

คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก

กลุ่มปัญหาการเรียน



กรมสุขภาพจิต
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13

นายแพทย์ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก

กลุ่มปัญหาการเรียน





ชื่อหนังสือ คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก กลุ่มปัญหาการเรียน
ผู้เขียน นายแพทย์ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
ISBN 978-974-296-889-2
พิมพ์ครั้งที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ.2561
จัดพิมพ์โดย ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรมสุขภาพจิต
สำนักพิมพ์ พรอสเพอริสพลัส
จำนวน 2,000 เล่ม

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2561). **คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก กลุ่มปัญหาการเรียน.**
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส.

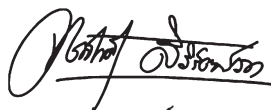
คำนำ

ปัญหาการเรียนในเด็กเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่สามารถแก้ไขหรือบรรเทาปัญหาได้ และสามารถช่วยเหลือเด็กให้กลับมาเรียนรู้ได้เต็มตามศักยภาพที่มีอยู่

ในการดูแลสุขภาพจิตเด็ก กลุ่มที่มีปัญหาการเรียน เริ่มจากความเข้าใจในปัญหาการเรียนที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ เช่น สมาธิสั้น แอลดี ออทิสติก บกพร่องทางสติปัญญา เรียนรู้ช้า ฯลฯ สามารถคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหา และสามารถดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างเหมาะสมตามชนิดของปัญหา

หนังสือ **“คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก กลุ่มปัญหาการเรียน”** เป็น การรวบรวมความรู้ทางจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะจงเฉพาะกลุ่มเด็กที่มีปัญหาการเรียน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรด้านสาธารณสุข บุคลากรด้านการศึกษา และผู้ที่สนใจ ได้เปิดมุมมองความรู้ใช้เป็นคู่มือในการดูแลสุขภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทต่างๆ ต่อไป

หนังสือเล่มนี้เป็นฉบับปรับปรุงจากเล่มแรก ซึ่งพิมพ์ขึ้นเมื่อเดือนกรกฎาคม 2558 มีการปรับปรุงเนื้อหาบางส่วน เพื่อให้เป็นข้อมูลที่ต้องการเป็นปัจจุบัน



นายแพทย์วิศักดิ์ สิริรัตนเรขา

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น



คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก **กลุ่มปัญหาการเรียน**

• สมาธิสั้น • แอลดี • ออทิสติก • บกพร่องทางสติปัญญา • เรียนรู้ช้า

สารบัญ

หน้า

คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ปัญหาการเรียน	1
ปัญหาการเรียน คืออะไร	2
ผลกระทบ	4
การคัดกรองปัญหาการเรียน	6
แบบคัดกรองปัญหาการเรียน	7
สมาธิสั้น	13
สมาธิสั้นคืออะไร	14
ระบาดวิทยา	16
ลักษณะอาการ	17
ผลกระทบ	19
แนวทางการดูแลรักษา	20
แอลดี	25
แอลดีคืออะไร	26
ระบาดวิทยา	28
ลักษณะอาการ	29
ผลกระทบ	32
แนวทางการดูแลรักษา	34



ออทิสติก	37
ออทิสติกคืออะไร	38
ระบาดวิทยา	39
ลักษณะอาการ	40
ผลกระทบ	41
แนวทางการดูแลรักษา	42
บกพร่องทางสติปัญญา	45
บกพร่องทางสติปัญญาคืออะไร	46
ระบาดวิทยา	47
ลักษณะอาการ	48
ผลกระทบ	50
แนวทางการดูแลรักษา	50
เรียนรู้ช้า	55
เรียนรู้ช้าคืออะไร	56
ระบาดวิทยา	56
ลักษณะอาการ	57
ผลกระทบ	58
แนวทางการดูแลรักษา	59
บรรณานุกรม	62
ภาคผนวก	67
ข้อมูลศูนย์สุขภาพจิตที่ 13	68
ประวัติและผลงานผู้เขียน	69





กรมสาธารณสุขไทย
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH



ปัญหา การเรียนรู้

Learning Problems



คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก **กลุ่มปัญหาการเรียนรู้**

• สมาธิสั้น • แอลดี • ออทิสติก • บกพร่องทางสติปัญญา • เรียนรู้ช้า



ปัญหาการเรียนคืออะไร

ปัญหาการเรียน (Learning Problems) เป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการใส่ใจและดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เนื่องจากส่งผลกระทบต่อตัวเด็กเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติเมื่อเด็กมีปัญหาการเรียนที่ไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะมีแนวโน้มที่เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีปัญหาการทำงาน ไม่สามารถสร้างผลผลิตได้เต็มประสิทธิภาพ และอาจเป็นภาระต่อผู้อื่นต่อไป

ปัญหาการเรียนเกิดได้จากหลายสาเหตุและหลายปัจจัย แพทย์จะแยกโรค ความบกพร่อง หรือปัญหาต่างๆ ให้ชัดเจน เพื่อวางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาและความสามารถของเด็กแต่ละคน

เหตุปัจจัยที่ทำให้เด็กมีปัญหาการเรียน เกิดจากทั้งในตัวเด็กเอง ในครอบครัวและสังคม และในโรงเรียน ซึ่งปัญหาอาจเกิดจากเหตุปัจจัยเดียวหรือหลายเหตุปัจจัยก็ได้ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

เหตุปัจจัยในตัวเด็กเอง

1. โรคทางจิตเวชเด็กกลุ่มความบกพร่องในการเจริญและพัฒนาของสมองและระบบประสาท (Neuro-developmental Disorders) ได้แก่

- * สมาธิสั้น (Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder)
- * แอลดี หรือความบกพร่องทางการเรียนรู้ (Specific Learning Disorder)
- * ออทิสติก (Autism Spectrum Disorder)
- * ความบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability)
- * เรียนรู้ช้า (Slow Learner)



2. ความบกพร่องทางร่างกายหรือระบบประสาทสัมผัสที่มีผลต่อการเรียนรู้ เช่น ตาบอด สายตาเลือนราง หูหนวก หูตึง แขนขาพิการ หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เป็นต้น

3. โรคหรือความผิดปกติทางกาย ได้แก่ การขาดสารอาหารที่สำคัญ หรือมีการเจ็บป่วยรุนแรง การเจ็บป่วยเรื้อรัง

4. โรคหรือปัญหาทางสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล อารมณ์แปรปรวน มีอาการทางจิตปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ปัญหาการปรับตัวและการเข้าสังคม

5. เด็กอัจฉริยะหรือมีความสามารถพิเศษเฉพาะด้าน มักต้องการการเรียนรู้ด้วยวิธีการที่แตกต่าง ทำหาย เมื่อการเรียนการสอนไม่เหมาะสมกับความสามารถของเด็ก ก็จะมีเบื่อหน่าย ไม่อยากเรียน เกิดปัญหาการเรียนได้เช่นเดียวกัน

6. เด็กขาดแรงจูงใจในการเรียน

เหตุปัจจัยในครอบครัวและสังคม

1. ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว หย่าร้าง ทะเลาะวิวาท ความรุนแรงในครอบครัว จนทำให้เด็กไม่อยากเรียนหนังสือ

2. ปัญหาการเลี้ยงดู เช่น การถูกละทิ้ง ละเลย ไม่ฝึกสอนขาดการฝึกฝนวินัย เข้มงวดมากเกินไป หรือซิ่นๆ ลงๆ แปรปรวนตามอารมณ์

3. ครอบครัวย้ายถิ่นฐานบ่อย

4. ความแตกต่างทางเชื้อชาติ ภาษา หรือวัฒนธรรม

5. ความยากจนและด้อยโอกาสทางการศึกษา



เหตุปัจจัยในโรงเรียน

1. คุณภาพและมาตรฐานของโรงเรียนซึ่งรวมถึงหลักสูตร สื่อการเรียน การสอน ครูผู้สอน สัดส่วนครูต่อนักเรียน และอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมในโรงเรียน
2. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับครู
3. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับเพื่อน ถูกเพื่อนกลั่นแกล้ง ล้อเลียนบ่อยๆ ทำให้ไม่อยากไปโรงเรียน

ในหนังสือเล่มนี้จะกล่าวถึงรายละเอียดเฉพาะโรคทางจิตเวชเด็ก กลุ่มความบกพร่องในการเจริญและพัฒนาของสมองและระบบประสาท (Neuro-developmental Disorders) ซึ่งประกอบด้วย 4 กลุ่มหลักที่พบบ่อย คือ สมาธิสั้น แอลดี ออทิสติก และบกพร่องทางสติปัญญา นอกจากนี้ยังมี กลุ่มเด็กเรียนรู้ช้าซึ่งควรได้รับการดูแลช่วยเหลือด้วย รวมเป็น 5 กลุ่ม



wan:งนุ

ปัญหาการเรียนในเด็ก ทำให้ผลสัมฤทธิ์ในการเรียนต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ตามความสามารถที่แท้จริงของเด็ก ส่งผลกระทบสูงในหลายด้าน ทั้งผลต่อตัวเด็กโดยตรง ครอบครัว โรงเรียน สังคม และประเทศชาติ

wan:งนุตต่อเด็กโดยตรง

เด็กแสดงออกด้วยอาการในหลายด้าน เช่น ปัญหาพฤติกรรม ปัญหาทางอารมณ์ และปัญหาทางร่างกาย

ปัญหาพฤติกรรม พบได้ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงผิดกฎหมาย เด็กอาจแยกตัว ไม่สนใจใคร ไม่สนใจเรียน หนีเรียน ดื้อ ต่อต้าน ก้าวร้าว ชกต่อย



ทะเลาะวิวาท ติดบุหรี่และสารเสพติด ฝ่าฝืนกฎระเบียบของโรงเรียน และฝ่าฝืนกฎหมายในที่สุด

ปัญหาทางอารมณ์ ได้แก่ วิตกกังวล น้อยใจ ร้องไห้ง่าย เก็บกด ซึมเศร้า ท้อแท้ หมดกำลังใจในการเรียนขาดความภาคภูมิใจ

ปัญหาทางร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามตัว โดยที่ไม่พบสาเหตุทางร่างกาย ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดจากความเครียดสะสมจากปัญหาการเรียน

ผลกระทบต่อครอบครัว

เมื่อครอบครัวไม่เข้าใจในปัญหาและข้อจำกัดของเด็ก จึงเกิดความคาดหวังที่ไม่เหมาะสม เมื่อเด็กทำไม่ได้ ก็เริ่มมีพฤติกรรมต่อต้าน หรือปฏิเสธการเรียน เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง ใช้ความรุนแรง และมีแนวโน้มเกิดปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในที่สุด

ผลกระทบต่อโรงเรียน

ในโรงเรียน ถ้าไม่มีระบบที่ชัดเจนในการดูแลช่วยเหลือนักเรียน กลุ่มที่มีปัญหาการเรียน ก็จะทำให้เด็กขาดโอกาสที่จะได้รับการพัฒนา ช่วยเหลือในด้านการเรียน เด็กเกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้และไม่อยากเรียนในที่สุด เกิดปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมตามมา

นอกจากเกิดปัญหาในตัวเด็กแล้ว ยังกระทบต่อความสัมพันธ์กับครูและเพื่อนด้วย

ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ

ปัญหาการเรียน ทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้ในวิชาความรู้และทักษะที่จำเป็น เมื่อเข้าสู่วัยทำงานจึงไม่สามารถสร้างผลผลิตได้เต็มที่ เข้าสู่ตลาดแรงงานที่ใช้ทักษะน้อย ความสามารถในการแข่งขันของประเทศจึงต่ำไปด้วย



คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก **กลุ่มปัญหาการเรียน**

• สมาร์สัน • แอลดี • ออทิสติก • บกพร่องทางสติปัญญา • เรียนรู้ช้า



การคัดกรองปัญหาการเรียน

งานสุขภาพจิตโรงเรียน เน้นงานเชิงรุกเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคทางจิตเวชเด็กช่วยให้เด็กมีสุขภาพจิตที่ดี มีความเข้มแข็งทางจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงได้ดี และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป

การคัดกรอง (Screening) เป็นกิจกรรมหนึ่งที่สามารถค้นหาปัญหาและช่วยแก้ไขได้อย่างทันเวลาที่ เป็นกิจกรรมแรกๆ ที่ควรลงมือปฏิบัติ

การคัดกรองปัญหาการเรียนในเด็ก ทำเพื่อแยกเด็กออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย หลังจากนั้นให้วางแผนการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละกลุ่ม

เด็กกลุ่มปกติเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต เด็กกลุ่มเสี่ยงเน้นการดูแลช่วยเหลือแต่เริ่มแรก สอนเสริมในความรู้และทักษะด้านที่เป็นปัญหา และเด็กกลุ่มป่วย เน้นการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและอาการของโรค

การคัดกรองสามารถทำได้ทั้งที่ไม่เป็นรูปแบบ และเป็นรูปแบบ หรือทำควบคู่กัน

การคัดกรองที่ไม่เป็นรูปแบบ คือ ให้ครูสังเกตพฤติกรรมเด็กในห้องเรียนว่ามีความยากลำบากในการเรียนอย่างไรบ้างเมื่อเทียบกับเพื่อนในห้องเดียวกัน เช่น จดงานไม่เสร็จ เขียนสะกดผิดมาก ลายมืออ่านไม่ออก นั่งคุ้ย ไม่สนใจเรียน อ่านหนังสือไม่คล่อง ไม่ส่งงาน และดูว่าผลการเรียนต่ำกว่าความสามารถที่แท้จริงที่สังเกตเห็นหรือไม่ เช่น เวลาพูดคุยกุญแจคล่องแคล่ว มีไหวพริบแก้ปัญหาดี แต่ผลการเรียนต่ำ



การคัดกรองที่เป็นรูปแบบ คือ การใช้แบบคัดกรองต่างๆ ในการคัดกรองปัญหาการเรียน อาจเป็นชุดเดียวหรือหลายชุดก็ได้ มีทั้งแบบให้เด็กประเมินตนเอง ให้ครูประเมิน และให้ผู้ปกครองประเมิน

เมื่อคัดกรองแล้วห้ามสรุปว่าเด็กเป็นอะไร ต้องส่งตรวจประเมินเพิ่มเติมในเด็กกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยต่อไป แต่ในระหว่างรอส่งต่อ สามารถให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้เลย เพื่อมิให้เกิดความล่าช้า และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างทัน่วงที



แบบคัดกรองปัญหาการเรียน

แบบคัดกรองที่ใช้อยู่ในระบบการศึกษาและระบบสาธารณสุขในปัจจุบันมีหลายชนิด มีทั้งที่คัดกรองปัญหาการเรียนและปัญหาอื่นร่วมกัน คัดกรองปัญหาการเรียนทั้งหมดในภาพรวม และคัดกรองปัญหาการเรียนเฉพาะโรคได้แก่

1. แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก SDQ

(The Strengths and Difficulties Questionnaire)

นำมาใช้คัดกรองพฤติกรรมในเด็กอายุ 4-16 ปี ประกอบด้วยแบบประเมิน 3 ชุด สำหรับครู สำหรับพ่อแม่ผู้ปกครอง และสำหรับเด็กประเมินตนเอง (เฉพาะเด็กโต อายุ 11-16 ปี)

ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ซึ่งมีลักษณะของพฤติกรรมด้านบวกและด้านลบ จัดเป็นกลุ่มพฤติกรรม 5 ด้าน ด้านที่เป็นปัญหา 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านอยู่นิ่ง ด้านเกรง ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และด้านที่เป็นจุดแข็ง 1 ด้าน คือ สัมพันธภาพทางสังคม



2. แบบคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียนรู้ และออทิสซึม KUS-SI Rating Scales: ADHD/LD/Autism (PDDs)

นำมาใช้คัดกรองเด็กนักเรียนอายุ 6-13 ปี ในโรงเรียน โดยคัดกรอง 3 ปัญหาที่พบได้บ่อย คือ สมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียนรู้ (แอลดี) และ ออทิสซึม (ออทิสติก) ใช้เวลาทำประมาณ 30 นาที

ประกอบด้วยแบบประเมิน 5 ด้าน รวม 130 ข้อ ดังนี้

1. สมาธิสั้น 30 ข้อ
2. บกพร่องทางการเรียนรู้ ด้านการอ่าน 20 ข้อ
3. บกพร่องทางการเรียนรู้ ด้านการเขียน 20 ข้อ
4. บกพร่องทางการเรียนรู้ ด้านคำนวณ 20 ข้อ
5. ออทิสซึม 40 ข้อ

3. แบบคัดกรองบุคคลที่มีความต้องการพิเศษทางการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

นำมาใช้ในกรณีที่เด็กยังไม่มีใบรับรองความพิการ บัตรประจำตัวคนพิการ หรือใบรับรองแพทย์ ที่ระบุถึงความบกพร่องหรือความพิการ เป็นการคัดกรองเบื้องต้น

ประกอบด้วยแบบคัดกรอง จำนวน 8 ชุด สำหรับบุคคลที่มีความบกพร่องด้านต่างๆ 8 ด้าน (ไม่มีชุดสำหรับประเภทพิการซ้อน ซึ่งก็คือ ความบกพร่องมากกว่า 1 ด้าน) ดังนี้

1. ความบกพร่องทางการเห็น (จำนวน 10 ข้อ)
2. ความบกพร่องทางการได้ยิน (จำนวน 9 ข้อ)
3. ความบกพร่องทางสติปัญญา (จำนวน 20 ข้อ)



4. ความบกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหวหรือสุขภาพ (จำนวน 11 ข้อ)

5. ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (มี 2 ฉบับ คือ ประถมศึกษา และ มัธยมศึกษา แต่ละฉบับมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 จำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 2 จำนวน 30 ข้อ)

6. ความบกพร่องทางการพูดและภาษา (จำนวน 10 ข้อ)

7. ความบกพร่องทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ (จำนวน 18 ข้อ)

8. ออทิสติก (จำนวน 18 ข้อ)

ผู้ทำการคัดกรองต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้ และควรมีอย่างน้อย 2 คนขึ้นไป ควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในการจัดการศึกษาเท่านั้น

4. แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form)

(The Swanson, Nolan and Pelham IV Rating Scale)

นำมาใช้คัดกรองเด็กอายุ 6-18 ปี ประกอบด้วยแบบประเมิน 2 ชุด สำหรับครู และสำหรับพ่อแม่ผู้ปกครอง ใช้คัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคสมาธิสั้น และต่อต้าน ในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สามารถใช้ประเมินอาการ ความรุนแรง และประสิทธิภาพของการรักษา

ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ เป็นฉบับย่อ (Short Form) จัดเป็นกลุ่มอาการ 3 ด้าน คือ อาการขาดสมาธิ อาการซน อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และอาการต่อต้าน



5. แบบสำรวจพัฒนาการเด็ก PDDSQ ช่วงอายุ 4-18 ปี (Pervasive Developmental Disorders Screening Questionnaire)

นำมาใช้คัดกรองเด็กอายุ 4-18 ปี ประกอบด้วยแบบประเมินสำหรับพ่อแม่ผู้ปกครอง ใช้คัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคออทิสติก

ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ประเมินลักษณะหรือพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ ทำเครื่องหมายลงในช่อง “ใช่/ทำบ่อยๆ” หรือ “ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ” หากได้คะแนนรวมตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป ถือว่าเสี่ยงที่จะเป็นออทิสติก

6. แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะบกพร่องของทักษะการเรียนรู้ โรคสมาธิสั้น และกลุ่มอาการออทิสซึม

นำมาใช้คัดกรองปัญหาการเรียน 4 กลุ่มหลักที่พบได้บ่อยในโรงเรียน คือ เด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะบกพร่องของทักษะการเรียนรู้ (แอลดี) โรคสมาธิสั้น และออทิสซึม (ออทิสติก) คัดกรองเด็ก ช่วงอายุ 6-12 ปี สามารถนำไปใช้เป็นแบบคัดกรองเบื้องต้นอย่างง่ายได้

ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ตอน ๆ ละ 10 ข้อ รวมทั้งหมด 40 ข้อ ตัดเกณฑ์ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน ในแต่ละกลุ่ม ถือว่ามีความเสี่ยงควรมีการคัดกรองเฉพาะสำหรับปัญหานั้นเพิ่มเติมต่อไป



7. แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก TYC (Thai Youth Checklist)

นำมาใช้ประเมินปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของวัยรุ่นอย่างละเอียด ประกอบด้วยแบบสำรวจ 2 ชุด สำหรับครู และสำหรับผู้ปกครอง แบบสำรวจประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลพื้นฐานและหัวข้อพฤติกรรมที่สำรวจ จำนวน 141 ข้อ จัดเป็นกลุ่มปัญหาพฤติกรรมและปัญหาอารมณ์ 2 กลุ่มใหญ่ คือปัญหาที่แสดงถึงการเก็บกด ความวิตกกังวล หรือความขัดแย้งภายในจิตใจ (Internalizing Problems Behavior) กับปัญหาที่แสดงออกอย่างตรงไปตรงมา ขาดการควบคุม (Externalizing Problems Behavior)





กรมสุขภาพจิต
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13



สมาธิสั้น

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder



คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก **กลุ่มปัญหาการเรียน**

• สมาธิสั้น • แอลดี • ออทิสติก • บกพร่องทางสติปัญญา • เรียนรู้ช้า



สมาธิสั้นคืออะไร

สมาธิสั้น เป็นการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็กชื่อ “Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder” หรือเรียกย่อว่า ADHD (ตามเกณฑ์ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน) หรือ “Hyperkinetic Disorder” (ตามเกณฑ์ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก รหัส F90) เริ่มมีการกล่าวถึงตั้งแต่ ปี ค.ศ.1902 แล้ว มีการศึกษาวิจัยและปรับแนวคิดมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน พบว่ามีจำนวนมากขึ้นทั่วโลก

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

สมาธิสั้น เป็นโรคที่สามารถรักษาได้ ส่วนใหญ่อาการดีขึ้นถ้าได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกวิธี และบางคนสามารถหายเป็นปกติได้

มีการเรียกเด็กกลุ่มนี้ว่า “เด็กไฮเปอร์” (hyperactive) ซึ่งก็คืออาการกลุ่มหนึ่งของโรคสมาธิสั้น คือ ซน อยู่ไม่นิ่ง เคลื่อนไหวตลอดเวลา แต่เป็นคำที่มีความหมายในเชิงลบมากกว่า จึงไม่ค่อยนิยมใช้ นอกจากนี้ยังมีเด็กสมาธิสั้นอีกกลุ่มที่นิ่งได้ ไม่ซน หรือเคลื่อนไหวมากเกินไป มีเพียงอาการขาดสมาธิ เหม่อ ใจลอย วอกแวกง่าย เด็กกลุ่มนี้มักถูกมองข้าม ไม่ได้ได้รับการดูแลช่วยเหลือเท่าที่ควร



มีบางคนกล่าวถึง “สมาธิสั้นแท้สมาธิสั้นเทียม” ซึ่งเป็นการใช้คำที่ไม่ถูกต้องเช่นเดียวกัน ถ้าเด็กไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยก็ไม่ต้องบอกว่าเป็น จะเป็นผลเสียต่อเด็กมากกว่า ในทางกลับกัน ถ้าใช้ก็ควรบอกว่าใช่ จะได้ดูแลรักษาอย่างถูกวิธี

มักมีความเข้าใจผิดว่า เด็กที่ดูโทรทัศน์ แท็บเล็ต หรือเล่นเกม ได้นานต่อเนื่องหลายชั่วโมง ไม่เป็นสมาธิสั้น ซึ่งตัวกระตุ้นเหล่านี้ เป็นสิ่งเร้าที่มีความน่าสนใจและดึงดูดความสนใจได้สูง มีการเคลื่อนไหวของภาพและเสียงตลอดเวลา จึงไม่จำเป็นต้องใช้สมาธิจดจ่อมาก การสังเกตว่ามีสมาธิหรือไม่ จึงควรพิจารณาจากกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ต้องทำ แต่ไม่ใช่สิ่ง que เด็กชื่นชอบหรือสนใจมากเป็นพิเศษ เช่น การทำการบ้าน การทบทวนบทเรียน การทำงานที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น

คำถามที่พบบ่อยคือ “เด็กชน” กับ “เด็กสมาธิสั้น” มีความแตกต่างกันอย่างไรสิ่งที่เป็นเส้นแบ่งของเด็ก 2 กลุ่มนี้ คือ ปัญหาและผลกระทบที่ตามมา ถ้าเป็นเด็กชนทั่วไปก็จะเล่นสนุกตามประสาเด็ก พอถึงเวลาที่จะต้องเรียนหนังสือหรือทำกิจกรรมต่างๆ ก็สามารถยับยั้งตนเอง หยุดพักจากการเล่นสนุกได้ และหันมามีสมาธิจดจ่ออยู่กับกิจกรรมที่ทำได้จนสำเร็จ มีความตั้งใจ และสามารถดึงความสามารถออกมาใช้ได้อย่างเต็มที่ ความชุนนั้นไม่เกิดผลกระทบต่อผู้คนรอบข้างจนรู้สึกรำคาญ หรือเพื่อนไม่ยอมเล่นด้วย แต่ถ้าเด็กเป็นสมาธิสั้นจะไม่สามารถยับยั้งตนเอง อยู่ไม่นิ่ง วอกแวกง่าย และไม่จดจ่อกับกิจกรรมที่ทำได้ต่อเนื่องจนสำเร็จ เกิดผลกระทบในทางลบต่อตนเองและผู้อื่น ทำงานไม่เสร็จ รบกวนผู้อื่น





ระบาดวิทยา

สมาธิสั้น เป็นโรคที่พบได้บ่อยในทุกประเทศทั่วโลก พบความชุกในประชากรเด็กทั่วโลกร้อยละ 5.29 (Polanczyk G. et al., 2007) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานการสำรวจสุขภาพเด็กประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ.2012 พบว่าเด็กอายุ 3-17 ปี มีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 9.5

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

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

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



ลักษณะอาการ

สมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ประกอบด้วย 3 กลุ่มอาการหลัก ดังนี้

1. อาการขาดสมาธิ (inattention)
2. อาการซน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity)
3. อาการหุนหันพลันแล่น (impulsiveness)

อาการขาดสมาธิ (inattention)

แสดงออกให้เห็นอย่างน้อย 6 จาก 9 อาการ ดังนี้

1. ละเลยในรายละเอียด หรือทำผิดด้วยความเลินเล่อ
2. มีความยากลำบากในการตั้งสมาธิ
3. ดูเหมือนไม่ฟังเมื่อมีคนพูดด้วย
4. ทำตามคำสั่งไม่จบ หรือทำกิจกรรมไม่เสร็จ
5. มีความยากลำบากในการจัดระเบียบงานหรือกิจกรรม
6. หลีกเลี่ยงที่จะทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม
7. ทำของหายบ่อยๆ
8. มักวอกแวกง่าย ตามสิ่งเร้าภายนอก
9. มักลืมหักิจวัตรประจำวันที่ต้องทำสม่ำเสมอ

อาการซน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (impulsiveness)

แสดงออกให้เห็นอย่างน้อย 6 จาก 9 อาการ ดังนี้

1. ยุ่กยุก ขยับตัวไปมา
2. นั่งไม่ติดที่ มักต้องลุกเดินไปมา



3. มักวิ่งวุ่น หรือปีนปาย ในสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม
4. ไม่สามารถเล่นเงียบๆ ได้
5. เคลื่อนไหวไปมา คล้ายติดเครื่องยนต์ตลอดเวลา
6. พุดมากเกินไป
7. พุดโพล่งขึ้นมา ก่อนถามจบ
8. มีความยากลำบากในการรอคอย
9. ขัดจังหวะ หรือสอดแทรกผู้อื่น ในวงสนทนาหรือในการเล่น

อาการดังกล่าวข้างต้น เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับระดับอายุและ พัฒนาการ แสดงออกให้เห็นก่อนอายุ 12 ปี และแสดงออกในหลายบริบท เช่น ที่บ้าน ที่โรงเรียน ที่ทำงาน และในกิจกรรมอื่นๆ อาการคงอยู่อย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน และส่งผลกระทบต่อหรือลดคุณภาพในการเรียน การเข้าสังคม หรือการประกอบอาชีพ

สมาธิสั้น ยังแบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. แบบอาการเด่นชัดด้านขาดสมาธิ
2. แบบอาการเด่นชัดด้านซน อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น
3. แบบผสม

พบว่าเด็กที่มารักษาส่วนใหญ่มาด้วยปัญหาการเรียน และบางส่วนไม่ได้มาด้วยอาการของสมาธิสั้นโดยตรง แต่มาด้วยปัญหาพฤติกรรม เช่น ต่อด้านก้าวร้าว เป็นต้น และมักพบว่ามีการวินิจฉัยอื่นร่วมด้วย





wan:งู

เด็กร้อยละ 30-50 สามารถหายขาดจากอาการของโรคสมาธิสั้นได้ เมื่อผ่านช่วงวัยรุ่นไปแล้ว แต่ทั้งนี้ขึ้นกับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

เด็กสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการดูแลรักษา มักมีผลการเรียนต่ำกว่าเกณฑ์ มีความบกพร่องในทักษะทางสังคมและการปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่น และสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง

เด็กมักมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม เนื่องจากขาดการยับยั้ง และเสียการควบคุม ทำให้คือ ไม่เชื่อฟัง ขอบโต้เถียง โกรธง่าย ก้าวร้าว มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมอันธพาล ติดสารเสพติด และมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคมในวัยผู้ใหญ่ สูงกว่าทั่วไป

เด็กที่ไม่ประสบความสำเร็จในด้านการเรียน ไม่เคยได้รับคำชม มักสูญเสียความภาคภูมิใจ จึงหันไปเอาดีในด้านอื่นทดแทน ถ้าเด็กมีทักษะดี ในด้านดนตรี กีฬา หรือศิลปะ ก็อาจได้รับการยอมรับ แต่ถ้าทักษะเหล่านี้ ก็ไม่มีทางเลือกอื่นที่สร้างสรรค์ เด็กก็อาจหันไปหาจุดเด่นในทางลบแทน เช่น ฝ่าฝืนกฎ ระเบียบ หนีเรียน ชกต่อย ตีกัน ติดเกม ติดสารเสพติด ฯลฯ





แนวทางการดูแลรักษา

การดูแลเด็กสมาธิสั้น ต้องอาศัยความร่วมมือกันจากหลายฝ่าย ทั้ง ครู พ่อแม่ ช่วยกันปรับประคับประคองจิตใจ ให้เด็กสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยับยั้งควบคุมตนเองได้มากขึ้น มีสมาธิจดจ่ออยู่กับกิจกรรมที่ทำได้นานขึ้นและมีสุขภาพจิตที่ดี

แนวทางการดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วยการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การดูแลด้านจิตใจ และการช่วยเหลือด้านการเรียน

กิจกรรมนันทนาการและเสริมสร้างทักษะ เช่น ดนตรี กีฬา และศิลปะ สามารถช่วยให้เด็กมีพื้นที่ในการเรียนรู้และแสดงออกมากขึ้น เสริมสร้างความสามารถภูมิใจ และเด็กได้ปลดปล่อยพลังงานส่วนเกินออกในทางที่สร้างสรรค์ กิจกรรมเหล่านี้ไม่สามารถแก้ไขปัญหามาตรฐานได้โดยตรง แต่ช่วยเสริมในการดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1) การรักษาด้วยยา

ในปัจจุบันการใช้ยาถือว่าเป็นมาตรฐานการรักษาในโรคสมาธิสั้น เนื่องจากพบว่า สาเหตุของสมาธิสั้นเกิดจากความผิดปกติในการหลั่งของสารสื่อประสาทในสมอง 2 ตัว คือ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และโดปามีน (dopamine)

การใช้ยาเพื่อไปกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทมากขึ้น ทำให้เกิดสมาธิ จดจ่อได้นานขึ้น และสามารถยับยั้งควบคุมตนเองได้ดีขึ้น จากการทำงานเพิ่มขึ้นของสมองส่วนหน้าที่ทำหน้าที่ยับยั้ง ควบคุมพฤติกรรม



มักมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา เพราะคิดเอาเองว่า ยาไปกดสมองหรือบีสมองเลยทำให้นิ่งขึ้น ทำให้เกิดความวิตกกังวล ไม่อยาก รับประทานยา

ยาที่ได้ผลดีที่สุดในการรักษาสมาธิสั้นในปัจจุบัน คือ ยาในกลุ่ม psychostimulants ซึ่งเป็นยาที่มีความปลอดภัย มีผลข้างเคียงน้อย มีประสิทธิภาพในการรักษาสูง และมีการใช้กันต่อเนื่องมานานกว่า 60 ปี (ตั้งแต่ ค.ศ.1954) มีงานศึกษาวิจัยรองรับมากเพียงพอ ทั้งในด้านประสิทธิภาพ และความปลอดภัย เด็กที่ทานยาต่อเนื่องอย่างถูกวิธีจะมีสมาธิดีขึ้น ควบคุมตัวเองได้มากขึ้น และส่งผลให้ทำงานเสร็จทัน มีผลการเรียนที่ดีขึ้นตามศักยภาพที่แท้จริงของเด็กแต่ทั้งนี้การใช้ยาต้องอยู่ภายใต้การดูแลรักษาของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับการดูแลรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ควบคู่กันไป

2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

คุณครู และบุคลากรด้านสาธารณสุข สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของเด็กกลุ่มนี้ได้โดยวิธีการ ดังนี้

1. กฎระเบียบไม่ควรมีมาก ควรสั้นๆ ง่ายๆ คงเส้นคงวา
2. ปฏิบัติให้เป็นแบบอย่างกับเด็ก
3. บอกเด็กให้ชัดเจนว่าเราต้องการให้ทำอะไร
4. ทำที่ที่ใช้ต้องสงบ อย่าชวนทะเลาะ
5. มองหาพฤติกรรมที่ดีและชื่นชมบ่อยๆ
6. มีการเตือนถึงผลที่จะตามมาหลังพฤติกรรมที่ไม่ดี
7. กระตุ้นให้เด็กมองตัวเองในแง่ดี และชื่นชมตัวเอง เช่น “วันนี้นั่งอยู่กับที่ได้นานขึ้น ดีจริงๆ” และถามว่าเด็กรู้สึกอย่างไร



8. ควรให้รางวัลมากกว่าการลงโทษ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกที่ดี
9. รางวัลควรได้รับโดยไม่ซ้ำ หลังจากที่ได้เกิดมีพฤติกรรมที่ดี ถ้ารางวัลไม่ได้ผล อาจเปลี่ยนลักษณะของรางวัล เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ
10. การลงโทษต้องอยู่ในเกณฑ์ที่พอเหมาะ ไม่ประจานความผิด หลีกเลี่ยงการวิจารณ์ ต่อว่า เยาะเย้ย ถากถาง เนื่องจากเด็กจะมีความลำบากที่จะอยู่ในกฎเกณฑ์

เทคนิคการออกคำสั่งเพื่อให้เด็กสามารถปฏิบัติตามได้ง่าย

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

3) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมที่สงบ ไม่มีสิ่งรบกวนมากเกินไป จะช่วยเสริมสร้างสมาธิให้ดีขึ้น โดยมีแนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในห้องเรียนให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ของเด็กดังนี้

1. พยายามจัดที่นั่งข้างหน้า อยู่ใกล้คุณครูเพื่อให้สามารถดูแลได้ใกล้ชิด และสะกิดเตือนได้ง่ายเวลาขาดสมาธิ
2. พยายามให้เด็กอยู่ห่างบริเวณประตูหรือหน้าต่าง



3. จัดให้นั่งอยู่ในวงของเด็กที่ตั้งใจเรียน ห่างไกลจากเด็กที่ซุกซนหรือคุยเก่ง
4. เกือบของเป็นที่เส้นทาง ให้มีสิ่งของบนโต๊ะเรียนน้อยที่สุด ไม่มีสิ่งกระตุ้นมากเกินไป
5. มุมสงบของห้องเป็นที่ๆ เด็กทุกคนมีสิทธิใช้ ซึ่งจะช่วยให้เด็กไม่รู้สึกว่าคุณแตกต่างจากผู้อื่น
6. ควรฝึกกฎระเบียบที่ชัดเจน และสม่ำเสมอทบทวนข้อตกลงบ่อยๆ
7. กิจกรรมในแต่ละวันควรมีลักษณะคงที่ มีตารางเรียนแน่นอน

4) การดูแลด้านจิตใจ

เด็กที่เป็นสมาธิสั้น มักมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากมักทำงานไม่สำเร็จ และผิดพลาด มักถูกต่อว่าเป็นประจำ ในขณะที่พ่อแม่ก็มักโทษตัวเองว่าเลี้ยงดูไม่ดี ทำให้เกิดปัญหาหรืออาจโทษเด็กว่าดื้อหรือเกียจคร้าน

การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องกับผู้ปกครอง เกี่ยวกับเรื่องโรคสมาธิสั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยปรับเจตคติในการดูแลได้ดียิ่งขึ้น เพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดต่างๆ และมีความหวังในการแก้ไขปัญหาให้ดีขึ้น

การดูแลด้านจิตใจเด็ก โดยให้เด็กได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจต่างๆ เรียนรู้เทคนิคการจัดการอารมณ์ตนเอง และปรับเปลี่ยนเจตคติที่มีต่อตนเองในด้านบวกเพิ่มขึ้น



5) การช่วยเหลือต้นการเรียน

เด็กที่เป็นสมาธิสั้น มักไม่สามารถทำงานได้ต่อเนื่องนาน จึงควรมีการย่อยงานเป็นขั้นย่อยๆ แล้วให้เด็กเตรียมตัวทำงานหรือสอบ ดังนี้

1. ให้งานทีละอย่าง
2. ตรวจสอบดูย่อยๆ ว่าทำงานอยู่หรือไม่ ทำมากขนาดไหน พร้อมคอยให้กำลังใจ
3. ปรับเปลี่ยนงานให้ดูง่ายขึ้น โดยเฉพาะถ้ารู้จักจุดอ่อนจุดแข็งในความสามารถของเด็กจะช่วยทำให้การเรียนการสอนไปได้เร็ว ซึ่งบางรายอาจต้องใช้ครูการศึกษาพิเศษช่วยในบางด้าน
4. การสอบเพื่อวัดระดับความรู้ ไม่ใช่เพื่อวัดระดับความตั้งใจ
5. เนื่องจากเด็กทำงานช้า จึงควรให้เวลานานขึ้น แล้วค่อยๆ ลดเวลาลงมา ไม่ควรปรับหรือหักคะแนนในการทำงานช้า
6. สมุดจดการบ้าน พร้อมลายเซ็นคุณครูและผู้ปกครอง เป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งใช้ดูการทำงาน และเป็นช่องทางติดต่อกันระหว่างครูกับผู้ปกครอง



แอลดี

Specific Learning Disorder



คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก **กลุ่มปัญหาการเรียน**

• สมาธิสั้น • แอลดี • ออทิสติก • บกพร่องทางสติปัญญา • เรียนรู้ช้า



แอลดีคืออะไร

แอลดี หรือ ความบกพร่องทางการเรียนรู้ เป็นการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็กชื่อ “Specific Learning Disorder” (ตามเกณฑ์ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน) หรือ “Specific developmental disorders of scholastic skills” (ตามเกณฑ์ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก รหัส F81)

แอลดี มีความหมายแตกต่างกันในแต่ละวงการและแต่ละประเทศ ในวงการศึกษามาจากศัพท์ภาษาอังกฤษว่า “Learning Disabilities” ซึ่งในกฎหมายการศึกษาสำหรับผู้พิการของสหรัฐอเมริกาให้คำจำกัดความไว้ว่า “ความบกพร่องของกระบวนการทางจิตวิทยาขั้นพื้นฐาน ที่เกี่ยวข้องกับการเข้าใจ การใช้ภาษา การพูด หรือการเขียน ซึ่งแสดงออกโดยความไม่สมบูรณ์ของความสามารถด้านการฟัง การคิด การพูด การอ่าน การเขียน การสะกดคำ และการคำนวณทางคณิตศาสตร์” แต่ไม่ครอบคลุมในกลุ่มที่เป็นผลของความพิการทางตา หู การเคลื่อนไหว ความบกพร่องทางสติปัญญา ปัญหาทางอารมณ์ หรือเกิดจากความเสียเปรียบทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม

ความหมายครอบคลุมไปถึง ข้อจำกัดในการรับรู้ การบาดเจ็บทางสมอง ความผิดปกติเล็กน้อยในการทำงานของสมอง ดิสเล็กเซีย และอะเพเซีย

ประเทศในโซนยุโรปบางประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร คำว่า “Learning Disabilities” มีความหมายครอบคลุมกว้างกว่า โดยรวมถึงกลุ่มผู้บกพร่องทางสติปัญญา และความบกพร่องทางพัฒนาการอื่นๆ ด้วย ซึ่งคนละความหมายกับในสหรัฐอเมริกา ในขณะที่ประเทศแคนาดาใช้ในความหมายเดียวกันกับในสหรัฐอเมริกา



ในวงการแพทย์ แอลดีเป็นความบกพร่องรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคชัดเจน คือ มีทักษะเฉพาะที่ใช้ในการเรียน ด้านการอ่าน การเขียน หรือคณิตศาสตร์ ไม่เหมาะสมกับระดับอายุ โดยไม่ได้เกิดจากความผิดปกติอื่น หรือขาดโอกาสทางการศึกษา และส่งผลกระทบต่อผลการศึกษาหรือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

ในประเทศไทย ไม่ว่าจะใช้ในวงการการศึกษา หรือวงการแพทย์ จะให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัย จึงใช้นิยามเดียวกันตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางการแพทย์เป็นหลัก และได้กำหนดให้ความบกพร่องทางการเรียนรู้ หรือแอลดี เป็นผู้พิการประเภท 6 “ความพิการทางการเรียนรู้” ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2555 ซึ่งออกในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 หมายถึง “การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา”





ระบาดวิทยา

แอลดี เป็นโรคที่พบได้บ่อยในทุกประเทศทั่วโลก ในด้านระบาดวิทยา พบในเด็กวัยเรียนประมาณร้อยละ 5-15 พบว่าร้อยละ 80 เป็นความบกพร่องด้านการอ่าน จากรายงานการสำรวจสุขภาพเด็กประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ.2012 พบว่าเด็กอายุ 3-17 ปี มีความชุกของความบกพร่องทางการเรียนรู้ ร้อยละ 8.0

จากการสำรวจในประเทศไทย ปี พ.ศ.2552 คัดกรองนักเรียนด้วย KUS-SI จำนวน 9,828 โรงเรียน พบว่า สงสัยแอลดี ร้อยละ 15.6 แต่ยังไม่ได้ยืนยันการวินิจฉัย

ซึ่งโดยหลักการกระจายตัวแบบปกติตามสถิติ ก็สามารถพบได้ทุกห้อง และทุกโรงเรียน ถ้าห้องหนึ่งมีเด็ก 50 คน ก็จะพบเด็กที่เป็นแอลดี ประมาณ 3-8 คนและพบว่าร้อยละ 80 ของแอลดี เป็นความบกพร่องด้านการอ่าน

ถ้าเป็นโรงเรียนชายล้วน ก็จะพบได้มากขึ้น เนื่องจากแอลดีพบได้ในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง ประมาณ 3-4 เท่า ยกเว้นกลุ่มที่มีความบกพร่องในด้านการคำนวณในบางการศึกษาวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศ





ลักษณะอาการ

แอลดี ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน คือ มีความยากลำบากในการเรียนรู้ และทักษะที่ใช้ในการเรียน อย่างต่อเนื่อง นานกว่า 6 เดือน แม้ว่าจะได้รับการแก้ไขมาระยะหนึ่งแล้ว โดยมีอย่างน้อย 1 จาก 6 อาการ ดังนี้

1. อ่านซ้ำหรืออ่านไม่ถูกต้อง
2. ยากลำบากในการทำความเข้าใจความหมายของสิ่งที่อ่าน
3. ยากลำบากในการสะกดคำ
4. ยากลำบากในการเขียน
5. ยากลำบากในการจัดการกับจำนวน ตัวเลข และการคำนวณ
6. ยากลำบากในเหตุผลทางคณิตศาสตร์

ทักษะที่ใช้ในการเรียนเหล่านี้ทำได้ต่ำกว่าระดับอายุ ส่งผลรบกวนต่อการเรียน การประกอบอาชีพ หรือกิจวัตรประจำวัน

ทั้งนี้ต้องไม่ได้เกิดจากความบกพร่องทางสติปัญญา ข้อจำกัดในการมองเห็นหรือได้ยินความผิดปกติทางจิตใจและระบบประสาท ความด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคม ความแตกต่างในด้านภาษา หรือการศึกษาที่ไม่เพียงพอ

แอลดีแบ่งออกเป็น 3 ด้านหลัก โดยมีความบกพร่องด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน ดังนี้

1. ด้านการอ่าน (reading)
2. ด้านการเขียน (written expression)
3. ด้านคณิตศาสตร์ (mathematics)



1) ความบกพร่องทางการอ่าน (impairment in reading)

คือเด็กที่อ่านหนังสือไม่ออกเลย หรืออ่านหนังสือได้ไม่เหมาะสมตามวัย เช่น จดจำพยัญชนะ สระ วรรณยุกต์ ไม่แม่นยำ แยกแยะพยัญชนะที่คล้ายกันไม่ออก เช่น ก-ก-ภ, พ-ฟ, ม-น สะกดไม่ถูก อ่านตกหล่น อ่านทีละตัวอักษรได้แต่ผสมคำไม่ได้ ทั้งๆ ที่เด็กดูมีความฉลาดรอบรู้ในด้านอื่นๆ ถ้ามีใครเล่าเรื่องให้ฟังจะเข้าใจดี จำได้ การเรียนรู้จากการเห็นภาพและการฟังจะทำได้ดี แต่ถ้าให้อ่านเองจะไม่ค่อยรู้เรื่อง อ่านตะกุกตะกัก จับใจความไม่ได้ มีข้อจำกัดในการเรียนรู้คำศัพท์ใหม่ๆ

2) ความบกพร่องทางการเขียน (impairment in written expression)

คือเด็กที่มีปัญหาในด้านการเขียนหนังสือ ตั้งแต่เขียนหนังสือไม่ได้เลย เขียนตกหล่น สลับตำแหน่ง หรือผิดตำแหน่ง สลับด้านแบบส่องกระจก หัวเข้า หัวออกสับสน เช่น ด-ค, พ-ผ, ถ-ภ ผันวรรณยุกต์ไม่ถูก วางสระไม่ถูกตำแหน่ง เขียนไม่เป็นประโยคที่สมบูรณ์ ใช้คำเชื่อมไม่ถูกต้อง เว้นวรรคตอนหรือย่อหน้าไม่ถูกต้อง จนทำให้ผู้อ่านไม่สามารถเข้าใจความหมายที่ผู้เขียนต้องการสื่อได้ถูกต้อง

เด็กมีข้อจำกัดในการถ่ายทอดความคิดผ่านการเขียนหนังสือ มักทำให้ความหมายผิดเพี้ยนไปจากสิ่งที่ต้องการสื่อสาร และไม่สามารถเขียนหนังสือได้ถูกต้องตามหลักภาษา

3) ความบกพร่องด้านคณิตศาสตร์ (impairment in mathematics)

คือเด็กมีปัญหาด้านคณิตศาสตร์ หลากหลายรูปแบบและหลายระดับ ความรุนแรง เช่น มีความสับสนเกี่ยวกับเรื่องตัวเลข ไม่เข้าใจเรื่อง การบวก ลบ คูณ หาร ไม่สามารถแปลโจทย์ปัญหาเป็นสัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ มีการคำนวณที่ผิดพลาด ตกหล่นเกี่ยวกับเรื่องตัวเลขเป็นประจำมีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนและตัวเลข การใช้สัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ ทำให้ไม่สามารถหาคำตอบได้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ทางคณิตศาสตร์

เด็กที่เป็นแอลดีจะมีหน้าตาเป็นปกติ ไม่มีความแตกต่างจากเพื่อนในรูปลักษณ์ภายนอก การพูดคุยรู้เรื่องดี เข้าใจง่าย จดจำได้ค่อนข้างแน่นด้วยซ้ำ เวลาถามมักจะตอบได้ แต่เวลาให้เขียนอ่านหรือคำนวณ จะเริ่มเห็นปัญหา ผลการเรียนจะต่ำกว่าเกณฑ์ มักช้ากว่าเพื่อนวัยเดียวกันประมาณ 2 ชั้นเรียน

ปัญหาที่ทำให้ชวนสงสัยว่าเป็นแอลดีหรือไม่ มักมีอาการแสดงอยู่ 4 ลักษณะใหญ่ๆ คือ

1. มีปัญหาการเรียน เช่น เรียนไม่ทัน สอบตก ทำงานไม่เสร็จ ไม่ค่อยส่งงาน อ่านหนังสือไม่ค่อยออก เขียนผิดๆ ภูเขาๆ คิดเลขไม่ค่อยออก เป็นต้น
2. มีปัญหาทางพฤติกรรม เช่น ไม่ยอมไปโรงเรียน โดดเรียน แยกตัว ไม่ค่อยสูงส่งกับใคร ก้าวร้าว เกร ในบางรายที่เป็นสมาธิสั้นร่วมด้วย จะพบว่าไม่ค่อยมีสมาธิ ซุกซน อยู่ไม่นิ่ง รอคอยไม่ค่อยได้ เป็นต้น
3. มีปัญหาอารมณ์และการปรับตัว เช่น ซึมเศร้า แยกตัว หงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวน ปรับตัวเข้ากับเพื่อนไม่ได้ เป็นต้น



4. มีปัญหาความเจ็บป่วยทางร่างกายแต่หาสาเหตุไม่พบมักเป็นอาการทางกายที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด เช่น ปวดหัว ปวดท้อง คลื่นไส้ ตาพร่า เป็นต้น

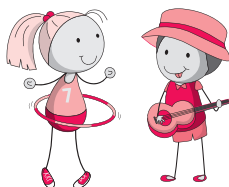
เมื่อพบลักษณะดังกล่าว ควรนำเด็กไปพบแพทย์ เพื่อประเมินปัญหาว่าเกิดจากอะไร จะได้หาแนวทางดูแลช่วยเหลือเด็กได้เหมาะสม ดึงศักยภาพที่เด็กมีอยู่ออกมาใช้อย่างเต็มที่



วาทะกู่

เด็กที่เป็นแอลดี เมื่อโตขึ้นสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนปกติทั่วไป ถ้าได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมสามารถเข้าสังคมกับเพื่อนได้ ประกอบอาชีพได้เหมือนทั่วไป บางคนอาจมีความยากลำบากในทักษะบางด้านอยู่บ้าง เช่น การอ่าน การเขียน หรือคณิตศาสตร์

เด็กที่ไม่ได้รับการดูแลรักษา มักไม่ประสบความสำเร็จในด้านการเรียน ไม่ค่อยได้รับคำชม มักสูญเสียความภาคภูมิใจ จึงหันไปเอาดีในด้านอื่นทดแทน ถ้าเด็กมีทักษะดีในด้านดนตรี กีฬา หรือศิลปะ ก็อาจได้รับการยอมรับ แต่ถ้าทักษะเหล่านี้ก็ไม่ดีพอ ไม่มีทางเลือกอื่นที่สร้างสรรค์ เด็กก็อาจหันไปหาจุดเด่นในทางลบแทน เช่น ฝ่าฝืนกฎ ระเบียบ หนีเรียน ชกต่อย ตีกัน ตีตดเกม ตีตดสารเสพติด ฯลฯ



ผลกระทบจากแอลดี มีดังนี้

1. เด็กมีภาพลบต่อตนเอง มองว่าตนเองแตกต่างจากเพื่อน เรียนหนังสือไม่ได้ เป็นคนโง่ มีปมด้อย

2. ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เนื่องจากพ่อแม่ไม่เข้าใจในข้อจำกัดของเด็ก มีความคาดหวังว่าเด็กน่าจะเรียนหนังสือได้ แต่เมื่อเด็กมีปัญหาการอ่าน การเขียน ทำการบ้านไม่เสร็จ ผลสอบไม่ดี ก็ยิ่งทำให้พ่อแม่ตำหนิ กดดัน และเครียดเพิ่มขึ้น ผลที่ตามมาคือ เด็กดื้อต่อต้าน เกเร ไม่อยากไปโรงเรียน และหนีเรียน

3. ปัญหาความสัมพันธ์กับครู เนื่องจากครูไม่เข้าใจในข้อจำกัดของเด็ก สอนและสอบด้วยวิธีการปกติ เมื่อเด็กทำงานไม่เสร็จ มีผลการเรียนไม่ดี ก็ยิ่งทำให้ครูตำหนิ กดดัน และเครียดเพิ่มขึ้น ผลที่ตามมาคือ เด็กปล่อยปละละเลย ไม่สนใจเรียน หนีเรียนและถูกออกจากระบบโรงเรียนเร็วกว่ากำหนด

4. ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน เด็กมักถูกเพื่อนล้อเลียนในเรื่องการเรียน ทำให้อับอาย เสียความมั่นใจ หรือหันไปหาจุดเด่นในทางลบแทน เช่น แก๊งเพื่อน ชกต่อย ตีกัน ฯลฯ ทำให้ไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนเพิ่มขึ้น เด็กอาจต้องใช้เวลาทำงานนานกว่าเพื่อน หรือเรียนซ่อมเสริมเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อนกับเพื่อนด้วย

5. ขาดความรู้และทักษะ เนื่องจากอุปสรรคในการเรียนรู้ ทำให้เด็กขาดความรู้และทักษะที่ควรได้รับตามวัย ต้องเข้าสู่ระบบงานเมื่ออายุน้อย ทำงานในระดับใช้แรงงานมากขึ้น มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุราและสารเสพติดได้ง่าย





แนวทางการดูแลรักษา

เด็กที่เป็นแอลดีแต่ละคนก็จะมีปัญหาเฉพาะที่แตกต่างกัน ด้านที่มีความบกพร่อง และอาการที่พบร่วมก็แตกต่างกัน แนวทางการดูแลรักษาจึงแตกต่างกันด้วย เราไม่สามารถช่วยเหลือเด็กที่เป็นแอลดีทุกคนด้วยวิธีการสำเร็จรูปเพียงรูปแบบเดียวได้ แต่ต้องออกแบบการช่วยเหลือเฉพาะบุคคลตามความสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน

แนวทางการดูแลรักษาในปัจจุบัน เมื่อได้รับการยืนยันผลการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นแอลดีแล้ว ก็ควรให้ความช่วยเหลือแบบบูรณาการ และมองปัญหาอย่างรอบด้าน โดยอาศัยความร่วมมือกันแบบไตรภาคี คือทั้งทางครอบครัว ทางแพทย์ และทางการศึกษาซึ่งแนวทางหลักในการดูแลรักษาเป็นดังนี้

1. การช่วยเหลือครอบครัว

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลช่วยเหลือเด็ก บุคคลในครอบครัวควรปรับเจตคติให้ถูกต้อง เข้าใจว่าเด็กกำลังมีปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ ไม่ใช่คิดว่าเด็กเป็นคนสร้างปัญหา เด็กต้องการความช่วยเหลือมากกว่าคำตำหนิติเตียน

ควรให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับแอลดี สำหรับผู้ปกครอง และแนะนำให้ค้นคว้าหาข้อมูลความรู้ต่างๆ เพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อจำกัดของเด็ก และมีทักษะเบื้องต้นในการช่วยเหลือด้านการเรียนรู้สำหรับเด็ก คอยประคับประคองเสริมสร้างกำลังใจ ค้นหาจุดเด่นในด้านอื่นๆ เพื่อพัฒนาขีดความสามารถที่บกพร่อง และเข้าใจจุดมุ่งหมายของการรักษาเพื่อให้เด็กมีโอกาสในการเรียนรู้ได้ตามศักยภาพที่มี



2. การช่วยเหลือตนเอง

มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เด็กเข้าใจตนเอง มีกำลังใจในการเรียนรู้ต่อไป และมีความภาคภูมิใจ ร่วมกับการเสริมสร้างทักษะการแก้ไขปัญหา การควบคุมตนเอง และการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม

สร้างกำลังใจ โดยช่วยให้เด็กเข้าใจในศักยภาพของตนเอง และมีความเข้าใจในเรื่องแอลดี รู้ว่าตนเองยังเป็นคนที่มีความสามารถ สามารถเรียนรู้ต่อไปได้ แต่ด้วยวิธีการเรียนรู้ที่อาจแตกต่างจากเพื่อน มีเวลาให้เด็กซักถามและระบายความคับข้องใจต่างๆ

สร้างความภาคภูมิใจ โดยการเปิดโอกาสให้เด็กได้ฝึกฝน และแสดงความสามารถในด้านต่างๆ ที่หลากหลาย เช่น เล่นกีฬา วาดรูป ร้องเพลง เต้น เล่นดนตรี ทำขนม ทำอาหาร แก้ปัญหาเขาวน ฯลฯ โดยเริ่มต้นตามความสนใจของเด็กก่อน ฝึกให้เด็กทำกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ จนสำเร็จได้ด้วยตนเองชื่นชมและให้คำชมเชยเป็นระยะในความสามารถด้านที่เด็กมีการพัฒนาขึ้น และที่สำคัญคือ พ่อแม่ต้องมีความภูมิใจและเห็นคุณค่าในตัวเด็กด้วย

3. การช่วยเหลือด้านการเรียน

เพื่อให้เด็กมีความรู้และพัฒนาทักษะที่ใช้ในการเรียน และหาวิธีการเรียนรู้อื่นเข้ามาเสริมหรือทดแทนควบคู่ไปด้วย

สิ่งที่จำเป็นอันดับแรก คือ การสอนเสริมพิเศษแบบตัวต่อตัว หรือกลุ่มเล็กๆ ในทักษะการเรียนด้านที่เด็กบกพร่องมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลความเป็นไปของเด็กระหว่างคุณพ่อคุณแม่และคุณครูอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เข้าใจสภาพของปัญหาและร่วมมือกันแก้ไข ถ้าไม่มีเวลาหรือโอกาสพบปะกันโดยตรง อาจใช้การเขียนในสมุดการบ้านของเด็กเพื่อให้ผู้ปกครองรับทราบ หรือมีสมุดไว้เขียนสื่อสารระหว่างกัน



ควรมีการจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP-Individualized Education Plan) เนื่องจากสภาพปัญหา และวิธีการเรียนรู้ของเด็กแต่ละคนแตกต่างกันในการจัดทำแผนต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งครู พ่อแม่ ร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ กลวิธี การประเมิน และบริการพิเศษ ที่ควรได้รับ

4. การใช้สื่อ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก

อุปกรณ์ สื่อการสอน และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ควรเน้นให้ใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 และมีการทบทวนการเรียนรู้ด้วยวิธีการใหม่ๆ แทนการทำแบบฝึกหัดซ้ำๆ

เด็กที่มีปัญหาด้านการอ่านอาจใช้เครื่องอัดเสียงช่วย ปัญหาด้านการเขียนอาจใช้เครื่องคอมพิวเตอร์หรือแท็บเล็ตพิมพ์ ปัญหาด้านคำนวณอาจใช้เครื่องคิดเลขช่วย

นอกจากนี้ในปัจจุบันยังมีการพัฒนาเทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับเด็กแอลดี ในรูปแบบโปรแกรมต่างๆ



ออทิสติก

Autism Spectrum Disorder



คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก **กลุ่มปัญหาการเรียน**

• สมาธิสั้น • แอลดี • ออทิสติก • บกพร่องทางสติปัญญา • เรียนรู้ช้า



ออทิสติกคืออะไร

ออทิสติก คือ ความบกพร่องในทักษะทางสังคมและการสื่อสาร ร่วมกับอาการหมกมุ่นกับบางสิ่งบางอย่างมากเกินไปจนเกินพอดี ทำหรือพูดซ้ำๆ ขาดความยืดหยุ่น ตรงกับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็กชื่อ “Autism Spectrum Disorder - ASD” (ตามเกณฑ์ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน) หรือ “Pervasive Developmental Disorders - PDDs” (ตามเกณฑ์ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก รหัส F84)

เด็กออทิสติกแต่ละคนจะมีอาการแตกต่างกันอย่างหลากหลาย แต่ก็มีลักษณะร่วมคล้ายกัน คืออยู่ในโลกของตัวเองมาก สนใจสิ่งแวดล้อมน้อย มักเรียกไม่ค่อยหัน ไม่ค่อยสนใจใคร ไม่สบตาเวลาสนทนา เล่นไม่เหมาะสมตามวัย พูดซ้ำหรือพูดเป็นภาษาที่ฟังแล้วไม่เข้าใจ ทำอะไรซ้ำๆ เป็นแบบแผน ไม่ยืดหยุ่น สนใจบางอย่างแบบหมกมุ่นมากเกินไป เด็กบางคนมีอาการกระตุ้นตัวเองเป็นระยะ เช่น หมุนตัว โยกตัว เขย่งเท้า สบัดมือ เล่นมือ เล่นเสียง เป็นต้น

ออทิสติก มีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคชัดเจน และส่งผลกระทบต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การเข้าสังคม การศึกษาโดยเฉพาะการเรียนรู้ทั้งที่บ้านและในห้องเรียนเด็กกลุ่มที่มีศักยภาพสูงมักเรียนรู้ได้ดี และค่อนข้างเร็ว แต่เลือกเรียนรู้เฉพาะเรื่องที่ตนเองสนใจเท่านั้น ทำให้มีความรู้และทักษะค่อนข้างจำกัดไม่หลากหลาย

ในประเทศไทย ได้กำหนดให้ออทิสติก เป็นผู้พิการประเภท 7 “ความพิการทางออทิสติก” ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2555 ซึ่งออกในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550



หมายถึง “การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องในการสื่อสารทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในหลากหลายบริบท มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัดซ้ำๆ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยออทิสติกซึ่งกำหนดไว้ในระดับสากล ทั้งนี้ให้รวมถึงการวินิจฉัยกลุ่มออทิสติกสเปกตรัมอื่นๆด้วย เช่น แอสเพอร์เกอร์ (Asperger Disorder)”

ความพิการประเภทนี้ จึงหมายถึง การวินิจฉัยโรคออทิสติกทุกสเปกตรัม ทุกระดับความรุนแรง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Autism Spectrum Disorder แต่ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ปกครองว่าจะจดทะเบียนเป็นผู้พิการหรือไม่ เพื่อรับสิทธิสวัสดิการต่างๆ ที่รัฐจัดให้



ระบาดวิทยา

ออทิสติก เป็นโรคที่พบมากขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก ในด้านระบาดวิทยา ปัจจุบันพบว่ามีความชุก ประมาณร้อยละ 1-2 ของเด็กวัยเรียน จากเดิมร้อยละ 0.2 ในช่วงเวลา 2 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยการสำรวจล่าสุดในพื้นที่เผ่าอะวองของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค สหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ.2012 พบความชุกร้อยละ 1.46 ในเด็กอายุ 8 ปี คิดเป็นสัดส่วน 1 ต่อ 68 คน (CDC, 2016) และประเทศในเอเชีย ยุโรป อเมริกาเหนือก็พบความชุกใกล้เคียงกัน

พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3-4 เท่า เดิมเชื่อว่าพบมากในกลุ่มคนที่มีฐานะดี แต่ในปัจจุบันพบว่ามีในทุกระดับชั้นของสังคมพอๆ กัน ที่เป็นเช่นนั้นเพราะว่าเดิมกลุ่มคนที่มีฐานะดี จะเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ดีกว่าทำให้พบได้มากกว่า





ลักษณะอาการ

ออทิสติก ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน มี 2 กลุ่มอาการหลัก ดังนี้

1. มีความบกพร่องในการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยขาดการตอบสนองทางอารมณ์ บกพร่องในการใช้ภาษาท่าทางเพื่อการสื่อสาร และบกพร่องในการพัฒนา คงไว้ และเข้าใจในสัมพันธภาพ
2. มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัด ซ้ำๆ เช่น โยกไปโยกมา พุดหรือทำซ้ำๆ มีแบบแผนที่ไม่ยืดหยุ่น ความสนใจจดจ่อเฉพาะบางเรื่องและยึดติด และมีระบบปรับสัมผัสไวเกินหรือเฉื่อยเกิน

อาการแสดงออกในช่วงแรกของวัยเด็ก ส่งผลต่อความบกพร่องในด้านสังคม อาชีพ หรือหน้าที่การทำงานอื่นที่สำคัญ โดยไม่สามารถอธิบายจากความบกพร่องอย่างอื่น

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยนี้ ให้ระบุอาการที่พบร่วมด้วย เช่น ความบกพร่องทางสติปัญญา ความบกพร่องทางภาษา ความผิดปกติของการพัฒนาระบบประสาท จิตใจ และพฤติกรรมอื่นๆ

ในช่วงขวบปีแรกจะสังเกตได้ยาก เนื่องจากไม่มีลักษณะภายนอกผิดปกติสังเกต เด็กมักจะไม่สบตา ไม่สนใจหันมอง หน้าตาเฉยเมย ไม่ยิ้มหรือหัวเราะตอบ ไม่ชอบให้อุ้ม ไม่แสดงท่าที่เรียกร้องความสนใจ

อาการชัดเจนขึ้นในขวบปีที่สอง ยังไม่พูดเป็นคำ มักพูดเป็นภาษาที่ไม่มี ความหมาย ไม่สนใจของเล่น หรือเรื่องที่คนรอบข้างกำลังสนใจอยู่ ไม่ชี้นิ้ว บอกความต้องการ เวลาอยากได้อะไรมักจะทำเอง หรือจูงมือพ่อแม่ไปหยิบของจ้องมองสิ่งของที่เป็นแสงวาววับ แสงไฟ เงานี้ที่กระเพื่อมไปมา หรือของหมุนๆ อาจเริ่มเล่นมือ สะบัดมือ หมุนตัว โยกตัว เขย่งเท้า





wan:งู

ออทิสติก กลุ่มที่มีศักยภาพสูง สามารถใช้ชีวิตได้เหมือนปกติทั่วไป ถ้าได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมสามารถเข้าสังคม ประกอบอาชีพได้เหมือนทั่วไป บางคนอาจมีความลำบากในทักษะทางด้านสังคม

พบว่า 2 ใน 3 ยังมีภาวะต้องพึ่งพิงผู้อื่น และต้องการผู้ดูแลตลอดชีวิต ในขณะที่ 1 ใน 3 สามารถพึ่งพาตนเองได้พอสมควร ต้องการเพียงคำชี้แนะจากผู้ดูแลเป็นระยะเท่านั้น และพบว่าร้อยละ 1-2 พึ่งพาตนเองได้เต็มที่ สามารถประกอบอาชีพ เลี้ยงตัวเอง ดำเนินชีวิตได้เหมือนปกติ

ผลกระทบที่เกิดจากอาการออทิสติก มีดังนี้

1. ปัญหาการเรียน เนื่องจากเด็กเลือกเรียนรู้เฉพาะเรื่องที่สนใจ และหมกมุ่นมากเกินไปจนไม่สนใจเรื่องอื่น ทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้ในเนื้อหาบทเรียนที่หลากหลาย ความรู้และทักษะที่มีจึงค่อนข้างจำกัด
2. ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว พ่อแม่มักเกิดความเครียดในการดูแลเนื่องจากอาการของเด็ก ถ้าจัดการไม่ถูกวิธีก็อาจไประบายลงกับเด็กและคนในครอบครัวด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม
3. ปัญหาความสัมพันธ์กับครู ถ้าครูไม่เข้าใจในข้อจำกัดของเด็ก จะทำให้เข้าใจว่าเด็กชอบก่อแกล้ง สร้างความบั่นป่วนเช่น ยกมือถามในห้องตลอดจนครูสอนไม่ได้ หรือยกมือตอบอยู่คนเดียว เด็กอาจถูกมองว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว แสดงออกไม่เหมาะสมเช่น เถียงเพื่อเอาชนะครู
4. ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน เด็กบางคนมักแยกตัว ไม่สนใจเพื่อน ในขณะที่บางคนอยากเล่นกับเพื่อน แต่เล่นไม่เป็น ไม่เข้าใจกติกา ทำให้ถูกเพื่อนเอาเปรียบหรือกลั่นแกล้งเป็นประจำ เด็กมักไม่ค่อยเข้าใจการพูดล้อเล่นเล่นมุก ทำให้เป็นตัวตลกในกลุ่มเพื่อนได้





แนวทางการดูแลรักษา

การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ถูกต้องตามหลักวิชาการ ถ้าเริ่มภายใน 3 ขวบปีแรก พบว่าได้ผลดีกว่าการรักษาที่ล่าช้ากว่านั้น ดังนั้น การวินิจฉัยโรคได้เร็ว และดูแลช่วยเหลือต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด

เด็กแต่ละคนก็จะมีปัญหาเฉพาะที่แตกต่างกันไปเด็กออทิสติกมีทุกระดับความสามารถ ตั้งแต่อัจฉริยะจนถึงบกพร่องทางสติปัญญา ตั้งแต่ทำงานได้ เรียนจบระดับปริญญาเอก จนถึงไม่รู้เรื่องเลย ดูแลช่วยเหลือตนเองได้น้อย พูดไม่ได้ เราจึงไม่สามารถช่วยเหลือเด็กทุกคนด้วยวิธีการสำเร็จรูปเพียงรูปแบบเดียวได้ แต่ต้องออกแบบการช่วยเหลือเฉพาะบุคคลตามความสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน

แนวทางการดูแลรักษาในปัจจุบัน ควรให้ความช่วยเหลือแบบบูรณาการ และมองปัญหาอย่างรอบด้าน โดยอาศัยความร่วมมือกันทั้งจากครอบครัว จากบุคลากรทางการแพทย์และทางการศึกษาซึ่งแนวทางหลักในการดูแลรักษา เป็นดังนี้

1. การช่วยเหลือครอบครัว

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่สุดในกระบวนการดูแลช่วยเหลือเด็ก ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับออทิสติกเป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเรียนรู้ เพราะจะช่วยให้การดูแลช่วยเหลือเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง เกิดความเข้าใจในข้อจำกัดของเด็ก และมีทักษะเบื้องต้นในการช่วยเหลือเด็กมีโอกาสในการเรียนรู้เต็มตามศักยภาพที่มีผู้ปกครองทุกคนเริ่มต้นที่ไม่รู้เหมือนกัน แต่ปลายทางแห่งความสำเร็จต่างกันตามการเรียนรู้ของแต่ละคน



2. การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

เริ่มด้วยการส่งเสริมพัฒนาการ คือการจัดกิจกรรมเพื่อใช้ในการส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการเป็นไปตามวัย โดยยึดหลักและลำดับขั้นพัฒนาการของเด็กปกติ ออกแบบการฝึกให้เหมาะสมตามสภาพปัญหา ความสามารถ และความเร็วในการเรียนรู้ของแต่ละคนที่แตกต่างกัน

ทักษะพื้นฐานในการเรียนรู้ที่ควรเริ่มฝึกเป็นอันดับแรก เพื่อดึงเด็กออกจากโลกส่วนตัวของเขาเองมาเรียนรู้โลกภายนอก ควรเน้นในเรื่องการมองเห็น สบตา การมีสมาธิ การฟัง และทำตามคำสั่ง

การส่งฝึกเฉพาะทางด้านต่างๆ ได้แก่

- * การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavior modification)
- * การแก้ไขการพูด (speech therapy)
- * กิจกรรมบำบัด (occupational therapy)

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation)

ควรมีการจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP-Individualized Education Plan) เนื่องจากสภาพปัญหา และวิธีการเรียนรู้ของเด็กแต่ละคนแตกต่างกัน เน้นการเตรียมความพร้อม เพื่อให้เด็กสามารถใช้ในชีวิตประจำวันจริงๆ ได้ แทนการฝึกแต่เพียงทักษะทางวิชาการเท่านั้น

ปัจจุบันมีทางเลือกในการศึกษาเพิ่มขึ้น เช่น โรงเรียนการศึกษาพิเศษเฉพาะทาง โรงเรียนเรียนร่วม ห้องเรียนคู่ขนาน ห้องเรียนปกติ รวมถึงการศึกษานอกโรงเรียน และการศึกษิตตามอัธยาศัย



4. การเสริมสร้างทักษะทางสังคม (Social Skill Training)

ประกอบด้วยการฝึกฝนทักษะในชีวิตประจำวัน และการฝึกฝนทักษะทางสังคม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ

ทักษะสังคม เป็นความบกพร่องหลักของออทิสติก จึงต้องให้การฝึกฝนด้านนี้เป็นพิเศษ ซึ่งทำได้โดยจำลองเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ เพื่อให้ทดลองปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ หรือการสอนโดยให้จัดจำรูปแบบบทสนทนาในสถานการณ์ต่างๆ เพื่อนำมาใช้โดยตรงร่วมกับการสอนผ่านเรื่องเล่าทางสังคม (social story)

5. การรักษาด้วยยา

ยาไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อรักษาให้หายจากออทิสติก แต่นำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการบางอย่างที่เกิดร่วมด้วย ยามีประโยชน์ในการลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ หุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว และหมกมุ่น

เด็กไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาทุกคน และเมื่อทานยาแล้วก็ไม่จำเป็นต้องทานต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเช่นกัน แพทย์จะพิจารณาปรับขนาดยา หรือหยุดยา เมื่ออาการเป้าหมายทุเลาลงแล้ว



บกพร่อง ทาง สติปัญญา

Intellectual Disability



คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก **กลุ่มปัญหาการเรียน**

• สมาธิสั้น • แอลดี • ออทิสติก • บกพร่องทางสติปัญญา • เรียนรู้ช้า



บทพร่องทางสติปัญญาคืออะไร

ความบกพร่องทางสติปัญญา เป็นการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็กชื่อ “Intellectual Disability” หรือ “Intellectual Developmental Disorder” (ตามเกณฑ์ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน) หรือ “Mental Retardation” (ตามเกณฑ์ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก รหัส F70-79)

เดิมเรียกเด็กกลุ่มนี้ว่า “เด็กปัญญาอ่อน” เนื่องจากเป็นคำที่ให้ความรู้สึกในเชิงลบ และไม่ได้รับการยอมรับในภาคสังคมจึงเปลี่ยนการเรียกชื่อใหม่เป็น “ความบกพร่องทางสติปัญญา”

ในประเทศไทย ได้กำหนดให้ความบกพร่องทางสติปัญญา เป็นผู้พิการ ประเภท 5 “ความพิการทางสติปัญญา” ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2555 ซึ่งออกในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 หมายถึง “การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อนและความบกพร่องทางพัฒนาการ ในระดับรุนแรงและเป็นเรื้อรัง”





ระบาดวิทยา

พบความชุกของความบกพร่องทางสติปัญญา ในประชากรทั่วโลก ประมาณร้อยละ 1.04 พบสูงสุดในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น โดยพบร้อยละ 1.83 และพบในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง มากกว่าเกือบ 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง (Maulik et al, 2011)

จากการศึกษา Isle of Wight ซึ่งสำรวจในเด็กอายุ 9-11 ปี พบความบกพร่องทางสติปัญญา ประมาณร้อยละ 2.5 ถ้าใช้เกณฑ์ระดับสติปัญญาอย่างเดียว แต่ถ้านำเกณฑ์ระดับความสามารถในการปรับตัวมาประกอบด้วย อัตราความชุกจะลดลงครึ่งหนึ่ง คือร้อยละ 1.35

จากการสำรวจสถานการณ์ระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ในเด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปี พ.ศ.2559 โดยกรมสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มที่มีระดับเชาวน์ปัญญาบกพร่อง (IQ น้อยกว่า 70) พบร้อยละ 6.5 แต่ทั้งนี้ยังไม่ได้ยืนยันการวินิจฉัยตามเกณฑ์

พบว่ามีความแปรปรวนตามช่วงอายุ พบสูงสุดช่วงอายุ 10-14 ปี แล้วค่อยๆลดลง พบลดลงมากในวัยผู้ใหญ่

ระดับความรุนแรงที่พบส่วนใหญ่คือระดับน้อย พบร้อยละ 85 ส่วนระดับรุนแรงมากพบอัตราความชุก 5.4-10.6 ต่อ 1,000 ประชากร

ความแตกต่างระหว่างเพศ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบในอัตราส่วน 2:1 ในระดับรุนแรงน้อย และ 1.5:1 ในระดับรุนแรงมาก





ลักษณะอาการ

ความบกพร่องทางสติปัญญา ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันคือ มีระดับเขาวงกตปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างชัดเจน ร่วมกับมีความความบกพร่องในทักษะการปรับตัว โดยมีอาการให้เห็นตั้งแต่ช่วงวัยเด็กหรือวัยรุ่น ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในชีวิตประจำวันหลายด้าน ทั้งที่บ้าน โรงเรียน ที่ทำงาน และชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ทักษะทางเขาวงกตปัญญา (intellectual functioning) เช่น การใช้เหตุผล การแก้ไขปัญหา การวางแผน การคิดเชิงนามธรรม การตัดสินใจ การเรียนรู้ทางวิชาการ และการเรียนรู้จากประสบการณ์ ซึ่งยืนยันโดยการประเมินอาการทางคลินิก และการทดสอบเขาวงกตปัญญา

การทดสอบเขาวงกตปัญญา หรือที่เรียกว่าการวัดไอคิว ควรทำโดยแบบทดสอบมาตรฐานจึงจะเชื่อถือได้เกณฑ์เฉลี่ยอยู่ที่ 90-109 ถ้าได้ตั้งแต่ 70-89 เรียกว่ากลุ่มเรียนรู้ช้า แต่ถ้าได้ต่ำกว่า 70 จะเข้าเกณฑ์ของความบกพร่องทางสติปัญญา

ทักษะการปรับตัว (adaptive functioning) เป็นปัจจัยบ่งชี้ถึงความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันมี 3 ด้าน ดังนี้

- ด้านความคิดรวบยอด (conceptual domain) หมายถึง ทักษะการใช้ภาษา การอ่าน การเขียน การคำนวณ การใช้เหตุผล และความจำ
- ด้านสังคม (social domain) หมายถึง การเข้าใจผู้อื่น การตัดสินใจ ในสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ การสื่อสารระหว่างบุคคลและสัมพันธภาพ



- ด้านทักษะในการดำรงชีวิตและการทำงาน (practical domain) หมายถึง การดูแลตนเองเรื่องต่างๆ เช่น สุขอนามัยส่วนตัว ความรับผิดชอบในการเรียนและทำงาน และการจัดการด้านการเงินของตนเอง

ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับน้อย (mild) จะมีเพดานของความสามารถเทียบเท่าเด็ก อายุ 9-11 ปี คือ สามารถอ่านหนังสือระดับประถมศึกษาปีที่ 4-5 ได้ เขียนจดหมายหรือรายการง่ายๆได้ ทำงานตามที่ได้รับมอบหมายมีทักษะพื้นฐานในการทำงาน เช่น มาตรฐานเวลา ทำงานมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานใช้ระบบขนส่งสาธารณะได้สอไปขับซี้ดูแลบ้านและทำอาหารตามสูตรได้

ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับปานกลาง (moderate) จะมีเพดานของความสามารถเทียบเท่าเด็ก อายุ 6-8 ปี คือ สามารถอ่านคำที่เคยเห็นลอกข้อมูล เช่น ที่อยู่อ่านเวลาจากนาฬิกา บางคนสามารถดูแลตัวเองได้ทำงานบ้านภายใต้การดูแล เตรียมอาหาร เรียนรู้งานโดยการทำซ้ำๆ และใช้ระบบขนส่งสาธารณะภายใต้การดูแลได้

ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับมาก (severe) จะมีเพดานของความสามารถเทียบเท่าเด็ก อายุ 3-5 ปี คือ ต้องการการดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องบอกความต้องการได้ แต่อาจต้องใช้เทคนิคด้านการสื่อสารช่วย ส่วนระดับรุนแรง (profound) จะดูแลตัวเองได้จำกัด ทั้งในเรื่องการขับถ่ายการสื่อสารและการเคลื่อนไหว อาจต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด





wan:งนุ

ปัญหาและโรคที่พบบ่อยในผู้บกพร่องทางสติปัญญา แบ่งเป็น 2 ด้านที่สำคัญ คือด้านร่างกาย และด้านจิตเวช

ปัญหาหรือโรคทางด้านร่างกาย ได้แก่ โรคลมชักหรืออาการชักความบกพร่องของประสาทสัมผัส เช่น การมองเห็น การได้ยิน และการเคลื่อนไหวภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน และโรคอ้วนในดาวนซินโดรม ซึ่งพบได้มากขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรปกติ

ปัญหาหรือโรคทางด้านจิตเวช ได้แก่ โรคสมาธิสั้นปัญหาทางพฤติกรรมโรคจิต ซึ่งพบได้สูงกว่าทั่วไปด้วย แต่มีโรคทางอารมณ์ และการติดสารเสพติดน้อยกว่าทั่วไป



แนวทางการดูแลรักษา

การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วในช่วงที่เด็กยังอายุน้อย จะทำให้เด็กได้รับการประเมินความสามารถ และกระตุ้นพัฒนาการในช่วงเวลาที่เหมาะสม ทำให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นได้ตามศักยภาพ ลดความกังวลของผู้ปกครอง รวมทั้งเพิ่มโอกาสที่จะใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างใกล้เคียงปกติ

แนวทางการดูแลรักษา เป็นดังนี้

1) การส่งเสริมศักยภาพครอบครัว

ครอบครัวเข้มแข็ง คือพลังแห่งความสำเร็จ ครอบครัวควรมีความรู้จักชะ และเจตคติที่ดีในการดูแล เห็นความสำคัญของการฝึกฝนทักษะต่างๆ



อย่างต่อเนื่องให้คำปรึกษาสำหรับครอบครัว เพื่อลดความเครียด ให้ข้อมูลและทางเลือกต่างๆ ในการตัดสินใจ และให้กำลังใจ

2) การส่งเสริมพัฒนาการ

ควรจัดโปรแกรมการฝึกทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้ ส่งเสริมพัฒนาการทุกๆ ด้าน ทำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่พัฒนาการที่เหมาะสมตามวัยในทุกๆ ด้าน เด็กที่ได้รับการฝึกแต่เยาว์วัย จะสามารถเรียนรู้ได้ดีกว่าการฝึกเมื่อโตแล้ว

3) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

มักมีความต้องการแตกต่างกันตามสภาพปัญหา และความจำเป็นของเด็กแต่ละคนที่แตกต่างกัน โดยมีแนวทางช่วยเหลือเฉพาะทาง ในพัฒนาการด้านต่างๆ ดังนี้

* **กายภาพบำบัด (Physical Therapy)** เน้นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ การเคลื่อนไหว แก้ไขการเดิน และลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ

* **กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy)** เน้นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก การหยิบจับ สมาธิ และการรับรู้สัมผัส

* **แก้ไขการพูด (Speech Therapy)** เน้นพัฒนาการด้านภาษา และการสื่อสาร

4) การฝึกทักษะในชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living Training)

เน้นพัฒนาการด้านสังคม และการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน โดยการส่งเสริมให้เด็กสามารถใช้ชีวิตในครอบครัว สังคม และชุมชนได้ปกติตามศักยภาพ



การฝึกทักษะการดูแลช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การขับถ่าย ฯลฯ ทักษะพื้นฐานงานบ้าน และทักษะทางสังคม เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยทำให้เด็กสามารถดำรงชีพได้โดยเป็นภาระต่อผู้อื่นน้อยที่สุด แทนที่จะทำให้เด็กทุกอย่างเพราะความสงสาร คิดว่าเด็กทำไม่ได้ ซึ่งจะยิ่งทำให้เด็กขาดโอกาสในการฝึกฝนทักษะที่จำเป็น

ในการสอนเด็ก ให้แยกเป็นขั้นตอนย่อยๆ แล้วสอนตามขั้นตอนทีละขั้น แม้จะใช้เวลาฝึกยาวนานในแต่ละขั้นตอน ทบทวนทุกครั้ง ฝึกอย่างคงเส้นคงวา ใช้ความอดทน อย่าโกรธ อย่าใจร้อน อย่าลงโทษถ้าทำไม่ได้ตั้งใจ และอย่าท้อแท้ ความสำเร็จก็จะตามมาในที่สุด

ในช่วงวัยรุ่น ควรเพิ่มการฝึกดูแลตนเองเรื่องประจำเดือน การป้องกันการถูกล่อลวงทางเพศ และคำแนะนำในการการคุมกำเนิด

5) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา

ส่งเสริมการเรียนรู้ให้มากที่สุด โดยทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP - Individualized Education Plan) ซึ่งจำเป็นต้องออกแบบการสอนให้เหมาะสมกับจุดเด่น จุดด้อย และความสนใจของเด็กแต่ละคน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ง่ายไม่สับสน มุ่งหมายให้เด็กสามารถนำทักษะที่ได้จากชั้นเรียนไปใช้ในชีวิตจริงๆ นอกห้องเรียน ข้อสำคัญคือควรให้เด็กมีโอกาสทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับเด็กปกติ

ในเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับน้อย สามารถเข้าเรียนร่วมในชั้นเรียนปกติได้เต็มเวลา เนื่องจากยังสามารถฝึกทักษะการอ่าน การเขียน และการคำนวณได้ระดับปานกลางสามารถเข้าเรียนร่วมในชั้นเรียนได้บางวิชา แล้วแยกมาสอนเสริมในวิชาหลัก ส่วนเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับมาก อาจต้องเรียนในห้องเรียนคู่ขนาน หรือโรงเรียนเฉพาะด้านความพิการ



การเรียนรู้ร่วมกันในโรงเรียนยังเป็นการเปิดโอกาสให้เด็กได้มีการใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่นในสังคม มีสัมพันธภาพที่ดี รู้จักทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน เรียนรู้ระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ เลียนแบบพฤติกรรมเพื่อน และการสื่อสารของเด็กวัยเดียวกัน นอกจากนี้ยังช่วยให้สังคมเข้าใจและยอมรับเด็กมากขึ้น เด็กและครอบครัวก็มีสุขภาพจิตดีขึ้น

6) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ

การเตรียมพร้อมด้านอาชีพ ได้แก่ การฝึกทักษะพื้นฐานทางอาชีพ เฉพาะด้าน และฝึกลักษณะนิสัยในการทำงานที่เหมาะสม เช่น การตรงต่อเวลา รู้จักรับคำสั่ง สามารถปฏิบัติตนต่อผู้ร่วมงานอย่างเหมาะสม และเข้าใจมารยาททางสังคม

7) การรักษาความผิดปกติที่อาจพบร่วมด้วย

ได้แก่ ความผิดปกติของการมองเห็น การได้ยิน รวมทั้งโรคที่พบเฉพาะในกลุ่มอาการต่างๆ เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหรือภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน ในกลุ่มอาการดาวน์

8) การให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์

ในกรณีที่มีสาเหตุจากโรคทางพันธุกรรม การให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์มีความจำเป็น โดยเฉพาะเรื่องโอกาสที่จะเกิดซ้ำในลูกคนถัดไป และการวางแผนครอบครัว

9) การใช้ยา

การใช้ยา ไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อทำให้ความบกพร่องทางสติปัญญาหายไป หรือช่วยให้สมองดีขึ้น แต่ใช้เพื่อบรรเทาความรุนแรงของปัญหา หรืออาการที่เกิดร่วมด้วย เช่น โรคลมชัก ปัญหาพฤติกรรม ปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาด้านสมาธิ ปัญหาการนอน เป็นต้น





เรียนรู้ช้า

Slow Learner



คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก **กลุ่มปัญหาการเรียน**

• สมาธิสั้น • แอลดี • ออทิสติก • บกพร่องทางสติปัญญา • เรียนรู้ช้า



เรียนรู้อะไร

เด็กเรียนรู้อะไร (slow learner) หมายถึงกลุ่มเด็กที่มีปัญหาการเรียน อันเนื่องมาจากการมีระดับเชาวน์ปัญญาที่ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย แต่ยังไม่ถึงระดับของความบกพร่องทางสติปัญญา ไม่ถือเป็นการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็ก แต่ก็ยังเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเพราะว่าเด็กมักมีปัญหาการเรียน ในชั้นเรียนเสมอ เด็กเรียนหนังสือได้ แต่จำเป็นต้องเพิ่มเวลาให้มากขึ้น ทบทวน ซ้ำบ่อยขึ้น และเสริมสื่อการเรียนรู้เพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถเรียนรู้ได้ทันเด็กอื่น

กลุ่มเด็กเรียนรู้อะไร (slow learner) ครอบคลุมระดับเชาวน์ปัญญา 2 ระดับ คือ ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (low average, IQ 80-89) และคาบเส้น (borderline, IQ 70-79)

เด็กมักมีปัญหาการเรียน ไม่สามารถทำงานหรือเรียนรู้ได้เท่ากับเด็ก ในช่วงวัยเดียวกัน การรับรู้ เรียนรู้ และเข้าใจในสิ่งต่างๆ ช้ากว่าเด็กคนอื่น โดยเฉพาะการคิดเชิงนามธรรมและการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจช้า มักแก้ปัญหาเฉพาะหน้าไม่เหมาะสมตามวัย มักใช้การลองผิดลองถูก มักมีปัญหาทางอารมณ์และการปรับตัวตามมา



ระบาดวิทยา

เด็กเรียนรู้อะไร อ้างอิงตามเกณฑ์ระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ช่วง 70-89 คือ กลุ่มที่มีระดับต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (low average) และระดับคาบเส้น (borderline) ในการกระจายตัวแบบปกติ พบได้ร้อยละ 22.8 ของเด็กวัยเรียน ส่วนความแตกต่างระหว่างเพศยังไม่มียางานที่ชัดเจนในกลุ่มนี้



จากการสำรวจสถานการณ์ระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ในเด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปี พ.ศ.2559 โดยกรมสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มที่มีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (IQ ช่วง 80-89) พบร้อยละ 15.8 และกลุ่มที่มีระดับเชาวน์ปัญญาระดับคาบเส้น (IQ ช่วง 70-79) พบร้อยละ 10.2 รวมทั้งสองกลุ่ม พบเด็กเรียนรู้ช้า ร้อยละ 26



ลักษณะอาการ

เด็กเรียนรู้ช้า พบได้ในโรงเรียนปกติทั่วไป เด็กมักดูแลช่วยเหลือตนเองได้ไม่ดี จึงทำให้คุณครูและผู้ปกครองไม่ทราบปัญหา เมื่อเข้าเรียนได้ระยะหนึ่งแล้วจะพบว่าเรียนไม่ทันเพื่อน รั้งรู้และเข้าใจได้ช้า จำไม่ค่อยแม่นยำ ต้องทบทวนซ้ำบ่อยๆ

เด็กที่เรียนรู้ช้าจะมีลักษณะดังนี้ คือ มีปัญหาการเรียน เรียนรู้ รั้งรู้ และเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ช้ากว่าเด็กวัยเดียวกัน

ด้านความสนใจ พบว่า มีความยากลำบากในการคงความสนใจ ทำกิจกรรมได้ไม่นาน มักความความสนใจใฝ่รู้ในระดับน้อย ไม่ค่อยซักถามหรือติดตามหาคำตอบ

ด้านความจำ พบว่า มีความจำสั้นระยะสั้นไม่ดี แต่มีความจำระยะยาวใกล้เคียงปกติ และมักจำได้ดียิ่งขึ้นถ้าเป็นเรื่องที่มีความหมาย เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน

ด้านการเรียนรู้ พบว่า มีความยากลำบากในการเรียนรู้ หรือการนำประสบการณ์จากสถานการณ์หนึ่งมาปรับใช้ในอีกสถานการณ์หนึ่ง มักแก้ปัญหาโดยวิธีลองผิดลองถูก



ลักษณะอาการอื่นๆ ที่พบร่วมได้ มากกว่ากลุ่มเด็กปกติ มีดังนี้

1. มีสภาวะการเจริญเติบโตของร่างกายต่ำกว่าเกณฑ์
2. มีปัญหาการทำงานประสานของกล้ามเนื้อ
3. มีพฤติกรรมเด็กกว่าวัย



wan:ku

ผลจากการเรียนรู้ช้า คือทำให้ผลสัมฤทธิ์ในการเรียนต่ำกว่าเกณฑ์ ทำงานไม่เสร็จตามที่มอบหมาย

ผลกระทบที่ตามมา คือเด็กมักถูกต่อว่าจากคนรอบข้างในเรื่องการทำงาน หรือการบ้านไม่เสร็จตามที่มอบหมายมักถูกเพื่อนล้อเลียน เด็กมักขาดกำลังใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดความภูมิใจในตนเอง และขาดทักษะชีวิตที่จำเป็นในหลาย ด้านโดยเฉพาะทักษะด้านการจัดการอารมณ์ และทักษะการแก้ไขปัญหา

เมื่อเด็กไม่ได้รับการยอมรับหรือชื่นชมในด้านการเรียน เด็กก็จะหันไปหาการยอมรับในด้านอื่นแทน หรือหันไปหาจุดเด่นในทางลบแทน เช่น แกล้งเพื่อน ชกต่อย ตีกัน ฯลฯ ทำให้ไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเรียนรู้ช้า ทำให้เด็กขาดความรู้และทักษะที่ควรได้รับตามวัย ต้องเข้าสู่ระบบงานเมื่ออายุน้อย ทำงานในระดับใช้แรงงานมากขึ้น มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุราและสารเสพติดได้ง่าย





แนวทางการดูแลรักษา

เด็กเรียนรู้ช้า มักขาดความภูมิใจในตนเอง และขาดทักษะหลายด้าน ซึ่งควรได้รับความช่วยเหลือ โดยแนวทางการดูแลรักษา ดังนี้

1. เสริมสร้างความภูมิใจในตนเอง

เด็กที่เรียนรู้ช้า มักขาดความภูมิใจในตนเองในด้านการเรียน เนื่องจากเด็กไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน ถูกต่อว่าจากคนรอบข้างเป็นประจำ มักทำงานช้า ไม่ค่อยเสร็จ และเรียนตามเพื่อนไม่ทัน ทำให้เป้าหมายการเรียนขาดความมั่นใจ รู้สึกว่าตนเองด้อยกว่าเพื่อน

จึงควรคอยสนับสนุน เสริมสร้างกำลังใจ สร้างแรงจูงใจ สร้างความภาคภูมิใจ และปรับเปลี่ยนเจตคติที่มีต่อเด็กใหม่ โดยเน้นที่ความพยายามและความรับผิดชอบในด้านการเรียน การประเมินผลเน้นที่ทักษะที่เด็กมีการพัฒนาขึ้นจากเดิม

สร้างกำลังใจ โดยช่วยให้เด็กเข้าใจในศักยภาพของตนเอง รู้ว่าตนเองยังเป็นคนที่มีความสามารถ สามารถเรียนรู้ต่อไปได้ แต่ต้องใช้ความพยายามมากกว่าเพื่อน หมั่นทบทวนเรื่องที่เรียนบ่อยๆ และมีเวลาให้เด็กซักถามและระบายความคับข้องใจต่างๆ

สร้างแรงจูงใจ โดยการให้รางวัลทันทีที่เด็กสามารถทำงานเสร็จตามที่มอบหมาย รางวัลอาจเป็นขนม ของกิน ของเล่น ที่เด็กชอบเล็กๆ น้อยๆ คำชม การโอบกอด หอมแก้ม สีหน้าและท่าทางแสดงความชื่นชมที่เด็กทำได้ ในกรณีที่งานมีความยากและปริมาณมาก ให้ย่อยงานเป็นขั้นตอนย่อยๆ และให้รางวัลทีละขั้น เพื่อให้เด็กไม่เบื่อหรือท้อเสียก่อน ในขณะเดียวกัน ต้องคอยสังเกต



พฤติกรรมด้วยว่าเด็กมีติดออก ลูกจากที่ หรือไม่ ถ้ามีให้เข้าไปจัดการโดยเร็ว โดยให้ความสนใจ และตัว พากลับมานั่งที่ และช่วยสอนเพิ่มเติม

สร้างความภาคภูมิใจ โดยการเปิดโอกาสให้เด็กได้ฝึกฝน และแสดงความสามารถในด้านต่างๆ ที่หลากหลาย เช่น เล่นกีฬา วาดรูป ร้องเพลง เต้น เล่นดนตรี ทำขนม ทำอาหาร ฯลฯ โดยเริ่มต้นตามความสนใจของเด็กก่อน ฝึกให้เด็กทำกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ จนสำเร็จได้ด้วยตนเอง ชื่นชมและให้คำชมเชย เป็นระยะในความสามารถด้านที่เด็กมีการพัฒนาขึ้น และที่สำคัญคือ พ่อแม่ ต้องมีความภูมิใจและเห็นคุณค่าในตัวเด็กด้วย

2. การช่วยเหลือด้านการเรียน

เพื่อให้เด็กมีความรู้และทักษะที่จำเป็น จึงควรกระตุ้นให้ทบทวน บทเรียนบ่อยๆ พยายามทำงานหรือการบ้านให้สำเร็จแม้จะใช้เวลาานานก็ตาม หาวิธีการเรียนรู้อื่นเข้ามาเสริมหรือทดแทนควบคู่ไปด้วย

ควรสอนเสริมพิเศษแบบตัวต่อตัว หรือกลุ่มเล็กๆ เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะพื้นฐานที่จะเป็น โดยฝึกอ่านทบทวนบทเรียน และฝึกทำแบบฝึกหัดอย่างสม่ำเสมอ

เด็กจะอ่านหนังสือได้เข้าใจมากขึ้น ถ้ามีการเชื่อมโยงเรื่องทีอ่านกับ เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน หรือประสบการณ์ที่เคยเรียนรู้มา การกระตุ้นให้เด็ก คิดและตั้งคำถามกับเรื่องทีอ่าน ก็ยิ่งช่วยให้เด็กสามารถเข้าใจสิ่งทีอ่านมากขึ้น และมีความกระตือรือร้นที่จะค้นหาคำตอบจากเรื่องทีอ่าน

การใช้รูปภาพ แผนภูมิ แผนผัง ประกอบการสอนจะช่วยให้เด็กเข้าใจ ได้ง่ายขึ้น และการใช้สื่อมัลติมีเดียประกอบการสอนจะช่วยทำให้เด็กสามารถ จดจำเรื่องทีเรียนได้ดีขึ้น



มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลความเป็นไปของเด็กระหว่างคุณพ่อคุณแม่และคุณครูอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เข้าใจสภาพของปัญหาและร่วมมือกันแก้ไข ถ้าไม่มีเวลาหรือโอกาสพบปะกันโดยตรง อาจใช้การเขียนในสมุดการบ้านของเด็กเพื่อให้ผู้ปกครองรับทราบ หรือมีสมุดไว้เขียนสื่อสารระหว่างกัน

3. การพัฒนาทักษะทางสังคม

เด็กที่เรียนรู้ช้า มักพบปัญหาถูกเพื่อนล้อ กลั่นแกล้ง หรือถูกแหย่ เนื่องจากคิดช้าทำช้าไม่ทันเพื่อน ทักษะการแก้ปัญหาไม่ค่อยดี ควบคุมอารมณ์ตนเองได้น้อย เมื่อถูกแกล้งก็จะโวยวาย ก้าวร้าว และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทำให้เป็นจุดสนใจของเพื่อน และถูกรุมแกล้งเป็นประจำ

การฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งรวมถึงทักษะในการสื่อสาร และทักษะการจัดการอารมณ์ จะช่วยเหลื่อให้เด็กสามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ดีขึ้น และเป็นที่ยอมรับมากขึ้น



บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต. (2559). **เชื่องมันเด็กไทย ไอคิวดี อีคิวเด่น การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในเด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ.2559.** (ม.ป.ท.).

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2558). **คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก กลุ่มปัญหาการเรียน. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิง.**

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2560). **การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน.** กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิง.

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

ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร, ฉันทวรุจน์ บุรณสุขสกุล, ดุษฎี จิ่งศิริกุลวิทย์ และ ทรงภูมิ เบญญากร. (2557). คุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ-ADHD) ฉบับภาษาไทย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย;** 59 (2): 97-110.

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2555. (9 กรกฎาคม 2555). ใน: **ราชกิจจานุเบกษา.** เล่ม 129 (ตอนพิเศษ 119 ง); หน้า 22-3.

ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษา พ.ศ.2552. (8 มิถุนายน 2552). ใน: **ราชกิจจานุเบกษา.** เล่ม 126 (ตอนพิเศษ 80 ง); หน้า 45-7.



พระราชบัญญัติ การจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ.2551. (5 กุมภาพันธ์ 2551). ใน:
ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 125 (ตอนที่ 28 ก). หน้า 1-12.

พระราชบัญญัติ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. (27 กันยายน 2550).
ใน: **ราชกิจจานุเบกษา**. เล่ม 124 (ตอนที่ 61 ก); หน้า 8-24.

สถาบันราชานุกูล. (2551). **คู่มือดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน**. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สถาบันราชานุกูล. (2555). **เด็กเรียนรู้ช้า คู่มือสำหรับครู**. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ พับลิชชิง.

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

Bloom B, Jones LI & Freeman G. (2013). Summary health statistics for U.S.
children: National Health Interview Survey; 2012. National Center for Health
Statistics. **Vital Health Stat.** 10 (258).

Bruce KS. Intellectual disability. (2011). In: Robert MK, ed. **Nelson textbook
of pediatrics**. Philadelphia, PA: Saunders, an imprint of Elsevier Inc.;
pp.122-9.

Centers for Disease Control and Prevention. (2013). Mental health
surveillance among children - United States, 2005—2011. **MMWR**. 62
(Suppl 2): 1-35.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), U.S. Department of Health
and Human Services. (2016). Prevalence and Characteristics of Autism
Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and
Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012.
MMWR Surveill Summ. 65(3): 1–23.



Einfeld S and Emerson E. Intellectual Disability. In: Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A, eds. (2008). **Rutter's Child and Adolescent Psychiatry 5th ed.** Singapore: Fabulous Printer Pte. Ltd; pp. 826-7.

Greenhill LL and Hechtman LI. (2009). Mental retardation. In: Sadock BJ et al., eds. **Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry 9th ed., vol. 2,** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; pp. 3560-72.

Grigorenko EL. (2004). Learning Disabilities. In: Martin A, Volkmar FR, Lewis M, eds. **Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive textbook 4th ed.** Baltimore: Lippincott William & Wilkins; pp. 410-7.

Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T & Saxena S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. **Research in Developmental Disabilities, 32**(2): 419-436. DOI: 10.1016/j.ridd.2010.12.018

Polanczyk G, Silva de Lima M, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. **Am J Psychiatry.** 164: 942-8.

Sadock BJ, Sadock VA and Ruiz P, eds. (2015). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, In: **Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry – Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry 11th ed.** (e-book). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; pp. 8811-906.

Smith M. (2017). Hyperactive Around the World? The History of ADHD in Global Perspective. **Social History of Medicine.** 30(4): 767-87.



Spetie L and Arnold EL. (2004). Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. In: Martin A, Volkmar FR, Lewis M, eds. **Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive textbook 4th ed.** Baltimore: Lippincott William & Wilkins; pp. 430-53.

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

Trangkasombat U. (2008). Clinical Characteristics of ADHD in Thai Children. **J Med Assoc Thai.** 91(12): 1894-9.

Volkmar FR, Dykens EM and Hodapp RM. (2004). Mental Retardation. In: Martin A, Volkmar FR, Lewis M, eds. **Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive textbook 4th ed.** Baltimore: Lippincott William & Wilkins; pp. 401-10.

Volkmar FR, Lord C, Klin A, Schultz R and Cook EH. (2004). Autism and the Pervasive Developmental Disorders. In: Martin A, Volkmar FR, Lewis M, eds. **Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive textbook 4th ed.** Baltimore: Lippincott William & Wilkins; pp. 384-400.





ภาคผนวก



คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก **กลุ่มบุคลากรเรียน**

• สมาธิสั้น • แอลดี • ออทิสติก • บกพร่องทางสติปัญญา • เรียนรู้ช้า

ข้อมูลศูนย์สุขภาพจิตที่ 13

ข้อมูลทั่วไป

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 เป็นหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต เป็นหน่วยงานวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รับผิดชอบในเขตสุขภาพกรุงเทพมหานคร โดยมีวิสัยทัศน์ **“เป็นองค์กรหลักด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ระดับเขตสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสุขภาพจิตดี มีความสุข”** มีพันธกิจหลักอยู่ 4 เรื่อง คือ

1. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับเขตสุขภาพ
2. พัฒนากลไกการดำเนินงานสุขภาพจิต เพื่อชี้แนะและร่วมกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิตระดับเขตสุขภาพ
3. สนับสนุนการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบคลุมทุกระดับ
4. สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง

สถานที่ตั้ง

เลขที่ 1 ซอยเจริญกรุง 34 ถนนเจริญกรุง
แขวงบางรัก เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

ข้อมูลการติดต่อ

โทรศัพท์ 02236 9445 โทรสาร 02236 9448
อีเมล mhc13dmh@gmail.com
เว็บไซต์ <http://www.mhc13.dmh.go.th>



ประวัติและผลงานผู้เขียน

นายแพทย์ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น (Child & Adolescent Psychiatrist)

วุฒิการศึกษา

- * แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- * วุฒิบัตร แพทย์เฉพาะทางสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น แพทยสภา และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ
- * หนังสืออนุมัติ แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา

การปฏิบัติงานในปัจจุบัน

- * ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรมสุขภาพจิต
- * ผู้อำนวยการสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศกรมสุขภาพจิต
- * สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต
- * สถาบันแฮปปี้โฮม
- * เว็บไซต์เตอร์ <http://www.happyhomeclinic.com>
- * เว็บไซต์เตอร์ <http://www.smartdcamp.com>



ผลงานต้นหนังสือ

ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2548). แนวทางการดูแล ออทิสติก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2548). ออทิสติกกับความสามารถพิเศษ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (มีนาคม 2549). พหุปัญญา อัจฉริยภาพหลากหลายมิติ ที่น่าค้นหา. UPDATE. 21(222): 63-64.

ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา และ สมจิตร ไกรศรี. (2549). โปรแกรมศิลปกรรมบำบัด สถาบันราชานุกูล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2549). การเล่นเพื่อการเรียนรู้ ในเด็กออทิสติก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2550). ศิลปะบำบัด ศาสตร์และศิลป์แห่งการบำบัด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2550). การบำบัดทางเลือก ในเด็กพิเศษ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา และ สมจิตร ไกรศรี. (2553). โปรแกรมศิลปกรรมบำบัด สถาบันราชานุกูล. วารสารสถาบันราชานุกูล. 25(3): 22-31.

ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2553). จัดบำบัดแบบกลุ่ม ในเด็กที่ประสพภัยพิบัติ. ใน: สุขภาพจิตเด็กกับอุบัติเหตุหมู่-ภัยพิบัติ, เบญจพร ปัญญาวยง (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง,; หน้า 140-152.



ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2553). การตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก. ใน: ดารณี สุวพันธ์ (บรรณาธิการ). **คู่มือการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการ ตาม พรบ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550**. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; หน้า 43-48.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2555). **คู่มือออทิสติก สำหรับผู้ปกครอง**. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2555). ความพิการประเภท 4.2 ออทิสติก. ใน: **คู่มือมาตรฐานกลาง ประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF**. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; หน้า 37-41.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2556). แอลดี-ความบกพร่องทางการเรียนรู้. ใน: **คู่มือแนวทางในการดูแลเด็กที่มีปัญหาการเรียนรู้ อายุ 6-12 ปี ในชั้นเรียนระหว่างเครือข่ายด้านการศึกษาและเครือข่ายด้านสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล; หน้า 7-13.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2556). แอลดี กับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย. ใน: **คู่มือแนวทางในการดูแลเด็กที่มีปัญหาการเรียนรู้ อายุ 6-12 ปี ในชั้นเรียนระหว่างเครือข่ายด้านการศึกษาและเครือข่ายด้านสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล; หน้า 15-17.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา และ กรทิพย์ วิทยาภาณูจน์ (บรรณาธิการ). (2557). **ต้นแบบกิจกรรมค่ายครอบครัวสุขภาพจิตดี**. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13.



ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา และ วรณวิไล ภูตระกูล (บรรณาธิการ). (2557). **ข้อมูลพื้นฐานสุขภาพจิต เขตบริการสุขภาพ กรุงเทพมหานคร ปี 2557**. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง.

ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา และ อารี อยู่ภู (บรรณาธิการ). (2558). **ข้อมูลพื้นฐานสุขภาพจิต เขตบริการสุขภาพ กรุงเทพมหานคร ปี 2558**. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง.

ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา. (2558). **คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก กลุ่มปัญหาการเรียน**. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง.

ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา. (2558). การตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการทางออทิสติก. ใน: ดารณี สุวพันธ์ (บรรณาธิการ). **คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555**. กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ; หน้า 95-98.

ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา, กรทิพย์ วิทยากาญจน์, จุฑารัตน์ ขาวละออ และ อารี อยู่ภู. (2558). **การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย งานส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556 (รายงานการวิจัย)**. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง.

ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา, กรทิพย์ วิทยากาญจน์, จุฑารัตน์ ขาวละออ และ อารี อยู่ภู. (2558). **การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย งานส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557 (รายงานการวิจัย)**. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง.



ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, กรทิพย์ วิทยาภาณุจัน, จุฑารัตน์ ขาวละออ และ อรุณศรี บุญที. (2559). การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย งานส่งเสริมและป้องกัน ด้านสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558 (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชซิ่ง.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2559). หน่วยที่ 3 การคัดกรองเด็กปฐมวัยที่มีความต้องการพิเศษ. ใน: เอกสารการสอนชุดวิชา การดูแลเด็กปฐมวัยที่มีความต้องการพิเศษ 21010 (10203010) สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช หน่วยที่ 1-7. สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี; หน้า 3-(1-51).

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2559). หน่วยที่ 14 การดูแลเด็กออทิสติกในระดับ ปฐมวัย. ใน: เอกสารการสอนชุดวิชา การดูแลเด็กปฐมวัยที่มีความต้องการพิเศษ 21010 (10203010) สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หน่วยที่ 8-15. สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี; หน้า 14-(1-47).

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, กรทิพย์ วิทยาภาณุจัน, จุฑารัตน์ ขาวละออ. (2560). การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย งานส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559 (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชซิ่ง.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา.(2560). การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชซิ่ง.





กรมสุขภาพจิต
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13





กรมสุขภาพจิต
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13