

การศึกษาผลการปรับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับการปรับพฤติกรรม

โดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

ปริญญาานิพนธ์

ของ

ปิยนุช ภมรกุล

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญา การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ

พฤษภาคม 2550

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

081585 ๕

การศึกษาผลการปรับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับการปรับพฤติกรรม
โดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

บทคัดย่อ
ของ
ปิยนุช ภมรกุล

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญา การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ
พฤษภาคม 2550

ปิยนุช ภมรกุล. (2550). การศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการปรับพฤติกรรม โดยโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม (การศึกษาพิเศษ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
คณะกรรมการควบคุม : อาจารย์ ดร.กุลยา ก่อสุวรรณ, รองศาสตราจารย์วิราพร พงศ์อาจารย์

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมาย เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการปรับพฤติกรรม โดยโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นเด็กอายุ 9 – 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น โดย DSM-IV จากโรงพยาบาลพุทธชินราช อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 3 คน เลือกโดยวิธีเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น แบบสำรวจตัวเสริมแรง และโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

แบบแผนการวิจัยเป็น Single Subject Design รูปแบบ A – B – A – B แบบสลับกลับ 4 ระยะ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 40 นาที ซึ่งแบ่งการทดลองเป็น 4 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นระยะเส้นฐาน ระยะที่ 2 เป็นระยะการจัดกระทำ เป็นการฝึกโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง ระยะที่ 3 เป็นระยะถอดถอน คือ หยุดการฝึกโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง ระยะที่ 4 เป็นระยะการจัดกระทำ ซึ่งเป็นการฝึกโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองอีกครั้ง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ และแสดงผลวิจัยด้วยกราฟ

ผลการวิจัยพบว่า

เด็กสมาธิสั้นทั้ง 3 คน ที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลง

A STUDY ON HYPERACTIVE AND IMPULSIVE BEHAVIORS OF
CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY
DISORDER USING SELF – CONTROL PROGRAM

AN ABSTRACT
BY
PIYANUCH PAMONKUL

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Special Education
at Srinakharinwirot University

May 2007

Piyanuch Pamonkul. (2007). *A Study on Hyperactive and Implusive Behaviors of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder Using the Self – Control Program*. Master thesis, M.Ed. (Special education). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Dr. Kullaya Kosuwan, Assoc. Prof. Wiraporn Pongarjam.

The purpose of this research was to study on hyperactive and implusive behaviors of children with attention deficit hyperactivity disorder using the self – control program.

Participants in this study were 3 children ranging from 9 to 12 years of age who were diagnosed as Attention Deficit Hyperactivity Disorder from DSM–IV criteria. The participants were selected using purposive sampling. The instruments were the behaviors observation sheet, the reinforcement survey and the self – control program.

An A – B – A – B Single Subject Design was utilized in the study. The duration of this study was sixteen weeks, 40 minutes per session a week. The study was conducted in four phases. In the first phase, baseline data were collected. In the second phase, the self – control program was used to reduce hyperactive and implusive behaviors of 3 children. In the third phase, the self – control program was withdrawl. In the fourth phase, the self – control program was readministered to reduce hyperactive and implusive behaviors of 3 children. The statistics used in this study were frequency, percentage and means. The data were presented using line graphs

The finding was as follows :

The hyperactive and implusive behaviors of the 3 children with attention deficit hyperactivity disorder decreased after using the self – control program.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

การศึกษาผลการปรับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับการปรับพฤติกรรม
โดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

ของ
ปิยนุช ภมรกุล

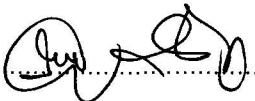
ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตมหาวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)


วันที่... 8 ... เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2550

คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

 ประธาน
(อาจารย์ ดร.กุลยา ก่อสุวรรณ)

 กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ วิราพร พงศ์อาจารย์)

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

 ประธาน
(ศาสตราจารย์ ดร.ผดุง ชารยะวิญญู)

 กรรมการ
(อาจารย์ ดร.กุลยา ก่อสุวรรณ)

 กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ วิราพร พงศ์อาจารย์)

 กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ศิริวิมล ใจงาม)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ดี ด้วยความกรุณาอย่างสูง และการสนับสนุนของ ดร.กุลยา ก่อสุวรรณ ประธานควบคุมปริญญาานิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร.ผดุง อารยะวิญญู รองศาสตราจารย์วิราพร พงศ์อาจารย์ และ ดร.ศิริวิมล ใจงาม ซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือให้คำแนะนำ ข้อเสนอตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ได้รับเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ช่อลัดดา ขวัญเมือง อาจารย์วารสารศรีเงิน และ อาจารย์จินตนา ปาลิวนิช ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือ และให้คำแนะนำต่างๆ เป็นอย่างดียิ่ง

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ ภาควิชาการศึกษาพิเศษทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา ทั้งสอง รวมทั้งสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่ให้การสนับสนุน และเป็นกำลังใจมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลพิษณุโลก โรงเรียนวัดเทศบาล 3 และอาจารย์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และอำนวยความสะดวกตลอดมา

ขอบคุณนักเรียนที่ร่วมการทดลองทุกคนที่ให้ความร่วมมือ และตั้งใจในการปฏิบัติกรรมในการทำวิจัยครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์ของปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอน้อมเป็นเครื่องบูชาแต่คุณบิดา มารดา บุรพจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ได้กรุณาอบรมสั่งสอนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ให้มีความมานะบากบั่น อดทน ในการศึกษาค้นคว้าจนปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ปิยนุช ภมรกุล

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย	3
ความสำคัญของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	3
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	3
ตัวแปรที่ศึกษา	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
สมมุติฐาน	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น	6
ความหมายของโรคสมาธิสั้น	7
สาเหตุของโรคสมาธิสั้น	9
ระบาดวิทยาของโรคสมาธิสั้น	12
วิธีการประเมินโรคสมาธิสั้น	13
เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น	16
ชนิดของโรคสมาธิสั้น	17
ความผิดปกติที่พบร่วมในเด็กสมาธิสั้น	19
ผลกระทบของโรคสมาธิสั้น	20
การรักษาโรคสมาธิสั้น	23
การพยากรณ์โรคสมาธิสั้น	26
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง	28
แนวคิดพื้นฐานและความหมาย	28
เทคนิคการควบคุมตนเอง	30

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมตนเอง	34
วิธีดำเนินการควบคุมตนเอง	33
ข้อดีของการควบคุมตนเอง.....	35
ข้อควรพิจารณาในการควบคุมตนเอง	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง	38
เอกสารที่เกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	40
ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	40
พัฒนาการของการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	41
ประเภทของการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	43
ระดับของการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	43
ความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	44
แนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	46
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการวิจัยแบบ Single Subject Design	48
ความหมายของการวิจัยแบบ Single Subject Design	48
ลักษณะของการวิจัยแบบ Single Subject Design	49
หลักการควบคุม Single Subject Design	50
รูปแบบของ Single Subject Design	50
การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล	56
ข้อดีและข้อจำกัดของ Single Subject Design	57
3 วิธีการดำเนินการ	59
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	60
แบบแผนการทดลอง	65
วิธีดำเนินการทดลอง	66
การวิเคราะห์ข้อมูล	68

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ)	
สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล	68
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย.....	69
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	85
ความมุ่งหมายของการวิจัย	85
สมมุติฐาน	85
ความสำคัญของการวิจัย	85
ขอบเขตของการวิจัย	85
ตัวแปรที่ศึกษา	85
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	86
วิธีดำเนินการทดลอง	86
การวิเคราะห์ข้อมูล	87
สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	88
อภิปรายผลการวิจัย.....	88
ข้อเสนอแนะในการวิจัย.....	91
บรรณานุกรม	93
ภาคผนวก.....	98
ภาคผนวก ก.ประวัติผู้เชี่ยวชาญ.....	99
ภาคผนวก ข. โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง.....	101
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	129

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 โรคที่มักพบร่วมกันกับโรคสมาธิสั้น.....	19
2 ความถี่และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมอยู่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น คนที่ 1 จากการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้วิจัยและนักเรียน.....	70
3 ความถี่และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมอยู่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น คนที่ 2 จากการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้วิจัยและนักเรียน.....	75
4 ความถี่และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมอยู่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น คนที่ 3 จากการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้วิจัยและนักเรียน.....	80

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 ภาพการเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self – esteem).....	42
2 กราฟแสดง Single Subject Design รูปแบบ A – B.....	51
3 กราฟแสดง Single Subject Design รูปแบบ A – B – A	52
4 กราฟแสดง Single Subject Design รูปแบบ A – B – A – B	53
5 กราฟแสดง Single Subject Design รูปแบบ Multiple – Baseline Design Across Subjects.....	55
6 กราฟแสดงความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น คนที่ 1.....	72
7 กราฟแสดงความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น คนที่ 2.....	77
8 กราฟแสดงความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น คนที่ 3.....	82

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

เด็กสมาธิสั้นเป็นกลุ่มเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มเด็กด้อยความสามารถในการเรียนกลุ่มใหญ่กลุ่มหนึ่ง เรียกกันย่อ ๆ ว่า ADHD (attention deficit / hyperactivity disorder) (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2545 : 376) โดยพบได้ร้อยละ 5 ของเด็กวัยเรียน จากข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2543 พบว่า ในประเทศไทยมีเด็กวัย 5 – 14 ปี จำนวน 500,000 คน ที่เป็นโรคสมาธิสั้น (ชาญวิทย์ พรนพดล. 2547 : 256) จากการศึกษา พบว่า เด็กสมาธิสั้นจะมีลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกเด่นชัด 3 ลักษณะ ได้แก่ ขาดสมาธิ (inattention) หุนหันพลันแล่น (impulsivity) และซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) พฤติกรรมเหล่านี้แสดงให้เห็นปรากฏก่อนอายุ 7 ขวบ และต้องแสดงออกต่อเนื่องยาวนานพอสมควรมีความรุนแรงที่กระทบต่อพัฒนาการ และการปรับตัวด้านต่างๆ จนทำให้เด็กไม่สามารถประพฤติตนได้ตามที่คนทั่วไปคาดหวังในสถานการณ์ต่างๆ ได้ (นางพวง ลีมสุวรรณ. 2542) อันจะก่อให้เกิดความเสี่ยงและปัญหาหลาย ๆ เรื่องในการดำรงชีวิต ทั้งปัญหาระยะสั้นและปัญหาระยะยาว เช่น ปัญหาการเรียน มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความอดกลั้นน้อย มีความภูมิใจในตนเองต่ำ (low self esteem) มีปัญหาในการปรับตัวทั่วไป พฤติกรรมของเด็กเหล่านี้ก่อให้เกิดความยุ่งยากกับบุคคลในครอบครัว และกับบุคคลนอกบ้าน (เช่น ครู เพื่อน ที่โรงเรียน และสนามเด็กเล่น) ลักษณะ ADHD ไม่เพียงแต่เป็นปัญหาในวัยเด็กเท่านั้น แต่จะมีผลต่อเนื่องไปถึงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกวิธี ในปัจจุบันมีสรุปผลการศึกษาระยะหนึ่ง ในสามของเด็กที่มีลักษณะ ADHD จะยังคงแสดงอาการ ADHD ในวัยผู้ใหญ่อยู่บ้าง บางรายที่เข้าสู่วัยผู้ใหญ่แล้วอาจยังแสดงอาการเต็มรูปแบบอีกด้วย ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีโอกาสและความเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพทางจิตอื่น ๆ ได้แก่ การขาดทักษะทางสังคม (poor social skills) และปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น (difficulty with social interaction) โรคซึมเศร้า (depression) พฤติกรรมต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder) การติดสารเสพติด (substance abuse) โรคติดสุราเรื้อรัง (alcoholism) และนำไปสู่การกระทำผิดกฎหมาย (legal problems) มีโอกาสเป็นอาชญากรรมสร้างปัญหาให้กับสังคมได้

เด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักมีปัญหที่พบบ่อยที่สุดคือ ปัญหาด้านการเรียน (ชาญวิทย์ พรนพดล. 2545) มักมีผลการเรียนตกต่ำ แม้ระดับสติปัญญาปกติ (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2545 : 377) โดยเด็กมักมีลักษณะต่าง ๆ ในชั้นเรียนคือ เสียสมาธิง่าย ไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง ไม่มีสมาธิในการเรียน

หรือทำได้แต่ในระยะเวลาดั้ง ๆ มีท่าทางหลุกหลิก เคลื่อนไหวอยู่เสมอ อาจดูจากที่นั่งเดินไปเดินมา (ผดุง อารยะวิญญู. 2544 : 1 - 2) ครูจึงมักมองเห็นปัญหาของเด็กกลุ่มนี้ชัดเจนมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ และส่งเด็กมารับการรักษาจากแพทย์มากที่สุด ด้านการช่วยเหลือทางการแพทย์นั้น มีผู้ศึกษาค้นคว้าเพื่อหาทางช่วยเหลือแก้ไขมานานแล้ว โดยการใช้ยา (pharmacological treatment) ในกลุ่ม psycho stimulants และกลุ่ม antipsychotic ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพดี และปลอดภัย (สุวรรณณี พุทธิศรี. 2548 : 464) ทำให้ปัญหาด้านสมาธิลดลง แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าเด็กบางกลุ่มมีการตอบสนองไม่ดีนัก และบางรายแม้ว่าอาการขาดสมาธิและพฤติกรรมบางอย่างที่เป็นปัญหาจะดีขึ้น แต่ก็ยังคงมีปัญหาด้านการปรับตัวและด้านสังคมอยู่ เด็กจึงควรได้รับการปรับพฤติกรรมร่วมด้วย เช่น การฝึกการจัดการปัญหา (problem – solving ability) วิธีการใช้เวลาออก (time out) การให้การเสริมแรง (Reinforcement) การฝึกการจัดการตนเอง (self – management) และการฝึกควบคุมตนเอง (self – control) เป็นต้น

จากการศึกษา พบว่า วิธีการควบคุมตนเอง (self – control) เป็นวิธีการปรับพฤติกรรมที่มีแนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขการกระทำ (operant conditioning) ของสกินเนอร์ (Skinner) ซึ่งมีกระบวนการสำคัญ คือ การเตือนตนเอง (self – monitoring) และการเสริมแรง (reinforcement) เป็นวิธีการที่ทำให้บุคคลสามารถคุมตนเองและปรับพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง อันจะทำให้การช่วยเหลือมีประสิทธิภาพสูงสุด เนื่องจากผู้บำบัดมีได้อยู่กับเด็กตลอดเวลา และจากการวิจัยต่างๆ พบว่า วิธีการควบคุมตนเอง (self – control) ใช้ได้กับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหลายอย่างเช่น หุนหันพลันแล่น การรบกวนในชั้นเรียน เป็นต้น (สมโภชน์ เขียมสุภาจิต. 2545)

ทั้งนี้เมื่อได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับสภาพปัญหาและแนวทางการช่วยเหลือดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการที่จะศึกษาการปรับพฤติกรรมการอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง (self-control) เพื่อให้ครูและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาพิเศษ ได้ใช้เป็นแนวทางในการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อันจะทำให้ปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นลดลง ส่งผลเด็กมีปัญหาด้านการเรียนลดลงและมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีขึ้นต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการปรับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น อายุ 9 – 12 ปี ที่ได้รับการปรับพฤติกรรม โดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

ความสำคัญของการวิจัย

ผลของการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับครู และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาพิเศษได้ใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และส่งเสริมพัฒนาการตามศักยภาพต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเด็กอายุ 9 – 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น โดยใช้ DSM – IV

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นเด็กอายุ 9 – 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น โดยใช้ DSM – IV จากโรงพยาบาลพุทธชินราช อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 3 คน เลือกโดยวิธีเจาะจง (Purposive Sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ คือ การใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง (Self – Control)
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง หมายถึง วิธีการที่ใช้ลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมีกระบวนการที่สำคัญ 2 ส่วน ได้แก่
 - 1.1 กระบวนการสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อสร้างความตระหนักและแรงจูงใจในการลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น
 - 1.2 การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง ร่วมกับการได้รับรางวัลตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ เมื่อพฤติกรรมเป้าหมาย คือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลง

2. **พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง** หมายถึง การแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสมในชั้นเรียน ในขณะที่ครูกำลังสอน หรือต้องทำงานที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งเป็นงานต้องทำอยู่กับที่ ได้แก่

2.1 การลุกออกจากที่นั่ง หมายถึง การลุกขึ้นจากที่นั่ง หรือการลุกขึ้นแล้วเดินออกจากที่นั่งไปยังที่อื่น โดยละสายตาคาครู หรืองานที่ได้รับมอบหมาย

2.2 การล้อเลียน หมายถึง การพูดและแสดงท่าทางต่างๆ ที่ทำให้ผู้ถูกล้อเลียนไม่พอใจ เช่น การพูดทวนคำของผู้อื่น การทำปากขมุบขมิบ การทำหน้าหยอกล้อ (แลบลิ้น ตาเหลือก ทำท่าตลก) แก่ผู้อื่น

2.3 การแสดงท่าทางเพื่อเรียกร้องความสนใจ หมายถึง การทำกิริยาต่างๆ ต่อผู้อื่น เพื่อให้ผู้อื่นสนใจ เช่น การสะกิด การมองจ้อง การโบกมือ การเรียกชื่อ การชวนเล่นของเล่น การแย่งของ เพื่อให้ผู้อื่นหันมามอง หรือเล่นกับตนเอง

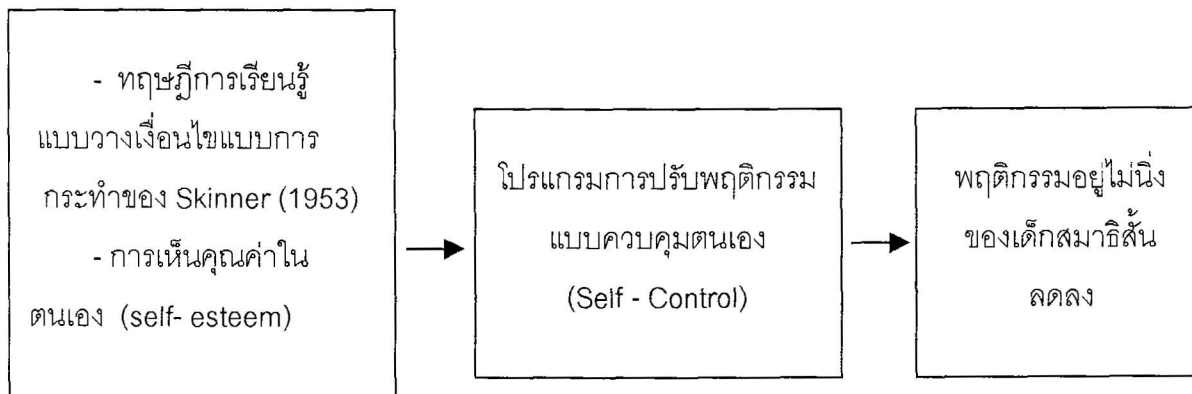
2.4 การพูดโพล่งขัดจังหวะ หมายถึง การพูดแทรกในขณะที่ผู้อื่นกำลังพูด โดยไม่รอให้ผู้อื่นพูดจบประเด็นเสียก่อน

2.5 การเล่นคนเดียว เหม่อลอย หมายถึง การแสดงท่าทางเล่นคนเดียวอยู่กับที่นั่ง เช่น เล่นใต้โต๊ะ เล่นไม้บรรทัด ยางลบ การไม่สนใจสิ่งที่ครูพูดขณะกำลังสอน โดยหันหน้ามองสิ่งอื่นที่ไม่ใช่ครู การก้มจับส่วนต่างๆ ของร่างกายซ้ำ ๆ เช่น จับขา ก้มจับรองเท้า ก้มเก็บสิ่งของที่ตกพื้น เป็นต้น

พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งวัดได้โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. **เด็กสมาธิสั้น** หมายถึง นักเรียน อายุ 9 - 12 ปี ที่มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM - IV

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมุติฐานในการวิจัย

เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการปรับพฤติกรรมโดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น
 - 1.1 ความหมายของโรคสมาธิสั้น
 - 1.2 สาเหตุของโรคสมาธิสั้น
 - 1.3 ระบาดวิทยาของโรคสมาธิสั้น
 - 1.4 วิธีการประเมินโรคสมาธิสั้น
 - 1.5 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น
 - 1.6 ชนิดของโรคสมาธิสั้น
 - 1.7 ความผิดปกติที่พบร่วมในเด็กสมาธิสั้น
 - 1.8 ผลกระทบของโรคสมาธิสั้น
 - 1.9 การรักษาโรคสมาธิสั้น
 - 1.10 การพยากรณ์โรคสมาธิสั้น
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง
 - 2.1 แนวคิดพื้นฐานและความหมาย
 - 2.2 เทคนิคการควบคุมตนเอง
 - 2.3 วิธีดำเนินการควบคุมตนเอง
 - 2.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมตนเอง
 - 2.5 ข้อดีของการควบคุมตนเอง
 - 2.6 ข้อควรพิจารณาในการควบคุมตนเอง
 - 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง
3. เอกสารที่เกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง
 - 3.1 ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง
 - 3.2 พัฒนาการของการเห็นคุณค่าในตนเอง
 - 3.3 ประเภทของการเห็นคุณค่าในตนเอง
 - 3.4 ระดับของการเห็นคุณค่าในตนเอง

- 3.5 ความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง
- 3.6 แนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง
- 4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการวิจัยแบบ single subject design
 - 4.1 ความหมายของการวิจัยแบบ single subject design
 - 4.2 ลักษณะของการวิจัยแบบ single subject design
 - 4.3 หลักการควบคุม single subject design
 - 4.4 รูปแบบของ single subject design
 - 4.5 การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล
 - 4.6 ข้อดีและข้อจำกัดของ single subject design

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น

1.1 ความหมายของโรคสมาธิสั้น

สุวรรณณี พุทธิศรี (2548 : 461) ได้กล่าวถึงโรคสมาธิสั้นไว้ว่า เป็นโรคทางจิตเวชซึ่งมีลักษณะความผิดปกติที่เด่นชัดมีอยู่ 3 ประการ คือ inattentiveness คือ มีช่วงสมาธิสั้นกว่าปกติ hyperactivity อยู่ไม่นิ่ง อยู่ไม่สุข ซุกซนผิดปกติ และ impulsivity หุนหันพลันแล่น ขาดการยับยั้ง ชั่งใจในการกระทำต่างๆ

ชาญวิทย์ พรนภดล (2547 : 257) ได้กล่าวถึงโรคสมาธิสั้นไว้ว่า โรคสมาธิสั้น คือ กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก (ก่อนอายุ 7 ขวบ) ที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ซึ่งมีผลกระทบต่อกิจกรรม อารมณ์ การเรียน และการเข้าสังคมกับผู้อื่นของเด็ก กลุ่มอาการนี้ประกอบด้วย อาการขาดสมาธิ (attention deficit) อาการหุนหันพลันแล่น ใจวู่วาม (impulsivity) อาการซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity)

เด็กบางคนมีอาการซน หุนหันพลันแล่น ใจวู่วาม เป็นอาการเด่น ซึ่งมักพบได้บ่อยในเด็กผู้ชายมากกว่า แต่เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นบางคนอาจไม่ซน แต่มีอาการขาดสมาธิเป็นหลัก ซึ่งพบบ่อยได้ในเด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชาย

อลิสสา วัชรสินธุ (2546 : 61) ได้กล่าวถึงโรคสมาธิสั้นไว้ว่า อาการสมาธิสั้น ซนอยู่ไม่นิ่ง มีชื่อเรียกต่าง ๆ กัน ในระบบการจำแนกโรค หรือความผิดปกติทางจิตเวช ในปัจจุบันทั้งระบบ DSM – IV และ ICD – 10 มีเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นได้แน่นอน โดยใน DSM – IV เรียกว่า attention – deficit hyperactivity disorder ส่วนใน ICD – 10 เรียกว่า hyperkinetic disorder อาการสำคัญของโรคสมาธิสั้นประกอบด้วย 3 อาการ คือ สมาธิสั้น (inattentiveness) ซน อยู่ไม่นิ่ง (restlessness) หุนหันพลันแล่น ทำอะไรไม่ยั้งคิด (impulsiveness)

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545 : 376 – 378) ได้กล่าวถึงโรคสมาธิสั้นไว้ว่า เด็ก ADHD หมายถึงเด็กที่มีพฤติกรรมที่แสดงออกเด่น ๆ 3 ลักษณะ ได้แก่ (1) ขาดสมาธิ (inattention) (2) หุนหันพลันแล่น (impulsivity) และ (3) ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) พฤติกรรมเหล่านี้แสดงให้ปรากฏก่อนอายุ 7 ขวบ และต้องแสดงออกยาวนานต่อเนื่องพอสมควร มีความรุนแรงที่กระทบต่อพัฒนาการ และการปรับตัวด้านต่าง ๆ ทำให้เด็กไม่สามารถประพฤติตนได้ตามที่คนทั่วไป คาดหวังว่าเขาควรประพฤติตนในสถานการณ์นั้น ๆ ใดๆ จึงทำให้เขามีปัญหาในการเรียนและด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและผู้ใหญ่

ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล (2545 : 5) ได้กล่าวถึงโรคสมาธิสั้นไว้ว่า เป็นโรคที่มีความบกพร่องในเรื่องของสมาธิและ/หรือมีอาการซน หุนหัน พลันแล่น โดยทั่วไปบิดามารดา และครูสังเกตเห็นว่าเด็กมีอาการใจลอย ทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่เสร็จ หรือต้องมีคนเฝ้าให้ทำงานจึงจะทำงานเสร็จ ถูกหันเหความสนใจง่าย มักทำของหายเป็นประจำ นั่งอยู่กับที่ไม่ได้นาน พุดมาก และมักคุยในห้องเรียนเป็นประจำ ใจร้อน ไม่ยอมรอ มักสอดแทรกเวลาที่ผู้อื่นกำลังคุยกัน อาการเหล่านี้ต้องเป็นนานกว่า 6 เดือน และบางอาการต้องเกิดก่อนอายุ 7 ปี

ผดุง อารยะวิญญู (2544 : 1) ได้กล่าวถึงคำว่าสมาธิสั้นไว้ว่า สมาธิสั้น เป็นคำรวม หมายถึงเด็กกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งใน 2 ประเภทต่อไปนี้

1) สมาธิสั้นอย่างเดียว ตรงกับภาษาอังกฤษว่า attention deficit disorder ใช้ตัวย่อว่า ADD

2) สมาธิสั้น และไม่อยู่นิ่ง หรืออยู่นิ่งเฉยไม่ได้ ตรงกับภาษาอังกฤษว่า attention deficit hyperactivity disorder ใช้ตัวย่อว่า ADHD

เฟเดม (Fedem. 2004 : 143 – 144) ได้กล่าวถึงโรคสมาธิสั้นว่า เป็นลักษณะที่แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของปัญหาด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านการเรียน

ฮันท์; และ มาร์แชล (Hunt; & Marshall. 1999 : 210) ได้กล่าวถึงโรคสมาธิสั้นไว้ว่า การที่บุคคลไม่สามารถสนใจ หรือจดจ่อต่อการทำงานและมีการเคลื่อนไหวอย่างมาก ซึ่งอาการของโรคสมาธิสั้น สามารถจัดกลุ่มได้ 2 กลุ่ม คือ สมาธิสั้น (inattention) อาการซน – หุนหันพลันแล่น (hyperactivity – impulsivity)

จากความหมายดังที่ได้กล่าวมา สรุปได้ว่า โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวช ซึ่งมีชื่อเรียกแตกต่างกันตามระบบจำแนกโรค ใน DSM – IV เรียกว่า attention – deficit hyperactivity disorder ส่วนใน ICD – 10 เรียกว่า hyperkinetic disorder โดยเด็กสมาธิสั้นจะมีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ที่มีอาการสำคัญเด่นชัด 3 ประการ คือ สมาธิสั้น (inattentiveness) อาการอยู่นิ่ง ซุกซน

ผิดปกติ (hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (impulsiveness) ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาจเป็นสาเหตุของปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านการเรียน เป็นต้น

1.2 สาเหตุของโรคสมาธิสั้น (Cause of ADHD)

สุวรรณี พุทธิศรี (2548 : 462) ได้กล่าวถึงสาเหตุของสมาธิสั้นไว้ว่า ปัจจุบันยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัด ที่ก่อให้เกิดอาการของโรคนี้ได้ แต่พบว่าหลายปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น พันธุกรรม สารสื่อประสาทบางชนิด ความผิดปกติของการทำงานของสมองบางส่วน ภาวะตื่นตัวของระบบประสาทผิดปกติ เป็นต้น

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2548 : 378) ได้กล่าวถึงสาเหตุของโรคสมาธิสั้นไว้ว่า สภาวะ ADHD เกิดจากปัจจัยที่ร่วมหลายประการ เช่น ความบกพร่องทางพันธุกรรม ความบกพร่องทางระบบประสาท การคลอดที่ผิดปกติ การขาดวิตามินบางประเภท ทุพโภชนาการ การพัฒนาการวัยก่อนคลอดที่ผิดปกติและอื่น ๆ

อลิสซา วัชรสินธุ (2546 : 65) ได้กล่าวถึงสาเหตุของโรคสมาธิสั้นไว้ว่า มีหลักฐานจากการศึกษาครอบครัวฝาแฝด และบุตรบุญธรรม ว่าปัจจัยทางพันธุกรรม เป็นสาเหตุสำคัญของโรคสมาธิสั้น เด็กที่เป็นโรคทางสมอง หรือโรคลมชัก มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคสมาธิสั้นและชน มีหลักฐานทางด้านประสาทวิทยา (neuroimagine and neuropsychology) ว่าอาการชนหรือสมาธิสั้นอาจเกิดจากการทำงานด้านการยับยั้งของสมองส่วนหน้าที่ลดลง (reduction in the normal inhibitory function of the frontal lobe) มีความสนใจศึกษาความผิดปกติของสารสื่อประสาทและสารเคมีอื่น ๆ เนื่องจากมีหลักฐานการตอบสนองต่อยากระตุ้นสมอง (stimulant) อย่างชัดเจน แต่ไม่สามารถพบและสรุปความผิดปกติได้ มีรายงานว่าโรคสมาธิสั้นถูกกระตุ้นจากปฏิกิริยาจากอาหารและเครื่องดื่มบางชนิด ความผิดปกติระหว่างคลอด และสารตะกั่วในเลือดพบได้แต่ไม่บ่อย

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นที่สำคัญคือ การขาดแคลน (deprivation) และถูกเลี้ยงให้เติบโตในสถานเลี้ยงเด็ก (institutional rearing) มีหลักฐานว่าท่าทีของพ่อ แม่ ผู้ปกครองและเพื่อนที่มีต่อเด็กสมาธิสั้น มีผลต่อการพยากรณ์โรค กล่าวถึงผู้ปกครองที่ตอบสนองด้วยการวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) เย็นชา (Cold) และไม่สนใจเกี่ยวข้องด้วย (lack of involvement) จะทำให้เด็กมีโอกาสเกิดการท้าทาย ก้าวร้าว และต่อต้านสังคมมากขึ้น

คันสนีย์ ฉัตรคุปต์ (2545 : 76) ได้กล่าวถึงสาเหตุของโรคสมาธิสั้นไว้ว่า สภาวะสมาธิสั้นเกิดจากความผิดปกติทางสมอง ซึ่งจะทำให้เด็กหรือผู้ใหญ่คนนั้นไม่สามารถควบคุมตนเองให้มีสมาธิ นาน ๆ ได้ตามปกติ เป็นความผิดปกติของสมองส่วนหน้า เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกันความคิด การอ่าน การเรียนรู้ทั้งหลาย ปกติสมองของคนเราจะมีสารเคมีเยอะเยอะหลายตัว และเพราะเซลล์ประสาทแต่

ละตัวจะติดต่อส่งข้อความทั้งหลายด้วยระบบสารเคมี ซึ่งหลังจากปล่อยสารเคมีออกมาแล้วก็จะเกิดปฏิกิริยากระแสไฟฟ้าเล็ก ๆ วิ่งไปตามเส้นประสาท เราเชื่อกันว่าเด็กที่สมาธิสั้นมีความไม่สมดุลกันของสารเคมีในสมอง ทำให้เขาไม่สามารถควบคุมตนเองให้นิ่ง หรือมีสมาธิได้

ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล (2545 : 5 – 6) ได้กล่าวถึงสาเหตุของโรคสมาธิสั้นไว้ว่า สาเหตุของ ADHD มีทั้งสาเหตุจากกรรมพันธุ์ ความผิดปกติของสารสื่อประสาทและปัจจัยภายนอก ที่มากระทบต่อสมอง

1. กรรมพันธุ์ จากการศึกษาคู่แฝดพบว่า เกิดแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันเป็น ADHD เหมือนกันร้อยละ 51 – 80 ของคู่แฝดนั้น ส่วนเด็กแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ จะเป็น ADHD เหมือนกันเพียงร้อยละ 29-33 ของคู่แฝด

2. สารสื่อประสาท ซึ่งสารสื่อประสาทที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ ADHD ได้แก่ dopamine, norepinephrine, serotonin, glutamate และ GABA มีหลักฐานมากมายว่าสารสื่อประสาทแต่ละตัวน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ADHD เช่น หลักฐานที่สนับสนุนว่า dopamine มีส่วนเกี่ยวข้องกับ ADHD คือ การให้ยา psychostimulant ซึ่งเพิ่มสาร dopamine ทำให้อาการ ADHD ดีขึ้นอย่างชัดเจน เป็นต้น

3. โรคทางกาย ซึ่งโรคทางกายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ ADHD ได้แก่

3.1 Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infections (PANDAS) ที่รู้จักกันดีคือ obsessive compulsive disorder และ tic disorder จากการศึกษาคู่แฝดร้อยละ 40 ของ PANDAS มี ADHD ร่วมด้วย

3.2 Generalized resistance to thyroid hormone (GRTH) ซึ่งเกิดจาก autosomal dominant mutation ใน thyroid receptor ซึ่งอยู่บนโครโมโซม 3 ทำให้ส่วนต่าง ๆ ไม่ตอบสนองต่อไทรอยด์ฮอร์โมน จากการศึกษาคู่แฝดร้อยละ 50 ของ GRTH เป็น ADHD แต่ในทางกลับกัน เด็ก ADHD ส่วนน้อยมากที่เป็น GRTH และ เด็กที่เป็น ADHD มีปัญหาเรื่องไทรอยด์พอ ๆ กับประชากรทั่วไป ในทางปฏิบัติจึงไม่ต้องตรวจวัดการทำงานของไทรอยด์ในผู้ป่วย ADHD

3.3 เด็กขาดสารอาหารอย่างรุนแรงในขวบปีแรก มีถึงร้อยละ 60 ที่มีอาการขาดสมาธิอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นจนถึงวัยรุ่น นอกจากนี้เด็กที่เป็น pyloric stenosis มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิด ADHD ในเวลาต่อมา ถึงแม้จะได้รับการผ่าตัดภายในอายุ 2 เดือนแล้วก็ตาม

4. ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อสมอง ซึ่งปัจจัยภายนอกมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ADHD ได้แก่

4.1 การที่สมองได้รับการกระทบกระเทือน เช่น ช็อกคลอดมีปัญหา หรือเด็กขาดออกซิเจน

4.2 ช่วงอยู่ในท้องได้รับสาร เช่น ตะกั่ว แอลกอฮอล์ นิโคติน

4.3 น้ำหนักแรกเกิดน้อย

4.4 เป็นโรคลมชัก หรือได้รับยากันชัก เช่น phenobarbital

5. ความผิดปกติของสมอง เมื่อวัดการไหลเวียนของเลือดในสมองพบว่า เด็กที่เป็น ADHD ซึ่งมีเลือดไปที่ occipital และ temporal มาก แต่ไหลไปที่ frontal lobe และ basal ganglia น้อย เมื่อใช้ยา stimulant ปริมาณเลือดไหลไปที่ basal ganglia เพิ่มขึ้น (basal ganglia เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับสาร dopamine) นอกจากนี้ เมื่อดู PET scan ของผู้ใหญ่ที่เป็น ADHD พบว่าสมองหลายส่วนโดยเฉพาะส่วน prefrontal และ premotor cortex มี glucose metabolism ลดลง

ผดุง อารยะวิญญู (2544 : 5) ได้กล่าวถึงสาเหตุของโรคสมาธิสั้นไว้ดังนี้ คือ

1. กรรมพันธุ์ สังกัดได้จากเมื่อพบว่าเด็กสมาธิสั้นอยู่ในครอบครัวอาจมีพี่น้อง หรือญาติของเด็กมีอาการสมาธิสั้นด้วย

2. สารเคมีในสมอง แพทย์ทางสมองและทางประสาทวิทยา ระบุว่า เด็กบางคนมีสมาธิสั้น เพราะสมองควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากสารเคมีในสมองขาดสมดุลย์

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (2005 : Online) แสดงสาเหตุของโรคสมาธิสั้นไว้ดังนี้

1. ระบบประสาทกายวิภาค (neurophysiology) และเมตาโบลิซึม (metabolism)

2. พันธุกรรม (genetic)

3. ยา และสารเสพติด – การที่มารดาใช้สารเสพติด (นิโคติน โคเคน) ระหว่างตั้งครรภ์

4. สารตะกั่ว – การได้รับสารตะกั่วปริมาณน้อยติดต่อกัน เป็นระยะเวลาอันยาวนานอาจมีผลต่อ

พฤติกรรมและสารเคมีในสมอง

5. การขาดความรักเอาใจใส่ในช่วงแรกของชีวิต – เด็กไม่ได้รับการโอบกอดสัมผัสจากผู้ปกครอง หรือมีภาวะบาดเจ็บทางจิตใจ (traumatic) ที่เกี่ยวกับการขาดความรัก การเอาใจใส่ อาจส่งผลให้เกิดภาวะการขาดสมาธิ และการอยู่นิ่งไม่ได้

6. เด็กที่มีความเครียดอันเกิดจากภาวะบาดเจ็บทางจิตใจ (traumatic) อาจแสดงลักษณะสมาธิสั้นได้ ซึ่งจะต้องได้รับการแก้ไขที่แตกต่างกันกับโรคสมาธิสั้น

ADHD (2005 : Online) ได้สรุปสาเหตุของโรคสมาธิสั้นไว้ ดังนี้

1. ความผิดปกติทางสมอง

2. พันธุกรรม อาจไม่พบความผิดปกติในบิดามารดา แต่พบในญาติใกล้ชิด (ป้า ลุง ปู่ ย่า ตา ยาย ฯลฯ)

3. ภาวะอื่นที่มีผลต่อสมอง ซึ่งภาวะนี้เกิดขึ้นทั้งระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด เช่น มารดา สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ เกิดภาวะติดเชืกระหว่างตั้งครรภ์ หลังคลอดมีอาการชักเกร็ง คีระชะได้รับการกระทบกระเทือน ได้รับสารตะกั่ว แต่การได้รับอาหารที่มีรสหวานจัดไม่ใช่สาเหตุของโรคสมาธิสั้น

เฟเดม. (Fedem, 2004 : 143) ได้สรุปสาเหตุของโรคสมาธิสั้นไว้ ดังนี้

1. พันธุกรรม

2. โครงสร้างทางสมอง แม้ว่าปัจจุบันนี้ยังไม่ได้มีการยืนยันชัดเจน แต่มักพบความผิดปกติทางหน้าที่ของสมอง (minor brain dysfunction) ในเด็กสมาธิสั้น

3. สารเสพติด จากการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ของมารดา

สรุปได้ว่าสาเหตุของโรคสมาธิสั้น ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานยืนยันแน่ชัดว่าเกิดจากสาเหตุใด แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาสามารถสันนิษฐานได้ว่าปัจจัยอันเป็นสาเหตุของโรคสมาธิสั้น คือ พันธุกรรม ความผิดปกติของร่างกายและสารเคมีในสมอง การได้รับสารพิษและสารเสพติด เช่น สารตะกั่ว โคเคน นิโคติน ในระหว่างตั้งครรภ์ การได้รับอุบัติเหตุ โรคทางกายบางอย่าง เช่น ไทรอยด์ ลมชัก ภาวะทุพโภชนา นอกจากนี้ภาวะทางจิตใจ เช่น การขาดความรักความเอาใจใส่และภาวะบาดเจ็บทางจิตใจ (Trauma) ก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคสมาธิสั้นได้

1.3 ระบาดวิทยาของโรคสมาธิสั้น (Epidemiology)

อลิสซา วัชรสินธุ (2546 : 68) ได้สรุปอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นไว้ว่าจะพบโรคสมาธิสั้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 1 – 3 เมื่อวินิจฉัยโดยอาศัย DSM IV และ ICD – 10 อัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 3 : 1 พบในเด็กเล็กในสภาวะขาดแคลน (deprivation) เด็กอาศัยในเมือง (inner city) หรือชนบทที่ยากจน เด็กครอบครัวที่มีเศรษฐกิจต่ำ และเด็กที่ถูกดูแลและเติบโตในสถานเลี้ยงเด็ก

ชาญวิทย์ พรนภดล (2547 : 257 – 258) ได้สรุปอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นจากการวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th edition (DSM - IV) ของ American Psychiatric Association พบว่า เด็กในวัยเรียนประมาณร้อยละ 3 – 5 เป็นโรคสมาธิสั้น แต่ในประเทศอังกฤษใช้เกณฑ์ ICD – 10 พบเด็กในวัยเรียนเป็นโรคสมาธิสั้นร้อยละ 1 อัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ ขึ้นอยู่กับเกณฑ์การวินิจฉัยที่ใช้ในการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยเท่ากับร้อยละ 5 ของเด็กวัยเรียน โดยทั่วไปเด็กชายจะเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่าเด็กหญิง ประมาณ 3 – 4 เท่า ซึ่งอาจเนื่องจากว่าเด็กชายมักจะเป็นโรคสมาธิสั้นชนิดที่มีการชนร่วมด้วย และมีภาวะร่วม (comorbid condition disorder – CD) ทำให้เด็กชายได้รับการส่งต่อให้มารับการบำบัดมากกว่าเด็กผู้หญิง (referral bias)

ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล (2545 : 5) ได้สรุปอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นไว้ว่า ในสหรัฐอเมริกาความชุกของ ADHD เท่ากับร้อยละ 3 – 10 (เฉลี่ยร้อยละ 6) เกิดในเด็กชายประมาณร้อยละ 10 และในเด็กหญิงประมาณร้อยละ 2 อัตราส่วนของเด็กชายต่อเด็กหญิงที่มาพบแพทย์เท่า

กับ 3 – 10 ต่อ 1 (อัตราเฉลี่ย 6 ต่อ 1) แต่อัตราส่วนของเด็กชายต่อเด็กหญิงในประชากรทั่วไป คือ 2.5 – 5 ต่อ 1 (อัตราเฉลี่ย 3.4 ต่อ 1)

ผดุง อารยะวิญญู (2544 : 4) ได้สรุปอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นไว้ว่ามีประมาณร้อยละ 3 – 5 ของประชากรในวัยเรียน ซึ่งเป็นเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง เด็กชายมักจัดอยู่ในประเภท ADHD เด็กหญิงมักจัดอยู่ในประเภท ADD เด็กสมาธิสั้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกวัน

คาร์ทไรท์; และ คาร์ทไรท์. (Cartwright; & Cartwright. 1995 : 279) ได้สรุปอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นไว้ว่า มักพบโรคสมาธิสั้นประมาณ 3 – 5 % ในเด็กวัยเรียน

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (The American Psychiatric Association. 1994 : 32) ได้สรุปอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นไว้ว่า อัตราทั่วไปของโรคสมาธิสั้น (ADHD) มักพบประมาณ ร้อยละ 3 – 5 ของเด็กวัยเรียน

สรุปได้ว่าอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้น พบประมาณร้อยละ 3 – 5 ของเด็กวัยเรียน และอัตราส่วนระหว่างเพศชาย ต่อเพศหญิง เท่ากับ 3 : 1 ทั้งนี้อัตราความชุกที่พบอาจมีความแตกต่างกันบ้างเล็กน้อยตามเกณฑ์การวินิจฉัยและเครื่องมือที่ใช้ประเมิน

1.4 วิธีการประเมินโรคสมาธิสั้น

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น จัดว่าเป็นการวินิจฉัยทางคลินิก (clinical diagnosis) หมายความว่า แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นได้โดยอาศัยประวัติ และอาการทางคลินิกเท่านั้น ไม่สามารถตรวจหาห้องปฏิบัติการใด ๆ ที่สามารถนำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นได้ (ชาญวิทย์ พรนภดล. 2547 : 258) ดังนั้นการประเมินโดยแพทย์ ที่มีประสบการณ์ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ การประเมินด้านการศึกษาก็เป็นวิธีหนึ่งที่จะทำให้ทราบว่าภาวะนี้มีความเชื่อมโยงกับการเรียนรู้บกพร่อง (learning disability) หรือความเจ็บป่วยอื่น ๆ หรือไม่แล้ว ยังสามารถชี้ให้เห็นถึงจุดด้อยและจุดแข็งของเด็กได้อีกด้วย (ADHD. 2005 : Online)

ชาญวิทย์ พรนภดล (2547 : 259 – 260) ได้สรุปแนวทางการประเมินโรคสมาธิสั้นไว้ดังนี้

1. การสัมภาษณ์พ่อแม่ในประเด็นต่อไปนี้

1.1 พฤติกรรมขาดสมาธิ ชุกชนอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นที่มีมากกว่าเด็กทั่วไปในวัยเดียวกันทำให้เกิดปัญหาในการเรียน และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน

1.2 การเลี้ยงดู เช่น การตามใจ ขาดการฝึกวินัย การดูแลและทอดทิ้ง หรือทารุณกรรม

1.3 การเรียน ข้อมูลเกี่ยวกับผลการเรียน และประสิทธิภาพในการช่วยเหลือจาก

ครอบครัวและทางโรงเรียน

1.4 ภาวะแทรกซ้อน ระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด และหลังคลอด

- 1.5 ประวัติพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ของเด็ก
- 1.6 ประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะ การกระทบกระเทือนทางสมอง

2. การขอข้อมูลจากโรงเรียน ในประเด็นต่อไปนี้

- 2.1 พฤติกรรมในห้องเรียน โดยอาศัยแบบฟอร์ม Conners' teacher rating scale
- 2.2 รายงานจากครู และโรงเรียน
- 2.3 ผลการเรียน
- 2.4 ความสัมพันธ์กับเพื่อน
- 2.5 จุดเด่น จุดด้อยของเด็ก

3. การตรวจร่างกาย ตรวจระบบประสาท เพื่อแยกโรคทางกาย เช่น ภัยรอยด์เป็นพิษ หรือโรคทางพันธุกรรม

4. การสังเกตพฤติกรรมเด็กในห้องตรวจ ขณะที่เด็กกำลังวาดรูป หรือ กำลังเล่น เพื่อดูภาวะสมาธิสั้น พฤติกรรมซุกซน หุนหันพลันแล่น เด็กจะมีลักษณะใจร้อนไม่ชอบการรอคอย ขาดความยับยั้งคิด ทำอะไรเร็ว แต่ผลงานไม่เรียบร้อยหรือผิดพลาด เหม่อลอย ใจลอย วอกแวกง่าย ขณะทำงาน เด็กมักจะเล่นโลดโผน ชอบปีนป่าย เคาะ เล่นเสียงดัง เล่นจับจด เปลี่ยนความสนใจง่าย

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น อาศัย The diagnostic criteria ตาม DSM-IV-TR criteria ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association.)

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545 : 382) ได้กล่าวถึงการสังเกตเด็กสมาธิสั้น ไว้ว่า การสังเกตเด็กสมาธิสั้นนั้นสิ่งที่ต้องระวัง คือ ความสับสนระหว่างเด็กไฮเปอร์แอ็กทีฟกับเด็กกระตือรือร้นที่อาจเกิดขึ้นได้ จึงมีผู้จัดทำแบบทดสอบเพื่อคัดแยกเด็กไฮเปอร์แอ็กทีฟ เรียกว่า Conners' teacher rating scale มีความมุ่งหมายเบื้องต้นเพื่อใช้โดยครู ปัจจุบันนี้บุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือเด็กเหล่านี้ได้นำไปใช้ด้วย เช่น นักจิตวิทยา พยาบาล กุมารแพทย์ เป็นต้น

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2539 : 362 – 363) ได้สรุปแนวทางการประเมินเด็กสมาธิสั้นไว้ ดังนี้

1. การซักประวัติ ควรซักประวัติอย่างละเอียดเกี่ยวกับอาการ รวมทั้งประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด พัฒนาการ การเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว รวมทั้งสภาพแวดล้อม และโอกาสเสี่ยงต่อสารพิษต่าง ๆ เช่น ตะกั่ว เป็นต้น นอกจากนี้ ประวัติการเรียน เป็นสิ่งสำคัญมาก แพทย์ควรมีโอกาสสนทนากับครูของเด็ก ครูมักเป็นผู้ให้ประวัติที่เป็นประโยชน์ในการวินิจฉัย เพราะมีโอกาสเปรียบเทียบผู้ป่วยกับเด็กอื่น ๆ ควรถามเกี่ยวกับประวัติในห้องเรียน ผลการเรียนของเด็ก ความสัมพันธ์กับเพื่อน ๆ การปรับตัวในชั้นเรียน

2. การตรวจร่างกาย ควรตรวจร่างกายอย่างละเอียด ดูว่ามีความผิดปกติอื่นร่วมด้วยหรือไม่ เช่น fetal alcohol syndrome เป็นต้น และตรวจทางระบบประสาทอย่างละเอียด

3. ตรวจสอบสภาพจิต เพื่อตรวจดูว่าอาการอยู่ไม่นิ่ง และขาดสมาธินั้น มีสาเหตุมาจากโรคทางจิตเวชอื่น ๆ หรือไม่ รวมทั้งสังเกตว่าเด็กมีปัญหาทางอารมณ์ หรือพฤติกรรมเพราะ ADHD หรือไม่

4. การตรวจพิเศษ ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ เช่น การตรวจสายตา หรือการได้ยิน การตรวจคลื่นสมอง เมื่อสงสัยโรคลมชัก การตรวจระดับตะกั่วในเลือด

5. การใช้เครื่องมือการตรวจทางจิตวิทยาอื่น ๆ เช่น การทดสอบเซาว์ปัญญา การทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (achievement test) และการทดสอบทางจิตวิทยาเพื่อดูความรู้สึกนึกคิดของเด็ก ซึ่งการทดสอบเหล่านี้จำเป็นในกรณีมีข้อบ่งชี้เท่านั้น

จากการศึกษาวิธีประเมินโรคสมาธิสั้น สรุปได้ว่า วิธีการประเมินครู และผู้ปกครองสามารถประเมินเบื้องต้น เพื่อคัดแยกโรคสมาธิสั้นได้โดยใช้แบบทดสอบ Conners' teacher rating scale เมื่อพบข้อบ่งชี้ของโรคสมาธิสั้น จึงส่งต่อเพื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ต่อไป ซึ่งการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น จัดเป็นการวินิจฉัยทางคลินิก ซึ่งแพทย์ต้องทำการประเมินจากประวัติและอาการของเด็ก จากข้อมูล 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทางการแพทย์ ได้แก่

1.1 การตรวจร่างกาย เพื่อแยกโรคที่มีความผิดปกติร่วมด้วยหรือไม่ เช่น วัณโรค เป็นพิษ, การตรวจระบบประสาท เป็นต้น

1.2 การตรวจสอบสภาพจิต และการตรวจทางจิตวิทยา เพื่อทราบสาเหตุทางจิตเวชอื่น ๆ สภาวะทางอารมณ์ พฤติกรรม ระดับพัฒนาการและเซาว์ปัญญา รวมทั้งผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

1.3 การตรวจพิเศษในบางกรณี เช่น ตรวจสายตา ตรวจคลื่นสมอง ตรวจระดับตะกั่วในเลือด เป็นต้น

1.4 การสังเกตพฤติกรรมของเด็กในห้องตรวจขณะพบแพทย์

2. ข้อมูลจากครอบครัว โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง เพื่อทราบรายละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็ก ผลกระทบที่เกิดขึ้น วิธีการอบรมเลี้ยงดู การเรียนและการช่วยเหลือที่ได้รับจากผู้ปกครอง ภาวะแทรกซ้อนช่วงตั้งครรภ์ ประวัติพัฒนาการ ประวัติอุบัติเหตุ และความเจ็บป่วย เป็นต้น

3. ข้อมูลจากโรงเรียน โดยทำการสัมภาษณ์ครู เพื่อทราบรายละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรมในชั้นเรียน ผลการเรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อน ข้อเด่นข้อด้อยของเด็ก

เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วน แพทย์จะวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์บ่งชี้ของ DSM – IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Forth Edition) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ต่อไป

1.5 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น (Diagnosis Criteria)

โรคสมาธิสั้น พบอยู่ไม่พียงในสายตาดิจิตแพทย์เด็กมีมานาน และเรียกชื่อต่างกันตามระบบการจำแนกโรคในทางจิตเวชปัจจุบันมีทั้งระบบ DSM – IV และ ICD – 10 ซึ่งมีเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นได้แน่นอน (อลิสสา วัชรสินธุ. 2546 : 61)

จากที่กล่าวมาข้างต้น แม้ระบบการจำแนกโรคจะมีหลายประเภท แต่ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น มักอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) โดยอาศัย The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition. (DSM - IV) ซึ่งกำหนดอาการของโรคไว้ 18 อาการ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการขาดสมาธิ (inattention) มี 9 อาการ และกลุ่มอาการซน – หุนหันพลันแล่น (hyperactivity – impulsivity) มี 9 อาการ (Hunt; & Marshall. 1999 : 210)

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ตาม DSM - IV มีเกณฑ์การวินิจฉัยดังต่อไปนี้

A. ผู้ป่วยมีอาการอย่างน้อย 6 อาการขึ้นไป ในข้อ ก. และ/หรือ ข้อ ข เป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน

อาการขาดสมาธิ (inattentive symptoms)

1. ไม่สามารถจดจำรายละเอียดของงานที่ทำได้ หรือทำผิดเนื่องจากขาดความรอบคอบ

2. ไม่มีสมาธิในการทำงานหรือการเล่น

3. ไม่สนใจฟังคำสั่งของผู้อื่น หรือดูเหมือนไม่ฟังเวลาพูดด้วย

4. ไม่สามารถตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดของคำสั่ง ทำให้ทำงานไม่สำเร็จหรือ

ผิดพลาด

5. ทำงานไม่เป็นระเบียบ

6. ไม่เต็มใจ หรือหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้ความคิด

7. ทำของใช้ส่วนตัวหรือของจำเป็นสำหรับงานหรือการเรียนหายอยู่บ่อย ๆ

8. วอกแวกง่าย ขี้ลืมบ่อย ๆ ในกิจวัตรประจำวันที่เป็น

9. อาการซน / หุนหันพลันแล่น (hyperactivity / impulsivity symptoms)

อาการซน (hyperactivity symptoms)

1. หยุกยิก ไม่อยู่สุข ชอบขยับมือและเท้าไปมา

2. ชอบลุกจากที่นั่งเวลาอยู่ในห้องเรียน หรือสถานที่ที่เด็กจำเป็นต้องนั่งเฉย ๆ

3. ชอบวิ่งปีนป่ายสิ่งต่าง ๆ ในสถานที่ที่ไม่เหมาะสม (ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่อาจเป็น

เพียงความรู้สึกกระวนกระวายใจ)

4. ไม่สามารถเล่นหรืออยู่เงียบ ๆ ได้
5. ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา เหมือนมีเครื่องยนต์ติดตัวอยู่
6. พุดมาก พุดไม่หยุด

หุนหันพลันแล่น (impulsivity symptoms)

7. ขอบโพล่งคำตอบเวลาครู หรือพ่อแม่ ถามโดยที่ยังฟังคำถามไม่จบ
8. มีความยากลำบากในการเข้าคิวหรือรอคอย
9. ขอบขัดจังหวะ หรือสอดแทรกเวลาผู้อื่นคุยกัน หรือแย่งเพื่อนเล่น

อาการต้องเกิดก่อนอายุ 7 ปี

B. ลักษณะอาการดังกล่าว ปรากฏในสถานการณหรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียน (หรือที่ทำงาน) และที่บ้าน

C. ต้องมีความชัดเจนในความบกพร่อง ทางคลินิกทางด้านสังคม การเรียน หรืออาชีพ การงานอย่างชัดเจน

D. อาการไม่ได้เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยกำลังป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรค pervasive develop mental disorder, schizophrenia, psychotic disorder, mood disorder, anxiety disorder, dissociative disorder หรือ personality disorder (The American Psychiatric Association. 2004 : 381 – 382)

จากการศึกษาสรุปได้ว่า เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นนั้น เด็กต้องมีอาการในกลุ่มอาการขาดสมาธิ (inattention) และ กลุ่มอาการซน – หุนหันพลันแล่น (hyperactivity – impulsivity) แสดงออกติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน ในสถานการณ 2 แห่งขึ้นไป โดยไม่มีสาเหตุมาจากโรคทางจิตเวชอื่น ๆ และภาวะดังกล่าวทำให้เกิดความบกพร่องด้านสังคม การเรียน อย่างชัดเจน

1.6 ชนิดของโรคสมาธิสั้น (Subtype of ADHD) ตามเกณฑ์ DSM-IV

ชาญวิทย์ พรนภพล (2547 : 262) ได้สรุปชนิดของโรคสมาธิสั้นไว้ว่า โรคสมาธิสั้น แบ่งออกเป็น 3 ชนิด ขึ้นอยู่กับว่าเด็กมีอาการใดที่รุนแรงและเด่นมากกว่าอาการอื่น คือ

1. โรคสมาธิสั้นชนิดผสม (combined type) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นชนิดผสม คือ ผู้ป่วยที่มีอาการเด่นทั้ง hyperactivity / impulsivity และ inattention (มีมากกว่าหรือเท่ากับ 6 อาการ จาก 9 อาการ ทั้งในกลุ่มอาการซน / หุนหันพลันแล่น และในกลุ่มอาการขาดสมาธิ ใน DSM-IV-TR

2. โรคสมาธิสั้นชนิดซน และหุนหันพลันแล่น (hyperactivity – impulsive type) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นชนิดซน / หุนหันพลันแล่น คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางด้านอาการซน /

หุนหันพลันแล่น (มีมากกว่าหรือเท่ากับ 6 อาการ จาก 9 อาการ) เฉพาะในกลุ่มอาการชนและหุนหันพลันแล่น แต่มีน้อยกว่า 6 อาการในกลุ่มอาการขาดสมาธิ

3. โรคสมาธิสั้นชนิดขาดสมาธิ (inattentive type) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นชนิดขาดสมาธิ คือ ผู้ป่วยที่มีอาการเด่นทางด้านขาดสมาธิ (มีมากกว่า 6 อาการ จาก 9 อาการ ในกลุ่มอาการขาดสมาธิ แต่มีน้อยกว่า 6 อาการในกลุ่ม ชน / หุนหัน พลันแล่น)

ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล (2547 : 7) ได้สรุปชนิดของโรคสมาธิสั้นไว้ว่า ADHD มี 3 ชนิดคือ

1. attention – deficit / hyperactivity disorder, combined type (ADHD – C) ต้องมีทั้งเรื่องไม่มีสมาธิ และชนหุนหันพลันแล่น ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

2. attention – deficit / hyperactivity disorder, predominantly inattention type (ADHD – I) ต้องมีเรื่องไม่มีสมาธิ แต่มีอาการไม่ครบในเรื่องชน – หุนหันพลันแล่นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

3. attention – deficit / hyperactivity disorder, predominantly hyperactive – impulsive type (ADHD – H) ต้องมีอาการชุกชน – หุนหันพลันแล่น แต่มีอาการไม่ครบในเรื่องไม่มีสมาธิ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ในคลินิกพบ ADHD – C มากที่สุดรองลงมาเป็น ADHD – I ส่วน ADHD – H พบน้อยที่สุด

ADHD (2005 : Online) กล่าวว่า แม้ว่าโรคสมาธิสั้น มีลักษณะอาการขาดสมาธิ

(inattention) ร่วมกับอาการชน / หุนหันพลันแล่น แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบของอาการจะมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งที่แสดงออกมาอย่างเด่นชัด ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นเกณฑ์การจำแนกชนิดของโรคสมาธิสั้นได้ ดังนี้

1. ADHD predominant inattentive type คือ มีอาการอย่างน้อย 6 ข้อขึ้นไป ในกลุ่มอาการขาดสมาธิ (inattention Symptoms) และมีอาการในกลุ่มอาการชน / หุนหันพลันแล่น (hyperactivity / impulsivity symptoms) น้อยกว่า 6 ข้อ และต้องแสดงอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2. ADHD predominant hyperactive - inattentive type คือ มีอาการอย่างน้อย 6 ข้อขึ้นไป ในกลุ่มอาการชน / หุนหันพลันแล่น hyperactive / inattentive symptoms) และมีอาการในกลุ่มอาการขาดสมาธิ (inattention symptoms) น้อยกว่า 6 ข้อ และต้องแสดงอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน

3. ADHD combined type คือ มีอาการอย่างน้อย 6 ข้อขึ้นไป ทั้งในกลุ่มอาการขาดสมาธิ (inattention Symptoms) และอาการชน / หุนหันพลันแล่น (hyperactive – impulsivity symptoms) และต้องมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545 : 379) และ ฮันท์; และ มาร์แชล Hunt; & Marshall. (1999 : 210). ได้สรุปไว้อย่างสอดคล้องกันตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder) ซึ่งจัดทำขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ว่าโรคสมาธิสั้นสามารถจำแนกเป็น 3 ชนิด คือ ADHD predominantly inattentive type, ADHD predominantly hyperactive impulsive type และ ADHD combined type.

จากการศึกษาพบว่า ชนิดของโรคสมาธิสั้นจะใช้เกณฑ์การจำแนกตามลักษณะของกลุ่มอาการที่แสดงออกอย่างเด่นชัด โดยสามารถจำแนกได้ 3 ชนิด คือ 1) attention – deficit / hyperactivity disorder, predominantly inattention type (ADHD – I) มีอาการเด่นเรื่องขาดสมาธิ 2) attention – deficit / hyperactivity disorder, predominantly hyperactive – impulsive type (ADHD – H) มีอาการเด่นเรื่องอาการซน – หุนหันพลันแล่น attention – deficit / hyperactivity disorder และ 3) combined type (ADHD – C) มีอาการเด่นทั้งเรื่องขาดสมาธิ และอาการซน – หุนหันพลันแล่น

1.7 ความผิดปกติที่พบร่วม (Comorbidity) ในโรคสมาธิสั้น

ชาญวิทย์ พรนภดล (2547 : 262 – 263) ได้สรุปความผิดปกติที่พบร่วมในโรคสมาธิสั้นไว้ว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นจะมีโรคที่พบร่วม (comorbid disorder) อย่างน้อย 1 โรค เนื่องจากภาวะผิดปกติที่พบร่วมอาจทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรหรือไม่ได้ผล ดังนั้นแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นจำเป็นต้องตระหนัก และพยายามหาดูว่าผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วมด้วยหรือไม่ ถ้าหากพบว่ามีโรคอื่นร่วมด้วย จำเป็นต้องรักษาควบคู่ไปกับการรักษาโรคสมาธิสั้น

ตาราง 1 โรคที่มักพบร่วมกันกับโรคสมาธิสั้น

	โรคที่พบร่วม	ร้อยละ
1.	Oppositional defiant disorder	40
2.	Anxiety disorder	20 – 30
3.	Learning disorder	20 – 25
4.	Mood disorder	20 – 30
5.	Conduct disorder	20 – 30
6.	Substance use disorder	10 – 20
7.	Tic disorder	5 – 10

ที่มา: ชาญวิทย์ พรนภดล. (2547). Intensive Reviews in Pediatrics. หน้า 263

ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล (2545 : 7 – 8) ได้สรุปความผิดปกติที่พบร่วมในโรคสมาธิสั้นไว้ว่า oppositional defiant disorder (ODD) และ conduct disorder (CD) ร้อยละ 35 ของ ADHD ร่วมด้วย มี ODD และเป็นความผิดปกติที่พบร่วมด้วยมากที่สุด ร้อยละ 50 – 60 ของเด็ก ADHD มีทั้ง ODD และ CD ร่วมด้วย

depressive disorder ร้อยละ 30 – 40 ของเด็ก ADHD มี depressive disorder ร่วมด้วย และร้อยละ 70 ของเด็กที่เป็น depressive disorder จะมี ADHD ร่วมด้วย โดยถ้าเด็กเป็น depressive disorder ช่วงอายุ 0 – 7 ปี จะมี ADHD ร่วมด้วยถึงร้อยละ 84 ถ้าเด็กเป็นช่วงอายุ 8 – 12 ปี พบว่าจะมี ADHD ร่วมด้วยร้อยละ 66 และเด็กที่มี depressive disorder ช่วงอายุ 13 – 18 ปี จะมี ADHD ร่วมด้วย ร้อยละ 39

bipolar disorder ร้อยละ 10 ของ ADHD พบว่าสามารถเข้าได้กับอาการของ Mania ด้วย แต่การติดตามดู ADHD ระยะยาวมี Mania ร่วมด้วยน้อยมาก ถ้ากระนั้นก็ตามอาจมีการวินิจฉัย mania ใน ADHD ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจาก depressive disorder ในเด็กเป็น bipolar disorder ถึง ร้อยละ 50

Anxiety disorder ร้อยละ 25 ของเด็ก ADHD มี anxiety ร่วมด้วย โดยเฉพาะ obsessive compulsive (OCD) ทั้ง ADHD, OCD และ tic disorder มักเกิดร่วมกันจนบางคนคิดว่าน่าจะเป็นจาก gene ตัวเดียวกัน

learning disorder ร้อยละ 15 – 30 ของเด็ก ADHD มี learning disorder ร่วมด้วยที่พบร่วมด้วยมากที่สุดคือ reading disorder

จากการศึกษาพบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของเด็กสมาธิสั้นจะมีโรคที่พบร่วมอย่างน้อย 1 โรค โดยโรค oppositional defiant disorder (ODD) จัดเป็นความผิดปกติที่พบร่วมด้วยมากที่สุด ซึ่งความผิดปกติที่พบร่วมเหล่านี้ ควรได้รับการรักษาควบคู่ไปกับโรคสมาธิสั้นด้วย อันจะส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด

1.8 ผลกระทบของโรคสมาธิ (Impact of ADHD)

เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมักมีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Fedem. 2004 :143) เป็นผลให้เกิดความบกพร่องทางด้านการเรียน การเข้าสังคมอย่างชัดเจน (American Psychiatric Association. 2000 : 382) อันนำมาสู่การเกิดผลกระทบต่างๆ มากมาย

ชาญวิทย์ พรนภดล (2547 : 263 – 267) ได้กล่าวถึงผลกระทบที่เกิดจากโรคสมาธิสั้นไว้ดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย

- 1.1 มีปัญหาพฤติกรรมในห้องเรียน ทำให้ถูกพักการเรียน หรือลงโทษบ่อย ๆ
- 1.2 ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จด้านการเรียนเท่าที่ควร (under – achievement)
- 1.3 เรียนไม่ดีอาจถูกให้เรียนซ้ำชั้น อาจเรียนไม่จบชั้นมัธยม
- 1.4 ต้องการการศึกษาพิเศษ (special education program) หรือการสอนเสริม

(tutoring)

- 1.5 มีปัญหาการเข้าสังคม ไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนและบุคคลอื่น
 - 1.6 ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จด้านหน้าที่การงาน
 - 1.7 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (low self – esteem)
 - 1.8 มีความเสี่ยงที่เกิดปัญหาอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล เป็นต้น
 - 1.9 มีความเสี่ยงต่อการติดสารเสพติด
 - 1.10 มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ
 - 1.11 มีความเสี่ยงที่จะทำผิดกฎหมาย
2. ผลกระทบต่อครอบครัว

- 2.1 ทำให้ระดับความเครียดในครอบครัวสูงขึ้น
- 2.2 ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (depression) ในครอบครัวสูง
- 2.3 ทำให้เกิดขัดแย้งในครอบครัว และเสี่ยงต่อปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว
- 2.4 ทำให้บุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะมารดาเสียงานเนื่องจากเสียเวลาไปกับการ

ดูแลผู้ป่วยมาก

3. ผลกระทบต่อพัฒนาการ (developmental impact of ADHD) ผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้นไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ยังเล็ก เมื่อโตขึ้นผู้ป่วยเหล่านี้ จะมีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบทางลบในด้านต่าง ๆ มากมาย ภาวะเหล่านั้นได้แก่ ปัญหาพฤติกรรม (behavioral problem) ปัญหาการเรียน (academic problems) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (Low self – esteem) อุบัติเหตุ (injury / accident) ขาดทักษะสังคม (poor social skills) มีปัญหาการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น (difficult with social failure), ติดสารเสพติด (substance abuse) และการทำผิดกฎหมาย (legal Problems) มีโอกาสสร้างปัญหาทางสังคม

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545 : 377) ได้กล่าวถึงผลกระทบที่เกิดจากโรคสมาธิสั้นไว้ว่า เด็ก ADHD เป็นเด็กที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาหลาย ๆ เรื่อง ในการดำรงชีวิตทั้งปัญหาระยะสั้นและระยะยาว เช่น ผลการเรียนตกต่ำ (แม้จะมีระดับสติปัญญาปกติ) มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความอดทนอดกลั้นน้อย มีความภูมิใจในตนเองต่ำ (low self – esteem) มีปัญหาด้านการปรับตัวทั่วไป พฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้เกิดความยุ่งยากกับบุคคลในครอบครัว และบุคคลนอกบ้าน

(เช่น ที่โรงเรียน ที่สนามเด็กเล่น) ลักษณะในเด็ก ADHD ไม่เพียงแต่เป็นปัญหาในวัยเด็กเท่านั้น แต่จะมีต่อเนื่องไปถึงวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง

สุภรัตน์ เอกอัศวิน (2545 : 79) ได้กล่าวถึงผลกระทบที่เกิดจากโรคสมาธิสั้นไว้ว่า สำหรับเด็กเล็กที่เห็นได้ชัดคือ ส่งผลต่อการเรียนและความสัมพันธ์กับเพื่อน และที่ติดตัวเด็กไปจนโต คือ ภาวะภาคภูมิใจในตนเอง (self – esteem) จะไม่ค่อยมีเพราะถ้าครูและพ่อแม่ไม่เข้าใจ ดุว่า เพื่อนก็ไม่เล่นด้วย จำคาญ เปื่อในความเป็นเด็กชอบก่อกวนของเขา ความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจเหล่านี้จะลุกลามกลายเป็นปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ สังคม เด็กจะเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่ใจร้อน และรู้สึกว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว

บราวน์; และ มิลเลอร์ (Brown; & Miller. 2005 : 39 – 40) ได้กล่าวถึงผลกระทบที่เกิดจากโรคสมาธิสั้น คือ เด็กจะมีความยากลำบากในการเรียนในชั้นเรียน มีปัญหาด้านสังคม มักเสียสัมพันธภาพกับผู้ปกครองและกลุ่มเพื่อน สูญเสียความเชื่อมั่นตนเอง (self – esteem) มีปัญหาการเรียน และอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย (comorbidities) เช่น anxiety disorder, conduct disorder, oppositional – defiant disorder, and obsessive – compulsive เป็นต้น

จากการศึกษาผลกระทบของโรคสมาธิสั้น สามารถสรุปได้ว่าเด็กสมาธิสั้นมักได้รับผลกระทบต่างๆ คือ 1) ปัญหาด้านการเรียน เด็กมักไม่ประสบผลสำเร็จด้านการเรียนเท่าที่ควร แม้ว่าจะมีระดับสติปัญญาหรือพัฒนาการปกติ อาจมีปัญหาพฤติกรรมในชั้นเรียนจนถูกพักการเรียน ถูกลงโทษบ่อยหรือเรียนช้าขั้นได้ ดังนั้นสิ่งที่สำคัญคือ เด็กเหล่านี้ควรได้รับโอกาสด้านการศึกษาพิเศษ (special education program) หรือ การสอนเสริม (tutoring) ร่วมด้วย 2) ปัญหาด้านสังคม เด็กมักมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว และกลุ่มเพื่อน 3) ปัญหาด้านบุคลิกภาพและอารมณ์ เนื่องจากเด็กมักประสบกับความรู้สึกล้มเหลว ถูกตำหนิ และเผชิญกับความรู้สึกในแง่ลบของบุคคลรอบข้าง อันจะส่งผลให้เกิดความยุ่งยากในการปรับตัว ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (low self – esteem) เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ และพัฒนาเป็นผู้ใหญ่มีขาดความอดทน อดกลั้น ใจร้อน รู้สึกว่าตนล้มเหลว ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น การติดสารเสพติด นิสัยอันตราย ก้าวร้าว การประทุพทุติเหตุ กระทำผิดกฎหมาย ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล เป็นต้น และ 4) ปัญหาด้านครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความขัดแย้งในครอบครัว และผู้ปกครองต้องเสียงาน เนื่องจากต้องเผชิญความกดดัน และใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก

1.9 การรักษาโรคสมาธิสั้น (Treatment of ADHD)

สุวรรณณี พุทธิศรี (2548 : 464 – 465) ได้ให้แนวทางการรักษาโรคสมาธิสั้นไว้ว่า สิ่งที่มีผลต่อการรักษามากที่สุด คือ การวินิจฉัยที่ถูกต้อง การรักษาภาวะที่พบร่วมด้วยการคำนึงถึงข้อเด่น ข้อด้อยของเด็ก การช่วยเหลือบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็ก การติดตามประเมินอย่างใกล้ชิด

1. การรักษาด้วยยา

1.1 psychostimulants เป็นยาที่มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับอาการหลักของ ADHD มีประสิทธิภาพสูง ปลอดภัยใช้ง่าย มีผลข้างเคียงน้อย มีหลักฐานแน่ชัดว่าทำให้ผลการเรียนดีขึ้น เพราะสามารถทำให้เด็กทำงานที่ได้รับมอบหมายสำเร็จ ปัจจุบันยากลุ่มที่ใช้มากในประเทศไทยคือ methylphenidate ผลข้างเคียงของยาที่ต้องทราบ คือ เบื่ออาหาร ใจสั่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด น้ำหนักตัวลด หรือไม่เพิ่มตามอายุ

1.2 กลุ่มอื่น ๆ เช่น ยาแก้อัมพาต, alpha adrenergic agonist, ยารักษาโรคจิต

2. การปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (behavioral / psychosocial intervention) ได้แก่ การฝึกสอนพ่อแม่ให้เรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมที่ถูกต้อง การช่วยเหลือโดยประสานกับทางโรงเรียน การช่วยเหลือที่ตัวเด็กโดยตรง และเด็ก ADHD มักขาดทักษะทางสังคม ทำให้เด็กเกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ง่าย การฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) เป็นการฝึกให้เด็กรู้จักสังเกตอารมณ์ ความรู้สึกของผู้อื่น รู้จักรอคอย รับฟังเอาใจเขามาใส่ใจเรา รู้ว่าอะไรเป็นการแสดงออกที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม

ชาญวิทย์ พรนภพ (2547 : 264) ได้ให้แนวทางการรักษาโรคสมาธิสั้นไว้ว่า ดังนี้

1. การปรับพฤติกรรม (behavioral treatment)
2. การรักษาด้วยยา (pharmacological treatment)
3. การผสมผสานกันระหว่างการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมการรักษาด้วยยา (combined treatment)
4. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น
5. การช่วยเหลือทางการศึกษา (educational support services)

อลิสรา วัชรสินธุ (2546 : 66 - 67) ได้ให้แนวทางการรักษาโรคสมาธิสั้นไว้ 4 แนวทาง คือ

1. การให้ความรู้และให้ความช่วยเหลือทางการศึกษา (education) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นกับพ่อแม่ ครู และตัวเด็กว่า อาการของเด็กเป็นโรคหรือความผิดปกติ ไม่ใช่เด็กแกล้ง หรือเป็นความผิดของเด็กและพ่อแม่ อาการที่เกิดขึ้นสามารถทำให้คนรอบข้างโกรธและฉุนเฉียว จึงควรสอนให้ผู้เกี่ยวข้องมีเกณฑ์การจัดการพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของเด็กโดยวิธีที่ชัดเจนมีกฎเกณฑ์ที่ปฏิบัติได้สม่ำเสมอและทันที จุดประสงค์หลักก็คือให้โอกาสเด็กสมาธิสั้นได้พัฒนาให้

ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด ลดโอกาสที่จะเกิดปัญหาความประพฤติ ถ้าเด็กมีปัญหาการเรียนร่วม ด้วยก็ควรให้ความช่วยเหลือทางการศึกษา โดยคำนึงถึงข้อจำกัดทางสมาธิของเด็ก

2. พฤติกรรมบำบัดและการเปลี่ยนแปลงวิธีคิด (cognitive and behavioral approaches) พฤติกรรมบำบัดมีประโยชน์และได้ผลดีในรายที่เป็นน้อย โดยอาศัยการชมและให้รางวัลกับ พฤติกรรมเป้าหมาย เช่น การทำงานได้นานขึ้น ความประพฤติที่ผิดปกติน้อยลง พฤติกรรมบำบัดมี ประโยชน์ทั้งในการใช้เดี่ยวและร่วมกับยา

การเปลี่ยนแปลงวิธีคิดโดยเทคนิคการบังคับตนเองให้หยุดและคิด ("stop and think" self commands) ได้ผลดีในกลุ่มเด็กโตที่มีสติปัญญาดี มีแรงจูงใจและสนใจทางจิตวิทยา

3. ยา (medication) ยาที่ได้ผลดีที่สุด คือ ยากระตุ้นสมอง (CNS stimulant) ตัวที่ นิยมมากที่สุดคือ Methylphenidate (Ritalin) ใช้ได้ผลดีในรายที่มีอาการชนเป็นมากในทุกสถานที่ และไม่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย ยาจะช่วยบรรเทาอาการโดยจะช่วยให้สมาธิและอาการชนดีขึ้น นำไปสู่การเชื่อฟัง สัมพันธภาพที่ดีขึ้นกับเพื่อนและครอบครัว และการเรียนดีขึ้น ยามักเป็นจุดเริ่มการ รักษา ซึ่งนำไปสู่การรักษาอื่นทางครอบครัวและโรงเรียน เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ผลข้างเคียงของยา Methylphenidate ที่พบบ่อยคือ อาการไม่อยากอาหาร หรือนอนไม่หลับ ซึ่ง จะหายถ้าปรับเวลาและขนาดยา ควรหยุดยาเมื่อเด็กมีอาการหงุดหงิด เศร้า หรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุ ผลเป็นเวลานานหลายวัน นอกจากนี้ Methylphenidate ในขนาดสูงยังกระตุ้นให้เกิดอาการเคลื่อนไหวช้า ๆ ซึ่งจะดีขึ้นเมื่อลดยา แต่ควรระวังการใช้ยาในเด็กที่มีประวัติครอบครัวของ tic Methylphenidate ไม่ทำให้ง่วง ไม่ทำให้อารมณ์ดีและติดยา สามารถใช้ได้ในระยะยาวเป็นเดือน เป็น ปีได้ โดยปลอดภัย มีรายงานว่า การใช้ระยะยาวอาจมีผลต่อความสูงแต่ยังไม่ยืนยันแน่นอน ยาอื่นที่ใช้ ได้นอกเหนือจาก Methylphenidate คือ กลุ่มยาแก้เศร้า เช่น imipramine และ ยาอื่น ๆ คือ clonidine และ neuroleptics

4. การควบคุมอาหาร มีหลักฐานว่าเด็กบางคนมีอาการดีขึ้นจากการควบคุมอาหารบาง อย่าง เช่น นม น้ำส้ม ผลิตภัณฑ์จากแป้งสาลี การศึกษายังไม่ยืนยันลักษณะของเด็ก และอาหารที่ แม่ชัดเจน แต่การควบคุมอาหารเป็นสิ่งที่พ่อแม่ยอมรับและยินยอมทำตาม

ฮอลเลฮาน; และ คอฟแมน (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2545 : 382 ; อ้างอิงจาก Hallahan; & Kauffman. 1994. *Exceptional Children*. 6th ed) ว่าแนวคิดในการจัดการศึกษาและแก้ไขเด็ก ADHD มี 4 ประการ ซึ่งต้องทำร่วมกันได้แก่ เน้นกระบวนการเรียนที่เป็นระบบ และไม่กระตุ้นเร้ารัด เกินไป ปรับพฤติกรรม (behavior modification) ฝึกวิธีคิด (cognitive training) รักษาทางยา (Medication) ซึ่งจากการวิจัยพบว่าการรักษาทางยาอย่างเดียวมักไม่ได้ผล

ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล (2545 : 8 – 9) ได้ให้แนวทางการรักษาโรคสมาธิสั้นไว้ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา stimulant ทำให้ร้อยละ 70 – 80 ของเด็ก ADHD ดีขึ้น โดยดีขึ้นทั้งด้านสมาธิและพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม ปัญหาพฤติกรรมบางด้านยังมีปัญหา เช่น การคบเพื่อน ความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง เป็นต้น หรือผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาในระยะยาวอาจยังมีปัญหาการรักษาด้วยวิธีพฤติกรรมบำบัดจึงเป็นสิ่งจำเป็น และยังคงช่วยลดปริมาณยาที่ต้องให้กับเด็ก

2. พฤติกรรมบำบัด การฝึกพ่อแม่และครูให้รู้จักการใช้พฤติกรรมบำบัด เช่น การให้รางวัล การชมเชย การให้เครื่องหมายดาว เป็นต้น ทักษะที่เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและใช้วิธี timeout (ลงโทษโดยให้เด็กนั่งอยู่คนเดียวในมุมใดมุมหนึ่งของห้อง ในช่วงเวลาสั้น ๆ เช่น 1 นาที ต่ออายุ 1 ปี หรือประมาณ 5 นาที / หรือการไม่สนใจพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมแต่สนใจพฤติกรรมที่เหมาะสม)

บราวน์; และ มิลเลอร์ (Brown; & Miller. 2005 : 40) ได้ให้แนวทางการจัดการโรคสมาธิสั้นไว้ดังนี้

1. กระบวนการที่จำเป็น คือ ต้องอธิบายเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นให้แก่เด็กและผู้ปกครอง
2. การจัดการในชั้นเรียน (classroom modification) มีการจัดที่นั่งให้เหมาะสมและกำจัดสิ่งที่จะรบกวนความสนใจของเด็ก

3. ด้านการศึกษา การช่วยเหลือต้องมีความเหมาะสมกับเด็กรายบุคคล วิธีการจัดชั้นเรียนเป็นกลุ่มเล็ก ๆ (small group) หรือให้มีการสอนเป็นรายบุคคล การช่วยเหลือจัดระบบทักษะต่าง ๆ โดยมองข้ามจุดบกพร่องของเด็ก เช่น อนุญาตให้ใช้คีย์บอร์ด ถ้าเด็กมีปัญหาเกี่ยวกับลายมือ

The National Health and Medical Research Council of Australia. (2005 : Online) ได้ให้แนวทางช่วยเหลือโรคสมาธิสั้นไว้ดังนี้

1. วิธีการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) มีข้อควรคำนึงถึง คือ เมื่อใช้เป็นวิธีเดียวในการช่วยเหลืออาจไม่ได้ผลนัก แต่ก็สามารถใช้ได้ดีในเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นไม่รุนแรง สิ่งสำคัญของโปรแกรมการปรับพฤติกรรม คือ การให้ส่งเสริมแรงทางบวก / สิ่งจูงใจ มีประสิทธิภาพสูงกว่าการให้สิ่งเสริมแรงทางลบ หรือการตัดสินใหม่

โปรแกรมการปรับพฤติกรรม จะใช้ได้ดีกับเด็กวัยเรียน โดยเด็กต้องมีส่วนร่วมอย่างมากในกระบวนการต่างๆ คือ การออกแบบโปรแกรม การกำหนดจุดมุ่งหมาย การกำหนดระดับการพัฒนา การเลือกสิ่งเสริมแรง

2. วิธีการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (cognitive behavior modification) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มศักยภาพ ได้แก่ ความสามารถในการจัดการปัญหา (problem - solving abilities) ทักษะสังคม (social skill) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวทั้งที่บ้าน โรงเรียน และสถานที่สำคัญอื่น ๆ นอกจากนี้ยังส่งเสริมการควบคุมตนเอง (self – control) อันเหมาะสมกับเด็กที่มีลักษณะหุนหันพลันแล่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และมีการจัดการกับปัญหาไม่เหมาะสม ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

3. วิธีการฝึกจัดการกับความโกรธ (anger management training) มีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกควบคุมและจัดการกับอารมณ์โกรธ และความคับข้องใจ ซึ่งเหมาะสำหรับเด็กที่มีลักษณะหงุดหงิด พลันแล่น และก้าวร้าว

4. วิธีครอบครัวบำบัด (family therapy) เพื่อพัฒนาความสามารถในการจัดการกับปัญหาภายในครอบครัว และให้คนในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน นอกจากนี้ยังต้องการปรับพฤติกรรมให้กับผู้ปกครอง เพื่อนำไปปรับพฤติกรรมแก่ลูก เช่น วิธีขอเวลานอก (time out) และการลงโทษ (punishment) เป็นต้น

จากการศึกษาสรุปได้ว่า วิธีการรักษาและช่วยเหลือโรคสมาธิสั้นนั้นสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ วิธีรักษาทางยา โดยใช้ยากกลุ่ม psychostimulants ยากลุ่มต้านเศร้า (antidepressant) และยากกลุ่มรักษาโรคจิต (antipsychotic) แต่อย่างไรก็ตามการรักษาทางยาเพียงอย่างเดียว แม้จะทำให้ปัญหาด้านสมาธิและพฤติกรรมดีขึ้น แต่เด็กสมาธิสั้นบางรายอาจไม่ตอบสนองกับยาและยังคงมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอยู่ เด็กสมาธิสั้นจึงควรได้รับการบำบัดทางจิตวิทยา เช่น การปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) การปรับพฤติกรรมทางปัญญา (cognitive behavior modification) การฝึกการจัดการความโกรธ (anger management training) การฝึกควบคุมตนเอง (self control) ครอบครัวบำบัด (family therapy) และการฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) ซึ่งการบำบัดทางจิตวิทยาอาจใช้เป็นวิธีการบำบัดวิธีเดียวหรือใช้ร่วมกับการใช้ยาก็ได้ นอกจากนี้ยังควรได้รับการบริการด้านการศึกษา ได้แก่ การจัดชั้นเรียนการให้ความช่วยเหลือด้านการศึกษา ปรับวิธีการสอนและอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับศักยภาพของเด็ก รวมทั้งบริการด้านอื่น ๆ ได้แก่ การให้ความรู้และข้อมูลแก่เด็กสมาธิสั้นและครอบครัว การควบคุมอาหาร เป็นต้น

1.10 การพยากรณ์โรคสมาธิสั้น (Prognosis)

การพยากรณ์โรคจัดเป็นส่วนสำคัญในการวางแผนการรักษา และการติดตามผลการรักษา ทั้งนี้เพื่อให้เด็กสมาธิสั้นได้รับการวางแผนรักษาได้อย่างเหมาะสม และมีความคาดหวังที่ถูกต้องกับสภาวะของตนเอง ซึ่งการพยากรณ์โรคจะเป็นไปในทิศทางใดนั้น พบว่าเกิดจากปัจจัยหลายประการ

สุวรรณี พุทธิศรี (2548 : 467) ได้สรุปการพยากรณ์โรคสมาธิสั้นไว้ว่า อาการอยู่ไม่นิ่งจะดีขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น ส่วนอีก 1 ใน 3 อาการจะคงเดิม

ชาญวิทย์ พรนภดล (2547 : 271) ได้สรุปการพยากรณ์โรคสมาธิสั้นไว้ว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นร้อยละ 30 จะหายจากโรคสมาธิสั้นเมื่อโตผ่านพ้นวัยรุ่น โดยอาการแรกที่หายไปหรือลดความรุนแรงลง คือ อาการ hyperactivity กลุ่มนี้ถูกเรียกว่า “developmental delay” outcome กลุ่มที่ 2 มีประมาณร้อยละ 40 โดยที่เด็กกลุ่มนี้จะคงอาการสมาธิสั้นที่รบกวนการเรียน การทำงาน การเข้า

สังคม ต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ กลุ่มนี้ถูกเรียกว่ามี “continual display” outcome กลุ่มสุดท้ายมีประมาณร้อยละ 30 โดยที่เด็กกลุ่มนี้นอกจากจะมีอาการของโรคสมาธิสั้นที่ไม่ดีขึ้นแล้วยังมีผลกระทบที่ตามมา เช่น alcoholism, substance abuse และ antisocial personality Disorder ที่ทำให้การดำเนินการโรคแย่ลง กลุ่มนี้จะถูกเรียกว่า “developmental decay”

ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค ได้แก่ ระดับเซาว์ปัญญาของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค การมีความผิดปกติที่พบร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง conduct, mood และ anxiety, สภาพแวดล้อมไม่ตีรวมถึงการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่ไม่เหมาะสมและประวัติของโรคสมาธิสั้นในครอบครัว

อลิสซา วัชรสินธุ (2546 : 68) ได้สรุปการพยากรณ์โรคสมาธิสั้นไว้ว่า อาการสมาธิสั้น และชนลดลงเมื่อเด็กเข้าสู่วัยรุ่น แต่มีหลายรายยังคงกระสับกระส่าย และสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่ เด็กส่วนใหญ่ไม่ประสบความสำเร็จทางการศึกษา เด็กที่มีอาการชนและความประพฤตินอกกรอบ มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder) และติดสารเสพติดในวัยผู้ใหญ่มากกว่าเด็กที่มีอาการชนอย่างเดียว โดยไม่มีพฤติกรรมผิดปกติ

ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล (2545 : 9) ได้สรุปการพยากรณ์โรคสมาธิสั้นไว้ว่า เมื่ออายุมากขึ้น อาการชนไม่อยู่นิ่งมักลดลง อาจเหลือแต่หยุดหยิกเวลานั่งกับที่หรือมือไม่อยู่นิ่ง อาการที่มักลดลงหลังสุดคือ ไม่มีสมาธิ จากการติดตามเด็ก ADHD จนถึงวัยรุ่น พบว่าร้อยละ 60 – 80 ของเด็ก ADHD ยังมีอาการจนถึงวัยรุ่น และร้อยละ 10 – 50 ยังมีอาการจนถึงวัยผู้ใหญ่ เด็กที่เป็น ADHD ยังมีอาการจนถึงวัยรุ่นผู้ใหญ่ เด็กที่เป็น ADHD มีโอกาสเป็น conduct disorder หรือติดยา หรือผลการเรียนไม่ดี หรือขาดความมั่นใจสูงกว่าเด็กทั่วไป และเมื่อเป็นผู้ใหญ่ มีโอกาสมีบุคลิกภาพแบบอันธพาล (antisocial personality disorder) ถึงร้อยละ 25 – 30 ของเด็ก ADHD ตัวที่บ่งชี้ ถ้าการทำนายโรคที่ไม่ดี ได้แก่ การมีความผิดปกติทางจิตเวชร่วมด้วย โดยเฉพาะ conduct disorder นอกจากนี้การที่เด็กมีระดับสติปัญญาต่ำ และมีความผิดปกติทางจิตเวชในพ่อแม่มีส่วนทำให้การทำนายโรคไม่ดี

รัชนี ฉลองเกื้อกุล (2545 : 80) ได้กล่าวถึงการพยากรณ์โรคสมาธิสั้นไว้ว่า ต่างประเทศมีการดูเรื่องนี้มานาน พบว่าเด็กสมาธิสั้นประมาณ 30% เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะปรับตัวได้ดี ตรงนี้คงเป็นเพราะว่าพอเขาโตก็สามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น อีก 50% ที่ยังมีอาการอยู่แต่ก็พอปรับตัวได้ดีขึ้น และ 20% จะมีปัญหามาก จะออกมาเป็นเด็กเกเร ต่อต้านสังคม มีปัญหายาเสพติด แต่ทั้งหมดนี้ ขึ้นอยู่กับว่าเด็กได้รับการเลี้ยงดูดีแค่ไหน ถ้าภาวะจิตใจเขาดีได้รับการประคับประคองที่ดี เขาก็จะอยู่ใน 30% แรกได้ ภาวะนี้ไม่ใช่เรื่องรุนแรง ถ้ารักษาถูกวิธี แต่อย่างไรก็ตาม พยากรณ์โรคจะดีในกรณีระดับสติปัญญาดี ไม่มีควมบกพร่องในการเรียน (learning disability) ร่วมด้วยหรือมีแต่ไม่รุนแรง ไม่มีปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย เป็นต้น ครอบครัวมีความเข้าใจและคอยประคับประคองช่วยเหลือเด็ก

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2539 : 367) สรุปได้ว่าแนวโน้มของโรคสมาธิสั้นมีการพัฒนาโรค แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่ม developmental decay outcome เด็กจะมีอาการของสมาธิสั้นลดลง หรือหายไป เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นพบได้ร้อยละ 30 (2) กลุ่ม continual decay outcome เด็กจะยังคงมี อาการของสมาธิสั้นต่อเนื่อง เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่พบได้ร้อยละ 30 – 40 และ (3) กลุ่ม Developmental decay outcome เด็กยังคงมีอาการของโรคสมาธิสั้น ร่วมกับผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ปัญหาด้านบุคลิกภาพ (conduct disorder, antisocial personality disorder) ปัญหาด้านอารมณ์ mood disorder, anxiety disorder) และการติดสารเสพติด เป็นต้น

สรุปได้ว่า การพยากรณ์โรคจะมีแนวโน้มดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ระดับสติปัญญา ปัญหาด้านการเรียนรู้ (learning disability) ปัญหาด้านจิตเวชอื่น ๆ ที่พบร่วม การได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และประวัติโรคสมาธิสั้นในครอบครัว

2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมตนเอง (Self Control)

2.1 แนวคิดพื้นฐานและความหมาย

เทคนิคการควบคุมตนเอง เป็นเทคนิคที่อยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ ซึ่งมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะถูกควบคุมด้วยเงื่อนไขและนำผลกรรมนั้นคือ ถ้าเงื่อนไขนำเปลี่ยนหรือผลกรรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็ย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย ในเงื่อนไขของการควบคุมตนเองนั้น บุคคลจะเป็นผู้จัดการเงื่อนไขนำและผลกรรมด้วยตนเอง แทนที่บุคคลอื่นจะเป็นผู้จัดการให้

การควบคุมตนเองนั้น มักจะเกี่ยวเนื่องกับการเลือกการแสดงพฤติกรรมที่มีเงื่อนไขผลกรรมที่ขัดแย้งกันอยู่โดยที่เงื่อนไขผลกรรมที่ขัดแย้งกันนี้มีอยู่ด้วยกัน 4 ลักษณะ แคชดิน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชาติ. 2545 : 330 – 331 ; อ้างอิงจาก Kazdin. 1989. *Behavior Modification in Applied Setting*. 4th ed.) ด้วยกันคือ

1. หลีกเลี่ยงการแสดงพฤติกรรมที่ทำให้ได้รับผลกรรมทางบวกโดยทันที เพื่อที่ว่าจะได้รับผลกรรมทางลบในอนาคต เช่น หลีกเลี่ยงการกินอาหารที่ชอบเป็นจำนวนมาก เพื่อจะได้ไม่อ้วนในอนาคต เป็นต้น
2. แสดงพฤติกรรมที่ได้รับผลกรรมทางลบในทันที เพื่อที่จะได้รับผลกรรมทางบวกในอนาคต เช่น การทำงานหนักเพื่อจะได้มีฐานะดีขึ้นในอนาคต เป็นต้น
3. การไม่กระทำพฤติกรรมที่ได้รับผลทางบวกเล็กน้อยทันที เพื่อที่ว่าจะได้รับผลกรรมทาง

บวกที่มากกว่าในอนาคต เช่น การไม่ไปเที่ยวในคืนวันศุกร์ (ได้รับความสนุกทันที) เพื่อว่าจะได้ใช้เวลาอ่านหนังสือ อันจะนำผลทางบวกในอนาคต (ผลการเรียนดีขึ้น) เป็นต้น

4. การกระทำพฤติกรรมที่ได้รับผลทางลบแต่น้อยทันที เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงผลกระทบทางลบจำนวนมากในอนาคต เช่น การไปหาหมอฟัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่น่าจะทำให้พอใจนัก แต่ทว่าจะทำให้ไม่เกิดการปวดฟันอย่างรุนแรงได้ในอนาคต

จากเงื่อนไขของการขัดแย้งของผลกระทบทั้ง 4 ประการนี้ทำให้บุคคลจะต้องกระทำพฤติกรรมบางอย่าง เพื่อที่จะควบคุมพฤติกรรมบางอย่างที่ทำให้บุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่ง Skinner (1953) เรียกพฤติกรรมนั้นว่าพฤติกรรมควบคุม ส่วนพฤติกรรมที่ทำแล้วจะทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้เรียกว่าพฤติกรรมที่ถูกควบคุม ดังนั้น การฝึกควบคุมตนเองก็คือ การฝึกให้เราสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมที่สามารถควบคุมตนเองได้ ซึ่งการทำเช่นนั้นจะทำให้บุคคลสามารถทนต่อสิ่งเย้ายวน อันทำให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้นั่นเอง

ในระยะแรกของการพัฒนาเทคนิคการควบคุมตนเองนั้น ได้มีการเรียกชื่อเทคนิคการควบคุมตนเองไว้ในหลายลักษณะด้วยกัน คือ การเปลี่ยนแปลงตนเอง (self – change) (Schmidt. 1976) การจัดการตนเอง (self – management) (Stuart. 1977) การปรับตัวเอง (self – modification) (Watson; & Tharp. 1977) การกำกับตนเอง (self – regulation) (Schwartz; & Shapiro. 1976) ซึ่งไม่ว่าจะเรียกชื่ออะไร กระบวนการสำคัญของเทคนิคเหล่านี้คือ บุคคลจะดำเนินการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการเลือกเป้าหมาย ตลอดจนวิธีการดำเนินการทั้งหมด เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย วอล์กเกอร์; และคนอื่นๆ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2545 : 327 – 328 ; อ้างอิงจาก Walker; et al. 1981. *Clinical procedures for behavior therapy*)

นอกจากนี้ คอลเมียร์; และ คอลเมียร์ (Cormier; & Cormier. 1979 : 476) ได้ให้ความหมายของการควบคุมตนเอง (self control) คือ กระบวนการที่บุคคลใช้วิธีการหนึ่งวิธีการใด หรือหลายวิธีรวมกัน เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง จากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยบุคคลนั้นเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายและกระบวนการที่จะนำไปสู่เป้าหมายด้านตนเอง ส่วนผู้บำบัดมีบทบาทเพียงเป็นผู้ฝึกวิธีการที่เหมาะสมให้เท่านั้น

วัตสัน; และ ทราป (Watson; & Tharp. 1972 : 7) ได้ให้แนวคิดที่สอดคล้องกันไว้ดังนี้ ในทางปฏิบัตินั้น การควบคุมตนเอง บุคคลอื่นก็สามารถเข้าไปช่วยเหลือได้ โดยผู้ที่เป็นนักปรับพฤติกรรมจะทำหน้าที่ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา ในกรณีที่ถูกปรับพฤติกรรมเกิดปัญหาเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินการของกระบวนการควบคุมตนเอง

จากการศึกษาดังกล่าว สรุปได้ว่า การควบคุมตนเอง เป็นเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่มีพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ การวางเงื่อนไขแบบการกระทำโดยบุคคลจะใช้วิธีการเพื่อปรับพฤติกรรม

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเอง โดยผู้บำบัดจะทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินการเท่านั้น

2.2 เทคนิคการควบคุมตนเอง

เทคนิคการควบคุมตนเอง มีหลายเทคนิคประกอบด้วยวิธีการต่างๆ ดังนี้

1. การเตือนตนเอง (self monitoring)

การเตือนตนเอง จัดได้ว่าเป็นเทคนิคที่มีความสำคัญมากในการควบคุมตนเอง เนื่องจากว่าการเตือนตนเองสามารถที่จะใช้เป็นเทคนิค ส่วนหนึ่งของการควบคุมตนเองหรือเป็นกระบวนการควบคุมตนเองทั้งหมดที่เรียกว่าการจัดการตนเอง (self – management) ก็ได้ การเตือนตนเองประกอบด้วยกิจกรรม 2 ส่วน คือ การสังเกตตนเอง (self – observation) และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง (self – recording) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชาติ. 2545 : 335)

ซึ่งได้กล่าวไว้อย่างสอดคล้องกับ คอมเพส; และ กอตลิฟ (Compas; & Gotlib. 2002 : 254 - 256) ว่า การเตือนตนเอง (self monitoring) เป็นเทคนิคที่ผู้ป่วยต้องทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้น ซึ่งการเตือนตนเองจะทำให้ผู้ป่วยได้ทราบข้อมูลและอัตราการเกิดพฤติกรรมของตนเอง ตลอดจนพฤติกรรมที่นำมา (antecedent) พฤติกรรมที่ตามมา (sequence) ด้วยตนเอง เนื่องจากผู้บำบัดมิได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา อีกทั้งยังมีผลให้ผู้ป่วยเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยด้านสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม ว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม อันมีผลทำให้โปรแกรมการฝึกมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

โอเลียรี่; และ ดูบี. (Leary; & Dubey. 1979) ได้กล่าวเพิ่มเติมถึงประสิทธิภาพของการเตือนตนเองว่า น่าจะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ ด้วยกันคือ

1) ความแม่นยำในการบันทึกพฤติกรรม เรามักพบเสมอว่าเพียงแต่บอกให้ผู้เข้ารับการบำบัดหรือผู้ถูกปรับพฤติกรรมนั้นบันทึกพฤติกรรมตนเอง ก็ไม่ได้หมายความว่าเราจะได้พฤติกรรมที่แม่นยำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผลที่เกิดจากข้อมูลที่บันทึกได้นั้น ถ้าข้อมูลมีผลต่อการรับการเสริมแรง ความแม่นยำของการบันทึกข้อมูลจะน้อยลง เพราะข้อมูลมักจะสูงกว่าความเป็นจริง (Santogrossi; et al. 1973) ดังนั้นจึงมีความพยายามในการหาทางให้การบันทึกพฤติกรรมมีความแม่นยำมากขึ้น โดยการให้การเสริมแรงต่อความแม่นยำของการบันทึกพฤติกรรม โดยการเปรียบเทียบผลที่ได้จากการบันทึกพฤติกรรมของตนเอง กับผลที่ได้จากผู้อื่นสังเกต ถ้าตรงกันก็จะได้รับการเสริมแรง ซึ่งก็พบว่าได้ผลดี (Boldstad; & Johnson. 1972)

2) ลักษณะของผู้บันทึกพฤติกรรม เชื่อว่าการเตือนตนเองแต่เพียงอย่างเดียวอาจจะเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมี

ความต้องการที่จะพัฒนาพฤติกรรมของตนเอง หรือได้รับแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำวิจัยกับเด็กในโรงเรียน เด็กเหล่านี้อาจเห็นคุณค่าของเป้าหมายที่ผู้วิจัยพูดให้ฟัง จึงทำให้การเตือนตนเองได้ผล

3) ความยากง่ายของงานหรือพฤติกรรมที่กระทำ นั่นคือการเตือนตนเองจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถ้าพฤติกรรมเป้าหมายกระทำได้ง่าย สรุปว่า การเตือนตนเองจะมีประสิทธิภาพกับพฤติกรรมหรืองานที่ทำได้ง่ายมากกว่ากับพฤติกรรมที่ทำได้ยาก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2545 : 336 - 337)

การดำเนินการเตือนตนเอง ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) เลือกและกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน โดยที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะต้องตกลงร่วมกัน พฤติกรรมดังกล่าวอาจเป็นพฤติกรรมภายในหรือพฤติกรรมภายนอกก็ได้ อีกทั้งทิศทางของการเปลี่ยนแปลงอาจเป็นลดหรือเพิ่มก็ได้

2) ฝึกให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมเป้าหมายนั้นเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้น

3) ฝึกให้ผู้รับการบำบัดทำการบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งวิธีการบันทึกนั้นย่อมขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเป้าหมาย และเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมเป็นหลัก ซึ่งอาจทำการบันทึกเป็นความถี่หรือความยาวนานของเวลา เป็นต้น การฝึกนั้นควรรวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลและการทำแผนภูมิของข้อมูลด้วย ควรจะให้การฝึกการบันทึกพฤติกรรมนั้นมีความแม่นยำเสียก่อน จึงจะยุติการฝึกและดำเนินการเตือนตนเองได้

4) การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง ขั้นตอนนี้ดำเนินการเช่นเดียวกับการฝึก แต่ที่ผู้รับการฝึกจะดำเนินการเองทั้งหมด โดยที่ผู้บำบัดอาจจะสุ่มตรวจสอบถ้าความแม่นยำในการบันทึกครั้งคราว ในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม ควรจะมีการบันทึกทันทีที่จุดเริ่มต้นพฤติกรรม ซึ่งน่าจะได้ผลดีมากกว่าบันทึกเมื่อพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นแล้ว

5) การประเมินผลหรือวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนนี้เป็นการเอาข้อมูลที่ได้จากการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งผลที่ได้อาจนำไปสู่การเสริมแรงด้วยตนเอง ถ้าทำตามเป้าหมาย หรือการลงโทษตนเอง ถ้าไม่ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างมาก ในการที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของเทคนิคการเตือนตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2545 : 338 - 339)

การนำไปใช้

การเตือนตนเองนั้น สามารถใช้กับพฤติกรรมทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมภายนอกหรือพฤติกรรมภายใน อีกทั้งใช้ได้ทั้งในการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อีกด้วย เช่น การเพิ่มระดับความสนใจในการเรียน การทำให้ผลการเรียนดีขึ้น การลดพฤติกรรม

การกินและการสูบบุหรี่ การลดพฤติกรรมก่อนนอนในชั้นเรียน การลดการพูดเสียงดัง และพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น (Boldstad; & Johnson. 1972)

2. การเสริมแรงตนเองและการลงโทษตนเอง (self – reinforcement and self – punishment) การเสริมแรงและการลงโทษตนเอง จัดได้ว่าเป็นเทคนิคหนึ่งในการควบคุมตนเอง โดยบุคคลจะเป็นผู้ให้ผลกรรมด้วยตนเองต่อพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ซึ่งหลักในการดำเนินการมีด้วยกัน 2 ขั้นตอน คือ

1) บุคคลจะต้องพิจารณาถึงการสนองตาม ที่ได้รับการเสริมแรงและการลงโทษ โดยจะต้องพิจารณาถึงเกณฑ์ในการเสริมแรง หรือลงโทษด้วยตนเองซึ่งเรียกว่าเป็นการกำหนดตัวเสริมแรงหรือตัวลงโทษด้วยตนเอง

2) บุคคลจะต้องให้การเสริมแรง เมื่อการตอบสนองนั้นเป็นไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ หรือให้การลงโทษ เมื่อการตอบสนองไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ซึ่งเรียกว่าการเสริมแรงและการลงโทษด้วยตนเอง ในด้านการเสริมแรงนั้น ตัวเสริมแรงที่นำมาใช้อาจเป็นตัวเสริมแรงที่บุคคลหามาเอง หรือบุคคลอื่นหามาให้ เนื่องจากไม่ใช่ประเด็นสำคัญ ประเด็นสำคัญคือบุคคลนั้นจะต้องเป็นผู้พิจารณาว่าเมื่อใดจะได้รับการเสริมแรง และต่อพฤติกรรมอะไรมากกว่าส่วนการลงโทษด้วยตนเองนั้น เขาจะต้องจัดการลงโทษด้วยตนเอง และตัวลงโทษต้องเป็นตัวที่หามาเอง การเสริมแรงตนเองและการลงโทษจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง ว่าพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ ดังนั้นวิธีการเตือนตนเองจึงจัดได้ว่ามีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการเสริมแรงตนเองและการลงโทษตนเอง

ในการนำเอาการเสริมแรงและการลงโทษมาใช้ (Kazdin. 1989) กล่าวว่าการลงโทษตนเอง นั้นไม่ค่อยนิยมนำมาใช้ เนื่องจากจะมีปัญหาเกิดผลข้างเคียงของการลงโทษได้

โวลเลรี; และคนอื่นๆ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต 2545 : 342; อ้างอิงจาก Wolery; et al. 1988. *Effective teaching*) ได้กล่าวถึงแนวทางการฝึกการเสริมแรงตนเอง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) นักเรียนต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย เกณฑ์ของพฤติกรรมเป้าหมายที่ได้รับการเสริมแรง (ระดับพฤติกรรมที่ยอมรับได้) และการเลือกตัวเสริมแรงที่เป็นไปได้

2) ฝึกให้นักเรียนสามารถสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง ตลอดจนประเมินตนเองได้อย่างแม่นยำ

3) ครูควรเตรียมสิ่งเสริมแรงสำหรับ

3.1) พฤติกรรมเป้าหมายที่นักเรียนกระทำได้ถึงเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3.2) ความแม่นยำของการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของนักเรียน โดยดูจากความ

สอดคล้องระหว่างข้อมูลของครูและนักเรียนที่บันทึกได้ตรงกัน

3.3) ความแม่นยำของนักเรียนที่พิจารณาว่าเกณฑ์ของพฤติกรรมนั้นได้ถึงระดับที่พึงพอใจแล้ว

4) เมื่อพบว่านักเรียนสามารถสังเกตและบันทึกข้อมูลตลอดจนประเมินพฤติกรรมตนเองได้อย่างแม่นยำแล้ว ครูควรจะทำอย่างไร ลดจำนวนครั้งของการเปรียบเทียบข้อมูลที่ครูบันทึกกับข้อมูลของนักเรียน

5) ควรเพิ่มโอกาสให้นักเรียนดำเนินการต่อไปนี้

5.1) ประเมินพฤติกรรมตนเอง

5.2) กำหนดเกณฑ์พฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง

5.3) เลือกตัวเสริมแรงด้วยตนเอง

5.4) เพิ่มบทบาทของตนเองในการจัดการเสริมแรง

6) ควรใช้การเสริมแรงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติร่วมด้วย ในกระบวนการเสริมแรงตนเอง การนำไปใช้

การเสริมแรงตนเองและลงโทษตนเองนั้น ได้มีการนำมาใช้ในการแก้ไขพฤติกรรมหลายอย่างด้วยกันทั้งด้านคลินิก และในโรงเรียน เช่น การเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เพิ่มพฤติกรรมกาตั้งใจเรียน เป็นต้น

2.3 วิธีดำเนินการควบคุมตนเอง (Self Control)

สถาบันเด็ก มุขนิธิเด็ก. (2548 : ออนไลน์) ได้กล่าวถึงขั้นตอนการควบคุมตนเองว่ามี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

2. สังเกตพฤติกรรม โดยการสังเกตพฤติกรรมและผลที่ตามมา เมื่อไรเกิด / เมื่อไรไม่เกิดการสังเกตยิ่งมากจะช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการลงเพราะเมื่อพฤติกรรมเป้าหมายเกิดความตระหนักก็เกิด ดังนั้น การกระทำจะเปลี่ยนทันที

4. การประเมินพฤติกรรมเพื่อเสริมแรงจิตใจในการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่อง วัยรุ่นสามารถติดตามปริมาณความสำเร็จก่อนจะถึงเป้าหมายได้ กิจกรรมจะนำสนใจยิ่งขึ้น ถ้าทำเป็นชาร์ทหรือ กราฟพฤติกรรมเป้าหมายเปรียบเทียบกับฐานเดิม

5. การให้รางวัลกับพฤติกรรมที่บรรลุเป้าหมาย การได้รางวัลเป็นแรงจูงใจเมื่อบรรลุพฤติกรรมเป้าหมาย จะเกิดโดยธรรมชาติอยู่แล้ว เพราะพฤติกรรมที่ไม่ต้องการเปลี่ยนไป ผลทางลบจะหยุดลง ผลทางบวกจะตามมา แต่ในระยะแรก ผลตามธรรมชาติอาจสังเกตเห็นได้ไม่ชัด การให้รางวัลเป็นรูปธรรมจะช่วยได้ซึ่งมีได้หลายลักษณะ เช่น เบี้ยอรรถกร (token economy)

2.4 ปัจจัยที่มีประสิทธิภาพต่อการควบคุมตนเอง

1. ความตระหนักรู้ (awareness) เป็นลักษณะของจิตวิสัย เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตสำนึกซึ่งรวมทั้งการรับรู้ความรู้สึก และความคิด ความตระหนักรู้ไม่ใช่ความคิด แต่เป็นการรู้ถึงความคิด เมื่อบุคคลเกิดความตระหนักรู้ก็จะนำมาสู่ความคิด ซึ่งก็จะมีผลต่อการควบคุมตนเองในการควบคุมตนเองนั้น คนเราจะต้องตระหนักถึงพฤติกรรม และ/หรือขั้นตอนของการเกิดพฤติกรรมที่จะต้องเปลี่ยนเพื่อที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งนับได้ว่าเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการพัฒนาการควบคุมตนเอง ซึ่งวิธีการพัฒนาให้เกิดความตระหนักรู้สามารถทำได้ โดยการฝึกให้ทำพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งการฝึกให้ทำพร้อมทั้งเน้นความสนใจไปสู่พฤติกรรมที่กระทำนั้นก็จะส่งผลให้เกิดความตระหนักรู้ขึ้นมาได้ นอกจากนี้ยังทำได้โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับจากเพื่อนหรือผู้ใกล้ชิด การให้บันทึกพฤติกรรมตนเอง ตลอดจนการใช้การฝึกฝนอีก

การที่จะทำให้การควบคุมตนเองมีประสิทธิภาพมากที่สุดก็คือ การทำให้คนเราตระหนักรู้เร็วที่สุดในจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม เพราะจะทำให้บุคคลสามารถควบคุมได้มากขึ้น มีทางเลือกและอิสระมากขึ้น ลองพิจารณาถึงบุคคลที่เริ่มตระหนักว่าเธอโกรธ (หรือวิตกกังวล) เมื่อร่างกายของเธอเกิดอาการตึงเครียดและจิตใจของเธอเกิดก็เต็มไปด้วยความคิดที่เกี่ยวข้องกับความโกรธ เธอกำลังเริ่มต้นที่จะแสดงอาการโกรธ และในจุดนั้นเองเป็นการยากสำหรับเธอที่จะควบคุมการโกรธนั้นและเริ่มผ่อนคลาย แต่ถ้าเธอเริ่มตระหนักว่าร่างกายของเธอเริ่มจะเกิดอาการตึงเครียดและความคิดที่เกี่ยวข้องกับความโกรธเริ่มที่จะเกิดขึ้นในจิตใจของเธอการควบคุมตนเองของเธอจะง่ายขึ้นเธอก็จะมีทางเลือกในการแสดงออกได้มากขึ้น ดังนั้นการเริ่มตระหนักรู้ได้เร็วเท่าไรก็ยิ่งดีขึ้นไปเท่านั้น

2. การดำเนินการ (intervention) เป็นการดำเนินการควบคุมการกระทำของตนเอง โดยการกระทำเพื่อควบคุมตนเองนั้น จะเริ่มต้นเมื่อบุคคลเกิดความตระหนักรู้ และกระทำบางสิ่งบางเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการดำเนินการนั้นอาจทำได้โดยการเปลี่ยนความต่อเนื่องของพฤติกรรม หยุดพฤติกรรม หรือแสดงพฤติกรรมอื่นทดแทน นอกจากนี้ยังอาจทำได้โดยการให้ผ่อนคลาย หยุดความคิดใช้วิธีการจินตนาการ หรือการใช้การเสริมแรงตนเอง เป็นต้น

3. ความรู้สึกผ่อนคลาย (sense of self) ความรู้สึกแห่งตนจัดได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการทำให้การควบคุมของตนเองมีประสิทธิภาพ เนื่องจากว่าโดยปกติแล้วคนเราไม่เพียงแต่เห็น คิด หรือพูดเท่านั้น หากแต่เป็นความรู้สึกของ “ฉัน” ที่ เห็น คิด หรือพูด ความรู้สึกแห่งตนนั้นอาจมีผลต่อการควบคุมตนเองใน 2 ประการคือ การที่ทำให้บุคคลบิดเบือนการรับรู้เพื่อที่จะให้สอดคล้องกับความรู้สึกแห่งตน ซึ่งลักษณะของการบิดเบือนการรับรู้ตัวเองจะมีผลต่อการพัฒนาความตระหนักรู้ของบุคคลนั้น อันจะเป็นผลต่อการควบคุมตนเอง ส่วนอีกประการหนึ่งนั้น เกี่ยวข้องกับความ

เชื่อของบุคคลว่า เขาสามารถจะทำให้สิ่งที่เขาปรารถนาได้หรือไม่ ซึ่งความเชื่อดังกล่าวมีผลต่อการควบคุมตนเองโดยตรง

ความเชื่อของบุคคลในด้านของอัตถิचित และปรลิติต (internal and external locus of control) มีผลต่อการพัฒนาการควบคุมตนเอง บุคคลที่มีความเชื่อในด้านของปรลิติต มีการรับรู้ว่า เหตุการณ์ต่างๆ นั้นไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของตน และอยู่นอกเหนือการควบคุม ในขณะที่บุคคลที่มีความเชื่อในด้านของอัตถิचित มักที่จะรับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นทางบวกหรือทางลบนั้นย่อมเป็นผลมาจากการกระทำของเขา และอยู่ภายใต้การควบคุมของเขาเอง ซึ่งการทำให้บุคคลเชื่อในด้านอัตถิचित ย่อมทำให้คนเราสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ดีขึ้น

การอนุมานสาเหตุ (attribution) ย่อมที่จะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ถ้าบุคคลอนุมานสาเหตุหรือการเปลี่ยนแปลงมาจากสิ่งภายนอกหรือสภาพการณ์บางอย่าง ทศนคติ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจะอยู่คงทน (Winett. 1970) ซึ่งผู้นำบัดจะต้องพยายามทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดอนุมานสาเหตุว่าการที่เขาสำเร็จนั้นเป็นเพราะว่าเขามีทักษะอย่างเพียงพอ และสามารถควบคุมการกระทำของเขาได้ ซึ่งจะทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีความรู้สึกว่าเขามีศักยภาพอันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินการควบคุมตัวของเขาเองได้

ดังนั้นในการดำเนินการให้การฝึกการควบคุมตนเองมีประสิทธิภาพนั้น เราจะต้องทำให้บุคคลมีความรู้สึกแห่งตนว่าเขาเป็นผู้ที่ควบคุมสิ่งต่างๆ ซึ่งวิธีการก็คือให้บุคคลมีประสบการณ์ของการควบคุมสิ่งต่างๆ และตระหนักถึงความสามารถของเขา

4. ความรู้สึกแห่งความปรารถนา (sense of will) สิ่งที่มาคู่กับความรู้สึกแห่งตน คือความรู้สึกแห่งความปรารถนาซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของการกระทำ นั่นคือเมื่อทำให้คนเรามีความเชื่อว่าเขาสามารถทำได้แล้ว สิ่งต่อมาที่จะทำให้บุคคลกระทำนั้นย่อมขึ้นอยู่กับความรู้สึกแห่งความปรารถนานั้นเอง ความปรารถนานั้นสามารถทำให้เกิดขึ้นได้โดยผ่านการสร้างแรงจูงใจภายใน ซึ่งแรงจูงใจภายในอาจเพิ่มขึ้นได้ถ้าบุคคลรับรู้ถึงความสำเร็จต่างๆ ของเขานั้น เกี่ยวข้องกับการกำหนดสิ่งต่างๆ ด้วยตัวของเขาเอง

2.5 ข้อดีของการควบคุมตนเอง

1. ในการดำเนินโปรแกรมการปรับพฤติกรรมโดยบุคคลภายนอกนั้น ประสบกับปัญหาที่ผู้ดำเนินโปรแกรมไม่สามารถที่จะให้ผลกรรมต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมได้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากว่าในบางครั้งผู้ดำเนินโปรแกรมไม่ทันได้สังเกตเห็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเป็นกลุ่ม เช่น ในสภาพห้องเรียน เป็นต้น อีกทั้งบางพฤติกรรมที่ต้องการจะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น อาจเกิดขึ้นในสภาพการณ์ที่ผู้ดำเนินโปรแกรมการปรับพฤติกรรมไม่

สามารถจะเข้าไปสังเกตเห็นได้ จึงทำให้ไม่สามารถดำเนินโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นวิธีการที่ดีที่สุดที่สามารถแก้ปัญหาในลักษณะดังกล่าวนี้ได้ คือ การให้ผู้เข้ารับการบำบัดนั้นดำเนินโปรแกรมการปรับพฤติกรรมด้วยตนเอง

2. การควบคุมตนเองจัดได้ว่าเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการทำให้เกิดการแผ่ขยายของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะเป็นการแผ่ขยายข้ามสภาพการณ์ ข้ามพฤติกรรม หรือข้ามเวลา (การคงอยู่ของพฤติกรรม) การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่สำคัญถ้าไม่เกิดการแผ่ขยาย ก็จะมีประโยชน์น้อยมาก เพราะว่าทันทีที่บุคคลนั้นไม่อยู่ในสภาพการณ์ที่ได้รับการเรียนรู้ เขาก็จะไม่แสดงพฤติกรรมดังกล่าวอีก เนื่องจากสภาพการณ์ที่เขาได้รับการเรียนรู้้นั้นกลายเป็นสิ่งเร้าที่แยกแยะได้สำหรับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของเขา หรืออาจจะเป็นไปได้ว่าผู้ที่ดำเนินโปรแกรมการปรับพฤติกรรมนั้นได้กลายเป็นสิ่งเร้าที่แยกแยะได้เช่นกัน ดังนั้นบุคคลก็จะไม่แสดงพฤติกรรมที่เรียนรู้ใหม่ ถ้าไม่มีผู้ดำเนินโปรแกรมการปรับพฤติกรรมอยู่ด้วยเนื่องจากเขาคาดคะเนว่าการแสดง พฤติกรรมใหม่ของเขา นั้น จะไม่นำไปสู่การเสริมแรงที่เขาต้องการ (Kazdin. 1975)

3. พฤติกรรมบางชนิดไม่สามารถที่จะทำให้บุคคลภายนอกมาเป็นผู้ควบคุมได้ เนื่องจากในสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นมีสิ่งเร้ามากมาย อีกทั้งยังมีการให้การเสริมแรงและการลงโทษกันตลอดเวลาอย่างเช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมรับประทานอาหาร (เพื่อการลดน้ำหนัก) หรือพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมดังกล่าวเหล่านี้ดำเนินการได้ประสบความสำเร็จอย่างสูง ถ้ามีการใช้วิธีการควบคุมตนเองเข้าร่วมด้วย ทั้งนี้ถ้าไม่มีการฝึกการควบคุมตนเองเข้าร่วมด้วยแล้วอาจเป็นไปได้ที่บุคคลเหล่านั้นจะกลับไปแสดงพฤติกรรมที่ไม่สามารถจะสังเกตเห็นได้ หรือที่เรียกว่า พฤติกรรมภายใน ได้แก่ ความคิด หรือความรู้สึกต่างๆ อย่างเช่น การย่ำคิด ความวิตกกังวล หรือความรู้สึกซึมเศร้า เป็นต้น

4. การใช้การควบคุมตนเองนั้น บางครั้งสามารถที่จะนำมาใช้ควบคุมพฤติกรรมที่ได้รับผลกระทบที่อ่อน ซึ่งผลกระทบที่อ่อนนั้นอาจหมายถึงผลกระทบที่มีปริมาณน้อยมาก หรืออาจจะเกิดขึ้นซ้ำเกินไป ไม่มีความสำคัญในการรับรู้ของบุคคล ซึ่งมักจะไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อย่างเช่นโปรแกรมการลดความอ้วน การออกกำลังกาย หรือการสูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวนั้น ค่อนข้างจะเกิดซ้ำเกินไป หรือบางครั้งก็ไม่เกิดเลย ซึ่งไม่สามารถจะไปแข่งขันกับผลกระทบที่เป็นการเสริมแรงอย่างทันทีทันใดได้ ดังนั้นการดำเนินโปรแกรมต่อพฤติกรรมดังกล่าวจึงควรใช้การควบคุมตนเองเข้าร่วมด้วย เช่น การสูบบุหรี่ ควรให้มีการควบคุมตนเอง โดยการที่ทันทีที่เริ่มจุดบุหรี่สูบก็ต้องได้รับผลกระทบทางลบ อย่างทันทีทันใด โดยตนเองเป็นผู้ให้ผลภรณ์นั้น ซึ่งถ้าทำได้เช่นนี้ก็จะทำให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลงได้

5. คนหลายคนสามารถทำได้ดีถ้าเขาเป็นผู้กำหนด และตัดสินใจเลือกที่จะกระทำ จากการ

ศึกษาวิจัยส่วนใหญ่พบว่าเมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการเสริมแรงโดยตนเองเป็นผู้เลือกกับให้ผู้อื่นเป็นผู้เลือกนั้น ผลปรากฏว่าการเลือกผลกรรมด้วยตนเองมีประสิทธิภาพในการควบคุมพฤติกรรมได้เท่าๆ กับคนอื่นเป็นผู้เลือกให้ แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าถ้าให้บุคคลเป็นผู้เลือกเกณฑ์ในการเสริมแรงและตัวเสริมแรงด้วยตนเอง กลับพบว่าวิธีการดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลอื่นเป็นผู้กำหนดเกณฑ์และตัวเสริมแรง

6. การควบคุมตนเองนั้นจะช่วยประหยัดเวลาในการดำเนินการของผู้บำบัด หรือดำเนินโปรแกรม เนื่องจากกระบวนการปรับพฤติกรรมทั้งหมดนั้น ผู้เข้ารับการบำบัดเป็นผู้จัดการแทบทั้งสิ้น ผู้บำบัดเป็นเพียงแต่ให้คำแนะนำและชี้แนะบางประการเท่านั้น และถ้าพิจารณาในแง่ของการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียน ถ้าครูสามารถสอนให้เด็กนักเรียนสามารถควบคุมตนเองได้แล้ว ก็จะทำให้ครูมีเวลาในการจัดการเรียนการสอนได้มากยิ่งขึ้น เนื่องจากครูไม่จำเป็นที่จะต้องไปเสียเวลาในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กนักเรียน อีกทั้งครูไม่จำเป็นที่จะต้องไปเสียเวลาตรวจและให้คะแนนต่อการทำการบ้านของเด็กนักเรียน เนื่องจากเด็กนักเรียนจะเป็นผู้ดำเนินการเอง ให้การเสริมแรงเอง อีกทั้งควบคุมพฤติกรรมตนเองให้อยู่ในลักษณะที่เหมาะสม โดยที่ครูไม่จำเป็นต้องเข้าไปเกี่ยวข้อง ครูก็จะมีเวลาในการจัดเตรียมการสอนได้มากขึ้น

7. การควบคุมตนเองได้จัดว่าเป็นเป้าหมายของการปรับพฤติกรรม ทั้งนี้เนื่องจากผู้บำบัดนั้นไม่สามารถที่จะไปทำการบำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดได้ตลอดเวลา ดังนั้นวิธีการที่จะไม่ให้ผู้เข้ารับการบำบัดต้องยึดติดอยู่กับผู้บำบัด คือ การฝึกให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถที่จะควบคุมตนเองได้นั่นเอง ซึ่งเป้าหมายนี้ ดูเหมือนว่าจะจะเป็นเป้าหมายเกี่ยวกับการจัดการศึกษาในโรงเรียนที่ต้องการให้นักเรียนสามารถแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้วยตัวของเขาเองโดยไม่มีใครมาควบคุม หรืออาจกล่าวได้ว่าเป้าหมายของการศึกษา คือการสร้างให้เด็กสามารถควบคุมตนเองได้นั่นเอง

8. การควบคุมตนเองนั้นจะทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีความรู้สึกดีกับตัวเอง ไม่ว่าจะเป็นในแง่ทัศนคติต่อตัวเอง รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง หรือความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ นอกจากนี้ยังทำให้บุคคลเหล่านี้มองโลกในแง่ดีอีกด้วย เพราะมีความเชื่อว่าสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นเพราะว่าเขาเป็นผู้กระทำให้เกิดขึ้นนั่นเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต. 2543 : 352-353)

2.6 ข้อควรพิจารณาในการควบคุมตนเอง

การควบคุมตนเองแม้ว่าจะมีข้อที่ดีมากมาย แต่ทว่าในการดำเนินการฝึกการควบคุมตนเองให้กับผู้เข้ารับการบำบัดนั้นจำเป็นที่จะต้องพิจารณาในแง่ข้อดังต่อไปนี้

1. การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายและเกณฑ์ของการแสดงพฤติกรรมเป้าหมายนั้น นั่นคือ

เป้าหมายที่กำหนดนั้นควรจะสะท้อนถึงปัญหาของพฤติกรรมที่แท้จริงเพราะไม่เช่นนั้นแล้วจะก่อให้เกิดปัญหาได้

2. วิธีการบันทึกพฤติกรรมควรจะทำได้ง่ายและไม่เสียค่าใช้จ่ายสูง เพราะถ้าวิธีการบันทึกพฤติกรรมนั้นซับซ้อนเกินไป และไม่สะดวกต่อการบันทึกแล้ว ผู้เข้ารับการบำบัดก็จะหยุดที่จะทำการบันทึกพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่ง วัตสัน; และทร่าป (Watson; & Tharp. 1977) ได้เสนอวิธีการง่ายๆ ที่ควรทำ คือ

2.1 กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายชัดเจน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกพฤติกรรมนั้น จะต้องมืออยู่ในขณะที่เกิดพฤติกรรม เช่น เอาไปติดไว้ที่ตู้เย็น ข้างโทรทัศน์ หรือข้างๆ เตียงนอน เป็นต้น เพื่อที่จะได้สะดวกในการจดบันทึกพฤติกรรม

2.3 ใช้ระบบการบันทึกที่ง่ายที่สุดเท่าที่จะทำได้

2.4 หลีกเลี่ยงการใช้การลงโทษ

2.5 ควรมีการใช้รางวัลด้วยในการบันทึกพฤติกรรม

3. ตัวเสริมแรงหรือตัวลงโทษที่ใช้นั้น ควรจะอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้เข้ารับการบำบัด นั่นคือ สามารถที่จะใช้ได้ทันทีที่ต้องการในกรณีที่เกิดพฤติกรรมบรรลุเป้าหมาย หรือไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะถ้ากระทำพฤติกรรมเป้าหมายกับเกณฑ์ที่กำหนดแล้วไม่ได้รับการเสริมแรง แนวโน้มที่พฤติกรรมเป้าหมายนั้นจะยุติลงก็จะมีโอกาสเกิดขึ้นสูง

4. ในการใช้การลงโทษตนเองนั้น ควรจะต้องระวังผลกระทบข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ในลักษณะเช่นเดียวกับการลงโทษโดยทั่วไป และถ้าลงโทษรุนแรงไปบุคคลก็อาจจะยุติการดำเนินการควบคุมตนเองได้

5. การควบคุมตนเองนั้น จะเป็นเทคนิคที่ได้ผลดีมากกว่าผู้ที่มีระดับสติปัญญาพอสมควร (Masters; et al. 1987) อีกทั้งเป็นผู้ที่มีความเชื่อในอัตลัษิต และความสามารถในตนเอง

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

2.7.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

อิงแลนด์อร์ (Englander. 1987 : 3951 – B) ได้ศึกษาความสามารถของการควบคุมตนเองของเด็กอายุระหว่าง 7 – 13 ปี โดยใช้แบบประเมินค่าของการควบคุมตนเองของเคนดอลล์ (The self – control rating scale) ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างอายุกับความสามารถในการควบคุมตนเอง กล่าวคือ เมื่ออายุมากขึ้นเด็กก็จะสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น

โรเซนบอวม (Rosenbaum. 1980 : 467 – 485) ได้ศึกษาการควบคุมตนเองโดยใช้แบบทดสอบการควบคุมตนเองในสถานการณ์ทั่วไปที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง 7 กลุ่ม จำนวน 600 คน ซึ่งประกอบด้วย นักเรียน นิสิต นักศึกษาและบุคคลทั่วไป โดยแบ่งตามช่วงอายุตั้งแต่ 15 – 62 ปี ผลการศึกษาพบว่า อายุเป็นตัวแปรสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเองของบุคคล

เดรบบแมน และคนอื่นๆ (Dravman and others. 1973 : 10 – 16) ได้ทำการศึกษากการใช้วิธีการสังเกตและประเมินตนเองปรับพฤติกรรมก่อนนอนในชั้นเรียนของเด็กชายอายุ 9 – 10 ปี จำนวน 7 คน ผลการทดลองพบว่า การสังเกตและประเมินตนเองทำให้พฤติกรรมก่อนนอนในชั้นเรียนลดลง

กลินน์และโทมัส (Glynn and Thomas. 1970 : 123 – 132) ได้ทำการศึกษาผลของการชี้แนะร่วมกับวิธีการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมตั้งใจเรียน ของนักเรียนประถมศึกษา จำนวน 34 คน โดยแบ่งระยะทดลองเป็น 2 ระยะดังนี้ ระยะแรกผู้วิจัยให้นักเรียนใช้วิธีการควบคุมตนเอง โดยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตั้งใจเรียนด้วยตนเอง ระยะที่สอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเช่นเดียวกับระยะที่หนึ่ง แต่ผู้วิจัยใช้แผ่นป้ายเป็นตัวชี้แนะแทนคำสั่งของครู ผลการทดลองพบว่า การใช้การชี้แนะร่วมกับวิธีการควบคุมตนเองทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมตั้งใจเรียนเพิ่มขึ้นในระยะทดลอง และคงอยู่ในระดับสูงในระยะติดตามผล

2.1.2 งานวิจัยในประเทศ

นวลฉวี ประเสริฐสุข (2545 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบผลการปรับพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในชั้นเรียน โดยใช้การควบคุมตนเองและการเสริมแรงจากผู้สอน กลุ่มตัวอย่างเป็น นักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 2 คณะศึกษาศาสตร์ ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาจิตวิทยาการศึกษาในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2543 จำนวน 60 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย ดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเส้นฐาน ระยะสร้างและรักษาพฤติกรรม และระยะติดตามผล จากการศึกษาพบว่า 1) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในชั้นเรียนทั้งพฤติกรรมร่วมทางวาจาและพฤติกรรมร่วมทางการกระทำ ในระยะสร้างและรักษาพฤติกรรมของนักศึกษากลุ่มที่ได้รับการปรับพฤติกรรม โดยการควบคุมตนเอง การเสริมแรงจากผู้สอนและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในชั้นเรียน ทั้งพฤติกรรมร่วมทางวาจา และพฤติกรรมร่วมทางการกระทำ ในระยะสร้างและรักษาพฤติกรรมของนักศึกษากลุ่มที่ได้รับการปรับพฤติกรรมโดยการควบคุมตนเอง และการเสริมแรงจากผู้สอนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ใช้วิธีการควบคุมตนเอง และกลุ่มที่ใช้วิธีการเสริมแรงจากผู้สอน และ 2) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในชั้นเรียนทั้งพฤติกรรมร่วมทางวาจา และพฤติกรรมร่วมทางการกระทำ ในระยะติดตามผลของนักศึกษา กลุ่มที่ได้รับการปรับพฤติกรรม

โดยการควบคุมตนเอง การเสริมแรงจากผู้สอน และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในชั้นเรียนทั้งพฤติกรรมการร่วมทางวาจาและพฤติกรรมการร่วมทางการกระทำ ในระยะติดตามผลของนักศึกษาในกลุ่มที่ได้รับการปรับพฤติกรรมโดยการควบคุมตนเอง และการเสริมแรงจากผู้สอนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ใช้วิธีการควบคุมตนเองและกลุ่มที่ใช้วิธีการเสริมแรงจากผู้สอน

พิมพกา อัครกะพู่ (2543 : 62) ได้ศึกษาผลการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติควบคู่กับการควบคุมตนเองที่มีต่อความมีวินัยในการใช้ห้องสมุดของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายประถม) ที่มีวินัยในการใช้ห้องสมุดตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทม์ที่ 25 จำนวน 12 คน เป็นกลุ่มทดลอง โดยรับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติควบคู่กับการควบคุมตนเอง ก่อนการทดลอง ระยะทดลองและหลังการทดลอง มีความมีวินัยในการใช้ห้องสมุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กาญจนา พูนสุข (2542 : 53) ได้ศึกษาผลการเปรียบเทียบผลของการควบคุมตนเอง การใช้สัญญาเงื่อนไขเป็นกลุ่มและรายบุคคลต่อพฤติกรรมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนของ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนไทยรัฐวิทยา 27 (บ้านชำเม็ง) อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 35 คน เป็นนักเรียนชาย 21 คน นักเรียนหญิง 14 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม กลุ่มทดลองที่ 1 ใช้การควบคุมตนเอง กลุ่มทดลองที่ 2 ใช้การวางเงื่อนไขเป็นกลุ่ม และกลุ่มทดลองที่ 3 ใช้การวางเงื่อนไขเป็นรายบุคคล ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่ใช้การควบคุมตนเอง นักเรียนที่ได้รับการใช้สัญญาเงื่อนไขเป็นกลุ่ม และนักเรียนที่ได้รับการใช้สัญญาเงื่อนไขเป็นรายบุคคลมีพฤติกรรมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนเพิ่มขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

รจนา กาแก้ว (2541 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมที่เรียนร่วมกับเด็กปกติระดับก่อนประถมศึกษา จากการใช้วิธีการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบ single subject design รูปแบบ A – B – A – B จากการศึกษา พบว่า เด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรม เมื่อได้รับการปรับพฤติกรรม จากการใช้วิธีการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง ปรากฏว่าพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เอกสารที่เกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self – Esteem)

3.1 ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self - Esteem)

รัชดา ครบประสี (2549 : ออนไลน์) ได้กล่าวถึงการเห็นคุณค่าตนเองไว้ว่า เป็นความสมดุลของ

ความต้องการผลสำเร็จ ความมีเกียรติ และความซื่อสัตย์ ซึ่งหมายถึงจิตใต้สำนึกและพฤติกรรม คือ ด้านจิตใต้สำนึก บุคคลต้องรู้บาปบุญคุณโทษ รู้สิ่งใดดีไม่ตี ส่วนด้านพฤติกรรม บุคคลต้องมีความสามารถที่จะคิดแก้ปัญหา เชื่อมั่นในความคิด ความสามารถของตนเอง และสามารถเลือกวิธีการตัดสินใจที่ถูกต้องได้ หากสูญเสียความสมดุลก็จะทำให้เกิดปัญหา เช่น หากจิตใต้สำนึกไม่แข็งแรง จะทำให้เกิดพฤติกรรมเชื่อมั่นตนเองมากเกินไป ดูถูกคนอื่น หากแต่มีจิตสำนึกที่ดี แต่ไม่มีความมุ่งมั่นที่จะประสบความสำเร็จ ชีวิตอาจไม่ถึงเป้าหมาย ดังนั้นบุคคลที่ชอบพูดถึงตนเอง อวดดี ดูถูกคนอื่น คนพาล ชอบเอาเปรียบคนอื่น คนที่กล่าวโทษคนอื่น ไม่ถือว่ามีภาระเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเอง (2549 : ออนไลน์) ได้กล่าวถึงการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ว่า เป็นการประเมินตนเองตามความรู้สึกของ ตนว่าตนเองเป็นคนที่มีความสามารถ มีความสำคัญ มีการประสบความสำเร็จในการทำงาน รวมทั้งการยอมรับ การเห็นคุณค่าจากคนในสังคมที่มีต่อตนเอง ตลอดจนมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเอง มองตนเองในแง่ดีก็จะทำให้เกิดความรู้สึกกับบุคคลอื่นในแง่ดีด้วย

Helping Your Child develop Self Esteem (2006 : Online) ได้กล่าวถึงการเห็นคุณค่าในตนเองว่า เป็นการมองตนเองที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกที่มีต่อร่างกายของตนเอง ร่วมกับความคิดที่มีต่อตนเอง ซึ่งเรียกว่า อัตมโนทัศน์ (self concept)

King (2006 : Online) ได้กล่าวถึงการเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็น ความเห็นที่เด็กที่มีต่อตนเองในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความสามารถของตนเองในด้านการเรียน การรับรู้มุมมองของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง ศักยภาพที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ จุดเด่นและจุดบกพร่อง สถานะทางสังคมและสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ความเป็นอิสระและความสามารถในการพึ่งตนเองได้

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อที่บุคคลมีต่อตนเองว่ามี ความสามารถมีคุณค่า มีความสำคัญ ซึ่งสะท้อนให้ออกมา 2 ส่วน คือ ส่วนจิตใต้สำนึก บุคคลจะแสดงออกถึงการรู้ผิดชอบชั่วดี และส่วนพฤติกรรมบุคคลจะแสดงออกถึงความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม ซึ่งการรู้คุณค่าในตนเอง จะมีระดับตั้งแต่การรู้คุณค่าในตนเองต่ำไปจนถึงการรู้คุณค่าในตนเองสูง

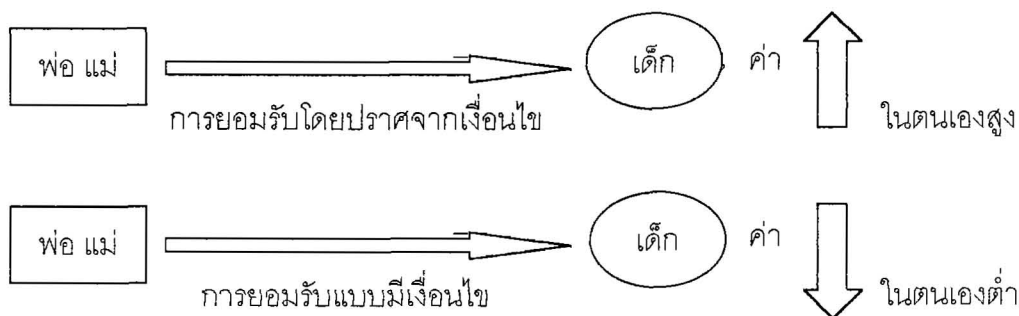
3.2 พัฒนาการของการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self – Esteem)

ปัจจัยที่มีผลในการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคลที่สำคัญ ส่วนใหญ่จะเริ่มหรือตั้งต้นจากวัยเด็กตอนต้น Carl Roger (1902 –1987) นักจิตวิทยามนุษยนิยมได้อธิบายว่า การเห็นคุณค่าตนเอง พัฒนามาจากวัยเด็กและเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของพ่อแม่ บุคคลรอบข้างที่เด็กได้ปฏิสัมพันธ์ด้วยการยอมรับและมีปฏิสัมพันธ์ หรือปฏิกริยาตอบสนองต่อเด็กอย่างไร เด็กก็จะพัฒนาปฏิสัมพันธ์ในทิศทางที่

ผู้ใหญ่มีต่อตน พ่อแม่เป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่สุด ในการเห็นคุณค่าในตนเองในวัยเด็กตอนต้น เมื่อพัฒนาถึงวัยเด็กตอนปลายและวัยรุ่น ก็จะได้รับอิทธิพลจากครู เพื่อนและบุคคลอื่น ๆ ที่เขามีปฏิสัมพันธ์ด้วย ว่ามีทิศทางในการตอบสนองในลักษณะสร้างสรรค์หรือทำลายความรู้สึกของเขามีสองต่อตนเอง (Denis Waitley. 1993) เมื่อพ่อแม่หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต แสดงให้บุคคลรู้ว่าเขาได้รับการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข หรือยอมรับได้ในทุกกรณี ไม่ว่าจะเป็นอย่างใด บุคคลก็จะพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองสูง (high self – esteem) แต่ถ้าพ่อแม่ ผู้ปกครองแสดงให้เห็นว่าสามารถยอมรับเด็กต่อเมื่อเด็กเป็นหรือทำในสิ่งที่ผู้ใหญ่ต้องการ เด็กจะพัฒนาการนับถือตนเองได้ไม่ดีนัก เพราะเด็กไม่เข้าใจว่าผู้ใหญ่ต้องการให้ทำอะไรหรือต้องการอะไรจากเขา และท้ายที่สุดเขาก็จะรู้สึกว่าเป็นเด็กไม่ดีเพราะไม่สามารถทำตามที่ผู้ใหญ่อยากให้ทำได้ เด็กจะยิ่งสับสนถ้าผู้ใหญ่มีมาตรการที่แตกต่างกัน ดังนั้นพ่อแม่ไม่ควรตอกย้ำความรู้สึกของเด็กโดยเอาเด็กไปเปรียบเทียบกับคนอื่น หรือความรู้สึกว่าเด็กยังไม่ดีเท่าที่ควรจะเป็น เพราะเด็กจะเปรียบเทียบตนเองกับเด็กคนอื่นว่าด้อยกว่า ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในตนเองลดลง (ตัวตนและอัตมโนทัศน์กับบุคลิกภาพ. 2549 : ออนไลน์)

นอกจากนี้ เซสโลว์; และ ลูคินส์ (Sheslow; & Lukens. 2006 : Online) ได้กล่าวไว้ว่าสอดคล้องกันว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นผลรวมของความรู้สึกต่อความสำเร็จ และการได้รับความรักและการยอมรับ ซึ่งหมายความว่าแม้เด็กมีความภูมิใจกับผลสัมฤทธิ์ของตน แต่ไม่ได้รับความรักและการยอมรับเด็กก็จะพัฒนาประสบการณ์ไปสู่การรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (low self – esteem) ในทางเดียวกันหากเด็กได้รับความรักและการยอมรับ แต่ไม่มีโอกาสได้รับรู้ความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ ก็จะพัฒนาไปสู่การรู้คุณค่าในตนเองต่ำ เช่นกัน

Carl Roger เชื่อว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self – esteem) จะพัฒนาในเด็กขึ้นอยู่กับ การยอมรับของพ่อแม่ผู้ปกครอง



ภาพประกอบ 1 ภาพการเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self – Esteem)

ที่มา : การเห็นคุณค่าในตนเอง. 2549. (ออนไลน์)

3.3 ประเภทการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self Esteem)

จากการศึกษาที่ผ่านมาได้อธิบายการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ 2 ประเภท คือ

- ประเภทที่ 1 ความรู้สึกดี – ไม่ดี, บวกหรือลบเกี่ยวกับคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นความรู้สึกต่อตนเองเมื่ออยู่คนเดียว
- ประเภทที่ 2 ความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง เรียกว่า self – efficacy ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาที่ต้องแก้ไข และต้องใช้ความสามารถในการทำงานเฉพาะอย่างให้สำเร็จ

ซึ่งแต่ละประเภทอาจจะสูงหรือต่ำกว่าอีกประมาณหนึ่ง ในบุคคลคนเดียวกันได้ (ตัวตนและอัตมโนทัศน์กับบุคลิกภาพ. 2549 : ออนไลน์)

3.4 ระดับของการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self – Esteem)

การเห็นคุณค่าในตนเอง (self – esteem) มีระดับตั้งแต่ต่ำไปถึงระดับสูง (ตัวตนและอัตมโนทัศน์กับบุคลิกภาพ. 2549 : ออนไลน์) ซึ่งส่งผลทำให้มีการปรับตัวทางอารมณ์ สังคมและการเรียนรู้ของเด็กแตกต่างกัน (การเห็นคุณค่าในตนเอง. 2549 : ออนไลน์) โดยสามารถแบ่งระดับการเห็นคุณค่าในตนเองได้ดังนี้

1. การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (low self – esteem) หมายถึง เด็กที่มองภาพลักษณ์ตนเองในทางลบ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดความรักและการดูแลเอาใจใส่ ความบกพร่องทางร่างกาย และไม่ได้รับการตอบสนองปัจจัยขั้นพื้นฐาน (basic needs) มักถูกวิพากษ์วิจารณ์โดยขาดการสนับสนุน และกระตุ้นอย่างเหมาะสม หรือมีโรคประจำตัว (Helping Your Child develop Self Esteem. 2006: Online) ทั้งนี้เด็กที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะมีลักษณะต่อไปนี้คือ

- 1.1 มีความวิตกกังวล (anxiety) เกี่ยวกับการตอบสนองทางอารมณ์ เช่น มีความรู้สึกบกพร่อง ขาดความมั่นคง รู้สึกไม่ปลอดภัย รู้สึกขาดความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่น ขาดความไว้วางใจผู้อื่น
- 1.2 มีความรู้สึกกลัว (fear) กลัวการถูกปฏิเสธ ความล้มเหลว ความผิดพลาด
- 1.3 ขาดความมั่นใจในตนเอง (lacking self – confidence) มักหลีกเลี่ยงต่อสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน และไม่กล้าตัดสินใจแก้ปัญหา
- 1.4 มีความคาดหวังไว้กับผู้อื่นอย่างมาก ต้องการให้ผู้อื่นดูแลเอาใจใส่และตอบสนองความต้องการของตนเสมอ
- 1.5 ขาดทักษะสังคมและไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้
- 1.6 มักมีลักษณะก้าวร้าวมากกว่าลักษณะกล้าแสดงออก

1.7 ขาดการควบคุมอารมณ์ และแสดงออกพฤติกรรมอย่างเหมาะสม (The Self Esteem Institute. 2006: Online)

2. การเห็นคุณค่าตนเองในระดับสูง (high self – esteem) หมายถึง เด็กที่มีการนับถือตนเอง มีความมั่นใจ และมีความสุข (King. 2006 : Online) โดยเด็กที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะมีลักษณะต่อไปนี้คือ

2.1 มีความเชื่อมั่นในความคิดและความสามารถของตนเอง ทำให้สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาและวิธีตัดสินใจที่ถูกต้อง และปรับตัวได้ดีเมื่อประสบปัญหาในชีวิต (รัชมดา ครบประสี. 2549 : ออนไลน์)

2.2 มีความรับผิดชอบและมีความภาคภูมิใจต่อผลงานของตนเอง

2.3 สามารถควบคุมและจัดการอารมณ์ทั้งแง่ลบและแง่บวกของตนเองได้

2.4 มีความต้องการช่วยเหลือและเอื้อเฟื้อต่อผู้อื่น (Helping Your Child develop self Esteem. 2006 : Online)

2.5 มีบุคลิกภาพดีและมีสุขภาพจิตดี มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น (การเห็นคุณค่าในตนเอง. 2549 : ออนไลน์)

3. การเห็นคุณค่าตนเองในระดับสูงเกินไป จะมีลักษณะคือ มีความเชื่อมั่นในตนเองมากเกินไป หยิ่งยโส ถูกผู้อื่น มักพูดและสนใจเรื่องของตนเอง เป็นคนพาล และชอบเอาเปรียบและกล่าวโทษผู้อื่น (รัชมดา ครบประสี. 2549 : ออนไลน์)

สรุปได้ว่า ระดับของการเห็นคุณค่าในตนเอง มีตั้งแต่ระดับต่ำถึงระดับสูง ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองแต่ละระดับ จะมีผลต่ออารมณ์ สังคม และพฤติกรรมที่แสดงออกแตกต่างกัน ซึ่งเด็กควรมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูง จึงจะสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขได้

3.5 ความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปรับตัวทางอารมณ์ สังคม และการเรียนรู้สำหรับเด็ก เพราะเป็นพื้นฐานของการมองชีวิต ความสามารถทางด้านสังคมและอารมณ์ เกิดจากการเห็นคุณค่าในตนเอง บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถเผชิญกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ สามารถยอมรับเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง มีความหวังและมีความกล้าหาญจะทำให้เป็นคนที่ประสบผลสำเร็จ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามที่ตนปรารถนา

บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเอง รู้ว่าตนเองมีคุณค่า มักจะมีการประเมินตนเองในด้านดี แต่ถ้าบุคคลใดที่มีความรู้สึกว่ามีใครสนใจ ไม่ได้รับการยอมรับหรือทำอะไรแล้วไม่ประสบความสำเร็จ จะ

ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่า เมื่อเกิดความรู้สึกเช่นนี้ขึ้นก็จะทำให้บุคคลนั้นขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ดังนั้น ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกันจึงมีผลต่อความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล (Newman, 1986 : 281 – 286) ความรู้สึกที่บุคคลต้องการได้รับการตอบสนองทางจิตใจ ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง แต่ถ้าบุคคลนั้นเกิดความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจในตนเอง เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีในตนเอง ก็จะทำให้มีปัญหาทางสุขภาพจิต รวมทั้งบุคคลที่ล้มเหลวทางด้านการศึกษาและด้านสังคม จะทำให้มีความผิดปกติทางจิตได้ บุคคลที่เป็นอาชญากรหรือพวกที่มักก่อกรวน พวกอันธพาลทั้งหลาย ก็เป็นผลเนื่องมาจากการขาดการเห็นคุณค่าในตนเองเช่นกัน

การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกภายในของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการประเมินคุณค่าและความสามารถของตน ถ้าบุคคลใดประเมินค่าของตนเองสูงเกินไปจะทำให้เกิดความรู้สึกหลงตนหรือเห็นแก่ตัว แต่ถ้าบุคคลใดที่มีอคติต่อตนเองก็จะทำให้ปฏิเสธไม่นับถือตนเอง ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเองได้ ดังนั้น การพัฒนาความรู้สึกที่ดีต่อตนเองให้มั่นคงยิ่งขึ้น ทำให้เด็กประสบความสำเร็จในกิจกรรมที่ทำโดยการใช้ความสามารถตามที่ตนต้องการและอยู่ในสังคมที่ดีก็จะพัฒนาได้ (Memillan; et al. 1995 : 9 – 11) การเห็นคุณค่าตนเองนั้นมีความสำคัญต่อทุกช่วงชีวิตของเด็ก เด็กที่มีความนับถือตนเองต่ำหรือมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง ก็เปรียบเหมือนกับเป็นคนที่พิการทางบุคลิกภาพ เช่นเดียวกับความพิการทางร่างกาย ซึ่งจะทำให้ประสบความสำเร็จในชีวิตทุกๆ ด้านได้ การเห็นคุณค่าในตนเองจึงมีความสำคัญต่อคนเราทุกๆ ช่วงชีวิต มีความสำคัญต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กในช่วงวัยเด็ก ทำให้เด็กเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงคุณค่าในตนเองรู้ว่าตนเองมีความสำคัญ ซึ่งจะมีผลต่อการวางรากฐานทางบุคลิกภาพและเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับเด็กได้

การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับตนเอง ทำให้คนเรามีความเป็นตัวของตัวเองสูง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้เป็นคนที่มีความมุ่งมั่น มีความมานะพยายามในการทำงานให้ประสบความสำเร็จทำให้เป็นคนที่มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่นในด้านดี ไม่เหยียบย่ำความรู้สึกของผู้อื่นให้ตกต่ำลง เป็นคนที่มีบุคลิกลักษณะดี มีสุขภาพจิตดี เป็นคนที่มีเพื่อนมาก ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลใดที่ขาดการเห็นคุณค่าในตนเองก็จะทำให้เป็นคนที่ชอบโยนความผิดของตัวเองไปให้คนอื่น เป็นคนที่ชอบหาความผิดพลาดของผู้อื่น ต้องการความเอาใจใส่และต้องการได้รับการยอมรับจากผู้อื่นสูง เป็นคนที่ไม่ค่อยมีเพื่อน โดยเฉพาะเพื่อนสนิท เป็นคนที่ชอบเอาชนะ และตนเองต้องเป็นฝ่ายถูกต้องเสมอ บุคคลประเภทนี้มักจะใช้ทุกวิถีทางและใช้ความรุนแรงเพื่อที่จะทำให้ตนเองชนะ เป็นคนที่ติดสิ่งเสพติด เป็นคนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในขวด ทำให้เป็นคนเห็นแก่ตัวและมีความต้องการทางวัตถุสูง ขาดการตัดสินใจที่ดี ชอบผลัดวันประกันพรุ่ง เป็นคนที่ชอบ ฟุ้งฟิงผู้อื่นอยู่เสมอ เป็นคนที่ชอบคุยโอ้อวดเกินจริง คนที่ขาดการเห็นคุณค่าในตนเองยังเป็นคนที่พยายามฆ่าตัวตายเนื่องมาจากเห็นว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า เมื่อเกิดปัญหาอะไรเกิดขึ้นมักจะลงโทษตัวเอง และรู้สึกเจ็บปวดกับปัญหาที่

เกิดขึ้นอย่างมากมาย บุคคลเหล่านี้จึงมักพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงสังคม (การเห็นคุณค่าในตนเอง. 2549 : ออนไลน์)

สรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสำคัญต่อการปรับตัวของบุคคลทางด้านอารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ มีผลทำให้เกิดความมุ่งมั่น พยายามที่จะชนะอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาและพร้อมที่จะทำสิ่งใหม่ที่ทำหาย มีความเชื่อมั่นในตนเอง อีกทั้งการเห็นคุณค่าในตนเองยังทำให้บุคคลยอมรับตนเองและผู้อื่น ได้มีสุขภาพจิตดี และดำรงชีวิตอย่างมีความสุขได้

3.6 แนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self – Esteem)

การเห็นคุณค่าในตนเอง เริ่มพัฒนาดังแต่ช่วงแรกในชีวิต จากการเผชิญต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิต จนทำให้เด็กสามารถพัฒนาความคิดเกี่ยวกับความสามารถของตนอีกทั้งการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ก็เป็นพื้นฐานสำคัญของการเกิดอัตมโนทัศน์แห่งตน (self – concept) จนผสมผสานเป็นการรู้คุณค่าในตนเองขึ้น ฉะนั้นบิดามารดา และผู้ปกครองซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดจึงเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาการรู้คุณค่าในตนเองของเด็ก

เชสลอว์; และ ลูคินส์. (Sheslow; & Lukens. 2006 : Online) ได้เสนอแนวทางของการพัฒนาการรู้คุณค่าในตนเองกับผู้ปกครองไว้ดังนี้

1. พิจารณาคำพูดที่สนทนากับเด็ก รวมถึงการพูดชื่นชม ไม่ควรกระทำเมื่อเด็กสามารถทำกิจกรรมสำเร็จเท่านั้น แต่ควรพูดชมเชยทุกครั้งที่เด็กได้พยายามทำสิ่งต่าง ๆ อย่างเต็มความสามารถของตนเองแล้ว

2. ชี้แนะให้เด็กมีความเข้าใจและความเชื่อต่างๆ เกี่ยวกับตนเองอย่างถูกต้อง

3. มีการตอบสนองทางอารมณ์กับเด็กอย่างเหมาะสม ผู้ปกครองควรแสดงให้เด็กรู้สึกถึงความรัก โดยการโอบกอด หรือพูดแสดงความภูมิใจที่มีต่อเด็ก

4. ให้ข้อมูลย้อนกลับทางบวกที่เหมาะสมแก่เด็ก

5. สร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย และอบอุ่นในบ้าน เด็กที่มีความรู้สึกไม่ปลอดภัยและถูกกระทำทารุณ หรือเผชิญการโต้เถียงภายในครอบครัว มักมีอาการซึมเศร้า แยกตัว และมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

7. สร้างบรรยากาศภายนอกให้มีความปลอดภัยแก่เด็ก ผู้ปกครองควรหมั่นสังเกตสัญญาณเกี่ยวกับปัญหาในโรงเรียน กลุ่มเพื่อน หรือปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการรู้คุณค่าในตนเองของเด็กอย่างสม่ำเสมอ

8. สร้างประสบการณ์ให้เด็กเรียนรู้ถึงความเชื่อเพื่อแผ่แผ่มากกว่าการแข่งขัน

(ตัวตนและอัตมโนทัศน์กับบุคลิกภาพ. 2549 : ออนไลน์) ได้เสนอแนวทางการพัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองไว้ดังนี้

1. ควรให้คำชมเชยและแสดงความรู้สึกชื่นชมที่มีต่อเด็ก ผู้ปกครองมักตอบสนองอย่างรวดเร็วกับความรู้สึกด้านลบ แต่มักไม่สนใจอธิบายความรู้สึกด้านบวกที่เกิดขึ้น ทำให้เด็กไม่ทราบถึงด้านดีของตนเองผู้ปกครองจึงควรแสดงความรู้สึกด้านบวกแก่เด็กเสมอ

2. ฝึกให้เด็กพูดกับตนเองในเชิงบวก (positive self – statement) ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมาก นักจิตวิทยาพบว่าการพูดกับตนเองในเชิงลบ อาจเป็นสาเหตุของการซึมเศร้าและวิตกกังวล เพราะสิ่งที่เราคิดจะสะท้อนความรู้สึก และความรู้สึกจะสะท้อนสิ่งที่เราเห็น ดังนั้นผู้ปกครองจึงควรฝึกให้เด็กมีการพูดกับตนเองในเชิงบวก

3. หลีกเลี่ยงการตำหนิให้เด็กรู้สึกละอายใจ โดยผู้ปกครองควรใช้ข้อความแสดงความรู้สึกของตน (“I statement”) มากกว่าจะบอกว่าเด็กควรทำอะไร (“you statement”)

4. สอนให้เด็กรู้จักวิธีการตัดสินใจ โดยวิธีการต่างๆ ได้แก่

4.1 สำรวจปัญหาอย่างกระจ่าง

4.2 รวบรวมวิธีแก้ไขปัญหา ทั้งจากตัวเด็กเองและให้คำแนะนำ หากเด็กไม่สามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้

4.3 เลือกวิธีแก้ไขปัญหากจากการพิจารณาผลลัพธ์อย่างรอบคอบ

4.4 ประเมินแนวทางการแก้ไขปัญหามีข้อดีข้อเสียอย่างไร เพื่อปรับใช้ได้อย่างเหมาะสมในครั้งต่อไป

5. สร้างเสริมให้เด็กเกิดวินัย และระเบียบแบบแผนในตนเอง

อย่างไรก็ตามหากผู้ปกครองสงสัยว่าเด็กจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (low self – esteem) สามารถพาเด็กไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อค้นหาภาวะผิดปกติและร่วมกันหาแนวทางช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งการบำบัดจะช่วยให้เด็กสามารถปรับมุมมองที่เขามีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม อันจะนำไปสู่การยอมรับตนเอง สามารถพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง และดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขได้

จากการศึกษาแนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง (self – esteem) สามารถสรุปได้ว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีการพัฒนาตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิต โดยผู้ปกครองมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดขึ้นด้วยวิธีการต่างๆ คือ การแสดงความรู้สึกทางบวก การให้การชมเชยอย่างเหมาะสม และให้ข้อมูลย้อนกลับทางบวกแก่เด็ก หลีกเลี่ยงการตำหนิให้เด็กรู้สึกละอาย การเป็นแบบอย่างที่ดีแก่เด็ก การตอบสนองทางอารมณ์ด้านความรักความอบอุ่นแก่เด็กอย่างเหมาะสม และสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยสำหรับเด็กให้เกิดขึ้น อีกทั้งสนับสนุนให้เด็กรู้จักการแก้ปัญหาด้วยตนเองด้วย

กระบวนการที่ถูกต้อง อีกทั้งหากผู้ปกครองสังเกตเห็นว่าเด็กมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) ควรนำเด็กไปพบผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาทางแก้ไขอย่างเหมาะสมต่อไป

4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการวิจัย Single Subject Design

4.1 ความหมายของการวิจัยแบบ Single Subject Design

กูดวิน (ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล. 2543 : 206; อ้างอิงจาก Goodwin. 1995 : 206) ได้ให้ความหมายของการวิจัยแบบ single subject design หรือ small N design ว่า หมายถึง รูปแบบหนึ่งของการทดลองในทางพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งมีใช้มานานก่อนการทดลองรายกลุ่ม เป็นการวิจัยกับตัวอย่างรายเดี่ยวและทำซ้ำๆ หลายครั้งมากกว่าจะทำทดลองเป็นกลุ่ม ซึ่งการทดลองรายกลุ่มนั้นแม้จะใช้เวลาน้อยกว่า แต่ต้องพึงพาสติในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย

สตอกส์ (Stocks. 2005 : Online) กล่าวว่า single subject design ใช้กันมากในการวิจัยประยุกต์ (applied research) เพื่อดูความก้าวหน้าของตัวอย่างที่ศึกษาเป็นรายบุคคล เมื่อได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการช่วยเหลือต่างๆ ที่เฉพาะเจาะจง single subject design เป็นการวัดตัวแปรซ้ำๆ ในช่วงระยะก่อนให้ตัวแปรอิสระ ขณะให้ตัวแปรอิสระ และหลังจากให้ตัวแปรอิสระ ซึ่งตามปกติแล้วตัวแปรอิสระคือ การให้การช่วยเหลือ ตัวแปรตามคือ สภาพความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล

ชากเนสซี; เซกเมสเตอร์; และ เซกเมสเตอร์ (Shaughnessy; Zechmeister; & Zechmeister. 2000 : 350) กล่าวว่า Single – case research design มี 2 ชนิดที่สำคัญ คือ case study และ single – case experiment design ซึ่ง single – case (N = 1) experiment design นั้น มักใช้ในการศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเป็นรายบุคคล หรือใช้ในการวิจัยทางคลินิกที่มีตัวอย่างน้อย ไม่สามารถรวบรวมเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ ขั้นตอนแรกของ single – case experiment design คือ ระยะของการสังเกต หรือเรียกว่า ระยะเส้นฐาน (baseline stage) ในขั้นตอนนี้จะทำการสังเกตและวัดความถี่ของพฤติกรรมว่าเป็นอย่างไร ถ้าไม่ให้การรักษา (treatment) จากนั้นจึงให้การรักษา ดำเนินการบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม และการประเมินผลการรักษา โดยใช้การตรวจดูทางสายตา (visual inspection)

ไฮแมน (Heiman. 1955 : 322 – 332) ได้ให้ความหมายของการวิจัยแบบ single subject design ว่า เป็นการทดลองที่มีการวัดผลซ้ำๆ ในตัวอย่างที่ทำการศึกษาเพียงคนเดียว ซึ่งหมายถึง N = 1 โดยมีการวัดตัวแปรตามซ้ำๆ ผลการวัดอาจเป็นคะแนนหรือค่าเฉลี่ยในแต่ละสภาวะ มักใช้ในการศึกษาทางจิตวิทยา การศึกษาลักษณะทางคลินิกของคนที่ซึ่งมีอาการเฉพาะแต่ละราย การปรับพฤติกรรมหรือการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจกรรมของเด็ก

เลียรี่ (Leary. 1955 : 302) ได้ให้ความหมายการวิจัยแบบ single subject design ว่า หมายถึง รูปแบบการทดลองซึ่งมีการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายบุคคล อาจเรียกว่า single case design ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีมากกว่า 1 คน ปกติมี 3 – 8 คน single subject design มักใช้ศึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (operant conditioning) การศึกษาการปรับพฤติกรรม การศึกษากระบวนการจิตสรีระวิทยา (psychophysiological process) รวมทั้งการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ (sensation and perception) เป็นต้น

ลีแมน (Lehman. 1991 : 509) ได้ให้ความหมายของการวิจัยแบบ single subject design ว่าหมายถึง การวิจัยที่มีตัวอย่าง 1 คน (small-N research) ส่วนมากเป็นการศึกษาคนไข้ทางคลินิกในเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ หรือมีปัญหาทางพฤติกรรม ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือบรรเทาพฤติกรรมของตัวอย่างที่ศึกษา แต่จะไม่ใช้เพื่อทดสอบทฤษฎีต่างๆ

สรุปได้ว่า single subject design หมายถึง รูปแบบการทดลองที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายบุคคล ใช้กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป โดยทั่วไปจะใช้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 3 – 5 คน มีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรม และปรับพฤติกรรมทางการศึกษาด้านจิตวิทยา กระบวนการประกอบด้วย การสังเกตและบันทึกข้อมูลในระยะเส้นฐาน (baseline) และระยะการรักษา (treatment) แล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประเมินผล

4.2 ลักษณะของการวิจัยแบบ Single Subject Design

4.2.1 มีตัวอย่างรายเดียว (single subject) หรือจำนวนน้อยราย ที่มีปัญหาทางพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

4.2.2 treatment คือ วิธีการใดวิธีการหนึ่งในการปรับพฤติกรรม ซึ่งอาจปรับที่ตัวบุคคลโดยตรง ปรับที่สภาพแวดล้อมหรือทั้งสองอย่าง

4.2.3 การศึกษาผล (ประสิทธิภาพของการปรับพฤติกรรมที่ทำการทดลองใช้) ไม่ใช่การเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (control group) แต่ใช้การสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของบุคคลนั้น พฤติกรรมที่จะสังเกตนี้จะต้องถูกนิยามให้ชัดเจนและทำการสังเกตได้ชัดเจน

4.2.4 ก่อนการทดลองปรับพฤติกรรม ผู้วิจัยจะทำการสังเกตหลายครั้งจนเกิดเส้นฐานของพฤติกรรม (baseline) ซึ่งจะใช้เพื่อการเปรียบเทียบกับแนวโน้มของพฤติกรรมเดียวกัน หลังการทดลองปรับพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งการสังเกตซ้ำหลายครั้งทั้งก่อนและหลัง treatment เป็นลักษณะพื้นฐานที่สำคัญของการทดลองเฉพาะราย

4.2.5 การตัดสินใจว่าวิธีการปรับพฤติกรรมนั้น (treatment) ได้ผลหรือไม่ ไม่ได้ขึ้นกับ

การใช้สถิติเป็นหลัก แต่ใช้การพิจารณาจากสภาพการเปลี่ยนแปลงซึ่งแสดงด้วยแผนภูมิ (graph) ประกอบข้อพิจารณาอื่นๆ

4.2.6 สถิติที่นำเสนอเป็นสถิติที่ไม่สลับซับซ้อน การนำเสนอข้อมูลมักใช้กราฟเส้น นำเสนอว่ามีการพัฒนาการเพิ่มอย่างไร โดยให้แกน X เป็นช่วงเวลาที่เกิดพฤติกรรมช่วงเท่า ๆ กัน เช่น ทุกวันหรือทุกสัปดาห์ และให้แกน Y เป็นคะแนนที่ได้จากการวัดตัวแปรตาม ซึ่งต้องใช้วิธีการวัดเหมือนกันตลอดการวิจัย

4.2.7 ผลการทดลอง มุ่งใช้จำกัดเฉพาะรายที่ทดลองหรือรายที่มีสภาพพื้นฐานและเงื่อนไขทางสภาวะแวดล้อมใกล้เคียงกันเท่านั้น (ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล. 2543 : 206 – 207; อ้างอิงจาก Goodwin. 1995 : 315 – 316 ; MC Burney. 1994 : 281 – 282)

4.3 หลักการควบคุม Single Subject Design

การควบคุมเป็นองค์ประกอบของการทดลองทุกรูปแบบ การควบคุม หมายถึง การควบคุมอิทธิพลของปัจจัยแทรก (rival variables) ที่จะร่วมมืออิทธิพลต่อการทดลอง นักวิจัยต้องการสรุปว่า วิธีการปรับพฤติกรรม (treatment) ที่ได้ทดลองใช้นี้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้พฤติกรรมของผู้รับการทดลองเปลี่ยนไป

single subject design เป็นการทดลองเฉพาะราย ใช้วิธีการสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบในคน ๆ เดียว ไม่ใช่การเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมดังเช่นการทดลองรายกลุ่ม การหารูปแบบของพฤติกรรม (baseline) ก่อนการให้ treatment จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการเปรียบเทียบกับเส้นแนวโน้มพฤติกรรมหลัง treatment

เหตุผลของการใช้เส้นฐานคือ เส้นฐานสามารถบอกรูปแบบพฤติกรรมจากการสังเกตหลายครั้งจนเป็นแนวโน้มหรือเป็นตัวแทนของพฤติกรรมตามธรรมชาติที่ค่อนข้างคงที่ จึงเชื่อถือได้มากกว่าข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมเพียงครั้งเดียวหรือสองครั้ง ซึ่งอาจจะไม่ใช่ตัวแทนของพฤติกรรมของคนๆ นั้น (ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล. 2543 : 208 ; อ้างอิงจาก Alberto and Troutman. 1995 : 148 – 150 : MC Burney. 1994 : 281 – 282)

4.4 รูปแบบของ Single Subject Design ที่ใช้บ่อยมีดังนี้

4.4.1 A-B design เป็นรูปแบบพื้นฐาน มีองค์ประกอบง่าย ๆ คือ

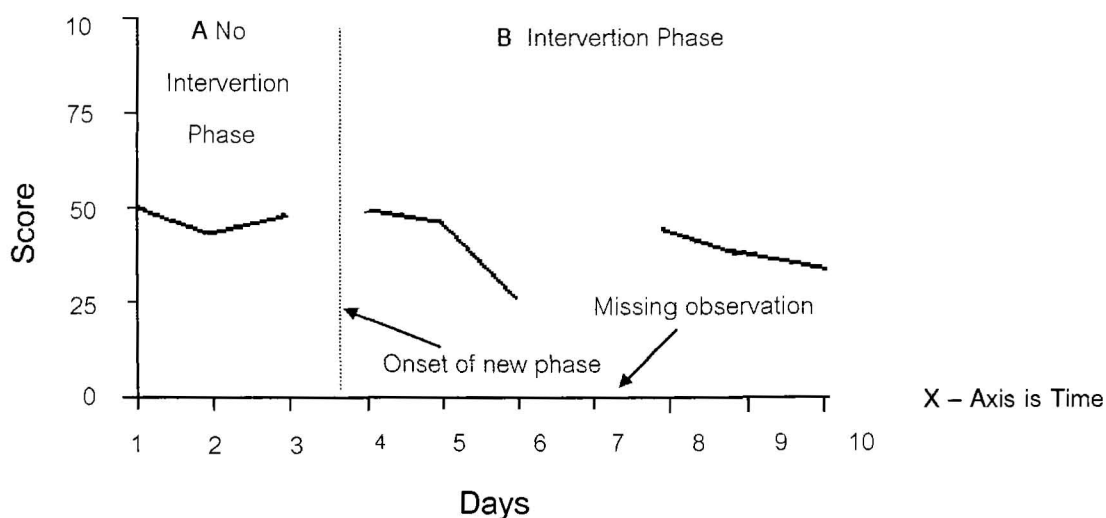
A หมายถึง ระยะเวลาพื้นฐานพฤติกรรม (baseline phase) เป็นระยะการสังเกตพฤติกรรมก่อนการทดลองปรับ

B หมายถึง ระยะเวลาของการทดลองปรับพฤติกรรม (intervention or treatment phase) การนำเสนอข้อมูลใช้แผนภูมิ (graph) ดังภาพประกอบ 2 จะช่วยให้สังเกตเห็นการ

เปลี่ยนแปลงของ พฤติกรรมได้ง่ายขึ้นกว่าการใช้ตารางข้อมูล โดยมีหลักการเขียนแผนภูมิ คือ

1. ช่วงระยะเส้นพื้นฐาน (baseline phase) กับระยะที่ให้ treatment (intervention phase) แยกโดยเส้นประ
 2. เส้นกราฟระหว่างจุดของข้อมูล (data points) จะไม่เชื่อมต่อกันระหว่างระยะทั้งสอง
- ปัญหาของรูปแบบ A-B คือ ข้อสรุปของผลการปรับพฤติกรรมยังไม่ชัดเจน เพราะยังไม่อาจยืนยันได้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นผลจากวิธีที่ใช้ในการปรับพฤติกรรม อาจมีผลจากปัจจัยแทรกอื่น ๆ หรืออิทธิพลจากพัฒนาการตามช่วงวัยของเด็ก (Leary. 1995 : 302, 396, 401) ; (ผ่องพรรณ ตริยมงคล. 2543 : 208 – 209; อ้างอิงจาก Alberto and Troutman. 1995 : 153 – 160 ; Wilson. 1995 : 74 – 77 ; MC Burney. 1994 : 282 – 283)

Y – Axis is dependent measure



ภาพประกอบ 2 กราฟแสดง single subject design รูปแบบ A-B

ที่มา : Stocks. (2005). (Online)

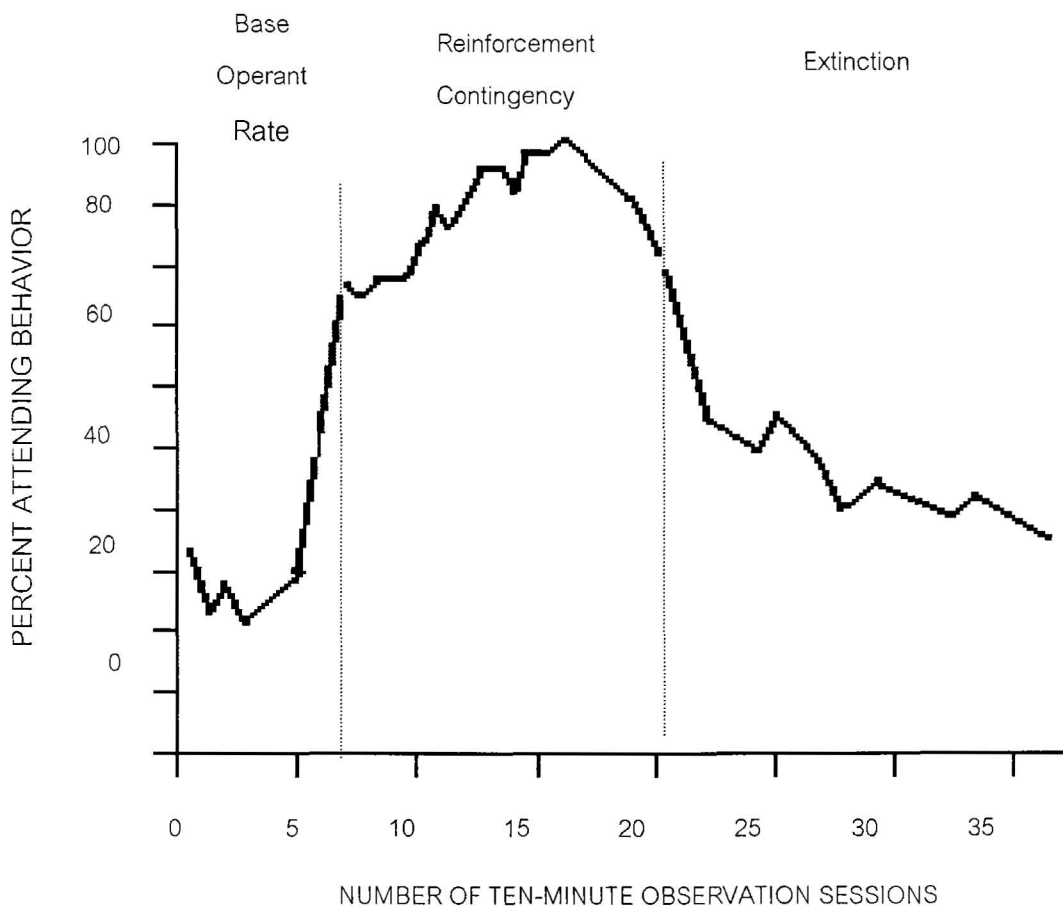
4.4.2 A-B-A design เป็นรูปแบบการถอดถอน (withdrawal design) แรงเสริม (วิธีการที่ทดลองใช้เป็น treatment) แล้วทำการสังเกตว่า พฤติกรรมจะกลับมาเหมือนเดิมก่อนให้แรงเสริมหรือไม่ ถ้ากลับมาเหมือนเดิมแสดงว่า แรงเสริมนั้นช่วยปรับพฤติกรรมได้จริง กล่าวคือ เมื่อไม่มี Treatment พฤติกรรมที่พึงประสงค์ก็ไม่เกิด

A_1 คือ ระยะเส้นพื้นฐานพฤติกรรม

B_1 คือ ระยะการทดลองปรับพฤติกรรม

A₂ คือ ระยะถดถอยลดให้ Treatment

การวิเคราะห์ข้อมูล ไม่มีความจำเป็นในการใช้สถิติวิเคราะห์ โดยทั่วไปใช้การพรรณนา ก็เพียงพอแล้ว ที่ใช้กันมากที่สุดคือ การแสดงด้วยแผนภูมิซึ่งสามารถบอกได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหรือไม่ (Lehman. 1991: 509 – 512) ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 กราฟแสดง single subject design รูปแบบ A-B-A

ที่มา : Leary, Mark R. (1995). *Introduction to Behavioral Research Method*. 2nd ed. p.291.

4.4.3 A-B-A-B design เป็นรูปแบบสลับกลับ 4 ระยะ (reversal design) การทดลองในรูปแบบ A-B-A-B เป็นแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อเสริมหรือแก้จุดอ่อนของรูปแบบ A-B-A เพราะต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่พึงประสงค์ และไม่ต้องการให้ย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิมที่ไม่พึงประสงค์อีก ด้วยการสลับกลับ treatment (B) อีกครั้งหนึ่ง หรือเรียกว่า reversal design (Shaughnessy; Zechmeister; & Zechmeister. 2000 : 352) ดังภาพประกอบ 4

A_1 คือ ระยะเส้นฐานพฤติกรรม

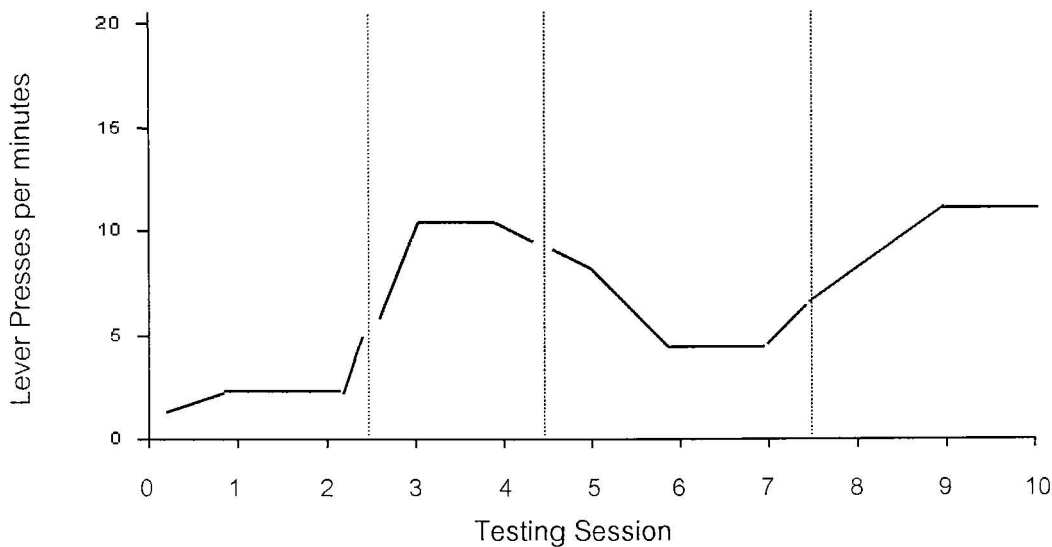
B_1 คือ ระยะการทดลองปรับพฤติกรรม ให้ Treatment

A_2 คือ ระยะถดถอยหยุดให้ Treatment

B_2 คือ ระยะการให้ Treatment อีกครั้ง

ประโยชน์ของรูปแบบ A-B-A-B design คือ

1. ช่วยยืนยันผลของ treatment นั้น ๆ กล่าวคือ ถ้าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะให้ treatment ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับเมื่อให้ treatment ครั้งแรก แสดงว่าการทดลองปรับพฤติกรรมมีประสิทธิภาพ
2. ช่วยเสริมความคงทนของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ช่วยให้พฤติกรรมมีความถาวรมากขึ้น เพราะได้มีการทำซ้ำ



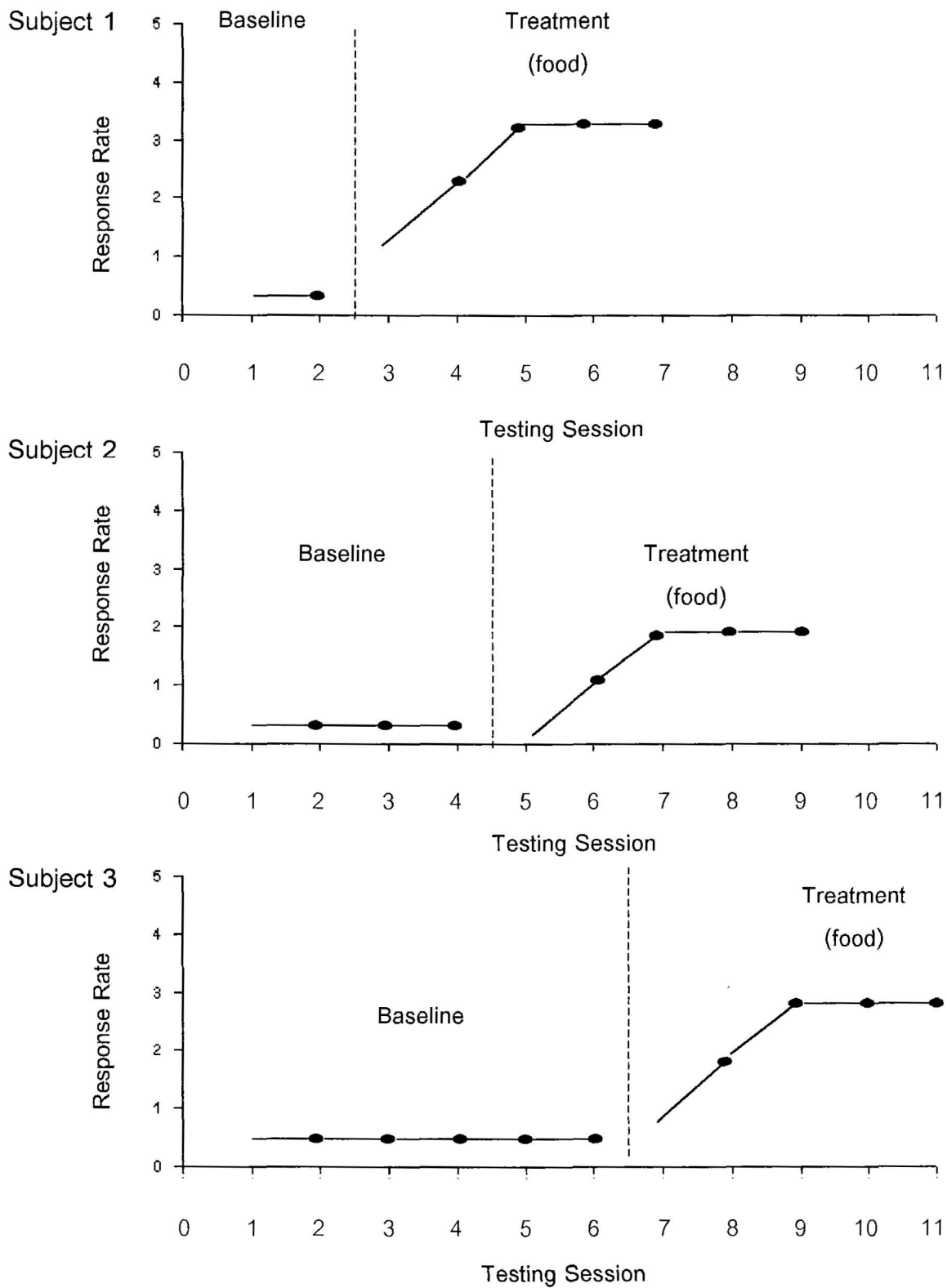
ภาพประกอบ 4 กราฟแสดง single subject design รูปแบบ A-B-A-B

ที่มา : Heiman, Gray W. (1998). *Research Method in Psychology*. p. 325.

4.4.4 multiple baseline design คือ การศึกษาพฤติกรรม 2 พฤติกรรมหรือมากกว่าไปพร้อมกัน (Leary. 1995 : 298, 396) แล้วให้การช่วยเหลือ (intervention) ที่ละพฤติกรรมจนเห็นผลก่อน แล้วเริ่มพฤติกรรมใหม่ โดยการช่วยเหลือ (intervention) นั้นเป็นคนละอันกัน (Lehman. 1991: 511) การนำเสนอข้อมูลใช้แผนภูมิ แสดงให้เห็นผลการทดลองในแต่ละคนดังภาพประกอบ 5 แต่บางครั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการช่วยเหลือจะเกิดขึ้นอย่างถาวร หรือไม่กลับไปสู่ระยะเส้นฐาน

ผู้วิจัยไม่สามารถใช้ A-B-A Design เพื่อสรุปผลได้ จึงต้องมีการใช้ multiple base design คือมีการศึกษาระยะเส้นฐานมากกว่า 1 ขึ้นไป ซึ่งมีรูปแบบดังนี้ (Heiman, 1995 : 322 -332)

1. หลายเส้นฐานข้ามบุคคล (across subjects) เป็นการวัดเส้นฐานพฤติกรรมของตัวอย่างหลายคน แต่ให้การรักษาที่ละคนในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน
2. หลายเส้นฐานข้ามพฤติกรรม (across behaviors) เป็นการวัดเส้นฐานพฤติกรรมของตัวอย่างคนเดียวกันหลายพฤติกรรม แต่ให้การรักษาที่ละพฤติกรรม ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน
3. หลายเส้นฐานข้ามสถานการณ์ (across situations) เป็นการวัดเส้นฐานพฤติกรรมของตัวอย่างคนเดียวกัน 1 พฤติกรรม ในสถานการณ์ต่าง ๆ กัน แต่ให้การรักษาที่ละสถานการณ์ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน



ภาพประกอบ 4 กราฟแสดง Single Subject Design รูปแบบ Multiple – Baseline Design Across

ที่มา : Heiman, Gray W. (1998). *Research Method in Psychology*. p. 327.

สรุปรูปแบบการวิจัยแบบ single subject design ที่พบมี 4 รูปแบบ คือ 1) A-B design 2) A-B-A design 3) A-B-A-B design และ 4) multiple baseline design ซึ่งแต่ละรูปแบบจะมี จุดอ่อนและจุดเด่น และวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องเลือกให้มีความเหมาะสมกับ จุดมุ่งหมาย กลุ่มตัวอย่าง และลักษณะของพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการปรับเปลี่ยน ต่อไป

4.5 การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล

ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล (2543 : 212 – 214; อ้างอิงจาก Wilson. 1995 : 82 ; Alberto and Troutman. 1995 : 140 – 146, 198) ได้กล่าวถึงการวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลดังนี้

4.5.1 การศึกษาแบบ single subject design จะไม่ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล เหมือนการทดลองรายกลุ่ม จะวิเคราะห์ข้อมูลในแนวทางเชิงบรรยายโดยใช้แผนภูมิเป็นหลักเรียกว่า “graphical analysis” หรือ “visual inspection”

ในการทดลองปรับพฤติกรรมกับนักเรียนกลุ่มเล็กตามแบบของ small N design จะมีการใช้ สถิติในกลุ่ม non – parametric ซึ่งเป็นสถิติง่าย ๆ ที่ไม่มีความยุ่งยาก เช่น sign test และ Mann – Whitney U Test ใช้เพื่อทดสอบนัยสำคัญของ treatment ในระดับกลุ่ม และถ้าเสริมด้วยการแสดง แผนภูมิข้อมูลเฉพาะราย ก็จะทำให้ได้ข้อมูลครบถ้วนทั้งระดับกลุ่มและระดับบุคคล

4.5.2 การนำเสนอข้อมูลด้วยแผนภูมิ แผนภูมิที่แสดงพฤติกรรมทั้งช่วง baseline และ ช่วง intervention สามารถนำเสนอข้อมูลดังนี้

4.5.2.1 ทำให้เห็นผลการปรับพฤติกรรมของนักเรียนเป็นรายคน โดยดูว่ามีการ เปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน (abrupt change) หรือไม่ สังเกตจากเส้น baseline กับ intervention ห่างกัน แบบขั้นบันได

4.5.2.2 ให้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบระหว่างบุคคลในกรณีที่ทดลองกับนักเรียน 2 – 3 คน โดยแสดงข้อมูลพฤติกรรมของแต่ละคน โดยแยกเส้นกราฟ แต่นำเสนอบนแกนเดียวกัน ทำให้ทราบว่า การปรับพฤติกรรมใช้ได้ผลเพียงใดกับนักเรียนแต่ละราย

4.5.2.3 ข้อมูลภาพรวมของกลุ่มในกรณีที่เป็นการศึกษาทดลองกลุ่มเล็ก (small N design) เช่น ทดลองกับนักเรียนที่มีปัญหาพฤติกรรมคล้ายกัน 6 ราย อาจนำเสนอผลการทดลอง ด้วยแผนภูมิข้อมูลทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ในกรณีที่น่าเสนอรายกลุ่ม อาจใช้ค่าเฉลี่ยความถี่ของ พฤติกรรมของทุกคน

4.5.2.4 แสดงเส้นแนวโน้มของพฤติกรรม (trend line) การวิเคราะห์การเปลี่ยน พฤติกรรม (ก่อน – หลังการรักษา) จะชัดเจนขึ้นถ้าใช้วิธีการหาเส้นแนวโน้มของพฤติกรรมจากแผนภูมิ ข้อมูล

4.6 ข้อดีและข้อจำกัดของ Single Subject Design

แมคเบอร์นีและวิลสัน (ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล. 2543 : 207; อ้างอิงจาก MC Burney. 1994 : 278 – 281 ; Wilson. 1995 : 70 – 72) ได้กล่าวถึง single subject design และการทดลองรายกลุ่ม มีข้อดีและข้อจำกัดต่างกัน สำหรับ single subject design มีข้อดีและข้อจำกัด ดังนี้

4.6.1 ข้อดีของ single subject design

4.6.1.1 ผลการวิจัยเฉพาะรายให้ข้อมูลที่เที่ยงตรงเฉพาะกรณี ตามปกติเมื่อทำการทดลองรายกลุ่ม ข้อมูลที่วัดได้จะนำมาหาค่าเฉลี่ย ซึ่งข้อมูลรายเฉลี่ยเช่นนี้ ไม่อาจให้ภาพที่เที่ยงตรงของพฤติกรรมทุกรายในกลุ่มนั้น

4.6.1.2 การวิจัยเฉพาะรายใช้กับกรณีที่ไม่พบบ่อย เช่น กลุ่มเด็กที่มีความต้องการพิเศษ และเด็กสมาธิสั้น ซึ่งจะมีปัญหาเฉพาะตัวและมีจำนวนน้อยราย

4.6.1.3 รูปแบบการวิจัยเฉพาะรายมีความยืดหยุ่น treatment ที่จะให้จะไม่ใช้วิธีการที่เหมือนกันทุกประการในทุกรายที่ศึกษา จะแตกต่างกันไปขึ้นกับแต่ละราย รวมทั้งวิธีการสังเกตเพื่อเก็บข้อมูล ก็อาจปรับให้เหมาะสมได้

4.6.1.4 ผลของการวิจัย (ประสิทธิภาพของวิธีการปรับพฤติกรรม) ไม่ขึ้นอยู่กับจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง (N) ต่างจากในกรณีของการทดลองรายกลุ่ม ซึ่งยิ่งคนจำนวนมาก โอกาสที่จะพบความแตกต่างใน “ทางสถิติ” จะยิ่งมาก ซึ่งอาจจะไม่ใช่ความแตกต่างในทางปฏิบัติ (practical significant) กรณีดังกล่าว การพึ่งพาสถิติจึงไม่ได้หมายความว่า จะก่อให้เกิดความมั่นใจได้

4.6.1.5 จรรยาบรรณในการวิจัย ในการทดลองรายกลุ่ม การให้หรือไม่ให้ treatment เป็นการจำกัดหรือลดทอนสิทธิของนักเรียนบางราย แต่ในกรณีการทดลองเฉพาะรายปัญหาเช่นนี้ยังคงมีแต่น้อยกว่าเพราะ treatment ที่ให้เฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับบุคคล

4.6.2 ข้อจำกัดของการทดลองเฉพาะราย

ชากเนสซี ; แซกเมสเตอร์; และ เซกเมสเตอร์ (Shaughnessy; Zechmeister; & Zechmeister. 2000: 350 – 367) ได้กล่าวถึงข้อจำกัดของการทดลองเฉพาะรายดังนี้

4.6.2.1 การสรุปผลของการรักษาทำได้ยาก ถ้าในระยะเส้นฐานมีแนวโน้มของพฤติกรรมเพิ่มขึ้นหรือลดลง หรือพฤติกรรมไม่มีความคงที่ ในกรณีที่พฤติกรรมระยะเส้นฐานไม่คงที่มีแนวทางแก้ไข คือ

1. พยายามหาสาเหตุและควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้ได้
2. คอยจนกว่าพฤติกรรมคงที่
3. ทำข้อมูลในรูปของค่าเฉลี่ย

4.6.2.2 มี external validity จำกัด หมายถึงผลที่ได้จากการทดลองสามารถนำไปทำซ้ำในคนอื่น หรือนำไปอ้างอิงสู่ประชากรอื่นได้น้อย แต่อาจใช้การรักษาเฉพาะนี้นำไปอ้างอิงคนอื่นได้ ถ้ามีการออกแบบเป็น multiple – baseline design หรือ single group ของกลุ่มตัวอย่าง

4.6.2.3 ไม่เหมาะสมในการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลาย ๆ ตัว

สรุปได้ว่า การวิจัยแบบ single subject design มีข้อดี คือ สามารถนำมาใช้ได้กับกลุ่มที่มีปัญหาเฉพาะและไม่พบบ่อย เช่น กลุ่มเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เด็กสมาธิสั้น อีกทั้งยังใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก สามารถปรับเปลี่ยนการดำเนินการให้ treatment การสังเกต การบันทึกข้อมูลให้เหมาะสมกับแต่ละตัวอย่างได้ และยังได้ข้อมูลที่เที่ยงตรงเฉพาะกรณี โดยไม่ต้องพึ่งพาสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล แต่อย่างไรก็ตาม การวิจัยแบบ single subject design ยังมีข้อจำกัดบางประการ คือ การสรุปผลทำได้ยากถ้าพฤติกรรมระยะสั้นฐานไม่คงที่ มี external validity จำกัด และไม่เหมาะสมในการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลาย ๆ ตัวได้

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการค้นคว้าตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ
4. แบบแผนการทดลอง
5. วิธีดำเนินการทดลอง
6. การวิเคราะห์ข้อมูล
7. สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นเด็กอายุ 9 – 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น โดยใช้ DSM – IV

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นเด็กอายุ 9 – 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น โดยใช้ DSM – IV จากโรงพยาบาลพุทธชินราช อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 3 คน เลือกโดยวิธีเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. แบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น
2. แบบสำรวจตัวเสริมแรง
3. โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง (Self – Control)

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น

1.1 การสร้างและหาคุณภาพของแบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น มีดังนี้

1.1.1 สร้างแบบบันทึกพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นตามนิยามศัพท์เฉพาะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้นร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้นในชั้นเรียนช่วงก่อนระยะทดลอง

1.1.2 นำแบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางการศึกษาพิเศษด้านการปรับพฤติกรรม จำนวน 3 ท่าน คือ รองศาสตราจารย์ ดร.ช่อลัดดา ขวัญเมือง อาจารย์วราภรณ์ ศรีเงิน และอาจารย์จินตนา ปาลิวนิจ ตรวจสอบรายละเอียดแบบบันทึกพฤติกรรม ว่ามีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะหรือไม่

1.1.3 ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำมาใช้บันทึกพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ลักษณะและการให้คะแนนของแบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น

แบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น เป็นแบบบันทึกที่ใช้ในการสังเกตแบบความถี่ (Frequency Recording) ที่เกิดในช่วงโม่งเรียน โดยบันทึกพฤติกรรมวันละ 40 นาที (ในช่วง 40 นาทีสุดท้ายของคาบเรียน)

ตัวอย่างแบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น

ชื่อเด็ก

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อผู้สังเกต

.....

เวลาที่สังเกต เวลา น. ถึง น.

พฤติกรรมเป้าหมาย : พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ได้แก่

1. การลุกออกจากที่นั่ง
2. การล้อเลียน
3. การแสดงท่าทางเพื่อเรียกร้องความสนใจ
4. การพูดโพล่งขัดจังหวะ
5. การเล่นคนเดียว เหม่อลอย

พฤติกรรม	ความถี่	รวม (ครั้ง)
1. การลุกออกจากที่นั่ง
2. การล้อเลียน
3. การแสดงท่าทางเพื่อเรียก ร้องความสนใจ
4. การพูดโพล่งขัดจังหวะ
5. การเล่นคนเดียว เหม่อลอย

1.3 การใช้แบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งในชั้นเรียน ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1.3.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำความเข้าใจ ความมุ่งหมายของการวิจัยครั้งนี้

1.3.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ศึกษานิยามของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และแบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ให้เข้าใจตรงกัน เพื่อสามารถบันทึกการสังเกตได้อย่างถูกต้อง

1.3.3 การวิจัยครั้งนี้ใช้การสังเกตแบบความถี่ (Frequency Recording) โดยสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่เกิดในช่วงเวลาเรียน โดยบันทึกพฤติกรรมวันละ 40 นาที (ในช่วง 40 นาทีสุดท้ายของคาบเรียน)

1.3.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าไปสังเกตพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งในชั้นเรียน โดยไม่รบกวนการเรียนการสอน โดยทำการบันทึก เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลเส้นฐาน (Baseline)

1.3.5 ผู้วิจัยฝึกให้กลุ่มตัวอย่างใช้แบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง เพื่อใช้ในการฝึกโปรแกรมควบคุมตนเองในระยะทดลอง

2. แบบสำรวจตัวเสริมแรง

2.1 วิธีการสร้างแบบสำรวจตัวเสริมแรงดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

2.1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และสำรวจคุณภาพหรือชนิดของตัวเสริมแรงให้เหมาะสมกับผู้ได้รับการเสริมแรง

2.1.2 สร้างแบบสำรวจตัวเสริมแรงให้สอดคล้องกับความต้องการและเหมาะสม

กับผู้ที่ได้รับเสริมแรงแต่ละคน

2.1.3 นำแบบสำรวจตัวเสริมแรงไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยา จำนวน 3 ท่าน คือ รองศาสตราจารย์ ดร.ชอลัดดา ขวัญเมือง อาจารย์วราภรณ์ ศรีเงิน และอาจารย์จินตนา ปาลิวนิจ ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างจุดมุ่งหมายและความเหมาะสม

2.1.4 ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขแบบสำรวจตัวเสริมแรงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปใช้สำรวจตัวเสริมแรงในการวิจัย

2.2 ลักษณะของแบบสำรวจตัวเสริมแรง เป็นแบบข้อความโดยการสัมภาษณ์ได้กร่วมกับการสังเกตและสอบถามผู้ปกครอง แล้วทำการกรอกข้อมูลลงในแบบสำรวจตัวเสริมแรง

ตัวอย่างแบบสำรวจตัวเสริมแรง

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี
วันที่ เดือน พ.ศ.

คำชี้แจง ให้นักเรียนเลือกสิ่งของที่นักเรียนชอบมากที่สุด จำนวน 5 อย่าง พร้อมทั้งเขียนเรียงลำดับสิ่งของที่เลือกไว้ตามความชอบ ตั้งแต่ลำดับที่ 1- 5 โดยลำดับที่ 1 หมายถึง สิ่งที่นักเรียนมีความต้องการมากที่สุด และ ลำดับที่ 5 หมายถึง สิ่งที่นักเรียนมีความต้องการน้อยที่สุด

1.....	2.....
3.....	4.....
5.....	6.....

2.3 การใช้แบบสำรวจตัวเสริมแรง

ผู้วิจัยสำรวจตัวเสริมแรงด้วยการสัมภาษณ์เด็กกลุ่มตัวอย่าง โดยถามถึงความชอบหรือความต้องการของเด็กกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงนำคำตอบมาพิจารณาคัดเลือกตัวเสริมแรงที่เหมาะสม มีเกณฑ์ดังนี้ ผู้วิจัยจัดหามาได้ง่าย และราคาไม่แพงเกินไป และเป็นสิ่งที่เด็กต้องการจากตัวเสริมแรงที่ได้นี้ ผู้วิจัยจะนำมาถามเด็กอีกครั้ง โดยให้บอกลำดับสิ่งของที่ต้องการมากที่สุดไปน้อยที่สุด เพื่อนำมาใช้เป็นสิ่งเสริมแรงในระยะทดลองต่อไป

3. โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง (Self – Control)

3.1 การสร้างและหาคุณภาพของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง มีขั้นตอนดังนี้

3.1.1 ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมตนเอง

3.1.2 สร้างโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

3.1.3 นำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการศึกษาพิเศษและด้านการปรับพฤติกรรม จำนวน 3 ท่าน คือ รองศาสตราจารย์ ดร. ช่อลัดดา ขวัญเมือง อาจารย์วราภรณ์ ศรีเงิน และอาจารย์จินตนา ปาลิวนิจ ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างความมุ่งหมาย กิจกรรม เนื้อหา และวิธีดำเนินการ

3.1.4 นำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง มาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อความเหมาะสมของเนื้อหา วิธีดำเนินการ และระยะเวลาที่ใช้ในการทดลอง

3.1.5 นำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วมาใช้ในการวิจัย

3.2 ลักษณะและวิธีการดำเนินการของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง เป็นวิธีเพื่อใช้ลดพฤติกรรมการอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

ขั้นที่ 1 นักเรียนและผู้วิจัยร่วมกันกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายมีรายละเอียดดังนี้

1) นักเรียนทราบว่าพฤติกรรมเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ คือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งในชั้นเรียน ขณะที่มีการเรียนการสอน

2) นักเรียนสามารถแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมเป้าหมาย เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้น

3) ร่วมกำหนดระดับของพฤติกรรมเป้าหมาย

ขั้นที่ 2 นักเรียนมีส่วนร่วมในการกำหนดเงื่อนไขการเสริมแรง

ก่อนการทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะใช้ตัวเสริมแรงที่นักเรียนเลือกไว้ 5 อย่าง ให้เหมาะสมกับความชอบของนักเรียนแต่ละคน ซึ่งตัวเสริมแรงของนักเรียนแต่ละคนอาจมีความแตกต่างกัน โดยการพิจารณาให้สิ่งเสริมแรงแก่นักเรียนมีเกณฑ์การพิจารณา คือ

1) นักเรียนมีพฤติกรรมเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2) ความแม่นยำของการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของนักเรียน โดยดูจากความสอดคล้องระหว่างข้อมูลที่ครูและนักเรียนบันทึกได้ตรงกัน

ขั้นที่ 3 นักเรียนสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) สัปดาห์ที่ 1 – 3 ฝึกให้นักเรียนทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง มีขั้นตอน คือ ให้นักเรียนฝึกทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายลงในแบบบันทึก

พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของตนเองร่วมกับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยนักเรียนต้องสามารถสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ นักเรียนต้องสามารถสังเกตและบันทึกพฤติกรรมได้ตรงกับผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ที่ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องตั้งแต่ 50% ขึ้นไป ติดต่อกันอย่างน้อย 3 ครั้ง จึงสามารถดำเนินการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองได้

2) สัปดาห์ที่ 4 – 5 นักเรียนทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง ขั้นตอนนี้ดำเนินการเช่นเดียวกับการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรม แต่นักเรียนจะเป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมด คือ

2.1) ประเมินพฤติกรรมตนเอง

2.2) กำหนดเกณฑ์เป้าหมายด้วยตนเอง

2.3) เลือกตัวเสริมแรงด้วยตนเอง

2.4) นักเรียนทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจะทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายของนักเรียน เพื่อทำการตรวจสอบถึงความแม่นยำในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเองของนักเรียนร่วมด้วยทุกครั้ง

ขั้นที่ 4 นักเรียนประเมินผลและวิเคราะห์พฤติกรรมเป้าหมาย

ขั้นตอนนี้ให้นักเรียนนำผลที่ได้จากการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย ในระหว่างการฝึกสังเกตพฤติกรรมเป้าหมายหรือระหว่างการสังเกตพฤติกรรมเป้าหมาย มาเปรียบเทียบตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เพื่อนำผลที่ได้ไปพิจารณาการได้รับสิ่งเสริมแรง

ขั้นที่ 5 ผู้วิจัยและนักเรียนร่วมกันหาค่าความสอดคล้องของการสังเกตพฤติกรรมเป้าหมายจากแบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้นที่นักเรียนเป็นผู้บันทึกและแบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้นที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึก นำมาเปรียบเทียบตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ โดยนักเรียนแต่ละคนจะได้รับการเสริมแรงตามเงื่อนไขที่กำหนดดังรายละเอียดต่อไปนี้

ช่วงการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองในแต่ละครั้ง นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้ คือ

ถ้านักเรียนสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย ได้สอดคล้องกับผู้วิจัยคิดเป็นร้อยละ 20 นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงที่เลือกไว้ลำดับที่ 5

ถ้านักเรียนสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย ได้สอดคล้องกับผู้วิจัยคิดเป็นร้อยละ 30 นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงที่เลือกไว้ลำดับที่ 4

ถ้านักเรียนสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย ได้สอดคล้องกับผู้วิจัยคิดเป็นร้อยละ 40 นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงที่เลือกไว้ลำดับที่ 3

ถ้านักเรียนสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย ได้สอดคล้องกับผู้วิจัยคิดเป็นร้อยละ 50 นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงที่เลือกไว้ลำดับที่ 2

ถ้านักเรียนสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย ได้สอดคล้องกับผู้วิจัยคิดเป็นร้อยละ 60 ขึ้นไป นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงที่เลือกไว้ลำดับที่ 1

ช่วงการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองในแต่ละครั้ง นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้ คือ

ถ้านักเรียนมีพฤติกรรมเป้าหมายลดลง ร้อยละ 20 ของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมพื้นฐาน นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงอันดับที่ 5

ถ้านักเรียนมีพฤติกรรมเป้าหมายลดลง ร้อยละ 30 ของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมพื้นฐาน นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงอันดับที่ 4

ถ้านักเรียนมีพฤติกรรมเป้าหมายลดลง ร้อยละ 40 ของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมพื้นฐาน นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงอันดับที่ 3

ถ้านักเรียนมีพฤติกรรมเป้าหมายลดลง ร้อยละ 50 ของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมพื้นฐาน นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงอันดับที่ 2

ถ้านักเรียนมีพฤติกรรมเป้าหมายลดลง ร้อยละ 60 ขึ้นไป ของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมพื้นฐาน นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงอันดับที่ 1

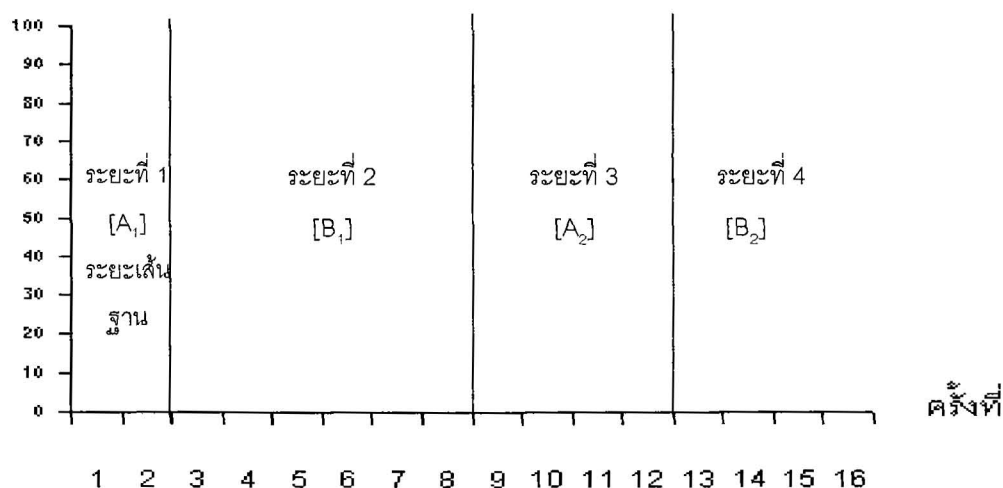
ขั้นที่ 6 ผู้วิจัยและนักเรียนร่วมกันสรุปผล โดยนำผลการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้วิจัยและนักเรียน มาทำการจดบันทึกพฤติกรรมและนำผลที่ได้ไปเขียนกราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น เมื่อสิ้นสุดระยะทดลองแต่ละครั้ง เพื่อให้ นักเรียนได้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความแม่นยำในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย ทราบระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และเกิดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของตนเองต่อไป

แบบแผนการทดลอง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ single subject design รูปแบบ A – B – A – B แบบสลับกลับ 4 ระยะ (Shaughnessy; Zechmiester; & Zechmiester. 2000 : 352) กราฟแสดงแบบแผนการทดลองแบบ A – B – A – B แบบสลับกลับ 4 ระยะ เป็นการบันทึกพฤติกรรม การอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น จากกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย โดยการให้ treatment ทีละคน ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

แผนภูมิแสดงพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง

การเกิดพฤติกรรม (ครั้ง)



ระยะที่ 1 [A₁] หมายถึง ระยะเส้นฐานพฤติกรรมใช้เวลาประมาณ 1 สัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของนักเรียน โดยที่เด็กยังไม่ได้รับการฝึกโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

ระยะที่ 2 [B₁] หมายถึง ระยะการจัดกระทำด้วยการฝึกโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง เป็นระยะเวลาประมาณ 5 สัปดาห์ จำนวน 10 ครั้ง

ระยะที่ 3 [A₂] หมายถึง ระยะถอดถอน หยุดทำการฝึกโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง

ระยะที่ 4 [B₂] หมายถึง ระยะการจัดกระทำด้วยการฝึกโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองอีกครั้ง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง

วิธีดำเนินการทดลอง

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเชิญผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ รองศาสตราจารย์ ดร.ช่อลัดดา ขวัญเมือง อาจารย์วรารักษ์ ศรีเงิน และอาจารย์จินตนา ปาลิวนิจ ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขออนุญาตผู้อำนวยการของโรงเรียนที่มีนักเรียนกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการทดลอง
2. ขออนุญาตผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำการสังเกตบันทึกพฤติกรรมและทำการทดลอง

3. เลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน โดยมีหลักในการเลือกผู้ช่วยวิจัยต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในด้านการปรับพฤติกรรม เมื่อคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยได้แล้ว จึงชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง ในเรื่องโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง แล้วทำการฝึกการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมร่วมกันให้ได้ตรงกัน ที่ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง ตั้งแต่ 80 % ขึ้นไป จึงเริ่มดำเนินการทดลอง โดยการทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง 4 ระยะ คือ ระยะเส้นฐาน ระยะการทดลอง ระยะถอดถอน และระยะทดลองให้ treatment อีกครั้ง แล้วนำค่าที่ได้จากการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมไปหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องตั้งแต่ 80 % ขึ้นไป การสังเกตจึงจะมีความเชื่อถือได้ โดยใช้สูตร

$$\text{สัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (ร้อยละ)} = \frac{\text{จำนวนความถี่ของพฤติกรรมที่สังเกตได้น้อยกว่า}}{\text{จำนวนความถี่ของพฤติกรรมที่สังเกตได้มากกว่า}} \times 100$$

ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองตามขั้นตอนของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2549 ใช้เวลา 1 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง วันอังคารและพฤหัสบดี วันละ 40 นาที (ในช่วง 40 นาทีสุดท้ายของคาบเรียน) รวมทั้งสิ้น 20 ครั้ง โดยใช้การทดลองแบบสลับกลับ (A – B – A – B Reversal Design) ซึ่งแบ่งการทดลองเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะที่ 1 ระยะเส้นฐาน [A₁] ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง ในระยะที่ 1 นี้ ยังไม่นำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง แต่ให้นำค่าของแต่ละคนมาเขียนกราฟเพื่อดูระดับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง

2. ระยะที่ 2 ระยะการจัดกระทำ [B₁] ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 2 – 6) เป็นการนำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองมาใช้ในชั่วโมงการสอนในวันอังคารและพฤหัสบดี วันละ 40 นาที (ในช่วง 40 นาทีสุดท้ายของคาบเรียน) โดยให้ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และนักเรียนกลุ่มตัวอย่างดำเนินการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม แล้วนำค่าที่ได้มาเขียนกราฟ เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม

3. ระยะที่ 3 ระยะถอดถอน [A₂] ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 7– 8) ในระยะนี้ผู้วิจัยหยุดการฝึกโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง เพื่อติดตามผลและศึกษาความคงทนของการลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง

4. ระยะที่ 4 ระยะการจัดกระทำโดยให้ treatment อีกครั้ง [B₂] ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 9 -10) เป็นการนำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองอีกครั้ง มาใช้ในชั่วโมงการสอนในวันอังคารและพฤหัสบดี วันละ 40 นาที (ในช่วง 40 นาทีสุดท้ายของคาบเรียน) โดยให้ผู้วิจัยผู้ช่วยวิจัยและนักเรียนกลุ่มตัวอย่างดำเนินการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม แล้วนำค่าที่ได้มาเขียนกราฟ เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอีกครั้ง เมื่อได้รับ treatment ซ้ำ

ทุกครั้งเมื่อสิ้นสุดเวลาการสังเกตผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะนำผลการบันทึกพฤติกรรมมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง แล้วจดบันทึกเป็นพฤติกรรมการอยู่ไม่นิ่งของเด็กไว้เพื่อนำไปวิเคราะห์และเขียนกราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ศึกษาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการฝึกโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางและกราฟเส้น

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของการเกิดพฤติกรรมคำนวณได้จากสูตร (สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์. 2543 : 34)

$$\bar{X} = \frac{\sum f}{N}$$

เมื่อ \bar{X} แทน ค่าเฉลี่ยของความถี่

$\sum f$ แทน ผลรวมความถี่ของพฤติกรรม

N แทน จำนวนครั้งของการสังเกตพฤติกรรม

2. ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง คำนวณได้จากสูตร (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2545: 76)

$$\text{สัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (ร้อยละ)} = \frac{\text{จำนวนความถี่ของพฤติกรรมที่สังเกตได้น้อยกว่า}}{\text{จำนวนความถี่ของพฤติกรรมที่สังเกตได้มากกว่า}} \times 100$$

(IOR)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากการทดลอง และการแปลความหมายจากการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นที่เข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- \bar{X} แทน ค่าเฉลี่ยความถี่ของพฤติกรรม
N แทน จำนวนครั้งของการสังเกตพฤติกรรม
f แทน ค่าความถี่ของการเกิดพฤติกรรม
 Σf แทน ผลรวมค่าความถี่ของพฤติกรรม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น ในช่วงเส้นฐานและช่วงการปรับพฤติกรรม โดยใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

นักเรียนคนที่ 1

นักเรียนอายุ 9 ปี 5 เดือน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นจากแพทย์ โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาจาก DSM-IV ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2548 โดยนักเรียนมาพบแพทย์ด้วยอาการอยู่ไม่นิ่ง ไม่ค่อยมีสมาธิในการเรียน ไม่ตั้งใจเรียน ชอบชวนเพื่อนเล่น และไม่ทำงานตามคำสั่งของครู จากการสังเกตก่อนทำการทดลอง พบว่านักเรียนมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง 3 พฤติกรรม คือ การลุกออกจากรที่นั่ง การแสดงท่าทางเพื่อเรียกร้องความสนใจและการเล่นคนเดียว เหม่อลอย

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาขณะที่อยู่ในชั้นเรียน ช่วงเวลา 09.50 - 10.30 น. เป็นระยะเวลา 40 นาที ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี ซึ่งเป็นชั่วโมงการเรียนการสอนวิชาภาษาไทย ซึ่งนักเรียนมักมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งบ่อยครั้ง

จากการทดลองพบว่า เด็กมีพฤติกรรมดังนี้

ตาราง 2 แสดงความถี่และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น คนที่ 1 จากการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้วิจัยและนักเรียน

ระยะที่	ครั้งที่	ค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง		ค่าสัมประสิทธิ์ ความสอดคล้อง (ร้อยละ)	อัตราการลดลงของ พฤติกรรม เปรียบเทียบกับระยะ พื้นฐาน (ร้อยละ)
		ผู้วิจัย	นักเรียน		
1 (ระยะ ฐาน)	1	14			
	2	15			
	3	5			
	4	11			
	5	10			
		$\sum X = 55$			
		$\bar{X} = 11$			
2 (ระยะ ทดลอง)	6	12	2	16.67	
	7	8	5	62.50	
	8	9	3	33.33	
	9	5	1	20.00	
	10	6	0	00.00	
	11	13	10	76.92	
	12	10	7	70.00	
	13	11	5	45.45	
	14	10	8	80.00	
	15	16	24	66.00	
	16	12	9	75.00	
17	7	6		36.36	
18	9	5		27.28	
19	4	3		63.64	
20	4	2		63.64	

ตาราง 2 (ต่อ)

ระยะที่	ครั้งที่	ค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง		ค่าสัมประสิทธิ์ ความสอดคล้อง (ร้อยละ)	อัตราการลดลงของ พฤติกรรม เปรียบเทียบกับระยะ พื้นฐาน (ร้อยละ)
		ผู้วิจัย	นักเรียน		
3 (ระยะ ถอดถอน)	21	4			63.64
	22	3			72.73
	23	5			54.55
	24	4			63.64
4 (ระยะ ทดลอง)	25	3	1		72.73
	26	5	4		54.55
	27	2	1		81.82
	28	2	2		81.82



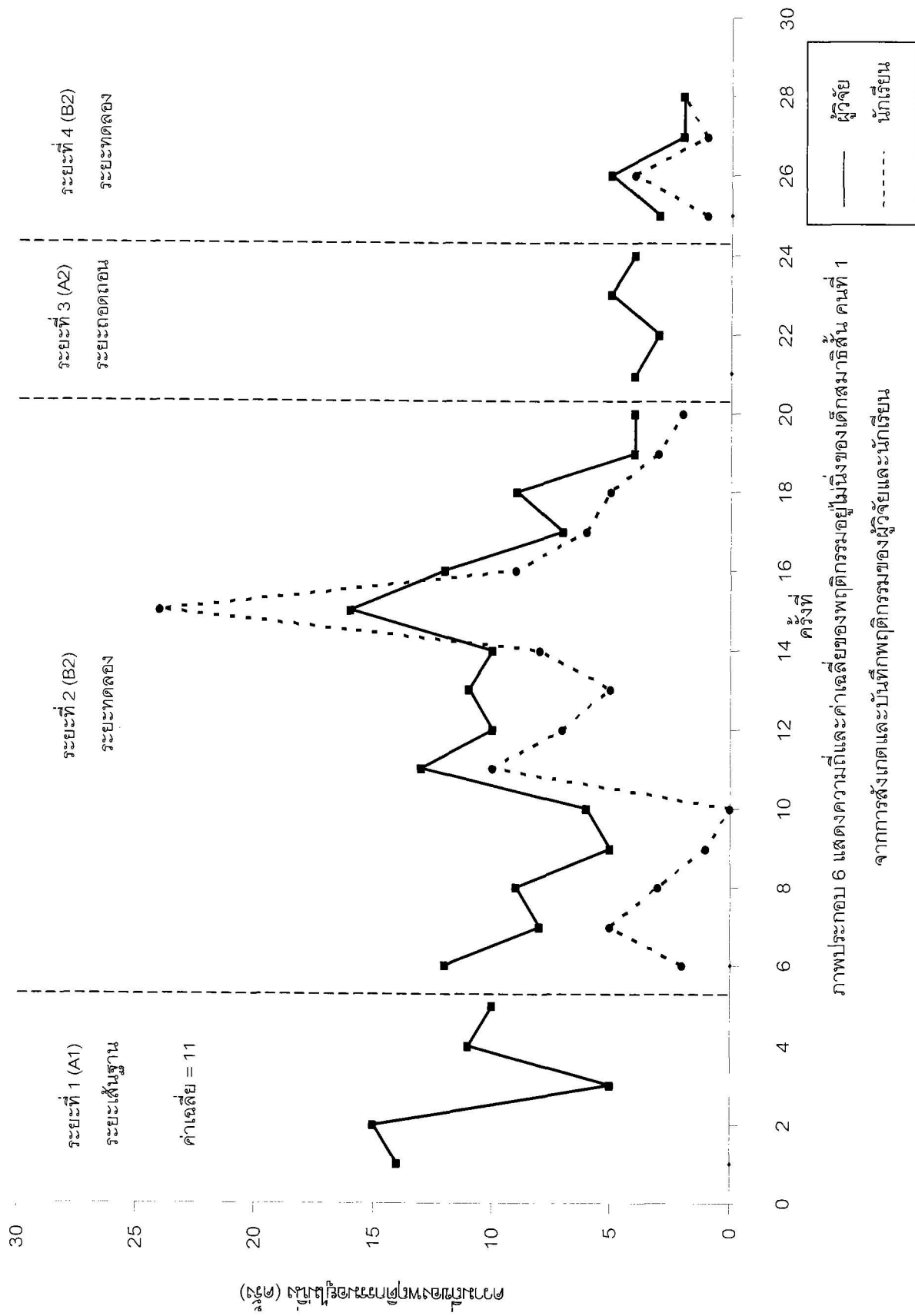
ระยะที่เด็กสามารถฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย สังเกตด้วยตนเองตรงกับ
ผู้วิจัย ที่ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องตั้งแต่ 50% ขึ้นไป อย่างน้อย 3 ครั้ง ติดต่อกัน



ระยะที่ฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง



ระยะที่สังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง



จากตาราง 2 และภาพประกอบ 6 พฤติกรรมไม่อยู่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น คนที่ 1 พบว่า ระยะเวลาทดลองที่ได้รับการปรับพฤติกรรมโดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองลดลงกว่า พฤติกรรมในระยะเส้นฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของนักเรียนคนที่ 1 ค่าความถี่ของพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง มีการเปลี่ยนแปลงหลังจากได้รับการปรับพฤติกรรม โดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรม แบบควบคุมตนเอง ดังนี้

ระยะที่ 1 (ระยะเส้นฐาน) นักเรียนคนที่ 1 มีค่าความถี่ของพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ตามลำดับ ดังนี้ 14 – 15 – 5 – 11 – 10 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11

ระยะที่ 2 (ระยะทดลอง) เป็นการปรับพฤติกรรม โดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบ ควบคุมตนเอง ประกอบด้วย ช่วงที่ 1 คือ ช่วงการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง มีค่าความถี่ของพฤติกรรมที่บันทึกโดยผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยตามลำดับ ดังนี้ 12 – 8 – 9 – 5 – 6 – 13 – 10 – 11 – 10 – 16 – 12 และค่าความถี่ของพฤติกรรมที่บันทึกโดยนักเรียน ดังนี้ 2 – 5 – 3 – 1 – 0 – 10 – 7 – 5 – 8 – 24 – 9 ตามลำดับ โดยในการศึกษาสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง นักเรียนสามารถสังเกตและบันทึกพฤติกรรม ได้ตรงกับผู้วิจัยที่ค่าสัมประสิทธิ์ ความสอดคล้อง ตั้งแต่ 50% ขึ้นไป อย่างน้อยติดต่อกัน 3 ครั้ง ดังนี้ 16.67 – 62.50 – 33.33 – 20.00 – 0.00 – 76.92 – 70.00 – 45.45 – 80.80 – 66.00 – 75.00 และช่วงที่ 2 คือ ช่วงการสังเกต และบันทึกพฤติกรรม เป้าหมายด้วยตนเอง พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมระยะ เส้นฐาน ซึ่งมีค่าความถี่ของพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งที่บันทึกโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ดังนี้ 7 – 9 – 4 – 4 และมีค่าความถี่ของพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งที่บันทึกโดยนักเรียน ตามลำดับดังนี้ 6 – 5 – 3 – 2

จากนั้น เมื่อนำค่าความถี่ของพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งในช่วงการสังเกต และบันทึกพฤติกรรม เป้าหมายด้วยตนเองมาเปรียบเทียบกับค่าความถี่ของพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งในระยะเส้นฐาน พบว่า พฤติกรรมไม่อยู่นิ่งลดลง จากค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเส้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 36.36 – 27.28 – 63.64 – 63.64 ตามลำดับ

ระยะที่ 3 (ระยะถอดถอน) หลังจากระยะที่ 2 สิ้นสุดลง เป็นการหยุดฝึกโปรแกรมการปรับ พฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง พบว่า พฤติกรรมไม่อยู่นิ่งยังคงลดลง โดยมีค่าความถี่ของพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง เท่ากับ 4 – 3 – 5 – 4 ตามลำดับ และมีอัตราการ ลดลงของพฤติกรรม เมื่อเปรียบเทียบกับระยะเส้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 63.64 – 72.73 – 54.55 – 63.64 ตามลำดับ

ระยะที่ 4 (ระยะทดลอง) เป็นการฝึกโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองอีกครั้ง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง มีค่าความถี่ของพฤติกรรมที่บันทึกโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย

ตามลำดับ ดังนี้ 3 – 5 – 2 – 2 และค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ที่บันทึกโดยนักเรียน ตามลำดับ
 ดังนี้ 1 – 4 – 1 – 2 และเมื่อนำอัตราการลดลงของพฤติกรรมมาเปรียบเทียบกับระยะเส้นฐาน พบว่า
 พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลงจากค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเส้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 72.73 – 54.45 – 81.82 –
 81.82 ตามลำดับ

นักเรียนคนที่ 2

นักเรียนอายุ 11 ปี 4 เดือน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นจากแพทย์ โดยใช้เกณฑ์การ
 พิจารณาจาก DSM-IV ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 4
 กรกฎาคม 2548 โดยนักเรียนมาพบแพทย์ด้วยอาการอยู่ไม่นิ่ง ซุกซน มักเดินไปเดินมาในชั้นเรียน ไม่
 ตั้งใจฟังขณะครูสอน และมักชอบแหย่เพื่อน มีอารมณ์หงุดหงิดง่ายเมื่อมีคนขัดใจ จากการสังเกตก่อน
 ทำการทดลอง พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง 3 พฤติกรรม คือ การลุกออกจากที่นั่ง การแสดง
 ท่าทางเพื่อเรียกร้องความสนใจและการเล่นคนเดียว เหม่อลอย

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาขณะที่อยู่ในชั้นเรียน ช่วงเวลา 11.20 – 12.00 น. เป็น
 ระยะเวลา 40 นาที ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี

จากการทดลองพบว่า เด็กมีพฤติกรรมดังนี้

ตาราง 3 แสดงความถี่และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น คนที่ 2 จากการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้วิจัยและนักเรียน

ระยะที่	ครั้งที่	ค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง		ค่าสัมประสิทธิ์ ความสอดคล้อง (ร้อยละ)	อัตราการลดลงของ พฤติกรรม เปรียบเทียบกับระยะ พื้นฐาน (ร้อยละ)
		ผู้วิจัย	นักเรียน		
1 (ระยะ พื้นฐาน)	1	8			
	2	11			
	3	7			
	4	9			
		$\Sigma X = 35$			
\bar{X}		$= 8.75$			
2 (ระยะ ทดลอง)	5	4	0	0	
	6	5	0	0	
	7	5	2	40.00	
	8	6	4	66.67	
	9	8	3	37.50	
	10	7	3	42.85	
	11	8	3	37.50	
	12	12	9	75.00	
	13	10	6	60.00	
	14	9	7	77.78	
15	8	3		8.57	
16	4	2		54.29	
17	3	3		65.71	
18	1	1		88.57	

ตาราง 3 (ต่อ)

ระยะที่	ครั้งที่	ค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ใน		ค่าสัมประสิทธิ์ ความสอดคล้อง (ร้อยละ)	อัตราการลดลงของ พฤติกรรม เปรียบเทียบกับระยะ พื้นฐาน (ร้อยละ)
		ผู้วิจัย	นักเรียน		
3 (ระยะ ทดลอง)	19	1			88.57
	20	1			88.57
	21	2			77.14
	22	2			77.14
4 (ระยะ ทดลอง)	23	2	2		77.14
	24	1	0		88.57
	25	0	0		100
	26	0	0		100



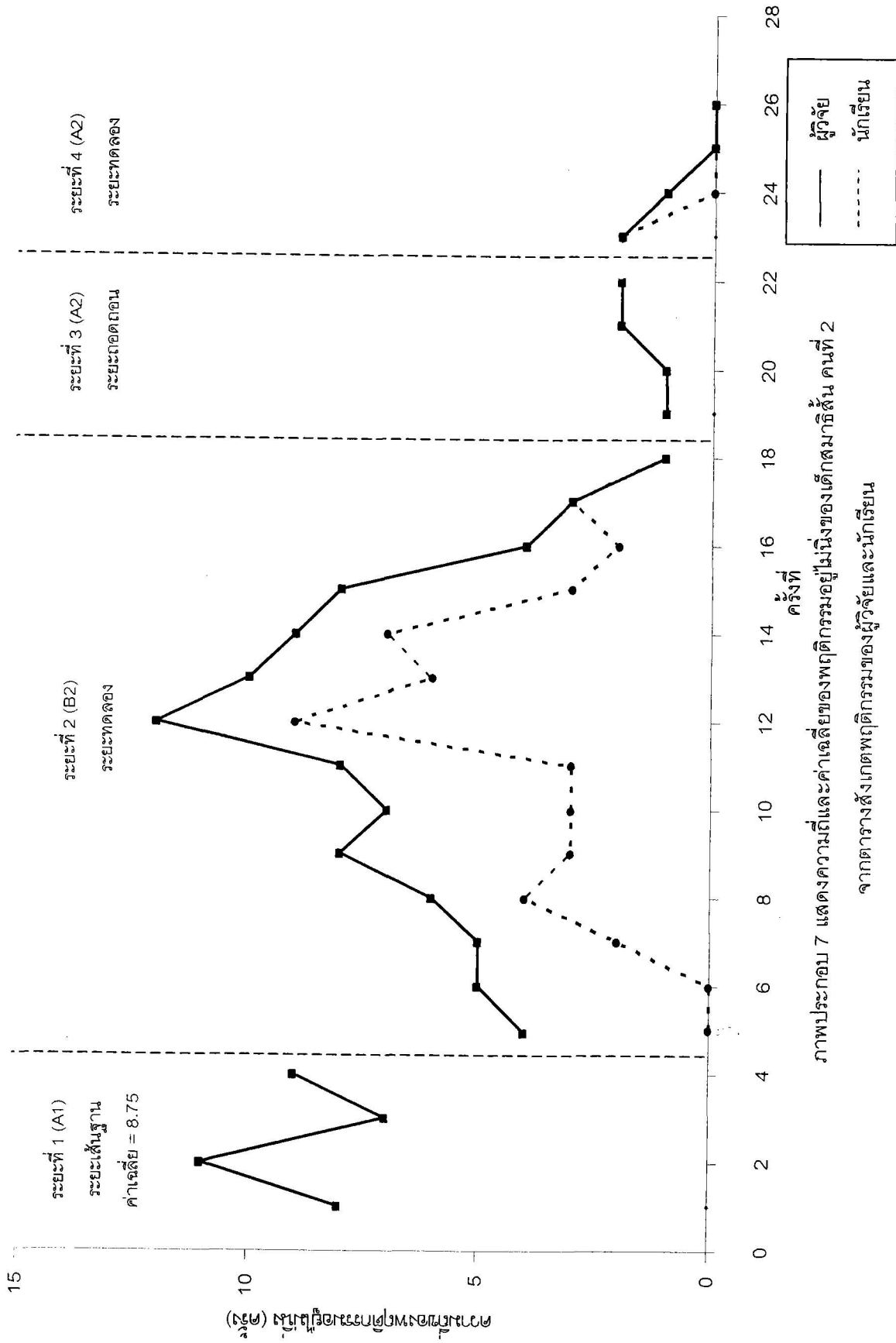
ระยะที่เด็กสามารถฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย สังเกตด้วยตนเองตรงกับ
ผู้วิจัย ที่ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องตั้งแต่ 50% ขึ้นไป อย่างน้อย 3 ครั้ง ติดต่อกัน



ระยะที่ฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง



ระยะสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง



ภาพประกอบ 7 แสดงความถี่และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมอยู่ในวัยของเด็กตามลิ้น คนที่ 2

จากตารางสังเกตพฤติกรรมของผู้วิจัยและนักเรียน

จากตาราง 3 และภาพประกอบ 7 พฤติกรรมไม่อยู่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น คนที่ 2 พบว่า ระยะเวลาทดลองที่ได้รับการปรับพฤติกรรม โดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองลดลงกว่าพฤติกรรมในระยะเวลาพื้นฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของนักเรียนคนที่ 2 ค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง มีการเปลี่ยนแปลงหลังจากได้รับการปรับพฤติกรรม โดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง ดังนี้

ระยะที่ 1 (ระยะพื้นฐาน) นักเรียนคนที่ 2 มีค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ตามลำดับ ดังนี้ 8 - 11 - 7 - 9 ซึ่งมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 8.75

ระยะที่ 2 (ระยะทดลอง) เป็นการปรับพฤติกรรม โดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง ประกอบด้วย ช่วงที่ 1 คือ ช่วงการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง มีค่าความถี่ของพฤติกรรมที่บันทึกโดยผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยตามลำดับ ดังนี้ 4 - 5 - 5 - 6 - 8 - 7 - 8 - 12 - 10 - 9 และมีค่าความถี่ของพฤติกรรมที่บันทึกโดยนักเรียน ดังนี้ 0 - 0 - 2 - 4 - 3 - 3 - 3 - 9 - 6 - 7 ตามลำดับ โดยในการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง นักเรียนสามารถสังเกตและบันทึกพฤติกรรม ได้ตรงกับผู้วิจัยที่ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง ตั้งแต่ 50% ขึ้นไปติดต่อกันอย่างน้อย 3 ครั้ง ดังนี้ 0 - 0 - 40 - 66.67 - 37.50 - 42.85 - 37.50 - 75.00 - 60.00 - 77.78 และช่วงที่ 2 คือ ช่วงการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมระยะพื้นฐาน ซึ่งมีค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ที่บันทึกโดยผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย ดังนี้ 8 - 4 - 3 - 1 และมีค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ที่บันทึกโดยนักเรียนตามลำดับ ดังนี้ 3 - 2 - 3 - 1

จากนั้น นำค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ในช่วงการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง มาเปรียบเทียบกับค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งในระยะเวลาพื้นฐาน พบว่า พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลง จากค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมพื้นฐาน คิดเป็นร้อยละ ตามลำดับ ดังนี้ 8.75 - 54.29 - 65.71 - 88.57

ระยะที่ 3 (ระยะถดถอย) หลังจากระยะที่ 2 สิ้นสุดลง เป็นการหยุดฝึกโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง พบว่า พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นโดยใช้เกณฑ์การพิจารณาจาก DSM-IV ที่ โดยมีค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง เท่ากับ 1 - 1 - 2 - 2 และมีอัตราการลดลงของพฤติกรรม เมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาพื้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 88.57 - 88.57 - 77.14 - 77.14

ระยะที่ 4 (ระยะทดลอง) เป็นการฝึกโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองอีกครั้ง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง มีค่าความถี่ของพฤติกรรมที่บันทึก โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย

ตามลำดับ ดังนี้ 2-1-0-0 และค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งที่บันทึกโดยนักเรียน ตามลำดับ
 ดังนี้ 2-0-0-0 และเมื่อนำอัตราการลดลงของพฤติกรรมมาเปรียบเทียบกับระยะเส้นฐาน
 พบว่า พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลงจากค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเส้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 77.14 – 88.57 –
 100 – 100 ตามลำดับ

นักเรียนคนที่ 3

นักเรียนอายุ 10 ปี 4 เดือน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมาริสันจากแพทย์ โดยใช้เกณฑ์การ
 พิจารณาจาก DSM-IV ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่
 17 ตุลาคม 2548 โดยนักเรียนมาพบแพทย์ด้วยอาการซุกซน ไม่ตั้งใจเรียน เดินออกจากห้องเรียน
 เวลาครูสอน แกล้งเพื่อนขณะอยู่ในห้องเรียน เรียนไม่ทันเพื่อน (วัดความสามารถด้านสติปัญญาเท่า
 กับ 96 อยู่ในระดับปานกลาง) จากการสังเกตก่อนทำการทดลอง พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง
 3 พฤติกรรม คือ การลุกออกจากที่นั่ง การแสดงท่าทางเพื่อเรียกร้องความสนใจและการเล่นคนเดียว
 เหม่อลอย

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาขณะที่อยู่ในชั้นเรียน ช่วงเวลา 13.20 – 14.00 น. เป็น
 ระยะเวลา 40 นาที ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี

จากการทดลองพบว่า เด็กมีพฤติกรรมดังนี้

ตาราง 4 แสดงความถี่และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น คนที่ 3 จากการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้วิจัยและนักเรียน

ระยะที่	ครั้งที่	ค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง		ค่าสัมประสิทธิ์ ความสอดคล้อง (ร้อยละ)	อัตราการลดลงของ พฤติกรรม เปรียบเทียบกับระยะ พื้นฐาน (ร้อยละ)
		ผู้วิจัย	นักเรียน		
1 (ระยะ พื้นฐาน)	1	12			
	2	10			
	3	14			
	4	9			
	5	10			
		$\sum X = 55$			
		$\bar{X} = 11$			
2 (ระยะ ทดลอง)	6	13	0	0.00	
	7	12	1	8.33	
	8	14	0	0.00	
	9	10	3	30.00	
	10	10	2	20.00	
	11	9	3	33.33	
	12	12	7	58.33	
	13	8	3	37.50	
	14	9	5	55.56	
	15	7	5	71.43	
	16	10	6	60.00	
17	12	2		9.09	
18	6	3		45.45	
19	5	4		54.54	
20	5	3		54.54	

ตาราง 4 (ต่อ)

ระยะที่	ครั้งที่	ค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง		ค่าสัมประสิทธิ์ ความสอดคล้อง (ร้อยละ)	อัตราการลดลงของ พฤติกรรม เปรียบเทียบกับระยะ พื้นฐาน (ร้อยละ)
		ผู้วิจัย	นักเรียน		
3 (ระยะ ทดลอง)	21	3			72.73
	22	3			72.73
	23	6			45.45
	24	4			63.64
4 (ระยะ ทดลอง)	25	5	3		54.55
	26	2	2		81.82
	27	3	2		72.73
	28	3	0		72.73



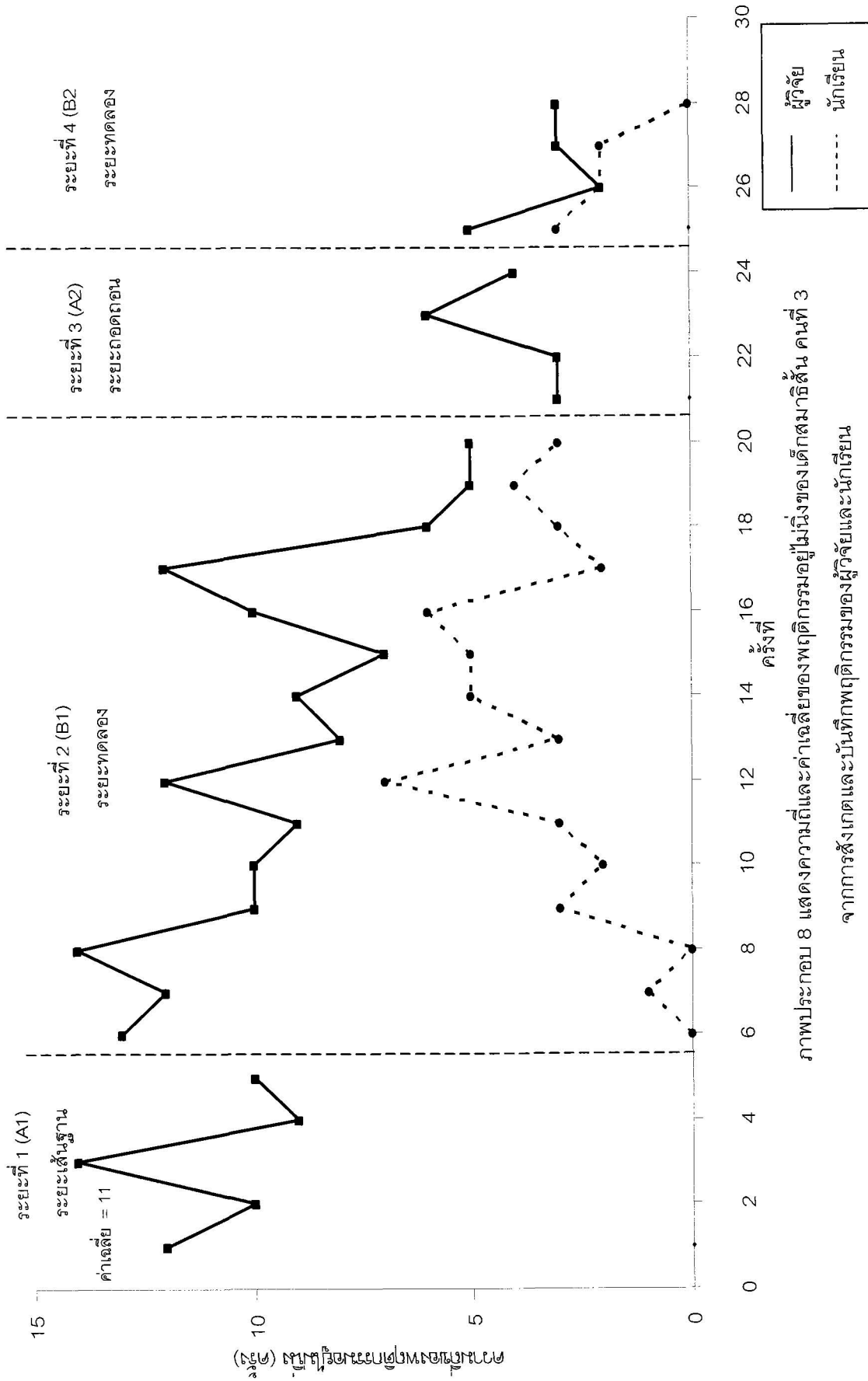
ระยะที่เด็กสามารถฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย สังเกตด้วยตนเองตรงกับ
ผู้วิจัย ที่ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องตั้งแต่ 50% ขึ้นไป อย่างน้อย 3 ครั้ง ติดต่อกัน



ระยะที่ฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง



ระยะสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง



ภาพประกอบ 8 แสดงความถี่และความถี่ของพฤติกรรมของนักเรียนคนต้น 3

จากการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้วิจัยและนักเรียน

จากตาราง 4 และภาพประกอบ 7 พฤติกรรมไม่อยู่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น คนที่ 3 พบว่า ระยะเวลาทดลองที่ได้รับการปรับพฤติกรรม โดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองลดลงกว่าพฤติกรรมในระยะเส้นฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของ นักเรียนคนที่ 3 ค่าความถี่ของพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง มีการเปลี่ยนแปลง หลังจากได้รับการปรับพฤติกรรม โดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรม แบบควบคุมตนเอง ดังนี้

ระยะที่ 1 (ระยะเส้นฐาน) นักเรียนคนที่ 3 มีค่าความถี่ของพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ตามลำดับ ดังนี้ 12 - 10 - 14 - 9 - 10 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11

ระยะที่ 2 (ระยะทดลอง) เป็นการปรับพฤติกรรม โดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง ประกอบด้วยช่วงที่ 1 คือ ช่วงการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง มีค่าความถี่ของพฤติกรรมที่บันทึกโดยผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยตามลำดับ ดังนี้ 13 - 12 - 14 - 10 - 10 - 9 - 12 - 8 - 9 - 7 - 10 และมีค่าความถี่ของพฤติกรรมที่บันทึกโดยนักเรียน ดังนี้ 0 - 1 - 0 - 3 - 2 - 3 - 7 - 3 - 5 - 5 - 6 ตามลำดับ โดยในการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง นักเรียนสามารถสังเกตและบันทึกพฤติกรรม ได้ตรงกับผู้วิจัยที่ค่าสัมประสิทธิ์ ความสอดคล้อง ตั้งแต่ 50% ขึ้นไปติดต่อกันอย่างน้อย 3 ครั้ง ดังนี้ 0.00 - 8.33 - 0.00 - 30.00 - 20.00 - 33.33 - 58.33 - 37.50 - 55.56 - 71.43 - 60.00 และช่วงที่ 2 คือ ช่วงการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมระยะเส้นฐาน ซึ่งมีค่าความถี่ของพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ที่บันทึกโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ดังนี้ 12 - 6 - 5 - 5 และมีค่าความถี่ของพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งที่บันทึกโดยนักเรียน ตามลำดับดังนี้ 2 - 3 - 4 - 3

จากนั้น เมื่อนำค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งในช่วงการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง มาเปรียบเทียบกับค่าความถี่ของพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งในระยะเส้นฐาน พบว่า พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ลดลง จากค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเส้นฐาน คิดเป็นร้อยละ ตามลำดับ ดังนี้ 9.02 - 45.45 - 54.54 - 54.54

ระยะที่ 3 (ระยะถดถอย) หลังจากระยะที่ 2 สิ้นสุดลง เป็นการหยุดฝึกโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง พบว่า พฤติกรรมไม่อยู่นิ่งยังคงลดลง โดยมีค่าความถี่ของพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง เท่ากับ 3 - 3 - 6 - 4 ตามลำดับ และมีอัตราการลดลงของพฤติกรรม เมื่อเปรียบเทียบกับระยะเส้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 72.73 - 72.73 - 45.45 - 63.64 ตามลำดับ

ระยะที่ 4 (ระยะทดลอง) เป็นการฝึกโปรแกรมการปรับพฤติกรรม แบบควบคุมตนเองอีกครั้ง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง มีค่าความถี่ของพฤติกรรมที่บันทึก โดยผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย

ตามลำดับ ดังนี้ 5-2-3-3 และค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งที่บันทึกโดยนักเรียน ตามลำดับ
ดังนี้ 3-2-0-0 และเมื่อนำอัตราการลดลงของพฤติกรรมมาเปรียบเทียบกับระยะเส้นฐาน พบว่า
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลง จากค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเส้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 54.55 - 81.82 - 72.73 -
72.73 ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการปรับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น อายุ 9 – 12 ปี ที่ได้รับการปรับพฤติกรรม โดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

สมมุติฐาน

เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการปรับพฤติกรรมโดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลง

ความสำคัญของการวิจัย

ผลของการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับครู และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาพิเศษได้ใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และส่งเสริมพัฒนาการตามศักยภาพต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นเด็กอายุ 9 – 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น โดยใช้เกณฑ์ DSM – IV

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นเด็กอายุ 9 – 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น จากแพทย์ โดยใช้เกณฑ์ DSM-IV ในการพิจารณา จากโรงพยาบาลพุทธชินราช อำเภอเมือง พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 3 คน เลือกโดยวิธีเจาะจง (Purposive Sampling)

3. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ คือ การใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง (Self – Control)

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น
2. แบบสำรวจตัวเสริมแรง
3. โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง (Self – Control)

วิธีดำเนินการทดลอง

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเชิญผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ รองศาสตราจารย์ ดร.ช่อลัดดา ขวัญเมือง อาจารย์วรภรณ์ ศรีเงิน และอาจารย์จินตนา ปาลินิจ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาและการปรับพฤติกรรม ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขออนุญาตผู้อำนวยการของโรงเรียนที่มีนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อดำเนินการทดลอง
2. ขออนุญาตผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำการสังเกตบันทึกพฤติกรรม และทำการทดลอง
3. เลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน โดยมีหลักในการเลือกผู้ช่วยวิจัยต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจด้านการปรับพฤติกรรม เมื่อคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยได้แล้ว จึงชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง ในเรื่องโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง แล้วทำการฝึกการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมร่วมกันให้ได้ตรงกัน ที่ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง ตั้งแต่ 80 % ขึ้นไป จึงเริ่มดำเนินการทดลอง โดยการทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง 4 ระยะเวลา คือ ระยะเวลาพื้นฐาน ระยะเวลาจัดกระทำ ระยะเวลาถอน และระยะเวลาจัดกระทำอีกครั้ง แล้วนำค่าที่ได้จากการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมไปหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องตั้งแต่ 80 % ขึ้นไป การสังเกตจึงจะมีความเชื่อถือได้ โดยใช้สูตร

$$\text{สัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (ร้อยละ)} = \frac{\text{จำนวนความถี่ของพฤติกรรมที่สังเกตได้น้อยกว่า}}{\text{จำนวนความถี่ของพฤติกรรมที่สังเกตได้มากกว่า}} \times 100$$

ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองตามขั้นตอนของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2549 ใช้เวลา 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง วันอังคารและพฤหัสบดี

วันละ 40 นาที (ในช่วง 40 นาทีสุดท้ายของคาบเรียน) รวมทั้งสิ้น 20 ครั้ง โดยใช้การทดลองแบบสลับกลับ (A – B – A – B reversal design) ซึ่งแบ่งการทดลองเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะที่ 1 ระยะเส้นฐาน [A_1] ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง ในระยะที่ 1 นี้ ยังไม่นำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง แต่ให้นำค่าของแต่ละคนมาเขียนกราฟเพื่อดูระดับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง

2. ระยะที่ 2 ระยะการจัดกระทำ [B_1] ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 2 – 6) เป็นการนำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองมาใช้ในช่วงการสอนในวันอังคารและพฤหัสบดี วันละ 40 นาที (ในช่วง 40 นาทีสุดท้ายของคาบเรียน) โดยให้ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และนักเรียนกลุ่มตัวอย่างดำเนินการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม แล้วนำค่าที่ได้มาเขียนกราฟเพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม

3. ระยะที่ 3 ระยะถอดถอน [A_2] ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 7 – 8) ในระยะนี้ ผู้วิจัยหยุดการฝึกโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง เพื่อติดตามผลและศึกษาความคงทนของการลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง

4. ระยะที่ 4 ระยะการจัดกระทำอีกครั้ง [B_2] ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 9 - 10) เป็นการนำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองอีกครั้ง มาใช้ในช่วงการสอนในวันอังคารและพฤหัสบดี วันละ 40 นาที (ในช่วง 40 นาทีสุดท้ายของคาบเรียน) โดยให้ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และนักเรียนกลุ่มตัวอย่างดำเนินการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม แล้วนำค่าที่ได้มาเขียนกราฟ เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอีกครั้ง เมื่อได้รับ treatment ซ้ำ

ทุกครั้งเมื่อสิ้นสุดเวลาการสังเกตผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะนำผลการบันทึกพฤติกรรมมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง แล้วจดบันทึกเป็นพฤติกรรมการอยู่ไม่นิ่งของเด็กไว้เพื่อนำไปวิเคราะห์ และเขียนกราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ศึกษาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการฝึกโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางและกราฟเส้น

สรุปผลการวิจัย

เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการปรับพฤติกรรมโดยการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง ทั้ง 3 ราย มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลง

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษากการปรับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น โดย DSM – IV จากโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง ผลการวิจัยพบว่า

เด็กคนที่ 1 ในช่วงระยะที่ 2 คือ ช่วงการจัดกระทำ เด็กได้รับการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง เด็กมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลง แต่เด็กใช้ระยะเวลาในการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองมากกว่าที่กำหนดไว้ จาก 6 ครั้ง เป็น 16 ครั้ง เด็กจึงสามารถทำการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองตามเป้าหมายได้ คือ สามารถบันทึกได้สอดคล้องกับผู้วิจัย 50% ขึ้นไป และเมื่อนำผลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับเด็กคนที่ 2 และคนที่ 3 จะเห็นว่าใช้ระยะเวลานานกว่า ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอิงเดอร์แลนด์ (Engderland. 1978: 395) และ โรเซนบอม (Rosenbom. 1980: 467-485) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการควบคุมตนเอง พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะเป็นตัวแปรสำคัญที่จะทำให้ความสามารถในการควบคุมตนเองสูงขึ้นด้วย นอกจากนี้การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองในช่วงแรกเด็กยังไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมาย แต่เมื่อมีการปรับสิ่งแวดล้อมจากขนม ซึ่งเด็กต้องได้ทุกวันมาเป็นของเล่น ซึ่งเป็นสิ่งเสริมแรงที่เด็กต้องการมาก พบว่าเด็กมีการบันทึกพฤติกรรมตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการบันทึกครั้งที่ 15 ที่เด็กบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของตนเองมากกว่าที่เป็นจริง สอดคล้องกับหลักการเสริมแรงที่ว่า การเสริมแรงทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น และยังเป็นตัวเสริมแรงที่บุคคลพอใจ ก็จะมีประสิทธิภาพมากกว่าตัวเสริมแรงที่พึงพอใจน้อยกว่า (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543 : 172) แต่ความต้องการสิ่งเสริมแรงบางครั้งทำให้เกิดจากความตั้งใจ และพยายามเพิ่มพฤติกรรมที่มากกว่าธรรมชาติ เป็นผลให้บางช่วงเด็กมีความถี่ของพฤติกรรมสูงกว่าระยะเส้นฐานมาก ผู้วิจัยจึงชี้แจงวิธีการและวัตถุประสงค์ของการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองอีกครั้ง พบว่าเด็กพยายามที่จะบันทึกพฤติกรรมให้ได้ใกล้เคียงกับผู้วิจัยมากขึ้น ในระยะที่ 3 เป็นระยะถดถอย พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งยังคงลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการถดถอยน้อย พฤติกรรมจึงยังไม่กลับมาอีกอย่างชัดเจน ระยะที่ 4 เมื่อได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมอีกครั้ง พฤติกรรมยังคงลดลงต่อเนื่องเหลือเพียงเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับระยะเส้นฐานเท่านั้น

เด็กคนที่ 2 เมื่อเด็กได้รับการปรับพฤติกรรม โดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง เด็กมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลงและใช้ระยะเวลาน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กคนอื่น ๆ อาจ

เนื่องมาจากเด็กมีอายุมากกว่า เมื่อพิจารณาในช่วงระยะที่ 2 คือ ช่วงการจัดกระทำ พบว่า ใน 2 ครั้งแรก เด็กไม่สามารถสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองได้เลย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเด็กไม่ชอบกำหนดสิ่งเสริมแรงใดๆ แต่เมื่อคุ้นเคยมากขึ้น เด็กจึงขอสิ่งเสริมแรงเป็นหนังสือการ์ตูน สังเกตว่าเด็กเริ่มทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมได้ดี ขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งมารดารายงานว่า เด็กกระตือรือร้นและทำงานที่ครูสั่งมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นผลจากประสิทธิภาพของการควบคุมตนเองนั้น มีผลทำให้เกิดการแผ่ขยายของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ทั้งข้ามสถานการณ์ ข้ามพฤติกรรม หรือข้ามเวลา จึงทำให้เด็กมีการปรับตัวดีขึ้น เมื่ออยู่ที่บ้านด้วย แต่ในระยะที่ 3 เป็นระยะถดถอย พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากระยะเวลาในการถดถอยน้อย จึงยังไม่เห็นว่าพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ระยะที่ 4 เมื่อได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมอีกครั้ง พฤติกรรมจึงลดลงและไม่เกิดขึ้นในที่สุด โดยการลดลงของพฤติกรรมอาจเป็นผลเนื่องมาจากเด็กได้รับการเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ และคำชมเชย จากครูซึ่งก่อนหน้านี้เด็กถูกตำหนิ จึงอาจเป็นสิ่งเสริมแรงอีกทางหนึ่งที่สนับสนุนให้พฤติกรรมดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เด็กคนที่ 3 เมื่อเด็กได้รับการปรับพฤติกรรม โดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง เด็กมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลง จากการสังเกต พบว่าเด็กมีพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอีกในบางช่วงภายหลังจากพฤติกรรมลดลงแล้ว อาจเกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมขณะดำเนินการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง มีเพื่อนที่ซุกซนอยู่ใกล้ เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมักมีการควบคุมตนเองต่ำและมักถูกหันเหความสนใจง่าย จึงอาจมีผลต่อการบันทึกพฤติกรรมของตนเองได้ ทั้งนี้เมื่อดำเนินการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมไม่มีสิ่งแวดล้อมคอยกระตุ้นมากนักสังเกตเห็นว่าเด็กสามารถสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองได้ และมีพฤติกรรมลดลงต่อเนื่องอีกครั้ง ในระยะที่ 3 เป็นระยะถดถอย พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเด็กไม่ได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรม แต่ระยะเวลาในการถดถอยน้อย จึงยังไม่เห็นว่าพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ระยะที่ 4 เมื่อได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมอีกครั้ง พฤติกรรมยังคงลดลงต่อเนื่อง เหลือเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับระยะเส้นฐาน

สรุปเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการปรับพฤติกรรมโดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลง ทั้ง 3 ราย ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เพราะการควบคุมตนเอง เป็นวิธีการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ ที่ใช้วิธีการให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของพฤติกรรม เงื่อนไขการเสริมแรง นักเรียนได้สังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง ประเมินพฤติกรรมตนเองพร้อมทั้งได้รับการเสริมแรงที่ได้กำหนดไว้ทำให้นักเรียนเกิดความพึงพอใจ เกิดแรงจูงใจที่จะลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งในชั้นเรียนของตนเองได้ ดังที่คอมเมียร์และคอมเมียร์ (Comier and Comier. 1979 : 476) กล่าวว่า การควบคุมตนเอง คือกระบวนการที่บุคคลใช้วิธีการหนึ่งวิธีการใด หรือหลายวิธีรวมกัน เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง

จากพฤติกรรม ที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยบุคคลนั้นเป็นผู้กำหนดพฤติกรรม เป้าหมายและกระบวนการที่จะนำไปสู่เป้าหมายด้วยตนเอง

อีกทั้งจะเห็นว่าในโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง นักเรียนจะได้รับ สิ่งเสริมแรงตามที่ตนกำหนดไว้ตามเป้าหมาย สอดคล้องกับหลักของการปรับพฤติกรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของสกินเนอร์ ที่ว่า พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของ บุคคลจะเปลี่ยนไปเนื่องจากผลของการกระทำหรือผลกรรมที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น ผลกรรมใดที่ ได้รับการเสริมแรงจะทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเป็นผลเนื่องจากผลกรรม ที่ตามหลัง พฤติกรรมนั้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543 : 32 – 33) ดังนั้นเมื่อพิจารณาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของ นักเรียนทั้ง 3 ราย จะเห็นว่าในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นระยะเส้นฐานนั้น นักเรียนยังแสดงพฤติกรรมตาม พยาธิสภาพของนักเรียน เนื่องจากยังไม่มีกรวางเงื่อนไข และการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมใดเมื่อ ทำแล้ว จะได้รับรางวัลแต่ในช่วงระยะที่ 2 คือ ระยะการจัดกระทำ เมื่อนักเรียนได้รับการฝึกโปรแกรม การควบคุมตนเอง และได้รับการวางเงื่อนไขการเสริมแรง จะเห็นว่าพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลง เนื่อง จากเด็กเรียนรู้ที่จะแยกแยะได้ว่า เมื่อแสดงพฤติกรรมใดจะได้รับสิ่งเสริมแรงที่ตนต้องการ และเมื่อ พิจารณา ระยะที่ 3 คือ ระยะถดถอย และระยะที่ 4 คือ ระยะการจัดกระทำอีกครั้ง โดยการให้ โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองซ้ำอีกครั้ง พบว่า พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กยังคง ลดลง ในระดับใกล้เคียงกับระยะที่ 2 (ระยะการจัดกระทำ) สอดคล้องกับหลักการที่ว่า การเสริมแรง ทางบวกเป็นการเพิ่มความถี่ของการเกิดพฤติกรรม และยังทำหน้าที่ในการทำให้พฤติกรรมที่เรียน รู้แล้วเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมออีกด้วย (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543 : 172)

ผลงานการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของรจนา กาแก้ว (2541: บทคัดย่อ) ได้ ทำการศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมที่เรียนร่วมกับเด็กปกติ ระดับ ก่อนประถมศึกษา จากการใช้วิธีการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า เด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรม เมื่อได้รับการปรับพฤติกรรมจากการใช้วิธีการปรับพฤติกรรมแบบควบคุม ตนเอง ปรากฏว่าพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของวันวิสา พงษ์ผล (2546 : 39) ที่ได้ศึกษาการเปรียบเทียบผลของการปรับสินไหมและควบคุมตนเองที่มีต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการเรียนวิชา คณิตศาสตร์ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านตำหรุ อำเภอปราณบุรี จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ พบว่านักเรียนที่ได้รับการใช้การควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการเรียน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการงานวิจัยของออสตินและเฮเธอร์ (Austin and Heather. 2003 : Abstract) ที่ได้ทำการศึกษาผลการใช้เทคนิคการจัดการตนเอง (Self – Management) ในนักเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น พบว่า นักเรียนจำนวน 4 รายที่ได้รับการฝึก

เทคนิคการจัดการตนเอง (Self - Management) มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในชั้นเรียนลดลง และการลดลงของพฤติกรรมยังคงลดลงอย่างต่อเนื่อง ในระยะติดตามผลเป็นเวลา 1 เดือน

ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าการควบคุมตนเอง ถือเป็นวิธีการลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งในชั้นเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะในการลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งในชั้นเรียน นักเรียนจะเป็นผู้กำหนดเป้าหมายของพฤติกรรม และได้รู้จักการสังเกตพฤติกรรมของตนเอง ตลอดจนสามารถบันทึกและประเมินพฤติกรรมของตนเองได้ พร้อมทั้งยังมีแรงเสริมที่จะกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่จะลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของตนทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลง อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 การศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้การควบคุมตนเอง ร่วมกับการเสริมแรง และการให้การเสริมแรงเป็นการให้ทุกครั้งที่นักเรียนสามารถทำตามเงื่อนไขได้ แต่เพื่อให้เด็กสามารถแสดงพฤติกรรมที่คงทนมากขึ้น การให้การเสริมแรง อาจปรับรูปแบบการให้สิ่งเสริมแรงแบบเบี้ยอรรถกร (Token economy)

1.2 การศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้วิธีการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง โดยมีการให้สิ่งเสริมแรงจนพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลง เพื่อไม่ให้พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งกลับมาเกิดขึ้นอีก ควรกำหนดขั้นตอนในการถอดถอนการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ โดยการขยายช่วงเวลาออกไป หรือให้มีการเสริมแรงเป็นครั้งคราว (Intermittent Reinforcement) เพื่อให้ นักเรียนเรียนรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์ และให้พฤติกรรมที่พึงประสงค์คงอยู่ต่อไป

1.3 การปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง ควรเพิ่มช่วงเวลาในการฝึกให้นานมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ นักเรียนมีระยะเวลาการฝึกการควบคุมตนเองได้มากขึ้น ทำให้พฤติกรรมที่พึงประสงค์เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อไป

1.4 วิธีการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง ประกอบด้วยกระบวนการ 2 วิธี คือ การควบคุมตนเอง และการเสริมแรง เพื่อลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ซึ่งพบว่าใช้ได้ผล ดังนั้นครูและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนที่มีความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม สามารถนำไปใช้ในการลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการเรียนของนักเรียนได้

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง ในเด็กสมาธิสั้นควรเพิ่มระยะเวลาในการฝึกให้นานมากขึ้น เพื่อให้นักเรียนได้เรียนรู้ และทำให้พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลงต่อเนื่อง

2.2 การศึกษา อาจใช้วิธีการเสริมแรงในรูปแบบอื่นๆ เช่น เบี้ยอรรถกร และควรมีการกำหนดตารางการเสริมแรง เพื่อให้พฤติกรรมที่พึงประสงค์ยังคงอยู่อย่างต่อเนื่องต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กาญจนา พูลสุข. (2542). *การเปรียบเทียบผลการควบคุมตนเอง การใช้สัญญาณเงื่อนไขเป็นรายกลุ่มและรายบุคคลต่อพฤติกรรมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนไทยรัฐวิทยา 27 (บ้านท่าเม็ง) อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร
- การเห็นคุณค่าในตนเอง*. (2549). สืบค้นเมื่อ 6 มีนาคม, 2549, จาก <http://www.wed.udr.ac.th/~curr47/sittichai/self.htm>.
- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2547). โรคสมาธิสั้น ใน *[อินเทินซีฟ รีวิวส์ อิน พิติเอทริค] Intensive Reviews in Pediatrics*. ปกิต วิทยานนท์. 255 –273. กรุงเทพฯ: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ ไพร์ซ.
- ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล. (2545). Common Behavioral and Emotional Problems in Pediatrics. ใน *กุมารเวชศาสตร์: การดูแลรักษาในปัจจุบัน*. สมจิตร์ จารุรัตนศิริกุล. 5 – 9. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พริ้นติ้ง เฮ้าส์.
- ตัวตนและอัตมโนทัศน์กับบุคลิกภาพ*. (2549). สืบค้นเมื่อ 6 มีนาคม, 2549, จาก <http://www.Webhost.wu.ac.th/Stipawan/index/chapter/ chapter4/index.html>.
- ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล. (2543). *การวิจัยในชั้นเรียน*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ผดุง อารยะวิญญู. (2544). *วิธีสอนเด็กสมาธิสั้น*. กรุงเทพฯ: แวนแก้ว.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2547). *ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พิมพ์ภา อัครกะพู่. (2543). *ผลการฝึกสมาธิแบบอนาปาสติควบคู่กับการควบคุมตนเองที่มีต่อความมีวินัยในการใช้ห้องสมุดของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายประถม)*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร
- รจนา กาแก้ว. (2541). *การศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมที่เรียนร่วมกับเด็กปกติ ระดับก่อนประถมศึกษาจากการใช้วิธีปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (การศึกษาพิเศษ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร

- รัชนี้ ฉลองเกื้อกูล. (2545). สมาริสิ้นทำร้ายลูกแคไหนด. ใน *ลูกของเราเป็นเด็กพิเศษหรือเปล่า?* สุภาวดี หาญเมธี. 80. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: แปลน.
- รัตมา ครบประสี. (2549). *มารู้จักกับ Self Esteem กันเถอะ*. สืบค้นเมื่อ 7 มีนาคม, 2549, จาก <http://www.dmhweb.dmh.go.th/Social/News/View.aspx?id=46>
- คันสนีย์ ฉัตรคุปต์. (2545). สาเหตุของสมาริสิ้น. ใน *ลูกของเราเป็นเด็กพิเศษหรือเปล่า?* สุภาวดี หาญเมธี. 80. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: แปลน.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). *จิตวิทยาที่มีลักษณะเด็กพิเศษ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. (2545). สมาริสิ้นทำร้ายลูกแคไหนด. ใน *ลูกของเราเป็นเด็กพิเศษหรือเปล่า?* สุภาวดี หาญเมธี. 79. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: แปลน.
- สถาบันเด็ก มูลนิธิเด็ก. (2548). *ความรู้ประกอบคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติในการตรวจพิสูจน์ และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด*. 2545 สืบค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน, 2549, จาก <http://www.childthai.org/e-book/low/low002/c007-1.htm>
- สมโภชน์ เขียมสุภาษิต. (2543). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์. (2543). *สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุวรรณี พุทธิศรี. (2548). โรคสมาริสิ้น. ใน *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. หน้า 461 – 467. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- อลิสลา วัชรสินธุ. (2546). *จิตเวชเด็ก*. หน้า 61 –69. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2539). โรคสมาริสิ้น. ใน *ตำราเวชศาสตร์ เล่ม 1*. สำหรับจิตตินันท์. 360 – 367. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. 4th ed. (DSM – IV). Washington, DC: Author
-(2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. 4th ed. text rev. (DSM – IV – TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
-(2004). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. 4th ed. text rev. (DSM – IV – TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** (2005). Retrieved November 2, 2005, From [http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcarticles.hsf/paces/ Attention Deficit Hyperactivity Disorder](http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcarticles.hsf/paces/Attention%20Deficit%20Hyperactivity%20Disorder).
- Brown, Lloyd J.; & Miller, Lee Thodd. (2005). *Board Review Series Pediatrics*. Philadelphia: Lippincott Williams; & Wilkins.
- Boldstad, O. D.; & Johnson, S. M. (1972). *Self-Regulation in the Modification of Disruptive Classroom Behavior*. New York: Academic Press.
- Cartwright, Carol A.; Cartwright, Phillip G.; & Ward, Marjorie E. (1995). *Educating Special Learners*. 4th ed. California: Wadsworth.
- Compus, Bruce E.; & Gottlip, Ilan H. (2002). *Introduction to Clinical Psychology : Science And Practice*. New York: Mc Graw – Hill.
- Cormier, William H.; & Cormier, Shrielyn L. (1979). *Interviewing Strategies for Helps : A Guide to Assessment, Treatment and Evaluation*. California: Book / Code.
- Drabman, Ronald S.; et al. (1974). Feedback in Classroom Behavioral Modification: Effective on the Target and Her Classmate. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 7 : 591 – 598.
- Enlander, Jannice Ellen. (1987, March). *Attention Deficit Disorder withr Hyperactivity: Deficit in Rule-Govemed Behavior or in Stimulus Control, "Dissertation Atracts Intenational."* 47(23) : 3951-B
- Glynn, E. L.; & J.D. Thomas. (1970). Effect of Cueing on Self Control of Classroom Behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 51(7) : 123 - 132
- Hay, William W.; et al. (2003). *Current Pediatric Diagnosis & Treatment*. 16th ed. New York: Mc Graw – Hill.
- Heiman, Gray W. (1998). *Research Methods in Psychology*. Boston: Houghton
- Hunt, Nancy; & Marshall Kathleen. (1999). *Exeptional Children and Youth*. 2nd ed. Boston: Houghton Mifflin.
- Fadem, Barbara. (2004). *Behavioral Science*. 4th ed. Maryland: Lippincott Williams; & Wilkins.
- Helping Your Child Develop Self – Esteem.* (2006). Retrieved March 6, 2006, From http://www.childrendevelopmentinfo.com/parenting/self_esteem.shtm/.

- Kazdin, A. E. (1989). *Behavioral Modification in Applied Settings*. 4th ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- King, Larry. (2006). *What Is Self – Esteem*. Retrieved March 6, 2006, From <http://www.more-self-esteem.com/whatisselfesteem.htm>.
- Leary, Mark R. (1995). *Introduction to Behavioral Research Method*. 2nd ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Lehman, Richards. (1991). *Statistics and Research Design in the Behavioral Sciences*. Belmont: Wads Worth.
- Master, J.; et al. (1987). *Behavioral Therapy*. 3rd ed. Sandiego, CA: Harcourt Brace Jovanovich
- Miffin, Howlin P.; Baron, Cohen S.; & Julie Hadwin. (2002). *Teaching Children with Autism to Mind Read*. Chichester: John Wiley; & Sons.
- Santogrossi, D. A.; et al. (1973). *Self- Evaluation by Adolescents in a Psychiatric Hospital School Token Program*. New York: Plenum.
- Shaughnessy, John J., Zechmeister, Eugene B.; and Zechmeister, Jeanne S. (2000). *Research Method in Psychology*. 5th ed. Singapore : Mc Graw – hill.
- Sheslow, David; & Lukens, Collen. (2005 , June). *Developing Your Child's Self- Esteem*. Retrieved March 6, 2006, From <http://www.kidshealth.org>.
- Stocks, J. T. (2005). *Introduction to single Subject Designs*. Retrieved October 6, 2005, From <http://www.Home.attbi.com/~interence/ssd/issd01.htm>.
- The National Health and Medical Research Council Government of Austrailia. (2005). *Behavior Management in ADHD*. Retrieved November 5, 2005, From <http://www.mental-health-matters.com/articals/article.php?artID=668>.
- The Self Esteem Institute. (2006). *Offering a Program for Recovery from Low Self Esteem*. Retrieved March 6, 2006, From <http://www.theseelfesteemstitute.com/AboutSelfEsteem.htm>.
- Watson, David L.; and Tharp, Roland G. (1972). *Self – Directed Behavior Self – Modification for Personal Adjustment*. California: Brook/Cole.
- What's Attention Deficit Disorder*. (2005). Retrieved October 10, 2005, From <http://www.Psychiatry24x7.com/bgdisplay.htm>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบโปรแกรมการปรับพฤติกรรม
แบบควบคุมตนเอง

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบบันทึกพฤติกรรม และโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบ
ควบคุมตนเอง

รองศาสตราจารย์ชอลัดดา ขวัญเมือง

อาจารย์ประจำคณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

อาจารย์วราภรณ์ ศรีเงิน

อาจารย์ประจำคณะสังคมศาสตร์ สาขาจิตวิทยา
มหาวิทยาลัยนเรศวร

อาจารย์จินตนา ปาลิวนิจ

นักอาชีวบำบัด 6
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
จังหวัดพิษณุโลก

ภาคผนวก ข.
โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

สัปดาห์ที่/ ครั้ง	รายการ	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินการ	อุปกรณ์
1 / 1	การปฐมนิเทศ ครั้ง 1	1. เพื่อสร้างความคุ้นเคย ระหว่างผู้วิจัยและนัก เรียน 2. เพื่อให้นักเรียนเกิดการ เห็นคุณค่าในตนเองและ เกิดแรงจูงใจในการปรับ พฤติกรรมเป้าหมายด้วย ตนเอง	1. ผู้วิจัยและนักเรียน แนะนำตนเองและพูด คุยเพื่อสร้างความคุ้น เคย 2. ผู้วิจัยดำเนินกิจ กรรมตามแผนกิจ กรรม “ ต้นไม้แห่ง ความสำเร็จ”	1. แผนการจัด กิจกรรม “ ต้นไม้แห่ง ความสำเร็จ”
1 / 2	การปฐมนิเทศ ครั้ง 2	1. เพื่อสร้างความคุ้นเคย ระหว่างผู้วิจัยและนัก เรียน 2. เพื่อให้นักเรียนเกิดการ เห็นคุณค่าในตนเองและ เกิดแรงจูงใจในการปรับ พฤติกรรมเป้าหมายด้วย ตนเอง	1. ผู้วิจัยและนักเรียน แนะนำตนเองและพูด คุยเพื่อสร้างความคุ้น เคย 2. ผู้วิจัยดำเนินกิจ กรรมตามแผนกิจ กรรม “ ถ้วยแห่ง ความสำเร็จ”	1. แผนการจัด กิจกรรม “ ถ้วยแห่ง ความสำเร็จ”

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

สัปดาห์ที่ / ครั้ง	รายการ	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินการ	อุปกรณ์
2 / 1	การปฐมนิเทศ ครั้งที่ 3	1. เพื่อให้นักเรียนทราบ เหตุผลของการปรับ พฤติกรรม 2. เพื่อให้นักเรียนทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของ โปรแกรมการปรับพฤติ กรรมแบบควบคุมตนเอง 3. เพื่อทำการสำรวจตัว เสริมแรงของนักเรียน เพื่อ นำมาใช้ในการดำเนินการ ทดลอง 4. เพื่อให้นักเรียนเกิด ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความหมายของพฤติ กรรมอยู่ไม่นิ่งและ สามารถนำไปใช้ในการ สังเกตและบันทึกพฤติ กรรมเป้าหมายในการ สังเกตและบันทึกพฤติ กรรมด้วยตนเองได้	1. ผู้วิจัยชี้แจงให้นัก เรียนทราบวัตถุประสงค์ ในการทดลอง โดยใช้โปรแกรมการ ปรับพฤติกรรมแบบ ควบคุมตนเอง 2. ให้นักเรียนตอบ แบบสำรวจตัวเสริม แรง 3. ผู้วิจัยชี้แจงความ หมายของพฤติกรรม อยู่ไม่นิ่งแก่นักเรียน 4. ผู้วิจัยอธิบายให้นัก เรียนทราบถึงราย ละเอียดของแบบ บันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่ นิ่งของเด็กสมาธิสั้น 5. ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอน การดำเนินการปรับ พฤติกรรมโดย โปรแกรมการปรับ พฤติกรรมแบบควบ คุมตนเอง	1. แบบสำรวจ ตัวเสริมแรง 2. แบบบันทึก พฤติกรรมอยู่ ไม่นิ่งของเด็ก สมาธิสั้น 3. ใบความรู้ เรื่อง ความ หมายของ พฤติกรรมอยู่ ไม่นิ่ง 4. ใบความรู้ เรื่อง ขั้นตอน การดำเนิน การของ โปรแกรมการ ปรับพฤติ กรรมแบบ ควบคุมตนเอง

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

สัปดาห์ที่/ ครั้ง	รายการ	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินการ	อุปกรณ์
		5. เพื่อให้นักเรียนเกิด ความเข้าใจในขั้นตอน การดำเนินการของ โปรแกรมการปรับพฤติกรรม กรรมแบบควบคุมตนเอง		

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

สัปดาห์ที่ / ครั้ง	รายการ	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินการ	อุปกรณ์
2/2 – 7/2 เวลา 40 นาที/ครั้ง	การดำเนินการ ฝึกและบันทึก พฤติกรรมเป้าหมาย ด้วย ตนเอง	1. เพื่อศึกษาผลการ ปรับพฤติกรรมอยู่ไม่ นิ่งของเด็กโดยโปรแกรม การปรับพฤติกรรมแบบ ควบคุมตนเอง 2. เพื่อให้นักเรียนฝึก การสังเกตและบันทึก พฤติกรรมเป้าหมาย ด้วยตนเอง	ผู้วิจัยดำเนินการทุกครั้ง ตามขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยและ นักเรียนร่วมกันกำหนด พฤติกรรมเป้าหมาย คือ การไม่แสดงพฤติกรรม อยู่ไม่นิ่งในขณะที่ครู กำลังสอนหรือต้อง ทำงานที่ได้รับมอบ หมาย ซึ่งเป็นงานที่ต้อง อยู่กับที่ ขั้นที่ 2 นักเรียนมีส่วน ร่วมในการกำหนดเงื่อนไข การเสริมแรง โดยให้ นักเรียนตอบแบบ สำรวจตัวเสริมแรง และ จัดลำดับตัวเสริมแรง เพื่อใช้ในการพิจารณา ตัวเสริมแรง เมื่อ นั เรียนแสดงพฤติกรรม เป้าหมายตามเงื่อนไข ขั้นที่ 3 ผู้วิจัย ผู้ช่วย วิจัย และนักเรียน ร่วม กันทำการสังเกตและ บันทึกพฤติกรรม เป้าหมาย	1. แบบบันทึก พฤติกรรมอยู่ ไม่นิ่งของเด็ก ของเด็กสมาธิ สั้น 2. แบบสำรวจ ตัวเสริมแรง 3. ใบความรู้ เรื่อง เงื่อนไข การเสริมแรง ของช่วงการฝึก สังเกตและ บันทึกพฤติ- กรรมเป้าหมาย ด้วยตนเอง 4. สิ่งเสริม แรงที่ตรงกับ ความต้องการ ของเด็กแต่ละ คน 5. กราฟบันทึก ผลการสังเกต และบันทึกพฤติ กรรมเป้าหมาย ด้วยตนเอง

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

สัปดาห์ที่/ ครั้ง	รายการ	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินการ	อุปกรณ์
2/2 – 7/2 เวลา 40 นาที/ครั้ง	การดำเนินการ ฝึกและบันทึก พฤติกรรมเป้าหมายด้วย ตนเอง		<p>ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยและนักเรียน ร่วมกันประเมินพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย</p> <p>ขั้นที่ 5 นักเรียนเสริมแรงตนเองตามเงื่อนไขของช่วงการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง</p> <p>ขั้นที่ 6 ผู้วิจัยและนักเรียนร่วมกันสรุปผล การฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย โดยนำผลที่ได้ไปเขียนกราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น</p> <p>หมายเหตุ นักเรียนต้องสามารถสังเกตและบันทึกพฤติกรรมได้ตรงกับผู้วิจัย ที่ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องตั้งแต่ 50%</p>	

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

สัปดาห์ที่/ ครั้ง	รายการ	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินการ	อุปกรณ์
2/2 – 7/2 เวลา 40 นาที/ครั้ง	การดำเนินการ ฝึกและบันทึก พฤติกรรมเป้าหมายด้วย ตนเอง		ขึ้นไป ติดต่อกันอย่างน้อย 3 ครั้ง จึงจะ สามารถดำเนินการ สังเกตและบันทึกพฤติกรรม ด้วยตนเองได้	

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

สัปดาห์ที่/ ครั้งที่	รายการ	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินการ	อุปกรณ์
8-9 เวลา 40 นาที/ครั้ง	การดำเนินการ สังเกตและ บันทึกพฤติ กรรมเป้าหมาย ด้วยตนเอง	1. เพื่อศึกษาผลการ ปรับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ของเด็กโดยโปรแกรม การปรับพฤติกรรมแบบ ควบคุมตนเอง	ผู้วิจัยดำเนินการทุกครั้ง ตามขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 นักเรียนกำหนด พฤติกรรมเป้าหมาย คือ การไม่แสดงพฤติกรรม อยู่ไม่นิ่งในขณะที่ครู กำลังสอนหรือต้อง ทำงานที่ได้รับมอบ หมาย ซึ่งเป็นงานที่ต้อง อยู่กับที่ ขั้นที่ 2 นักเรียนกำหนด เงื่อนไขการเสริมแรง โดยให้นักเรียนตอบ แบบสำรวจตัวเสริมแรง เพื่อใช้ในการพิจารณา ตัวเสริมแรงเมื่อนักเรียน แสดงพฤติกรรมตาม เป้าหมายตามเงื่อนไข ขั้นที่ 3 ผู้วิจัย ผู้ช่วย วิจัย และนักเรียน ทำการสังเกตและบันทึก พฤติกรรมเป้าหมาย	1. แบบบันทึก พฤติกรรมอยู่ ไม่นิ่งของเด็ก สมาธิสั้น 2. แบบสำรวจ ตัวเสริมแรง 3. ใบความรู้ เรื่อง เงื่อนไข การเสริมแรง ช่วงการ สังเกตและ บันทึกพฤติ กรรมเป้า หมายด้วย ตนเอง 4. สิ่งเสริมแรง ที่ตรงกับความ ต้องการของ เด็กแต่ละคน 5. กราฟ บันทึกผลการ สังเกตและ บันทึก พฤติกรรมเป้า หมายด้วย ตนเอง

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

สัปดาห์ที่/ ครั้งที่	รายการ	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินการ	อุปกรณ์
			<p>ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยและนักเรียน ร่วมกันประเมิน พฤติกรรมที่ได้จากการ การสังเกตและบันทึก พฤติกรรมเป้าหมาย</p> <p>ขั้นที่ 5 นักเรียนเสริม แรงตนเองตามเงื่อนไข ของช่วงการสังเกตและ บันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย ด้วยตนเอง</p> <p>ขั้นที่ 6 ผู้วิจัยและ นักเรียนร่วมกันสรุปผล การสังเกตและบันทึก พฤติกรรมเป้าหมาย โดยนำผลที่ได้ไปเขียน กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอยู่ ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น</p>	

รายละเอียดโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1

หัวข้อ การปฐมนิเทศ ครั้งที่ 1

เวลา ครั้งละ 40 นาที (ในช่วง 40 นาทีสุดท้ายของคาบเรียน)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยและนักเรียน
2. เพื่อให้ให้นักเรียนเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองและเกิดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง

อุปกรณ์

แผนการจัดกิจกรรม “ต้นไม้แห่งความสำเร็จ”

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยและนักเรียนแนะนำตนเอง เช่น แนะนำชื่อ นามสกุล ชื่อเล่น
เอกลักษณ์ จุดเด่นที่ผู้อื่นจำได้ และพูดคุยเพื่อสร้างความคุ้นเคย
2. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนกิจกรรม “ต้นไม้แห่งความสำเร็จ”

แผนการจัดกิจกรรมเรื่อง “ต้นไม้แห่งความสำเร็จ”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดความตระหนักในคุณค่าของตนเอง
2. เพื่อสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง

สาระสำคัญ

ทุกคนย่อมมีความสามารถอยู่ในตนเอง การมองเห็นถึงความสามารถของตน จะนำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเอง และถ้ามีโอกาสนำเสนอถึงความสามารถ และผลสำเร็จในชีวิตให้ผู้อื่นได้รับทราบในโอกาสที่เหมาะสม จะทำให้เราเกิดความภาคภูมิใจในตนเองมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวเข้าสู่เรื่อง ว่านักเรียนมีความสามารถอะไรบ้าง และเคยทำอะไรที่เป็นความสำเร็จที่น่าภูมิใจ
2. ผู้วิจัยแจกภาพต้นไม้ และให้นักเรียนทำตามใบกิจกรรมเรื่อง “ต้นไม้แห่งความสำเร็จ”
3. ผู้วิจัยถามนักเรียนตามรูปต้นไม้ ในประเด็นว่า จะทำอย่างไรให้ความสามารถที่มีอยู่ตามบริเวณรากไม้ของแต่ละภาพประสบความสำเร็จ
4. ผู้วิจัยสรุปประเด็นแก่นักเรียน ตามใบความรู้เรื่อง “ต้นไม้แห่งความสำเร็จ”

สื่อการจัดกิจกรรม

1. ภาพต้นไม้
2. ดินสอ ดินสอสี
3. ใบกิจกรรมเรื่อง “ต้นไม้แห่งความสำเร็จ”
4. ใบความรู้เรื่อง “ต้นไม้แห่งความสำเร็จ”

การประเมิน

1. ความสนใจในการร่วมกิจกรรมของนักเรียน
2. การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของนักเรียน

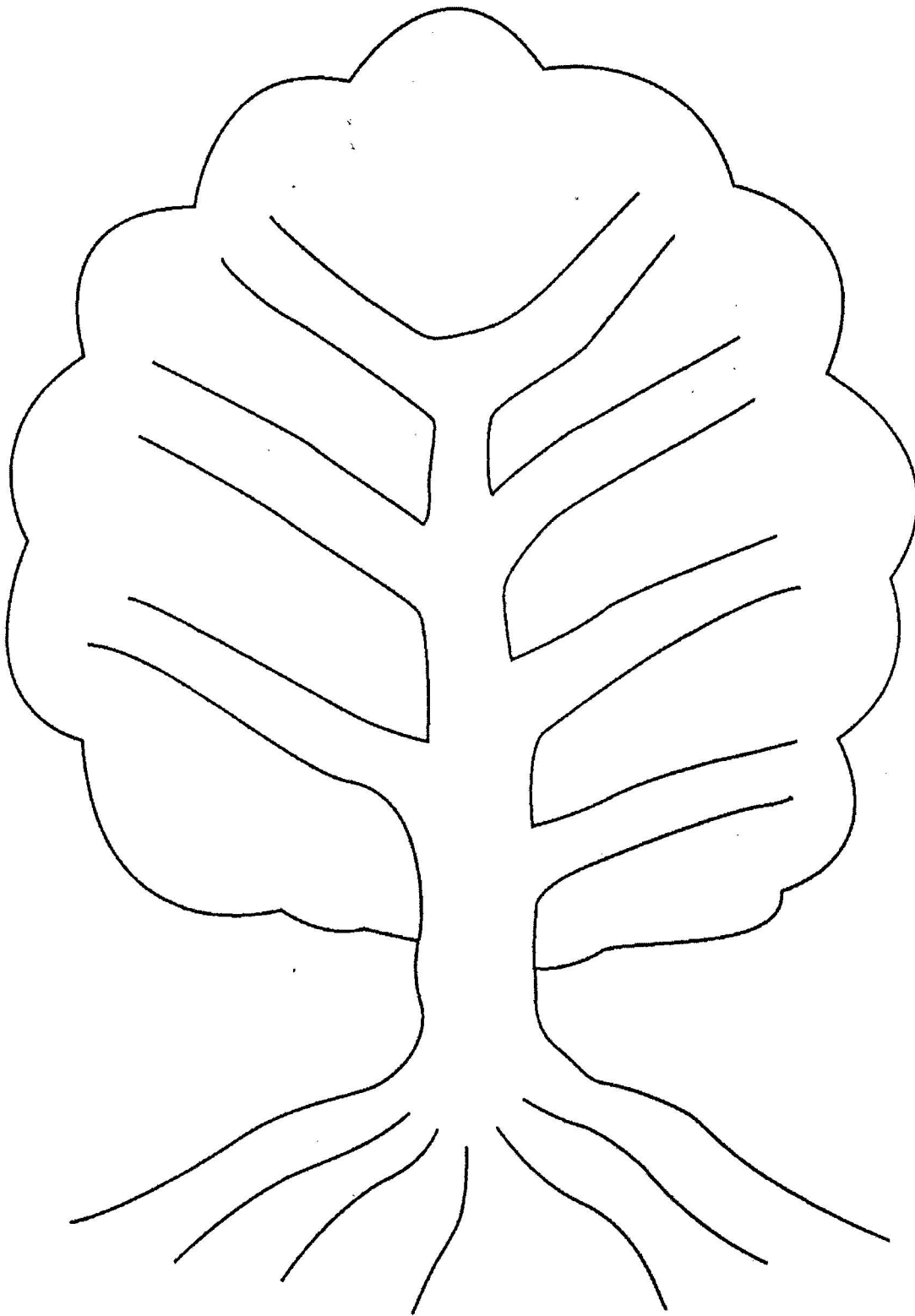
ใบกิจกรรมเรื่อง "ต้นไม้แห่งความสำเร็จ"

ให้นักเรียนเขียนสิ่งต่อไปนี้ลงในรูปต้นไม้

1. เขียนความสามารถของตอนที่มืออยู่ลงในภาพต้นไม้
2. เขียนความสำเร็จของตนบริเวณกิ่งไม้

ใบความรู้เรื่อง "ต้นไม้แห่งความสำเร็จ"

ทุกคนย่อมมีความสามารถอยู่ในตนเอง การมองเห็นถึงความสามารถของตน จะนำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเอง และถ้ามีโอกาสนำเสนอถึงความสามารถ และผลสำเร็จในชีวิต ให้ผู้อื่นได้รับทราบในโอกาสที่เหมาะสม จะทำให้เราเกิดความภาคภูมิใจในตนเองมากยิ่งขึ้น



ภาพต้นไม้แห่งความสำเร็จ

รายละเอียดโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2

หัวข้อ การปฐมนิเทศ ครั้งที่ 2

เวลา ครั้งละ 40 นาที (ในช่วง 40 นาทีสุดท้ายของคาบเรียน)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยและนักเรียน
2. เพื่อให้ให้นักเรียนเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองและเกิดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง

อุปกรณ์

แผนการจัดกิจกรรม “ ถ้วยแห่งความสำเร็จ ”

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยและนักเรียนพูดคุยเพื่อสร้างความคุ้นเคยก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรม
2. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนกิจกรรม “ ถ้วยแห่งความสำเร็จ ”

แผนการจัดกิจกรรมเรื่อง “ถ้อยแห่งความสำเร็จ”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดความตระหนักในคุณค่าของตนเองและสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง
2. เพื่อให้นักเรียนรู้จักสำรวจความต้องการของตนเอง

สาระสำคัญ

มนุษย์ทุกคนมีสามารถในตนเองแต่บางครั้งไม่ได้นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ จึงทำให้สิ่งที่ต้องการไม่ประสบความสำเร็จ หนทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จได้ จึงต้องมีการสำรวจความสามารถและความต้องการของตนเอง เพื่อตั้งเป้าหมายและตั้งใจทำให้เกิดความสำเร็จ

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

1. ผู้วิจัยแจกรูปถ้อยนักเรียน และให้นักเรียนเขียนความสำเร็จของตนที่เคยทำสำเร็จลงในถ้อย และเขียนสิ่งที่อยากทำให้ประสบความสำเร็จภายนอกถ้อย
2. ให้นักเรียนสรุปประเด็นที่ได้จากการร่วมกิจกรรม
3. ผู้วิจัยสรุปประเด็นตามใบความรู้เรื่อง “ถ้อยแห่งความสำเร็จ”

สื่อการจัดกิจกรรม

1. ภาพรูปถ้อย
2. ดินสอ สี
3. ใบกิจกรรมเรื่อง “ถ้อยแห่งความสำเร็จ”
4. ใบความรู้เรื่อง “ถ้อยแห่งความสำเร็จ”

การประเมิน

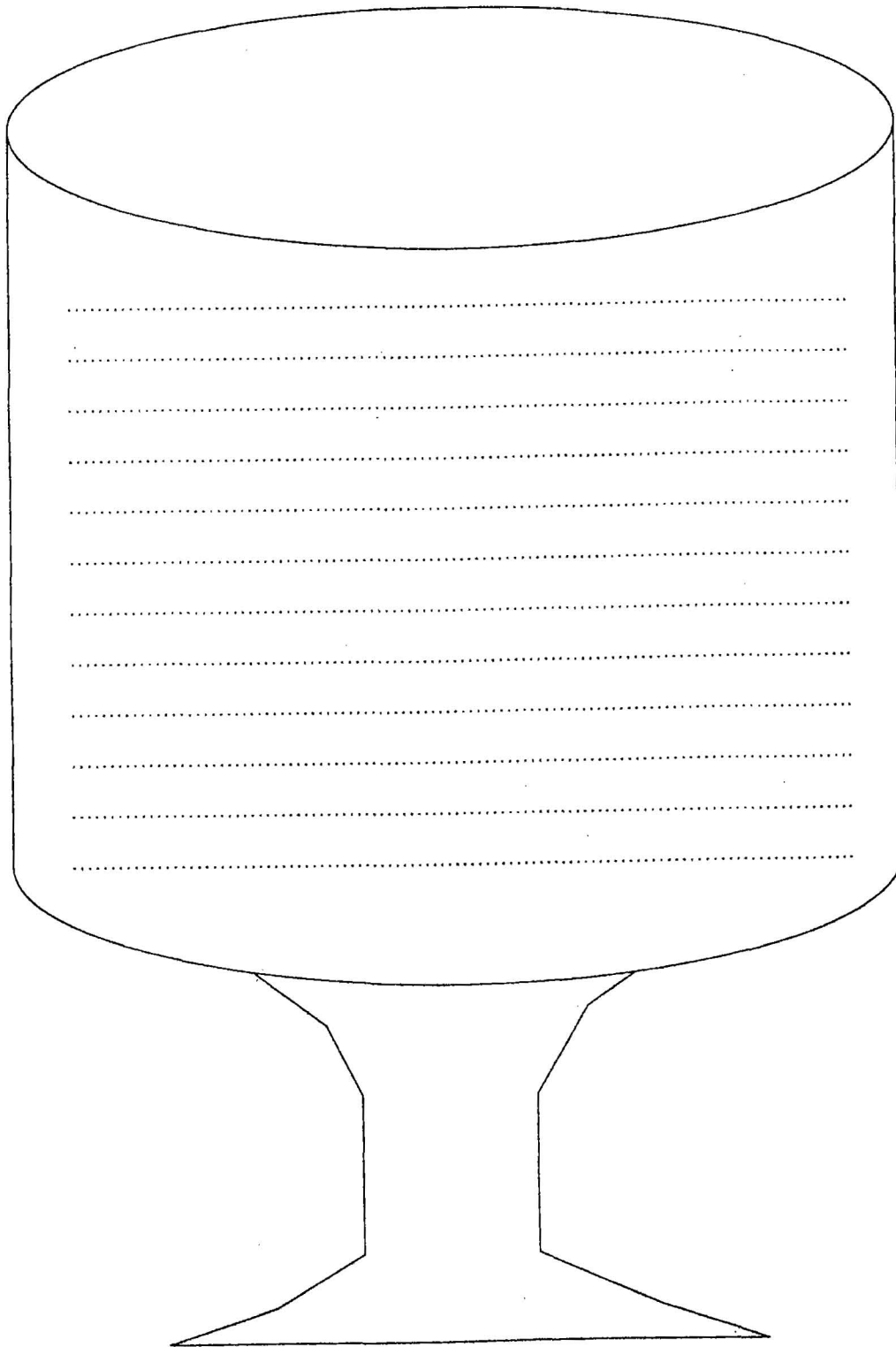
1. ความสนใจในการร่วมกิจกรรมของนักเรียน
2. การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของนักเรียน

ใบกิจกรรมเรื่อง “ถ้อยแห่งความสำเร็จ”
ให้นักเรียนเล่าให้เพื่อนๆ ฟังถึงประเด็นต่างๆ เหล่านี้

1. ความสำเร็จที่เขียนลงในถ้อย
2. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ
3. แนวทางในการทำให้สิ่งที่ยังไม่ประสบความสำเร็จเกิดขึ้น

ใบความรู้เรื่อง “ถ้อยแห่งความสำเร็จ”

มนุษย์ทุกคนมีความสามารถในตนเองแต่บางครั้งไม่ได้นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ จึงทำให้สิ่งที่ต้องการไม่ประสบความสำเร็จ หนทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จได้ จึงต้องมีการสำรวจความสามารถและความต้องการของตนเอง เพื่อตั้งเป้าหมายและตั้งใจทำให้เกิดความสำเร็จ แต่สิ่งที่สำคัญ คือ การไม่ละทิ้งความพยายามหรือท้อถอย แม้บางครั้งจะไม่สำเร็จในครั้งแรก ก็ควรคิดไว้เสมอว่า ความพยายามอยู่ที่ไหนความสำเร็จอยู่ที่นั่น



ภาพถ้วยแห่งความสำเร็จ

รายละเอียดโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 1

หัวข้อ การดำเนินการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง

เวลา ครั้งละ 40 นาที (ในช่วง 40 นาทีสุดท้ายของคาบเรียน)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้นักเรียนทราบว่าเหตุใดต้องมีการปรับพฤติกรรม
2. เพื่อให้นักเรียนทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์และประโยชน์ของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง
3. เพื่อทำการสำรวจตัวเสริมแรงของนักเรียน เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินการทดลอง
4. เพื่อให้นักเรียนเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและสามารถนำไปใช้ในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองได้
5. เพื่อให้นักเรียนเกิดความเข้าใจในขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

อุปกรณ์

1. แบบสำรวจตัวเสริมแรง
2. แบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กของเด็กสมาธิสั้น
3. ใบความรู้ เรื่อง ความหมายของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง
4. ใบความรู้ เรื่อง ขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยชี้แจงให้นักเรียนทราบวัตถุประสงค์ในการทดลองโดยใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง
2. ให้นักเรียนตอบแบบสำรวจตัวเสริมแรง
3. ผู้วิจัยชี้แจงให้นักเรียนเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง
4. ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น พร้อมอธิบายให้นักเรียนทราบถึงรายละเอียดและวิธีการบันทึกพฤติกรรมลงในแบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น
5. ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการปรับพฤติกรรมโดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองแก่นักเรียน

การประเมิน

1. นักเรียนทราบเหตุผลในการปรับพฤติกรรม โดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง
2. นักเรียนสามารถบอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองได้
3. นักเรียนสามารถบอกความหมายของพฤติกรรมอยู่นิ่ง และสามารถบันทึกพฤติกรรมลงในแบบบันทึกพฤติกรรมอยู่นิ่งของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้อง
4. นักเรียนสามารถบอกขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเองได้อย่างถูกต้อง

รายละเอียดโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 ถึง สัปดาห์ที่ 7 ครั้งที่ 2

หัวข้อ การดำเนินการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง

เวลา ครั้งละ 40 นาที (ในช่วง 40 นาทีสุดท้ายของคาบเรียน)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการปรับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กโดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง
2. เพื่อให้นักเรียนฝึกการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง

อุปกรณ์

1. แบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น
2. แบบสำรวจตัวเสริมแรง
3. ใบความรู้เรื่อง เงื่อนไขการเสริมแรงช่วงฝึกการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง
4. สิ่งเสริมแรงที่ตรงกับความต้องการของเด็กแต่ละคน
5. กราฟบันทึกผลการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยและนักเรียนร่วมกันกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย คือ การไม่แสดงพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งในขณะที่ครูกำลังสอนหรือต้องทำงานที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งเป็นงานที่ต้องอยู่กับที่
2. ให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการกำหนดเงื่อนไขการเสริมแรง โดยให้นักเรียนตอบแบบสำรวจตัวเสริมแรง เพื่อใช้ในการพิจารณาตัวเสริมแรงเมื่อนักเรียนแสดงพฤติกรรมตามเป้าหมายตามเงื่อนไข
3. ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และนักเรียน ร่วมกันทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย
4. ผู้วิจัยและนักเรียน ร่วมกันประเมินพฤติกรรมที่ได้จากการการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย
5. ให้นักเรียนเสริมแรงตนเองตามเงื่อนไขของช่วงการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง
6. ผู้วิจัยและนักเรียนร่วมกันสรุปผลการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย โดยนำผลที่ได้ไปเขียนกราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น ลงในกราฟบันทึกผลการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง

การประเมิน

การฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรม นักเรียนจะต้องสามารถสังเกตและบันทึกพฤติกรรมได้ตรงกับผู้วิจัย ที่ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องตั้งแต่ 50% ขึ้นไป อย่างน้อย 3 ครั้งติดต่อกัน จึงสามารถดำเนินการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองได้

รายละเอียดโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

สัปดาห์ที่ 8 ครั้งที่ 1 ถึง สัปดาห์ที่ 9 ครั้งที่ 2

หัวข้อ การดำเนินการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง

เวลา ครั้งละ 40 นาที (ในช่วง 40 นาทีสุดท้ายของคาบเรียน)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการปรับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กโดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบ

ควบคุมตนเอง

อุปกรณ์

1. แบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น
2. แบบสำรวจตัวเสริมแรง
3. ใบความรู้เรื่อง เงื่อนไขการเสริมแรงช่วงการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง
4. สิ่งเสริมแรงที่ตรงกับความต้องการของเด็กแต่ละคน
5. กราฟบันทึกผลการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยและนักเรียนร่วมกันกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย คือ การไม่แสดงพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งในขณะที่ครูกำลังสอนหรือต้องทำงานที่ได้รับมอบหมายซึ่งเป็นงานที่ต้องอยู่กับที่
2. นักเรียนกำหนดเงื่อนไขการเสริมแรง โดยให้นักเรียนตอบแบบสำรวจตัวเสริมแรงเพื่อใช้ในการพิจารณาตัวเสริมแรง เมื่อนักเรียนแสดงพฤติกรรมเป้าหมายตามเงื่อนไข
3. นักเรียนทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จะทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยทุกครั้ง เพื่อนำผลที่ได้มาตรวจสอบความแม่นยำของการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองของนักเรียน
4. ผู้วิจัยและนักเรียน ร่วมกันประเมินพฤติกรรมที่ได้จากการการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย
5. นักเรียนเสริมแรงตนเองตามเงื่อนไขของช่วงการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง
6. ผู้วิจัยและนักเรียนร่วมกันสรุปผลการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย โดยนำผลที่ได้ไปเขียนกราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้นลงในกราฟบันทึกผลการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย ด้วยตนเอง

ใบความรู้เรื่อง

เงื่อนไขการเสริมแรงของช่วงการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย

มีรายละเอียด ดังนี้

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองในแต่ละครั้ง นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้ คือ

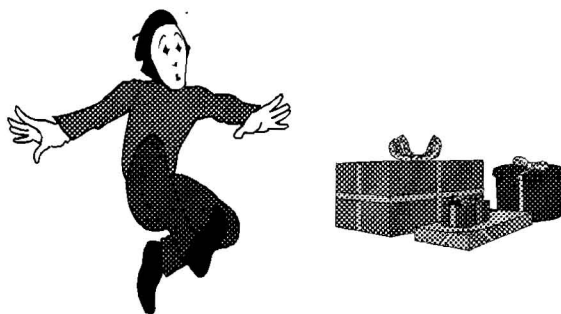
ถ้านักเรียนสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย ได้สอดคล้องกับผู้วิจัยคิดเป็นร้อยละ 20 นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงที่เลือกไว้ลำดับที่ 5

ถ้านักเรียนสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย ได้สอดคล้องกับผู้วิจัยคิดเป็นร้อยละ 30 นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงที่เลือกไว้ลำดับที่ 4

ถ้านักเรียนสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย ได้สอดคล้องกับผู้วิจัยคิดเป็นร้อยละ 40 นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงที่เลือกไว้ลำดับที่ 3

ถ้านักเรียนสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย ได้สอดคล้องกับผู้วิจัยคิดเป็นร้อยละ 50 นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงที่เลือกไว้ลำดับที่ 2

ถ้านักเรียนสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย ได้สอดคล้องกับผู้วิจัยคิดเป็นร้อยละ 60 ขึ้นไป นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงที่เลือกไว้ลำดับที่ 1



ใบความรู้เรื่อง

เงื่อนไขการเสริมแรงของช่วงการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง

มีรายละเอียด ดังนี้

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองในแต่ละครั้ง นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้ คือ

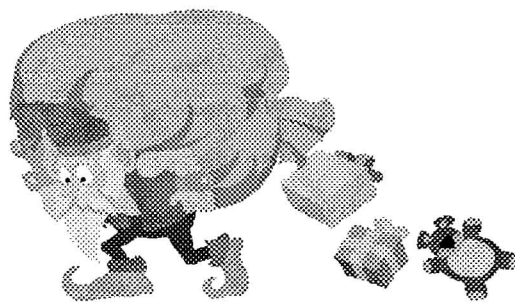
ถ้านักเรียนมีพฤติกรรมเป้าหมายลดลง ร้อยละ 20 ของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมพื้นฐาน นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงอันดับที่ 5

ถ้านักเรียนมีพฤติกรรมเป้าหมายลดลง ร้อยละ 30 ของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมพื้นฐาน นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงอันดับที่ 4

ถ้านักเรียนมีพฤติกรรมเป้าหมายลดลง ร้อยละ 40 ของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมพื้นฐาน นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงอันดับที่ 3

ถ้านักเรียนมีพฤติกรรมเป้าหมายลดลง ร้อยละ 50 ของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมพื้นฐาน นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงอันดับที่ 2

ถ้านักเรียนมีพฤติกรรมเป้าหมายลดลง ร้อยละ 60 ขึ้นไป ของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมพื้นฐาน นักเรียนจะได้รับสิ่งเสริมแรงอันดับที่ 1

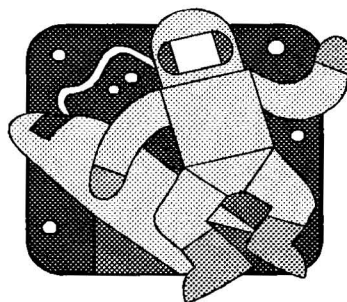


ใบความรู้เรื่อง

ความหมายของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง

พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง หมายถึง การแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสมในชั้นเรียน ในขณะที่ครูกำลังสอน หรือต้องทำงานที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งเป็นงานต้องทำอยู่กับที่ ได้แก่

1. การลุกออกจากที่นั่ง หมายถึง การลุกขึ้นจากที่นั่ง หรือการลุกขึ้นแล้วเดินออกจากที่นั่ง ไปยังที่อื่น โดยละสายตาศาครู หรืองานที่ได้รับมอบหมาย
2. การล้อเลียน หมายถึง การพูดและแสดงท่าทางต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ถูกล้อเลียนไม่พอใจ เช่น การพูดทวนคำของผู้อื่น การทำปากขมุบขมิบ การทำหน้าหยอกล้อ (แลบลิ้น ตาเหลือก ทำท่าตลก) แก่ผู้อื่น
3. การแสดงท่าทางเพื่อเรียกร้องความสนใจ หมายถึง การทำกิริยาต่างๆ ต่อผู้อื่น เพื่อให้ผู้อื่นสนใจ เช่น การสะกิด การมองจ้อง การโบกมือ การเรียกชื่อ การชวนเล่นของเล่น การแย่งของ เพื่อให้ผู้อื่นหันมามอง หรือเล่นกับตนเอง
4. การพูดโพล่งขัดจังหวะ หมายถึง การพูดแทรกในขณะที่ผู้อื่นกำลังพูด โดยไม่รอให้ผู้อื่นพูดจบประเด็นเสียก่อน
5. การเล่นคนเดียว เหม่อลอย หมายถึง การแสดงท่าทางเล่นคนเดียวอยู่กับที่นั่ง เช่น เล่นได้โต๊ะ เล่นไม้บรรทัด ยางลบ การไม่สนใจสิ่งที่ครูพูดขณะกำลังสอน โดยหันหน้ามองสิ่งอื่นที่ไม่ใช่ครู การก้มจับส่วนต่าง ๆ ของร่างกายซ้ำ ๆ เช่น จับขา ก้มจับรองเท้า ก้มเก็บสิ่งของที่ตกพื้น เป็นต้น

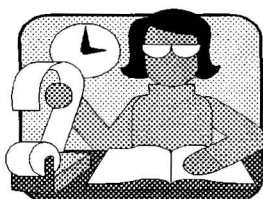


ใบความรู้เรื่อง

ขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง

ดำเนินการทุกครั้งตามขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยและนักเรียนกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย คือ การไม่แสดงพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งในขณะที่ครูกำลังสอนหรือต้องทำงานที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งเป็นงานที่ต้องอยู่กับที่
- ขั้นที่ 2 นักเรียนมีส่วนร่วมในการกำหนดเงื่อนไขการเสริมแรง โดยให้นักเรียนตอบแบบสำรวจตัวเสริมแรง เพื่อใช้ในการพิจารณาตัวเสริมแรงเมื่อนักเรียนแสดงพฤติกรรมตามเป้าหมายตามเงื่อนไข
- ขั้นที่ 3 นักเรียน ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย
- ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยและนักเรียน ร่วมกันประเมินพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย
- ขั้นที่ 5 นักเรียนเสริมแรงตนเองตามเงื่อนไขของช่วงการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง
- ขั้นที่ 6 ผู้วิจัยและนักเรียนร่วมกันสรุปผลการฝึกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย โดยนำผลที่ได้ไปเขียนกราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น



แบบบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น

ชื่อเด็ก.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อผู้สังเกต (1).....

(2).....

เวลาที่สังเกต เวลา น. ถึง น.

พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ได้แก่

1. การลุกออกจากที่นั่ง
2. การล้อเลียน
3. การแสดงท่าทางเพื่อเรียกร้องความสนใจ
4. การพูดโพล่งขัดจังหวะ
5. การเล่นคนเดียว เหม่อลอย

พฤติกรรม	ความถี่	รวม (ครั้ง)
1. การลุกออกจากที่นั่ง
2. การล้อเลียน
3. การแสดงท่าทางเพื่อเรียกร้องความสนใจ
4. การพูดโพล่งขัดจังหวะ
5. การเล่นคนเดียว เหม่อลอย
	รวม	

แบบสำรวจตัวเสริมแรง

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี

วันที่ เดือน พ.ศ.

คำชี้แจง ให้นักเรียนเขียนสิ่งของที่นักเรียนชอบมากที่สุด จำนวน 5 อย่าง พร้อมทั้งเขียนเรียงลำดับสิ่งของตามความชอบ ตั้งแต่ลำดับที่ 1-5 ลงในช่องว่าง โดยลำดับที่ 1 หมายถึง สิ่งที่นักเรียนมีความต้องการมากที่สุด และ ลำดับที่ 5 หมายถึง สิ่งที่นักเรียนมีความต้องการน้อยที่สุด

- | | |
|---------|----------|
| 1 | 7..... |
| 2 | 8 |
| 3 | 9 |
| 4 | 10 |
| 5 | 11..... |
| 6 | 12 |

ภาคผนวก ค.

คำสัมภาษณ์ความสอดคล้องของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย
ในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น

ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง
ของเด็กสมาธิสั้น คนที่ 1

ครั้งที่	วันที่	ค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง		ค่าสัมประสิทธิ์ความ สอดคล้อง (ร้อยละ)
		ผู้วิจัย	ผู้ช่วยวิจัย	
1	9 พฤศจิกายน 2549	16	14	87.50
2	16 พฤศจิกายน 2549	10	10	100.00
3	17 ธันวาคม 2549	8	8	100.00
4	21 ธันวาคม 2549	12	14	85.70
5	18 มกราคม 2550	9	9	100.00
6	1 กุมภาพันธ์ 2550	3	3	100.00
7	15 กุมภาพันธ์ 2550	5	5	100.00

ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง
ของเด็กสมาธิสั้น คนที่ 2

ครั้งที่	วันที่	ค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง		ค่าสัมประสิทธิ์ความ สอดคล้อง (ร้อยละ)
		ผู้วิจัย	ผู้ช่วยวิจัย	
1	9 พฤศจิกายน 2549	8	8	100.00
2	16 พฤศจิกายน 2549	9	9	100.00
3	17 ธันวาคม 2549	4	4	100.00
4	21 ธันวาคม 2549	8	8	100.00
5	18 มกราคม 2550	8	8	100.00
6	1 กุมภาพันธ์ 2550	1	1	100.00
7	15 กุมภาพันธ์ 2550	2	2	100.00

ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง
ของเด็กสมาธิสั้น คนที่ 3

ครั้งที่	วันที่	ค่าความถี่ของพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง		ค่าสัมประสิทธิ์ความ สอดคล้อง (ร้อยละ)
		ผู้วิจัย	ผู้ช่วยวิจัย	
1	9 พฤศจิกายน 2549	9	11	81.82
2	16 พฤศจิกายน 2549	10	10	100.00
3	17 ธันวาคม 2549	13	13	100.00
4	21 ธันวาคม 2549	10	10	100.00
5	18 มกราคม 2550	11	11	84.62
6	1 กุมภาพันธ์ 2550	3	3	100.00
7	15 กุมภาพันธ์ 2550	5	5	100.00

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวปิยนุช ภมรกุล
วันเดือนปีเกิด	15 ตุลาคม 2520
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	127/10 ถนนชัยบุรี ตำบลอรัญญิก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	นักจิตวิทยา 6
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลพุทธชินราช อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2535	มัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนเฉลิมขวัญสตรี พิษณุโลก
พ.ศ. 2538	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเฉลิมขวัญสตรี พิษณุโลก
พ.ศ. 2542	ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พ.ศ. 2550	การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ