

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมาธิสั้น (attention deficit disorder) เป็นความผิดปกติทางพฤติกรรม ซึ่งทางการแพทย์ถือว่าเป็นอาการอย่างหนึ่งของโรคทางจิตเวช ที่พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของเด็กวัยเรียน โดยมีอัตราส่วนเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4-6 เท่า อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานบางประการที่สนับสนุนว่า ภาวะสมาธิสั้นในกลุ่มเด็กหญิงอาจไม่แสดงออก ชัดเจนเท่ากลุ่มเด็กชาย ถึงแม้จะอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นทางด้านปัญหาการเรียนรู้อ และด้านสังคมก็ตาม (Spohrer, 2006) จากการสำรวจเด็กไทยในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า มีเด็กกลุ่มนี้ประมาณ 2-3 คนในห้องเรียนขนาด 50 คน อย่างไรก็ตามปริมาณความชุกของภาวะสมาธิสั้นผันแปรตามเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัย (จอม ชุมช่วย, 2550; เพียงทิพย์ พรหมพันธุ์, 2549) โดยพบว่า ประเทศที่พัฒนาแล้วมักจะพบ จำนวนในปริมาณที่มากกว่า จากการสำรวจและวินิจฉัยหลายประเทศ พบว่า เพิ่มจากร้อยละ 1 เป็นร้อยละ 11 ของจำนวนประชากร (Merrell & Tymms; NICE; Norwich et al. อ้างถึงใน Spohrer, 2006) จากข้อมูลทางสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาชี้ให้เห็นว่า มากกว่าร้อยละ 35 ที่ไม่สามารถ เรียนจบระดับชั้นมัธยมศึกษาและมากกว่าร้อยละ 50 ที่มีปัญหาทางด้านการมีปฏิสัมพันธ์ กับกลุ่มเพื่อน (Barkley, 1981)

ลักษณะที่สำคัญของภาวะสมาธิสั้น ได้แก่ (1) มีช่วงสมาธิสั้นกว่าปกติ (inattention) (2) อยู่ไม่นิ่งหรือซนผิดปกติ (hyperactivity) และ (3) หุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ (impulsive) อาการเหล่านี้ไม่เพียงแต่มีผลโดยตรงต่อการเรียนรู้ เนื่องจากเด็กไม่สามารถ ควบคุมตนให้มีสมาธิในการเรียนได้เท่านั้น หากยังมีผลต่อสุขภาพจิตของเด็ก ครอบครัวย กลุ่มเพื่อนและคนรอบข้าง ตลอดจนสังคมนั้นด้วย ในทางการแพทย์ พบว่า ภาวะสมาธิสั้น มักจะเกิดร่วมกับโรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคคือ (oppositional defiant) โรคเกร (conduct

disorder) โรควิตกกังวล (anxiety) โรคซึมเศร้า (depression) และความบกพร่องทางการเรียนรู้ (learning disability) ถ้าเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นไม่ได้รับการช่วยเหลือจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการกระตุ้นโรคอื่น ๆ ตามที่กล่าวมาให้รุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะสมาธิสั้นยังมีผลต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ หากแต่อาการจะลดลงเหลือแต่ความรู้สึกอึดอัด กระสับกระส่าย ขาดความยังคิดในการตัดสินใจ ทำให้เกิดเรื่องทะเลาะวิวาทได้ง่าย มีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น มีเพศสัมพันธ์โดยมิได้วางแผน ขับรถด้วยความเร็วสูง เกิดอุบัติเหตุบ่อย และมีสถิติเกี่ยวข้องกับคดีอาชญากรรมมากกว่าคนทั่วไป (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542; สมชาติ สุทธิกาญจน์, 2550; สันติภาพ ไชยวงศ์เกียรติ, 2550; Goldstein, 1997)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ภาวะสมาธิสั้นส่งผลกระทบหลายด้านทั้งทางตรงและทางอ้อม มีผลเสียในระยะสั้นและระยะยาว จึงนับว่าเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่า เนื่องจากภาวะดังกล่าวทำให้บุคคลประสบผลสำเร็จน้อยกว่าศักยภาพที่แท้จริง การให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมและทันทั่วถึง นอกจากจะเป็นการช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตแล้ว ยังเป็นการลดสาเหตุของการเกิดปัญหาสังคมอีกประการหนึ่ง

การช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น อาจทำได้หลายรูปแบบ เพื่อความสอดคล้องกับสาเหตุ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในรายละเอียด ดังที่ Anastopoulos and Shelton (2001) เสนอว่า สิ่งที่ควรพิจารณาในการวางแผนให้ความช่วยเหลือ คือ สภาพปัจจัยแวดล้อมของแต่ละบุคคล ได้แก่ พยาธิสภาพ อาการสมาธิสั้น สภาพแวดล้อมทางบ้านและโรงเรียน การใช้แนวความคิดความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมบำบัด (cognitive-behavior therapy) โดยการนำแนวความคิดดังกล่าวมาใช้ในลักษณะผสมผสานในสัดส่วนที่แตกต่างกัน 3 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 เป็นการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในระดับอ่อน (mild clinical presentation) ประกอบด้วยการให้ความช่วยเหลือ 3 ด้าน คือ (1) การรักษาทางการแพทย์ (2) การให้ความช่วยเหลือในชั้นเรียน (classroom modification) และ (3) การฝึกอบรมพ่อแม่ในการดูแลและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยเน้นด้านแรกเป็นปัจจัยหลัก ด้านที่สองเป็นส่วนสำคัญรองลงมา และด้านที่สามเป็นส่วนน้อยที่สุด

รูปแบบที่ 2 เป็นการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในระดับปานกลาง (moderate clinical presentation) ประกอบด้วยการให้ความช่วยเหลือ 4 ด้าน คือ (1) การรักษาทางการแพทย์ (2) การฝึกอบรมพ่อแม่ในการดูแลลูก (3) การให้ความช่วยเหลือในชั้นเรียน และ (4) การบำบัดรายบุคคล (individual therapy) ในรูปแบบนี้ การให้ความช่วยเหลือจะให้ความสำคัญกับการรักษา และฝึกอบรมเท่าๆกัน โดยมีสัดส่วนมากกว่าการให้ความช่วยเหลือในชั้นเรียน และการบำบัดรายบุคคล

รูปแบบที่ 3 เป็นการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในระดับที่รุนแรง (severe clinical presentation) ประกอบด้วยการให้ความช่วยเหลือ 5 ด้าน ดังนี้ (1) การให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ (2) การให้ความช่วยเหลือในชั้นเรียน (3) การให้ความช่วยเหลือซ่อมเสริมด้านการเรียนรู้ที่บกพร่อง (remediation for learning disability) (4) การฝึกอบรมพ่อแม่ และ (5) การบำบัดรายบุคคลสำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครอง (individual therapy for parent) โดยเน้นที่ด้านแรกมีสัดส่วนใหญ่ที่สุด ส่วน อีก 4 ด้าน มีสัดส่วนเท่า ๆ กัน

อาจสรุปเป็นประเด็นได้ว่า สภาพแวดล้อมของบุคคลเป็นองค์ประกอบสำคัญ ในการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Bronfenbrenner (อ้างถึงใน Craig, 1996) และสอดคล้องกับ Thomson (1996) ที่กล่าวถึงความจำเป็นในการใช้เทคนิควิธีการ หลากรูปแบบ โดยเน้นการให้ความช่วยเหลือ (intervention) ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน เพื่อช่วยให้เด็กประสบผลสำเร็จทางการเรียน มีการฝึกอบรมและให้ความรู้ผู้ปกครอง ให้รู้จักวิธีการจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรม ด้วยการช่วยเหลือเด็กให้ใส่ใจกับงาน ที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของบ้าน ที่สอดคล้องกับทางโรงเรียน นอกจากนั้นยังให้ความช่วยเหลือเด็ก ที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยตรงด้วยการให้คำปรึกษา เพื่อให้เด็กสามารถเผชิญปัญหาทางอารมณ์ที่มักจะเกิดขึ้นบ่อย ๆ

ในทำนองเดียวกัน นักจิตวิทยา นักการศึกษา และจิตแพทย์อีกหลายท่าน ที่มีความ เห็นร่วมกันว่า การให้ความช่วยเหลือในลักษณะองค์รวม (holistic approach) จะสามารถ ช่วยแก้ปัญหาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นได้ครอบคลุมมากกว่าการเลือกใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่ง วิธีการนี้เรียกว่า การรักษาหลากหลายรูปแบบ (multiple-modality approach) ประกอบด้วย การรักษาโดยการใช้ยา และด้านการให้ความช่วยเหลือทางจิตสังคม (psychosocial

intervention) ซึ่งจะเน้นทั้งที่ครอบครัว ด้วยการฝึกอบรมพ่อแม่/ผู้ปกครอง ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้น และการดูแลที่เหมาะสม รวมทั้งวิธีการปรับพฤติกรรมเด็ก การฝึกอบรมครู เพื่อช่วยผู้เรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นในเรื่องการเรียนการสอน การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน การจัดเพื่อนช่วยเรียน รวมทั้งการสอนเสริม ส่วนการให้ความช่วยเหลือเด็กจะเป็นเรื่องการปรับพฤติกรรมและการให้คำปรึกษา (จอม ชุมช่วย, 2550; ธนกุล ปานะดิษฐ์, 2550; พนม เกตุมาน, 2550; สันติภาพ ไชยวงศ์เกียรติ, 2550)

อย่างไรก็ตามการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นดังกล่าวจะได้ผลก็ต่อเมื่อสอดคล้องกับลักษณะที่สำคัญ 3 ประการของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นดังได้กล่าวมาแล้วในเบื้องต้น อันได้แก่ (1) การขาดสมาธิ ทำให้ไม่สามารถจดจ่ออยู่กับการทำงานได้นานเป็นผลให้ทำงานไม่เสร็จ ไม่อดทน เบื่อหรือท้อง่าย ขาดความตั้งใจในสิ่งที่จะทำ (2) ซุกซน อยู่ไม่นิ่ง มักจะเคลื่อนไหวตลอดเวลา ถูกกระตุ้นได้ง่ายจากสิ่งแวดล้อม รอบข้าง (3) หุนหันพลันแล่น ไม่ยั้งคิด ทำตามอารมณ์ เลินเล่อ ไม่รอบคอบ มีพฤติกรรมเสี่ยงอันตราย สอดคล้องกับผลการศึกษานำร่องที่ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและสภาพปัจจุบันของภาวะสมาธิสั้นในโรงเรียนประถมศึกษา ด้วยการสอบถามครู พบว่า ผลกระทบของภาวะสมาธิสั้นในด้านการเรียนที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ การทำงานไม่เสร็จตามกำหนด หรือไม่เสร็จตามเป้าหมาย เช่น ทำเลขไม่ครบข้อ เขียนหนังสือตกหล่น ไม่ได้ใจความครบถ้วน ความไม่รอบคอบเหล่านี้มักจะเกี่ยวข้องกับการขาดทักษะที่สำคัญ คือ การควบคุมตนเอง ทำให้เด็กทำงานสะเพร่า ขาดความยับยั้งชั่งใจ สังเกตได้จากการพูดโพล่ง ทำสิ่งใด ๆ โดยไม่ยั้งคิด เป็นผลต่อเนื่องถึงทักษะทางสังคม ไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่ม ความเป็นปฏิปักษ์ต่อสังคมจะค่อย ๆ ก่อตัวขึ้น เด็กมักจะสูญเสียความมั่นใจ แม้แต่ในรายที่ไม่มีปัญหาทางการเรียน สิ่งเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ก็จะกลายเป็นปัญหาทางสังคมต่อไป เมื่อสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ก็พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่สอดคล้องต้องกัน คือ การขาดความรับผิดชอบ ไม่ทำตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย บริหารจัดการเวลาไม่เป็น ทำให้มีงานค้างส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ในส่วนของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นพบว่า ตนไม่เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม ถูกตำหนิจากครู พ่อแม่บ่นว่า ขาดกำลังใจ ไม่อยากเรียน

ทั้งนี้ปัญหาที่เกิดขึ้นมักมีสาเหตุโดยตรงมาจากภาวะสมาธิสั้น โดยส่งผลกระทบที่ชัดเจน 3 ประเด็น คือ การทำงาน การยับยั้งชั่งใจและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประสงค์ที่จะพัฒนารูปแบบการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยอาศัยตัวชี้วัดเป็นพฤติกรรม 3 ด้าน คือ (1) การทำงานสำเร็จ เป็นตัวบ่งชี้ถึงการที่เด็กมีสมาธิในการทำงาน (2) การควบคุมตน บ่งบอกถึงการที่เด็กสามารถหยุดยั้งตนได้ ไม่เคลื่อนไหวไปมาตลอดเวลา และ (3) ทักษะทางสังคม แสดงถึงความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความยังคิด ระวังอารมณ์ ไม่พรั่งพล่าน ทำให้ได้รับการยอมรับจากกลุ่ม

จากการประมวลข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าปัญหาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ควรได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่วัยเข้าเรียน เพราะเป็นช่วงที่พบได้มากที่สุด ในจำนวนประชากรกลุ่มนี้ บริบทที่สำคัญ คือ บ้านและโรงเรียน โดยที่ Barkley (1995) ได้แสดงทัศนะว่า บริบทของบ้านจัดว่ามีความสำคัญสำหรับการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเป็นอย่างยิ่ง ด้วยเหตุผลหลายประการ ได้แก่ (1) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างเด็กกับครอบครัว มักจะมีแนวโน้มทางลบมากกว่าครอบครัวอื่น ๆ ทั่วไป (2) มีหลักฐานทางการแพทย์แน่ชัดว่า ครอบครัวที่มีเด็กสมาธิสั้นมักประสบปัญหา ด้านความเครียดเมื่อเทียบกับครอบครัวทั่วไป โดยพบว่า มีมากถึงร้อยละ 40 ในความเห็นของผู้ปกครองมักจะมองว่าเด็กมีพฤติกรรมก่อกวน และผู้ปกครองไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมเหล่านั้นได้ ดังนั้นผู้ปกครองมักมีปฏิกิริยาทางลบ หรือเลือกใช้การลงโทษ ในการจัดการกับพฤติกรรมเหล่านั้นแทนที่จะปรับปรุงแก้ไขตามแนวทางที่ควรจะเป็น เด็กจึงไม่ได้รับกำลังใจหรือแรงสนับสนุนเท่าที่ควร และสิ่งเหล่านี้มักจะทำให้เกิดปัญหาตามมา ดังนั้น พ่อแม่/ผู้ปกครองจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะเรียนรู้การให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นอย่างถูกต้อง ส่วนโรงเรียนนั้นนับเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน เนื่องจากเด็กใช้เวลาที่โรงเรียนถึง 5 วันต่อสัปดาห์ โดยใช้เวลานานถึงวันละ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน โรงเรียนจึงเป็นอีกสถาบันที่จะบ่มเพาะให้เด็กมีพัฒนาการเต็มตามศักยภาพของตน การให้ความช่วยเหลือในรูปแบบบ้านและโรงเรียนเป็นฐาน (home and school based intervention) จึงน่าจะเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการนำมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยใช้บ้านและโรงเรียนเป็นฐาน
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยใช้บ้านและโรงเรียนเป็นฐาน โดยเปรียบเทียบผลการทำงานสำเร็จ การควบคุมตน และทักษะทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ เปรียบเทียบผลการทำงานสำเร็จ การควบคุมตน และทักษะทางสังคมของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม ด้านการทำงานสำเร็จ การควบคุมตนและทักษะทางสังคม หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านการทำงานสำเร็จ การควบคุมตนและทักษะทางสังคม สูงกว่าก่อนการทดลอง

นิยามเชิงปฏิบัติการ

1. รูปแบบการให้ความช่วยเหลือเด็กไทยที่มีภาวะสมาธิสั้น หมายถึง แนวทางในการส่งเสริมหรือเอื้อต่อการพัฒนาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นด้วยการกำหนด โครงสร้าง-การดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นทางตรงผ่านโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม และทางอ้อมผ่านโปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติสำหรับผู้ปกครองและโปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติสำหรับครู
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม หมายถึง การให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นให้มีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการเผชิญปัญหาที่เกิดจากภาวะสมาธิสั้น

ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา จำนวน 10 ครั้ง ๆ ละประมาณ 50 นาที โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ เทคนิคการเรียนรู้ การเห็นคุณค่าตนเอง การปรับตัวเข้ากับกลุ่มเพื่อน การแก้ปัญหา การตัดสินใจ การจัดระบบ การเผชิญความเครียด และการควบคุมตน

3. โปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้ปกครอง หมายถึง ชุดกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในบริบทของบ้านสำหรับผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น จำนวน 10 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก การสื่อสารกับเด็ก ทักษะความใส่ใจ การปลูกฝังวินัย การใช้เบี่ยงเบนการปรับสัณ้ใหม่และการใช้เวลาอก การจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ และการจัดการกับพฤติกรรมไม่เหมาะสม ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

4. โปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับครู หมายถึง ชุดกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการให้ความช่วยเหลือในโรงเรียนสำหรับผู้สอนเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น จำนวน 10 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การปรับสภาพแวดล้อมในห้องเรียน หลักการสอน โครงสร้างบทเรียน กิจกรรมการเรียนการสอน การให้ความช่วยเหลือด้านการเรียน เทคนิคการกระตุ้นผู้เรียน หลักการปรับพฤติกรรม วิธีการปรับพฤติกรรม และเทคนิคการปรับพฤติกรรม

5. การให้ความช่วยเหลือโดยใช้บ้านและโรงเรียนเป็นฐาน หมายถึง การมีบทบาทร่วมกันของผู้ปกครองและครูในการแก้ไขพฤติกรรม การทำงานสำเร็จ การควบคุมตน และทักษะทางสังคม ผ่านการประชุมวางแผนแก้ไขปัญหา การอภิปราย การสื่อสารทางวาจา การคัดสื่อสารประจำวัน และการประชุมประจำสัปดาห์

6. การทำงานสำเร็จ หมายถึง การทำสิ่งที่ได้รับมอบหมาย และส่งงานตามเวลาที่กำหนด โดยประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในวิชาคณิตศาสตร์ และภาษาไทย

7. การควบคุมตน หมายถึง การมีสมาธิจดจ่อในขณะที่เรียน หรือช่วงทำงานที่ได้รับมอบหมาย ไม่มีอาการเหม่อลอย เล่น ชวนคุย หรือสนใจสิ่งอื่น โดยประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในวิชาคณิตศาสตร์ ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

8. ทักษะทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ หรือปรับตัว เข้ากับผู้อื่น แสดงทักษะด้วยการทำงานกับผู้อื่นโดยไม่มีปัญหา มีโอกาสแสดงความคิดเห็น หรือมีส่วนร่วมในกลุ่ม โดยประเมินจากแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในวิชาวิทยาศาสตร์ สังคมศึกษา และภาษาอังกฤษ

9. เด็กไทยที่มีภาวะสมาธิสั้น หมายถึง นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้น ประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ศึกษาศาสตร์) ปีการศึกษา พ.ศ. 2551 ที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมาธิสั้น

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากร เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียน-สาธิตมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ศึกษาศาสตร์) ปีการศึกษา พ.ศ. 2551 ที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมาธิสั้น จำนวน 25 คน เป็นเพศชาย 21 คน และเพศหญิง 4 คน

2. สถานที่ทำการวิจัย ห้องประชุมอาคารทองกวาวภริมย์ โรงเรียนสาธิต-มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ศึกษาศาสตร์) อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

3. ระยะเวลาที่ทำการวิจัย วันที่ 14 มิถุนายน-วันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2551

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้มิได้รับการรักษา หรือไม่มีประวัติว่าได้รับการรักษาทางการแพทย์

2. ศึกษาการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นตามแนวคิดทางจิตสังคม

3. ศึกษาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาโดยกำหนดเป็นตัวชี้วัด 3 ด้าน ได้แก่ การทำงานสำเร็จ การควบคุมตน และทักษะทางสังคม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีสถานะสมมติฐานโดยใช้บ้าน
และโรงเรียนเป็นฐาน
2. ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยต่อไป