

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN STUDENTS: THE ROLE OF TEACHERS AND GUIDELINES FOR HELPING IN SCHOOLS

Thitthaone Hongkittiyanon, Ed.D. , Boonleang Thumthong, Ed.D.***

Abstract

Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a symptom that has been demonstrated since childhood. Caused by abnormalities in the work of the brain this affects behavior, mood, socializing and learning of children. It consists of 3 main symptoms: inattention, hyperactivity and impulsiveness, by starting to show symptoms since childhood and most often it continues to reach adolescents or adulthood, without good intervention, the symptoms of this disorder can have a negative impact in education, occupation, family and society. Help in many ways, including giving advice to parents. Psychological assistance help in learning and drug treatment.

The role of teachers in helping to solve problems in the class by finding the cause and take corrective action in the course. Correctly, it will allow children to learn to their full potential and appropriate for ADHD. Schools should build good relationships between teachers and children. Creating a learning atmosphere that is friendly with children, being a good role model in respect of humanity appreciating change efforts knowing how to appreciate the good rather than the teacher's stare the role of the teacher is therefore important in promoting the learning atmosphere. And the environment showing acceptance of students with ADHD.

Keywords: Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), helping, develop skills

**Lecture, Faculty of Nurse, Rambhai Barni Rajabhat University*

***Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Education, Surindra Rajabhat University, e-mail: boonleang4848@gmail.com*

Received: 8 July 2021, Revised: 12 August 2021, Accepted: 16 August 2021

โรคสมาธิสั้นในเด็กนักเรียน: บทบาทครูและแนวทางการช่วยเหลือในโรงเรียน

จิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, ศษ.ค.* , บุญเลี้ยง ทุมทอง, ศษ.ค.**

บทคัดย่อ

สมาธิสั้นเป็นกลุ่มอาการที่แสดงให้เห็นได้ตั้งแต่วัยเด็ก เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเข้าสังคม และการเรียนรู้ของเด็ก ประกอบด้วย 3 กลุ่มอาการหลัก คือ อาการขาดสมาธิ อาการซนอยู่ไม่นิ่ง และอาการหุนหันพลันแล่น โดยเริ่มแสดงอาการตั้งแต่วัยเด็ก และส่วนใหญ่มักเป็นต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ หากไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือที่ดีอาการความผิดปกติที่เป็นจะทำให้เกิดผลกระทบทั้งในด้านการเรียน อาชีพ ครอบครัว และสังคม การรักษาโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการช่วยเหลือหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การให้คำแนะนำแก่พ่อแม่ การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ การช่วยเหลือในด้านการเรียน และการรักษาด้วยยา

บทบาทของครูในการช่วยแก้ปัญหาในด้านการเรียน โดยการค้นหาสาเหตุและดำเนินการแก้ไขไปในแนวทางที่ถูกต้องจะช่วยให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้เต็มตามศักยภาพและเหมาะสมตามวัยสมาธิสั้น โรงเรียนควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครูกับเด็ก การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นกัลยาณมิตรกับเด็ก การเป็นต้นแบบที่ดีในการเคารพความเป็นมนุษย์ การเห็นคุณค่าในความพยายามเปลี่ยนแปลง การรู้จักชื่นชมในจุดดีมากกว่าข้อจ้อจบกของเด็ก บทบาทของครูจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ และสิ่งแวดล้อมที่แสดงถึงการยอมรับเด็กนักเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้น

คำสำคัญ : โรคสมาธิสั้น การช่วยเหลือ การพัฒนาทักษะ

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

**ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, e-mail: boonleang4848@gmail.com

วันที่รับ: 8 กรกฎาคม 2564, วันที่แก้ไข: 12 สิงหาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 16 สิงหาคม 2564

บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า และเป็นอนาคตที่สำคัญของชาติ จึงควรได้รับการเลี้ยงดู และส่งเสริมพัฒนาการในแต่ละวัยอย่างเหมาะสม ให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป จากข้อมูลประชากรคาดประมาณ ณ กลางปี 2561 พบสัดส่วนประชากรวัยเด็กมีเกือบ 1 ใน 4 ของประชากรไทย ทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) นอกจากนี้คุณเดือน ตั้งอารีอรุณ และคณะ (2564) ยังได้ศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะติดเกมในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นของไทยช่วงปี 2563 คิดเป็นร้อยละ 8.30 น้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ในต่างประเทศที่พบความชุกของภาวะติดเกมในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นร้อยละ 11.22 และในประเทศไทยพบความชุกร้อยละ 37.57 ในจำนวนนี้มีเด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 6 - 12 ปี ที่เป็นช่วงวัยสำคัญในการเรียนรู้ ทักษะชีวิต และพัฒนาการทางด้านสติปัญญา มีการทำงานของสมองพัฒนาอย่างรวดเร็วและเต็มที่ (เบญจรัตน์ นุชนาฎ, 2561) หากพบอุปสรรคต่อพัฒนาการดังกล่าวในช่วงวัยนี้ เด็กอาจมีพัฒนาการที่ไม่เหมาะสมตามวัย โดยเฉพาะการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตกลุ่มพัฒนาการและการเรียนรู้

โรคสมาธิสั้น (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก (ก่อนอายุ 12 ปี) ที่เกิดจากพัฒนาการที่บกพร่องของสมอง (Neurodevelopment Disorder) โดยมีกลุ่มอาการประกอบด้วย อาการขาดสมาธิ (Attention Deficit) อาการหุนหันพลันแล่น วู่วาม (Impulsivity) อาการซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมี

ความผิดปกติของพฤติกรรม อารมณ์ การเรียนรู้ รวมทั้งการเข้าสังคมกับผู้อื่น ซึ่งอุบัติการณ์ของโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นทั่วโลกพบประมาณ ร้อยละ 5.29 (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007) สำหรับการสำรวจในประเทศไทยในปี พ.ศ.2555 พบความชุกของโรคสมาธิสั้นประมาณ ร้อยละ 8.10 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ เด็กอายุระหว่าง 8 - 11 ปี ซึ่งพบความชุกสูงสุดในเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้น (ป.1 - 3) ร้อยละ 9.40 (ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ, 2556) และพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4 - 6 เท่า (Piyasil & Katumarn, 2007) การที่เด็กป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสมตั้งแต่อายุน้อยหรือเริ่มมีอาการมักจะได้ผลดี แต่หากไม่ได้รับการรักษาอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบในด้านต่างๆ ต่อตัวเด็ก ครอบครัว และสังคมได้ในอนาคต โดยผลกระทบต่อตัวเด็กนั้นอาจมีความล้มเหลวด้านการเรียน หรือก่อให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น หนีเรียน เกิดอุบัติเหตุเนื่องจากมีพฤติกรรมซนซนผิดปกติ เล่นโลดโผน บางรายจะมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจนขาดความมั่นใจ และเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2557) สำหรับผลกระทบต่อครอบครัว พบว่าจะมีปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา เช่น มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด รวมทั้งมีการใช้ความรุนแรงระหว่างพี่น้องในครอบครัว (Harpin, 2005) ทางด้านสังคม พบว่า เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่หรือวัยรุ่นผู้ใหญ่จะมีการใช้สารเสพติด ก่อ

อาชญากรรม และเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน (ADHD Institute, 2018) ในประเทศไทยพบรายงานการศึกษาเด็กที่ต้องคดีในสถานพินิจกรุงเทพมหานคร อายุ 11 - 18 ปี เป็นกลุ่มโรคสมาธิสั้นอย่างเดียวร้อยละ 28.00 และเป็นกลุ่มที่เป็นโรคสมาธิสั้นร่วมกับภาวะเกร ก้าวร้าว ถึงร้อยละ 82.00 (Puthisri & Yingsaree, 2003)

ทั้งนี้ โรคสมาธิสั้นสามารถคัดกรองเบื้องต้น เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงได้ โดยใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น Swanson, Nolan and Pelham-IV Questionnaire หรือ SNAP-IV ซึ่งข้อคำถามจะยึดตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคตาม DSM-IV ทำให้สามารถแยกอาการของโรคสมาธิสั้นได้ (ฉัตร พิชยรัตน์เสถียร และคณะ, 2559) ซึ่งการค้นหากลุ่มเสี่ยงในระยะแรกเริ่มของการเกิดโรคจะนำไปสู่การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป การรักษาทางจิตสังคม เป็นวิธีการรักษาที่ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาเพื่อเพิ่มประสิทธิผลการรักษาโรคสมาธิสั้นให้สูงขึ้น

เด็กสมาธิสั้นมักประสบปัญหาการเรียน และปัญหาการเข้าสังคมที่โรงเรียน ด้วยเหตุนี้การให้ความช่วยเหลือในโรงเรียน (School-based Interventions) โดยครูซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะโรคและผลต่อพฤติกรรม ความเป็นไปของโรค การปรับพฤติกรรม และการส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น ครูควรมีทัศนคติที่ดีต่อเด็ก มีความอดทน มีความรู้และความเข้าใจข้อจำกัดของโรคสมาธิสั้น มีแนวทางการดูแลเด็กและเข้าใจเทคนิคการปรับพฤติกรรมในชั้นเรียน สิ่งเหล่านี้ทำให้ครูสามารถช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นให้เรียนรู้และ

ใช้ชีวิตร่วมกับเพื่อนทั่วไปได้ดีต่อไป

สาเหตุและวิธีการรักษาสมาธิสั้น

เชื่อว่า โรคสมาธิสั้นมีสาเหตุเป็นได้จากหลายปัจจัย โดยมีปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นสาเหตุหลัก ส่วนใหญ่ของกลุ่มผู้ป่วย ในปัจจุบันได้มีการค้นพบยีนหลายตัวที่น่าจะเกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคสมาธิสั้น ได้แก่ Dopamine 4 and 5 receptor gene, Dopamine transporter gene, Dopamine beta-hydroxylase gene, และ Serotonin transporter gene8 นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมบางอย่างอาจมีส่วนทำให้เกิดโรคสมาธิสั้น เช่น ภาวะพิษจากสารตะกั่ว การสูบบุหรี่ของมารดาในขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของการตั้งครรภ์และการคลอด ส่วนปัจจัยด้านการเลี้ยงดู เช่น การเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบหรือการปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์มากเกินไป ไม่ได้เป็นสาเหตุ แต่อาจมีส่วนทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นเป็นมากขึ้นได้ (วิจิตร ณ อุทัย, 2555) ปัจจุบันเชื่อว่าโรคสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติของสมอง ไม่ได้เกิดจากความผิดหรือความบกพร่องของพ่อแม่ หรือการเลี้ยงดูเด็กผิดวิธี แต่การเลี้ยงดูที่ผิดวิธีจะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น (สถาบันราชานุกูล, 2558) นอกจากนี้จากรายงานวิจัยของคณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น คือ นักเรียนชายที่เริ่มดูโทรทัศน์เมื่ออายุน้อยกว่า 1 ปี 6 เดือนมีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมากกว่านักเรียนชายที่อายุมากกว่า 1 ปี 6 เดือน (OR = 5.56, 95%CI = 1.36 - 22.66) การได้รับอนุญาตให้หน้าโทรทัศน์ที่มีสื่อไปใช้งานที่โรงเรียน (OR = 41.19, 95%CI = 3.40 - 499.41)

(ปริญา สุริพล และคณะ, 2560)

ส่วนวิธีการรักษาและช่วยเหลือโรคสมาธิสั้นนั้นสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ วิธีการรักษาทางยา โดยใช้ยากลุ่ม Psycho Stimulants ยากลุ่มต้านเศร้า (antidepressant) และยากลุ่มรักษาโรคจิต (antipsychotic) แต่อย่างไรก็ตามการรักษาทางยาเพียงอย่างเดียว แม้จะทำให้ปัญหาทางด้านสมาธิและพฤติกรรมดีขึ้น 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 การจัดชั้นเรียน การให้ความช่วยเหลือด้านการศึกษา ปรับวิธีการสอนและอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับศักยภาพของเด็ก รวมทั้งบริการด้านอื่น ๆ ได้แก่ การให้ความรู้และข้อมูลแก่เด็กสมาธิสั้นและครอบครัว การควบคุมอาหาร เป็นต้น

อาการเด็กสมาธิสั้นแต่ละช่วงวัย

โรคสมาธิสั้นนั้นแท้จริงแล้วได้รับการบรรยายไว้ในวารสารทางการแพทย์อย่างเป็นทางการมากกว่า 100 ปีแล้ว เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีลักษณะอยู่ไม่นิ่ง มีปัญหาในการคงสมาธิ และมัก

พบว่ามีปัญหาในการควบคุมตนเองและเกิดปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ให้ผู้คนรอบข้างปวดศีรษะได้บ่อย ๆ ในปัจจุบันทั้งในวงการแพทย์และวงการการศึกษา ได้ให้ความสนใจโรคสมาธิสั้นอย่างจริงจัง ทำให้มีการศึกษาวิจัยและรวบรวมประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้นจนเกิดความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาและช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นอย่างมากมาย ซึ่งสถาบันราชานุกูล (2558) ได้จัดทำคู่มือในการช่วยคุณครูดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยอธิบายกลุ่มอาการเด็กสมาธิสั้นแต่ละช่วงวัยมีรายละเอียดดังนี้

1. วัยอนุบาล

เด็กมักมีประวัติในช่วงขวบปีแรกว่ามีลักษณะเสียงยาก เช่น กินยากนอนยาก ร้องกวนมาก มีอารมณ์หงุดหงิด แต่เด็กจะมีพัฒนาการค่อนข้างเร็วไม่ว่าจะเป็นการตั้งไข่ คลาน ยืน เดิน หรือวิ่ง เมื่อเริ่มเดินก็จะชนอยู่ไม่นิ่ง วิ่งหรือปีนป่ายไม่หยุด เมื่อเข้าอนุบาลคุณครูมักจะเห็นว่าเด็กขยุกขยิกอยู่ไม่นิ่ง ลุกจากเก้าอี้ เดินออกนอกห้อง ปีนป่าย ค้นหรือสิ่งของพลังงานมาก ไม่นอนกลางวัน เล่นกับเพื่อนแรง ๆ กระแรงไม่ถูก

2. วัยประถมศึกษา

เมื่อเข้าวัยเรียน จะสังเกตได้ว่าเด็กมีสมาธิสั้นวอกแวกง่าย ไม่สามารถนั่งทำงานหรือทำการบ้านได้จนเสร็จ ทำให้มีปัญหาการเรียนตามมา การควบคุมตนเองของเด็กไม่ค่อยดี อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ทนต่อความคับข้องใจไม่ค่อยได้ ทำให้เกิดปัญหากับเพื่อน ๆ เมื่ออยู่ในห้องเรียนก็ไม่สามารถใช้ชีวิตได้เหมือนเพื่อนคนอื่น ๆ มักจะรบกวนชั้นเรียน ไม่น้อยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของห้องเรียน

3.วัยมัธยมศึกษา

เมื่อเข้าวัยรุ่น อาการชอนอยู่ไม่นิ่งในเด็กบางคนอาจลดลง แต่ความไม่มีสมาธิและขาดความยับยั้งชั่งใจของเด็กจะยังคงอยู่ ปัญหาการเรียนจะหนักขึ้น เพราะอาการขาดสมาธิที่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง ด้วยลักษณะที่ชอบ ความตื่นเต้น ทำท่าย เบื่อง่าย ประกอบกับความล้มเหลวตั้งแต่เล็ก และความรู้สึกว่าตนเองไม่ดี เด็กอาจจะเกิดพฤติกรรมเกร่ รวมกลุ่มกับเพื่อนที่มีพฤติกรรมคล้ายกัน ชักชวนกันทำเรื่องฝ่าฝืนกฎของโรงเรียน จนอาจเลยเถิดไปถึงการใช้สารเสพติดได้

ปัญหาพฤติกรรมที่พบร่วมกับเด็กสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้นเกิดจากความบกพร่องในการทำงานของสมอง จึงสามารถพบร่วมกับความบกพร่องในความสามารถอื่นร่วมด้วยกับโรค เช่น

- ความบกพร่องในทักษะการเรียนรู้ ถือเป็นความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่พบได้บ่อยในเด็กวัยรุ่น เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะพบภาวะนี้ร่วมด้วยร้อยละ 20.00 – 30.00 เด็กจะมีลักษณะอ่านหนังสือ เขียนหนังสือ คำนวณไม่ได้หรือทำได้บ้างแต่แตกต่างจากเด็กอื่น 2 ชั้นเรียน ทั้งที่ฉลาดเท่ากัน

- การพูดและการสื่อความสื่อความหมาย มักมีประวัติพูดช้าในวัยเด็ก เมื่อโตขึ้นจะพูดมากและพูดเร็ว แต่จะมีความเข้าใจในสิ่งที่คนอื่นพูดด้วยต่ำกว่าคนอื่น

- ใช้มือไม่คล่อง เด็กกลุ่มหนึ่งจะใช้มือจุ่มง่าม สับสนช่ายขวา เขียนหนังสือช้า โยเย่ ทำงานไม่ทัน

- ปัสสาวะรดที่นอนหรืออื่นปัสสาวะไม่

ค่อยได้

- ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะคือ ไม่เชื่อฟัง ชอบเถียง ก้าวร้าว โกรธเร็ว หลายคนไม่ทำตามกฎเกณฑ์ของโรงเรียน

- โรคกระดูก อาจมีการกระดูกของกล้ามเนื้อ บริเวณคิ้ว แก้ม มุมปาก คาง คอ บางคนมีเสียงในลำคอ

ผลกระทบของปัญหาโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น หากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดผลกระทบในแง่ลบในด้านต่าง ๆ มากมาย ทั้งต่อตัวเด็กเองและครอบครัว

ผลกระทบต่อตัวเด็ก มักจะมีปัญหาด้านการเรียน เรียนได้ไม่ดี อาจถูกให้เรียนซ้ำชั้น อาจเรียนไม่จบชั้นมัธยม หรือต้องเรียนต่อสายอาชีพ มีปัญหาพฤติกรรมในห้องเรียน ทำให้ถูกทำโทษบ่อย ๆ หรือถูกพักการเรียน ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (low self-esteem) เนื่องจากคนรอบข้างมักจะคอยตำหนิ จับผิด ลงโทษเด็กอยู่เสมอ มีปัญหาในการเข้าสังคม ไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนและคนรอบข้าง ไม่ประสบความสำเร็จทางด้านอาชีพการงานเมื่อโตขึ้น มีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติดเนื่องจากชอบทดลองสิ่งที่ดีเด่นเร้าใจ เสี่ยงต่อการทำผิดกฎหมาย มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากชอบกิจกรรมที่ทำท่าย เสี่ยงต่ออันตรายและปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ซึ่งเป็นผลกระทบที่ตามมาเมื่อโตขึ้น เพราะโรคสมาธิสั้นไม่ใช่โรคที่เกิดเฉพาะกับเด็กหรือพบได้เฉพาะในวัยเด็กเท่านั้น ปัจจุบันพบว่าผู้ใหญ่หลาย ๆ คนที่มีปัญหานี้และไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ทำให้ชีวิตไม่ประสบความสำเร็จ

เท่าที่ควร

ในด้านการเรียนนั้น มีการศึกษาจำนวนมากรายงานว่า เด็กสมาธิสั้นนั้นมักมีผลการเรียนต่ำ ไม่สามารถเรียนได้ตามศักยภาพที่แท้จริง (under achievement) มีประวัติการสอบตก เรียนซ้ำ และขาดความรับผิดชอบในการเรียน (Wu & Gau, 2013) โดยปัญหาดังกล่าวจะเด่นชัดขึ้นเมื่อเข้าสู่ชั้นเรียนที่สูงขึ้นในระดับประถมปลายหรือมัธยมศึกษา เนื่องจากเนื้อหาการเรียนมากขึ้น และได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างน้อยลง การรักษาด้วยยาสามารถเพิ่มความสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนด้านทักษะการอ่านและคณิตศาสตร์ในเด็กสมาธิสั้น แต่ก็มีรายงานว่า การรักษาด้วยยาไม่ได้เพิ่มความสัมฤทธิ์ผลทางการเรียน อย่างไรก็ตาม การศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis ในเวลาต่อมา ยืนยันว่า การรักษาด้วยยาในกลุ่ม Psycho Stimulants สามารถเพิ่มความสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนของเด็กสมาธิสั้น (Prasad, Brogan, Mulvaney, Grainge, Stanton & Sayal, 2013)

ผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ ทำให้เพิ่มระดับความเครียด เกิดภาวะซึมเศร้าในครอบครัวสูงขึ้น ทำให้เกิดปัญหาหย่าร้าง ครอบครัวขาดความสงบสุข ทำให้บุคคลในครอบครัวเสียโอกาสในอาชีพการงาน เนื่องจากเสียเวลาไปกับการดูแลเด็กมาก และท้ายที่สุดยังส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติอีกด้วย

โดยในช่วงเวลาเช้าหลังตื่นนอนมักเป็นช่วงเวลาที่เด็กสมาธิสั้นสามารถสร้างภาระ สร้างความเครียด และทำให้ผู้ปกครองและคนอื่นในครอบครัวหงุดหงิด โมโห ใด้บอย เนื่องจากเด็กกลุ่ม

นี้มักจะโอ้เอ้ ทำอะไรซ้ำ แต่งตัวซ้ำ รับประทานอาหารซ้ำ แปร่งฟันซ้ำ อาบน้ำ เตรียมกระเป๋า นักเรียน/อุปกรณ์ การเรียนไม่เรียบร้อย ฯลฯ นักวิชาการเรียกการทำกิจกรรมเหล่านี้ว่า Early Morning Functioning (EMF) และสาเหตุที่ทำให้เด็กสมาธิสั้นทำกิจกรรมเหล่านี้ไม่ทันเวลาเนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้ต้องอาศัยทักษะการบริหารจัดการเวลา (time management skill) ทักษะการกำกับตัวเอง (self-regulation skill) และความจำใช้งาน (working memory) ที่ดี ซึ่งเด็กกลุ่มนี้มักจะขาดทักษะดังกล่าว นอกจากนี้ด้วยความที่เป็นโรคสมาธิสั้นทำให้เด็กกลุ่มนี้ออกแวกง่าย ลืมเวลา ไม่ค่อยฟังคำสั่ง จึงทำให้เด็กไม่สามารถทำกิจกรรมตอนเช้าได้เร็วเท่าที่ผู้ปกครองต้องการ จากการศึกษาวิจัยพบว่า มีผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นถึงร้อยละ 77.00 รายงานว่า ลูกของตนมีปัญหา EMF บกพร่องในระดับปานกลางถึงมาก แม้ว่าเด็กกลุ่มนี้กำลังได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม Psycho Stimulants อยู่แล้วก็ตาม (Faraone, Schachar, Barkley, Nullmeier & Sallee, 2017)

ผลกระทบต่อพัฒนาการ (developmental impact of ADHD) ผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้นไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ยังเล็ก เมื่อโตขึ้นผู้ป่วยเหล่านี้จะมีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบทางลบในด้านต่างๆมากมาย ภาวะเหล่านั้นได้แก่ ปัญหาพฤติกรรม (behavioral problem) ปัญหาการเรียน (academic problem) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (low self-esteem) อุบัติเหตุ (injury/accident) ขาดทักษะสังคม (poor social skills) มีปัญหาการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (difficult with social failure), ดิดสารเสพติด (substance abuse) และการทำผิด

กฎหมาย (legal problems) มีโอกาสสร้างปัญหาสังคม ผลกระทบในแต่ละเพศ การศึกษาติดตาม เด็กผู้ชายที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 140 ราย เป็นระยะเวลาเฉลี่ย 16 ปี (พิสัย 15 - 19 ปี) เพื่อดูผลกระทบของโรคสมาธิสั้นต่อสภาพอารมณ์จิตใจ การคิดสารเสพติด การเรียน การทำงาน และความสามารถในการคิด/รับรู้ โดยเปรียบเทียบกับ เด็กผู้ชายที่ปกติ 120 ราย พบว่า ผู้ป่วยชายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นตั้งแต่วัยเด็กมีอัตราความชุกของโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคอารมณ์สองขั้ว โรควิตกกังวล โรคคือต่อต้าน บุคลิกภาพผิดปกติชนิดต่อต้านสังคม และคิดสารเสพติดสูงกว่าเด็กผู้ชายปกติ รวมถึงมีปัญหาการเรียน ปัญหาการทำงาน และปัญหาด้านการคิด/รับรู้ สูงกว่าเด็กผู้ชายปกติ (Wang, Yao, Zhou, Liu & Lv, 2017)

การศึกษาติดตามเด็กผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 140 ราย เป็นระยะเวลา 16 ปี เพื่อดูผลกระทบของโรคสมาธิสั้นต่อปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ การทำร้ายตัวเอง ปัญหาการคิดสารเสพติด ปัญหาการเข้าสังคม ปัญหาในการขับรถ และผลต่อความสำเร็จในการศึกษา/การทำงาน โดยเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่ปกติ 88 ราย พบว่า ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นตั้งแต่วัยเด็ก ไม่ว่าจะอาการของโรคจะหายไปแล้วยังคงอยู่ มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาในด้านต่าง ๆ ข้างต้นสูงกว่าผู้หญิงปกติ ได้แก่ มีปัญหาตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน (unplanned pregnancy) มากกว่า มีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) สูงกว่า มีความสำเร็จด้าน

การศึกษาดำกว่า มีโรควิตกกังวลและโรควิตกกังวลสูงกว่า มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองบ่อยกว่า และมีปัญหาการเข้าสังคมมากกว่า (Owens, Zalecki, Gillette & Hinshaw, 2017)

โดยผลกระทบของโรคสมาธิสั้น สามารถสรุปได้ว่าเด็กสมาธิสั้นมักได้รับผลกระทบต่าง ๆ คือ 1) ปัญหาด้านการเรียน เด็กมักไม่ประสบความสำเร็จด้านการเรียนเท่าที่ควร แม้ว่าจะมีระดับสติปัญญาหรือพัฒนาการปกติ อาจมีปัญหาพฤติกรรมในชั้นเรียนจนถูกพักการเรียน ถูกลงโทษบ่อย หรือถูกซ้ำชั้นได้ ดังนั้นสิ่งที่สำคัญคือ เด็กเหล่านี้ควรได้รับโอกาสด้านการศึกษาพิเศษ (special education program) หรือการสอนเสริม (tutoring) ร่วมด้วย 2) ปัญหาด้านสังคม เด็กมักมีปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว และกลุ่มเพื่อน 3) ปัญหาด้านบุคลิกภาพด้านอารมณ์ เนื่องจากเด็กมักประสบกับความรู้สึกล้มเหลว ถูกตำหนิ และเผชิญกับความรู้สึกในแง่ลบของบุคคลรอบข้าง อันจะส่งผลให้เกิดความยุ่งยากในการปรับตัว ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (low self-esteem) เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ และพัฒนาเป็นผู้ใหญ่ที่ขาดความอดทน อดกลั้น ใจร้อน รู้สึกว่าตนล้มเหลว ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านพฤติกรรม และอารมณ์ เช่น การคิดสารเสพติด นิสัยอันธพาล ก้าวร้าว การประสูติอุบัติเหตุ กระทำผิดกฎหมาย ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล เป็นต้น และ 4) ปัญหาด้านครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความขัดแย้งในครอบครัวและผู้ปกครองเสียงาน เนื่องจากต้องเผชิญความกดดัน และใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก

ทั้งนี้ กระบวนการคัดกรองเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมักเป็นเด็กอยู่ในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหา ออกจากเด็กปกติมีกระบวนการพิจารณาอาการ พฤติกรรมและผลกระทบ ดังในตารางที่ 1 ดังนี้ (สถาบันราชานุกูล, 2558)

บทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

การสังเกตพฤติกรรมของเด็กในชั้นเรียน และที่บ้านมีความสำคัญที่จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการคัดกรองและให้การช่วยเหลือเด็กได้เร็วยิ่งขึ้น แม้ว่าแบบสอบถามที่ใช้คัดกรองเด็กสมาธิสั้นจะมีหลากหลาย เช่น แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ), แบบคัดกรอง Kasetsart University Laboratory School Siriraj (KUS-SI), Conner's rating scale, Thai ADHD Screening Scales (THASS) เป็นต้น แต่ที่ใช้ได้ง่าย สำหรับครูและผู้ปกครอง ได้แก่ SNAP-IV ซึ่งมีข้อคำถามใกล้เคียงกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรค โดยแบบสอบถาม SNAP-IV ถูกพัฒนาขึ้นในปี 1992 โดย Swanson, Nolan และ Pelham เพื่อใช้ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นและโรคคือต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder) ซึ่งเป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อยในเด็กสมาธิสั้น

แบบสอบถาม SNAP-IV ฉบับภาษาไทย มีการแปลโดย ผศ.นพ.ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านขาดสมาธิ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 - 9 (SNAP-Inattention)
2. ด้านซน อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-18 (SNAP-Hyperactivity /Impulsivity)

3. ด้านคือ/ต่อต้าน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19 - 26 (SNAP-ODD)

แนวทางการช่วยเหลือและส่งเสริมเพื่อการรักษา

1. การช่วยเหลือด้านการเรียน

1.1 การจัดกิจกรรมประจำวัน การจัดกิจกรรมในแต่ละวันต้องมีลักษณะคงที่ มีตารางเรียนแน่นอน ต้องบอกล่วงหน้าและย้ำเตือนความจำทุกครั้งก่อนมีการเปลี่ยนแปลง เด็กที่เป็นสมาธิสั้น มักไม่สามารถทำงานได้ต่อเนื่องนาน จึงควรมีการย่อยงานเป็นขั้นย่อย ๆ การให้เด็กเตรียมตัวทำงานหรือสอบ ดังนี้ (ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2560)

- ให้งานทำทีละอย่าง

- ตรวจสอบบ่อย ๆ ว่าทำงานอยู่หรือไม่ ทำมาขนาดไหน พร้อมคอยให้กำลังใจ

- ปรับเปลี่ยนงานให้ดูง่ายขึ้น โดยเฉพาะถ้ารู้จุดอ่อนจุดแข็งในความสามารถของเด็กจะช่วยทำให้การเรียนการสอนไปได้เร็ว ซึ่งบางรายอาจต้องใช้ครูการศึกษาพิเศษช่วยในบางด้าน

- ใช้การทดสอบเพื่อประเมินระดับความรู้และพัฒนาการ ไม่ใช่เพื่อวัดระดับความตั้งใจ

- เนื่องจากเด็กทำงานช้า จึงควรให้เวลานานขึ้น แล้วค่อย ๆ ลดเวลาลงมา ไม่ควรปรับหรือหักคะแนนในการทำงานช้า

- สมุดจดการบ้าน พร้อมลายเซ็นคุณครูและผู้ปกครอง เป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งใช้ดูการทำงาน และเป็นช่องทางติดต่อกันระหว่างครูกับผู้ปกครอง

1.2 การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับ

ตารางที่ 1 อาการ พฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้นที่ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และสัมพันธภาพกับผู้อื่น

อาการ ADHD	พฤติกรรมที่อาจพบ	ผลกระทบต่อการเรียนรู้และสัมพันธภาพกับผู้อื่น
อาการขาดสมาธิ (inattention)	<ul style="list-style-type: none"> • วอกแวกง่าย ขาดความตั้งใจ หรือไม่สามารถจดจ่อกับงาน • เหม่อลอย ฝันกลางวัน • เหมือนไม่ได้ฟังเวลาพูดด้วย • ทำตามคำสั่งไม่ครบ หรือลืม ไม่ได้ทำตามที่ตั้งไว้ • ทำงานไม่เรียบร้อย ตกหล่น ขาดความรอบคอบ • ทำงานช้า หรือไม่เสร็จตามกำหนดเวลา • ขี้ลืม ทำของหายบ่อย นำของมาตามคำสั่งไม่ครบหรือไม่นำมา 	<ul style="list-style-type: none"> • ผลกระทบต่อการเรียนรู้ - อาการขาดสมาธิมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ - เรียนได้ไม่เต็มตามศักยภาพ เนื่องจากไม่ตั้งใจเรียนและไม่ฟังเวลาครูสอน - คะแนนเก็บมีน้อยหรือไม่มีเลยเนื่องจากไม่ส่งงานหรือส่งงานช้าเกินเวลา - เวลาสอบมักไม่อ่านโจทย์ หรือไม่พยายามคิด บางคนใช้วิธีการตอบแบบพอให้ได้สอบและให้ได้ส่งครูเท่านั้น โดยไม่สนใจคะแนนทำให้คะแนนสอบออกมาไม่ดี • ผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับผู้อื่น - เกิดปัญหาการสื่อสารของเด็กกับคนอื่น - อาจถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อน เพื่อนไม่ยอมรับเข้ากลุ่มหรือถูกเพื่อนแกล้ง
อาการซน และหุนหันพลันแล่น (Impulsivity)	<ul style="list-style-type: none"> • มือเท้าอยู่ไม่นิ่ง หยุกหยิก • ลูกเดินไปมา หรือออกจากที่นั่งโดยไม่ได้รับอนุญาต • ใจร้อน • อดทนรอคอยไม่ค่อยได้ ต้องการอะไรต้องได้ทันที ชอบแข่งคิวหรือแทรกแถวบ่อยๆ • ตอบคำถามโดยที่ยังฟังคำถามไม่จบ • พูดโพล่ง พูดแทรก • พูดมาก พูดไม่หยุด • เล่นแรง คาดคะเนแรงของตนเองไม่ได้ • เล่นเสียงดัง โวยวาย • เล่นผาดโผน เล่นแผลง ๆ • ชอบทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตราย 	<ul style="list-style-type: none"> • ผลกระทบต่อการเรียนรู้ - ทำให้การเรียนการสอนของครูต้องหยุดการเรียนการสอนของตนเพื่อจัดการพฤติกรรมรบกวนที่เกิดขึ้น - ทำให้การเรียนรู้ของนักเรียนทั้งห้องติดขัดไม่ต่อเนื่อง และอาจส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนในห้องนั้นตามมา • ผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับผู้อื่น - เด็กอาจถูกมองว่านิสัยไม่ดี หรือทำตัวให้มีปัญหา

ตารางที่ 1 อาการ พฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้นที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาและสัมพันธภาพกับผู้อื่น (ต่อ)

อาการ ADHD	พฤติกรรมที่อาจพบ	ผลกระทบต่อการศึกษาและสัมพันธภาพกับผู้อื่น
	<ul style="list-style-type: none"> • ชอบแหย่ ชอบแกล้งคนอื่นแรง ๆ • ขาดความระมัดระวัง มักประสพอุบัติเหตุบ่อย ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างกลุ่มเด็กสมาธิสั้นกับครูและกลุ่มเด็กสมาธิสั้นกับเพื่อนนักเรียนคนปกติอื่น ๆ ในเวลาให้ทำงานเป็นกลุ่มหรืองานที่ต้องให้ความร่วมมือระหว่างเพื่อนในห้องเดียวกัน - อาจถูกปฏิเสธจากเพื่อน ไม่ยอมรับเข้ากลุ่มเวลาเล่นหรือแบ่งกลุ่มทำงาน

การเรียนรู้ของเด็ก อาทิเช่น

การจัดห้องเรียน

- จัดหาป้ายหรือข้อความหรือสัญลักษณ์ต่างๆเพื่อช่วยเตือนความจำให้กับเด็ก ๆ

- จัดหาที่วางของในห้องเรียนให้อยู่ที่ตำแหน่งเดิม เพื่อให้เด็กจำง่าย วางให้เป็นระเบียบ ซึ่งจะช่วยให้นักเรียนรู้ขอบเขตความประพฤติของตนเอง

- ช่วยเด็กจัดโต๊ะเรียนให้เป็นระเบียบภายในห้องเรียนควรหลีกเลี่ยงการตกแต่งด้วยสีสันสวยหรู เพราะจะทำให้เด็กสมาธิสั้นสนใจสิ่งเร้าเหล่านั้น มากกว่าสนใจการสอนของครู

การจัดที่นั่ง

- จัดให้นั่งข้างหน้า หรือแถวกลาง

- ไม่อยู่ใกล้ประตูหรือหน้าต่างที่มองเห็นข้างนอกห้องเรียน

- จัดให้นั่งใกล้ครูเพื่อดูแลได้อย่างใกล้ชิด

- จัดให้มีเด็กที่เรียบร้อยนั่งขนาบข้าง และนั่งแยกออกจากกลุ่มเด็ก ๆ ที่ซุกซน พุดเก่ง

1.3 วางกฎระเบียบในห้องเรียน

การออกกฎระเบียบในห้องต้องมีความชัดเจน ไม่เขียนอะไรขึ้นมาลอย ๆ โดยไม่มีผลใด ๆ ครูควรย้ำหลักเกณฑ์บ่อย ๆ ก่อนเริ่มเรียนให้กับทุกคนทราบ กฎระเบียบในห้องใช้กับทุกคนไม่เพียงแต่เด็กสมาธิสั้นเท่านั้น เพราะจะช่วยลดความรู้สึกว่า กำลังจ้องจับผิดแต่ตัวเองอยู่ กฎต้องชัดเจน เช่น ยกมือก่อนตอบคำถาม ทิ้งขยะในถังขยะ เก็บรองเท้าไว้ตรงชั้นรองเท้า เข้าห้องน้ำ ชั่วโมงละครั้ง เป็นต้น

กฎในห้องเรียนจะศักดิ์สิทธิ์หรือไม่นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือของเด็กทุกคนและต้องปฏิบัติแนวทางเดียวกัน ข้อเสนอแนะสำหรับการเขียนกฎระเบียบ คือ เขียนให้ชัดเจน อ่านแล้วไม่ต้องตีความ หากเด็กอ่านลำบากสามารถใช้การวาดรูปหรือสัญลักษณ์แทนได้

- ตัวอย่างการเขียนให้ชัดเจน เช่น “ไม่โยกโต๊ะไม่โยกเก้าอี้ เก็บของเมื่อเล่นเสร็จแล้ว”

- ตัวอย่างการเขียนที่ไม่ชัดเจน คือ “ต้อง

เป็นเด็กดี ไม่เกเร” อะไรคือเด็กดี อะไรคือเด็กเกเร
 ข้อความไม่ชัดเจนและมีความหมายกว้างเกินไป

1.4 จัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับ
 ความสามารถและช่วงความสนใจของเด็ก

การเตรียมการสอน

- งานที่ให้ทำต้องเหมาะสมกับความสนใจ
 และความสามารถของเด็ก

- แบ่งงานเป็นขั้นตอนย่อย ๆ ให้เหมาะสม
 กับช่วงสมาธิของเด็ก ให้เด็กทำทีละขั้น เมื่อเสร็จ
 แล้วจึงให้ทำขั้นต่อไปตามลำดับ

- การจัดกิจกรรม ควรมีช่วงเวลาให้เด็ก
 เปลี่ยนอิริยาบถ และเป็นกิจกรรมที่สร้างสรรค์ที่เด็ก
 ทำได้ เพื่อช่วยลดความเบื่อของเด็ก ทำให้เรียนได้
 นานขึ้น เช่น มอบหมายหน้าที่ให้ช่วยครูเดินแจก
 สมุดให้เพื่อน ๆ ในห้อง ลบกระดาน เป็นต้น

- ระหว่างการสอน เขียนงานที่เด็กต้องทำ
 ในชั้นเรียนให้ชัดเจนบนกระดาน พยายามสั่งงาน
 ด้วยวาจาให้น้อยที่สุด

- ตรวจสอบงานของเด็กเพื่อให้แน่ใจว่า
 เด็กจดงานได้ครบถ้วน

- ใช้การสอนแบบตัวต่อตัว เพื่อควบคุมให้
 เด็กมีสมาธิ โดยสามารถยืดหยุ่นการเรียนการสอน
 ให้เข้ากับความพร้อมของเด็ก โดยเฉพาะในรายวิชา
 หลักหรือวิชาที่ยาก

- ให้เด็กทำงานเป็นขั้นตอน ฝึกเด็กให้
 ทำงานทีละอย่างให้สำเร็จ ให้เด็กทำงานตามเวลาที่
 กำหนดให้

- ฝึกให้เด็กจัดระเบียบการเรียน การทำ
 ตามคำสั่ง การตรวจสอบทบทวนผลงาน การจด
 บันทึก และใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

- ช่วยให้เด็กสนใจบทเรียน โดยใช้ระยะเวลา
 คำสำคัญ ข้อความสำคัญ วงรอบหรือดีกรอบข้อความ
 สำคัญที่ครูเน้น

- ใช้วิธีเตือนหรือเรียกให้เด็กกลับมาสนใจ
 บทเรียนโดยไม่ทำให้เด็กเสียหน้า เช่น เกาะที่โต๊ะ
 ของเด็กเบา ๆ หรือเข้าไปแตะไหล่เด็กเบา ๆ

- ให้คำชมเชย หรือรางวัลเล็ก ๆ น้อย ๆ
 เมื่อเด็กปฏิบัติตัวดี หรือทำสิ่งที่เป็นประโยชน์
 หลีกเลี่ยงการใช้วาจาตำหนิ ประจาน ประณามที่จะ
 ทำให้เด็กรู้สึกอับอาย และไม่ลงโทษเด็กรุนแรง
 เช่น การตี

- ใช้วิธีการตัดคะแนน งดเวลาพัก ทำเวร
 หรืออยู่ต่อหลังเลิกเรียน (เพื่อทำงานที่ค้างอยู่ให้
 เสร็จ) เมื่อเด็กทำผิด

การมอบหมายงาน

- ครูควรใช้คำพูดให้น้อยลง พูดช้า ๆ
 ชัดเจน กระชับ ครอบคลุม ไม่ใช่คำสั่งคลุมเครือ ไม่
 บ่น ตำหนิ ดิเตือนจนเด็กแยกไม่ถูกว่าครูให้ทำอะไร

- ให้เด็กสมาธิสั้นพูดทบทวนที่ครูสั่งหรือ
 อธิบายก่อนลงมือทำ เพื่อให้แน่ใจว่าเด็กเข้าใจใน
 สิ่งที่ครูพูด อีกทั้งเป็นการฝึกให้เด็กพูดถ่ายทอด
 ความคิดของตนเอง

- ในกรณีที่เด็กมีสมาธิสั้นมาก ควรมอบหมาย
 งานที่มีระยะเวลาการทำงานสั้นลงเพื่อให้เด็ก
 สามารถใช้เวลาไม่นานนัก พยายามเน้นในเรื่อง
 ความรับผิดชอบทำงานให้เสร็จ

1.5 การช่วยเหลือด้านทักษะเฉพาะในการ
 เรียน

- ทักษะในการอ่านหนังสือ อาจเลือกหนังสือ
 ที่เด็กชอบมาให้เด็กอ่านเสริม ไม่จำเป็นต้องเป็น

หนังสือเรียน จากนั้นควรพูดคุยสอบถามถึงสิ่งที่อ่าน ให้เล่าเรื่อง หรือให้สรุปตลอดจนการสร้างบรรยากาศในการอ่านหนังสือที่ดี และชมเชยเป็นระยะ

- ทักษะการเขียนหนังสือ เช่น ฝึกให้เขียนสิ่งที่ เป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน เขียนบรรยายความรู้สึกต่อพ่อแม่ เขียนแผนที่คาดว่าจะทำในช่วงปีใดเรียน จนในที่สุดสามารถเขียนเรื่องราวที่มีคำขึ้นต้น เนื้อหาและสรุปได้

- ทักษะในการฟังและจับประเด็น การฝึกเด็กให้สรุปสิ่งที่ได้ยิน ได้เห็น ได้ลองทำตาม จะเป็นรากฐานที่ดีในการช่วยฝึกสมาธิ ถ้าทำซ้ำ ๆ จะคล่องขึ้นและช่วยการเรียนรู้เพิ่มขึ้นได้

- ทักษะในการวางแผนทำงาน โดยเป็นงานที่ต้องการการวางแผนและมีการบริหารจัดการ จึงจะได้ผลดี ท้นเวลา การฝึกฝนให้ทำงานหลาย ๆ อย่างที่มีแผนการชัดเจนและฝึกซ้ำ ๆ ในหลากหลายกิจกรรมจะช่วยให้ระบบการทำงานคล่องขึ้น รวมถึงการเรียงลำดับงานสำคัญ ก่อน-หลัง ตั้งสมาธิกับงานและลงมือทำ เลือกกิจกรรมการเรียนการสอนที่ต้องใช้ประสาทรับรู้หลายด้าน ทั้งด้านการฟัง การใช้สายตาหรือการลงมือปฏิบัติ เช่น การสาธิตหรือการแสดงบทบาทสมมติ ใช้สื่อทางสายตา อาจใช้เป็นรูปภาพประกอบ เพื่อให้เด็กจับประเด็นได้ง่าย

- การบ้าน การแบ่งงานให้พอเหมาะ จัดแบ่งการบ้านออกเป็นส่วน ๆ เพื่อให้เด็กสามารถลงมือทำงานสามารถทำสำเร็จได้ในช่วงเวลาสั้น ๆ เมื่อเด็กทำเสร็จเองบ่อย ๆ จะทำให้เด็กอารมณ์ดี พอใจในตนเอง เรียงลำดับความสำคัญและความยากง่ายของงาน โดยช่วยจัดลำดับความง่ายไว้ข้อ

แรก ๆ หรือให้เริ่มทำจากงานด่วนก่อน มอบหมายการบ้านให้ฝึกอ่านหนังสือและทบทวนบทเรียนบ่อย ๆ ทำทุกวันสม่ำเสมอจนเกิดความเคยชินและติดเป็นนิสัย

- สอนเทคนิคในการเรียนและการเตรียมตัวสอบ สอนให้เด็กใช้เทคนิคช่วยจำ เช่น การใช้แถบปากกาสี การขีดเส้นใต้ข้อความที่สำคัญ การย่อประเด็นสำคัญ การจดสูตรหรือคำยาก ๆ ในสมุดบันทึก รวมทั้งควรฝึกสอนเทคนิคในการทำข้อสอบ

1.6 ช่วยเด็กจัดการเกี่ยวกับเวลา

- เตือนให้เด็กตรงต่อเวลา โดยส่งสัญญาณเตือนเมื่อใกล้ถึงเวลานัด หรือเวลาต้องส่งงาน

- ช่วยเด็กจัดทำกำหนดเวลาหรือปฏิทินงาน ทำลงกระดาษแล้วติดไว้ที่โต๊ะเรียนของเด็ก

- ใช้นาฬิกาเตือน โดยอาจใช้นาฬิกากระบอกสั้นสะเทือน เพื่อป้องกันการรบกวน

- ให้แรงเสริมทางบวก เมื่อเด็กส่งงานตามเวลา

2. การพัฒนาทักษะทางสังคมให้เด็กสมาธิสั้น

2.1 การช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นให้มีเพื่อน

- การค้นหาว่าปัญหาการเข้าสังคมกับเพื่อนอยู่ที่ไหน โดยอาศัยการสังเกต การเล่นของเด็ก ทักษะต่าง ๆ ที่เด็กใช้เวลาเข้ากลุ่มกับเพื่อน

- จัด โอกาสและหาแบบฝึกหัดให้เด็กได้ฝึกฝนทักษะ การฝึกทักษะต่าง ๆ ควรเป็นแบบฝึกหัดที่หลากหลาย เพื่อฝึกให้เด็กเกิดความชำนาญ

- ควรหากิจกรรมให้เด็กได้ทำเป็นคู่หรือเป็นกลุ่ม โดยกิจกรรมเหล่านั้นต้องมีระเบียบ กฎเกณฑ์ และขั้นตอนที่ชัดเจน ไม่ปล่อยให้เด็กดูแลกันเอง หรือในกรณีที่เด็กได้รับมอบหมายงาน

ให้แสดงตนต่อหน้าสาธารณชน ครูควรช่วยเด็กฝึกซ้อมขั้นตอน การปฏิบัติซ้ำ ๆ จนเด็กเกิดความชำนาญ และทำได้คล่องในวันที่ต้องปฏิบัติจริง

- แบบอย่างที่ดี ครูสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น ทั้งการแสดงท่าทาง คำพูด การฟัง การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น การแบ่งปัน เป็นต้น

- จัดเพื่อนช่วยดูแลเด็กสมาธิสั้น ครูควรจัดเพื่อนที่เด็กสนิทหรือเพื่อนที่อาสาช่วยดูแล คอยเตือนเมื่อเด็กไม่มีสมาธิ ช่วยสอนการบ้าน โดยอาจจัดเป็นคู่ หรือจัดเป็นกลุ่ม เพื่อนร่วมดูแลเด็กเหล่านี้ควรเป็นคนที่เด็กชอบพอ เข้าอกเข้าใจกันและทำอะไรด้วยกันได้ ทั้งนี้ครูควรช่วยติดตามปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดกับเพื่อนผู้ช่วยดูแล เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นอาจสร้างความลำบากใจให้กับเพื่อนที่ช่วยดูแลเด็กได้

2.2 สอนให้เด็กควบคุมตนเอง

- งานที่เด็กทำ ต้องมีการวางแผนอย่างชัดเจน และดำเนินการตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบ มีกติกาที่ชัดเจน เช่น ไม่พูดเสียงดังขณะครูสอน ให้ยกมือขออนุญาตก่อนพูด เป็นต้น และพูดคุยกันว่า ถ้าเด็กทำตามข้อตกลงจะได้รับสิทธิพิเศษอย่างไร หรือหากเด็กไม่ทำตามข้อตกลงจะถูกตัดสิทธิพิเศษอะไรบ้าง

- ตารางเวลากิจกรรมการเรียน ต้องชัดเจน ให้รู้ว่าเวลาไหนต้องทำอะไร หักให้เด็กดูนาฬิกาหรือมินาฬิกาไว้กับตัว โดยอาจใช้ระบบสั้นเพื่อลดเสียงที่อาจรบกวนสมาธิเพื่อนในชั้นเรียน หากจำเป็นต้องเปลี่ยนตารางกิจกรรมควรพูดคุยกับเด็กให้เข้าใจ

- ให้เด็กระบายอารมณ์โกรธอย่างเหมาะสม

โดยเข้าไปพูดคุยกับเด็ก ให้เด็กเล่าถึงความรู้สึกของตนเอง โดยไม่ขัด แสดงความเห็นใจและเข้าใจความรู้สึกของเด็ก

- ช่วยให้เด็กจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม โดยให้เด็กจัดการกับอารมณ์โกรธอย่างเป็นขั้นตอน และฝึกจนเป็นนิสัย

อย่างไรก็ตามหากเด็กแสดงอารมณ์รุนแรงบ่อย ๆ ทั้งที่ครูพยายามช่วยเหลือด้วยวิธีดังกล่าวแล้ว ภาวะอารมณ์ดังกล่าวอาจเกิดจากปัญหาภายในครอบครัว ครูควรพิจารณาเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินครอบครัวและสื่อสารกับผู้ปกครองเพื่อช่วยกันแก้ปัญหา กรณีที่ครูต้องการคำปรึกษาหรือความช่วยเหลือสามารถติดต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งทั่วประเทศ

การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีของครูต่อเด็กที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้น

เด็กสมาธิสั้น จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากคุณครูด้วยเสมอ เนื่องจากเด็กต้องปรับตัวกับการเรียนและสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียน รวมถึงปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในโรงเรียน การยอมรับจุดอ่อนของเด็กสมาธิสั้น และช่วยลดผลกระทบจากจุดอ่อนนั้น รวมถึงการพัฒนาจุดเด่นของเด็กสมาธิสั้น จะช่วยพัฒนาเด็กสมาธิสั้นให้สามารถปรับตัวในสังคม และประสบความสำเร็จได้

การปฏิเสธความช่วยเหลือ มักเกิดจากการมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง จากความไม่รู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น รวมถึงมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ปกครอง และมีมุมมองที่ไม่ดีต่อตนเอง ทั้งนี้

ทัศนคติทางลบจากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ทำให้มีความคาดหวังที่ไม่เป็นจริง การปรับเปลี่ยนมุมมองที่ไม่ถูกต้องไปสู่มุมมองที่ถูกต้อง จะช่วยให้มีความเข้าใจเด็กสมาธิสั้นได้มากขึ้น อีกทั้งยังลดความคาดหวัง และมุ่งเป้าหมายการดูแลเด็กตามความเป็นจริง ไม่ดำเนินตัวเอง มองปัญหาเดิมเป็นเพียงการทำหน้าที่บกพร่องหรือความไม่รู้ อันจะทำให้เกิดพลังที่จะจัดการปัญหาด้วยวิธีใหม่ ๆ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (สถาบันพัฒนาการเด็กกราฟ นครินทร์, 2560)

นอกจากนี้ในการให้ความช่วยเหลือความรู้สึกละลานี้อาจเกิดขึ้นได้ เช่น รู้สึกผิดหวังที่ทุ่มเทศที่แล้ว แต่ผลตอบแทนกลับพบแต่ปัญหาหรือช่วยเหลือเด็กไม่ได้ หรือรู้สึกหมดหนทางที่จะควบคุมพฤติกรรมให้เด็กสงบลงได้ หรือคิดว่าปัญหาเกินความสามารถของตนเอง หากความรู้สึกเช่นนี้ อาจ

ใช้วิธีสร้างความรู้สึกดี ๆ มองหากำลังใจให้ตนเองจากสิ่งดี ๆ เช่น การประสบความสำเร็จของเด็กหรือความสุขจากการที่เด็กสามารถเรียนได้ เป็นต้น

สรุป

เด็กสมาธิสั้นอาจมีข้อจำกัดบางประการในการเรียนรู้ แต่ไม่ได้หมายความว่าเด็กจะไม่สามารถเรียนรู้ได้ การที่ครูมีทัศนคติที่ดีต่อเด็ก มีความอดทน มีความรู้และเข้าใจข้อจำกัดของโรคสมาธิสั้น มีแนวทางการดูแลเด็กและเข้าใจเทคนิคการปรับพฤติกรรมในชั้นเรียน การช่วยเหลือให้เด็กมีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนรู้ สามารถปรับตัวกับเพื่อน ๆ ได้ และครูมีบทบาทในการช่วยเหลือเด็กที่ประสบปัญหาในการใช้ชีวิตในโรงเรียนจนทำให้การอุบัติของโรคเกิดได้ซ้ำลง ซึ่งอาจจะช่วยลดโอกาสให้เด็กออกจากระบบโรงเรียนกลางคัน (drop out)

ตารางที่ 2 ตัวอย่างทัศนคติที่ไม่ถูกต้องและถูกต้องของครูต่อเด็กที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้น

ตัวอย่างทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง	ตัวอย่างทัศนคติที่ถูกต้อง
มองว่าปัญหาพฤติกรรมที่เด็กทำเพราะเป็นเด็กเกเร ไม่เชื่อฟัง ไม่รับผิดชอบ ไม่ตั้งใจเรียน ตั้งใจสร้างปัญหาต่าง ๆ โดยเจตนา เพื่อเรียกร้องความสนใจ	ปัญหาพฤติกรรมทั้งหลายที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของโรคที่เด็กเป็น และเกินการควบคุมของเด็ก ซึ่งต้องร่วมมือกันช่วยเหลือเด็ก
เด็กสมาธิสั้นควรจะมีพฤติกรรมเหมือนเด็กคนอื่น ๆ ได้ โดยครูไม่จำเป็นต้องสอนว่าเขาควรประพฤติตนอย่างไร	ไม่คาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็ก แต่เด็กจำเป็นต้องได้รับการสอนให้มีพฤติกรรมเหมาะสมกว่านี้
มองว่าครอบครัวของเด็กเลี้ยงลูกไม่เป็น ขาดการฝึกระเบียบวินัย ไม่มีเวลาดูแลเด็ก	ยอมรับสิ่งที่เขาเป็น ครูจะมุ่งดูแลจุดแข็งไม่สนใจจุดอ่อนและความล้มเหลวของเขา
มองว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะช่วย เหลือเด็กได้	เปิดใจรับฟังข้อมูลพฤติกรรมของเด็กจากครู และร่วมหาทางออกในการแก้ไขปัญหานั้น ๆ อย่างเหมาะสม เลิกโทษผู้อื่น ให้อภัยตัวเองได้และพร้อมเริ่มต้นใหม่

โดยหลักการสำคัญที่สุดที่จะช่วยให้การดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนเป็นไปอย่างราบรื่น ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครูกับเด็ก การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นมิตร การเป็นต้นแบบที่ดีในการเคารพความเป็นมนุษย์ การเห็นคุณค่าในความพยายามเปลี่ยนแปลง การรู้จักชื่นชมในจุดดีมากกว่าข้อจ้อจบกของครู ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ครูได้นำวิธีการต่าง ๆ ไปใช้เป็นแนวทางการช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นในโรงเรียนของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามเจตนารมณ์ของการเป็นครูมืออาชีพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ. (2557). การพัฒนาแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย อายุระหว่าง 3-18 ปี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 59(4), 335-344.

คุณเดือน ตั้งอารีอรุณ และคณะ. (2564). ความชุก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการสูญเสียหน้าที่ของภาวะคิดเกมในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 29(2), 93-104.

ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 21(2), 66-75.

ทวิศักดิ์ สิริรัตนธาดา. (2560). *สมาธิสั้น*. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2560, จาก <http://www.happyhomeclinic.com/sp03-adhd.htm>

ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ. (2559). คุณสมบัตินของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ SNAP-IV และ SDQ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง-สมาธิสั้น (SDQ-ADHD) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 59(2), 97-110.

เบญจรัตน์ นุชนาฎ. (2561). *พัฒนาการของเด็กวัยเรียน 6-12 ปี*. สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2563, จาก <https://www.gotoknow.org/posts/305008>.

ปรีญา สุริพล และคณะ. (2560). รายงานวิจัยเรื่องการใช้สื่อเทคโนโลยีกับโรคสมาธิสั้น ในนักเรียนชาย ชั้นประถมศึกษาตอนต้น. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิฐารณ บุญสิทธิ. (2555). โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและรักษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2555. 57(4), 373-386.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). *ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2561*. สืบค้นเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2563, จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/gazette.aspx>.

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. (2560). *คู่มือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และบทบาทของครูในการดูแลเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น*. กรุงเทพฯ: บริษัทสยามพิมพ์นานาชาติ.

สถาบันราชานุกูล. (2558). *เด็กสมาธิสั้น คู่มือสำหรับครู*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

ADHD Institute. (2018). *Burden of ADHD 2018*. [online]. Retrieved June 5, 2020, from: <http://adhd-institute.com/burden-of-adhd/impact-of-adhd/social-impact/>.

Faraone, S.V., Schachar, R.J., Barkley, R.A., Nullmeier, R., Sallee, F.R. (2017). Early morning functional impairments in stimulant treated children with attention-deficit/hyperactivity disorder versus controls: impact on the family. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 27(8), 715-722.

Harpin, V.A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90(1), i2-i7.

Owens, E.B., Zalecki, C., Gillette, P., Hinshaw, S.P. (2017). Girls with childhood ADHD as adults: Cross-domain outcomes by diagnostic persistence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(7), 723-736.

Piyasil, V., & Katumam P. (2007). *Textbook of child and adolescent psychiatry 2nd ed*. Bangkok: Tana Press.

- Prasad, V., Brogan, E., Mulvaney, C., Grainge, M., Stanton, W., Sayal, K. (2013). How effective are drug treatments for children with ADHD at improving on-task behavior and academic achievement in the school classroom? A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(4), DOI:10.1007/s00787-012-0346-x.
- Puthisri, S. & Yingsaree, S. (2003). The prevalence of psychiatric disorders. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 49, 213-222.
- Polanczyk, G., de Lima, MS., Horta, BL., Biederman, J. & Rohde, LA. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta regression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Wang, B.Q., Yao, N.Q., Zhou, X., Liu, J., Lv, Z.T. (2017). The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(260). DOI 10.1186/s12888-017-1408-x.
- Wu, S.Y. & Gau, S.S. (2013). Correlates for academic performance and school functioning among youths with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 505-515.