

สมาธิสั้น

ความหมาย

สมาธิสั้น (Attention Deficit/Hyperactivity Disorders) หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่งได้แก่ การขาดสมาธิ (inattention) พฤติกรรมซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) ขาดความยับยั้งชั่งใจหุนหันพลันแล่น ทำอะไรไม่คิดให้รอบคอบ (impulsivity) และพฤติกรรมที่แสดงออกไม่เหมาะสมกับวัยหรือระดับพัฒนาการ และต่อเนื่องนานเกิน 6 เดือนขึ้นไป พฤติกรรมเหล่านี้ปรากฏก่อนอายุ 7 ปี และมีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน การเรียน การปรับตัวในสังคม พฤติกรรมเหล่านี้ต้องเกิดอย่างน้อยในสองสถานการณ์ขึ้นไป เช่น ที่บ้านและโรงเรียน เป็นต้น

ความเป็นมา

สมาธิสั้นจัดเป็นปัญหาจิตเวชในวัยเด็กที่พบบ่อย และมีการศึกษาวิจัยมากที่สุด พบประมาณ 3-5% ของเด็กวัยเรียน และพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง อัตราส่วนประมาณ 3-9 ต่อ 1 คน ก่อนปี ค.ศ. 1900 มีรายงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับเด็กที่สมองได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและการติดเชื้อพบที่มีความผิดปกติด้านพฤติกรรมและการรู้คิด (cognition) ซึ่งมีลักษณะพฤติกรรมใกล้เคียงกันกับเด็กสมาธิสั้นในปัจจุบัน

ช่วงปี ค.ศ. 1900-1960 มีศัพท์ที่ใช้เรียกเด็กกลุ่มนี้ว่าเด็กที่สมองถูกทำลาย (brain-damaged child) บางครั้งใช้ศัพท์ กลุ่มอาการขาดความยับยั้งชั่งใจและอยู่ไม่นิ่งเนื่องจากความบกพร่องของสมอง (organic drivenness restlessness syndrome) ในภาวะที่สมองของเด็กกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุหรือการติดเชื้อในสมอง และสมองขาดออกซิเจน

ต่อมาเปลี่ยนชื่อใหม่ว่า เด็กที่สมองถูกทำลายเพียงเล็กน้อย (minimal brain damage) แต่เนื่องจากไม่พบว่าสมองมีพยาธิสภาพหรือประวัติการบาดเจ็บ จึงเปลี่ยนเรียกใหม่เป็นการทำงานของสมองบกพร่องเล็กน้อย (minimal brain dysfunction) ช่วงปี ค.ศ. 1960-1969 สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) จัดทำคู่มือวินิจฉัย DSM-III (APA, 1968) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) พบว่ามีอาการถึง 99 อาการ แต่ขาดหลักฐานอ้างอิงทางประสาทวิทยา จึงเปลี่ยนเรียกใหม่ว่าพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (hyperkinesthetic reaction) ในปี ค.ศ. 1970-1979 บาร์คเลย์ รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น ซึ่งพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 1970-1979 กว่า 2,000 เรื่องพบว่าสมาธิสั้นและการขาดความยับยั้งชั่งใจ (inattention impulsivity) เป็นปัญหามากกว่าพฤติกรรมซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (Barkley, 1990)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1980 DSM III จัดภาวะสมาธิสั้นอยู่ในกลุ่ม Attention Deficit Disorders (ADD) เป็น 3 ประเภท คือ สมาธิสั้นร่วมกับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (ADD with hyperactivity) ประเภทที่สอง คือ สมาธิสั้น (ADD without hyperactivity) และประเภทที่สามคือ สมาธิสั้นที่เหลืออยู่เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

ในปี ค.ศ. 1987 DSM III-R IV (APA, 1987) ปรับปรุงและแบ่งความผิดปกติทางจิตเวชโดยเน้นเรื่อง Attention Deficit/Hyperactivity Disorders (ADHD) อยู่ใน Disruptive Behavior Disorders

ในปี ค.ศ. 1994 เมื่อคู่มือวินิจฉัย DSM IV (APA, 1994) เป็นทั้งสมาธิสั้นและพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งเท่าเทียมกัน ADHD แบ่งเป็น 3 ประเภทคือ

1. ลักษณะเด่นตัวของสมาธิสั้น และพฤติกรรม อยู่ไม่นิ่ง attention/hyperactivity disorders, combined type)
2. สมาธิสั้น attention deficit/hyperactivity disorder-predominantly inattention type)
3. ลักษณะพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและการขาดความยับยั้ง (attention deficit/hyperactivity disorder-predominantly hyperactivity and impulsivity type)

ลักษณะของภาวะสมาธิสั้น

ลักษณะสำคัญของภาวะสมาธิสั้นมี 3 ประการ คือ

1. ไม่สนใจหรือมีความสนใจสั้นกว่าปกติ และวอกแวกง่าย (distractibility)
2. อยู่ไม่นิ่งและซุกซนมากผิดปกติ เคลื่อนไหวตลอดเวลาที่ควรจะเป็นสำหรับวัยหรือระดับพัฒนาการของเด็ก พุดมาก และพฤติกรรมเหล่านี้มีลักษณะรบกวนผู้อื่นไม่รู้จักรู้จักเหน็ดเหนื่อยเหมือนขับเคลื่อนด้วยเครื่องจักรกล
3. ขาดความยับยั้งชั่งใจ หุนหันพลันแล่น ควบคุมตนเองให้อยู่ในกฎระเบียบของสังคม หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่นตลอดจนทำงานที่ต้องใช้ความสุ่มรอบคอบลำบาก (Barkley, 1990)

ปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดร่วมกับ ADHD คือ ปัญหาการใช้ชีวิตสังคมร่วมกับผู้อื่น เด็กจะมีสภาพลักษณะของตนเองในทางลบ รู้สึกตนเองต่ำต้อย มีปัญหาการเรียน ผลการเรียนต่ำกว่าความสามารถที่แท้จริง เรียนไม่ได้ทั้งที่เด็กมีสติปัญญาปกติ ซึ่งเป็นผลจากปฏิกิริยาของครอบครัวของเด็กตั้งแต่เล็กทั้งที่บ้าน โรงเรียนและสังคม ซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่า นำไปสู่ปัญหาต่างๆ ในระยะยาว เช่น ความไม่มั่นใจในตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าว หรือภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

สาเหตุ

สาเหตุแท้จริงของสมาธิสั้นยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่พบว่าเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น พันธุกรรม สารเคมีในสมองผิดปกติ สมองส่วนหน้า (frontal lobe) ทำงานผิดปกติ การไหลเวียนของโลหิตในสมองผิดปกติ การทำงานของต่อมไทรอยด์ (thyroid) ผิดปกติ ปัญหาทางจิตสังคม และสภาพแวดล้อม เป็นต้น

การคัดแยก

การคัดแยกเด็กสมาธิสั้นต้องใช้หลายๆ วิธีร่วมกันดังต่อไปนี้

1. การสัมภาษณ์และการสังเกตอย่างมีระบบ เช่น สัมภาษณ์ผู้ปกครอง เด็ก และครู
2. การตรวจทางแพทย์
3. การตรวจทางจิตวิทยาโดยใช้แบบทดสอบต่างๆ เช่น ทดสอบสติปัญญา ทดสอบการทำงานประสานกันทางกล้ามเนื้อและสายตา ทดสอบประเมินว่าเด็กมีปัญหาการเรียนรู้อด้านภาษา หรือด้านคณิตศาสตร์
4. การประเมินค่าพฤติกรรม ซึ่งมีทั้งสำหรับผู้ปกครองและครู

วิธีการช่วยเหลือ

วิธีการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นที่ใช้ในปัจจุบันคือ

1. การรักษาด้วยยา และการจำกัดหรือเพิ่มสารอาหารบางอย่างในอาหาร เช่น การจำกัดน้ำตาลจากอาหารหรือการเพิ่ม multimega vitamin เป็นต้น
2. พฤติกรรมบำบัด เช่น การปรับพฤติกรรมให้เด็กควบคุมตนเอง คือฝึกทักษะการเรียนและทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน การฝึกอบรมพ่อแม่ การให้คำปรึกษาต่างๆ เป็นต้น
3. ครูต้องปรับกลยุทธ์ด้านการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมในชั้นเรียน

4. การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น จิตบำบัดรายบุคคล ครอบครัวบำบัด เป็นต้น

การป้องกัน

วิธีการป้องกันสมาธิสั้นมีดังนี้

1. การป้องกันปฐมภูมิ

การป้องกันขั้นแรกคือ การส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้แข็งแรงเพื่อตัดปัจจัยที่จะส่งเสริมหรือเป็นต้นเหตุของโรค คือ

1) ดูแลการตั้งครรภ์ให้ปกติ ไม่ให้เด็กในครรภ์ได้รับอันตรายต่าง ๆ

2) ฝากครรภ์ให้ถูกต้องและแม่ได้รับการทำคลอดที่ถูกต้อง

3) ดูแลพัฒนาการของเด็กหลังคลอด

4) ให้การเลี้ยงดูที่อบอุ่นต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะขาดแคลนทางจิตใจ สร้างปฏิสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างพ่อแม่และลูก ลดปัจจัยความเครียด

5) จัดสภาพแวดล้อมและชีวิตในบ้านให้มีระเบียบแบบแผนที่เหมาะสม ไม่กระตุ้นเด็กมากเกินไปหรือขาดแบบอย่างที่เหมาะสมจนเด็กไม่สามารถพัฒนาพฤติกรรมที่ปกติได้ และควรจัดกิจกรรมที่ผ่อนคลายเพื่อลดความเครียด

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ

เป็นขั้นตอนที่ต้องให้การวินิจฉัยให้เร็วที่สุด เพื่อให้เด็กสมาธิสั้นได้รับการช่วยเหลือรักษาให้เหมาะสมตั้งแต่ในระยะแรกๆ ดังนี้

1) ให้ความรู้เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นแก่พ่อแม่และประชาชนทั่วไป เพื่อจะได้นำเด็กที่สงสัยมารับการช่วยเหลือแต่เนิ่นๆ

2) เพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ และแนวทางในการวินิจฉัยแก่บุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้สามารถช่วยเหลือรักษาเด็กสมาธิสั้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ

การป้องกันระดับนี้เป็นการลดหรือป้องกันปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อ

1) การแก้ปัญหาเกี่ยวกับความภูมิใจในตนเองต่ำ มีภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเองในทางลบ

2) การแก้ปัญหาการเรียน ซึ่งเด็กมีผลการเรียนต่ำกว่าความสามารถที่แท้จริง

3) การป้องกันการเกิด conduct personality disorder การเสพติดและโรคทางจิตเวชอื่นๆ

สรุป

ภาวะสมาธิสั้น ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่แนวความคิดในการช่วยเหลือในทางที่เหมาะสมต้องมาจากความเข้าใจและการยอมรับข้อจำกัดต่างๆ วิธีการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ พัฒนาเป็นแนวทางที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมเพียงพอที่ผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้นสามารถนำไปปรับรูปแบบวิธีการให้สอดคล้องกับลักษณะและบุคลิกภาพของเด็กเป็นรายบุคคลได้

พัชรีวัลย์ เกตุแก่นจันทร์

บรรณานุกรม

นางพาง ลี้มสุวรรณ. โรคสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.

พัชรวิทย์ เกตุแก่นจันทร์. เด็กสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ : P.A. Art & Printing, 2540.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual**. 2nd ed. Washington. DC : American Psychiatric Press, 1968.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual**. 3rd ed. Washington. DC : American Psychiatric Press, 1987.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual**. 4th ed. Washington. DC : American Psychiatric Press, 1994.

Barkley, R.A. **A Critique of Current Diagnostic Criteria for Attention Deficit Hyperactivity Disorder**. New York : Guilford Press, 1990.

_____. **Hyperactive Children : A Handbook for Diagnostic and Treatment**. New York : Guilford Press, 1990.

'Clinical and Research Implications,' **Developmental and Behavioral Pediatrics**. 11 : 343-352 : 1990.

Hinshaw, S.P. **Attention Deficit and Hyperactivity in Children**. Thousand Oaks, CA : Sage Press, 1994.