

เด็กสมาธิสั้น : บทบาทของพยาบาล

Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Nurse's roles

บทความวิชาการ

กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม

Kamontip khungtumneam

R.N., M.N.S., Ph.D.

บทคัดย่อ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) เกิดจากการทำงานผิดปกติของสมองและระบบประสาท รวมทั้งความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ผู้ที่เป็นโรคนี้นี้มี 3 อาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ สมาธิสั้น (Inattention) อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) จากอาการที่ปรากฏในระยะยาวนานในช่วงชีวิตในวัยเด็กจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านบุคลิกภาพ การเรียนและทางสังคม วิธีการรักษาที่ทำให้โรคนี้หายขาดยังไม่มีแต่วิธีการรักษาโดยการใช้ยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การได้รับการดูแลจากพยาบาล ผู้ปกครอง และครูในแนวทางที่ถูกต้อง จะช่วยให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้เต็มตามศักยภาพอย่างเหมาะสมตามวัย ประสบความสำเร็จในการเรียนและการใช้ชีวิต รวมทั้งอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขเช่นคนทั่วไป

คำสำคัญ : เด็กสมาธิสั้น บทบาทพยาบาล

Abstract

The Attention deficit hyperactivity disorder: ADHD was caused by brain and neuro function disorder and imbalance of neurons transmitter. ADHD was three major symptoms including inattention, hyperactivity and impulsivity effected continuing long life. During childhood were lead to personality behavior, learning and social development. The appropriate treatments of disease would be drug used, adjust behaviors, nursing care, close-up care of family and teacher. The learning process could be following capacity age. The successful conditions are pleased of learning process, lifestyle, during society and willingness.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Nurse's roles

*ดร.อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

E-mail: noinoi91@gmail.com

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมองซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน การทำงาน หรือการเข้าสังคมกับผู้อื่นอย่างชัดเจน กลุ่มอาการนี้ประกอบด้วย สมาธิสั้น (Inattention) อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ซึ่งจะพบได้ประมาณร้อยละ 5 - 10 ของเด็กวัยเรียน โดยพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4 - 5 เท่า (พรทิพย์ วชิรติลล และคณะ 2555)

การที่เด็กเป็นโรคสมาธิสั้นมักมีความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันในหลาย ๆ ด้าน ทำให้ผู้ปกครองและครูมีความยากลำบากในการดูแล และมักจัดการด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม เช่น ลงโทษด้วยการดุด่า ตี เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้เด็กปรับตัวได้ลำบากและมีปัญหาพฤติกรรมหรืออารมณ์อื่น ๆ ตามมาได้ การรักษาโรคสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพคือการรักษาด้วยยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมโดยความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ บิดามารดา และครู ซึ่งจะช่วยให้เด็กได้เกิดการเรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ดังนั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น และแนวทางในการช่วยเหลือบิดามารดาและครูในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ลักษณะของเด็กสมาธิสั้น

อาการสมาธิสั้น ชน ไม่อยู่นิ่ง ในสายตาของบิดามารดาและบุคคลทั่วไปที่มองเด็กอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความคาดหวังของแต่ละคนที่มีต่อเด็ก แต่ในทางการแพทย์เด็กที่มีสมาธิสั้นมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการดังนี้ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550 : 118)

1. สมาธิสั้น (inattention) เด็กมักจะให้ความสนใจอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ไม่นานเท่าคนทั่วไป วอกแวกง่าย ขาดความตั้งใจในการทำงาน เหม่อลอยบ่อย ๆ ทำงานไม่เสร็จ ไม่เรียบร้อย เช่น เล่นของเล่นแล้วไม่เก็บ หยิบของตก ๆ หล่น ๆ ขี้ลืม ทำของเสียหายเป็นประจำ ดูเหมือน

ไม่ฟังเวลามีคนพูดด้วย บิดามารดาอาจเข้าใจว่าเด็กไม่สนใจอะไรจริงจัง ขี้ลืม ไม่มีระเบียบ อาการวอกแวกในเด็กสมาธิสั้นเกิดจากการที่เด็กไวต่อการรับรู้สิ่งเร้าหรือสิ่งรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น เสียงรถ เสียงเครื่องปรับอากาศ ทำให้เด็กไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวอยู่เรื่อย ๆ

2. อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) เด็กมักซุกซนผิดปกติ ลุกเดินอยู่นิ่งไม่ได้ มือเท้าขยับหรือต้องขยับตัวไปมา เล่นโลดโผน ไม่รู้จักเหนื่อย ไม่รู้จักกรอบเวลา ทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตราย อาการจะเห็นได้ชัดในเด็กเล็ก แต่เมื่อโตขึ้นอาการจะลดลงตามวัย เหลือแต่อาการกระสับกระส่าย กระวนกระวายใจเมื่อต้องอยู่นิ่ง

3. อาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) เด็กจะมีอาการรู้วาม ควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่สามารถรอได้ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำอะไรลงไปโดยไม่คิดล่วงหน้าว่าจะเกิดอะไรขึ้น เช่น วิ่งข้ามถนนโดยไม่มอง เวลาอยู่ในห้องเรียนมักพูดโพล่งออกมาโดยไม่ขออนุญาต ควบคุมตนเองให้อยู่ในกฎระเบียบไม่ได้ หงุดหงิด ขี้โมโหง่ายเมื่อไม่ได้ดังใจ พฤติกรรมดังกล่าวจะปรากฏในสถานที่ต่าง ๆ เช่น บ้าน โรงเรียน ที่ทำงาน และการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น การวินิจฉัยอาการอาจปรากฏในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง อาการมักเป็นมากขึ้นในสถานที่ที่ต้องการสมาธิหรือการสำรวจมารยาท เช่น ขณะที่นั่งฟังครูสอน เป็นต้น

อาการทั้งสามนี้จะติดตัวเด็กมาตั้งแต่เกิดและสังเกตเห็นอาการซุกซนอยู่ไม่นิ่งได้ตั้งแต่วัยอนุบาล หรือ 3 - 4 ขวบ เมื่อเริ่มเรียนหนังสือในชั้นอนุบาล อาการจะเด่นชัดมากขึ้น ซึ่งสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2000) ได้กำหนดเกณฑ์บ่งชี้อาการหลัก ๆ ไว้ในหนังสือคู่มือการวินิจฉัยอาการ ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-DSM-IV, 4th edition) เพื่อให้จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นวินิจฉัยดังนี้ 1) การกระจายของปัญหา คือมีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 6 อย่างในอาการสมาธิสั้น (inattention) หรืออยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) อาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ระยะเวลานาน 6 เดือน 2) อาการต้องเรื้อรังและเกิดก่อนอายุ 7 ปี 3) พฤติกรรมจะปรากฏในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง เช่น

ที่โรงเรียน ที่บ้าน หรือที่ทำงาน 4) มีปัญหาทางด้านการกิจกรรมเกี่ยวกับสังคม การศึกษา หรืออาชีพการงาน และ 5) เด็กจะไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ถ้าอาการสมาธิสั้น ชน อยู่ไม่นิ่ง เป็นส่วนหนึ่งของอาการโรคหรือความผิดปกติทางจิตเวชอื่นๆ เช่น โรคออทิซึม โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550 : 120; สมภพ เรื่องตระกูล, 2551 : 165-166)

ปัจจัยที่มีผลทำให้เด็กสมาธิสั้น

การที่เด็กมีสมาธิสั้นนั้นยังไม่มีการศึกษาที่สรุปสาเหตุของการเกิดที่แท้จริงได้ การพิจารณาจากงานวิจัยทางวิชาการมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าปัจจัยที่ทำให้เด็กเกิดสมาธิสั้นมีดังนี้

1. ปัจจัยด้านพันธุกรรม จากการศึกษาพบว่า พันธุกรรมในครอบครัว ประกอบด้วยคู่แฝด พี่น้อง บุตร เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคสมาธิสั้นได้ จากการศึกษาคู่แฝดพบว่าในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรค อีกคนหนึ่งจะมีโอกาสเป็นด้วยร้อยละ 59 - 92 ในขณะที่คู่แฝดจากไข่คนละใบมีโอกาสเป็นโรคด้วยร้อยละ 29 - 42 ส่วนการศึกษาในพี่น้องจากการศึกษาเด็กสมาธิสั้น 53 ราย และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 38 ราย พบว่าพี่หรือน้องของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551 : 158) นอกจากนี้ยังพบว่า อาการของโรคสมาธิสั้นเกิดจากสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ทำงานผิดปกติร่วมกับความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท ซึ่งความผิดปกติทางพันธุกรรมคือมียีน (gene) ที่ควบคุมการผลิตสารสื่อประสาทโดปามีนมีความผิดปกติด้วย

2. ปัจจัยด้านการทำงานของระบบสมอง อาจเกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทบางตัว เช่น โดปามีน (Dopamine) ที่ถูกสร้างจากกรดอะมิโน ซึ่งโดปามีนเป็นตัวสำคัญในการควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ เนื่องจากทางเดินของเส้นประสาทโดปามีนจะเชื่อมโยงไปยังสมองส่วนหน้าซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญต่อสมาธิและอารมณ์ ดังนั้นความไม่สมดุลที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทจึงทำให้เกิดอาการที่ไม่สามารถควบคุม ยับยั้งการสั่งงาน การแสดงออก และอาการไม่อยู่นิ่งจนเป็นที่สังเกตได้ หรืออาจเกิดจากสมองได้รับความกระทบกระเทือนในขณะตั้งครรภ์ การ

ติดเชื้อระหว่างการตั้งครรภ์ การขาดออกซิเจนในขณะคลอด หรือการไหลเวียนของโลหิตในสมองผิดปกติ เป็นต้น (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550 : 118)

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การได้รับสารตะกั่ว การที่บิดามารดาใช้สารเสพติด สูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นประจำทั้งก่อนการตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ บุตรที่เกิดมาอาจมีความผิดปกติหรือสมาธิสั้นได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551 : 161; Ohlmeier et al., 2008 : 300)

ผลกระทบของโรคสมาธิสั้น

การที่มีเด็กสมาธิสั้นอยู่ในครอบครัว ย่อมทำให้บิดามารดามีความวิตกกังวลสูงว่าเด็กจะสามารถอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้หรือไม่ เนื่องจากเด็กมักมีพฤติกรรมที่แสดงออกมาหลากหลาย เช่น ชน ไม่อยู่นิ่ง ไม่ตั้งใจเรียน เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบตามมาทั้งต่อตัวเด็ก ครอบครัวและสังคม ดังนี้

ผลกระทบต่อเด็ก เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีปัญหา 1) การเรียน จากการวิจัยในประเทศฝรั่งเศสที่ติดตามเด็กสมาธิสั้น จำนวน 1,264 ราย เป็นเวลา 8 ปี พบว่าเมื่อเทียบกับเด็กปกติ เด็กกลุ่มนี้มีโอกาสสอบตกซ้ำชั้นมากกว่า (adjusted OR 13.58, 95% CI 2.38-5.39) และอัตราการสำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมน้อยกว่า (adjusted OR 2.41, 95% CI 1.43-4.05) (ภาสุรี แสงสุวรรณิช และคณะ, 2554) 2) การเกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บมีมากกว่าเด็กปกติ โดยอัตราการบาดเจ็บรุนแรง เช่น กระโหลกศีรษะแตก กระดูกหัก การบาดเจ็บภายใน กระโหลกศีรษะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Merrill และคณะ (2009) ทำการศึกษาพฤติกรรมการเกิดอุบัติเหตุในเด็กสมาธิสั้นพบว่ามักจะเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น 3.07 เท่าเนื่องจากมีพฤติกรรมซุกซนผิดปกติ เล่นโลดโผนโดยไม่ระวังหรือกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้น จนทำให้เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย ๆ 3) เข้ากับเพื่อนไม่ได้ เนื่องจากเด็กมีพฤติกรรมควบคุมตนเองให้อยู่ในกฎระเบียบไม่ได้ หงุดหงิด ขี้โมโหง่ายเมื่อไม่ได้ตั้งใจ ทำให้เพื่อนร่วมชั้นไม่ยอมเข้ามาเล่นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ เณลิ้มไทย (2546) ศึกษาพฤติกรรมทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น : กรณีศึกษาของเด็กสมาธิสั้นที่เรียนอยู่ในโรงเรียนบ้านศาลา อำเภอแม่ริม

จังหวัดเชียงใหม่ โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของเด็ก สัมภาษณ์ผู้ปกครอง ครู เพื่อน และตัวเด็ก พบว่าเด็กมี พฤติกรรมทางสังคมที่เป็นปัญหา พูดคุยเสียงดัง เวลาครู สอนจะพูดแทรกบกรบกวนการเรียนการสอนของครูและเพื่อน มีพฤติกรรมก้าวร้าวทะเลาะวิวาทกับเพื่อนจากการที่ไม่ สามารถควบคุมตนเองได้

ผลกระทบต่อครอบครัว จากการศึกษาใน ประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่ามารดาของเด็กที่เป็นโรค สมาธิสั้นจะขาดงานเฉลี่ย 17 วันต่อปี ซึ่งมากกว่ากลุ่ม มารดาของเด็กปกติที่ขาดงานเฉลี่ย 6 วันต่อปี และยังมี ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงคิดเป็นการสูญเสียวัน ทำงาน 5 วันต่อปี (ภาสุรี แสงศุภวานิช และคณะ, 2554 : 4-5) นอกจากนี้ได้มีการศึกษาบิดามารดาของเด็กที่มี สมาธิสั้น 36 คู่ พบว่ามีความเครียดร้อยละ 89 มีความไม่ สบายใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตรร้อยละ 64 และมีปัญหา เรื่องการทะเลาะกับคู่สมสร้อยละ 50 (Ressello, 2003)

ผลกระทบต่อสังคม การที่เด็กเป็นโรคสมาธิสั้น และเติบโตเป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่จะมีบุคลิกภาพแบบ ต่อต้านสังคม พฤติกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สารเสพติด ลักขโมย พกอาวุธ ขายบริการ และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งเด็กกลุ่มนี้จะมีการก่ออาชญากรรมและถูกจับเนื่องจาก ทำผิดกฎหมายมากกว่าเด็กที่ไม่เป็นโรคนี้ (Ohlmeier et al., 2008)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ในอดีตที่ผ่านมาสังคมรับรู้เกี่ยวกับ “เด็กสมาธิสั้น” หรือ “เด็กไฮเปอร์” ว่าเด็กเหล่านี้ดูปกติทุกอย่าง บางคนฉลาด แต่มักถูกตำหนิว่าคือ ขน ไม่มีสมาธิ ปฏิบัติ ตามกฎระเบียบไม่ได้ ขาดทักษะทางสังคม จึงทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นยาก ประกอบกับบิดามารดาและครูส่วนใหญ่ยังไม่ เข้าใจธรรมชาติของเด็กและการดูแลประคับประคองช่วย เหลือเด็กที่มีสมาธิสั้น จึงเครียดและเกิดอารมณ์โกรธง่าย ทำร้ายเด็กด้วยการตี ตู๋ว่า ว่ากล่าว เด็กจำนวนมากเกิดความ รู้สึกหมดความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่มีใครรัก เก็บกดจน สมาธิสั้น พัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์แปรปรวน เมื่อโตเป็นวัยรุ่นจะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะสร้างปัญหาความ รุนแรงและภัยสังคม หรือติดยาเสพติด

การช่วยเหลือเด็กที่มีสมาธิสั้น นอกจากแพทย์ จะให้ยารับประทานเพื่อให้มีสมาธิในการเรียนแล้ว บิดา มารดาและครูจะมีส่วนช่วยในการฝึกทักษะหลาย ๆ อย่าง ที่ยังขาดอยู่ จนเกิดผลดีต่อเด็กสามารถประสบความสำเร็จ ในการเรียน ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง ดังนั้น บทบาทของ พยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือให้บิดา มารดา และครูเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและให้การ ดูแลเด็กได้ ดังนี้ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550; สมภพ เรื่องตระกูล, 2551)

1. การประเมินและการวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาลควรมีการประเมินแบบแผนพฤติกรรม ของเด็กเมื่ออยู่กับครอบครัว สังคมที่โรงเรียน การดำเนิน ชีวิตและกิจวัตรประจำวันของเด็ก การดูแลเด็กของบิดา มารดา นอกจากนี้ยังต้องประเมินภาวะจิตใจของบิดามารดา โดยอาจใช้คำถามปลายเปิด เช่น คุณแม่เล่าให้ฟังหน่อยสิคะ ว่าตอนนี้มีความรู้สึกอย่างไรบ้างกับลูก หรือคุณแม่คิดว่า อะไรที่ดีที่สุดที่จะให้การดูแลลูก ซึ่งหากประเมินพฤติกรรม ของเด็ก ความรู้สึกนึกคิด และการดูแลของบิดามารดาได้ พยาบาลสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวินิจฉัยปัญหาและ วางแผนการพยาบาลให้แก่เด็กและครอบครัวได้ถูกต้อง

2. แนวทางการดูแล บทบาทของพยาบาลในการ ช่วยเหลือมีดังนี้

2.1 การให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่บิดา มารดาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการของโรค การรักษา ผลข้างเคียง ความบกพร่องของเด็ก จะช่วยลดความเครียดของบิดา มารดาที่เกิดขึ้นได้ และยังทำให้บิดามารดามีทัศนคติทาง บวกยอมรับและเห็นใจในอาการและข้อจำกัดต่าง ๆ ของ เด็กได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fatemeh, Parvaneh & Katayoun (2010) ทำการศึกษาโปรแกรมการฝึกทักษะ การจัดการของบิดามารดาที่มีบุตรสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่าง เป็นบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นจำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 10 ราย โดย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ ของโรค พฤติกรรมของเด็ก และวิธีการจัดการพฤติกรรมที่ ไม่เหมาะสมของเด็ก แหล่งประโยชน์ที่จะให้การช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแก่บิดามารดา ผลการศึกษาพบว่าบิดามารดา ที่ได้รับโปรแกรมมีความวิตกกังวล ความเครียดลดลง

สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุตรได้ และพบว่าบุตรมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลดลง ซึ่งจะเห็นว่าการให้ความรู้ คำปรึกษาแก่บิดามารดาเกี่ยวกับอาการของโรค การรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้บิดามารดาเข้าใจและยอมรับข้อจำกัดต่าง ๆ ของบุตรได้

2.2 การเปิดโอกาสให้บิดามารดา และครอบครัวระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ ความเครียด ความวิตกกังวลที่มีต่อพฤติกรรมของเด็ก หรือจัดกลุ่มให้บิดามารดาหรือครอบครัวที่มีเด็กสมาธิสั้นรู้จักกัน แลกเปลี่ยนความรู้เทคนิคในการดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และให้บิดามารดามีโอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจ จะทำให้กลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรสมาธิสั้นได้รับกำลังใจ ลดความเครียด ความวิตกกังวล และเรียนรู้วิธีการดูแลบุตรร่วมกันได้ ซึ่งจากการศึกษาของ Lynn & Ted (1999) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดกลุ่มให้บิดามารดาที่มีบุตรสมาธิสั้นได้มาแลกเปลี่ยนพูดคุยประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตร และทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของบุตร พบว่าบิดามารดาที่เข้าร่วมกลุ่มมีความพึงพอใจ ได้แลกเปลี่ยนและเรียนรู้ทักษะในการจัดการบุตรด้วยวิธีการที่หลากหลายจากบิดามารดาที่มีประสบการณ์ และรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้เผชิญปัญหาอยู่คนเดียวแต่ยังมีเพื่อนที่คอยให้คำแนะนำ เป็นกำลังใจให้กันและกัน

2.3 การจัดกลุ่มฝึกบิดามารดาให้มีความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ทักษะการสั่งงานที่ได้ผล ฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจน ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม การรักษาการศึกษา เทคนิคการให้รางวัล การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของบิดามารดาโดยรู้จักวิธีการจัดการหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีปัญหาโดยใช้แรงเสริม จะสามารถช่วยให้บิดามารดาสามารถดูแลบุตรได้ และสามารถส่งเสริมให้เด็กเกิดการเรียนรู้และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของชมัยพร จันทศิริ (2553) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการศึกษากับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอายุระหว่าง 6 - 15 ปี จำนวน 10 ราย

ที่มารับคำปรึกษาในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยได้รับความรู้เรื่องปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก การฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคการสื่อสาร การชม การให้รางวัล การลงโทษ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้นลดลง คะแนนความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลต่อเด็กสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้น พยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่บิดามารดาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นดังนี้ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550; สมภพ เรื่องตระกูล, 2551) เช่น

2.3.1 จัดหาสถานที่ที่สงบเพื่อให้เด็กทำการบ้าน อ่านหนังสือ ไม่มีคนรบกวน หรือมีสิ่งที่ทำให้สมาธิเสีย เช่น โทรทัศน์ ของเล่น วิดีโอเกม มาถึงความสนใจ ถ้าเด็กสมาธิสั้นมาก ๆ ควรอยู่ใกล้ ๆ เพื่อควบคุมให้งานเสร็จ

2.3.2 จัดตารางเวลาให้ชัดเจน สำหรับกิจวัตรประจำวัน กำหนดเวลาทำการบ้าน ทบทวนบทเรียน เริ่มตั้งแต่เวลาในการตื่นนอน หลังจากนั้นต้องทำอะไรบ้าง เช่น เก็บที่นอน แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว เป็นต้น ในกรณีที่เด็กลืมหรือไม่ทำตามข้อตกลง ให้บิดามารดาเตือนสั้น ๆ ครั้งเดียว ถ้าไม่มีทีท่าว่าจะทำ ให้บิดามารดาพาไปทำหรือกำกับให้ทำทันที วิธีนี้ได้ผลถ้าเริ่มฝึกตั้งแต่เด็ก เพราะเด็กเรียนรู้ว่าบิดามารดาเอาจริงและจะยอมรับในกติกา

2.3.3 จัดกฎระเบียบของบ้านให้ชัดเจน เช่น ห้ามดูโทรทัศน์ขณะทำการบ้าน ไม่พูดคำหยาบคาย บิดามารดาต้องทำเป็นแบบอย่างและเป็นผู้ควบคุมกฎ

2.3.4 ให้รางวัลในกรณีที่ทำพฤติกรรมที่ต้องการเพื่อเป็นแรงจูงใจให้ทำต่อ เช่น คำชม ให้แต้มสะสม เป็นต้น และกำหนดการลงโทษให้ชัดเจนเมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ ควรใช้วิธีการจำกัดสิทธิต่าง ๆ เช่น การดูโทรทัศน์ การเล่นเกม การออกไปเที่ยว เป็นต้น หรือให้ทำงานเพิ่มขึ้น เช่น ล้างจาน กวาดบ้าน เป็นต้น หรืออาจใช้การเตือนหรือตำหนิที่เน้นพฤติกรรม เช่น แม่ไม่ชอบการนอนตื่นสาย และไม่ควรใช้คำพูดที่ตำหนิที่ตัวเด็ก เช่น ลูกไม่ตื่นนอนตื่นสาย เป็นต้น

2.3.5 ฝึกควบคุมอารมณ์ ทำให้บรรยากาศสงบ ให้กำลังใจเป็นระยะ หลีกเลี่ยงการดุด่าหรือบ่น เพราะทำให้เด็กเบื่อ ไม่สนใจสิ่งที่บิดามารดาพูด

2.3.6 การทำงานต่าง ๆ ควรมีการแบ่งงานเป็นชิ้นเล็ก ๆ เด็กมักท้อใจกับงานที่ตัวเองไม่ชอบ ไม่สนุก ไม่ถนัด ดังนั้น บิดามารดาควรแบ่งงานออกเป็นชิ้นเล็ก ๆ พอทำเสร็จในเวลาสั้น ๆ ให้มีกำลังใจทำต่อ ต้องเปิดโอกาสให้เด็กเปลี่ยนอิริยาบถหรือหยุดพักเป็นระยะ เมื่อเห็นว่าเด็กหมดสมาธิแล้ว เช่น เด็กมีการบ้าน 10 ข้อ บิดามารดาแบ่งเป็น 2 หรือ 3 ช่วง ช่วงละ 3 - 5 ข้อ ทำเสร็จในช่วงแรกให้พัก 2 - 3 นาที แล้วกลับมาทำต่อจนครบ 10 ข้อ เป็นต้น

2.3.7 เด็กมักมีจุดอ่อน คือทักษะในการวางแผนล่วงหน้า ไม่สนใจคิดหรือวางแผนล่วงหน้า มักทำตามสิ่งเร้าที่ผ่านมามากกว่าสิ่งที่คิดไว้ล่วงหน้า ซึ่งบิดามารดาควรฝึกฝนให้เด็กเรียนรู้ที่จะหยุด คิดวางแผนทำตามขั้นตอน และฝึกการแก้ปัญหา เช่น ถามว่าพรุ่งนี้จะทำอะไรบ้าง ตามลำดับตั้งแต่เช้าถึงเย็น การกระตุ้นให้วางแผนบ่อย ๆ จะซึมซับเข้าไปในระบบการคิดจนกลายเป็นนิสัย

2.3.8 บิดามารดาต้องฝึกกำลังใจเป็นหนึ่งเดียวกัน ความคิดเห็นของบิดามารดาที่แตกต่างกัน ทำให้การแก้ปัญหาไปคนละทาง เด็กจะหลบหลีกปัญหาไปอยู่กับคนที่ตามใจ ในที่สุดความแตกต่างทำให้เกิดความขัดแย้ง ดังนั้นบิดามารดาควรพูดคุยตกลงกันก่อน เรื่องใดที่ยังไม่แน่ใจให้ชะลอการตัดสินใจจนกว่าจะตกลงกันได้ อาจใช้ประโยคบอกเด็ก เช่น เรื่องนี้แม่ขอปรึกษาพ่อก่อน เป็นต้น

2.4 การแนะนำช่วยเหลือทางการเรียน โดยมีการประสานงานกับทางโรงเรียนให้มีการจัดการเรียนการสอนให้แก่เด็กสมาธิสั้นอย่างเหมาะสม มีการให้คำแนะนำแก่ครูเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียน รวมถึงแนวทางของครูในการปฏิบัติต่อเด็ก จะช่วยให้ครูสามารถให้การดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ (2555) ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนสำหรับครู กลุ่มตัวอย่างเป็นครูที่ดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนประถมศึกษาจำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมอย่างละ 50 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับ

โปรแกรมการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ฝึกสอนเทคนิควิธีการดูแลเด็กสมาธิสั้น การใช้ตัวแบบและการใช้เทคนิคการสื่อสารร่วมกับกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของครู พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ทักษะคิดและทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการแนะนำตามปกติและคู่มือไปศึกษาเอง เห็นได้ว่าการให้คำแนะนำแก่ครูในการให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นจะช่วยให้ครูสามารถดูแลเด็กได้ และทำให้เด็กได้มีโอกาสเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ร่วมกับเพื่อนในชั้นเรียนได้ดี ดังนั้น สิ่งที่ยุบายาลควรให้คำแนะนำแก่ครูในการดูแลเด็ก สมาธิสั้นมีดังนี้ (พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ 2555; ชัยมัยพร จันทศิริ, 2553)

2.4.1 การจัดการสิ่งแวดล้อมในห้องเรียน เป็นสิ่งที่ช่วยลดสิ่งกระตุ้นช่วยให้เด็กมีสมาธิในการเรียนมากขึ้น โดยมีการจัดสิ่งแวดล้อม ได้แก่

1) ห้องเรียนไม่ควรมียุเด็กสมาธิสั้นมากกว่า 1 คน ถ้าจำเป็นต้องรับมากกว่า 1 คน ควรจัดที่นั่งให้แยกห่างจากกัน

2) การจัดที่นั่งควรให้เด็กนั่งหน้าชั้นเรียนใกล้ครู โดยมีเด็กที่เรียบร้อยนั่งรอบข้างไม่ควรให้นั่งหลังห้อง ติดทางเดิน หรือริมหน้าต่าง เพราะเด็กจะสนใจเรื่องอื่น

3) สิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่ประดับในห้องควรมีน้อย เพื่อลดสิ่งกระตุ้นทางตา เช่น การแต่งกายของครูควรเรียบร้อย ไม่มีเครื่องประดับมาก เพราะจะทำให้เด็กสนใจการแต่งกายของครูจนไม่สนใจเรียน

2.4.2 การเตรียมการสอน และการมอบหมายงาน เช่น

1) ควรมีการสร้างแรงจูงใจในการเรียน ทำให้การเรียนสนุก ตื่นเต้นท้าทายให้เด็กอยากติดตาม คอยดึงความสนใจเด็กกลับสู่การเรียน เมื่อออกแวกหรือขาดสมาธิ เช่น เดินมาแตะไหล่ หรือกระซิบเบา ๆ ว่าเดี๋ยวก็เสร็จแล้วลูก หรือตั้งใจฟังครูพูดเพราะหนูเคยทำได้ เป็นต้น ซึ่งในขณะที่พูดคุยกับเด็กต้องแน่ใจว่าเด็กกำลังฟังไม่ได้สนใจสิ่งอื่นอยู่

2) จัดระบบการเรียนรู้ให้ชัดเจน และกำกับให้เด็กทำตามระบบอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการแบ่งงานเป็นช่วงสั้น ๆ พอทำเสร็จง่าย ๆ กำกับให้ทำงานสำเร็จมีจังหวะพักเป็นระยะ และชมเชยเด็กเมื่อทำเสร็จหรือพยายามทำ

3) งานบางอย่างที่เกินความสามารถของเด็กที่จะทำได้ครบทุกขั้นตอน ครูอาจให้เด็กแน่ใจว่าทำได้ ให้เด็กมาให้ครูตรวจเมื่อถึงขั้นที่เด็กไม่แม่นยำก่อนที่จะทำต่อไป

4) มีการสอนเสริมให้เด็กนอกเวลาเพื่อให้สามารถเรียนรู้บทเรียนได้ทันเพื่อน กรณีการสอบควรเพิ่มเวลาในการทำข้อสอบมากกว่าเพื่อน หรือครูอ่านข้อสอบให้เด็กฟังทีละข้อ เมื่อเด็กทำเสร็จจึงอ่านข้อต่อไปจนกว่าจะทำเสร็จทุกข้อ

5) ครูควรใช้คำพูดที่น้อยลง พูดช้า ๆ ชัดเจน กระชับ ไม่ใช้คำสั่งที่คลุมเครือ ไม่บ่นหรือตำหนิเด็ก และควรวางเฉยกับอาการที่เด็กแสดงออก เช่น ยุกยิก อยู่ไม่สุข ลายมือไม่สวย เจ้าอารมณ์ เป็นต้น

2.4.3 หาทางให้เด็กระบายพลังงานหรือความก้าวร้าวออกมาเป็นกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น กีฬา ศิลปะ ดนตรี ตามความชอบความถนัดของเด็ก หรือให้เด็กได้เปลี่ยนอิริยาบถโดยไม่รู้ตัว เช่น ครูเมื่อยล่ ช่วยครูลบกระดานหน่อย หรือช่วยครูแจกสมุดให้เพื่อนหน่อยนะ เป็นต้น

2.4.4 ช่วยฝึกทักษะต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับที่บ้านโดยการติดต่อประสานกับบิดามารดาอย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามการบ้าน เมื่อเด็กลืมหรือไม่ส่งงานให้แจ้งบิดามารดา เป็นต้น

2.4.5 ควรบอกเพื่อน ๆ ของเด็กว่าโรคสมาธิสั้นไม่ใช่โรคน่าอาย ไม่ล้อเลียนกันในห้อง ควรช่วยเหลือเพื่อน เช่น ไม่ชวนคุย ชวนให้ตั้งใจเรียน ชวนทำงานให้ครบ หรือเตือนเมื่อลืม เป็นต้น

บทสรุป

การดูแลเด็กสมาธิสั้นให้ถูกวิธี การช่วยเหลือประคับประคองเด็กถึงแม้จะมีอุปสรรคอยู่บ้าง แต่เมื่อผ่านพ้นไปได้ด้วยดี เด็กจะสามารถอยู่ในสังคมได้ เด็กจะมีอาการดีขึ้นเมื่อเติบโตเป็นวัยรุ่น ดังนั้น บิดามารดาและครูต้องศึกษาวิธีการต่าง ๆ ที่สามารถช่วยเด็กสมาธิสั้นให้เข้าใจ โดยละเอียด การให้ความรักและทำความเข้าใจในสิ่งที่เด็กเป็นและพยายามให้กำลังใจช่วยแก้ไขข้อบกพร่องของเด็กจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีส่วนช่วยเหลือให้เด็กประสบความสำเร็จได้

เอกสารอ้างอิง

- ชัยพร จันทรศิริ. (2553). *ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นฤนาท ยืนยง. (2551). พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, ปีที่ 9 : 19-29.
- อุสาห์ ชลวิทย์. (2554). พฤติกรรมการดูแลเอาใจใส่ของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ พิณนครสวรรค์ 7 โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, ปีที่ 12 : 84-90.
- พรทิพย์ วชิรดิolk โขจิตา ภาวสุทธิไพศิฐ และวรวิวรรณ ศรีสุชาติ. (2555). โปรแกรมการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนสำหรับครู. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 20 (2) : 113-120.

- ภาสุรี แสงสุวานิช และคณะ. (2554). รายงานการวิจัย การคัดกรองโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนในโรงเรียน. นนทบุรี บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- วันดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. (2550). ตำราจิตเวช เด็กและวัยรุ่น เล่ม 2. กรุงเทพฯ ปิยอนด์เอ็น เทอร์ไพรซ์.
- ศิริรัตน์ เฉลิมไทย. (2546). พฤติกรรมทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น : กรณีศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2551). ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ เรือนแก้วการพิมพ์.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition Text rev. (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Fatemeh, N., Parvaneh, M., & Katayoun, K. (2010). Parent management training used in abusive parent-child interaction in children with ADHD. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 244-249.
- Lynn, Mc.C., & Ted, R. (1999). Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group. *Patient Education and Counseling*, 38, 3-10.
- Merrill, R.M., Lyon, J.L., Baker, R.K., & Gren, L.H. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder and increased risk of injury. *Adv Med Sci*, 54 (1), 20-26.
- Ohlmeier, M.D., Peters K., Te Wildt B.T., Zedler, M., Wiese, B., Emrich, H.M., & Schneider, U. (2008). Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention deficit hyperactivity disorder. *Alcohol* 43, 300-304.
- Ressello, B., Garcia-Castellar, R., Tarage-Minguez, R., & Mulas, F. (2003). The role played by the parents in the development and learning of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol*, 1079-84.