

การคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กที่มีความสามารถพิเศษ

SCREENING FOR ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER IN GIFTED CHILD

สุธาวัลย์ หาญขจรสุข¹

Suthawan Harnkajornsuk¹

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

บทคัดย่อ

โรคสมาธิสั้น เป็นโรคในกลุ่ม neurobehavioral disorder ที่พบบ่อยที่สุดในเด็กวัยเรียนและเป็นเหตุผลสำคัญที่เด็กต้องไปพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยอาการ เด็กที่มีความสามารถพิเศษมีพฤติกรรมหลายอย่างที่คล้ายกับพฤติกรรมของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น โดยเด็กทั้งสองกลุ่มอาจแสดงพฤติกรรมปัญหาด้านสังคมและการเรียนเหมือนกัน เช่น ไม่สนใจเรียนหรือขาดสมาธิ ขาดระเบียบ ไม่รู้จักรอคอย มีพฤติกรรมก้าวร้าวและทักษะทางสังคมไม่ดี แต่ในเด็กที่มีความสามารถพิเศษจะแสดงอาการในสถานการณ์ที่จำเพาะกว่าและสามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นได้ด้วยธรรมชาติของ giftedness ซึ่งถ้าเด็กที่มีความสามารถพิเศษได้รับการจัดการศึกษาที่เหมาะสมกับระดับความสามารถและความสนใจ พฤติกรรมปัญหาจะมีแนวโน้มลดลง ดังนั้น ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นผู้ประเมินควรมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ ADD/ADHD และควรให้ผู้ที่มีประสบการณ์กับเด็กที่มีความสามารถพิเศษร่วมด้วยในการคัดกรอง โดยมีแนวทางในการคัดกรองดังต่อไปนี้ 1) การตระหนักถึงบริบทของพฤติกรรมที่แสดงในแต่ละสถานการณ์ 2) การมีความรู้ความเข้าใจธรรมชาติของเด็กที่มีความสามารถพิเศษ 3) การพิจารณาความสอดคล้องจากผลของแบบทดสอบต่างๆ และ 4) การมีผู้ให้ข้อมูลหลากหลายและต้องเป็นผู้ใกล้ชิดเด็ก

คำสำคัญ : การคัดกรอง โรคสมาธิสั้น เด็กที่มีความสามารถพิเศษ

¹อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยและพัฒนาการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ABSTRACT

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADD/ADHD) is one of the most common reasons children are referred to pediatricians or psychologists. Gifted children show many behaviors that are similar to children who suffer from ADD/ADHD. Both groups may have academic difficulties and social problems. They exhibit behaviors such as inattention, impulsivity, aggressive, high activity level and problems in peer relation- all behaviors that associated with ADD/ADHD. Although high potential children do show some problematic behaviors, these behaviors can be explained by their giftedness and occurred in certain situations. Attention problems in the classroom may decrease when children with high intelligence are placed in academically stimulating environments. In screening process, evaluators should have understanding and knowledge about ADD/ADHD and someone with training and experience with gifted children should attend the process. The following guidelines that useful for the screening process when attempting to differentiate between a gifted child and ADD/ADHD child are: 1) realized the context of child exhibit behaviors 2) understanding the nature of giftedness 3) consideration with variable performance both within and across subtests and 4) gathering information from persons who are significantly and regularly involved in the child's care.

Keywords : Screening Test Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADD/ADHD) Gifted Child

บทนำ

แต่ก่อน ผู้ใหญ่มักมองว่าเด็กซนคือเด็กฉลาด แต่ในปัจจุบันคำว่า “สมาธิสั้น” และคำว่า “ไฮเปอร์” ที่มาจากคำว่า hyperactive เป็นคำที่ถูกใช้อย่างมากในกลุ่มผู้ปกครองและครูเพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมของเด็กที่มีอาการซนมาก มีพลังงานเหลือเฟือ ขาดสมาธิในการเรียน ทำงานไม่เสร็จหรือไม่เป็นระเบียบ ซึ่งยังมีความเข้าใจผิดอยู่มากเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เช่น เด็กซนอาจเป็นเด็กฉลาดจริงๆ หรืออาจเป็นเด็กสมาธิสั้นก็ได้ ในขณะที่ เด็กที่นั่งนิ่งในชั้นเรียนก็ไม่ได้หมายความว่าสมาธิจดจ่ออยู่ก็ได้ เนื่องจากเรื่อง Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADD/ADHD) แพร่หลายมากขึ้น ทำให้เด็กที่มีอาการเข้าข่ายหรือถูกสงสัยว่าเป็น

ADD/ADHD มีจำนวนมากขึ้น และเป็นเหตุผลสำคัญที่เด็กวัยเรียนถูกส่งให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญวินิจฉัยอาการของ ADD/ADHD (Brown, 2000)

การตรวจพบแต่แรกเริ่ม (early detection) จึงมีความจำเป็นเพื่อเด็กที่เป็น ADD/ADHD จะได้รับการรักษาทันการณ์ และสามารถใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่ จนอาจพบว่าเด็กมีความสามารถสูงหรือเป็นเด็กที่มีความสามารถพิเศษ (Gifted child) ทั้งนี้ผู้ปกครอง และครูถือเป็นบุคคลกลุ่มแรกที่สังเกตเห็นปัญหาทางพฤติกรรมของเด็ก อย่างไรก็ตาม ความเห็นของผู้ปกครองและครูนั้นขึ้นอยู่กับคำจำกัดความของคำว่าสมาธิสั้นและประสิทธิภาพของแต่ละคน เช่น ครูประจำชั้นอาจมองเด็กที่ซนตามปกติว่าเป็น ADD/ADHD

หรือผู้ปกครองอาจรายงานว่าเด็กมีสมาธิดีเพราะสามารถจดจ่อ เล่นเกมคอมพิวเตอร์ได้นาน ทั้งที่จริงแล้ว เกมคอมพิวเตอร์เป็นกิจกรรมที่มีการสร้างความสนใจและเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยภาพบนจอทีวีหรือวิดีโอเกมที่เปลี่ยนทุก 2-3 วินาที และสามารถดึงดูดความสนใจของเด็กได้ดีแม้กระทั่งเด็กที่เป็น ADD/ADHD

โดยธรรมชาติแล้ว เด็กที่มีความสามารถพิเศษมีพฤติกรรมหลายอย่างที่คล้ายกับพฤติกรรมของเด็กที่เป็น ADD/ADHD (Hartnett, Nelson, & Rinn, 2004) อาทิ เด็กทั้งสองกลุ่มอาจแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่โรงเรียนทั้งด้านสังคมและการเรียนวิชาการเหมือนกัน (Leroux, & Levitt-Perlman, 2000) บ่อยครั้งที่เด็กที่ฉลาดถูกส่งไปให้แพทย์วินิจฉัย ADD/ADHD เพราะแสดงพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ขาดสมาธิ ทำงานไม่เสร็จหรือมักฝันกลางวัน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัย ADD/ADHD อย่างไรก็ตาม ใน DSM-IV-TR ได้ให้ความสำคัญของพฤติกรรมของเด็กที่สติปัญญาดีที่อาจแสดงออกคล้ายกับภาวะ ADD/ADHD โดยได้ระบุไว้ว่า “อาการขาดสมาธิในชั้นเรียนอาจเกิดขึ้นได้ หากเด็กที่มีความสามารถทางสติปัญญาสูงถูกจัดให้เรียนอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางการเรียนวิชาการที่มีการกระตุ้นน้อยเกินไป” (American Psychiatric Association, 2000) อธิบายได้ว่าหากเด็กเก่งได้รับการจัดการเรียนการสอนที่ไม่เหมาะสมกับระดับความสามารถ อาจทำให้เด็กรู้สึกเบื่อหน่ายกับกิจกรรมที่ง่ายเกินไป ขาดความท้าทาย จึงเริ่มหาสิ่งอื่นๆ ที่กระตุ้นความสนใจของพวกเขา เช่น การเดินสำรวจทั่วห้อง หรือทำกิจกรรมอื่นแทรกระหว่างเรียน ซึ่งในที่สุดเด็กกลุ่มนี้จะถูกแปะป้ายจากครูว่ามีอาการชุนอยู่ไม่นิ่ง และครูจะแนะนำให้ผู้ปกครองพาไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อไป

จากที่สถาบันวิจัยและพัฒนาการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้ให้บริการในการประเมินศักยภาพ/ความสามารถพิเศษ ของเด็กอายุระหว่าง 4-10 ปี พบแนวโน้มที่น่าสนใจในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา คือ มีจำนวนเด็กที่ผู้ปกครองและ/หรือครูสงสัยว่าเด็กเป็น ADD/ADHD และพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยเพิ่มมากขึ้น ประมาณร้อยละ 15 ของเด็กที่มาใช้บริการ ในจำนวนนี้มีเด็กมากกว่าครึ่งที่ผลการวินิจฉัยปรากฏว่าไม่ได้เป็น ADD/ADHD แต่พบว่าเป็นเด็กที่มีสติปัญญาสูง เรียนรู้ได้เร็วกว่าเด็กวัยเดียวกัน ทั้งแพทย์ยังให้คำแนะนำว่าเด็กควรได้รับการจัดสภาพการศึกษาที่เหมาะสมกับความสามารถของเด็ก อันจะทำให้ปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตาม มีบางรายที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น ADD/ADHD และมีสติปัญญาสูง

กระทรวงศึกษาธิการมีนโยบายให้ครูมีบทบาทในการคัดกรองในเด็กที่ถูกสงสัยว่าเป็นสมาธิสั้น เพื่อจัดการศึกษาที่เหมาะสมให้กับเด็กที่มีความผิดปกติ ในขณะที่กุมารแพทย์จะมีบทบาทในการตรวจวินิจฉัย เพื่อให้การยืนยัน และบำบัดรักษาแก่เด็กที่ถูกส่งตัวมาจากโรงเรียนหรือผู้ปกครองพามาพบ โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ได้ดำเนินการคัดกรองโรคสมาธิสั้น โดยใช้แบบคัดกรอง KUS-SI Rating Scales: ADHD/ LD/Autism (PDDs) กับเด็กระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนสังกัด สพฐ. ได้ดำเนินการไปแล้ว 4,908 แห่ง จากโรงเรียนทั้งหมดประมาณ 30,000 แห่ง และจะยังคงดำเนินการต่อเนื่อง พบว่าความชุกของโรคสมาธิสั้นในแต่ละโรงเรียนมีความแตกต่างกันมาก สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของคุณภาพการคัดกรองในแต่ละโรงเรียน ความรู้ความเข้าใจ ความชำนาญและประสบการณ์ของครูในการคัดกรองต่างกัน ทำให้บาง

โรงเรียนมีเด็กที่ถูกคัดกรองจำนวนมากเกินความเป็นจริง แต่บางโรงเรียนเด็กที่มีความบกพร่องด้านการเรียนรู้แต่ไม่ได้ถูกคัดกรอง (ภาสกรี้ แสงศุภวานิช และคนอื่นๆ, 2554)

จากสถานการณ์ดังกล่าว จะสังเกตได้ว่าหากผู้ใกล้ชิดมองพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กอย่างผิวเผิน อาจนำไปสู่การทึกทักว่าเด็กเป็น ADD/ADHD หรือในอีกด้านหนึ่งอาจมีกรณีที่ภาวะของ ADD/ADHD ถูกมองข้ามในเด็กที่มีสติปัญญาสูงหรือมีความสามารถพิเศษ ทำให้ไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ดังนั้น จะทำอย่างไรให้พ่อแม่ ครู เข้าถึงความแตกต่างของสาเหตุการเกิดพฤติกรรมเหล่านี้ เพื่อที่จะสามารถให้ข้อมูลต่อแพทย์วินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง และลดโอกาสที่เด็กที่มีสติปัญญาสูงและมีลักษณะ over excitability จะถูกวินิจฉัยผิดว่าเป็น ADD/ADHD (Hartnett, Nelson, & Rinn, 2004)

ความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ของครูในการใช้แบบคัดกรองที่เป็นลักษณะ subjective จึงมีผลต่อประสิทธิภาพต่อการประเมินอย่างมาก เพราะหากครูมีภาพของเด็กเก่งว่าต้องเป็นผู้มีผลการเรียนดี มีความประพฤติดี ก็อาจทำให้เด็กฉลาดที่มีผลการเรียนต่ำกว่าความสามารถที่แท้จริง (underachieved gifted) ถูกละเลยในจุดเด่นและไม่ได้รับการจัดการศึกษาที่เหมาะสม โดยเฉพาะเด็กที่มีความสามารถพิเศษที่แสดงพฤติกรรมบางประการคล้ายกับ ADD/ADHD อาจถูกตีตราว่าเป็น ADD/ADHD ได้ ดังนั้น วัตถุประสงค์ของบทความนี้ เป็นการนำเสนอประเด็นที่เกี่ยวกับ 1) ลักษณะพฤติกรรมการแสดงออกที่คล้ายคลึงกันของเด็กที่มีความสามารถพิเศษ และเด็กที่เป็น ADD/ADHD และ 2) ข้อเสนอแนะในการคัดกรอง ADD/ADHD ในเด็กที่มีความสามารถพิเศษ

ADD/ADHD เป็นโรคในกลุ่ม neurobehavioral disorder ของเด็กที่พบบ่อยที่สุด (Barbaresi, & et al., 2004) อาการสำคัญของโรคสมาธิสั้นประกอบด้วย 3 อาการ คือ

- 1) ชน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity)
- 2) สมาธิสั้น (attention deficit)
- 3) หุนหันพลันแล่น (impulsivity) (สมภพ เรืองตระกูล, 2551)

ADD/ADHD ส่งผลกระทบต่อตัวเด็ก ครอบครัว และสังคม ในด้านปัญหาการเรียน เด็กมีโอกาสสอบตกซ้ำชั้นมากกว่าเด็กทั่วไป และอัตราการสำเร็จการศึกษาในระดับสูงน้อยกว่า มีปัญหาจากการขาดระเบียบวินัยมากกว่าเด็กปกติ (Guevara and et al., 2001) ซึ่งผู้ปกครองของเด็กที่เป็นโรคนี้อัตราการขาดงานบ่อยกว่าเด็กปกติและประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีปัญหาในการดูแลเด็ก มีความเครียด (Hakkaart-van Roijen, & et al., 2007) และจากงานวิจัยของ Barkley (2007) และคณะที่ติดตามเด็กที่เป็นโรคนี้นี้เป็นระยะเวลานานมากกว่า 13 ปี พบว่า เมื่อเด็กโตเป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่จะมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial personality) มากกว่าคนทั่วไป พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่ การใช้สารเสพติด ลักขโมย พกอาวุธ และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (Barkley, & et al., 2004) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการก่ออาชญากรรมและถูกจับเนื่องจากทำผิดกฎหมายมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคนี้นี้ ADD/ADHD พบได้บ่อยในทุกประเทศทั่วโลก ใน DSM-IV-TR ได้กล่าวถึงความชุกของ ADD/ADHD ประมาณร้อยละ 3 ถึงร้อยละ 7 ในเด็กวัยเรียน โดยที่มีข้อมูลว่าเด็กผู้ชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADD/ADHD มีจำนวนสูงกว่าเด็กผู้หญิง (American Psychiatric Association, 2000) โดยประเทศไทยพบประมาณ 5% ของเด็กในวัยเรียนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADD/ADHD

(Wacharasindhu, & Panyayong, 2002) ซึ่งในเขตเมือง การวินิจฉัยหรือการที่เด็กจะถูกสงสัยว่าอาจเป็น ADD/ADHD มีแนวโน้มสูงมากขึ้นเพราะผู้ปกครองและครูมีความคุ้นเคยกับคำว่า สมาธิสั้น และมีสื่อให้ความรู้มากมายที่เกี่ยวกับ ADD/ADHD ทำให้บางทีเด็กที่ซนมากถูกตีตราไว้ก่อนว่าน่าจะเป็น ADD/ADHD แต่ในทางตรงกันข้าม ในเขตชนบทหรือในพื้นที่ที่ขาดแคลนจิตแพทย์เด็กหรือกุมารแพทย์ เด็กที่สมาธิสั้นจริงอาจไม่ได้รับโอกาสวินิจฉัย การส่งต่อเด็กเพื่อวินิจฉัยยืนยันโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญยังเป็นอุปสรรคอยู่มาก เพราะในบางจังหวัดไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและได้รับการรักษาที่เหมาะสมทันทั่วถึง โดยการรักษาในเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียน ที่อาการไม่รุนแรงจะใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นหลัก แต่ในเด็กที่มีอาการรุนแรง การได้รับยากลุ่มกระตุ้นสมอง (psycho-stimulant medication) เช่น methylphenidate และการรักษาโดยใช้หลายวิธีร่วมกันจะช่วยให้การเข้าสังคมดีขึ้น ความสัมพันธ์ในครอบครัว และผลการเรียนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (The MTA Cooperative Group, 1999)

สำหรับทางการแพทย์จะพิจารณา ADD/ADHD ตาม Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (4th ed., text revision) หรือเรียกสั้นๆ ว่า DSM-IV-TR ซึ่งสมาคมกุมารแพทย์สหรัฐอเมริกา (American Academy of Pediatrics) ได้ให้แนวทางในการวินิจฉัยและการรักษา ADD/ADHD ครอบคลุมอายุ 4-18 ปี (Wolraich, 2012) โดยการอาศัยข้อมูลหลายส่วนมาประกอบการพิจารณา เช่น รายงานจากโรงเรียน การสัมภาษณ์เด็กและผู้ปกครอง การตรวจร่างกาย การตรวจทางระบบประสาท และการสังเกตพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งในบางกรณีแพทย์จะตรวจสายตา คลื่นสมอง และทดสอบเชาวน์ปัญญาไปด้วย

ความสามารถพิเศษ

ความสามารถพิเศษ หรือที่ตรงกับภาษาอังกฤษว่า giftedness หมายถึง ความสามารถทางสติปัญญาที่สูงกว่าปกติ ร่วมกับความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ ความมุ่งมั่น ซึ่งในความหมายทางการศึกษานั้น เด็กที่มีความสามารถพิเศษ คือ เด็กที่มีศักยภาพโดดเด่นกว่าเด็กในวัยเดียวกัน สิ่งแวดล้อมเดียวกันในด้านใดด้านหนึ่ง เช่น ด้านสติปัญญา ด้านวิชาการ ด้านผู้นำ ความคิดสร้างสรรค์ หรือเกี่ยวกับด้านศิลปะ หรือหลายๆ ด้าน ในการประเมินความสามารถพิเศษส่วนมากใช้การทดสอบสติปัญญา ผลการเรียน และพัฒนาการของเด็ก ซึ่งเป็นเพียงหนึ่งในหลายวิธีการประเมินศักยภาพมนุษย์ (Hallahan, Kauffman, & Pullen, 2012; Ryser, 2004)

การคัดกรอง ADD/ADHD ในเด็กที่มีความสามารถพิเศษ

โอกาสที่จะทำให้การวินิจฉัย ADD/ADHD ในเด็กที่มีความสามารถพิเศษผิดพลาดอาจเกิดขึ้นได้ (Hartnett, & et al, 2005) ซึ่งเป็นไปได้สองกรณี คือ เด็กที่มีความสามารถพิเศษที่มีพลังงานเหลือเพื่ออาจถูกมองว่าเป็น ADD/ADHD โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่เด็กไม่ได้รับการจัดการศึกษาที่เหมาะสมกับศักยภาพและความต้องการเรียนรู้ หรือในอีกกรณีคือ เด็กที่มีความสามารถพิเศษและมี ADD/ADHD ร่วมด้วยที่สามารถจดจ่อได้เป็นเวลานานในสิ่งที่สนใจ (hyperfocus) อาจจะไม่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น ADD/ADHD

ดังนั้น ในการวินิจฉัย ADD/ADHD ในเด็กที่มีความสามารถพิเศษนั้น ควรต้องพิจารณาพฤติกรรมของเด็กที่มีความสามารถพิเศษที่คล้ายคลึงกับ ADD/ADHD ร่วมด้วย เพราะผู้เชี่ยวชาญจะพิจารณาข้อมูลที่ได้จากผู้ปกครองและครูที่ใกล้ชิดเด็ก ดังนั้น ผู้ปกครอง และครู ควรมีความเข้าใจลักษณะทางจิตใจ

และความต้องการของเด็กที่มีความสามารถเพื่อที่จะแยกแยะพฤติกรรมปัญหาระหว่างเด็กที่มีความสามารถพิเศษที่เป็น ADD/ADHD และเด็กที่ไม่เป็น ADD/ADHD ซึ่งประเด็นในการประเมินที่ควรตระหนักถึง ได้แก่

1. เด็กแสดงพฤติกรรมที่ปรากฏตามเกณฑ์การประเมิน ADD/ADHD แทบทุกสถานที่ ทุกสถานการณ์หรือไม่
2. ความไม่สม่ำเสมอ/ไม่คงเส้นคงวาในคุณภาพของงานปรากฏเกือบทุกสถานการณ์ สถานที่หรือไม่
3. พฤติกรรมของเด็กมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนเมื่อสถานการณ์ที่แปลกใหม่ค่อยๆ หมดยุติหรือไม่

4. พฤติกรรมของเด็กดีขึ้นหรือไม่ เมื่อมีการจัดตารางกิจวัตรประจำวันให้ชัดเจน หรือใช้คำสั่งให้กระชับและเป็นขั้นตอนชัดเจนให้เด็กทำกิจกรรมทีละอย่าง

5. เมื่อเด็กถูกรบกวน พวกเขาสามารถกลับมาทำงานต่อได้หรือสามารถเปลี่ยนจากงานหนึ่งไปสู่งานหนึ่งเร็วหรือไม่

6. เด็กสามารถที่จะทำกิจกรรมง่ายๆ ตามลำพังในระยะเวลาติดต่อกันได้นานหรือไม่ เช่น อ่านหนังสือ

ตารางแสดงพฤติกรรมปัญหาของเด็กที่เป็น ADD/ADHD และเด็กที่มีความสามารถพิเศษ

พฤติกรรมของเด็กที่เป็น ADD/ADHD (Barkley, 1990)	พฤติกรรมของเด็กที่มีความสามารถพิเศษ (Webb, 1993)
ขาดสมาธิ และถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย โดยเกิดอย่างสม่ำเสมอในเกือบทุกสถานการณ์	มีความสนใจต่ำ เบื่อง่าย ผันกลางวันในสถานการณ์ที่เจาะจง
พูดแทรก ขัดจังหวะ ไม่รู้จักรอคอย และไม่สามารถทำอะไรต่อเนื่องจนเสร็จ	มีความอดทนต่ำเมื่อต้องทำงานที่ซ้ำซาก จำเจ หรือง่ายเกินไป
มีอาการหุนหันพลันแล่น ทำอะไรโดยไม่รู้จักยั้งคิด	การตัดสินใจต่ำกว่าสติปัญญาที่แท้จริง
ไม่สามารถควบคุมตนให้มีพฤติกรรมให้เหมาะสมได้	มีความรู้สึกภายในอย่างแรงกล้า แต่รู้สึกถูกบีบบังคับหรือถูกจำกัดไว้
ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา อยู่ไม่นิ่ง และต้องการพักผ่อนน้อย	หากเป็นเรื่องที่สนใจ จะมุ่งมั่นอย่างต่อเนื่อง อาจจะมีความต้องการในการพักผ่อนน้อย
ไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง หรือมีความยากลำบากที่จะต้องปฏิบัติตามกฎ หรือข้อบังคับต่างๆ	มักมีคำถามข้อสงสัยเกี่ยวกับกฎ เกณฑ์ ระเบียบ ข้อบังคับ และอาจไม่ยอมปฏิบัติตาม

ที่มา: *Misdiagnosis and dual diagnoses of gifted children and adults: ADHD, bipolar, OCD, asperger's, depression, and other disorders.* โดย Webb, & et al. (2005).

จากตาราง พบว่า เด็กที่มีความสามารถพิเศษ อาจจะมีแสดงพฤติกรรมปัญหาที่โรงเรียนได้บ่อย เหมือนๆ กับเด็กที่เป็น ADD/ADHD ซึ่งมีความสอดคล้องกับรายงานปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่พบในระหว่างการประเมินศักยภาพครบวงจรจากผู้ปกครอง และครู ซึ่งปัจจัยหลักของการที่เด็กที่มีความสามารถพิเศษถูกสงสัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น เกิดจากการถูกจัดให้เรียนในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม โดยสามารถแยกพิจารณาเป็นประเด็นย่อยถึงสาเหตุในการแสดงออกแต่ ละพฤติกรรมได้ ดังนี้

- 1) จากพฤติกรรมไม่สนใจเรียน หรือขาดสมาธิในการเรียน
- 2) จากการทำงานไม่เสร็จ ขาดระเบียบ
- 3) จากการเล่นดูที่ขาดวินัยและกฎเกณฑ์
- 4) จากพฤติกรรมก้าวร้าว ทักษะทางสังคมไม่ดี

โดยมีรายละเอียดในแต่ละพฤติกรรมปัญหาดังต่อไปนี้

1) จากพฤติกรรมไม่สนใจเรียน หรือขาดสมาธิในการเรียน

พฤติกรรมไม่สนใจเรียนในชั้นเรียนอาจเกิดจากเด็กที่มีความสามารถพิเศษมีลักษณะอยากรู้ อยากเห็น หรือต้องรอเพื่อนเรียนให้ทัน หรือชั้นเรียนที่นักเรียนต้องนั่งเรียนเป็นระเบียบ หรือเด็กที่ชอบเรียนแบบลงมือปฏิบัติ สนใจค้นคว้าด้วยตนเอง ก็จะไม่ชอบ นั่งได้ไม่ติดที่ เพราะมี learning style ที่แตกต่างออกไป จึงถูกมองว่าคือ ชน ต่างจากนักเรียนส่วนใหญ่ในห้องที่เด็กส่วนใหญ่สามารถนั่งนิ่งเรียนร้อย นอกจากนั้นเด็กที่มีความสามารถพิเศษส่วนมากจะมีระดับความสามารถทางการเรียนอยู่ในระดับสูงกว่าระดับที่พวกเขาถูกจัดให้เรียนสองถึงสี่ระดับ (Rogers, 2002) เช่น เด็กบางคนมีความสามารถด้านคณิตศาสตร์เท่ากับระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 แต่ต้องนั่งเรียนกับเพื่อนวัยเดียวกัน

ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 หรือในกลุ่มเด็กที่มีความสามารถพิเศษระดับสูง (highly gifted) ที่มีระดับความสามารถแตกต่างเด็กวัยเดียวกันอย่างมาก เด็กเก่งๆ เหล่านี้สามารถที่จะเข้าใจเรื่องต่างๆ ที่ครูสอนได้อย่างรวดเร็ว จึงรู้สึกว่างงานที่ทำงานในชั้นเรียนจะมีความซ้ำๆ และครูสอนช้าเกินไป (Reis, & et al., 1993; Winner, 1997) ดังนั้น เด็กกลุ่มนี้ จึงมักต้องเสียเวลาไปกับการรอให้เพื่อนในชั้นเรียนเรียนทัน ปัญหาที่ตามมาจากสถานการณ์การเรียนการสอนในชั้นเรียนปกติคือ เด็กขาดการทำท่ายหรือขาดการกระตุ้นความสนใจจึงมีแนวโน้มของการแสดงพฤติกรรมด้านลบ เช่น ชอบฝันกลางวัน เหม่อลอย ก่อกวนเพื่อนร่วมชั้น หรือความพยายามอื่นๆ ที่จะกระตุ้นตัวเอง

2) จากการทำงานไม่เสร็จ ขาดระเบียบ

ครูอาจรายงานว่าเด็กขาดความอดทนในการทำงานและมักจะทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่เสร็จ แต่ในเด็กที่เป็น ADD/ADHD จะปรากฏความสม่ำเสมอของการเกิดปัญหามากกว่าและเกิดแทบทุกสถานการณ์ ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงจะพบความแตกต่างกันหลายประการ อาทิ เด็กทั้งสองกลุ่ม อาจจะมีปัญหาในการทำการบ้านหรืองานที่ครูมอบหมายให้สำเร็จ แต่ในเด็กที่เป็น ADD/ADHD สาเหตุจะเกิดจากการลืมหืมทำงาน ไม่สามารถจำรายละเอียดของงานได้ ขาดความสนใจต่อคำสั่ง หรือทำเสร็จแต่ก็ไม่ถูกเพราะขาดความรอบคอบ สำหรับเด็กที่มีความสามารถพิเศษจะมีแนวโน้มที่จะเกิดจากความตั้งใจไม่ทำงานให้เสร็จหรือตัดสินใจที่จะไม่ทำต่อเหตุผลเพราะงานที่ได้รับไม่ท้าทายความสามารถ ไม่น่าสนใจเช่น เด็กอาจเขียนเฉพาะคำตอบและก็เป็นคำตอบที่ถูก แต่ไม่ยอมเขียนแสดงวิธีแก้โจทย์ปัญหา เพราะเขาสามารถหาหาคำตอบได้ในหัวอย่างรวดเร็ว โดยปัญหาที่ผู้ปกครองรายงาน เช่น เด็กไม่ยอมทำการบ้านเพราะบอกว่าง่ายเกินไป เรียนรู้หมดแล้ว หรือ

เลือกทำบางวิชาที่มีการคิดงานที่ไม่ชอบหรือวิชาที่ไม่สนใจก็จะไม่ทำ ลายมือไม่ดี ซึ่งอาจเกิดจากความคิด นำการกระทำ หรือความไม่สมดุลกันของสติปัญญากับความพร้อมของกล้ามเนื้อ ซึ่งมักจะเกิดในเด็กเล็ก

3) จากการเลี้ยงดูที่ขาดวินัย และกฎเกณฑ์

ในเรื่องกฎ กติกาของกลุ่ม บ่อยครั้งที่เด็กที่มีความสามารถพิเศษจะไม่ทำตามกฎเกณฑ์และระเบียบข้อบังคับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเห็นว่ากฎหรือคำสั่งดังกล่าวไม่สมเหตุสมผล หรือไม่เห็นด้วย ซึ่งพฤติกรรมของเด็กที่มีความสามารถพิเศษจะมาจากการตัดสินใจเลือกที่จะไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่ปฏิบัติตาม แต่ในเด็กที่เป็น ADD/ADHD นั้น การที่ไม่ปฏิบัติตามนั้นเป็นผลเกี่ยวเนื่องจากความหุนหันพลันแล่น ไม่สามารถที่จะควบคุมตนเองให้อยู่ในกฎระเบียบหรือข้อปฏิบัติของสังคม ซึ่งไม่ได้เกี่ยวกับการตระหนักถึงความสมเหตุสมผลของกฎเกณฑ์ต่างๆ เหมือนเช่นเด็กที่มีความสามารถพิเศษ หรือพฤติกรรมปัญหาของเด็กที่มีความสามารถพิเศษส่วนหนึ่งเกิดมาจากการเลี้ยงดูที่ขาดการฝึกเรื่องวินัย เช่น เล่นของเล่นแล้วไม่เก็บ ไม่สนใจรักษาข้าวของของตน หรือหยาบหยาบไม่พยายามในการทำอะไรต่างๆ ให้สำเร็จและดี ขาดการฝึกความรับผิดชอบในชีวิตประจำวัน หรือการเด็กไม่ยอมทำงานให้เสร็จ หรือทิ้งไปทำงานอื่นที่ตนสนใจมากกว่า

4) จากพฤติกรรมก้าวร้าว ทักษะทางสังคมไม่ดี

เด็กทั้งสองกลุ่มจะมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อน ในเด็กที่เป็น ADD/ADHD พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ทำอะไรไม่ยั้งคิด ไม่ฟังผู้อื่น หยิบฉวยสิ่งของจากผู้อื่น และมีแนวโน้มที่จะก้าวร้าว หรือมีการปฏิบัติที่เอาแน่เอานอนไม่ได้ (Barkley, 1997) เป็นพฤติกรรมด้านลบที่ส่งผลกระทบต่ออย่างชัดเจนต่อการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

ส่วนเด็กที่มีความสามารถพิเศษก็อาจจะมีปัญหาในเรื่องพฤติกรรมก้าวร้าวและดูเหมือนไม่ฟังผู้อื่นเช่นกัน เพราะเด็กมีแนวโน้มที่จะพูดจาตรงไปตรงมา อาจพูดโพล่งชัดแจ้งหะอย่างไม่เหมาะสมเมื่อเห็นว่าคนอื่นผิด เช่น การบอกว่าที่ครูกำลังสอนนั้นไม่ถูกต้อง และอีกสาเหตุที่ทำให้เด็กเก่งไม่ค่อยมีเพื่อน เกิดจากความแตกต่างเมื่อเทียบกับเพื่อนในวัยเดียวกันในเรื่องของความสนใจ ความสามารถในการคิด และสติปัญญา ทำให้บ่อยครั้งที่เด็กที่มีความสามารถพิเศษจะปฏิเสธหรือเป็นผู้ถูกปฏิเสธจากเพื่อนในวัยเดียวกัน

จากตัวอย่างพฤติกรรมที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าในกรณีการวินิจฉัย ADD/ADHD ในเด็กที่มีความสามารถทางสติปัญญาสูง หรือเด็กที่มีความสามารถเฉพาะทางอื่นๆ ควรจะได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยโดยผู้ที่มีประสบการณ์กับเด็กที่มีความสามารถพิเศษด้วย ซึ่งต้องอาศัยการสังเกตพฤติกรรมของเด็กจากผู้ใกล้ชิดในหลายๆ สถานการณ์ และเป็นช่วงเวลานานพอควร ที่ตั้งข้อควรระวังเหล่านี้ เพราะว่าหากเด็กที่มีความสามารถพิเศษ ถูกจัดให้เรียนอยู่ในระบบการจัดการศึกษาที่ไม่มีความเหมาะสมกับศักยภาพและขาดการกระตุ้นที่เพียงพอ หรือบางที่ครูและผู้ที่เกี่ยวข้องในการวินิจฉัย ADD/ADHD ในเด็กเก่ง อาจจะไม่ตระหนักถึงลักษณะและธรรมชาติของเด็กที่มีความสามารถพิเศษจึงมีการตีความพฤติกรรมผิดๆ เช่น มองพฤติกรรมกระหายใคร่รู้และมีพลังมากและกระตือรือร้น เป็นอาการหุนหันพลันแล่น เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม เด็กที่มีความสามารถพิเศษบางคนก็อาจมีภาวะ ADD/ADHD ร่วมด้วย (gifted child with ADD/ADHD) พวกเขาจึงมีทั้งลักษณะของ ADD/ADHD และลักษณะของความสามารถที่เหนือกว่าบุคคลในวัยเดียวกัน (Moon, & et al., 2001) เรียกเด็กกลุ่มนี้ว่า twice exceptional child แม้ว่าเด็ก

จะมีศักยภาพสูงแต่ก็ถูกจำกัดด้วยพฤติกรรมปัญหา เด็กกลุ่มนี้จึงมีความยากลำบากในการทุ่มเทความสนใจต่อบทเรียนหรือทำงานที่ได้รับมอบหมาย และยังมีปัญหาในเรื่องความหุนหันพลันแล่น ซึ่งปกติแล้วจะเกิดขึ้นในหลายๆ สถานการณ์ เพราะฉะนั้นเด็กต้องการการรักษาในด้านที่เป็น ADD/ADHD และขณะเดียวกันพวกเขาก็ต้องการการจัดการศึกษาที่เหมาะสมกับศักยภาพสำหรับด้านที่เป็นความสามารถพิเศษ

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัย พบว่า มีความเป็นไปได้ที่ ADD/ADHD อาจถูกมองข้ามในเด็ก โดยเฉพาะในรายที่เรียกว่า “ฉลาดเป็นพิเศษ” (Webb, et al., 2005) ซึ่งมักพบในช่วงวัยเด็กเล็ก เพราะเด็กจะยังสามารถจดความสนใจต่อกิจกรรมได้ เนื่องจากในแต่ละคาบเรียนของชั้นเด็กเล็กจะถูกแบ่งเป็นช่วงสั้นๆ และมีกิจกรรมที่หลากหลายและส่วนมากเป็นกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่บ่อยครั้ง จากความสามารถทางสติปัญญาที่สูงกว่าเพื่อนในชั้นเรียน ทำให้เด็กฉลาดที่เป็น ADD/ADHD สามารถร่วมทำกิจกรรมได้ และสามารถผ่านการสอบหรือทำงานที่ได้รับมอบหมายได้ดีเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนในวัยเดียวกัน แต่เมื่อเด็กต้องศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น เช่น เข้าสู่ประถมศึกษาตอนปลาย จะพบว่าทักษะความสามารถที่เคยใช้ชดเชยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากภาวะ ADD/ADHD ในช่วงวัยเด็กเล็กนั้น ไม่เพียงพอต่อการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นที่ต้องอาศัยความตั้งใจ และทักษะขั้นสูงด้านอื่นๆ อีกต่อไป

ต่อไปนี้เป็นข้อเสนอแนะ 4 ประการ ที่ผู้เขียนได้เสนอเกี่ยวกับการดำเนินการคัดกรองและวินิจฉัย ADD/ADHD ในเด็กที่มีความสามารถพิเศษให้มีความถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น ซึ่งทั้งผู้ปกครอง ครู นักจิตวิทยา และแพทย์ ต่างก็มีบทบาทสำคัญในการตรวจประเมินดังกล่าว

1) การตระหนักถึงบริบทของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่หลากหลาย

เด็กที่มีความสามารถพิเศษที่แสดงพฤติกรรมปัญหาค้ำกับอาการของ ADD/ADHD ที่โรงเรียน อาจจะไม่แสดงพฤติกรรมออกมาเมื่ออยู่ที่บ้าน พิพิธภัณฑสถาน หรือห้องสมุด เพราะว่าพวกเขาให้ความสนใจอย่างแท้จริงในสิ่งที่ได้ทำตามความสนใจ เช่น เด็กมีพฤติกรรมเดินร่วนในห้องเรียน แต่เมื่ออยู่ในห้องสมุดสามารถจดจ่ออยู่กับการอ่านหนังสือเกี่ยวกับดาราศาสตร์ได้นานเกือบสองชั่วโมง ดังนั้น การพิจารณาบริบทของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งจำเป็น เด็กที่มีความสามารถพิเศษจะแสดงพฤติกรรมปัญหาในสถานการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง เช่น เด็กแสดงอาการเฉพาะในวิชาครูที่เน้นการท่องจำ ซึ่งสามารถอธิบายด้วยลักษณะทางจิตวิทยาของเด็กที่มีความสามารถพิเศษ แต่สำหรับเด็กที่เป็น ADD/ADHD ปัญหาด้านพฤติกรรมมีแนวโน้มที่จะปรากฏให้เห็นในทุกสถานการณ์ ถึงแม้ว่าโดยเกณฑ์การวินิจฉัยจะระบุว่าต้องพบความบกพร่องที่เกิดจากอาการปัญหาในสถานการณ์อย่างน้อยสองแห่งเป็นเวลาอย่างน้อยหกเดือนก็ตาม การคัดกรองที่ดีผู้คัดกรองควรใช้เวลาสังเกตและพิจารณาพฤติกรรมของเด็กแต่ละคนอย่างถี่ถ้วน หากครูขาดความมั่นใจและไม่เห็นความสำคัญของการคัดกรองอาจส่งผลให้ครูใช้เวลาและความพยายามในการคัดกรองน้อย ผลการคัดกรองจึงมีโอกาสคลาดเคลื่อนได้ (ภาสุรี แสงศุภวานิช และคนอื่นๆ, 2554)

2) การมีความรู้ความเข้าใจธรรมชาติของเด็กที่มีความสามารถพิเศษ

จากประสบการณ์ทำงานของผู้เขียนพบว่า ยิ่งเด็กที่มีความสามารถพิเศษในระดับสูงจะมีความไม่สมดุลกันของพัฒนาการมากขึ้น (asynchronous development) อันเป็นตัวชี้วัดประการหนึ่งของลักษณะ

ความสามารถพิเศษ (giftedness) (Silverman, 1997) ซึ่งหากผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กไม่มีความรู้ความเข้าใจอาจตีตราเด็กในทางที่ผิดได้ ยกตัวอย่างเช่น การทดสอบด้านทางจิตวิทยาอาจช่วยให้สามารถทราบถึงปัญหาด้านอารมณ์ที่เป็นเหตุให้มีพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับ ADD/ADHD ได้ แต่หากการแปลผลจากแบบทดสอบไม่ได้คำนึงถึง ลักษณะ overexcitabilities ของเด็กที่มีความสามารถพิเศษซึ่งส่งผลทำให้การตอบสนองของเด็กเต็มไปด้วยอารมณ์ มีแนวโน้มจะแสดงออกถึงความมีจิตนาการมากกว่าปกติ (Webb, & Kleine, 1993; Mika, 2006) อาจทำให้ครูหรือนักจิตวิทยาวิเคราะห์การตอบสนองเหล่านั้นว่าเป็นพยาธิวิทยาได้ เป็นต้น ระบบการคัดกรองเด็กสมาธิสั้นที่ประสบความสำเร็จในต่างประเทศ จะเน้นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ประจำอยู่ในโรงเรียน โดยมีหน้าที่รับผิดชอบเป็นบุคลากรหลักในการคัดกรองเด็ก ซึ่งแตกต่างจากครูพยาบาลในโรงเรียนของประเทศไทยที่ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นพยาบาลวิชาชีพ อีกทั้งมีหน้าที่รับผิดชอบหลายอย่าง ในขณะที่ระบบการคัดกรองจำเป็นต้องอาศัยผู้ที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน (ภาสุรี แสงสุภาวานิช และคนอื่นๆ, 2554)

3) การพิจารณาความสอดคล้องจากผลของแบบทดสอบต่างๆ

แม้ว่าในกระบวนการวินิจฉัย ADD/ADHD ในเด็กจะมีการรวบรวมข้อมูลจากหลากหลายบุคคลที่ใกล้ชิดเด็กแล้วก็ตาม แต่ความเข้าใจในภาวะ ADD/ADHD และศักยภาพในตัวเด็กแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ การประเมินที่เป็น subjective ที่ข้อความถามหลายข้อขึ้นอยู่กับเจตคติของผู้คัดกรอง ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะมีความแปรปรวนของผลการคัดกรอง หรือ การใช้แบบ check list ประเมินพฤติกรรมโดยผู้ปกครองหรือครู เช่น Conners' Parent and Teacher Rating Scales ซึ่งใช้กันอย่าง

แพร่หลาย ที่ผู้ประเมินสังเกตพฤติกรรมและประเมินความรุนแรงของพฤติกรรมเด็กโดยแบ่งเป็นระดับ เช่น ไม่ทำเลย/ทำเล็กน้อย/ทำค่อนข้างมาก/ทำมาก เป็นต้น โดยที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับข้อมูลลงลึกถึงสาเหตุพฤติกรรมปัญหา ดังนั้น ไม่ว่าจะเป็นการใช้ผลจากการทดสอบเขาวงกตปัญญา ผลการเรียน (academic achievement) และผลการทดสอบทางจิตวิทยาต่างๆ ต้องการการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกฝนมา ซึ่งการตรวจสอบผลคะแนนรวมของเขาวงกตปัญญา หรือคะแนนจากผลการเรียนนั้นไม่เพียงพอในการอธิบายถึงสภาวะของพฤติกรรมปัญหา ควรดูความพยายามและความถูกต้องของแต่ละส่วนย่อยของแบบทดสอบที่บางเรื่องเด็กอาจจะทำได้ดี และบางเรื่องอาจจะทำได้ไม่ดีโดยต้องพิจารณาความเป็นไปได้ที่อาจเกิดจากภาวะ ADD/ADHD หรือ giftedness เครื่องมือคัดกรอง ครูใหม่หลายคนไม่เคยผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือคัดกรอง

4) การมีผู้ให้ข้อมูลหลากหลายและต้องเป็นผู้ใกล้ชิดเด็ก

การรวบรวมความเห็นจากผู้ให้ข้อมูลหลายคน ที่สังเกตพฤติกรรมของเด็กในสถานที่และสถานการณ์ที่แตกต่างกัน จะช่วยให้การวินิจฉัยมีความเชื่อถือและความแม่นยำมากขึ้น ซึ่งเด็กบางคนอาจมีพฤติกรรมที่บ้านและที่โรงเรียนไม่เหมือนกัน หรือแม้กระทั่งพฤติกรรมการเรียนในแต่ละวิชา เช่น เด็กอาจมีความสนใจในการเรียนวิชาวิทยาศาสตร์ ที่ครูเปิดโอกาสให้เด็กคิด ทดลองในสิ่งที่สนใจ แต่เด็กอาจปฏิเสธการเรียนหรือเป็นตัวก่อกวนในวิชาที่ครูเน้นแต่การท่องจำ เป็นต้น ดังนั้นการประเมินแรงกระตุ้นหรือความสนใจของเด็กจึงมีความสำคัญมาก เพราะจากกรณีข้างต้นเป็นไปได้ว่าครูประจำวิชาสองคนจะมีภาพของเด็กต่างกัน โดยหลักการครูผู้คัดกรองเด็กควรมีเวลาในการทำความคุ้นเคยกับเด็กอย่างน้อย 6 เดือน ผู้ประเมิน

ควรให้เวลากับการรวบรวมข้อมูลจากบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับเด็ก เช่น ผู้ปกครอง ครูประจำชั้น และครูประจำวิชาต่างๆ และการสัมภาษณ์จะทำให้สามารถเข้าใจพฤติกรรมของเด็กได้มากขึ้นกว่าการดูผลจากรายงานแบบสังเกตพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว

สรุป

ADD/ADHD เป็นเหตุผลที่เด็กในวัยเรียนถูกส่งไปพบกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตมากที่สุด การคัดกรองและการวินิจฉัย ADD/ADHD ในเด็กที่มีความสามารถพิเศษเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและต้องการผู้ที่มีประสบการณ์กับเด็กที่มีความสามารถพิเศษ เพราะพฤติกรรมปัญหาหลายอย่างของเด็กทั้งสองกลุ่มแสดงออกคล้ายกัน ซึ่งมีเด็กหลายรายที่ผู้ปกครองหรือครูสงสัยว่าเป็น ADD/ADHD และไปพบแพทย์เพื่อวินิจฉัย แต่พบว่าไม่มี significant impairments ตามที่กำหนดในเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV-TR ในทางตรงกันข้าม เด็กที่มีความสามารถพิเศษที่เป็น ADD/ADHD อาจจะถูกไม่ถูกคัดกรอง เพราะในวัยเด็กเล็ก ระดับความสามารถทางสติปัญญายังใช้ชดเชยความบกพร่องได้ จึงอาจไม่ได้เข้าสู่ระบบการช่วยเหลือที่เหมาะสม โดยลักษณะพฤติกรรมของเด็กที่มีความสามารถสูงที่แสดงออกคล้ายกับ ADD/ADHD สรุปได้ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมที่แสดงออกในการตอบโต้ผู้อื่น
 - มีการโต้ตอบช้าเมื่อมีผู้พูดด้วย แต่คำตอบนั้นได้ผ่านการคิดไตร่ตรองมาแล้ว
 - บางครั้งจะโผล่คำตอบออกมาในชั้นเรียน ซึ่งส่วนมากจะเป็นคำตอบที่ถูก
 - การขัดจังหวะการสนทนาหรือพูดแทรกมักเป็นไปเพื่อที่จะแก้ความผิดพลาดของผู้อื่น
2. พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจ

- สามารถที่จะเลือกทำกิจกรรมตามความสนใจ และการเลิกทำงานได้นั้น มักจะเกิดจากความตั้งใจหรือตัดสินใจที่จะไม่ทำงานนั้นๆ เอง

- มีระยะความสนใจในงานหรือกิจกรรมได้นานขึ้น หากงานมีความท้าทายและตรงกับความสนใจ ถึงแม้จะไม่มีรางวัล หรือแรงกระตุ้นจากครู

- ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมเมื่อได้ทำกิจกรรมที่สนใจ จนเหมือนไม่ฟังผู้อื่น

- ง่ายต่อการเปลี่ยนความสนใจจากกิจกรรมหนึ่งไปยังกิจกรรมอื่นที่มีความน่าสนใจเหมือนกัน

- สามารถผ่านการทดสอบสมาธิ/ความสนใจ และสามารถเปลี่ยนความสนใจได้อย่างฉับพลันถ้ามีแรงกระตุ้น

- สามารถกลับมาทำกิจกรรมหรืองานที่ค้างไว้ได้รวดเร็วภายหลังจากถูกรบกวนหรือหยุดงาน

ดังนั้น หากกระทรวงศึกษาธิการยังคงดำเนินนโยบายให้มีการคัดกรอง ADD/ADHD ในเด็กวัยเรียน ควรเร่งพัฒนาระบบคัดกรองให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการสร้างความพร้อมของครู บุคลากรทางการศึกษาและผู้ปกครอง ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องถึงลักษณะของ ADD/ADHD สิ่งสำคัญที่จะลดความผิดพลาดในการคัดกรองเด็กควรมีผู้ที่มีประสบการณ์กับเด็กที่มีความสามารถพิเศษเข้าร่วมด้วยในกระบวนการคัดกรองควร เพื่อจะได้ตระหนักถึงธรรมชาติของเด็กที่มีความสามารถทางสติปัญญาหรือความสามารถเฉพาะด้าน เมื่อครู ผู้ปกครองมีความเข้าใจพฤติกรรมของเด็กกลุ่มนี้อย่างถูกต้อง มุ่งให้ความสำคัญกับจุดเด่น (ความสามารถและศักยภาพ) และปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร่วมกับการจัดการศึกษาที่เหมาะสมกับเด็กกับความสามารถของเด็กที่มีความสามารถได้ จะทำให้เด็กได้ใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่และเป็นกำลังของชาติต่อไป

บรรณานุกรม

- ภาสุรี แสงสุภาวานิชม, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, คัคณางค์ โตสงวน, จันทนา พัฒนภัสซ์, วรณภา เล็กอุทัย, จุฑามาส วรโชติกำจร และคนอื่นๆ. (2554). **รายงานวิจัย การคัดกรองโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนในโรงเรียน**. กรุงเทพฯ: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2551). **ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)**. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barkley, RA. (1990). **Attention-deficit/hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment**. New York: Guilford Press.
- Barkley, RA. (1997). **ADHD and the nature of self-control**. New York: Guilford Pres.
- Barkley, RA., & et al. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. **The Journal of Child Psychology and Psychiatry**. 45(2), 195-211.
- Barbaresi, WJ., & et al. (2004). How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? toward resolution of the controversy: results from a population-based study. **ACTA Paediatrica Supplement**. 93, 55-59.
- Brown, SE. (2000). Diagnosis and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Journal of Counseling and Development**. 78, 195-203.
- Guevara, J., & et al. (2001). Utilization and cost of health care services for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Pediatrics**. 108(1), 71-8.
- Hakkaart-van Roijen, L., & et al. (2007). Social costs and quality of life of children suffering From attention deficient hyperactivity disorder (ADHD). **European Child and Adolescent Psychiatry**. 16(5), 316-26.
- Hallahan, DP., Kauffman, JM., & Pullen, PC. (2012). **Exceptional learners: an introduction to Special education**. (12th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Hartnett, DN., Nelson, JM., & Rinn, AN. (2004). Gifted or ADD/ADHD? the possibilities of misdiagnosis. **Roeper Review**. 26, 73-6.
- Leroux, JA., & Levitt-Perlman M. (2000). The gifted child with attention-deficit disorder: an identification and intervention challenge. **Roeper Review**. 22, 171-6.
- Mika E. (2006). Giftedness, ADHD, and overexcitabilities: the possibilities of misinformation. **Roeper Review**. 28, 37-42.
- Moon, SM., & et al. (2001). Emotional, social, and family characteristics of boys with AD/HD and giftedness: a comparative case study. **Journal for the Education of the Gifted**. 24, 207-47.

- The MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Archives of General Psychiatry*. 56(12), 1073-86.
- Reis, SM., & et al. (1993). **Why not let high ability students start school in January? the curriculum Compacting study**. Storrs, CT: The National Research Center on Gifted and Talented.
- Rogers, KB. (2002). **Re-forming gifted education: how parents and teachers can match The program to the child**. Scottsdale, AZ: Great Potential Press.
- Ryser, GR. (2004). **Qualitative and quantitative approaches to assessment**. In: Johnsen SK (Ed.), *Identifying gifted students: a practical guide*. Texas: Prufrock Press.
- Silverman, LK. (1997). The construct of asynchronous development. *Peabody Journal of Education*. 72, 36-58.
- Wacharasindhu, A., & Panyayong, B. (2002). Psychiatric Disorder in Thai school-aged children: i prevalence. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 85(suppl1), 125-36.
- Webb, JT. (1993). **Nurturing social-emotional development of gifted children**. In: Heller, KA., Monks, FJ., Passow, AH. (Eds.), *International handbook for research on giftedness and talent*. pp.525-38. Oxford, England: Pergamon Press.
- Webb, JT., & et al. (2005). **Misdiagnosis and dual diagnoses of gifted children and adults: ADHD, bipolar, OCD, asperger's, depression, and other disorders**. Scottsdale, Arizona: Great Potential Press.
- Webb, JT., & Kleine, PA. (1993). **Assessing gifted and talented children**. In Willis, DJ., Culbertson, JL., (Eds.), *Testing young children*. pp.383-407. Austin, TX: PRO-ED.
- Winner, E. (1997). Exceptionally high intelligence and schooling. *American Psychologist*. 52, 1070-81.
- Wolraich, ML. (2012). The new attention deficit hyperactivity disorder clinical practice guidelines published by the American Academy of Pediatrics. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 33, 76-7.