

Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder in Preschoolers

พรชญา ศรีสิงห์สงคราม

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (attention-deficit / hyperactivity disorder, ADHD) เป็นภาวะที่เด็กไม่มีสมาธิ, ขน, ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น โดยอาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวเด็กและครอบครัวเป็นอย่างมาก ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว, ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน, ปัญหาพฤติกรรม และปัญหาการเรียน เป็นต้น โรคสมาธิสั้นนี้สามารถพบและวินิจฉัยได้ในหลายช่วงวัย ไม่ว่าจะเป็นวัยอนุบาล, วัยเรียน, วัยรุ่น ไปจนกระทั่งวัยผู้ใหญ่ สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ คือ การให้การวินิจฉัย, ค้นหาโรคร่วม, การดูแลรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมตั้งแต่เนิ่น ๆ เพื่อลดการเกิดปัญหาต่าง ๆ ที่อาจตามมา เช่น การเกิดอุบัติเหตุ, การไม่ประสบความสำเร็จในการเรียนและการทำงาน รวมทั้งการดำเนินชีวิตคู่ เป็นต้น

สำหรับบทความนี้ขอกล่าวถึงโรคสมาธิสั้นในภาพรวม และโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยอนุบาล (preschool-age) คือ ในช่วงอายุ 2-5 ปีเป็นหลัก

ระบาดวิทยา

ความชุกของโรคสมาธิสั้นโดยภาพรวมทั่วโลกจากการสำรวจอยู่ที่ร้อยละ 5.3-9.4¹⁻⁴ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 12.9 และ 5.6 ตามลำดับ)⁴ หรืออัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง คือ 3 ต่อ 1 สำหรับข้อมูลความชุกในประเทศไทยโดยทวีศิลป์ วิษณุโยธินและคณะ⁵ พบอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 8.1 การศึกษาดังกล่าวสำรวจเฉพาะในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 สำหรับข้อมูลความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยอนุบาลใน

ต่างประเทศนั้นยังมีไม่มาก ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงร้อยละ 2.0-7.9^{4,6,7} ซึ่งตัวเลขดังกล่าวขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น เครื่องมือและวิธีที่ใช้สำรวจ, ระเบียบวิธีวิจัย, เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค, กลุ่มประชากรและช่วงเวลาการศึกษา สำหรับความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กก่อนอนุบาลในประเทศไทยนั้นยังไม่มีรายงาน

ผู้ป่วยเด็กประมาณ 1 ใน 3 ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นก่อนอายุ 6 ปี⁸ ซึ่งหมายถึง มีเด็กจำนวนไม่น้อยที่มาพบแพทย์ด้วยภาวะนี้ และแพทย์สามารถวินิจฉัยและให้ความช่วยเหลือได้ตั้งแต่ในวัยอนุบาล

สาเหตุและพยาธิกำเนิด^{9,10}

โรคสมาธิสั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน (multifactorial) ทั้งปัจจัยพันธุกรรม, ระบบประสาท และสิ่งแวดล้อม มีการศึกษาในครอบครัวและการศึกษาในฝาแฝดหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า โรคสมาธิสั้นนั้นมีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมค่อนข้างมาก (heritability 0.8) และพบโอกาสที่มีญาติสายตรง เช่น บิดา, มารดา, พี่น้อง หรือลูกเป็นโรคสมาธิสั้นเช่นเดียวกัน ยีนที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ คือ ยีนที่เกี่ยวข้องกับ dopamine และ serotonin pathways¹¹ เช่น dopamine receptor D4 gene (DRD4), dopamine transporter gene (DAT1), 5-hydroxytryptamine (serotonin) receptor 1B (HTR1B) เป็นต้น ซึ่งยากระตุ้น (stimulant) ที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นบางชนิดออกฤทธิ์ที่กลไกดังกล่าว

ปัจจัยทางระบบประสาท มีการศึกษาที่พบความผิดปกติทั้งในระดับโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของสมองของเด็กที่มีโรคสมาธิสั้น โดยพบความผิดปกติของ frontal-subcortical circuits และสมองบริเวณดังกล่าวมีขนาดเล็กกว่าเด็กปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า ปริมาตรของสมองชั้น cortex และปริมาตรของสมองโดยรวมของเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นนั้นมีขนาดเล็กกว่าเด็กปกติ กรณีได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (traumatic brain injury) พบว่า สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของโรคสมาธิสั้นตามมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² ในทางกลับกันเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นเองก็มีความเสี่ยงที่จะเกิดการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมากขึ้นเช่นกัน

ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม, ความตึงเครียดของครอบครัว, ความยากจน, การเผชิญกับความรุนแรง หรือภาวะทุพโภชนาการ ไม่ได้เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดโรคสมาธิสั้น แต่เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เด็กที่มีโรคสมาธิสั้นมีอาการแย่ลงได้¹³

อาการและอาการแสดง⁹

อาการและอาการแสดงของโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่เด็กจะมาด้วยพฤติกรรมของการไม่มีสมาธิ, ซน, ไม่นิ่ง, หุนหันพลันแล่น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นบ่อยครั้งและมากกว่าเด็กในวัยหรือระดับพัฒนาการเดียวกัน ทำให้เกิดผลเสียต่อตนเอง, ครอบครัว และคนรอบข้างอย่างมากในเรื่องของพฤติกรรม, การเรียน และสังคม โดยเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุ 12 ปี เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน เกิดขึ้นในสถานการณ์อย่างน้อย 2 สถานการณ์ขึ้นไป เช่น ที่บ้าน,

ที่โรงเรียน, ขณะร่วมกิจกรรมต่าง ๆ นอกโรงเรียนหรือในสังคม เป็นต้น และพฤติกรรมดังกล่าวไม่สามารถอธิบายได้ด้วยภาวะหรือโรคอื่น จากเกณฑ์การวินิจฉัยตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) นั้นแบ่งประเภทของโรคสมาธิสั้นตามลักษณะอาการแสดงหลักในช่วงนั้น ๆ ได้แก่

1. มีอาการทั้งไม่มีสมาธิและซนไม่นั่งร่วมกัน (combined presentation)
2. มีอาการไม่มีสมาธิเป็นหลัก (predominantly inattentive presentation)
3. มีอาการซนไม่นั่งเป็นหลัก (predominantly hyperactive-impulsive presentation)

โรคสมาธิสั้นในเด็กวัยอนุบาล ส่วนใหญ่มักมาด้วยอาการซนไม่นั่งและหุนหันพลันแล่น เช่น ซนมาก, นั่งไม่อยู่กับที่, ยุกยิก, เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง, ทำของหายบ่อย, พุดมาก, พุดแทรก หรือรอคอยไม่ได้ เป็นต้น อย่างไรก็ตามอาการแสดงหลักเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อโตขึ้นในแต่ละปี¹⁴ เช่น ช่วงวัยอนุบาลเด็กอาจมีอาการแสดงหลักทั้งไม่มีสมาธิและซนไม่นั่งร่วมกัน และเปลี่ยนแปลงเป็นมีอาการไม่มีสมาธิเป็นหลักเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยเรียน เป็นต้น

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นเป็นการวินิจฉัยทางคลินิก (clinical diagnosis) กล่าวคือ อาศัยการซักประวัติ, ตรวจประเมิน และสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยในหลาย ๆ สถานการณ์ ปัจจุบันเกณฑ์มาตรฐานที่นำมาใช้เพื่อการวินิจฉัยอ้างอิงตาม DSM-5¹⁵ ซึ่งสามารถใช้เกณฑ์ดังกล่าวในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในวัยอนุบาลได้เช่นกัน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

นอกจากการซักประวัติจากผู้ปกครองที่อ้างอิงเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 แล้ว ข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ ที่เชื่อถือได้ เช่น ผู้ดูแลคนอื่น ๆ, คุณครูที่โรงเรียน หรือคุณครูที่สอนพิเศษก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน เช่น รายละเอียดความกังวลของผู้ดูแลคนอื่น ๆ การดูสมุดรายงานผลการเรียนที่รายงานโดยครูประจำชั้นเพื่อดูรายงานพฤติกรรมระหว่างอยู่ที่โรงเรียน การให้คุณครู, พ่อแม่ หรือผู้ปกครองประเมิน ADHD rating scales เช่น Conner's Rating Scales, Vanderbilt ADHD Rating Scales หรือ SNAP-IV เป็นต้น อย่างไรก็ตามประวัติและข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งไปประเมินควรใช้วิจารณญาณร่วมด้วยว่า ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องหรือน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด, ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เลี้ยงดูใกล้ชิดหรือไม่, ใช้เวลากับเด็กมากน้อยเพียงใด, คุณครูมีโอกาสสัมผัสหรืออยู่กับเด็กมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้แพทย์ยังสามารถประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมของเด็กในห้องตรวจ ทั้งระหว่างที่แพทย์คุยกับผู้ปกครอง และช่วงที่แพทย์ตรวจประเมินเด็กว่า มีลักษณะรอคอยไม่ได้, พุดโพล่ง, พุดแทรก, ยุกยิก หรือวอกแวกหรือไม่ เป็นต้น ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวถือเป็นสถานการณ์หนึ่งที่สามารถใช้ประกอบการวินิจฉัยได้

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตาม DSM-5 (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 15)

A. มีอาการของการไม่มีสมาธิ และ/หรืออาการซนไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ที่ส่งผลเสียต่อการใช้ชีวิตประจำวันหรือพัฒนาการ โดยมีรายละเอียดของอาการตามข้อ 1 และ/หรือข้อ 2 ดังต่อไปนี้

1. **ไม่มีสมาธิ:** มีอาการของการไม่มีสมาธิตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไปเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่อาการดังกล่าว

ไม่เหมาะสมกับระดับพัฒนาการของเด็ก และมีผลกระทบโดยตรงต่อการเรียน, การทำงาน และทักษะทางสังคม

a. ขาดความสนใจต่อรายละเอียดของงาน มักมีข้อผิดพลาดในการทำงานที่โรงเรียน ที่บ้าน เช่น ทำงานสะเพร่า ทำงานไม่ค่อยถูกต้อง เป็นต้น

b. มักไม่มีสมาธิจดจ่อกับงานหรือกิจกรรมที่ทำ เช่น การเรียน, บทสนทนา, การอ่านหนังสือ

c. ไม่ค่อยตั้งใจฟังเวลาคนอื่นพูดสื่อสารด้วย

d. ไม่ค่อยทำตามคำสั่งและทำงานไม่เสร็จ เช่น การบ้าน, งานบ้าน หรืองานที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น โดยไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมต่อต้านหรือการไม่เข้าใจคำสั่ง

e. มีความยากลำบากในการจัดระเบียบการงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ เช่น งานที่มีลำดับขั้นตอน งานที่มีกำหนดเวลา เป็นต้น

f. มักหลีกเลี่ยง, ไม่ชอบ หรือปฏิเสธที่จะทำงานที่ต้องอาศัยความคิดอย่างต่อเนื่อง เช่น งานที่โรงเรียน การบ้าน เป็นต้น

g. มักทำของใช้ในชีวิตรประจำวันหายบ่อยครั้ง เช่น ของเล่น, เครื่องเขียน, หนังสือ, อุปกรณ์การเรียน เป็นต้น

h. มักกวอกแวกต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ภายนอกได้ง่าย

i. มักหลงลืมกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำเป็นประจำ

2. **ซน ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น:** มีอาการซน ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไปเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่อาการดังกล่าวไม่เหมาะสมกับระดับพัฒนาการของเด็ก และมีผลกระทบโดยตรงต่อการเรียน, การทำงาน และทักษะทางสังคม

a. มักอยู่ไม่นิ่ง, มือเท้าขยับไปมา, ยุกยิก

b. มักลุกออกจากที่นั่งในสถานการณ์ที่ควรจะนั่ง เช่น ขณะเรียน

c. มักวิ่งหรือปีนป่ายมากเกินไปในสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม (หากเป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่อาจแสดงออกเป็นความรู้สึกกระสับกระส่าย)

d. มักมีความยากลำบากในการเล่น หรือร่วมกิจกรรมที่ต้องการความเงียบสงบ

e. มักเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา เหมือนเครื่องยนต์ที่ติดเครื่องอยู่ตลอดเวลา

f. มักพูดมาก

g. มักพูดโพล่ง พูดแทรกตอบก่อนที่จะถามคำถามจบ

h. มักรอคอยไม่ได้

i. มักขัดจังหวะ/สอดแทรกระหว่างที่ผู้อื่นทำกิจกรรมอยู่ เช่น ระหว่างบทสนทนา ระหว่างการเล่น เป็นต้น

B. อาการของการไม่มีสมาธิ หรือซน ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น เริ่มมีอาการตั้งแต่อายุ 12 ปี

C. อาการของการไม่มีสมาธิ หรือซน ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น เกิดขึ้นในสถานการณ์อย่างน้อย 2 สถานการณ์ขึ้นไป เช่น ที่บ้าน, ที่โรงเรียน, กับเพื่อน/ญาติในขณะร่วมกิจกรรมต่าง ๆ นอกโรงเรียนหรือในสังคม

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตาม DSM-5 (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 15) (ต่อ)

- D. อาการดังกล่าวมีผลกระทบชัดเจน และก่อให้เกิดผลเสียต่อการเรียน, การทำงาน หรือทักษะทางสังคม
- E. อาการดังกล่าวไม่ได้เป็นส่วนหนึ่ง หรืออธิบายได้จากโรคจิตเภท หรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรคอารมณ์ผิดปกติ (mood disorder), โรควิตกกังวล (anxiety disorder), โรคหลายบุคลิก (dissociative disorder), โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorder) หรือภาวะที่เกิดจากการใช้/ขาดสารเสพติด (substance intoxication/withdrawal) เป็นต้น
- แบ่งประเภทตามลักษณะอาการแสดงหลัก ดังต่อไปนี้
- ADHD, combined presentation** คือ มีอาการทั้งไม่มีสมาธิและซนไม่นั่งร่วมกัน (A1 และ A2) อย่างน้อยด้านละ 6 ข้อขึ้นไป ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
- ADHD, predominantly inattentive presentation** คือ มีอาการไม่มีสมาธิเป็นหลัก (เฉพาะ A1) ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
- ADHD, predominantly hyperactive-impulsive presentation** คือ มีอาการซนไม่นั่งเป็นหลัก (เฉพาะ A2) ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

โรคสมาธิสั้นที่มีความซับซ้อน (complex ADHD) เป็นคำนิยามใหม่โดยสมาคมกุมารเวชศาสตร์สาขาพัฒนาการและพฤติกรรม (Society for Developmental and Behavioral Pediatrics)¹⁶ เด็กที่มีโรคสมาธิสั้นในวัยอนุบาลบางส่วนเข้าข่ายเป็น complex ADHD ด้วยคำนิยาม ดังนี้

1. เป็นกลุ่มเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นที่มีอาการแสดงตอนอายุน้อยกว่า 4 ปี หรือหลังอายุ 12 ปี ขึ้นไป
2. พบภาวะอื่น ๆ (coexisting conditions) ร่วมด้วย
3. มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของเด็กตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe functional impairment) ที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อการเรียน, ทักษะทางสังคม และการใช้ชีวิตประจำวัน
4. มีความไม่แน่นอนในการวินิจฉัยโรคของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
5. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีความไม่แน่นอนในการวางแผนดูแลรักษา

คำแนะนำเกี่ยวกับการประเมินและการดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นที่มีความซับซ้อนนั้น รายละเอียดเพิ่มเติมอยู่ในบท overview of complex ADHD

การวินิจฉัยแยกโรคและโรคที่เกิดขึ้นร่วมกัน (comorbidity)

ในเด็กวัยอนุบาลที่มาด้วยอาการและพฤติกรรมที่สงสัยโรคสมาธิสั้น มีความจำเป็นที่แพทย์ควรพิจารณาแยกโรค หรือมองหาภาวะโรคที่เกิดขึ้นร่วมกันต่าง ๆ ที่พบได้ในช่วงวัยดังกล่าว ดังต่อไปนี้

1. ซนปกติหรือซนตามวัย (normal active child) เด็กวัยอนุบาลบางคนอาจมีพฤติกรรมคล้ายซนอยู่ไม่นิ่งได้ เนื่องจากการควบคุมตนเอง (inhibitory control) ยังไม่ดีพอจนกระทั่งอายุ 3-5 ปี¹⁷ นอกจากนั้นเด็กบางคน

ที่มีพื้นอารมณ์ (temperament) ที่มีการเคลื่อนไหวสูง (high activity)¹⁸ ก็จะแสดงออกโดยมีการเคลื่อนไหวมาก ใช้พลังงานมากซึ่งถือเป็นเรื่องปกติตามวัย โดยปกติของเด็กวัยอนุบาลนี้จะมีความสามารถในการจดจ่ออยู่กับกิจกรรมหนึ่ง ๆ ได้เพิ่มปีละประมาณ 2-3 นาที เช่น เด็กที่อายุ 2 ปี และ 5 ปี จะมีความสามารถอยู่ได้ประมาณ 4-6 นาที และ 10-15 นาที ตามลำดับ อย่างไรก็ตามเด็กที่ซนตามวัยสามารถแยกจากเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น โดยเด็กที่ซนตามวัยไม่ควรที่จะมีผลกระทบด้านลบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น

2. ภาวะพัฒนาการล่าช้าหลายด้าน (global developmental delay) คือ ภาวะของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป โดยครอบคลุมด้านการใช้ภาษา, การรับรู้ภาษา, กล้ามเนื้อมัดเล็ก, กล้ามเนื้อมัดใหญ่, สติปัญญา, พัฒนาการทางสังคมและตนเอง และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน¹⁹ โดยเด็กกลุ่มนี้หากอาการช่น ไม่นิ่งอติบายได้ด้วยระดับพัฒนาการ (developmental age) ก็สามารถบอกได้ว่าไม่ใช่โรคสมาธิสั้น อย่างไรก็ตามหากเด็กมีอาการช่น ไม่นิ่งที่มากเกินอายุพัฒนาการที่ล่าช้าแล้ว ก็สามารถวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นเป็นภาวะโรคที่เกิดขึ้นร่วมกันด้วยได้เช่นกัน

3. โรคออทิซึม คือ ภาวะที่เด็กมีความบกพร่องด้านทักษะสังคม, มีความยากลำบากในการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ร่วมกับมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ไม่ยืดหยุ่น, มีความสนใจในกิจกรรมจำกัดเฉพาะเรื่อง เด็กกลุ่มนี้ผู้ปกครองอาจพามาพบแพทย์ด้วยเรื่องอยู่ไม่นิ่ง เหมือนไม่มีสมาธิ แต่เมื่อประเมินมักพบว่าเด็กกลุ่มนี้จะไม่ค่อยสนใจคนรอบข้าง อาจมีการมองเห็นสบตาที่ไม่ดี, ชอบเล่นคนเดียว และเล่นเฉพาะสิ่งที่ตนเองสนใจเป็นหลัก อย่างไรก็ตามโรคออทิซึมและโรคสมาธิสั้นในปัจจุบันสามารถพบร่วมกันได้ หากเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยทั้ง 2 โรค¹⁵

4. ภาวะความเจ็บป่วยทางกาย หรือผลจากยาบางอย่าง ที่มีผลทำให้มีอาการเหมือนอยู่ไม่นิ่ง เช่น ความผิดปกติของไทรอยด์ฮอร์โมน, โรคลมชัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคลมชักที่มีอาการเหม่อ (absence seizure), ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนขณะหลับ (obstructive sleep apnea), ภาวะพิษจากสารตะกั่ว, ยาบางชนิด เช่น ยาต้านชัก (phenobarbital, carbamazepine), ยากลุ่มสเตียรอยด์, ยากลุ่ม beta 2 adrenergic agonists, ยาลดอาการคัดจมูก (pseudoephedrine) และยารักษาโรคภูมิแพ้กลุ่มยาด้านฮิสตามีน เป็นต้น แพทย์มีความจำเป็นที่จะต้องซักประวัติโรคประจำตัว และการใช้ยาต่าง ๆ ซึ่งหากอาการที่เหมือนอยู่ไม่นิ่งเป็นหลังจากเริ่มมีอาการของโรคดังกล่าว หรือหลังจากการใช้ยาดังกล่าวข้างต้น เมื่อได้รับการรักษาโรคนั้น ๆ หรือหยุดยาดังกล่าว อาการที่เหมือนอยู่ไม่นิ่งก็ควรจะหายไป

5. ปัญหาการเลี้ยงดู ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและครอบครัว ส่วนใหญ่แล้วเด็กเหล่านี้มักมีปัญหาพฤติกรรมช่น ไม่นิ่งเฉพาะบางสถานการณ์ หรือเฉพาะกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เช่น มีปัญหาเฉพาะเวลาอยู่กับคุณพ่อหรือคุณแม่ แต่เมื่ออยู่ที่โรงเรียน หรืออยู่กับญาติจะสามารถควบคุมตนเองได้ดี ไม่มีอาการหรือพฤติกรรมช่น ไม่นิ่งแต่อย่างใด ลักษณะเช่นนี้จะทำให้เกิดถึงปัญหาการเลี้ยงดู หรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และเด็ก เป็นต้น นอกจากนั้นปัจจัยสภาพแวดล้อมหรือเหตุการณ์รอบตัวเด็ก เช่น ความรุนแรงในครอบครัวก็สามารถทำให้เด็กมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป อาจมีลักษณะเหมือนช่น ไม่นิ่งได้เช่นกัน กรณีเหล่านี้ต้องจัดการเรื่องการเลี้ยงดูให้เหมาะสม และแก้ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวจะช่วยให้ปัญหาพฤติกรรมเหมือนช่น ไม่นิ่งดีขึ้นได้

นอกจากภาวะต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ภาวะโรคที่เกิดขึ้นร่วมกันอื่น ๆ ที่สามารถพบร่วมกับโรคสมาธิสั้น ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (learning disorder), ภาวะพัฒนาการทางภาษาบกพร่อง (language disorder), โรคต่อต้าน (oppositional defiant disorder), โรคเกร (conduct disorder) รวมถึงโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งโดยการศึกษาของ Wilens และคณะ พบว่า ร้อยละ 74 ของเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นในวัยอนุบาลนั้นมีภาวะโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ไม่แตกต่างจากเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นในวัยเรียน²⁰ อย่างไรก็ตามโรคที่เกิดขึ้นร่วมกันบางอย่างอาจเริ่มพบได้ในช่วงวัยเรียนหรือเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่จะต้องติดตามเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นในระยะยาว

การดูแลรักษา

การรักษาโรคสมาธิสั้นในวัยอนุบาล เน้นการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนเป็นหลัก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือและแก้ไขความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ (functional impairment) ทั้งที่บ้าน ที่โรงเรียน และกับเพื่อนมากกว่ามุ่งเน้นแต่การลดอาการหลัก (core symptoms) เพียงอย่างเดียว เพราะข้อดีของการมุ่งเน้นที่ความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของเด็กจะช่วยให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษา และติดตามได้อย่างชัดเจนและเหมาะสม¹⁶

ในเด็กโรคสมาธิสั้นที่มีอายุระหว่าง 4-6 ปี การปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ การปรับพฤติกรรมเด็กโดยเน้นการฝึกอบรมผู้ปกครอง (parent training in behavior management) และการฝึกปรับพฤติกรรมที่โรงเรียน (behavioral classroom interventions)²¹

1. การปรับพฤติกรรม

การปรับพฤติกรรมถือเป็นการรักษาทางจิตสังคมซึ่งมีประสิทธิผลมากที่สุดที่มีหลักฐานการวิจัยรับรอง²² โดยเน้นให้เด็กได้มีโอกาสทำพฤติกรรมดีมากขึ้น และควบคุมพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เทคนิคการปรับพฤติกรรมมีได้หลายรูปแบบ เช่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเด็กกับพ่อแม่ ผู้ปกครอง, การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ, การให้แรงเสริมทางบวก, การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ขั้นตอนการปรับพฤติกรรมนั้น เริ่มจากการตั้งเป้าหมาย และกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยน โดยเริ่มจากระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (target behaviors) เช่น พฤติกรรมปัญหาของเด็กวัยอนุบาล คือ การจัดการอารมณ์โกรธ การร้องอาละวาด เป็นต้น ซึ่งเป้าหมายนี้จำเป็นที่จะต้องสอดคล้องกับระดับพัฒนาการของเด็กแต่ละราย และเป้าหมายสามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อเวลาและสถานการณ์เปลี่ยนไป ลำดับถัดไป คือ การสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ต้องการ โดยแรงจูงใจต้องเหมาะสมกับอายุ, ระดับพัฒนาการ และความเหมาะสม เช่น เด็กวัยอนุบาลใช้วิธีการให้แรงเสริมทางบวกในรูปแบบของรางวัล ได้แก่ สิ่งของเล็ก ๆ น้อย ๆ, คำชม หรือโอกาสที่เด็กจะได้ทำในสิ่งที่ชอบ เป็นต้น รวมทั้งเน้นให้ผู้ปกครองมองหาข้อดีและส่งเสริมข้อดีของเด็ก เพื่อเสริมความมั่นใจและการเห็นคุณค่าของตนเอง ลำดับสุดท้าย คือ การสร้างตารางกิจวัตรในแต่ละวัน และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมโดยจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้เป็นแบบแผน

สม่ำเสมอ โดยเฉพาะกิจกรรมในตอนเช้า, หลังเลิกเรียน และก่อนนอน ตารางกิจกรรมควรทำเป็นตารางที่เห็นเป็นรูปธรรม, เข้าใจง่าย, เด็กมองเห็นได้ชัดเจน ผู้ปกครองมอบหมายงานให้เด็กทำครั้งละ 1 อย่าง แทนการสั่งงานหลายอย่างในครั้งเดียว ส่งเสริมการออกกำลังกาย และกิจกรรมนอกห้องเรียนที่เด็กสนใจ เช่น กีฬา, ดนตรี, ศิลปะ เป็นต้น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เอื้อต่อการทำกิจกรรมของเด็ก เช่น โต๊ะทำการบ้าน ควรอยู่ในมุมที่สงบเงียบ ไม่ติดประตูหน้าต่าง ไม่มีเสียงรบกวนจากภายนอก เช่น เสียงโทรทัศน์ เสียงพูดคุยของคนในบ้าน เป็นต้น และจัดวางอุปกรณ์การเรียนให้เป็นที่เป็นที่เพื่อฝึกให้เด็กเกิดความเป็นระเบียบ^{23,24}

การปรับพฤติกรรมเด็กโดยเน้นการฝึกอบรมผู้ปกครอง มีประโยชน์ช่วยให้ผู้ปกครองมีทักษะในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กได้ดีขึ้น และส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้นร่วมด้วย หลักการฝึกอบรมจะเน้นให้ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ สร้างประสบการณ์ใหม่ในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก เน้นให้ผู้ปกครองมีเทคนิคช่วยให้เด็กทำตามคำสั่งด้วยวิธีการที่เหมาะสม เพิ่มการให้แรงเสริมทางบวกมากขึ้น รวมทั้งใช้วิธีการลงโทษที่ได้ผลและเหมาะสมกับพฤติกรรมของเด็ก²⁵ ทั้งนี้การปรับพฤติกรรมสามารถทำได้ในเด็กเล็ก แม้ว่าการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กที่อายุต่ำกว่า 4 ปี ยังมีข้อมูลเชิงประจักษ์ค่อนข้างจำกัด²⁶ รวมถึงเด็กบางรายที่มีอาการชุน ไม่นิ่งแม้ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นก็ตาม เนื่องจากพบว่า การปรับพฤติกรรมก็มีประโยชน์เช่นกัน²¹

การฝึกปรับพฤติกรรมที่โรงเรียนประกอบด้วย การจัดสิ่งแวดล้อมในห้องเรียน, การกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นผ่านกติกาในห้องเรียน, การเพิ่มพฤติกรรมเชิงบวก และการลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม²⁷ การจัดสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนนั้นหมายรวมถึง การจัดให้สิ่งของและอุปกรณ์ต่าง ๆ ในห้องเรียนมีความปลอดภัย ไม่ชำรุด การจัดตารางเวลา และกำหนดสิ่งที่เด็กต้องทำชัดเจนและแน่นอน การสร้างบรรยากาศที่ดีและเป็นมิตรในการเรียนรู้ ตำแหน่งการนั่งในห้องเรียนควรให้เด็กนั่งบริเวณหน้าชั้นหรือใกล้คุณครูมากที่สุด ห่างจากประตูหรือหน้าต่างเพื่อลดการอวกแวกจากสิ่งรบกวนภายนอก คุณครูสามารถส่งสัญญาณเตือนเด็กที่อวกแวก โดยที่คุณครูไม่ต้องตะโกนหรือหยุดสอน เช่น การเดินไปแตะตัวเด็ก เป็นต้น สำหรับการกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นผ่านกติกาในห้องเรียน คุณครูควรกำหนดข้อตกลงของห้องร่วมกันกับเด็กแต่แรก โดยเปิดโอกาสให้เด็กมีส่วนร่วมกับการกำหนด โดยใช้แนวทาง คือ พฤติกรรมที่กำหนดควรเป็นพฤติกรรมที่เด็กส่วนใหญ่ทำได้ คุณครูอธิบายได้ชัดเจนและเข้าใจตรงกัน เด็กไม่สับสน เช่น “ยกมือก่อนพูด” แทนการบอกว่า “อย่ารบกวนชั้นเรียน” ช่วงแรกพิจารณาเริ่มปรับเพียง 2-3 พฤติกรรมที่จำเป็นก่อนพร้อมบอกถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นหากไม่ทำตามข้อตกลง เช่น ถูกตัดสิทธิ์ ถูกหักคะแนน เป็นต้น และทบทวนข้อกำหนดเป็นประจำ หากเด็กสามารถทำตามข้อตกลงได้ให้ชมเชยทันที เพื่อเป็นการเสริมกำลังใจให้เด็กทำตามข้อกำหนดต่อไป สำหรับแนวทางการเพิ่มพฤติกรรมเชิงบวกนั้นเน้นการให้แรงเสริมทางบวก คือ คุณครูให้ความสนใจกับพฤติกรรมที่ดี และให้แรงเสริมทันทีที่เกิดพฤติกรรมนั้นผ่านการชม โดยควรเป็นการชมในกระบวนการ (process praise) ไม่แทรกการตำหนิร่วมด้วย การให้รางวัลซึ่งอาจเป็นสิ่งของเล็ก ๆ น้อย ๆ รวมไปถึงสิทธิ, โอกาส, เวลา, กิจกรรมพิเศษ หรือการสะสมคะแนน เช่น การสะสมแต้มหรือดาว เพื่อให้เด็กเข้าใจง่าย โดยควรให้รางวัลทันทีที่เด็กปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และช่วยจูงใจให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่ดีต่อไป ในส่วนของการลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นมักทำในกรณีที่เด็กยังไม่สามารถควบคุม หรือกำกับ

ตนเองได้ดีเท่าที่ควร เช่น ให้โอกาสเด็ก โดยเริ่มต้นจากการเตือนก่อน อาจมีสัญญาณในการเตือนที่ตกลงร่วมกันกับเด็กไว้แล้ว เช่น การเคาะที่โต๊ะหรือแตะที่ป่า ในกรณีที่ต้องเตือนให้หยุดคุย เป็นต้น คุณครูควรใช้น้ำเสียงและท่าทีที่สงบ, คำพูดสั้น, กระชับ, ชัดเจน, ไม่บ่น, ไม่ประณามให้เด็กรู้สึกอับอาย, หลีกเลี่ยงการทำโทษด้วยวิธีที่รุนแรง เช่น การตี แต่แนะนำเป็นการตักเตือนของเด็กแทน รวมถึงการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ดีเป็นพฤติกรรมดีทดแทน เช่น เด็กที่วิ่งชนในห้องเปลี่ยนเป็นขอแรงให้ช่วยเดินเก็บงานของเพื่อนที่ทำเสร็จ เป็นต้น

สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์สามารถช่วยผู้ปกครองในการสื่อสารประสานงานเรื่องการฝึกปรับพฤติกรรมที่โรงเรียนของเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นได้ โดยผ่านการเขียนจดหมายให้ครูทราบถึงปัญหาของเด็กและแนวทางการช่วยเหลือที่โรงเรียน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ครูสามารถสื่อสารข้อมูลของเด็กกลับมาที่แพทย์เช่นกัน เพื่อให้ทั้งแพทย์, พ่อแม่, ผู้ปกครอง และคุณครูมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมเพื่อเป้าหมายเดียวกัน คือ ช่วยเหลือให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น และลดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลง

2. การใช้ยา

เด็กวัยอนุบาลที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น หากได้รับการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมแล้วอาการไม่ดีขึ้น และรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันในระดับปานกลางถึงมาก แพทย์ควรพิจารณาเรื่องการใช้ยา โดยคำนึงถึงพื้นฐานและความสมัครใจของครอบครัว เน้นหลักการของการตัดสินใจร่วมกัน (shared decision making) ระหว่างครอบครัว, แพทย์, ทีมพหุสาขาวิชา และประเมินระหว่างความเสี่ยงและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยากับผลเสียที่จะเกิดขึ้น หากเริ่มใช้ยาล่าช้า²¹ โดยคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาในเด็กวัยอนุบาลมีรายละเอียดต่าง ๆ ดังต่อไปนี้²⁸

- ประสิทธิภาพของยาอาจต่ำกว่า และพบผลข้างเคียงของยาบ่อยกว่า เมื่อเทียบกับเด็กวัยเรียนขึ้นไป
- ควรเริ่มหลังจากที่พ่อแม่ ผู้ปกครองได้รับข้อมูล รายละเอียดของการรักษาโดยการใช้ยา ไม่ว่าจะเป็นประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ, ความเสี่ยง และผลข้างเคียงในการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้แพทย์ควรทำการประเมินและบันทึกข้อมูลของเด็กเป็นพื้นฐานก่อนเริ่มยา รวมถึงการประเมิน ADHD rating scales รายละเอียดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ (functional impairment) และข้อมูลของอาการต่าง ๆ ที่อาจเป็นผลข้างเคียงจากยาได้ในภายหลัง เช่น อาการปวดศีรษะ, การนอนหลับ, ความอยากอาหาร และความหงุดหงิด เป็นต้น
- ยาที่พิจารณาใช้รักษาเป็นอันดับแรกคือ methylphenidate (ในเด็กอายุ 4-5 ปี) โดยมีแนวทาง คือ เริ่มจากยาปริมาณต่ำ และเลือกประเภทที่ออกฤทธิ์สั้น (low dose of short-acting methylphenidate) เช่น เริ่มจาก methylphenidate ขนาด 10 มิลลิกรัม ทานครั้งละ ¼ หรือ ½ เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและหลังอาหารกลางวัน เป็นต้น
- ควรประเมินการตอบสนองต่อการรักษา และผลข้างเคียงของการใช้ยา โดยนัดตรวจติดตามการรักษาที่ 3-4 สัปดาห์หลังเริ่มยา ร่วมกับดูสัญญาณชีพ (ชีพจร ความดันเลือด), น้ำหนัก, ตรวจร่างกาย, ประเมิน ADHD rating scales รวมถึงสอบถามความเปลี่ยนแปลงของความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ จากเด็ก, พ่อแม่, ผู้ปกครอง รวมทั้ง

ข้อมูลที่ได้จากครูประจำชั้น หรือจากบุคคลแวดล้อมอื่น ๆ (ถ้าเป็นไปได้) ซึ่งโดยปกติแล้วหลักการของการปรับยาในการรักษาโรคสมาธิสั้น คือ ค่อย ๆ ปรับยาเพิ่มให้ได้ประสิทธิผลสูงสุดและเกิดผลข้างเคียงให้น้อยสุด (maximal effect with minimal side effects)

สำหรับโรคสมาธิสั้นที่มีความซับซ้อน สมาคมกุมารเวชศาสตร์สาขาพัฒนาการและพฤติกรรมแนะนำว่า ควรให้แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางประเมินอย่างครอบคลุม รวมถึงวางแผนการรักษาร่วมกับพหุสาขาวิชา โดยใช้การรักษาหลายรูปแบบประกอบกัน เน้นการตรวจสอบความถูกต้องของการวินิจฉัยและภาวะโรคที่เกิดขึ้นร่วมกัน การให้ความรู้ (psychoeducation) เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและภาวะโรคร่วม แนวทางการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ การฝึกอบรมผู้ปกครอง และการฝึกปรับพฤติกรรมที่โรงเรียน ในบางรายอาจจำเป็นต้องใช้ยาร่วมด้วย โดยอยู่บนหลักการของการตัดสินใจร่วมกัน (shared decision making) ระหว่างครอบครัว, แพทย์, ทีมพหุสาขาวิชา เป้าหมายคือ เพื่อแก้ไขความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ (functional impairment) มากกว่าที่จะมุ่งเน้นแต่การลดอาการหลักเพียงอย่างเดียว และให้ความสำคัญกับการตรวจติดตามต่อเนื่อง เนื่องจากโรคสมาธิสั้นเป็นภาวะเรื้อรังที่จะคงอยู่จนถึงวัยผู้ใหญ่¹⁶

ภาวะแทรกซ้อนและการพยากรณ์โรค

โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะที่ไม่หายขาด แต่สามารถดีขึ้นได้ โดยร้อยละ 60-80 ของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในวัยเด็กยังคงมีอาการเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น และร้อยละ 40-60 ของวัยรุ่นยังคงมีอาการเมื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งโดยปกติแล้วอาการแสดงเรื่องซน ไม่นิ่ง มักจะค่อย ๆ ลดลงเมื่อโตขึ้น ในขณะที่อาการไม่มีสมาธิ, หุนหันพลันแล่น, และทำงานไม่เป็นระเบียบจะยังคงมีอาการได้จนกระทั่งเข้าสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งสามารถทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตตามมาได้ เด็กโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ในวัยผู้ใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ, การกระทำผิดกฎหมาย, การใช้สารเสพติด เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่าที่ควรจะเป็น, ปัญหาในการทำงาน และปัญหาความสัมพันธ์ในชีวิตคู่

คำแนะนำในการดูแลเด็กที่สงสัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นในวัยอนุบาลสำหรับกุมารแพทย์หรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

American Academy of Pediatrics ได้ให้คำแนะนำในเรื่องแนวทางการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น²¹ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยอนุบาลสำหรับแพทย์และกุมารแพทย์ ดังนี้

- แพทย์หรือกุมารแพทย์ควรนึกถึงโรคสมาธิสั้นและทำการประเมินเด็กที่มาด้วยปัญหาพฤติกรรม, ปัญหาการเรียน, มีอาการไม่มีสมาธิ, ซน, ไม่นิ่ง หรือหุนหันพลันแล่น
- แพทย์ควรใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นที่อ้างอิงจาก DSM-5 และอาการเหล่านั้นเกิดขึ้นในสถานการณ์อย่างน้อย 2 สถานการณ์ขึ้นไป โดยข้อมูลที่ใช้ประกอบการวินิจฉัยควรได้จากหลายแหล่ง เช่น ผู้เลี้ยงดูหลัก, คุณครู,

แพทย์ประจำที่ดูแลเด็กต่อเนื่อง และควรมองหาสาเหตุอื่น ๆ ที่สามารถอธิบายอาการของเด็กได้ร่วมด้วย

- การประเมินเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ควรมองหาภาวะโรคที่อาจพบร่วมด้วย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาอารมณ์, ปัญหาพฤติกรรม, ปัญหาทางด้านพัฒนาการ รวมถึงปัญหาโรคทางกาย
- โรคสมาธิสั้นถือเป็นโรคที่เรื้อรัง แพทย์ควรให้การดูแลและติดตามระยะยาวเหมือนเด็กที่มีความต้องการพิเศษประเภทหนึ่ง
- เด็กโรคสมาธิสั้นที่มีอายุระหว่าง 4-6 ปี แนะนำให้แพทย์เน้นการรักษาตามที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ การฝึกอบรมผู้ปกครอง และการฝึกปรับพฤติกรรมที่โรงเรียน สำหรับการให้ยาในกลุ่ม methylphenidate ควรพิจารณาเฉพาะในกรณีที่ได้ปรับพฤติกรรมแล้ว แต่อาการไม่ดีขึ้น หรืออาการโรคสมาธิสั้นดังกล่าวรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันในระดับปานกลางถึงมาก ในกรณีที่ไม่สามารถปรับพฤติกรรมได้ให้แพทย์พิจารณาการใช้ยา โดยประเมินระหว่างความเสี่ยงในการใช้ยากับผลเสียที่จะเกิดขึ้นหากเริ่มการรักษาล่าช้า

สรุป

โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเด็ก สามารถให้การวินิจฉัยได้ตั้งแต่วัยอนุบาล โรคนี้ใช้การวินิจฉัยทางคลินิกผ่านการซักประวัติ, ตรวจประเมิน และสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย โดยอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-5 อาการและอาการแสดงอาจมาได้หลากหลายรูปแบบ เช่น ไม่มีสมาธิ, ขน, ไม่นิ่ง, หุนหันพลันแล่น เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยจำเป็นที่จะต้องมองหาภาวะโรคที่อาจพบร่วมด้วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด ปัจจุบันโรคสมาธิสั้นในวัยอนุบาลการรักษาหลักเน้นการปรับพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อช่วยเหลือและแก้ไขความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ทั้งที่บ้าน ที่โรงเรียน และกับเพื่อน แม้ว่าโรคสมาธิสั้นจะไม่หายขาดแต่สามารถดีขึ้นได้หากได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาต่าง ๆ ในวัยผู้ใหญ่

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Data and statistics about ADHD 2021. [cited 2022 April 1]. Available from: URL: <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html>
2. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 942-8.
3. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2015; 135: e994-1001.
4. Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, et al. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents, 2016. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2018; 47: 199-212.

22. Antshel KM. Psychosocial interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2015; 24: 79-97.
23. สิริรัตดา ปัญญาภาส, ชาญวิทย์ พรนภดล. การรักษาทางจิตสังคม. ใน: ชาญวิทย์ พรนภดล, บรรณาธิการ. โรคสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช; 2561. หน้า 209-25.
24. วิลาวัฒน์ เชิดเกียรติกำจาย. โรคสมาธิสั้น. ใน: สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, รวีวรรณ รุ่งไพรวลัย, ทิพวรรณ ทรรษาคุณาชัยและคณะ, บรรณาธิการ. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.สียิ่ง จำกัด; 2561. หน้า 601-14.
25. เอษรา วสุพันธ์จรจิต, พิษญา ตันธนวิกรัย. การฝึกอบรมผู้ปกครอง. ใน: ชาญวิทย์ พรนภดล, บรรณาธิการ. โรคสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช; 2561. หน้า 231-44.
26. Riddle MA, Yershova K, Lazzaretto D, et al. The preschool attention-deficit/hyperactivity disorder treatment study (PATS) 6-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52: 264-78.
27. เอษรา วสุพันธ์จรจิต. การช่วยเหลือในโรงเรียน. ใน: ชาญวิทย์ พรนภดล, บรรณาธิการ. โรคสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช; 2561. หน้า 245-68.
28. Barbaresi WJ, Campbell L, Diekroger EA, et al. The society for developmental and behavioral pediatrics clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with complex attention-deficit/hyperactivity disorder: Process of care algorithms. *J Dev Behav Pediatr* 2020; 41: S58-S74.