



คู่มือการตรวจประเมิน วินิจฉัย
และแนวทางช่วยเหลือเด็กพิการ

with

Children Disabilities



ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย



คู่มือการตรวจประเมิน วินิจฉัย
และแนวทางช่วยเหลือเด็กพิการ

Children with Disabilities

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

คู่มือการตรวจประเมิน วินิจฉัย และแนวทางช่วยเหลือเด็กพิการ Children with Disabilities

บรรณาธิการ

ศ.คลินิก พญ.วินัดดา ปิยะศิลป์

พญ.วันดี นิงสานนท์

ISBN: 978-616-91972-4-9

จัดพิมพ์โดย

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

ชั้น 9 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย

ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทร. 0-2716-6200-1 โทรสาร 0-2716-6202

E-mail: admin@thaipediatics.org

<http://www.thaipediatics.org>

พิมพ์ครั้งที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2558 จำนวน 1,000 เล่ม

ราคา 250 บาท

ลิขสิทธิ์ของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และ สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

การผลิตและลอกเลียนแบบของหนังสือเล่มนี้ ไม่ว่าจะรูปแบบใดทั้งสิ้น

ต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และ สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

วินัดดา ปิยะศิลป์.

คู่มือการตรวจประเมิน วินิจฉัย และแนวทางช่วยเหลือเด็กพิการ children with disabilities.-- กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558.
140 หน้า.

1. เด็กพิการ. I. พญวันดี นิงสานนท์, ผู้แต่งร่วม. I. ชื่อเรื่อง.

649.151

ISBN 978-616-91972-4-9

พิมพ์ที่

ห้างหุ้นส่วนจำกัด เพนตากอน แอ็ดเวอร์ไทซิ่ง

566/124 ซอยกิจจานุช ถนนพระราม 4 แขวงมหาพฤฒาราม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

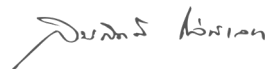
โทร : 02-235-6038, 02-633-3762, 081-420-5622 โทรสาร : 02-633-0334

E-Mail: pployphisut@yahoo.com, toon47@asianet.co.th

สาส์นจากประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ แห่งประเทศไทย

พ่อ...แม่ ทุกคนย่อมอยากให้ลูกที่คลอดออกมาเป็นเด็กที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ แต่จะมีเด็กจำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลังกลายเป็นเด็กพิการไม่ว่าจะเป็นความพิการทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว หรือมีความพิการทางจิตใจ สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเป็นเด็กออทิสติก ซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากกุมารแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เด็กพิการเหล่านี้มีชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข สามารถทำกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนเด็กปกติ

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยได้เล็งเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ จึงได้จัดพิมพ์หนังสือ “Children with Disabilities” ขึ้นโดยได้รับความร่วมมือจากกุมารแพทย์และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กพิการมาเขียนบทความเกี่ยวกับความพิการประเภทต่างๆ เพื่อให้ความรู้แก่กุมารแพทย์ทั่วไปในเรื่องการวินิจฉัย แนวทางการดูแล การออกเอกสารรับรองความพิการและองค์กรที่เกี่ยวข้อง จะทำให้กุมารแพทย์ที่ดูแลเด็กเหล่านี้สามารถแนะนำผู้ปกครองให้มีความเข้าใจในเรื่องการดูแลรักษา การใช้สิทธิคนพิการ เพื่อให้เด็กเหล่านี้สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนปกติได้อย่างมีความสุข



(ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา)

ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
นายกสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2558

บทนำ

เนื่องด้วย คณะกรรมการบริหาร สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย (สกท.) และราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย (รวกท.) มีมติให้รวบรวมความรู้ (Knowledge Management) ในด้านส่งเสริมการดูแลเด็กพิการแบบองค์รวม โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขามาร่วมสรุปเส้นทางการดูแลเด็กที่มีความพิการ 7 ด้าน ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2555 ซึ่งประกอบด้วย ความพิการประเภทต่างๆ ดังนี้

- ประเภทที่ 1 ความพิการทางการเห็น
- ประเภทที่ 2 ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
- ประเภทที่ 3 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- ประเภทที่ 4 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- ประเภทที่ 5 ความพิการทางสติปัญญา
- ประเภทที่ 6 ความพิการทางการเรียนรู้
- ประเภทที่ 7 ความพิการทางออทิสติก

เพื่อให้ได้ข้อมูลและความรู้ที่ทันสมัย จึงได้แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อรวบรวมความรู้ในด้านต่างๆ ขึ้น และเผยแพร่เพื่อให้กุมารแพทย์ได้นำข้อมูลวิชาการไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อเด็กพิการและครอบครัว ขั้นตอนการดำเนินงานใช้เวลา 1 ปี จึงบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งใจ

ต้องขอขอบคุณทุกท่าน ทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง มา ณ โอกาสนี้ ที่ให้ความร่วมมือทำสิ่งดีๆ เป็นประโยชน์ ต่อสังคมร่วมกับสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย



(ศ.คลินิก พญ.วินัดดา ปิยะศิลป์)

หัวหน้าคณะอนุกรรมการด้านความพิการในเด็ก
รองประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
อุปนายก สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

สารบัญ

	หน้า
สารสันจากประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	3
บทนำ	5
สารบัญ	7
บทที่ 1 เด็กพิการ สิทธิของเด็กพิการทางการแพทย์	9
บทที่ 2 ความพิการทางการเห็น	15
บทที่ 3 ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย	33
บทที่ 4 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	57
บทที่ 5 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม	67
บทที่ 6 ความพิการทางสติปัญญา	75
บทที่ 7 ความพิการทางการเรียนรู้	91
บทที่ 8 ความพิการทางออทิสติก	107
รายชื่อคณะกรรมการด้านเด็กพิการ 7 ประเภท รวบท พ.ศ. 2557	141

เด็กพิการ สิทธิของเด็กพิการ ทางการแพทย์

บทที่ 1

เด็กพิการ สิทธิของเด็กพิการทางการแพทย์

คำนิยาม

“คนพิการ” ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 20 และเพื่อประโยชน์ในการได้รับสิทธิดังกล่าวคนพิการอาจยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ ได้ที่ ศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพคนพิการ 12 เขต (กรุงเทพมหานคร) สนง.พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ในกรณีคนพิการเป็นผู้เยาว์ ผู้ปกครองยื่นคำขอแทนได้ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่คู่มือสิทธิของคนพิการ โดยสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ http://nep.go.th/sites/default/files/files/services/disabilities_manual_0.pdf

สิทธิคนพิการทางการแพทย์

ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 บัญญัติให้สิทธิคนพิการด้านการแพทย์ไว้ในมาตรา 20 (1) ซึ่งให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดได้แก่ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ 26 รายการ

1. การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่นๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์
2. การแนะนำ การให้คำปรึกษา และการจัดบริการเป็นรายการณี
3. การให้ยา ผลิตภัณฑ์ เวชภัณฑ์และหัตถการพิเศษอื่นๆ เพื่อการบำบัดฟื้นฟู เช่น การฉีดยา

ลดเครื่อง การรักษาด้วยไฟฟ้า Hemoencephalography (HEG) เป็นต้น

4. การศัลยกรรม
5. การบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง เช่น พยาบาลจิตเวช เป็นต้น
6. กายภาพบำบัด
7. กิจกรรมบำบัด
8. การแก้ไขการพูด (อรรถบำบัด)
9. พฤติกรรมบำบัด
10. จิตบำบัด
11. ดนตรีบำบัด
12. พลบำบัด
13. ศิลปะบำบัด
14. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยิน
15. การพัฒนาทักษะในการสื่อความหมาย
16. การบริการส่งเสริมพัฒนาการหรือบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม
17. การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
18. การพัฒนาทักษะทางสังคม สังคมสงเคราะห์และสังคมบำบัด เช่น กลุ่มสนับสนุนการ เป็นต้น
19. การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ หรือการประกอบอาชีพ
20. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว
21. การบริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ผ่านสื่อในรูปแบบที่เหมาะสมกับความพิการซึ่งคนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้
22. การฝึกอบรมและพัฒนาทักษะแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ช่วยคนพิการ
23. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยครอบครัวและชุมชนผ่านการเยี่ยมบ้าน กิจกรรมการให้บริการเชิงรุก
24. การฝึกทักษะการเรียนรู้ขั้นพื้นฐาน เช่น การฝึกทักษะชีวิต การฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ การฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
25. การบริการทันตกรรม เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน เป็นต้น
26. การให้บริการเกี่ยวกับกายอุปกรณ์เทียม กายอุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยความพิการ หรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ

ดูรายละเอียดคำนิยาม กลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการ กิจกรรมการบริการและการกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้บริการได้ที่ แนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 โดยศูนย์สิทธิรณรงค์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข www.snmrc.go.th

ตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5 และ 6 และประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึกและคนพิการ พ.ศ. 2556 คนพิการที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ สิทธิย่อยผู้พิการ (ท 74XXXXXXXX) มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ณ หน่วยบริการของรัฐที่ขึ้นทะเบียนประจำของตน เว้นแต่กรณีมีความจำเป็น อาจไปใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการอื่นของรัฐ ก็ได้

ความพิการประเภทที่ 1

ความพิการทางการเห็น

	หน้า
• คำนิยาม	17
• ความชุก สาเหตุ อาการและอาการแสดง	18
• ปัจจัยเสี่ยง	19
• อาการและอาการแสดง	19
• หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความพิการทางการเห็น	20
• การตรวจวัดสายตา	20
• การวัดลานสายตา	23
• การออกเอกสารรับรองความพิการ	25
• แนวทางการดูแลเด็กพิการทางการเห็น	25
• การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์	27
• หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์	29
• การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา	29
• การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม	29
• การติดตามประเมินผล	30
• แนวทางการตรวจสุขภาพตาเด็ก	31
• พฤติกรรมการเห็นที่ปกติ	31
• แนวทางการส่งต่อจักษุแพทย์	31
• องค์กรที่เกี่ยวข้อง	32

บทที่ 2

ความพิการทางการเห็น

คำนิยาม

ภาวะบกพร่องทางการเห็นในประเทศไทยแบ่งออกเป็น 2 แบบคือ

1. คำนิยามตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)
2. คำนิยามตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

คำนิยามตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)

ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2546 องค์การอนามัยโลกได้แบ่งภาวะบกพร่องทางการเห็น (Visual Impairment: VI) โดยใช้ระดับสายตาไกลที่วัดด้วยตาเปล่าหรือใส่แว่นตาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน (Presenting distance visual acuity) ออกเป็นระดับต่างๆ ดังนี้

ระดับ 0 Mild or no visual impairment หมายถึงมีระดับสายตาที่ระยะ 6 เมตรหรือ 20 ฟุตที่สามารถเห็นได้ตั้งแต่ 6 ส่วน 18 เมตร (6/18) หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต (20/70) ไปจนถึง 6 ส่วน 6 เมตร (6/6) หรือ 20 ส่วน 20 ฟุต (20/20)

ระดับ 1 Moderate visual impairment หมายถึงมีระดับสายตาที่ระยะ 6 เมตรหรือ 20 ฟุตที่สามารถเห็นได้ตั้งแต่ 6 ส่วน 60 เมตร (6/60) หรือ 20 ส่วน 200 ฟุต (20/200) หรือมากกว่า แต่ไม่สามารถเห็นที่ระดับ 6 ส่วน 18 เมตร (6/18) หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต (20/70)

ระดับ 2 Severe visual impairment หมายถึงมีระดับสายตาที่ระยะ 6 เมตรหรือ 20 ฟุตไม่สามารถเห็นที่ระดับ 6 ส่วน 60 เมตร (6/60) หรือ 20 ส่วน 200 ฟุต (20/200) แต่สามารถเห็นระดับนี้ได้ที่ระยะ 3-5 เมตร

ระดับ 3 Blindness ระยะที่ 1 หมายถึงมีระดับสายตาที่ระยะ 3 เมตรหรือ 10 ฟุตไม่สามารถเห็นที่ระดับ 6 ส่วน 60 เมตร (6/60) หรือ 20 ส่วน 200 ฟุต (20/200) แต่สามารถนับนิ้วได้ที่ระยะน้อยกว่า 3 เมตร (finger count: Fc)

ระดับ 4 Blindness ระยะที่ 2 หมายถึงมีระดับสายตาที่ไม่สามารถนับนิ้วได้แต่ยังสามารถเห็นมือโบกไปมาได้ (hand movement: HM) หรือมองเห็นแสง (perception of light: PL) หรือบอกทิศทาง

ของแสงได้ (light projection: Pj)

ระดับ 5 Blindness ระยะที่ 3 หมายถึงมีระดับสายตาที่ไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง (no perception of light: NPL)

คำนิยามตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ภาวะบกพร่องทางการเห็นที่มีสิทธิรับการช่วยเหลือและความคุ้มครอง รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่างๆจากรัฐตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 แบ่งเป็น 2 ลักษณะโดยใช้ระดับสายตาที่ได้รับการแก้ไขด้วยแว่นตาแล้ว (*Best corrected distance visual acuity*) ของตาข้างที่ดีกว่า ดังนี้

1. **คนตาบอด** หมายถึง คนที่มีสายตาข้างที่ดีกว่า เมื่อได้รับการตรวจแก้ไขด้วยแว่นตาแล้ว (*Best corrected distance visual acuity*) สามารถเห็นได้น้อยกว่า 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) จนถึงมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีลานสายตาแคบกว่า 10 องศา
2. **คนตาเห็นเลือนราง** หมายถึง คนที่มีสายตาข้างที่ดีกว่า เมื่อได้รับการตรวจแก้ไขด้วยแว่นตาแล้ว (*Best corrected distance visual acuity*) สามารถเห็นได้ตั้งแต่ 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ไปจนถึงน้อยกว่า 6 ส่วน 18 เมตร (6/18) หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต (20/70) หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา ลงไปจนถึง 10 องศา

ความชุก สาเหตุ อาการและอาการแสดง

จากการสำรวจในประชากรไทยปี พ.ศ.2549-2550 พบว่ามีอัตราความชุกของสภาวะตาบอดในเด็กไทยร้อยละ 0.11 และมีอัตราความชุกของสภาวะตาเลือนรางในเด็กไทยร้อยละ 0.21 จึงประมาณการว่ามีเด็กไทยเป็นเด็กตาบอดจำนวน 13,101 คน และเป็นเด็กตาเลือนรางจำนวน 26,670 คน

โรคที่เป็นสาเหตุของภาวะตาบอดในเด็กไทยจากการสำรวจครั้งนี้เกิดจาก

1. โรคจอตาในทารกคลอดก่อนกำหนด (Retinopathy of Prematurity: ROP) ร้อยละ 66.67
2. ภาวะตมัว (Amblyopia) จากสายตาสั้นมาก (-9.00 Diopter both eyes) ร้อยละ 33.33 โรคที่เป็นสาเหตุของภาวะตาเลือนรางเกิดจาก
1. ภาวะตมัว (Amblyopia) จากสายตาสั้นมาก (-6.00 Diopter, -11.00 Diopter) ร้อยละ 28.55
2. โรคของสมอง ร้อยละ 14.29
3. ต้อกระจกแต่กำเนิด ร้อยละ 14.29
4. ประสาทตาฝ่อ ร้อยละ 14.29
5. ความผิดปกติที่กระจกตา ร้อยละ 14.29
6. ภาวะตาแกว่งแต่กำเนิด ร้อยละ 14.29

ปัจจัยเสี่ยง ที่จะทำให้เกิดภาวะบกพร่องทางการเห็นในเด็ก ได้แก่

1. ประวัติก่อนคลอดและประวัติการคลอด (Prenatal and birth history) เช่น
 - Fetal alcohol syndrome
 - Fetal distress or birth trauma/hypoxia (especially if birth asphyxia)
 - Intracranial hemorrhage
 - Intrauterine exposure to toxins
 - Intrauterine infection
 - Prematurity especially low birth weight babies (less than 2,000 gms)
 - Very low birth weight infants (less than 1,500 gms), low Apgar (a score of 5 or less at 5 minute), and brain lesion noted on imaging
2. ความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital conditions) เช่น
 - Albinism/Cerebral palsy
 - Chromosomal abnormalities such as Down syndrome
3. ภาวะอื่นๆ เช่น
 - Acute illness such as meningitis or encephalitis
 - Child abuse (especially head trauma such as shaken baby syndrome)
 - Family history of conditions causing blindness or severe visual impairment (such as congenital cataracts, retinoblastoma, certain metabolic and genetic diseases)
 - General developmental delay or mental retardation
 - Head trauma/Hydrocephalus
 - Infectious diseases (such as toxoplasmosis, cytomegalovirus, herpes simplex)
 - Periventricular leukomalacia (PVL)

อาการและอาการแสดง เช่น

- เด็กอายุ 2 เดือน ถ้ายังไม่จ้องหน้า ให้สงสัยว่าเด็กจะมีสายตาดัดผิดปกติ
- คุณลักษณะ ขนาด และตำแหน่งของดวงตาที่ผิดปกติ
- มีพฤติกรรมชอบขยี้ตา กระพริบตาบ่อยๆ
- ดูอะไร ต้องเพ่งใกล้ตาผิดปกติ
- มีอาการปวดตา ปวดศีรษะ หลังจากการใช้สายตา
- มีอาการตาไม่สู้แสง น้ำตาไหล เมื่อออกที่แจ้งจะหรีตาลง
- ในการอ่านหรือเขียนหนังสือมีแนวโน้มที่จะสับสนกันระหว่างอักษรที่คล้ายกัน เช่น ด กับ ค บ กับ ม ช กับ ซ ฯลฯ หรือมักจะหลงตำแหน่งหรือบรรทัด เช่น อ่านข้ามข้อหรือข้ามบรรทัด ฯลฯ ซึ่งเป็น

อาการของผู้มีลานสายตาผิดปกติ

- จดการบ้านผิด เรียนไม่ทันเพื่อน
- เดินชน พัฒนาการช้า

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความพิการทางการเห็นตาม พรบ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550

1. คนพิการทางการเห็น ครอบคลุมทั้งคนตาเห็นเลือนรางและคนตาบอด ได้แก่
 - คนที่มีสายตาข้างที่ตีกว่าเมื่อได้รับการตรวจแก้ไขด้วยแว่นตาแล้วมองเห็นน้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 ลงไป จนถึงมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่างหรือคนที่มีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา
2. ต้องสิ้นสุดการรักษาพยาบาลตามปกติ และได้รับการตรวจแก้ไขด้วยแว่นตา (Refraction) แล้ว แต่ความผิดปกติหรือความบกพร่องดังกล่าวยังคงมีอยู่ คนพิการตามกฎหมายประเภทนี้จึงหมายถึงคนที่มีความผิดปกติทางการเห็นภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้
 - เมื่อการอักเสบได้รับการรักษาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน
 - หลังการผ่าตัดเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน
 - ในรายที่มีความผิดปกติของ Extraocular muscle, Traumatic cataract, Traumatic vitreous haemorrhage ให้ลงความเห็นหลังได้รับอันตรายต่อตาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 12 เดือน
3. คนพิการทางการเห็นตามกฎหมาย ไม่ครอบคลุมบุคคลต่อไปนี้
 - มีตาพิการหรือตาบอดเพียง 1 ข้าง
 - มีตาบอดสี
 - มีตาเข ตาเหล่
4. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสามารถให้การวินิจฉัยภาวะความพิการทางการเห็นโดยการตรวจวัดสายตา (Visual acuity: VA) หรือ ลานสายตา (Visual field: VF)

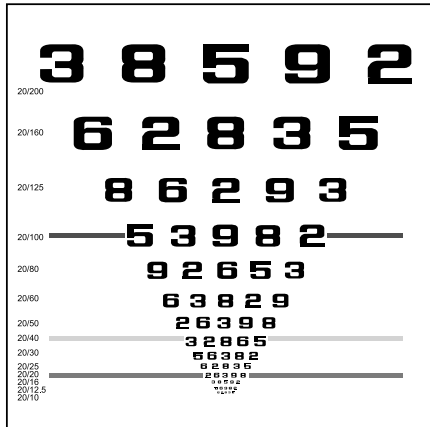
พิจารณาที่สายตา	พิจารณาที่ลานสายตา	ลักษณะความพิการ
น้อยกว่า 6/18 เมตร หรือ 20/70 ฟุต แต่ยังสามารถอ่าน 3/60 เมตร หรือ 20/400 ฟุตได้	แคบกว่า 30 องศา จนถึง 10 องศา	ตาเห็นเลือนราง
น้อยกว่า 3/60 เมตร หรือ 20/400 ฟุต ไปจนถึงไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง	แคบกว่า 10 องศา จนถึง 0 องศา	ตาบอด

การตรวจวัดสายตา (Visual Acuity measurement)

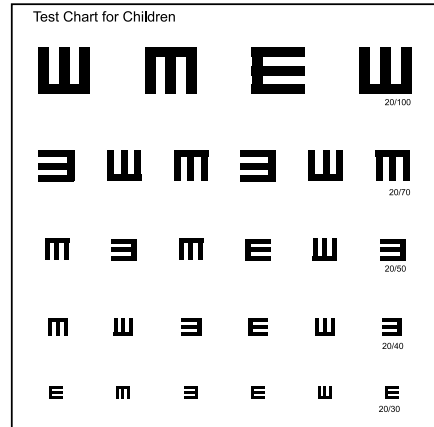
การตรวจวัดสายตาเพื่อวินิจฉัยภาวะความพิการทางการเห็น ทำโดยการวัดสายตาระยะไกล (Distance VA measurement)

อุปกรณ์ที่ใช้ในการวัดสายตา

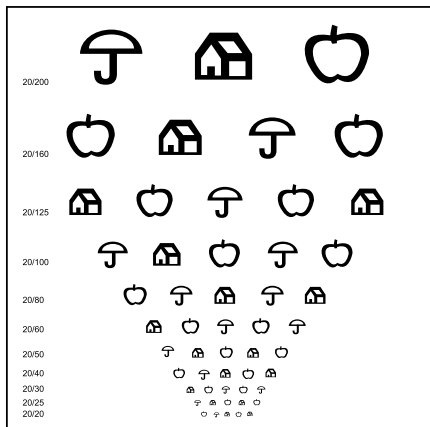
1. ไฟฉาย
2. แผ่นวัดสายตาในระยะไกลมาตรฐานชนิดต่างๆ (รูปที่ 1, 2, 3)
3. ที่ปิดตา (Occluder) (รูปที่ 4)
4. ที่ทดสอบสายตาด้วยรู (Pinhole) (รูปที่ 4)



รูปที่ 1 Snellen chart



รูปที่ 2 E chart



รูปที่ 3 Picture chart



รูปที่ 4 Occluder และ Pinhole

แนวทางการวัดสายตา

ในเด็กเล็ก (อายุแรกเกิด-2 ปี) อาจทำได้โดยการสังเกตพฤติกรรมทางการเห็น ดูว่าเด็กไม่จ้องหน้า หรือไม่มองตามแสงไฟ มีความผิดปกติของลูกตาเช่น ตาแกว่ง (Nystagmus) รูม่านตาไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง บ่งชี้ว่าเด็กอาจมีความผิดปกติ ซึ่งควรส่งต่อเพื่อรับการประเมินโดยจักษุแพทย์

เด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 2 ปี-4 ปี) สามารถประเมินการเห็นด้วยไฟฉาย โดยถือไฟฉายห่างจากหน้าเด็กประมาณ 30-50 ซม. เคลื่อนไฟฉายไปในทิศทางต่างๆ ถ้าเด็กสามารถมองตามไฟฉายไปในทิศทางต่างๆ ได้แสดงว่าการมองเห็นปกติ ถ้าเด็กไม่สามารถมองตามไฟฉาย ให้สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ ซึ่งควรส่งต่อเพื่อรับการประเมินโดยจักษุแพทย์

เด็กวัยเรียน (อายุตั้งแต่ 4 ปี) ในเด็กวัยนี้สามารถใช้แผ่นวัดสายตาในระยะเวลาไกลมาตรฐานที่เป็น E Chart หรือ Picture chart หรือใช้การนับนิ้วมือผู้ตรวจในระยะต่างๆ ถ้าเด็กนับไม่ได้ให้ชูนิ้วขึ้นตามผู้ตรวจ โดยทำซ้ำ 3-5 ครั้ง เพื่อยืนยันความถูกต้อง

เด็กโต ตรวจโดยใช้แผ่นวัดสายตาในระยะเวลาไกลมาตรฐาน (Snellen chart) หรือ E chart ในรายที่ไม่รู้หนังสือ

วิธีการวัดสายตาโดยใช้แผ่นวัดสายตาในระยะเวลาไกลมาตรฐาน

ใช้การวัดที่ระยะ 6 เมตร หรือ 20 ฟุต จากแผ่นวัดสายตาในห้องตรวจที่มีแสงสว่างพอเหมาะและปราศจากแสงสะท้อน (glare) โดยตรวจวัดตาทีละข้าง เริ่มจากข้างขวาตาม ด้วยข้างซ้าย ใช้ Occluder ปิดตาอีกข้างขณะวัด และทดสอบด้วย Pinhole อีกครั้งเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ระดับสายตาที่ดีขึ้นจากการใช้ Pinhole หมายถึงสามารถแก้ไขได้ด้วยการตรวจวัดสายตาประกอบแว่น (Refraction) โดยรายงานผลทั้งสองอย่างดังนี้

- 6/60 หรือ 20/200 และ หลังทดสอบด้วย Pinhole 6/36 หรือ 20/100 ในแต่ละข้างตามลำดับ
- ในกรณีที่ระยะดังกล่าว ไม่เห็นแม้แต่บรรทัดบนหลังการใช้ Pinhole แล้ว (VA < 6/60 หรือ 20/200) ให้วัดในระยะ 3 เมตร หรือ 10 ฟุตแทน โดยดูว่าสามารถอ่านบรรทัดบนหลังการใช้ Pinhole แล้ว

วิธีการแปลผล โดยพิจารณาจากสายตาข้างที่ดีกว่า ดังนี้

- ถ้าที่ระยะ 6 เมตร หรือ 20 ฟุต สามารถอ่านบรรทัดที่ 6/18 เมตร หรือ 20/70 ฟุตได้ หลังการใช้ Pinhole แล้ว หมายความว่า ไม่มีความพิการตามประกาศฯ
- ถ้าที่ระยะ 6 เมตร หรือ 20 ฟุต ไม่สามารถอ่านบรรทัดที่ 6/18 เมตร หรือ 20/70 ฟุตได้ หลังการใช้ Pinhole แล้ว แต่เมื่อวัดที่ระยะ 3 เมตร หรือ 10 ฟุต สามารถอ่านบรรทัดบนสุด (บรรทัดที่ 6/60 เมตร หรือ 20/200 ฟุต) หลังการใช้ Pinhole แล้วได้ หมายความว่า มีระดับสายตาดีกว่า 3/60 เมตร หรือ 20/400 ฟุต หมายความว่า มีความพิการตามประกาศฯ ลักษณะตาเห็นเลือนราง
- ถ้าวัดที่ระยะ 3 เมตร หรือ 10 ฟุต ไม่สามารถอ่านบรรทัดบนสุด (บรรทัดที่ 6/60 เมตร หรือ 20/200 ฟุต) หลังการใช้ Pinhole แล้วได้ หมายความว่า มีระดับการเห็นน้อยกว่า 3/60 เมตร หรือ 20/200 ฟุต

20/400 ฟุต หมายความว่า มีความพิการตามประกาศฯ ลักษณะตาบอด

การวัดลานสายตา (Visual Field testing)

ในรายที่การตรวจวัดลานสายตาไม่ผิดปกติ แต่มีประวัติหรืออาการที่บ่งชี้ว่าอาจมีลานสายตาผิดปกติ เช่น มักเดินชนสิ่งของ ในการอ่านหนังสือมักอ่านข้ามข้อหรือข้ามบรรทัด ซึ่งเป็นอาการแสดงของโรคต้อหิน โรคของจอตา โรคของประสาทตา หรือโรคของสมอง ให้ทำการวัดลานสายตาเพิ่มเติม

อุปกรณ์ที่ใช้ในการวัดลานสายตา

การวัดลานสายตา ทำโดยการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับวัดลานสายตา (Perimeter) ซึ่งปัจจุบันมีวิวัฒนาการทั้งชนิดควบคุมด้วยมือและชนิดที่ควบคุมด้วยคอมพิวเตอร์ ซึ่งสามารถเปลี่ยนขนาดและความสว่างของภาพที่ใช้กระตุ้น (Stimuli) สามารถตรวจซ้ำในจุดเดิม เนื่องจากทุกอย่างจะถูกบันทึกเข้าระบบคอมพิวเตอร์

อุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับวัดลานสายตา (Perimeter) ได้แก่

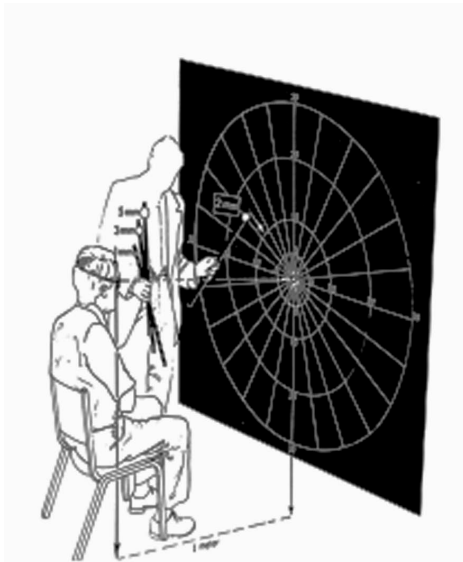
1. Tangent screen (รูปที่ 5)
2. Arch perimeter (รูปที่ 6)
3. Automated perimeter (รูปที่ 7)

ลานสายตาปกติ ประกอบด้วย

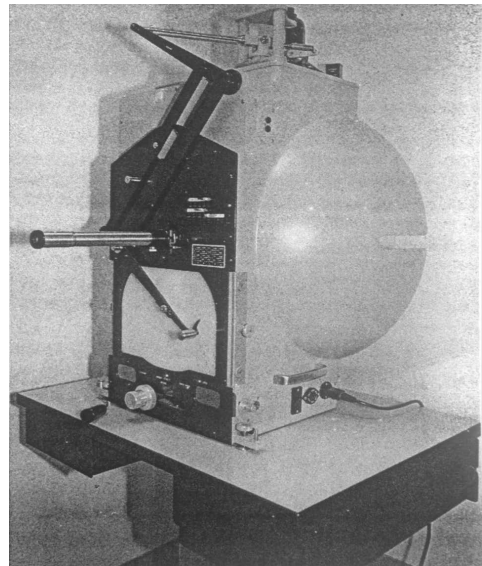
- ลานสายตาส่วนริม (Peripheral VF) โดยวัดรัศมีการเห็นจากจุดกึ่งกลางลานสายตา ซึ่งมีค่าในแต่ละแนวรัศมี (Meridian) ไม่เท่ากัน (รูปที่ 8)
- ลานสายตาส่วนกลาง (Central VF) โดยวัดรัศมีการเห็นจากจุดกึ่งกลางลานสายตา 30 องศาในทุกแนวรัศมี (Meridian) (รูปที่ 9)

วิธีการแปลผล โดยพิจารณาจากตาข้างที่ดีกว่า ดังนี้

- ถ้ามีการเสียลานสายตาส่วนริมทั้งหมด แต่ยังมีลานสายตาส่วนกลางปกติ หมายความว่า ไม่มี ความพิการตามประกาศฯ
- ถ้ามีการเสียลานสายตาส่วนกลางในรัศมี 10 ถึง 30 องศาจากจุดกึ่งกลางลานสายตา หมายความว่า มีความพิการตามประกาศฯ ลักษณะตาเห็นเลือนราง
- ถ้ามีการเสียลานสายตาส่วนกลางในรัศมี 10 องศาจากจุดกึ่งกลางลานสายตา หมายความว่า มีความพิการตามประกาศฯ ลักษณะตาบอด
- ในกรณีที่มีการเสียลานสายตาเป็นบางพื้นที่ (Scotoma) ทั้งในลานสายตาส่วนริม (Peripheral VF) และ/หรือ ลานสายตาส่วนกลาง (Central VF) หรือเสียเฉพาะลานสายตาส่วนริม อย่างเดียว ถือว่าไม่มีความพิการตามประกาศฯ



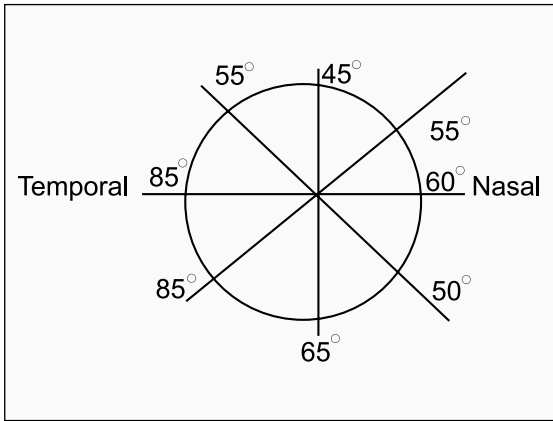
รูปที่ 5 Tangent screen



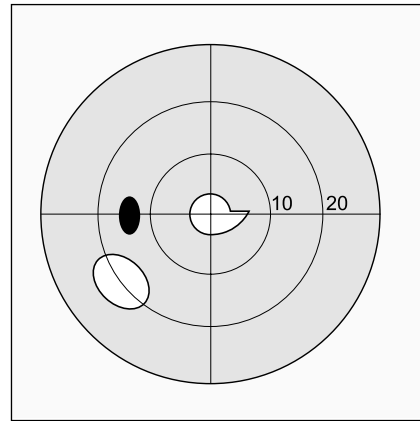
รูปที่ 6 Arch perimeter



รูปที่ 7 Automated perimeter



รูปที่ 8 Peripheral VF



รูปที่ 9 Central VF

การออกเอกสารรับรองความพิการ

ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นผู้ตรวจวินิจฉัยและออกใบรับรองความพิการทางการเห็น เพื่อประกอบการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ เพื่อให้มีสิทธิรับความช่วยเหลือในด้านต่างๆจากรัฐตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการพ.ศ.2550 โดยพิจารณาจากความบกพร่องทางการเห็นตามคำนิยามในประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ยกเว้นบุคคลที่มีสภาพความพิการที่สามารถมองเห็นได้โดยประจักษ์ ให้นายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด สามารถให้การวินิจฉัยภาวะความพิการทางการเห็นได้โดยไม่ต้องใช้เอกสารรับรองความพิการจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ถ้าตรวจพบสิ่งต่อไปนี้

1. ไม่มีลูกตาทั้งสองข้าง (รูปที่ 10)
2. มีลักษณะของตาผิดปกติชัดเจนทั้งสองข้าง เช่น
 - 2.1 ไม่มีลูกตาดำ (รูปที่ 11)
 - 2.2 ลูกตาสีขาวขุ่น (รูปที่ 12)
 - 2.3 ลูกตาฝ่อ (รูปที่ 13)

กรณีที่มีลักษณะความพิการนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ ให้ส่งคนพิการไปขอเอกสารรับรองความพิการจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

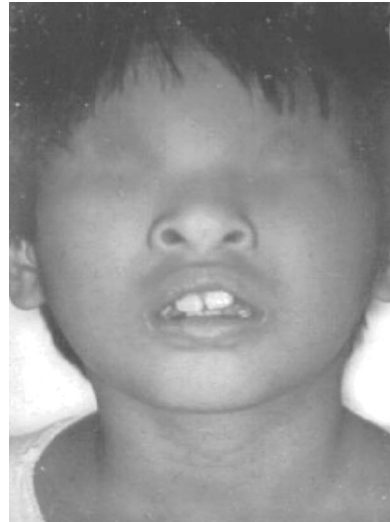
การพิจารณาเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการในความพิการทางการเห็น ไม่อนุญาตให้พิจารณาจากภาพโปสการ์ดหรือรูปถ่ายของผู้ป่วย

แนวทางการดูแลเด็กพิการทางการเห็น

- เด็กตาบอด/สายตาวัย 0-6 ปี ควรแนะนำให้ผู้ปกครองส่งเสริมพัฒนาการทุกด้าน เช่นเดียวกับเด็กปกติ หัดให้สามารถช่วยเหลือตนเอง ป้องกันอุบัติเหตุ ให้ความรัก ความอบอุ่น ให้ความสนใจ เพราะเด็กอาจมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กปกติ เพื่อเตรียมเด็กให้พร้อมสำหรับการเข้าเรียนหนังสือต่อไป



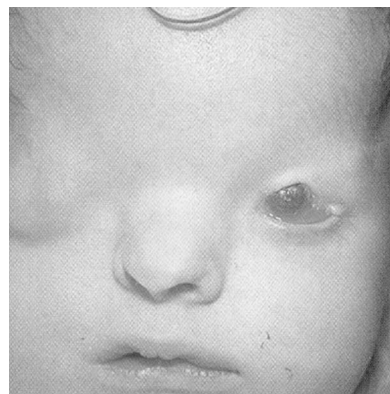
รูปที่ 10 ไม่มีลูกตา



รูปที่ 11 ไม่เห็นลูกตาดำ



รูปที่ 12 ลูกตาสีขาวขุ่น



รูปที่ 13 ลูกตาฝ่อ

- เด็กตาบอด/สายตาศักพิการวัยเรียน 7-14 ปี สามารถส่งเข้าเรียนได้ ในโรงเรียนที่มีอยู่ทุกภาค เพื่อให้เด็กพัฒนาสังคม และเตรียมพร้อมในการฝึกฝนอาชีพ

- ให้คำแนะนำเรื่องการขึ้นทะเบียนคนพิการ เพื่อให้คนพิการได้รับสิทธิต่างๆตามที่กฎหมายกำหนด และใช้ประกอบการวางแผนช่วยเหลือในอนาคต

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2556 ได้กำหนดให้คนพิการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือจากรัฐในด้านต่างๆ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งพาตัวเองได้ โดยรัฐได้จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการทางการเห็นในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

เนื่องด้วยการรักษา หรือฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของคนพิการทางการเห็น รวมทั้งการใช้เครื่องช่วยสายตาเลื่อนราง (Low vision aids) จำเป็นต้องทำโดยจักษุแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ ถ้าผู้ประเมินเป็นแพทย์ทั่วไป ควรพิจารณาส่งต่อไปรับการตรวจรักษา/ประเมินจากจักษุแพทย์ในกรณีต่อไปนี้

1. ในการตรวจประเมินเด็กเล็กหรือเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งยังไม่สามารถตรวจวัดได้ด้วยแผ่นวัดสายตามาตรฐาน ต้องใช้บุคลากรและเครื่องมือ/อุปกรณ์พิเศษในการตรวจ
2. ในกรณีที่แพทย์ผู้ประเมินมีความเห็นว่าอาจจะสามารถให้การรักษาทางการแพทย์ให้ดีขึ้นได้
3. ในกรณีที่เป็นคนพิการทางการเห็น และต้องการขอรับเครื่องช่วยสายตาเลื่อนราง (Low vision aids) โดยต้องไปดำเนินการจดทะเบียน เพื่อให้ได้บัตรประจำตัวคนพิการก่อนไปขอรับบริการ

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ สำหรับคนพิการ พ.ศ.2552 สำหรับคนพิการทางการเห็นครอบคลุมบริการ 2 เรื่องคือ

1. **การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น** หมายถึง การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการทางการเห็นให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ เพื่อให้คนพิการทางการเห็นได้ปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ โดยมีวัตถุประสงค์

- เพื่อแก้ไข และปรับสภาพความพิการทางการเห็นเพื่อให้ดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิม หรือเสริมสร้างให้ดีขึ้น

- เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอิสระ อยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป

- เพื่อให้สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ตามศักยภาพที่มีอยู่

- เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งตนเองได้
- ประกอบด้วยกิจกรรมการบริการดังนี้
- การฟื้นฟูทางการแพทย์ (Medical rehabilitation) ได้แก่การตรวจประเมินความพิการ การตรวจติดตามเป็นระยะเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียสายตามากขึ้น หรือให้การดูแลรักษาโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง
 - การกระตุ้นการเห็นในเด็กที่มีความพิการทางการเห็น (Vision stimulation) เพื่อพัฒนาการมองเห็นให้สามารถใช้ทักษะการมองเห็นในชีวิตประจำวันให้มีศักยภาพมากที่สุด รวมไปถึงการพัฒนาทางด้านร่างกายและสติปัญญา
 - การให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยสายตาเลือนราง (Low vision care) เพื่อให้ผู้พิการสามารถนำอุปกรณ์ไปใช้ตามความจำเป็น เพื่อประโยชน์ในการเรียนรู้ การดำเนินอาชีพ การช่วยเหลือดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม
 - การให้บริการปรึกษา ให้คำแนะนำ (Counseling) เพื่อให้สามารถปรับตัวรับการสูญเสียการเห็นได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ผู้ให้บริการได้แก่

- จักษุแพทย์ (Ophthalmologist)
- พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา (Ophthalmic nurse)
- นักทัศนมาตร (Optometrist)
- ผู้ให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยสายตาเลือนราง (Low vision assistance/optician)

2. การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation and Mobility)

“ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม” หมายถึง ความสามารถที่จะรู้ว่าตนเองอยู่ที่ใดในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ และ “การเคลื่อนไหว” หมายถึง ความสามารถในการที่จะเคลื่อนไหวกจากสถานที่แห่งหนึ่ง ไปยังสถานที่ต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมได้

บริการฝึกทักษะการสร้าง ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว หมายถึง การฝึกให้คนตาบอดหรือสายตาเลือนรางรู้จักใช้ประสาทสัมผัสพื้นฐาน ได้แก่ การมองเห็นที่เหลืออยู่ การสัมผัส การได้ยิน และการดมกลิ่น ช่วยให้รับรู้สภาพแวดล้อมที่ตนเองอยู่ ณ ขณะนั้น และรู้ว่าสิ่งแวดล้อมสัมพันธ์กับตนเองอย่างไร สิ่งแวดล้อมสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างไร เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและเคลื่อนไหวกไปที่ต่างๆ ได้อย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และสง่างาม เพื่อให้คนพิการทางการเห็นสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มศักยภาพ

ประกอบด้วยกิจกรรมการบริการดังนี้

- การประเมินด้านทักษะการสร้าง ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว
- การฝึกทักษะการใช้ประสาทสัมผัสพื้นฐานในการรับรู้สภาพแวดล้อม
- การฝึกทักษะการเดินทางกับคนนำทาง

- การฝึกทักษะก่อนใช้ไม้เท้าขาว
- การฝึกทักษะการเดินทางโดยใช้ไม้เท้าขาว
- การฝึกทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน งานบ้าน งานครัว

ผู้ให้บริการต้องผ่านการอบรมหลักสูตรครูผู้สอนทักษะการสร้างควมคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนไหว ซึ่งมีระยะเวลาการอบรมอย่างน้อย 200 ชั่วโมง และได้รับการขึ้นทะเบียนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือหน่วยงานอื่นที่มีอำนาจ

หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รับผิดชอบงบประมาณในการจัดบริการรักษา ส่งเสริม ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งจัดหาเครื่องช่วยสายตาเลือนราง อุปกรณ์เพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนไหวและเดินทางให้ปลอดภัย เช่น ไม้เท้าขาว
2. ศูนย์สิทธิรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ รับผิดชอบทางด้านวิชาการ จัดบริการคลินิกสายตาเลือนราง และจัดหาเครื่องช่วยสายตาเลือนราง
3. สถานบริการของรัฐที่มีการให้บริการทางด้านโรคตา

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา

เด็กพิการทางการเห็นมีสิทธิได้รับการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตั้งแต่เริ่มเข้าเรียนจนถึงปริญญาตรี พร้อมทั้งการได้รับเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา ได้รับการศึกษาที่มีมาตรฐานและประกันคุณภาพการศึกษา รวมทั้งการจัดหลักสูตรกระบวนการเรียนรู้ การทดสอบทางการศึกษาที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นพิเศษของคนพิการ สถานศึกษาทุกระดับ ในทุกสังกัด มีหน้าที่รับคนพิการเข้าศึกษาในสัดส่วนหรือจำนวนที่เหมาะสม อาจจะเป็น สถานศึกษาทั่วไป สถานศึกษาเฉพาะ การศึกษาทางเลือกหรือการศึกษานอกระบบ

หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ได้แก่

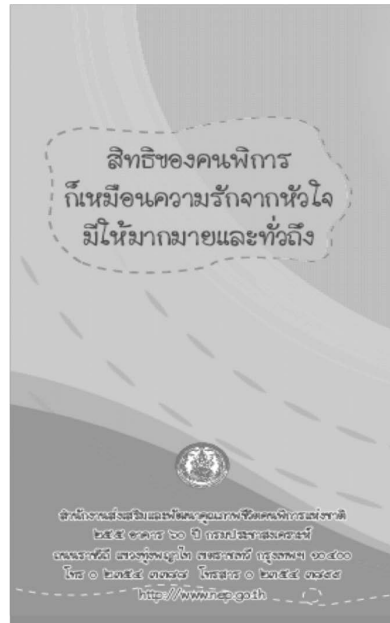
1. วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล สนับสนุนงานด้านวิชาการ หลักสูตรสำหรับผู้ดูแลคนพิการทางการเห็น หลักสูตรระดับปริญญาสำหรับคนพิการทางการเห็น
2. สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ จัดหาสื่อ และสิ่งอำนวยความสะดวกทางการศึกษาเช่น หนังสือเสียง หนังสืออักษรเบลล์ เครื่องอิเล็กทรอนิกส์ขยายข้อความแบบมือถือ รวมทั้งจัดบริการเสริมด้านต่างๆสำหรับคนพิการทางการเห็นเช่น การนำทาง การจดคำบรรยาย การแนะนำการศึกษา พี่เลี้ยงและผู้ช่วยเหลือ

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

เด็กพิการทางการเห็นมีสิทธิได้รับการบริการทางสังคมและสวัสดิการต่างๆ เช่น

- เบี้ยคนพิการคนละ 1000 บาทต่อเดือนตลอดชีพ
 - เงินสงเคราะห์คนพิการในครอบครัว
 - บริการดูแลในสถานสงเคราะห์ ในกรณีที่ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
 - คู่มือคนพิการ/คู่มือสิทธิของคนพิการ ซึ่งจะมีข้อมูลรายละเอียดของหน่วยงานต่างๆที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการจัดบริการด้านต่างๆให้คนพิการ
- หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ได้แก่ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

การติดตามประเมินผล



เด็กทุกคนควรได้รับการคัดกรองและประเมินระดับสายตาโดยบุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่แรกเกิด และตรวจติดตามเป็นระยะตามการเจริญเติบโตของเด็ก เพราะระบบการเห็นซึ่งประกอบด้วยอวัยวะสำคัญคือ ลูกตา เส้นประสาทตา และสมองส่วนที่เกี่ยวกับการเห็น ยังต้องมีการพัฒนาต่อเนื่องหลังการเกิดจนกว่าจะสมบูรณ์เมื่ออายุราว 6 ปี เพื่อที่จะสามารถให้การวินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพได้ตั้งแต่วัยเริ่มต้น ทำให้เด็กสามารถใช้การเห็นที่เหลืออยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งการตรวจและติดตามระบบการเห็นอาจทำโดยกุมารแพทย์ แพทย์ทั่วไป หรือพยาบาลที่ทำงานในแผนกเด็กแรกเกิด หรือในคลินิกเด็กสุขภาพดี (Well Baby Clinic) โดยมีแนวทางดังนี้แนวทางการตรวจสุขภาพตาเด็ก

แนวทางการตรวจสุขภาพตาเด็ก

วัยทารก (อายุ 0-1 ปี)	ตรวจสายตาโดยการถามประวัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์เห็นเมื่ออายุแรกเกิด, 1 เดือน, 2 เดือน, 4 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน และ 12 เดือน
วัยก่อนเรียน (อายุ 2-5 ปี)	ตรวจสายตาโดยการถามประวัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์เห็นเมื่ออายุ 15 เดือน, 18 เดือน และ 2 ปี ตรวจสายตาโดยการใส่แผ่นป้ายวัดระดับสายตาเมื่ออายุ 3 ปี และ 4 ปี
วัยเรียน (อายุ 6-12 ปี)	ตรวจสายตาโดยการใส่แผ่นป้ายวัดระดับสายตาเมื่ออายุ 6 ปี และตรวจซ้ำทุก 2 ปี แต่ถ้ามีปัญหาสายตาผิดปกติ (Refractive error) ควรตรวจซ้ำทุกปี
วัยรุ่น (อายุ 13-20 ปี)	ตรวจสายตาโดยการใส่แผ่นป้ายวัดระดับสายตาทุก 3 ปี

พฤติกรรมการณ์เห็นที่ปกติ

อายุช่วงเดือนแรก	มองตามไฟ มองจ้องหน้าแม่
อายุ 2-4 เดือน	สนใจวัตถุสีสดใส และเคลื่อนไหว อ่านริมฝีปากแม่ได้
อายุ 3-6 เดือน	จ้องมือของตัวเอง เอื้อมมือหยิบของได้ กวาดตาจากข้างหนึ่งไปอีกข้างหนึ่ง
อายุ 7-10 เดือน	หยิบของขึ้นมาได้โดยใช้สองนิ้วหยิบ สนใจในรูปภาพ
อายุ 11-12 เดือน	สามารถจำผู้คนได้ จำภาพต่างๆได้ เล่นซ่อนหาได้

แนวทางการส่งต่อจักษุแพทย์

อายุ	วิธีการตรวจ	ความผิดปกติที่อาจตรวจพบ และต้องส่งต่อ
0-1 เดือน	ดูพฤติกรรมการณ์เห็น Penlight examination	ไม่พัฒนาตามอายุ ตรวจพบความผิดปกติของลูกตาเช่น กระจกตาเป็นฝ้า หรือตาแฉ่ง
6 เดือน	ดูพฤติกรรมการณ์เห็น Fixation to light Corneal light reflex	ไม่พัฒนาตามอายุ เด็กไม่ยอมให้ปิดตาข้างที่มองไฟฉาย อยู่ แสดงว่าตาอีกข้างมองไม่เห็นแสงสะท้อนของไฟฉายไม่ตกกลางตาดำ
3-5 ปี	ตรวจวัดสายตาด้วยแผ่นป้ายวัดสายตา	ระดับสายตาเท่ากับหรือน้อยกว่า 20/40
มากกว่า 5 ปี	ตรวจวัดสายตาด้วยแผ่นป้ายวัดสายตา	ระดับสายตาเท่ากับหรือน้อยกว่า 20/30

องค์กรที่เกี่ยวข้อง

- ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2591-5455 โทรสาร 0-2591-4242
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
255 อาคาร 60 ปี กรมประชาสงเคราะห์ บ้านราชวิถี
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0-2354-3388 ต่อ 128-130 โทรสาร 0-2354-3899 ในเวลาราชการ
- ศูนย์ประชาบดี โทรศัพท์ 1300 ตลอด 24 ชั่วโมง
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โทรศัพท์ 1330 ตลอด 24 ชั่วโมง
- สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
กระทรวงศึกษาธิการ เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300
โทรศัพท์ 0-2280-4966 โทรสาร 0-2280-7045
- สมาคมคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย
โทรศัพท์ 0-2354-4260-1 โทรสาร 0-2354-4260-1
- สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย
โทรศัพท์ 0-2246-3835 โทรสาร 0-2245-9846

ความพิการประเภทที่ 2
ความพิการทางการได้ยิน
หรือการสื่อความหมาย

	หน้า
• คำนิยาม	35
• การค้นหากลุ่มเสี่ยง	35
• Flow chart for early detection hearing loss in children	37
• การวินิจฉัย	38
• การออกเอกสารรับรองความพิการ	39
• หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องทางการได้ยิน	40
• แนวทางการให้ early intensive intervention และประเมินผล	40
• การให้ความช่วยเหลือด้าน Bio-psycho-social care ทางกายภาพ/โรงเรียน	40
• การติดตามประเมินผล	45
• แนวทางการให้คำแนะนำเบื้องต้น	46
• รายชื่อโรงพยาบาลที่มีนักแก้ไขการพูด	47
• องค์กรที่เกี่ยวข้อง	48
• รายชื่อสถานพยาบาลที่บริการเครื่องช่วยฟังและนักแก้ไขการพูด รวมถึงสถานบริการฝึกอาชีพ และจัดหางานให้ผู้พิการทางการได้ยิน	49

บทที่ 3

ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย

คำนิยาม

หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการในหนังสือราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนพิเศษ 771 วันที่ 29 พฤษภาคม 2552

1. หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีข้อบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทาง การได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500, 1,000 และ 2,000 เฮิรตซ์(*) ในหูข้างที่ได้ยิน ดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป

2. หูตึง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีข้อบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทาง การได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500, 1,000 และ 2,000 เฮิรตซ์(*) ในหูข้างที่ได้ยิน ดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง น้อยกว่า 90 เดซิเบลลงมาจนถึง 40 เดซิเบล

*หลักเกณฑ์ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

การค้นหากลุ่มเสี่ยง (high risk)

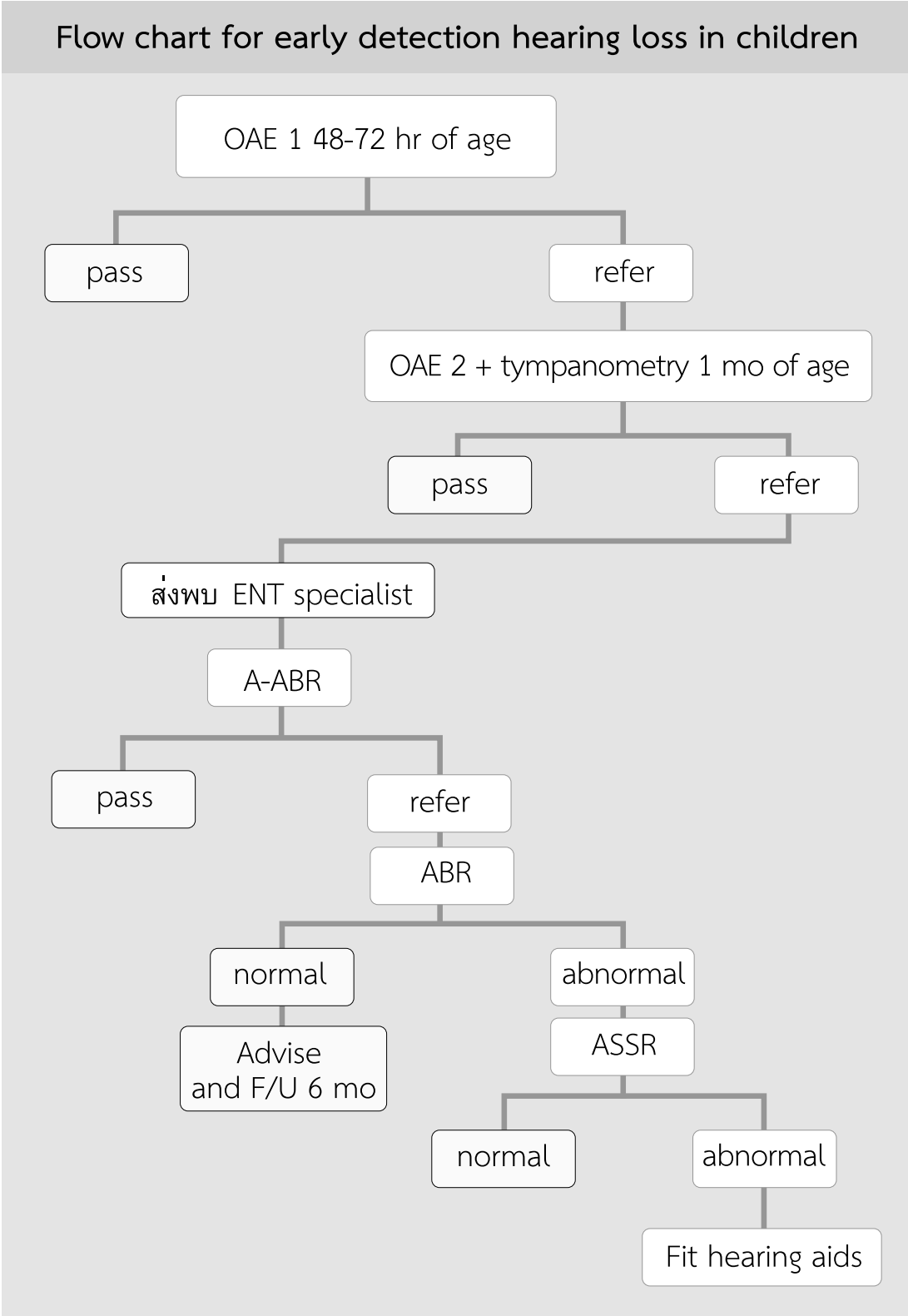
มีวิธีการค้นหากลุ่มเสี่ยงโดย

1. การประเมินด้วยการซักถามและการใช้เทคนิคอย่างง่ายที่กุมารแพทย์ทั่วไปสามารถทำได้ ระหว่างอายุ 4 เดือน-6 เดือน ตามกำหนดการดูแลสุขภาพเด็กไทย โดยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย พศ.2556 ควรซักถามผู้ปกครองเด็กเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงที่เด็กอาจเกิดหูตึง หรือมีปัญหาหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง ได้แก่ ซักประวัติครอบครัว การตั้งครรภ์ การคลอด การเจ็บป่วย การติดเชื้อ การได้รับยาและพัฒนาการด้านการได้ยินและการพูด เช่น เมื่อเด็กอายุ 6 เดือน เด็กควรเริ่มมีการตอบสนองต่อเสียง โดยการหันหน้าหันก้านก้มของเสียง หรือเด็กควรเริ่มพูดคำแรกได้ตั้งแต่อายุไม่เกิน 1 ปี 6 เดือน เป็นต้น นอกจากนี้ควรซักประวัติการเรียนรู้ การถามซ้ำ และกุมารแพทย์ควรประเมินพัฒนาการด้านการพูดและภาษาโดยใช้ Early Language Milestone scale (ELM) หรือ Denver Developmental Screening Test (DDST)

2. การคัดกรองการได้ยิน มีการตรวจ 4 ช่วงคือ ช่วงแรกเกิด มีวัตถุประสงค์เพื่อ ค้นหา congenital hearing loss เนื่องจากทารกพบภาวะ สูญเสียการได้ยิน 1-2: 1,000 คน ในทารกเกิดมีชีพ ช่วงก่อนวัยเรียน (9 เดือน-3 ปี) ช่วงอายุ 3-5 ปี และช่วงอายุมากกว่า 5 ปี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหา การสูญเสียการได้ยินที่เกิดขึ้นภายหลัง (Late Congenital hearing loss) หรือการสูญเสียการนำเสียง จากหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง

กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการได้ยินบกพร่อง (Joint Committee on Infant Hearing 2007)

- ลักษณะต่อไปนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการได้ยินบกพร่อง
1. ผู้ดูแลเด็กสงสัยว่ามีปัญหาการได้ยิน มีการพัฒนาการด้านการพูด ภาษาและพัฒนาการช้า
 2. ครอบครัวมีประวัติหูพิการในวัยเด็ก
 3. เด็กต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (NICU) มากกว่า 5 วัน หรือมีการใช้ ECMO (Extracorporeal membrane oxygenation) หรือ มีการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilation machine) หรือได้รับ ototoxic medications (gentamycin, tobramycin) หรือ loop diuretics (furosemide) และตัวเหลืองแรกเกิดมากจนต้องได้รับการถ่ายเลือด
 4. มารดามีการติดเชื้อระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งผลให้ทารกมีการติดเชื้อตั้งแต่แรกเกิด ได้แก่ cytomegalovirus, herpes, rubella, syphilis และ toxoplasmosis
 5. มีความผิดปกติของหน้าและกระโหลก (craniofacial anomalies) รวมทั้งมีความผิดปกติที่ ใบหู รูหู ดั้งเนื้อหน้าหู (preauricular skin tag), ear pit และความผิดปกติของ temporal bone
 6. ตรวจร่างกายพบลักษณะของกลุ่มอาการที่มีภาวะสูญเสียการได้ยินชนิดประสาทหูพิการและการนำเสียงเสียถาวร เช่น white forelock
 7. เด็กที่เป็นโรคกลุ่มอาการที่อาจมีการสูญเสียการได้ยินหรือค่อยๆมีการสูญเสียการได้ยินภายหลัง (progressive หรือ late onset hearing loss) รวมด้วย ได้แก่ neurofibromatosis, osteopetrosis และ Usher syndrome หรือกลุ่มอาการที่พบการสูญเสียการได้ยินได้บ่อย เช่น Waardenberg, Alport, Pendred และ Jervell and Lange-Nielson syndrome
 8. Neurodegenerative disorders เช่น Hunter syndrome หรือ sensory motor neuropathies เช่น Friedreich ataxia และ Charcot-Marie-tooth syndrome
 9. เด็กที่มีการติดเชื้อหลังคลอดที่ตรวจได้เชื้อที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียการได้ยินชนิดประสาทหู พิการ ได้แก่ เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย (bacterial meningitis) และไวรัส เช่น herpes virus และ varicella
 10. มีการกระทบกระเทือนที่ศีรษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง skull/temporal bone fracture ที่ต้อง ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล



บทที่ 3

11. ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การวินิจฉัย

การวินิจฉัย congenital hearing loss ตั้งแต่แรกเกิด-6 เดือน เป็นการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด (newborn hearing screening) ตามเป้าหมายควรเป็น universal hearing screening ซึ่งควรครอบคลุมประชากร 95 % เช่น

1. การวัดการสะท้อนกลับของเสียงที่เกิดขึ้นในหูชั้นใน (Otoacoustic Emissions, OAE) เป็นการตรวจการทำงานของ outer hair cell ใน cochlea แต่ต้องตรวจขณะเด็กหลับ และตรวจในสถานที่เงียบ (ควรมีห้องตรวจโดยเฉพาะ)

การรายงานผลตรวจ

OAE: pass หมายความว่า cochlea ทำงานปกติ

refer หมายความว่า ไม่สามารถวัด OAE ได้เนื่องจากความผิดปกติของหูชั้นนอก, หูชั้นกลางหรือหูชั้นใน ส่วน cochlea ได้แก่ ขี้หูอุดตัน รูหูแคบ มีของเหลวในหูชั้นกลาง หรือหูตึงเป็นต้น หรืออาจมีเสียงรบกวนมากเกินไป ดังนั้นการตรวจ OAE จึงสามารถ refer ได้ร้อยละ 3-20 อย่างไรก็ตามการตรวจคัดกรองด้วย OAE ยังเป็นการตรวจที่ได้รับความนิยมมากที่สุด เนื่องจากตรวจง่ายและใช้เวลาในการตรวจน้อย (ประมาณ 3-5 นาที) แต่ต้องคำนึงว่าอาจให้ผลผ่านเทียมในกรณีที่มีพยาธิสภาพที่เส้นประสาทหูแต่ cochlea ปกติ

2. Automated auditory brainstem response audiometry (A-ABR) เป็นการวัด neural activity จาก auditory pathways (cochlea, auditory nerve และ brainstem) ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นด้วยเสียงที่ความดัง 35 dBHL โดยใช้ surface electrodes เครื่องจะประมวลผลอัตโนมัติ โดยเทียบกับค่ามาตรฐานและรายงานผลเป็น pass/refer ผล pass หมายความว่าเส้นประสาทหูปกติ ซึ่งการได้ยินควรปกติ ผล refer หมายความว่าเส้นประสาทหูทำงานไม่ปกติ

การตรวจ A-ABR ต้องตรวจในขณะที่เด็กหลับสนิท ตรวจในที่เงียบ และต้องเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะติด electrodes ซึ่งยุ่งยากกว่าการตรวจ OAE ซึ่งตรวจโดยใส่ probe ในหูเท่านั้น อีกทั้งใช้เวลาในการตรวจนานกว่า (10-20 นาที) จึงทำให้ได้รับความนิยมใช้ตรวจคัดกรองน้อยกว่า OAE แต่อย่างไรก็ตาม ผลการตรวจ A-ABR มีความแม่นยำกว่า และสามารถใช้ได้ในกรณีที่มีพยาธิสภาพที่เส้นประสาทหู จึงแนะนำให้ใช้ตรวจในทารกกลุ่มเสี่ยง

การเลือกใช้ OAE หรือ A-ABR ในการตรวจคัดกรองขึ้นกับแต่ละสถาบัน โดยตรวจคัดกรองครั้งแรกในเด็กอายุมากกว่า 48 ชั่วโมง เพื่อลดความผิดพลาดของการตรวจเนื่องจากมี vernix caseosa ในช่องหู ถ้าตรวจคัดกรองไม่ผ่านครั้งแรก ต้องมีการตรวจคัดกรองซ้ำก่อนทารกกลับบ้าน ถ้าผลไม่ผ่านต้องตรวจคัดกรองการได้ยินซ้ำ โดยอาจเปลี่ยนวิธีการตรวจจาก OAE เป็น A-ABR ก็ได้ ในกรณีที่ตรวจคัดกรองด้วย A-ABR ไม่ผ่าน จะไม่มีการกลับมาตรวจด้วย OAE เนื่องจากเด็กที่ A-ABR ไม่ผ่าน อาจมี

ความผิดปกติที่ประสาทหู เมื่อผลตรวจคัดกรองไม่ผ่าน เด็กควรได้รับการวินิจฉัยภายใน 3 เดือน โดย auditory brainstem response (ABR) และ/หรือ auditory steady state response (ASSR) และได้รับการรักษาก่อนอายุ 6 เดือน

3. การวินิจฉัยการสูญเสียการได้ยินที่เกิดขึ้นภายหลัง ในช่วงอายุตั้งแต่ก่อนวัยเรียน

การตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน ต้องใช้เครื่องมือตรวจเช่นเดียวกับการตรวจคัดกรองในทารกแรกเกิด (OAE และ A-ABR) แต่เด็กจะหลับยากกว่า จึงอาจใช้เวลาตรวจนาน เมื่อเด็กอายุ 6 เดือนถึง 3 ปี สามารถตรวจคัดกรองโดยใช้ behavioral testing ได้แก่ visual reinforcement audiometry (VRA) โดยใช้เกณฑ์ผ่านที่ระดับความดัง 30 dBHL ที่ความถี่ 500 1,000 2,000 และ 4,000 Hz. ไม่แนะนำให้ใช้เครื่องมือที่เป็น noncalibrated signals เช่น rattles กล้องดนตรี หรือเสียงที่ไม่มี frequency specific เช่น เสียงพูด เสียงดนตรี เป็นต้น

เมื่อเด็กอายุ 3-5 ปี และให้ความร่วมมือในการตรวจ สามารถใช้ conditioned play audiometry เพื่อตรวจคัดกรอง โดยใช้เกณฑ์ผ่านที่ระดับความดัง 20 dBHL ความถี่ 500 1,000 2,000 และ 4,000 Hz. แต่เด็กวัยนี้มีความสนใจสั้นมาก จึงต้องตรวจอย่างรวดเร็วและผู้ตรวจต้องมีความชำนาญในการตรวจ ถ้าเด็กไม่ให้ความร่วมมือ อาจใช้การตรวจร่างกาย(ตรวจหู)ร่วมกับการตรวจ OAE และ Tympanometry (ตรวจหูชั้นกลาง)

เด็กที่อายุมากกว่า 5 ปีใช้ pure tone audiometry ตรวจโดยใช้เกณฑ์ผ่านที่ระดับความดัง 20 dBHL ที่ความถี่ 500 1,000 2,000 และ 4,000 Hz. ไม่ควรใช้ OAE ในการตรวจคัดกรองเด็กในช่วงอายุนี้

ในกรณีที่เด็กคลอดก่อนกำหนดหรือพัฒนาการช้า การเลือกวิธีตรวจขึ้นกับอายุพัฒนาการ เมื่อเด็กตรวจคัดกรองไม่ผ่าน ควรตรวจร่างกาย ตรวจหู และการได้ยินภายใน 1 เดือน หลังจากการตรวจคัดกรองการได้ยิน (ไม่ควรเกิน 3 เดือน) เพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาต่อไป

การออกเอกสารรับรองความพิการ

การออกเอกสารรับรองความพิการทางการได้ยิน ทำโดยโสต ศอ นาสิกแพทย์ ตามคำนิยามตามประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สามารถออกใบรับรองความพิการในกรณีที่เห็นความพิการเชิงประจักษ์ คือ การไม่มีรูหู ทั้งสองข้าง สามารถออกเอกสารได้โดยไม่ต้องผ่าน โสต ศอ นาสิก แพทย์ หรือพบความผิดปกติหรือความบกพร่องทางการได้ยิน ครอบคลุม 2 ลักษณะ ดังนี้

1. หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีความบกพร่องในการได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยินโดยใช้ความถี่ที่ 500 1,000, 2,000 (4,000*) เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป (81 เดซิเบล *)

2. หูตึง หมายถึง การที่บุคคลมีความบกพร่องในการได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 1,000, 2,000 (4,000*) เฮิรตซ์ หูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 40 เดซิเบล (41 เดซิเบล*) จนถึงน้อยกว่า 90 เดซิเบล (80 เดซิเบล*)

(*) ตามคำนิยามของ WHO

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องทางการได้ยิน

คนพิการทางการได้ยิน ได้แก่ คนที่ได้ยินเสียงความถี่ 500 1,000, 2,000 และ 4,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ดีกว่าที่มีความดังเฉลี่ย ตั้งแต่ 41 เดซิเบลขึ้นไปจนไม่ได้ยินเสียง (ตามคำนิยามของ WHO) ความผิดปกติหรือความพิการประเภทนี้ ครอบคลุม 2 ลักษณะ คือ หูหนวก หรือหูตึง โดยมีหัวข้อพิจารณา จากการได้ยินเสียง และการเข้าใจภาษาพูด

คนพิการทางการได้ยิน ตามกฎหมาย ไม่ครอบคลุมบุคคลต่อไปนี้

1. หูตึง 1 ข้าง
2. หูหนวก 1 ข้าง
3. การสูญเสียการได้ยินที่อยู่ระหว่างการรักษา หรือยังไม่สิ้นสุดการรักษา

แนวทางการให้ early intensive intervention และประเมินผล แบ่งตามช่วงอายุ

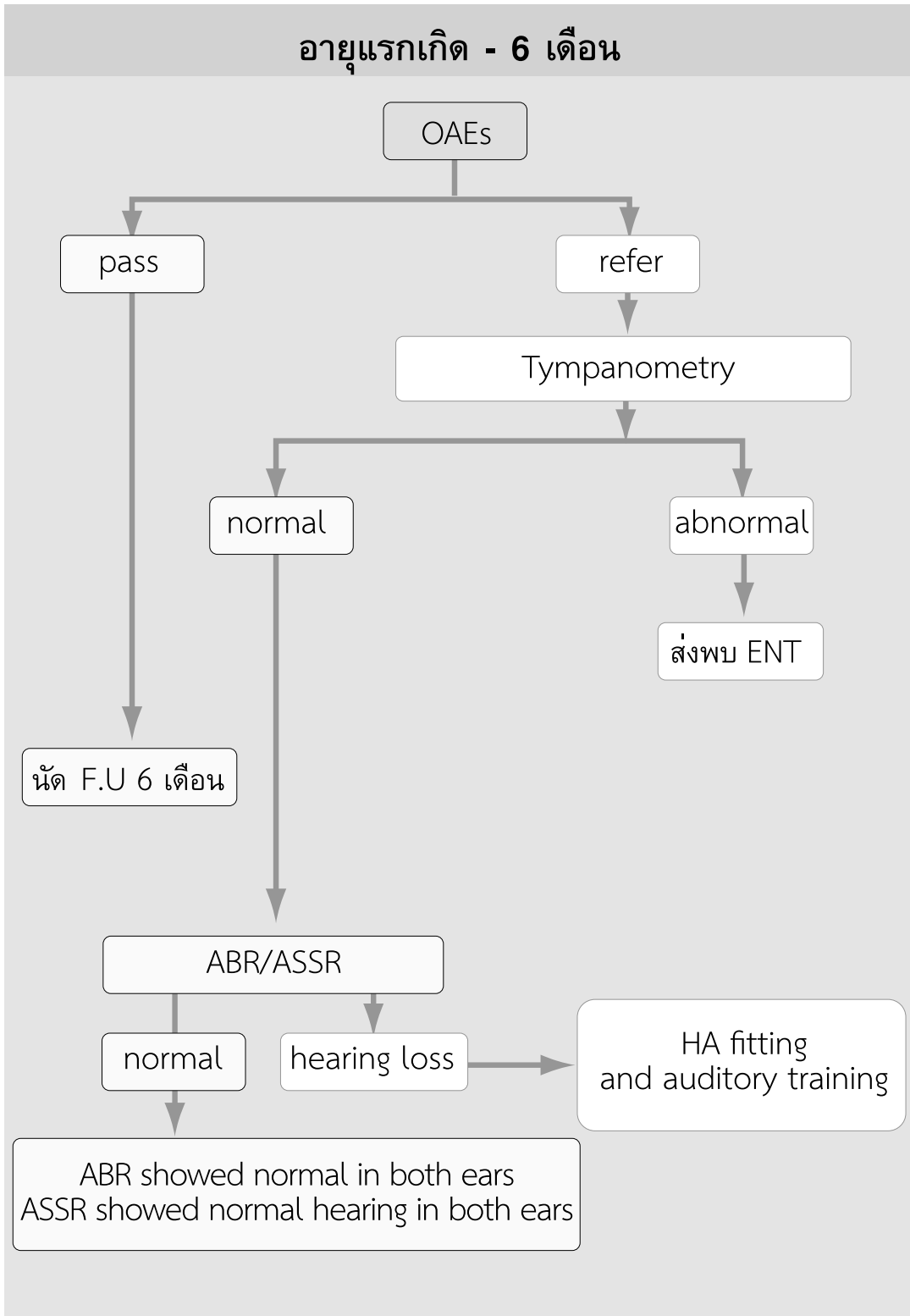
รายละเอียดตามflow chart แบ่งไปตามช่วงอายุ อายุแรกเกิด-6 เดือน//อายุ 6 เดือน-3 ปี และอายุมากกว่า 3 ปี

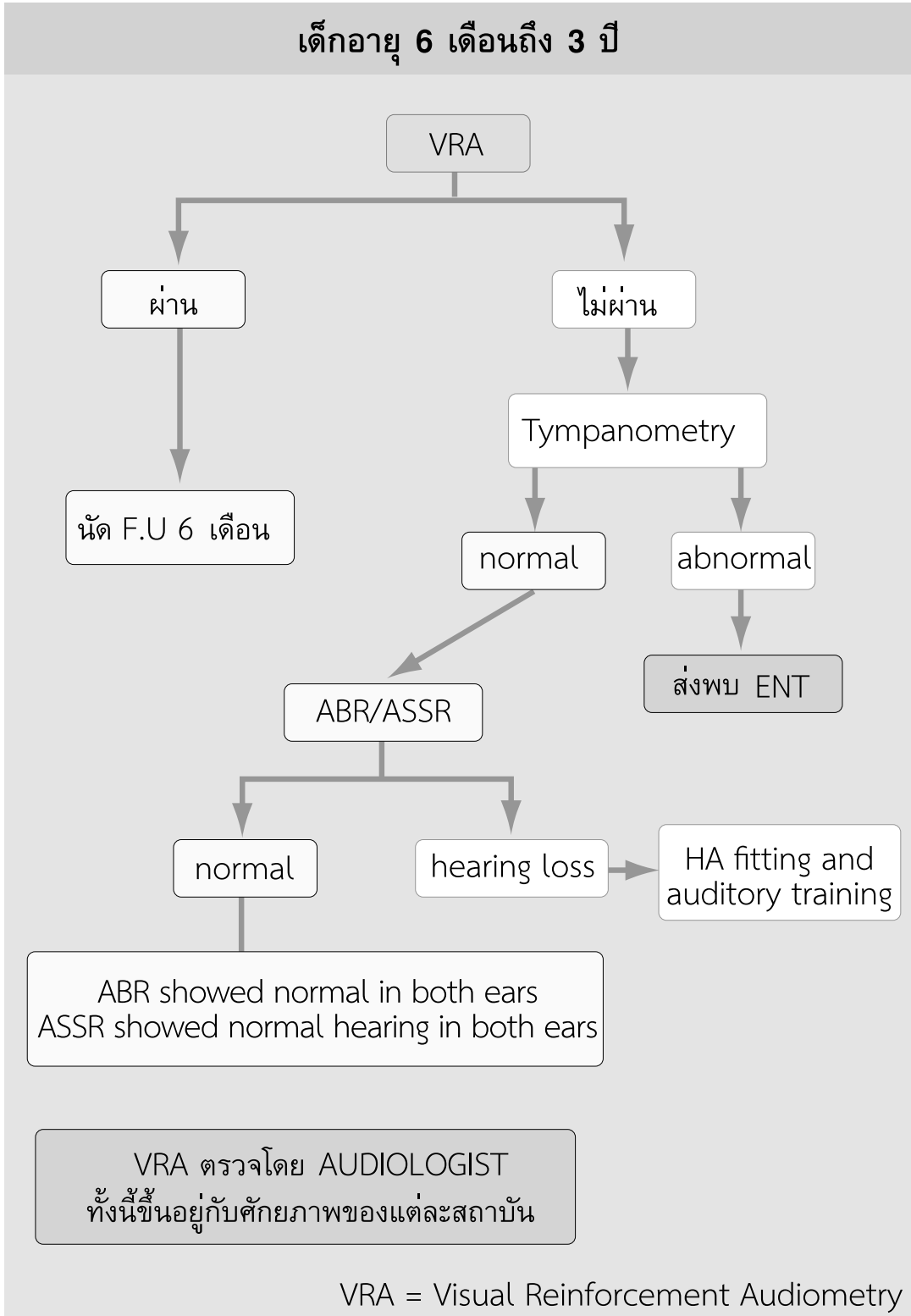
- ในเด็กแนะนำให้ใส่ เครื่องช่วยฟัง 2 ข้าง ถ้ามีการได้ยินบกพร่องทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกัน Auditory deprivation ซึ่งต่างจากในผู้ใหญ่ที่สามารถใส่ 1 ข้างได้

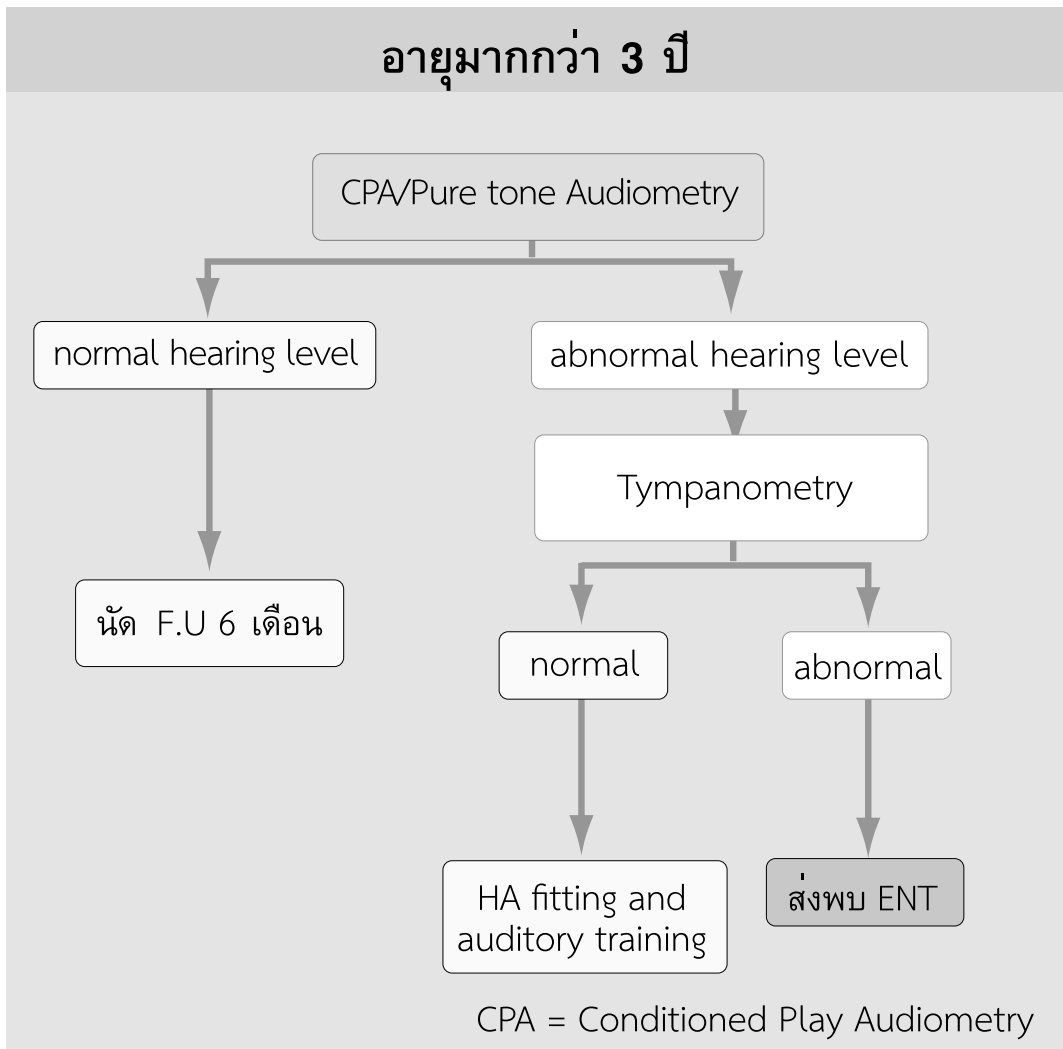
หมายเหตุ: เครื่อง BC HA (bone conduction hearing aids) เบิกได้ 1 ข้าง เท่านั้น

การให้ความช่วยเหลือด้าน Bio-psycho-social care ทางกายภาพ/โรงเรียน

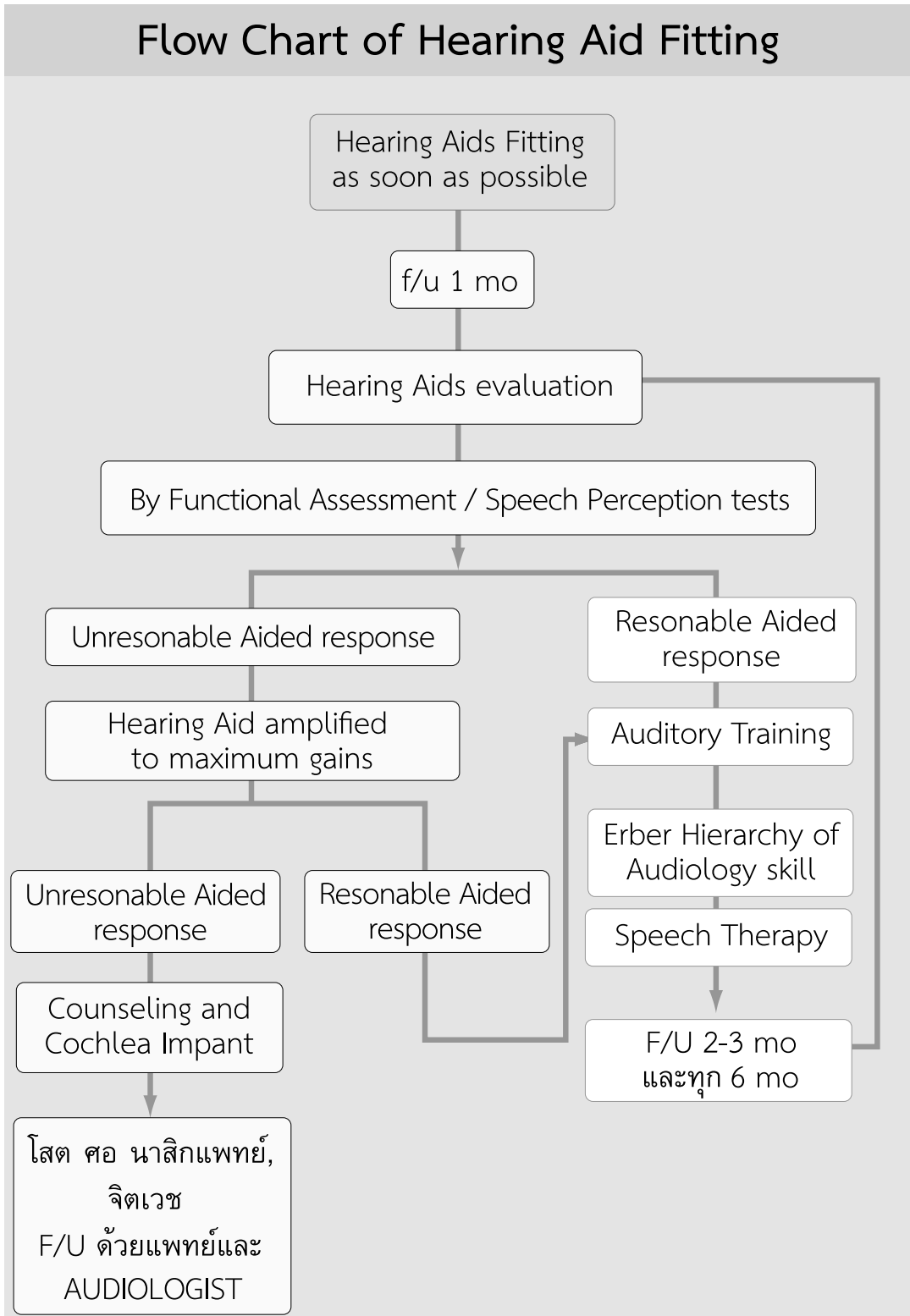
1. หลังขึ้นทะเบียนคนพิการแล้ว เด็กอายุน้อยกว่า 15 ปีสามารถขอเบิกเครื่องช่วยฟังได้ทั้ง 2 ข้าง โดยสามารถเบิกเครื่องใหม่ได้ทุก 3 ปีถ้าเครื่องช่วยฟังเสียงจนไม่สามารถซ่อมได้
2. กรณีเด็กไม่มีรูหูหรือรูหูตีบมีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดใส่เครื่องช่วยฟังชนิดฝังในกระดูก (Bone anchored hearing aid) คือ ต้อง มีอายุตั้งแต่ 5 ขวบขึ้นไป หรือไม่มีรูหูหรือรูหูตีบทั้งสองข้างตั้งแต่กำเนิดหรือหูชั้นนอกมีการอักเสบเรื้อรัง จนใส่เครื่องช่วยฟังแบบปกติไม่ได้ทั้ง 2 ข้าง
3. ในกรณีที่มีการได้ยินชนิดการนำเสียงบกพร่อง (conductive hearing loss) หรือสูญเสียการได้ยินชนิดผสม (mixed hearing loss) ทั้งสองข้าง และมีระดับการได้ยินผ่านกระดูก (bone conduction) ในทุกความถี่ต้องไม่มากกว่า 45 เดซิเบล ร่วมกับการมีคะแนนค่าพูด (SD Score) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ผู้มีสิทธิอยู่ในระบบสวัสดิการข้าราชการ สามารถเบิกจ่ายเครื่องช่วยฟังชนิดฝังในกระดูกได้ 1 ชุด ไม่เกิน 200,000 บาท ในขณะที่สิทธิอื่นยังไม่สามารถเบิกเครื่องช่วยฟังนี้ได้
4. กรณีเด็กหูหนวกทั้ง 2 ข้าง มีข้อบ่งชี้ของการฝังประสาทหูเทียม (Cochlear implant) ดังนี้
 - 4.1 มีประสาทหูเสื่อม 2 ข้าง โดยสูญเสียการได้ยินมากกว่า 80 เดซิเบลขึ้นไป และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพการฟังและการพูดมาก่อนอย่างน้อย 6 เดือน และได้ผลน้อยจากการใช้เครื่องช่วยฟัง หรือกรณี เด็กหูหนวกจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบเฉียบพลัน







Flow Chart of Hearing Aid Fitting



บทที่ 3

4.2 สุขภาพดี ไม่มีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัด

4.3 สุขภาพจิตดี และสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือต่ำกว่าปกติเล็กน้อย ในเด็กใช้การประเมิน พัฒนาการร่วมด้วย

4.4 ต้องสามารถเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยินหลังการผ่าตัดและติดตามผลเป็นระยะได้

4.5 ผู้ปกครองให้การสนับสนุน

5. ผู้ที่มีสิทธิอยู่ในระบบสวัสดิการข้าราชการ สามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายค่าเครื่องประสาทหูเทียม 1 ข้าง ไม่เกิน 850,000 บาท ทั้งนี้ไม่รวมค่าผ่าตัดและค่าบริการฟื้นฟูการได้ยิน ในขณะที่ผู้ใช้ สิทธิประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังไม่ได้รับสิทธิการเบิกค่าเครื่องประสาทหูเทียม

6. เด็กพิการทางหูที่ประสบความสำเร็จในการฟังและพูด จะได้รับคำแนะนำให้ผู้ปกครองพาเด็กไปเข้าโรงเรียนที่สามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติ เช่น โรงเรียนพญาไท โรงเรียนราชวินิต โรงเรียนพิบูลประชาสรรค์ โรงเรียนพระตำหนักสวนกุหลาบ เป็นต้น แต่ถ้าเด็กไม่สามารถฟัง และพูดได้หลังจากได้รับการฟื้นฟูทางด้านการได้ยินและสื่อความหมายแล้ว สามารถส่งเรียนที่ โรงเรียนสำหรับผู้พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายโดยเฉพาะ (เรียนภาษามือ) เช่น โรงเรียน เศรษฐเสถียร โรงเรียนโสตศึกษาทุ่งมหาเมฆ และตามจังหวัดต่างๆ เช่น โรงเรียนศึกษาพิเศษ นครปฐม โรงเรียนศึกษาพิเศษนครราชสีมา โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดขอนแก่น โรงเรียนศึกษา พิเศษระยอง เป็นต้น

7. ตัวอย่างสถานพยาบาลที่ให้บริการเครื่องช่วยฟังสำหรับผู้พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จังหวัดอื่น ได้แก่ โรงพยาบาลจังหวัดต่างๆ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เช่น โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

การติดตามประเมินผล

เมื่อได้รับเครื่องช่วยฟังไปแล้ว ให้มีการติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟังในชีวิตประจำวัน ตั้งแต่ 1-4 สัปดาห์แรก เพื่อดูการตอบสนองของเด็ก ฟังฟังและฝึกพูดให้เหมาะสมในแต่ละช่วงอายุ โดยนักแก้ไข การพูดหรือครูการศึกษาพิเศษอย่างน้อยทุกๆเดือน (ความถี่ของการฝึกฟัง ฝึกพูด ขึ้นอยู่กับแต่ละรพ.และความพร้อมของผู้ปกครอง) ถ้าเด็กเริ่มมีภาษา สามารถนัดติดตามผลเป็น ระยะทุก 3 หรือ 6 เดือน หรือเมื่อเครื่องช่วยฟังมีปัญหา

กรณีเด็กที่ได้รับการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ นัดมาดูแผลและเปิดเครื่อง ประสาทหูเทียมให้เด็กได้เริ่มฝึกฟังเสียง และปรับเครื่องทุกสัปดาห์จนกระทั่งครบ 1 เดือน หลังจากนั้นห่างออกเรื่อยๆ ทุก 2 สัปดาห์เป็นทุก 1 เดือน ห่างออกเป็นทุก 3 เดือน ทุก 6 เดือน ระหว่างนี้ ควรมาฝึกฟังและพูดทุกสัปดาห์ (ความถี่ของการมาฝึกฟังพูดขึ้นอยู่กับแต่ละรพ.และความ พร้อมของผู้ปกครอง)

แนวทางการให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ครอบครัวเด็กที่มีปัญหาการได้ยิน

เมื่อเด็กได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาการได้ยิน กุมารแพทย์ควรให้คำแนะนำครอบครัวเด็กเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองเด็กและการศึกษาของเด็ก

• ผู้ปกครอง

ในกรณีที่เด็กมีปัญหาประสาทหูพิการ ผู้ปกครองต้องหาอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังที่เหมาะสมกับระดับการได้ยินให้เด็ก โดยไปพบโสต ศอ นาสิกแพทย์ เพื่อออกเอกสารรับรองความพิการ จัดทะเบียนผู้พิการเพื่อได้รับสิทธิเบิกเครื่องช่วยฟังจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือแล้วแต่สิทธิบัตร เช่นข้าราชการ นำเด็กไปใส่เครื่องช่วยฟังให้เร็วที่สุด ผู้ปกครองต้องดูแลให้เด็กใส่เครื่องช่วยฟังอย่างสม่ำเสมอ ฎกวิธี ดูแลเครื่องช่วยฟังตามที่ได้รับคำแนะนำ พาเด็กมาตรวจติดตามและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยินและการพูดต่อเนื่อง และต้องฝึกฝนที่บ้านตามที่นักอรรถบำบัด (นักแก้ไขการพูด) แนะนำ

ต้องเอาใจใส่ดูแลสุขภาพอนามัยเด็กด้านความเจ็บป่วย การฉีดยาวัคซีน ป้องกันโรค เมื่อเด็กเจ็บป่วยต้องรีบรักษาและแจ้งให้แพทย์ทราบถึงปัญหาด้านการได้ยิน เพื่อระมัดระวังในการให้ยา ในกรณีที่เด็กได้รับการผ่าตัดใส่ท่อระบายอากาศในหู ต้องดูแลไม่ให้น้ำเข้าหู

• เด็กที่มีปัญหาด้านการได้ยินควรได้รับการรักษาเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

เด็กประสาทหูพิการต้องได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องช่วยฟังทันทีที่ได้รับการวินิจฉัย ต้องฝึกฟัง ฝึกพูด และตรวจติดตามการใช้การได้ยินอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินผลการใช้เครื่องช่วยฟัง ถ้าใส่เครื่องช่วยฟังแล้วไม่ได้ผลดีใน 6 เดือน อาจพิจารณาผ่าตัดประสาทหูเทียม (Cochlear implant)

เด็กที่มีหูชั้นกลางอักเสบชนิดน้ำใสเรื้อรัง อาจมีผลต่อการได้ยิน ทำให้พัฒนาการด้านการพูดล่าช้า มีผลต่อการเรียน ถ้าเป็นหูชั้นกลางอักเสบชนิดน้ำใสนานกว่า 3 เดือน ควรได้รับการผ่าตัดเจาะแก้วหูและใส่ท่อระบายอากาศ (myringotomy with ventilation tube) เพื่อดูดน้ำจากหูชั้นกลาง ปรับความดันในหูชั้นกลาง และป้องกันการเกิดพังผืดในหูชั้นกลาง

• การศึกษา

ถ้าเด็กได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยินและการพูดจนสามารถพูดสมวัย เด็กสามารถเรียนร่วมกับเด็กอื่นในชั้นเรียนปกติ การเข้าเรียนในโรงเรียนอนุบาลปกติอาจช่วยกระตุ้นให้เด็กอยากพูดมากขึ้น

ถ้าเด็กสามารถพูดได้บ้างแต่ไม่ชัดและไม่สมวัย เด็กควรเรียนในโรงเรียนที่มีครูการศึกษาพิเศษคอยช่วยหรือเรียนในชั้นเรียนพิเศษ หรือใช้ระบบ FM ในการเรียน

ถ้าเด็กหูหนวก ไม่สามารถพูดได้ ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยินไม่ได้ผล เด็กต้องเข้าโรงเรียนโสตศึกษาเพื่อเรียนภาษามือ

รายชื่อโรงพยาบาลที่มีนักแก้ไขการพูด

1. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 02-2564434
2. โรงพยาบาลศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทร. 02-4197411
3. โรงพยาบาลรามาริบัติ พญาไท กรุงเทพฯ 10400 โทร. 02-2011448, 02-2011476
4. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ถ.ราชวิถี กรุงเทพฯ 10400
โทร. 022461647 ต่อ 93710 02-2460066 ต่อ 93257
5. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เขตสายไหม กรุงเทพฯ 10200 โทร. 02-475-2555
6. โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า บุคคโล ธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทร. 02-475-2555
7. โรงพยาบาลเลิดสิน บางรัก กรุงเทพฯ 10100 โทร. 02-2350330-50 ต่อ 1265
8. โรงพยาบาลกลาง เขตป้อมปราบ กรุงเทพฯ 10100 โทร. 02-2216141 ต่อ 211, 2112
9. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทร. 02-2430151-79 ต่อ 2173
10. โรงพยาบาลตำรวจ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 02-2528111 ต่อ 4254
11. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พญาไท กรุงเทพฯ 10400 โทร. 1415 ต่อ 2501, 2301
12. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ถ.พระราม 6 พญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทร. 02-2457833
13. สถาบันราชานุกูล กรุงเทพฯ โทร. 02-2454601-5 ต่อ 4505
14. โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270
โทร. 02-3612727, 02-3612828
15. โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี อ.เมือง จ.ราชบุรี 70000 โทร.032-327901-8 ต่อ 2112
16. โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อ.เมือง จ. นครปฐม 73210
โทร. 034-219835 ต่อ 3405-6
17. ศูนย์สิริธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ อ.เมือง จ. นนทบุรี 11000
โทร. 02-5915455 ต่อ 2201
18. โรงพยาบาลสระบุรี อ. เมือง จ. สระบุรี โทร. 036-3165555 ต่อ 3085
19. คลินิกโสตสัมผัสและการพูด ภาควิชาโสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ 50002
โทร. 053-945562, 053-945656
20. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ 50180
โทร. 053-890238-44 ต่อ 3114
21. โรงพยาบาลชลบุรี อ.เมือง จ.ชลบุรี 20180 โทร. 038-274200-7 ต่อ 317
22. โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ อ.สัตหีบ จ. ชลบุรี 20180 โทร. 038-245735-9 ต่อ 2099
23. โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา อ.เมือง จ. ฉะเชิงเทรา 24000 โทร. 038-814375-8
24. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ. เมือง จ. ขอนแก่น 40002
โทร. 043-242344 ต่อ 3730

25. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา 90110 โทร. 074-212070 ต่อ 1390
26. โรงพยาบาลหาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา 90110 โทร. 074-231031 ต่อ 1835
27. โรงพยาบาลตรัง อ.เมือง จ. ตรัง 92000 โทร. 075-218018 ต่อ 4100
28. โรงพยาบาลยะลา อ.เมือง จ. ยะลา 95000 โทร. 073-212543, 073-244711-8
29. โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต อ.เมือง จ. ภูเก็ต 83000 โทร. 076-217293-8
30. โรงพยาบาลหัวหิน โทร. 032-523000 ต่อ 3108
31. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ห้องตรวจหู คอ จมูก จ.อุบลราชธานี
โทร. 045-244973 ต่อ 1440

องค์กรที่เกี่ยวข้อง

ประกอบด้วยกุมารแพทย์ โสต ศอ นาสิกแพทย์ จิตแพทย์และสหสาขาที่มีส่วนร่วม และแหล่งทุนที่ช่วยเหลืออุปกรณ์เครื่องช่วยฟังมาจาก 3 กองทุน

1. สปสช.
2. กองทุนประกันสังคม (กรณีผู้ใหญ่)
3. สิทธิข้าราชการ

รายชื่อสถานพยาบาลที่บริการเครื่องช่วยฟังและนักแก้ไขการพูดรวมถึงสถานบริการฝึกอาชีพ และจัดหางานให้ผู้พิการทางการได้ยิน

สถานพยาบาลที่ให้บริการเครื่องช่วยฟังสำหรับผู้พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย			
ชื่อสถานพยาบาล	ที่อยู่	โทรศัพท์	โทรสาร
ทบวงมหาวิทยาลัย			
1.โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ	ถ.อังรีตุนัง ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330	02-2564576	02-2564368
2.โรงพยาบาลศิริราชพยาบาล	บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700	02-4198040	02-4198044
3.โรงพยาบาลมหาราชานคร เชียงใหม่	อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50202	053-945601	053-221141
4.โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	อ.เมือง จ.สงขลา 90110	074-429900	074-212912
สังกัดกระทรวงกลาโหม			
1.โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	351 ถ.ราชวิถี เขตราชวิถี กรุงเทพฯ 10400	02-2461671-9	
2.โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	ดอนเมือง กรุงเทพฯ 10220	02-5347243	02-5238843
3.โรงพยาบาลอานันทมหิดล	อ.เมือง จ.ลพบุรี	036-486011-5	036-486018
สังกัดกระทรวงมหาดไทย			
1.โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพฯ	491/2 แขวงใหม่ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330	02-2527138	
สังกัดกรุงเทพมหานคร			
1.โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	ถ.สามเสน แขวงวชิร เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300	02-2430151-9	
2.โรงพยาบาลตากสิน	เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600	02-4370123	02-4376605
กรมการแพทย์			
1.สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหाराชินี	พญาไท กรุงเทพฯ 10400	02-2461260-8	02-2457580
2.โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์	อ.สามพราน จ.นครปฐม 73000	034-325456-68	034-321243
3.โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	109 ถ.รามอินทรา แขวงคันนายาว เขต บึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10230	02-5174270-9	02-5174262
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป			
ภาคกลาง			
1.โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	02-5265589	02-5265629
2.โรงพยาบาลอ่างทอง	อ.เมือง จ.อ่างทอง 14000	035-620834-7	035-612151
3.โรงพยาบาลชัยนาท	อ.เมือง จ.ชัยนาท 17000	056-411142	056-411071

ชื่อสถานพยาบาล	ที่อยู่	โทรศัพท์	โทรสาร
4.โรงพยาบาลสวรรคร์ประชารักษ์	อ.เมือง จ.นครสวรรคร์ 60000	056-228688	056-228681
5.โรงพยาบาลราชบุรี ราชบุรี	อ.เมือง จ.ราชบุรี 70000	032-327999	032-321825
6.โรงพยาบาลปทุมธานี ปทุมธานี	อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000	02-5815733	02-5814136
7.โรงพยาบาลสิงห์บุรี	อ.เมือง จ.สิงห์บุรี 16000	036-511001	036-522515
8.โรงพยาบาลนครนายก	อ.เมือง จ.นครนายก 26000	037-311219	037-311239
9.โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช	อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี 72000	035-523395	035-511738
10.โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา	อ.เมือง จ.กาญจนบุรี	034-622999	034-511507
11.โรงพยาบาลพระพุทธบาท	อ.พระพุทธบาท จ.สระบุรี 18120	036-323291-6	036-266112
12.โรงพยาบาลเพชรบูรณ์	อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์ 67000	056-711025-6	056-722091
ภาคตะวันออก			
1.โรงพยาบาลชลบุรี	อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000	038-284465-7	038-274911
2.โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์	อ.เมือง จ.ประจวบคีรีขันธ์ 77000	032-601060-4	032-611079
3.โรงพยาบาลสมุทรสาคร	อ.เมือง จ.สมุทรสาคร 54000	034-427099-105	034-411488
4.โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา	อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา	038-514722-3	038-511633
5.โรงพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี	อ.เมือง จ.เพชรบุรี 76000	032-401251-7	032-425205
6.โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์	อ.เมือง จ.ปราจีนบุรี 25000	037-211446	037-211243
ภาคเหนือ			
1.โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	อ.เมือง จ.เชียงราย 57000	053-711300-4	053-713044
2.โรงพยาบาลพุทธชินราช	อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000	055-219844	055-258813
3.โรงพยาบาลลำปาง	อ.เมือง จ.ลำปาง 52000	054-223623-7	054-226126
4.โรงพยาบาลลำพูน	อ.เมือง จ.ลำพูน 51000	053-563635-9	053-511233
5.โรงพยาบาลสุโขทัย	อ.เมือง จ.สุโขทัย 64000	055-611702	055-610588
6.โรงพยาบาลแพร่	อ.เมือง จ.แพร่ 54000	054-533900	054-511096
7.โรงพยาบาลน่าน	อ.เมือง จ.น่าน 55000	054-771620-2	054-710977
8.โรงพยาบาลพะเยา	อ.เมือง จ.พะเยา 56000	054-410501-11	054-481708
9.โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ 53000	055-411176	055-413845
10.โรงพยาบาลศรีสังวาลย์	อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน 58000	053-611398	053-611408

ภาคใต้			
ชื่อสถานพยาบาล	ที่อยู่	โทรศัพท์	โทรสาร
1.โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช	อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000	075-342016-7	075-346946
2.โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000	077-272231	077-283256
3.โรงพยาบาลหาดใหญ่	อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110	074-230800-4	074-246600
4.โรงพยาบาลเบตง	อ.เบตง จ.ยะลา 95110	073-231216	073-230936
5.โรงพยาบาลสงขลา	อ.เมือง จ.สงขลา 90000	074-447607	074-447625
6.โรงพยาบาลนราธิวาส	อ.เมือง จ.นราธิวาส 96120	073-511060	073-513481
7.โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	อ.เมือง จ.ภูเก็ต 83000	076-217293-8	076-211155
8.โรงพยาบาลตรัง	อ.เมือง จ.ตรัง 92000	075-218018	075-218831
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			
1.โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000	044-341310-38	044-246380
2.โรงพยาบาลขอนแก่น	อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000	043-236006	043-236974
3.โรงพยาบาลอุดรธานี	อ.เมือง จ.อุดรธานี 41000	042-245555	042-248259
4.โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000	045-254153	045-244145
5.โรงพยาบาลบุรีรัมย์	อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ 31000	044-621389	044-611282
6.โรงพยาบาลชัยภูมิ	อ.เมือง จ.ชัยภูมิ 36000	044-837100-4	044-822365
7.โรงพยาบาลนครพนม	อ.เมือง จ.นครพนม 48000	042-511424	042-511327
8.โรงพยาบาลมุกดาหาร	อ.เมือง จ.มุกดาหาร 49000	042-612978	042-611379
9.โรงพยาบาลมหาสารคาม	อ.เมือง จ.มหาสารคาม 44000	043-740993-6	043-711433
10.โรงพยาบาลเลย	อ.เมือง จ.เลย 42000	042-811890	042-812653
11.โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์ 46000	043-812980	043-812962
12.โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด 45000	043-518200-5	043-511503
13.โรงพยาบาลสกลนคร	อ.เมือง จ.สกลนคร 47000	042-711636	042-711037
14.โรงพยาบาลศรีสะเกษ	อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ 49000	045-611503	045-612502
15.โรงพยาบาลสุรินทร์	อ.เมือง จ.สุรินทร์ 32000	044-514125	044-514127

โรงเรียนสำหรับผู้พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย		
โรงเรียน	ที่ตั้ง	โทรศัพท์
ในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน		
1.โรงเรียนเศรษฐเสถียร	เขตดุสิต กรุงเทพฯ	02-2414738 02-6696107
2.โรงเรียนโสตศึกษาทุ่งมหาเมฆ	เขตสาทร กรุงเทพฯ	02-2860733 02-2855618
3.โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดนนทบุรี	บางบัวทอง จ.นนทบุรี	02-5717052 02-5710336
4.โรงเรียนศึกษาพิเศษนครปฐม	ต.วัดแค อ.นครไชยศรี	034-332309 034-227669
5.โรงเรียนศึกษาพิเศษนครสวรรค์	อ.เมือง จ.นครสวรรค์	056-245497-8
6.โรงเรียนศึกษาพิเศษลพบุรี	อ.เมือง จ.ลพบุรี	036-412014
7.โรงเรียนศึกษาพิเศษกาญจนบุรี	อ.เมือง จ.กาญจนบุรี	034-517220
8.โรงเรียนศึกษาพิเศษเพชรบุรี	อ.ชะอำ จ.เพชรบุรี	032-410453
9.โรงเรียนโสตศึกษาอนุสารสุนทร	อ.เมือง จ.เชียงใหม่	053-222475
10.โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดตาก	อ.เมือง จ.ตาก	055-511031
11.โรงเรียนศึกษาพิเศษพิษณุโลก	อ.เมือง จ.พิษณุโลก	055-299258
12.โรงเรียนศึกษาพิเศษเพชรบูรณ์	อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์	056-725256
13.โรงเรียนศึกษาพิเศษพิจิตร	อ.เมือง จ.พิจิตร	056-616263
14.โรงเรียนศึกษาพิเศษน่าน	กิ่งอ.ภูเพียง จ.น่าน	(Fax.054-744498)
15.โรงเรียนพิเศษเชียงราย	อ.เมือง จ.เชียงราย	053-600218
16.โรงเรียนศึกษาพิเศษแพร่	อ.เมือง จ.แพร่	054-532659
17.โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดขอนแก่น	อ.เมือง จ.ขอนแก่น	043-221751
18.โรงเรียนศึกษาพิเศษสุรินทร์	อ.ปราสาท จ.สุรินทร์	044-551793
19.โรงเรียนศึกษาพิเศษมุกดาหาร	อ.เมือง จ.มุกดาหาร	042-615013
20.โรงเรียนศึกษาพิเศษอุดรธานี	ต.หนองบัว จ.อุดรธานี	042-323682-3
21.โรงเรียนศึกษาพิเศษนครราชสีมา	อ.เมือง จ.นครราชสีมา	044-214983
22.โรงเรียนศึกษาพิเศษร้อยเอ็ด	อ.ธวัชบุรี จ.ร้อยเอ็ด	043-569278-9
23.โรงเรียนศึกษาพิเศษชัยภูมิ	อ.เมือง จ.ชัยภูมิ	044-813312
24.โรงเรียนศึกษาพิเศษกาฬสินธุ์	อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์	043-891149

โรงเรียน	ที่ตั้ง	โทรศัพท์
25.โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดชลบุรี (เด็กหูตึง)	ต.บางแสน จ.ชลบุรี	038-382638
26.โรงเรียนศึกษาพิเศษระยอง	อ.เมือง จ.ระยอง	038-612638
27.โรงเรียนศึกษาพิเศษปราจีนบุรี	อ.เมือง จ.ปราจีนบุรี	037-407442
28.โรงเรียนศึกษาพิเศษจังหวัดสงขลา	อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	074-212516
29.โรงเรียนศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช	อ.ทุ่งสง จ.นครศรีธรรมราช	075-412690
30.โรงเรียนโสตศึกษาเทพรรัตน์จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์	032-699064
31.โรงเรียนศึกษาพิเศษภูเก็ต	อ.กลาง จ.ภูเก็ต	076-260448
ในสังกัดสถาบันราชภัฏสวนดุสิต		
1.โรงเรียนสาธิตอนุบาลละอออุทิศ สถาบันราชภัฏสวนดุสิต	ถ.ราชสีมา ดุสิต กรุงเทพฯ	02-2415980 02-2414656 02-6627140
สังกัดสำนักบริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน		
1.โรงเรียนอนุบาลโสตพัฒนาสำหรับเด็กหูหนวก	เมืองพัทยา จ.ชลบุรี	038-716247-9
สังกัดองค์กรเอกชน		
1.โรงเรียนอนุบาลโสตศึกษาพัฒนา	มูลนิธิสังเคราะห์เด็กพัทยา อ.บางละมุง จ.ชลบุรี	038-428717
2.โสตศึกษาอนุสารสุนทร(สอนคนหูหนวก)	ต.ข้างเฟือก อ.เมือง จ.เชียงใหม่	053-222475
โครงการสอนเด็กหูตึงเรียนร่วมกับเด็กปกติ		
1.โรงเรียนพญาไท	เขตราชเทวี กรุงเทพฯ	02-2458152
2.โรงเรียนราชวินิต	เขตดุสิต กรุงเทพฯ	02-2812156
3.โรงเรียนพระตำหนักสวนกุหลาบ	เขตพระนคร กรุงเทพฯ	02-2226561 02-2224871
4.โรงเรียนพิบูลประชาสรรค์	ดินแดง กรุงเทพฯ	02-2450448 02-6428065
โรงเรียนสำหรับเด็กพิเศษ		
โรงเรียนกาญจนาภิเษกสมโภชน์ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนฯ ราชสุดาสยามบรมราชกุมารี	อ.เมือง ปทุมธานี	02-9782582-3
โรงเรียนอาชีวศึกษา		
1.โรงเรียนดอนบอสโก (แผนกการพิมพ์)	มักกะสัน กรุงเทพฯ	02-6529627-8
2.โรงเรียนสารพัดช่างชลบุรี	จังหวัดชลบุรี	038-382662 038-386360

หน่วยงาน	ที่ตั้ง	โทรศัพท์
สถานที่ให้บริการฝึกอาชีพ		
ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียวสำหรับคนพิการ	อาคาร 1 ชั้น 1 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ 51 กรุงเทพมหานคร ป้อมปราบ กรุงเทพฯ	02-6596170-1
สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการจังหวัด	ณ ศาลากลางจังหวัด	
ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการพระประแดง	อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ	02-4625008 02-4626636
ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการขอนแก่น	อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น	043-246080
ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการบ้านทองพูนเผ้าพนัส	อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี	045-254092
ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการหายาดฝน	อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่	053-471327
ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการภาคใต้	อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช	075-375254-5
ศูนย์บริการสวัสดิการสังคมเฉลิมพระชนมพรรษา 5 รอบฯ จังหวัดลพบุรี	อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี	036-461555
สถานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุบลราชธานี	อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี	045-285469
ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการจังหวัดหนองคาย	อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย	042-407478
สถานที่ให้บริการจัดหางาน		
ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียวสำหรับคนพิการ	อาคาร 1 ชั้น 1 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ 51 กรุงเทพมหานคร ป้อมปราบ กรุงเทพฯ	02-6596170-1
สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการจังหวัด	ณ ศาลากลางจังหวัด	
สำนักงานจัดหางานจังหวัด	สำนักงานจัดหางานจังหวัดทุกจังหวัด	
ฝ่ายบริการจัดหางาน กองบริการจัดหางาน	กระทรวงแรงงาน ถ.มิตรไมตรี เขตดินแดง กรุงเทพฯ	02-2452260, 02-2452287, 02-2487208, 02-2486661

พื้นที่	ครอบคลุมเขต	โทรศัพท์
สำนักงานจัดหางานกรมการจัดหางาน 9 พื้นที่		
พื้นที่ 1 บริเวณถนนวิภาวดีรังสิต เลขที่ 19 ชั้น 2 อาคารพงษ์สุภี	เขตห้วยขวาง ดินแดง พญาไท ราชเทวี	02-6196566-70
พื้นที่ 2 บริเวณย่านขนส่งสายเหนือ	เขตจตุจักร ดอนเมือง บางเขน	02-5211698
พื้นที่ 3 บริเวณย่านสถานีรถไฟหัวลำโพง	เขตปทุมวัน บางรัก สัมพันธวงศ์	02-2156621
พื้นที่ 4 บริเวณย่านวิสุทธิกษัตริย์	เขตป้อมปราบ บางซื่อ พระนคร ดุสิต	02-2803322
พื้นที่ 5 บริเวณย่านวงเวียนใหญ่	เขตคลองสาน ธนบุรี บางกอกน้อย บางพลัด บางกอกใหญ่	02-4395631
พื้นที่ 6 บริเวณย่านบางขุนเทียน	เขตจอมทอง บางขุนเทียน ราษฎร์บูรณะ	02-4152451
พื้นที่ 7 บริเวณถนนพุทธมณฑลสาย 2	เขตหนองแขม ตลิ่งชัน ภาษีเจริญ	02-4443113
พื้นที่ 8 บริเวณย่านรามอินทรา	เขตมีนบุรี หนองจอก ลาดกระบัง บึงกุ่ม ลาดพร้าว บางกะปิ	02-5437171
พื้นที่ 9 บริเวณย่านพระโขนง	เขตยานนาวา บางคอแหลม พระโขนง สวนหลวง ประเวศ คลองเตย สาทร	02-2129881

ความพิการประเภทที่ 3
ความพิการทางการเคลื่อนไหว
หรือทางร่างกาย

	หน้า
• คำนิยาม	59
• แนวทางการวินิจฉัยความพิการทางการเคลื่อนไหวสำหรับเด็ก	60
• แนวทางการวินิจฉัยความพิการทางร่างกายในเด็ก	61
• แนวทางการดูแลเด็กพิการทางการเคลื่อนไหว	62
• การดูแลในมิติของความบกพร่องของอวัยวะ	62
• การดูแลในมิติของความสามารถในการทำกิจกรรมโดยรวมของร่างกาย	64
• บทบาทการทำกิจกรรมในสังคม	64
• องค์กรที่เกี่ยวข้อง	66

บทที่ 4

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

การประเมินความพิการในเด็กนั้น มีความแตกต่างจากการประเมินความพิการในผู้ใหญ่ค่อนข้างมาก เนื่องจากการประเมินความพิการของผู้ใหญ่เราจะดูประเด็นของการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การลุกเดิน ยืน นอน นั่ง แต่ในเด็กจะต้องดูพัฒนาการของเด็กในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งโดยปกติเมื่อเด็กอายุเกิน 6 ขวบ จึงจะสามารถประกอบกิจกรรมเหล่านี้ได้อย่างอิสระโดยไม่มีผู้ดูแล และในประเด็นการเข้าสู่สังคมนั้น ในวัยเด็กจะเห็นไม่เด่นชัด อาจพิจารณาเป็นกิจกรรมของการใช้ชีวิตอยู่ในบ้าน และโรงเรียน กับเพื่อนวัยเดียวกัน

แต่ในส่วนประเด็นของสาเหตุการเกิดความพิการในกลุ่มเด็กพิการประเภทที่ 3 นี้ จะมีความแตกต่างจากกลุ่มผู้ใหญ่อย่างเห็นได้ชัด เช่น ความพิการที่เป็นตั้งแต่แรกเกิด หรือทางพันธุกรรม ในบางรายที่เห็นชัดเจน เช่น แขนขาขาดหายแต่กำเนิด ถ้าเข้าเกณฑ์ที่สามารถออกเอกสารรับรองความพิการได้เลยโดยไม่ต้องรอติดตาม แต่จะมีสาเหตุความพิการบางชนิดที่เกิดจากโรคเรื้อรังบางอย่าง เช่น โรคหัวใจ โรคข้อ อาจต้องมีการติดตามเป็นระยะโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และต้องใช้เวลาเพื่อตัดสินว่าเป็นไปตามเกณฑ์ของความพิการตามมาตรา 4 ของ พ.ร.บ. ส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 หรือไม่ ซึ่งจะมีแนวทางเบื้องต้นว่าต้องเป็นความพิการที่ถาวร และสิ้นสุดการรักษาตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆ หรือในบางกรณีถ้าดูแล้วว่าโรคนั้นรักษาไม่ได้แล้ว อาการของโรคยังคงดำเนินต่อไปก็สามารถจะวินิจฉัยได้ว่าเป็นความพิการตาม พ.ร.บ. ฉบับนี้

คำนิยาม

จากคู่มือการตรวจประเมินความพิการ และการวินิจฉัยความพิการตาม พ.ร.บ. ส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ให้ความหมายดังต่อไปนี้ คือ

1. **ความพิการทางการเคลื่อนไหว** หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่อง หรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุ อัมพาต แขนขาอ่อนแรง แขนขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงาน มือเท้า แขนขา

2. **ความพิการทางร่างกาย** หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่อง

หรือมีความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

แนวทางการวินิจฉัยความพิการทางการเคลื่อนไหวสำหรับเด็ก

ดังที่กล่าวมาข้างต้น ในกรอบของคำนิยามความพิการทางการเคลื่อนไหวที่ใช้กับผู้ใหญ่ ประเด็นหลักที่เรานำมาประเมินคือ การที่เด็กมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากความผิดปกติของอวัยวะในการเคลื่อนไหว คือ มือ เท้า แขน ขา ในกรณีนี้จะมีประเด็นว่า ถ้าเป็นความผิดปกติที่ถาวร เช่น แขนขาขาดหายจนไม่สามารถใช้มือ แขน ข้างที่ขาดหายทำกิจวัตรประจำวัน เช่น จับช้อนนม จับช้อน ถ้ามือขาดไปทั้งมือ ประเด็นนี้ก็พิจารณาแน่นอน แต่ถ้ากรณีที่มีมือยังมีนิ้วมืออยู่บางส่วน เราก็จะต้องใช้การประเมินโดย ให้ใช้นิ้วมือส่วนที่เหลือลองจับสิ่งของต่างๆ เช่น แก้วน้ำ ช้อน ส้อม ถ้าเด็กทำไม่ได้ก็ไม่สามารถออกเอกสารรับรองความพิการได้เช่นเดียวกัน แต่ในส่วนของเท้า หรือขา ก็จะดูจากการนั่ง การเดิน ถ้าขาดที่ระดับข้อเท้าขึ้นมา ก็ถือว่าพิการแน่นอน แต่ในกรณีที่เป็นโรคอื่นๆ โรคเรื้อรัง จากอวัยวะภายใน ต้องมีการติดตามการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อจะดูอาการของโรคว่าสมควรที่จะตัดสินว่าเป็นความพิการที่ถาวร ถึงแม้โรคจะพัฒนาต่อไปก็ตาม โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. การประเมินความพิการ จะประเมินในมือ เท้า แขน ขา ข้างที่มีความผิดปกติ และการประเมินจะต้องนำอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการออก เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน อุปกรณ์ช่วยการประกอบกิจวัตรประจำวันออกก่อน แล้วจึงประเมิน
2. ภาวะความผิดปกติเหล่านั้นเป็นความผิดปกติที่ถาวร ถ้ามีหนทางใดเมื่อรักษาแล้วหายจากความผิดปกติได้ต้องรักษาให้สิ้นสุดก่อน
3. ในกรณีที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือจากพยาธิสภาพจากอวัยวะภายใน เช่น โรคหัวใจแต่กำเนิด โรคเลือด จะต้องให้การรักษา และฟื้นฟูอย่างเต็มที่จนมั่นใจว่าอาการเหล่านั้นยังคงอยู่ต่อไป หรืออาจจะแนวโน้มแยกลง จนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา คือประกอบกิจวัตรประจำวันไม่ได้ หรือได้แต่ต้องมีผู้อื่นช่วย ในกรณีเช่นนี้จะมีความยากในการประเมินเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการ จะต้องมีการส่งต่อให้แก่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

ตัวอย่างภาวะความผิดปกติ และโรคที่เกี่ยวข้องกับความพิการทางการเคลื่อนไหวสำหรับเด็ก

1. โรคเลือด โรคปอดเรื้อรัง โรคไตวาย หรือภาวะโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่อยู่ระหว่างการรักษา และฟื้นฟูให้แพทย์ผู้ที่เป็นผู้รักษา และ/หรือฟื้นฟูเท่านั้น เป็นผู้ออกเอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความรุนแรงของโรค การทำนายโรค และข้อมูลอื่นๆ ประกอบ ซึ่งหลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว

2. โรคหัวใจแต่กำเนิดที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) อาจประเมินตาม New York Heart Association Functional Classification คือหากประเมินแล้วอาการอยู่ใน class III (เดินขึ้นบันไดแล้วเหนื่อย หรือตุ่นนมแล้วเหนื่อย) หรือ class IV (มีอาการเหนื่อยขณะพัก) สามารถประเมิน

ความพิการได้เลย

3. **Congenital bow leg (โรคขาโก่งแต่กำเนิด)** ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพราะความพิการขึ้นกับความรุนแรงของโรค หากพิจารณาได้ว่าโรครุนแรงมาก แม้จะรักษาแล้วยังหลงเหลือความพิการก็สามารถประเมินความพิการได้เลย

4. **Osteogenesis Imperfecta** การเจริญของกระดูกไม่สมบูรณ์ ทำให้เด็กมีกระดูกเปราะบางและหักง่าย หักบ่อย การหักของกระดูกบ่อยครั้งทำให้เกิดการผิดรูปร่างอย่างถาวร ส่งผลให้เกิดความพิการได้

5. **Duchene muscular dystrophy** โรคทางพันธุกรรมทำให้เกิดความผิดปกติของกล้ามเนื้อที่ถาวร ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการ

6. **Arthrogryposis multiplex congenita** เป็นโรคทางกระดูกและข้อที่ผิดปกติ ทำให้มีผลต่อภาพลักษณ์ และการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นความผิดปกติที่ถาวร

7. **Congenital short femur** เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านกระดูก มีการเจริญของกระดูก femur ที่ผิดปกติ ทำให้ขา 2 ข้างสั้นยาวไม่เท่ากัน และเป็นโรคที่มีความผิดปกติถาวรไม่สามารถแก้ไขได้

8. **Congenital limb deficiency** โรคที่มีแขนขาขาดหายตั้งแต่กำเนิด ถือเป็นความพิการที่ถาวร

แนวทางการวินิจฉัยความพิการทางร่างกายในเด็ก

ตามคำนิยามของความพิการทางร่างกายในเด็กนั้นจะแตกต่างจากความพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งจะประเมินที่มือ เท้า แขน ขา แต่ทางร่างกายจะประเมินจากภาพลักษณ์ภายนอกที่เห็นเด่นชัด ซึ่งส่วนมากจะมีผลต่อความสวยงามที่จะทำให้เกิดข้อต่อ ข้อจำกัดในการเข้าสู่สังคม ในส่วนนี้ของเด็กถ้าจะพิจารณา ก็อาจจะคล้ายกับผู้ใหญ่ค่อนข้างมาก

ภาวะความผิดปกติในกลุ่มนี้ที่เห็นชัดเจน คือ

1. Achondroplasia เนื่องจากเด็กที่เป็นโรคชนิดนี้ทุกรายมีส่วนส่วนของร่างกาย และการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ ทำให้มีผลต่อภาพลักษณ์ภายนอก และกระทบต่อการเข้าสังคมอย่างถาวร ไม่สามารถแก้ไขให้เป็นปกติได้

หมายเหตุ: ในกรณีที่เป็นคนเตี้ยแคระต่ำกว่า 130 ซม. แต่แขนขาได้สัดส่วนปกติกับลำตัว จะไม่วินิจฉัยว่าเป็นคนพิการตามกฎหมายฉบับนี้

2. Arachnodactyly, Marfan's syndrome มีความผิดปกติทางร่างกายหลายระบบ ผู้ป่วยสูง ผิดปกติ และมือเท้ายาวกว่าปกติ ซึ่งเป็นความผิดปกติที่ถาวร ไม่สามารถแก้ไขได้

3. Anhidrotic ectodermal dysplasia (โรคสังข์ทอง) เป็นโรคที่ผิดปกติทางพันธุกรรม ไม่มีต่อมเหงื่อ ฟันหายไป และผมบาง สามารถประเมินความพิการได้เลย

4. โรคผิวหนังในเด็ก (Skin diseases)

4.1 Congenital ichthyosis โรคเด็กดักแด้ เป็นความผิดปกติของผิวหนัง พบได้ตั้งแต่กำเนิด

เป็นความผิดปกติทางพันธุกรรม จะให้ได้กรณีที่มีความผิดปกติมาก

4.2 Epidermolysis bullosa (EB) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของผิวหนัง เกิดจากพันธุกรรมที่ผิดปกติสามารถพบได้ตั้งแต่ทารก ลักษณะผิวหนังชั้นนอกบาง พุพอง ฉีกขาด เกิดบาดแผลได้ง่าย ถ้ารุนแรงมากอาจพบบาดแผลลอกได้ทั่วร่างกาย ซึ่งถ้าพบว่าทารกที่เป็นโรคนี้อาจไม่หายขาดหลังจากเกิดบาดแผล มักทำให้เกิดพังผืดตามมาแข็งรัด ทำให้เกิดข้อยึดตึง ซึ่งมักทำให้พิการถาวร

4.3 Ichthyosis vulgaris โรคผิวหนังเกล็ดปลา หรือโรคผิวหนังแห้งแต่กำเนิด ความรุนแรงของอาการแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งความพิการขึ้นกับความรุนแรงของโรค ดังนั้นจึงควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ หากโรครุนแรงมาก แม้รักษาแล้วยังหลงเหลือความพิการ ก็สามารถประเมินความพิการได้เลย

4.4 Albinism (ภาวะผิวเผือก), Vitiligo (โรคด่างขาว) เป็นความผิดปกติของการขาดเม็ดสีเมลานิน ซึ่งหากมีลักษณะขาวทั้งตัว ใบหน้าขาวทั้งหมด มีลักษณะผิวเผือก หรือด่างขาว เกิน 50% ของใบหน้า จึงจะสามารถประเมินความพิการได้

5. Conjoined twin เป็นความผิดปกติแต่กำเนิด สามารถประเมินความพิการในกรณีที่ผ่าตัดแก้ไข และสิ้นสุดการรักษาแล้ว

หมายเหตุ:

- ความพิการถาวรที่ไม่สามารถรักษา หรือรักษาแล้วยังหลงเหลือความพิการอยู่ สามารถออกเอกสารรับรองความพิการได้ทันทีที่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน แต่กรณีที่ยังไม่สิ้นสุดการรักษา หรือไม่มั่นใจให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินความพิการ
- โรคเรื้อรังต่างๆสามารถประเมินความพิการได้เมื่อสิ้นสุดการรักษา และผ่านการฟื้นฟูติดตามอาการไม่น้อยกว่า 6 เดือน หรืออยู่ระหว่างการรักษาและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่ามีความพิการ ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจกรรมประจำวันได้เอง สามารถออกเอกสารรับรองความพิการได้เลย

แนวทางการดูแลเด็กพิการทางการเคลื่อนไหว

องค์การอนามัยโลก (WHO 2014) ได้แนะนำกรอบแนวคิด biopsychosocial model ของ ICF (International classification of functioning, disability and health) ซึ่งให้การดูแลในมิติต่างๆของความพิการดังนี้

1. ความบกพร่องของอวัยวะ (body function and structure) คือการรักษาให้อวัยวะต่างๆมี anatomy หรือ physiology ใกล้เคียงปกติ
2. ความสามารถในการทำกิจกรรมโดยรวมของร่างกาย (activity limitation) เป็นการปรับใช้อวัยวะอื่นมาทดแทน เช่น เคลื่อนย้ายตัวด้วยการใช้แขนยกตัวให้ลอยพ้นพื้นแทนการยืน หรือ
3. บทบาทการทำกิจกรรมในสังคม (participation limitation)

การดูแลในมิติของความบกพร่องของอวัยวะ (body function and structure)

โดยการแก้ไขตามอวัยวะที่ก่อให้เกิดความบกพร่อง ดังนี้

1. สาเหตุจากระบบประสาท สมองและไขสันหลัง ซึ่งส่งผลให้เด็กมีภาวะอ่อนแรง กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน (incoordination) กล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) และการรับความรู้สึกของข้อต่อเสียไป ให้การดูแลดังนี้

บทที่ 4

ก. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ กล้ามเนื้อหดสั้น ข้อติดยึด ข้อสะโพกหรือไหล่เคลื่อน และกระดูกสันหลังคด ซึ่งแบ่งการดูแลเป็นสามกลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มสมองพิการ กลุ่มที่มีความผิดปกติของโครโมโซม และ กลุ่ม Neural tube defect

ในกลุ่มสมองพิการ มีความเกร็งร่วมด้วย จะเน้นการยืดเหยียดข้อต่างๆด้วยมือ หรือใส่เครื่องตาม หรือ ยืนในที่เย็น การให้ยาากินเพื่อลดอาการหดเกร็งทั้งตัว หรือใช้ยาฉีดเพื่อลดอาการหดเกร็งเฉพาะส่วนซึ่งมีได้ทั้ง การใช้ 5% phenol block nerve ending หรือ ใช้ botulinum toxin ฉีดเข้ากล้ามเนื้อโดยตรง นอกจากนี้ เด็กอาจมีภาวะดูดกลืนลำบาก ซึ่งทำให้มีภาวะทุโภชนาการและปอดอักเสบ

ในกลุ่มที่มีความผิดปกติของโครโมโซมมักมีภาวะตัวอ่อนปวกเปียก dyskinesia ข้อต่อหลวม เน้นการ จัดท่าป้องกัน over stretching และ ใช้เครื่องช่วยตาม หรือรองเท้าเพื่อพยุงข้อต่างๆให้อยู่ในท่าเหมาะสมกับการใช้งาน

ในกลุ่ม myelomeningocele พบปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระร่วมด้วยซึ่ง จะต้องฝึกฝนการสวนปัสสาวะเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อซ้ำ และไตวายในระยะยาว รวมทั้งการปรับพฤติกรรม การถ่ายอุจจาระของเด็กให้เป็นเวลา

ข. การบำบัดเพื่อเพิ่มสมรรถนะของสมอง เนื่องจากสมองยังมีศักยภาพ (brain plasticity) แม้ไม่สามารถแก้ไขสมองที่เสียไปได้แต่สามารถช่วยให้สมองจัดเรียงคำสั่งให้มาชดเชยได้ด้วยการบำบัดด้วยเทคนิคต่างๆ (reorganisation) (Novak 2013) เทคนิคเหล่านี้ได้แก่ การฝึกทำกิจกรรมตามความสามารถในการใช้งาน (functional training) โดยจัดให้ทำกิจกรรมที่ยากกว่าความสามารถเดิมเพียงขั้นเดียว หากจัดกิจกรรม ยากเกินไปเด็กจะใช้ความเกร็งทดแทน เช่นเด็กยังคลานไม่ได้ ให้หัดเพียงตั้งคลาน ยกมือหรือขาที่ละข้าง เพื่อรู้จักการถ่ายน้ำหนัก ไม่ควรพาเดินเพราะเด็กจะชดเชยด้วยการใช้ท่าทางที่ผิดปกติ เช่น หันขา ยืนเขย่ง ส่วนเทคนิคอื่นๆเช่น Bobath, PNF, Vojta, NDT ซึ่งใช้การจัดท่าทางเฉพาะเพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง และ ลดความเกร็ง โดยสันนิษฐานว่าช่วยให้สมองจัดเรียงชุดสั่งการใหม่

อาจพบว่าเด็กที่มีความพิการซ้ำซ้อน เช่น ตาบอด สายตาเลือนราง หูหนวก มีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวล่าช้ากว่าที่ควร สาเหตุหลักคือ เด็กไม่สามารถกำหนดทิศทางหรือรู้ว่าตนเองอยู่ห่างจากสิ่งแวดล้อมเพียงใด ตนเองจะปลอดภัยหรือไม่ จึงมักยึดติดกับท่านอนเพราะผิวสัมผัสกว้าง ก่อให้เกิดความมั่นคง เด็กกลุ่มนี้ จึงควรได้รับการฝึก Orientation and mobility ร่วมด้วย (อ่านในหมวดพิการทางตา) พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว จึงจะดีขึ้น

2. สาเหตุจากระบบกระดูก ข้อกล้ามเนื้อและโครงร่าง ซึ่งเกิดจาก primary deficit (เช่น แขนขาขาดหายแต่กำเนิด เท้าปุก muscular dystrophy osteogenesis imperfecta, arthrogryposis multiplex congenita กลุ่มโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์)หรือ secondary deficit จากความอ่อนแรงส่งผลให้กล้ามเนื้อหดสั้น ข้อติด ข้อเคลื่อนหลุด การรักษาด้วยการให้ยา ในกรณีโรคข้อ หรือผ่าตัดให้ใกล้เคียงปกติ ร่วมกับการใช้กายอุปกรณ์เพื่อติดตาม ข้อให้คงรูป หรือช่วยจัดข้อให้เหมาะสมขณะใช้งาน

3. สาเหตุจากระบบผิวหนัง กลุ่มที่จัดว่าพิการคือกลุ่มที่มีความบกพร่องของผิวหนังมากส่งผลให้

ผิวหนังไม่ยืดหยุ่นต่อการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ หรือก่อให้เกิดรูปลักษณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในสังคม ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผิวหนังรักษาก่อน

4. **สาเหตุจากอวัยวะภายในผิดปกติ** กลุ่มที่จัดว่าพิการคือกลุ่มที่ได้รับการรักษาทั้งทางอายุรกรรมและศัลยกรรมแล้วแต่การใช้งานของอวัยวะยังมีข้อบกพร่องอยู่ จนทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันไม่ได้

การดูแลในมิติของความสามารถในการทำกิจกรรมโดยรวมของร่างกาย (activity limitation)

เมื่อปรับแก้ไขอวัยวะให้กลับมาปกติดังเดิมไม่ได้ จะต้องฝึกฝนให้มีการนำอวัยวะอื่นมาทำงานชดเชย โดยการฝึกทำกิจกรรมที่เน้นการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การกินอาหาร การสวมเสื้อผ้า การนั่ง การพลิกตัว การยืน การเดิน การเข้าห้องน้ำ นอกจากปรับที่ร่างกายของผู้ป่วยแล้ว ยังต้องปรับสิ่งแวดล้อมด้วย เช่น ราวจับ แก้อั้วลิ้น ที่นั่งทรงตัว อุปกรณ์พยุงเดิน ช้อนตักข้าว แก้วน้ำดัดขอบ เป็นต้น

บทบาทการทำกิจกรรมในสังคม (participation limitation)

กิจกรรมทางสังคมในเด็กมี 4 ด้าน คือ การอยู่ร่วมกับญาติพี่น้อง การเล่นกับเพื่อน งานอดิเรก และการศึกษา

การอยู่ร่วมกับญาติ พี่น้อง: ในเด็กที่มีสติปัญญาปกติ จะมีบุคลิกภาพเรียกร้อง มักแสดงอารมณ์รุนแรงเอาแต่ใจ เนื่องจากเด็กมีความต้องการเรียนรู้แต่ข้อจำกัดของร่างกายทำให้ต้องพึ่งผู้อื่นอยู่เสมอ หากญาติพี่น้องตอบสนองได้ไม่ทันใจ เด็กจะใช้อารมณ์รุนแรงมาเป็นข้อต่อรองให้มาสนใจอย่างรวดเร็ว การเลี้ยงดูจึงต้องใช้หลักการสร้างระเบียบวินัยเช่นเดียวกับเด็กทั่วไป แต่ช่วยให้เด็กเข้าถึงสิ่งที่ต้องการด้วยตนเองง่ายขึ้น

การเล่นกับเพื่อน: ควรจัดให้เด็กได้มีโอกาส เล่นและเรียนร่วมกับเพื่อนในสังคมปกติให้มากที่สุด เพราะจะสร้างแรงบันดาลใจให้เด็กอยากพัฒนา และฝึกทักษะทางสังคมที่อาจจะโดนแกล้ง หรือล้อเลียนโดยผู้ปกครองต้องคอยประคับประคองจิตใจ ช่วยเด็กหาวิธีการสร้างความมั่นใจในตนเอง และคอยดูแลเรื่องความปลอดภัย

การทำงานอดิเรก: การช่วยเด็กได้ทำงานอดิเรกที่เหมาะสมกับข้อจำกัดของร่างกาย จะช่วยฝึกการอยู่กับตนเอง ได้ค้นพบความถนัดของตนเองและก่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้นได้ด้วย

การศึกษา: ทำให้เด็กได้ฝึกทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การแสวงหาความรู้ ระเบียบวินัย อุปสรรคสำคัญของการเข้าเรียนร่วมในเด็กที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว คือ ความปลอดภัยของเด็กขณะอยู่ที่โรงเรียน การเข้าห้องน้ำ และการเดินเรียน หากมีการปรับสภาพแวดล้อม หรือจัดกลุ่มเพื่อนที่เลี้ยง เพื่อช่วยเด็ก จะช่วยเด็กให้เรียนอยู่ในโรงเรียนใกล้บ้านได้

ในการดูแลทั้งสามมิตินี้ ไม่เพียงแต่เน้นการพัฒนาตัวเด็กโดยตรง แต่ต้องควบคู่ไปกับการพัฒนาครอบครัวของเด็กด้วยโดยเฉพาะการสร้าง ความมั่นใจในการดูแล และการเผชิญกับความเครียดเนื่องจากภาวะ

การดูแลที่หนักและยาวนาน ซึ่งส่งผลถึงภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวด้วย การพัฒนาทักษะของครอบครัวควรทำทุกครั้งที่มาพบปะกับบุคลากรทางการแพทย์ การได้พบปะพูดคุยระหว่างผู้ปกครองที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เป็นช่องทางหนึ่งของการพัฒนาครอบครัว ปัจจุบันในกรุงเทพมหานคร มีการรวมกลุ่มของผู้ปกครองเด็กสมองพิการเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และผลัดกันดูแลให้ผู้ปกครองมีโอกาสได้มีเวลาของตนเอง ซึ่งช่วยบรรเทาความเครียดจากการดูยาวนานได้

องค์กรที่เกี่ยวข้อง

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

- กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทุกแห่ง
- กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู ของโรงพยาบาลชุมชน บางแห่งที่มีนักกิจกรรมบำบัด และนักกายภาพบางท่านที่สนใจงานด้านนี้

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา

- การเรียนร่วม มีโรงเรียนที่จัดการเรียนร่วมทั้งของรัฐและเอกชน ให้ติดต่อศูนย์การศึกษาพิเศษของ กระทรวงศึกษาธิการในทุกจังหวัดเพื่อถามข้อมูลโรงเรียนใกล้บ้านของเด็กที่รับเด็กพิเศษ
- โรงเรียนเฉพาะสำหรับเด็กพิการทางร่างกาย ซึ่งมีการบำบัดควบคู่ไปกับการเรียน ได้แก่โรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี ขอนแก่น และเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงเรียนของมูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการ ในสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชชนนี
- ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน จะมีลักษณะการสอนหลายแบบ ทั้งที่บ้านหรือรวมกลุ่ม รวมถึงการฝึกอาชีพ ด้วย
- ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน มีการจัดการหลายรูปแบบ เช่นรวมกลุ่มคนพิการ และจัดครูไปสอนใกล้บ้าน

องค์กรเอกชน ไม่หวังผลกำไร

- มูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชชนนี
- มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ
- มูลนิธิคริสเตียนเพื่อเด็กพิการ
- มูลนิธิชายมุฟแมนต์

สถานสงเคราะห์เด็กของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

- สถานสงเคราะห์เด็กก่อนพิการทางสมองและปัญญา (บ้านเฟื่องฟ้า) รับเด็กอายุ 0-7 ปี
- สถานสงเคราะห์เด็กพิการและทุพพลภาพปากเกร็ด (บ้านนนทภูมิ) รับเด็กอายุ 7-18 ปี
- สถานสงเคราะห์เด็กพิการทางสมองและปัญญา (บ้านราชวดี) รับเด็กอายุ 7-18 ปี
- สถานสงเคราะห์เด็กพิการและทุพพลภาพ ในบางจังหวัด

สามารถอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คู่มือตรวจประเมิน และวินิจฉัยความพิการตาม พ.ร.บ. ส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 (www.snmrc.go.th)

ความพิการประเภทที่ 4
ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

	หน้า
• คำนิยาม	69
• แนวทางการซักประวัติ	69
• แนวทางการตรวจร่างกายและตรวจสภาพจิต	69
• เครื่องมือในการประเมิน	70
• หลักเกณฑ์การวินิจฉัย	70
• การออกเอกสารรับรองความพิการ	71
• แนวทางการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ	71
• ระบบการส่งต่อ	71
• แนวทางการใช้แบบประเมินความพิการทางจิต	71
• แบบประเมินความพิการทางจิต	74

บทที่ 5

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

คำนิยาม

ตามระบุในประกาศกระทรวง พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด

ความพิการประเภทนี้ จึงหมายถึง กลุ่มโรคทางจิตเวชตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD-10 (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision) ทั้งนี้โรคจิตเวชนั้นต้องไม่ใช่อาการระยะเฉียบพลันในระบบ ICD-10

ในกรณีของโรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ซึ่งถือว่าเป็นความบกพร่องในการทำงานของสมอง จนส่งผลต่อการควบคุมพฤติกรรม และการมีสมาธิ แต่เนื่องจากไม่รุนแรงจนส่งผลให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม จึงยังไม่จัดเป็นผู้พิการ

แนวทางการช้กประวัติ

ควรช้กประวัติความผิดปกติทางด้านจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และการรับรู้ โดยละเอียดร่วมกับ ประวัติการเจ็บป่วยทางร่างกายหรือทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติทางสังคม ฯลฯ ว่าเริ่มมีอาการหรือลักษณะความเจ็บป่วยตั้งแต่เมื่อไรที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียนหนังสือ การทำงานหรือการเข้าสังคม รวมทั้งการแสดงให้เห็นว่าถึงแม้บุคคลนั้นจะได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมแล้ว ก็ยังมีผลทำให้สูญเสียสมรรถภาพ ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินกิจกรรมชีวิตประจำวัน และการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ

แนวทางการตรวจร่างกายและตรวจสภาพจิต

การตรวจร่างกายทั่วไป เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นลักษณะองค์รวม และในบางครั้งจำเป็นต้องมีการตรวจละเอียดในบางระบบ เช่น ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ฯลฯ ทั้งนี้เนื่องจากโรคทางกายจำนวนมาก

อาจมีอาการและอาการแสดงคล้ายโรคทางจิตเวช เช่น Hyperthyroid Herpes encephalitis Wilson's disease Multiple sclerosis เป็นต้น

การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination) เป็นการตรวจสภาพจิตในปัจจุบัน เพื่อหาข้อมูลอาการและอาการแสดงทางจิตที่สำคัญในการประกอบการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช เช่น อาการประสาทหลอนหูแว่ว อาการหลงผิดหวาดระแวง พุดคนเดียว เป็นต้น

เครื่องมือในการประเมิน

ไม่สามารถพิจารณาได้จากเกณฑ์ความพิการเชิงประจักษ์ ตามประกาศสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ การพิจารณาเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม ไม่สามารถพิจารณาจากไปสการ์ดหรือรูปถ่ายของผู้ป่วย

1. หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชตามระบบ ICD-10 กลุ่มอาการหรือโรคจิตเวชที่มีความรุนแรง เรื้อรังและรักษาไม่หายทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม หลังจากรับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานอย่างน้อย 6 เดือนติดต่อกัน
2. การทดสอบทางจิตวิทยา (psychological test) พิจารณาตามความเหมาะสม
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด ปัสสาวะ การถ่ายภาพรังสี พิจารณาตามความเหมาะสม
4. การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography-EEG) และการตรวจพิเศษอื่นๆ เกี่ยวกับโครงสร้างและการทำงานของสมอง พิจารณาตามความเหมาะสม
5. แบบประเมินความพิการทางจิต พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต (ดูภาคผนวก)

เมื่อประเมินการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรง เรื้อรังและรักษาไม่หาย จากนั้นใช้แบบประเมินความพิการทางจิต มีทั้งหมด 6 ข้อ ประกอบด้วย ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลืองานบ้าน ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการสื่อสาร ความสามารถในการเรียน/ประกอบอาชีพ ถ้าได้คะแนนรวมตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปถือว่าเข้าเกณฑ์พิการทางจิต ที่สามารถออกเอกสารรับรองความพิการประเภท 4

หลักเกณฑ์การวินิจฉัย

1. มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมความคิด หรือการรับรู้ ในกลุ่มโรคทางจิตเวชตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD-10 ที่รุนแรง เรื้อรังและรักษาไม่หาย
2. มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม อันเป็นผลจากความผิดปกติดังกล่าว และประเมินด้วยแบบประเมินความพิการทางจิตได้คะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป

การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพหรือข้อจำกัด ต้องมีหลักฐานที่สำคัญ ประกอบด้วย รายงานและสรุปผลการรักษา การประเมินการทำงาน และรายงานความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานอย่างน้อย 6 เดือนติดต่อกัน

การออกเอกสารรับรองความพิการ

ระบุว่ามีความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม และโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องตามระบบ ICD-10 รวมทั้งสาเหตุ (ถ้ามี) และระยะเวลาที่เริ่มป่วยจนถึงวันออกเอกสารรับรองความพิการ

แนวทางการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าและการรักษาโรคร่วมที่พบตามมาตรฐานวิชาการ
2. การบำบัดมุ่งเน้นการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และการสามารถทำหน้าที่/มีคุณค่าในการดำรงชีวิตประจำวัน รวมถึงการค้นหาและเสริมศักยภาพที่เป็นกลไกแก้ไขปัญหาที่เป็นธรรมชาติของคนพิการทางจิต
3. การให้คำปรึกษา จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัดตามสภาพปัญหาและความจำเป็นของคนพิการทางจิตและครอบครัว
4. การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่คนพิการทางจิต ผู้ดูแลหรือครอบครัวเพื่อปรับตัวในการใช้ชีวิตอยู่ด้วยกัน การสังเกตอาการเตือน/กำเริบของโรค เป็นต้น
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และทางการศึกษา
6. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม เช่น ฝึกทักษะทางสังคม การจัดการและแก้ไขปัญหา
7. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ได้แก่ การค้นหาความถนัด การฝึกอาชีพ การทดลองจ้างงาน เป็นต้น
8. การเยี่ยมบ้านและการดูแลในชุมชน โดยกระตุ้นหรือส่งเสริมพลังอำนาจการมีส่วนร่วมของคนพิการทางจิต ครอบครัวและ ชุมชน

ระบบการส่งต่อ

- กรณีสมควรส่งต่อคนพิการทางจิตไปพบจิตแพทย์
1. แพทย์ทั่วไปสงสัยหรือไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรคจิตเวชหรือการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วย
 2. กรณีต้องรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน แต่สถานพยาบาลเบื้องต้นไม่สามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยในได้

แนวทางการใช้แบบประเมินความพิการทางจิต

แบบประเมินนี้ เป็นแบบประเมินความพิการทางจิต ที่ใช้ได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ จึงต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมตามวัยของผู้ถูกประเมิน และตรงกับความสามารถของผู้ป่วยมากที่สุด ไม่ใช่แบบประเมิน

อาการทางจิต (Symptoms Checklist) และต้องใช้หลังจากให้การวินิจฉัยโรคจิตเวชตามระบบ ICD-10 ที่เข้าเกณฑ์ในการประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ผู้ใช้แบบประเมินความพิการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ในสถานอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์หรือมหาวิทยาลัย) นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช นักกิจกรรมบำบัด แพทย์ โดยจะต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมตามวัยของผู้ถูกประเมิน และให้ตรงกับสมรรถภาพ (ความสามารถ) ของผู้ป่วยมากที่สุด และผู้ตอบแบบประเมินความพิการ คือ ผู้ดูแล ผู้ป่วย และข้อมูลจากการสังเกตของผู้ประเมิน

เกณฑ์ในการประเมิน ถ้าได้คะแนนรวมตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปถือว่าเข้าเกณฑ์พิการ การคิดคะแนนในแต่ละข้อ มีดังนี้ ตอบข้อ 1 ได้ 1 คะแนน ตอบข้อ 2 ได้ 2 คะแนน และถ้าตอบข้อ 3 ได้ 3 คะแนน

ในกรณีที่ประเมินแล้วพบว่าเข้าเกณฑ์พิการ ให้ส่งต่อแพทย์ ในการออกหนังสือรับรองความพิการ ประเภท 4 เพื่อผู้ป่วยมีสิทธิไปขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ ตามมาตรา 19 ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 และเข้าถึงสิทธิประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางจิต

คำชี้แจงเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินความพิการทางจิต แบบประเมินนี้ เป็นแบบประเมินความพิการทางจิต ที่ใช้ได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ จึงต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมตามวัยของผู้ถูกประเมิน และตรงกับความสามารถของผู้ป่วยมากที่สุด สำหรับข้อที่ 6 ให้เลือกตอบ ถ้าเป็นผู้ใหญ่ให้ทำข้อ 6.1 ความสามารถในการประกอบอาชีพ ถ้าเป็นเด็กให้ทำข้อ 6.2 ความสามารถในการเรียน อธิบายคำจำกัดความของแต่ละข้อ เพื่อความชัดเจนในการประเมิน ดังต่อไปนี้

1. ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น ได้แก่ การเรียนรู้ด้านอื่นๆในชีวิตประจำวัน/ในสังคม ที่มีใช้การเรียนรู้วิชาการในโรงเรียน (เหมาะสมตามวัย) คือ บุคคลนั้นสามารถรับรู้ มีสมาธิ มีความเข้าใจ จนสามารถปฏิบัติได้หลังจากได้รับการฝึก/การแนะนำ
2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลตนเอง การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การทำกิจกรรมอื่นๆในชีวิตประจำวัน เช่น อาบน้ำ รับประทานอาหาร เปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ กรณีต้องกระตุ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน คือ ทำได้เองแต่ต้องมีคนช่วยกระตุ้นบ้าง ส่วนการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองไม่ได้ หมายถึง จะต้องมีคนช่วยเหลือ
3. การช่วยเหลืองานบ้าน ได้แก่ งานที่ได้รับมอบหมายที่บ้าน ไม่รวมถึงการประกอบอาชีพ เช่น กวาด ถูบ้าน ประกอบอาหาร ล้างชาม ฯลฯ กรณีช่วยเหลืองานบ้านไม่ได้ คือ แม้กระตุ้นแล้วก็ยังช่วยเหลืองานบ้านไม่ได้
4. ความสามารถในการเข้าสังคม ได้แก่ การปรับตัวกับคนอื่น การอยู่ร่วมกับผู้อื่น การผูกมิตร การสนิทสนมกับผู้อื่น ผ่านการเล่น การเรียน หรือการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม เช่น การเข้าวัด/มีสัทธิ การร่วมงานตามประเพณี ได้แก่ งานปีใหม่ งานสงกรานต์ เป็นต้น
5. ความสามารถในการสื่อสาร ได้แก่ พัฒนาการทางการพูดและใช้ภาษาที่เหมาะสมกับอายุ เช่น อายุ 1 ขวบครึ่ง เริ่มพูดเป็นคำๆ อายุ 3 ขวบ พูดเป็นประโยค สำหรับผู้ใหญ่ สามารถสนทนาและ

แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้

6. ความสามารถในการประกอบอาชีพ/การเรียน ให้เลือกประเมินให้เหมาะสมตามบทบาทของผู้ถูกประเมิน ถ้ายังเรียนอยู่ก็ให้ประเมินการเรียน ถ้าทำงานแล้วก็ให้ประเมินการประกอบอาชีพ ภาระเรียนและทำงานพร้อมกัน ให้ประเมินสิ่งที่กระทำเป็นหลักใหญ่

สำหรับกรณีเด็ก-วัยรุ่นที่อยู่ในวัยเรียน ประเมินความสามารถด้านการเรียน ที่เป็นผลมาจากระดับสติปัญญา ภาวะบกพร่องด้านการเรียนรู้ ช่วงสมาธิ ไม่นับรวมการขาดโอกาสทางการศึกษาฐานะยากจน ไม่ได้รับการศึกษา

6.1 ความสามารถในการประกอบอาชีพ เป็นความสามารถในการทำงานที่ไม่ใช่งานบ้าน จะมีค่าตอบแทนหรือไม่ก็ได้ เช่น ช่วยครอบครัวทำไร่ ทำนา ค้าขาย เป็นต้น

6.2 ความสามารถในการเรียน กรณีเรียนได้แต่ลำบาก หมายถึง เรียนได้แต่ต้องได้รับการช่วยเหลือ

แบบประเมินความพิการทางจิต

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี วันที่ประเมิน

การวินิจฉัยโรค.....

ที่อยู่.....

1. **ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น**
 -1. บอกครั้งเดียวหรือสองครั้ง สามารถทำตามได้
 -2. สอน/สาธิตซ้ำๆ จึงสามารถทำตามได้
 -3. สอน/สาธิตซ้ำๆ แล้วยังไม่เข้าใจ และทำไม่ได้

2. **ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน**
 -1. สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้
 -2. ต้องกระตุ้นในการทำกิจวัตรประจำวันได้
 -3. ทำกิจวัตรประจำวันของตนเองไม่ได้

3. **การช่วยเหลืองานบ้าน (เหมาะสมกับอายุ)**
 -1. สามารถช่วยเหลืองานบ้านได้
 -2. ต้องกระตุ้นให้ช่วยเหลืองานบ้าน
 -3. ช่วยเหลืองานบ้านไม่ได้

4. **ความสามารถในการเข้าสังคม**
 -1. สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมได้
 -2. มีสังคมเฉพาะคนในครอบครัว/คนใกล้ชิด เช่น เพื่อน ญาติ เป็นต้น
 -3. ไม่เข้าสังคมหรือชอบแยกตัว

5. **ความสามารถในการสื่อสาร**
 -1. สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้
(สำหรับเด็กต้องคำนึงพัฒนาการตามอายุ)
 -2. สนทนาร่วมกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว
(สำหรับเด็กต้องคำนึงพัฒนาการตามอายุ)
 -3. ไม่สนทนากับใคร

6. **ความสามารถในการประกอบอาชีพ/การเรียน**
 - 6.1 ความสามารถในการประกอบอาชีพ
 -1. ประกอบอาชีพได้และเมื่อมีปัญหาสามารถหาที่ปรึกษาได้
 -2. ประกอบอาชีพได้ แต่ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด
 -3. ไม่สามารถประกอบอาชีพได้
 - 6.2 ความสามารถในการเรียน
 -1. เรียนได้
 -2. เรียนได้แต่ลำบาก
 -3. เรียนไม่ได้

ความพิการประเภทที่ 5

ความพิการทางสติปัญญา

	หน้า
• คำนินยาม	77
• ความซุก	77
• อาการและอาการแสดง	77
• สาเหตุ	78
• การจำแนกความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา	79
• การวินิจฉัย	81
• การออกเอกสารรับรองความพิการ	84
• การเสริมสร้างศักยภาพครอบครัว	84
• แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ	85
• การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	85
• การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา	87
• การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ	88
• องค์กรที่เกี่ยวข้อง	89

บทที่ 6

ความพิการทางสติปัญญา

คำนิยาม

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หรือภาวะปัญญาอ่อน (Intellectual Disabilities/Mental Retardation) ตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, (DSM-5) โดย American Psychiatric Association (APA) ในปี พ.ศ. 2556 หมายถึง ภาวะที่มี

1. ความบกพร่องในความสามารถทางเชาวน์ปัญญา ซึ่งได้แก่ การใช้เหตุผล การแก้ปัญหา การวางแผน การคิดเชิงนามธรรมการตัดสินใจ การเรียนรู้ทางวิชาการและการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมปรับตัว จากการประเมินทางคลินิกและ/หรือการทดสอบระดับเชาวน์ปัญญา โดยทั่วไปหมายถึงระดับเชาวน์ปัญญาที่ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของคนปกติ คือ ต่ำกว่า 70

2. พฤติกรรมการปรับตัว หมายถึง การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันต่างๆ ไป ในการดำรงชีวิตบกพร่องเมื่อเทียบกับความสามารถตามวัย ตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป ใน 3 ด้าน ได้แก่

ก. ทักษะด้านความคิดรวบยอด (conceptual skills) ได้แก่ ทักษะด้านภาษา การอ่าน เขียน คณิตศาสตร์ การใช้เหตุผล ความรู้ และความจำ

ข. ทักษะด้านสังคม (social skills) ได้แก่ การเข้าใจผู้อื่น ทักษะการสื่อสารกับผู้อื่น สัมพันธภาพกับผู้อื่น การตัดสินใจ และการควบคุมตนเอง

ค. ทักษะด้านการปฏิบัติ (practical skills) ได้แก่ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบด้าน การงาน การจัดการด้านการเงิน การพักผ่อนหย่อนใจ การจัดการด้านการเรียนและการงาน

3. แสดงอาการในช่วงที่สมองยังมีการพัฒนา (developmental period)

ความชุก

พบภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 1-3 ของประชากร

อาการและอาการแสดง ได้แก่

1. พัฒนาการช้า มักมีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน แต่ส่วนใหญ่มักมาด้วยเรื่องพัฒนาการทางภาษาล่าช้า ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาถึงรุนแรงมากเท่าใด พัฒนาการช้าก็ปรากฏให้เห็นเร็วขึ้นและหลายด้าน

2. ปัญหาการเรียน เรียนไม่ทันเพื่อน อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ หรือสอบตกซ้ำชั้น

3. ปัญหาพฤติกรรม เช่น ชน อยู่ไม่นิ่ง สมาธิสั้น
4. มีลักษณะผิดปกติต่างๆ (dysmorphic features) ให้เห็นชัดเจนตั้งแต่แรกเกิด เช่น กลุ่มอาการดาวน์ เป็นต้น

สาเหตุ

เกิดจากปัจจัยต่างๆในด้านชีวภาพ สังคมจิตวิทยา หรือหลายๆปัจจัยร่วมกัน ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในบางรายอาจไม่ทราบสาเหตุโดยเฉพาะในภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย ประมาณร้อยละ 50 ของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มีสาเหตุมากกว่าหนึ่งอย่าง สาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

สาเหตุ	ตัวอย่าง	ร้อยละที่พบ
ก่อนคลอด (Prenatal causes)		
ความผิดปกติทางพันธุกรรม • โครโมโซมผิดปกติทั้งโครโมโซมหรือบางส่วน การผ่าเหล่าของยีน ความผิดปกติจากการขาดหายไปของยีนบนโครโมโซม (microdeletions หรือ subtelomeric deletions)	กลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome), tuberous sclerosis, phenylketonuria และความผิดปกติทางเมแทบอลิกอื่นๆ, กลุ่มอาการโครโมโซมเอกซ์เปราะ (Fragile x syndrome), Prader-Willi syndrome, Williams syndrome, Angelman syndrome	4-28
ความผิดปกติแต่กำเนิด • ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง	ภาวะปลายหลอดประสาทปิดไม่สนิท (Neural tube defects)	7-17
อื่นๆ • การติดเชื้อในครรภ์ ได้รับสารพิษ ครรภ์พิษ หรือรบกวนผิดปกติ	การติดเชื้อหัดเยอรมัน (Congenital rubella), การติดเชื้อเอชไอวี (Human immunodeficiency virus: HIV), Fetal alcohol syndrome, การเกิดก่อนกำหนด, ได้รับรังสีหรือกัมมันตรังสีระยะเกิด	5-13
ปริกำเนิด (Perinatal causes)		
• การติดเชื้อ • ปัญหาระหว่างการคลอดและอื่นๆ	เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ภาวะขาดออกซิเจน bilirubin ในเลือดสูง	2-10
หลังคลอด (Postnatal causes)		
• การติดเชื้อ ได้รับสารพิษ • ปัญหาทางจิตสังคมและอื่นๆ	สมองอักเสบ พิษจากตะกั่ว กัมมันตรังสีหลังเกิด เนื้องอกในสมอง เศรษฐกิจยากจน การเลี้ยงดูการขาดการกระตุ้นที่เหมาะสม ขาดสารอาหาร ปัญหาทางจิตสังคมอื่นๆ	3-12
ไม่ทราบสาเหตุ (Unknown causes)		
		30-50

การจำแนกความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (ตารางที่ 2)

ลักษณะทางคลินิกตามระดับความรุนแรง

1. **บกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมาก** พัฒนาการล่าช้าชัดเจนตั้งแต่เล็กๆ อาจจะมีกาช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ต้องอาศัยการฝึกอย่างมาก ส่วนใหญ่พบว่ามีความพิการ ต้องการการดูแลตลอดเวลา ตลอดชีวิต แม้จะเป็นผู้ใหญ่แล้วก็ตาม

2. **บกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง** พบความผิดปกติของพัฒนาการตั้งแต่ 1-2 ขวบปีแรก มักมีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา สื่อความหมายได้เพียงเล็กน้อยหรือพูดไม่ได้เลย บางรายเริ่มพูดได้เมื่อเข้าสู่วัยเรียน มีปัญหาในการเคลื่อนไหว ในบางราย พบพยาธิสภาพมากกว่า 1 อย่าง ปกป้องตนเองได้น้อย มีความจำกัดในการดูแลตนเอง ทำงานง่าย ๆ ได้ ส่วนใหญ่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดหรือต้องช่วยในทุกๆด้านอย่างมาก ตลอดชีวิต

3. **บกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลาง** มักได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่วัยก่อนเรียน เมื่ออายุประมาณ 2-3 ปี โดยพบว่ามีความล่าช้าในด้านภาษา เรียนได้ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 2-3 ในวัยเรียน มักต้องการการจัดการศึกษาพิเศษ สามารถเรียนรู้การเดินทางตามลำพังได้ในสถานที่ที่คุ้นเคย ใช้ชีวิตในชุมชนได้ดีทั้งการดำรงชีวิตและการทำงาน แต่ต้องการความช่วยเหลือปานกลาง ตลอดชีวิต ประมาณร้อยละ 20 ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง

4. **บกพร่องทางสติปัญญาระดับน้อย** อาจพบพัฒนาการช้าเมื่ออายุประมาณ 3-4 ปี มักได้รับการวินิจฉัยเมื่อเด็กเข้าสู่วัยเรียนแล้ว เนื่องจากในวัยก่อนเรียนพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายได้เพียงพอ ส่วนใหญ่เรียนได้ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรือสูงกว่า เมื่อเป็นผู้ใหญ่สามารถทำงาน แต่งงาน ดูแลครอบครัวได้ แต่อาจต้องการความช่วยเหลือบ้างเป็นครั้งคราวเมื่อมีปัญหาชีวิตหรือหน้าที่การงาน มักไม่พบสาเหตุทางพยาธิสภาพ ส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจจนหรือด้อยโอกาส

ตารางที่ 2 ระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ระดับ	IQ	ด้านความคิดรวบยอด (conceptual domain)	ด้านสังคม (social domain)	ด้านการปฏิบัติตน (practical domain)	ร้อยละที่พบ
น้อย (Mild)	55-69	<ul style="list-style-type: none"> • ปฐมวัยอาจไม่พบความแตกต่างชัดเจน • วัยเรียนและผู้ใหญ่ มีความยากลำบากในการเรียน 	<ul style="list-style-type: none"> • ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อสาร การตัดสินใจทางสังคมล่าช้ากว่าวัย 	<ul style="list-style-type: none"> • อาจดูแลตนเองได้เหมาะสม ยกเว้นกิจวัตรประจำวันที่ยุ่งยาก • วัยผู้ใหญ่ทำงานที่ไม่ต้องอาศัยทักษะการคิด • ต้องการความช่วยเหลือในการเลี้ยงดูครอบครัว 	85
ปานกลาง (Moderate)	40-54	<ul style="list-style-type: none"> • ทักษะด้านการคิดช้ากว่าเพื่อนอย่างชัดเจน • เรียนรู้ได้ในระดับประถมศึกษาและต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำงานและชีวิตส่วนตัว 	<ul style="list-style-type: none"> • การสื่อสารและทักษะด้านสังคมช้ากว่าเพื่อนอย่างเห็นได้ชัด • มีข้อจำกัดในการตัดสินใจ • ทักษะทางสังคมและการสื่อสารต้องได้รับการช่วยเหลือ 	<ul style="list-style-type: none"> • ดูแลตนเองได้แต่ต้องสอน เตือน และให้เวลา • การทำงานที่ไม่ต้องอาศัยการคิด และทักษะทางสังคมต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างมาก • พบพฤติกรรมไม่เหมาะสมที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมได้บ้าง 	10
รุนแรง (Severe)	25-39	<ul style="list-style-type: none"> • มีความเข้าใจน้อยในด้านภาษาเขียน จำนวน ปริมาณ เวลาและเงิน • ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากในการแก้ปัญหาตลอดชีวิต 	<ul style="list-style-type: none"> • มีข้อจำกัดของการสื่อสารในด้านไวยากรณ์และคำศัพท์ ภาษาและการพูด • มีสัมพันธ์ ภาพเฉพาะกับสมาชิกในครอบครัวและคนที่คุ้นเคย 	<ul style="list-style-type: none"> • ต้องการความช่วยเหลือในทุกกิจวัตรประจำวัน • ต้องการการกำกับดูแลตลอดเวลา • การฝึกสอนทักษะทุกด้านต้องใช้เวลาและต่อเนื่อง • บางรายมีปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสมรวมทั้งการทำร้ายตนเอง 	3-4
รุนแรงมาก (Profound)	<25	<ul style="list-style-type: none"> • ทักษะด้านการคิดโดยทั่วไปเกี่ยวข้องกับโลกทางวัตถุมากกว่ากระบวนการทางสัญลักษณ์ • ความบกพร่องด้านกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัสอาจส่งผลต่อการใช้สิ่งของต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> • มีข้อจำกัดของความเข้าใจในการสื่อสารเชิงสัญลักษณ์ ทั้งการพูดและภาษาท่าทาง • การแสดงออกถึงความต้องการและอารมณ์ของตัวมักผ่านภาษาท่าทางและการสื่อสารโดยไม่ใช้สัญลักษณ์ • ความบกพร่องด้านกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัสอาจส่งผลต่อกิจกรรมทางสังคมต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> • พึ่งพาผู้อื่นทุกด้านในการดูแลตนเอง สุขภาพและความปลอดภัย • ฝึกทักษะได้เพียงการใช้อุปกรณ์ง่ายๆ ซึ่งต้องการการดูแลอย่างมากและต่อเนื่อง • ความบกพร่องด้านกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัสมักเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในสังคม • พบพฤติกรรมไม่เหมาะสมในบางราย 	1-2

หมายเหตุ ในปัจจุบันการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาควรพิจารณาจากพฤติกรรมที่ปรับตนมากกว่าระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจะได้รับการช่วยเหลือ มีโอกาสเข้าสู่ระบบการศึกษาเป็นสำคัญ

การวินิจฉัย

1. **ซักประวัติ** ได้แก่ ประวัติก่อนคลอด การคลอด และหลังคลอด รวมทั้งพงศาวลีของครอบครัว
3 รุ่นในปัญหาการเรียน ความผิดปกติทางจิตเวช ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ความผิดปกติทางระบบประสาท หรือพัฒนาการถดถอย

2. ตรวจร่างกาย และตรวจทางระบบประสาท

- ประเมินลักษณะผิดปกติ minor physical anomalies
- การเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านร่างกาย
- เส้นรอบศีรษะเทียบกับค่าปกติ
- ลักษณะของใบหน้า เช่น คางเล็ก (micrognathia), ตาห่าง (hypertelorism) หรือ

ริมฝีปากบนบาง (thin upper lip) เป็นต้น

- ใช้รูปถ่ายหรือวิดีโอทัศน์เพื่อดูลักษณะร่างกายและท่าเดิน (gait)
- ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior phenotypes)
- Wood's light และ dermatoglyphic ตามข้อบ่งชี้

3. ประเมินระดับเชาวน์ปัญญาและพฤติกรรมการปรับตัว โดยใช้เครื่องมือต่อไปนี้

3.1 กรณีที่หน่วยบริการไม่มีนักจิตวิทยา อาจใช้

• คู่มือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี (เชาวน์เล็ก) ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองสติปัญญาที่ง่าย ทดสอบได้ในเวลารวดเร็ว ซึ่งผู้ทดสอบไม่จำเป็นต้องเป็นนักจิตวิทยาคลินิกแต่ควรผ่านการอบรม

• อาจใช้วิธีการประเมินระดับเชาวน์ปัญญาเบื้องต้น เช่น Gesell figure drawing test หรือ Draw A Person test เป็นต้น

3.2 กรณีที่ประเมินระดับสติปัญญาโดยนักจิตวิทยา สามารถใช้แบบประเมินระดับเชาวน์ปัญญาต่อไปนี้ตามข้อจำกัดของเด็กแต่ละราย

- Stanford-Binet Intelligence Scale (5th Edition) ใช้ทดสอบเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปจนถึงวัยผู้สูงอายุ
- Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-IV) ใช้ในเด็กอายุ 6-16 ปี
- แบบประเมินพฤติกรรมการปรับตัว Vineland Adaptive Behavior Scale II (VBAS II)

ข้อควรระวังในการใช้เครื่องมือ

ก. ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 2 ปี ที่ยังมีข้อจำกัดของเครื่องมือทำให้ไม่สามารถประเมินระดับเชาวน์ปัญญาได้ ไม่ควรวินิจฉัยว่ามีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา แต่ควรได้รับการประเมินพัฒนาการและวินิจฉัยว่ามีภาวะบกพร่องทางพัฒนาการหากพบพัฒนาการล่าช้า เว้นแต่จะพบความบกพร่องอย่างรุนแรงและ/หรือพบภาวะที่มีความสัมพันธ์สูงกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เช่น กลุ่มอาการดาวน์ เป็นต้น

ข. ในเด็กอายุ 2-5 ปี ควรระวังการวินิจฉัย เนื่องจากความร่วมมือในการทดสอบของเด็กยังน้อยและข้อจำกัดของเครื่องมือประเมินที่ผลการประเมินเด็กในช่วงอายุนี้อาจสัมพันธ์กับระดับเชาวน์เมื่อเด็กโตขึ้นไม่ตื้นัก

โดยทั่วไปจะวินิจฉัยภาวะบกพร่องทางพัฒนาการในเด็กอายุแรกเกิด-5 ปี อย่างไรก็ตามเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางพัฒนาการไม่จำเป็นต้องมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาทุกรายจึงควรติดตามว่ามีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาหรือไม่ต่อไปเมื่อเด็กอายุมากขึ้น

4. ประเมินเพื่อหาสาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เมื่อวินิจฉัยภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้แล้ว ควรมีการประเมินเพื่อหาสาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ค้นหาความผิดปกติแบบ progressive หรือ degenerative เช่น Rett syndrome หรือ Cockayne syndrome เป็นต้น

2. ค้นหาโรคที่รักษาได้ เช่น phenylketonuria ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (hypothyroidism) เป็นต้น

3. ให้คำแนะนำปรึกษาผู้ปกครองเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงในการเกิดซ้ำและเตรียมการแก้ไขปัญหาที่พบร่วมด้วย

4. การตรวจพิเศษ ใช้ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ เช่น ถ่ายภาพรังสีกระดูก Muscle biopsies ตรวจ ดีเอ็นเอ และอนุพันธุศาสตร์ วิเคราะห์โครโมโซม ตรวจ organic and amino acids ตรวจ Fluorescence in situ hybridization ในรายที่สงสัย microdeletions หรือความผิดปกติของโครโมโซมส่วนปลาย (Subtelomeric region rearrangements) ตรวจทางรังสีระบบประสาท (magnetic resonance imaging: MRI and computed tomography: CT) หรือตรวจทางเมแทบอลิก เพื่อหา lysosomal, peroxisomal และ mitochondrial disorders ทำในกรณีมีประวัติการแต่งงานในเครือญาติ มีสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาคล้ายๆกัน พัฒนาการถดถอย ตรวจร่างกายพบกล้ามเนื้ออ่อนนุ่ม การเจริญเติบโตช้า หรือตับม้ามโต เป็นต้น

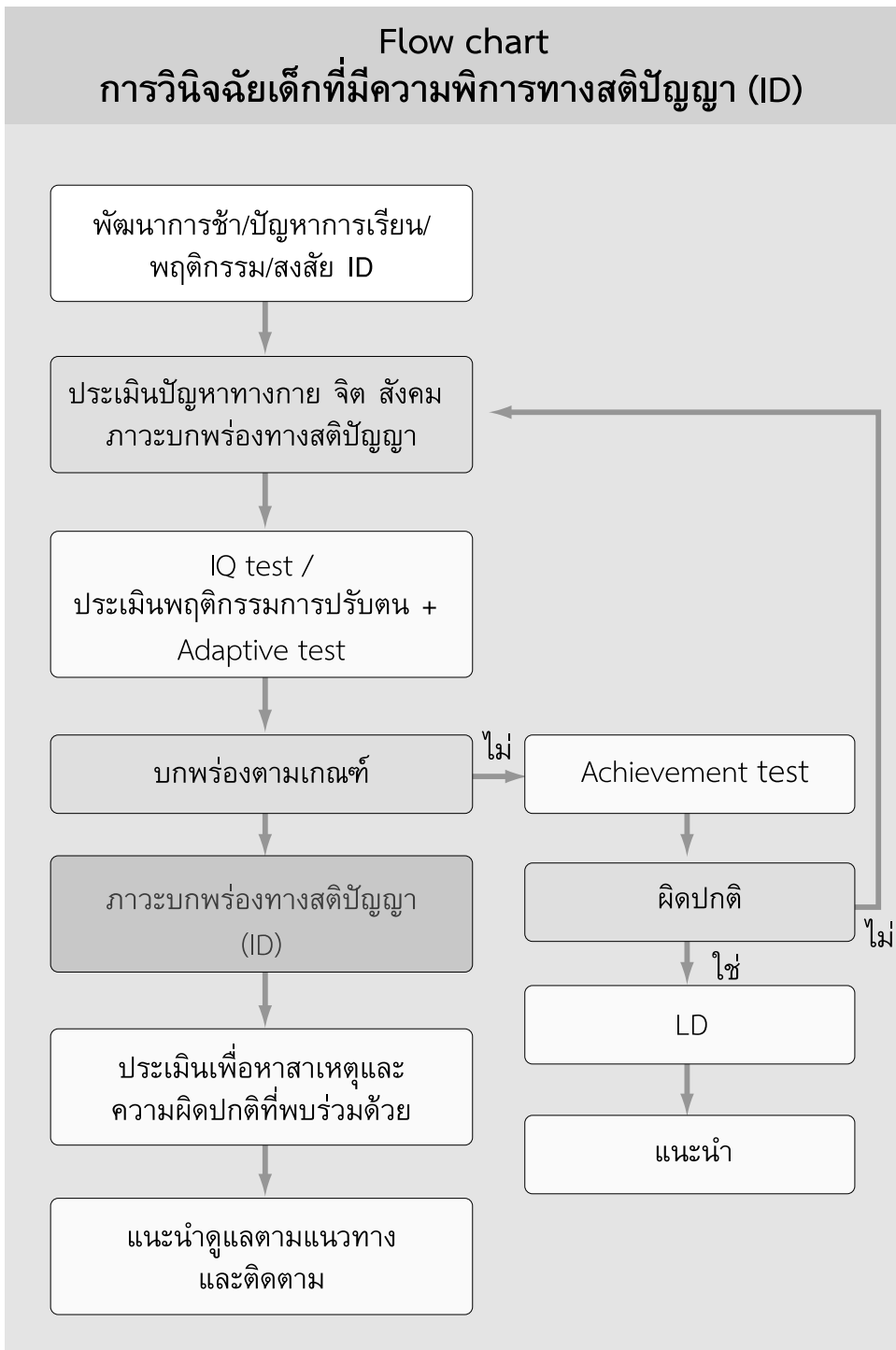
5. ประเมินความผิดปกติที่พบร่วมกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ได้แก่

- ปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ ชน อยู่ไม่นิ่ง สมาธิสั้น ทำร้ายตนเอง ก้าวร้าว กระตุกตนเอง เช่น ตบมือ เขย่งเท้า ดื้อ เกเร อาจพบโรคอารมณ์สับสนแปรปรวนและโรคจิต (schizophrenia) ได้บ้าง รักษาโดยการปรับพฤติกรรมและการใช้ยา

- ประสาทสัมผัสบกพร่อง ได้แก่ การได้ยินบกพร่องหรือมีปัญหาในการมองเห็น เช่น ตาเข และสายตาคิดปกติ โดยการส่งตรวจการได้ยินและตรวจตา

- โรคทางกาย ได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในกลุ่มอาการดาวน์ หรืออาการชักซึ่งพบได้บ่อยกว่าบุคคลทั่วไป

Flow chart การวินิจฉัยเด็กที่มีความพิการทางสติปัญญา (ID)



หมายเหตุ: กรณีทดสอบ IQ test ไม่ได้ อาจประเมินระดับเขาวนปัญญาเบื้องต้นโดยใช้คู่มือเขาวนเล็ก หรือ Gesell figure drawing test หรือ Draw A Person test

การออกเอกสารรับรองความพิการ

โดยการระบุว่ามีความพิการประเภทความบกพร่องทางสติปัญญาหรือไม่ กรณีการตรวจประเมินผลการทดสอบระดับเขาวินปัญญาและพฤติกรรมการปรับตัวเข้าได้ตามเกณฑ์การวินิจฉัย หรือไม่มีผลการทดสอบดังกล่าว แต่มีอาการ อาการแสดงและลักษณะทางคลินิกที่ปรากฏชัด

การเสริมสร้างศักยภาพครอบครัว (Family Empowerment)

การเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาโดยการให้ความรู้ ปรับเจตคติ และฝึกปฏิบัติ เพื่อเพิ่มพูนทักษะในการดูแล เสริมสร้างให้ครอบครัวมีศักยภาพ และมั่นใจในศักยภาพที่มีอยู่ รวมทั้งปรับความคาดหวังให้ตั้งอยู่บนพื้นฐานที่เป็นจริงด้วย เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางจิตเวช

ครอบครัวควรมีความเข้าใจในเบื้องต้น ดังนี้

1. ยอมรับความเป็นจริงในสภาพปัญหา แต่ไม่ยอมแพ้ต่อสภาพปัญหา
2. ครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลช่วยเหลือ ส่วนแพทย์และผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ มีบทบาทในการให้คำปรึกษา แนะนำวิธีการที่เหมาะสม
3. เด็กจะมีขั้นตอนของพัฒนาการเช่นเดียวกับเด็กปกติทั่วไป เพียงแต่พัฒนาการแต่ละขั้นจะใช้เวลา นานกว่า การฝึกฝนทักษะต่างๆ จึงควรทำอย่างต่อเนื่อง
4. เด็กที่ได้รับการฝึกฝนที่ดีและสม่ำเสมอตั้งแต่แรก จะสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ และเมื่อเด็กโตขึ้นจะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ดีเพียงใด ขึ้นกับคุณภาพของการศึกษา การฝึกฝน และความรุนแรง
5. เด็กต้องการความรัก ความเข้าใจเช่นเดียวกับเด็กทั่วไป
6. ให้กำลังใจกับความพยายามของเด็ก เปิดโอกาสในการทำสิ่งต่างๆ ตามความสามารถ
7. เน้นการเรียนรู้ในครอบครัวและชุมชน เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ง่าย

การให้คำปรึกษา (Counseling) สำหรับครอบครัว

1. เพื่อให้เข้าใจสภาพปัญหา การดำเนินของปัญหา แนวทางการดูแลรักษา ปรับความคาดหวังที่มีต่อตัวเด็กให้เหมาะสมตามความเป็นจริง และจัดการความเครียดภายในครอบครัว
2. ให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ (Genetic Counseling) ในกรณีที่พบว่ามีความเสี่ยงจากโรคทางพันธุกรรม ให้ข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจวางแผนครอบครัวอย่างเหมาะสม และป้องกันการเกิดซ้ำ

การให้คำแนะนำและความรู้แก่พ่อแม่

1. จุดมุ่งหมายสูงสุดของการฝึกสอนเด็ก เพื่อให้เด็กได้มีความเป็นอยู่ใกล้เคียงคนปกติ
2. เด็กจะพัฒนาความสามารถได้มากหรือน้อย ขึ้นกับ

2.1 ระดับของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับน้อย จะ มีโอกาสพัฒนาให้สามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงเด็กปกติมากกว่าเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับปานกลางหรือรุนแรง

2.2. ความผิดปกติที่พบร่วมต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ไม่ประสบผลดีเท่าที่ควร

2.3. การส่งเสริมพัฒนาการ ถ้าเด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการในวัยเยาว์ จะมีความพร้อมในการเรียนร่วมกับเด็กปกติในโรงเรียนทั่วไป มากกว่าการฝึกเมื่อเด็กโตแล้ว

2.4. ความร่วมมือของครอบครัว มีความสำคัญต่อเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญามากที่สุด ตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิต จึงควรเข้าใจความบกพร่อง ข้อจำกัดของความสามารถ ความต้องการพิเศษ คาดหวังอย่างเหมาะสม ตลอดจนอบรมเลี้ยงดูและฝึกสอนในทิศทางที่ถูกต้อง

แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ช่วงแรกเกิด-6 ปี เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ซึ่งรวมทั้งการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากการส่งเสริมสุขภาพเช่นเด็กปกติ การบำบัดรักษาความผิดปกติที่อาจพบร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหรือภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนที่พบในกลุ่มอาการดาวน์แล้ว จะให้การส่งเสริมพัฒนาการเพื่อพัฒนาทักษะด้านกล้ามเนื้อใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ภาษา สังคมและการช่วยเหลือตนเองเพื่อให้เด็กมีความพร้อมในการศึกษาและพัฒนาทักษะต่อไป

ช่วงอายุ 7-15 ปี เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการศึกษา มีการจัดการการศึกษาโดยมีแผนการศึกษาสำหรับแต่ละบุคคล (Individualized Educational Program: IEP) ในโรงเรียนซึ่งอาจเป็นการเรียนในชั้นเรียนปกติเรียนร่วม หรือมีการจัดการศึกษาพิเศษ

ช่วงอายุ 15-18 ปี เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสังคมและด้านอาชีพ มีการฝึกวิชาชีพและลักษณะนิสัยที่ดีในการทำงาน ทั้งนี้เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา สามารถดำรงชีวิตอิสระ (independent living) ในสังคมได้อย่างคนปกติ (normalization)

การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (Medical Rehabilitation)

1. **การส่งเสริมพัฒนาการ (Early Intervention)** หมายถึง การจัดโปรแกรมการฝึกทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่พัฒนาการปกติตามวัยของเด็ก เพื่อเตรียมเด็กให้มีความพร้อมในการเรียน โดยเน้นบทบาทของพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูในการฝึกเด็กอย่างสม่ำเสมอ

2. **กายภาพบำบัด** กรณีที่มีกล้ามเนื้ออ่อนนุ่ม หรือมีอาการเกร็งของแขน ขา ลำตัว เพื่อช่วยลดการยึดติดของข้อต่อ และการสูญเสียกล้ามเนื้อ

3. **กิจกรรมบำบัด** ฝึกการใช้กล้ามเนื้อเล็ก การทำงานประสานกันของตาและมือ (eye-hand co-ordination) ได้แก่ การใช้มือหยิบจับสิ่งของ รวมทั้ง oro-motor function

4. การแก้ไขการพูด ผิดใช้กล้ามเนื้อในการพูด เปล่งเสียงและออกเสียงให้ถูกต้อง

5. การรักษาด้วยยา

- กรณีที่มีโรคทางกายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา เช่น ยาแก้ชักในเด็กที่มีโรคลมชักร่วมด้วย ไทรอยด์ฮอร์โมนในกรณีที่มีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน เป็นต้น
- กรณีที่มีปัญหาพฤติกรรม, อาจพิจารณาใช้ยาในกรณีที่มีปัญหารุนแรง (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ยาที่ใช้ในเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่มีปัญหาพฤติกรรม

ปัญหาพฤติกรรม	ประเภทของยา	ยา
สมาธิสั้น ไม่อยู่นิ่ง	Short-acting stimulants	Methylphenidate (Ritalin)
	Long-acting stimulants	Methylphenidate (Concerta)
	Other medications	Clonidine Atomoxetine (Strattera)
ก้าวร้าว (ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น)	Antipsychotics -conventional -atypical	Haloperidol (Haldol), Risperidone (Risperdal), Aripiprazole (Abilify)
	Mood stabilizers	Sodium valproate (Depakine), Carbamazepine (Tegretol)
การเคลื่อนไหวซ้ำซาก (Stereotypic movement disorders)	Antipsychotics -conventional -atypical	Haloperidol (Haldol), Risperidone (Risperdal)

การใช้ยาในเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่มีปัญหาพฤติกรรม เป็นการช่วยให้เด็กมีสมาธิและควบคุมตนเองได้บ้าง ควรใช้ร่วมกับการปรับพฤติกรรม แต่การที่เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะมีทักษะ ความสามารถดีขึ้นนั้นเด็กต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมตามช่วงวัย

การใช้ยาควรเริ่มต้นด้วยขนาดยาต่ำๆ และค่อยๆ เพิ่มขนาดยา ควรระวังผลข้างเคียงของยา และปฏิกริยาระหว่างยาทางจิตเวชกับยาอื่นที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ เช่น ยาแก้ชัก ประเมินผลการรักษาเป็นระยะ และเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นที่น่าพอใจ ควรพิจารณาระดับยาที่เป็น maintenance dose ระยะเวลาหนึ่งแล้วค่อยๆ ลดขนาดยาลง

6. การรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial Treatment)

- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Modification) คือ การลดพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนา การเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสม และการคงพฤติกรรมที่เหมาะสมให้มืออย่างต่อเนื่อง วิธีการที่นิยมใช้ ได้แก่ การให้รางวัลเมื่อมีพฤติกรรมที่ต้องการเกิดขึ้น การเบี่ยงเบนความสนใจ การเพิกเฉยหรือหยุดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

- การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม (Managing the Environment) ลดตัวกระตุ้นต่างๆ เพื่อลดความรุนแรง และความถี่ของพฤติกรรม
- ให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Client and Family Education) เพื่อให้เข้าใจปัญหา พฤติกรรม ความผิดปกติทางจิต และรู้ถึงวิธีจัดการกับปัญหา
- การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) แบบกลุ่มหรือตัวต่อตัว เพื่อแก้ปัญหา ส่งเสริมการเข้าใจตนเอง และการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม
- การเลือกใช้เทคนิคใดขึ้นกับความสามารถของผู้ป่วย ความร่วมมือของครอบครัว และความชำนาญของทีมผู้รักษา

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation)

ควรเปิดโอกาสให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเรียนร่วมกับบุคคลปกติมากที่สุด การจัดการศึกษาพิเศษเฉพาะเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาล้วนๆ (Special Education) จะจัดให้เท่าที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้นแต่จะส่งเสริมการจัด การเรียนร่วม และ การเรียนรวม (Integration and Inclusion Education) ให้มากที่สุด

1. **การเตรียมความพร้อม** การจัดกิจกรรมการสอนต้องคำนึงถึงความสามารถของแต่ละบุคคล เนื่องจากมีการเรียนรู้ช้า การสอนจึงควรทำซ้ำๆ การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ควรมีหลากหลายแตกต่างกันไปเพื่อไม่ให้เบื่อ การสอนควรเริ่มจากสิ่งที่ย่างไปหายาก และให้เรียนกิจกรรมที่เรียนรู้ได้ง่ายก่อน

2. **การจัดกิจกรรมนันทนาการ** เพื่อให้เกิดความสนุกสนานผ่อนคลาย และพัฒนาทักษะด้านสังคม ให้สามารถเล่นกับเพื่อนได้ รู้กฎกติกาของการเล่นและการปฏิบัติตน สามารถนำไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไป

3. **การปรับพฤติกรรม** เป็นกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ตลอดจนการสร้างพฤติกรรมใหม่ การปรับพฤติกรรมมีหลายวิธี เช่นการใช้แรงเสริม การเป็นแบบอย่างที่ดี การให้รางวัล การสะสมเหรียญ หรือคะแนนเพื่อนำมาแลกรางวัล อย่างไม่อย่างหนึ่ง

การเรียนของเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ควรพิจารณาตามความสามารถของเด็กมากกว่า ค่าคะแนน IQ รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญากับการเรียน

ระดับ	การเรียน
น้อย	เรียนร่วมกับเด็กปกติหรือเรียนห้องเรียนพิเศษในโรงเรียนปกติ
ปานกลาง	เรียนห้องเรียนพิเศษในโรงเรียนปกติหรือเรียนในโรงเรียนพิเศษเฉพาะทาง

เทคนิคการสอนเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

1. ใช้หลักการสอนแบบ 3R' S คือ
 - Repetition คือ การสอนแบบซ้ำไปซ้ำมา
 - Relaxation คือ การสอนแบบไม่ตึงเครียดนัก
 - Routine คือ การสอนให้เป็นกิจวัตรประจำวัน
2. สอนทีละขั้นจากสิ่งใกล้ตัวไปหาสิ่งไกลตัว หรือจากง่ายไปหายาก
3. สอนโดยการกระทำจริง ใช้ของจริง หรืออุปกรณ์ประกอบทุกครั้งและสอนสิ่งที่มีความหมายจริง
4. ต้องพยายามจัดการเรียนการสอนให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ได้มีประสบการณ์ใหม่ๆ
6. ต้องให้เวลาพอสมควรในการเปลี่ยนกิจกรรมอย่างหนึ่งไปสู่กิจกรรมอีกอย่างหนึ่ง
7. การสอนต้องอาศัยแรงจูงใจ (Motivation) ทำให้อยากเรียนโดยการให้แรงเสริมทั้งทางบวก และทางลบ
8. ต้องคำนึงถึงความพร้อมของเด็กแต่ละคน
9. ต้องสอนตามความสามารถ ยอมรับความสามารถ และพยายามส่งเสริมความสามารถ โดยให้เด็กช่วยเหลือตนเองมากที่สุด สอนตามความต้องการของเด็กแต่ละคนมากกว่าจะสอนตามระดับสติปัญญา
10. ต้องช่วยให้พัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง
11. สอนโดยการแบ่งตามหมู่ตามตารางสอน เมื่อฝึกให้เด็กทำกิจกรรมต่างๆ ต้องพยายามแทรกการฝึกหลายๆ ด้านไปด้วย
12. ครูต้องวิเคราะห์งาน (Task analysis) และประเมินผลความก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา

วิธีการสอนเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพื่อสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม

1. **ใช้การแนะนำโดยการกระทำ** คือการช่วยให้เกิดการกระทำโดยจับมือให้ทำตามพร้อมทั้งการใช้คำสั่ง แล้วให้รางวัลหรือชมเชย การจับมือทำนี้จะค่อยๆ ลดการช่วยเหลือเมื่อเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเริ่มพยายามทำด้วยตนเอง
2. **ใช้วิธีการเลียนแบบ** โดยการทำให้ดูเป็นตัวอย่างแล้วให้ทำตาม ชมเชยหรือให้รางวัลเมื่อทำได้ การสอนให้เลียนแบบจะต้องทำเป็นขั้นๆ เพื่อเป็นการง่าย จึงควรแบ่งงานออกเป็นขั้นย่อยๆ จากง่ายไปหายาก ให้รางวัลชมเชย เมื่อทำได้ทีละขั้นแล้วจึงสอนเพิ่มขึ้นในขั้นต่อไปจนสำเร็จทั้งหมด
3. **ใช้แรงจูงใจ** ให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้ใช้ความสามารถที่มีอยู่ให้เต็มที่ มีการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation)

การเตรียมฝึกอาชีพให้แก่เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา อายุ 15-18 ปี ได้แก่ ฝึกการตรงต่อเวลา รู้จักรับคำสั่งและนำมาปฏิบัติเอง โดยไม่ต้องมีผู้เตือน การปฏิบัติตนต่อผู้ร่วมงานและมารยาทในสังคม ช่วยเหลือให้มีอาชีพที่เหมาะสมกับความสามารถและศักยภาพของแต่ละคน

อาชีพหรืองานที่เด็กเหล่านี้สามารถทำได้ ได้แก่

1. งานค้าขาย เช่น งานบรรจุของใส่ถุงหรือกล่อง จัดเรียงของ ขนของ ส่งของ ฯลฯ
2. งานในสำนักงาน เช่น เดินเอกสาร จัดเก็บแฟ้ม ประทับตรา จัดเรียงเอกสาร เย็บเอกสาร ถ่ายเอกสาร ทำความสะอาดสำนักงาน ฯลฯ
3. งานบริการ เช่น พนักงานเสิร์ฟอาหาร พนักงานต้อนรับ ส่งหนังสือพิมพ์ บริการตามคำสั่ง เช่น เปิด-ปิดประตู ฯลฯ
4. งานเกษตรกรรม เช่น รดน้ำต้นไม้ ปลูกพืชผัก เลี้ยงสัตว์ เลี้ยงปลา ฯลฯ
5. งานช่างฝีมือ เช่น ช่วยงานช่างไม้ ชัดกระดาดชทราย ทาสี ช่วยงานช่างปูน ฯลฯ
6. งานหัตถกรรมและประดิษฐ์ เช่น ประดิษฐ์ดอกไม้ ตุ๊กตา งานเย็บง่ายๆ ฯลฯ
7. งานบ้าน เช่น งานทำความสะอาด ซักรีดเสื้อผ้า ช่วยงานครัว/ประกอบอาหาร

องค์กรที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 5 องค์กรที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

องค์กร	ข้อมูล
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จ.เชียงใหม่ (http://www.ricd.go.th)	การจัดบริการแก่เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า
สถาบันราชานุกูล (http://www.rajanakul.com)	การจัดบริการแก่เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ และบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา
สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ (http://special.obec.go.th)	โรงเรียนที่จัดการเรียนร่วมในจังหวัดต่างๆ ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด
สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (http://nep.go.th)	สิทธิและกองทุนคนพิการ
มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทย (http://www.fmrth.com)	การฟื้นฟูสมรรถภาพ การฝึกอาชีพ (ศูนย์ฝึกอาชีพปัญญาพิการ)

ความพิการประเภทที่ 6
ความพิการทางการเรียนรู้

	หน้า
• คำนิยาม	93
• อาการแสดง	93
• อาการผิดปกติที่แสดงออกด้านการเรียน	94
• อุบัติการณ์	94
• ปัญหาที่พบร่วม	94
• กลุ่มเสี่ยง	95
• การวินิจฉัย	96
• การออกเอกสารรับรองความพิการ	97
• ผลกระทบของโรค SLD ต่อเด็ก	97
• แนวทางการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ	100
• แนวทางการพิจารณาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการทางการเรียนรู้	103
• รายการสิ่งอำนวยความสะดวกทางการศึกษาสำหรับเด็ก SLD	104
• องค์กรที่เกี่ยวข้อง	106

บทที่ 7

ความพิการทางการเรียนรู้

คำนิยาม

ความพิการทางการเรียนรู้ หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมเฉพาะด้านการเรียนรู้ สาเหตุเกิดจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้อ่านหนังสือ เขียนหนังสือและการคิดคำนวณทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานชัดเจน เช่น มากกว่า 1 ชั้นเรียนในระดับประถมศึกษาปีที่ 1-2 หรือ มากกว่า 2 ชั้นเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ในช่วงการเรียน ภาคบังคับ (ตามมติคณะกรรมการบริหารชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย 2557)

อาการปรากฏชัดเจนในช่วงของเด็กวัยเรียน และไม่ดีขึ้นจากการฝึกฝนช่วยเหลือพิเศษแบบเข้มข้น เต็มที่อย่างน้อย 6 เดือน (Intensive Training) ส่งผลกระทบต่อการเรียน การทำงานและการใช้ชีวิตประจำวันไปตลอดชีวิต

ซึ่งมีได้เกิดจากความไม่เข้าใจภาษาไทย ขาดโอกาสในการเรียนรู้ ถูกละทิ้ง ถูกละเลย เจ็บป่วย รุนแรงจนขาดเรียนนาน อยู่ในห้องเรียนที่ขาดคุณภาพ ตาบอด หูหนวกหรือมีความผิดปกติของประสาทสัมผัสหรือการควบคุมกล้ามเนื้อ โรคทางจิตเวชอื่น เช่น ภาวะสติปัญญาบกพร่อง โรคลจิต โรคออทิสติก โรคทางอารมณ์หรือปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐฐานะที่แตกต่างกัน

ใน พ.ศ.2557 เป็นต้นไป ทางกรมแพทย์เรียกภาวะนี้ว่า Specific Learning Disorder (SLD) โดยพบความบกพร่องด้านการอ่านหนังสือ การเขียนและการคำนวณ ด้านใดด้านหนึ่งหรืออาจพบความบกพร่องมากกว่า 1 ด้านก็ได้ และการวินิจฉัยของแพทย์จะออกให้เฉพาะช่วงที่บุคคลนั้นยังอยู่ในระบบการศึกษาเท่านั้น

อาการแสดง

อาการผิดปกติที่เด็กแสดงออกในด้านต่างๆ 4 แบบ คือ

1. ด้านการเรียน คือ เรียนรู้ช้า สมาธิสั้น ความจำไม่ดี จำตัวหนังสือไม่ค่อยได้ อ่าน เขียนหนังสือลำบากหรือทำไม่ได้ คิดเลขไม่ได้ ผลการเรียนต่ำกว่าเด็กทั่วไปชัดเจน โดยเห็นปัญหาบางอย่างมาตั้งแต่ชั้นอนุบาลว่าเด็กสับสนจำพยัญชนะได้น้อยไม่เข้าใจหลักการคิดเลขง่ายๆ เป็นต้น

2. ด้านพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว ไม่ยอมไปโรงเรียน หนีเรียน ไม่สนใจ ไม่ทำตาม ชุกชุน

อยู่ไม่นิ่ง บางรายครูดิว่าเด็กเป็นโรคสมาธิสั้นเพราะเวลาเรียน คือ ไม่สนใจเรียน เหม่อ

3. ด้านอารมณ์ เช่น เจ็บ แยกตัว ไม่มั่นใจตนเอง ประหม่า กลัว วิดกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น
 4. ด้านอาการทางกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง Peptic Ulcer คลื่นไส้ ตาพร่า เป็นต้น
- ที่แพทย์ตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติ

อาการผิดปกติที่แสดงออกด้านการเรียน

1. อ่านหนังสือไม่ได้หรือสะกดคำลำบาก เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุด จำพยัญชนะไม่ได้ หรือสับสน ผสมคำผิด สะกดคำไม่คล่อง อ่านตะกุกตะกัก อ่านซ้ำ อ่านผิดและจับประเด็นในการอ่านไม่ได้ ความสามารถในการอ่านหนังสือโดยรวมต่ำกว่าเด็กในวัยเดียวกันชัดเจนมีผลกระทบต่อการเรียนในห้องเรียน มักมีประวัติพูดซ้ำ พูดไม่ชัดในวัยเด็กเล็ก โดยจะฟังและแยกเสียงได้ลำบาก สับสน หรืออ่านได้แต่ไม่เข้าใจ ดีความไม่ได้

2. เขียนหนังสือไม่ได้หรือเขียนผิดมาก สะกดคำไม่ได้หรือสะกดผิด เขียนคำเป็นรูปประโยคไม่ได้ ใช้หลักไวยากรณ์ผิด แบ่งแยกวรรคตอนผิดพลาด หรือเขียนหนังสือแล้วอ่านไม่รู้เรื่อง

3. คิดเลขไม่ได้หรือคิดเลขผิดมาก สับสนเกี่ยวกับตัวเลข ไม่เข้าใจหลักการคำนวณพื้นฐาน บวก ลบ คูณหรือหารสับสน อดทนต่ำถ้าทำงานเกี่ยวกับตัวเลข แทนค่าด้วยการเขียนสัญลักษณ์เลขไม่ได้หรือสับสน

จะเห็นอาการชัดเจนในช่วงชั้นประถมศึกษา ทั้งๆที่ได้รับความช่วยเหลือพิเศษเฉพาะตัวอย่างเต็มที่อย่างน้อย 6 เดือน อาการก็ยังคงปรากฏอยู่ชัดเจน เห็นหลักฐานจากสมุดพก เอกสารชิ้นงาน เอกสารการตรวจจากทีมสหวิชาชีพทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การเรียน การทำงานและการใช้ชีวิตประจำวันไปตลอดชีวิต

อุบัติการณ์

พบได้ร้อยละ 6-9.5 ในเด็กวัยเรียน

ปัญหาที่พบร่วม

มักพบร่วมกับความบกพร่องในการทำงานของระบบประสาท และปัญหาจิตสังคม เช่น

1. ปัญหาในการพูดและสื่อสาร พูดซ้ำ พูดไม่ชัด ฟังแล้วไม่เข้าใจ แปลความหมายลำบาก และบกพร่องในการแยกเสียง เสียงที่คล้ายๆกันจะสับสน เช่น แมว-แคว-มันแกว
2. โรคสมาธิสั้น ซึ่งถือว่าเป็นโรคฝาแฝดกับโรค SLD ประกอบด้วยอาการสมาธิสั้น วู่วาม และอยู่ไม่นิ่ง ประมาณว่า 1/3 ของโรคสมาธิสั้นจะพบโรค SLD ร่วมด้วย และ 2/3 ของโรค SLD จะพบโรคสมาธิสั้นร่วมด้วย
3. ปัญหาสายตาในด้านการกะระยะ (visual-spatial) มีปัญหาในการวาดรูปทรง กะระยะ

ทางผิดพลาด ซึ่งจะทำให้โยนลูกบอลลงตะกร้าได้ลำบาก ตีลูกแบดบินตันไม่ถูก เขียนหนังสือไม่ตรงเส้น วาดรูปสามมิติไม่ได้ แยกรูปที่ซ้อนอยู่ท่ามกลางรูปอื่นๆได้ลำบาก

4. ปัญหาในการใช้ตากับมือ/ขา ให้ทำงานประสานกัน ทำให้การใช้นิ้ว มือ ขา สับสน ทำงานไม่ประสานกัน เล่นกีฬาที่ใช้มือ เท้า ได้ลำบาก ใช้มืองุ่มง่าม ตีกระทบคัมล่ำบาก เขียนหนังสือช้า โย้โย้ ความเร็วในการใช้มือเขียนหนังสือจะต่ำกว่าเด็กอื่นที่เรียนชั้นเดียวกัน

5. ปัญหาในการเรียงลำดับข้อมูล ความสำคัญ และมีปัญหาในการบริหารเรื่องเวลา เล่าเรื่อง เรียงลำดับไม่ถูก

6. ปัญหาพฤติกรรม และจิตใจตามมาภายหลัง เช่น เครียด เศร้า วิตกกังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ มีปมด้อย ไม่มั่นใจ แยกตัว ต่อต้าน ก้าวร้าว ฯลฯ

ร้อยละ 30 ของ SLD เท่านั้นที่พบความบกพร่องอื่นร่วมด้วย การที่เด็ก SLD แต่ละคนมีความผิดปกติอื่นร่วมด้วยแตกต่างกัน จึงทำให้อาการแสดงออกไม่เหมือนกัน และแนวทางช่วยเหลือฝึกฝนก็จะแตกต่างกันไปในแต่ละคน

กลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค SLD ควรได้รับการคัดกรองตั้งแต่ระดับอนุบาลหรือประถมศึกษาตอนต้นเพื่อแยกกลุ่มเสี่ยงออกมาเพื่อฝึกฝน กระตุ้นพัฒนาความสามารถทุกด้านเพื่อลดความรุนแรงของปัญหาในอนาคต

กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค SLD ในระดับชั้นอนุบาล คือ

- กลุ่มพูดช้าในช่วงวัยเด็กเล็ก หรือพูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด
- กลุ่มที่มีประวัติการคลอดที่มีปัญหา ชัก ตัวเหลือง
- กลุ่มเด็กผู้ชายมีประวัติคนในครอบครัวที่ฉลาดแต่มีปัญหาการอ่าน เขียน เรียนหนังสือ
- กลุ่มเด็กที่ซน สมาธิสั้น ชนิดทำลายล้าง (destructive behavior)
- กลุ่มเด็กอนุบาลตอนปลายหรือประถมศึกษาตอนต้นที่จำสับสนในตัวเลข พยัญชนะ สระ

ผสมคำลำบาก

- กลุ่มเด็กที่มีปัญหาในการใช้มือ งุ่มง่าม สับสน

ปัจจุบันกระทรวงศึกษาธิการใช้เครื่องมือคัดกรองของกระทรวงศึกษาและแบบคัดกรอง LD ของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ร่วมกับ รพ.ศิริราช ชื่อ KUS-SI ในโรงเรียนระดับจังหวัดและอำเภอขนาดใหญ่ เพื่อค้นหาและช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาการเรียน แต่ไม่มีความจำเป็นจะต้องคัดกรองเด็กทั้งหมด

กลุ่มเสี่ยงที่อาจเป็นโรค SLD ในระดับชั้นประถมศึกษา คือ

- กลุ่มที่มีปัญหาการเรียน หรือกลุ่มที่มีปัญหาการเรียนเฉพาะด้าน เช่น อ่านไม่ออก อ่านลำบาก เขียนผิดๆถูกๆ และสับสนในการคิดเลข

- กลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรม ทั้งกลุ่มที่แสดงออกชัดเจน เช่น ซุกซ่อนอยู่ไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ ก้าวร้าว และกลุ่มเก็บกด เช่น กลุ่มแยกตัว ไม่มั่นใจ วิตกกังวลง่าย เจ็บ พูดน้อย เป็นต้น เนื่องจากเด็กพบกับ

ความล้มเหลว ผิดพลาดทั้งด้านการอ่าน เขียนและถูกดูว่าบ่อย

- กลุ่มนักเรียนที่เจ็บป่วยบ่อยโดยที่แพทย์หาสาเหตุไม่พบ เช่น ปวดหัว ปวดท้อง เป็นต้น
- กลุ่มเกเร หนีเรียน ประพฤติผิดกฎของโรงเรียนหรือกฎหมาย

เด็กที่มีผลการคัดกรองผิดปกติควรได้รับ intensive Intervention อย่างน้อย 6 เดือนและประเมินความสามารถซ้ำ ก่อนที่จะส่งมาพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัย

การวินิจฉัย

ความพิการทางการเรียนรู้ไม่สามารถพิจารณาได้จากเกณฑ์ความพิการเชิงประจักษ์ ตามประกาศสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ไม่สามารถพิจารณาจากรูปลักษณะภายนอกหรือรูปถ่ายของผู้ป่วย

แต่ผลการสอบ สมุดพก เอกสารชิ้นงานหรือจากแบบคัดกรองโรค SLD ของกระทรวงศึกษาธิการ โดยใช้เครื่องมือ KUS-SI ผลการตรวจจากสหวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักช่วยเหลือการพูด) หรือผลวัดระดับเขาวัวปัญญาจะสามารถนำมาประกอบช่วยในการวินิจฉัยได้

การวินิจฉัย ประกอบด้วย

1. ชักประวัติ

การซักประวัติมีความสำคัญสูงสุด การซักประวัติที่ดีและละเอียดจะช่วยให้การวินิจฉัย ชักเพื่อให้แน่ใจว่าเด็กเข้าใจภาษาไทย ไม่ได้ถูกละทิ้งเลย ไม่ฝึกฝน หรือขาดเรียน อยู่กับครูที่มีคุณภาพในการฝึกสอน ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ไม่ได้เป็นโรคจิต โรคออทิสติก รวมทั้งต้องซักประวัติให้แน่ใจว่าเด็กได้รับการฝึกฝนช่วยเหลือพิเศษ แบบเข้มข้น (Intensive Training) ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนเต็มทีอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ความผิดปกตินี้ส่งผลกระทบต่อ การเรียน การทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน

ซักถามถึงความเสี่ยงในช่วงวัยอนุบาล เช่น มีปัญหาการพูดและการสื่อสาร สมาธิสั้น ไข่มืองุ่มง่าม (Clumsiness) ถ้ามถึงโรคทางกาย ที่ส่งผลทำให้การเรียนเสียหาย เช่น โรคลมชัก เป็นต้น

ซักประวัติให้ได้รายละเอียดวิธีการเลี้ยงดู ฝึกฝนและวิธีที่ใช้ในการส่งเสริมด้านการเรียน รวมทั้งถามถึงความสัมพันธ์ในครอบครัวและเหตุการณ์รุนแรงในชีวิตของเด็ก รวมทั้งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สังคม จากการศึกษาที่เด็กมีความสามารถบกพร่องด้านการเรียน

2. ตรวจร่างกายและประเมินระดับพัฒนาการ/หรือวัดระดับสติปัญญา

ตรวจร่างกายทั่วไปโดยเฉพาะด้านระบบประสาท ตรวจสภาพจิต ประเมิน cognitive function หรือวัดพัฒนาการหรือวัดระดับสติปัญญา

3. การตรวจทางจิตวิทยา ตามมาตรฐานในประเทศไทย พ.ศ.2557 คือ

- เครื่องมือวัดระดับสติปัญญา โดยใช้แบบทดสอบมาตรฐาน ประเมินโดยนักจิตวิทยา
- แบบประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Academic achievement test) จะประเมิน

ความสามารถในการอ่าน เขียน คำนวณ ประเมินโดยนักจิตวิทยา

ข้อแม่ในการวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคทางการแพทย์และการออกใบรับรองความพิการ ให้แพทย์เฉพาะทาง เช่น จิตแพทย์ กุมารแพทย์ เป็นต้น เป็นผู้รับรองโดยใช้ Clinical Diagnosis แต่ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือมาตรฐานทางจิตวิทยาวัดระดับสติปัญญาทุกราย และถือว่าโรค SLD จะมีความพิการต่อเมื่อความบกพร่อง มีความรุนแรง > ระดับกลาง (Moderate) เท่านั้น

ความรุนแรงระดับกลาง (Moderate) หมายถึง มีความบกพร่องชัดเจน (marked difficulties learning skills) > 1 ด้าน โดยที่ไม่สามารถเรียนต่อไปได้ในระบบการเรียนการสอนตามปกติ ต้องการ intensive & specialized teaching เป็นระยะ และต้องการ accommodate หรือใช้ support service ในการเรียนแต่ละวันทั้งที่ห้องเรียน ที่บ้าน จึงจะสามารถเรียนต่อไปได้

ความรุนแรงระดับสูง (Severe) หมายถึง มีความบกพร่องรุนแรง (severe difficulties learning skills) ในทุกด้าน ไม่สามารถเรียนต่อไปได้ในระบบการศึกษาโดยไม่มี intensive individualized & specialized teaching ตลอดเวลาที่เรียน ทั้งในห้องเรียน ห้องที่มีการ accommodate หรือใช้ support service และที่บ้าน

ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง**ไม่สามารถวินิจฉัยโรคโดยใช้แค่ผลการตรวจวัดระดับสติปัญญา (IQ) และหลักฐานด้านการเรียน** (สมุดพก สมุดงาน ระดับความสามารถในการอ่าน เขียน คำนวณ ผลการคัดกรองด้วยแบบประเมินของกระทรวงศึกษาธิการ KUS-SI, WRAT) **โดยไม่มี การซักประวัติและตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิตอย่างละเอียด**

การออกเอกสารรับรองความพิการ

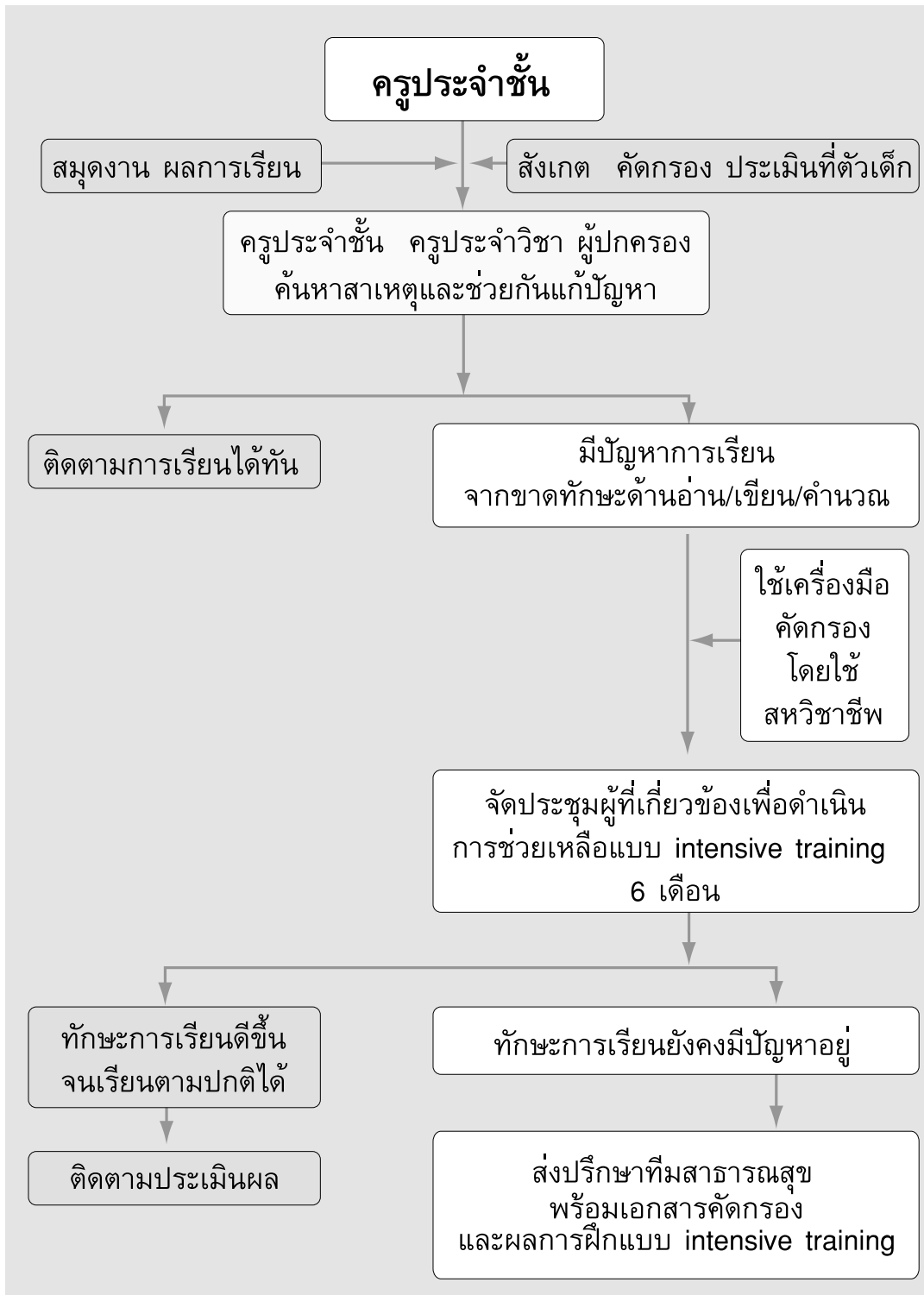
ระบุว่ามีความพิการทางการเรียนรู้ และอาจลงว่ามีความบกพร่องในด้านการอ่าน หรือเขียน หรือ คำนวณ เพื่อที่จะนำไปช่วยในการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับเด็กต่อไป

ผลกระทบของโรค SLD ต่อเด็ก

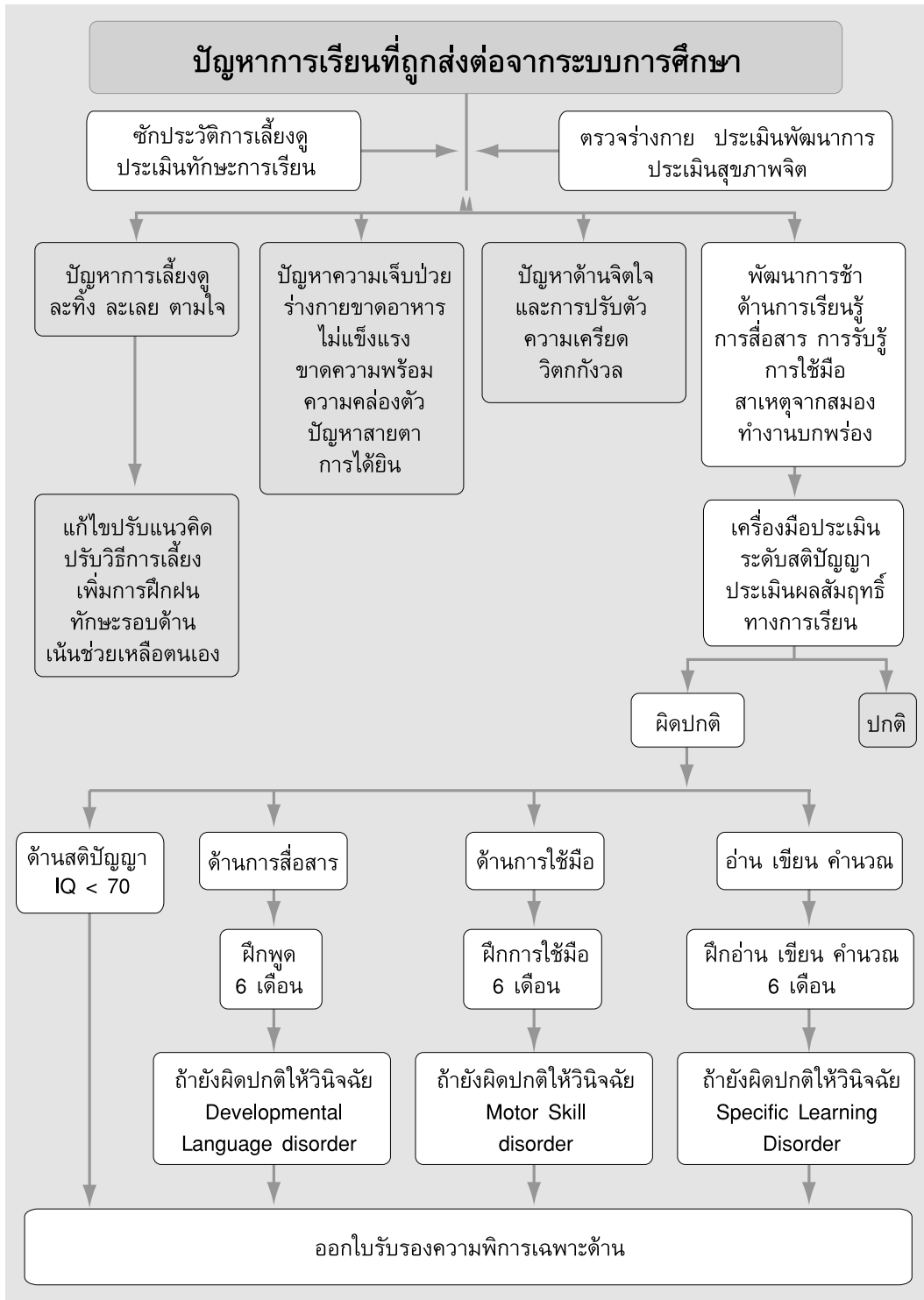
ถึงแม้ว่าโรค SLD จะมีความบกพร่องของระบบประสาทเพียงเล็กน้อย และไม่เห็นได้ด้วยตาเปล่า แต่ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและช่วยเหลือทางการแพทย์และทางการศึกษา อาจส่งผลกระทบต่อเด็กในระยะยาวไปตลอดชีวิต เช่น

1. มองตัวเองไม่ดี มองเห็นข้อบกพร่องของตัวเองที่แตกต่างจากเพื่อน ไม่สามารถเอาชนะข้อบกพร่องได้ มองตัวเองเป็นคนโง่ มีปมด้อย ล้มเหลว พื้นอารมณ์ไม่ดี ยิ่งเรียนยิ่งทำไม่ได้ เป็นคนไม่ดี
2. คิดว่าตัวเองเรียนรู้ไม่ได้และไม่รู้วิธีที่จะเรียนรู้ต่อไป เด็กไม่เข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นกับตัวเอง ทำให้เรียนแตกต่างจากเพื่อน และคนรอบข้างก็ช่วยเหลือเด็กไม่ได้
3. มีความสามารถโดยรวมต่ำกว่าเพื่อน เด็กจะถูกพ่อแม่เคี่ยวเข็ญในเรื่องการเรียนพิเศษ เพิ่มขึ้นจนขาดโอกาสทำกิจกรรมและเพิ่มความสามารถในด้านอื่น

ตารางที่ 1 แนวทางค้นหา คัดกรองและให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาการเรียนในระบบการศึกษา



ตารางที่ 2 แนวทางค้นหา คัดกรองและให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาการเรียนในระบบทางการแพทย์



4. ถูกคาดหวัง รู้สึกว่าถูกกดดันจากที่บ้านและที่โรงเรียน พ่อแม่ไม่เข้าใจปัญหา จึงไปดว่า ตำหนิ เคี้ยวเชียว ทำให้น้อยใจ เสียใจ มีพฤติกรรมคือต่อต้าน ก้าวร้าว หนีเรียน ตามมา

5. สร้างสัมพันธภาพกับครูไม่ได้ สาเหตุจากความไม่เข้าใจปัญหาของครูหรือครูไม่ยอมรับ ความบกพร่องของเด็ก จึงสอนและจัดสอบด้วยวิธีการปกติ ผลสอบไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง เด็กจึงถูก ครู ดว่า ตำหนิ เคี้ยวเชียวหรือไม่ให้ความสนใจ ปล่อยปละละเลย ขาดโอกาสเรียนรู้ ถูกออกจากระบบ การศึกษาเร็วกว่ากำหนด

6. เพื่อนล้อเลียน ล้อเรื่องที่เด็กแก้ไขอะไรไม่ได้ ถูกตัดโอกาสสนุกในการเล่นกับเพื่อนเพราะ ต้องเรียนพิเศษเพิ่มขึ้น และถ้าถูกออกจากระบบการศึกษาเร็วกว่ากำหนดเท่ากับถูกตัดความสัมพันธ์กับ เพื่อน ชีวิตที่ไม่มีเพื่อนหรือเพื่อนไม่เข้าใจ จะเจียบเหงา และไม่มีความสุข

7. ขาดความรู้และทักษะ เข้าสู่ระบบการทำงานในอายุน้อย ทำงานในระดับใช้แรงงาน มีโอกาส เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพเสียดิต เหล้า บุหรี่

แนวทางการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ

ถึงแม้ว่าจะรักษาโรคให้หายขาดไม่ได้ แต่การช่วยเหลือมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เด็กมีความรู้และมีความสามารถในด้านต่างๆมากพอในการประกอบอาชีพและดำเนินชีวิตต่อไปได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

แนวทางการช่วยเหลือครอบครัว

1. Counseling พ่อแม่ อธิบายให้พ่อแม่เข้าใจรายละเอียดของโรคและข้อจำกัดของเด็กในการ เรียนรู้ ให้โอกาสซักถาม จนพ่อแม่เข้าใจ ยอมรับโรคและข้อจำกัดของเด็ก ปรับความคาดหวังที่พ่อแม่มีต่อ เด็กตามสภาพความเป็นจริง

2. การช่วยเหลือพ่อแม่ โดยการให้

- Education ให้ความรู้ผ่านเอกสาร แผ่นพับ คู่มือ หรือทำการฝึกอบรมพ่อแม่เพื่อให้ได้ ทั้งความรู้และมีทักษะในการฝึกฝนเด็กต่อไป

- Parental group support & training เพื่อให้พ่อแม่มีเพื่อน และปรับวิธีการเลี้ยงดูให้ สอดคล้องเหมาะสม และปรับเปลี่ยนวิธีการช่วยเหลือด้านการเรียน

- ส่งเสริมความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว โดยเปิดโอกาสให้พ่อแม่ซักถาม และปรับมุมมอง และทำความเข้าใจต่อปัญหาที่ถูกต้อง แก้ไขความสัมพันธ์ในครอบครัว พ่อแม่ส่วนใหญ่วิตกกังวลและ ดึงเครียดจากปัญหาการเรียนของเด็ก ควรให้เวลาพ่อแม่ได้ระบายความคับข้องใจ ประคับประคองจิตใจ และให้กำลังใจเป็นระยะ ช่วยพ่อแม่วางแผนแก้ปัญหาทุกด้านของเด็กไปพร้อมกันและปรับแนวคิดในการ เผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ชี้ให้พ่อแม่เห็นข้อดีในตัวเด็ก

- ปรับเปลี่ยนวิถีเลี้ยงเด็กของผู้ปกครอง โดยลดการตามใจหรือให้ความช่วยเหลือมากเกินไป ฝึกฝนให้มีความสามารถรอบด้านและปรับวิธีการฝึกสอน จากเดิมที่มุ่งเน้นการตำหนิลงโทษ คัดโทษ

มาเป็นความสนใจที่จะช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ชื่นชม ให้ช่วยเหลือทำงานบ้าน ฝึกให้เป็นคนอดทน ไม่เกียจงาน รับผิดชอบ มีน้ำใจ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กมีแรงจูงใจใฝ่เรียนรู้และประสบความสำเร็จในชีวิต

- สนับสนุนให้พ่อแม่ได้มีส่วนร่วมในโรงเรียน ในสังคม ให้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผน Individual educational program (IEP) ร่วมกับครูประจำชั้นและครูการศึกษาพิเศษ

แนวทางการช่วยเหลือเด็ก

การช่วยเหลือเด็ก มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เด็กเข้าใจตนเอง และพัฒนาตนเองต่อไปได้ โดยการ

- สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเด็กและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกผิดหวัง เสียใจ และช่วยให้เกิดแนวคิดในการเรียนรู้ต่อไปในอนาคต เปิดโอกาสให้เด็กได้ระบายความรู้สึกให้เด็กซักถามเรื่องที่คับข้องใจ
- มีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับโรค Specific Learning Disorders ให้เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรค และ ผลกระทบที่มีต่อตนเอง
- ชี้ให้เห็นความสามารถของตนเอง ให้รู้ว่าตัวเองฉลาด เรียนรู้ต่อไปได้ แต่ต้องใช้วิธีการเรียนอื่นที่แตกต่างจากเพื่อน ช่วยเด็กหาทางออกที่เหมาะสม ให้โอกาสพบกลุ่มเด็กอื่นที่มีปัญหาคล้ายกัน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการในการเรียนรู้ต่อไปและสร้างให้เกิดกำลังใจในการเรียนรู้ต่อ
- ฝึกฝนทักษะด้านการเรียน เช่น ฝึกอ่านหนังสือ เขียน คำนวน โดยครูการศึกษาพิเศษ และฝึกให้เด็กใช้อุปกรณ์ช่วยเรียน เช่น ใช้เครื่องอัดเทปมาช่วยในกรณีที่มีปัญหาการอ่าน โดยคุณครูหรือผู้ปกครองอ่านหนังสือใส่เทปแล้วเปิดให้เด็กฟัง ให้ใช้คอมพิวเตอร์และ soft ware ที่ช่วยในการเรียน (โปรแกรมอ่าน ไทย เขียนไทย) เด็กที่มีปัญหาการคำนวณควรได้ใช้เครื่องคิดเลข ลูกคิด เป็นต้น
- พัฒนาความสามารถรอบด้าน พัฒนาความสามารถทุกด้าน เช่น กีฬา ดนตรี ศิลปะ การใช้เครื่องมือช่าง การทำกิจกรรม การใช้ภาษา การใช้คอมพิวเตอร์ การช่วยเหลือแก้ปัญหาด้วยตัวเอง ส่งเสริมทักษะทางสังคม เปิดโอกาสให้มีประสบการณ์ตรงในหลายเรื่อง เพื่อเพิ่มความมั่นใจในตนเองและเป็นที่ยอมรับ ส่งผลให้เด็กมีความสุข ภูมิใจ เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ และสามารถยอมรับข้อจำกัดของตนเอง
- พัฒนาจุดด้อย โดยฝึกกิจกรรมบำบัด sensory integration ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด ฝึกฝนทักษะที่มาขัดขวางด้านการเรียนรู้ เช่น ฝึกพูด ฝึกทักษะการใช้มือ และการทำงานประสานระหว่างมือกับตา (visual-spatial) ฝึกฝนทักษะเฉพาะที่บกพร่องโดยครูการศึกษาพิเศษ เช่น การอ่าน สกกด คำนวน

การช่วยเหลือทางการแพทย์

1. รักษาโรคที่พบร่วม เช่น โรคสมาธิสั้น โรควิตกกังวลหรือซึมเศร้า พุดไม่ชัด เป็นต้น
2. รักษาสิทธิให้เด็ก โดยออกไปรับรองความพิการตามพระราชบัญญัติความพิการ พ.ศ.2552 ทำให้เด็กมีสิทธิได้รับการศึกษาพิเศษและการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลของรัฐ
3. ประสานการทำงานกับโรงเรียน ส่งเสริมและช่วยเหลือครูโดย

- ถ่ายทอดความรู้เรื่องโรค แก่คุณครูและพ่อแม่ผู้ปกครองในโรงเรียนเกี่ยวกับลักษณะของโรค การดำเนินโรค แนวทางการช่วยเหลือ ข้อจำกัด ความแตกต่างของอาการในเด็กแต่ละคน รวมทั้งผลกระทบที่มีต่อเด็กระยะสั้นและยาว
- เชื่อมโยงข้อมูลวิชาการ เช่น ข้อมูลเรื่องโรค Specific Learning Disorders ผลิตเอกสารคู่มือ ข้อมูลในระบบ IT แหล่งความรู้ ทำให้ครูสามารถเข้าถึงข้อมูลสำคัญและนำไปเผยแพร่เพื่อช่วยเหลือพ่อแม่ได้สะดวก
- เปิดโอกาสให้ครูได้ระบายความรู้สึก เห็นใจและให้กำลังใจครูเป็นระยะ

การช่วยเหลือทางการศึกษา

- พัฒนาเทคนิคการสอน เช่น สอนจากสิ่งที่เด็กคุ้นเคยไปหาสิ่งที่เด็กไม่รู้จัก
- ให้ออกาสเลือกเรียน ให้เด็กสนุกและมีความสุขในการเรียน

เน้น proactive learning, group participation ใช้ประสบการณ์ตรงเสริมการเรียนรู้ในปัจจุบัน ให้เรียนรู้ตามขีดความสามารถของตน, positive training โดยใช้แรงเสริมอย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นให้คิดลองให้ทำตามเพื่อน เน้นการเชื่อมโยงกับวิชาอื่น ใช้คอมพิวเตอร์ สื่อจากภาพมาช่วยสอน แทนที่ครูจะต้องสร้างสื่อการสอนเองทั้งหมด จัดห้องเรียนให้เอื้อต่อการเรียน ใช้คำสั่งที่สั้นและเข้าใจง่าย ทบทวนบทเรียนบ่อยๆ และแจ้งผลการเรียนให้เด็กรู้โดยเร็ว

- ฝึกสอนให้อ่านหนังสือเพิ่มเติม (remediation therapy) ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน แบบตัวต่อตัวหรือเป็นกลุ่มย่อยในห้องเรียนพิเศษ (Resource Room)
- ส่งเสริมให้โรงเรียนปรับเกณฑ์และวิธีการที่ใช้ประเมินผล เช่น ใช้ระบบ progressive โดยเด็กแข่งกับตัวเอง นำวิธีการประเมินผลโดยวิธี Response to intervention (RTI) มาใช้ประเมินโดยการเปรียบเทียบกับความสามารถของเด็กเองก่อนเรียนเป็นช่วงสั้น วัดความก้าวหน้าของเด็กเป็นหลัก โดยไม่ต้องถูกตัดเกรดกับเพื่อน หรือบางรายควรได้เวลาเพิ่มขึ้นหรือแยกสอบตัวต่อตัว กรณีที่เขียนไม่ได้ให้ใช้การสอบปากเปล่า หรืออ่านโจทย์ให้เด็กฟังกรณีที่เด็กอ่านหนังสือไม่ได้ เป็นต้น
- เขียนแผนการเรียนรายบุคคล (Individualized Educational Plan-IEP) เพื่อให้สอนชัดเจนและวัดผลได้ตรง สอนซ้ำๆจนเด็กก้าวหน้าทีละขั้น ให้กำลังใจและชมเชยเป็นระยะ และ ใช้วิธีการสอนหลายรูปแบบ สอนทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน สอนให้ตรงช่องทาง (channel) ที่เด็กรับรู้ได้ เช่น เด็กมีปัญหาในการรับฟัง ก็ใช้ภาพในการสอนเพิ่มขึ้น หากเด็กมีปัญหาในการเห็นภาพ(เช่นอ่านไม่ได้)ก็สอนโดยอ่านหนังสือให้ฟัง หรือให้ศึกษาจากสื่อ VDO ที่มีทั้งภาพและเสียง เป็นต้น
- ส่งเสริมให้โรงเรียนมีทีมการประเมินผลการช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาโดยใช้สหวิชาชีพ (นักจิตวิทยา นักจิตวิทยาโรงเรียน ครูการศึกษาพิเศษ นักสังคมสงเคราะห์) ให้ความรู้และช่วยเหลือในระดับต้นโดยทำงานร่วมกับครูประจำชั้น พ่อแม่ และติดตามประเมินผลจากการให้ความช่วยเหลือ
- จัดการวัดความรู้ให้เหมาะสมกับความพิการในแต่ละด้าน

- การติดตามและคุ้มครอง ตรวจสอบว่าเด็กได้รับความช่วยเหลือตามสิทธิความพิการ เช่น แผนการเรียนรายบุคคล (Individualized Educational Plan-IEP) สิทธิที่จะได้รับการรักษาความลับของเด็กที่มีความพิการทางการเรียน และสิทธิในการได้รับอุปกรณ์ช่วยเรียน ในกลุ่มที่มีปัญหาการเขียน ใช้เครื่องพิมพ์ดีด คอมพิวเตอร์ มาช่วย ในกลุ่มที่มีปัญหาการอ่านใช้คอมพิวเตอร์ เทป VDO, MP 3 หรือกลุ่มที่มีปัญหาคำนวณ ให้ใช้คอมพิวเตอร์ เครื่องคิดเลข เป็นต้น ในกรณีที่เด็กไม่ได้รับความช่วยเหลือตามสิทธิที่โรงเรียนควรทำหนังสือเรียกร้องต่อคณะกรรมการ การศึกษาของโรงเรียน และติดตามประเมินผลการรักษาและการให้ความช่วยเหลือทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน
- แนะนำด้านการฝึกอาชีพ การเรียนต่อในสายอาชีพเมื่อจบชั้นมัธยมศึกษาภาคบังคับ

แนวทางการพิจารณาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการทางการเรียนรู้

การออกไปรับรองความพิการเพื่อเด็กจะได้สิทธิความพิการตามกฎหมาย และนำไปแสดงต่อ คณะ กรรมการการศึกษาของโรงเรียนเพื่อจะได้รับสิทธิในการปรับแผนการศึกษาเฉพาะตัวบุคคล (Individual Educational Program) ได้ใช้เทคโนโลยีและสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการเรียน เช่น เครื่องคิดเลข การอัดเสียง สื่อเสียง คอมพิวเตอร์ช่วยอ่าน และได้ความช่วยเหลือด้านการศึกษาพิเศษ

สิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลือทางการศึกษา ตามพระราชบัญญัติการศึกษา แห่งชาติ พ.ศ.2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545 มาตรา 10 วรรคสาม ระบุว่า “การจัดการ ศึกษาสำหรับคนพิการในวรรคสอง ให้จัดตั้งแต่แรกเกิดหรือพบความพิการ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และให้ บุคคลดังกล่าวมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวงฯ”

ปัจจุบัน กระทรวงศึกษาธิการได้พัฒนาคู่มือการขอรับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา โดยติดต่อขอทราบรายละเอียดที่กลุ่มวิจัยและพัฒนาสื่อ เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกทางการศึกษาสำหรับคนพิการ เลขที่ 500 ถนนวิภาวดี-รังสิต ต.คูคต. อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี 12130 หรือที่ สนง.คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ โทร 0-2523-7922, 0-2532-4714, 0-2531-2142 โทรสาร 0-2532-0179 e-mail gtecse@hotmail.com หรือดูรายละเอียดที่ <http://gtech.obec.go.th>

รายการสิ่งอำนวยความสะดวกทางการศึกษาสำหรับเด็ก SLD

รายการบัญชี ก

อุปกรณ์ช่วยการอ่าน(Reading Aids)

- โปรแกรม IBM Homepage Reader
- โปรแกรม Kurzweil 3000
- โปรแกรม Scan & Read
- โปรแกรม อ่านหนังสือภาษาอังกฤษผ่านเครื่องสแกนเนอร์
- ลูกโลกมีเสียง
- เครื่องเปิดฟังหนังสือเสียง สำหรับหนังสือเสียงระบบเดซี
- เครื่องเล่น DVD, MP3, DVD แบบพกพา
- เครื่องเทปคาสเซ็ทแบบพกพา

คอมพิวเตอร์และการใช้งานคอมพิวเตอร์

- โปรแกรมคอมพิวเตอร์อ่านจอภาพบนวินโดวส์ (Screen Reader for Windows)
- คอมพิวเตอร์
- คีย์การ์ดและคีย์บอร์ด
- ลูกบอลควบคุมชนิดต่างๆ
- จอภาพแบบสัมผัสแบบติดตั้งภายนอก

อุปกรณ์ช่วยการสื่อสาร (Communication Aids)

- อุปกรณ์ช่วยสื่อสาร:โอภา
- โทรศัพท์ขยายเสียง

รายการบัญชี ข

อุปกรณ์ช่วยการเขียน (Writing Aids)

อุปกรณ์ช่วยการอ่าน (Reading Aids)

- โปรแกรม TAB Player
- โปรแกรม AMIS
- เครื่องเล่น MP3 บันทึกเสียงได้
- เครื่องเล่น MP4 บันทึกเสียงได้

คอมพิวเตอร์และการใช้งานคอมพิวเตอร์ (Computer and Computer Access)

- แป้นคีย์บอร์ดขนาดเล็ก
- โปรแกรมเดาคำศัพท์
- โปรแกรมแสดงแป้นพิมพ์บนจอภาพ

สื่อการเรียนรู้ (Educational Tools)

- หนังสือเสียง
- หนังสือหรือภาพขยายใหญ่
- บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ชุด “AMAZING CAI”
- บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ชุด “ฝึกเขียนเรียนคำ”
- บทเรียนคอมพิวเตอร์ โปรแกรม อ่านเขียนเรียนดี
- บทเรียนคอมพิวเตอร์ โปรแกรม “Math Flash”
- เครื่องคิดเลขมีเสียงและแสดงตัวเลขขนาดใหญ่
- เครื่องคำนวณที่แสดงผลเป็นอักษรตัวใหญ่
- ชุดเครื่องมือเรขาคณิตพร้อมแผ่นยางรองเขียน

รายการบัญชี ค

บริการ (Services)

- บริการสอนเสริมวิชาการ ตามสาระการเรียนรู้
- บริการอ่านเอกสาร หรือข้อสอบ
- บริการนำทาง
- บริการผลิตสื่อ
- บริการสำเนาหนังสือเสียง
- บริการสำเนาหนังสือเสียงซีดี
- บริการสำเนาวีดิทัศน์
- บริการจดคำบรรยาย
- บริการกายภาพบำบัด
- บริการฝึกพูดและแก้ไขการพูดโดยนักแก้ไขการพูด
- บริการฝึกพูดและแก้ไขการพูดโดยครู
- บริการฝึกทักษะการสื่อสาร
- บริการฝึกทักษะการสื่อสารโดยใช้ภาษามือไทย
- บริการกิจกรรมบำบัด
- บริการการอบรม ทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ
- บริการแนะแนวการศึกษา
- บริการผู้ช่วยเหลือ
- บริการดนตรีบำบัดและดนตรีเพื่อการพัฒนา
- บริการพฤติกรรมบำบัดและแก้ไขพฤติกรรม
- บริการศิลปะบำบัดและศิลปะเพื่อการพัฒนาการ
- บริการประเมินทางจิตวิทยา
- บริการประเมินทักษะด้านต่างๆ

องค์กรที่เกี่ยวข้อง

1. สมาคมส่งเสริมศักยภาพของบุคคลบกพร่องทางการเรียนรู้แห่งประเทศไทย 0851417785
2. <http://www.punkhon.com/learning-problems.html>
3. ชมรมครูพี่เลี้ยงเด็กเอลดี <https://th-th.facebook.com/kruldmk2>
4. สภาผู้ปกครองบุคคลที่มีความแตกต่างในโครงสร้างระบบการทำงานของสมอง
<http://www.autisticthailand.com/sthaiparentscouncil/LD/LDcontent/LD4.htm>
5. Thai LD Online <https://th-th.facebook.com/ThaiLdOnline>

ความพิการประเภทที่ 7
ความพิการทางออทิสติกสเปกตรัม

	หน้า
• คำนิยาม	109
• ประวัติศาสตร์	109
• ความชุก	110
• สาเหตุของกลุ่มอาการออทิสติก	110
• อาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการออทิสติก	111
• การตรวจเพื่อวินิจฉัยภาวะออทิสติกสเปกตรัม	112
• การคัดกรองภาวะออทิสติก	114
• เกณฑ์การวินิจฉัย	117
• ความผิดปกติและอาการที่มักพบร่วมกับกลุ่มอาการออทิสติก	118
• การวินิจฉัยแยกโรค	119
• การพยากรณ์โรค	119
• การรักษา	119
• การส่งเสริมพัฒนาการและการฝึกพูดเบื้องต้นสำหรับกลุ่มอาการออทิสติกสเปกตรัม	120
• การปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยออทิสติก	121
• กิจกรรมสำหรับฝึกส่งเสริมพัฒนาการ	125
• กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านสังคม	127
• กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านภาษาและการสื่อความหมาย	128
• กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก	129
• กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่	130
• กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเอง	131
• การใช้ยา	132
• เอกสารอ้างอิง	137
• แผนภูมิการให้บริการออทิสติก	138
• ภาคผนวก	139

บทที่ 8

ความพิการทางออทิสติกสเปกตรัม

คำนิยาม

ภาวะออทิสติกสเปกตรัม(Autistic Spectrum Disorder) เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของสมองที่ส่งผลต่อพัฒนาการทำให้เกิดพัฒนาการล่าช้าในด้านของสังคมและการสื่อสาร รวมถึงเกิดพฤติกรรมซ้ำและความสนใจหมกมุ่นในเรื่องแคบๆ ซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้ตั้งแต่วัยหัดเดิน หรืออายุน้อยกว่า 3 ปี โดยในวัยเด็กเล็กมักจะนำมาด้วยปัญหาพูดช้า ไม่สบตา ไม่หันหาเสียงเรียกชื่อ เด็กบางคนสามารถพูดได้แต่จะพูดเป็นภาษาตัวเองไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการได้ อาการที่แสดงออกทางสังคมและการสื่อสารมีหลายรูปแบบ เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนที่จะเปลี่ยนไปตามช่วงวัยและพัฒนาการของผู้ป่วย ด้วยเหตุที่กลุ่มอาการที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และปรากฏอาการตลอดชั่วชีวิต การวินิจฉัยได้ตั้งแต่ผู้ป่วยอายุน้อยจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมาก และผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือไปจนตลอดช่วงชีวิตตามวัยและความสามารถทางสังคมและการสื่อสาร

ประวัติศาสตร์

มีรายงานถึงผู้ป่วยออทิสติกครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1943 โดย Leo Kanner จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ชาวอเมริกัน ซึ่ง Kanner เรียกชื่อเด็กที่มีกลุ่มอาการดังกล่าวว่า “Inborn autistic disturbance of affective contact” ต่อมาผู้สนใจศึกษาเรื่องนี้มากขึ้นและมีความเชื่อว่าความผิดปกติดังกล่าวเป็นความผิดปกติทางจิตชนิดหนึ่ง เนื่องจากอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีลักษณะแยกตัวอยู่ในโลกของตัวเอง คล้ายผู้ป่วย schizophrenia แต่การศึกษาในภายหลังต่อมาจนถึงปัจจุบันมีการพิสูจน์แล้วว่าภาวะออทิสติกสเปกตรัมเกิดจากพยาธิสภาพของสมองตั้งแต่กำเนิดจึงจัดผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไว้ในกลุ่มความผิดปกติทางพัฒนาการโดยใช้ชื่อว่า Pervasive Developmental disorder (PDDs) ซึ่งต่อมามีการเพิ่มกลุ่มย่อยของความผิดปกติเข้าไปอีก ดังนั้นในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 คือ กลุ่มอาการ Pervasive Developmental disorder (PDDs) จะประกอบไปด้วย Autistic disorder, Rett’s disorder, Childhood Disintegrative disorder, Asperger’s syndrome, Pervasive Developmental disorder NOS.

ต่อมาในปี 1990 Lorna Wings กุมารแพทย์ชาวอังกฤษได้เสนอแนวคิดในการวินิจฉัยแบบ spectrum เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการและอาการแสดงที่มีความแตกต่างหลากหลายกัน ตั้งแต่มีอาการน้อยจนอาการมาก แต่ความผิดปกติของพัฒนาการในแต่ละด้านก็ยังคงมีความแตกต่างกันเหมือนกับ spectrum ของรู้งินน้ำที่มีการไล่เฉดสีกัน³

ในปี 2013 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 ได้ปรับการวินิจฉัยรวมเรียกเป็นกลุ่มอาการออทิสติกสเปกตรัมเพียงอย่างเดียวเท่านั้น และมีการแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับตามความผิดปกติของความสามารถในด้านสังคมและการสื่อสาร และพฤติกรรมซ้ำ/ความสนใจหมกมุ่น โดยความรุนแรงระดับ 3 จะมีความรุนแรงที่สุดและต้องการการช่วยเหลืออย่างมากในการดำรงชีวิต

ความชุก

ความชุกต่างทั่วโลกพบความชุกอยู่ที่ประมาณ 1% พบได้ในทุกเชื้อชาติและทุกระดับทางสังคมและเศรษฐกิจ เพศชายมากกว่าเพศหญิง (4-5:1)

สาเหตุของกลุ่มอาการออทิสติก

สาเหตุของกลุ่มอาการออทิสติก เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม

พยาธิสภาพของสมอง

ปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคออทิสติก แต่จากการศึกษาทางด้านประสาทวิทยาและการตรวจเซลล์สมอง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความผิดปกติของ Limbic system และการเชื่อมโยงของระบบประสาทบริเวณ temporal และ frontal lobe

ปัจจัยทางพันธุกรรม

จากการศึกษาความเสี่ยงในการเกิดกลุ่มอาการออทิสติกในพี่น้องและในครอบครัว พบว่ากลุ่มอาการของโรคออทิสติกน่าจะมีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า แผลที่เกิดจากไขใบเดียวกับ ผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก พบได้สูงถึงร้อยละ 95 แผลที่เกิดจากไขคนละใบกับผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกพบได้ประมาณร้อยละ 30 และ พี่น้องของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกพบได้ประมาณร้อยละ 18 ซึ่งสูงกว่าคนปกติ ถึง 22 เท่า อีกทั้งยังมีโรคทางพันธุกรรมบางอย่างที่ทำให้มีอาการออทิสติกร่วมอยู่ด้วย ได้แก่ Fragile X syndrome, Tuberous-sclerosis, Neurofibromatosis, Phenylketonuria เป็นต้น

แม้ปัจจุบันยังไม่สามารถระบุยีนที่ก่อให้เกิดกลุ่มอาการออทิสติกได้แน่นอน แต่ก็สามารถสรุปได้ว่ากลุ่ม อาการออทิสติกเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายตัวร่วมกัน (Multiple gene disorder)

อาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการออทิสติก

กลุ่มอาการออทิสติก เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติ 3 ด้าน ได้แก่

1. ความผิดปกติและล่าช้าของพัฒนาการทางด้านสังคม ไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคล

ก. **วัยขวบปีแรก** จะไม่ค่อยชอบให้อุ้มหรือสัมผัสไม่จ้องหน้าแม่ หรือผู้เลี้ยงดู **ไม่มองหน้าสบตา** เวลามองหน้าเด็กมักเบือนหน้าหนี ไม่มี social smile

ข. **วัยเตาะแตะ** อายุ 2-3 ปี เด็กจะไม่สามารถแสดงความรู้สึกร่วมกับผู้อื่นได้ เช่น ไม่สนใจเวลาชี้ ชวนให้ดู บางสิ่งหรือไม่มองตามเมื่อชี้ชวนสิ่งของที่อยู่ไกลออกไปไม่สนใจฟังเมื่อแม่เล่านิทาน **ไม่วอดของหรือนำของมาชวนพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเล่นด้วยไม่สามารถเลียนแบบ** ท่าทางของผู้อื่นได้ **เล่นของเล่นไม่เป็น** เด็กอาจจะเล่นของในลักษณะเอาของมาขว้างปาเคาะกัน หรือเรียงเป็นแถว ไม่มีลักษณะวิตกกังวลเมื่อต้องแยกจากพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู (separation anxiety) หรือในทางตรงกันข้ามเด็กอาจจะ มีลักษณะเข้าหาคนไม่เลือกหน้า ไม่กลัว คนแปลกหน้า (Indiscriminately friendly, no stranger anxiety)

ค. **วัยอนุบาล** เด็กขาดความสามารถในการเข้าหาหรือเล่นกับเด็กคนอื่น ไม่สนใจเข้าหาเพื่อนในวัยเดียวกันเด็ก บางคนมีความสนใจเข้าหาเพื่อนแต่เริ่มต้นไม่เป็นเด็กอาจจะใช้วิธีเพื่อชวนเล่นบางคนจะเล่นกับเพื่อนเฉพาะในเรื่องที่ตนเองสนใจเท่านั้น

ง. **วัยเรียน** เด็กจะแยกตัวอยู่คนเดียวตามลำพังไม่มีเพื่อนสนิท ไม่เข้าใจสีหน้าท่าทางและอารมณ์ของผู้อื่น ไม่สามารถคาดเดาความรู้สึกของผู้อื่นได้ ไม่เข้าใจสถานการณ์ทางสังคม เด็กที่ชอบเข้าหาเพื่อนก็จะพูดคุยเฉพาะในเรื่องที่ตนเองสนใจและไม่สนใจคู่สนทนาว่าจะรู้สึกเบื่อ/รำคาญหรือไม่

2. ความผิดปกติและล่าช้าของการสื่อความหมาย การพูดและการใช้ภาษา

ก. **วัยขวบปีแรก** พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูจะสังเกตได้ว่าเด็กไม่ค่อยส่งเสียงอ้อแอ้เมื่อพูดคุยด้วย

ข. **วัยเตาะแตะ** อายุ 2-3 ปี เด็กไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายได้หรือพูดช้ากว่าเด็กวัยเดียวกัน เมื่อต้องการสิ่งใดจะ **ใช้วิธีจับมือผู้อื่นไปทำ** การเพิ่มขึ้นของคำศัพท์ไม่ค่อยมีเท่าเด็กในวัยเดียวกัน บางคนอาจจะพูดได้เป็นคำๆ แล้วหยุดไป เด็กบางคนสามารถพูดได้แต่พูดเป็นภาษาที่ฟังไม่เข้าใจ (neologism) หรือพูดได้แต่ไม่สามารถใช้คำพูดในการสื่อความหมายหรือสนทนาได้

ค. **วัยเรียน** เด็กมักจะใช้ สรรพนามไม่ถูกต้อง เรียงประโยคการพูดสลับหน้าสลับหลัง หรือพูดแล้วไม่สามารถจับใจความที่ต้องการได้ บางคนพูดตอบไม่ตรงคำถาม มีปัญหาในการเรียนภาษาไทยในเรื่องของการตีความ/สำนวน/สุภาพ/คำพังเพย มีปัญหาในการการแต่งประโยคหรือเรียงความ

3. พฤติกรรมซ้ำๆหรือความสนใจที่หมกมุ่นในเรื่องแคบๆ

อาการในด้านนี้มักจะพบไม่ชัดในช่วงขวบปีแรก แต่จะเริ่มสังเกตเห็นได้ชัดเจนมากขึ้นเมื่อเด็กเข้าสู่วัยเตาะแตะ เช่น พฤติกรรมสะบัดมือ เดินเขย่งเท้า หมุนตัว หรือเด็กบางคนจะชอบมองของหมุน ชอบมองสิ่งต่างๆ ด้วยการเหล่สายตามอง ชอบเอาของเล่นหรือของใช้มาเรียงเป็นแถว หากใครเข้าไปยกออกก็จะโมโหหรือโกรธอย่างรุนแรง ยึดติดกับลักษณะที่เป็นระเบียบแบบแผน เจ้าระเบียบหากใครหยิบของแล้ว

วางไม่ถูกที่จะหงุดหงิดมาก ในกลุ่มที่เป็น High function autism จะมีลักษณะสนใจพิเศษในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างมาก หมกมุ่นอยู่กับสิ่งนั้นนานๆ จนเกิดความรู้ในเรื่องนั้นอย่างลึกซึ้งจนกลายเป็นความสามารถพิเศษ

การตรวจเพื่อวินิจฉัยภาวะออทิสติกสเปกตรัม

การซักประวัติ

เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของการให้การวินิจฉัยกลุ่มอาการออทิสติก การซักประวัติควรซักประวัติจากพ่อแม่หรือผู้ที่เลี้ยงดูเด็กอย่างใกล้ชิด ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอดเพื่อดูภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ ระหว่างการคลอดและหลังคลอดที่อาจส่งผลต่อพัฒนาการทางสมองของเด็ก
2. ประวัติการเลี้ยงดู ลักษณะการกิน การนอน และการขับถ่ายของเด็ก
3. ประวัติพัฒนาการทางด้านร่างกาย (กล้ามเนื้อเล็ก กล้ามเนื้อมัดใหญ่) พัฒนาการทางด้านภาษาและการสื่อสาร (ภาษาพูดและการแสดงท่าทางเพื่อบอกความต้องการ) พัฒนาการทางด้านสังคม (การมองเห็นหน้าสบตา พฤติกรรมกลัวคนแปลกหน้า การมีความสนใจร่วมกับผู้อื่น)
4. ประวัติครอบครัว มีญาติพี่น้องที่เป็นโรคออทิสติกหรือมีปัญหาเหมือนเด็กหรือไม่
5. ประวัติเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมาของเด็ก เช่น ประวัติชัก และประวัติอุบัติเหตุที่ส่งผลกระทบต่อสมองหรือศีรษะของเด็ก
6. การแสดงออกทางพฤติกรรมของเด็กขณะอยู่บ้าน
 - ก. การมีปฏิสัมพันธ์กับพ่อแม่ คนใกล้ชิดและคนในครอบครัว เช่น การมองเห็นหน้าสบตา การหันหา เสียงเรียกชื่อ การมองเห็นหน้าเพื่อสื่อสารบอกความต้องการ การแยกตัวเล่นคนเดียว พฤติกรรมไม่ชอบให้ใครมาอยู่ใกล้ เป็นต้น ในเด็กวัยเรียน ต้องถามถึงการมีปฏิสัมพันธ์ กับเพื่อนในชั้นเรียน และคุณครู
 - ข. ความผิดปกติในการเคลื่อนไหวร่างกาย การพูด การสื่อความหมาย เช่น เด็กพูดได้หรือไม่ คำพูดที่พูดได้เป็น ภาษาของตัวเองหรือไม่ คำพูดที่พูดได้สามารถพูดได้ตรงความหมายหรือไม่ คำพูดที่พูดได้สามารถใช้ในการสนทนาโต้ตอบหรือไม่ หากเด็กพูดไม่ได้ เด็กสามารถบอกความต้องการหรือปฏิเสธความต้องการของตัวเองอย่างไร
 - ค. พฤติกรรมซ้ำซาก หรือความสนใจหมกมุ่นซ้ำๆ ในเรื่องที่จำกัด มีหรือไม่เป็นลักษณะของพฤติกรรมซ้ำซากในเรื่องใดบ้าง หรือความสนใจที่ หมกมุ่นมีเรื่องใดบ้างทั้งพฤติกรรมและความสนใจหมกมุ่นสามารถเบี่ยงเบน หรือ เปลี่ยนแปลงได้หรือไม่มีความยากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความสนใจซ้ำๆ มากหรือน้อยเพียงใด
 - ง. การตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่เกี่ยวกับการมอง การได้ยิน การสัมผัส ความรู้สึกเจ็บปวด เป็นอย่างไร

จ. การแสดงออกทางอารมณ์ในเวลาปกติ และเมื่อพบกับสิ่งที่ถูกใจและไม่ถูกใจเป็นอย่างไร การแสดงออกทางอารมณ์นั้นเหมาะสมหรือไม่

การตรวจประเมินเพื่อการวินิจฉัย

1. การสังเกตพฤติกรรมของเด็กในห้องตรวจ ได้แก่

ก. ด้านร่างกาย ประเมินดูว่า เด็กมีรูปร่างสมวัยตามเกณฑ์หรือไม่ เนื่องจากเด็กออทิสติกส่วนหนึ่งจะมีปัญหาการกิน ทำให้รับประทานอาหารได้จำกัด อาจจะมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ได้ในทางตรงกันข้ามเด็กออทิสติกบางส่วนเลือกรับประทานอาหารซ้ำๆ โดยที่อาหารนั้นเป็นประเภทที่ให้ปริมาณแคลอรีสูงมากก็จะทำให้เกิดปัญหาน้ำหนักเกินเกณฑ์ได้

ข. การเคลื่อนไหวร่างกาย ประเมินดูว่า เด็กมีการเคลื่อนไหวร่างกายที่ผิดปกติเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งหรือไม่ เช่น การสะบัดมือ หมุนตัว เล่นนิ้ว เดินเขย่ง ถือของสิ่งใดสิ่งหนึ่งอยู่ในมือ เช่น หลอดดูดน้ำพลาสติก เศษกระดาษ หรือ เส้นเชือกเพื่อสะบัดเล่นหรือไม่ เด็กบางคนอาจจะถือนิ้วติดมือมา ควรสังเกตว่าเด็กเล่นของเล่นนั้นอย่างไร และควรสังเกตการเคลื่อนไหวร่างกายของเด็กว่ามีลักษณะชุนมาก อยู่ไม่นิ่ง ปีนป่ายตลอดเวลาอย่างไม่กลัวตกลงมาได้รับบาดเจ็บหรือไม่ หรือเด็กมีลักษณะอยู่นิ่งๆ แยกตัวไปอยู่ตามมุมห้อง

ค. พฤติกรรมซ้ำๆ ประเมินดูว่า มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ซ้ำๆ โดยไม่มีความหมายหรือไม่ เช่น การดมหรือมองของด้วยหางตา ก่อนหยิบขึ้นมาดูหรือไม่

2. การแสดงออกทางสังคมและความสัมพันธ์กับบุคคล

ก. สังเกตพฤติกรรมระหว่างเด็กกับพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูที่พามาตรวจ โดยดูว่าเด็กติดพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูหรือไม่ เมื่อพ่อแม่เรียกชื่อเด็ก เด็กสามารถหันหาเสียงเรียกชื่อนั้นได้หรือไม่ เด็กรู้จักนำของเล่นที่ตนเล่นอยู่ไปทอดหรือไปชวนให้พ่อแม่มาเล่นด้วยหรือไม่

ข. สังเกตพฤติกรรมระหว่างเด็กกับผู้ตรวจ โดยดูว่า เด็กมีลักษณะท่าทีอย่างไรกับผู้ตรวจ เข้าหาโดยไม่กลัวหรือกลัวมาก หรือสามารถเข้าหาได้แต่ต้องใช้เวลาในการสร้างความคุ้นเคยเสียก่อนซึ่งเด็กปกตินั้นจะสามารถสร้างความสัมพันธ์และร่วมมือในการเล่นหรือการตรวจกับผู้ตรวจได้หากคุ้นเคยแล้ว แต่ในเด็กกลุ่มอาการออทิสติกอาจจะมีการตอบสนองแตกต่างกันโดยอาจจะพบได้เป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) แยกตัวไม่เข้าหาเลย 2) อยู่นิ่งๆ ไม่ชัดเจนหรือปฏิเสธเมื่อเข้าหาและ 3) เข้าหาใกล้ชิดสนิทสนมมากเกินไป และสนใจในสิ่งของในตัวคนมากกว่าบุคคล

ค. พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อการใช้ตา โดยสังเกตการตอบสนองต่อการสบตาของผู้ป่วยกับพ่อแม่ และผู้ตรวจ มีการสบตาหรือไม่ เป็นการมองแบบจ้องตรงหรือมองด้วยหางตา การจ้องมองเป็นลักษณะมองหน้าแบบเลื่อนลอยหรือไม่

ง. การสื่อความหมาย ในเด็กที่ยังไม่มีภาษาพูดหรือพูดได้น้อย เด็กสามารถบอกความต้องการกับพ่อแม่ได้อย่างไร เช่น อยากได้ของเล่นที่อยู่ไกลออกไป เด็กสามารถมองไปยังของเล่นจากนั้น

ประสานสายตากับพ่อแม่แล้วมองกลับไปยังของเล่นที่ต้องการเพื่อให้พ่อแม่รู้ว่าตนเองต้องการของเล่นชิ้นนั้นหรือไม่ หรือเด็กสามารถชี้นิ้วไปยังของเล่นเพื่อแสดงความต้องการได้หรือไม่ เมื่อจะออกจากห้องเด็กสามารถชี้ไปยังประตูได้หรือไม่ เด็กมีลักษณะของการจับมือพ่อแม่ไปหยิบสิ่งของที่ต้องการหรือทำในสิ่งที่ตัวเองต้องการ เช่น การเปิดประตูหรือไม่ในเด็กที่พูดได้ ควรสังเกตการณ์ใช้ภาษาว่าสามารถใช้ได้ถูกต้องตรงความหมายหรือไม่ การตอบคำถามมีการพูดทวนคำถามหรือสะท้อนคำพูดแทนคำตอบหรือไม่ (echolalia)

จ. พฤติกรรมการเล่นและจินตนาการ ประเมินดูว่าเด็กเล่นของเล่นในห้องตรวจอย่างไร เล่นได้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของของเล่นชิ้นนั้นหรือไม่ เช่น โทรศัพท์ของเล่น เด็กสามารถทำตามแบบหูลแล้วทำท่าคุยได้หรือไม่ เอาจริงมาเซ็นในหัวเป็นหรือไม่ในการเล่นของเด็กมีความสนใจส่วนเล็กๆ ของของเล่นมากเป็นพิเศษหรือไม่ เช่น มองล้อรถที่กำลังเซ็น หรือมองเข้าไปที่พวงมาลัยในรถของเล่น หรือเด็กสามารถประยุกต์เอาสิ่งของที่ไม่ใช่ ของเล่น มาใช้ เป็นของเล่นได้หรือไม่ เช่น เอาบล็อกไม้มาทำท่าแทนแก้วน้ำ หรือโทรศัพท์ได้หรือไม่

การตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ

1. การตรวจร่างกายอย่างละเอียด รวมทั้งทางระบบประสาท
2. การตรวจการได้ยิน ในกรณีที่เด็กยังไม่มีภาษา และไม่ตอบสนองต่อเสียงเรียก และสงสัยว่าเด็กอาจจะไม่ได้ยิน
3. การตรวจคลื่นสมอง ในกรณีที่สงสัยโรคลมชัก หรือมีพฤติกรรมถดถอย หรือตรวจร่างกายพบความผิดปกติทางระบบประสาท
4. การตรวจหาระดับสารตะกั่วในเลือด ในกรณีที่เด็กมีประวัติหยิบของที่ไม่ใช่ของกินเข้าปาก

การคัดกรองภาวะออทิสติก

การคัดกรองภาวะออทิสติกในประเทศไทย มีการพัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองภาวะออทิสติกขึ้นมา 2 ฉบับ คือ

1. แบบคัดกรองโรคในกลุ่มพัฒนาการผิดปกติอย่างรุนแรงสำหรับเด็กอายุ 1-18 ปี (Pervasive Developmental Disorders Screening Questionnaire: PDDSQ) (แบบคัดกรองอยู่ในภาคผนวก) เป็นแบบคัดกรองที่พัฒนาโดยนพ.ชาญวิทย์ พรนภดล ร่วมกับ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พัฒนาขึ้นมาจากแบบคัดกรองที่มาตรฐานในต่างประเทศตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV โดยที่ข้อคำถามดัดแปลงมาจากแบบคัดกรอง CHAT, M-CHAT, CARS, ASQ และ PDDST ที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ แบบคัดกรอง PDDSQ มี 2 ฉบับ

- PDDSQ 1-4 ปี สำหรับเด็กอายุ 12 เดือน-47 เดือน (1 ปี-3 ปี 11 เดือน) มีจำนวน 25 ข้อ
- PDDSQ 4-18 ปี สำหรับเด็กอายุ 4 ปี-12 ปี มีจำนวน 25 ข้อ

ข้อคำถามมุ่งเน้นวัดความผิดปกติ 3 ด้าน คือการสื่อสาร ทักษะทางสังคมและพฤติกรรมซ้ำๆ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงโรค PDD ข้อคำถามเป็นพฤติกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันของเด็ก ให้ผู้ปกครองเลือกตอบ ใช่/ทำบ่อย และ ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ ตามพฤติกรรมที่เด็กแสดงออก

ข้อคำถามทั้ง 2 ฉบับนี้แตกต่างกันทั้งหมดเนื่องจากพัฒนาการของเด็กแต่ละวัยแตกต่างกันทำให้ลักษณะอาการของเด็ก PDD ที่อายุมากต่างกับ PDD ที่อายุน้อย

วิธีการใช้เครื่องมือ

1. เลือกแบบทดสอบ PDDSQ ตามอายุจริงของเด็ก
2. ให้ผู้ปกครองเป็นผู้เลือกตอบ ใช่/ทำบ่อย หรือ ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำให้ตรงตามพฤติกรรมของเด็กที่แสดงให้เห็นมากที่สุด
3. ให้ผู้ปกครองตอบให้ครบทุกหัวข้อคำถาม

เกณฑ์การให้คะแนนแบบคัดกรอง (ตารางที่ 1)

แบบคัดกรอง	ข้อที่ได้คะแนน 1 คะแนน หากตอบใช่/ทำบ่อย	ข้อที่ได้คะแนน 1 คะแนน หากตอบไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ	คะแนนจุดตัด Cut-point
PDDSQ 1-4	6-10 , 16-20	1-5, 11-15, 21-25	8
PDDSQ 4-18	1-17	18-25	13

หากรวมคะแนนแล้วได้มากกว่าคะแนนจุดตัด (cut-point) ของ PDDSQ ทั้ง 2 ฉบับ แสดงว่ามีความเสี่ยงที่จะเป็นกลุ่มพัฒนาการผิดปกติ (PDDs)

ข้อควรระวังในการใช้แบบคัดกรอง PDDSQ

1. แบบคัดกรองฉบับนี้ไม่ใช่เครื่องมือในการวินิจฉัยโรคในกลุ่ม PDD เป็นเพียงแบบคัดกรองเบื้องต้นเท่านั้นเมื่อพบเด็กที่มีภาวะเสี่ยงให้ทำการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญต่อไป
2. ในการตอบให้ผู้ปกครองตัดสินใจเองไม่ชี้นำในการตอบ
3. ทำการตรวจเช็คทุกครั้งหลังจากผู้ปกครองตอบเสร็จว่าข้อมูลครบถ้วนหรือไม่เพราะจะทำให้ผลการคัดกรองคลาดเคลื่อนได้
4. ผู้ตอบแบบคัดกรองควรเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กหรือใกล้ชิดพอที่จะรู้ถึงพฤติกรรมต่างๆของเด็กเพื่อจะได้คำตอบที่แท้จริงไม่ใช่การคาดเดา

2. **แบบคัดกรองโรคออทิสติกในเด็กอายุ 1-5 ปี**(แบบคัดกรองอยู่ในภาคผนวก) เป็นแบบคัดกรองที่พัฒนาจาก PDDSQ 1-4 ปี, เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV-TR และความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาเด็กออทิสติก ปรับลดหัวข้อคำถามให้เหลือเพียง 10 ข้อ มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาเพื่อนำไปใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อใช้คลินิกเด็กสุขภาพดี

(well child clinic) แบบคัดกรองประกอบด้วยหัวข้อคำถามเพียง 10 ข้อ ที่เป็นพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของเด็ก ให้ผู้ปกครองเลือกตอบ ใช่/ทำบ่อย กับ ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ ตามพฤติกรรมที่เด็กแสดงออก

วิธีการใช้เครื่องมือ

1. ให้ผู้ปกครองเลือกตอบ ใช่/ทำบ่อย หรือ ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ ให้ตรงตามพฤติกรรมของเด็กที่แสดงให้มากที่สุด
2. ให้ผู้ปกครองตอบให้ครบทุกหัวข้อคำถาม

เกณฑ์การให้คะแนน

แบบทดสอบชุดนี้มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน ให้คะแนน 1 คะแนนในหัวข้อคำถามที่ตอบ ไม่ใช่/ไม่ทำ คะแนนจุดตัด (cut-point) เท่ากับ 5 คะแนน หมายความว่าเมื่อรวมคะแนนแบบทดสอบทั้งฉบับแล้วพบว่าได้คะแนนตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป แสดงว่ามีความเสี่ยงที่จะเป็นกลุ่มอาการออทิสติก

ข้อควรระวังในการใช้แบบคัดกรองโรคออทิสซึมในเด็กอายุ 1-5 ปี

1. แบบคัดกรองฉบับนี้ไม่ใช่เครื่องมือในการวินิจฉัยโรคออทิสซึมเป็นเพียงแบบคัดกรองเบื้องต้นเท่านั้นเมื่อพบเด็กที่มีภาวะเสี่ยงให้ทำการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญต่อไป
2. ในการตอบให้ผู้ปกครองตัดสินใจเองไม่ชี้นำในการตอบ
3. ทำการตรวจเช็คทุกครั้งหลังจากผู้ปกครองตอบเสร็จว่าข้อมูลครบถ้วนหรือไม่ เพราะจะทำให้ผลการคัดกรองคลาดเคลื่อนได้
4. ผู้ตอบแบบคัดกรองควรเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กหรือใกล้ชิดพอที่จะรู้ถึงพฤติกรรมต่างๆของเด็กเพื่อจะได้คำตอบที่แท้จริงไม่ใช่การคาดเดา

ความแตกต่างในการใช้ PDDSQ กับ แบบคัดกรองโรคออทิสซึมในเด็กอายุ 1-5 ปี แบบคัดกรองทั้ง 2 ฉบับมีความเป็นมาตรฐานสามารถคัดแยกเด็กที่มีความผิดปกติได้ดีทั้ง² ฉบับแต่มีความเหมาะสมในการใช้แตกต่างกันคือ

1. PDDSQ มีข้อคำถามครอบคลุมลักษณะอาการของโรคและมีความละเอียดมากกว่าแบบคัดกรองโรคออทิสซึมในเด็กอายุ 1-5 ปี จึงเหมาะที่จะใช้ในเชิงคลินิกมากกว่า และ PDDSQ ใช้คัดกรองเด็กที่มีพัฒนาการผิดปกติในกลุ่ม PDD ได้จึงสามารถที่จะแยกเด็กที่ผิดปกติได้มากกว่าแบบคัดกรองโรคออทิสซึมในเด็กอายุ 1-5 ปี ที่มุ่งเน้นกลุ่มออทิสติกเพียงกลุ่มเดียว
2. แบบคัดกรองโรคออทิสซึมในเด็กอายุ 1-5 ปีมีจำนวนข้อไม่มากทำให้ใช้เวลาในการคัดกรองน้อยและสะดวกในการใช้ จึงเหมาะสมที่จะใช้ในการคัดกรองเบื้องต้นในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือตติยภูมิขนาดเล็ก

หลังจากคัดกรองด้วยแบบคัดกรองแล้วพบว่าเด็กมีความเสี่ยงในกลุ่มอาการออทิสติกสเปกตรัมควรส่งต่อให้จิตแพทย์เด็ก ตรวจวินิจฉัยและวางแผนการรักษาต่อไป โดยให้การกระตุ้นพัฒนาการในเบื้องต้นไปควบคู่ระหว่างรอยืนยันการวินิจฉัย

เกณฑ์การวินิจฉัย

เนื่องจากในปี ค.ศ. 2013 สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (the American Psychiatric Association) ได้ออกเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับที่ 5 (DSM-V)

A. มีความบกพร่องอย่างถาวรในเรื่องการสื่อสารทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social communication and social interaction) ในบริบทที่หลากหลาย ซึ่งสามารถตรวจพบได้ทั้งในระหว่างการติดตามการรักษา, มีอาการแสดงให้เห็นในขณะปัจจุบัน และจากประวัติในอดีต

1. มีความบกพร่องในการตอบสนองทางอารมณ์สังคม ซึ่งอาการและอาการแสดงสามารถพบได้ตั้งแต่มีการเข้าหาทางสังคมที่ผิดปกติและขาดความสามารถในการสนทนาโต้ตอบ, มีความสนใจร่วมกับผู้อื่นน้อยทั้งในสิ่งที่สนใจ, อารมณ์และความรู้สึก, ไม่สามารถเริ่มหรือตอบสนอง ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้อย่างเหมาะสม

2. มีความบกพร่องในการใช้การสื่อสารด้วยสีหน้าและท่าทาง (nonverbal communicative) ในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อาการและอาการแสดงพบได้ตั้งแต่ การไม่สบตาและไม่มีการใช้ภาษาท่าทาง หรือ ไม่เข้าใจความหมายของท่าทางการแสดงออกและไม่สามารถใช้ท่าทางเพื่อสื่อสารความต้องการ ไปจนกระทั่งถึงการไม่มีการแสดงออกทางสีหน้าเพื่อบอกอารมณ์

3. มีความบกพร่องในการสร้าง, การคงความสัมพันธ์ และการเข้าใจในความสัมพันธ์อาการและอาการแสดงสามารถพบได้ตั้งแต่ความยากลำบากในการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบททางสังคมที่มีความหลากหลาย, ไม่สามารถเล่นหรือโต้ตอบในการเล่น แบบบทบาทสมมติ/จินตนาการ, สามารถสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อน, ไม่สนใจเพื่อนได้เหมาะสมตามวัย

B. มีความจำกัด, มีความซ้ำซากของพฤติกรรม, ความสนใจ หรือกิจกรรม แสดงออก อย่างน้อย 2 ใน 4 ของพฤติกรรมดังต่อไปนี้

1. มีแบบแผนหรือลักษณะซ้ำซากของการเคลื่อนไหวร่างกาย, การใช้วัตถุ หรือภาษา (เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำๆ การเรียกของเล่นหรือการสะบัดวัตถุ, การพูดตามโดยไม่เข้าใจความหมาย (echolalia), การพูดวลีซ้ำ)

2. มีลักษณะของการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดซ้ำๆแบบไม่ยอมเปลี่ยนแปลง, ไม่ยืดหยุ่นในการทำกิจวัตร, หรือมีรูปแบบของภาษาหรือพฤติกรรมซ้ำๆ (เช่น รู้สึกหงุดหงิดมากเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างเพียงเล็กน้อย, มีความยากลำบากในการเปลี่ยนแปลง, รูปแบบความคิดที่ไม่ยืดหยุ่น, ต้องเดินทางในเส้นทางเดิมทุกวัน, กินอาหารซ้ำซากทุกวัน)

3. มีความสนใจที่จำกัดและยึดติดอย่างมากทั้งในด้านปริมาณและหัวข้อเรื่องที่สนใจ (เช่น มีความผูกพันอย่างมากกับสิ่งของ หรือหมกมุ่นกับของสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างมาก, มีความสนใจในเรื่องที่จำกัดและหมกมุ่นกับเรื่องนั้นมาก)

4. มีการตอบสนองที่มากหรือน้อยเกินไปต่อการประมวลรับความรู้สึก, หรือมีความผิดปกติของการประมวลรับความรู้สึกจากสิ่งแวดล้อม (เช่น มีความทนทานต่อความรู้สึกเจ็บปวดหรืออุณหภูมิ, มี

การตอบสนองที่ผิดปกติต่อเสียงหรือผิวสัมผัสบางประเภท, มีความไวต่อการรับกลิ่นหรือการรับสัมผัส, มีความสนใจอย่างมากต่อเสียงหรือความเคลื่อนไหวบางอย่าง)

C. อาการมักจะแสดงให้เห็นได้ตั้งแต่เด็ก (แต่อาการอาจจะยังไม่แสดงออกชัดในช่วงแรกจนกว่าความต้องการด้านสังคมมีมากกว่าความสามารถที่จำกัด, หรืออาการอาจจะถูกบดบังด้วยการเรียนรู้ว่ามีเป้าหมายเมื่อเติบโตขึ้น)

D. อาการส่งผลให้เกิดความบกพร่องในด้านสังคม อาชีพและการทำหน้าที่อื่น ๆ ที่มีความสำคัญ

E. อาการที่เกิดขึ้นไม่สามารถอธิบายได้ด้วยภาวะสติปัญญาบกพร่องหรือพัฒนาการล่าช้า, ภาวะสติปัญญาบกพร่องและภาวะออทิสติกสเปกตรัมมักพบร่วมกันได้เสมอ ในการให้การวินิจฉัยร่วมกันระหว่างภาวะออทิสติกสเปกตรัมและสติปัญญาบกพร่อง พัฒนาการทางด้านภาษาและสังคมจะต้องต่ำกว่าระดับที่สามารถคาดการณ์การระดับสติปัญญา

หมายเหตุ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV เป็น Autistic disorder, Asperger's syndrome และ PDD-NOS จะได้รับการวินิจฉัยเป็น Autistic spectrum disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V

ความผิดปกติและอาการที่มักพบร่วมกับกลุ่มอาการออทิสติก

- **ภาวะสติปัญญาบกพร่อง:** พบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มี ภาวะสติปัญญาบกพร่องร่วมด้วย
- **ภาวะลมชัก:** พบว่าร้อยละ 30 ของเด็กออทิสติกจะมีชักในช่วงวัยรุ่น ซึ่งสูงกว่าในประชากรทั่วไป โดยโอกาสเกิดชักจะสัมพันธ์โดยตรงกับระดับ IQ และความรุนแรงของโรค เมื่อผู้ป่วยมักมีพัฒนาการถดถอยและมีปัญหาพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้นเมื่อเกิดชักร่วมด้วย รวมทั้งการชักจะทำให้การพยากรณ์โรคของออทิสติกแย่ลง

- **ภาวะสมาธิสั้น:** มากกว่าร้อยละ 50 มักมีอาการสมาธิสั้นร่วมด้วย ในการวินิจฉัยใน DSM-IV-TR ไม่สามารถในการวินิจฉัยภาวะสมาธิสั้นร่วมกับออทิสติกได้ แต่เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V สามารถวินิจฉัยสองภาวะนี้ร่วมกันได้

- **โรคซึมเศร้า:** ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสังคมไม่มากนักจะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าประชากรทั่วไป โดยอาการมักเกิดในช่วงวัยรุ่น ลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะออกมาในรูปแบบของอารมณ์หงุดหงิดมากกว่าอารมณ์เศร้าตามลักษณะปกติของโรคซึมเศร้า

- **ปัญหาการกิน/การนอน:** ปัญหาการกินของผู้ป่วยจะเป็นลักษณะเลือกกินอาหารบางประเภท เช่น เด็กบางคนเลือกกินแต่ไก่ข้าวต้ม เพราะไม่ยอมเคี้ยว บางคนกินแต่อาหารที่มีลักษณะเป็นเม็ดเป็นชิ้น ไม่กินอาหารที่มีลักษณะเป็นเนื้อชิ้นหรือเหลว เนื่องจากเด็กออทิสติกมักมีปัญหาของการรับประสาทสัมผัสทำให้หลีกเลี่ยงลักษณะของอาหาร **ปัญหาการนอน**พบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของเด็กออทิสติก เด็กจะมีลักษณะนอนน้อย เริ่มเข้านอนยาก และตื่นง่าย

- **พฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ:** จะแสดงออกในลักษณะเดียวกับโรคย้ำคิดย้ำทำ

- **พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง:** โดยปกติเด็กออทิสติกมักจะไม่ก้าวร้าวรุนแรง หากพบต้องหา

สาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความก้าวร้าว และการเลี้ยงดูที่เป็นแบบยอมนตามจะเพิ่มปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวได้

- **พฤติกรรมทำร้ายตนเอง:** มักพบในกลุ่มที่มีสติปัญญาต่ำและมีความรุนแรงของโรคสูง

การวินิจฉัยแยกโรค

- **ภาวะสติปัญญาบกพร่อง (Mental disabilities)** เด็กที่มีสติปัญญาต่ำมากมักเกิดภาวะออทิสติกร่วมด้วยได้แต่เด็กที่มีปัญหาสติปัญญาบกพร่องเป็นหลักมักจะมีพัฒนาการทางสังคมอยู่ในระดับใกล้เคียงกับอายุสมองและมีพัฒนาการล่าช้าในทุกๆด้านเท่าๆกัน

- **พัฒนาการการรับรู้และการแสดงออทางภาษาผิดปกติ (Mixed receptive-expressive language disorder)** เด็กที่มีภาวะนี้มักมีความล่าช้าด้านภาษาเพียงอย่างเดียว แต่มีทักษะทางสังคมที่ปกติ เด็กสามารถสื่อสารด้วยท่าทางเพื่อบอกความต้องการแทนการพูดได้เช่น การส่ายหน้าเพื่อปฏิเสธหรือการชี้นิ้วบอกความต้องการหรือสิ่งที่สนใจ

- **การมีความผิดปกติในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นที่เกิดจากการเลี้ยงดู (Reactive attachment disorder)** เด็กจะมีอาการคล้ายผู้ป่วยออทิสติกทุกประการแต่จะมีประวัติถูกทอดทิ้งหรือถูกทารุณกรรมอย่างรุนแรง (severe neglect) ในช่วงขวบปีแรกของชีวิต เด็กกลุ่มนี้จะมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วหลังได้รับการบำบัดดูแลและการเลี้ยงดูอย่างถูกต้อง

- **โรคลมชักชนิด Landau-Kleffner syndrome** ผู้ป่วยลมชักชนิดนี้จะมีสูญเสียความสามารถในการใช้ภาษาโดยเฉพาะการพูดหลักจากมีอาการชัก แต่เด็กจะยังสามารถสื่อสารบอกความต้องการกับผู้อื่นโดยการแสดงท่าทาง และยังสามารถและทักษะทางสังคมปกติ

การพยากรณ์โรค

กลุ่มอาการออทิสติกเป็นความผิดปกติที่จะติดตัวไปจนตลอดชีวิต แต่ถ้าหากเด็กได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องจะพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจะสามารถดูแลชีวิตตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ปัจจุบันที่บ่งชี้ถึงการพยากรณ์โรคที่ดีของกลุ่มอาการออทิสติก ได้แก่ ระดับสติปัญญา และความสามารถในการสื่อสารกับผู้อื่น กลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคที่ดี คือผู้ป่วยที่สามารถพูดสื่อสารได้ก่อนอายุ 5 ปี และผู้ป่วยที่มีระดับสติปัญญามากกว่า 70 ปัจจุบันที่ทำให้การพยากรณ์โรคอีกที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง คือ การที่เด็กได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาอย่างถูกต้องได้ตั้งแต่อายุน้อยๆ โดยเฉพาะช่วงอายุก่อน 3 ปี จะทำให้มีการพยากรณ์โรคที่ดีขึ้น

การรักษา

กลุ่มอาการออทิสติกเป็นกลุ่มอาการที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายสำคัญของการรักษา คือ การกระตุ้น พัฒนาการที่บกพร่องให้ใกล้เคียงเด็กปกติให้มากที่สุด และปรับเปลี่ยน/ลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เข้าสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้น การรักษาภาวะออทิสติกสเปกตรัมจึงต้องใช้หลายวิธี

ร่วมกันในการรักษาเพื่อใช้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุดและการรักษาไม่ควรมีรูปแบบตายตัวแต่ควรปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย

การรักษากลุ่มอาการออทิสติก ควรประกอบไปด้วย

1. การส่งเสริมพัฒนาการ
2. พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy)
3. การฝึกพูดหรือแก้ไขการพูด
4. การรักษาด้วยกิจกรรมบำบัด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการรับสัมผัสที่ผิดปกติซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์
5. การรักษาด้วยยา มีความจำเป็นในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมรุนแรง และ/หรือมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อารมณ์หงุดหงิดก้าวร้าว
6. การรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ

หลักการรักษาผู้ป่วยออทิสติกที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การส่งเสริมพัฒนาการและการปรับพฤติกรรมให้กับผู้ป่วยจะต้องมีความถี่และความเข้มข้นของการฝึกมากพอที่จะส่งเสริมให้เกิดพัฒนาการที่ปกติและพฤติกรรมที่เหมาะสม มีการศึกษาวิจัยในต่างประเทศที่แนะนำให้มี ความเข้มข้นของการฝึกอยู่ที่ประมาณ 6-8 ชั่วโมงในหนึ่งวัน 5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์ หรืออย่างน้อยต้องมีความถี่ 15 ชั่วโมงใน 1 สัปดาห์ และฝึกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี การรักษาจึงมีได้อยู่ที่โรงพยาบาลหรือผู้ให้บริการทางสาธารณสุขเท่านั้น การดึงให้พ่อแม่และครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการและปรับพฤติกรรมผู้ป่วยต่อที่บ้านอย่างสม่ำเสมอก็จะทำให้ผลการรักษาดีขึ้นไปอีก

การส่งเสริมพัฒนาการและการฝึกพูดเบื้องต้น

การจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการมีเป้าหมายให้เด็กมีพัฒนาการใกล้เคียงเด็กปกติ มีพฤติกรรมที่เหมาะสมให้ครอบครัวเข้าใจยอมรับและให้การช่วยเหลือเด็กอย่างถูกวิธีเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

กิจกรรมสำหรับฝึกพัฒนาการด้านต่างๆในคู่มือฉบับนี้เรียงตามลำดับความยากง่าย มีความต่อเนื่องจำนวน 8 ครั้ง มีตารางบันทึกความก้าวหน้าและพฤติกรรมที่พบในแต่ละครั้งของการฝึกกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในคู่มือฉบับนี้ยังสามารถเป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการและแก้ไขปัญหาของเด็กได้อย่างตรงเป้าหมาย โดยกิจกรรมที่ใช้นั้นเป็นกิจกรรมที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมสำหรับส่งเสริมพัฒนาการ ประกอบไปด้วยการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกเทคนิคการช่วยเหลือฝึกการทำความสะอาดของเล่น กิจกรรมฝึกด้านสังคม ด้านภาษา ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และด้านการช่วยเหลือตนเอง

การส่งเสริมพัฒนาการในคู่มือฉบับนี้ควรใช้ร่วมกับสมุดกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ และควรมีการประเมินผล เติบโตตามความก้าวหน้าของเด็กเป็นระยะ

การปรับพฤติกรรม

เป็นกระบวนการในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง หรือลดพฤติกรรมของเด็กจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม

พฤติกรรม คือ กิริยาอาการที่แสดงออกหรือปฏิกิริยาโต้ตอบเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า (ตัวกระตุ้น) หรือสถานการณ์ต่างๆ อาการแสดงออกต่างๆ นั้น สามารถสังเกต อธิบาย บันทึก และวัดหรือนับได้ เช่น การเดิน การพูด การเขียน การคิด การเต้นของหัวใจ เป็นต้น

ประเภทของพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมที่มีมาแต่กำเนิดเป็นพฤติกรรมแบบง่ายๆ เป็นลักษณะเฉพาะที่ใช้ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าชนิดใดชนิดหนึ่ง เช่น ได้ยินเสียงดังตกใจจะสะดุ้ง เห็นแสงฟ้าแลบจะกระพริบตา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเรียนรู้มาก่อน มีแบบแผนที่แน่นอนเฉพาะตัว สิ่งมีชีวิตชนิดเดียวกันจะแสดงลักษณะเหมือนกันหมด

2. พฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยอาศัยประสบการณ์ในอดีต มนุษย์จะเรียนรู้และตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ตามที่ได้เรียนรู้มา เช่น เมื่อร้องกรี๊ดแล้วได้ของเล่น

ดังนั้นจึงสรุปให้เข้าใจง่ายๆ ได้ว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองนั่นเอง พฤติกรรมต่างๆ นั้นเกิดตามธรรมชาติหรืออาจเกิดจากการเรียนรู้ก็ได้ เพราะฉะนั้นการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมสามารถนำหลักการเรียนรู้ มาปรับใช้ได้ซึ่งเราเรียกว่า การปรับพฤติกรรม ซึ่งการปรับพฤติกรรมส่วนใหญ่มุ่งให้มนุษย์เกิดการเรียนรู้ พฤติกรรมที่เหมาะสมตามทฤษฎีการเรียนรู้

เทคนิคการปรับพฤติกรรม

1. เพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่ดีและเสริมการคงอยู่

- ใช้การให้แรงเสริมทางบวกเป็นรางวัลทุกครั้ง โดยปรับระดับการให้ตามความเหมาะสม
- เว้นระยะในการให้แรงเสริม โดยต้องมั่นใจว่าเด็กมีพฤติกรรมนั้นแล้วจึงค่อยๆ ลดแรงเสริมทีละน้อย
- ให้แรงเสริมเป็นครั้งคราว สุ่มให้ โดยไม่กำหนดจำนวนครั้งของพฤติกรรมที่จะทำได้ให้แรงเสริม

2. เพื่อปรับลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

- ใช้แรงเสริมทางลบ เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น
- การงดให้รางวัล/งดสิ่งของที่ต้องการ
- งดร่วมกิจกรรม/การแยกเด็ก ข้อควรระวังในการใช้แรงเสริมทางลบด้วยการแยกเด็ก

ไปอยู่ลำพังในผู้ป่วยกลุ่ม ออทิสติกอาจเป็นแรงเสริมทางบวกไปได้เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มักชอบแยกตัวอยู่ตามลำพังมากกว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

- การปรับคืนรางวัล
- การแก้ไขความผิด

- การเบี่ยงเบนความสนใจ
- การเพิกเฉย ไม่สนใจ

3. เพื่อใส่พฤติกรรมใหม่ ที่ต้องการ

• เป็นการสอนพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ ด้วยการ ใช้ เทคนิคการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Shaping behavior) ด้วยการให้ความช่วยเหลือก่อนในช่วงแรกที่ยังทำไม่ได้ และค่อยๆ ถอนความช่วยเหลือลงทีละน้อย เทคนิคในรูปแบบของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จะแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. จับมือทำ
2. แตะนำ
3. เลียนแบบ
4. ทำเอง

• พฤติกรรมที่สามารถแบ่งเป็นกิจกรรมย่อยๆได้ ควรตัดแบ่งให้เป็นกิจกรรมย่อยเพื่อให้มี โอกาสประสบความสำเร็จในการฝึกได้ง่ายขึ้น

• ให้แรงเสริมทางบวกในพฤติกรรมที่เกือบถึงเป้าหมายด้วย เพื่อให้เกิดความพยายามใน การทำพฤติกรรมซ้ำอีก

ขั้นตอนในการปรับพฤติกรรม

1. เลือกพฤติกรรมที่ต้องการปรับ
2. กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ โดยที่สามารถวัดได้หรือประเมินได้
3. วิเคราะห์พฤติกรรม โดยระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เหตุการณ์เกิดก่อน (เกิดที่ไหน เกิดกับใคร เกิดเวลาใด ความถี่) เหตุการณ์เกิดหลัง แรงเสริมที่ให้ผลที่ตามมา
4. กำหนดวิธีการแก้ไข ใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมและแรงเสริม
5. ลงมือปฏิบัติ ให้ทำด้วยความจริงจัง เป็นแนวทางเดียวกัน
6. ประเมินผล หากไม่สำเร็จ สามารถปรับเปลี่ยนวิธีใหม่ได้

ขั้นตอนในการปรับพฤติกรรม

1. เลือกพฤติกรรมที่ต้องการจะปรับ

1.1 ระบุพฤติกรรมให้ชัดเจน เช่น ต้องการปรับลดการทุบตีผู้อื่น หรือ พฤติกรรมขว้างปาข้าวของ ไม่ใช่ระบุเพียงแค่พฤติกรรมก้าวร้าว

1.2 หากมีพฤติกรรมที่ต้องการจะปรับหลายพฤติกรรม ควรเลือกเพียง 1 หรือ 2 พฤติกรรม ต่อการปรับในแต่ละช่วง เพราะมีเป้าหมายที่ชัดเจน ออกแบบการฝึกที่เหมาะสมได้ง่าย

2. กำหนดเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมให้สามารถวัดหรือประเมินได้ เช่น ระบุว่าเมื่อฝึก

ผ่านไป 1เดือน แล้วพฤติกรรมทุบตีผู้อื่นลดลงจากวันละ 10 ครั้ง เหลือ 5 ครั้ง

3. วิเคราะห์พฤติกรรมที่เป็นปัญหา สาเหตุของพฤติกรรม โดยระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เหตุการณ์ก่อนเกิดพฤติกรรม (เกิดที่ไหน เกิดกับใคร เกิดเวลาใด ความถี่ของการเกิด) เหตุการณ์หลังเกิดพฤติกรรม แรงเสริมที่ให้ ผลที่ตามมา

ตัวอย่างการวิเคราะห์พฤติกรรม (ตารางที่ 2)

พฤติกรรมที่เป็นปัญหา : ร้องกรี๊ดลงไปนอนดิ้นกับพื้น		
เหตุการณ์ที่เกิดก่อนพฤติกรรม	เกิดที่ไหน	ร้านอาหารขนมเจ้าประจำ
	เกิดกับใคร	กับ “แม่” เท่านั้น
	เกิดเวลาใด	เวลากลับจากโรงเรียน
	ความถี่ของพฤติกรรม	ทุกครั้งที่ผ่านร้านขนม
เหตุการณ์ที่เกิดตามมา	แม่อุ้ม และซื้อขนมให้	
สิ่งที่ทำให้พฤติกรรมเพิ่มขึ้นหรือลดลง (แรงเสริม)	การอุ้ม และขนม	
ผลที่เกิดขึ้นตามมา	หยุดร้อง	

- 4. กำหนดวิธีแก้ไขปัญหา โดยใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมและการให้แรงเสริมที่เหมาะสม
- 5. ลงมือปฏิบัติ ควรทำอย่างจริงจัง ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับเด็กต้องมีแนวทางในการปฏิบัติต่อเด็กเหมือนกันและมีความสม่ำเสมอในการปรับพฤติกรรม
- 6. สรุปและวิเคราะห์ผลการแก้ไขปัญหา

เทคนิคที่ใช้บ่อยในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก (ตารางที่ 3)

พูดไม่หยุด/ถาม พูด เรื้อรเยื้อย	พูดตาม
<ul style="list-style-type: none"> • ตอบคำถาม 1-2 ครั้ง • บอกให้ย่อน คิดทบทวนคำตอบเอง 1-2 ครั้ง • เพิกเฉย ไม่สนใจ • ดึงให้อยู่กับปัจจุบัน 	<ul style="list-style-type: none"> • เพิกเฉยต่อการพูด • ถามคำถามเร็วๆ ตอบดั่งๆ • ถามคามาเบาๆ ตอบดั่งๆ • อ่านคำ ประโยค นิทาน แทรกคำถาม-คำตอบเป็นระยะๆ
กรี๊ด	ไม่สบตา หลบเลี่ยง
<ul style="list-style-type: none"> • เพิกเฉย • ให้ทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนหมดเวลา 	<ul style="list-style-type: none"> • นั่งให้สายตาอยู่ระดับเดียวกัน • ชูของระดับสายตา • ช่วยจับคาง ประคองหน้า ป้องตา • เล่นจ๊ะเอ๋ • ใช้วัตถุส่องตากัน • เด็กมีสบตา จึงให้รางวัล

ชื่อของ	เล่นมือ
<ul style="list-style-type: none"> • เก็บของมิดชิด • หยิบเล่นทีละ 1 อย่าง • เล่นเสร็จ จัดเก็บที่ 	<ul style="list-style-type: none"> • จับมือเด็กไว้ • ให้ทำกิจกรรมที่ใช้มือทั้ง 2 ข้าง • บีบนวด ฝ่ามือ นิ้ว
ปาของเล่น/กวาดของเล่นทิ้ง	โยกศีรษะ
<ul style="list-style-type: none"> • เล่นทีละ 1 อย่าง • วางของเล่น โกลมือเด็ก • จับมือให้เล่นอย่างถูกวิธีจนหมด • พาเด็กไปเก็บของเล่นที่ปาทิ้งไว้ 	<ul style="list-style-type: none"> • จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย • จับ/ระวัง ไม่ให้เกิดขึ้น • เบี่ยงเบนด้วยกิจกรรม • ปรึกษาแพทย์
หยิก กัด ตี ตบโต๊ะ ตบอก	พูดเสียงดัง โวยวาย
<ul style="list-style-type: none"> • ป้องกันไม่ให้เกิด โดยการจับมือ หลบหลีก ขจัดสิ่งเร้า • ให้ทำกิจกรรมที่ใช้มือทั้ง 2 ข้าง • นวดข้อ 	<ul style="list-style-type: none"> • เรียกชื่อ เตือนเด็ก • พูดกับเด็กด้วยเสียงเบา พอได้ยิน • เล่นกระซิบบ้างหู่ • ให้รางวัลทุกครั้งที่พูดเสียงเบา
ติดบัตรภาพ/ติดภาพ ซ้ำซาก	ไม่นั่ง วอกแวก
<ul style="list-style-type: none"> • ไม่ให้เห็นเลย • อนุญาตให้ถือไว้ได้แต่ต้องทำกิจกรรมด้วย • ค่อยๆ แยกภาพจากเด็ก โดยวางไว้ใกล้ตัวเด็กอาจใส่กระเป๋าสื่อ • เมื่อเด็กเพลิดเพลินให้เก็บอย่างมิดชิด 	<ul style="list-style-type: none"> • จัดสิ่งแวดล้อม • เรียกชื่อเสียงดังเป็นระยะ • รวบมือ กอดอก นับ 1-10 • รวบมือให้แน่น จ้องหน้าเด็ก ไม่พูดคำใดเลย • ให้ทำกิจกรรมทีละชิ้น ทำซ้ำๆ
ไม่ยอมนั่งที่ วีรอบห้อง	ติดของ
<ul style="list-style-type: none"> • จัดกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว ที่มีเป้าหมาย • พานั่งที่เป็นช่วงๆ สั้นๆ • จำกัดบริเวณ • ประกบให้เด็กนั่งทำกิจกรรม • ทำกิจกรรมที่น้อยๆ เสร็จเร็วๆ • ปลอ่ยให้อิสระเป็นระยะ • ค่อยๆ เพิ่มเวลาและกิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> • อนุญาตให้ถือไว้ แต่ต้องทำกิจกรรมด้วย • วางไว้ใกล้ตัว แล้วค่อยๆ ห่างขึ้น ใช้กิจกรรมเบี่ยงเบน • ให้ของนั้นเป็นรางวัลเมื่อทำกิจกรรมเสร็จ • แนะนำผู้ปกครอง ต่อรอง แกล้งลืมนำมา หรือเบี่ยงเบนความสนใจ
ประท้วงโดยการอาเจียน ปัสสาวะ	แย่งของ
<ul style="list-style-type: none"> • ครั้งแรกพาไปล้าง/เข้าห้องน้ำ • เพิกเฉย • ย้ายตำแหน่งฝึก รอบห้อง • ให้ทำกิจกรรมต่อเนื่องจนหมดเวลา 	<ul style="list-style-type: none"> • หยิบของเล่นทีละ 1 อย่าง • ยื่นของเล่นให้ทีละชิ้น โดยใช้คำสั่งเป็นเงื่อนไข • บอกเด็กซ้ำๆ “รอก่อน” และช่วยจับมือเด็กไว้

อยู่ในโลกตัวเอง	หัวเราะตลอดเวลา
<ul style="list-style-type: none"> • เรียกชื่อเด็กบ่อยๆ • กระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 • ป้อนตาเด็ก ชวนคุย ร้องเพลง • จับมือทำกิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> • เรียกชื่อเด็กบ่อยๆ พร้อมลูบตัว นวดแขน-มือ • เสียงผู้ฝึกน่ารั้าใจ • ผู้ฝึกใช้น้ำเสียงเรียบสงบ ไม่ดุ • ชักชวนทำกิจกรรม • พาไปล้างหน้า ทาแป้ง เดินเล่น แล้วกลับมาล้างมือใหม่

กิจกรรมสำหรับฝึกส่งเสริมพัฒนาการ

- การเตรียมความพร้อมก่อนฝึก
- เทคนิคการช่วยเหลือการฝึก
- การทำความสะอาดของเล่น
- กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านสังคม
- กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านภาษาและการสื่อความหมาย (ฝึกพูดเบื้องต้น)
- กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก
- กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่
- กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง

การเตรียมความพร้อมก่อนฝึก

1. **เตรียมตัวผู้ฝึก** ได้แก่ การมีใจรักเด็ก มีทัศนคติที่ดีต่อตัวเด็กและการฝึกเด็ก มีความอดทนต่อพฤติกรรมการแสดงออกของเด็ก มีความคิดสร้างสรรค์เพื่อการประยุกต์ตัวกิจกรรมเมื่อเด็กหมดความสนใจ มีความสามารถในการย่อยงาน สังเกตแยกแยะ และมีความสามารถในการต่อยอดกิจกรรม มีความสนุกสนานร่าเริง มีน้ำเสียงดังดูดีใจ มีความสม่ำเสมอในการฝึกผู้ป่วย

2. **ศึกษาข้อมูลทั่วไปของเด็ก** ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง โรคประจำตัวและความเจ็บป่วยอื่นๆ ของเด็ก

3. **สังเกตอาการและพฤติกรรมที่แสดงออก** ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม การเล่นของเล่นที่เหมาะสมตามวัย ระดับความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

4. การจัดเตรียมอุปกรณ์

- สื่อการสอนต้องมีขนาดใหญ่ภาพชัดเจน
- ของเล่นต้องมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 1 ซม.ขึ้นไป
- เลือกของเล่นให้เหมาะสมกับพัฒนาการที่ต้องการฝึก
- มีตะกร้าใส่ของเล่นเมื่อเล่นเสร็จ
- ทำความสะอาดของเล่นหลังการใช้ทุกครั้ง

5. การเตรียมสถานที่

- มุมที่ฝึก ต้องมีความสงบ สิ่งแวดล้อมรบกวนการฝึกน้อย
- มีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ เช่น กระจก ขอบหรือมุมโต๊ะ
- อากาศไม่ร้อนจนเกินไป
- ระยะแรกของการฝึก ควรฝึกที่เดิมเพื่อช่วยลดปัญหาการปรับตัวของเด็ก
- โต๊ะและเก้าอี้ มีขนาดเหมาะสมกับวัยของเด็ก

6. คำแนะนำการฝึก

- สร้างสัมพันธภาพกับเด็กโดยการเรียกชื่อ บอกชื่อผู้ฝึก
- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ปกครอง สัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องต้น
- ถ้าเด็กไม่ร่วมมือในการฝึกครั้งแรก อย่าบังคับหรือจู่โจม
- เตรียมของเล่นที่ช่วยในการฝึกเบื้องต้น ภาชนะ ตะกร้า
- ใช้คำสั่งสั้น กระชับ ให้การบอกเด็กให้ทำตามคำสั่งและใส่ชื่อของเล่น เป็นสื่อช่วยให้เด็กเรียนรู้และสื่อสารกับผู้ฝึก

เทคนิคการช่วยเหลือการฝึก

ถ้าเด็กได้รับคำสั่งแล้วไม่เข้าใจหรือไม่ทำตามคำสั่ง ให้ใช้เทคนิคช่วยเหลือการฝึก 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. **จับมือทำ** เป็นการจับมือให้เด็กทำกิจกรรมตามคำสั่งใช้ จนกว่าเด็กจะเข้าใจและร่วมมือทำกิจกรรมในทุกขั้นตอนพูดบอกในขณะที่จับมือทำเป็นระยะๆ เพื่อชักทำให้เด็กเกิดความเข้าใจ
2. **แนะนำ** เป็นขั้นตอนที่ลดความช่วยเหลือลงจากจับมือทำแตะที่หลังมือ ข้อมือ ข้อศอก และแตะเตือนเบาๆ ตามลำดับเปิดโอกาสให้เด็กทำกิจกรรมด้วยตัวเองมากขึ้น
3. **เลียนแบบ** เป็นการทำตัวอย่างให้เด็กดูก่อน และให้เด็กทำตามวิธีนี้จะใช้เมื่อผู้ฝึกแน่ใจว่าเด็กเข้าใจ
4. **ทำตามคำสั่ง** เป็นขั้นตอนที่เด็กสามารถปฏิบัติตามคำสั่งได้โดยไม่ต้องช่วยเหลือเด็กจะสามารถทำได้เมื่อเข้าใจคำพูดและคำสั่ง

การทำความสะอาดของเล่น

สำรวจว่าของเล่นที่มีอยู่ทำด้วยวัสดุประเภทใด จากนั้นแยกประเภทการทำความสะอาดตามชนิดของวัสดุต่างๆ ด้วยน้ำสะอาดผสมน้ำยาล้างจาน

ของเล่นที่ทำด้วยไม้

1. ใช้ผ้าชุบน้ำผสมน้ำยาล้างจานที่เตรียมไว้บิดหมาดๆ เช็ดให้ทั่ว
2. เช็ดตามด้วยน้ำสะอาดอีก 2 ครั้ง

ของเล่นที่ทำด้วยพลาสติก

1. ล้างด้วยน้ำสะอาด 1 ครั้ง
2. แช่ในน้ำที่ผสมน้ำยาล้างจานประมาณ 5 นาที
3. ล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง

ของเล่นที่ทำด้วยผ้า

- ซักทำความสะอาดตามปกติ
- ของเล่นทั้งหมดที่ทำทำความสะอาดตามขั้นตอนแล้วนำไปผึ่งลม/ตากแดด โดยวางบนผ้าสะอาด

ทำไมต้องเป็นน้ำยาล้างจาน?

เนื่องจากหาได้ง่าย และเนื่องจากน้ำยาล้างจานเป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้สำหรับภาชนะใส่อาหารจึงมีความปลอดภัยหากเด็กนำของเล่นเข้าปากในขณะที่ทำกิจกรรม

อัตราส่วนที่ใช้

ไม่มี อัตราส่วนที่แนะนำ คูปริมาณให้เหมาะสมกับจำนวนของเล่น

ควรทำความสะอาดของเล่นทุกวันหลังเลิกฝึกแล้วให้ของเล่นถูกลม/ผึ่งแดดทุกชิ้นจนแห้งหลังจากนั้นนำไปเก็บสำหรับพร้อมใช้ต่อไป

กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านสังคม

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กมีความสามารถในการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น มีทักษะการปรับตัวในสังคม การทำหน้าที่ของตนเองและความรู้จักแยกแยะเรื่องถูกและผิด รู้จักการแสดงออกอย่างเหมาะสมต่อสถานการณ์ทางสังคมที่แตกต่างกัน รวมถึงมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิต

กิจกรรมที่ใช้ในการฝึกพัฒนาการด้านสังคม มีดังนี้ (ตารางที่ 4)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของกิจกรรม
• การสร้างสัมพันธ์ภาพด้วยการเล่น	• เพื่อให้เด็กเกิดความสนใจหรือรับรู้ว่ามีบุคคลและสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์นั้นๆ
• การสบตา	• เพื่อกระตุ้นการมอง สบตาของเด็กๆ
• การรู้จักบุคคล	• เพื่อให้เด็กสามารถรู้จักบุคคลใกล้ชิดได้ เพื่อดึงเด็กออกจากโลกของตัวเอง
• การกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งห้า	<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ฝึกและเด็ก • เพื่อกระตุ้นการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัส ให้มีการฟังการมองอย่างมีเป้าหมาย การรับสัมผัสทางผิวหนัง กลิ่นและรส • เพื่อกระตุ้นสมองให้เกิดความตื่นตัว พร้อมทั้งจะเรียนรู้สิ่งต่างๆต่อไป

***หมายเหตุ** * รายละเอียดในการฝึกอ่านเพิ่มเติมใน “คู่มือกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการสำหรับหน่วยบริการส่งเสริมพัฒนาการ” โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สามารถดาวน์โหลดคู่มือได้จาก <http://www.yuwaprasart.com/>

กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านภาษาและการสื่อความหมาย

มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เด็กออทิสติกและเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการทางภาษาล่าช้า มีพัฒนาการทางภาษาและการสื่อความหมายกลับมาใกล้เคียงเด็กปกติ โดยเริ่มจากการกระตุ้นให้เด็กรับรู้ และเกิดความเข้าใจในภาษาก่อน จากนั้นจึงจะพัฒนาให้เกิดภาษาพูดที่มีความหมายได้

ในการเรียนรู้ ภาษามุ่งจำเป็นต้องอาศัยพื้นฐานการเรียนรู้ที่สำคัญ คือ การมอง, การฟัง เพื่อนำมา เชื่อมโยงให้เกิดความหมายของคำพูด นอกจากการมองและการฟังแล้ว ทักษะที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การเลียนแบบ โดยเด็กต้องรู้จักการเลียนเสียงจากการออกเสียงแบบไม่มีความหมาย การออกเสียงเป็นคำ วลี และประโยค แล้วจึงนำสิ่งที่เรียนรู้ขึ้นมาพูดสื่อสารบอกความต้องการ

ในเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านภาษาและการสื่อความหมาย เด็กมักจะเข้ารับการรักษาบำบัดด้วย ปัญหาไม่สามารถพูดได้เมื่อถึงวัยที่ควรพูดได้แล้ว ไม่ว่าเด็กจะพูดช้าเนื่องจากสาเหตุใดๆก็ตาม เด็กควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาและการพูดให้เร็วที่สุด โดยใช้ ทฤษฎี การเรียนรู้ (Learning Theory) ร่วมกับ ทฤษฎีพัฒนาการทางภาษาและการสื่อสาร (Language developmental Theory) เป็นแนวทาง ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ นอกจากนี้เด็กควรได้รับการส่งเสริมให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีคนพูดสื่อ ภาษาและกระตุ้นให้เด็กใช้ภาษาในการสื่อสาร

กิจกรรมที่ใช้ในการฝึกพัฒนาการด้านภาษาและการสื่อความหมาย มีดังนี้ (ตารางที่ 5)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของกิจกรรม
<ul style="list-style-type: none"> • การมอง ฟัง และปฏิบัติตามคำสั่ง 	<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อฝึกการมองอย่างมีเป้าหมาย • เพื่อฝึกการฟังและทำตามคำสั่งอย่างเข้าใจความหมาย
<ul style="list-style-type: none"> • การเคลื่อนไหวปากและลิ้น 	<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อฝึกให้เกิดการเลียนแบบการเคลื่อนไหวอวัยวะที่เกี่ยวกับการพูด • เพื่อฝึกให้เกิดการเลียนแบบการออกเสียงที่คล้ายคลึงกับคำพูด
<ul style="list-style-type: none"> • การอ่านบัตรคำ/บัตรภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อเตรียมความพร้อมด้านสมาธิให้กับเด็ก • เพื่อเตรียมเรื่องการฟัง และการมองอย่างมีเป้าหมาย • เพื่อให้ความรู้เรื่องคำศัพท์หมวดต่างๆ เช่น พยัญชนะ เลข สี
<ul style="list-style-type: none"> • การสอนภาพคำศัพท์ 	<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อให้เด็กรู้จักคำศัพท์จากภาพ

*หมายเหตุ * รายละเอียดในการฝึกอ่านเพิ่มเติมใน “คู่มือกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ สำหรับหน่วยบริการส่งเสริมพัฒนาการ” โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สามารถดาวน์โหลด คู่มือได้จาก <http://www.yuwaprasart.com/>

กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก

ในการใช้ชีวิตประจำวันและการเรียนรู้ของเด็ก ต้องอาศัยทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัน เช่น การจดงาน มองกระดาน จำแล้วเขียน การวาดรูปต่างๆต้องอาศัยการบังคับมือและสมาธิ ที่จดจ่อกับรูปที่กำลังวาด การติดกระดาษที่ต้องอาศัยความคล่องแคล่วของมือประสานกับการมอง เป็นต้น เพราะฉะนั้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ของเด็ก ทักษะการใช้กล้ามเนื้อจึงสำคัญมาก

มีการศึกษาในเด็กว่ากล้ามเนื้อเป็นพื้นฐานของการทำงานประสานกันของอวัยวะต่างๆ เช่น การเขียนหนังสือ การหยิบจับ การต่อรูปภาพ ถ้าทักษะการใช้กล้ามเนื้อต่ำกว่าวัยจะส่งผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันของเด็กด้วย นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่พบว่า ทักษะการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กสัมพันธ์ กับสติปัญญาของเด็ก ความคล่องแคล่วในการใช้ มือประกอบกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการต่อจิ๊กซอว์ การพลิกหน้าหนังสือ การจับดินสอ การระบายสี หรือการใช้กรรไกร แสดงถึงแนวโน้มสติปัญญาที่ดีของเด็ก

ทักษะการใช้กล้ามเนื้อจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับเด็กและเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการเรียนรู้และการช่วยเหลือตนเอง ผู้ปกครองและผู้ฝึกจึงต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ

กิจกรรมที่ใช้ในการฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก มีดังนี้ (ตารางที่ 6)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของกิจกรรม
• การหยิบของย้ายภาชนะ	เพื่อให้เด็กสามารถใช้มือประสานกับการมองหยิบวัตถุจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งได้
• การตอก่อนไม้	เพื่อให้เด็กสามารถวางตอก่อนไม้ในแนวสูงได้ เพื่อให้เด็กมีสมาธิ มีการกระยะที่ตี และทำกิจกรรมด้วยความระมัดระวัง
• การหยอดลูกกลมใส่ช่อง	เพื่อให้เด็กสามารถใช้มือประสานกับการมองหยิบวัตถุทรงกลมใส่ช่องได้
• การหยอดกระดาษ	เพื่อให้เด็กสามารถใช้ปลายนิ้วหยิบกระดาษหยอดลงช่องได้
• การหยอดลูกปัดใส่ขวด	เพื่อให้เด็กสามารถใช้ปลายนิ้วหยิบวัตถุขนาดเล็กได้ เพื่อให้เด็กสามารถใช้ตามือประสานงานกัน
• การหมุนเปิด-ปิดฝาขวด	เพื่อฝึกการใช้มือทั้งสองข้างทำงานร่วมกัน เพื่อพัฒนาไปสู่การฝึกการช่วยเหลือตนเอง
• การหนีบไม้หนีบ	เพื่อให้เด็กสามารถหนีบไม้หนีบด้วยปลายนิ้ว 2-3 นิ้วได้ (นิ้วโป้ง นิ้วชี้ นิ้วกลาง) เพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
• การเสียบหมุด	เพื่อให้เด็กสามารถใช้ปลายนิ้วชี้ และนิ้วโป้ง หยิบหมุดได้ เพื่อฝึกการกระยะและการใช้ตา มือ ประสานกัน
• การตักวัตถุย้ายภาชนะ	เพื่อให้เด็กสามารถใช้ช้อนตักวัตถุจากภาชนะหนึ่งสู่ภาชนะหนึ่งได้
• การร้อยลูกปัด	เพื่อฝึกการใช้ ตา มือ ทำงานประสานกันทั้ง 2 ข้าง
• การร้อยเชือกตามรุ	เพื่อฝึกการใช้ ตา มือ ทำงานประสานกันทั้งสองข้าง

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของกิจกรรม
• การเล่นดินน้ำมัน	เพื่อให้เด็กสามารถเลียนแบบการเล่น เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการเล่น เพื่อให้เด็กเล่นดินน้ำมันด้วยกล้ามเนื้อมือทั้งซ้าย-ขวาได้ เสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
• การจับดินสอ	เพื่อให้เด็กสามารถจับดินสอได้อย่างถูกวิธี
• การระบายสี	เพื่อให้เด็กสามารถระบายสีได้ตรงตำแหน่งของภาพ
• การโยงภาพเหมือน	เพื่อให้เด็กรู้จักการสังเกตภาพที่เหมือนกัน เพื่อให้เด็กสามารถโยงภาพเหมือนได้ เพื่อฝึกการกวาดสายตาของเก

หมายเหตุ รายละเอียดในการฝึกอ่านเพิ่มเติมใน “คู่มือกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการสำหรับหน่วยบริการส่งเสริมพัฒนาการ” โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สามารถดาวน์โหลดคู่มือได้จาก <http://www.yuwaprasart.com/>

กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่

พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจนตั้งแต่ในวัยทารกแรกเกิด และสามารถติดตามความก้าวหน้าของพัฒนาการได้อย่างชัดเจนตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ได้แก่ การชันคอ การคว่ำ การนั่ง การคลาน และการเดิน ซึ่งพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่มักจะเกิดอย่างเป็นลำดับขั้นตอน

กิจกรรมที่ใช้ในการฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ มีดังนี้ (ตารางที่ 7)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของกิจกรรม
• การเดินหน้า	เพื่อฝึกการทรงตัว เพื่อฝึกการคาดคะเนระยะทาง
• การถอยหลัง	เพื่อฝึกการทรงตัว เพื่อฝึกการคาดคะเนระยะทาง
• การเดินตักของย้ายภาชนะ	เพื่อให้มีการทรงตัวที่ดีในการเดินขณะถือของ เพื่อให้เกิดการรับรู้ว่ามีสิ่งของอยู่ในมือและเด็กสามารถประคับประคองสิ่งของไม่ให้ตกลงได้
• การวิ่งเก็บบอล หรือสิ่งของใส่ตะกร้า	เพื่อฝึกการทำงานประสานกันระหว่างตาและมือ เพื่อฝึกการเคลื่อนไหวอย่างมีเป้าหมาย
กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของกิจกรรม

• การกลิ้งบอล	เพื่อให้เด็กรู้วิธีการใช้ 2 มือทำงานพร้อมกันเพื่อผลักบอลออกไปจากตัว เพื่อให้เด็กฝึกใช้แขนในการสะบัดข้อมือและใช้กล้ามเนื้อแขน
• การโยนบอลให้บุคคล	เพื่อการออกแรงใช้กล้ามเนื้ออย่างมีเป้าหมาย
• การรับบอลด้วยท่อนแขน	เพื่อให้เด็กฝึกการใช้กล้ามเนื้อแขน เพื่อฝึกการทำงานประสานกันของแขน 2 ข้างและสายตาเพื่อการกระชาระยะ
• การโยน-รับบอลใส่ตะกร้า	เพื่อให้เกิดการออกแรงใช้กล้ามเนื้ออย่างมีเป้าหมาย เพื่อฝึกการทำงานประสานกันของตาและมือ
• การกระโดดข้ามสิ่งกีดขวาง	เพื่อฝึกควบคุมการทรงตัวขณะกระโดดไปข้างหน้า

***หมายเหตุ** * รายละเอียดในการฝึกอ่านเพิ่มเติมใน “คู่มือกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ สำหรับหน่วยบริการส่งเสริมพัฒนาการ” โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สามารถดาวน์โหลดคู่มือได้จาก <http://www.yuwaprasart.com/>

กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเอง

การฝึกการช่วยเหลือตนเองนั้น เด็กต้องมีทักษะพื้นฐานในการใช้ กล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว เช่น ทักษะการใส่-ถอดเสื้อผ้า เด็กต้องผ่านทักษะการใช้มือในการหยิบจับสิ่งของได้มาก่อน

ในเด็กออทิสติก มักพบพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งมักจะเป็นปัญหาเรื่องการช่วยเหลือตนเอง อยู่เสมอนอกจากนี้ พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ยังเป็นอุปสรรคสำคัญของการฝึกการช่วยเหลือตนเองอีกด้วย การปรับเปลี่ยนเด็กในกลุ่มออทิสติกจึงจำเป็นต้องอาศัยความอดทน และความร่วมมือในการฝึกอย่างสม่ำเสมอจากพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็ก ผู้ฝึกต้องทำความเข้าใจกับพ่อแม่และผู้ดูแลหลักให้มีทัศนคติที่ดีในกาเปลี่ยนแปลงให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองได้จริง รวมถึงต้องเน้นย้ำความอดทนในการเปลี่ยนแปลง การดูแลเด็ก เนื่องจากต้องต่อสู้กับอารมณ์หงุดหงิด พฤติกรรมต่อต้านและก้าวร้าวของเด็ก

กิจกรรมที่ใช้ในการฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ มีดังนี้ (ตารางที่ 8)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของกิจกรรม
• การแต่งกาย	เพื่อให้เด็กสามารถใส่-ถอด เสื้อ กางเกง ถุงเท้า รองเท้าได้
• การรับประทานอาหาร	เพื่อให้เด็กมีความสามารถในการเคี้ยว กลืน ดื่มน้ำและนม รวมทั้งการใช้ อุปกรณ์สำหรับรับประทานอาหาร เช่น ช้อน ส้อม แก้วน้ำ การเปิดขวดน้ำ การเทน้ำด้วยตนเอง เป็นต้น
• การทำความสะอาดร่างกายและการขับถ่าย	เพื่อให้เด็กสามารถบ้วนปาก แปรงฟัน สระผม อาบน้ำ ขับถ่ายและทำความสะอาดหลังการขับถ่ายด้วยตนเองได้

***หมายเหตุ** * รายละเอียดในการฝึกอ่านเพิ่มเติมใน “คู่มือกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ สำหรับหน่วยบริการส่งเสริมพัฒนาการ” โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สามารถดาวน์โหลดคู่มือได้จาก <http://www.yuwaprasart.com/>

การส่งเสริมพัฒนาการที่ได้ผลดี พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การใช้สมุดบันทึกกิจกรรมการฝึกเป็นแนวทางที่ช่วยให้พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูได้บันทึกกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กในขณะที่อยู่ที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้สมุดบันทึกยังเป็นสื่อกลางให้กับพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูสื่อสารกันในครอบครัวและสื่อสารกับผู้ฝึกที่หน่วยส่งเสริมพัฒนาการอีกด้วย ตัวอย่างสมุดบันทึกกิจกรรม สามารถหาและดาวน์โหลดได้จาก **“สมุดบันทึกกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ”** โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ <http://www.yuwapasart.com/>

การใช้ยา

ปัจจุบันยังไม่มียาที่สามารถรักษากลุ่มอาการออทิสติกและอาการหลักของกลุ่มอาการออทิสติกให้หายขาดได้ การรักษาด้วยยาในกลุ่มอาการออทิสติกในปัจจุบันเป็นไปเพื่อช่วยลดอาการและพฤติกรรมบางอย่างที่เป็นอุปสรรคขัดขวางความก้าวหน้าในการพัฒนาผู้ป่วยออทิสติก ข้อบ่งชี้ในการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก มีดังนี้

พฤติกรรมชนมาก ไม่นิ่ง ความสนใจสั้น วอกแวกง่าย วุ่นวายใจร้อน หรืออาการสมาธิสั้น

ยาที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าว คือ ยาที่ใช้รักษาอาการทางจิต ได้แก่ Haloperidol และ Risperidone ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 6 ปี มีความสามารถและพัฒนาการดี อาจพิจารณาใช้ยากลุ่มที่ใช้รักษาอาการสมาธิสั้น (รายละเอียดการใช้ยาแสดงในตารางด้านล่าง)

ผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับการส่งเสริมพัฒนาการหรือ อบรมพฤติกรรมมาก่อน ในช่วงแรกอาจจะมีปัญหาชนมาก ไม่นิ่ง ไม่นั่งโต๊ะ ไม่สามารถฝึกได้ ยังไม่ควรเริ่มให้ยาในทันทีแต่ควรสังเกตอาการหลังจากได้รับการส่งเสริมพัฒนาการหรือ

พฤติกรรมซ้ำ พฤติกรรมย้ำทำ หรืออาการย้ำคิดย้ำทำ

ในกรณีที่มีแต่พฤติกรรมซ้ำๆ ที่ทำโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย เช่น การกระโดด สะบัดมือ เล่นมือ ควรพิจารณาเลือกใช้ยาในกลุ่มยารักษาอาการทางจิต ยาที่ได้ผลดีคือ Risperidone

หากผู้ป่วยมีอาการย้ำทำ หรือย้ำคิดย้ำทำ ที่เป็นรูปแบบของพฤติกรรมที่ชัดเจน และลักษณะคล้ายอาการในโรคย้ำคิดย้ำทำ ยาที่ได้ผลดีคือ ยาด้านเศร้า (antidepressant) ได้แก่ fluoxetine และ sertraline (รายละเอียดการใช้ยาแสดงในตารางที่ 9)

อารมณ์หงุดหงิดเปลี่ยนแปลงง่าย และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ในกรณีนี้จะรวมไปถึงผู้ป่วยที่มีปัญหาอาละวาดเอาแต่ใจรุนแรง (severe tantrum) ซึ่งยาที่ใช้คือ ยารักษาอาการทางจิต ยาที่ได้ผลดี คือ Haloperidol และ Risperidone (รายละเอียดการใช้ยาแสดงในตารางที่ 9)

ตารางที่ 9

ชนิดของยา	ขนาด	ข้อแนะนำในการใช้ยา
กลุ่มยารักษาอาการทางจิต 1. Haloperidal	0.1 mg/kg/day	<ul style="list-style-type: none"> อาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องระวังคือ Extrapyrimalidal side effect ซึ่งจะ让孩子มีปัญหาการกลืน น้ำลาย ไหลมาก มีอาการชุนมาก อยู่ไม่นิ่งเพิ่มขึ้นจากอาการ akathisia-ควรเริ่มยาในขนาดต่ำและค่อยๆปรับยาทุก 2-4 สัปดาห์
2. Risperidone	0.015-0.030 mg/kg/day	<ul style="list-style-type: none"> อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่พบได้บ่อยคือ ง่วงซึม เพิ่มความอยากอาหาร น้ำหนักเพิ่มได้มาก สามารถให้ยาเป็น 1-2 มื้อ/วันได้ โดยเริ่มจากมื่อก่อนนอนก่อน หากไม่มีอาการง่วงซึมอาจจะแบ่งให้เป็นมื้อเช้า(หลังอาหารเช้า) และก่อนนอน ได้ ควรเริ่มยาในขนาดต่ำ ประมาณ 0.25-0.5 มิลลิกรัม/วัน ในเด็กออทิสติกบางคนอาจมีปัญหาในการขับถ่ายยาทำให้มีระดับยาในเลือดสูงกว่าคนปกติแม้จะได้ในขนาดยาที่เท่ากัน จึงควรระมัดระวังในการสังเกต ผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์ของยา และระมัดระวังในการปรับขนาดยา
กลุ่มยาด้านเศร้า 1. Fluoxetine	10-20 mg/day	<ul style="list-style-type: none"> ควรใช้เวลารอสังเกตอาการอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ก่อนปรับขนาดยา
2. Sertraline	25-100 mg/day	<ul style="list-style-type: none"> ควรใช้เวลารอสังเกตอาการอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ก่อนปรับขนาดยา
กลุ่มยารักษาอาการสมาธิสั้น 1.Methylphenidate (Ritalin)	0.1-0.5 mg/kg/day	<ul style="list-style-type: none"> ไม่ควรใช้ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย คือ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในเด็กออทิสติก คือ ชุนมากกว่าเดิม หงุดหงิดมาก อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

การรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ

กลุ่มอาการออทิสติกยังไม่มี การรักษาที่ ทำให้พยาธิสภาพของโรคหายไป แต่การรักษาเป็นการมุ่งเน้นให้เด็กสามารถกลับมาพัฒนาการและพฤติกรรมที่ปกติตามวัย ปรับลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และไม่ควรมีในเด็กปกติ การรักษากลุ่มอาการออทิสติกจึงจำเป็นต้องใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกัน เพื่อช่วยให้ผลการรักษาได้ผลดีที่สุด

ดังนั้นจึงการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ นอกเหนือจากวิธีการที่กล่าวไปแล้วข้างต้น เพื่อให้การรักษากลุ่มอาการออทิสติกช่วยให้เด็กสามารถมี พัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย ปรับลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สามารถเข้าเรียนร่วมกับเด็กปกติ และสามารถประกอบอาชีพได้เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

การรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ ในคู่มือฉบับนี้จะกล่าวถึงแต่เฉพาะการรักษาที่นอกเหนือจากที่กล่าวไปแล้วข้างต้น และเป็นวิธีการที่มีผู้นำมาใช้ในประเทศไทย

Lovas model/ABA

พัฒนาโดย Ole Ivar Lovass นักจิตวิทยาคลินิกชาวอเมริกัน มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ เทคนิคที่ใช้ มีชื่อว่า Apply Behavior Analysis (ABA) มีหลักคิดของปรับพฤติกรรมที่เชื่อว่าพฤติกรรมจะเพิ่มหรือลดเกิดจากผลของการกระทำนั้นๆ ดังนั้นเทคนิคนี้จึงเน้นการให้รางวัลและแรงเสริมทั้งทางบวกและทางลบ

DIR/Floortime

เป็นโปรแกรมการฝึกที่รู้จักกันดีในประเทศไทย โปรแกรมนี้พัฒนาขึ้นโดย Dr. Stanley Greenspan กุมารแพทย์ และจิตแพทย์ เด็กชาวอเมริกัน มีแนวคิดพื้นฐานที่เรียกว่า DIR (Development-Individual different-Relationship base) เน้นการพัฒนาเด็กโดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูเด็ก แต่ละคนมีความสามารถและคุณลักษณะแตกต่างกันไปเป็นรายบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางชีวภาพและการเรียนรู้ที่ผ่านมา

แบ่งขั้นตอนพัฒนาการของเด็กออกเป็น 6 ระยะ ได้แก่

1. Self-regulation and interest in world
2. Intimacy, engagement and falling in love
3. Two-way communication
4. Complex communication
5. Emotional ideas
6. Emotional and logical thinking

Floortime เป็นชื่อเรียกที่หมายถึง เทคนิคที่ใช้บรรยากาศสบายๆ เหมือนนั่งเล่นบนพื้น พ่อแม่เล่นกับลูกอย่างสนุกสนานร่าเริง ค่อยๆปรับเข้าหากันและปรับพฤติกรรมเด็กจนได้ พฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้นจะต้องสอดคล้องกับลำดับพัฒนาการ

Sensory Integration (SI)

sensory integration (SI) คือ การประมวลการทำงานของสมองเพื่อจัดการกับข้อมูลที่ได้รับการระบบประสาทสำหรับความรู้ สึกซึ่งนำไปสู่ลักษณะของพฤติกรรมบางอย่าง โดยระบบประสาทสำหรับความรู้สึกที่ sensory integration สนใจจะมีด้านหลักๆ อยู่ 3 ด้าน ได้แก่

1. การรับสัมผัส (touch/tactile)
2. การรับรู้ตำแหน่งและการเคลื่อนไหวผ่านเอ็น ข้อต่อ และกล้ามเนื้อ (proprioceptive)
3. การรับรู้แรงดึงดูดของโลกและการเคลื่อนไหวของตำแหน่งศีรษะ หรือการรักษาสมดุลการทรงตัวของร่างกาย (vestibular)

มีทฤษฎี ที่เชื่อว่าความผิดปกติทางพฤติกรรมบางอย่างของเด็กออทิสติก เช่น พฤติกรรมกระโดดขึ้นลงซ้ำๆ การสะบัดมือซ้ำๆ พฤติกรรมชนไม้แข็ง ปัญหาการเคี้ยวหรือกลืน ตลอดจนอารมณ์แปรปรวนหงุดหงิดง่าย

ของเด็กออทิสติกเกิดจากการเสียสมดุล sensory integration (sensory integrative dysfunction) ทำให้มีปัญหาในการรับข้อมูลความรู้สึก ปัญหาในการจัดประเภทและแยกแยะสิ่งเร้าความรู้สึกที่เข้ามาหรือรับมา และ/หรือปัญหาในการเชื่อมโยงข้อมูลสิ่งเร้าต่างๆ ซึ่งจะแสดงออกมาในปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ต่างๆ เด็กที่มีปัญหาของประสาทสัมผัสด้าน tactile จะทำให้มีลักษณะไม่ชอบให้กอดหรือสัมผัสตัวระคายตัว หรือปฏิเสธการใส่เสื้อผ้าใหม่ๆ มีปัญหาการเลือกกินอาหาร โดยจะมีลักษณะเลือกกินอาหารที่มีเนื้อของอาหารบางอย่างเท่านั้น เช่น อาหารที่มีลักษณะเหลว หรือลักษณะเหลวข้นคล้ายแป้งเปียกแต่ไม่กินอาหารที่มีลักษณะเป็นเม็ด เช่น ข้าว แต่บางคนก็จะกินเฉพาะอาหารที่เป็นเม็ด เช่น ข้าว ไม่กินนมหรือโจ๊ก เป็นต้น

เด็กที่มีปัญหาของประสาทสัมผัสด้าน proprioceptive จะทำให้มีลักษณะเดินแล้วหกล้มบ่อยๆ ใช้กล้ามเนื้อมือได้ไม่คล่องแคล่วจับของไม่ติด หรือจับแบบออกแรงมากเกินไป บางคนอาจจะออกมาในลักษณะพฤติกรรมกระตุ้นตนเองด้วยการกระโดดขึ้นๆ ลงๆ ซ้ำๆ หรือ เคาะมือ เคาะนิ้วมือซ้ำๆ เป็นต้น

เด็กที่มีปัญหาของประสาทสัมผัสด้าน vestibular จะทำให้มีลักษณะการเคลื่อนไหวที่งุ่มง่าม ไม่คล่องแคล่วตามวัย ไม่ชอบปีนป่ายหรือขึ้นลงบันได หรือบางคนอาจจะมีพฤติกรรมกระตุ้นตัวเองด้วยการหมุนตัวเอง เคลื่อนไหวตลอดเวลาคล้ายเด็กซน อยู่ไม่นิ่ง เป็นต้น

การรักษาจะเป็นการเข้าไปปรับแก้การรับข้อมูลและการเชื่อมโยงข้อมูลผ่านการฝึกที่จะกระตุ้นระบบประสาทรับความรู้สึกในด้านต่างๆ โดยนักกิจกรรมบำบัดจะเป็นผู้ประเมินและวางแผนการช่วยเหลือ

Hemoencephalography (HEGs)

เป็นการรักษาที่ใช้หลักการของ Neuro-feedback เป็นลักษณะของ brain blood flow feedback ที่นำมาใช้ร่วมในรักษาโรคอทิสติก (adjunctive therapy) เพิ่มเติมจากการรักษาหลัก

เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือตรวจวัดและปรับกระแสการไหลเวียนของโลหิตที่ผิวสมอง อุปกรณ์ประกอบด้วยสายคาตศีรุษะ ที่ทำหน้าที่ตรวจสอบการอิมตัวของออกซิเจนในเส้นเลือดฝอยที่ผิวสมอง โดยแสงจะส่องผ่าน เข้าไปที่บริเวณผิวของสมอง และสะท้อนกลับมาที่หนังศีรุษะ และส่งข้อมูลกลับไปเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อประมวลผลและแสดงผลออกมาในรูปแบบกราฟที่หน้าจอ เมื่อเด็กมีความสนใจจดจ่อจะมีเลือดไปเลี้ยงสมองบริเวณที่ติดเครื่องมือมากขึ้นส่งผลให้กราฟที่แสดงออกมาที่หน้าจอสูงขึ้น และเสียงดนตรีที่เปลี่ยนไป เด็กจะเกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองว่าจะต้องทำอะไรจึงจะสามารถปรับเปลี่ยนตนเองให้มีความสนใจจดจ่อ โดยดูจากลักษณะกราฟที่เพิ่มสูงขึ้นและเสียงดนตรีที่เปลี่ยนไป

เครื่องมือ HEG เริ่มนำมาใช้ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 เป็นเครื่องมือที่มีความปลอดภัยในการใช้กับเด็กเพราะไม่ต้องใช้หัตถการใดๆ ยกเว้นกรณีผู้ป่วยมีโรคร่วมบางโรค เช่น โรคลมชัก ซึ่งต้องให้แพทย์พิจารณาเป็นรายๆ ไป นอกจากนี้ เด็กต้องมีความร่วมมือในการคาตสายคาตศีรุษะเพื่อวัดการอิมตัวของออกซิเจน ซึ่งอาจจำเป็นต้องใช้เวลาเพื่อเตรียมความพร้อมเด็กให้ยอมรับสายคาตศีรุษะก่อน

Picture Exchange Communication System (PECS)

PECS เป็นระบบการสื่อสารโดยใช้ภาพในการสื่อสารบอกความต้องการ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ การเรียนรู้ที่เน้นการมองเห็นเป็นหลักสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับความสามารถในการเรียนรู้ ของเด็กออทิสติกมีลักษณะการเรียนรู้ด้วยการมองและคิดเป็นภาพได้ดี (visual learner)

จุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ด้วย PECS คือเพื่อให้บุคคลที่มีความบกพร่องทางการสื่อสารสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเด็กจะถูกฝึกให้ใช้การสื่อสารทดแทนนี้แทนการใช้คำพูด ผู้ที่เด็กสื่อสารด้วยสามารถเข้าใจว่าเด็กต้องการสื่อสารสิ่งใด เด็กสามารถเริ่มการสื่อสารด้วยตนเอง และสามารถแสดงปฏิกริยาโต้ตอบกับคู่สื่อสารได้ทันที มีการศึกษาวิจัยพบว่าเด็กที่สามารถใช้การสื่อสารด้วย PECS ได้ดี จะสามารถเริ่มพูดได้เองในภายหลัง

ในปัจจุบันใช้ PECS ร่วมรักษาเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพูดได้น้อยหรือยังพูดไม่ได้ (Expressive Language) แต่มีความเข้าใจภาษา (Receptive language)

Hyperbaric

เป็นการรักษาทางเลือกชนิดหนึ่งที่มีการนำมาใช้ในการรักษากลุ่มอาการออทิสติก Hyper baric Oxygen treatment เป็นการเพิ่มความดันสูงเพื่อผลักดันให้ออกซิเจนบริสุทธิ์ เข้าไปสู่เซลล์เม็ดเลือด ทำให้ปอดได้รับออกซิเจนสูงกว่าการหายใจปกติ ทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกายรวมทั้งสมองได้รับออกซิเจนที่สูงขึ้นด้วยเดิมการรักษาใช้รักษาอาการป่วยที่เกิดจากความดันอากาศหรือน้ำที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ดังเช่นที่พบในนักดำน้ำที่ขึ้นสู่น้ำเร็วเกินไป หรือนักดิ่งพสุธาที่มีการเปลี่ยนแปลงของความดันอากาศอย่างรวดเร็ว รวมทั้งในภายหลังมีการนำการรักษานี้มาใช้ในการรักษาแผลเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานหรือแผลไฟไหม้

การวิจัยในต่างประเทศมีการทดลองนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการรักษาเด็กออทิสติก แต่ยังไม่สามารถสรุปผลการวิจัยออกมาได้

โภชนบำบัด (Biomedical)

เป็นการรักษาทางเลือกที่นำมาใช้ในการรักษาเด็กออทิสติก โดยมีสมมติฐานว่า เด็กออทิสติกบางรายมีปัญหาในการย่อยสลายโปรตีนที่มีชื่อว่า “กลูเตน” (Gluten) และ “เคซีน” (Casein) ทำให้เกิดการสะสมในร่างกายจนเกิดเป็นพิษ (Toxin) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอาการออทิสติกมากขึ้น

การรักษาด้วยวิธีนี้จะเป็นการให้เด็กหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมของโปรตีนทั้งสองชนิดอยู่หรือเลือกแป้งสาลีและนมซึ่งสกัดโปรตีนเหล่านี้ออกไปแล้ว

ผลการรักษาด้วยวิธี ปัจจุบันการวิจัยยังไม่สามารถสรุปผลได้

อาชบำบัด

เป็นการรักษาที่นำมาช่วยในการบำบัดอาชบำบัด ได้ผลดีในการนำมาช่วยบำบัดเด็กพิเศษกลุ่ม

ที่มีความผิดปกติในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อ และข้อต่อ หรือเด็กที่มีปัญหาเรื่องการทรงตัว เช่น เด็กสมองพิการ (Cerebral palsy: C.P.) ต่อมาจึงเริ่มมีความคิดที่นำการรักษาเข้ามาใช้ ในเด็กออทิสติกที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย

การนั่งอยู่บนหลังม้า เด็กจะต้องมีการปรับให้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ มีการเคลื่อนไหวเป็นจังหวะที่สอดคล้องกับจังหวะการเดินของม้า ฝึกฝนการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมเป็นลักษณะคล้ายการทำกายภาพบำบัดแบบหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Kanner L. Follow-up Study of Eleven Autistic Children Originally Report in 1943. Journal of autism andschizophrenia. Apr-Jun, 1971; 1(2): 119-45.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual, Mental disorders. 4 Text Revision. Washington D.C.: American Psychiatric Association Press; 2000.
3. Wing L. The Autistic Spectrum a guide for parents and professionals. London: Constable; 2001.
4. เพ็ญแข ลឹมศิลา. กระบวนการพัฒนาภาวะออทิสติก สเปกตรัม. ใน ดารณี อุทัยรัตนกิจ, บรรณาธิการ. การประชุมสัมมนา เรื่อง การพัฒนากลุ่มบุคคลออทิสติกสเปกตรัม ในระดับอุดมศึกษา. วันพฤหัสบดีที่ 24 พฤษภาคม 2555 ณ ห้องประชุมสุธรรมอารีกุล อาคารสารสนเทศ 50 ปี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน.
5. Schultz RT and Robbins DL. Functional neuroimaging studies of autistic spectrum disorder. In: Volkmar FR, Klin A, Paul R, Cohen DJ, editors. Handbook of autism and pervasive developmental disorders, vol.1. Hoboken: Wiley; 2005, p.515-33.
6. Schultz RT. Developmental deficits in social perception in autism: The role of amygdala and fusiform face area. International journal of Developmental Neuroscience. 2005; 23(2-3): 125-41.
7. เพ็ญแข ลឹมศิลา. ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสซึม. คู่มือฝึกและดูแลเด็กออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง. สมุทรปราการ: โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์; 2545, หน้า 23.
8. ชาลววิทย์ พรนภดล. Autism and the pervasive developmental disorders. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ:ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น, 2545; หน้า 142-159
9. Volkmar F, Lord C, Klin A, Schultz R and Edward H. Autistic and the pervasive developmental disorders. Lewis's child and adolescent psychiatry: A Comprehensive textbook . 4th Ed.; 2007.
10. เพ็ญแข ลឹมศิลา. Pervasive Developmental Disorders (PDD). ใน วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2 กรุงเทพฯ: ชมรมจิตเวชเด็กและวัยรุ่น; 2550, หน้า 97-105.
11. ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. พฤติกรรมบำบัด,แนวทางการดูแลรักษาโรคออทิสซึมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. สมุทรปราการ: โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2547, หน้า10-13.
12. ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. ปัญหาทางพฤติกรรมของผู้ป่วย ASD, Autistic Spectrum Disorder ปัญหาพฤติกรรม ภาษาและการแก้ไข ประสบการณ์จากโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2555.
13. สุภาพร นาคนาวาและ อิศราวลิษฐ์ สุดตลอด. คู่มือกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ สำหรับหน่วยบริการส่งเสริมพัฒนาการ. สมุทรปราการ: โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์; กันยายน 2555.

แผนภูมิการให้บริการออทิสติก

หน่วยบริการ	กระบวนการ	Technology and Information
รพ.สต. และ Well Child Clinic ทุกระดับบริการ		1. แบบประเมินออทิสติก 10 ข้อ การรายงานข้อมูล - การคัดกรองพัฒนาการ Z00.1
รพช.F1-F3		1.PDDSQ 2.การส่งเสริมพัฒนาการรายบุคคล 3.การส่งเสริมพัฒนาการรายบุคคล อย่างเข้มข้น (Intensive Stimulatuion)
รพช.M2 และ รพช.M1		การรายงานข้อมูล - การคัดกรองพัฒนาการ Z00.1 - สงสัยออทิสติก F84.9
รพท.S และ รพศ.A		1.การส่งเสริมพัฒนาการรายบุคคล สำหรับออทิสติก 2.อรรถบำบัด 3.อาชีวะบำบัด 4.การใช้ยา การรายงานข้อมูล - การคัดกรองพัฒนาการ Z00.1 - ออทิสติก F84.x
รพ.จิตเวช		1. การส่งเสริมพัฒนาการรายบุคคล สำหรับออทิสติก 2. อรรถบำบัด 3. อาชีวะบำบัด 4. การใช้ยา

ภาคผนวก

แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคออทิสซึมในเด็กอายุ 1-5 ปี

คำถาม	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ทำ
1. ยิ้มเวลาเห็นหน้าคุณหรือยิ้มตอบเวลาเห็นคุณยิ้มให้		
2. ชี้หรือแสดงท่าทางบอกความต้องการ		
3. อวดของเล่นหรือสิ่งที่คุณชอบให้คุณดู		
4. ชอบเล่นคนเดียวหรืออยู่ตามลำพัง		
5. หันหน้ามามองเมื่อคุณเรียกชื่อ		
6. เวลาชี้ให้ดูสิ่งต่างๆ เด็กสนใจมองตาม		
7. มองหน้า/สบตาเวลาที่คุณพูดคุยหรือเล่นด้วย		
8. ทำท่าทาง (เช่น สะบัดมือ เขย่งเท้า หมุนตัว) ซ้ำๆ		
9. เล่นสมมติเช่นป้อนข้าวตุ๊กตา เล่นขายของ ทำท่าโทรศัพท์		
10. พูดซ้ำ หมายถึง มีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้		
ก. ไม่พูดคำเดียวที่มีความหมาย เมื่ออายุ 18 เดือน		
ข. ไม่พูดกลุ่มคำที่มี 2 คำต่อกัน เมื่ออายุ 2 ปี		

รายชื่อคณะทำงานด้านความพิการในเด็ก
ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ.2557-2559

รายชื่อคณะกรรมการด้านความพิการในเด็ก
ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
พ.ศ.2557-2559

ความพิการด้านสายตา

พญ.ขวัญใจ วงศ์กิตติรักษ์
พญ.สุมาลิน ตรีโยชยาพร
พญ.ณัฐสุชา หวังถิรอำนาจ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ความพิการด้านออทิสติก

พญ.อนัญญา สิริรัตนันท์
พญ.วรามิศร์ โอสถานนท์
นพ.ณัฐวัฒน์ งามสมุทร

รพ.ยุวประสาทไวทยาลัย
รพ.ยุวประสาทไวทยาลัย
รพ.ยุวประสาทไวทยาลัย

ความพิการด้านการพูดและการสื่อสาร

พญ.นาถยพร จรรย์เรืองธีรกุล
พญ.อุมาพร พนมธรรม
พญ.สาวิตรี ชลออยู่
พญ.นภัสส์ ธนะมัย

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
รพ.สมิติเวช ศรีนครินทร์
ภาควิชาโสต ศอ นาสิก รพ.ราชวิถี

ความพิการด้านจิตใจและการเรียนรู้

ศ.คลินิก พญ.วินัดดา ปิยะศิลป์
พญ.ปัทมา ศิริเวช
รศ.นพ.วิฐารณ บุญสิทธิ์
ผศ.นพ.พนม เกตุมาน

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ความพิการด้านร่างกาย

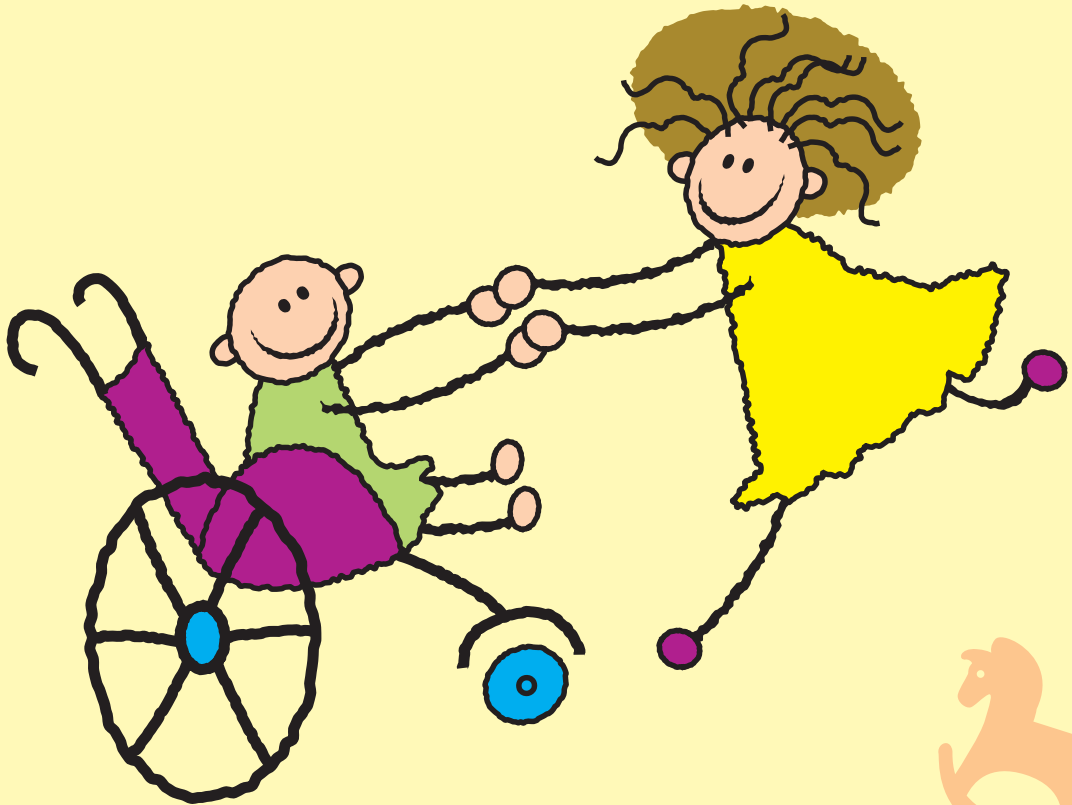
พญ.จุไรรัตน์ บัวภิบาล
พญ.พิมพ์ชนก สุขสมพร
พญ.ดารณี สุวพันธ์

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู
ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู
ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู

ความพิการด้านสติปัญญา

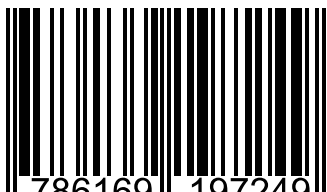
พญ.นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช
พญ.อัมพร เบญจพลพิทักษ์
ผศ.พญ.อดิศักดิ์ เทีพงษ์
รศ.พญ.นิชรา เรืองดารกานนท์

สถาบันราชานุกูล
สถาบันราชานุกูล
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี



www.thaipediatrics.org

ISBN 9786169197249



9 786169 197249

