

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้จัดลำดับการทบทวนวรรณกรรม
ดังนี้

1. ภาวะสมาธิสั้น

1.1 ความหมายของภาวะสมาธิสั้น

1.2 ลักษณะอาการของภาวะสมาธิสั้น

1.3 ความชุกของภาวะสมาธิสั้น

1.4 การวินิจฉัยภาวะสมาธิสั้น

1.5 สาเหตุของภาวะสมาธิสั้น

1.6 ปัญหาที่พบร่วมกับภาวะสมาธิสั้น

2. แนวคิดทฤษฎีการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

2.1 แนวคิดทางด้านนิเวศวิทยา

2.2 แนวคิดทางจิตสังคม

3. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

3.1 ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบ

3.2 ความหมาย

3.3 ประเภทของรูปแบบ

3.4 องค์ประกอบของรูปแบบ

3.5 การพัฒนารูปแบบ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาวะสมาธิสั้น

ความหมายของภาวะสมาธิสั้น

จากการทบทวนเอกสาร พบว่า มีผู้ให้คำนิยามของภาวะสมาธิสั้นแตกต่างกันไปตามหลักวิชาความรู้ที่ศึกษา เช่น Barkley (อ้างถึงใน Cohen, 2006) ซึ่งเป็นนายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยา ให้คำนิยามของภาวะสมาธิสั้นว่าเป็นความบกพร่องของวงจรสมองที่มีอิทธิพลต่อการยับยั้งพฤติกรรมและควบคุมตน (self-control) ทำให้มีลักษณะอาการอยู่ไม่สุข ขาดความสนใจและกระสับกระส่ายเป็นผลให้มีปัญหาด้านการเรียนและสังคม เมื่อเทียบกับเด็กปกติทั่ว ๆ ไป ส่วนสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association--APA อ้างถึงใน Martin, 2009) ได้ให้ทัศนะว่า ภาวะสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติทางพัฒนาการที่ไม่เหมาะสมกับวัยในด้าน ช่วงความใส่ใจ (attention span) การทำตามกฎเกณฑ์ (rule compliance) และการไม่สามารถควบคุมร่างกายให้หยุดเคลื่อนไหวได้หรือการไม่อยู่นิ่ง (motor restlessness or overactivity) ส่วน นางพวง ลิ้มสุวรรณ (2542) กล่าวว่า โรคสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่งที่ประกอบไปด้วยรูปแบบพฤติกรรมที่แสดงออกบ่อย ๆ ซ้ำ ๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับอายุ หรือระดับพัฒนาการ และได้แสดงออกต่อเนื่องยาวนานพอสมควร ลักษณะพฤติกรรม ได้แก่ การขาดสมาธิ และหรือ มีความซุกซน อยู่ไม่นิ่ง กับความหุนหันพลันแล่น อาการจะปรากฏก่อนอายุ 7 ปี และพฤติกรรมเหล่านี้มีความรุนแรงพอที่จะทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ เพ็งทิพย์ พรหมพันธุ์ (2549), Lerner, Lowenthal, and Lerner (1995), Spohrer (2006) กล่าวว่า โรคสมาธิสั้น เป็นโรคทางจิตที่พบมากที่สุด โดยมีอาการหลัก คือ มีสมาธิสั้นกว่าปกติและอาจมีหรือไม่มีอาการร่วม คือ อาการอยู่ไม่นิ่ง หรือเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ สอดคล้องกับ O'Regan (2007) ที่กล่าวถึงอาการของภาวะสมาธิสั้น 3 ประการ ได้แก่ ช่วงความสนใจสั้น หุนหันพลันแล่น และอยู่ไม่นิ่ง โดยขยายความว่า ช่วงความสนใจสั้นมักแสดงเป็นพฤติกรรมด้วยการขาดการจจัดระบบ จี๋ลื้ม วอกแวกและไม่สามารถคงความสนใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นาน ส่วนอาการอยู่ไม่นิ่ง หรือหุนหันพลันแล่นมักปรากฏเป็นพฤติกรรมกระสับกระส่าย เล่นตามลำพังหรืออยู่คนเดียวเงียบ ๆ ไม่ได้รบกวนผู้อื่นและลุกเดินไปมาอยู่เสมอ

โดยทั่วไป นักวิชาการทางจิตวิทยา และการศึกษา จะให้นิยามไปในแนวทางเดียวกัน ดังเช่น พัทธวีวัลย์ เกตุแก่นจันทร์ (2541) และ ผดุง อารยะวิญญู (2544) ที่กล่าวถึงภาวะสมาธิสั้น โดยแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ (1) สมาธิสั้นอย่างเดียว (Attention Deficit Disorder--ADD) เป็นการขาดความสามารถในการ ตั้งใจสนใจ ต่อกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่กำลังกระทำอยู่ จัดเป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่ง ที่เด็กมักแสดงออกจนเป็นลักษณะเฉพาะตัว ประกอบด้วย พฤติกรรมไม่เหมาะสมกับวัย หรือระดับพัฒนาการปกติตามมาตรฐานทั่วไป มีลักษณะชนมาก ไม่เป็นระเบียบ วอกแวก และไม่มีสมาธิ อาการจะปรากฏให้เห็นในวัยก่อนเรียน หรืออายุ 6 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยเรียน (2) อาการไม่อยู่นิ่ง (hyperactivity disorder) โดยความหมายของคำว่า Hyperactivity ตรงกับคำว่า Extra Active หรือชนอยู่นิ่ง เคลื่อนไหวเกือบตลอดเวลา เด็กกลุ่มนี้จัดได้ว่ามีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับวัย และระดับพัฒนาการตามปกติ มักจะมีอาการก้าวร้าว อารมณ์รุนแรง ทำอะไรก่อนคิด วู่วาม ซึ่งเป็นอาการของความหุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ (impulsive)

อย่างไรก็ตาม Brown (2009) ได้กล่าวถึงกระบวนทัศน์ใหม่ (a new paradigm) สำหรับภาวะสมาธิสั้นว่ามีองค์ประกอบหลัก 6 ประการ ได้แก่ (1) สารสำคัญ คือ ความผิดปกติที่ยังไม่ชัดเจนเกี่ยวกับพัฒนาการของภาวะไร้สำนึกในการจัดการตัวเองของสมอง (2) ความบกพร่องอันเกิดจากภาวะสมาธิสั้น มักจะทำให้การควบคุมอารมณ์เป็นไปด้วยความยากลำบาก (3) อาการของภาวะสมาธิสั้นสามารถสังเกตพบได้ตั้งแต่ช่วงวัยเด็กตอนต้น แต่ก็มีบ้างที่ไม่ปรากฏอาการ จนกระทั่งถึงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ (4) ภาวะสมาธิสั้นมักจะปรากฏอาการที่เหมือนไม่มีพลัง ความสามารถ แต่แท้จริงแล้วเป็นปัญหาที่เกิดจากการทำงานของสารเคมีในสมองบกพร่อง (5) ภาวะสมาธิสั้นมีสาเหตุเบื้องต้นมาจากพันธุศาสตร์ สิ่งแวดล้อมเป็นตัวเสริม หรือกระตุ้นให้เกิดอาการ (6) ภาวะสมาธิสั้นไม่เพียงแต่เป็นความผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้นแต่เป็นความผิดปกติเบื้องต้นของบุคคลที่เพิ่มความเสี่ยงอย่างยั่งยืนต่อการรู้คิด อารมณ์และความผิดปกติทางพฤติกรรมตลอดชีวิต



กล่าวโดยสรุป ภาวะสมาธิสั้นเป็นการแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติ ซึ่งมีลักษณะเด่น 3 ประการ คือ การขาดสมาธิ พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง และความหุนหันพลันแล่น โดยลักษณะอาการดังกล่าว อาจปรากฏร่วมกันตั้งแต่ 2 ลักษณะขึ้นไป หรืออาจเป็นเพียงความบกพร่องของสมาธิ อันเป็นอาการหลักประการเดียว

ลักษณะอาการของภาวะสมาธิสั้น

พัชรวิทย์ เกตุแก่นจันทร์ (2541, หน้า 5) แบ่งเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มอยู่ไม่นิ่งที่ชนมากผิดปกติ (hyperactivity) หุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ (impulsive) โดยมีอาการดังต่อไปนี้

- 1.1 ไม่รู้จักระมัดระวังตนเอง ทำให้เกิดอุบัติเหตุ
- 1.2 ลุกออกจากที่นั่งบ่อย ๆ
- 1.3 ชอบวิ่งหรือปีนป่าย อยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่าย วุ่นวาย
- 1.4 พูดคุ้ยมากเกินไป
- 1.5 มีความลำบากในการเล่นคนเดียวเงียบ ๆ
- 1.6 ลุกถี่ ลุกถน
- 1.7 อารมณ์ร้อน เปลี่ยนแปลงง่าย
- 1.8 ขาดความอดทนในการรอคอย
- 1.9 ชอบพูดขัดจังหวะ รบกวน ช่างฟ้อง



2. กลุ่มสมาธิบกพร่อง (inattentive) เป็นกลุ่มที่ไม่มีอาการชน ไม่อยู่นิ่ง หรือชนมากผิดปกติ มีอาการดังนี้

2.1 มีปัญหาในการทำกิจกรรมตามคำฟังโดยเฉพาะคำสั่งยาว ๆ มีความลำบากในการฟังคำสั่งให้ตลอดใจความ

2.2 มีความลำบากในการทำงาน หรือเล่นกิจกรรมใด กิจกรรมหนึ่งให้สำเร็จ ล่วงไป

2.3 อุปกรณ์การเรียนต่าง ๆ สูญหายบ่อย

2.4 ขาดสมาธิ ในการสนใจสิ่งเร้าที่สำคัญ แต่ไปสนใจสิ่งเร้าที่ไม่สำคัญ

2.5 ขาดสมาธิหรือความตั้งใจในการทำกิจกรรมที่มีรายละเอียดปลีกย่อย หรือเรียนวิชาที่น่าเบื่อหน่าย ใช้เวลานาน

2.6 ขาดการวางแผนจัดการที่ดี (disorganized)

2.7 มีความลำบากในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้สมองเป็นเวลานานๆ (long mental effort)

2.8 มักขี้ลืม ทำของหายเป็นประจำ หรือลืมนัด

2.9 วอกแวกง่าย เหม่อลอย หรือช่างฝัน

ส่วน Hughes (1988) และ นงพงา ลิ้มสุวรรณ (2542) แบ่งอาการของโรคสมาธิสั้น เป็น 3 ประเภท ได้แก่ ขาดความใส่ใจ มีแรงกระตุ้น และมีสภาวะอยู่นิ่งไม่ได้

1. ขาดความใส่ใจ (inattention) สมาธิของเด็กจะมีช่วงสั้น ไม่สามารถจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นาน ไม่ว่าจะเป็นการอ่าน เขียน เล่นเกม หรือ กิจกรรมอื่น ๆ ยกเว้นกิจกรรมที่เด็กชอบมาก เด็กกลุ่มนี้ไม่สามารถรักษาสมาธิให้ยาวนานเท่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน และมักจะวอกแวกได้ง่าย (distractibility) เช่น การรบกวนจากเสียง การเคลื่อนไหว กลิ่น หรือเลื่อนลอยไปกับความคิดของตน ไม่ฟังเวลาที่ผู้อื่นพูดด้วย ทำให้ดูเหมือนไม่ใส่ใจ หรือคือ เวลาทำอะไรมักทำไม่สำเร็จ เพราะลืมหือไม่ใส่ใจ ไม่ใช่เกิดจากการต่อต้าน หรือไม่เข้าใจคำสั่ง มีปัญหาในการจัดลำดับ หรือระเบียบ ในกิจกรรมต่าง ๆ มักหลีกเลี่ยง ไม่ชอบ หรือไม่เข้าใจคำสั่ง หรือไม่อยากทำงานที่ต้องใช้สมาธินาน ๆ

2. มีแรงกระตุ้น (impulsivity) มีความยากลำบากในการควบคุมพฤติกรรมของตนให้อยู่ในกฎระเบียบของสังคมรวมทั้งการทำงานที่ต้องอาศัยการรู้คิด (cognitive task) มักทำอะไรโดยไม่คำนึงถึงผล หรืออันตรายที่จะเกิดขึ้น เช่น วิ่งไปเก็บลูกบอลกลางถนนในขณะที่มีรถแล่น หรือพูดเรื่อยเปื่อยไร้สาระตลอดเวลา มีความบกพร่องทางความคิด ชอบพูดโพล่ง หรือตอบคำถามก่อนผู้ถามจะจบประโยค อารมณ์ไม่แน่นอน เข้าโทะสะไม่มีความอดทนในการรอคอย

3. มีสภาวะอยู่นิ่งไม่ได้ (hyperactivity) ทั้งนี้เนื่องจากมีพลังมากเกินไปทำให้เด็กมีลักษณะอยู่ไม่นิ่ง ซุกซน หรือเคลื่อนไหว รวมทั้งการพูดคุยมากกว่าที่ควรจะเป็น

เมื่อเปรียบเทียบกับพัฒนาการระดับเดียวกันอีกทั้งยังมีลักษณะที่รบกวนผู้อื่นอีกด้วย พฤติกรรมที่แสดงออก เช่น การนั่งไม่ติดที่ ขยุกขยิกตลอดเวลา วิ่งรอบ ๆ ห้อง กระโดดโลดเต้น ปีนป่าย ห้อยโหน ก้าวร้าว ขว้างปาสิ่งของ ส่งเสียงดัง ชอบทำเสียงรบกวนต่าง ๆ ไม่สนใจใคร นอนหลับยาก ดิ้นแรง ตื่นง่าย

ในขณะที่ DuPaul and Stoner (1994) แบ่งลักษณะของภาวะสมาธิสั้น โดยยึดตามลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออก ตามคำจำกัดความของสมาคมจิตแพทย์ของอเมริกา (American Psychiatric Association--APA) เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. สมาธิสั้นที่มีอาการร่วมหรือไม่มีอาการร่วมของพฤติกรรมอยู่นิ่ง (Attention Deficit Disorder--ADD with or without hyperactivity)

เด็กที่มีลักษณะสมาธิบกพร่อง แต่ไม่มีอาการร่วมของพฤติกรรมอยู่นิ่ง (Attention Deficit Disorder no Hyperactivity--ADD no H) มักจะแสดงลักษณะอาการที่สำคัญ คือ การขาดสมาธิ เพียงอย่างเดียว ไม่มีสภาวะอยู่นิ่งไม่ได้ (hyperactivity) หรือมีอาการหุนหันพลันแล่น (impulsive) ปัญหาที่พบ ได้แก่ ความจำ และการรับรู้ การเคลื่อนไหว (perceptual-motor speed) พ่อแม่และครูมักจะกล่าวว่าเด็กมีอาการ เฉื่อยชา เหม่อลอย และแยกตัวจากสังคม (withdrawn) มากกว่าเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นและซุกซน (Attention Deficit Disorder + Hyperactivity--ADD + H)

ส่วนเด็กที่มีภาวะสมาธิบกพร่องและไม่นิ่ง (Attention Deficit Hyperactivity Disorder--ADHD) มักจะแสดงอาการหุนหันพลันแล่น มีกิจกรรมที่มากกว่าปกติ (over activity) แสดงความก้าวร้าว (aggression) ไม่ทำตามกลุ่ม (noncompliance) และมักจะไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มร่วมวัย (peer rejection) ยิ่งกว่านั้นเด็กกลุ่มนี้มักจะถูกวินิจฉัยว่ามีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอื่น ๆ เช่น เกร (conduct disorder) มีพฤติกรรมอยู่ในกลุ่มเสี่ยงพวกต่อต้านสังคม (antisocial disturbance)

2. สมาธิสั้น พฤติกรรมไม่นิ่ง ที่มีความก้าวร้าวหรือไม่มีความก้าวร้าว (ADHD with versus without aggression)

เด็กที่มีอาการแบบสมาธิสั้น พฤติกรรมไม่นิ่ง (ADHD) และก้าวร้าวมักจะมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม เช่น โกหก ขโมย และทะเลาะวิวาท มากกว่ากลุ่มที่มีอาการไม่นิ่ง โดยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวร่วมด้วย นอกจากนั้นยังพบว่า เด็กที่ไม่นิ่ง

และก้าวร้าว (hyperactivity-aggressive) ยังมีความเสี่ยงสูงในการที่จะไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มมากกว่า กลุ่มที่มีอาการสมาธิสั้นและไม่อยู่นิ่ง หรือกลุ่มที่มีความก้าวร้าวเพียงอย่างเดียว สิ่งที่สำคัญคือ กลุ่มดังกล่าวมักจะมีปัญหาต่อเนื่อง ตั้งแต่วัยรุ่นจนเข้าสู่ผู้ใหญ่

ส่วน Rosenberg, Wilson, Mahcady, and Sindelar (2004) แบ่งอาการของภาวะสมาธิสั้น เป็น 2 ประเภท คือ คุณลักษณะทางพฤติกรรมเบื้องต้น (primary behavioral characteristics) ได้แก่ อยู่ไม่นิ่ง ขาดสมาธิ และหุนหันพลันแล่น ซึ่งอาจมีระดับความถี่น้อยของอาการ แตกต่างกันไป ส่วนคุณลักษณะทางพฤติกรรมขั้นทุติยภูมิ (secondary behavioral characteristics) จะเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของคุณลักษณะทางพฤติกรรมเบื้องต้นกับสภาพแวดล้อม โดยแสดงออกในลักษณะมีปัญหาทางการเรียนรู้ ผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการต่ำกว่าศักยภาพที่แท้จริง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อต้านสังคม อึดอัด โทษคนอื่น ไม่ดี ขาดการเห็นคุณค่าในตนเอง

เมื่อพิจารณาการแบ่งประเภทตามลักษณะอาการของภาวะสมาธิสั้นที่นักวิชาการได้กล่าวไว้ สามารถสังเคราะห์ได้ ดังนี้ (1) ภาวะสมาธิสั้นที่มีลักษณะขาดความใส่ใจ (2) ภาวะสมาธิสั้นที่มีอาการไม่อยู่นิ่ง โดยประการหลังนี้มักจะมีอาการหุนหันพลันแล่น (impulsive) ร่วมด้วย อย่างไรก็ตามมีนักวิชาการกลุ่มหนึ่งที่กล่าวถึงลักษณะอาการขาดสมาธิ ไม่อยู่นิ่งและหุนหันพลันแล่น เช่น อาการเบื้องต้นและลักษณะอาการขั้นที่สองเกิดจากผลของภาวะเบื้องต้นกับสภาวะสิ่งแวดล้อม

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าลักษณะอาการสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่เด่นชัดในด้านความบกพร่องของสมาธิ พฤติกรรมที่ไม่อยู่นิ่ง การหุนหันพลันแล่นและพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลต่อปัญหาทางพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น

ความชุกของภาวะสมาธิสั้น

ในปัจจุบันภาวะสมาธิสั้น (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder--AD/HD) ได้รับการยอมรับว่าเป็นกลุ่มอาการที่พบได้โดยทั่วไป หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นความผิดปกติทางระบบประสาท (neurological disorder) ที่พบได้บ่อยในกลุ่มประชากรทั่วไปตั้งแต่วัยทารก วัยเข้าเรียนจนถึงวัยผู้ใหญ่ ทั้งนี้อัตราความชุกของโรค อาจแตกต่างกัน อันเนื่องมาจากแหล่งข้อมูลการศึกษา อายุของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้ในการคัดแยก

ดังเช่น เมื่อวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ (Diagnosis System Measurement--DSM-IV-TR) พบว่า ร้อยละ 3-7 ของเด็กวัยเข้าเรียนมีอาการสมาธิสั้น โดยอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เป็น 6 : 1 (Erk, 2004) จากการรายงาน พบว่า ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา มีความชุกร้อยละ 20 ในขณะที่ประเทศออสเตรเลีย มีเพียงร้อยละ 4 (Konza, 1999) ส่วนในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 5-10 ของเด็กวัยเรียนในเขตกรุงเทพมหานครมีอาการสมาธิสั้น (จอม ชุมช่วย, 2550) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Munden and Arcelus (1999) พบว่า เด็กที่มีอาการสมาธิสั้นเพียงอย่างเดียวมีความชุกร้อยละ 30 และร้อยละ 65 มีความผิดปกติด้านอื่นร่วมด้วยอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ได้แก่ เด็กดื้อ เด็กที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรม ปัญหาทางด้านอารมณ์ กล้ามเนื้อเคลื่อนไหวผิดปกติ การเรียนรู้บกพร่อง สติปัญญาดำหรือสูงกว่าปกติ เป็นต้น

การวินิจฉัยภาวะสมาธิสั้น

การวินิจฉัยภาวะสมาธิสั้นต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ เพื่อให้ครอบคลุม ปัจจัยทั้งด้านชีวภาพและจิตสังคม (biopsychosocial aspects) เนื่องจากสาเหตุมักเป็นองค์ประกอบร่วมที่มาจากปัจจัยหลายด้าน การตรวจประเมินจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านหลายฝ่าย ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ นักจิตวิทยา นักการศึกษา แม้แต่ผู้ปกครองและตัวเด็กเองต้องให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

นางพาง ลิ้มสุวรรณ (2542) ได้แบ่งการตรวจวินิจฉัย/ประเมินเพื่อวินิจฉัยออกเป็น 4 ตอน คือ

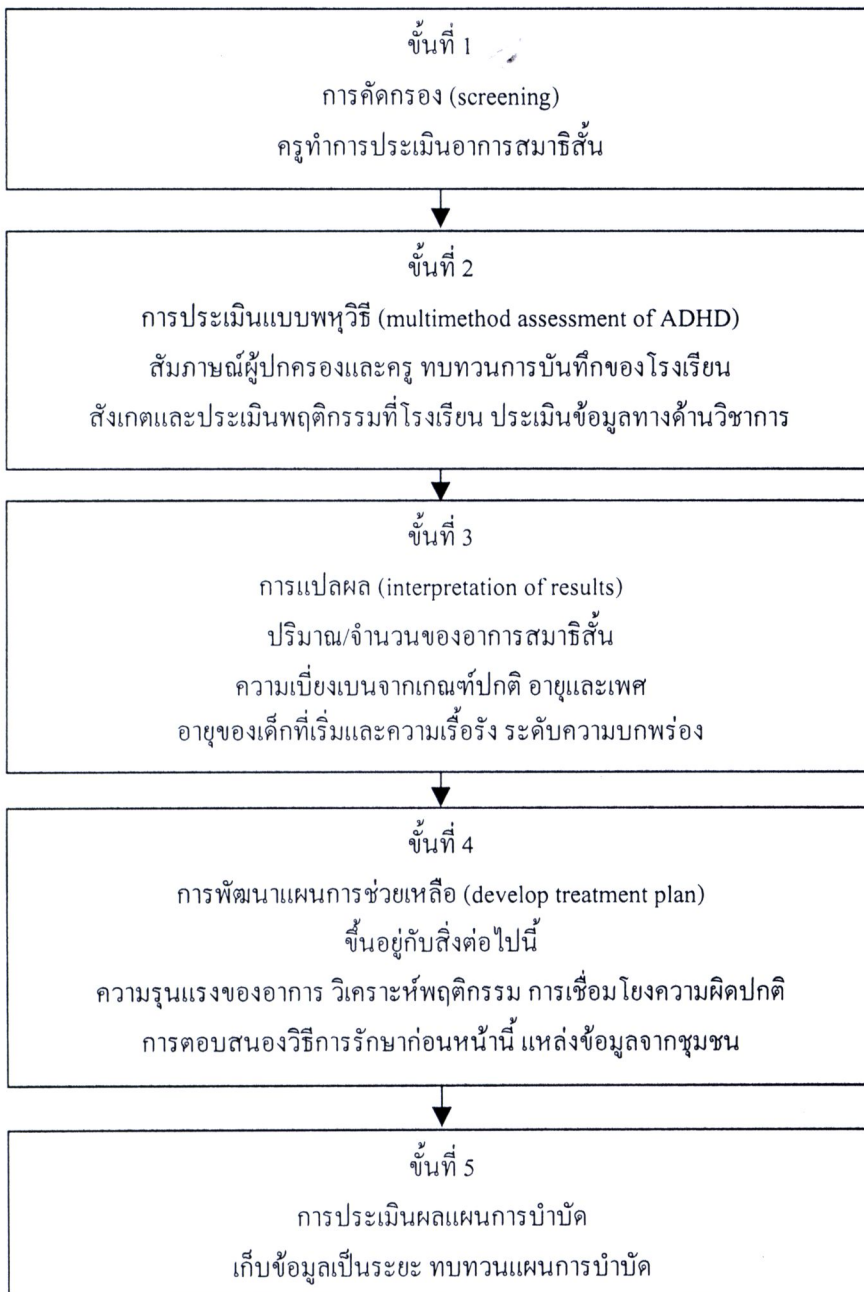
1. การสอบถาม เป็นการซักถามพ่อแม่ ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กในส่วนที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ประวัติการคลอด การเลี้ยงดู ตลอดจนลักษณะพฤติกรรม เพื่อประมวลเป็นภาพรวมของลักษณะอาการที่เกิดขึ้น เนื่องจากช่วงเวลาของการตรวจประเมินเป็นช่วงสั้น ๆ ไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมได้ทั้งหมด อีกทั้งความไม่สม่ำเสมอของอาการ เด็กอาจควบคุมอาการไว้ได้นานถึง 1-2 ชั่วโมง ในสถานการณ์ที่แปลกใหม่ หรือการที่เด็กต้องเผชิญกับบุคคลอื่นเพียงลำพัง

2. การตรวจทางการแพทย์ เป็นการซักถามประวัติเพื่อหาสาเหตุทางด้านชีวภาพ จากนั้นเป็นการตรวจร่างกาย เพื่อวินิจฉัยโรคอื่น ๆ ที่อาจเกิดร่วม

3. การตรวจตามหลักการจิตวิทยาและห้องปฏิบัติการ เพื่อค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีส่วนเสริม หรือสนับสนุนให้เกิดอาการสมาธิสั้น เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าในสมอง (Electroencephalography--EEG) ความต้านทานไฟฟ้าที่ผิวหนัง (Galvanic Skin Response--GSR) การตรวจโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เป็นเครื่องมือช่วย (Computed Tomography Scan--CT Scan) และการตรวจโดยใช้คลื่นแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging--MRI) เป็นต้น

4. การวัดพฤติกรรมด้วยแบบประเมิน (behavior rating scales) นิยมใช้กันมาก ในสหรัฐอเมริกา เพื่อค้นหาร่องรอยของพฤติกรรมจากผู้ใกล้ชิด อันได้แก่ พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู ผู้ดูแลเด็ก และตัวเด็กเอง ทั้งนี้แบบสอบถามดังกล่าว อาจอยู่ในรูปของแบบประเมิน-พฤติกรรม แบบสำรวจ และแบบทดสอบทางคลินิก เป็นต้น

ส่วน DuPaul and Stoner (1994) ได้กล่าวถึงขั้นตอนการประเมินเพื่อคัดแยกเด็ก ที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน (school-based assessment) ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 ขั้นตอนการประเมินเพื่อคัดแยกเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน
School-based Assessment

ที่มา. จาก *ADHD in the School: Assessment and Intervention Strategies* (p. 34), by G. J. DuPaul and G. Stoner, 1994, New York: The Guilford.

Barkley (1981) และ พัทธวิทย์ เกตุแก่นจันทร์ (2541) ได้กล่าวถึงสิ่งที่ควรพิจารณาในการวินิจฉัยภาวะสมาธิสั้นไว้ ดังนี้

1. ตำรวจความเป็นไปได้ทั้งหมดที่สามารถอธิบายพฤติกรรมต่าง ๆ ของเด็ก
 2. ค้นหาปัญหาเพิ่มเติมนอกจากภาวะสมาธิสั้น เช่น ความบกพร่องทางการอ่าน (dyslexia) ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disabilities--LD) ปัญหาทางด้านอารมณ์ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือพยาธิสภาพทางร่างกายอื่น ๆ เช่น การเคลื่อนไหวก้ำกึ่งเนื้อผิดปกติ (tics) เป็นต้น
 3. สืบเสาะข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของครอบครัว สถานการณ์ในชั้นเรียน หรือปัญหาความต้องการพิเศษอื่น ๆ
 4. สรุปลักษณะความสามารถทางการคิด หรือทักษะการเรียนรู้ของเด็กอย่างชัดเจน
- อาจสรุปได้ว่า การวินิจฉัยจำเป็นต้องกระทำด้วยความรอบคอบรัดกุม โดยพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ เป็นองค์ประกอบ พฤติกรรมบางอย่างอาจไม่ปรากฏในบางสถานการณ์ การสังเกตอย่างรอบคอบ ร่วมกับการสำรวจพฤติกรรมและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่เกี่ยวข้อง จะทำให้การวินิจฉัยมีความแม่นยำมากขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่า ความบกพร่องอื่น ๆ เช่น เด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ หรือปัญหาทางภาษา รวมทั้งความผิดปกติบางอย่างซึ่งเกิดจากสภาพร่างกาย เช่น การสูญเสียการได้ยิน ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ ปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น และอาการเรื้อรังของโรค ได้แก่ โรคภูมิแพ้ ก็อาจมีผลทำให้เด็กขาดสมาธิ และมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งเช่นกัน ดังนั้น การวินิจฉัยภาวะสมาธิสั้นที่ดี จึงควรมีทั้งประวัติทางการแพทย์ การตรวจร่างกาย การประเมินพัฒนาการทางระบบประสาทและการสังเกตพฤติกรรม

สาเหตุของภาวะสมาธิสั้น

นางพนา ลิ้มสุวรรณ (2542) และ Rettew and Hudziak (อ้างถึงใน Brown, 2009) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุของสภาวะสมาธิสั้นมี ดังนี้

1. พันธุกรรม จากการศึกษพบว่า สภาวะสมาธิสั้นมีการส่งผ่านโดยยีน (genes) หลักฐานที่สนับสนุน ได้แก่ การศึกษาของ Goodman (อ้างถึงใน นางพนา ลิ้มสุวรรณ, 2542, หน้า 57) ที่พบว่า ลักษณะ Hyperactivity Concordance ปรากฏในฝาแฝดแท้ถึงร้อยละ 51

และร้อยละ 33 ในฝาแฝดเทียม นอกจากนี้ยังพบว่า เครือญาติที่ใกล้ชิด (first degree relative) ของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมีอัตราการเกิดสมาธิสั้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมถึง 4-5 เท่า ส่วนการศึกษาพี่น้องที่เกิดจากคนละพ่อ หรือคนละแม่ (half sibling) พบว่า พี่น้องที่เกิดจากพ่อแม่เดียวกัน (full sibling) มีอัตราการเกิดสมาธิสั้นสูงกว่าพี่น้องที่มีเพียงพ่อหรือแม่คนเดียว (half sibling) ถึง 5 เท่าเช่นกัน

2. สารสื่อประสาท จากการศึกษาของ Shekim (อ้างถึงใน นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542, หน้า 61) ที่ทำการศึกษาทั้งในคนและสัตว์ เป็นจำนวนมาก โดยใช้ของเหลวจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น เลือด ปัสสาวะ น้ำไขสันหลัง ผลการศึกษาดังกล่าว คาดการณ์ได้ว่า น่าจะมีความผิดปกติในส่วนของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) มากกว่าหนึ่งตัว อย่างไรก็ตาม ยังไม่อาจลงข้อสรุปได้อย่างชัดเจน เนื่องจากมีผลการศึกษาที่ให้ผลแตกต่างกัน

3. การทำงานผิดปกติของสมองส่วนหน้า (frontal lobe) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมสมาธิ (attention) ความหุนหัน (impulse) การจัดระเบียบ (organization) และการทำกิจกรรมแบบมีจุดหมาย (goal-directed activity) เมื่อทำการศึกษา brain imaging ต่าง ๆ พบว่าสมองส่วนหน้าของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมีการใช้ glucose ในปริมาณที่ต่ำและพบลักษณะอาการเช่นนี้ในวัยรุ่นหญิงที่มีภาวะสมาธิสั้น และเมื่อทำการศึกษางานของสมองส่วนหน้าด้วยการทดสอบทางจิตวิทยา พบว่า มีการทำงานผิดปกติต่าง ๆ เช่น Disinhibition of Behavior Responses

4. สมองถูกกระทำให้เสียหาย อาจเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้เกิดภาวะสมาธิสั้น สาเหตุเหล่านี้ ได้แก่ การติดเชื้อหัดเยอรมัน สมองขาดออกซิเจนในระหว่างคลอด สมองได้รับบาดเจ็บขณะคลอด สมองและเยื่อหุ้มอักเสบหลังคลอด ศีรษะได้รับบาดเจ็บ โรคขาดสารอาหาร และการได้รับสารพิษทั้งก่อนคลอดและหลังคลอด เช่น สารตะกั่ว เป็นต้น

5. ภาวะตื่นตัวของระบบประสาทผิดปกติ โดยพบว่าภาวะตื่นตัวมากกว่าปกติแล้วทำให้เกิดสมาธิสั้นมาจากการ พบว่า Norepinephrine สูงขึ้นทำให้มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น ส่วนภาวะตื่นตัวน้อยกว่าปกติ เป็นผลจากการพบว่าเด็กที่มีสมาธิบกพร่องมีความต้านทานไฟฟ้าที่ผิวหนังต่ำกว่าปกติ

6. การไหลเวียนของโลหิตในสมองผิดปกติ จากการศึกษพบว่ามีการไหลเวียนของโลหิตผิดปกติในบางส่วน เช่น บริเวณ striatum ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับสมาธิมีการไหลเวียนของโลหิตลดลง ส่วนของสมองที่มีการไหลเวียนของโลหิตมากขึ้น ได้แก่ Sensory Motor Occipital Lobe และ Auditory และจะมีความผิดปกติมากขึ้นหากผู้ป่วยมีความบกพร่องอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น ภาวะปัญญาอ่อน เป็นต้น

7. คลื่นไฟฟ้าสมองผิดปกติ จากการศึกษด้วยคลื่นไฟฟ้า Electroencephalogram --EEG พบ มีคลื่น theta มากขึ้นในสมองส่วนหน้าและคลื่น beta ลดลงในส่วน temporal lobe และมีลักษณะเช่นเดียวกับที่พบเวลาที่มีการตื่นตัวลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าคลื่นไฟฟ้าในสมองมีลักษณะคล้ายกับคลื่นของสมองเด็ก สอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวว่าสมองเติบโตช้ากว่าที่ควรจะเป็นตามอายุ

8. ความผิดปกติของต่อม thyroid จากการศึกษาผู้ป่วย thyroid ที่เกิดจากการผ่าเหล่า (mutation) พบว่า จำนวนครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยผู้ใหญ่และสองในสามของผู้ป่วยเด็ก มีอาการเหมือนภาวะสมาธิสั้น ทำให้ได้ข้อสันนิษฐานว่า ลักษณะอาการของโรคอาจอธิบายปัจจัยทางพันธุกรรมของการเกิดสมาธิสั้นได้ส่วนหนึ่ง

9. สภาพร่างกายอ่อนแอ หรือมีโรคทางกายบางอย่าง เช่น ลมชัก การอดนอน หรือการนอนที่ขาดคุณภาพ มีเสียงกรน หรือหยุดหายใจเป็นช่วง ๆ

10. การได้รับยาหรือสารเคมีบางชนิด เช่น ยาแก้ชัก ยาขยายหลอดลม สารตะกั่ว ยาเสพติด เป็นต้น

11. การได้รับสิ่งกระตุ้นมาก หรือน้อยเกินไปจากสิ่งแวดล้อม เช่น การไปเที่ยวในสถานที่แปลกใหม่ ทำให้ตื่นเต้น แต่การอยู่ในสถานที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น เช่น ในทะเลทราย อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่าย

12. ปัจจัยทางจิตสังคม นับว่าเป็นองค์ประกอบเดียวที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวภาพ จากการศึกษพบว่ามีความหลายประเด็นที่น่าสนใจ เช่น การติดตามผลเด็กที่มีการสูญเสีย หรือเกิดการพลัดพราก ก่อนที่จะมีอาการสมาธิสั้น หรือการเคลื่อนไหว ซุกซนเกินปกติ อาจเป็นผลจากการขาดการเลี้ยงดูจากแม่ (maternal deprivation) ซึ่ง Bowlby (อ้างถึงใน นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542, หน้า 72) เสนอแนวคิดว่า ภาวะดังกล่าวอาจนำไปสู่ปัญหาทางพฤติกรรมหรือโรคเกร (conduct disorder) ซึ่งพบว่า เกิดร่วมกับสมาธิสั้น

และ พฤติกรรมดังกล่าว อาจเปลี่ยนเป็นบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder) ในภายหลัง อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าว ไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่ม โดยทั่วไป จึงไม่อาจสรุปได้ว่า ผลดังกล่าวเกิดจากการเลี้ยงดู หรือการถ่ายทอดทาง พันธุกรรม แต่กระนั้นก็พบว่า ผลการศึกษาถึงปัจจัยการเลี้ยงดูพบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง พ่อแม่กับลูก ที่มีอาการเคลื่อนไหวหรือชนเกินปกติมีความโน้มเอียงไปในทางลบ

Arnold and Jensen (อ้างถึงใน นงพงา ลิมสุวรรณ, 2542, หน้า 72) ให้ข้อสังเกต อย่างน่าสนใจว่า เนื่องจากสังคมในยุคของการล่าสัตว์มนุษย์จำเป็นต้องใช้ความรวดเร็ว ในการเคลื่อนไหว (impulsivity) เพื่อดำรงชีวิตแต่เมื่อวิถีชีวิตเปลี่ยนไป ความไวเหล่านี้ ยังคงอยู่สำหรับบางคน จนก่อให้เกิดความเครียด แล้วปรากฏเป็นอาการสมาธิสั้น นอกจากนี้ความสลับซับซ้อนของสังคมปัจจุบัน ทำให้มีการกระตุ้นที่มากเกินไป จนกลายเป็นสิ่งเร้าที่เกินพอดี (over stimulation) ไม่ว่าจะเป็นวิดีโอเกม โทรทัศน์ รวมทั้ง ผลจากปัจจัยทางสังคมทั้งสิ้น

13. ปัจจัยอื่น ๆ Warren et al. (อ้างถึงใน นงพงา ลิมสุวรรณ, 2542, หน้า 73) ได้ศึกษาถึงสาเหตุของภาวะสมาธิสั้นและพบว่าระดับโปรตีนในเลือดต่ำ อาจเป็นสาเหตุ ประการหนึ่ง

ส่วน พชรวิทย์ เกตุแก่นจันทร์ (2541) และ NIMH (อ้างถึงใน Pierangelo & Giuliani, 2008) แสดงทัศนะว่า ในปัจจุบันหลักฐานงานวิจัยปรากฏชัดเจนว่า สาเหตุไม่ได้ เกิดจากลักษณะโครงสร้างของสมองหรือเนื้อสมอง แต่นักวิจัยจะมองลึกลงไปเกี่ยวกับ สารเคมีในสมองซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งผ่านข้อมูลต่าง ๆ ในสมอง หรือที่เรียกว่า “สารสื่อประสาท” (neurotransmitter) โดยพบว่า หากมีน้อยหรือบกพร่องจะมีผลทำให้เกิด ภาวะสมาธิสั้นได้เช่นกัน

นอกจากนี้ ยังพบว่า สมาธิสั้นยังมีความเกี่ยวข้องกับครอบครัว โดยพบว่า ร้อยละ 30-40 มีญาติพี่น้องที่เป็นสมาธิสั้น อย่างไรก็ตามการถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่เด็กได้รับ อาจมีบางคนพัฒนาเป็นสมาธิสั้น ในขณะที่เด็กบางส่วนมิได้เป็นเช่นนั้น จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยบางประเภทที่เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดภาวะสมาธิสั้น อาจแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยระหว่างการตั้งครรภ์ ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สารเสพติด ทูพโภชนาการ และสารเคมีที่เป็นพิษ เช่น สารตะกั่ว เป็นต้น ส่วนปัจจัยหลังคลอด ได้แก่ การบาดเจ็บ

ที่เกี่ยวข้องกับสมองในระหว่าง หรือหลังคลอด การติดเชื้อ การขาดธาตุเหล็ก ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง การได้รับสารเคมีที่เป็นพิษ

นักจิตวิทยาเชื่อว่า สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อเด็ก เช่น ภาวะที่มีความเครียดสูง ได้แก่ การหย่าร้าง เด็กถูกทำร้ายทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งปัญหาครอบครัวต่าง ๆ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กเกิดภาวะสมาธิสั้น ในบางกรณีเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น อาจก่อให้เกิดปัญหาครอบครัวที่รุนแรงมาก เช่น พ่อแม่บางคนมีพฤติกรรมตอบโต้ต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กแบบรุนแรง หรืออาจเนื่องมาจากพ่อแม่ของเด็กก็มีภาวะสมาธิสั้นด้วยเช่นกัน จึงทำให้พ่อแม่ไม่สามารถปรับตัวต่อพฤติกรรมของลูกที่มีภาวะสมาธิสั้นได้ และสำหรับรายที่มีภาวะสมาธิสั้นเพียงเล็กน้อย (mild type) ภาวะความเครียดสูงในครอบครัวจะกลายเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เด็กแสดงภาวะอาการสมาธิสั้นเด่นชัดขึ้น

โดยทั่วไปภาวะสมาธิสั้นไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียว แต่มักเป็นผลร่วมจากหลายสาเหตุ ที่ส่งผลต่อกลไกการทำงานของร่างกาย (mechanisms) ผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่า สาเหตุดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกัน โดยสามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ ตัวแปรทางด้านระบบประสาท (neurological variables) อิทธิพลของพันธุกรรม (hereditary influences) และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ (environmental toxins) (Barkley, 1995; Kamphaus & Campbell, 2006; Lerner et al., 1995)

นับเป็นเวลาหลายปีที่มีการศึกษาพบว่า ระบบประสาทมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสมาธิสั้น โดยสมมติฐานในช่วงแรกเชื่อว่า โครงสร้างของสมองที่ได้รับความเสียหาย (structure brain damage) มีผลต่อความใส่ใจและการควบคุม อย่างไรก็ตามเด็กส่วนใหญ่ที่มีภาวะสมาธิสั้นไม่ได้มีความบกพร่องที่โครงสร้างของสมองส่วนกลาง (central nervous system) และโครงสร้างของสมองที่ได้รับอันตรายก็ไม่ได้รับการยอมรับว่าเป็นสาเหตุเบื้องต้นของอาการสมาธิสั้นอีกต่อไป ในปัจจุบันมีหลักฐานบ่งชี้ว่า การไหลเวียนของโลหิตของสมองส่วน cerebral (cerebral blood flow) จิตวิทยาระบบประสาท (neuropsychological) และสรีรจิตวิทยา (psychophysiological) อยู่ภายใต้การมีปฏิริยาตอบสนองในส่วน of สมองที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสมาธิสั้น (DuPaul & Stoner, 1994)

ส่วนองค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม มีการศึกษาพบว่า ภาวะสมาธิสั้นมักปรากฏกับสมาชิกในครอบครัว หรือญาติที่เกี่ยวข้องในอัตราส่วนที่สูงกว่ากลุ่มบุคคลทั่วไป ตัวอย่างเช่น บุคคลที่เกี่ยวข้องใกล้ชิด เช่น พี่น้องร่วมบิดามารดา มักจะปรากฏอาการสมาธิสั้นมากกว่า พี่น้องต่างบิดาหรือมารดา และ ไม่ค่อยเกี่ยวข้องกับบุตรบุญธรรม ที่เลี้ยงดูร่วมกัน (Barkley, 1981)

มีข้อสันนิษฐานหลายประการที่กล่าวว่า สิ่งแวดล้อมเป็นพิษมีผลต่อภาวะสมาธิสั้น เช่น สภาวะทพุโภชนาการ สารพิษ สิ่งแวดล้อมก่อนคลอด ที่ได้รับอิทธิพลจากสารเสพติด หรือแอลกอฮอล์ ยังมีการกล่าวถึงสารบางประเภทที่ผสมอยู่ในอาหาร เช่น สีส้มอาหาร กรดเกลือบางชนิด (salicylates) ที่อาจมีผลทำให้เกิดภาวะสมาธิสั้น เช่นเดียวกับงานวิจัยที่พบว่า น้ำตาลมีผลต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็ก แม้จะมีบทบาทไม่มากนักก็ตาม (Munden & Arcelus, 1999)

อาจกล่าวได้ว่า สาเหตุของภาวะสมาธิสั้นยังมีอาจะระบุได้อย่างชัดเจน เป็นเพียงแต่ข้อสันนิษฐานที่มีหลักฐานทางวิจัย พบว่า เป็นปัจจัยร่วมที่เป็นผลจากชีวภาพและ จิตสังคม

ปัญหาที่พบร่วมกับภาวะสมาธิสั้น

Braswell and Bloomquist (1991) กล่าวว่า เด็กที่มีอาการสมาธิสั้นมักมีปัญหาดังนี้

1. ปัญหาทางจิต เป็นปัญหาด้านอารมณ์ ความรู้สึกด้านลบ เช่น ความกลัว ไม่ว่าจะเป็นการเล่น การดำน้ำ การลงโทษ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้เด็กวิตกกังวล เศร้า หงุดหงิด และไม่สามารถมีพฤติกรรมที่พึงปรารถนาได้ เนื่องจากอาการของสมาธิสั้นนั้น จำกัดความสามารถของเขา และยังเป็นเหตุที่ทำให้เด็กขาดสมาธิมากขึ้น
2. ปัญหาทางพฤติกรรม เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน ก้าวร้าว ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ อารมณ์ฉุนเฉียว โกรธง่าย สาเหตุอาจเกิดมาจากการทำงานของสมองที่บกพร่องหรือสิ่งแวดล้อม อันได้แก่ การอบรมเลี้ยงดู
3. ปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น เด็กมักจะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นไม่ค่อยดี เพราะควบคุมตนเองไม่ได้ ใจร้อน ระวังอารมณ์ไม่ได้ ไม่มีความอดทน ขาดความเป็นระเบียบ ไม่เคารพกติกา

4. สภาพอารมณ์ของครอบครัว สมาชิกในครอบครัว มักมีความเครียดเกี่ยวกับพฤติกรรมและปัญหาการเรียนของเด็ก พ่อแม่ไม่เข้าใจและไม่ทราบวิธีการแก้ปัญหา ทำให้เกิดความขัดแย้ง ความผิดหวัง ความท้อแท้และเบื่อหน่ายของพ่อแม่เป็นแรงกดดัน ทำให้การขาดสมาธิของเด็กมีความรุนแรงมากขึ้น

5. ปัญหาระดับสติปัญญา โดยทั่วไปเด็กที่มีอาการของภาวะสมาธิสั้นมักมีระดับสติปัญญาหรือเชาวน์ปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีส่วนน้อยที่พบว่ามีความเชาวน์ปัญญาดำกว่าเกณฑ์ บางรายอาจมีระดับเชาวน์ปัญญาสูงถึงขั้นอัจฉริยะ เด็กที่เป็นโรคขาดสมาธิ ไม่ได้หมายความว่า ไม่สามารถเรียนได้ หรือมีปัญหาเรื่องการเรียนเสมอไป เพียงแต่เด็กอาจจะประสบปัญหาความยุ่งยากในการเรียน เพราะมีสมาธิสั้นกว่าเด็กคนอื่น ๆ จึงต้องใช้ความพยายามและเวลานานกว่าเด็กคนอื่น ๆ ที่มีระดับสติปัญญาเท่ากัน ถ้าเด็กมีระดับสติปัญญาดำ จะยิ่งทำให้ปัญหาเพิ่มขึ้น และอาการแย่ลง

6. ความสูญเสียทางด้านการเรียน จัดว่าเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 10-40 จากการทำงานของสมองบกพร่อง ทำให้มีผลต่อทักษะพื้นฐาน อันได้แก่ การฟัง การพูด การอ่าน การเขียน การหาเหตุผล และการคำนวณ

7. การติดเกม ยาเสพติด บุหรี่

8. ปัญหาด้านความคิด เช่น วิตกกังวล

9. ปัญหาด้านการตัดสินใจ มักตัดสินใจผิดพลาด ลังเล ขาดความมั่นใจ

พัชรวิทย์ เกตุแก่นจันทร์ (2541) และ Munden and Arcelus (1999) กล่าวถึง ปัญหาที่เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ ดังนี้

1. ปัญหาทางพฤติกรรม

2. ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

3. อาการของ tourettes diseases ซึ่งมีลักษณะอาการคล้ายกระตุกซึ่งปรากฏทางกาย เช่น การไอ การขับเป็นเสมหะ เป็นต้น ส่วนมากปัญหาเรื่องสมาธิบกพร่องจะเกิดก่อนอาการที่กล่าวมา

4. การปัสสาวะรดที่นอน และถ่ายอุจจาระรดกางเกง

5. พัฒนาการล่าช้า เช่น การประสานงานของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ (motor coordination skills)

6. ปัญหาความผิดปกติเกี่ยวกับภาษา ซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุได้ว่า
ปัญหาเกิดจากความผิดปกติทางภาษา หรือจากภาวะสมาธิสั้น

7. โรคภูมิแพ้ โรคนอนไม่หลับ รวมทั้งการฝันร้าย

8. การสูญเสียการได้ยิน ซึ่งเป็นผลจากการติดเชื้อทางหู

นอกจากนี้ Armstrong (1999) ยังกล่าวถึงปัญหาการเรียนรู้ (learning disabilities) ว่าเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น มักจะประสบปัญหาด้านการเรียนถึงร้อยละ 40-60 โดยมีปัญหาทางด้านการเรียนและงานทางด้านวิชาการ (academic tasks) เช่น ไม่สามารถทำงานเสร็จตามกำหนดเวลา ยิ่งกว่านั้นยังพบว่า เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร้อยละ 15-20 มีปัญหาการเรียนรู้เฉพาะด้านร่วมด้วย (specific learning disability) เช่น ด้านภาษา ได้แก่ การฟัง การพูด การอ่าน การเขียน ตั้งแต่สองด้านขึ้นไป รวมทั้งปัญหาทางด้านคณิตศาสตร์ เป็นต้น ความบกพร่องดังกล่าวนี้เกี่ยวกับพื้นฐานของกระบวนการทางจิตวิทยา (basic of psychological process) ในด้านความเข้าใจและการใช้ภาษาทั้งการพูดและการเขียน ที่มีผลต่อความสามารถในการฟัง การพูด การอ่าน การเขียน การสะกดคำ หรือการแก้ปัญหาโจทย์คณิตศาสตร์

ทางด้าน Goldstein and Goldstein (1992) และ Weiss and Hechtman (1993) ได้กล่าวถึง ปัญหาของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในช่วงอายุ 6-12 ปี หรือวัยเข้าเรียนว่า มักพบปัญหาทางพฤติกรรม ดังนี้

1. มีกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการเรียนการสอน
ในขณะที่ทำงานที่ครูมอบหมายในชั้นเรียน
2. ไม่มีสมาธิจดจ่อกับงานที่ทำ
3. แสดงอาการหุนหันพลันแล่น อันส่งผลต่อการมีสมาธิในการเรียน การปฏิบัติตามคำสั่ง การไม่สามารถอดทนต่อการรอคอย หรือการพ่ายแพ้ในเกมการเล่น ความหุนหันพลันแล่นนี้นอกจากจะปรากฏในพฤติกรรมทั่ว ๆ ไปแล้ว ยังส่งผลต่อแบบการรู้คิด (cognitive style) และสะท้อนให้เห็นลักษณะการเรียนรู้ ในรูปแบบของผลงานทางวิชาการ (academic tasks) รวมทั้งความอดทนต่ำในการที่จะยับยั้งความหุนหันพลันแล่นของตนเอง
4. ไม่สามารถที่จะเรียนรู้ได้ดี ภายใต้งैอนใจ การให้แรงเสริมแบบไม่คงที่ (partial reinforcement)

5. มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ ซึ่งอาจเป็นผลจากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้น หรือความบกพร่องทางการเรียนรู้เฉพาะด้าน (specific learning deficits) หรือความเชื่องช้าที่เกิดจากทักษะการอ่าน การคิดเลข และการเขียน นอกจากนี้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นยังขาดทักษะในการจัดการ (organization abilities) อีกด้วย

6. เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (poor self-esteem)

7. มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มเพื่อน ครู พี่น้อง รวมทั้งพ่อแม่ของตนเอง

เพียงทิพย์ พรหมพันธุ์ (2549, หน้า 41) กล่าวว่า ผู้ที่มีภาวะสมาธิสั้นจะมีโอกาสพบปัญหาต่อไปนี้

1. ปัญหาทางด้านพฤติกรรม เช่น คือ เกเร ก้าวร้าว
2. ปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า เบื่อหน่าย เฉื่อยชา
3. ปัญหาทางการเรียนหรือการทำงาน
4. ปัญหาติดเกม
5. ขาดความนับถือในตัวเอง ไม่มีความมั่นใจในตนเอง
6. ใช้สารเสพติด บุหรี่
7. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นไม่ดี
8. ปัญหาด้านความคิด เช่น วิตกกังวล มองโลกในแง่ร้าย
9. ทำผิดกฎหมาย
10. มีปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจผิดพลาด

Lloyd (2006) กล่าวว่า สภาวะสมาธิสั้น มักจะเกิดขึ้นควบคู่ไปกับปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติ (emotional behavior disorder) ส่งผลให้เด็กล้มเหลวในการเรียน มีจำนวนมากที่ออกจากโรงเรียนกลางคัน ปัญหาดังกล่าวนี้นหากไม่ได้รับการแก้ไขก็จะกลายเป็นปัญหาทางด้านจิตใจ (mental health problems) ส่งผลกระทบต่อสังคม และยากต่อการแก้ไข

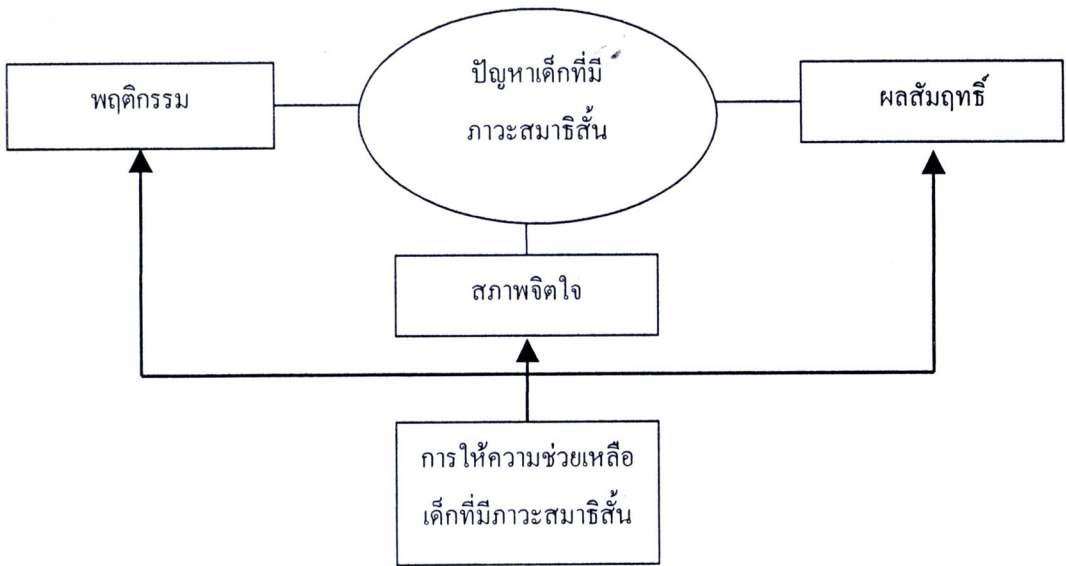
DuPaul and Stoner (1994) ได้กล่าวในทำนองเดียวกันว่า ลักษณะสำคัญของภาวะสมาธิสั้น ได้แก่ การขาดสมาธิ อยู่นิ่งไม่อยู่นิ่ง และการไม่อยู่นิ่ง มักจะนำไปสู่ปัญหาในชั้นเรียน เพราะเด็กเหล่านี้ไม่สามารถจดจ่ออยู่กับสิ่งที่ตนเองกำลังเรียนได้ ทำให้งาน

ในชั้นเรียนที่ได้รับมอบหมาย (tasks) หยุดชะงัก ไม่เสร็จทันกำหนดเวลา ปัญหาอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ การมีทักษะในการเรียนไม่เพียงพอ (deficient study skills) การได้คะแนนไม่ดี ในการทดสอบ (poor test performance) การจัดระบบการเรียนการสอนไม่ดี ซึ่งรวม ทักษะย่อย ๆ ต่าง ๆ เช่น การจดงานไม่เป็นระบบ (disorganized notebooks) การจัดโต๊ะ ไม่เป็นระเบียบ รวมทั้งการทำรายงานการค้นคว้า (written report) การขาดสมาธิ อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังครอบคลุมไปถึง การไม่ตั้งใจฟังครูสอน และการอภิปราย ในกลุ่ม (group discussion)

ยิ่งกว่านั้น ลักษณะหุนหันพลันแล่น (impulsivity) มักจะก่อความวุ่นวายในชั้นเรียน รวมทั้งรบกวนการเรียนของเพื่อน ๆ ร่วมชั้น ตัวอย่างเช่น การพูดโพล่ง หรือตะโกน ในชั้นเรียน ชวนเพื่อนคุยในเวลาเรียน แสดงอารมณ์ฉุนเฉียว หรือตอบโต้อย่างรุนแรง เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือความกดดัน การทำงานทั้งในชั้นเรียนและการบ้านสะเพร่า ไม่รอบคอบ (Spohrer, 2006)

ส่วนปัญหาที่เกิดจากการไม่อยู่นิ่ง ได้แก่ การลุกจากที่นั่งหรือออกนอกชั้นเรียน โดยที่ไม่ได้รับอนุญาต การเล่นสิ่งอื่น ๆ ในขณะที่เรียน เคาะโต๊ะ แกว่งเท้า โยกเก้าอี้ ในขณะที่เรียน สิ่งเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่รบกวนกิจกรรมการเรียนการสอนในชั้นเรียน (Kewley & Latham, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะพบว่า สาเหตุของภาวะสมาธิสั้นส่งผล หลายด้าน ตั้งแต่ปัญหาทางด้านพฤติกรรม อันได้แก่ ความหุนหันพลันแล่น ไม่อยู่นิ่ง ทำสิ่งอื่นในเวลาเดียวกัน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ ทำงานไม่เสร็จ มีปัญหาด้านการเรียน หรือการทำงาน รวมทั้งสภาพจิตใจ อันได้แก่ ขาดการนับถือตนเอง ไม่มั่นใจ ไม่มีสัมพันธ-ภาพกับบุคคลอื่น เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ วิตกกังวล ซึมเศร้า ใจร้อน สิ่งเหล่านี้เป็น องค์ประกอบที่จะต้องศึกษาเพื่อหารูปแบบหรือวิธีการที่เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นจำเป็นต้อง ได้รับการช่วยเหลือบำบัดต่อไป ดังแสดงในภาพ 2



ภาพ 2 ปัญหา/ผลกระทบที่เกิดจากภาวะสมาธิสั้น

จากภาพ 2 จะพบว่า เด็กที่มีสมาธิสั้นมักประสบปัญหาต่าง ๆ ซึ่งอาจจัดประเภทได้เป็น 3 ด้าน คือ (1) พฤติกรรม เช่น ความก้าวร้าว การไม่ยอมทำตามกฎเกณฑ์ ข้อตกลง ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ ขาดความอดทน (2) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เช่น ขาดทักษะพื้นฐานในการเรียน สมาธิหรือความสนใจไม่ต่อเนื่อง การจัดระบบทางความคิดไม่ดี (3) สภาพจิตใจ ได้แก่ ความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ ซึมเศร้า เบื่อหน่าย อารมณ์ฉุนเฉียว เป็นต้น การให้ความช่วยเหลือจำเป็นต้องสนองตอบปัญหาดังกล่าวตามที่แสดงในภาพจึงจะได้ผล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกที่จะศึกษาตัวแทนของปัญหา 3 ด้าน คือ (1) การทำงานสำเร็จ เนื่องจากเด็กที่มีสมาธิสั้นกว่าร้อยละ 50 ที่ประสบปัญหาด้านการเรียน โดยพบว่า ส่วนใหญ่ทำงานไม่เสร็จทันตามกำหนด (2) การควบคุมตน ซึ่งมีผลทำให้เด็กมีกิจกรรมไม่เหมาะสม ไม่มีสมาธิจดจ่อ หุนหันพลันแล่น ส่งผลต่อการเรียน พฤติกรรมการตอบสนอง รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (3) ทักษะทางสังคม อันเนื่องมาจาก การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดการนับถือตนเอง ทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ ปัญหาทั้ง 3 ประการดังกล่าว มิได้ส่งผลเฉพาะอย่างดังที่กล่าวมา หากแต่ยังส่งผลในภาพรวม ดังจะเห็นได้ว่า การทำงานไม่เสร็จ ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน แต่ยังทำให้เด็กขาดการนับถือตัวเอง รู้สึกว่าตนด้อยคุณค่า

และอาจมีผลให้ขาดการยอมรับจากกลุ่ม ในขณะเดียวกัน การควบคุมตน นอกจากจะส่งผลต่อการมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่ทำ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแล้ว ก็ยังเป็นเหตุให้ กลุ่มเพื่อนไม่ชอบ มีผลทางลบต่อทักษะทางสังคมเช่นกัน ในทำนองเดียวกัน สภาพจิตใจที่หดหู่ ขาดการเห็นคุณค่าในตนเอง ก็อาจส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึมเศร้า หรือขาดการควบคุมตน นอกจากจะเป็นผลเสียต่อทักษะทางสังคมแล้ว ก็ยังทำให้ เด็กมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ต่ำลง เนื่องจากขาดความสุขในการเรียน มีผลวิจัยที่สนับสนุนว่า การได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน มีผลให้ได้รับการช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ ตามมา และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก็จัดเป็นหนึ่งในนั้น

ดังนั้น พฤติกรรม 3 ด้านที่กล่าวมา จึงเปรียบเสมือนตัวชี้วัดทักษะทำให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ลดปัญหาต่าง ๆ ลงได้ ดังได้กล่าวรายละเอียดมาแล้ว

แนวคิดทฤษฎีการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

การให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น อาจทำได้หลายทาง เนื่องจากยังไม่มีผลพิสูจน์ว่าวิธีใดวิธีหนึ่ง สามารถใช้ได้ผลในทุกกรณี และโดยภาพรวมมีข้อเสนอแนะว่า ควรใช้หลากหลายรูปแบบรวมกัน (multimodal treatment) เนื่องจากสาเหตุของภาวะสมาธิสั้นยังไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน และมีข้อสันนิษฐานว่า อาจมีสาเหตุร่วมหลายประการ การนำมาบำบัดรักษาจึงควรใช้วิธีต่าง ๆ ร่วมกันทำให้เกิดความครอบคลุม ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงขอนำเสนอวิธีการบำบัดรักษาที่นักวิชาการ ได้กล่าวถึง ดังนี้ (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542; Barkley, 1995; Wodrich, 2000)

1. การรักษาด้วยยา (pharmacotherapy) และสารเคมีอื่นที่ไม่ใช่ยา ทั้งนี้ต้องอยู่ในความควบคุมดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด เพื่อปรับเปลี่ยนปริมาณยาและวิธีการใช้ หรือตัวยาตามความเหมาะสม ส่วนการใช้สารเคมีอื่นที่ไม่ใช่ยา ยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจน ยืนยันว่าได้ผลเพียงแต่มีรายงานว่า มีเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นประมาณไม่เกินร้อยละ 5 ที่ได้ผลจากการรักษาด้วยวิธีนี้และมักจะเป็นเด็กเล็ก หรือไม่มีประวัติการแพ้อาหารหรือรับประทานอาหารบางอย่างไม่ได้

2. พฤติกรรมบำบัดมักจะถูกนำมาใช้คู่กับการรักษาด้วยยา วิธีการเหล่านี้ ได้แก่ การฝึกอบรมพ่อแม่ (parent training) ให้รู้จักวิธีการเลี้ยงดูลูกที่เป็นสมมติฐานรวมถึงวิธีการแก้ไขปรับปรุงพฤติกรรม โดยใช้เทคนิควิธีการทางจิตวิทยาด้วยการเป็นที่ปรึกษาของครู (teacher consultation) ในการดูแลเด็ก การจัดกระบวนการเรียนการสอนรวมถึงการปรับพฤติกรรม ให้เอื้อต่อการเรียนรู้ การใช้วิธีการทางด้านความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรม (cognitive-behavioral approach) เป็นวิธีการที่ได้ผลถาวรในเรื่องการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อให้พฤติกรรมที่ได้ฝึกมาสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์อื่น ๆ ได้ หลักการสำคัญ คือ ฝึกให้เด็กสามารถควบคุมตนเอง โดยวิธี การบอกตนเอง (self-statement modification)

3. การซ่อมเสริมทางการศึกษา (educational remediation) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เด็กที่มีภาวะสมมติฐานส่วนมากมีปัญหาด้านการเรียน แม้จะไม่มีปัญหาด้านการเรียนรู้ (learning disability) เป็นอาการร่วมก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากอาการของสมมติฐานเป็นตัวขัดขวางกระบวนการเรียนการสอนทำให้ประสิทธิภาพการเรียนลดลง การช่วยเหลือด้านการเรียนจึงเป็นเรื่องจำเป็น เช่น การสอนเพิ่มเติม การจัดที่เรียนพิเศษด้วยการแยกห้อง บางเวลา เพื่อให้เด็กที่มีภาวะสมมติฐาน สามารถแยกออกไปทำงานให้เสร็จตามกำหนดได้ โดยยังคงเรียนร่วมกับเพื่อนในชั้นเรียนปกติ

4. การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น

4.1 จิตบำบัดรายบุคคล (individual psycho therapy) เพื่อช่วยเด็กที่มีภาวะสมมติฐานในเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (poor self-esteem) และการมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อตนเอง (poor self-image)

4.2 ครอบครัวบำบัด (family therapy) เป็นการช่วยสัมพันธ์ภายในครอบครัวให้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลทางอ้อม ในการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมมติฐาน โดยเฉพาะกรณีที่มีปัญหาครอบครัวร่วมด้วย

4.3 Biofeedback เป็นการควบคุมสรีระของตนเองจากเครื่องมือที่วัดอยู่แล้ว ให้ปรับสรีระของตนเองให้อยู่ในระดับปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ Electromyography--EMG ช่วยทำให้รู้การทำงานของกล้ามเนื้อ Electroencephalogram--EEG ช่วยทำให้รู้การทำงานของสมอง Galvanic Skin Response--GSR ทำให้รู้การนำไฟฟ้าของผิว

และ skin temperature ทำให้รู้อุณหภูมิของผิวหนัง วิธีการ คือ ให้เด็กปรับเปลี่ยนผลรายงานจากเครื่องมือให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เช่น เพิ่มความต้านทานไฟฟ้าที่ผิวหนัง และควบคุมกล้ามเนื้อให้อยู่ในสภาพผ่อนคลาย

นอกจากวิธีการที่กล่าวมาแล้วข้างต้น Armstrong (1999), Kewley and Latham, (2008) ได้เพิ่มเติมข้อเสนอแนะอื่น ๆ ได้แก่

1. การฝึกให้เด็กมีความคิด มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับความรู้สึกนึกคิดและการกระทำ เนื่องจากความคิดมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยง การอบรมและการปรับความคิดจึงมีผลดีต่อพฤติกรรมโดยปริยาย การฝึกให้เด็กคิดเป็นการควบคุมตนเอง ซึ่งสามารถนำไปปรับปรุงแก้ไขปัญหา ยังผลให้เด็กเกิดทักษะทางสังคม และมีความมั่นใจในตนเอง การฝึกคิดหากดำเนินการตั้งแต่ต้นจะทำให้สมองทำงานอย่างเป็นระบบระเบียบ เด็กรู้จักคิดด้วยเหตุผลมากกว่าที่ไม่ได้รับการฝึก

2. การฝึกทักษะทางสังคม เด็กที่สมาธิสั้นมักมีปัญหาทางด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ทักษะทางสังคมจึงเป็นเรื่องจำเป็นต้องฝึก อีกทั้งการเป็นตัวอย่างที่ดีของพ่อแม่ ในการสร้างสัมพันธภาพจะช่วยให้เด็กสามารถพัฒนาทักษะทางด้านสังคมได้ดียิ่งขึ้น

3. การปลูกฝังและช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มักมองตนเองในด้านลบโดยรับเอาความคิดของผู้อื่นที่มีต่อตนเองในทางที่ไม่ดี ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ทำให้เด็กรู้สึกไม่สบายใจ ขาดความรักและนับถือตนเองกลายเป็นภาพลักษณ์ (self-image) ของตนเองซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จในชีวิต การปลูกฝังและสร้างเสริมความรู้สึกที่ดีเพื่อจะให้เด็กเกิดความมั่นใจและฟื้นฟูความรักและนับถือตนเองเพิ่มขึ้น โดยการใช้พลังการพูด จินตนาการ การรับรู้สติ และพลังความรัก เป็นต้น

ส่วน พัทธวิทย์ เกตุแก่นจันทร์ (2541, หน้า 18) ได้แบ่งการรักษาออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การบำบัดรักษาแบบมาตรฐาน (standard therapies)

- 1.1 ด้านการศึกษา (educational approach) เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักมีปัญหาเรื่องความสนใจ ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญ เพราะทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา ทั้งเรื่อง

การเรียนรู้และพฤติกรรมและอาจนำไปสู่สถานการณ์ต่าง ๆ ที่รุนแรงได้อีกต่อไป เพื่อขจัดสาเหตุสำคัญดังกล่าว ครูอาจใช้เทคนิคต่อไปนี้ช่วยแก้ปัญหาในชั้นเรียนได้

- 1.1.1 เขียนคำสั่งชัดเจน สั้น ๆ ไว้บนกระดาน
- 1.1.2 แบ่งคำสั่งเป็นลำดับขั้นตอนย่อย ๆ
- 1.1.3 จัดให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นนั่งหน้าชั้นเรียน หรือให้นั่งกับเพื่อนที่มีศักยภาพและความเข้าใจการช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

- 1.1.4 ให้เวลาเพิ่มขึ้นในการทดสอบและการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเรียน
- 1.1.5 เตือนเด็กให้ส่งการบ้านทุกวัน
- 1.1.6 จัดสถานการณ์ในชั้นเรียนให้เป็นลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน
- 1.1.7 เปิดโอกาสให้เด็กใช้เทปบันทึกเสียง บันทึกเสียงคำอธิบายของครู
- 1.1.8 เวลาครูพูดหรืออธิบายต้องแน่ใจว่าเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นสนใจฟัง
- 1.1.9 ใช้การเตือน (prompt) ในระดับต่าง ๆ เป็นการส่วนตัวกับเด็ก
- 1.1.10 เลือกใช้หนังสือเรียนที่ไม่ซับซ้อน (simplified)
- 1.1.11 แบ่งการบ้านออกเป็นส่วน ๆ จำนวนน้อยลง
- 1.1.12 ให้รางวัลพฤติกรรมที่พึงประสงค์
- 1.1.13 ไม่สนใจพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ให้มากที่สุด
- 1.1.14 อย่ากาเครื่องหมายผิดหรือกากบาทในสมุดทำงานของเด็ก

เพราะปัญหาความยากลำบากต่าง ๆ เกิดจากการขาดสมาธิ

- 1.1.15 อย่าลงโทษเด็กหากมีปัญหาเกี่ยวกับความสะเพร่า เลินเล่อ หรือขาดความเป็นระเบียบหรือปัญหาช่วงความสนใจ

1.2 ด้านจิตวิทยาและพฤติกรรม (psychological and behavioral approach)

โดยใช้เทคนิค การปรับพฤติกรรม การฝึกทักษะทางสังคม จิตบำบัดและครอบครัวยุติธรรม เป็นต้น ผลการศึกษา พบว่า หากมีการใช้วิธีดังกล่าวนี้ร่วมกับการบำบัดด้วยยา จะให้ผลสำเร็จในการรักษามากกว่าการใช้เพียงแบบใดแบบหนึ่ง

- 1.3 การรักษาด้วยยา (medication) การบำบัดรักษาด้วยยาต่าง ๆ ก่อนข้างประสบความสำเร็จในการรักษาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

กลุ่มยากระตุ้นระบบประสาท กลุ่มนี้จะออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท ในส่วนของการควบคุมเกี่ยวกับความสนใจ ความหุนหันพลันแล่น และการควบคุม พฤติกรรมของตนเอง ในปัจจุบันจากผลการวิจัย พบว่า ยากลุ่มนี้ประสบความสำเร็จ ในการรักษาเด็ก ที่มีภาวะสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 70-80

1.3.1 ประโยชน์และการใช้ยา

1.3.1.1 ควบคุมพฤติกรรมทางสังคม ความหุนหันพลันแล่น และพฤติกรรมก้าวร้าวได้ดีขึ้น

1.3.1.2 ช่วยเพิ่มสมาธิ ช่วงความสนใจโดยเฉพาะที่โรงเรียน

1.3.1.3 ช่วยเพิ่มทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณของงานที่ต้องทำ ในชั้นเรียน เช่น ลายมือบรรจงสวยงามขึ้น ทำงานได้ผลสัมฤทธิ์ทางทักษะสังคมบางอย่าง และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในชั้นเรียนสูงขึ้น

1.3.1.4 สัมพันธภาพระหว่างเด็กกับเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว ดีขึ้นเด็กส่วนมากจะสงบ ลดความวุ่นวายสับสนลง สิ่งของอุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียน จัดเป็นระเบียบและเป็นระบบดีขึ้น คือน้อยลง และสัมพันธภาพกับบุคคลทั่วไปดีขึ้น และเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็ก

1.3.2 ยากลุ่ม Psycho stimulant ทำให้เพิ่มสารเคมีบางชนิดในสมอง ยาที่ใช้บ่อย คือ (พัชรวิทย์ เกตุแก่นจันทร์, 2541, หน้า 24)

1.3.2.1 Methylphenidate (ritalyn)

1.3.2.2 Dextroamphetamine (dexedrine)

1.3.2.3 Pemoline (cylert)

ยาแต่ละชนิดมีความแตกต่างกันแต่ให้ผลการรักษาล้ำยคลึงกัน อาจมีอาการข้างเคียง เมื่อใช้ยากระตุ้นระบบประสาทเพื่อควบคุมอาการจน อยู่ไม่นิ่ง สาเหตุที่จำเป็นต้องใช้ยากลุ่มนี้ เนื่องจากส่วนของสมองบริเวณที่ควบคุม ความสนใจ และความหุนหันพลันแล่นทำงานผิดปกติหรือน้อยเกินไปทำให้ต้องใช้ยากระตุ้นระบบ-ประสาท

2. การบำบัดรักษาแบบ controversial (nontraditional therapies) เป็นการบำบัดที่ประกอบด้วยวิธีการต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น

2.1 จิตบำบัดที่ยังไม่ได้พิสูจน์ แต่วิธีการน่าสนใจ

2.2 จิตบำบัดที่เป็นอันตราย แต่ยังไม่รับรองผล

2.3 จิตบำบัดที่ทำแล้วไม่เกิดอันตราย แต่เสียเวลาที่จะได้รับการบำบัดที่เหมาะสม

2.4 จิตบำบัดที่อาจได้ผลในอนาคต ขณะที่ในปัจจุบันยังไม่ได้รับการยอมรับ สิ่งที่กล่าวมา ได้แก่ การเพิ่มวิตามินบางชนิด หรือกรดอะมิโนบางตัว การบำบัดแบบการรับรู้ประสาทสัมผัสร่วมกัน (sensory integration) Electroencephalography--EEG การใช้วิธีการเรียนรู้ การควบคุมการทำงานของจิตและกายด้วยเครื่องมือที่ใช้วัดกลไกการทำงานของร่างกาย (biofeedback) และหลาย ๆ รูปแบบของ motor และการใช้ tinted lenses เพื่อช่วยแก้ปัญหาการอ่าน หรือ vision therapy เป็นต้น

ถึงแม้ว่ายังไม่มีวิธีการใดที่ใช้ในการรักษาอาการสมาธิสั้น แต่พบว่า ยังมีแนวทางปฏิบัติที่ได้ผลหลายวิธีที่จะช่วยให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นสามารถเผชิญกับอาการของโรค (symptoms) และสามารถผจญกับปัญหาต่าง ๆ อันเป็นผลพวงจากภาวะสมาธิสั้นที่อาจเกิดขึ้น (Barkley, 1995)

Goldstein and Goldstein (1992) ได้สรุปวิธีการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นไว้ ดังข้อมูลในตาราง 1

ตาราง 1

วิธีการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

วิธีการช่วยเหลือเบื้องต้น (primary treatments)	จุดเน้นของการกระทำการ (focus of treatment)
1. การบำบัดด้วยยา (stimulant medication)	ช่วยควบคุมภาวะสมาธิสั้นที่บ้าน และโรงเรียน
2. การฝึกอบรมพ่อแม่ (parent managing training)	ควบคุม/จัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ที่บ้าน ลดความขัดแย้งระหว่างเด็กกับ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี ทางสังคม (prosocial) และทำให้เกิด การควบคุมตน (self-regulation behaviors)
3. การให้ความช่วยเหลือทางการศึกษา (educational intervention)	ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ในห้องเรียน ทำให้ผลการเรียนดีขึ้น สอนพฤติกรรมที่เหมาะสมทางสังคม และวิธีการควบคุมตน
การจัดกระทำอย่างเข้มข้น (intensive treatment)	
1. โปรแกรมการจัดกระทำภาคฤดูร้อน (summer treatment programs)	ช่วยส่งเสริมให้เด็กเกิดการปรับตัวที่บ้าน ในปัจจุบัน และส่งผลต่อความสำเร็จ ที่โรงเรียนในอนาคต ด้วยการนำวิธีการ เบื้องต้น (primary) หลายวิธีร่วมกับ จัดกระทำเพิ่มเติม (additional treatments) นำมาใช้เป็นแนวทาง ในโปรแกรมที่ให้การช่วยเหลือแบบ เข้มข้น

ตาราง 1 (ต่อ)

วิธีการช่วยเหลือเบื้องต้น (primary treatments)	จุดเน้นของการกระทำการ (focus of treatment)
การจัดกระทำการเพิ่มเติม (additional treatments)	
1. การให้คำปรึกษารอบครัว (family counseling)	การเผชิญกับความเครียดส่วนตัว และครอบครัวที่เกิดจากภาวะสมาธิสั้น รวมทั้งภาวะปัญหาทางอารมณ์ และความตึงเครียดจากชีวิตสมรส
2. การสนับสนุนจากกลุ่ม (support groups)	การรวบรวมเครือข่ายผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง และการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
3. การฝึกทักษะสังคม (social skills training)	เป็นการสอนยุทธวิธีการลดความขัดแย้งในสัมพันธภาพ พร้อมทั้งส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มเพื่อนและผู้ใหญ่
4. การฝึกอบรม การควบคุมพฤติกรรม ด้วย ความคิด และการควบคุมตน cognitive-behavioral (self-control training)	เรียนรู้วิธีการแยกแยะสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และกำหนดแนวคิดในการตอบสนองต่อสภาพการณ์นั้น ยุทธวิธีในการเผชิญกับอาการสมาธิสั้น และการให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement)
5. การให้คำปรึกษารายบุคคล (individual counseling)	จัดหาบุคคลที่สามารถสนับสนุนให้กำลังใจเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ได้พูดคุยปรึกษาเพื่อลดความคับข้องใจ และระบายความรู้สึก

สำหรับการจะเลือกใช้วิธีไหน Swanson et al. (2002) ได้กล่าวถึง สิ่งสำคัญที่ควรพิจารณาในการเลือกใช้วิธีการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ดังนี้

1. การให้ความช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ จะต้องประกอบไปด้วยความเข้มข้นของวิธีการ (intensive) ความต่อเนื่อง และการใช้หลายวิธีผสมผสานกัน
2. การให้ความช่วยเหลือ ควรเป็นวิธีการที่มีโครงสร้างภายนอก (external structure) หรือการควบคุมจากปัจจัยภายนอก เพื่อชดเชยกับการที่เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นขาดการควบคุมภายในตน (internal structuring) และทักษะการจัดการตนเอง (organization skills)
3. การให้ความช่วยเหลือ ควรเป็นการสอนโดยตรงเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตของเด็ก ไม่ว่าจะเป็นที่บ้านหรือโรงเรียน
4. การให้ความช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ จะต้องคำนึงถึงระดับพัฒนาการ และจุดแข็งของเด็ก ตลอดจนความต้องการของครอบครัว

อย่างไรก็ตาม การให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ควรทำร่วมกันหลายลักษณะ ได้แก่ การปรับพฤติกรรม การปรับความคิด และพฤติกรรม (cognitive-behavioral) และการให้ความช่วยเหลือทางครอบครัว (Diane, 2003; Wodrich, 2000) วิธีการนี้ ผู้ปกครองจะได้รับการฝึกอบรม เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมและการฝึกปฏิบัติอื่น ๆ ที่ผู้ปกครองควรมีทักษะ เพื่อที่จะกำกับ ควบคุมดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และยังสามารถช่วยเด็กจัดระบบและวางแผนได้อย่างรอบคอบ การเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ยังเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองต่างได้รับการสนับสนุนทางด้านกำลังใจซึ่งกันและกัน (support group) มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แนวคิด เป็นการลดความวิตกกังวล รวมทั้งความรู้สึกล้มเหลวในการเป็นพ่อแม่ และความขุ่นเคืองที่มีต่อลูกในการเรียกร้องความต้องการมากเกินไป ดังนั้น เป้าหมายของการให้ความช่วยเหลือ ผู้ปกครอง ก็คือ ช่วยผู้ดูแลเด็กในการตั้งกฎเกณฑ์ที่ชัดเจน ไม่คลุมเครือ จัดชีวิตประจำวันให้เป็นระบบหรือมีการวางแผนที่ดี ทำให้คาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ ผู้ปกครองยังได้รับการสนับสนุนให้สามารถเป็นผู้ใช้ยุทธวิธีการจัดระบบ (strategic organizers) กับวิถีชีวิตของลูกที่เป็นสมาธิสั้น เพื่อช่วยให้เด็กสามารถพัฒนาและกำกับการควบคุมตน (self-monitoring) และยุทธศาสตร์การกำกับตน (self-regulation strategies) ด้วยวิธีการดังกล่าว เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นจะได้รับแรงหนุนที่เป็นกำลังใจในการทำ

กิจกรรมด้วยความเร็วที่ช้าลง และเริ่มคิด หรือตระหนักถึงผลที่จะเกิดตามมาจากกระทำของตน ทำให้สามารถคิดก่อนที่จะลงมือปฏิบัติดังเช่นก่อน นอกจากนี้เด็กยังได้รับการสอนให้สามารถพัฒนาสัมพันธภาพในทางบวกกับกลุ่มเพื่อนได้ ตัวอย่างเช่น ผลัดเปลี่ยนทำกิจกรรม หรือการรอคอยในการทำกิจกรรม การรู้จักฟังผู้อื่น เป็นต้น เช่นเดียวกับผู้ปกครองที่จะเริ่มเรียนรู้การเป็นผู้ส่งเสริมเด็กในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Cousins & Weiss as cited in Diane, 2003) ทั้งผู้ปกครองและเด็กจึงดูเหมือนว่าจะได้รับประโยชน์จากโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง ซึ่งมักจะได้รับรายงานจากผู้ปกครองทั้งหลายว่าสามารถลดความเครียดและช่วยเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ในขณะที่ตัวเด็กเองก็สามารถพัฒนาตนจากภาวะอาการสมาธิสั้นอย่างเห็นได้ชัดเจน (Rizzo & Zabel, 1988)

การใช้ความคิดควบคุมพฤติกรรม (cognitive-behavioral) และการกำกับตน (self-regulation) เป็นวิธีการที่ช่วยให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง (Braswell & Bloomquist, 1991; Hughes, 1988) ด้วยกระบวนการนี้ เด็กจะเรียนรู้วิธีการพูดกับตนเอง โดยใช้ทักษะการแก้ปัญหา ส่วนการฝึกทักษะทางสังคม (social skills) จะช่วยให้เด็กเรียนรู้การทำตามกฎเกณฑ์ การผลัดเปลี่ยน (take turns) และปลุกฝังการทำงานอดิเรก หรือกิจกรรมทางกีฬาจะสามารถช่วยเด็กเหล่านี้พัฒนาสัมพันธภาพทางบวกกับกลุ่มเพื่อน และลดการแยกตัวจากสังคม (social isolation)

การทำงานร่วมกับบุคลากรทางการศึกษาและการสอนทบทวนทางวิชาการ (academic tutoring) นับเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพ ทั้งนี้ความล้มเหลวทางวิชาการ หรือการมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ไม่ดี รวมทั้งความขัดแย้งกับครูมักจะเกิดขึ้นเสมอ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่น่าพึงตระหนัก ก็คือ การประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวในการเรียน มักจะมีผลอย่างมากต่ออัตมโนทัศน์ (self-concept) และการค้นหาเอกลักษณ์ (identity) แห่งตน

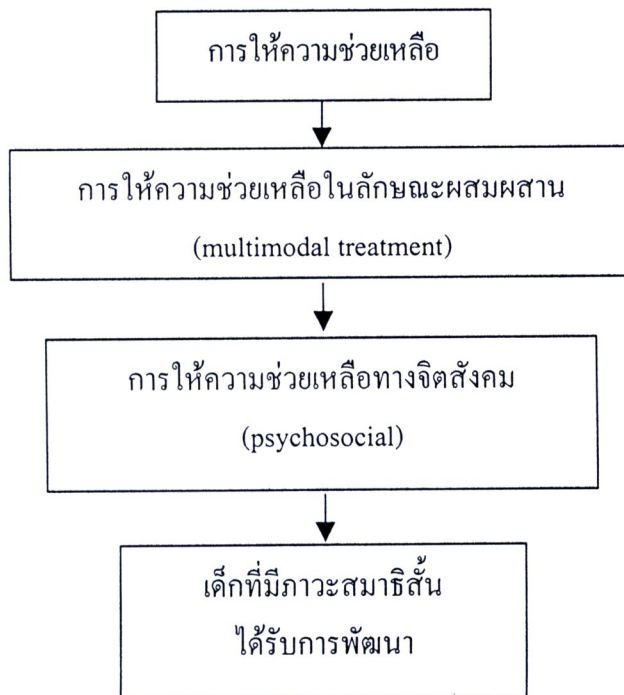
ดังนั้น แนวคิดในการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น จึงควรทำในลักษณะ “เป็นทีม” อันประกอบด้วยบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย นับตั้งแต่บุคลากรทางการศึกษา แพทย์ ผู้ให้คำปรึกษา และพ่อแม่/ผู้ปกครอง จึงจะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เป้าหมายหลักของการให้ความช่วยเหลือ ก็คือ การช่วยให้เด็กประสบผลสำเร็จในทางใดทางหนึ่ง

ไม่ว่าจะเป็น ด้านการเรียน ประสบการณ์ดังกล่าวจะช่วยให้เด็กเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (self-confidence) ซึ่งจะสามารถลดความรู้สึกกลัวของตนเองลงได้ เช่นเดียวกับเด็กที่ประสบผลสำเร็จทางด้านสังคม ด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น จะนำไปสู่ความรู้สึกของการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ส่วนรูปแบบการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น อาจทำได้หลายรูปแบบ ในลักษณะหลากหลายรูปแบบ (multimodal treatment) เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยหลายด้าน อันเป็นองค์ประกอบที่เป็นเหตุให้เกิดภาวะสมาธิสั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ยังมีข้อค้นพบที่ขัดแย้งบางประการ กล่าวคือ ผลการวิจัยกลุ่มหนึ่งเสนอว่าการบำบัดรักษาในลักษณะผสมผสาน คือ ใช้ยาในการบำบัดควบคู่กับการปรับพฤติกรรม มักจะได้ผลดีกว่าการปรับพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว แต่ผลการศึกษาของนักวิจัยอีกกลุ่มหนึ่ง พบว่า การใช้ยาในการบำบัดรักษาให้ผลเพียงระยะสั้น ถึงแม้ว่าจะมีผลต่อการควบคุมสมาธิ ความใส่ใจ มีผลต่อการเรียนรู้ในลักษณะท่องจำ (rote learning) และความจำระยะสั้น (short term memory) ตลอดจนมีผลทำให้พฤติกรรมในชั้นเรียนดีขึ้น แต่กลับพบว่าร้อยละ 20-30 ของนักเรียนที่มีสมาธิสั้นไม่มีการตอบสนองด้านความจำ ความใส่ใจ และผลการเรียน และแม้แต่เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นที่มีการตอบสนองต่อการใช้ยาบำบัดก็ตาม ผลดังกล่าวก็ยังไม่สามารถทำให้ความสามารถทางการเรียน และพฤติกรรมทางสังคมอยู่ในเกณฑ์ปกติโดยทั่วไปได้ และผลดังกล่าวจะเห็นได้อย่างชัดเจนในขณะที่ร่างกายได้รับการกระตุ้นจากยาเท่านั้น นอกจากนั้นยังพบว่า บางรายมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา ดังนั้น การใช้ยาจึงไม่ได้ผลตลอดวัน ยิ่งกว่านั้นผลการวิจัยยัง พบว่า การใช้ยาไม่ได้ให้ผลดีในระยะยาว (Weiss & Hechtman, 1993)

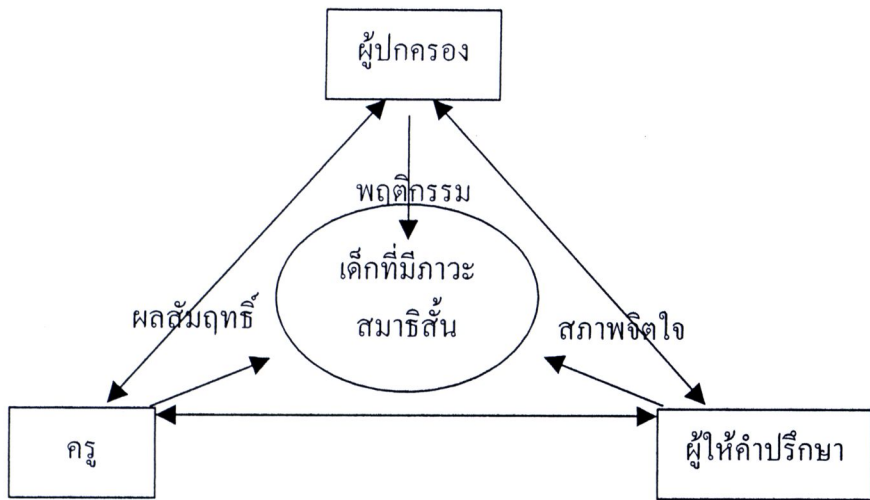
จะเห็นได้ว่า การให้ความช่วยเหลือ เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นยังมีทางเลือก นอกจากการบำบัดทางการแพทย์ ซึ่งยังไม่มีผลการวิจัยในระยะยาวว่า ยาเหล่านั้นจะมีผลอย่างไรต่อการบำบัดรักษา การให้ความช่วยเหลือทางจิตสังคม หรือวิธีการอื่น ๆ ซึ่งไม่พึ่งพาด้านชีวภาพ จึงน่าจะเป็นอีกทางเลือกที่น่าสนใจ เพราะเป็นการบำบัดรักษาที่เน้นสภาพจิตใจและสังคมแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิดทางด้านนิเวศวิทยา (ecological approach) ของ Bronfenbrenner (อ้างถึงใน Craig, 1996) ที่กล่าวว่า บุคคลย่อมได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม การปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม

อย่างเป็นระบบ และเมื่อพิจารณาอย่างรอบคอบ จะพบว่า เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเป็นกลุ่มประชากรที่พบมากที่สุด ในวัยเรียน โดยเฉพาะช่วงประถมศึกษา ซึ่งมีการระบาดถึงร้อยละ 22 ผลการวิจัย พบว่า เด็กกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการตกซ้ำชั้น พฤติกรรมชน สมาธิสั้น หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว จึงอาจกล่าวได้ว่า ช่วงดังกล่าวเป็นภาวะวิกฤติของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น หากไม่ได้รับการดูแลให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม ก็อาจกลายเป็นปัญหาในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากอาการดังกล่าวจะปรากฏอย่างต่อเนื่องในวัยผู้ใหญ่ ในสัดส่วน 2 ใน 3 ของบุคคลที่มีประวัติเป็นสมาธิสั้น ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะใช้รูปแบบการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยใช้บ้านและโรงเรียนเป็นฐาน เพื่อตอบสนองแนวความคิดด้านการให้ความช่วยเหลือในลักษณะจิตสังคม สามารถแสดงให้เห็นชัดเจน ดังแสดงในภาพ 3



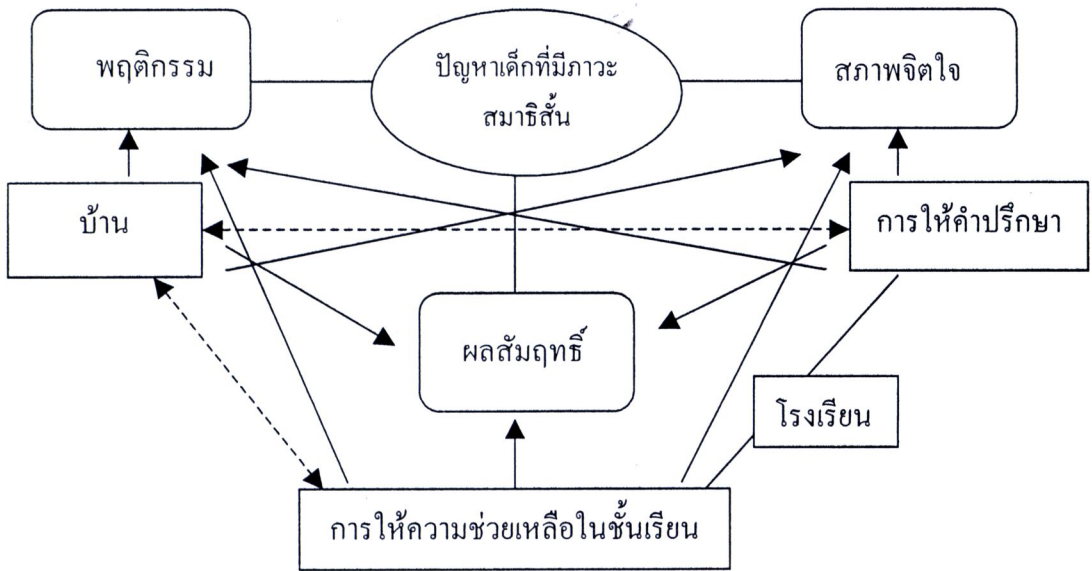
ภาพ 3 แนวคิดทางการให้ความช่วยเหลือในลักษณะจิตสังคม

จากภาพ 3 ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดว่า การให้ความช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพสำหรับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น จำเป็นต้องใช้วิธีการผสมผสานเพื่อให้ครอบคลุมสาเหตุของภาวะสมาธิสั้น ซึ่งอาจมีลักษณะร่วมหลายประการดังที่กล่าวแล้ว และในลักษณะผสมผสานดังกล่าว ผู้วิจัยเลือกใช้การให้ความช่วยเหลือทางจิตสังคมอันประกอบด้วย การให้ความรู้ การปรับพฤติกรรมและการให้คำปรึกษา ดังแสดงในภาพ 4



ภาพ 4 การให้ความช่วยเหลือในลักษณะจิตสังคม

จากภาพ 4 แสดงให้เห็นว่า การให้ความช่วยเหลือจากทุกส่วนจะมุ่งช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาที่เด็กประสบทั้งทางตรงและทางอ้อมทำให้ปัญหาถูกมองในภาพรวมและได้รับการแก้ไขอย่างสอดคล้องกันโดยแสดงให้เห็นรายละเอียด ดังแสดงในภาพ 5



ภาพ 5 รูปแบบการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

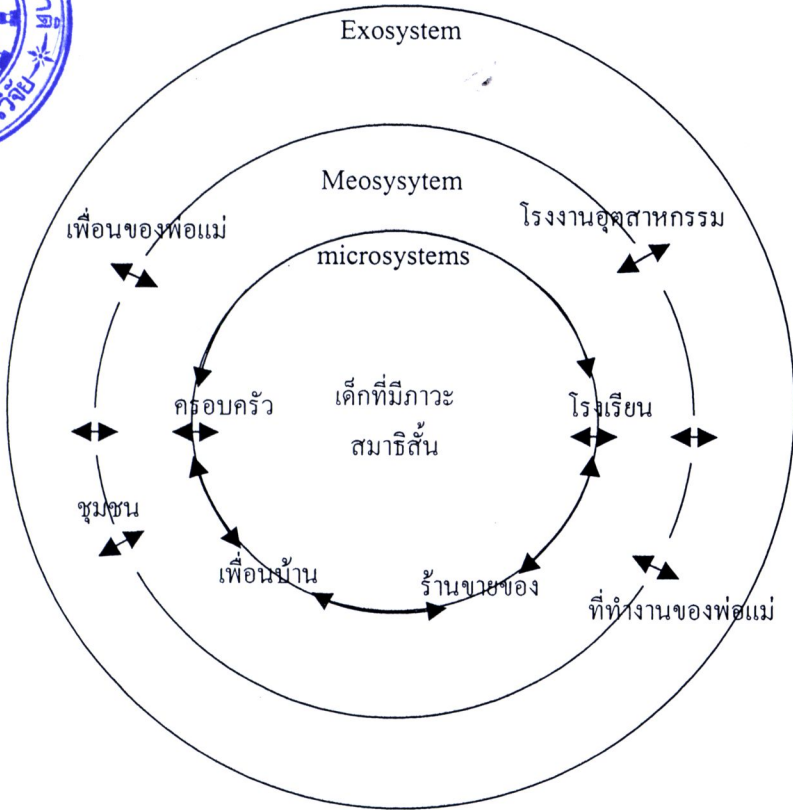
จากภาพ 5 แสดงให้เห็นว่า บ้านและโรงเรียนร่วมกันให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น 3 ด้าน คือ พฤติกรรม สภาพจิตใจและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน โดยทั้ง 3 ส่วนทำหน้าที่ประสานกัน คือ ผู้ปกครองดูแล และปรับพฤติกรรมร่วมกับโรงเรียน พัฒนาสภาพจิตใจและกำกับติดตามด้านการเรียน ส่วนครูประจำวิชาดูแลเรื่องการเรียนการสอน การปรับสภาพแวดล้อมในห้องเรียน และการปรับพฤติกรรมร่วมกับผู้ปกครอง ครูประจำชั้น หรือผู้ให้คำปรึกษาดูแลเรื่องการปรับพฤติกรรม การใช้เทคนิคการเรียนและทักษะทางสังคมเพื่อให้เด็กสามารถปรับตัวเข้ากับกลุ่มเพื่อนได้ โดยทั้ง 3 ส่วนจะมีการสื่อสารสองทางซึ่งจะสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การให้ความช่วยเหลือควรทำในลักษณะที่ทีมอันประกอบไปด้วยบุคลากรจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องซึ่งในที่นี้ ได้แก่ ผู้ปกครอง ครู และผู้ให้คำปรึกษา และสอดคล้องกับการให้ความช่วยเหลือในภาพรวมที่ทำการพัฒนาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น พร้อมกันไปทุกด้านโดยวิเคราะห์จากปัญหาที่ทำการศึกษานั้นได้แก่ ปัญหาด้านพฤติกรรม ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและสภาพจิตใจ ซึ่งในแต่ละด้านที่กล่าวมานี้ต่างส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน การแก้ปัญหาก็เพียงด้านใดด้านหนึ่ง จึงมิใช่

การยุติปัญหาอย่างแท้จริง และอาจทำให้การให้ความช่วยเหลือจำต้องดำเนินต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด

เพื่อให้เกิดความกระฉ่งในการมองเห็นความสัมพันธ์ของแนวคิดที่เกี่ยวข้อง
ผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียดดังนี้

แนวคิดทางด้านนิเวศวิทยา

Bronfenbrenner (อ้างถึงใน Craig, 1996) ได้กล่าวถึงแนวคิดที่ตนสร้างขึ้นในรูปแบบของระบบนิเวศ (ecological model) ว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยต่างมีอิทธิพล หรือส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน ในทัศนะดังกล่าวนี้ พัฒนาการของเด็กจึงเป็นความเกี่ยวข้องทางชีววิทยา (child's biological) ผสมผสานกับสิ่งเร้าที่หลากหลายจากสิ่งแวดล้อม (multiple environmental forces) ดังแสดงในภาพ 6



ภาพ 6 รูปแบบนิเวศวิทยาของสิ่งแวดล้อมของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นของ Bronfenbrenne

ที่มา. จาก *Development Psychology: Childhood and Adolescence* (6th ed., p. 60), by D. R. Shaffer, 2002, Belmont, CA: Wadsworth.

จากภาพ 6 แสดงให้เห็นว่า สิ่งแวดล้อมแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ microsystem, mesosystem และ exosystem ทั้ง 3 ระดับ มีช่องทางที่เปิดถึงกัน หมายความว่า ในแต่ละระดับต่างมีอิทธิพลส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน ตัวอย่างเช่น สิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดตัวเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน เพื่อนบ้าน ศูนย์เด็กเล็ก สิ่งเหล่านี้จัดอยู่ในระดับ microsystem และ mesosystem ซึ่งผลกระทบในระดับมากน้อยต่างกัน เช่น เด็กอาจได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัวในลักษณะหรือรูปแบบที่แตกต่างกัน ผลจากการเลี้ยงดู ทำให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่แตกต่างกัน เช่น การปรับตัวกับเพื่อนที่โรงเรียน หรือเพื่อนบ้านของตนถัดมา คือ บริบทที่ห่างจากตัวเด็กออกมา แต่มีผลกระทบผ่านพ่อแม่ เช่น พ่อแม่อาจมีความเครียดจากการทำงานส่งผลถึงปฏิสัมพันธ์ หรือการแสดงอารมณ์

ในทางลบกับลูก หรือการที่ในชุมชนมีโรงงานอุตสาหกรรมตั้งอยู่ทำให้ก่อมลภาวะ เป็นผลเสียต่อสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการเรียนในที่สุด จะเห็นได้ว่า สิ่งเหล่านี้ ล้วนมีอิทธิพลและส่งผลกระทบ ต่อการพัฒนาของเด็กทั้งสิ้น ไม่ว่าด้านใดก็ตาม ในขณะที่เดียวกันปฏิกิริยาของเด็กก็ส่งผลถึงสังคมหรือสภาพแวดล้อมใกล้ตัวเด็กเช่นกัน ทศนะดังกล่าวนี้จึงมองสิ่งแวดล้อมในลักษณะโครงสร้าง ที่มีเครือข่ายกระทบ ชิงกันและกัน

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำเสนอสภาพแวดล้อมที่บ้านและโรงเรียน ซึ่งเป็น สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อเด็กระดับประถมศึกษาค่อนข้างมากเนื่องจากเด็กใช้เวลา ส่วนใหญ่อยู่ที่โรงเรียน และยังไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้มากนัก การเลี้ยงดูจึงอยู่ภายใต้ การดูแลของผู้ปกครอง การทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมทั้ง 2 ด้าน คือ การจัดการ กับพฤติกรรมที่บ้านและ โรงเรียนเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่าง เหมาะสม

การจัดการกับพฤติกรรมที่บ้าน เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักจะไม่ได้ได้รับความสนใจ จากพ่อแม่ และพี่น้อง นอกจากจะเรียกร้องความสนใจจากคนรอบข้าง เช่นเดียวกับพ่อแม่ ที่มักจะแสดงพฤติกรรมทางลบต่อเด็ก ทั้งนี้อาจเนื่องจากความเครียด ความวิตกกังวล และความต้องการที่จะควบคุมสิ่งแวดล้อม ให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ดังกล่าวไม่ได้ทำให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเกิดการเรียนรู้ว่าควรจะต้องแสดง พฤติกรรมตามที่พ่อแม่คาดหวังอย่างไร (Bender, 1997) เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว Goldstein (อ้างถึงใน Bender, 1997) ได้เสนอแนะวิธีการที่เหมาะสมในการใช้การปรับพฤติกรรม เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นที่บ้าน โดยเน้นการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้เด็กสามารถนำไป ปรับปรุงตนเองได้ เขาเชื่อว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรจะต้องเริ่มต้นปลูกฝังพฤติกรรมที่ดี ให้เกิดขึ้นที่บ้านโดยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. จมอมในแง่บวก (be positive)

เมื่อเด็กทำผิดให้บอกพฤติกรรมที่ควรกระทำนั้นเป็นอย่างไร ไม่ใช่ประณิน เพียงว่าเป็นสิ่งที่ผิด โดยไม่บอกวิธีการแก้ไข เพราะดูเหมือนเป็นการเพ่งเล็งเฉพาะความผิด เท่านั้น ควรให้ความสนใจในสิ่งที่ควรทำพอ ๆ กับการบอกให้หยุดพฤติกรรมที่ไม่ เหมาะสม ตัวอย่างเช่น เมื่อเด็กแสดงอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง เพราะถูกเพื่อนแย่งของเล่น

พ่อแม่ควรจะสอนให้รู้วิธีการแสดงออกที่เหมาะสมแทนการร้องตะโกน และไม่อนุญาตให้เด็กแสดงอารมณ์รุนแรงต่อไป

2. เลือกวิธีการลงโทษที่เหมาะสมกับพฤติกรรมที่ผิด (match punishment with misbehavior)

ควรเลือกวิธีการลงโทษให้เหมาะสมกับวัย หรือระดับความสามารถในการควบคุมตนเองของเด็ก ตัวอย่างเช่น ถ้าเด็กแสดงอาการเหม่อลอยจนไม่สามารถทำการบ้านเสร็จ เมื่อจะลงโทษต้องแน่ใจว่า พฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากการขาดแรงจูงใจ ไม่ใช่สาเหตุจากการขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับงานนั้น

3. สิ้นสุดการปฏิสัมพันธ์ด้วยความสำเร็จ (end interactions successfully)

เนื่องจากเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นส่วนมากมักประสบความล้มเหลวซ้ำแล้วซ้ำเล่า จึงเป็นสิ่งสำคัญที่เด็กเหล่านี้ควรได้รับการส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จ พร้อมกับได้รับคำชมเชย ตัวอย่างเช่น เมื่อเด็กทำงานเสร็จตามกำหนด ควรได้รับคำชมเชย เพื่อเป็นกำลังใจ และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดีต่อไป

อาจสรุปได้ว่า หากพ่อแม่เข้าใจธรรมชาติของเด็กและสามารถจัดสภาพแวดล้อมทางบ้านให้มีความเหมาะสมด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลี้ยงดูก็จะช่วยให้ปฏิสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายดำเนินไปด้วยดี เป็นการลดปัญหาลงได้ในระดับหนึ่ง แต่ในความเป็นจริง พ่อแม่ส่วนมากมิได้เป็นเช่นนั้น ส่วนหนึ่งไม่เข้าใจลักษณะอาการ รวมทั้งสาเหตุที่ทำให้เด็กสมาธิสั้น มีพฤติกรรมแตกต่างจากทั่วไป การเลี้ยงดูจึงไม่เหมาะสมกับธรรมชาติของเด็ก ทำให้เกิดปัญหาตามมาหลายประการ เช่น ความเครียดของพ่อแม่ ความวิตกกังวลของลูกที่ไม่สามารถทำตามความคาดหวังของพ่อแม่ได้ เป็นผลให้มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ และลงท้ายด้วยความขัดแย้ง เป็นปฏิสัมพันธ์ทางลบที่ยากแก่การแก้ไข ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการให้ความรู้และฝึกอบรมผู้ปกครอง เพื่อให้มีทักษะการเป็นพ่อแม่ (parent skills) ที่เหมาะสมในการเลี้ยงดู และจัดการกับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในรูปแบบของ การใช้บ้านเป็นฐานในการให้ความช่วยเหลือ (home based intervention)

การจัดการกับพฤติกรรมที่โรงเรียน การจัดการเรียนรู้ของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา นักวิจัยเชื่อมโยงสาเหตุของภาวะสมาธิสั้นกับองค์ประกอบด้านระบบประสาทและพันธุกรรม ปรากฏว่า องค์ประกอบเหล่านี้มีบทบาทสำคัญมากกว่า องค์ประกอบด้านสังคม หรือสภาพแวดล้อม ทำให้ความผิดปกติสามารถบำบัดได้ แต่ไม่จำเป็นว่าจะต้องรักษาให้หาย (Barkley, 1995) แสดงว่า ความผิดปกติอาจจัดการได้ แม้จะไม่หายไปถึงเสียทีเดียว Barkley ได้กำหนดลักษณะ (identify) ของความหุนหันพลันแล่น (impulsive) ในฐานะที่เป็นลักษณะเด่น (hallmark) ของความผิดปกติ พฤติกรรมดังกล่าวมักเกิดขึ้น ในกรณีที่เด็กถูกส่งมาพบครูใหญ่ด้วยเรื่องการทำผิดวินัย และปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในชั้นเรียนเป็นจำนวนมาก มักจะเกี่ยวข้องกับอาการสมาธิสั้น โดยเชื่อมโยงถึงพฤติกรรมอันเป็นสาเหตุความขัดแย้งกับครูและนักเรียนอื่น ๆ (Hughes & Cooper, 2007) ผู้ให้คำปรึกษา ของโรงเรียนมักจะให้ความช่วยเหลือนักเรียนที่ถูกส่งตัวมาเป็นรายกรณี ด้วยการช่วยให้เด็กเหล่านี้สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนให้สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ตลอดวิธีดำเนินการ (procedures) ของโรงเรียนที่กำหนดไว้ จะเห็นได้ว่า ภาวะสมาธิสั้นมิได้ส่งผลกระทบต่อตัวเด็กเท่านั้นหากยังมีความเกี่ยวข้องกับผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นความขัดแย้งทางสัมพันธ์ภาพหรือการทำผิดวินัยกฎเกณฑ์ข้อตกลงต่าง ๆ อันเป็นบรรทัดฐานของสังคม หากไม่ให้ความช่วยเหลือเด็กในด้านต่าง ๆ เหล่านี้ก็จะกลายเป็นปัญหาสังคมในเวลาต่อมาการให้ความช่วยเหลือเด็กด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมจึงเป็นเรื่องที่ครูควรตระหนักและมีทักษะในด้านดังกล่าว

ถึงแม้ว่าโรคสมาธิสั้นจะพบได้มากในเด็กที่มีอายุก่อนช่วง 4-6 ปี แต่มักจะพบว่า ส่วนใหญ่มีการวินิจฉัยพบเมื่อเด็กเรียนในระดับประถมศึกษา (Armstrong, 1999) นั่นก็คือ เมื่อเด็กก้าวเข้าสู่โครงสร้างและความต้องการของกระบวนการศึกษา นักเรียนจะมีวิธีการเรียนรู้ที่จะจัดการกับตนเอง และการเรียนรู้สิ่งแวดลอมในช่วงระยะของการเข้าเรียน ตั้งแต่ช่วงแรก ซึ่งสิ่งเหล่านี้เองจะเป็นตัวกำหนดความสำเร็จหรือผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ในเวลาต่อมา ในทางตรงข้าม ประเด็นดังกล่าวนี้มักจะกลายเป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากขาดทักษะการจัดระบบ ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมตนเองหรือความคิดให้จดจ่อ กับสิ่งที่เรียนหรืองานที่ทำ รวมทั้งทักษะการจัดการด้านการเรียนอื่น ๆ ทำให้เด็กมักทำงาน

ไม่เสร็จตามเวลาที่กำหนดจึงส่งผลต่อการเรียนในที่สุด ดังนั้น การให้ความช่วยเหลือด้วยการปรับสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมกรเรียนจึงเป็นงานสำคัญของครูในการให้ความช่วยเหลือเด็กทางด้านวิชาการเพราะไม่เพียงแต่เด็กจะมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีขึ้นเท่านั้น หากยังส่งผลต่อความภาคภูมิใจในตนเองซึ่งเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักจะมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ

อาจกล่าวได้ว่าประมาณ ร้อยละ 56 ของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นต้องการความช่วยเหลือทางวิชาการ และเกือบร้อยละ 30 อาจตกซ้ำชั้น ส่วนร้อยละ 30-40 จำเป็นต้องเข้าเรียนในโปรแกรมที่มีการศึกษาพิเศษ ร้อยละ 40 ถูกให้ออกจากโรงเรียน และอาจสูงถึงร้อยละ 35 ต้องเลิกเรียนกลางคัน หรือไม่สามารถเรียนจบตาม หลักสูตรได้ หากนักเรียนเหล่านี้ไม่ได้รับการช่วยเหลือ อาจนำไปสู่การพัฒนาทางอารมณ์ที่ผิดปกติ อันก่อปรไปด้วยความโกรธ ก้าวร้าว คับข้องใจ ตลอดจนความวิตกกังวล สิ่งเหล่านี้นำไปสู่พฤติกรรมกรต่อต้าน (oppositional defiant) และพฤติกรรมกรเกร (conduct disorder) อันจะส่งผลให้เกิดความขัดแย้งที่ยุ่งยากและเป็นปัญหาต่อไป (Lane & Beebe-Frankenberger, 2004; Webb & Myrick, 2003)

การให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นจึงเป็นการลดปัญหาทางสังคมอย่างหนึ่งซึ่งครูสามารถทำได้ด้วยการเรียนรู้ธรรมชาติของเด็กสมาธิสั้น ปรับสภาพแวดล้อมทางการเรียนให้มีความเหมาะสมที่เด็กจะประสบความสำเร็จได้ อย่างไรก็ตาม สิ่งทีกล่าวมามักจะถูกมองข้ามว่ามีได้อยู่ในขอบข่ายของการเรียนการสอนโดยทั่วไป การฝึกอบรมครูให้มีทักษะด้านนี้จึงมีความจำเป็นที่มีอาจจะเลยได้

นอกจากนี้นักจิตวิทยายังได้กล่าวถึง ทักษะการเรียนรู้ อาทิเช่น การฟัง การเข้าชั้นเรียน การทำตามคำสั่ง และแสดงออกถึงความสามารถทางด้านสังคม มีความสัมพันธ์อย่างสูงกับการประสบผลสำเร็จทั้งทางสังคม และทางวิชาการในโรงเรียน (Rief, 1993) เนื่องจากนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นไม่สามารถจดสมาธิไว้ได้เป็นระยะเวลานาน และมักจะถูกดึงความสนใจจากสิ่งอื่นได้ง่าย โดยทั่วไปมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานในด้านวิชาการ (academic tasks) การทำการบ้านไม่เสร็จ รวมทั้งการมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม กับกลุ่มเพื่อนและครู การที่เด็กเหล่านี้ ไม่ประสบผลสำเร็จและต้องเผชิญกับปัญหา อาจทำให้ความภาคภูมิใจลดต่ำลง ในขณะที่เดียวกันพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

กลับเพิ่มขึ้น อาทิ ความไม่เป็นระเบียบของโต๊ะ และกระเป๋านั่งสือ และพฤติกรรมก่อกวน (disruptive behavior) สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาต้องหันมาให้ความสนใจ เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป (DuPaul & Stoner, 1994)

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า การให้ความช่วยเหลือทางด้านวิชาการนั้นไม่เพียงเฉพาะครูเท่านั้น ที่มีบทบาทในการจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับเงื่อนไขของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น หากแต่ยังต้องการความร่วมมือจากผู้ให้คำปรึกษาที่จะมุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ตัวเด็กเพื่อให้สอดคล้องเป็นไปในแนวเดียวกับครูตลอดจนผู้ปกครองที่จะต้องร่วมรับผิดชอบในการให้ความสนใจ ปรับวิธีการเลี้ยงดูและให้ความร่วมมือเพื่อให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการเรียนรู้สำหรับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในโรงเรียนประถมศึกษา Weiss and Hechtman (1993) ได้กล่าวว่า เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นที่มีอาการเด่นไม่อยู่นิ่ง (hyperactive child) ส่วนมากจะถูกส่งไปตรวจเพื่อประเมินอาการในช่วง 3 ชั้นแรก หรือตั้งแต่ระดับชั้นที่ 1-3 ของโรงเรียนระดับประถมศึกษา เนื่องจากพฤติกรรม หรืออาการต่าง ๆ ของโรคดังกล่าวจะแสดงออกอย่างชัดเจนในช่วงนี้ ด้วยสาเหตุดังกล่าว การศึกษาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักกระทำในช่วงที่เด็กมีอายุระหว่าง 6-12 ปี มีเพียงส่วนน้อยที่ทำการศึกษาในช่วงก่อนวัยเรียน (pre-school age) หรือช่วงวัยรุ่น

ในช่วงประถมศึกษา พัฒนาการที่ค่อนข้างเด่นชัดจะเป็นทางด้านสังคม ได้แก่ ความร่วมมือในกลุ่ม การทำตามกฎเกณฑ์ การนั่งอยู่กับที่ได้นานขึ้น การให้ความสนใจ หรือมีสมาธิในการทำงาน ซึ่งอาจจะมีความยากหรือง่ายเกินไป เป็นงานที่น่าเบื่อ หรือซ้ำซาก โดยปราศจากการช่วยเหลือจากผู้ใหญ่ และยังคงสามารถใช้ความคิดอย่างต่อเนื่อง หรือทักษะการเคลื่อนไหวเป็นไปตามเกณฑ์เฉลี่ย การขาดทักษะดังกล่าวนี้ ทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้การอ่าน หรือเขียนได้ในระดับชั้นแรกของประถมศึกษา และอาจนำมาซึ่งความล้มเหลวในการเรียน ไม่เพียงแต่เป็นความคาดหวังที่จะให้เด็กมีพฤติกรรมเหมือนคนอื่น ๆ ในชั้นเรียนเท่านั้น แต่ยังรวมถึงอัตราการเรียนรู้ ที่อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยในเรื่องทั่ว ๆ ไปด้วย การมีผลการเรียนที่ต่ำกว่าเกณฑ์มักจะเป็นปัญหาโดยทั่วไปของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น และส่งผลให้พ่อแม่และครูเกิดความวิตกกังวล ในขณะที่เด็ก

เองก็มักจะเกิดปมด้อย (Inferiority) และมีแรงจูงใจต่ำ (lowering of motivation) ดังนั้นจึงเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรจะต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าวในช่วงนี้

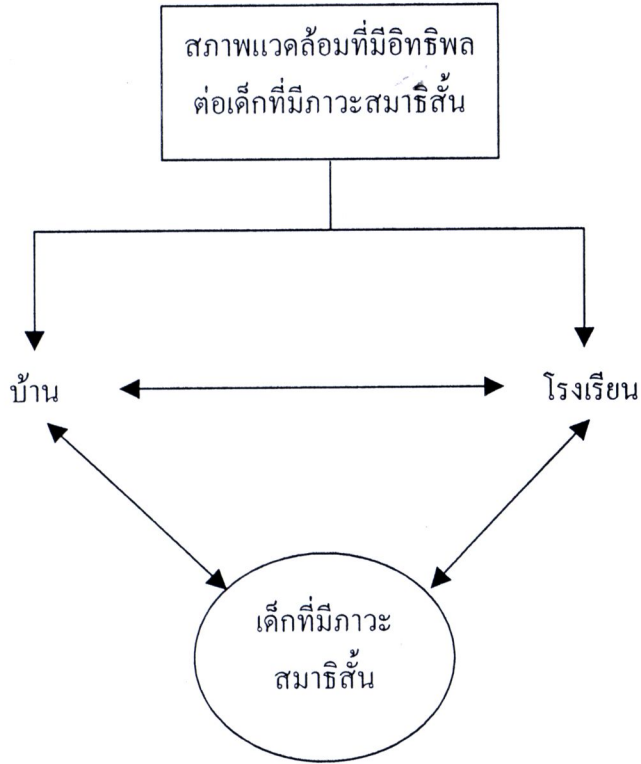
เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในช่วงประถมศึกษา หรืออายุระหว่าง 6-12 ปี มักจะมีลักษณะอาการหรือแสดงพฤติกรรม ดังนี้ DuPaul and Power, Lane and Beebe-Frankenberger (อ้างถึงใน Brown, 2009)

1. ทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการที่ต้องทำในขณะนั้น
2. ไม่สามารถคงความสนใจ หรือสมาธิได้ต่อเนื่อง
3. มีความยากลำบากในการที่จะหักห้ามความหุนหันพลันแล่น (impulsive) ซึ่งไม่เพียงแต่แสดงเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การตะโกน ไม่มีความอดทนรอคอย หรือทนไม่ได้ต่อความพ่ายแพ้ แต่ยังส่งผลถึงแบบการรู้คิด (cognitive style) ซึ่งสะท้อนผลอย่างชัดเจนด้านการงานที่เกี่ยวข้องกับวิชาการ (academic tasks)
4. มีความยากลำบากในการเรียนรู้ภายใต้เงื่อนไขการเสริมแรงบางครั้ง (partial reinforcement)
5. มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และหรือ เกิดจากการเรียนรู้บกพร่องเฉพาะอย่าง (specific learning deficits) หรือปัญหาที่เกิดจากการอ่านช้า คณิตศาสตร์ หรือทักษะการเขียน นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีปัญหาในเรื่องความสามารถในการจัดระบบ (organizational abilities)
6. เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นบางคนมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (poor self-esteem) ส่งผลให้เกิดภาวะเศร้าซึม (depression states)
7. มีปัญหาทางด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็น พ่อแม่ พี่น้อง ครูและ กลุ่มเพื่อน สิ่งเหล่านี้ไม่เพียงแต่เป็นลักษณะของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเท่านั้นหากครูยังสามารถใช้เป็นทิวทัศน์ในการสังเกตความแตกต่างของพฤติกรรมเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กในวัยเดียวกันซึ่งควรจะได้รับ การแก้ไขเสียตั้งแต่แรกเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดต่อเนื่องกันไป

อาจสรุปได้ว่า สภาพแวดล้อมในโรงเรียนส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านพฤติกรรม และผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการ ซึ่งมีผลทั้งระยะสั้นและระยะยาว การแก้ปัญหาดังกล่าวในบริบทของโรงเรียนประถมศึกษาในประเทศไทย ซึ่งไม่มีผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่

โดยตรงครูประจำชั้นจึงมักจะต้องรับผิดชอบโดยปริยาย ซึ่งในสภาพความเป็นจริง ครูมักเผชิญกับปัญหาจำนวนนักเรียนที่มีมากจนไม่อาจจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่สนองตอบความแตกต่างของบุคคลได้ อีกทั้งยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับเด็กที่มีปัญหา เฉพาะด้าน การสอนเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ทำให้ครูมักจะประสบกับความยุ่งยากในการบริหารจัดการชั้นเรียนให้มีประสิทธิภาพได้ ดังนั้นการทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมในโรงเรียน ตลอดจนรู้เทคนิควิธีการสอนเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น จะช่วยให้ครูสามารถแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น ทำให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น มีโอกาสที่จะประสบผลสำเร็จ เป็นการลดปัญหาสังคมที่อาจเกิดขึ้นได้ ด้วยเหตุผลที่กล่าวมา จึงแสดงให้เห็นได้ว่าครูมีบทบาทสำคัญต่อการให้ความช่วยเหลือโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน (school-based intervention)

แนวคิดทางด้านนิเวศวิทยาที่กล่าวมาทั้งหมดนี้อาจสรุปได้ว่าสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเป็นอย่างมาก ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางบ้านและโรงเรียน ดังนั้น การให้ความช่วยเหลือเด็กที่จะมีผลเป็นอย่างดีจึงควรใช้บ้านและโรงเรียนเป็นฐาน (home and school based intervention) โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างบ้านและโรงเรียน เป็นแกนหลัก ดังแสดงในภาพ 7



ภาพ 7 สภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นตามแนวคิดทางด้านนิเวศวิทยา

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า สภาพแวดล้อมทางบ้านและโรงเรียน เป็นบริบทที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อเด็กเป็นอย่างยิ่ง ในขณะที่ตัวเด็กก็มีอิทธิพลต่อสภาพแวดล้อมดังกล่าวเช่นกัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำเป็นต้องดำเนินการไปพร้อม ๆ กันโดยอาศัยความร่วมมือของ 2 ฝ่ายทั้งบ้านและโรงเรียนเป็นฐาน ในการให้ความช่วยเหลือ กล่าวคือ พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ต้องตระหนักถึงความสำคัญในบทบาทของตนว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการให้ความช่วยเหลือ หรืออาจกล่าวได้ว่า เป็นแกนหลักของคณะทำงานอันประกอบด้วยครู แพทย์ ผู้ให้คำปรึกษา ผลการวิจัยพบว่า การให้ความร่วมมือของผู้ปกครอง ทำให้การช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมีประสิทธิภาพสูงสุด

แนวคิดทางจิตสังคม

เป็นการนำวิธีการปรับพฤติกรรมซึ่งเป็นกระบวนการทางจิตวิทยา ผสมกับทักษะทางสังคม ในลักษณะชุดสำเร็จรูป (treatment package) ที่ประกอบด้วย การฝึกทักษะทางสังคม (social skills training) ทักษะทางวิชาการ (academic skills training) การทบทวนซ่อมเสริม (remedial tutoring) การฝึกอบรมผู้ปกครอง (parent training) การให้คำปรึกษา (counseling) และการทำจิตบำบัดรายบุคคล (individual psycho-therapy) ผสมเข้าไว้ด้วยกัน (Wiess & Hechtman, 1993)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้ 3 วิธีการ ได้แก่ การให้คำปรึกษาแก่เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น การฝึกอบรมผู้ปกครอง ให้มีความรู้ในการจัดการกับพฤติกรรมที่บ้าน และการให้ความช่วยเหลือทางวิชาการด้วยการอบรมครูให้มีความรู้ ความเข้าใจในการสอนและปรับพฤติกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดทางนิเวศวิทยาที่ใช้บ้านและโรงเรียนเป็นแกนในการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น จึงเพิ่มในส่วนของการให้คำปรึกษาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นซึ่งเป็นวิธีการที่ส่งผลโดยตรงต่อเด็กในขณะที่การฝึกอบรมครูและผู้ปกครองเป็นการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นผ่านบ้านและโรงเรียนเป็นฐานซึ่งเป็นการให้ผลทางอ้อม เหตุผลอีกประการหนึ่ง คือ การให้คำปรึกษาจะทำให้รูปแบบการให้ความช่วยเหลือมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ที่มีความรู้ และสามารถใช้ความเชี่ยวชาญในวิชาชีพให้คำแนะนำตลอดจนประสานความร่วมมือ ระหว่างบ้านกับโรงเรียนได้เป็นอย่างดีรวมทั้งยังเป็นผู้เข้าใจปัญหาของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นอย่างละเอียดโดยผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาสำหรับเด็กในโรงเรียน Geldard and Geldard (2002) กล่าวว่า โดยทั่วไปการให้คำปรึกษาแก่เด็ก มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ให้เด็กสามารถเผชิญความเจ็บปวดจากภาวะอารมณ์ได้ (2) ให้เด็กสามารถบรรลุเป้าหมายที่สอดคล้องกับความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ของตน (3) ให้เด็กสามารถตระหนักในคุณค่าของตน (4) ให้เด็กรู้จักตนทั้งด้านบวกและลบ (5) ให้เด็กสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อทราบผลเสียที่เกิดขึ้น (6) ให้เด็กสามารถปรับตนเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข และ (7) เป็นการเปิดโอกาสให้เด็กได้พัฒนาตนตามขั้นหรืองานพัฒนาการ

แต่ Hornby (2003) ได้แยกความแตกต่างของการให้คำปรึกษาในโรงเรียนกับการให้คำปรึกษาทั่วไปมีลักษณะดังนี้

1. การให้คำปรึกษาในโรงเรียน มีขอบข่ายที่กว้างขวางกว่าการให้คำปรึกษาทั่วไป กล่าวคือ ในขณะที่การให้คำปรึกษาทั่วไปมีขอบเขตที่ค่อนข้างเฉพาะ หรือการให้คำปรึกษาเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้รับคำปรึกษา แต่การให้คำปรึกษาในโรงเรียนนอกจากจะมุ่งแก้ไขปัญหานักเรียนแล้ว ยังขยายขอบเขตไปถึง การป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการช่วยให้เด็กบรรลุถึงศักยภาพตามพัฒนาการ ตัวอย่างเช่น ครูใช้ทักษะการให้คำปรึกษาทำการแนะแนวนักเรียนในเรื่องต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น การให้ความรู้ในเรื่องยาเสพติด เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อไป นอกจากนั้นครูยังทำหน้าที่ให้คำปรึกษาในเรื่องบุคลิกภาพ สังคม จริยธรรม และแนวทางการเลือกอาชีพ เพื่อช่วยผู้เรียนให้ปรับตัวและเลือกแนวทางที่เหมาะสมได้

2. การให้คำปรึกษาในโรงเรียนจะต่างจากการให้คำปรึกษาทั่วไปในเรื่องการจัดเตรียมสถานการณ์ หรือ ช่วงเวลา (session) ในการให้คำปรึกษา เช่น มีห้องสำหรับการให้คำปรึกษา และมีการนัดล่วงหน้าเพื่อให้ผู้ให้คำปรึกษาจัดเตรียม ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการตามขั้นตอนตามจุดมุ่งหมายเฉพาะของผู้รับคำปรึกษา ส่วนการให้คำปรึกษาในโรงเรียนมักจะดำเนินการในห้องเรียน หรือห้องทำงานครู ซึ่งไม่ใช่สภาพแวดล้อมของห้องให้คำปรึกษาโดยทั่วไป การดำเนินการให้คำปรึกษามักสั้น เรียบง่าย ไม่มีขั้นตอนตามลำดับ ดังเช่น กระบวนการให้คำปรึกษาทั่วไป บางครั้งอาจจัดกระทำในช่วงระหว่างรอเรียน ซึ่งใช้เวลาไม่มาก หรือบางครั้งอาจใช้เวลามากขึ้นในช่วงพักเที่ยง หรือพักในระยะเวลาสั้น ๆ การให้คำปรึกษาในโรงเรียนมักเกิดขึ้นทันที ที่นักเรียนต้องการความช่วยเหลือ เช่น เมื่อจบการสอนในชั้นเรียน ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากการที่นักเรียนขอพบครูเพื่อปรึกษา หรือครูเป็นฝ่ายเรียกมาพบเมื่อพบปัญหา เป็นต้น

3. การให้คำปรึกษาทั่วไป เกิดจากความต้องการของผู้รับคำปรึกษา ในขณะที่การให้คำปรึกษาในโรงเรียน มักจะเกิดจากครูเป็นผู้กำหนด หรือเป็นความต้องการของผู้ปกครอง มิใช่เกิดจากความต้องการรับคำปรึกษาของเด็กเอง ดังเช่นครูประจำวิชา มักจะรายงานถึงผลการเรียน หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา หรือผู้ปกครองอาจร้องขอการบริการดังกล่าว เนื่องจากวิตกกังวลถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ การให้คำปรึกษา

ในลักษณะนี้จึงอาจไม่ใช่ความต้องการของเด็กอย่างแท้จริง แต่เป็นอิทธิพลจากภายนอกที่ทำให้เด็กต้องยอมรับการให้คำปรึกษาดังกล่าว

4. สิ่งที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ระหว่างการให้คำปรึกษาทั่วไปกับการให้คำปรึกษาในโรงเรียน ก็คือ ผู้ให้คำปรึกษา โดยส่วนมากผู้ให้คำปรึกษาในโรงเรียนเป็นครู ซึ่งไม่มีทักษะในการให้คำปรึกษา หรือมีเพียงเล็กน้อย จากประสบการณ์การเข้ารับการอบรมในโรงเรียนที่ไม่มีผู้ให้คำปรึกษา ครูจึงทำหน้าที่ดังกล่าวแทน หรือแม้แต่บางโรงเรียนที่จัดให้มีผู้ให้คำปรึกษา ครูก็ยังรับภาระดังกล่าว เนื่องจากนักเรียนส่วนใหญ่ มักจะเปิดเผยและชอบปรึกษาครูของตน ซึ่งมีความคุ้นเคยมากกว่า อย่างไรก็ตามอาจเป็นไปได้ว่าผู้ให้คำปรึกษารับหน้าที่ให้คำปรึกษากับผู้ที่มีปัญหาค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน ทำให้การบริการค่อนข้างจำกัดเพียงไม่กี่ราย ที่เหลือส่วนใหญ่จึงตกเป็นหน้าที่ของครูแทน

5. การให้คำปรึกษาในโรงเรียนมักจะไม่ใช่เฉพาะเจาะจง หรือชัดเจนในเรื่องใดโดยเฉพาะ แต่มักจะเป็นการให้ความช่วยเหลือรวม ๆ ตั้งแต่ การแนะแนว ให้คำแนะนำ ด้วยการให้กำลังใจ และให้คำปรึกษา เป็นที่น่าสังเกตว่าครูมักจะจบการให้คำปรึกษาด้วยการชี้แนะแนวทาง ให้ข้อเสนอแนะมากกว่าจะให้คำปรึกษา

6. ความแตกต่างอีกประการ คือ ผู้มาขอรับคำปรึกษาในโรงเรียนมักจะเป็นเด็กหรือวัยรุ่นเท่านั้น ไม่ใช่ผู้ใหญ่เหมือนการให้คำปรึกษาโดยทั่วไป ดังนั้นแนวคิดทฤษฎีรวมถึงทักษะที่จะนำมาใช้ ต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้มารับคำปรึกษา กล่าวคือการให้คำปรึกษาแก่เด็ก จะต้องพิจารณาถึงพัฒนาการเด็กซึ่งจะแตกต่างจากผู้ใหญ่ในเรื่องการคิด อารมณ์ และสังคม (Edman & Lampe อ้างถึงใน Hornby, 2003) เพราะผู้รับคำปรึกษาซึ่งอยู่ในวัยเด็กตอนต้นยังไม่มีพัฒนาการถึงขั้นการคิดเชิงนามธรรม ดังนั้น กิจกรรมที่นำมาใช้ในการให้คำปรึกษาจึงควรประกอบด้วย การให้เด็กได้ลงมือกระทำ เช่น การเล่น การเล่าเรื่อง การทำกิจกรรมศิลปะ เป็นต้น

ส่วนรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการให้คำปรึกษาในโรงเรียน (a suitable model for counseling in schools) นั้นควรมีลักษณะดังนี้ (1) สามารถที่จะป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น หรือพัฒนาส่งเสริมให้เด็กบรรลุศักยภาพ รวมถึงแก้ไขปัญหามีอยู่ (2) สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม กับระดับของพัฒนาการเด็กในแต่ละวัยที่จะเป็นผู้รับคำปรึกษา (3) สามารถที่จะให้ครูซึ่งได้รับการฝึกอบรม หรือมีทักษะการให้คำปรึกษาเพียงเล็กน้อย

ประยุกต์ใช้ในโรงเรียนของตนได้ (4) สามารถนำไปใช้ในการให้ความช่วยเหลือช่วงสั้น ๆ ซึ่งไม่ได้ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้า (5) สามารถที่จะนำไปใช้ร่วมกับบริการอื่น ๆ ของโรงเรียนที่จัดไว้ เช่น การแนะแนว การปรับบุคลิกภาพ การฝึกทักษะทางสังคม ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ ในโรงเรียน (6) เป็นรูปแบบที่ครูและผู้ปกครองสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย และสะดวกที่จะนำไปประยุกต์ใช้

1. แนวคิดทางจิตวิทยาการให้คำปรึกษาเด็ก

เมื่อวิเคราะห์รูปแบบการให้คำปรึกษาเด็กตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะพบว่า แนวคิดทางจิตวิทยาที่นำมาใช้ควรประกอบด้วย 3 แนวคิด คือ (1) กรอบแนวคิดด้านมนุษยนิยม (humanistic frame work) (2) รูปแบบทางด้านพัฒนาการ (developmental model) และ (3) แนวคิดด้านจิตวิทยาการศึกษา (psycho-educational approach) รายละเอียดมีดังนี้ (Holmgren, 1996; Schmidt, 1996)

1.1 กรอบแนวคิดด้านมนุษยนิยม (humanistic frame work)

หลักการของแนวคิดด้านนี้มาจากผลงานของ Rogers และ Maslow (อ้างถึงใน Holmgren, 1996) ที่กล่าวว่า โดยพื้นฐานแล้วเด็กเป็นคนดีและมีแนวโน้มที่จะเติบโตไปสู่สิ่งที่ดียิ่งขึ้น โดยที่เด็กมีศักยภาพในการที่จะเติมเต็มชีวิตของตนให้บรรลุเป้าหมาย กลุ่มนี้มีความเชื่อว่าการให้ความรัก ศรัทธา ความเข้าใจ ตลอดจนความจริงใจ จะเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาเด็กให้เป็นบุคคลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี พร้อมทั้งจะเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่มีความท้าทาย บุคคลจะมีความภาคภูมิใจในตนเอง ในทางตรงข้าม เด็กที่ไม่ได้รับโอกาสดังกล่าวก็อาจนำไปสู่การมีชีวิตที่มีปัญหาขาดความภาคภูมิใจในตนเองและไม่สามารถพัฒนาตนให้บรรลุตามศักยภาพของตนได้ด้วยมุมมองดังกล่าว การพัฒนาเด็กในแนวคิดนี้จึงมีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1.1.1 เด็กควรมีการเห็นคุณค่าระดับสูง (high self-esteem) ด้วยการส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง การให้ความปลอดภัยทั้งร่างกายและจิตใจ การได้รับความรักความใส่ใจจากคนรอบข้าง สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความตระหนักในตนเองและการเห็นคุณค่าในความสามารถของตน

1.1.2 การควบคุมภายในตน (internal locus of control) นักมนุษยนิยมมีความเชื่อว่า ความสำเร็จหรือการบรรลุเป้าหมายของบุคคลมักเป็นผลมาจากการควบคุมภายในตนมากกว่าอิทธิพลจากภายนอก

1.1.3 การจัดการตนเอง (self-management) เป็นความสามารถด้านการวางแผนพิจารณาทางเลือก และการปรับตัวในสถานการณ์ต่าง ๆ

1.1.4 คุณค่าภายใน (intrinsic values) ได้แก่ ปรัชญาชีวิต ศาสนาอันเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ความเชื่อ คุณความดีซึ่งเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตของบุคคล

1.1.5 ความรับผิดชอบต่อสังคม (social responsibility) เป็นการกระทำที่ตอบสนองบุคคลอื่น ๆ ตามความรู้สึก ความต้องการของตน

1.1.6 ทักษะชีวิต (life skills) ความสามารถของบุคคลในการดำรงตนอันประกอบด้วย การประกอบอาชีพ การมีวิถีชีวิตร่วมกับผู้อื่น การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การพัฒนาบุคลิกภาพ เป็นต้น

กล่าวได้ว่าแนวคิดดังกล่าวนี้ ถูกนำไปใช้ในการให้คำปรึกษาในโรงเรียน ในด้านการดูแลส่งเสริมผู้เรียนให้มีพัฒนาการและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยขึ้นอยู่กับบริการต่าง ๆ ที่ทางโรงเรียนจัดขึ้น

1.2 รูปแบบทางด้านการพัฒนาการ (developmental model)

แนวคิดนี้มีมุมมองที่ว่าเด็กควรได้รับการพัฒนาตามขั้นพัฒนาการ เพื่อนำไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในวันข้างหน้า การพัฒนาดังกล่าวขึ้นอยู่กับ การผ่านขั้นพัฒนาการด้วยความสำเร็จ ก้าวหน้าตามลำดับ (Havinghurst อ้างถึงใน Hornby, 2003) ประสพการณ์เหล่านี้จะช่วยให้เด็กสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตหรือแก้ปัญหาของตนได้ในอนาคต

ดังเช่น Bronfenbrenner (อ้างถึงใน Craig, 1996; Shaffer, 2002) ที่นำความคิดรวบยอดดังกล่าวมาขยายขอบเขตใช้ในแนวคิดทางด้านนิเวศของการพัฒนามนุษย์ (ecology of human development) ว่าการแก้ปัญหาหรือการเผชิญกับสภาพการณ์แวดล้อมเป็นผลมาจากการตามขั้นพัฒนาการ (developmental tasks) โดยที่เด็กและครอบครัวถูกจัดว่าเป็นส่วนหนึ่งของระบบในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ย่อมมีผลกระทบซึ่งกันและกัน โดยที่อาจมีส่วนช่วยให้เด็กก้าวหน้าหรือถ่วงการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะชีวิตของตน ผ่านขั้นพัฒนาการตามวัย ตัวอย่างเช่น ในระดับครอบครัว

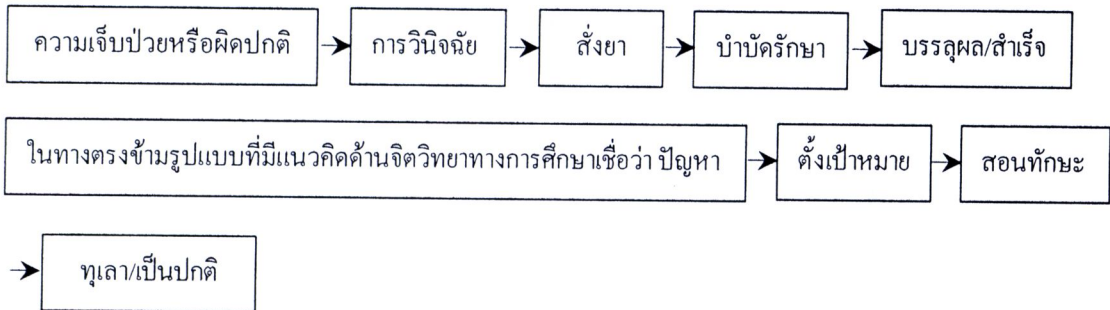
ซึ่งเป็นหน่วยย่อยของระบบนิเวศ การสูญเสียพ่อหรือแม่ ไม่ว่าจะเป็นการเสียชีวิตหรือหย่าร้าง ย่อมมีผลกระทบต่อความก้าวหน้าทางพัฒนาการของเด็ก การได้รับกำลังใจจากครูและญาติพี่น้องซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมทางสังคมซึ่งมีระดับความใกล้ชิดติดออกไปย่อมช่วยให้สภาพการณ์ดีขึ้น นอกจากนั้นยังมีระดับนิเวศที่เหนือขึ้นไปอีก ได้แก่ ระบบของทางการศึกษา ซึ่งให้ความใส่ใจและจัดบริการ การให้ความช่วยเหลือดูแลนักเรียนทำให้เด็กสามารถเผชิญการสูญเสีย และประกอบตนผ่านพ้นการเรียนจนบรรลุเป้าหมายได้ นอกจากนี้ในระดับมหภาค (macro system level) ได้แก่ สังคม ชุมชน หรือองค์กรต่าง ๆ ก็มีส่วนเอื้อให้เด็กเหล่านี้ได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ไม่ว่าจะเป็นทางด้านการกำลังใจหรือแหล่งการให้ความช่วยเหลือที่จำเป็นสำหรับเด็ก

เป้าหมายโดยรวมของการให้คำปรึกษาบนพื้นฐานพัฒนาการที่มุ่งให้การช่วยเหลือเด็กให้บรรลุถึงสัจธรรมแห่งตน (self-actualization) ด้วยการเชื่อมโยงงานพัฒนาการที่หลากหลาย (various tasks) กับขั้นพัฒนาการตามลำดับ ส่วนการแก้ปัญหาต่าง ๆ เป็นเพียงเป้าหมายระยะสั้น เป้าหมายระยะยาว คือ การสอนให้เด็กรู้จักวิธีการหรือทักษะใหม่ ๆ ในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้เด็กสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มนี้มีสมมติฐานว่า การที่เด็กแก้ปัญหาตามขั้นพัฒนาการของตนไม่ได้ นั่นเกิดจากการขาดทักษะที่จำเป็น ดังนั้น การให้คำปรึกษาจะต้องสอนทักษะเหล่านั้น เพื่อให้เด็กสามารถนำประสบการณ์ ไปประยุกต์ใช้กับสภาพการณ์ที่ตนเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสิ่งที่จะตามมาในอนาคต

การให้คำปรึกษาในรูปแบบพัฒนาการจึงให้ความสำคัญกับบทบาทของครูในการเตรียมการทางด้านทักษะทางสังคม และการพัฒนาบุคลิกภาพให้แก่ นักเรียน ครูหรือผู้ให้คำปรึกษาจะต้องช่วยให้เด็กสำรวจปัญหาของตน ต่อจากนั้นจึงสอนทักษะชีวิตที่จำเป็นต่อการเผชิญสภาพการณ์ดังกล่าว ด้วยการอธิบายให้แบบอย่าง ใช้บทบาทสมมติตลอดจนให้งานที่จำเป็นต่อการพัฒนานั้น นอกจากนั้นครูหรือ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องทำหน้าที่คล้ายกับผู้ชี้นำ (coach) ที่จะต้องกำกับดูแล ให้เด็กมีทักษะชีวิตที่จะนำไปใช้ในวันข้างหน้า อีกทั้งต้องคอยปลุกปลอบ และให้กำลังใจในการเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยตนเอง

1.3 แนวคิดด้านจิตวิทยาการศึกษา (psycho-educational approach)

กลุ่มนี้มีทัศนะว่าปัญหาของเด็ก เกิดจากการขาดทักษะ มากกว่าความผิดปกติหรือความเบี่ยงเบน รูปแบบนี้ต่างจากแนวคิดอื่นที่มีพื้นฐานแนวคิดดั้งเดิมจากการแพทย์ที่มีความเชื่อ (Gazda อ้างถึงใน Hornby, 2003, p. 16) ดังนี้



ภาพ 8 แนวคิดด้านจิตวิทยาการศึกษาด้านปัญหาของเด็ก

ที่มา. จาก A Model Counseling Pupils in School: Skills and Strategies for Teachers, by G. Hornby, 2003, In G. Hornby, C. Hall, and E. Hall (Eds.), *Counseling Pupils in Schools* (2nd ed., p. 16), London: Routledge Falmer.

ดังนั้น ปัญหาหรือแรงบันดาลใจที่เด็กมีอยู่ จะได้รับการสอนทักษะที่ต้องการเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา หรือนำทางไปสู่ความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ด้วยแนวทางดังกล่าว การให้คำปรึกษาจึงเป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษา แบ่งปันทักษะร่วมกับเด็ก ด้วยการช่วยเหลือเป็นแบบอย่าง หรือสอนทักษะที่ต้องการโดยตรงให้เด็ก ทำให้เด็กสามารถเรียนรู้ทักษะที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหา หรือนำทักษะเหล่านั้นมาพัฒนาตนไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ นอกจากนั้นเด็กจะได้รับการสอนทักษะต่างๆ ที่จำเป็นทำให้การดำเนินชีวิตมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทักษะเหล่านี้จะถูกเลือกมาจากทักษะชีวิตทั้งหมด ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ และให้เข้ากับการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้อย่างหลากหลาย ทักษะเหล่านี้ ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร การดูแลสุขภาพ และการออกกำลังกาย การพักผ่อน การเรียน การเลือกอาชีพ และการเป็นพ่อแม่ที่ดีในอนาคต

การให้คำปรึกษาในรูปแบบที่มีแนวคิดว่าการฝึกอบรมให้เด็กมีทักษะชีวิตที่มีประสิทธิภาพ เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการให้ความช่วย หรือป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น ดังนั้น ทักษะชีวิตที่สามารถนำมาสอนให้แก่เด็ก จะถูกจัดไว้ในตารางกำหนดการส่วนหนึ่งของการให้คำปรึกษา เทคนิคต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้สอน ถูกนำมาจากแนวคิดต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง เช่น เด็กอาจได้รับการสอนทักษะ ที่ถูกนำมาจากแนวคิดทางด้านมนุษยนิยม พฤติกรรมนิยม ปัญญานิยม หรือแม้กระทั่งจิตวิเคราะห์ จึงอาจกล่าวได้ว่าแนวคิดด้านจิตวิทยาทางการศึกษานี้ ได้นำแนวคิดจากทฤษฎีการให้คำปรึกษาต่าง ๆ มาผสมผสานกัน

2. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน

เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการให้คำปรึกษาในโรงเรียน โดยมีพื้นฐานแนวคิดจากรูปแบบการให้คำปรึกษาทางพัฒนาการ (developmental counseling model) หลักการทางมนุษยนิยม (humanistic principle) และกรอบแนวคิดจากจิตวิทยาการศึกษา (psycho-educational framework) แสดงรายละเอียดขั้นตอน (Hornby, 2003) ดังนี้

ตาราง 2

รูปแบบการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน สำหรับโรงเรียน

การสำรวจ (exploration)	การให้ความช่วยเหลือ (intervention)	การเสริมพลังใจ (empowering)
มี 3 ขั้นตอน ได้แก่	ตัวอย่าง/วิธีการให้ความช่วยเหลือ	มี 3 ขั้นตอน ได้แก่
1. สร้างสัมพันธภาพ	แก้ปัญหา การทำความเข้าใจปัญหา	1. ให้กำลังใจ
2. สำรวจความเกี่ยวข้องของปัญหา ความรู้สึก	การเล่น	2. พิจารณาการเปลี่ยนแปลง

ตาราง 2 (ต่อ)

การสำรวจ (exploration)	การให้ความช่วยเหลือ (intervention)	การเสริมพลังใจ (empowering)
3. ประเมินสภาพการณ์	การเขียน	3. ให้โอกาสในการพัฒนา- ตน

ที่มา. จาก A Model Counseling Pupils in School: Skills and Strategies for Teachers, by G. Hornby, 2003, In G. Hornby, C. Hall, and E. Hall (Eds.), *Counseling Pupils in Schools* (2nd ed., p. 17), London: Routledge Falmer.

รูปแบบ 3 ขั้นตอนนี้มุ่งเน้นในส่วนของการสำรวจปัญหา การให้ความช่วยเหลือ และการเสริมพลังใจโดยครูใช้ทักษะการฟังเพื่อช่วยนักเรียนค้นหาปัญหาและความรู้สึกของผู้เรียน จากนั้นจึงเลือกยุทธวิธีและการนำไปใช้ตามลำดับของการให้ความช่วยเหลือที่สามารถเป็นไปได้ในสภาพการณ์นั้น เพื่อช่วยเด็กในการแก้ปัญหาดังกล่าว ในขั้นตอนสุดท้ายครูจะให้กำลังใจเด็กด้วยการพุงประเด็นไปที่พัฒนาการ ความสามารถโดยดึงจุดเด่น และลดความด้อยของเด็กเพื่อให้เด็กดึงศักยภาพของตนมาใช้อย่างเต็มที่

เป็นที่น่าสังเกตว่า รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบ 3 ขั้นตอนนี้เหมาะสมเป็นอย่างยิ่งกับครูซึ่งมีทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้เรียนอยู่แล้ว ประการแรก ครูสามารถใช้ทักษะการฟังของตน ฟังนักเรียนพูดถึงปัญหาความรู้สึก ความวิตกกังวล ความคิดตลอดจนเจตนาอันแรงกล้า หรือความทะเยอทะยาน ความมุ่งมั่นหมายของนักเรียน ประการที่สอง ครูสามารถตัดสินใจ เลือกวิธีการที่เหมาะสมในการให้ความช่วยเหลือ ตัวอย่างเช่น การเลือกเทคนิคการแก้ปัญหา เพื่อช่วยให้เด็กนำไปใช้แล้วได้ผลดีกับตนเอง บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ประการที่สาม ครูที่มีประสิทธิภาพจะไม่ทิ้งผลงานไว้เพียงเท่านี้ แต่จะพยายามให้กำลังใจและหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะผลักดันให้เด็กทำได้จนสำเร็จ ตัวอย่างเช่น ครูอาจจะพูดกับนักเรียนในเรื่องวิธีการที่จะนำจุดเด่นของตนมาแก้ปัญหา หรืออาจจะแนะนำหนังสือที่เป็นแนวทางให้นักเรียนไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการได้ อย่างไรก็ตามขั้นตอนที่สำคัญมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การสำรวจ (exploration) มี 3 ชั้น ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจ-ความรู้สึกนึกคิดของนักเรียน และประเมินสภาพการณ์ของปัญหา

2.2.1 การสร้างสัมพันธภาพ ครูควรเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับนักเรียน เพื่อให้ผู้เรียนเปิดเผยความรู้สึกภายในใจของตน ในขั้นตอนนี้โดยทั่วไปครูสามารถใช้วิธีการต่าง ๆ ที่ตนคุ้นเคยได้อย่างไม่ยาก เช่น การสื่อสาร ความจริงใจ ความเห็นใจ การรับรู้ความรู้สึกผู้เรียน ตลอดจนการเคารพสิทธิส่วนบุคคลของผู้รับคำปรึกษาการฟังอย่างใส่ใจเพื่อจับประเด็นที่สำคัญจะช่วยให้การดำเนินการในขั้นนี้เป็นด้วยดี

2.2.2 สำรวจความรู้สึกนึกคิดของนักเรียน ทักษะการฟังก็ยังคงมีความสำคัญสำหรับขั้นตอนนี้เช่นกัน ด้วยการปล่อยให้เด็กได้พูดถึงปัญหา หรือความรู้สึกของตน ตลอดจนจุดมุ่งหมายหรือความต้องการในชีวิตของตน โดยที่ครูใช้การฟังอย่างตั้งใจ ช่วยแยกแยะประเด็นให้มีความชัดเจน และตรวจสอบกับความคิด ความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา

2.2.3 การประเมินสภาพการณ์ของปัญหา เป็นการช่วยนักเรียน ทำความเข้าใจกับปัญหา หรือแนวคิดที่ยังสับสน ในขณะเดียวกันครูก็สามารถประเมินสภาพการณ์ดังกล่าวว่า เกิดจากงานตามขั้นพัฒนาการที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข หรือการขาดทักษะชีวิต อันเป็นเหตุนำมาซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพิจารณาถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ และสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ตลอดจนชีวิตความเป็นอยู่ในครอบครัว ชุมชน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อนักเรียน การประเมินดังกล่าวช่วยให้ครูตัดสินใจเลือกวิธีการหรือรูปแบบการให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

2.2 การให้ความช่วยเหลือ (intervention)

เป็นขั้นตอนของการเลือกยุทธวิธีการให้ความช่วยเหลือ เพื่อนำมาสอน-ทักษะชีวิตที่จำเป็นในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น หรือเพื่อส่งเสริมให้เด็กสามารถไปถึงเป้าหมายได้ ในขั้นนี้มี 2 ประการที่สำคัญ คือ รูปแบบของยุทธวิธีการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม และวิธีการนำไปใช้

ในส่วนของรูปแบบยุทธวิธีการให้ความช่วยเหลือ (type of intervention strategies) รูปแบบดังกล่าวนี้มีความหลากหลาย ดังได้กล่าวแล้วในลักษณะการให้คำปรึกษาแบบจิตวิทยาทางการศึกษา การเลือกรูปแบบดังกล่าว ต้องเป็นลักษณะที่ครูสามารถนำมาใช้ได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องผ่านการฝึกอบรมอย่างเข้มข้น ในเรื่องการให้คำปรึกษา ส่วนวิธีที่นำมาใช้ในการให้ความช่วยเหลือ อาจมีหลายวิธี เช่น การใช้ “เก้าอี้ที่ว่างเปล่า” (empty-chair) ซึ่งเป็นเทคนิคที่ช่วยให้นักเรียนถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้สึกที่ยังค้างอยู่ในใจตน การคิดทบทวน การสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ตลอดจน การใช้เทคนิคแก้ปัญหา เพื่อช่วยให้นักเรียนเลือกกระทำในสิ่งที่เหมาะสม วิธีการนำไปใช้ (implementation methods) กล่าวได้ว่ามี 3 วิธีการ สำคัญในการนำยุทธวิธีการให้ความช่วยเหลือไปใช้ ประการแรก คือ การที่ครูสาธิตวิธีการ หรือทักษะที่จะนำไปใช้ เช่น การฟังด้วยความใส่ใจ หรือการกระทำที่บ่งบอกถึงทักษะการกล้าแสดงออก อาจจะปรากฏชัดเมื่อครูมีปฏิสัมพันธ์กับนักเรียน ประการที่สอง ครูให้การชี้แนะ หรือแนะแนวนักเรียนผ่านกิจกรรมที่จัดขึ้น หรือมอบหมายให้นักเรียนทำ เป็นการให้ประสบการณ์ตรง เพื่อช่วยให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาทักษะที่ต้องการ ประการที่สาม ครูใช้วิธีการสอนโดยตรงในเรื่องทักษะชีวิตที่นักเรียนต้องการ ตัวอย่างเช่น การสอนทักษะการผ่อนคลาย เพื่อลดความวิตกกังวล หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เรียน ด้วยการสอนทักษะการจัดการกับตนเอง ตลอดจนการสอนให้เด็กรู้จักการตระหนักในตนเอง เป็นต้น

2.3 การเสริมพลังใจ

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนที่สำคัญ คือ การให้กำลังใจ การคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี และการช่วยให้ผู้อื่นบรรลุศักยภาพแห่งตน

2.3.1 การให้กำลังใจ ครูจะต้องเสริมพลังนักเรียนด้วยการแสดงออกมาเป็นการกระทำอย่างชัดเจน เพื่อให้เด็กมีกำลังใจที่จะแก้ปัญหา หรือทำตามจุดมุ่งหมายของตน การแสดงออกดังกล่าว อาจทำได้ตั้งแต่การให้คำชม การให้กำลังใจด้วยการสอน วิธีการที่จะทำให้เด็กกล้าแสดงออก เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จที่ตนตั้งไว้

2.3.2 การคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในทางที่ สิ่งที่สำคัญในขั้นนี้ คือ การช่วยให้เด็กรักษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ครูอาจช่วยด้วยการย้ำเตือนให้ตระหนักถึงความก้าวหน้าที่ได้ต่อสู้ผ่านอุปสรรคด้วยความยากลำบาก เพื่อมิให้ละทิ้งพฤติกรรมใหม่จนทำให้กลับไปสู่ภาวะของปัญหาอีกครั้ง

2.2.3 การช่วยให้ผู้อื่นบรรลุศักยภาพแห่งตน เป้าหมายหลักในขั้นนี้ ก็คือการช่วยให้นักเรียนบรรลุศักยภาพของตนได้ ดังนั้น การเติมเต็มให้ผู้เรียนมีศักยภาพเท่าที่จะเป็นไปได้เป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ครูจะต้องช่วยนักเรียนตระหนักรู้ในส่วนของทักษะชีวิตว่าตนมีข้อดี ข้อด้อยอย่างไร นักเรียนอาจได้รับการสอนทักษะชีวิตซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาหรือความมุงหวงที่มีอยู่ในขณะนั้น แต่สิ่งเหล่านี้จะช่วยเติมเต็มความก้าวหน้าที่จะนำไปสู่การพัฒนาตัวตนที่สมบูรณ์ต่อไป ตัวอย่างเช่น นักเรียนอาจได้รับการช่วยเหลือให้พัฒนาทักษะการเรียนรู้ให้ดีขึ้น เพื่อช่วยให้ประสบผลสำเร็จในการเรียนในระดับที่สูงขึ้น เป็นต้น

ดังนั้น การให้คำปรึกษาในโรงเรียนมิใช่สิ่งที่ยุ่งยาก หรือซับซ้อนเกินกว่าครูจะทำได้ เพราะทักษะต่าง ๆ ที่นำมาใช้สอนเป็นส่วนหนึ่งในวิชาชีพทั้งสิ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการให้คำปรึกษาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยมุ่งหวังที่จะให้ครูสามารถนำไปใช้ในโรงเรียนของตนได้

3. การให้คำปรึกษาแก่เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

เนื่องจากเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักจะประสบปัญหาหลายด้าน ทั้งด้านการเรียน และการปรับตัว ผู้ให้คำปรึกษาจึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวเนื่องจากมีความรู้ความเข้าใจทางด้านพฤติกรรมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลโดยสามารถให้คำแนะนำแก่เด็ก ครู และผู้ปกครอง เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังจะเห็นได้ว่า สมาคมผู้ให้คำปรึกษาในโรงเรียนของสหรัฐอเมริกา

The American School Counselor Association ตีพิมพ์ผลงานที่ประสบผลสำเร็จหลายด้าน ในการบำบัดรักษา (treatment) แก่นักเรียนที่มีสมาธิสั้น เช่นเดียวกับนักจิตวิทยาอื่น ๆ ที่ให้ความเห็นในทำนองเดียวกัน ดังนี้ (ASCA; Erk; Lavin; Schweibert, Sealand, & Tollerud อ้างถึงใน Webb & Myrick, 2003)



Geldard and Geldard (2002) ได้บรรยายถึงพัฒนาการของการแนะแนวในโรงเรียน และโปรแกรมการให้คำปรึกษา โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยนักเรียนทุกคนให้เรียนอย่างเป็นผลและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งผู้ให้คำปรึกษาได้เตรียมการ อย่างเช่น การให้ความช่วยเหลือในลักษณะการให้คำปรึกษารายบุคคล (individual counseling) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มย่อย (small group counseling) การแนะแนวกกลุ่มใหญ่ (large group guidance) การฝึกอบรมให้กลุ่มเพื่อนร่วมวัยเป็นผู้ช่วยเหลือ (peer facilitator training) และการเป็นที่ปรึกษา (consultation) แก่ผู้ปกครอง ครู และผู้บริหาร โรงเรียน บางครั้งมีนักเรียนจำนวนหนึ่งที่มีภาวะสมาธิสั้น เป็นเป้าหมายที่สำคัญที่จะต้องให้คำปรึกษา เพื่อให้การช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

ส่วน Braswell and Bloomquist (1991) ให้ความเห็นว่า การให้คำปรึกษากลุ่ม มักจะถูกนำมาใช้บ่อยกว่าการให้คำปรึกษารายบุคคล สำหรับเด็กที่ปัญหาเกี่ยวกับสมาธิสั้น เนื่องจากกระบวนการกลุ่มเป็นสภาพการณ์จำลองที่มีความใกล้เคียงกับชีวิตจริงในส่วน ของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ทักษะจากกันและกัน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสภาพการณ์อื่น ๆ กิจกรรมการให้คำปรึกษากลุ่มนั้นสามารถที่จะดึงดูดพฤติกรรมและความรู้สึกที่เชื่อมโยงกับปัญหาทางการเรียนและสังคมออกมาได้ ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถเข้าไปช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาผลการเรียนต่ำและมีปัญหากับกลุ่มเพื่อนได้ การให้ความช่วยเหลือในระยะเริ่มต้นอย่างสม่ำเสมอในโรงเรียน ดูเหมือนจะเป็นวิธีการที่ได้ผลมากที่สุด

นอกจากนี้ยังพบว่า นักเรียนบางกลุ่มที่มีภาวะสมาธิสั้นอาจได้รับประโยชน์จากการได้รับบริการให้คำปรึกษาโดยตรง (direct counseling service) เพื่อเป็นส่วนเติมเต็มในการให้ความช่วยเหลือในรูปแบบห้องเรียนเป็นฐาน (classroom-based interventions) การให้คำปรึกษาจะต้องสามารถนำไปใช้ได้ตรงกับปัญหาที่เกี่ยวข้องของเด็ก ตัวอย่างเช่น ประเด็นปัญหาของนักเรียน คือ การเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหา (problem solving) หรือทักษะทางสังคม การนำไปใช้ในที่นี้ คือ นักเรียนสามารถนำทักษะดังกล่าวไปฝึกปฏิบัติในชั้นเรียนได้ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเตรียมการ หรือจัดหาบริการดังกล่าวโดยมีต้องรอให้เป็นหน้าที่ของโรงเรียน และทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ปกครอง

กับบริการภายนอกที่รัฐจัดไว้ให้ อีกทั้งยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ปกครองกับครู (Holmgren, 1996)

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาเป็นยุทธวิธี (strategy) หนึ่งใน การให้ความช่วยเหลือ (intervention) เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นที่ตรงประเด็นโดยมุ่งแก้ไขที่ตัวเด็กด้วยการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม อันเป็นส่วนที่สำคัญในการแก้ไขปัญหามิติ (multidimension) ของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้เด็กมีการปรับตัวกับสังคมได้อย่างเหมาะสม โดยมีครูและผู้ปกครองช่วยเหลือสนับสนุนให้เด็กพัฒนาศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่ ผู้วิจัยเล็งเห็นว่า วิธีการดังกล่าวควรได้มีการศึกษาและทดลองใช้รูปแบบอย่างเป็นรูปธรรม แต่ยังไม่มียานวิจัยชิ้นใดที่ทำการศึกษาวิธีการให้ความช่วยเหลือทางจิตสังคมอย่างเต็มรูปแบบ ในลักษณะบ้านและโรงเรียนเป็นฐาน อีกทั้งการให้คำปรึกษาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในประเทศไทยยังมิได้ปรากฏมาก่อนจึงนับว่าเป็นนวัตกรรมที่ควรศึกษาเป็นอย่างยิ่ง

Erk (2004) ได้กล่าวถึงการให้คำปรึกษาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นใน 2 รูปแบบ คือ การให้คำปรึกษารายบุคคล (individual counseling) และการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม (group counseling) โดยมีบริบทที่แตกต่างในการนำไปใช้ดังนี้

3.1 การให้คำปรึกษารายบุคคล

ผู้ให้คำปรึกษาไม่ว่าจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาในโรงเรียน ผู้ให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิต (mental health) ตลอดจนผู้ที่ทำหน้าที่ฝึกปฏิบัติโดยเฉพาะ (private practice) ควรจะยอมรับเป็นเบื้องต้นว่าในการให้คำปรึกษาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นนั้นมักจะประสบปัญหาความยากลำบาก เพราะเด็กเหล่านี้มักจะแสดงพฤติกรรมที่ค่อนข้างท้าทาย ประการแรกที่จะพบ ก็คือ เด็กเหล่านี้มักจะปฏิเสธเงื่อนไขที่เขาสร้างขึ้น โดยไม่ยอมรับว่าปัญหาทางพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ตนก่อขึ้น และมักจะตำหนิว่าเป็นความรับผิดชอบของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู ตลอดจนกลุ่มเพื่อน ตัวอย่างเช่น เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นยังคงมีทัศนคติทางลบ (negative attitude) หรือคงไว้ซึ่งความขุ่นข้องใจกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของตน นอกจากนี้ยังพบว่า ความคับข้องใจที่สะสมเป็นเวลานาน การถูกปฏิเสธจากกลุ่ม (rejection) ตลอดจนความล้มเหลว เหล่านี้ได้กลายเป็นแรงผลักดันให้เด็ก

จำนวนมากหันไปใช้วิธีการฝันเฟื่อง (fantasy) หรือมีโลกส่วนตัว (private existence) ซึ่งทำให้เขาไม่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดที่ได้รับในโลกแห่งความเป็นจริง และเมื่อใดก็ตามที่เขาไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กลไกการป้องกันตนเอง (defense mechanism) เหล่านี้ก็จะทำหน้าที่ผจญกับชีวิตแทนโดยลำพัง

เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นที่มีประสบการณ์หรือประสบกับความเครียด (stress) ความกดดัน (pressure) ไม่ว่าจะเป็นทางด้านการเรียน สังคม หรือครอบครัว มักจะมีการพัฒนาด้านการแก้ไขปัญหาที่ห่างไกลจากความเป็นจริง (Hosie & Erka อ้างถึงใน Erk, 2004) การปฏิบัติที่ดีที่สุดของผู้ให้คำปรึกษาในการทำงานร่วมกับเด็กเหล่านี้ ก็คือ ความร่วมรู้สึก (empathy) กับปัญหาต่าง ๆ และความกดดันที่เขาเหล่านั้นกำลังเผชิญ ตัวอย่างเช่น การมีวิถีชีวิตส่วนตัว (personal style) บางประการ เช่น ความเชื่อมั่นในตนเอง (self-confidence) ความคาดหวังในการที่จะปรับปรุงตน (expectations for improvement) ความยืดหยุ่น การไม่ตัดสินใครในทางลบ วิธีการบำบัดรักษา ผู้ให้คำปรึกษาจำนวนไม่น้อยที่มักใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลกับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น เนื่องจากสามารถเข้าถึงปัญหาที่ตรงจุดและมีความเหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Erk อ้างถึงใน Erk, 2004)

สอดคล้องกับ Schmidt (1996) ที่ลงความเห็นว่าการให้คำปรึกษารายบุคคลจะมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเมื่อผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาร่วมกันสร้างรายการเฉพาะ (menu) ที่จะใช้ในการบำบัดรักษา (treatment menu) ด้วยกัน ซึ่งรายการดังกล่าวมักจะรวมถึงการช่วยเหลือในประเด็นส่วนตัวหลายด้าน อันได้แก่ (1) ทำความเข้าใจวิธีการวินิจฉัยภาวะสมาธิสั้นว่าสิ่งนี้จะเป็นผลดีต่อชีวิตของเขาอย่างไร (2) การจัดการกับความคับข้องใจที่มีแต่เดิม หรือความโกรธจากการวินิจฉัยอาการ (3) การจัดการกับความเครียดหรือตัวกระตุ้นที่จะส่งผลให้เกิดภาวะสมาธิสั้น ที่รุนแรงขึ้น ตัวอย่างเช่น การผ่อนคลาย ความตึงเครียด มักถูกนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการให้คำปรึกษาในลักษณะนี้ (4) การจัดการกับการสูญเสียโอกาสและสัมพันธภาพ (5) การจัดการกับความเศร้าและความเจ็บปวดทางจิตใจที่อาจจะผ่านเข้ามาในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นสัมพันธภาพในครอบครัว หรือความหวาดวิตกที่โรงเรียนก็ตาม ที่อาจจะเกิดขึ้นควบคู่กันไป ในขณะที่มีอาการร่วม

(co-occurring) ตัวอย่างเช่น ความวิตกกังวล (anxiety disorder) หรือความเก็บกด (depression) อาจปรากฏขึ้นพร้อม ๆ กันกับภาวะของ สมาธิสั้น

ผู้ให้คำปรึกษาควรตระหนักว่าถึงแม้การให้คำปรึกษาจะมีประโยชน์เป็นอย่างมากในการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นก็ตาม แต่ก็เป็นการยากในการที่จะนำไปใช้ Stone and Bradley (1994) ได้ให้คำแนะนำว่า ในการให้คำปรึกษารายบุคคลผู้ให้คำปรึกษาควรคำนึงถึงองค์ประกอบที่สำคัญต่อไปนี้

3.1.1 ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องตระหนักถึงลักษณะเฉพาะอย่าง ที่เกี่ยวข้องกับกับกลุ่มอาการของสมาธิสั้น ซึ่งจะมีผลให้เกิดความเบี่ยงเบนบางประการในเรื่องของสัมพันธภาพทั่ว ๆ ไป ตามปกติ ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา ตัวอย่างเช่น เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นไม่ควรใช้วิธีการให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง (nondirective counseling) เพราะไม่เหมาะสมกับสาเหตุหลักของความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับชีวประสาท (neurobiological) และหรือพฤติกรรมผิดปกติที่เป็นผลมาจากประสาท (neurobehavioral disorder) ในทางตรงกันข้าม ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีบทบาทเสมือนเป็นผู้เชี่ยวชาญที่จะคอยชี้แนะ และจัดการให้การดำเนินการให้คำปรึกษาเป็นไปด้วยดี ตัวอย่างเช่น เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักจะประสบกับปัญหาที่เป็นผลมาจากการกระทำของตนมากกว่าคนทั่ว ๆ ไปโดยเฉลี่ย โดยปกติเด็กกลุ่มนี้มักจะทำงานไม่เสร็จ หรือมักมีการบ้านที่ยังคงค้างอยู่ ดังนั้น ผู้ให้คำปรึกษาควรอธิบายให้เด็กฟังว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะต้องอาศัยการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง จนกว่าจะกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน จึงจะถือว่าเกิดลักษณะนิสัยใหม่ และเช่นกัน เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นจำนวนมาก ที่มักจะลืมการนัดหมาย หรือไม่ตรงเวลา ในการเข้ารับคำปรึกษา และบางครั้งอาจจะขอพบผู้ให้คำปรึกษา โดยไม่ได้นัดหมายไว้ล่วงหน้า ดังนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องช่วยคิดวางแผนในการที่จะปรับปรุงลักษณะนิสัยดังกล่าว ด้วยการให้จัดทำรายการที่จะต้องทำในแต่ละวัน หรือจัดให้มีสมุดโน้ตเล็ก ๆ ในการช่วยบันทึกความจำ ถึงแม้ว่าสิ่งเหล่านี้จะดูเหมือนมิใช่หน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา แต่ในความเป็นจริงมักจะเป็นสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการความช่วยเหลือทั้งสิ้น

3.1.2 ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องคอยกำกับดูแล ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอาการสมาธิสั้นของเด็กอย่างระมัดระวัง ตัวอย่างเช่น ไม่ควรจะถ่ายโยงความรู้สึกทางลบต่อผู้รับ-

คำปรึกษา เช่น ความรู้สึกไม่ชอบเป็นการส่วนตัว ความไม่ถูกใจกับบุคลิกลักษณะ หรือลักษณะคือเจี๊ยบของเด็ก ทั้งนี้เนื่องจากอาการหลัก ๆ ของภาวะสมาธิสั้น และปัญหาที่เกิดขึ้น มักจะไปด้วยกันในการที่จะทำนายหรือโยงถึงพฤติกรรม โดยอาศัยจิตวิทยาเป็นฐาน ก็อาจจะทำให้ส่งผลต่อการรับรู้ทางลบต่อตนเองของเด็ก (negative self-perception) ซึ่งพบว่า มีเด็กจำนวนมากที่ถูกมองว่ามีความผิดปกติทางจิต (psychological abnormal)

3.1.3 รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล หรือกระบวนการให้คำปรึกษา โดยทั่วไปขึ้นกับการสื่อสาร และอารมณ์ที่ราบรื่นของผู้รับคำปรึกษา ในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง มักจะไม่กำหนดโครงสร้าง หรือไม่มีการชี้นำ (unstructured and unguided) ว่าจะดำเนินการอย่างไร อย่างไรก็ตามวิธีการนี้มักจะไม่ค่อยได้ผลกับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ในทางตรงข้ามวิธีการที่ได้ผล ก็คือ ผู้รับคำปรึกษาจะต้องเป็นผู้กระทำการ หรือเน้นการปฏิบัติจริง

เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นส่วนใหญ่จะดีขึ้น เมื่อได้รับการกระตุ้นเตือน หรือจัดระบบให้ทำ โดยผู้ให้คำปรึกษา หรืออาจกล่าวได้ว่า การให้คำปรึกษาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น จะต้องจัดวางระบบให้ชัดเจน และต้องมีการส่งเสริมให้กำลังใจ (support systems) ตัวอย่างเช่น ควรจะมีสมุดโน้ต ในการจดบันทึกการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้สรุปย่อในแต่ละครั้งที่มารับการปรึกษา ทั้งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาสามารถที่จะใช้บทสรุปนี้ ทบทวน ก่อนที่จะเริ่มให้คำปรึกษาครั้งต่อไป ด้วยวิธีการนี้จะทำให้เป็นประโยชน์ต่อผู้รับคำปรึกษา 2 ประการ คือ สามารถรับรู้ถึงเนื้อหา และมีตัวชี้วัดความก้าวหน้าในการดำเนินการรับคำปรึกษา ในขณะเดียวกันผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้เป็นแนวทางในการมอบหมายงาน หรือการบ้านที่เหมาะสมได้

3.1.4 สำหรับผู้รับคำปรึกษาที่ไม่มีปัญหาหรือปรับตัวได้แล้ว ผู้ให้คำปรึกษามักจะต้องเป็นฝ่ายเริ่มต้นในการที่จะพบ/ประชุมกับผู้รับคำปรึกษาด้วยการโทรศัพท์เตือนเพื่อให้เข้ารับการให้คำปรึกษา หรือขอให้ครูช่วยเตือนเด็กให้ไปพบเพื่อเข้ารับการปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพิจารณาในการใช้โทรศัพท์และ/หรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ในการติดต่อ สิ่งเหล่านี้ได้รับการยอมรับมากขึ้น โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ปกครองและครูได้มีการติดต่อสื่อสารเป็นประจำอยู่แล้ว เพื่อหาหรือเรื่องพฤติกรรมของเด็ก

การให้คำปรึกษาแต่ละครั้งอาจจะเป็นเรื่องการวางแผนให้ดีขึ้นหรือเป็นการปรับแผนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น การใช้เวลามากขึ้น รวมถึงการจัดการกับปัญหาหรือประเด็นที่เกี่ยวข้อง ในชีวิตปัจจุบันของเด็ก พ่อแม่มักจะรายงานว่า เพียงแค่ทราบว่าผู้ให้คำปรึกษามีความเข้าใจในตัวเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ก็สามารถทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความสุข ถึงแม้ว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาจะมีขอบข่ายเพียงแค่การทำงานในคลินิก (clinic) แต่อาจจะมีผลต่อแนวทางในการทำงานร่วมกับเด็กเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเริ่มต้น และการให้คำปรึกษา และยุทธวิธีที่จะควบคุมหรือนำไปใช้ในการกำกับพฤติกรรม

ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพิจารณาว่า ควรจะใช้วิธีการปรับพฤติกรรม หรือการแก้ไขในรูปแบบของการให้คำปรึกษารายบุคคล หรือการบำบัดรักษา (therapy) เช่น เนื้อหาหรือกระบวนการ และนี่คือการเพิ่มผลการจัดกระทำเป็นรายบุคคล สำหรับการให้คำปรึกษาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ผู้ให้คำปรึกษาไม่เพียงแต่มีโอกาที่จะช่วยเด็กให้จัดการกับปัญหาเกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้น เท่านั้น แต่ยังช่วยให้เขาซึมซับความรู้สึกที่ดีและส่งเสริม สนับสนุน ให้เขามีกำลังใจว่าเขาสามารถที่จะอยู่ได้อย่างมีความสุข มีชีวิตที่ดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตได้ (Holmgren, 1996)

เนื่องจากเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักจะประสบปัญหาหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ ตลอดจนมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) ยังผลให้เด็กเหล่านี้พบกับอุปสรรคนานับประการในชีวิตประจำวัน การให้คำปรึกษาจึงเป็นกุญแจดอกสำคัญในการเข้าไปให้การช่วยเหลือที่ไม่ควรมองข้าม สิ่งสำคัญที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องทำ ก็คือ ค้นหาสิ่งที่เป็นบวกหรือจุดเด่นในตัวผู้รับคำปรึกษาออกมาให้ได้ เป้าหมายของการให้คำปรึกษารายบุคคล ก็คือ การนำข้อมูลทางลบที่เด็กได้รับจากพ่อแม่ หรือครู รวมทั้งกลุ่มเพื่อนออกไปเสีย และแทนที่ด้วยสิ่งที่ดี หรือการมองโลกในทางบวก ซึ่งจะยังประโยชน์ให้แก่เด็กเหล่านี้ในการใช้ชีวิตต่อไป (Belkin, 1975)

2. การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม (group counseling)

ถึงแม้ว่าข้อมูลจากการศึกษาทางคลินิกและงานวิจัยในเรื่องการให้คำปรึกษากลุ่ม หรือการบำบัด (therapy) ยังมีไม่มากนัก แต่ก็ดูเหมือนว่า กระบวนการเหล่านี้

มีศักยภาพเพียงพอที่จะก่อประโยชน์ให้แก่ประชากรกลุ่มนี้ ในการใช้วิธีการให้คำปรึกษากลุ่ม เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นสามารถเรียนรู้ จากประสบการณ์ที่ได้แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ผู้รับคำปรึกษาจะรู้สึกว่าเป็นปกติเหมือนกับเด็กคนอื่น ๆ และยอมรับในสิ่งที่ตนเป็น หรือเผชิญปัญหา ด้วยเหตุนี้ความรู้สึกโดดเดี่ยวจะหายไป มีกรณีตัวอย่างที่เห็นได้ว่า ผู้รับคำปรึกษาคนหนึ่งปฏิเสธการบำบัดโดยใช้ยา หลังจากการเข้ารับการปรึกษากลุ่ม เขายอมรับการใช้ยาในการบำบัด สิ่งนี้แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของกลุ่ม ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาไม่สามารถทำได้ในกรณีการให้คำปรึกษารายบุคคล การปรึกษากลุ่มจึงเปรียบเสมือน ห้องทดลองในการที่จะรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการ แก้ปัญหากับผู้ที่ตกอยู่ในสภาพการณ์เดียวกัน เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์อีกทั้ง เป็นการสนับสนุน ส่งเสริม และเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน (Corey, 1995; Gibson, Mitchell, & Basile, 1993)

นอกจากนี้ Thomson and Henderson (2007) ยังได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มควรจำกัดเวลา (time-limited) และมีรูปแบบในลักษณะกึ่งโครงสร้าง หรือมีโครงสร้างเต็มรูปแบบ (semi-structured or structured format) ในแต่ละครั้ง ควรกำหนดเป้าหมาย หรือหัวข้อ (themes) ให้ชัดเจน และควรดำเนินการในลักษณะชี้แนะ ให้แนวทาง หรือการอภิปรายแบบเปิด (opened ended discussion) ที่จะนำไปสู่การแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง การให้คำปรึกษาที่ไม่มีการวางแผน หรือไม่มีหัวข้อที่กำหนด มักจะนำไปสู่การอภิปรายที่ยืดยาวไร้ทิศทาง ไม่สามารถจัดระบบได้ หัวข้อที่จัดว่า มีความสำคัญและมักจะใช้ได้ดี ได้แก่ ทักษะการจัดระบบ (organization skills) ประเด็น เรื่องการใช้ยาบำบัด (medication issue) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal skill) การควบคุมความโกรธ (anger control) การใช้กิจกรรมลดความเครียด (stress-reduction activities) และการประสบผลสำเร็จในการเผชิญกับปัญหา

Stone and Bradley (1994) กล่าวว่า ผู้ให้คำปรึกษาควรเลือกสมาชิกกลุ่ม อย่างรอบคอบ โดยพิจารณาขนาดของกลุ่ม เช่น ไม่ควรเกิน 10 คน เพศ อายุ หรือระดับ ของพัฒนาการ ลักษณะอาการที่เกิดร่วมกับสมาธิสั้น (comorbidities) ความรุนแรง ของอาการสมาธิสั้น ความเป็นส่วนตัว (privacy concerns) ตลอดจนความหลากหลาย

ของวัฒนธรรม (multi culture) ความสำคัญประการหนึ่งของการให้คำปรึกษากลุ่ม ก็คือ เป็นส่วนที่ช่วยเสริมให้การช่วยเหลือในระยะเริ่มแรก (intervention) หรือการรักษา (treatment) ได้ผลมากยิ่งขึ้น

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้คำปรึกษากลุ่ม มีข้อบ่งชี้ในการนำไปใช้ต่างกัน การเลือกวิธีการที่เหมาะสมจึงต้องพิจารณาวัตถุประสงค์ และกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ ดังเช่นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยเรียน ระดับประถมศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงพัฒนาการทางด้านสังคมเป็นงาน (task) ที่สำคัญ การให้คำปรึกษากลุ่มจึงน่าจะมีความเหมาะสม อีกทั้งประเด็นปัญหาทางด้านการเรียนมีความคล้ายคลึงกัน การให้คำปรึกษากลุ่มจึงสามารถทำได้ในเวลาจำกัด และเป็นผลดีทางด้านจิตใจเพราะเด็กจะไม่รู้สึกว่าคุณมีความต่างจากเด็กอื่น ๆ ในชั้นเรียน มากนัก

ทฤษฎีพื้นฐานในการให้คำปรึกษา ทฤษฎีพื้นฐานการให้คำปรึกษามีหลายแนวคิด ที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยเห็นว่าแนวคิดทางด้านเหตุผล อารมณ์ พฤติกรรม (rational emotive behavior theory) ของ Ellis (อ้างอิงใน Thomson & Henderson, 2007) ได้ตั้งขึ้นเพื่อพัฒนากลุ่มแนะแนวด้วยการช่วยให้นักเรียนได้เรียนรู้ว่าอาการสมาธิสั้นมีผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้และการเรียนในชั้นเรียนอย่างไร และยังเป็นเหตุผลที่จะช่วยให้นักเรียนได้เพิ่มความตระหนัก และเห็นคุณค่าในการฝึกทักษะที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จในโรงเรียน ทฤษฎีนี้เชื่อว่า นักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ต่อเมื่อ มีการเรียนรู้เกิดขึ้น แนวคิดดังกล่าวนี้มุ่งเน้นการเปลี่ยนพฤติกรรม และการกำกับควบคุมตนเอง (self-regulation) ควบคู่ไปกับการทดสอบ (examination) และการปรับเปลี่ยนความคิด (modification of thought) ความเชื่อ (beliefs) ความรู้สึก (feelings) และการคาดหวัง (expectations) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวนี้ถูกนำไปใช้สนับสนุนการให้ความช่วยเหลือ บำบัดรักษาในระยะเริ่มต้น (treatment interventions) สำหรับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า ในขณะที่อาการเบื้องต้น (primary symptoms) ของความผิดปกติ ที่จะทำให้เกิดขึ้น ก็อาจเป็นไปได้ที่จะช่วยให้เด็กได้พัฒนาขีดความสามารถที่ต่ำ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาตามมา (Braswell; Ellis & McLaren; Ellis & Wilde;

Schweibert et al. อ้างถึงใน Thomson & Henderson, 2007) นอกจากนี้ Holmgren (1996) ยังกล่าวว่า แนวคิดทางด้านเหตุผล อารมณ์นี้สามารถนำไปใช้กับการให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) ซึ่งมักจะใช้บ่อยในโรงเรียน

ทฤษฎีที่กล่าวมานับว่ามีความเหมาะสมกับการนำมาใช้ในการให้คำปรึกษาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากสนองต่อปัญหาของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น อันได้แก่ การใช้เหตุผลในการตัดสินใจ แก้ปัญหา การจัดระบบความคิด ปัญหาด้านอารมณ์ ได้แก่ การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การจัดการกับความโกรธ รวมทั้งปัญหาทางด้านพฤติกรรม เช่น ความก้าวร้าว การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพราะนอกจากจะเป็นการปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมแล้ว การให้คำปรึกษาในลักษณะนี้ ยังเป็นการฝึกฝนทักษะซึ่งเกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนเป็นลักษณะนิสัยใหม่เกิดขึ้น อันเป็นการให้ความช่วยเหลือที่มีความยั่งยืน เพราะเด็กสามารถนำทักษะดังกล่าวไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

การฝึกอบรมผู้ปกครองในด้านการจัดการพฤติกรรมเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

การเป็นผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ซึ่งมีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง (overactive) ไร้ระบบ (disorganized) และถูกกระตุ้น (irritable) จากสิ่งต่าง ๆ ได้ง่าย อีกทั้งไม่เชื่อฟังพ่อแม่ ทำให้ผู้ปกครองมักตกอยู่ในภาวะที่ยุ่งยากและเหนื่อยใจ โดยทั่วไปแล้ว การใช้เหตุผล การเตือน หรือต่อว่ามักจะไม่ได้ผล ทำให้ผู้ปกครองรู้สึกว่าคุณไม่มีอำนาจในการที่จะควบคุมดูแล และไม่รู้ว่าจะทำอะไรดี เกิดความคับข้องใจ และอาจแสดงออกด้วยการตีหรือตะคอก ถึงแม้จะรู้ว่าไม่ได้ทำให้อะไรดีขึ้น และก่อให้เกิดความไม่สบายใจมากขึ้นกว่าเดิมก็ตาม การฝึกอบรมการจัดการผู้ปกครอง เป็นการช่วยผู้ปกครองด้วยการสอนทักษะที่จำเป็นเพื่อใช้ในการกำกับดูแลพฤติกรรมเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นดังต่อไปนี้

1. การจัดการพฤติกรรมการต่อต้าน หรือไม่เชื่อฟัง (oppositional and noncompliant behaviors)

2. การเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์ของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นที่มักจะเกิดขึ้น
3. การยับยั้งปัญหา เพื่อยุติผลเสียที่จะเกิดขึ้น
4. การป้องกันปัญหาที่จะเกิดผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ

ลำดับแรก ผู้ปกครองจะถูกสอนให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพื้นฐานทางด้านชีววิทยา ซึ่งมีผลต่อภาวะสมาธิสั้น เพื่อลดความรู้สึกลึกซึ้งที่ผู้ปกครองมักจะคิดว่าตนเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะสมาธิสั้น จากนั้นเป็นการให้คำแนะนำในการกำหนดวินัยหรือกฎเกณฑ์แก่เด็ก เช่น การใช้อำนาจในการควบคุมทันที หรือยับยั้ง ตลอดจนความถี่ในการกำกับดูแลพฤติกรรมที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีเรื่องอื่น ๆ ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการใช้กฎเกณฑ์ การวางแผนล่วงหน้า และฝึกการให้อภัย (Barkley, 1995; Döpfner et al., 2004)

ประการต่อมา ผู้ปกครองจะถูกสอนในเรื่องเทคนิคการปรับพฤติกรรม (behavior modification techniques) ตัวอย่างเช่น การแยกแยะพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ การให้รางวัลหรือแทรกแซงเพื่อให้สัมฤทธิ์ผล พฤติกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจง การจัดตั้งโปรแกรมเบี่ยงเบนการค้นหาคำผิดของเด็ก การให้คำชมเด็กเพื่อให้มีพฤติกรรมที่ดี และการลงโทษเมื่อมีพฤติกรรมตรงข้าม เช่น สูญเสียสิทธิพิเศษ การใช้เวลานอก (time out) และวิธีจัดการกับพฤติกรรมไม่เชื่อฟังในที่สาธารณะ เป็นต้น ผู้ปกครองอาจจะต้องเรียนรู้การใช้โปรแกรมเสริมแรงระหว่างบ้านและโรงเรียน (school-home-based reward program) ผ่านการสื่อสารด้วยการ์ดระหว่างผู้ปกครองกับครู (daily report card) โดยครูเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมเด็กที่โรงเรียน และผู้ปกครองเป็นฝ่ายให้รางวัลหรือลงโทษตามที่ตกลงกันไว้ นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องเรียนรู้การจัดการการกระทำผิด (misconduct) ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และการเข้าร่วมประชุมแก้ไขปัญหามา หรือปรับปรุงพฤติกรรมเด็กที่จัดให้เป็นครั้งคราว (Döpfner et al., 2004)

ผู้ปกครองควรได้รับการกระตุ้นให้มีการใช้เวลาร่วมกับเด็กในแต่ละวันอย่างมีคุณภาพด้วยการมีกิจกรรมร่วมกัน เรียนรู้ที่จะกำหนดสถานการณ์อย่างมีโครงสร้าง (structure situations) เพื่อช่วยให้เด็กประสบผลสำเร็จให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในขณะเดียวกัน ก็พยายามลดความล้มเหลวที่อาจเกิดขึ้นให้น้อยที่สุด ตัวอย่างเช่น ถ้าเด็กมีปัญหาในการที่จะทำงานให้สำเร็จลุล่วง อาจให้การช่วยเหลือโดยการแบ่งงานนั้น

ออกเป็นส่วนตัวๆ และให้กำลังใจเพื่อให้เด็กทำงานนั้นบรรลุทีละขั้น เป็นต้น ในการฝึกอบรมการจัดการให้ผู้ปกครองนี้ อาจสอนให้ผู้ปกครองลดความเครียดด้วยการผ่อนคลาย การทำสมาธิ หรือออกกำลังกาย การลดความตึงเครียด หรือความโกรธของผู้ปกครอง จะช่วยให้ผู้ปกครองกำกับดูแลเด็กได้อย่างเยือกเย็นขึ้น (Goldstein and Goldstein, 1992)

Kazdin (อ้างถึงใน Swanson et al., 2002) พบว่า มีผลการศึกษาเป็นจำนวนมาก ที่สนับสนุนประสิทธิภาพของการฝึกอบรมการจัดการผู้ปกครองในการช่วยลดพฤติกรรมต่อต้านและเป็นปรีกัษ์ของเด็ก

จะเห็นได้ว่า การฝึกอบรมผู้ปกครองเป็นเรื่องที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมีลักษณะเฉพาะอันเป็นผลจากสภาวะร่างกาย ที่จะส่งผลถึงอารมณ์และพฤติกรรม ผู้ปกครองจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการเลี้ยงดูและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม องค์ความรู้ดังกล่าวผู้ปกครองควรได้รับการฝึกอบรมจนเกิดทักษะและสามารถนำไปใช้ได้จริง เพื่อช่วยส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาไปในแนวทางที่เหมาะสม และลดความขัดแย้งระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก รวมทั้งจัดการความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นอีกด้วย

1. การจัดโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครอง (parent training programs)

การได้รับผลย้อนกลับทางลบจากโรงเรียน และบุคคลภายนอกที่ใกล้ชิด ครอบครัว พ่อแม่เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นส่วนใหญ่จึงมีความกระตือรือร้นที่จะแสวงหาคำแนะนำจากผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือนักบำบัด (therapists) รวมทั้งวิธีการรักษา (treatment) ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ถึงแม้ว่าวิธีการเหล่านี้อาจจะเกี่ยวข้องกับการใช้ยา อย่างเช่น ผลของยาอาจจะออกฤทธิ์ชั่วคราว เป็นต้น (Anastopoulos อ้างถึงใน Bender, 1997) ด้วยเหตุนี้พ่อแม่จึงเริ่มตระหนักว่าการฝึกอบรมจะเป็นหลักประกันได้ว่าสามารถบ่มเพาะทักษะการเป็นพ่อแม่ (parenting skill) ให้มีสัมพันธภาพที่ดีทั้งปริมาณและคุณภาพระหว่างเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นกับพ่อแม่ ดังนั้น พ่อแม่ จะต้องมุ่งมั่นที่จะพัฒนาสภาพแวดล้อมของบ้านด้วยการจำลองสถานการณ์ (prosthetic) ที่จะสามารถช่วยให้เด็กสร้างทักษะที่จะใช้ในการเผชิญปัญหาขึ้นมาแทนที่การแสดงออกในทางที่ผิด เป้าหมายของการฝึกอบรมผู้ปกครอง ก็คือ การปรับปรุงรูปแบบของความต้องการของพ่อแม่ ที่มีต่อลูก

เพื่อลดปัญหาทางด้านพฤติกรรม ในขณะเดียวกันก็มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อม เพื่อให้มีผลต่อการกระตุ้นแรงจูงใจ การยอมตาม การทำงานเสร็จ และการทำตามกฎเกณฑ์

การอบรมผู้ปกครอง หลายโปรแกรมได้ถูกพัฒนามาโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพชั้นแนวหน้า รายละเอียดของโปรแกรมโดยทั่วไปมักประกอบด้วย การประเมินทักษะการเป็นพ่อแม่ และปัญหาทางพฤติกรรมของเด็ก ระยะเวลาของการบำบัดรักษามีจำนวนหลายครั้ง โดยสอนพ่อแม่ ให้ใส่ใจในเรื่องพฤติกรรมการยอมตามหรือไม่ยอมตาม (compliant/noncompliant behavior) และมีความคงที่ (provides consistent) ให้ผลย้อนกลับทางบวก (positive feedback) ใช้การเสริมแรง (reinforcement approaches) โดยเน้นการให้รางวัลเฉพาะพฤติกรรมทางบวก ตัวเสริมแรงที่ใช้ ได้แก่ เบียร์รตกร (token) คะแนน (point) หรือการเสริมแรงทางสังคม (social reinforcement) ส่วนการลงโทษใช้เวลาออก (timeout) หรือการกักบริเวณ (isolation) โดยแยกเด็กแต่ยังคงอยู่บริเวณเดียวกับพ่อแม่ หรือกันออกให้ห่างจากบริเวณเดิม (Bender, 1997)

นอกจากการอบรมผู้ปกครองจะมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งดังที่กล่าวมาแล้ว การฝึกอบรมควรจัดทำอย่างเป็นระบบ โดยจัดเป็นหมวดหมู่ทางด้านองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับพฤติกรรม หรืออาการของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น วิธีการอบรมเลี้ยงดู รวมถึงเทคนิคการปรับพฤติกรรม และการให้รางวัล ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึก และการฝึกทักษะการเป็นพ่อแม่ที่เหมาะสม เป็นต้น นอกจากอรรถประโยชน์ดังที่กล่าวมาแล้วการฝึกอบรมผู้ปกครองยังทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ปกครองอื่น นอกจากนี้ยังเป็นการลดภาวะความเครียด ที่ต้องต่อสู้กับความกดดันเพียงลำพัง ทั้งยังสนับสนุนให้เกิดกำลังใจ ที่จะสามารถแปรเปลี่ยนเป็นพลังแห่งการสร้างสรรค์สิ่งที่ดีต่อไป

โปรแกรมการฝึกอบรมพ่อแม่ ที่ได้รับความนิยมมากที่สุด มี 3 โปรแกรม ดังนี้

1.1 โปรแกรมการฝึกอบรมพ่อแม่ของ Barkly (1995)

โปรแกรมนี้นี้มีเป้าหมาย 3 ประการ คือ (1) เพื่อปรับปรุงทักษะการเป็นพ่อแม่ (to improve parenting skills) ในการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับปัญหาทางพฤติกรรมของเด็ก โดยเฉพาะการไม่ยอมทำตาม (2) เพื่อเพิ่มความรู้ให้แก่พ่อแม่ ในเรื่องสาเหตุ

ของการกระทำผิด และ (3) เพื่อพัฒนาการยอมทำตามคำสั่งและปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของพ่อแม่ การฝึกอบรมพ่อแม่ ประกอบด้วย 6-12 ครั้ง ในรูปของครอบครัวเดี่ยว (individual family) หรือหลายครอบครัว การฝึกอบรมที่ได้ผลดีจะต้องมีทั้ง พ่อและแม่ เข้าร่วมกิจกรรม และเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมีอายุระหว่าง 2-11 ปี ลักษณะของโปรแกรมเป็นการปรับพฤติกรรม โดยเน้นทักษะการเป็นพ่อแม่ (parenting skill) ผ่านกระบวนการทั้งหมด 10 ขั้นตอน พ่อแม่จะได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมจนเสร็จสมบูรณ์ที่บ้าน แล้วจึงมาสาธิตและอภิปรายในขั้นตอนของคลินิก (clinic section) ขั้นตอนเหล่านี้สามารถสรุปสั้น ๆ ได้ดังนี้ (Barkley, 1995)

1.1.1 ปฐมนิเทศและทบทวนความรู้เกี่ยวกับสมาธิสั้น (program orientation and review of ADHD) เป็นการอภิปรายรายละเอียดเกี่ยวกับสมาธิสั้น อาทิ ประวัติความเป็นมา อาการเบื้องต้น การประเมินอาการ อัตราความชุกของโรค เด็กและลักษณะของครอบครัว สาเหตุและการบำบัดรักษา

1.1.2 การทำความเข้าใจสัมพันธ์ภาพระหว่างเด็กกับพ่อแม่ และหลักการปรับพฤติกรรม (understand parent-child relation and principles of behavior management) เป็นการกล่าวถึง สัมพันธภาพระหว่างเด็กกับพ่อแม่ ที่ไม่ค่อยมั่นคง มักจะมีการทะเลาะเบาะแว้ง และปรับตัว เข้าหากัน มีการปรับเปลี่ยนท่าทีทั้ง 2 ฝ่าย เกือบตลอดเวลา รวมไปถึงการทำความเข้าใจ สัมพันธภาพในครอบครัว หลักในการดำเนินการจัดการกับพฤติกรรมเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น อาทิ การวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และผลที่เกิดขึ้น ให้คำแนะนำพ่อแม่ ในการจัดลำดับความเครียด และทำการคัดแยกปัญหาทางพฤติกรรม ที่ควรให้ความสนใจต่อไป

1.1.3 ยกระดับทักษะความสนใจของพ่อแม่ (enhancing parental attention skills) แนวคิดที่นำมาใช้ ก็คือ การให้เวลาเป็นพิเศษกับลูก (special time) ด้วยการอภิปรายถึงการใช้เวลาอย่างมีคุณภาพกับลูก โดยให้อิสระกับเด็กในการคิดด้วยการไม่ชี้นำแนวทาง และไม่จ้องจับผิด พ่อแม่จะถูกสอนให้สังเกตและบรรยายกิจกรรมการเล่นที่เหมาะสม ในขณะที่เพิกเฉยพฤติกรรมที่ไม่ดี รวมถึงการให้คำชมเชยอย่างเหมาะสมกับพฤติกรรมที่ดี

1.1.4 การให้ความสนใจ ต่อพฤติกรรมการเล่นอิสระที่เหมาะสม และพฤติกรรม การยอมตาม รวมถึงการใช้คำสั่งที่ได้ผลดีขึ้น (paying positive attention to appropriate independent play and compliance; giving command effectively) พ่อแม่ ควรพิจารณากิริยาท่าทางในการออกคำสั่ง หรือขอร้องให้ลูกทำตาม มีการสอนให้ใช้คำพูด และภาษาท่าทาง (nonverbal) ในการสื่อสารกับลูก เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการทำงานให้มากขึ้น สอนวิธีการปรับแต่งพฤติกรรม (shaping) ในการที่จะให้กำลังใจ หรือส่งเสริมให้เด็กรู้จัก การเล่นอย่างอิสระ (independent play) พร้อมทั้งให้กำลังใจพ่อแม่ในการที่จะเริ่มจัด ช่วงเวลาดังกล่าวเพื่อให้เด็กได้ใช้เวลาตามลำพัง จนในที่สุดเด็กสามารถดำเนินการ ได้ด้วยตัวเอง

1.1.5 จัดระบบการให้เบียร์รรถกรที่บ้าน (establishing a home token system) พ่อแม่ถูกสอนให้รู้จักการวางระบบการใช้เบียร์รรถกรเพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่ต้องการ โดยคำนึงถึงเฉพาะพฤติกรรมที่ดีเท่านั้น วิธีการนี้เป็นการเพิ่มจุดแข็งของพ่อแม่ในการให้- ความสนใจลูก

1.1.6 การงดการเสริมแรงด้วยสินไหมทดแทน และการใช้เวลานานอก (using response costs and timeout from reinforcement) เป็นการเพิ่มวิธีการลงโทษด้วยการใช้- สินไหมทดแทน เข้าไปในระยะการใช้เบียร์รรถกรที่บ้านที่ได้กล่าวถึงแล้ว วิธีการนี้ จะเป็นการลดรางวัล หรือแรงเสริมที่ควรจะได้ เมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้ง การลงโทษในลักษณะนำตัวเด็กออกไปจากสถานที่ชั่วคราว เพื่อลดการเสริมแรง ในขณะนั้น

1.1.7 ขยายการใช้เวลานานอกสำหรับพฤติกรรมที่เป็นความผิดอื่น ๆ (extending timeout for other misbehaviors) พ่อแม่ควรวิเคราะห์ปัญหาและใช้เทคนิค เหล่านี้สำหรับการละเมิดกฎเกณฑ์ในรูปแบบอื่น ๆ รวมทั้งพฤติกรรมไม่ยอมตาม (noncompliance)

1.1.8 การจัดการพฤติกรรมของเด็กในที่สาธารณะ (managing the child's behavior in public places) พ่อแม่ควรทราบว่ ทักษะการจัดการกับพฤติกรรมของเด็ก ที่บ้าน สามารถประยุกต์ใช้ได้กับสถานที่อื่น ๆ ทั่วไป เช่น ภัตตาคาร โบสถ์ โรงภาพยนตร์ ร้านขายของชำ เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันพ่อแม่ ก็ควรจะเรียนรู้ว่าจะหลีกเลี่ยงสภาพการณ์

ที่จะก่อให้เกิดปัญหาได้อย่างไร ด้วยการทบทวนกฎเกณฑ์หรือข้อตกลงกับเด็กก่อนที่จะออกจากบ้าน รวมทั้งการให้รางวัลสำหรับพฤติกรรมที่ยอมตาม และการใช้วินัยควบคุมพฤติกรรมที่ไม่ยอมทำตาม เป็นต้น

1.1.9 การควบคุมปัญหาทางพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (handling future behavior problem) เป็นการทบทวนเทคนิคต่าง ๆ ทั้งหมดที่ใช้ในโปรแกรมการอบรมผู้ปกครอง และความก้าวหน้าหรือความสำเร็จของเด็กที่เกิดจากการใช้เทคนิคต่าง ๆ รวมทั้งมีการพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้กับปัญหาที่เกิดขึ้น

1.1.10 การกำหนดให้มีการประชุมทบทวนเพื่อปรับปรุงแผนดำเนินการ (having a booster session) ขั้นนี้มักจะเกิดขึ้นหลังจากสิ้นสุดขั้นที่ 9 มาแล้วประมาณ 1 เดือน เป็นลักษณะของการติดตามผลด้วยการทบทวนทักษะการเป็นพ่อแม่ รวมทั้งปรับปรุงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนั้นยังมีการวางแผนอย่างต่อเนื่อง มีการอธิบายความก้าวหน้าของพัฒนาการเด็กที่เกิดขึ้น สำหรับบางรายที่ยังคงมีปัญหาคือต้องแก้ไข ก็มีการกำหนดรายการที่จะดำเนินการในครั้งต่อไป

1.2 โปรแกรมการฝึกอบรมพ่อแม่ของ Patterson (อ้างถึงใน Wodrich, 2000)

เป้าหมายหลักของโปรแกรม ก็คือ ลดภาวะความตึงเครียดของปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับเด็ก โปรแกรมนี้ใช้ได้ดีกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น การไม่มีสมาธิ ความหุนหันพลันแล่น การชน ไม่อยู่หนึ่ง และความก้าวร้าว เหมาะสมอย่างยิ่งกับการนำมาใช้กับเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปี และควรใช้ในการบำบัดรักษาครอบครัวละ 6-8 ครั้ง กิจกรรมของครอบครัว (home activities) ได้ถูกรวมเป็นส่วนหนึ่งในการฝึกอบรมพ่อแม่ โปรแกรมดังกล่าวนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Newby, Fischer, & Roman; Patterson, Cobb, & Ray อ้างถึงใน Wodrich, 2000)

ระยะที่ 1 (phase one) เป็นการทำความเข้าใจกับมโนทัศน์ (concept) ของพฤติกรรมยอมตามและไม่ยอมตาม สิ่งสำคัญที่พ่อแม่ จะต้องให้ความสนใจในการให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) มี 2 ประการ คือ การให้แรงเสริมทันที (immediate) และมีความคงที่แน่นอน (consistent) พ่อแม่ จะต้องเริ่มควบคุมกำกับ (monitoring) พฤติกรรมและทำการบันทึก พฤติกรรมทั้ง 2 ประเภท ก็คือ ยอมตามและไม่ยอมตาม และเป้าหมายนี้ยังรวมถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเฉพาะอย่าง (specific problem behavior) ด้วยเช่นกัน

ระยะที่ 2 (phase two) ใช้วิธีการมองหาจุดดี (the positive point program) เป็นเทคนิควิธีการปรับพฤติกรรม โดยให้พ่อแม่ มอบงานเล็ก ๆ น้อย ๆ สักหนึ่ง หรือสองอย่างให้เด็กทำจนสำเร็จ เป็นกิจวัตรประจำวัน จากนั้นจึงให้รางวัลเท่าที่จะจัดสรรได้ ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งของที่มีราคาแพง พ่อแม่จะถูกสอนให้แบ่งแยกพฤติกรรมที่ซับซ้อนเป็นพฤติกรรมย่อย ๆ ที่เด็กสามารถทำตามได้ แต่ละขั้นตอน และพ่อแม่ก็สามารถที่จะสังเกตพฤติกรรมในแต่ละขั้นได้ง่ายขึ้น จุดที่ต้องการเน้น ก็คือ การทำงานให้เสร็จและการได้รางวัลในเวลาต่อมา นอกจากนั้นพ่อแม่ยังถูกสอนให้รู้จักการใช้ประโยชน์จากการสบตา (eye contact) และการใช้คำพูดสื่อสารที่มีความชัดเจนตรงประเด็น

ระยะที่ 3 (phase three) เป็นการแนะนำวิธีการใช้เวลาออก (timeout) ให้ได้ผล วิธีการนี้พ่อแม่จะต้องนำเด็กไปยังห้องที่จัดเตรียมไว้โดยกำหนดเวลาที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามที่ดังกล่าวจะต้องมีความปลอดภัยและไม่เป็นผลทางลบต่อเด็ก ซึ่งในโปรแกรมนี้จะต้องมีการอภิปรายถึงกระบวนการนำเทคนิคดังกล่าวไปใช้ให้มีประสิทธิภาพ และมีการพิจารณาถึงการนำวิธีการไปขยายผลใช้กับสถานการณ์ที่นอกบ้านด้วย ส่วนในการเข้าร่วมในช่วงของ “booster session” ก็จะเป็นการอภิปรายถึงการคงไว้ตามโปรแกรมหรือความต่อเนื่องของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง

1.3 โปรแกรมการอบรมพ่อแม่ของ Forehand and McMahon's (Munden & Arcelus, 1999)

โปรแกรมนี้มีเป้าหมายหลักที่จะส่งเสริมให้มีการปรับปรุงพฤติกรรม การยอมทำตามกฎเกณฑ์ของครอบครัว และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีขึ้น ผู้ปกครองของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น อายุระหว่าง 3-8 ปี อย่างน้อยหนึ่งคนจะต้องเข้าร่วมการอบรมตั้งแต่ 10 ครั้งขึ้นไป วิธีการที่ใช้เป็นการฝึกอบรมโดยตรง (direct training) ด้วยการสอน (instruction) บทบาทสมมติ (role playing) และการให้คำชี้แนะอย่างใกล้ชิด (coaching) ในสภาพการณ์จริง ทั้งที่บ้านและคลินิกที่ใช้ฝึกอบรม โปรแกรมนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

ระยะที่ 1 (phase one) พ่อแม่จะถูกสอนให้ดูแลใส่ใจพฤติกรรมของเด็ก ด้วยการให้แรงเสริมทางสังคมทันทีที่มีพฤติกรรมทางบวก และเพิกเฉยเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่ดี ส่งเสริมให้พ่อแม่บันทึกการทดลองที่จะเพิ่มพฤติกรรมเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 (phase two) สาธิตการใช้คำสั่งที่เฉพาะเจาะจง ตรงประเด็น เป็นไปในทางบวก และบอกผลที่เกิดขึ้นของการยอมตาม หรือไม่ยอมตามให้ผู้ปกครองทราบถึงประโยชน์ในการนำไปใช้ มีการอภิปรายในเรื่องขั้นตอนการใช้เวลาออก (timeout) ที่ได้ผล โดยกล่าวถึงการเพิกเฉยต่อเด็กหรือการนำเด็กไปไว้ที่อื่น โดยกำหนดเวลาไว้ล่วงหน้า

หากทำการศึกษาวิเคราะห์โปรแกรมการฝึกอบรมพ่อแม่ทั้ง 3 แบบที่กล่าวมาจะพบว่าแต่ละโปรแกรมมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน ทั้งเป้าหมาย เนื้อหา อายุของเด็ก วิธีการที่ใช้ในการฝึกอบรม จำนวนครั้ง ตลอดจนกระบวนการฝึกอบรม ผู้ปกครองสามารถพิจารณาเลือกใช้ตามความเหมาะสมกับเหตุปัจจัยของตน ส่วนในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำหลักการดังกล่าวมาใช้เป็นแนวคิดในการสร้างโปรแกรมการฝึกอบรมให้มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น กลุ่มที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างครอบครัว กับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น เป็นไปในทางที่ดีขึ้นทำให้พ่อแม่ มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับธรรมชาติของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น เทคนิควิธีการปรับพฤติกรรม และให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา กับทางโรงเรียนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อันจะส่งผลให้การให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

การให้ความช่วยเหลือทางการศึกษา โดยทั่วไปเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น มักจะไม่สามารถทำตามข้อตกลงของห้องเรียน เช่น นั่งกับที่ ไม่ลุกเดินเพ่นพ่าน ให้ความสนใจขณะครูสอน ตั้งใจฟัง ทำงานเสร็จตามที่กำหนด รู้จักการรอคอย และเข้ากับเพื่อนในชั้นเรียนได้ ภาวะสมาธิสั้น อันได้แก่ การขาดสมาธิ ไม่อยู่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น มักเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาในการเรียน เช่น ขาดความเข้าใจในสิ่งที่ครูสอน หรือแม้แต่ปัญหาอื่น ๆ ที่เป็นผลกระทบจากภาวะ สมาธิสั้น เช่น ขาดการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง เด็กสมาธิสั้นบางส่วนถูกคัดแยกเข้าไปเรียนในสถานที่จัดไว้สำหรับเด็กที่มีความต้องการ

จำเป็นพิเศษ แต่ส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในชั้นเรียนปกติทั่วไป และถ้าเป็นไปได้ เด็กเหล่านี้ควรจะอยู่ในชั้นเรียนปกติเพื่อการปรับตัวกับเพื่อน (O'Regan, 2007)

การให้ความช่วยเหลือทางการศึกษานี้มุ่งประเด็นไปที่การจัดการกับการขาดสมาธิ การไม่อยู่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ซึ่งเป็นผลเสียต่อการเรียนรู้ และการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมในห้องเรียน ซึ่งจะมีผลดีต่อจุดเด่นของเด็ก เทคนิคที่ครูควรนำมาใช้ไม่ต่างจากผู้ปกครองที่ใช้กับเด็กที่บ้าน กล่าวคือ ครูและนักเรียนร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ รวมทั้งข้อตกลงในเรื่องแรงเสริมหรือการให้รางวัล พฤติกรรมก่อนขึ้นเรียน หรือการทำงานไม่เสร็จ อาจถูกทำโทษด้วยการงดสิทธิพิเศษ หรือการงดเบียร์รรถ การลงโทษสถานเบา หรือการใช้เวลานานอก (time out) (Armstrong, 1999; Lane & Beebe-Frankenberger, 2004)

การปรับสินไหม (response-cost procedures) มักจะถูกนำมาใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ด้วยการงดเว้นสิทธิพิเศษ กิจกรรม คะแนน หรือเบียร์รรถ ในกรณีที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และมักจะถูกนำมาใช้บ่อยสำหรับการปรับพฤติกรรมในชั้นเรียน วิธีการดังกล่าวนี้ได้รับการยืนยันจากการศึกษาว่ามีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมการรบกวนชั้นเรียน และช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (DuPaul, Guevremont, & Barkley; Pfiffner & Barkley อ้างถึงใน Chronis et al., 2004)

นอกจากนี้ยังมียุทธวิธีการสอนเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นอีกมาก ที่ง่ายในการนำมาใช้ได้แก่ การบอกให้เด็กรู้ว่าครูคาดหวังอย่างไร การใช้สื่อช่วยสอนด้านการมองเห็น (visual aids) การใช้สัญญาณเตือนให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การเขียนคำสั่ง หรือสอนด้วยวาจา เพื่อช่วยให้เด็กมีสมาธิและใส่ใจประเด็นที่สำคัญ จากการศึกษาพบว่า เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นยังต้องการความช่วยเหลือทางการเรียนในด้านอื่น ๆ อีก เช่น การจัดที่นั่งใกล้ผู้สอน การจัดบริเวณที่เด็กสามารถเคลื่อนไหวได้สะดวก เขียนกฎเกณฑ์ดีไว้ที่โต๊ะ สามารถมองเห็นได้ชัดเจน และการส่งสัญญาณเตือนให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เป็นระยะ ๆ การใช้ภาพ หรือสัญลักษณ์ดีไว้ที่โต๊ะเด็ก เป็นการเตือนให้มีพฤติกรรมที่ต้องการ เช่น ยกมือ แทนการพูดโพล่งหรือตะโกน การสอนซ้ำ การให้เวลาเป็นพิเศษ การเขียนคำสั่งให้ทำงานบนกระดานดำ รวมทั้งการจกรายการอุปกรณ์หรือสิ่งของที่เป็นต่อการเรียน-

การสอน จะช่วยให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นสามารถทำในสิ่งที่ครูต้องการได้อย่างสมบูรณ์ (Kewley & Latham, 2008)

สืบเนื่องจากเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักประสบปัญหาทางการเรียน ไม่ว่าจะเป็นเป็นพฤติกรรมกรเรียนในชั้น หรือผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการ การให้ความช่วยเหลือทางการศึกษาจึงนับเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างหนึ่ง เพราะนอกจากจะแก้ปัญหาด้านการเรียนแล้ว ยังทำให้ผลกระทบในด้านอื่น ๆ ได้รับการเยียวยาโดยปริยาย เช่น ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า เป็นต้น อย่างไรก็ตามการให้ความช่วยเหลือทางการศึกษาจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากครูในลักษณะการใช้โรงเรียนเป็นฐาน ด้วยการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางการเรียนให้เหมาะสม ทั้งทางกายภาพ และกิจกรรมการเรียนการสอน ตลอดจนร่วมมือกับผู้ปกครองในด้านการปรับพฤติกรรม ให้มีความสอดคล้องกัน จึงจะทำให้การช่วยเหลือเกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ผลการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า การให้การช่วยเหลือในลักษณะนี้ นอกจากจะมีจุดมุ่งหมายที่จะปรับพฤติกรรมแล้ว ยังเป็นการเพิ่มพฤติกรรมกรเรียนที่ดี อีกทั้งยังเป็นวิธีการช่วยเหลือที่ให้ผลทางบวกอย่างยั่งยืนอีกด้วย

1. การให้การศึกษแก่ครู

มักจะปรากฏอยู่เสมอว่า ครูหรือนักการศึกษา ยังขาดข้อมูลที่จำเป็นต่อการแก้ไขปัญหา เกี่ยวกับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นอย่างมีประสิทธิภาพ การให้การอบรมครูในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิชาการ พฤติกรรม และปัญหาส่วนบุคคลในด้านสังคม (personal social problems) ที่เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักจะแสดงออกในชั้นเรียนนั้น เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กเหล่านี้ให้ดีขึ้น ในทำนองเดียวกันก็เป็นการสนองตอบอย่างเต็มที่ในการบำบัดรักษา (treatment) หรือการให้ความช่วยเหลือ (interventions) ที่ใช้กันอยู่ในห้องเรียน ตัวอย่างเช่น มีเป้าหมายที่จะให้การช่วยเหลือในส่วนของการบกพร่องทางวิชาการ (deficient academic) หรือการเข้าสังคม (social functioning) และการยอมตาม (compliance) การให้ความรู้หรืออบรมครู ยังหมายรวมถึงการใช้หนังสือหรือเอกสารเป็นสื่อ การให้ทำสมุดบันทึก และการใช้วิธีทัศน เฉพาะในส่วนที่ต้องการให้ครูทราบว่าจะมีวิธีดำเนินการอย่างไรในชั้นเรียน (Cooper & O'Regan, 2001)

ครูที่ผ่านการอบรมในเรื่องปัญหาทางพฤติกรรมของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น มักจะสามารถทำหน้าที่เสมือนหนึ่งเป็นกันชน คือป้องกันมิให้เด็กเกิดปัญหาการเผชิญกับ ประสบการณ์ที่ไม่ดี หรือการดิ้นรน ต่อสู้ทางสังคมเพียงลำพัง (personal-social struggles) ซึ่งมักจะเกิดขึ้นเสมอในชีวิตประจำวันของเด็กเหล่านี้ ผู้ให้คำปรึกษาได้รับการร้องขอ จากทางโรงเรียนเพิ่มขึ้นให้จัดหาข้อมูล หรือให้ความรู้ในเรื่องเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นแก่ ครูทั่ว ๆ ไป วิธีการสำคัญอย่างหนึ่งที่ได้รับเริ่มนำมาใช้ ก็คือ การให้ความรู้และฝึกอบรมครู (education and training) ในรูปแบบของการฝึกอบรมกับครูประจำการ (in-service) หรือฝึกปฏิบัติการ (workshop)

เมื่อครูหรือนักการศึกษาซึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นได้รับการฝึกอบรมในเรื่องความต้องการ (needs) ของเด็กเหล่านี้ ก็จะสามารถผ่านปัญหามานานัปการที่เกิดจากเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นและครอบครัวไปได้ โรงเรียนก็จะกลายเป็น สิ่งแวดล้อมที่เสริมแรงสำหรับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ส่วนครูก็จะภาคภูมิใจกับผลสำเร็จที่เกิดขึ้น และเป็นแหล่งข้อมูลที่สามารถให้ความรู้แก่ครูอื่น ๆ รวมทั้งผู้ปกครองด้วย

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเล็งเห็นว่า การฝึกอบรมครูที่สอนเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นจึงมีความจำเป็นเช่นเดียวกับการฝึกอบรมผู้ปกครองและการให้คำปรึกษาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเพราะจะทำให้ การให้ความช่วยเหลือเป็นไปอย่างรอบด้านครบ-องค์ประกอบพอที่จะทำให้การแก้ปัญหาเด็กที่มีปัญหาภาวะสมาธิสั้นได้รับการแก้ไขไปพร้อม ๆ กัน

จากการทบทวนผลวิจัยที่เกี่ยวกับชั้นเรียนของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นที่ศึกษา โดยนักจิตวิทยาหลายท่านตามที่กล่าวข้างต้น ได้สรุปว่า การให้ความช่วยเหลือในลักษณะดังกล่าวควรประกอบด้วยประเด็นหลักดังต่อไปนี้ (Braswell & Bloomquist, 1991; Pierangelo & Giuliani, 2008)

1.1 สภาพแวดล้อมและงานทางวิชาการ (environment and academic task) นับเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะประสบผลสำเร็จในชั้นเรียนสำหรับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ครูที่ไม่สมัครใจที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมควรจะขอคำปรึกษาว่าสภาพแวดล้อม มีผลเป็นอย่างมากในการทำให้สภาพการเรียนการสอนสำหรับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ดีขึ้นได้อย่างไร

1.2 สภาพห้องเรียนจะต้องจัดให้เป็นระเบียบมีกฎเกณฑ์ที่ชัดเจน มีตารางเวลา
ที่แน่นอนในการดำเนินกิจกรรม และสำหรับนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นบางคนอาจต้องการ
กฎเกณฑ์และตารางกิจกรรมในชั้นเรียนติดไว้ที่มุมโต๊ะเพื่อเตือนความจำ

1.3 ตัวเสริมแรง (reinforcers) หรือรางวัลจะต้องให้ทันที โดยทั่วไปนักเรียน
ที่มีภาวะสมาธิสั้นมักจะได้รับแรงเสริมเมื่อทำงานเสร็จ สิ่งที่ต้องกระทำ ก็คือ ควรให้
การเสริมแรง แม้แต่งานไม่เสร็จสมบูรณ์ครบขั้นตอนก็ตาม เพื่อสร้างเสริมกำลังใจให้เกิด
ความพยายามต่อไป อย่างไรก็ตาม การให้แรงเสริมเฉพาะงานที่สมบูรณ์เท่านั้น ไม่อาจ
นำมาใช้ได้กับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นได้

1.4 ควรนำโปรแกรมการปรับสินไหม (response-cost program) ระหว่างครู
กับนักเรียนมาใช้ในห้องเรียนทุกวัน ครูที่ทำงานกับนักเรียนเหล่านี้ และมุ่งหวังที่จะพัฒนา
สัมพันธภาพทางบวกกับนักเรียนดังกล่าว ต้องสามารถที่จะคาดการณ์ได้ว่า นักเรียน
มีลักษณะ การยอมตาม (compliance) มากขึ้นและสามารถประสบความสำเร็จตามวัตถุ-
ประสงค์ที่ตั้งไว้

1.5 ครูควรจะเพิกเฉยพฤติกรรมการรบกวนชั้นเรียนที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย
ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อคนอื่น ๆ อย่างชัดเจน

1.6 งานที่ให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นทำ ต้องมีความน่าสนใจ หรือครูจะต้องคอย
กระตุ้นเตือนเท่าที่จะเป็นไปได้ งานที่ซ้ำซาก (repetitive tasks) หรือน่าเบื่อจะทำให้
เด็กละทิ้งงานอย่างรวดเร็ว และหันไปทำงานอย่างอื่นแทน

1.7 วัสดุทางวิชาการ (academic materials) หรือชิ้นงานที่มอบหมายจะต้อง
เหมาะสมกับช่วงความสนใจ (attention span) และระดับความสามารถของเด็กด้วย
การใช้สิ่งที่ดึงดูดความสนใจ หรือการสอนที่น่าสนใจจะช่วยเพิ่มการสนใจเด็กเหล่านี้มากขึ้น

1.8 ช่วงการเปลี่ยนกิจกรรมหรือชั่วโมงเรียน (transition times) ไม่ว่าจะเป็น
ระหว่างเดินเข้าห้องประชุม การชุมนุม เข้าห้องน้ำ หรือเลิกชั้นเรียนเพื่อกลับบ้าน
ควรจะต้องควบคุมอย่างใกล้ชิดให้อยู่ในวินัย

1.9 ครูและผู้ปกครองจะต้องหาแนวทางในการที่จะติดต่อสื่อสารอย่างใกล้ชิด
และคงไว้อย่างสม่ำเสมอตลอดปีการศึกษา การติดตามความก้าวหน้าเป็นระยะหรือประจำ-
วันควรเป็นความร่วมมือทั้งสองฝ่าย คือ ผู้ปกครองและครู

1.10 ความคาดหวังของครูจะต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับพฤติกรรมหรือระดับความสามารถของเด็ก ความคาดหวังที่มากเกินไปอาจจะขัดขวางต่อความสามารถของเด็กในขณะนั้น

1.11 ครูจะต้องได้รับการศึกษาในเรื่องทำอย่างไรจึงจะสามารถพัฒนาองค์ประกอบที่เหมาะสมในการให้ความช่วยเหลือในระยะเริ่มแรก (interventions) ในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้นให้ได้ผลเท่าที่จะเป็นไปได้ ครูที่ได้รับการอบรมเรื่องพฤติกรรมในชั้นเรียน หรือมีข้อมูลในเรื่องเฉพาะเหล่านี้จะสามารถทำสิ่งที่ต้องการได้อย่างประสบผลสำเร็จ (Barkley; Teeter อ้างถึงใน Erk, 2004)

นอกจากนี้ครูควรแบ่งปันข้อมูลในเรื่องการให้ความช่วยเหลือในระยะเริ่มแรก ที่ประสบผลสำเร็จ และมีการแก้ไขให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อความสอดคล้องกับความต้องการของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (Zentall อ้างถึงใน Lane & Beebe-Frankenberger, 2004) ให้คำแนะนำว่า เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเหมาะสมกับการเรียนรู้ในลักษณะผู้เรียนเป็นผู้กระทำ (active learning style) เนื่องจากเด็กเหล่านี้ต้องการที่จะเคลื่อนไหว ตอบสนอง เป็นผู้เลือก อภิปราย สืบเสาะค้นหา และกระตุ้น เพื่อที่จะเรียนรู้ ลักษณะดังกล่าวนี้จึงนับว่าเป็นกุญแจสำคัญที่ครูจะต้องทราบ เพื่อจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสม ดังนั้นเด็กเหล่านี้จึงไม่ควรถูกคาดหวังว่าจะเรียนได้ดีในสถานการณ์ที่ต้องนั่งอยู่กับที่หรือมีกฎเกณฑ์ที่มากเกินไป (Pierangelo & Giuliani, 2008)

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า การที่ครูมีความรู้ความเข้าใจ ปัญหาและพฤติกรรมเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น จะช่วยให้ครูปรับสภาพแวดล้อมในห้องเรียน กระบวนการเรียนการสอน รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับเด็ก สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้เด็กประสบความสำเร็จได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามข้อมูลเหล่านี้อาจจำเป็นต้องให้การอบรมครูเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติที่ถูกต้องผู้วิจัยจึงนำสารดังกล่าวสอดแทรกไว้ในโปรแกรมการฝึกอบรมครูที่สร้างขึ้นโดยมุ่งหวังให้เกิดผลเชิงรูปธรรมในการนำไปปฏิบัติจริง

อย่างไรก็ตาม แม้ประเด็นเหล่านี้จะมีความสำคัญดังกล่าวข้างต้น แต่ก็ยังเป็นเพียงสภาพแวดล้อมที่จะช่วยเอื้อต่อการเรียนการสอนให้เป็นอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยแท้จริงแล้วยังมีกิจกรรมการเรียนการสอนที่ได้รับการค้นคว้าและพัฒนาแล้ว พบว่า

มีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่งในการที่จะนำมาใช้กับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น เพราะมีความสอดคล้องกับลักษณะอาการและพฤติกรรมของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยครูสามารถนำกิจกรรมดังกล่าวมาประยุกต์ใช้กับวิชาการต่าง ๆ ได้อย่างครอบคลุม ในลักษณะการใช้ชั้นเรียนเป็นฐานในการแก้ปัญหา ดังจะได้กล่าว ในรายละเอียดต่อไป

2. การใช้ชั้นเรียนเป็นฐานในการแก้ปัญหา

DuPaul and Stoner (1994) กล่าวว่า วิธีการนี้มักจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมในชั้นเรียนเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ กิจกรรมการเรียนการสอน (instructional activities) การเรียนจากเพื่อนร่วมวัย (peer-directed) การสอนทักษะทางสังคมเพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสมในชั้นเรียน รวมทั้งการติดต่อสื่อสารกับผู้ปกครองเป็นระยะ ๆ เพื่อร่วมกันปรับพฤติกรรมของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ในส่วนอื่น ๆ นั้นผู้วิจัยได้กล่าวถึงไปบ้างแล้ว สิ่งที่ผู้วิจัยจะกล่าวต่อไปนี้จะเน้นในเรื่องกิจกรรมการเรียนการสอนซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการใช้ชั้นเรียนเป็นฐานในการให้ความช่วยเหลือ

Alban-Metcalfe and Alban-Metcalfe (2001) ได้กล่าวถึง กิจกรรมการเรียนการสอน ที่ควรนำมาใช้กับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น 3 ระดับ ได้แก่ ก่อนเข้าเรียน ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

กิจกรรมการเรียนการสอนตามแนวคิดของ Alban-Metcalfe and Alban-Metcalfe

ระดับชั้นกับกิจกรรม		
ก่อนเข้าเรียน	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา
1. การเล่น	1. การเล่น	1. การเล่น
2. เตรียมพื้นฐานก่อนวิชาการและทักษะเบื้องต้น	2. ทักษะพื้นฐาน	2. ทักษะพื้นฐาน
3. การพูดและภาษา	3. การพูดและภาษา	3. การพูดและภาษา
4. การเรียงลำดับและทักษะการจัดระบบ	4. การจัดระบบและทักษะการเรียน	4. การจัดระบบและทักษะการเรียน

ตาราง 3 (ต่อ)

ระดับชั้นกับกิจกรรม		
ก่อนเข้าเรียน	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา
5. การตระหนักในเรื่อง การคิดเชิงอภิमान (metacognition)	5. การคิดเชิงอภิमान (metacognition)	5. การคิดเชิงอภิमान (metacognition)
6. การแก้ปัญหา	6. การแก้ปัญหา	6. การแก้ปัญหา
7. การสร้างสรรค์งาน	7. การสร้างสรรค์งาน	7. การสร้างสรรค์งาน
		8. การวางแผนอาชีพ และทักษะอาชีพ

ที่มา. จาก *Managing Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in the Inclusive Classroom: Practical Strategies for Teacher* (p. 15), by J. Alban-Metcalfe and J. Alban-Metcalfe, 2001, London: David Fulton.

จากตาราง 3 จะเห็นได้ว่า กิจกรรมการเรียนการสอนสำหรับเด็กที่มีภาวะสมาธิ-
สั้นในแต่ละระดับมีความต่างกัน โดยทักษะพื้นฐานจะถูกจัดอยู่ในทุกระดับชั้น และมี
การเพิ่มทักษะที่มีความซับซ้อนมากขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กในแต่ละวัย

สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกที่จะศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กระดับประถม
ศึกษา ดังนั้น จึงกล่าวรายละเอียดเฉพาะกิจกรรมการเรียนการสอนสำหรับเด็กที่มีภาวะ-
สมาธิสั้นระดับประถมศึกษา ดังนี้

2.1 การเล่น (play) เป็นกิจกรรมที่กระตุ้นทางด้านภาษาและการพูด ซึ่งเป็น
เครื่องมือที่จะนำไปสู่ความรู้ ความเข้าใจ สร้างจินตนาการ ตลอดจนการใช้เหตุผล
การแก้ปัญหา สิ่งเหล่านี้ ก็คือ พัฒนาการทางด้านการรู้คิด (cognitive development)
การเล่นทำให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมีโอกาสแสดงออกทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก
ซึ่งเป็นการคลายความขัดแย้งในสภาพจิตใจและลดความวิตกกังวล อีกทั้งยังเป็นการเสริม-
สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (self confidence) และการควบคุมตนเอง (self control)
รวมทั้งแรงจูงใจภายใน (intrinsically motivation)

2.2 ทักษะพื้นฐาน (basic skills) เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นบางรายไม่สามารถเรียนได้เต็มศักยภาพเนื่องจากขาดทักษะพื้นฐาน ในการเรียนรู้ที่จำเป็น ได้แก่ การใส่ใจ (concentrate) การจำ ระลึกข้อมูล (remember) การคิด การจัดระบบข้อมูล (organize) และการวางแผน (plan) รวมทั้งการแสดงความคิดเห็น (express ideas) จึงเป็นหน้าที่ของครูที่จำเป็นต้องสอนทักษะเหล่านี้ให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น เพื่อให้เขาสามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

2.3 การพูดและภาษา (speed and language) ไม่ใช่เป็นเพียงเครื่องมือในการสื่อสารแต่เป็นสิ่งที่แสดงถึงความคิดและการชี้นำตนเอง (self-directed) กระบวนการข้อมูลข่าวสาร (process information) รวมทั้งควบคุม การแสดงออกทางพฤติกรรมของตน (regulated our own behavior) เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักจะมีความยากลำบากในการแสดงถึงความสามารถในส่วนนี้ จากการศึกษาพบว่า หนึ่งในสามของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น มีพัฒนาการช้าด้านภาษาและการพูดและมักจะมีผลต่อเนื่องไปถึงสมาธิและพฤติกรรม หุนหันพลันแล่น

2.4 การจัดระบบและทักษะการเรียนรู้ (organizational and study skills) เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักเผชิญปัญหากับการจัดระบบข้อมูล รวมถึงการจัดระบบในเรื่องของเวลา ทำให้มักทำงานล่าช้า เพราะไม่สามารถจัดลำดับก่อนหลังในการทำงานได้ นอกจากนั้นยังพบว่า เด็กไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ หรือผลลัพธ์ที่จะเกิดได้ กระบวนการเหล่านี้เกี่ยวข้องกับความสามารถในการใส่ใจ กับสิ่งเร้าที่มาจากการรับรู้ทางการฟัง การเห็น การสัมผัส ความจำในขณะนั้น (working memory) ความรู้ความเข้าใจและ กระบวนการอภิปญาน (metacognitive processing) รวมถึงการควบคุมอวัยวะในส่วนการเคลื่อนไหว การเขียน และการสะกดคำ

2.5 การคิดเชิงอภิมาน (metacognition) เป็นกระบวนการที่สะท้อนถึงความรู้ความเข้าใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ครูสามารถใช้กระบวนการดังกล่าวนี้ในการสอนเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นให้ใช้กระบวนการรู้คิด (cognitive process) และในขณะเดียวกันครูสามารถรับรู้ได้ว่าเด็กมีความรู้ความเข้าใจในลักษณะใด เพื่อให้สามารถเพิ่มเติมหรือแก้ไขให้ถูกต้องต่อไป

2.6 การแก้ปัญหา (problem solving) มีความเกี่ยวข้องกับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น
ดังนี้

2.6.1 เปิดโอกาสให้ใช้ความรู้ ความเข้าใจ แก้ไขสถานการณ์

2.6.2 เป็นการเรียนรู้ในลักษณะผู้เรียนเป็นผู้จัดกระทำ (active learning)
ซึ่งผลวิจัยพบว่า มีประสิทธิภาพสูงสำหรับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

2.6.3 เป็นการเพิ่มทัศนคติทางบวกต่อการเรียนและสร้างเสริมแรงจูงใจ
ที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมาย (school work)

2.6.4 เป็นการเสริมสร้างความสนใจในการเรียน ต่อการพัฒนาทักษะต่าง ๆ
เช่น ความสนใจใคร่รู้ (curiosity) ความเป็นอิสระ (independence) รวมทั้งความอดทน
(patience) ในการแสวงหาความรู้

2.6.5 เป็นบริบทที่ส่งเสริมทักษะการจัดการกับข้อมูลและการวางแผน
(organizational and planning skills)

2.6.6 ช่วยพัฒนาความเชื่อมั่น (self confidence) และการเห็นคุณค่าในตนเอง
(self esteem)

2.7 การสร้างสรรค์งาน (creative subjects) เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักจะมีปัญหา
ในด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ทำให้เกิดภาวะคับข้องใจและอาจแสดง
ออกเป็นพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น รุนแรง ก้าวร้าว ดังนั้น การเปิดโอกาสให้เด็ก
ได้ตระหนักถึงภาวะอารมณ์และแสดงออกในรูปแบบที่สร้างสรรค์ เช่น การเขียน
หรือให้เด็กมีโอกาสเรียนรู้โดยการหยิบจับ สัมผัสและจัดกระทำ (manipulation)
ก็จะทำให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นสามารถเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมการเรียนการสอนดังกล่าวนี้ เป็นสิ่งที่ครูควรนำไปใช้กับเด็กที่มีภาวะ-
สมาธิสั้น โดยสามารถใช้สอนร่วมกับเด็กปกติได้ทั้งชั้น หรืออาจนำมาใช้สอนเป็นกิจกรรม
เฉพาะสำหรับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเป็นรายกรณี

Taylor and Larson (1998) ให้ข้อเสนอแนะสำหรับครูที่ทำการสอนเด็กที่มีภาวะ-
สมาธิสั้นว่า จะต้องมีความรู้ความเข้าใจประเภท อาการและพฤติกรรมการแสดงออก
ของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นอย่างชัดเจน จึงจะสามารถเลือกวิธีการสอนได้เหมาะสมกับ
ธรรมชาติของเด็กเหล่านี้ โดยคำนึงถึงองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่

1. ยุทธวิธีสอนที่สอดคล้องกับความต้องการด้านการรู้คิดพุทธิปัญญา (strategies for meeting cognitive needs) โดยทั่วไปเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักจะขาดทักษะพื้นฐานในการเรียน ครูจะต้องให้เทคนิควิธีการ ที่จะทำให้เด็กสามารถพัฒนาทักษะดังกล่าวได้ เช่น เลือกรหัสให้เด็กอ่านโดยคำนึงถึงความสนใจ อายุ ใช้ภาพการ์ตูนเป็นสื่อ หรือใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอน เป็นต้น รวมทั้งการจับคู่กับเพื่อนช่วยสอนอ่าน พยายามจัดแบ่งงานออกเป็นส่วนย่อย ๆ ให้พอเหมาะกับช่วงความสนใจของผู้เรียน หรืออาจให้เวลามากกว่าคนอื่น ๆ เป็นต้น ส่วนกิจกรรมการเรียนการสอนที่ควรนำมาใช้ ได้แก่ กิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ (cooperative learning activities) การเรียนรู้ที่ผู้เรียนสามารถรับรู้จากประสาทสัมผัสได้หลายด้าน (multi-sensory activities) วิธีการเหล่านี้จะช่วยให้ผู้เรียนสามารถลดความวิตกกังวลจากภาวะบกพร่องของตนได้ รวมทั้งจัดให้มีการประเมินผลที่หลากหลาย เพื่อให้ครอบคลุมความแตกต่างระหว่างบุคคล นอกจากนั้น ครูควรสอนเทคนิควิธีการเรียนที่จำเป็นอื่น ๆ เช่น เทคนิคการจำ การใช้แผนที่หรือแผนผัง แผนภูมิ การจดบันทึกสิ่งที่เรียน รวมถึงเทคนิควิธีการเรียนที่ดี เป็นต้น

2. ยุทธวิธีสอนที่สอดคล้องกับความต้องการด้านจิตพิสัย (strategies for meeting affective needs) เป็นที่ทราบกันว่า เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักจะมี การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) ขาดการควบคุมอารมณ์ สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กไม่มีแรงจูงใจในการเรียน ไม่สามารถทำงานเสร็จทันตามกำหนด และมักจะตำหนิตนเอง ส่งผลให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมในชั้นเรียนหลายประการ เช่น การทะเลาะวิวาทกับเพื่อน ทั้งโดยวาจาและใช้กำลัง การระบิดอารมณ์ เป็นต้น ครูสามารถช่วยเด็กได้โดยการสอนให้ใช้วิธีควบคุมตนเอง ด้วยการพูดกับตนเองในทางบวก (positive self-talk) พร้อมทั้งยืนยันความสามารถตนเอง เพื่อให้เกิดความมั่นใจ นอกจากนั้นครูควรจัดบรรยากาศที่มีความเป็นประชาธิปไตย เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด หลีกเลี่ยงการใช้ถ้อยคำเสียคติ ถากถาง ควรใช้แรงเสริมในการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และอาจใช้การลงโทษสถานเบา เช่น การใช้เวลานอก (time out) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิธีการสอนที่ครูควรนำมาใช้ ได้แก่ การแสดงบทบาทสมมติ การสอนโดยใช้สถานการณ์ และการสอนเป็นรายกรณี (case studies)

3. ยุทธวิธีสอนที่สอดคล้องกับความต้องการทางสังคมหรือพฤติกรรม (strategies for meeting social/behavioral needs) เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักจะมีปัญหาด้านพฤติกรรม ซึ่งไม่เพียงส่งผลกระทบต่อการศึกษาเท่านั้น หากยังมีผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน เช่น ถูกปฏิเสธจากกลุ่ม หรือทะเลาะวิวาทกับเพื่อนร่วมชั้น ครูจึงควรใช้วิธีสอนที่หลากหลาย เพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมที่อยู่ไม่นิ่งของเด็ก โดยนำสื่อการสอนที่สามารถเคลื่อนไหว ปรับเปลี่ยนรูปแบบได้ (constructing mobiles) ภาพ pop-up หรือการสอนที่นำเศษวัสดุมาใช้ในกิจกรรม สิ่งเหล่านี้ทำให้เด็กมีโอกาสดูแลเคลื่อนไหว นอกจากนี้ครูควรให้แรงเสริมด้วยการให้เด็กหยุดพักเป็นระยะ เพื่อเปลี่ยนอิริยาบถ เช่น คืบหน้า ไปพัก เป็นต้น

ดังนั้น จะเห็นว่า การจัดสภาพแวดล้อมในการเรียน (accommodation environment) เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การเรียนรู้ของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเป็นไปด้วยดี อย่างไรก็ตาม สภาพแวดล้อมที่กล่าวมาไม่ได้หมายถึง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) แต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังครอบคลุมถึงบุคคลที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ ครูและเพื่อนร่วมชั้นเรียน ดังนั้น บรรยากาศในการร่วมมือระหว่างครูกับผู้เรียนจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องสร้างให้เกิดขึ้นด้วยการที่ครูมีความรู้ ความเข้าใจในธรรมชาติของผู้เรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น รู้จักใช้เทคนิคการสอน (strategic of teaching) ให้เหมาะสมรวมทั้งแก้ปัญหาด้วย การปรับพฤติกรรม (behavior modification) อีกทั้งยังต้องช่วยให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นสามารถเรียนร่วมกับเด็กทั่วไปได้ ก็จะเป็นการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนเพราะในสภาพความเป็นจริงเราไม่อาจแยกบุคคลสมาธิสั้นออกจากสังคมปกติได้ ดังนั้น การฝึกอบรมครูจึงจำเป็นต้องสอดแทรกความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยคำนึงถึงระดับพัฒนาการเป็นหลัก ด้วยการใช้ควบคู่กับแนวคิดในการปรับพฤติกรรมในชั้นเรียน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะปรากฏในโปรแกรมการฝึกอบรมครูที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังที่กล่าวมาข้างต้น

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบ

รูปแบบเป็นการแสดงออกเชิงรูปธรรมของความคิดเพื่อสื่อให้บุคคลเข้าใจอย่างชัดเจนอาจกล่าวได้ว่า รูปแบบเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาคำตอบ ความรู้ ตลอดจนปรากฏการณ์ต่าง ๆ ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกันกับสมมติฐานที่ระบุความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ หรือตัวแปรต่าง ๆ ของสภาพการณ์ โดยสร้างขึ้นจากความรู้ ข้อค้นพบ ประสบการณ์ การหยั่งรู้ หรือจากหลักการและทฤษฎีต่าง ๆ แต่รูปแบบที่สร้างขึ้นนั้น ไม่ใช่ทฤษฎีเป็นแต่เพียงแนวคิดหนึ่งเท่านั้น คำว่า รูปแบบ (model) ถูกนำมาใช้เพื่อสื่อความหมายอย่างหลากหลาย โดยทั่วไปหมายถึง สิ่งของ หรือวิธีดำเนินการเฉพาะอย่าง เช่น หุ่นจำลอง รูปแบบการเลือกตั้ง เป็นต้น (ทิสนา แคมมณี, 2545)

ความหมาย

ได้มีการรวบรวมความหมายของรูปแบบไว้ดังนี้

Good (1973) อธิบายความหมายของรูปแบบเอาไว้ 4 ประการ ได้แก่

1. เป็นแบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ
2. เป็นตัวอย่างเพื่อการเลียนแบบ เช่น การออกเสียงภาษาต่างประเทศเพื่อให้ผู้เรียน

ได้เลียนแบบ เป็นต้น

3. เป็นแผนภูมิหรือรูปสามมิติซึ่งเป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือหลักการ หรือแนวคิด

4. เป็นชุดของปัจจัย หรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งรวมกันเป็นตัวประกอบและเป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคม อาจจะเขียนออกมาเป็นสูตรทางคณิตศาสตร์ หรือบรรยายเป็นภาษาก็ได้

ส่วน Gadsby (1995) ได้กล่าวถึง ความหมายของรูปแบบในพจนานุกรม

ฉบับ Contemporary English Dictionaries ไว้ว่า

1. เป็นแบบย่อส่วนจากของจริง เช่น แบบจำลองเครื่องบิน รถไฟ รถ เป็นต้น
2. เป็นสิ่งของหรือบุคคลที่ใช้เป็นแบบในการดำเนินการ เช่น นักเดินแบบแฟชั่น บุคคลตัวอย่าง หรือ นางแบบภาพศิลป์ เป็นต้น
3. รูปแบบที่จัดขึ้นมาเป็นลักษณะเฉพาะ เพื่อเป็นแบบอย่าง เช่น บ้านจำลอง สวนตัวอย่าง เป็นต้น

นอกจากนี้ Schwirian (อ้างถึงใน Bardo & Hartman, 1983, p. 53) ได้กล่าวถึง รูปแบบในทางสังคมศาสตร์ไว้ว่า “เป็นชุดของข้อความเชิงนามธรรมเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เราสนใจเพื่อใช้ในการนิยามคุณลักษณะและ/หรือบรรยายคุณสมบัติ นั้น ๆ” และ Bardo and Hartman อธิบายต่อไปว่า รูปแบบ คือ สิ่งที่เราพัฒนาขึ้นมา เพื่อบรรยายคุณลักษณะที่สำคัญ ๆ ของปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ รูปแบบจึงมิใช่การบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดทุกแง่มุม เพราะการทำเช่นนั้นจะทำให้รูปแบบมีความซับซ้อนและยุ่งยากเกินไปในการที่จะทำความเข้าใจ ซึ่งจะทำให้คุณค่าของรูปแบบนั้นค่อยลงไป ส่วนการที่กล่าวว่ารูปแบบหนึ่ง ๆ จะต้องมียละเอียดค่าน้อยเพียงใดจึงจะเหมาะสม และรูปแบบนั้น ๆ ควรมีองค์ประกอบอะไรบ้าง ไม่มีข้อกำหนดตายตัว ทั้งนี้ขึ้นกับปรากฏการณ์แต่ละอย่าง และวัตถุประสงค์ของผู้สร้างรูปแบบที่จะต้องการอธิบายปรากฏการณ์นั้น ๆ อย่างไร

สำหรับ Stoner and Wankel (1986) ได้ให้ทัศนะว่า รูปแบบเป็นการจำลองความจริงของปรากฏการณ์เพื่อให้เข้าใจความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของปรากฏการณ์นั้น ๆ ได้ง่ายขึ้น

ทำนองเดียวกับ Willer (1977) ที่กล่าวว่า “รูปแบบเป็นการสร้างมโนทัศน์ (conceptualization) เกี่ยวกับปรากฏการณ์ โดยอาศัยเหตุผล (rationale) ของระบบรูปนัย (formal system) และมีจุดมุ่งหมายเพื่อการทำให้เกิดความกระจ่างชัดของนิยามความสัมพันธ์ และประพจน์ที่เกี่ยวข้อง”

จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า รูปแบบ หมายถึง การจำลองแบบอย่างง่ายของปรากฏการณ์เพื่อแสดงหรืออธิบายเหตุการณ์อย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบ และเป็นแนวทางในการทำนายสภาพการณ์ที่จะเกิดขึ้นต่อไป

ประเภทของรูปแบบ

Keeves (1997) ได้แบ่งประเภทของรูปแบบออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. รูปแบบเชิงเปรียบเทียบ (analogue model) เป็นรูปแบบที่ใช้การอุปมาเทียบเคียงปรากฏการณ์ซึ่งเป็นรูปธรรม เพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม เช่น รูปแบบในการทำนายจำนวนนักเรียนที่จะเข้าสู่ระบบโรงเรียน ซึ่งอนุมานแนวคิดมาจากการเปิดน้ำเข้าและปล่อยน้ำออกจากถัง นักเรียนที่จะเข้าสู่ระบบเปรียบได้กับน้ำที่ไหลเข้าถึงนักเรียนที่ออกจากกระบบเปรียบได้กับน้ำที่ปล่อยออกจากถัง ดังนั้น นักเรียนที่คงอยู่ในระยะจึงเท่ากับนักเรียนที่เข้าสู่ระบบลบด้วยนักเรียนที่ออกจากกระบบ เป็นต้น รูปแบบนี้ใช้มากทางด้านวิทยาศาสตร์กายภาพ สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์

2. รูปแบบเชิงภาษา (semantic model) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น ๆ รูปแบบนี้ใช้กันมากทางด้านศึกษาศาสตร์

3. รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (mathematical model) เป็นรูปแบบที่ใช้สมการทางคณิตศาสตร์เป็นสื่อในการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ รูปแบบประเภทนี้นิยมใช้กันทั้งในสาขาจิตวิทยาและศึกษาศาสตร์ รวมทั้งการบริหารการศึกษาด้วย

4. รูปแบบเชิงสาเหตุ (causal model) เป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากเทคนิคที่เรียกว่า Path Analysis และหลักการสร้าง Semantic Model โดยการนำเอาตัวแปรต่าง ๆ มาสัมพันธ์กันเชิงเหตุและผลที่เกิดขึ้น เช่น The Standard Deprivation Model ซึ่งเป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสภาพทางเศรษฐกิจสังคมของบิดามารดา สภาพแวดล้อมทางการศึกษาที่บ้าน และระดับสติปัญญาของเด็ก เป็นต้น รูปแบบนี้นิยมใช้ทางด้านศึกษาศาสตร์

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ารูปแบบมีลักษณะการนำไปใช้ที่แตกต่างกันตามบริบท ในที่นี้ผู้วิจัยเลือกใช้ รูปแบบเชิงภาษา (semantic model) เป็นแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการให้ความช่วยเหลือเด็กไทยที่มีภาวะสมาธิสั้นโดยใช้บ้านและโรงเรียนเป็นฐาน เนื่องจากสามารถแสดงให้เห็นโครงสร้างของแนวคิด องค์ประกอบและความสัมพันธ์ที่ปรากฏในสภาพการณ์นั้นได้อย่างชัดเจน

องค์ประกอบของรูปแบบ

Kemp (อ้างถึงใน ทิศนา ขัมมณี, 2545) กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบจะต้องนำไปสู่การทำนาย (prediction) ผลที่ตามมาสามารถพิสูจน์และทดสอบได้ กล่าวคือ สามารถนำไปสร้างเครื่องมือเพื่อนำไปพิสูจน์และทดสอบได้
2. โครงสร้างของรูปแบบจะต้องประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (causal relationship) ซึ่งสามารถใช้อธิบายปรากฏการณ์หรือเรื่องนั้นได้
3. รูปแบบจะต้องสามารถช่วยสร้างจินตนาการ (imagination) มโนทัศน์ (concept) และความสัมพันธ์ (interrelations) รวมทั้งช่วยขยายขอบเขตของการสืบเสาะความรู้
4. รูปแบบควรประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (structural relationships) มากกว่าความสัมพันธ์เชิงเชื่อมโยง (associative relationships)

ส่วน Keeves (1997) กล่าวถึงโครงสร้างของรูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบควรประกอบขึ้นด้วยความสัมพันธ์อย่างมีโครงสร้าง ของตัวแปรมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงแบบธรรมดา อย่างไรก็ตามความเชื่อมโยงแบบเส้นตรงแบบธรรมดาทั่วไปนั้นก็มีประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยในช่วงต้นของการพัฒนารูปแบบ
2. รูปแบบควรใช้เป็นแนวทางในการพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบได้ สามารถตรวจสอบได้โดยการสังเกตและหาข้อสนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้
3. รูปแบบควรจะต้องระบุหรือชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษา ดังนั้นนอกจากรูปแบบจะเป็นเครื่องมือในการพยากรณ์ได้ ควรใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ได้ด้วย
4. นอกจากคุณสมบัติต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างมโนทัศน์ใหม่และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่ ซึ่งเป็นการขยายองค์ความรู้ในเรื่องที่เรากำลังศึกษาด้วย

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า องค์ประกอบของรูปแบบควรมีลักษณะที่สำคัญ คือ โครงสร้างเชิงสาเหตุ กรอบแนวคิดที่ชัดเจน กลไกการดำเนินงาน และการคาดการณ์ถึงผลที่จะเกิดขึ้น



การพัฒนารูปแบบ

Willer (1977) กล่าวถึงการพัฒนาแบบ อาจมีขั้นตอนการดำเนินงานที่แตกต่างกันไป แต่โดยทั่วไปอาจแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การสร้างรูปแบบและการหาความตรงของรูปแบบ

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบ พบว่า การพัฒนาแบบนั้น อาจจะมีขั้นตอนในการดำเนินงานแตกต่างกันไป แต่โดยทั่วไปแล้วอาจจะแบ่งออกเป็นสองตอนใหญ่ ๆ คือ การสร้างรูปแบบ (construct) และการหาความตรง (validity) รูปแบบ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการให้ความช่วยเหลือ (intervention treatment)

เพื่อให้เกิดความกระฉับกระช่ายในด้านการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมในส่วนรูปแบบการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยสรุปเป็นประเด็นสำคัญ ดังนี้

Barabasz and Barabasz (1996) ศึกษาเรื่อง *Attention Deficit Disorder: Diagnosis, Etiology and Treatment* พบว่า การให้ความช่วยเหลือสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การบำบัดโดยยา การปรับพฤติกรรม การบำบัดทางระบบประสาท (neurotherapy) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) อย่างไรก็ตามแต่ละประเภทมีข้อจำกัดหรือผลข้างเคียง ที่จำเป็นต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ เช่น การใช้ยาบำบัดให้ผลในขณะที่ทำงาน แต่ไม่ได้ผลในระยะยาว และอาจมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาในแต่ละบุคคล ในขณะที่การปรับพฤติกรรม อาจไม่สามารถนำไปใช้กับสถานการณ์ประยุกต์ที่เกินเงื่อนไขที่กำหนดได้ (nontraditional behaviors)

ส่วน D'Alonzo (1996) ศึกษาเรื่อง *Identification and Education of Students with Attention Deficit and Attention Deficit Hyperactivity Disorders* พบว่า เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นแต่ละคนมีลักษณะเฉพาะจึงมีอาการและความต้องการที่แตกต่างกัน การให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมจึงควรเป็นลักษณะหลากหลายรูปแบบ (multimodality)

approach) เพื่อให้สอดคล้องและครอบคลุมความต้องการของบุคคลด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การบำบัดด้วยยา การให้คำปรึกษา การฝึกอบรม และการปรับพฤติกรรม รวมทั้งการปรับสภาพการเรียนการสอน โดยอาศัยบุคลากรทางด้านการแพทย์ การศึกษา รวมทั้งผู้ปกครองร่วมกันทำงานเป็นทีม มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนและแนวทางรักษาที่ถูกต้อง

สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Thomas (1996) ศึกษาเรื่อง *A Holistic Approach to Attention Deficit Disorder* พบว่า การให้ความช่วยเหลือเพียงด้านใดด้านหนึ่ง มักจะไม่ได้ผลอย่างเต็มที่ แนวคิดใหม่ที่ควรนำมาใช้ในการให้ความช่วยเหลือทางการศึกษา (education intervention) แก่เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น คือ การให้ความช่วยเหลือในลักษณะองค์รวม (holistic approach) ด้วยการนำจุดเด่นของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นแต่ละคนมาพิจารณา ทำการส่งเสริม และจัดสภาพแวดล้อมการเรียนการสอนที่เหมาะสม หลักการดังกล่าวนี้อาจนำทฤษฎีพหุปัญญาของ Gardner (อ้างถึงใน Thomas, 1996) มาเป็นกรอบแนวคิดในการค้นพบความสามารถของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นแต่ละคน โดยจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมและครอบคลุมทางด้านความรู้ความเข้าใจ ร่างกาย พฤติกรรม สังคม เพื่อให้เกิดการพัฒนาในทุก ๆ ด้านพร้อมกัน

ดังเช่นผลการศึกษาของ Montague and Warger (1997) พบว่า การให้ความช่วยเหลือแก่เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในรูปแบบทางการศึกษา สามารถจัดทำได้หลายวิธี ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมทางการศึกษา การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ตลอดจนใช้เทคนิค สื่อ เทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้เรียนประสบผลสำเร็จในการเรียน การปรับแก้พฤติกรรม เพื่อลดปัญหาสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับกลุ่มเพื่อนร่วมชั้น การสอนทักษะ ทางสังคม เพื่อเพิ่มคุณภาพในการปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่น รวมทั้งการให้คำปรึกษา เพื่อให้เด็กลดความวิตกกังวล และความกดดันที่ตนได้รับ

สอดคล้องกับ Diane (2003) ศึกษาเรื่อง *Team Approach Vital to Managing ADHD* พบว่า การให้ความช่วยเหลือเด็ก ที่มีภาวะสมาธิสั้นควรมีลักษณะการทำงานเป็นทีม ซึ่งประกอบด้วย พ่อแม่/ผู้ปกครอง ในฐานะเป็นหัวหน้าทีม ครูทำหน้าที่สังเกตพฤติกรรม ในชั้นเรียน ให้ความช่วยเหลือเด็กในเรื่องการเรียนและประสานงานอย่างใกล้ชิดกับผู้ปกครอง บุคลากรทางการแพทย์ทำหน้าที่วินิจฉัยอาการทางร่างกาย และให้คำแนะนำ

ในการบำบัดรักษาด้วยยา นักจิตวิทยาทำหน้าที่ให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิต และสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้าง รวมทั้งคอยกำชับดูแลความก้าวหน้าของการให้ความช่วยเหลือ ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด

ในทำนองเดียวกัน Oord, Prins, Oosterlaan, and Emmelkamp (2006) ศึกษาเรื่อง *Does Brief, Clinically Based, Intensive Multimodal Behavior Therapy Enhance the Effects of Methylphenidate in Children with ADHD* กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น อายุระหว่าง 8-12 ปี จำนวน 50 คน จัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยการสุ่มทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มที่ใช้ยาในการบำบัด และกลุ่มที่ใช้ยาในการบำบัดร่วมกับการปรับพฤติกรรม โดยกลุ่มหลังประกอบด้วย การฝึกอบรมทางด้านพฤติกรรมให้แก่เด็กและผู้ปกครอง (children and parent behavioral training) รวมทั้งการฝึกอบรมทางด้านพฤติกรรมให้ครู (teacher behavioral training) จากนั้นครูและผู้ปกครองทำการประเมินผลทางด้านอาการสมาธิสั้น ปัญหาทางพฤติกรรม ทักษะทางสังคมในลักษณะการประเมินค่า (rating scale) นอกจากนั้นยังทำการประเมินความเครียด วิตกกังวลของพ่อแม่ และการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-worth) ผลการวิจัย พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทั้งสอง ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ไม่มีหลักฐานพอที่จะกล่าวว่า การบำบัดด้วยยาได้ผลดีกว่าการให้ความช่วยเหลือ ในลักษณะผสมผสาน หรืออาจกล่าวได้ว่า การให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ในลักษณะจิตสังคม (psychosocial) น่าจะส่งผลดีต่ออาการสมาธิสั้นในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม Rainwater (2007) ศึกษาเรื่อง *Psychoanalytic Contribution to the Understanding and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* ที่ศึกษารายกรณี เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น เป็นระยะเวลา 2 ปีครึ่ง โดยวิธีการศึกษาทางคลินิก ตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ พบว่า psychogenic และสภาวะแวดล้อม ก่อปรกับประสบการณ์ส่วนตัวของเด็กแต่ละคน มีผลต่อภาวะสมาธิสั้น หรือความผิดปกติอื่น ๆ โดยพบว่า การบำบัด ในลักษณะคลินิكدังกล่าว หากกระทำในระยะยาวเป็นปี จะให้ผลดีที่สุด ต่อพฤติกรรม-ก่อนนอน ในขณะที่การบำบัดด้วยยาให้ผลเร็ว แต่อาจมีผลข้างเคียงในระยะยาว ซึ่งควรจะมีการศึกษา ผลในด้านนี้ต่อไป

นอกจากนี้ Martin (2009) ได้เสนอทางเลือกในการให้ความช่วยเหลือ เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นด้วยการใช้เกมคอมพิวเตอร์ที่มีชื่อว่า The-Smart Brain Games System เข้ามาควบคุมพฤติกรรมการเล่นเกมของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยมีลักษณะการทำงานคล้าย Biofeedback นั่นคือ อาศัยการให้ผลย้อนกลับจากระบบประสาทที่ถูกกระตุ้น เพื่อควบคุมความใส่ใจ ที่มีต่อสิ่งเร้าในขณะนั้น

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า การให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นควรมีลักษณะดังนี้ (1) มีการทำงานเป็นทีม ประกอบด้วยพ่อแม่หรือผู้ปกครอง บุคลากรทางการแพทย์ นักจิตวิทยา นักการศึกษา และนักการศึกษาพิเศษ และ (2) วิธีการให้ความช่วยเหลือมีลักษณะหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การการรักษาทางกายภาพ เช่น การโยคะ การบำบัดทางระบบประสาท การให้ความช่วยเหลือทางจิตสังคม ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การฝึกอบรม นอกจากนี้ยังพบว่า มีการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในรูปแบบอื่น ได้แก่ การศึกษาทางคลินิก ตามแนวจิตทางจิตวิเคราะห์ การใช้เกมคอมพิวเตอร์ควบคุมพฤติกรรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการให้ความช่วยเหลือในลักษณะความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับผู้ปกครอง

เพื่อให้เกิดความชัดเจนในประเด็นที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมสรุปประเด็นดังนี้

Bloomquist, August, and Ostrander (1991) ศึกษาเรื่อง *Effect of a School-based Cognitive-behavioral Intervention for ADHD Children* ผลของการใช้โรงเรียนเป็นฐานในการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยใช้แนวคิดทางด้านเหตุผลและพฤติกรรม (cognitive-behavioral intervention) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับประถมศึกษา 3 กลุ่ม ที่สุ่มมาจากโรงเรียน 3 โรงเรียนตำบลเดียวกัน มีภูมิหลังทางครอบครัว/ฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับเดียวกัน เป็นเด็กผู้ชาย 36 คน และเด็กผู้หญิง 16 คน วิธีการให้ความช่วยเหลือแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ให้การฝึกอบรมเด็ก ครู และผู้ปกครอง กลุ่มที่ 2 ให้การฝึกอบรมครู กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ 1

ให้ผลดีกว่ากลุ่มที่ 2 และ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อศึกษาในรายละเอียดการฝึกอบรม ผู้ปกครอง พบว่า เป็นการให้ความรู้ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้น (2) การทำกิจกรรมกลุ่มพบปะระหว่างผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น เพื่อสนับสนุน และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และ (3) การให้ความรู้ด้านการปรับพฤติกรรมตามแนวคิด-เหตุผลพฤติกรรม ซึ่งมีลักษณะเดียวกับที่ใช้ในโปรแกรมการฝึกอบรมครู

ส่วน Katsiyannis, Landrum, and Vinton (1997) ศึกษาเรื่อง *Practical Guidelines for Monitoring Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* พบว่า ครูกับพ่อแม่ มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นด้วยการร่วมมือ ในการแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ ทั้งด้านการเรียนและพฤติกรรม โดยทั้งสองฝ่ายจะต้องมี การสื่อสารอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น เช่น มีการปรับเปลี่ยนวิธีการเพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเด็กเพื่อให้มองเห็นภาพรวมของปัญหาที่เกิดขึ้น ครูควรได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้เกี่ยวกับการสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรม อย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเลือกใช้วิธีการสอนและการปรับพฤติกรรม ที่เหมาะสม รวมถึงการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กที่มีภาวะ-สมาธิสั้นเมื่ออยู่ในโรงเรียน จากการศึกษาค้นคว้า การสื่อสารระหว่างครูกับผู้ปกครอง อย่างต่อเนื่องจะช่วยให้การให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเป็นไปอย่างมี ประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ Taylor and Larson (1998) ศึกษาเรื่อง *Teaching Children with ADHD: What do Elementary and Middle School Social Studies Teachers Need to Know?* กล่าวว่า ครูควรมีบทบาทร่วมกับผู้ปกครองในการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ด้วยการอธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจอาการของสมาธิสั้น ให้ความรู้ในเรื่องการปรับ-พฤติกรรม ให้ความช่วยเหลือในเรื่องการบ้านหรืองานที่กำหนด ด้วยการสื่อสาร และติดตามผลเป็นระยะอย่างใกล้ชิด จะช่วยให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นสามารถพัฒนาตน ได้อย่างรวดเร็ว

สอดคล้องกับการศึกษาของ Salend and Rohena (2003) ศึกษาเรื่อง *Students with Attention Deficit Disorders: An Overview* ที่พบว่า ความร่วมมือระหว่างผู้ปกครอง และโรงเรียนอย่างใกล้ชิด (home-school partnerships) จะช่วยให้ การให้ความช่วยเหลือ แต่แรกเริ่มแก่เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมีประสิทธิภาพสูง การช่วยเหลือที่ประสบผลสำเร็จ มักจะตั้งบนพื้นฐานของการให้เกียรติครอบครัว ยอมรับความต้องการที่หลากหลาย ภูมิหลัง และประสบการณ์ ในการดูแลเด็กที่มีสมาธิสั้น ด้วยวิธีการดังกล่าว จะทำให้มีการค้นพบจุดเด่น และข้อบกพร่องที่จำเป็นต้องแก้ไขร่วมกัน

เช่นเดียวกับ Döpfner and Others (2004) ที่พบว่า การเพิ่มโปรแกรมการฝึกอบรม ผู้ปกครอง และ โปรแกรมการฝึกอบรมครูในชุดการทดลองปรับพฤติกรรมเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น เป็นเวลา 6-8 สัปดาห์ จะทำให้พฤติกรรมของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด เมื่อเปรียบเทียบกับ กลุ่มทดลองที่ใช้การปรับพฤติกรรม เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเพียงอย่างเดียว

ส่วน Bailey and Owens (2005) ศึกษาเรื่อง *Overcoming Challenges in the Diagnosis and Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in African Americans* พบว่า อุปสรรคในการให้ความช่วยเหลือสำหรับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน คือ วัฒนธรรมและระบบการให้บริการด้านสาธารณสุข จึงทำให้เด็กกลุ่มนี้มักจะมีปัญหามากกว่าเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นชาวอเมริกันทั่ว ๆ ไป วิธีการแก้ไข ที่คณะทำการวิจัยให้ข้อเสนอแนะ คือ การฝึกให้ความรู้แก่พ่อแม่ ในการดูแล เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ในขณะเดียวกันก็ให้การฝึกอบรมและเป็นที่ปรึกษาแก่ครู ในการจัดสภาพการเรียนการสอนให้เหมาะสม เพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในชั้นเรียน

จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้น จะพบว่า ความร่วมมือระหว่างครูกับผู้ปกครอง มีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเพราะผู้ปกครอง และครูมีแนวทางร่วมกันในการดำเนินการแก้ปัญหาอย่างใกล้ชิด ทำให้สามารถปรับลด-พฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้งที่บ้านและโรงเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิด ดังกล่าวมาสร้างเป็นรูปแบบการใช้บ้านและโรงเรียนเป็นฐานในการให้ความช่วยเหลือเด็ก ที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยการฝึกอบรมครูและผู้ปกครองให้มีบทบาทหน้าที่ส่งเสริม ซึ่งกันและกันเพื่อช่วยประคับประคองเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นให้สามารถพัฒนาตนได้

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาเพื่อให้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ใช้บ้านและโรงเรียนเป็นฐาน ในการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ผู้วิจัยจึงวางรูปแบบการให้ความช่วยเหลือ ด้วยการจัดทีมบุคลากรประกอบด้วย ผู้ปกครอง ครู นักจิตวิทยา โดยมีแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย ภาวะสมาธิสั้น นักการศึกษาพิเศษเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย นักจิตวิทยาทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำแนะนำทางด้านการให้คำปรึกษา ส่วนวิธีการ ให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการผสมผสานทางจิตสังคม อันประกอบด้วย การให้ คำปรึกษาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น การฝึกอบรมครูและผู้ปกครอง ทั้งนี้เนื่องจากผลการวิจัย พบว่า เป็นการให้ความช่วยเหลือที่มีความยั่งยืน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

ในส่วนของการให้คำปรึกษาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ได้มีผู้ศึกษาไว้ ดังนี้

D'Alonzo (1996) ศึกษาเรื่อง *Identification and Education of Students with Attention Deficit and Attention Deficit Hyperactivity Disorders* เกี่ยวกับการคัดกรอง และการให้ความรู้ในเรื่องภาวะสมาธิสั้น พบว่า เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นบางกลุ่มควรได้รับการบริการให้คำปรึกษาโดยตรง (direct counseling services) เพื่อให้การช่วยเหลือ โดยใช้ห้องเรียนเป็นฐาน (classroom-based interventions) ได้ผลอย่างเต็มที่ โดยการให้คำ ปรึกษาดังกล่าวนี้นี้ ควรเน้นเรื่องการทำงานของเด็ก เช่น การแก้ปัญหา (problem-solving) ทักษะทางสังคม (social skills) ซึ่งเปิดโอกาสให้เด็กนำทักษะเหล่านี้ไปประยุกต์ใช้ ในห้องเรียนได้จริง นอกจากนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องทำหน้าที่เป็นสื่อกลาง ประสานงาน ระหว่างผู้ปกครองกับโรงเรียน รวมทั้งตัวแทนจากส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น บริการทาง ด้านสาธารณสุขชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

ส่วน Thomson (1996) ศึกษาเรื่อง *A Holistic Approach to Attention Deficit Disorder* พบว่า การให้คำปรึกษาช่วยให้เด็กสามารถปรับภาวะอารมณ์ได้ดีขึ้น อีกทั้ง ยังช่วยให้เด็กเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem)

สอดคล้องกับ Brown (2000) ศึกษาเรื่อง *Diagnosis and Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* พบว่า ผู้ให้คำปรึกษาสามารถช่วยให้เด็กเหล่านี้นำจุดเด่นมาชดเชยกับข้อจำกัดของตน ทำให้เด็กมีความหวังในการที่จะมุ่งพัฒนาตน สร้างแรงจูงใจและความภาคภูมิใจมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มเพื่อน ลดความรู้สึกด้อยในตนเอง

เช่นเดียวกับ Webb and Myrick (2003) ศึกษาเรื่อง *A Group Counseling Intervention for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder* ใช้การให้คำปรึกษากลุ่ม เป็นวิธีการช่วยเหลือในระยะเริ่มแรกแก่เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น พบว่า กระบวนการดังกล่าวช่วยให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นรับรู้อาการและผลของสมาธิสั้นเกิดความตระหนักรู้ในตน ทำให้การปรับพฤติกรรมมีประสิทธิภาพ ปัญหาในชั้นเรียนลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน Newbern, Dansereau, Cruchry, & Simpson (2005) ศึกษาเรื่อง *Node-link Mapping in Individual Counseling: Treatment Impact on Clients with ADHD-related Behaviors* โดยใช้วิธีการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล พบว่าการให้คำปรึกษาโดยใช้แผนภูมิโยงประเด็น (node-link) ในการพูดคุย ขณะทำการปรึกษาจะช่วยให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นสามารถจดจ่ออยู่กับเรื่องราวในขณะนั้นได้ดียิ่งขึ้น เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ทำให้การแก้ปัญหาดำเนินไปด้วยดี เนื่องจากแผนภูมิโยงประเด็นเป็นการแสดงภาพ (visual display) เหมาะแก่การนำมาใช้ในการให้คำปรึกษาแก่เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ซึ่งถูกจัดอยู่ในประเภทผู้เรียนรู้จากการมองเห็น

ถึงแม้งานวิจัยในรูปแบบการให้คำปรึกษาแก่เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นยังไม่ปรากฏมากนัก แต่อาจสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาเป็นวิธีการหนึ่งที่มีก็นำมาใช้กับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเพราะสามารถแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น เนื่องจากเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นแต่ละบุคคลอาจมีปัญหาเชิงลึกที่แตกต่างกัน ผู้ให้คำปรึกษาที่ได้รับการฝึกฝนทางวิชาชีพสามารถปรับพฤติกรรมและช่วยให้เด็กสามารถปรับตัวได้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม เป็นการลดปัญหาที่เกิดขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมผู้ปกครอง

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาเกี่ยวกับการฝึกอบรมพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ดังนี้

Brown (2000) ศึกษาเรื่อง *Diagnosis and Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* พบว่า การให้ความรู้ในเรื่องภาวะสมาธิสั้น และยุทธวิธี การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างชาญฉลาดแก่ผู้ปกครองเป็นวิธีการฝึกปฏิบัติ ที่เป็นมาตรฐานและได้รับการยอมรับโดยทั่วไป ส่วนใหญ่ต้องการฝึกอบรมเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นและการลดปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักมีอาการที่สื่อถึงปัญหาทางสุขภาพจิต มีความเครียดของชีวิตสมรสในระดับสูง ซึ่งอาจส่งผลต่อสัมพันธภาพกับเด็กในทางลบ รวมทั้งอาจเป็นผล ที่เกิดร่วมกับความเครียดที่เกิดจากการกำกับควบคุมดูแลพฤติกรรมของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

ส่วน Swanson et al. (2002) ศึกษาเรื่อง *Response to Commentary on the Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Mining the Meaning of the MTA* เกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ด้วยวิธีการที่หลากหลาย (multimodal treatment) พบว่า ปัญหาทางพฤติกรรมของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเกิดจากการเรียนรู้ที่ผิด (faulty learning) ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผลจำเป็นต้องให้ความรู้ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแก่ ผู้ปกครองด้วยการจัดโปรแกรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างเข้มข้น (intensive training program) คู่ขนานกับการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นจนสิ้นสุดโปรแกรม

ในขณะที่ Bussing, Gary, Mills, and Garvan (2003) ศึกษาเรื่อง *Parental Explanatory Models of ADHD: Gender and Cultural Variations* ทำการศึกษากับผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ซึ่งมีภูมิหลังทางวัฒนธรรมต่างกัน พบว่า ความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดภาวะสมาธิสั้น มีผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น รวมทั้งมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ปกครองในการเลือกใช้วิธีการบำบัดรักษา ปัจจัยดังกล่าวล้วนนับว่าเป็นอุปสรรคต่อการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเป็นอย่างยิ่ง การฝึกอบรมผู้ปกครองให้มีความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริง

เกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้น รวมทั้งการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจึงน่าจะเป็นทางเลือกที่เหมาะสม

สอดคล้องกับงานวิจัยของ Arnold et al. (2004) ที่เลือกใช้การฝึกอบรม ผู้ปกครอง เป็นวิธีการหนึ่งในการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นและพบว่า การฝึกอบรม ผู้ปกครองควบคู่กับการบำบัดด้วยยาให้ผลดีกว่าการบำบัดด้วยยาเพียงอย่างเดียว

ในทำนองเดียวกัน Chronis et al. (2004) พบว่า มีการศึกษาเป็นจำนวนมาก ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ได้ผลตรงกันว่า การฝึกอบรมด้านพฤติกรรมให้แก่ผู้ปกครอง (Behavioral Parent Training--BPT) เป็นวิธีการหนึ่งที่ได้ผล เป็นที่ประจักษ์ในการ ที่จะพัฒนาศักยภาพเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยพบว่า เป็นการปรับพฤติกรรมทั้งเด็ก และผู้ปกครองให้สอดคล้องกัน ในวิถีทางที่เหมาะสม เพิ่มสัมพันธภาพให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การฝึกอบรมผู้ปกครองยังช่วยลดภาวะความเครียดของผู้ปกครอง และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กในชั้นเรียนด้วย

นอกจากนี้ Schiedenhelm (2005) ศึกษาเรื่อง *Training Parent of Attention Deficit Hyperactivity Disordered Children: A Systematic Replication of Russell Barkley's Defiant Children Manualized Parent Training Program in a Community Setting* ได้ทำการศึกษา ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น จำนวน 31 คน อายุระหว่าง 27-63 ปี ที่เข้ารับการอบรมโปรแกรมสำหรับผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นของ Barkley (as cited in Schiedenhelm, 2005) โดยทำการประเมินก่อนการอบรม และหลังการ อบรมสิ้นสุด เพื่อศึกษาด้านความเครียด ความพึงพอใจ ในชีวิตสมรส ภาวะเศร้าซึม และพฤติกรรม ที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ส่วนเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น จำนวน 34 คน เป็นเพศชาย 29 คน และเพศหญิง 5 คน อายุระหว่าง 2-12 ปี เครื่องมือที่ใช้ คือ

(1) แบบวัดความเครียด (The Parenting Stress Index--PSI) (2) แบบวัดความพึงพอใจ ในชีวิตสมรส (The Revised Edition of the Marital Satisfaction Inventory--MSI-R) (3) แบบวัดภาวะเศร้าซึม (The Beck Depression Inventory--BDI-2) (4) แบบวัดพฤติกรรม ของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น the eyberg child behavioral inventory ผลการวิจัย พบว่า การฝึกอบรมดังกล่าว ทำให้ผู้ปกครองมีความเครียด ลดลง ส่วนความพึงพอใจในชีวิต-

สมรส ภาวะเศร้าซึม และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น พบว่ามีผลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรม จะพบว่า การฝึกอบรมผู้ปกครองเป็นวิธีการหนึ่ง ที่นักวิจัยมักจะใช้ควบคู่กับการให้ความช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ โดยทั่วไปมักจะนำมาใช้ในลักษณะการให้ความช่วยเหลือโดยใช้บ้านเป็นฐาน (home based intervention) ด้วยการเน้นภาคปฏิบัติในส่วนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสริมแรง การสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก รวมทั้งกลุ่มสัมพันธ์ ระหว่างผู้ปกครองที่ช่วยส่งเสริมกิจกรรม แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นการลดความเครียดในระดับหนึ่งซึ่งจะส่งผลดีต่อเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในทางอ้อม เนื่องจากการลดความขุ่นเคืองที่มีต่อเด็กอย่างได้ผล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องสร้างโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดเจตคติที่ดี ตลอดจนนำทักษะต่าง ๆ ไปใช้ปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน ดังเช่นงานวิจัยข้างต้น เพื่อให้การช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมีประสิทธิภาพบรรลุเป้าหมาย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือทางด้านการศึกษา

ได้มีผู้ศึกษาค้นคว้าในด้านการให้ความช่วยเหลือทางด้านการศึกษาไว้ดังนี้

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรม DuPaul (อ้างถึงใน Konza, 1999) ศึกษาเรื่อง *An Effective Teaching Model Base on Classroom Observation of Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder* พบว่า การให้เพื่อนช่วยสอนเพิ่มเป็นกรณีพิเศษ เป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่ใช้ได้ดีสำหรับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยพบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้น ช่วงความสนใจในขณะเรียนนานขึ้นและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมน้อยลง

ส่วน Yehle and Wambold (1998) ศึกษาเรื่อง *An ADHD Success Story: Strategies for Teacher and Students* พบว่า เทคนิคการสอนที่ควรนำมาใช้กับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ได้แก่ การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรในการสอน (friendly environment) ให้คำแนะนำ หรือสอนวิธีการจัดระบบแก่ผู้เรียน (organization) รวมทั้งสัญญาเตือนความพร้อม เมื่อพบว่า เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเริ่มเหม่อลอยในขณะเรียน โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่จะช่วยดึงดูดความสนใจเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นจดจ่ออยู่กับบทเรียน แม้ว่าจะอยู่ในกลุ่มใหญ่

ก็ตาม พยายามหาวิธีการที่จะช่วยให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นสามารถทำงานอยู่กับที่ได้ โดยไม่รบกวนห้องเรียน ให้การช่วยเหลือพิเศษที่จะทำให้เด็กสามารถทำงานได้เสร็จ ครบถ้วนตามกำหนด รวมทั้งบรรลุผลในการสอน ให้การบ้านที่เหมาะสม สอนเทคนิควิธีการเรียนที่เหมาะสมกับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ใช้เทคโนโลยีหรือสื่อช่วยสอน รวมทั้งใส่ใจดูแลผลที่จะเกิดจากการบำบัดรักษาโดยการให้ยา

สอดคล้องกับการศึกษาของ Reid (1999) ศึกษาเรื่อง *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effective Methods for the Classroom* ที่พบว่า สิ่งแวดล้อมในห้องเรียน (educational accommodations) มีผลต่อการเรียนรู้ของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ดังนั้น การจัดสภาพแวดล้อมหรือบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนการสอนจะเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันปัญหาทางพฤติกรรมของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากห้องเรียน ถูกพบว่าเป็นเครื่องมือที่ง่ายและสะดวกสำหรับที่จะจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้เด็กโดยอาจแบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ (1) สิ่งแวดล้อมหรือบรรยากาศในห้องเรียน (classroom environment) (2) งานที่มอบหมายในชั้นเรียน (task and materials) และ (3) หลักสูตรกับการเรียนการสอน (curriculum and instruction) การป้องกันแก้ไข-ปัญหาสำหรับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นที่สำคัญ คือ การลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและสอนพฤติกรรมที่เหมาะสมแทน ซึ่งจะทำให้เกิดผลดีในชั้นเรียน การปรับพฤติกรรมรวมทั้งเทคนิควิธีการต่าง ๆ ที่ใช้กับเด็กที่มีปัญหาก็มักจะใช้ได้ผลดีกับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น เช่นเดียวกัน นอกจากนี้การลงโทษ (punishment) การเสริมแรงทางบวก (positive reinforcement) และการควบคุมตน (self-regulation) ก็มีประสิทธิภาพในการใช้กับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

เช่นเดียวกับ Welton (1999) ศึกษาเรื่อง *How to help Inattentive Students find Success in School* ที่ทำการศึกษาวิธีการช่วยผู้เรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นให้ประสบผลสำเร็จในชั้นเรียน พบว่า ครูต้องดำเนินการ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้นอย่างถ่องแท้ (2) เลือกวิธีสอนที่เหมาะสมกับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น (3) ใช้เทคนิคการกระตุ้น/เร้าความสนใจของเด็กขณะที่เรียนหรือทำงานในชั้นเรียน วิธีเหล่านี้ ได้แก่ การกระตุ้นด้วยเสียง (tonic arousal) การเลือกใส่ใจ (selective attention) สิ่งเร้าที่สำคัญหรือจำเป็น การแบ่งความใส่ใจกิจกรรมต้องทำควบคู่กัน (divided attention)

ในทำนองเดียวกัน Salend and Rohena (2003) ศึกษาเรื่อง *Students with Attention Deficit Disorders: An Overview* ทำการศึกษาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในภาพรวม พบว่า สิ่งที่ครูควรให้ความช่วยเหลือเด็กในชั้นเรียน ได้แก่ การส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมทางบวก และการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน การเลือกใช้วิธีการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นพิเศษ โดยการเลือกใช้สื่อที่หลากหลาย ครอบคลุมรูปแบบการเรียนรู้ของแต่ละคน ยิ่งกว่านั้นยังพบว่า ความสามารถทางการเรียนของเด็ก ที่มีภาวะสมาธิสั้น ถูกบดบังด้วยปัญหาทางการเรียนที่ไม่มีประสิทธิภาพจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องมีการให้ความช่วยเหลือโดยอาจนำวิธีการต่าง ๆ มาใช้ เช่น การจัดโครงสร้างการเรียนการสอนให้ชัดเจนพร้อมที่จะให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นได้ทราบแนวทาง หรือขั้นตอนการเรียนรู้ที่สามารถนำไปสู่ความสำเร็จได้ เด็กมีความมั่นใจว่าตนจะสามารถทำงานเสร็จได้ด้วยตนเอง มีแรงจูงใจในการเรียนรู้และมีโอกาสที่จะตอบสนองการเรียนรู้หรือสะท้อนความเข้าใจของตนด้วยวิธีที่หลากหลาย นอกจากนี้ครูยังสามารถช่วยเหลือผู้เรียนให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ด้วยการปรับโครงสร้าง เนื้อหาที่เรียน วิธีการที่สอนให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ รวมทั้งการใช้เทคนิคการสอนแบบกลุ่มเพื่อนร่วมวัย (peer-mediated instruction) เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน

นอกจากนี้ DuPaul and White (2005) ศึกษาเรื่อง *Intervention Strategies for Students with ADHD* เป็นการศึกษาเกี่ยวกับยุทธวิธีในการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น พบว่า การปรับพฤติกรรมในชั้นเรียน อันประกอบด้วยการจัดระบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีการจัดกิจกรรมก่อนและหลังพฤติกรรมเป้าหมาย เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพสูง กิจกรรมที่ครูควรนำไปใช้ในชั้นเรียน ได้แก่ การกำหนดกฎเกณฑ์ การปรับเปลี่ยนปริมาณมากน้อยของงานที่กำหนด การให้เด็กมีโอกาเลือกทำงานด้วยตนเอง การใช้เพื่อนช่วยสอน (peer tutoring) เป็นต้น

ส่วน Harris, Friedlander, Saddler, Frizzile, and Graham (2005) ศึกษาเรื่อง *Self-monitoring of Attention Versus Self-monitoring of Academic Performance: Effects Among Students with ADHD in the General Education Classroom* ที่ทำการศึกษา กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นนักเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 6 คน โดยสอนให้นักเรียนใช้วิธีการควบคุมตนให้มีสมาธิ (self-monitoring of attention) และการกำกับตน

ในขณะที่ทำงาน (self-monitoring of academic performance) พบว่า ทั้งสองวิธีให้ผลทางบวกต่อพฤติกรรมจดจ่อต่อการทำงาน (students' on task) และการสะกดคำ (spelling study behaviors) การให้ความช่วยเหลือด้วยวิธีการนี้ ทำให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมีความรับผิดชอบในการทำงานมากขึ้น มีอิสระในการทำงาน และเป็นการลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อีกทางหนึ่งด้วย

จากที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยสรุปได้ว่า การให้ความช่วยเหลือด้วยการปรับสภาพแวดล้อมทางการศึกษารวมทั้งการช่วยเหลือทางด้านการเรียนการสอนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นที่จะทำให้เด็กสามารถประสบผลสำเร็จได้ระดับหนึ่งเป็นการเพิ่มจุดแข็งเพื่อลดจุดด้อย หรือป้องกันปัญหาทางพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้นภายหลังนอกจากปัญหาทางด้านผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการ อย่างไรก็ตามมีครูเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ทราบว่าวิธีการดังกล่าวควรนำมาใช้กับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ดังนั้นการฝึกอบรมครูเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจอย่างถูกต้องพร้อมทั้งฝึกทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจึงเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้องค์ประกอบในการให้ความช่วยเหลือเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและเป็นการช่วยเหลือ ที่ทันทั่วถึง อีกทั้งอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดที่มีการวิจัยอย่างเป็นระบบดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบมีดังนี้

เลื่อน สุริหาร และคนอื่น ๆ (2532) วิจัยเรื่อง รูปแบบการจัดการศึกษาที่เอื้อต่อการพัฒนาชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยดำเนินการตามลำดับขั้นดังนี้ (1) การศึกษาและประมวลคุณลักษณะของบุคคลที่เอื้อต่อการพัฒนาชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (2) การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะของบุคคลที่เอื้อต่อการพัฒนาชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการศึกษาหลักสูตรประถมศึกษาที่ใช้ในการจัดการเรียนการสอนของกระทรวงศึกษาธิการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน วิเคราะห์พฤติกรรมการจัดการเรียนสอนของโรงเรียนประถมศึกษาในหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่างแล้วพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่สร้างเสริมคุณลักษณะของบุคคลที่เอื้อต่อ

การพัฒนาชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (3) ทดลองใช้รูปแบบและประเมินผล-
การทดลอง

สมาน อัสวภูมิ (2537) ในหนังสือ *การบริหารและการจัดการศึกษาเขตพื้นที่การศึกษาในประเทศไทยสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ* ได้ทำการพัฒนารูปแบบการบริหารการประถมศึกษาในระดับจังหวัด โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ (1) การศึกษาวิเคราะห์เกี่ยวกับหลักการ และข้อมูลพื้นฐานประกอบการสร้างรูปแบบ (2) การสร้างรูปแบบในขั้นต้น (3) การประมวลความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารการประถมศึกษาในระดับจังหวัด และ (4) การปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาเป็นรูปแบบที่สมบูรณ์

พูนสุข หิงกานนท์ (2540) ศึกษาเรื่อง *การพัฒนารูปแบบการจัดองค์การของวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข* โดยมีขั้นตอนการวิจัย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ขั้นที่ 2 การศึกษาสภาพปัญหาของการจัดองค์กร ของวิทยาลัยพยาบาล ขั้นที่ 3 การสร้างรูปแบบ ขั้นที่ 4 ขั้นทดสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้ และ ขั้นตอนที่ 5 ขั้นปรับปรุงแก้ไขและพัฒนารูปแบบ

สุทัศน์ ขอบคำ (2540) ศึกษาเรื่อง *รูปแบบการกระจายอำนาจการจัดการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ* โดยมีขั้นตอนดำเนินงาน 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการศึกษาทฤษฎี ข้อมูลที่เกี่ยวข้องและความคิดเห็นของผู้บริหารการศึกษาในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค โดยแบ่งออกเป็นขั้นตอนย่อย ได้แก่ (1) การศึกษาทฤษฎี-การกระจายอำนาจการจัดการศึกษา (2) ศึกษาสภาพการกระจายอำนาจการจัดการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการไปสู่จังหวัด ของผู้บริหาร และนักวิชาการ (3) ศึกษาแนวคิด-การกระจายอำนาจการจัดการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการไปสู่จังหวัด (4) ศึกษารูปแบบการกระจายอำนาจจัดการศึกษาของต่างประเทศ และ (5) ศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหาร-การศึกษาทั้งส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคที่มีต่อการกระจายอำนาจการจัดการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการไปสู่จังหวัด และขั้นตอนที่ 2 ขั้นการพัฒนา เป็นการนำเอาผลการศึกษาจากขั้นตอนที่หนึ่งมาสังเคราะห์สร้างรูปแบบจำลองการกระจายอำนาจการจัดการศึกษาโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย ได้แก่ (1) สร้างรูปแบบ

การกระจายอำนาจการจัดการศึกษา (2) สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบที่สร้างขึ้นจากผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 (3) ปรับปรุงรูปแบบ (4) สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบจากผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2 และ (5) ปรับปรุงรูปแบบ

สมศักดิ์ สินธุระเวช (2541) วิจัยเรื่อง การประกันคุณภาพการศึกษา ได้ทำการวิจัยเพื่อนำเสนอรูปแบบระบบการบริหารคุณภาพแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์กรในการบริหารสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 6 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 กำหนดกรอบของแนวคิดในการวิจัย ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์องค์กร ระบบงาน และการประยุกต์การบริหารคุณภาพแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์กร ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบรูปแบบระบบการบริหารคุณภาพแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์กรในสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบรูปแบบระบบบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์กรในสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดจากผู้ทรงคุณวุฒิ ขั้นตอนที่ 5 การปรับปรุงแก้ไขพัฒนาเป็นรูปแบบระบบการบริหารคุณภาพแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์กรในสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด และจัดทำรายงานวิจัย

วิสุทธิ์ วิจิตรพัชรภรณ์ (2547) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาแบบกระจายอำนาจในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานตามแนวทางพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 โดยขั้นตอนการวิจัยแบ่งได้ 5 ขั้นตอน ดังนี้ (1) กำหนดกรอบความคิดในการวิจัย (2) ศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการศึกษาแบบกระจายอำนาจในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน (3) สร้างรูปแบบการจัดการศึกษาแบบกระจายอำนาจในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน (4) ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ และ (5) ปรับปรุงและนำเสนอรูปแบบ

ปิยะพงษ์ ไสยโสภณ (2550) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบ การจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมหมวดวิชาพัฒนาทักษะชีวิต 1 ตามหลักสูตรขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2544 เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนนอกโรงเรียนในทัศนสถานวัยหนุ่มกลาง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบรูปแบบการจัดการเรียนรู้ ขั้นตอนที่ 3 สร้างและตรวจสอบรูปแบบ ขั้นตอนที่ 4

ทดลองรูปแบบ ขั้นตอนที่ 5 หาประสิทธิผลของรูปแบบ และ ขั้นตอนที่ 6 การปรับปรุงรูปแบบ

ธนวัฒน์ ภูมิพรอนันต์ (2551) ศึกษาเรื่อง การศึกษาการทำงานเป็นทีม และการสร้างโมเดล การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาการทำงานเป็นทีมของพนักงาน โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้ ขั้นที่ 1 ศึกษาองค์ประกอบการทำงานเป็นทีมของพนักงาน โดยการวัดและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ขั้นที่ 2 พัฒนาการการทำงานเป็นทีม โดยดำเนินการฝึกอบรมตามแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ขั้นที่ 3 วัดและประเมินผลการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พัชรี ศรีสังข์ (2551) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบ การจัดการเรียนรู้วิชาสังคมศึกษา โดยใช้ชุมชนและประสบการณ์เป็นฐาน เพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ ระยะที่ 1 ประเมินความต้องการจำเป็นในการจัดการเรียนรู้ ระยะที่ 2 ปฏิบัติการแก้ไขปัญหที่รวบรวมได้ ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบจัดการเรียนรู้

ภิญญาพัชญ์ ปลากัดทอง (2551) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญอุปสรรคของนักเรียน ระดับช่วงชั้นที่ 2 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ขั้น ดังนี้ ขั้นที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เพื่อตรวจสอบยืนยันนิยามองค์ประกอบพฤติกรรมบ่งชี้ ในแต่ละองค์ประกอบ และแนวทางในการพัฒนาความสามารถในการเผชิญอุปสรรคโดยผู้เชี่ยวชาญ ขั้นที่ 2 สร้างรูปแบบการเรียนรู้ และเครื่องมือประกอบรูปแบบการเรียนรู้ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ ขั้นที่ 3 ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการเรียนรู้ โดยทำการศึกษานำร่องกับนักเรียนที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ขั้นที่ 4 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการเรียนรู้

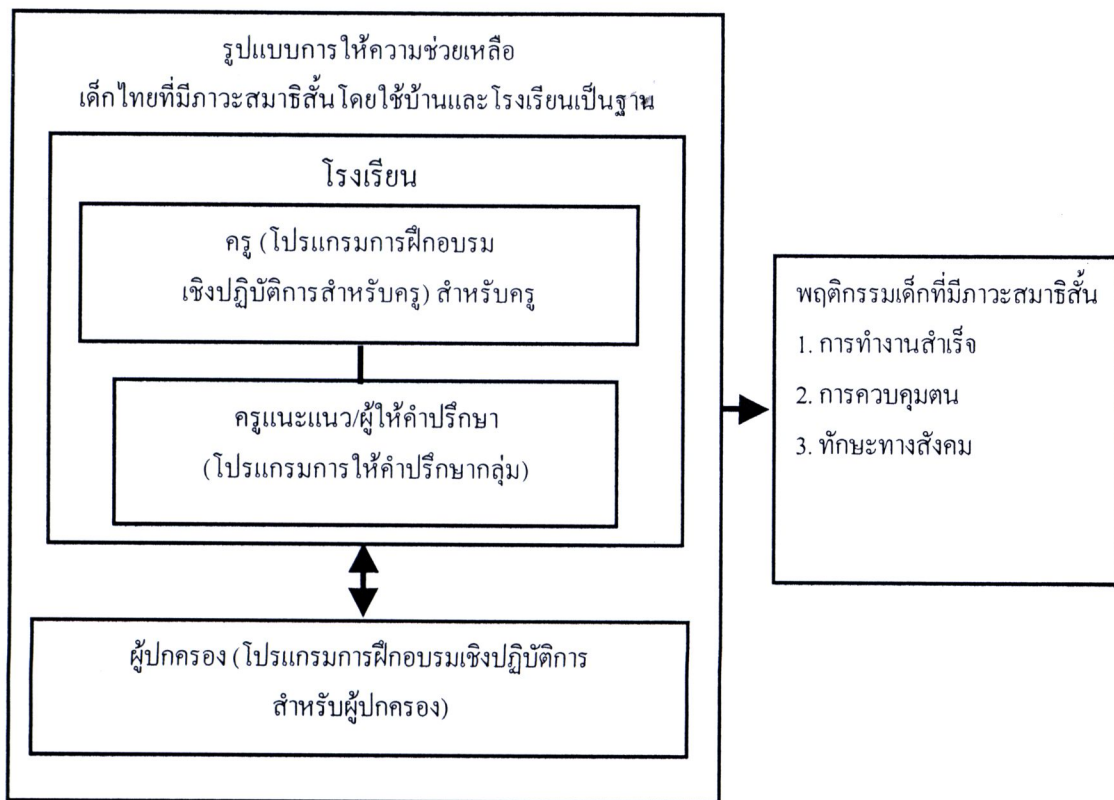
จากการศึกษางานวิจัยที่ได้จากการดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ อาจสรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบเป็นวิธีการปรับปรุงหรือพัฒนาภารกิจหรือแนวคิดที่ได้ดำเนินการมาแล้ว โดยรวมมีขั้นตอนการวิจัยที่สามารถนำมาเป็นแนวทางพัฒนารูปแบบในเรื่องใดเรื่องหนึ่งตามที่สนใจได้ 3 ขั้นตอนหลัก คือ

1. ขั้นการศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงาน เพื่อให้ทราบว่าเป็นเรื่องที่ต้องการพัฒนามีสภาพการดำเนินงานอย่างไรและมีปัญหา อุปสรรคในเรื่องใดบ้าง
2. ขั้นการสร้างรูปแบบ โดยการนำข้อมูลจากหลายแหล่ง มาสังเคราะห์สร้างรูปแบบตามกรอบแนวคิด
3. ขั้นประเมินรูปแบบที่สร้างขึ้น โดยนำรูปแบบพัฒนาขึ้น ไปทดสอบด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสม กับลักษณะของงานที่ศึกษาวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามแนวทางการพัฒนารูปแบบ 3 ขั้นตอน ที่กล่าวมา คือ (1) มีการศึกษานำร่องสภาพปัญหา เพื่อตรวจสอบความเป็นปัจจุบัน (2) สร้างรูปแบบโดยสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร และการศึกษา นำร่อง และ (3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ สรุปรายงานผล การสร้างและพัฒนารูปแบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยเลือกศึกษาตามแนวคิดทางนิเวศวิทยา และการให้ความช่วยเหลือทางจิตสังคม โดยแนวคิดแรกใช้บ้านและโรงเรียนเป็นฐาน ส่วนแนวคิดหลังนำมาใช้ด้านวิธีการด้วยการฝึกอบรมพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง การฝึกอบรมครู และการให้คำปรึกษากลุ่ม สำหรับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ในส่วนของตัวแปรตามผู้วิจัยได้นำปัญหาที่พบจากการค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยและการศึกษานำร่องโดยเลือกศึกษาพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การทำงานสำเร็จ การควบคุมตน และทักษะทางสังคม กรอบแนวคิด ดังแสดงในภาพ 9



ภาพ 9 กรอบแนวคิดการวิจัย