

สมาธิสั้นในผู้ใหญ่

ADULT ADHD

นายแพทย์ทวีศักดิ์ ลีรัตนโรชา ... จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

บทนำ

สมาธิสั้น (Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder – ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น ที่มีผลต่อการควบคุมสมาธิ การกระทำที่หุนหันพลันแล่น และพฤติกรรมที่ซุกซน

สมาธิสั้นในผู้ใหญ่เป็นสิ่งที่ได้รับความสนใจมากขึ้นเรื่อย ๆ ในการวิจัยและการรักษา เนื่องจากเดิมที สมาธิสั้นมักถูกมองว่าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะในเด็กและวัยรุ่น แต่ในปัจจุบันมีการยอมรับอย่างกว้างขวางว่า บางคนยังคงมีอาการสมาธิสั้นต่อเนื่องเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ และส่งผลกระทบต่อได้เช่นกัน

การศึกษาเกี่ยวกับสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ที่มีความสำคัญ เนื่องจากอาการอาจถูกมองข้าม หรือไม่ถูกวินิจฉัย ทำให้การรับรู้และการจัดการต่ออาการเหล่านี้ในวัยผู้ใหญ่ยังเป็นสิ่งที่ท้าทาย การเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะนี้ยังสามารถช่วยให้ผู้ใหญ่ที่เป็นสมาธิสั้นและบุคคลรอบข้าง เข้าใจและรับมือกับภาวะนี้ได้ดียิ่งขึ้น

อาการสมาธิสั้นในผู้ใหญ่

จากการศึกษาในระยะยาวพบว่าประมาณร้อยละ 65 ของเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นยังคงแสดงอาการในวัยผู้ใหญ่ แม้ว่าลักษณะของอาการอาจเปลี่ยนไป โดยในวัยผู้ใหญ่ อาการของความซุกซนหรือหุนหันพลันแล่นอาจลดลง เปลี่ยนเป็นอาการของความไม่สงบภายใน (internal restlessness) และมักมีปัญหาในการจัดการเวลา การจัดระเบียบชีวิต การวางแผนงาน และการควบคุมอารมณ์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในชีวิตการทำงานและความสัมพันธ์

ผู้ใหญ่ที่เป็นสมาธิสั้น มักจะแสดงอาการหลัก ๆ ได้แก่ ขาดสมาธิ ไม่สามารถจดจ่อกับงานเป็นระยะเวลาอันยาวนาน มีการหลุดโฟกัสบ่อย ๆ หรือเปลี่ยนกิจกรรมโดยไม่เสร็จสมบูรณ์ หุนหันพลันแล่น ตัดสินใจหรือกระทำโดยไม่คิดล่วงหน้า ทำให้เกิดผลกระทบเชิงลบทั้งต่อตนเองและผู้อื่น มีความไม่เป็นระเบียบ การจัดการกับงานและสิ่งของไม่เป็นระบบ การลืมนานหรือนัดหมายที่สำคัญบ่อยครั้ง

นอกจากนี้ โรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่ยังมีความเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า การใช้สารเสพติด และความผิดปกติในการนอนหลับ และยังพบโรคร่วมทางกาย ได้แก่ โรคอ้วน โรคหอบหืด

โรควิตกกังวล (Anxiety Disorders) พบว่าผู้ป่วยสมาธิสั้นมักประสบปัญหาความวิตกกังวลเนื่องจากความยากลำบากในการจัดการเวลา การจัดระเบียบชีวิต และการตอบสนองต่อความต้องการจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว

โรคซึมเศร้า (Depressive Disorders) พบว่าผู้ป่วยสมาธิสั้นมีแนวโน้มที่จะประสบกับภาวะซึมเศร้าสูงกว่าบุคคลทั่วไป เนื่องจากความรู้สึกท้อแท้จากการไม่สามารถจัดการกับชีวิตประจำวัน หรือความล้าเมื่อยในหน้าที่การงานและความสัมพันธ์

การใช้สารเสพติด (Substance Use Disorders) พบว่าผู้ป่วยสมาธิสั้นมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์มากกว่าบุคคลทั่วไป เนื่องจากต้องการควบคุมอาการ หรือจัดการกับความเครียดที่เกิดจากอาการสมาธิสั้น

ความผิดปกติในการนอนหลับ (Sleep Disorders) เช่น การนอนไม่หลับ หรือการนอนผิดเวลา ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิตในระหว่างวัน

นอกจากนี้ยังพบว่า อาการของสมาธิสั้นบางอาการ เช่น ความหุนหันพลันแล่น และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงเร็ว คล้ายกับอาการของโรคไบโพลาร์ (Bipolar Disorder) ทำให้อาณัติวินิจฉัยผิดพลาดได้

การวินิจฉัยสมาธิสั้นในผู้ใหญ่

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-5 ระบุเกณฑ์การวินิจฉัยในผู้ใหญ่ต่างจากเด็กอยู่เล็กน้อย โดยผู้ที่มียุติตั้งแต่ 17 ปี ขึ้นไป ใช้เกณฑ์อย่างน้อย 5 ข้อ แทนที่จะเป็น 6 ข้อ จากทั้งหมด 9 ข้อ ในด้านไม่มีสมาธิ (inattention) หรือด้านซน อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น (hyperactivity-impulsiveness) ด้านใดด้านหนึ่ง หรือทั้ง 2 ด้าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

อาการขาดสมาธิ (inattention) แสดงออกให้เห็นอย่างน้อย 5 จาก 9 อาการ ดังนี้

1. ละเอียดในรายละเอียด หรือทำผิดด้วยความเลินเล่อ
2. มีความยากลำบากในการตั้งสมาธิ
3. ดูเหมือนไม่ฟังเมื่อมีคนพูดด้วย
4. ทำตามคำสั่งไม่จบ หรือทำกิจกรรมไม่เสร็จ
5. มีความยากลำบากในการจัดระเบียบงานหรือกิจกรรม
6. หลีกเสี่ยงที่จะทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม
7. ทำของหายบ่อย เช่น กระเป๋าสตางค์ โทรศัพท์มือถือ แว่นตา กุญแจ
8. มักวอกแวกง่าย ตามสิ่งเร้าภายนอก
9. มักลืมกิจกรรมประจำวันที่ต้องทำสม่ำเสมอ

อาการซน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (impulsiveness) แสดงออกให้เห็นอย่างน้อย 5 จาก 9 อาการ ดังนี้

1. ยุกยิก ขยับตัวไปมา
2. นั่งไม่ติดที่ มักต้องลุกเดินไปมา
3. มักวิ่งวุ่น หรือปีนป่าย ในสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม (ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ เป็นความรู้สึกกระสับกระส่าย)
4. ไม่สามารถเล่นเงียบ ๆ ได้
5. เคลื่อนไหวไปมา คล้ายติดเครื่องยนต์ตลอดเวลา
6. พูดมากเกินไป
7. พูดโพล่งขึ้นมา ก่อนถามจบ
8. มีความยากลำบากในการรอคอย
9. ขัดจังหวะ หรือสอดแทรกผู้อื่น ในวงสนทนาหรือในการเล่น

อาการดังกล่าวข้างต้น แสดงออกให้เห็นก่อนอายุ 12 ปี และแสดงออกในหลายบริบท เช่น ที่บ้าน ที่โรงเรียน ที่ทำงาน และในกิจกรรมอื่น ๆ อาการคงอยู่อย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน และส่งผลกระทบต่อหรือลดคุณภาพในการเรียน การเข้าสังคม หรือการประกอบอาชีพ

การวินิจฉัยสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ยังคงเป็นความท้าทาย เนื่องจากอาการสามารถสับสนกับปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ รวมถึง การที่ผู้ใหญ่บางคนอาจพัฒนาพฤติกรรมการปรับตัวเพื่อลดผลกระทบของอาการ

การประเมินสภาพแวดล้อมในวัยเด็กและประวัติของอาการที่ต่อเนื่องตั้งแต่เด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่เป็นสิ่งที่สำคัญ การใช้แบบประเมินและแบบสอบถามที่พัฒนาโดยเฉพาะสำหรับผู้ใหญ่ รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประเมินจากประวัติทางการแพทย์ เป็นเครื่องมือสำคัญในการวินิจฉัย

ผลกระทบของสมาธิสั้นในผู้ใหญ่

ผลกระทบของสมาธิสั้นในผู้ใหญ่อาจแสดงออกมาในรูปแบบของปัญหาการจัดการเวลา การประสบความล้มเหลวในหน้าที่การงาน การจัดการกับความเครียด และปัญหาด้านความสัมพันธ์ส่วนตัว

ในด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่าผู้ใหญ่ที่มีสมาธิสั้น อาจเผชิญปัญหาในการจัดการความสัมพันธ์ เช่น การลืม การไม่สามารถทำตามสัญญา หรือการไม่มีสมาธิในการสนทนา ซึ่งอาจนำไปสู่ความขัดแย้งและความเข้าใจผิดได้

ในด้านการงานและความสำเร็จในอาชีพ พบว่ามีความยากลำบากในการจัดการเวลาและภาระงาน มีปัญหาในการทำงานที่ต้องใช้สมาธิ หรือการจัดการงานหลายอย่างพร้อมกัน ส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพต่ำกว่าที่คาดหวัง มีปัญหาในการรักษางาน หรือประสบความสำเร็จในอาชีพของตน การขาดสมาธิหรือการเลื่อนงานออกไปอาจทำให้พลาดโอกาสในอาชีพการงาน และอาจทำให้รู้สึกท้อแท้

ในด้านการจัดการเวลาและการเงิน พบว่ามีปัญหาในการจัดการเวลาและการเงิน ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาการเงินสะสม การใช้จ่ายเกินงบ และการไม่สามารถชำระเงินตามกำหนดเวลา

ในด้านการขาดสมดุลในชีวิตประจำวัน พบว่ามีความยากลำบากในการจัดการหน้าที่การงานและชีวิตส่วนตัว เช่น การจัดระเบียบงานบ้าน หรือกิจวัตรประจำวัน

การที่ไม่สามารถจัดการกับความต้องการในชีวิตประจำวัน หรือความกดดันในงานทำให้เกิดความเครียดสะสม บางคนอาจรู้สึกท้อแท้หรือล้มเหลวเมื่อไม่สามารถทำตามเป้าหมายของตนได้ บางคนที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาอาจเผชิญกับปัญหาทางการเงิน การเปลี่ยนงานบ่อยครั้ง หรือปัญหาทางกฎหมาย สมาธิสั้นยังเชื่อมโยงกับพฤติกรรมเสี่ยงสูง เช่น การใช้สารเสพติด ความหุนหันพลันแล่น และอุบัติเหตุ

สมาธิสั้นในผู้ใหญ่มีความเชื่อมโยงอย่างชัดเจนกับปัญหาด้านสุขภาพจิตและชีวิตความเป็นอยู่ โดยมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ใหญ่ที่มีสมาธิสั้นมักจะเผชิญกับภาวะทางจิต และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าบุคคลทั่วไป อย่างไรก็ตาม การรักษาที่ถูกต้องสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และช่วยให้สามารถจัดการกับอาการได้ดีขึ้น

การดูแลรักษา

การทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของอาการ และปัญหาที่มาพร้อมกับโรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่ ทำให้สามารถพัฒนาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การรักษาด้วยยา (pharmacotherapy) ยังคงเป็นการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่เช่นเดียวกัน ยากลุ่มกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (stimulants) ยังเป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการ

การบำบัดพฤติกรรมและความคิด หรือซีบีที (CBT: Cognitive Behavior Therapy) เป็นการรักษาที่ได้รับการยอมรับในวงกว้างสำหรับผู้ใหญ่ที่มีสมาธิสั้น โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะการจัดการปัญหา ลดความเครียด และพัฒนาทักษะการควบคุมอารมณ์

การฝึกสมาธิ (Mindfulness Training) ช่วยให้สามารถควบคุมความคิดและอารมณ์ได้ดีขึ้น ซึ่งสามารถลดอาการ กระวนกระวายและเพิ่มสมาธิได้

การใช้เครื่องมือ Neurofeedback หรือการฝึกการทำงานของสมองผ่านเครื่องมือที่ช่วยสะท้อนภาพคลื่นสมอง ยังแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการลดอาการสมาธิสั้น

การใช้เทคโนโลยีช่วยจัดระเบียบชีวิต เช่น แอปพลิเคชันช่วยเตือนและช่วยในการจัดการกับเวลา สร้างตารางเวลา ตั้งเตือน ติดตามกิจกรรม และการใช้ระบบจัดลำดับความสำคัญ

แนวทางที่เรียกว่า "Digital Therapeutics" กำลังได้รับการพัฒนา เช่น การใช้แอปพลิเคชันในการฝึกฝนสมาธิและทักษะการจัดการความคิด การใช้ปัญญาประดิษฐ์เพื่อช่วยในการวินิจฉัย และพัฒนาการรักษาที่มีแนวโน้มเติบโต

บทสรุป

สมาธิสั้นสามารถพบอาการได้ต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญ และมีความเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

การรักษาสมาธิสั้นในผู้ใหญ่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านของวิธีการวินิจฉัยและการรักษา เพื่อตอบสนองต่อความต้องการและชีวิตที่ซับซ้อนในวัยผู้ใหญ่ การวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง ช่วยให้สามารถจัดการกับอาการ และพัฒนาคุณภาพชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2565). **คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก กลุ่มปัญหาการเรียน.** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

Adler, L. A., & Chua, H. C. (2002). Management of ADHD in adults. *J Clin Psychiatry*, 63(Suppl 12): 29-35.

American Psychiatric Association, Neurodevelopmental Disorders. In: American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. (DSM-5).** Washington DC: American Psychiatric Publishing; pp. 31-86.

Boland, R. & Verduin, M. L., eds. (2022). Neurodevelopmental disorders and other childhood disorders. In: **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry 12th ed.** (e-book). Wolters Kluwer; pp. 306-725.

Caye, A., Rocha, T. B. M., Anselmi, L., Murray, J., Menezes, A. M. B., Barros, F. C., ... & Kieling, C. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder trajectories from childhood to young adulthood: Evidence from a birth cohort supporting a late-onset subtype. *JAMA Psychiatry*, 73(7): 705-12.

Instanes, J. T., Klungsoyr, K., Romundstad, P. R., Halmoy, A., Fasmer, O. B., & Haavik, J. (2016). Adult ADHD and comorbid somatic disease: a systematic literature review. *J Atten Disord*, 20(10): 815-24.

Kooij, J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., et al. (2019). Updated European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry*. 56: 14-34.

บทความทั้งหมดยินดีให้นำไป เผยแพร่เพื่อความรู้ได้ โดยกรุณาอ้างอิงแหล่งที่มา



ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2567). **สมาธิสั้นในผู้ใหญ่.** จาก

<https://www.happyhomeclinic.com/adhd09-adult.html>

(บทความต้นฉบับ ตุลาคม 2567)