข้าร่วม โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ส่วนนักเรียนกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา แต่ได้รับเอกสารเรื่องพฤติกรรมมีวินัยในชั้นเรียนไปศึกษาด้วยตัวเอง ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมมีวินัยในชั้นเรียนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมมีวินัยในชั้นเรียนสูงกว่านักเรียนกลุ่มควบคุมหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีความเห็นว่าการปรับพฤติกรรมนี้ดีมีประโยชน์และสามารถพัฒนาตนเองให้มีวินัยในชั้นเรียนมากยิ่งขึ้น

งานวิจัยต่างประเทศ

Larson (1992) ได้ทำการทดลองเพื่อตรวจสอบหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นเพื่อสอน นักเรียนวัยรุ่นตอนกลางที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งใช้การจัดการกับความโกรธและความก้าวร้าว ด้วยกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในห้องเรียน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นนักเรียนชาย และนักเรียนหญิง จำนวน 221 คน อายุเฉลี่ย 13.9 ปี มีหลักสูตรในการอบรมทั้งหมด 10 ครั้ง ใช้เวลา 5 สัปดาห์ เนื้อหาในการทดลองครั้งนี้คือ ให้กลุ่มทดลองดูตัวอย่างจากวิดีโอ แล้วบูรณาการเข้ากับเทคนิคการสอนตนเอง การกำกับตนเอง การแก้ปัญหา โดยมีเป้าหมายในการลดตัวแปรตาม นั่นคือ พฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมก่อความวุ่นวายในโรงเรียน การควบคุมอารมณ์โกรธ และทำรายงานแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมต่อต้านสังคม ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่าง 15 คน) มีผลแตกต่างกันในระยะติดตามผล

Slaby and Guerra (1988) ได้ทำการวิจัยโดยใช้กรอบแนวคิดของพัฒนาการทางปัญญา สังคม โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิง และเพศชาย จำนวน 120 คน ที่มีคดี เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม และกลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 1 และ 2 โดยใช้โปรแกรมฝึกพัฒนาการทางปัญญาสังคม จำนวน 12 ครั้งในกลุ่มทดลอง ส่วนในกลุ่มควบคุมให้ทำกิจกรรมปกติ ในโปรแกรมการทดลองนั้นจะเน้นที่ การจัดการกระทำกับกระบวนการความคิด ความเชื่อ และมีการฝึกพฤติกรรมที่ใช้ในการแก้ปัญหาทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาทางสังคม และลดความเชื่อที่ยอมรับพฤติกรรมก้าวร้าว และลดพฤติกรรมก้าวร้าวลง ลดความรุนแรงหันหลังกลับ และลดพฤติกรรมที่ไม่ยืดหยุ่นอื่นๆ ลงได้ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ผู้ควบคุมเป็นผู้ประเมิน

Kadusan (1993) ทำการศึกษา และการช่วยเหลือเด็กสมาธิบกพร่อง โดยใช้การควบคุมตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการควบคุมตนเองโดยการปรับพฤติกรรม ทางปัญญา หรือการควบคุมการทำงานของจิตและกายของตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมของนักเรียนสมาธิบกพร่องในระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 63 คน ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนมีการพัฒนาพฤติกรรมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อติดตามผลหลังจากการทดลอง 3 เดือน

Kaiser (1992) ทำการศึกษาผลของการปรับพฤติกรรมในชั้นเรียนที่มีต่อบทบาทเชิงวิชาการ และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในเด็กสมาธิบกพร่อง อายุ 8-13 ปี ใช้เวลาวันละ 5 ชั่วโมง ครั้ง เป็นเวลา 10 สัปดาห์ โดยมีเป้าหมาย 6 พฤติกรรมคือ นั่งในที่ของตน พูดเมื่อได้รับอนุญาต ทำงานให้เสร็จ ทำตามคำแนะนำ สุกากับผู้อื่น ไม่ก่อกวนผู้อื่น ผลการวิจัยพบว่า เด็กมีอัตราการอ่านดีขึ้น มีทักษะการคำนวณคณิตศาสตร์สูงขึ้น เด็กทุกคนประเมินตนเองว่ามีความสุขขึ้นเมื่อทำงานเสร็จ

ผลการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ แสดงให้เห็นว่า การปรับพฤติกรรมทางปัญญา เป็นการปรับกระบวนการคิด ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรม หากบุคคลมีกระบวนการคิดที่ไม่เหมาะสม อันจะเป็นผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในการพัฒนาหรือการปรับพฤติกรรมให้คงทนนั้นต้องอาศัยการปรับกระบวนการคิด เทคนิคที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดนั้นมีหลากหลายเทคนิค อาทิเช่น การฝึกใช้จินตนาการ การฝึกการผ่อนคลาย การพูดกับตนเองเชิงบวก การใช้ตัวแบบ การสอนตนเอง ฯลฯ เด็กสมาธิสั้น มักมีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ เนื่องจากการไม่สามารถควบคุมตนเอง ให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในห้องเรียนได้ จากการศึกษาพบว่าโรคสมาธิสั้นโดยทั่วไปจะไม่มีทางรักษาให้หายขาด การได้รับยามีส่วนทำให้อาการของโรคดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าการรักษาด้วยยา ร่วมกับการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาน่าจะเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะช่วยทำให้นักเรียนสมาธิสั้นมีการพัฒนาพฤติกรรม การเรียนเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ในด้าน การมีสมาธิในการฟัง การตอบคำถาม การส่งงาน และการทำงานกลุ่ม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้เทคนิคตามแนวคิดของการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ซึ่งประกอบด้วย เทคนิคการตั้งเป้าหมาย การฝึกผ่อนคลายโดยใช้จินตนาการ การให้ข้อมูลป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) และ การพูดกับตนเองในทางบวก นำมาสร้างเป็นโปรแกรม และศึกษาถึงผลของโปรแกรมในการพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้ของนักเรียนสมาธิสั้นในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โดยอาจารย์ผู้สอนในวิชาทักษะเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมการเรียนรู้ก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งโปรแกรมการ

ปรับพฤติกรรมทางปัญญานี้น่าจะเป็นวิธีการหนึ่งที่ส่งเสริมทำให้เด็กสมาธิสั้นมีการพัฒนาพฤติกรรม
การเรียนไปในทางที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

นักเรียนสมาธิสั้นมีพฤติกรรมเรียนที่เหมาะสม คือมีสมาธิในการฟัง มีพฤติกรรม
ตอบคำถาม การส่งงาน และการทำงานกลุ่มดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับ .10