

สมาธิสั้น

ATTENTION-DEFICIT / HYPERACTIVITY DISORDER

นายแพทย์ทวีศักดิ์ ลีรัตนเรขา ... จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

ปัญหาการเรียน ถ้าสามารถหาสาเหตุและได้รับการแก้ไขในแนวทางที่ถูกต้อง
ก็จะช่วยให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้เต็มตามศักยภาพและเหมาะสมตามวัย
สมาธิสั้น เป็นหนึ่งในสาเหตุที่สามารถช่วยเหลือให้ดีขึ้นได้
แต่ถ้าปล่อยทิ้งไว้ก็จะส่งผลกระทบต่ออย่างมากมายได้เช่นกัน
เนื่องจากสมาธิเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเรียนรู้และการใช้ชีวิตประจำวัน

บทนำ

สมาธิสั้น เป็นการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็กชื่อ “Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder” หรือเรียกย่อว่า ADHD (ตามเกณฑ์ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน) หรือ “Hyperkinetic Disorder” (ตามเกณฑ์ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก รหัส F90)

สมาธิสั้น เป็นกลุ่มอาการที่แสดงให้เห็นได้ตั้งแต่วัยเด็ก เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเข้าสังคม และการเรียนรู้ของเด็ก ประกอบด้วย 3 กลุ่มอาการหลัก คือ อาการขาดสมาธิ (inattention) อาการซน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (impulsiveness)

สมาธิสั้น เป็นโรคที่สามารถรักษาได้ และสามารถหายเป็นปกติได้ ถ้าได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกวิธี บางคนเรียกเด็กกลุ่มนี้ว่า “เด็กไฮเปอร์” (hyperactive) ซึ่งก็คืออาการกลุ่มหนึ่งของโรคสมาธิสั้น คือ ซน อยู่ไม่นิ่ง เคลื่อนไหวตลอดเวลา แต่เป็นคำที่มีความหมายในเชิงลบมากกว่า จึงไม่ค่อยนิยมใช้ นอกจากนี้ยังมีเด็กสมาธิสั้นอีกกลุ่มหนึ่งได้ไม่ซน หรือเคลื่อนไหวมากเกินไป มีเพียงอาการขาดสมาธิ เหม่อ ใจลอย วอกแวกง่าย เด็กกลุ่มนี้มักถูกมองข้าม ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือเท่าที่ควร

มีบางคนกล่าวถึง “สมาธิสั้นแท้ สมาธิสั้นเทียม” ซึ่งเป็นการใช้ที่ไม่ถูกต้องเช่นเดียวกัน ถ้าเด็กไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย ก็ไม่ต้องบอกว่าเป็น จะเป็นผลเสียต่อเด็กมากกว่า ในทางกลับกัน ถ้าใช้ก็ควรบอกว่าใช่ จะได้ดูแลรักษาอย่างถูกวิธี

มักมีความเข้าใจผิดว่า เด็กที่ดูทีวี แทบเล็ต หรือเล่นเกม ได้นานต่อเนื่องหลายชั่วโมง ไม่เป็นสมาธิสั้น ซึ่งตัวกระตุ้นเหล่านี้ เป็นสิ่งเร้าที่มีความน่าสนใจและดึงดูดความสนใจได้สูง มีการเคลื่อนไหวของภาพและเสียงตลอดเวลา จึงไม่จำเป็นต้องใช้สมาธิจดจ่อมาก การสังเกตว่ามีสมาธิหรือไม่ จึงควรพิจารณาจากกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ต้องทำ แต่ไม่ใช่สิ่งที่เด็กชื่นชอบหรือสนใจมากเป็นพิเศษ เช่น การทำการบ้าน การทบทวนบทเรียน การทำงานที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น

คำถามที่พบบ่อยคือ “เด็กซน” กับ “เด็กสมาธิสั้น” มีความแตกต่างกันอย่างไร สิ่งที่เป็นเส้นแบ่งของเด็ก 2 กลุ่มนี้ คือ ปัญหาและผลกระทบที่ตามมา ถ้าเป็นเด็กซนทั่วไปก็จะเล่นซนตามประสาเด็ก พอถึงเวลาที่จะต้องเรียนหนังสือหรือทำกิจกรรมต่างๆ ก็สามารถยับยั้งตนเอง หยุดพักจากการเล่นซนได้ และหันมาใส่ใจสมาธิจดจ่ออยู่กับกิจกรรมที่ทำได้จนสำเร็จ มีความตั้งใจ และสามารถถึงความสามารถออกมาได้อย่างเต็มที่ ความซนนั้นไม่เกิดผลกระทบต่อผู้คนรอบข้างจนรู้สึกรำคาญ หรือเพื่อนไม่ยอมเล่นด้วย แต่ถ้าเด็กเป็นสมาธิสั้นจะไม่สามารถยับยั้งตนเอง อยู่ไม่นิ่ง วอกแวกง่าย

และไม่จดจ่อกับกิจกรรมที่ทำได้ต่อเนื่องจนสำเร็จ เกิดผลกระทบในทางลบต่อตนเองและผู้อื่น ทำงานไม่เสร็จ รับผิดชอบผู้อื่น

ลักษณะอาการ

โรคสมาธิสั้น (ADHD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ประกอบด้วย 3 กลุ่มอาการหลักคือ

- อาการขาดสมาธิ (inattention)
- อาการซน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity)
- อาการหุนหันพลันแล่น (impulsiveness)

ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

อาการขาดสมาธิ (inattention) แสดงออกให้เห็นอย่างน้อย 6 จาก 9 อาการ ดังนี้

1. ละเอียดในรายละเอียด หรือทำผิดพลาดด้วยความเลินเล่อ
2. มีความยากลำบากในการตั้งสมาธิ
3. ดูเหมือนไม่ฟังเมื่อมีคนพูดด้วย
4. ทำตามคำสั่งไม่จบ หรือทำกิจกรรมไม่เสร็จ
5. มีความยากลำบากในการจัดระเบียบงานหรือกิจกรรม
6. หลีกเสี่ยงที่จะทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม
7. ทำของหายบ่อย
8. มักกวอกแว่ง่าย ตามสิ่งเร้าภายนอก
9. มักลืมกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำสม่ำเสมอ

อาการซน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (impulsiveness) แสดงออกให้เห็นอย่างน้อย 6 จาก 9 อาการ ดังนี้

1. ยุกยิก ขยับตัวไปมา
2. นิ่งไม่ติดที่ มักต้องลุกเดินไปมา
3. มักวิ่งวุ่น หรือปีนป่าย ในสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม
4. ไม่สามารถเล่นเงียบ ๆ ได้
5. เคลื่อนไหวไปมา คล้ายติดเครื่องยนต์ตลอดเวลา
6. พูดมากเกินไป
7. พูดโพล่งขึ้นมา ก่อนถามจบ
8. มีความยากลำบากในการรอคอย
9. ชัดจังหวะ หรือสอดแทรกผู้อื่น ในวงสนทนาหรือในการเล่น

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

โรคสมาธิสั้น ยังแบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. แบบอาการเด่นชัดด้านขาดสมาธิ
2. แบบอาการเด่นชัดด้านซน อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น
3. แบบผสม

ระบาดวิทยา

สมาธิสั้น เป็นโรคที่พบได้บ่อยในทุกประเทศทั่วโลก พบความชุกในประชากรเด็กทั่วโลกร้อยละ 5.29 (Polanczyk G. et al., 2007) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานการสำรวจสุขภาพเด็กประเทศสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 2016-2019 พบว่าเด็กอายุ 3-17 ปี มีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 9.6-9.8

ผลการสำรวจในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2555 โดยกรมสุขภาพจิต อัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 พบร้อยละ 8.1 โดยแยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 12 และเพศหญิง ร้อยละ 4.2 (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ, 2556)

ซึ่งโดยหลักการกระจายตัวแบบปกติตามสถิติ ก็สามารถพบได้ทุกห้องและทุกโรงเรียน ถ้าห้องหนึ่งมีเด็ก 50 คน ก็จะพบเด็กที่เป็นสมาธิสั้น 2-3 คน ถ้าเป็นโรงเรียนชายล้วน ก็จะพบได้มากขึ้น เนื่องจากโรคสมาธิสั้นพบได้ในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง ประมาณ 2-9 เท่า และในเด็กผู้หญิงมักมีอาการเด่นชัดในด้านขาดสมาธิมากกว่า

สมาธิสั้น พบว่ามีมานานแล้ว แต่ในอดีตยังไม่เป็นที่รู้จักกันแพร่หลาย เกณฑ์การวินิจฉัยก็ไม่ชัดเจน จนเริ่มมีการศึกษาวิจัยมากขึ้น กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยที่ชัดเจน ทำให้มีการค้นพบเด็กที่เข้าข่ายโรคสมาธิสั้นมากขึ้น ประกอบกับการดูแลรักษาในปัจจุบันได้ผลดี เป็นที่น่าพอใจ มีผู้เชี่ยวชาญที่ดูแลรักษามากขึ้น ผู้ปกครองและครูตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่ตามมามากขึ้น จึงทำให้เด็กเข้าถึงบริการด้านการแพทย์มากขึ้น เด็กจึงได้รับการวินิจฉัยเพิ่มขึ้น

สาเหตุ

โรคสมาธิสั้น เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองบางส่วน ในปัจจุบัน ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด คาดว่าเกิดจากสารเคมีในสมองบางชนิดไม่สมดุล เช่น dopamine, norepinephrine ทำให้เด็กไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ดี แม้เด็กจะพยายามควบคุมตนเองแล้วก็ตาม

จากผลการศึกษาส่วนใหญ่ เชื่อว่าโรคนี้มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยพบว่าเด็กที่เกิดจากพ่อแม่ที่เป็นโรคสมาธิสั้น จะมีโอกาสที่จะเป็นโรคนี้ได้มากกว่าทั่วไป ถึง 4 เท่า นอกจากนี้ การที่พ่อแม่ ดุด่า ทุบตี ทุเรศ ทุรัง หรือมีโรควิตกกังวลในครอบครัว ก็เชื่อว่าเป็นสาเหตุได้เช่นกัน

ผลกระทบ

เด็กร้อยละ 30-50 สามารถหายขาดจากอาการของโรคสมาธิสั้นได้ เมื่อผ่านช่วงวัยรุ่นไปแล้ว แต่ทั้งนี้ขึ้นกับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม เด็กสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการดูแลรักษา มักมีผลการเรียนต่ำกว่าเกณฑ์ มีความบกพร่องในทักษะทางสังคมและการปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่น และสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง เด็กมักมีปัญหาทาง

อารมณ์และพฤติกรรม เนื่องจากขาดการยับยั้งและเสียการควบคุม ทำให้ดื้อ ไม่เชื่อฟัง ชอบโต้เถียง โกรธง่าย ก้าวร้าว มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมอันธพาล ดุด่าสารเสพติด และมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคมในวัยผู้ใหญ่ สูงกว่าทั่วไป

เด็กที่ไม่ประสบความสำเร็จในด้านการเรียน ไม่เคยได้รับคำชม มักสูญเสียความภาคภูมิใจ จึงหันไปเอาดีในด้านอื่นทดแทน ถ้าเด็กมีทักษะดีในด้านดนตรี กีฬา หรือศิลปะ ก็อาจได้รับการยอมรับ แต่ถ้าทักษะเหล่านี้ก็ไม่ได้พอ ไม่มีทางเลือกอื่นที่สร้างสรรค์ เด็กก็อาจหันไปหาจุดเด่นในทางลบแทน เช่น ฝ่าฝืนกฎ ระเบียบ หนีเรียน ชกต่อย ตีกัน ติดเกม ดุด่าสารเสพติด ฯลฯ

แนวทางการดูแลรักษา

การดูแลเด็กสมาธิสั้น ต้องอาศัยความร่วมมือกันจากหลายฝ่าย ทั้ง ครู หมอ พ่อแม่ ช่วยกันระคับประคองจิตใจ ให้เด็กสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยับยั้งควบคุมตนเองได้มากขึ้น มีสมาธิจดจ่ออยู่กับกิจกรรมที่ทำได้นานขึ้น และมีสุขภาพจิตที่ดี

แนวทางการดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การดูแลด้านจิตใจ และการช่วยเหลือด้านการเรียน กิจกรรมนันทนาการและเสริมสร้างทักษะ เช่น ดนตรี กีฬา และศิลปะ สามารถช่วยให้เด็กมีพื้นที่ในการเรียนรู้และแสดงออกมากขึ้น เสริมสร้างความภาคภูมิใจ และเด็กได้ปลดปล่อยพลังงานส่วนเกินออกในทางที่สร้างสรรค์ กิจกรรมเหล่านี้ไม่สามารถแก้ไขปัญหามาธิสั้นได้โดยตรง แต่ช่วยเสริมในการดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1) การรักษาด้วยยา

ในปัจจุบันการเข้ายาก็ถือเป็นมาตรฐานการรักษาในโรคมามาธิสั้น เนื่องจากพบว่า สาเหตุของสมาธิสั้นเกิดจากความผิดปกติในการหลั่งของสารสื่อประสาทในสมอง 2 ตัว คือ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และโดปามีน (dopamine) การเข้ายาเพื่อไปกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทมากขึ้น ทำให้เกิดสมาธิ จดจ่อได้นานขึ้น และสามารถยับยั้งควบคุมตนเองได้ดีขึ้น จากการทำงานเพิ่มขึ้นของสมองส่วนหน้าที่ทำหน้าที่ยับยั้ง ควบคุมพฤติกรรม มักมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเข้ายา เพราะคิดเอาเองว่า ยาไปกดสมองหรือบีบสมองเลยทำให้ง่วงซึม ทำให้เกิดความวิตกกังวล ไม่อยากรับประทานยา

ยาที่ได้ผลดีที่สุดในการรักษาสมาธิสั้นในปัจจุบัน คือ ยาในกลุ่ม psychostimulants ซึ่งเป็นยาที่มีความปลอดภัย มีผลข้างเคียงน้อย มีประสิทธิภาพในการรักษาสูง และมีการใช้กันต่อเนื่องมานานกว่า 60 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2497 มีงานศึกษาวิจัยรองรับมากเพียงพอ ทั้งในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย

เด็กที่ทานยาต่อเนื่องอย่างถูกวิธีจะมีสมาธิดีขึ้น ควบคุมตัวเองได้มากขึ้น และส่งผลให้ทำงานเสร็จทัน มีผลการเรียนที่ดีขึ้นตามศักยภาพที่แท้จริงของเด็ก แต่ทั้งนี้การเข้ายาต้องอยู่ภายใต้การดูแลรักษาของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับการดูแลรักษาด้วยวิธีอื่นควบคู่กันไป

2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

คุณครู และบุคลากรด้านสาธารณสุข สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กกลุ่มนี้ได้โดยวิธีการ ดังนี้

1. กฎระเบียบไม่ควรมีมาก ควรสั้น ๆ ง่าย ๆ คงเส้นคงวา
2. ปฏิบัติให้เป็นแบบอย่างกับเด็ก
3. บอกเด็กให้ชัดเจนว่าเราต้องการให้ทำอะไร

4. ทำที่ที่ใช้ต้องสงบ อย่าชวนทะเลาะ
 5. มองหาพฤติกรรมที่ดีและชื่นชมบ่อย ๆ
 6. มีการเตือนถึงผลที่จะตามมาหลังพฤติกรรมที่ไม่ดี
 7. กระตุ้นให้เด็กมองตัวเองในแง่ดี และชื่นชมตัวเอง
 8. ควรให้รางวัลมากกว่าการลงโทษ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกที่ดี
 9. ควรให้รางวัลทันทีหลังจากที่เด็กมีพฤติกรรมที่ดี ถ้ารางวัลไม่ได้ผล อาจเปลี่ยนลักษณะของรางวัลเพื่อเพิ่มแรงจูงใจ
 10. การลงโทษต้องอยู่ในเกณฑ์ที่พอเหมาะ ไม่ประจานความผิดพลาดถึงการวิจารณ์ ต่อว่า เยาะเย้ย ถากถาง เนื่องจากเด็กจะมีความลำบากที่จะอยู่ในกฎเกณฑ์
- เทคนิคการออกคำสั่ง เพื่อให้เด็กสามารถปฏิบัติตามได้ง่าย

1. ขณะพูดควรสบตา
2. คำสั่งชัดเจน รัดกุม และสม่ำเสมอในแต่ละวัน
3. คำสั่งเป็นขั้นตอน เข้าใจง่าย
4. หลีกเลี่ยงคำสั่งหลายอย่างพร้อมกัน
5. ทำที่ของผู้สั่งต้องสงบ และมีความตั้งใจดี
6. เมื่อสั่งแล้วควรสังเกตว่าเด็กเข้าใจหรือไม่ ถ้าไม่เข้าใจต้องอธิบายซ้ำ
7. ให้ความเป็นกันเอง เปิดโอกาสให้เด็กซักถาม

3) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมที่สงบ ไม่มีสิ่งเร้ามากเกินไป จะช่วยเสริมสร้างสมาธิให้ดีขึ้น โดยมีแนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในห้องเรียนให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ของเด็ก ดังนี้

1. พยายามจัดที่นั่งข้างหน้า อยู่ใกล้คุณครู เพื่อให้สามารถดูแลได้ใกล้ชิด และสะกิดเตือนได้ง่ายเวลาขาดสมาธิ
2. พยายามให้เด็กอยู่ห่างบริเวณประตูหรือหน้าต่าง
3. จัดที่นั่งอยู่ในวงของเด็กที่ตั้งใจเรียน ห่างไกลจากเด็กที่ซุกซนหรือคุยเก่ง
4. เก้าอี้ของเป็นที่ เป็นทาง ให้มีสิ่งของบนโต๊ะเรียนน้อยที่สุด ไม่มีสิ่งกระตุ้นมากเกินไป
5. มุมสงบของห้องเป็นที่ ๆ เด็กทุกคนมีสิทธิใช้ ซึ่งจะช่วยให้เด็กไม่รู้สึกว่าตัวเองแตกต่างจากผู้อื่น
6. ควรมีกฎระเบียบที่ชัดเจน และสม่ำเสมอ ทบทวนข้อตกลงบ่อย ๆ
7. กิจกรรมในแต่ละวันควรมีลักษณะคงที่ มีตารางเรียนแน่นอน

4) การดูแลด้านจิตใจ

เด็กที่เป็นสมาธิสั้น มักมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากมักทำงานไม่สำเร็จ และผิดพลาด มักถูกต่อว่าเป็นประจำ ในขณะที่พ่อแม่ก็มักโทษตัวเองว่าเลี้ยงดูไม่ดี ทำให้เกิดปัญหา หรืออาจโทษเด็กว่าดื้อหรือเกียจคร้าน

การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องกับผู้ปกครอง เกี่ยวกับเรื่องโรคสมาธิสั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยปรับเจตคติในการดูแลได้ดียิ่งขึ้น เพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดต่าง ๆ และมีความหวังในการแก้ไขปัญหาให้ดีขึ้น

การดูแลด้านจิตใจเด็ก โดยให้เด็กได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจต่าง ๆ เรียนรู้เทคนิคการจัดการอารมณ์ตนเอง และปรับเปลี่ยนเจตคติที่มีต่อตนเองในด้านบวกเพิ่มขึ้น

5) การช่วยเหลือด้านการเรียน

เด็กที่เป็นสมาธิสั้น มักไม่สามารถทำงานได้ต่อเนื่องนาน จึงควรมีการย่อยงานเป็นชิ้นย่อย ๆ แล้วให้เด็กเตรียมตัวทำงานหรือสอบ ดังนี้

1. ให้งานทีละอย่าง
2. ตรวจสอบย่อย ๆ ว่าทำงานอยู่หรือไม่ ทำมากขนาดไหน พร้อมคอยให้กำลังใจ
3. ปรับเปลี่ยนงานให้ดูง่ายขึ้น โดยเฉพาะถ้ารู้จุดอ่อนจุดแข็งในความสามารถของเด็กจะช่วยทำให้การเรียนการสอนไปได้เร็ว ซึ่งบางรายอาจต้องใช้ครูการศึกษาพิเศษช่วยในบางด้าน
4. การสอบเพื่อวัดระดับความรู้ ไม่ใช่เพื่อวัดระดับความตั้งใจ
5. เนื่องจากเด็กทำงานช้า จึงควรให้เวลานานขึ้น แล้วค่อย ๆ ลดเวลาลงมา ไม่ควรปรับหรือหักคะแนนเพราะทำงานช้า
6. สมุดจดการบ้าน พร้อมลายเซ็นคุณครูและผู้ปกครอง เป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งใช้ดูการทำงาน และเป็นช่องทางติดต่อกันระหว่างครูกับผู้ปกครอง

เอกสารอ้างอิง

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

ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิถก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, และ ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**. 21(2): 66-75.

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.

Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. **Am J Psychiatry**, 164: 942-948.

Sadock, B. J., Sadock, V. A. & Ruiz, P., eds. (2015). Attention-deficit/ hyperactivity disorder, In: **Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry – behavioral sciences/ clinical psychiatry**, 11th ed. (e-book). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; pp. 8811-8906.

Spetie, L. & Arnold, E. L. (2018). Attention-deficit/ hyperactivity disorder. In: **Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook**, 5th ed. Martin, A., Volkmar, F. R. & Bloch, M., eds. Philadelphia: Wolters Kluwer, pp. 1008-1065.

Swanson, J., Lerner, M., March, J. & Gresham, F. M. (1999). Assessment and intervention for attention deficit/ hyperactivity disorder in the schools. Lessons from the MTA study. **Pediatr Clin North Am**, 46: 993-1009.

World Health Organization. (1993). **The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research**. [Electronic version]. Geneva, WHO.

บทความทั้งหมดยินดีให้นำไป เผยแพร่เพื่อความรู้ได้ โดยกรุณาอ้างอิงแหล่งที่มา



ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2565). **สมาธิสั้น**. จาก <https://www.happyhomeclinic.com/sp03-adhd.htm>

(บทความต้นฉบับ เมษายน 2549)