

บทที่ 24

โรคสมาธิสั้น

ศิริไชย หงษ์สงวนศรี

โรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorder : ADHD) เป็นโรคที่มีความชุกในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นประมาณร้อยละ 3-7 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3-10:1 ที่ผู้ป่วยมีอาการขาดสมาธิ (inattention) ชน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (impulsivity) จนเกิดผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กหลายด้าน ทั้งการเรียน การทำงาน และสังคม

อาการสำคัญ

1. **อาการขาดสมาธิ** คือการที่เด็กไม่สามารถคงความสนใจหรือจดจ่อในกิจกรรมที่ทำอยู่ได้เป็นเวลาสมควร และถูกรบกวนจากสิ่งเร้าที่ไม่สำคัญได้ง่าย จนไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ให้แล้วเสร็จตามเป้าหมายได้เหมาะสมกับระดับพัฒนาการ อาการขาดสมาธินี้สามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมภายนอกที่เด็กจะคงความสนใจต่อกิจกรรมต่างๆ ได้แค่ช่วงเวลาสั้นๆ ไม่สามารถให้ความสนใจในรายละเอียดของกิจกรรมอย่างรอบคอบ วอกแวก เปลี่ยนความสนใจได้ง่าย เด็กมักถูกรบกวนจากสิ่งเร้าที่มีความสำคัญน้อยได้ง่ายและไปสนใจอยู่แต่สิ่งเร้านั้น ไม่สามารถเริ่มลงมือทำหรือคงความสนใจอยู่กับกิจกรรมที่สำคัญกว่าได้ จนไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จหรือต้องใช้เวลามากกว่าคนอื่น เช่น ในขณะที่เด็กกำลังอ่านหนังสือ เกิดเหลือบไปเห็นเศษกระดาษตกอยู่กับพื้น ก็จะหันไปสนใจอยู่แต่เศษกระดาษชิ้นนั้น และต้องลุกไปจัดการกับเศษกระดาษชิ้นนั้นเสียก่อน ระหว่างนี้หากมีสิ่งเร้าอื่นเข้ามา ก็จะไปสนใจอีกจนลืมที่กำลังอ่านหนังสืออยู่ไปเลย

เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นยังมักขาดความสามารถในการคิดหรือทำกิจกรรมต่างๆ ให้เป็นระบบตามลำดับขั้นตอน มักทำงานสลับขั้นตอนหรือข้ามขั้นตอนบางอย่างเป็นประจำ จึงไม่สามารถทำงานให้เรียบร้อยตามคำสั่งได้ หรือไม่สามารถพูดเล่าเรื่องต่างๆ ตามลำดับเหตุการณ์ให้ผู้ฟังเข้าใจได้ง่ายๆ และมักพูดเร็วจนจับต้นชนปลายไม่ถูก

2. **อาการชน อยู่ไม่นิ่ง** คือการที่เด็กชน อยู่ไม่นิ่งและมีการเคลื่อนไหวที่มากผิดปกติสำหรับเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน เด็กจะไม่สามารถควบคุมตนเองให้อยู่นิ่งๆ ได้เป็นเวลานานเพียงพอที่จะทำกิจกรรมส่วนใหญ่ให้แล้วเสร็จ มักทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความเร่งรีบ ขาดความระมัดระวังจนเกิดความเสียหายหรือได้รับบาดเจ็บบ่อยๆ **พฤติกรรมที่บ้าน** เด็กจะเดินหรือวิ่งไปมา กระโดด ปีนป่ายโลดโผน ส่งเสียงดัง เกือบตลอดเวลา ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องการความสงบร่วมกับผู้อื่นได้ ในขณะที่ทำกิจกรรมต่างๆ อยู่ก็จะมีอาการเคลื่อนไหว ขยับแขนขาตลอดเวลา **พฤติกรรมในห้องเรียน** เด็กมักหยุกหยิก อยู่ไม่นิ่ง เล่นคนเดียว ลุกเดินหรือหันไปแก้มือเล่นกับเพื่อน ชวนเพื่อนคุย จนรบกวนการเรียนของเพื่อนในห้อง **พฤติกรรมในขณะที่พบแพทย์** เด็กอาจจะวุ่นวายมาก เดินไปเดินมา ปีนป่าย หยิบจับหรือค้นหาสิ่งของต่างๆ ส่งเสียงดัง พูดแทรก ไม่ร่วมมือในการตรวจได้เหมาะสมกับวัย

อาการเหล่านี้ อาจคงอยู่จนถึงวัยผู้ใหญ่ แต่เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะไม่มีพฤติกรรมชนจันเห็นได้ชัด อาจมีเพียงพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ขยับตัวหรือแขนขาตลอดเวลา หรือรู้สึกกระวนกระวายไม่ยากอยู่นิ่งอยู่ภายในใจ ไม่สามารถทำงานที่ต้องอยู่กับที่เป็นเวลานาน

3. อาการหุนหันพลันแล่น คือการที่เด็กจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างทันทีทันใดโดยไม่ทันได้ยั้งคิดหรือไตร่ตรองถึงผลที่ตามมาของพฤติกรรมตนเอง ไม่ได้ไตร่ตรองถึงทางเลือกอื่นในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น อาการหุนหันพลันแล่นจะแสดงออกด้วยพฤติกรรมใจร้อน พุดหรือกระทำสิ่งต่างๆ โดยไม่ทันยั้งคิด มักมีพฤติกรรมรุนแรงทั้งในขณะที่เล่นกับเพื่อน และยังมีอารมณ์รุนแรงมากขึ้นเมื่อมีอารมณ์โกรธ ควบคุมอารมณ์ของตนเองไม่ได้ ไม่สามารถรออะไรได้นาน จะหงุดหงิด กระวนกระวายใจ เมื่อต้องรออะไรตามลำดับ มักพูดแทรกหรือตอบคำถามโดยที่ยังฟังผู้อื่นพูดไม่จบ และมักเป็นผู้ที่ทำให้เกิดปัญหาในการเล่นหรือการทำงานที่ต้องร่วมมือกันทำเป็นกลุ่ม เมื่อเกิดความผิดพลาดก็มักหงุดหงิดง่ายจนไม่สามารถแก้ไขปัญหาว่างเหมาะสมได้ มักทำอะไรโดยไม่ระวังอันตราย

อาการหุนหันพลันแล่นนี้อาจคงอยู่จนถึงวัยผู้ใหญ่ ที่ยังคงมีปัญหาในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ขาดความอดทน ไม่สามารถทำงานอะไรได้นาน มีปัญหาในครอบครัว มักทำผิดกฎจราจรหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงอันตรายอย่างอื่น

อาการของโรคสมาธิสั้นทำให้เด็กไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ได้เรียบร้อย เหมือนเด็กในวัยเดียวกัน มักทำงานผิดพลาดจากการขาดความระมัดระวัง ผลการเรียนไม่ดี มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ มักถูกตำหนิและทำโทษจากผู้ใหญ่ ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเอง เด็กอาจคิดว่าตนเองเป็นเด็กไม่ดี ไม่สามารถในการทำอะไรได้สำเร็จ นอกจากนี้เด็กยังมีปัญหาในการเล่นกับเพื่อนหรือการทำงานร่วมกับผู้อื่น ไม่เป็นที่ชื่นชอบของกลุ่มเพื่อน ยิ่งทำให้เสีย self-esteem มากขึ้น และมักเกิดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อย่างอื่นตามมา สาเหตุ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยหลายประการและมีความแตกต่างกันไปในเด็กแต่ละคน ทั้งสาเหตุทางชีวภาพ ที่พบว่ามี การถ่ายทอดทางพันธุกรรม มีความผิดปกติของระบบ norepinephrine และ dopamine พบความผิดปกติของสมองในบริเวณต่างๆ ได้แก่ frontal lobe, parietal lobe, temporal lobe, locus ceruleus, basal ganglia เป็นต้น และสาเหตุจากปัจจัยสภาพแวดล้อมที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย เช่น วิธีการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ขาดการฝึกวินัย สภาพแวดล้อมที่วุ่นวาย ไม่มีระเบียบ หรือมีสิ่งรบกวนมากเกินไป

การวินิจฉัย

เด็กที่มีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นได้แก่เด็กที่มีอาการหลักของโรคสมาธิสั้นคือ ขาดสมาธิ ซน อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น หรือเด็กที่มีญาติพี่น้องเป็นโรคสมาธิสั้น เด็กที่มีปัญหาการเรียนและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีปัญหาหรือโรคทางจิตเวช เช่น พฤติกรรมดื้อ ต่อต้าน ก้าวร้าว วิดกกังวล ซึมเศร้า ตีตสารเสพยาเสพติด หรือ conduct disorder

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่สามารถวินิจฉัยได้จากการประเมินพฤติกรรมภายนอกเป็นสำคัญ แต่การวินิจฉัยอย่างถูกต้องและเชื่อถือได้ต้องอาศัยความคุ้นเคยกับพฤติกรรมตามพัฒนาการของเด็กแต่ละวัย การประเมินพฤติกรรมของเด็กอย่างรอบด้านโดยใช้ข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมของเด็กเอง การสัมภาษณ์พ่อแม่ บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลพฤติกรรมจากทางโรงเรียน เกี่ยวกับพฤติกรรมทั่วไปในห้องเรียนโดยเฉพาะพฤติกรรมที่เป็นอาการสำคัญของโรคสมาธิสั้นผลการเรียนและผลกระทบต่อเด็กด้านอื่น

ตารางที่ 1 เป็นแบบประเมินสำหรับให้ครูใช้ในการประเมินพฤติกรรมเด็กที่โรงเรียน ในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นนั้น เด็กจะต้องมีพฤติกรรมเหล่านี้เกิดขึ้น “บ่อยๆ ” หรือ “บ่อยมาก” ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา อย่างน้อย 6 ข้อในจำนวน 9 ข้อของแต่ละกลุ่มอาการขึ้นไป และอาการเหล่านี้ไม่เหมาะสมกับระดับพัฒนาการเมื่อเทียบกับเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน จนทำให้ความสามารถทางการเรียน การทำงาน หรือสังคม บกพร่อง และเกิดขึ้นในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง (เช่น ทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน) โดยที่เด็กเริ่มมีพฤติกรรมเหล่านี้บางอย่างก่อนอายุ 7 ปี ทั้งนี้จะต้องเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอเป็นส่วนใหญ่ ไม่ใช่พฤติกรรมในขณะใดขณะหนึ่งเท่านั้น หากเด็กมีอาการไม่ครบตามเกณฑ์ข้างต้น แต่อาการเหล่านั้นมีผลกระทบต่อความสามารถในการเรียน การทำงาน หรือสังคมมาก สามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นชนิดอาการไม่เข้าตามเกณฑ์ (not otherwise specified)

ตารางที่ 1 แบบประเมินอาการของโรคสมาธิสั้น

กลุ่มอาการขาดสมาธิ		ไม่เคยมี	บางครั้ง	บ่อยๆ	บ่อยมาก
1.	ไม่สามารถจดจ่อกับรายละเอียด หรือเลื่อนลอยในกิจกรรมที่โรงเรียน การทำงาน หรือกิจกรรมอื่น				
2.	มีความลำบากในการคงสมาธิในการทำงาน หรือการเล่น				
3.	ดูเหมือนไม่ได้ฟังสิ่งที่คนอื่นพูดกับตนเองอยู่				

4.	ไม่สามารถทำงานที่โรงเรียน งานบ้าน หรืองานในหน้าที่ให้ครบได้ตามคำสั่ง (โดยไม่ได้เกิดจากการต่อต้านหรือไม่เข้าใจคำสั่ง)				
5.	มีความลำบากในการจัดระบบงานหรือกิจกรรม				
6.	หลีกเลี่ยง ไม่ชอบ หรือลังเล ต่อการทำงานที่ต้องการความใส่ใจพยายาม (เช่นงานที่โรงเรียน หรือการบ้าน)				
7.	ทำของที่จำเป็นต่อการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ หาย (เช่นของเล่น สมุดจดการบ้าน ดินสอ หนังสือ หรือเครื่องมือ)				
8.	วอกแวกจากสิ่งเร้าภายนอกได้ง่าย				
9.	หลงลืมกิจกรรมที่ต้องกระทำเป็นประจำทุกวัน				
	กลุ่มอาการอื่น อยู่ไม่นิ่ง / หุนหันพลันแล่น	ไม่เคยมี	บางครั้ง	บ่อยๆ	บ่อยมาก
10.	มือ เท้า ไม่อยู่สุข นิ่งไม่ติดเก้าอี้				
11.	ลุกจากที่นั่งในห้องเรียนหรือสถานการณ์อื่นที่ต้องนั่งกับที่				
12.	วิ่ง หรือปีนป่ายมากเกินไป โดยไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ(ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ อาจเป็นเพียงความรู้สึกกระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง)				
13.	ยากที่จะเล่นหรือทำกิจกรรมอดิเรกอย่างง่ายๆ ได้				
14.	มัก"พร้อมที่จะไป" หรือมีพฤติกรรมเหมือน"ติดเครื่องยนต์"				
15.	พูดมากเกินไป				
16.	ซึ่งตอบคำถามก่อนจะถามจบ				
17.	ไม่สามารถรอตตามลำดับได้				
18.	ขัด หรือแทรกขึ้น(ระหว่างการสนทนา หรือการเล่นเกม)				

การวินิจฉัยแยกโรค

โรคทางกายที่ทำให้เด็กมีพฤติกรรมคล้ายเป็นโรคสมาธิสั้นที่พบบ่อยได้แก่ minimal brain damage จากสาเหตุต่างๆ, absence seizures, hearing or visual impairment, hyperthyroidism, hypothyroidism, anemia, lead poisoning, obstructive sleep apnea, chronic illnesses, medication side effect, substance abuse

โรคทางจิตเวชที่มีอาการคล้ายหรืออาจเกิดร่วมกับโรคสมาธิสั้นได้แก่ anxiety disorders, mood disorders ที่เด็กอาจมีอาการ inattention, impulsivity และ agitation ได้เช่นเดียวกัน หรือ oppositional defiant disorder, conduct disorder, tic disorder นอกจากนี้ยังต้องแยกจากพฤติกรรมของเด็กที่เป็นการตอบสนองต่อความตึงเครียดในครอบครัว เช่น วิธีการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม, child abuse หรือพ่อแม่มีความขัดแย้งหรือมีปัญหาทางอารมณ์

การรักษา

การรักษาที่ได้ผลดีต้องอาศัยวิธีการรักษาหลายรูปแบบร่วมกัน ทั้งการใช้ยา พฤติกรรมบำบัด จิตบำบัดและต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ทั้งเด็กเอง ครอบครัว บุคคลที่เกี่ยวข้อง รวมถึงโรงเรียน ดังนั้นแพทย์ผู้ดูแลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้ทุกฝ่ายมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นที่ถูกต้องและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาด้วย

การให้คำแนะนำสำหรับพ่อแม่ หาสถานที่ให้เด็กทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างสงบ ไม่มีสิ่งรบกวนสมาธิมากเกินไป อาจต้องคอยอยู่ใกล้ชิดตัวต่อตัวเพื่อช่วยกระตุ้นให้ทำกิจกรรมที่สำคัญได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยวางแผนการทำกิจกรรมต่างๆ ให้เป็นระบบตามขั้นตอนสำหรับกิจกรรมที่ต้องใช้เวลานานพ่อแม่อาจช่วยแบ่งกิจกรรมนั้นให้เป็นขั้นตอนย่อยๆ เพื่อให้สามารถทำสำเร็จได้ในเวลาสั้นลง สนับสนุนให้เด็กได้ทำกิจกรรมต่างๆ ประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เป็นกิจวัตร ซึ่งควรมีเวลาให้เด็กได้ออกกำลังกายและมีโอกาสได้อยู่ในบรรยากาศที่สงบบ้าง ควรฝึกให้เด็กทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่ละเอียด ไม่ปล่อยให้ทำกิจกรรมหลายอย่างในเวลาเดียวกัน สำหรับการออกคำสั่งให้เด็กทำกิจกรรมใดๆ พ่อแม่จะต้องออกคำสั่งที่สั้น เข้าใจง่าย มีความชัดเจน โดยใช้น้ำเสียงและท่าทีที่นุ่มนวล แต่ต้องมีความหนักแน่นจริงจัง คำสั่งควรมีลักษณะจูงใจมากกว่าคำสั่งในลักษณะใช้อารมณ์พูดบ่นจู้จี้หลายเรื่องปนกัน

พ่อแม่สามารถปรับพฤติกรรมด้วยการให้ความสนใจและตอบสนองในทางบวกทันทีที่เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และกระตุ้นให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ด้วยการให้รางวัล เช่น คำชมเชย สิ่งของ สิทธิพิเศษบางอย่าง หรือการใช้ star chart ต้องมีวิธีตักเตือนและการลงโทษถ้าเด็กยังมีพฤติกรรมที่ไม่ต้องการอยู่ โดยวิธีที่ไม่ใช้ความรุนแรงเช่น time-out การตัดสิทธิพิเศษ หรือหักคะแนนพฤติกรรมสะสม พ่อแม่อาจใช้วิธีเพิกเฉย ไม่ตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หากพฤติกรรมนั้นไม่ได้ทำให้เกิดความเสียหายต่อตนเองหรือผู้อื่นมากนัก

พ่อแม่ควรจะต้องตกลงกับเด็กก่อนว่าต้องการปรับพฤติกรรมอะไร มีกฎเกณฑ์อย่างไร ควรเลือกปรับพฤติกรรมเพียงบางอย่างที่สำคัญและมีโอกาสปรับได้สำเร็จก่อน ทั้งนี้การปรับพฤติกรรมจะสำเร็จได้ต้องอาศัยพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีข้อตกลงที่แน่นอนและปฏิบัติตามสม่ำเสมอ พ่อแม่ต้องอดทนและเป็นแบบอย่างที่ดีด้วย

การให้คำแนะนำสำหรับครู ครูสามารถใช้วิธีการเดียวกับพ่อแม่ในการช่วยเหลือและปรับพฤติกรรมของเด็ก ควรจัดให้เด็กนั่งเรียนในตำแหน่งที่มีสิ่งรบกวนน้อย เช่น นั่งแถวหน้า ห่างหน้าต่าง ใกล้ๆ กับที่ครูยืนสอน และให้เด็กได้ช่วยครูทำงานบางอย่าง เช่น แจกสมุดการบ้าน ลบกระดาน ควรมอบหมายงานที่ละน้อยๆ ให้เด็กทำได้สำเร็จเสียก่อนจึงค่อยให้งานเพิ่ม ครูต้องตั้งกฎระเบียบในห้องที่ชัดเจนและปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ

ครูที่ให้ความรัก ความสนใจ และตั้งใจช่วยเหลือคอยให้กำลังใจ ไม่ทำโทษด้วยวิธีการรุนแรงหรือทำให้ขายหน้า มักสามารถช่วยให้เด็กมีความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมตัวเองได้ดีขึ้น

การใช้ยา การใช้ยาสามารถช่วยให้พฤติกรรมดีขึ้นในทุกด้าน รวมถึงผลการเรียน และทักษะทางสังคม ยาที่ใช้บ่อย และได้ผลดี ได้แก่

Methylphenidate เริ่มให้ในขนาด 5 มก. หลังอาหารเช้า และเพิ่มครั้งละ 5 มก. ได้ทุก 1 สัปดาห์ หลังการประเมินผลการรักษา ขนาดที่ใช้ในการรักษาทั่วไปคือ 0.3–0.6 มก./กก./ครั้ง วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเที่ยง ขนาดสูงสุดไม่เกิน 40 มก./วัน ยาจะเริ่มออกฤทธิ์ภายใน 30 นาที และออกฤทธิ์อยู่นาน 3–5 ชั่วโมง ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนหลับยาก หงุดหงิด ปวดศีรษะ ปวดท้อง ซึ่งสามารถหายไปได้เองหรือปรับขนาดยาลง ยาไม่มีผลต่อความสูงของเด็ก ควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่เป็น tic disorder ร่วมด้วย หากทำให้อาการ tic disorder แย่ลง ควรเปลี่ยนไปใช้ยาอื่น

ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม **tricyclic** ได้แก่ imipramine และ nortriptyline เริ่มให้ในขนาด 1 มก./กก./วัน และ 0.5 มก./กก./วัน ตามลำดับ ประเมินผลการรักษา ผลข้างเคียง และปรับขนาดยาเพิ่มครั้งละ 1 มก./กก./วัน และ 0.5 มก./กก./วัน ตามลำดับ ได้ทุก 1 สัปดาห์ ขนาดสูงสุดไม่เกิน 3 – 4 และ 2 มก./กก./วัน ตามลำดับ ควรทำ ECG ก่อนให้ยาและเมื่อปรับยาถึงระดับคงที่ ถ้าพบความผิดปกติ ควรเปลี่ยนใช้ยาอื่น

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคเรื้อรังจึงจำเป็นต้องใช้ยาต่อเนื่องนานเป็นปีๆ โดยทั่วไปสามารถทดลองลดหรือหยุดยาในช่วงปิดเทอมเพื่อทดสอบดูว่าเด็กยังจำเป็นต้องใช้ยาหรือไม่ พบประมาณร้อยละ 70 ที่อาการจะดีขึ้นหรือหายไปได้เองเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่

หนังสือสำหรับพ่อแม่และครู

1. อุมภาพร ตรังคสมบัติ. สร้างสมาธิให้ลูกคุณ กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชันตการพิมพ์, 2541.
2. Website สำหรับพ่อแม่ <http://www.chadd.org/>

เอกสารอ้างอิง

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practices parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36(Suppl10):85s-121s
2. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with ADHD. Pediatrics 2000; 105:1158-70.
3. Miller KJ, Castellanos FX. Attention deficit/hyperactivity disorders. Pediatr Rev 1998;46:831-843
4. Morgan AM. Diagnosis of ADHD in the office. Pediatr Clin North Am 1999; 46:871-84.
5. Pliszka SR, Greenhill LL, Crismon ML, et al. The Texas children's medication algorithm project: Report of the Texas consensus conference panel on medication treatment of childhood ADHD, part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39:908-19.
6. Pliszka SR, Greenhill LL, Crismon ML, et al. The Texas children's medication algorithm project: Report of the Texas consensus conference panel on medication treatment of childhood ADHD. part II: tactics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39:920-7.