โรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน: การทบทวนวรรณกรรม

ธนิดา ทีปะปาล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; thanida@bcnsurat.ac.th
ปภาสินี แซ่ติ๋ว, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; punpunpor@hotmail.com
ศราวุธ เรืองสวัสดิ์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; sara_r43@hotmail.com
ธัญวดี นาคมิตร, โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, e-mail; Khwan_t@windowslive.com
ณัฏฐ์นรี คำอุไร, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; nutnari@bcns.ac.th

บทคัดย่อ

โรคสมาธิสั้นเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของพัฒนาการ ซึ่งเกิดได้จากพันธุกรรม และอาจจะเกิดจากความบกพร่องของการทำงานที่สมอง ส่งผลให้มีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมตนเอง เช่น อาการซนอยู่ไม่นิ่ง ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น และขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มากกว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับเด็กวัยเดียวกัน ส่งผลให้การทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคมบกพร่องไป เด็กสมาธิสั้น มี 2 ลักษณะ คือ 1) สมาธิสั้นแท้ เกิดจาก 2 สาเหตุหลัก ได้แก่ การผิดปกติจากสมองตั้งแต่กำเนิด และภาวะที่มีต่อสมองตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา เช่น มารดาขาดสารอาหาร หรือได้รับสารพิษ การคลอดมีปัญหา เด็กเป็นลมชัก หรือสมองอักเสบ ส่งผลให้สารสื่อประสาทที่คุมสมาธิมีปริมาณน้อยกว่าเด็กปกติ เด็กจะมีอาการและเห็นอาการได้ชัดมากขึ้นหากเด็กได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมหรือมีสิ่งต่างๆ มากระตุ้นมากเกินไป และเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และ 2) สมาธิสั้นเทียม เกิดจากการเลี้ยงดู สิ่งแวดล้อม แต่เด็กสมองปกติดี อาการคล้ายสมาธิสั้น มักพบในเด็กอนุบาลที่ถูกเร่งเรียนมากเกินไป

บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนวรรณกรรมโรคสมาธิสั้น เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน สาเหตุการเกิดโรคสมาธิสั้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นที่เกิดขึ้นในเด็กวัยเรียน และบทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน ปัญหาพฤติกรรมของโรคสมาธิสั้นที่ปรากฏขึ้นในช่วงชีวิตวัยเด็กจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านบุคลิกภาพทางการเรียนและทางสังคมได้ ซึ่งยังไม่มีวิธีการรักษาที่ทำให้โรคนี้หายขาด แต่การได้รับการดูแลที่ถูกต้องจะช่วยให้เด็กโรคสมาธิสั้นสามารถเรียนรู้ได้เต็มตามศักยภาพอย่างเหมาะสมตามวัย ประสบความสำเร็จในการเรียนและการใช้ชีวิต สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ: โรคสมาธิสั้น, ปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้น, เด็กวัยเรียน

วันที่รับ (received) 31 ต.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 10 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 12 ธ.ค. 2565

Attention Deficit Hyperactivity Disorders and Factors Related to Behavioral Problems in School-Aged Children: A Literature Review

Thanida Teepapal, Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, e-mail; thanida@bcnsurat.ac.th
Paparsinee Saetew, Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, e-mail; punpunpor@hotmail.com
Sarawut Rueangsawat, Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, e-mail; sara_r43@hotmail.com
Tunwadee Naknit, Suansaranrom Hospital, e-mail; Khwan_t@windowslive.com
Natnari Khamaurai, Boromarajonani College of Nursing Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, e-mail; nutnari@bcns.ac.th

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is caused by a developmental disorder that results from a genetic disorder and may cause by impaired brain function. As a result, problems with self-control, such as hyperactivity, impulsivity, and inattention. These behaviours of children with ADHD more than normal children of the same age affect daily living or impaired sociability. There are two types of ADHD children: 1) True ADHD is caused by two main causes namely 1) congenital cerebral palsy and 2) fetal brain for example, the mother's malnutrition or obtain toxin, dystocia, and children with epileptic or encephalitis. As a result, neurotransmitters that control attention are lower than in normal children. Children will express symptom if inappropriate care or more stimulus and inheritance. 2) Pseudo-ADHD results from nurturing, environment. However, there are children with normal brains, and symptoms like ADHD are often found in kindergarten children who are hurried child.

This academic article aims to review the ADHD factors related to attention deficit behavioural problems among school-aged children, the cause of ADHD, factors associated with behavioural problems of school-aged, the problems of children with ADHD, the effects of ADHD in School-aged children and the role of nurses to caring for children with ADHD among school-aged. Behavioural problems with ADHD that appear during early life can affect academic personality development and social. There is no effective treatment for this disease. However, the proper care will help children with ADHD to learn at their maximum potential of their aged and success in their study and their life. Moreover, they can able to live happily in society.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorders, Behavioral problems, School-aged children

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorders, ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในเด็ก เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ทำให้เกิดความผิดปกติทางพฤติกรรมที่มีภาวะสมาธิบกพร่องและมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมอารมณ์ การเรียน การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับเพื่อนบุคคลทั่วไปหรือการเข้าสังคม รวมไปถึงการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมที่แสดงออกซ้ำๆ ที่ไม่เหมาะสมกับอายุและระดับการพัฒนาการ มีลักษณะอาการเฉพาะ 3 ประการ คือ 1) อาการซุกซน อยู่ไม่นิ่ง 2) อาการหุนหันพลันแล่น และ 3) ไม่มีสมาธิ (Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute, 2019; Sirirutraykha, 2022) ในประเทศไทยเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 5 เป็นโรคสมาธิสั้นถึงร้อยละ 8.1 ซึ่งสามารถประมาณการได้ว่าจะมีเด็กช่วงวัยดังกล่าวป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นถึง 1 ล้านคน และมักพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง ในอัตราส่วน 3:1 หากไม่ได้รับการรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถูกต้อง ส่งผลให้เด็กไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน มีปัญหาด้านการปรับตัวเข้ากับผู้อื่น เป็นต้น (Rajanagarindra Institute of Child Development, 2017)

เด็กโรคสมาธิสั้น จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว การที่พ่อแม่ยอมรับจุดอ่อนของเด็กจะช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น อีกทั้งการพัฒนาจุดเด่นจะช่วยพัฒนาให้เด็กสมาธิสั้นสามารถปรับตัวในสังคม และประสบความสำเร็จได้ การรักษาโรคสมาธิสั้นมีเป้าหมายให้เด็กสามารถควบคุมพฤติกรรมอารมณ์ และใช้ชีวิตในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ โดยทำการรักษาด้วยยา ปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งให้ความรู้เรื่องโรคแก่พ่อแม่และครู การรักษาอาจจะเป็นวิธีการรักษาแบบเดียวหรือผสมผสานกัน (Nakmit, 2016) การรักษาโดยการใช้ยา ซึ่งในปัจจุบันมียาที่ใช้ในการรักษาหลายชนิด โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณา ถึงข้อดีและข้อเสีย รวมถึงความเหมาะสมของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย และจะพิจารณาหยุดยาเมื่อสามารถควบคุมตนเองได้ดี (Faculty of Medicine Siriraj Hospital, 2022) การรักษาด้วยยามีวัตถุประสงค์เพื่อลดการดำเนินของโรคสมาธิสั้น ยาจะช่วยควบคุมพฤติกรรม เพิ่มสมาธิและมีความยับยั้งชั่งใจมากขึ้น ส่งผลให้เด็กอยู่นิ่งได้นานขึ้น สามารถเรียนหนังสือร่วมกับเพื่อนในชั้นเรียนได้ (Thavorncharoensap, 2019) การรักษาโดยการทำพฤติกรรมบำบัด การปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม การรักษาด้วยวิธีการนี้จำเป็นต้องอาศัยการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่เด็ก พ่อแม่ ญาติพี่น้องและครู ให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจสำหรับเด็กและครอบครัว การช่วยเหลือทางด้านการเรียน ซึ่งเด็กที่เป็นสมาธิสั้นสามารถเรียนในระบบโรงเรียนและใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ หากทำการวินิจฉัยและรักษาได้รวดเร็วจะส่งผลดีและสามารถป้องกันไม่ให้เกิดผลที่รุนแรงในอนาคต เช่น หนีโรงเรียนหรือติดยาเสพติด และสิ่งสำคัญที่สุดของการรักษาคือความรักความเอาใจใส่จากพ่อแม่ ผู้ปกครองที่จะช่วยเอาชนะโรคสมาธิสั้นได้ (Faculty of Medicine Siriraj Hospital, 2022) สำหรับการรักษาโดยการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น 1) การช่วยเหลือที่ตัวเด็กโดยตรง ในด้านการเพิ่มสมาธิ เพราะจะช่วยให้เด็กอยู่นิ่งขึ้น มีสมาธิต่อเนื่อง ฝึกให้มีความอดทน ทำงานตามที่ได้รับมอบหมายได้สำเร็จ โดยการกำกับเด็กแบบตัวต่อตัวในการทำกิจกรรม ในด้านการเรียน ทำได้โดยจัดที่เรียนเป็นสัดส่วน สงบ ไม่มีสิ่งกระตุ้น ฝึกให้ทำงานที่โต๊ะเป็นประจำ นั่งควบคุมตลอดเวลา กำหนดตารางเวลาเรียนที่ชัดเจน แบ่งงานย่อยๆ ให้ทำ ฝึกการอ่านโดยใช้เวลาเป็นตัวกำหนด และประสานครูเพื่อจะได้จัดสิ่งแวดล้อมในขณะที่อยู่ที่โรงเรียนให้เหมาะกับเด็ก นอกจากนี้ควรมีการชักชวนให้เด็กออกกำลังกายเพราะจะทำให้เด็กสมองแจ่มใส ส่งผลให้การเรียนรู้ของเด็กเร็วมากขึ้น และการฝึกทักษะทางสังคม ให้เด็กฝึกสังเกตอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่น ฝึกให้รู้จักการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ฝึกการรอคอย ฝึกการแสดงออกในบทบาทที่เหมาะสมเมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่างๆ

2) การฝึกสอนพ่อแม่ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เพื่อให้พ่อแม่เกิดทัศนคติที่ดี ยอมรับ เข้าใจถึงสาเหตุ อาการ และการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอันเกิดจากอาการของโรคสมาธิสั้น 3) การประสานกับโรงเรียนเพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือ มีเป้าหมาย คือ ช่วยให้เด็กสามารถเรียนหนังสือและลดพฤติกรรมก่อกวนในห้องเรียนได้ ให้ครูประจำชั้นมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งครูจะต้องเข้าใจยอมรับในพฤติกรรมการแสดงออกของเด็ก ทราบแนวทางการจัดการกับพฤติกรรมเมื่อเด็กมีอาการขณะอยู่ที่โรงเรียน (Nakmit, 2016) สำหรับทักษะสังคมที่จะต้องสร้างให้เด็กสมาธิสั้นเพื่ออยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมอย่างมีความสุข มี 7 ด้าน ได้แก่ 1) ความเชื่อมั่นตนเอง 2) การควบคุมตัวเอง 3) การจัดการปัญหาที่ถูกต้อง 4) การเรียนรู้สิ่งใหม่ 5) การสื่อสารกับคนอื่น 6) การสร้างสัมพันธภาพคนอื่น และ 7) การแก้ไขความขัดแย้ง ซึ่งทักษะสังคมเหล่านี้ได้มาจากการฝึก การปลูกฝังและรูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่ (Department of Mental Health, 2018)

โรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorders, ADHD) เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองบางส่วน ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด คาดว่าเกิดจากสารเคมีในสมองบางชนิดไม่สมดุล เช่น dopamine, norepinephrine ทำให้เด็กไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ดี แม้เด็กจะพยายามควบคุมตนเองแล้วก็ตาม จากผลการศึกษาส่วนใหญ่ เชื่อว่าโรคนี้มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยพบว่าเด็กที่เกิดจากพ่อแม่ที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีโอกาสที่จะเป็นโรคนี้ได้มากกว่าทั่วไป ถึง 4 เท่า นอกจากนี้ การที่พ่อแม่ ติดเหล้า บุหรี่ สารเสพติด หรือมีโรคภูมิแพ้ในครอบครัว ก็เชื่อว่าเป็นสาเหตุได้เช่นกัน (Sirirutraykha, 2022**)**

ประเภทของโรคสมาธิสั้น แบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด ตามลักษณะอาการที่แสดงออก

1. อาการซุกซน อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) เป็นอาการที่ซนมากผิดปกติเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กวัยเดียวกัน มักยุกยิก อยู่ไม่สุข ชอบขยับมือและเท้าไปมา ชอบวิ่งหรือปีนป่ายสิ่งต่างๆ พูดมากเกินควร พูดไม่หยุด ไม่สามารถทำกิจกรรมเงียบๆ ได้ เล่นเสียงดัง เคลื่อนไหวหรือตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา รอคอยไม่ได้ ไม่ชอบการเข้าคิว (Rajanagarindra Institute of Child Development, 2017) นอกจากนี้ยังชอบเล่นที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย มีความผาดโผน เป็นการเล่นที่เสียงดังโครมคราม เล่นที่ใช้เสียงเงียบไม่เป็น อาการต่างๆ เหล่านี้จะสังเกตได้เด่นชัดเมื่อเด็กเข้าสู่โรงเรียนอนุบาลและประถมศึกษาตอนต้น ขณะเด็กอยู่ในห้องเรียน จะลุกจากที่นั่งบ่อย หรือเดินออกนอกห้องเรียนโดยไม่ขออนุญาต ซึ่งจะเป็นปัญหาทางการเรียน และปัญหาต่อการเล่นกับเพื่อนในวัยเดียวกัน อาการซุกซนอยู่ไม่นิ่งจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น (Trangkasombat, 2003; Winatpatthama, 2021)

2. อาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) เด็กมีความบกพร่องในการใช้ความคิดหรือการวางแผน เช่น พฤติกรรมของเด็กที่ดูเหมือนว่าควบคุมหรือยับยั้งตนเองไม่ได้ทั้งความคิดและพฤติกรรม สำหรับลักษณะที่ยับยั้งไม่ได้เด็กจะแสดงออกให้เห็นทางวาจาโดยการพูดไม่ทันคิด เช่น พูดโพล่ง พูดแทรกขณะที่ผู้อื่นกำลังพูด หรือพูดขัดจังหวะผู้อื่น หรือพูดโดยที่ฟังคำถามไม่ทันจบ และมักรอคอยไม่เป็น เด็กที่มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น จะทำให้ถูกมองว่าเป็นเด็กที่มีความก้าวร้าว ใจร้อน ไม่รอบคอบ นอกจากนี้อาการหุนหันพลันแล่นของเด็กจะทำกิจกรรมต่างๆ ที่ได้รับมอบหมาย หรือกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันด้วยความรวดเร็ว จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ประกอบกับอาการซนของเด็กมักจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ข้าวของเกิดความเสียหาย สำหรับอาการหุนหันพลันแล่นที่เกิดขึ้นกับเด็กสมาธิสั้น

นั้น จะส่งผลกระทบต่อการเรียน การดำเนินชีวิตในสังคม รวมถึงการทำงาน (Boon-yasidhi, 2012; Nakmit, 2016; Winatpatthama, 2021)

3. ไม่มีสมาธิหรืออาการขาดสมาธิ (Inattention) เป็นอาการที่สำคัญที่สุดและพบได้บ่อยในเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่มักพบว่าเด็กไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่จะต้องใช้สมาธินานๆ ได้ตามสมควรกับช่วงวัยที่เด็กควรจะพึงกระทำได้ มักพบว่าเด็กแสดงออกด้วยการเหม่อลอย ไม่สามารถสนใจฟังสิ่งที่คนอื่นพูดด้วยอย่างตั้งใจ ในขณะเดียวกันจะมีสมาธิกับสิ่งเร้าที่มีการเคลื่อนไหว และทำได้นาน เช่น การดูโทรทัศน์ การเล่นเกมส์คอมพิวเตอร์ ไม่ตั้งใจทำงานที่ต้องใช้ความพยายาม ทำงานไม่เสร็จหรือไม่เรียบร้อย โดยเฉพาะงานที่ต้องกระทำโดยใช้ความละเอียดหรือความรอบคอบเด็กจะทำไม่ได้ วอกแวก มักตามสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่ไม่มีความสำคัญดึงดูดความสนใจได้ง่าย ไม่จดจ่อกับรายละเอียดกับการทำกิจกรรมต่างๆ ให้เป็นระบบ ความจำสั้น หลงลืมกิจวัตรที่ควรทำเป็นประจำ หรือทำของหายบ่อย และมีปัญหาในการจัดระเบียบ ไม่สามารถวางแผนในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือเมื่อมีการวางแผนแล้วก็มักไม่สามารถทำตามแผนได้ อาการสมาธิสั้นที่เกิดขึ้นจึงส่งผลต่อการทำกิจกรรม และการดำเนินชีวิต เด็กจึงมักจะหลีกเลี่ยงหรือมีความลังเลที่จะมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องมีการใช้สมาธิ และอาการขาดสมาธิมักจะเป็นต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ (Boon-yasidhi, 2012; Nakmit, 2016; Winatpatthama, 2021)

สาเหตุการเกิดโรคสมาธิสั้น

ปัจจัยการเกิดโรคสมาธิสั้นยังไม่มีหลักฐานการเกิดที่ชัดเจน แต่มีความเชื่อได้ว่าสาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้นอาจจะเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกันมากกว่า 1 ปัจจัย โดยปัจจัยที่ทำให้เด็กโรคสมาธิสั้นเกิดจากปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางจิตสังคม สำหรับปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขที่สาเหตุดังกล่าวได้ ส่วนปัจจัยที่สามารถจัดการแก้ไขได้ในบทบาทของพยาบาล คือ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กิจวัตรสุขภาพครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (Ngamkum & Yunibhan, 2013) สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ และพฤติกรรมการเป็นแม่ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่อาจจะมีผลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นได้ ดังนี้

ปัจจัยด้านพันธุกรรม (heritability)

โรคสมาธิสั้น เป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม เกิดจากความผิดปกติของตำแหน่งยีน ปัจจุบันยังไม่สามารถทราบตำแหน่งของยีนที่ผิดปกติได้ชัดเจน ยีนที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น ได้แก่ โดปามีน รีเซฟเตอร์ ดีโฟ (dopamine receptor D4, DRD4) (Hongsanguansri, 2012) เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ความสนใจที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ รวมทั้งพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และมีการศึกษาพบว่า แฝดไข่ใบเดียวสามารถถ่ายทอดโรคสมาธิสั้นได้ ร้อยละ 51 และแฝดไข่คนละใบสามารถถ่ายทอดโรคสมาธิสั้นได้ ร้อยละ 33 พี่ชายหรือน้องชายของเด็กโรคสมาธิสั้นสามารถถ่ายทอดโรคสมาธิสั้นได้สูงกว่าคนปกติทั่วไปได้ 5 เท่า ครอบครัวที่มีประวัติบุคคลเป็นโรคสมาธิสั้น จะพบเด็กโรคสมาธิสั้นได้ร้อยละ 20 – 25 นอกจากนี้ยังมีการเปรียบเทียบพี่น้องคนละพ่อคนละแม่กับพี่น้องที่เกิดจากพ่อแม่เดียวกันที่เป็นโรคสมาธิสั้น พบว่า เด็กที่เกิดจากพ่อแม่คนเดียวกันจะเป็นโรคสมาธิสั้นในอัตราที่สูงกว่าเด็กที่เกิดจากคนละพ่อคนละแม่กัน จึงเชื่อว่า ร้อยละ 90 สาเหตุการเกิดโรคสมาธิสั้นมาจากพันธุกรรม (Pityaratstian, Booranasuksakul, Juengsiragulwit, Benyakorn, 2014)

ปัจจัยด้านประสาทวิทยา (Neurobiology)

ความผิดปกติในระบบประสาท ภาวะต่างๆ ที่รบกวนการทำงานของสมอง เช่น ไข้สมองอักเสบ ลมชัก โรคพยาธิในสมอง การติดเชื้อหัดเยอรมันระหว่างตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์ ทารกคลอดก่อนกำหนดมีน้ำหนักตัวน้อย สมองขาดออกซิเจนขณะคลอดหรือได้รับบาดเจ็บขณะคลอด โรคขาดสารอาหาร อุบัติเหตุทางสมอง การได้รับสารพิษ ได้แก่ สารตะกั่ว จะทำให้เกิดอาการของโรคสมาธิสั้นได้ จึงมีผลกระทบโดยตรงต่อสมอง พฤติกรรม และพัฒนาการของเด็กในด้านสติปัญญา มีการศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับปริมาตรสมอง ของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นกับคนที่ไม่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น พบว่าปริมาตรสมองของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 3 – 4 มีปริมาตรน้อยกว่าผู้ป่วยปกติที่ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น โดย ร้อยละ 50 ปริมาตรของสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ลดลง ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุมสมาธิและการยับยั้งชั่งใจ (Chaturongkakul, 2022) แต่บางการศึกษา พบว่า ตำแหน่งของสมองที่มีความผิดปกติ ยังพบได้ที่สมองส่วนหลัง (cerebellum) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย และส่วนหนึ่งของสมองส่วนหน้า (Basal Ganglia) ที่ทำหน้าที่ควบคุมประสานงานการเคลื่อนไหว ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle Tone) และมีผลต่อความจำ (Keawkungwal, 2013) ในปัจจุบันผลการศึกษาที่ได้มีการใช้เครื่องมือทางการแพทย์สมัยใหม่ เช่น เครื่องตรวจวินิจฉัยโรคด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magneic Resonance Imaging, MRI) และการตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ (Positron Emission Tomography Scan หรือ PET Scan) ทำให้การศึกษาเกี่ยวกับพยาธิสภาพของสมองและระบบประสาทมีความแม่นยำมากขึ้น สามารถอธิบายสาเหตุของโรคสมาธิสั้น ว่าเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของใยประสาทมากกว่าความเสียหายที่สมอง (Brain Bamage) (Keawkungwal, 2013, Cloud Hospital, 2021)

ปัจจัยด้านสารสื่อประสาท (neurotransmitter)

สารสื่อประสาทในสมองเกิดความไม่สมดุล อาจเกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของยีนบางตัวที่ทำหน้าที่ในการควบคุมหลั่งโดปามีน รีเซฟเตอร์ (Dopamine Receptor) ผิดปกติ หรืออาจเกิดจากการตอบสนองของการกระตุ้นประสาทของเมททิลเฟนนิเดท (Methylphenidate) น้อย มีการศึกษามากมายทั้งในคนและในสัตว์ โดยใช้เลือด ปัสสาวะ และน้ำไขสันหลัง พบผลการศึกษาที่คาดว่ามีสารสื่อประสาทมากกว่า 1 ตัว มีความผิดปกติ แต่ไม่มีหลักฐานจากการศึกษาใดที่จะสามารถนำมาสรุปได้อย่างชัดเจน บางผลการศึกษาพบว่าเกิดจากความบกพร่องของสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ โดปามีน (Dopamine) นอร์อีพีเนฟรีน (Norepinephrine) และซีโรโตนิน (Serotonin) ส่งผลให้เด็กไม่สามารถควบคุมตัวเองได้แม้จะพยายามควบคุมตัวเองแล้วก็ตาม (Sirirutratraykha, 2022)

ปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม

เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ทำให้มีข้อจำกัดในด้านการควบคุมความยับยั้งชั่งใจและความจำในการใช้งาน (Maskasame, 2020) จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคสมาธิสั้นโดยตรง แต่ส่งผลต่อการดำเนินโรคและความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น ที่มีแนวโน้มทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและมีความรุนแรงของพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น (Piyasil & Ketmarn, 2002) เนื่องจากการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ และความไม่เหมาะสมของสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ประกอบกับพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กมีปัญหาทางจิตใจ เช่นเดียวกัน หากพ่อแม่มีการเลี้ยงดูที่ไม่ดี อาจทำให้เด็กมีอาการกล้ายโรคนี้ได้ และในเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นหากได้รับการเลี้ยงดูแบบตามใจ หรือไม่มีกฎระเบียบจะทำให้เด็กมีอาการมากขึ้นได้ตามมา และจากการศึกษาพบว่าเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลโดยมีการกำหนดเวลาสำหรับการกิจวัตรประจำวันของเด็กอย่างชัดเจน แต่ทำบ้างไม่ทำบ้างจึงมีผลต่อพฤติกรรมของเด็กในด้านของความสม่ำเสมอ นำมาซึ่งการขาดมีวินัยในเด็ก

ได้ นอกจากนี้ในช่วง 3 ปีแรกของเด็กที่เกิดการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ ของสิ่งแวดล้อม ประกอบกับความสัมพันธ์ของพ่อแม่ไม่ดีจะมีส่วนทำให้เด็ก เกิดอาการของโรคสมาธิสั้น แสดงพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นได้ และพบว่า ร้อยละ 85 ของเด็กที่พ่อแม่มีการโต้แย้งกันบ่อย เด็กสมาธิสั้นวัยเรียน จะมีปัญหาทางพฤติกรรม โดยปัญหาพฤติกรรมที่พบได้มากที่สุด คือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง การที่ครอบครัวมีเศรษฐกิจไม่ดี รายได้ไม่เพียงพอ ก็จะเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นแย่ลง เนื่องจากมีส่วนทำให้เด็กไม่สามารถข้าถึงการรักษาได้ (Soikum, 2013) สำหรับปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้น แต่ไม่สามารถพิสูจน์ได้ เช่น อาหารบางชนิด สีผสมอาหาร สารกันบูด เป็นต้น พ่อแม่ของเด็กโรคสมาธิสั้นกล่าวว่าเด็กมีอาการดีขึ้นหลังให้เด็กหยุดรับประทานอาหารประเภทขนมหวานและช็อกโกแลต (Lotrakul, 2001)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้นเป็นปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้ แต่เชื่อว่าสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายๆ ปัจจัยรวมกัน ซึ่งแต่ละปัจจัยมีความสำคัญและมีผลต่อพฤติกรรมของเด็กมากน้อยแตกต่างกันออกไป รวมไปถึงผู้ดูแลเด็กโดยเฉพาะแม่ผู้ซึ่งมีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดที่ทราบหรือสามารถสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของเด็กได้ และอาจรวมไปถึงสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเด็กด้วย จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นสามารถแบ่งได้ ดังนี้

ปัจจัยที่เกิดจากตัวเด็ก

1. เกิดจากความผิดปกติของร่างกายทางด้านชีวภาพ และการสูญเสียความสมดุลของสารเคมีในร่างกาย นอกจากนี้พบปัจจัยการได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะและมีผลให้สมองได้รับความกระทบกระเทือน ก็อาจจะมีผลให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนไปได้เช่นกัน (Soikum, 2013) โดยเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงแบบที่ไม่เคยเป็นมาก่อน การศึกษาทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการศึกษาทางสมองในเด็กโรคสมาธิสั้นพบว่า ปริมาตรเนื้อสมองส่วนหน้าและส่วนข้างเด็กโรคสมาธิสั้นจะมีน้อยกว่าปกติ รวมไปถึงขนาดของสมองและการทำงานของสารสื่อประสาทมีความผิดปกติก็สามารถทำให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมได้เช่นกัน (Sirirutratraykha, 2022)

2. โรคทางจิตเวชในเด็ก ร่วมกับพื้นฐานอารมณ์ของเด็กที่มีรูปแบบเป็นเด็กเลี้ยงยาก พบแนวโน้มในการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ง่าย เด็กที่มีลักษณะเลี้ยงยาก เอาแต่ใจตนเอง อารมณ์แปรปรวนหงุดหงิดง่าย หุนหันพลันแล่น จึงมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากนี้หากเด็กมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นร่วมด้วยจะนำมาซึ่งการไร้ความสามารถในการควบคุมสมาธิได้น้อยหรือไม่ได้เลย เด็กจึงมีลักษณะพฤติกรรมที่มีการต่อต้านสังคมได้ (Ekathikhomkit, 2017)

3. ลักษณะที่มีความเฉพาะ และความเป็นตัวตนของเด็ก เช่น เพศ ส่วนใหญ่จะพบปัญหาพฤติกรรมในเด็กหญิงน้อยกว่าเด็กชาย อายุ มักจะเกิดปัญหาในเด็กที่มีอายุน้อยกว่าเด็กที่มีอายุมาก รวมทั้งความแตกต่างของระดับความสามารถทางความคิดและทางอารมณ์ โดยปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมานี้ของเด็กสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามช่วงวัยตามพัฒนาการของเด็ก ร่วมกับสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวเด็กในแต่ละช่วงวัย (Sirirutratraykha, 2022)

ปัจจัยที่เกิดจากครอบครัวของเด็ก

ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยเกิดจากครอบครัวของเด็ก เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ เด็กที่ครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีอาการของโรคสมาธิสั้นรุนแรงเนื่องจากเด็กไม่ได้เข้ารับการรักษา นอกจากนี้รูปแบบครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้าง แยกกันอยู่ เด็กกลุ่มนี้จะขาดความอบอุ่น ขาดที่พึ่งทางอารมณ์ เด็กกับ

พ่อแม่มีปัญหากันในเรื่องของสัมพันธภาพ เด็กจึงไม่สามารถได้รับการตอบสนองตามความต้องการของตนเอง ประสบการณ์ที่พบเจอไม่ดี ไร้ซึ่งความสุข ปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวที่รุนแรงที่เด็กต้องเผชิญส่งผลให้เด็กเกิดความหวาดระแวง และเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ แม้แต่สภาพแวดล้อมที่วุ่นวาย สับสน ไม่มีกฎเกณฑ์ที่ต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ สมาชิกใช้ชีวิตโดยปราศจากการวางแผน ไม่มีแบบอย่างที่ดีให้เด็กได้ปฏิบัติตาม จะส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการเพิ่มมากขึ้น ส่งผลระยะยาวในเรื่องของบุคลิกภาพในอนาคตของเด็กได้ตามมาอีกด้วย การเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่ขาดระเบียบวินัย พ่อแม่ที่เลี้ยงดูแบบตามใจ อาจมีผลทำให้เด็กมีปัญหาในด้านพฤติกรรมได้ตามมา ทั้งในส่วนของพฤติกรรมที่ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบหรือแม้แต่เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูที่มีการเข้มงวดมากเกินไป อาจมีผลทำให้เด็กขาดความเป็นตัวของตัวเอง (Trangkasombat, 2003) นอกจากนี้ยังพบรูปแบบการเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่แบบประชาธิปไตยการเลี้ยงดูแบบวางเงื่อนไข ใช้เหตุผล การเลี้ยงดูแบบทะนุถนอม การเลี้ยงดูแบบควบคุมเข้มงวดและการเลี้ยงดูแบบผสมผสานระหว่างแบบประชาธิปไตยกับแบบวางเงื่อนไขใช้เหตุผลมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นที่ 0.000 $p < 0.01$ (Soikum, 2013) และปัจจัยอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดจากครอบครัวของเด็ก คือ การเจ็บป่วยทางจิตเวชของพ่อแม่ พ่อแม่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ ก็จะส่งผลให้เด็กมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีปัญหาได้ โดยจะสามารถสังเกตเห็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่รุนแรงเมื่อเด็กเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นตอนปลาย เด็กจะแสดงการต่อต้านท้าทายเมื่อโดนขัดใจ เกิดอาการวิตกกังวล ตื่นเต้น ตกใจได้ง่ายเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย และอาจจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ตามมา (Johnston, 1996)

ปัจจัยทางสังคม

เมื่อพิจารณาตามธรรมชาติของเด็ก พบว่า เด็กวัยเรียนมีพัฒนาการด้านความเจริญเติบโต วุฒิภาวะการเรียนรู้และความต้องการต่างๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับช่วงอายุและพัฒนาการตามวัย เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่กำลังมีความอยากรู้ อยากเห็น สิ่งใหม่ๆ ที่เข้ามาในชีวิตและมีความหลากหลาย (Chumai, 2016) จะเป็นปัญหาในทุกด้านสำหรับเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นเป็นอย่างมาก เช่น เมื่อเด็กไปโรงเรียน ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ เล่นกับเพื่อนไม่เป็น หรือมีการเล่นที่รุนแรง แสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงโดยที่เด็กไม่สามารถควบคุมอารมณ์หรือพฤติกรรมของตนเองได้ (Chaturongkakool, 2022)

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น

เด็กสมาธิสั้นมักมีปัญหาพฤติกรรมมากกว่าเด็กปกติ ซึ่งปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นมีทั้งปัญหาพฤติกรรมหลักตามอาการของโรค และยังมีปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ ร่วมด้วยโดยมีลักษณะแตกต่างกันออกไปในเด็กสมาธิสั้นแต่ละคน โดยลักษณะของพฤติกรรมที่มีปัญหาของเด็กสมาธิสั้นเด่นชัดที่สุด แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มอาการ คือ อาการไม่มีสมาธิ ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง และอาการหุนหันพลันแล่น ส่วนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาร่วมจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับพัฒนาการและอายุของเด็กสมาธิสั้นแต่ละคน (Nakmit, 2016) จากการศึกษา พบว่า เด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ร้อยละ 63.70 พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ร้อยละ 60.80 พฤติกรรมด้านอารมณ์ ร้อยละ 52.90 พฤติกรรมเกเร ร้อยละ 39.20 และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 43.20 นอกจากนี้ยังพบผลกระทบของปัญหาทางพฤติกรรมที่มีต่อบุคคลรอบข้างหรือกิจกรรมในชีวิตประจำวันของเด็กในระดับที่มีปัญหาเป็นสัดส่วนที่สูงสุด ร้อยละ 60.78 รองลงมา คือ ระดับเสี่ยง ร้อยละ 28.44 และระดับปกติ มีสัดส่วน น้อยที่สุด ร้อยละ 10.78 ผลกระทบที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นส่งผลให้เด็กรู้สึกไม่สบายใจในระดับค่อนข้างมาก คิดเป็นร้อยละ 44.12 พฤติกรรมดังกล่าวยังรบกวน

ชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่างๆ เช่น ด้านความเป็นอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 41.20 ด้านการคบเพื่อนร้อยละ 55.90 ด้านการเรียนในห้อง ร้อยละ 43.10 (Soikum, 2013)

ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นที่เกิดขึ้นในเด็กวัยเรียน

โรคสมาธิสั้นเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ทั้งในระยะยาวและระยะสั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า โรคสมาธิสั้นจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อเด็ก ครอบครัว และสังคม ดังนี้

ผลกระทบต่อเด็ก

ในบทความนี้แบ่งผลกระทบเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการศึกษา ได้แก่ 1) ผลกระทบต่อเด็กด้านร่างกาย จากอาการซนมาก อยู่ไม่นิ่ง ทำกิจกรรมต่างๆ หรือเล่นที่ผาดโผน และเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรง เช่น กระดูกหัก ศีรษะได้รับความกระทบกระเทือน และเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้ร่างกายเกิดการเจ็บป่วยได้บ่อยๆ ร้อยละ 50 จะมีปัญหาในส่วนของกล้ามเนื้อมัดใหญ่และกล้ามเนื้อมัดเล็ก ผลที่ตามมา คือ เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่จะไม่สามารถเขียนหนังสือให้สวยงามได้ ทำกิจกรรมดูไม่กระฉับกระเฉง (Trangkasombat, 2003) นอกจากนี้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของเด็กโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำอีกด้วย (Pongwilairat, Louthrenoo, Charnsil & Witoonchart, 2005) 2) ผลกระทบต่อเด็กด้านจิตใจ การที่เด็กควบคุมอารมณ์ของตนอันเกิดจากโรคสมาธิสั้นไม่ได้ ทำให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ได้ง่ายเมื่อโดนขัดใจ คือ โมโห หงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวน เมื่อโกรธจะแสดงพฤติกรรมรุนแรง เช่น ชกต่อยเพื่อน ตะโกนส่งเสียงดัง มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวชเมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ได้ตามมาในอนาคต (Srimakutphun, 2007) นอกจากนี้เด็กยังรู้สึกเป็นปมด้อย รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตนเองเป็นตัวปัญหา ไม่เป็นที่ต้องการของใคร เรียนไม่ดี โดยกดดันจากพ่อแม่ เด็กจะยิ่งรู้สึกแย่นำมาซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (Juengsiragulwit, Pityaratstian & Nimnuan, 2012) 3) ผลกระทบต่อเด็กด้านสังคม เด็กไม่เป็นที่ต้องการของเพื่อนเนื่องจากการที่เด็กเล่นกับเพื่อนแบบรุนแรง เช่น ชอบแหย่ แกล้ง หรือเล่นกับเพื่อนรุนแรง โดยที่ตนเองไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ จึงทำให้ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับเพื่อนหรือสังคมได้ (Ngamkum & Yunibhan 2013) เด็กจึงแยกตัว เล่นคนเดียว และการที่เด็กจะขาดการเข้ากลุ่มเพื่อน โดนเพื่อนล้อ ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเองได้ (Trangkasombat, 2003) 4) ผลกระทบต่อเด็กด้านการศึกษา เด็กโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 30 - 40 จะมีปัญหาด้านการเรียนบกพร่อง (Learning Disabilities, LD) อ่านสะกดคำไม่ได้ อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือผิด บวกลบเลขไม่ได้ สอบตก ซ้ำชั้น (Patjanasoontorn, Singkhom-ard, Unphrai, Srisawat, Udomsin & Kittisiriwattanakul, 2011) ไม่มีสมาธิหรือหรือมีความสนใจในการเรียนหรือทำงานขณะที่อยู่ในห้องเรียนได้เป็นเวลานาน ส่งผลให้เรียนไม่รู้เรื่อง ไม่สามารถเข้าใจในสิ่งที่คุณครูสอน ผลการเรียนตกต่ำ แม้ว่าจะมีสติปัญญาอยู่ในระดับปกติ (Lakanapichitkul, 1997) ทำให้เด็กต้องใช้ความพยายามในการทำกิจกรรมทำการบ้านมากกว่าเด็กปกติทั่วไป หากเด็กสมาธิสั้นรายใดที่มีภาวะระดับสติปัญญาต่ำร่วมด้วยก็จะยิ่งทำให้เด็กประสบปัญหาด้านการเรียน การทำงาน ส่งผลต่ออนาคตคือเด็กจะไม่ประสบความสำเร็จทางด้านการเรียนหรือการทำงานได้

ผลกระทบต่อครอบครัว

ปัญหาพฤติกรรมที่เกิดจากโรคสมาธิสั้นมีผลต่อครอบครัวของเด็กหลายๆ ด้าน ดังนี้ 1) ด้านจิตใจและอารมณ์ ครอบครัวหรือผู้ดูแลอาจจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลให้เกิดปัญหาดังกล่าว คือ ผลการเรียนเฉลี่ยของเด็กที่ดูแล (Chalotorn, 2021) ครอบครัวมักจะเกิดความเครียดเมื่อ

จัดการกับพฤติกรรมของเด็กไม่ได้ ความเครียดของพ่อแม่ที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความเครียดระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดหลักแบบมุ่งจัดการกับปัญหา คิดเป็นร้อยละ 91.3 โดยปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของแม่ รายได้ครอบครัวต่อเดือน และความรู้ของแม่เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ได้แก่ รายได้ครอบครัวต่อเดือน และความรู้ของแม่เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น (Sangridech & Wacharasindhu, 2019) ปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว เกิดจากการที่พ่อแม่มีการว่ากล่าวและโยนความผิดให้แก่กันในการทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูลูก เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้บุตรเกิดการเจ็บป่วย ทำให้เกิดการผลักภาระการเลี้ยงดูให้เป็นหน้าที่ของอีกฝ่ายนำมาซึ่งการทะเลาะ ครอบครัวแตกแยกและเกิดการหย่าร้างตามมา (Trangkasombat, 2003) 3) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านนี้เกิดขึ้นเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและต่อเนื่อง จึงทำให้ครอบครัวเกิดภาระที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ผลกระทบต่อสังคม

มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 55 ของคนที่ติดสารเสพติดเป็นโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ และเมื่อติดสารเสพติดแล้วระยะเวลาในการติดก็นานกว่าคนทั่วไป หากเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นได้รับการรักษาจะลดโอกาสในการติดสารเสพติดได้ ร้อยละ 50 (Trangkasombat, 2003) และเมื่อเด็กโรคสมาธิสั้นเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ นำมาซึ่งปัญหาการทำผิดกฎหมายได้ เช่น ลักขโมย พกพาอาวุธ ขายบริการทางเพศ ก่อคดีอาชญากรรม มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน

การรักษาเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน นอกจากจะดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์แล้ว การเปิดโอกาสให้พ่อแม่และครูมีส่วนช่วยในการฝึกทักษะต่างๆ ที่ยังขาดอยู่ จะเกิดผลดีต่อเด็กในด้านการเรียน และการใช้ชีวิตในสังคมได้ด้วยตนเอง ดังนั้น บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ที่จะส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีแก่เด็กโรคสมาธิสั้น ดังนี้

บทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้

การประเมินความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของพ่อแม่ และครู รวมถึงการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลจะเน้นให้พ่อแม่ และครูได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคัดกรองโรค และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นเพื่อให้เกิดความตระหนักในการดูแล มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน (Srisamurt, 2021)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียนร่วมกับผู้ปกครอง

การซักประวัติพ่อแม่ ผู้ปกครองมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการประเมินผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น การสัมภาษณ์จะต้องครอบคลุมอาการของโรค ระยะเวลาของอาการ อายุที่เริ่มมีอาการ สถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการและผลกระทบของอาการต่อการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยโดยเฉพาะด้านการเรียนและสังคม และต้องครอบคลุมถึงประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด พัฒนาการด้านต่างๆ ประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะ ประวัติโรคทางกายที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการคล้ายโรคสมาธิสั้น ลักษณะการเลี้ยงดู รวมทั้งประวัติอาการของโรคทางจิตเวชอื่นที่มักพบร่วมด้วยโดยเฉพาะโรคในกลุ่มปัญหาพฤติกรรม (Sinrachatanant & Tankam, 2017) เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้ระบายความรู้สึก จัดกลุ่มให้ผู้ปกครองร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการเลี้ยงดูเด็ก รวมถึงการให้คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่ง

เร้าส่งเสริมการสร้างสมาธิให้กับเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน แนะนำการจัดตารางเวลาในการทำกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมให้ผู้ปกครองให้กำลังใจและให้รางวัลเพื่อเป็นแรงจูงใจให้เด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียนพัฒนาทักษะต่างๆ ของตนเองได้ (Srisamurt, 2021)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียนร่วมกับครู

ครูเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยเหลือให้เด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียนเรียนได้ดี พยาบาลจึงควรให้คำแนะนำครูในการให้การช่วยเหลือ เช่น การจัดกิจกรรมประจำวันต้องคงที่ มีตารางที่แน่นอน จัดสิ่งแวะล้อมให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ เน้นถึงความปลอดภัย ลดการกระตุ้น โดยตำแหน่งที่ให้เด็กนั่งควรเป็นหน้าชั้นเรียนหรือใกล้ครูมากที่สุด ไม่ใกล้ประตูหรือหน้าต่างที่มองเห็นข้างนอก มีกฎระเบียบที่ชัดเจนที่ทุกคนในห้องต้องปฏิบัติ สื่อสารด้วยคำพูดที่กระชับ ชัดเจนและมีความเข้าใจง่าย มอบหมายงานหรือการบ้านโดยการเขียนให้ชัดเจน หลีกเลี่ยงการสั่งงานด้วยวาจา ให้รางวัลเมื่อปฏิบัติได้ดี ให้การช่วยเหลือด้านการเรียนในทักษะการอ่าน เขียน และฟัง แนะนำครูให้สร้างความรักเข้าใจกับเพื่อนของเด็กให้เห็นใจ ไม่ล้อเลียน และควรช่วยเหลือเพื่อน (Rajanagarindra Institute of Child Development, 2017; Manarom Hospital, 2021; Srisamurt, 2021)

บทสรุป

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบได้มากในเด็กวัยเรียนและเป็นอุปสรรคต่อการเรียนของเด็กมาก เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมักจะขาดทักษะหลายอย่างที่เด็กอื่นๆ มี เช่น การควบคุมตนเอง การคิดก่อนทำ การยับยั้งชั่งใจตนเอง ความรับผิดชอบ การบริหารเวลา และการมีวินัย การช่วยเหลือเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นนั้น นอกจากแพทย์จะให้ ยากินเพื่อให้มีสมาธิในการเรียนแล้ว พ่อแม่และครูมีส่วนช่วยอย่างมาก ในการฝึกทักษะหลายประการที่เด็กสมาธิสั้นยังขาดอยู่ การฝึกทักษะที่ดีให้เกิดขึ้นก่อนจึงมีความสำคัญมาก เพื่อป้องกันเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมไม่ดีจนติดเป็นนิสัยไปจนโต การฝึกทักษะมักต้องใช้เวลานาน ต้องอาศัยความอดทน ความเอาจริงเอาจัง ความสม่ำเสมอ และความร่วมมือของพ่อแม่อย่างมาก

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น เช่น ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ การแสดงออกทางสังคม อาการซุกซน อยู่ไม่นิ่ง อาการหุนหันพลันแล่น และไม่มีสมาธิหรืออาการขาดสมาธิ การแสดงออกทางอารมณ์โกรธและบกพร่องทางการสื่อสาร จากการที่เด็กไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ออกมา รวมถึงปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวได้แก่การเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง ไม่สนใจ ไม่มีระเบียบวินัย พ่อแม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีอารมณ์ไม่มั่นคง เด็กจะเลียนแบบและซึมซับพฤติกรรมก้าวร้าวนั้นมา ตลอดทั้งพ่อแม่ไม่เข้าใจเรื่องการดูแลและการปรับพฤติกรรมที่ถูกต้องขาดระเบียบวินัย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

จากปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนากิจกรรมหรือแนวทางการพยาบาลเพื่อที่จะช่วยลดปัญหาพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นกับเด็กโรคสมาธิสั้น หรือส่งเสริมแนวทางในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นที่จะช่วยจัดการหรือควบคุมปัจจัยที่สามารถจัดการกระทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

รายการอ้างอิง

Boon-yasidhi, V. (2012). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 57*(4), 373 – 386.

Chalotorn, P. (2021). Prevalence and Associated Factors of Depression Among The Primary Caregivers of Patients with ADHDat Chaophrayayommarat Hospital in Thailand. *Medical Journal, 40*(3), 429 – 438.

Chaturongkakool, C. (2022). *Short attention span is closer to the child than I thought*. Retrieved October 10, 2022, from https://www.bangkokhospital.com/content/adhd-disorder

Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute. (2019). *Attention Deficit Hyperactivity Disorders.* Retrieved October 8, 2022, from https://new.camri.go.th/Service/Chumai, T. (2016). Early Childhood Growth and Development. *Hua Hin Sook Jai Khai Kangwon Journal. 1*(2). 18 – 33.

Cloud Hospital. (2021). *Pediatric Neurology*. Retrieved December 1, 2022, from https://icloudhospital.com/th/departments/

Department of Mental Health. (2018). *Attention Deficit Hyperactivity Disorders.* Retrieved October 8, 2022, from THAIDMH/posts/754737428029809

Ekathikhomkit, N. (2017). Child Temperament and Parental Stress. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 31*(3). 17 – 29.

Faculty of Medicine Siriraj Hospital. (2022). *Attention Deficit Hyperactivity Disorders.* Retrieved October 8, 2022, from https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2481

Hongsanguansri, S. (2012). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In Lortrakool, M. & Sukanich, P. psychiatry Ramathibodi* (3rd ed.). (495 – 505). Bangkok: RamaHospital. (in Thai)

Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal Abnormal Child Psychology, 24*(1), 85 – 104.

Juengsiragulwit, D., Pityaratstian, N., & Nimnuan, C. (2012). The Efficacy of Brief Group Cognitive Behavioral Therapy in Children with ADHD. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 57*(1). 19 - 28.

Keawkungwal, S. (2013). *special child psychology. In Weerakitkosol, J. ADHD and Hyperactivity* (3rd ed.). (376 – 394). Bangkok: Pimdee.

Lakanapichitkul, D. (1997). *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD*. *Sukhothai Thammathirat Open University Journal, 10*(1), 94 – 101.

Lotrakul, P. (2001). Student Mental Health Handbook. Bangkok: Wongkamon. (in Thai)

Manarom Hospital. (2021). *ADHD.* Retrieved December 1, 2022, from https://www.manarom.com/blog/adhd_disorder.html

Maskasame, K. (2020). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescence. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital, 16*(2), 75 – 102.

Nakmit, T. (2016). *The Influence of Selected Factors on Mothers' Perception of Behavioral Problems in School-age Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.* Retrieved from Master of Nursing Science (pediatric), Prince of Songkla University.

Ngamkum, D. & Yunibhan, J. (2013). Relationships Berween Family Factors And Behavioral Problems In Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Eastern Region. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 27*(1), 16 – 28.

Patjanasoontorn, N., Singkhom-ard, J., Unphrai, P., Srisawat, W., Udomsin, C., & Kittisiriwattanakul, O. (2011). Learning and Behavioral Problems in a Demonstration School Children, Education level 1 (Grade 1 – 3) in Khon Kaen Province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 56*(4). 345 – 351.

Pityaratstian, N., Booranasuksakul, T., Juengsiragulwit, D. & Benyakorn, S. (2014). ADHD Screening Properties of the thai Version of Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 59*(2). 97 - 110.

Piyasil, W. & Ketmarn, P. (2002). *ADHD*. *In Piyasil, W. & Ketmarn, P. Textbook of Child and Adolescent Psychiatry.* (209 – 219). Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai)

Pongwilairat, K., Louthrenoo, O., Charnsil, C. & Witoonchart, C. (2005). Quality of Life of Children with Attention-Deficit/Hyper Activity Disorter. *Journal of the Medical Association of Thailand. 88*(8). 1062 – 1066.

Rajanagarindra Institute of Child Development. (2017). *A guide to screening and adjusting behavior for children with ADHD for Parents: Rajanagarindra Institute of Child Development*, Siampimnana: Chiangmai. (in Thai)

Rajanagarindra Institute of Child Development. (2017). *Knowledge of ADHD and and the role of teachers in caring for children with ADHD*, Siampimnana: Chiangmai. (in Thai)Sangridech, M. & Wacharasindhu, A. (2019). Stress, coping behaviors and related-factors in mothers of child with ADHD at Outpatient Department of Child and Adolescent Psychiatric Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med Bull, 1*(5), 451 – 461.

Sinrachatanant, A. & Tankam, T. (2017). *Guidelines for the care of child and adolescent psychiatric disorders.* (69 – 79). Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of thailand. (in Thai)

Sirirutraykha, T. (2022). *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*. Retrieved October 8, 2022, from https://www.happyhomeclinic.com/sp03-adhd.htm

Srimakutphun, N. (2007). *The Correlation between Self-Esteem and Parenting Styles of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Attending Child Psychiatric Outpatient Unit of King Chulalongkorn Memorial Hospital*. Retrieved from Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University Description.

Srisamurt, A. (2021). Nurse' roles in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Mahasarakham Hospital Journal. 18*(2). 140 – 147.

Soikum, K. (2013). *Behavioral problems in school-aged children with ADHD*. Retrieved from Faculty of Public Health, Chiang Mai University is University.

Thavorncharoensap, M. (2019). *ADHD: drug treatment*. Retrieved December 2, 2022, from https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/479

Trangkasombat, U. (2003). Meditate for your child. Bangkok: Sunta.

Winatpatthama, C., (2021). Mental health problems of children, adolescents and school age Retrieved October 10, 2022, from http://sesao24.go.th/web/wp-content/uploads/2021/09