

# แนวทางการดูแลโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

## 4 โรคหลัก

สติปัญญาบกพร่อง ออทิสติก สมาธิสั้น

บกพร่องทางการเรียน

สำหรับเครือข่ายบริการสาธารณสุข

(ฉบับปรับปรุง)

ชื่อหนังสือ : แนวทางการดูแลโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 4 โรคหลัก  
(สติปัญญาบกพร่อง ออทิสติก สมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียน) สำหรับ  
เครือข่ายบริการสาธารณสุข

บรรณาธิการ: แพทย์หญิงอนัญญา สีนรัชตานันท์  
เภสัชกรหญิงธีรารัตน์ แทนขำ

พิมพ์ครั้งที่ 1 : ธันวาคม 2559

จำนวนพิมพ์ : 4,850 เล่ม

ผลิตโดย : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

- โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จ.สมุทรปราการ โทร.0 2384 3381-3
- สถาบันราชานุกูล โทร.0 2245 4601-5
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โทร. 0 2248 8999
- สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จ.เชียงใหม่ โทร. 0 5389 0238 - 44
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โทร. 0 2248 8999

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ  
ห้ามลอกเลียนแบบส่วนหนึ่งส่วนใดของหนังสือเล่มนี้  
โดยไม่ได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

# คำนำ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยสติปัญญาบกพร่อง ออทิสติก สมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียน สำหรับเครือข่าย บริการสาธารณสุขฉบับนี้เป็นชุดความรู้ที่จัดทำขึ้นเพื่อให้ใช้ควบคู่ไปกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เนื้อหาในแนวทางฉบับนี้เกิดจากการทบทวน ความรู้ในการคัดกรอง วินิจฉัย และบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 4 โรคหลักด้านจิตเวชเด็ก และวัยรุ่นให้มีความทันสมัย ปรับปรุงเนื้อหาให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ เพื่อให้เกิดการจัดบริการในเขตบริการสุขภาพ สร้างความสามารถในการเข้าถึงบริการด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีคุณภาพ และง่ายต่อการเข้าถึงบริการของเด็กและวัยรุ่นที่มีความจำเป็น เกิดระบบเครือข่ายการดูแลและส่งต่อ ผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดบริการที่ไร้รอยต่อในเขตบริการสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นการช่วยปิด ช่องว่างของงานสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

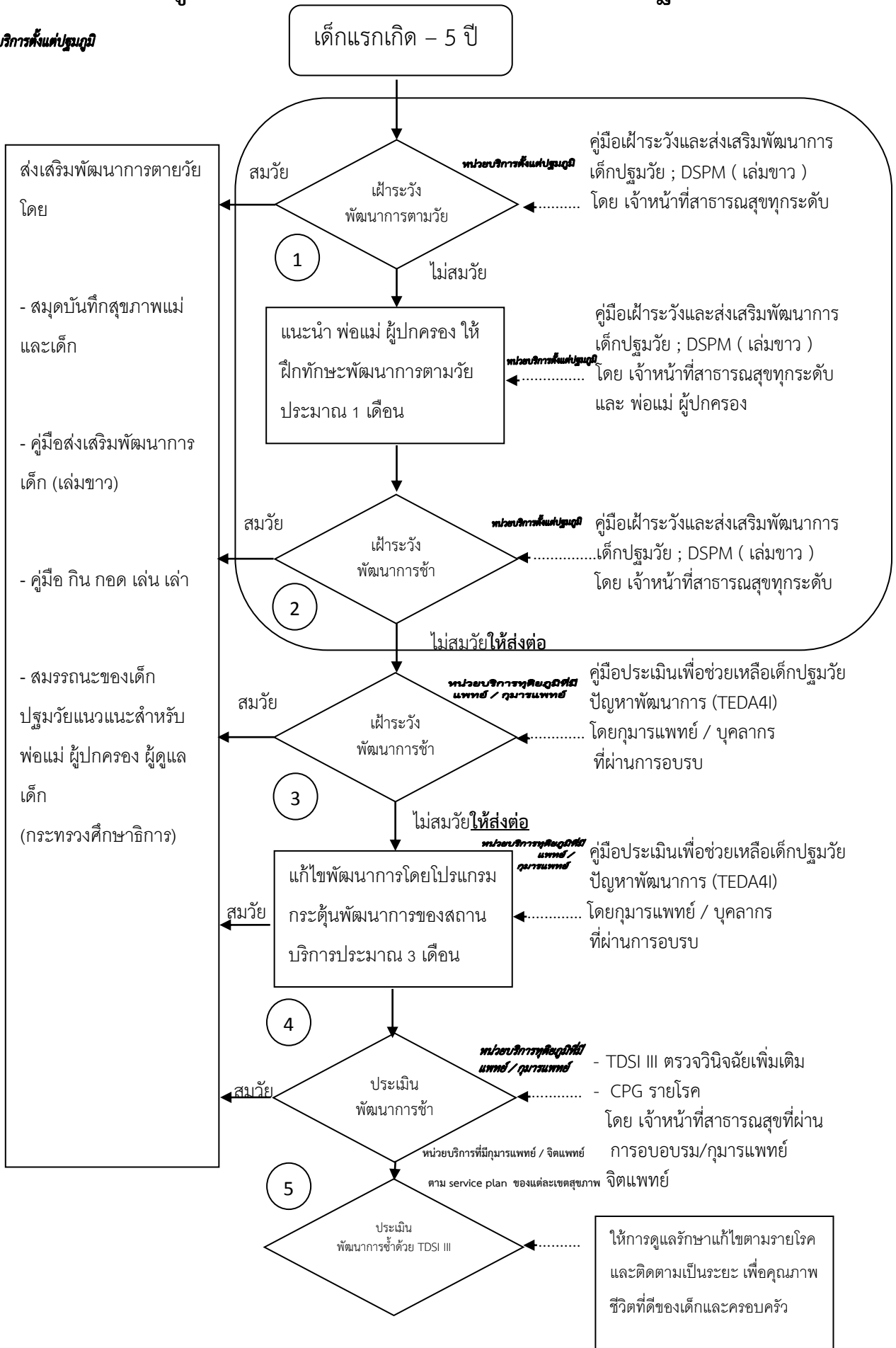
คณะผู้จัดทำ

ธันวาคม 2559

สารบัญ

# แผนภูมิการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

หน่วยบริการตั้งแต่ปฐมวัย



## ตารางแสดงแผนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด – 5 ปี

Service Plan	Health Workforce	Instrument	Knowledge and Technology	information
รพ.สต. และ well child clinic	พยาบาล/นักวิชาการ สาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> <li>ด้วยเครื่องมือมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข เช่น คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>การตรวจและส่งเสริมพัฒนาการด้วย DSPM 2 ปี 2 ล</li> <li>ระบบการส่งต่อและรับกลับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาการไม่สมวัย R62.0 delayed milestone</li> <li>การประเมินพัฒนาการ Z001</li> <li>ส่งเสริมพัฒนาการ H9348</li> </ul>
รพช. F1-3 รพช. M2 รพช. M1	แพทย์/กุมารแพทย์ ที่ผ่านการอบรม <ul style="list-style-type: none"> <li>พยาบาล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ด้วยเครื่องมือมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข เช่น คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)</li> <li>คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4P)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ความสามารถในการประเมินและแก้ไขพัฒนาการด้วย TEDA4I</li> <li>ความสามารถในการระบุและจำแนกผู้ป่วยมีปัญหาพัฒนาการ และสามารถวินิจฉัยได้ในระดับ ICD หรือ DSM</li> <li>ความสามารถในการติดตามและประเมินผลการรักษาด้วยยา</li> <li>ระบบฐานข้อมูลส่งต่อ-รับกลับผู้ป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาการไม่สมวัย R62.0 delayed milestone</li> <li>การประเมินพัฒนาการ Z001</li> <li>ส่งเสริมพัฒนาการ H9348</li> </ul>

Service Plan	Health Workforce	Instrument	Knowledge and Technology	information
<p>รพท. S</p> <p>รพท. A</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● กุมารแพทย์ที่ผ่านการอบรม</li> <li>● จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น (ถ้ามี)</li> <li>● พยาบาล PG เด็ก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● CPG รายโรค</li> <li>● คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ TEDA4I</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ความสามารถในการประเมิน วินิจฉัย ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาพัฒนาการ และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การวินิจฉัยโรคโดยกุมารแพทย์/จิตแพทย์</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● สามารถให้การวินิจฉัย Common diseaseที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการ และให้การบำบัดรักษา ติดตามและประเมินผลการรักษา</li> <li>● ความสามารถในการติดตามและประเมินผลการรักษาด้วยยา</li> <li>● ความสามารถในการใช้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐาน</li> <li>● ระบบฐานข้อมูลส่งต่อ-รับกลับผู้ป่วย</li> </ul>	

Service Plan	Health Workforce	Instrument	Knowledge and Technology	information
รพ.จิตเวช	<ul style="list-style-type: none"> <li>• จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นหรือกุมารแพทย์ด้านพัฒนาการ</li> <li>• พยาบาล PG เด็ก</li> <li>• นักจิตวิทยา</li> <li>• นักสังคมสงเคราะห์</li> <li>• สหวิชาชีพ</li> <li>• นักรรณบำบัด</li> <li>• นักกายภาพ/กิจกรรมบำบัด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSI-643</li> <li>• DSI-654</li> <li>• แบบประเมินและแก้ไขปัญหาของแต่ละวิชาชีพ</li> <li>• CPG รายโรค</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• หลักสูตรการให้คำปรึกษา และ Behavior Modification</li> <li>• สามารถให้การวินิจฉัยบำบัดรักษาและติดตามผลการรักษาโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพัฒนาการ</li> <li>• สามารถประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือที่ได้มาตรฐานสากล</li> <li>• ความสามารถในการใช้เครื่องมือคัดกรอง/ประเมินมาตรฐาน</li> <li>• ระบบฐานข้อมูลส่งต่อ-รับกลับผู้ป่วย</li> </ul>	<p>การวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์ โดยนักจิตวิทยาคลินิก</p>



# แผนภูมิการให้บริการเด็กหรือวัยรุ่นที่มีปัญหาบกพร่องทางสติปัญญา อายุ 6 – 18 ปี

หน่วยบริการ	กระบวนการ	Technology and Information
รพ. สต .		<p>1.แบบประเมินความสามารถพื้นฐานในการดำรงชีวิต</p> <p>การรายงานข้อมูล</p> <p>1.การคัดกรองพัฒนาการ Z00.1</p>
รพช. F1 – F3 รพช.M2 และรพท. M1.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     - ตรวจวินิจฉัย และรักษาเบื้องต้น                      - ให้คำแนะนำและแก้ไขพัฒนาการ (ฝึก ADL) ในกรณีผู้บกพร่อง ๑ ระดับ Moderate, severe ID แต่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน (ไม่มีพฤติกรรมปัญหารุนแรง)                 </div>	<p>1.คู่มือการฝึกสมรรถนะพื้นฐาน</p> <p>2.คู่มือทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน (ADL)</p>
รพท.S และ รพศ. A	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;">                         ไม่ดีขึ้น/มีปัญหาพฤติกรรม หรือมีโรคร่วม                     </div> <div style="font-size: 2em;">}</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 40%;">                         ติดตามพัฒนาการและระดับ ADL                     </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">↓ ใช่</p> <div style="background-color: black; color: white; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     - ตรวจวินิจฉัย และรักษา                      - ให้คำแนะนำและแก้ไขพัฒนาการ (การฝึก ADL) ผู้บกพร่อง ๑ ระดับ Moderate, severe ID ที่มีโรคร่วม                 </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;">                         ไม่ดีขึ้น/มีปัญหาพฤติกรรม หรือมีโรคร่วม                     </div> <div style="font-size: 2em;">}</div> <div style="background-color: black; color: white; padding: 5px; width: 40%;">                         ส่งเสริมพัฒนาการรายบุคคลระดับ รพช.                     </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">↓ ใช่</p>	<p>การรายงานข้อมูล</p> <p>1.การส่งเสริมพัฒนาการรายบุคคล (H9348)</p> <p>(H9348)</p> <p>1. คู่มือการฝึกสมรรถนะพื้นฐาน</p> <p>2.คู่มือทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน (ADL)</p> <p>การรายงานข้อมูล</p> <p>1. การส่งเสริมพัฒนาการรายบุคคล (H9348)</p> <p>รายงานภาวะโรคร่วม (Co – morbidity)</p>

หน่วยบริการ	กระบวนการ	Technology and Information
รพ.จิตเวช	<pre> graph TD     A["- วินิจฉัย/ตรวจพิเศษ/ประเมินความสามารถ - แก้ไขปัญหาพัฒนาการ และการให้การรักษาเฉพาะทาง แก่ผู้บกพร่องฯ ระดับ severe ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน โดยทีมสหวิชาชีพ สหวิชาชีพ"] --&gt; B["พัฒนาการดีขึ้น ปัญหาพลติกรรม"]     B --&gt; C["ส่งเสริมพัฒนาการในระดับ รพ."] </pre>	<p>คู่มือฝึกสมรรถนะพื้นฐาน 2.คู่มือฝึกทักษะด้านการดำรงชีวิตประจำวัน (ADL)</p> <p>การรายงานข้อมูล 1.การส่งเสริมพัฒนาการรายบุคคล (H9348) 2.รายงานภาวะโรคร่วม (Co-morbidity)</p>

# ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability )

## คำจำกัดความ

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา [Intellectual disability (ID)] เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา ร่วมกับมีความบกพร่องในพฤติกรรมปรับตัว (Adaptive function) ที่ควรจะทำได้ตามเพศอายุ สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกัน<sup>1</sup>

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

1. ความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญา
2. พฤติกรรมปรับตัวบกพร่อง
3. อาการเกิดในช่วงวัยเด็กหรือวัยรุ่น

**ความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญา** เช่น การใช้เหตุผล การแก้ปัญหา การวางแผน ความคิดเชิงนามธรรม การตัดสินใจ การเรียนรู้ด้านวิชาการ การเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยยืนยันจากการตรวจประเมินทางคลินิกและการทดสอบระดับเชาวน์ปัญญา โดยมีระดับเชาวน์ปัญญา (Intelligence quotient , IQ ) ต่ำกว่า 70

**พฤติกรรมปรับตัวบกพร่อง** หมายถึง ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการจัดการสิ่งต่างๆในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการอยู่ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น หรือ การมีความรับผิดชอบต่อสังคม ตามที่ควรทำได้ ในระดับพัฒนาการสิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกัน เช่นการสื่อสาร การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม<sup>2</sup>

1. Conceptual (academic ) domain เกี่ยวกับความสามารถในการคิดวางแผน เข้าใจแนวทางที่ซับซ้อน ความจำ ภาษา การอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจในสถานการณ์ใหม่

2. Social domain เกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้อื่น การรับรู้ถึงความคิด ความรู้สึก ประสบการณ์ของผู้อื่น การเอาใจใส่เรา ทักษะในการสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์

3. Practical domain เกี่ยวกับการจัดการตนเองในหลายๆ ด้านของชีวิต เช่น การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่องาน การจัดการเรื่องเงิน การควบคุมพฤติกรรม และการจัดการกับงานที่ได้รับ เป็นต้น<sup>1</sup>

AAIDD ได้เปลี่ยนเกณฑ์การวินิจฉัยและจำแนกภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มาแล้วทั้งหมด 10 ครั้ง ในครั้งที่ 9 เมื่อปี พ.ศ. 2535 เปลี่ยนการจำแนกภาวะบกพร่องทางสติปัญญาตาม คะแนนระดับเชาวน์ปัญญา ซึ่งแบ่งความรุนแรงเดิมเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เล็กน้อย (mild) ปานกลาง (moderate) รุนแรง (severe) และ รุนแรงมาก (profound) มาเป็นเพียง 2 ระดับคือ เล็กน้อย (ระดับเชาวน์ ปัญญาเท่ากับ 50-70) และ มาก (ระดับเชาวน์ปัญญาน้อยกว่า 50) โดยเน้นที่ระดับความช่วยเหลือที่บุคคลที่มี ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ต้องการ

การแบ่งระดับความรุนแรงแบบนี้ เพื่อออกแบบและจัดหาบริการสนับสนุนสำหรับแต่ละบุคคลโดยแยก กลุ่มที่ระดับเขาวนปัญญาสูงกว่า 50 ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่เรียนได้ (educable) ให้ได้รับประโยชน์จากโปรแกรม การศึกษา ส่วนกลุ่มที่ระดับเขาวนปัญญาต่ำกว่า 50 จะเน้นที่การฝึกทักษะที่จำเป็นต้องใช้ในการดำรงชีวิต (trainable)

## ความชุก

โดยทั่วไปพบบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 1-3 ของประชากรในประเทศไทยพบความชุกของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาประมาณร้อยละ 0.4-4.7 ตามแต่ละรายงานซึ่งมีความแตกต่างกันในระเบียบวิธีวิจัยและเกือบทั้งหมดศึกษาด้วยการวัดระดับเขาวนปัญญาโดยที่ไม่มีการประเมินพฤติกรรมการปรับตัวร่วมด้วย

Dr.Allen Stroller จากองค์การอนามัยโลกสำรวจไว้เมื่อ ปี พ.ศ. 2500 พบบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 1 ของประชากร หลังจากนั้นในปี พ.ศ.2531-2532 โรงพยาบาลราชานุกูล สำรวจใน 4 ภาค ของประเทศไทย จำนวนประชากร 221,928 คน พบบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 0.4 ของประชากร

ปี พ.ศ. 2541 อนุรักษ์ บัณฑิตชาติและคณะ ได้ศึกษาระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรไทย จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7,157 คน พบความชุกของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 1.3

ปี พ.ศ. 2542 กวี สุวรรณกิจและคณะ ได้ศึกษาปัญหาการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในกรุงเทพมหานคร จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,057 คน พบความชุกของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 4.47

ปี พ.ศ.2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจประชากร 65,566,359 คน ในกลุ่มคนพิการ1,319,832 คน พบเป็นกลุ่มปัญญาอ่อน 57,193 คน (ไม่รวมกลุ่มสมองพิการและบกพร่องทางการเรียนรู้อีกประมาณ 58,000 คน) คิดเป็นร้อยละ 0.09 ของประชากร

## สาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

เกิดจากปัจจัยต่างๆในด้านชีวภาพ สังคมจิตวิทยา หรือหลายๆปัจจัยร่วมกัน ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในบางราย อาจไม่ทราบสาเหตุโดยเฉพาะในภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อยประมาณร้อยละ 50 ของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มีสาเหตุมากกว่าหนึ่งอย่าง สาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

สาเหตุ	ตัวอย่าง	ร้อยละที่พบ
<p>ก่อนคลอด (Prenatal causes)</p> <p>ความผิดปกติทางพันธุกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>โครโมโซมผิดปกติทั้งโครโมโซมหรือบางส่วน การผ่าเหล่าของยีน</li> <li>ความผิดปกติจากการขาดหายไปของยีนบนโครโมโซม (microdeletions หรือ Subteleomeric deletions)</li> </ul>	<p>กลุ่มอาการดาวน์ (Down's syndrome),</p> <p>Tuberous sclerosis, phenylketonuria</p> <p>และความผิดปกติทางเมแทบอลิกรอื่นๆ, กลุ่มอาการโครโมโซมเอ็กซ์เปราะ (fragile X syndrome), Prader-Willi syndrome, Williams syndrome, Angelman syndrome</p>	4-28
<p>ความผิดปกติแต่กำเนิด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง</li> <li>กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติหลายระบบ (multiple malformation syndromes) อื่นๆ</li> <li>การติดเชื้อในครรภ์ ได้รับสารพิษ ครรภ์พิษ หรือรบกวนผิดปกติ</li> </ul>	<p>หลอดประสาทไม่ปิด (Neural tube defects),</p> <p>Cornelia de Lange's syndrome</p> <p>การติดเชื้อหัดเยอรมัน (Congenital rubella),</p> <p>การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV), fetal alcohol syndrome, การเกิดก่อนกำหนด, ได้รับรังสีหรือภยันตรายระยะเกิด</p>	7-17
<p>ปริกำเนิด (Perinatal causes)</p> <p>การติดเชื้อปัญหาาระหว่างการคลอดและอื่นๆ</p>	<p>เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ภาวะขาดออกซิเจน</p> <p>bilirubin ในเลือดสูง</p>	2-10
<p>หลังคลอด (Postnatal causes)</p> <p>การติดเชื้อ ได้รับสารพิษ</p> <p>ปัญหาทางจิต สังคม และอื่นๆ</p>	<p>สมองอักเสบ พิษจากตะกั่ว ภยันตรายหลังเกิด เนื้องอกในสมอง เศรษฐฐานะยากจน การเจ็บป่วยทางจิตเวช</p>	3-12
ไม่ทราบสาเหตุ (Unknown causes)		30-50

## การแบ่งประเภทของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

อาจแบ่งตามระดับความรุนแรง สาเหตุหรือความช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาต้องการ

### ตารางที่ 2 การแบ่งระดับภาวะบกพร่องทางสติปัญญาตาม และความชุก

ระดับ IQ	ระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา	ร้อยละที่พบ
55-69	น้อย (Mild)	85
40-54	ปานกลาง (Moderate)	10
25-39	รุนแรง (Severe)	3-4
<25	รุนแรงมาก (Profound)	1-2

### การแบ่งระดับภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ตามความช่วยเหลือที่บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาต้องการ

เป็นการแบ่งตาม American of Mental Retardation (AAIDD) ซึ่งไม่ได้เน้นที่ระดับเชาวน์ปัญญา แต่พิจารณาพฤติกรรมการปรับตัว 10 ข้อ แต่การแบ่งวิธีนี้ก็ยังมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ได้แก่

- ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว (intermittent)
- ต้องการความช่วยเหลือปานกลาง (limited)
- ต้องการความช่วยเหลือมาก (extensive)
- ต้องการความช่วยเหลือตลอดเวลา (pervasive)

## อาการและอาการแสดง

ได้แก่ พัฒนาการช้า ส่วนใหญ่มีมาด้วยเรื่องพูดช้า ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาถึงรุนแรงมากเท่าใด พัฒนาการช้า ยิ่งปรากฏให้เห็นเร็วขึ้นเท่านั้น โดยเฉพาะภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงจะพบว่า เด็กมี พัฒนาการช้าทุกด้านภายใน 2 ปีแรก ส่วนกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อยอาจพบพัฒนาการช้าเมื่อ อายุประมาณ 3-4 ปี หรือพบปัญหาการเรียนเมื่อเริ่มเข้าเรียนในโรงเรียนบางรายมาด้วยปัญหาพฤติกรรม เช่น ชน สมาธิสั้น บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาบางรายอาจมีลักษณะผิดปกติต่างๆ (dysmorphic features) ให้เห็นชัดเจนตั้งแต่แรกเกิด เช่น กลุ่มอาการดาวน์

### ลักษณะทางคลินิก แบ่งตามระดับได้ดังนี้

1. ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงมาก พัฒนาการล่าช้าชัดเจนตั้งแต่เล็กๆ ทั้งในด้านประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว อาจจะมีฝึกการช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ต้องอาศัยการฝึกอย่างมาก ส่วนใหญ่พบว่ามีความพิการทางสติปัญญา ต้องการการดูแลตลอดเวลา ตลอดชีวิต แม้จะเป็นผู้ใหญ่แล้วก็ตาม

2. ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง พบความผิดปกติของพัฒนาการตั้งแต่ขวบปีแรก มักมี พัฒนาการล่าช้าทุกด้าน โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา สื่อความหมายได้เพียงเล็กน้อยหรือพูดไม่ได้เลย บางรายเริ่มพูดได้เมื่อเข้าสู่วัยเรียน มีปัญหาในการเคลื่อนไหว ในบางรายพบพยาธิสภาพมากกว่า 1 อย่าง มีทักษะการป้องกันตนเองน้อย มีความจำกัดในการดูแลตนเอง ทำงานง่ายๆ ได้ ส่วนใหญ่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดหรือต้องช่วยในทุกๆด้านอย่างมาก ตลอดชีวิต

3. ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับปานกลาง มักได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่วัยก่อนเรียนเมื่ออายุประมาณ 2-3 ปี โดยพบว่าอาจมีความแตกต่างของระดับความสามารถในด้านต่างๆ เช่นกลุ่มอาการดาวน์ ล่าช้าในด้านการใช้ภาษา กลุ่มอาการวิลเลียม (Williams syndrome) บกพร่องในทักษะการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับมิติสัมพันธ์ (visuo-spatial processing skills) และบางรายมีความสามารถทางภาษาเด่น ในบางรายพบพยาธิสภาพชัดเจน สามารถเรียนได้ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 2-3 ในวัยเรียนมักต้องการการจัดการศึกษาพิเศษ สามารถเรียนรู้การเดินตามลำพังได้ในสถานที่ที่คุ้นเคยใช้ชีวิตในชุมชนได้ดีทั้งการดำรงชีวิตและการงาน แต่ต้องการความช่วยเหลือปานกลาง ตลอดชีวิตประมาณร้อยละ 20 ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง

4. ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อย มักได้รับการวินิจฉัยเมื่อเด็กเข้าสู่วัยเรียนแล้ว เนื่องจากในวัยก่อนเรียนพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายได้เพียงพอ ส่วนใหญ่เรียนได้ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรือสูงกว่า เมื่อเป็นผู้ใหญ่สามารถทำงาน แต่งงาน ดูแลครอบครัวได้แต่อาจต้องการความช่วยเหลือบ้างเป็นครั้งคราวเมื่อมีปัญหาชีวิตหรือหน้าที่การงาน มักไม่พบสาเหตุทางพยาธิสภาพ ส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจหรือด้อยโอกาสซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

5. ความผิดปกติที่พบร่วมด้วย พบความผิดปกติทางจิตเวชในบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้ถึงร้อยละ 45 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป ความผิดปกติเหล่านี้จะพบบ่อยขึ้นเมื่อความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เป็นปัญหาพฤติกรรม ความผิดปกติที่พบได้แก่ ชน สมาธิสั้น พบร้อยละ 8-15 พฤติกรรมทำร้าย ตนเอง ร้อยละ 3-15 นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมก้าวร้าว กระตุ้นตนเอง เช่น ตบมือ เขย่งเท้า ตี เกเร พบโรค อารมณ์สับสนแปรปรวนร้อยละ 1-3.5 และโรคจิต (schizophrenia) ร้อยละ 3 การรักษาโดยการปรับ พฤติกรรมและการใช้ยา การทำจิตบำบัดมักไม่ค่อยได้ผล

บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาพบอาการชักได้บ่อยกว่าบุคคลทั่วไปประมาณ 10 เท่า โดยเฉพาะในบุคคล ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก พบได้ถึงร้อยละ 30 อาการ

ซักรักษาควบคุมได้ยาก เนื่องจาก มีความผิดปกติจากกลุ่มอาการต่างๆ มีพยาธิสภาพของระบบประสาทส่วนกลาง และในผู้ป่วยแต่ละรายอาจพบอาการซักร ได้หลายรูปแบบภาวะประสาทสัมผัสบกพร่อง ได้แก่ การได้ยินบกพร่องหรือมีปัญหาในการมองเห็นนั้นพบได้บ่อยในบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา โดยเฉพาะในกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของใบหน้าและศีรษะ (craniofacial syndromes) ประมาณร้อยละ 50 ของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงจะมีปัญหาในการมองเห็น ที่พบบ่อยได้แก่ ตาเข และ สายตาสั้นผิดปกติ

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อยและรุนแรงพบความบกพร่องในด้านการเคลื่อนไหวซึ่งเข้าได้กับสมองพิการ (cerebral palsy :CP) ประมาณร้อยละ 10 และ 20 ตามลำดับและประมาณร้อยละ 50 ของเด็กสมองพิการ จะพบว่ามีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับความรุนแรงต่างๆร่วมด้วย โดยเฉพาะในกลุ่ม spastic CP จะพบภาวะบกพร่องทางสติปัญญามากกว่ากลุ่ม dyskinetic CP ประมาณร้อยละ 50-75 ของเด็กออทิสติกมีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมด้วย พฤติกรรมแบบออทิสติก ได้แก่ พฤติกรรมซ้ำๆ หรือ ทำร้ายตนเองอาจพบได้ในบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาโดยเฉพาะในระดับรุนแรง



## แนวทางการประเมินวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะบกพร่องทางสติปัญญาทำได้โดยการซักประวัติตรวจร่างกาย ตรวจประเมิน พัฒนาการ ประเมินระดับเชาวน์ปัญญาและพฤติกรรมการปรับตัว ในการประเมินพัฒนาการระดับเชาวน์ ปัญญา และพฤติกรรมการปรับตนนั้น มีแบบประเมินมาตรฐานหลายชนิด

### แบบประเมินพัฒนาการและระดับเชาวน์ปัญญา

- Bayley Scales of Infant Development
- Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence III
- Stanford-Binet Intelligence Scale (5th Ed)
- Kaufman Assessment Battery for Children II
- Wechsler Intelligence Scale for Children (WICS-IV)

### แบบประเมินพฤติกรรมการปรับตัว

- Vineland Adaptive Behavior Scale II (VBAS II)
- AAMR Adaptive Behavior Scales-School (ABS-s II)

แบบประเมินระดับเชาวน์ปัญญาที่นิยมใช้เป็นมาตรฐานในประเทศไทย ได้แก่ Stanford-Binet Intelligence Scale และ Wechsler Intelligence Scale for Children ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมการ ปรับตนที่ใช้ ได้แก่ Vineland Adaptive Behavior Scales

### การประเมินเพื่อหาสาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ค้นหาความผิดปกติแบบ progressive หรือ degenerative เช่น Rett's syndrome , Cockayne syndrome
2. ค้นหาโรคที่รักษาได้ เช่น phenylketonuria, ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (hypothyroidism)
3. ให้คำแนะนำ/ปรึกษาแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงในการเกิดซ้ำ เพื่อเตรียมการแก้ไข  
ปัญหาที่พบร่วมด้วย
4. อาจช่วยให้ทราบพยากรณ์โรค
5. ลดการสืบค้นทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ที่ไม่จำเป็น

### ตารางที่ 3 ข้อมูลสำคัญในการประเมินภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

#### ประวัติ

- ก่อนคลอด การคลอด และหลังคลอด

#### พงศาวลีของครอบครัว 3 รุ่น

- ปัญหาการเรียน ความผิดปกติทางจิตเวช ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ความผิดปกติทางระบบประสาท หรือพัฒนาการถดถอย

#### การตรวจร่างกาย

- ประเมินลักษณะผิดปกติ minor physical anomalies
- การเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านร่างกาย
- เส้นรอบศีรษะเทียบกับค่าปกติ
- ลักษณะของใบหน้า เช่น คางเล็ก (micrognathia), ตาห่าง (hypertelorism) หรือริมฝีปากบนบาง (thin upper lip) เป็นต้น
- ใช้รูปถ่ายหรือวิดีโอทัศน์เพื่อดูลักษณะร่างกายและท่าเดิน (gait)
- ตรวจทางระบบประสาท
- ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior phenotypes)
- Wood's light และ dermatoglyphic ตามข้อบ่งชี้

#### ความผิดปกติที่พบร่วมด้วย

- ตรวจการได้ยิน ตรวจตาและประเมินทางจิตวิทยา

#### การสืบค้นทางห้องปฏิบัติการตามข้อบ่งชี้

- ถ่ายภาพรังสีกระดูก
- ตรวจทางเมตาบอลิกเพื่อหา lysosomal, peroxisomal และ mitochondrial disorders
- Muscle biopsies
- ตรวจ ดีเอ็นเอ และอนุพันธุศาสตร์
- วิเคราะห์โครโมโซม
- ตรวจ Fluorescence in situ hybridization
- ตรวจหากกลุ่มอาการโครโมโซมเอกซ์เปราะ
- ตรวจ organic and amino acids
- ตรวจทางรังสีระบบประสาท (magnetic resonance imaging : MRI and computed tomography : CT)

การตรวจทางเมทาบอลิกทำในกรณีมีประวัติการแต่งงานในเครือญาติ มีสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาคล้ายๆกัน พัฒนาการถดถอย ตรวจร่างกายพบกล้ามเนื้ออ่อนนิ่ม การเจริญเติบโตช้า หรือดื่มน้ำมด เป็นต้น

การใช้เทคนิค Fluorescence in situ hybridization (FISH) สามารถตรวจพบความผิดปกติของโครโมโซมส่วนปลาย (Subtelomeric region rearrangements) ได้ประมาณร้อยละ 5-10ของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่ไม่ทราบสาเหตุ โดยเฉพาะกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลางและรุนแรง ข้อบ่งชี้ในการตรวจความผิดปกติของโครโมโซมส่วนปลาย คือ

1. มีประวัติบกพร่องทางสติปัญญาในครอบครัว
2. การเจริญเติบโตช้าตั้งแต่อยู่ในครรภ์ หลังคลอด หรือเจริญเติบโตเร็วผิดปกติ
3. มีลักษณะใบหน้าผิดปกติตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป
4. มีความผิดปกติที่ไม่ใช่บริเวณใบหน้า และ/หรือ ความผิดปกติแต่กำเนิดตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป

### แนวทางการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

แม้ว่าเมื่อเกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญาแล้ว จะไม่อาจรักษาสมองส่วนที่เสียไปให้กลับคืนมาทำงานได้ตามปกติ ก็ตาม แต่ก็สามารถจะคงสภาพหรือฟื้นฟูสภาพทางสมองส่วนที่คงเหลืออยู่ให้ทำงานได้เต็มที่ ดังนั้น การดูแลรักษาภาวะบกพร่องทางสติปัญญา จึงเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพของสมองและร่างกายมากกว่าการ รักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว การวินิจฉัยให้ได้เร็วที่สุดและการฟื้นฟูสมรรถภาพทันทีที่วินิจฉัยได้จะช่วย หยุดยั้งความพิการมิให้เพิ่มขึ้น เป้าหมายของการรักษาภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจึงมิใช่มุ่งรักษาให้หายจาก โรค แต่เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด ให้ช่วยตัวเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ ครอบครัวและสังคมมากเกินไป และสามารถประกอบอาชีพได้

**การฟื้นฟูสมรรถภาพในบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มีดังนี้**

#### 1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (Medical Rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ได้แก่ การรักษาโรคที่เกิดร่วมกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญา การแก้ไข

ความพิการและการฟื้นฟูสภาพทางร่างกาย เช่น โรคคลุ้มซึก, Cretinism, Phenylketonuria (PKU), cerebral palsyนอกจากการใช้ยารักษาตามอาการแล้ว ยังต้องการบำบัดรักษาด้วย ดังนี้

#### ❖ การส่งเสริมพัฒนาการ (Early Intervention)

การส่งเสริมพัฒนาการ หมายถึง การจัดโปรแกรมการฝึกทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่ พัฒนาการ

ปกติตามวัยของเด็ก จากการวิจัยพบว่า เด็กที่ได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการพัฒนาแต่เยาว์วัย จะสามารถเรียนรู้ได้ดีกว่า การฝึกเมื่อเด็กโตแล้ว ทั้งนี้ที่วินิจฉัยว่าเด็กมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เช่น เด็กกลุ่ม อากาดาวน หรือเด็กที่มีอัตราเสี่ยงสูงว่าจะมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เช่น เด็กคลอดก่อนกำหนด มารดาตกเลือดขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น สามารถจัดโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กกลุ่มนี้ได้ทันทีโดยไม่ต้องนำเด็กมาไว้ที่ โรงพยาบาล โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการ คือ การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ของเด็ก บิดามารดา และคนเลี้ยงดูมีบทบาทสำคัญยิ่งในการฝึกเด็ก ให้พัฒนาได้ตามโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ ผลสำเร็จ ของการส่งเสริมพัฒนาการจึงขึ้นอยู่กับความร่วมมือ และความตั้งใจจริงของบุคคลในครอบครัวของเด็กมากกว่าผู้ฝึกที่เป็นนักวิชาชีพ (Professional staff)

#### ❖ กายภาพบำบัด

บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญามักจะมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย

(motor development) ซ้ำกว่าวัย นอกจากนี้บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญารุนแรงและรุนแรงมาก ส่วนใหญ่ก็จะมีคามผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) ทำให้มีการเกร็งของแขนขา ลำตัว จึงจำเป็นต้องแก้ไขการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เพื่อช่วยลดการยึดติดของข้อต่อ และการสูญเสียกล้ามเนื้อ เด็กจะช่วยตัวเองได้มากขึ้น เมื่อเจริญวัยขึ้น

#### ❖ กิจกรรมบำบัด

เป็นการฝึกการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ได้แก่ การใช้มือหยิบจับสิ่งของ ฝึกการทำงานของตา และมือ

ให้ประสานกัน (eye-hand co-ordination) สามารถหยิบจับสิ่งของ เช่น จับถ้วย กินน้ำ จับแปรงสีฟัน หยิบช้อน กินข้าวซึ่งจะช่วยให้การดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นไปอย่างราบรื่นและสะดวกขึ้น

#### ❖ การแก้ไขการพูด

บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเกินกว่าร้อยละ 70 มีปัญหาการพูดและการสื่อความหมาย

กระบวนการฝึกในเรื่องนี้ มิใช่เพื่อให้เปล่งสำเนียงเป็นภาษาที่คนทั่วไปเข้าใจเท่านั้นแต่จะเริ่มจากการฝึกใช้กล้ามเนื้อช่วยพูด บังคับกล้ามเนื้อเปล่งเสียง ออกเสียงให้ถูกต้อง ซึ่งการฝึกพูดต้องกระทำตั้งแต่เด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี จึงจะได้ผลดีที่สุด

## 2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation)

ควรเปิดโอกาสให้บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเรียนร่วมกับบุคคลปกติมากที่สุด การจัดการศึกษา

พิเศษเฉพาะบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาล้วนๆ (Special Education) จะจัดให้เท่าที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้นแต่ส่งเสริมการจัดการเรียนร่วม และการเรียนรวม (Integration and Inclusion Education) ให้มากที่สุด

## 3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation)

การเตรียมฝึกอาชีพให้แก่บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา อายุ 15-18 ปี เป็นสิ่งจำเป็นมากต่อการประกอบอาชีพในวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ ฝึกการตรงต่อเวลา รู้จักรับคำสั่งและนำมาปฏิบัติเองโดยไม่ต้องมีผู้เตือนการปฏิบัติตนต่อผู้ร่วมงานและมารยาทในสังคม เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ควรได้รับ การช่วยเหลือให้มีอาชีพที่เหมาะสม อาชีพที่บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาสามารถทำได้ดี ได้แก่ อาชีพงานบ้าน งานบริการ งาน ในโรงงาน งานในสำนักงาน เช่น การรับส่งหนังสือ ถ่ายเอกสาร เป็นต้น

## การฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

1. การเตรียมความพร้อม การจัดกิจกรรมการสอนต้องคำนึงถึงความสามารถของแต่ละบุคคล เนื่องจากการเรียนรู้ช้า การสอนจึงควรทำซ้ำๆ การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ควรมีหลากหลายแตกต่างกันไปเพื่อไม่ให้เบื่อ การสอนควรเริ่มจากสิ่งที่ยาก ๆ ไปหายาก และให้เรียนกิจกรรมที่เรียนรู้ได้ง่ายก่อน สิ่งสำคัญคือ ควรให้ความพร้อมในพัฒนาการในทุกด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว สติปัญญา การใช้ภาษาพูด และสื่อความหมาย รวมไปถึงด้านสังคม

**2. การจัดนันทนาการ** การจัดกิจกรรมนันทนาการ ทำให้เกิดความสุขสนุกสนานผ่อนคลายและทำให้เกิดประโยชน์ต่อพัฒนาการ เพื่อการบำบัดความบกพร่องการจัดกิจกรรมต้องคำนึงถึงบุคคลที่มีภาวะบกพร่อง ทางสติปัญญาเป็นศูนย์กลาง และพัฒนาทางด้านสังคมให้สามารถเล่นกับเพื่อนได้รู้กฎกติกาของเกมการเล่น และการปฏิบัติตน สามารถนำไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไป

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

**4. การจัดศิลปะบำบัด** ศิลปะบำบัดเป็นการนำศิลปะมาเชื่อมต่อกันโดยต่างเพิ่มคุณค่าให้แก่กันและกัน ความสวยงามจากสิ่งที่เป็นจริงกับความคิด ความรู้ศิลปะบำบัด เป็นวิธีการบำบัดจากสิ่งที่เป็นจริง เกี่ยวกับความคิด ความรู้ ความรู้สึก เพื่อให้เกิดงานสร้างสรรค์

### การสอนบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

1. ใช้หลักการสอนแบบ 3R' S คือ - Repetition คือ การสอนแบบซ้ำไปซ้ำมา - Relaxation คือ การสอนแบบ ไม่ตึงเครียดนัก - Routine คือ การสอนให้เป็นกิจวัตรประจำวัน
2. สอนทีละขั้นจากสิ่งใกล้ตัวไปหาสิ่งไกลตัว หรือจากง่ายไปหายาก
3. สอนโดยการกระทำจริง
4. สอนสิ่งที่มีความหมายจริง ๆ
5. ต้องพยายามจัดการเรียนการสอนให้บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ได้มีประสบการณ์ใหม่ ๆ
6. สอนโดยใช้ของจริง หรืออุปกรณ์ประกอบทุกครั้ง
7. ต้องให้เวลาพอสมควรในการเปลี่ยนกิจกรรมอย่างหนึ่งไปสู่กิจกรรมอีกอย่างหนึ่ง
8. การสอนต้องอาศัยแรงจูงใจ (Motivation) ทำให้อยากเรียนโดยการให้แรงเสริมทั้งทางบวก และทางลบ
9. ต้องคำนึงถึงความพร้อมของแต่ละบุคคล
10. ต้องสอนตามความสามารถ และความต้องการของแต่ละบุคคล
11. สอนตามระดับสติปัญญา
12. ยอมรับความสามารถ และพยายามส่งเสริมความสามารถ
13. พยายามฝึกให้ช่วยเหลือตนเองมากที่สุด
14. สอนโดยการแบ่งตามหมู่ตามตารางสอน
15. เมื่อฝึกให้เด็กทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องพยายามแทรกการฝึกหลายๆ ด้านไปด้วย
16. ต้องช่วยให้พัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง
17. ต้องมีการวิเคราะห์งาน (Task analysis)
18. มีการประเมินผลความก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา

### วิธีการสอนเพื่อสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม

**1. ใช้การแนะนำโดยการกระทำ** คือการช่วยให้เกิดการกระทำโดยจับมือให้ทำตามพร้อมทั้งการใช้คำสั่ง แล้วให้รางวัลหรือชมเชย การจับมือทำนี้จะค่อย ๆ ลดการช่วยเหลือเมื่อบุคคลที่มีภาวะ บกพร่องทางสติปัญญา เริ่มพยายามทำด้วยตนเอง

2. ใช้วิธีการเลียนแบบ โดยการทำให้ดูเป็นตัวอย่างแล้วให้ทำตาม ชมเชยหรือให้รางวัลเมื่อทำได้ การสอนให้เลียนแบบจะต้องทำเป็นขั้น ๆ เพื่อเป็นการง่าย จึงควรแบ่งงานออกเป็นขั้นย่อย ๆ จากง่ายไปหายาก ให้รางวัลชมเชย เมื่อทำได้ดีในแต่ละขั้นแล้วจึงสอนเพิ่มขึ้นในขั้นต่อไปจนสำเร็จทั้งหมด

3. ใช้แรงจูงใจ ให้บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้ใช้ความสามารถที่มีอยู่ให้เต็มที่ มีการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

### การรักษาด้วยยา

บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอาจได้รับการรักษาด้วยยาในกรณีที่มีโรคทางกายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา เช่น ผู้ที่มีโรคลมชักร่วมด้วยก็จะได้รับยากันชัก หรือในกรณีที่มีปัญหาพฤติกรรมหรือโรค ทางจิตเวชร่วมด้วยก็จะได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช

ประเภทของยา	ตัวอย่าง	ข้อบ่งชี้
Short-acting stimulants	Methylphenidate (Ritalin)	สมาธิสั้น ไม่อยู่นิ่ง การนอนผิดปกติ
Long-acting stimulants	Methylphenidate (Concerta)	สมาธิสั้น ไม่อยู่นิ่ง
Antipsychotics: - Convetional - Atypical	Haloperidol (Haldol) Clozapine (Clozaril), Risperidone (Risperdal)	โรคจิตเภท ก้าวร้าว พฤติกรรม ทำร้าย ตนเอง โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorders)
Antidepressants	Fluoxetine (Prozac)	ซึมเศร้า วิตกกังวล โรคย้ำคิดย้ำทำ ความอยากอาหารมากผิดปกติ bulimia) ตื่นตกใจรุนแรง (panic disorder) ก้าวร้าว premenstrual dysphoric disorder
	sertraline (Zoloft)	ซึมเศร้า ตื่นตกใจรุนแรง premenstrual dysphoric disorder โรคย้ำคิดย้ำทำ วิตกกังวล ก้าวร้าว
	fluvoxamine	โรคย้ำคิดย้ำทำ
Mood stabilizers	Lithium	โรคอารมณ์สองขั้ว ก้าวร้าว ซึมเศร้า
	- Sodium valproate (Depakine) - carbamazepine (Tegretol) - Oxcarbazepine (Trileptal)	ชัก โรคอารมณ์สองขั้ว ก้าวร้าว

	- Lamotrigine (Lamictal) - topiramate (Topamax)	พฤติกรรมทำร้ายตนเอง
Other medications	Antihypertensives: clonidine (Catapres)	ความดันโลหิตสูง สมาริสั้น ไม่ อยู่หนึ่ง ควบคุมอารมณ์ไม่ได้

### การวางแผนดูแลต่อเนื่อง

การติดตามการดูแลบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาตามวัยต่างๆควรได้รับการวางแผนและ  
ทบทวนเป็นระยะๆร่วมกับครอบครัว และประสานงานกับเครือข่ายบริการต่างๆในชุมชนโดยติดตามระดับ  
ความสามารถที่ก้าวหน้าขึ้น ภาวะของความผิดปกติที่พบร่วมด้วย ปัญหาการเรียน การปรับตัวในครอบครัว  
สังคม ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ทางจิตเวช การรับประทานยา สม่าเสมอและผลข้างเคียงจากยา

### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้รับการวินิจฉัย ประเมิน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ  
ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ (independent living) พึ่งพาตนเองได้ และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้  
ใกล้เคียงกับคนปกติ (normalization)
2. ผู้ปกครองและครอบครัวได้รับคำแนะนำในการดูแลบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

### การส่งต่อ

1. ส่งต่อเพื่อการตรวจหาความผิดปกติที่พบร่วมด้วยและไม่มีบริการนั้นๆในหน่วยบริการ เช่น การส่ง  
ต่อเพื่อ ตรวจตา การตรวจคลื่นสมองไฟฟ้า เป็นต้น
2. ส่งต่อเพื่อรับบริการอื่นๆ เช่น การศึกษาในโรงเรียน บริการในชุมชน เป็นต้น

### การให้คำแนะนำและความรู้

ผู้ดูแลบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาควรได้รับคำแนะนำในการฝึกสอนบุคคลที่มีภาวะ  
บกพร่องทางสติปัญญาซึ่งมีจุดมุ่งหมายสูงสุด เพื่อให้ได้มีความเป็นอยู่ใกล้เคียงคนปกติ และจะประสบ  
ความสำเร็จ หรือไม่เพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับตัวแปรต่อไปนี้ คือ

1. **ระดับของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา** ผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาขนาดน้อยมีโอกาสจะ  
พัฒนาให้สามารถดำเนินชีวิต ใกล้เคียงบุคคลปกติได้ดีกว่า ผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาขนาด ปานกลาง  
หรือขนาดหนัก
2. **อาการแทรกซ้อนต่างๆ** ที่เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ไม่ประสบผลดีเท่าที่ควร
3. **การส่งเสริมพัฒนาการ** ถ้าเด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการในวัยเยาว์ จะมีความพร้อมในการเรียน  
ร่วมกับเด็กปกติในโรงเรียนทั่วไปมากกว่าการฝึกเมื่อเด็กโตแล้ว

**4. ความร่วมมือของครอบครัว** ครอบครัวมีความสำคัญต่อบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญามากที่สุด ตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิต จึงควรเตรียมครอบครัวให้เข้าใจความบกพร่องข้อจำกัด ของความสามารถ ความต้องการพิเศษ ความคาดหวัง ตลอดจนวิธีการอบรมเลี้ยงดูและฝึกสอนใน ทิศทางที่ถูกต้อง บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาสามารถเรียนรู้ และดำเนินชีวิตอย่างทัดเทียมและมีความสุขใน สังคมได้ เช่นเดียวกับบุคคลปกติ ถ้าสังคมเปิดโอกาสและให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม อันจะเอื้ออำนวยให้ บุคคลที่มี ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้ใช้ชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่า<sup>3</sup>

#### เอกสารอ้างอิง

1. พลิศรา อังศุสิงห์ , ศิริไชย หงษ์สงวนศรี : โรคทางจิตเวชของเด็กและวัยรุ่น , จิตเวชศาสตร์ งามาธิบัติ , พิมพ์ครั้งที่ 4 , 2558 หน้า 493 – 495
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and static manual disorder 5th. Washington D.C. American Psychiatric Association Press , 2013.
3. นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช. แนวเวชปฏิบัติเรื่องภาวะบกพร่องทางสติปัญญา สถาบันราชานุกูล กรม สุขภาพจิต, 2551.



แนวทางการบริการผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา อายุ 6-18 ปี  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

<p>➤ <b>กิจกรรม</b></p> <p>1. ประเมินปัญหาความต้องการของผู้บกพร่องฯและส่งต่อพร้อมข้อมูล</p> <p>1.1 สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่นุ่มนวลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและการประเมินปัญหาและความ ต้องการ ของ ผู้บกพร่องทางพัฒนาการและครอบครัว</p> <p>1.2 ประเมินความสามารถพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน ตามขั้นตอนดังนี้</p> <p><b>ขั้นเตรียมการ</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- เตรียมอุปกรณ์ตามทักษะที่จะประเมิน</li><li>- เตรียมสถานที่ฝึก</li></ul> <p><b>ขั้นประเมิน</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- สนทนาเตรียมความพร้อม สร้างความคุ้นเคย</li><li>- จัดท่าเด็ก</li><li>- บอกเรื่องที่จะประเมินและวัตถุประสงค์ในการประเมิน</li><li>- บอกให้เด็กทำกิจกรรมโดยไม่ให้การช่วยเหลือ</li><li>- ภายใน 5 วินาที เมื่อเด็กไม่ทำหรือทำไม่ถูกต้อง บอกหรือสาธิตวิธีการทำกิจกรรมนั้นให้เด็กดู 1 ครั้ง (เฉพาะทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเลียนแบบ)</li><li>- บอกให้เด็กทำกิจกรรมนั้นซ้ำอีกครั้ง ด้วยคำพูดที่ง่าย ๆ กระชับ ชัดเจน โดยไม่ให้การช่วยเหลือ (เฉพาะทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเลียนแบบ)</li><li>- หยุดการประเมินเมื่อเด็กไม่ทำหรือทำไม่ถูกต้องภายใน 5 วินาที</li></ul> <p>สังเกตการทำกิจกรรมของเด็กและบันทึกคะแนนในแบบประเมิน ตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้</p> <p>0 = ทำไม่ได้</p> <p>1 = ทำได้โดยต้องช่วยทำทุกขั้นตอน</p> <p>2 = ทำได้โดยต้องช่วยทำบางส่วน</p> <p>3 = ทำได้แต่ต้องกระตุ้นด้วยวาจา</p> <p>4 = ทำได้เองทุกขั้นตอน</p> <p>1.3 วิเคราะห์คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน โดยคำนวณ จาก ค่าคะแนนเฉลี่ยดังนี้</p> <p><b>ระดับคะแนน</b></p> <p>2.67 - 4.00 = มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ระดับมาก</p> <p>1.34 - 2.66 = มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ระดับปานกลาง</p> <p>0.0 - 1.33 = มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ระดับพอใช้</p> <p>2. แพทย์ตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น</p> <p>3. ให้คำแนะนำในการดูแล และ ส่งต่อพร้อมข้อมูล</p> <p>3.1 ให้ข้อมูลผู้ปกครองเกี่ยวกับความสามารถของเด็กที่ประเมินได้ ข้อมูลที่ควรมีเพื่อการส่งต่อชื่อ-สกุล อายุ การวินิจฉัยโรคของเด็ก อาการและอาการแสดง/ลักษณะพัฒนาการ ผลการ ประเมิน ความสามารถ การรักษาและคำแนะนำเบื้องต้น</p>
---

<p>3.2 ให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ครอบครัวเกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา แนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา</p> <p>3.3 ส่งต่อผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาพร้อมข้อมูลแก่ รพช. รพท. เพื่อรับการดูแลต่อเนื่อง</p>
<p>➤ <b>เครื่องมือ</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบประเมินความสามารถพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน</li> <li>- คู่มือการลงคะแนนสรุปผลการประเมินความสามารถ</li> </ul>
<p>➤ <b>การติดตามและประเมินผล</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- นัดติดตาม</li> </ul>

## โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลทั่วไป

<p>➤ <b>กิจกรรม</b></p>
<p>1. แพทย์ตรวจวินิจฉัย และรักษาเบื้องต้น</p> <p>2. ให้คำแนะนำและแก้ไขพัฒนาการ (ฝึกทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน)</p> <p>2.1 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา บิดา มารดา หรือผู้ดูแลข้อมูลที่รวบรวมประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความคาดหวังของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว แบบ แผนการสื่อสารของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ข้อมูลในการประเมินร่างกาย ปัญหา พฤติกรรม</p> <p>2.2 ประเมินภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านสติปัญญาและการได้รับการศึกษา พัฒนาการทางภาษาและสังคม สุขภาพอนามัยและความปลอดภัย</p> <p>3. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติทักษะดำรงชีวิตประจำวัน ดังนี้</p> <p><b>ขั้นเตรียมการ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เตรียมอุปกรณ์ตามทักษะที่จะประเมินเตรียมสถานที่ฝึก</li> </ul> <p><b>ขั้นประเมิน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สนทนาเตรียมความพร้อม สร้างความคุ้นเคย</li> <li>- จัดท่าเด็ก</li> <li>- บอกเรื่องที่จะประเมินและวัตถุประสงค์ในการประเมิน</li> <li>- บอกให้เด็กทำกิจกรรมโดยไม่ให้การช่วยเหลือ</li> <li>- ภายใน 5 วินาที เมื่อเด็กไม่ทำหรือไม่ถูกต้อง บอกหรือสาธิตวิธีการทำกิจกรรมนั้นให้เด็กดู 1 ครั้ง (เฉพาะทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเลียนแบบ)</li> <li>- บอกให้เด็กทำกิจกรรมนั้นซ้ำอีกครั้ง ด้วยคำพูดที่ง่าย ๆ กระชับ ชัดเจน โดยไม่ให้การช่วยเหลือ (เฉพาะทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเลียนแบบ)</li> <li>- หยุดการประเมินเมื่อเด็กไม่ทำหรือไม่ถูกต้องภายใน 5 วินาที</li> </ul>

- สังเกตการทำกิจกรรมของเด็กและบันทึกคะแนนในแบบประเมิน ตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้
- 3.1 วิเคราะห์คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน โดยคำนวณจากค่าคะแนน

เฉลี่ยดังนี้

**ระดับคะแนน**

2.67 - 4.00 = มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ระดับมาก

1.34 - 2.66 = มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ระดับปานกลาง

0.00 - 1.33 = มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ระดับพอใช้

3.2 วางแผนการดูแลร่วมกับบิดา มารดา หรือผู้ดูแลตามปัญหาที่ประเมินได้

3.3 ให้การดูแลช่วยเหลือและแก้ไขพัฒนาการโดยการฝึกทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน

3.3.1 ฝึกทักษะการดำรงชีวิตประจำวันตามขั้นตอนการฝึก 3 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นนำ**

- สร้างสัมพันธ์ภาพกับเด็ก เช่น ชวนพูดคุยเรื่องต่างๆ ไป
- อธิบายเรื่องที่จะฝึก เช่นบอกเด็กว่า “เรามาใส่เสื้อกันนะ”
- บอกวัตถุประสงค์ของการฝึก เช่น บอกเด็กว่า “หนูจะได้ใส่เสื้อไปเที่ยวเองได้”
- ให้เด็กดูอุปกรณ์ที่ใช้ในการฝึก เช่น จับมือเด็กชี้เสื้อและพูดว่า “เสื้อ”
- จัดท่าของเด็กและผู้ฝึกให้เหมาะสม เช่น ถ้าเด็กอยู่ไม่นิ่ง ให้ผู้ฝึกนั่งด้านหลังของเด็กขณะฝึกใส่เสื้อ แต่ถ้าฝึกพูดให้นั่งตรงข้ามกับเด็กเพื่อให้เด็กมองเห็นปากขณะ

ผู้ฝึกพูด

**ขั้นฝึก**

- ผู้ฝึกสาธิตให้เด็กดู
- ผู้ฝึกให้เด็กเลียนแบบผู้ฝึกทีละขั้นตอน
- ผู้ฝึกให้เด็กปฏิบัติเองตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้ายขณะฝึกถ้าเด็กทำไม่ได้ให้การช่วยเหลือโดยจับ

มือทำ

เมื่อเด็กเริ่มทำได้ให้การช่วยเหลือโดยจับข้อมือทำเมื่อเด็กเริ่มทำได้ให้การช่วยเหลือโดยจับข้อศอก เมื่อเด็กทำได้

ให้การช่วยเหลือโดยการชี้บอกหรือพูดบอกโดยให้ลดการช่วยเหลือลงเรื่อยๆจนเด็กสามารถทำได้เอง

**ขั้นสรุป**

- ผู้ฝึกและเด็กช่วยกันสรุปเรื่องที่ฝึก
- ใ้บุคคลปัญญาอ่อนทำเองตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย

3.3.2 ให้แรงเสริม(รางวัล) ขณะฝึก ซึ่งแรงเสริมต้องเป็นสิ่งที่เด็กชอบ แบ่งเป็น 2 ประเภท

คือ แรงเสริม ทางสังคม ได้แก่ ยิ้ม พยักหน้า ปรบมือ กอด ลูบศีรษะ ชมเชย ฯลฯ และแรงเสริม

ทางวัตถุ

หรือสิ่งของ ได้แก่ ขนม ของเล่น

3.4 สอนผู้ปกครองในการฝึกทักษะผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

3.5 กรณีผู้บกพร่องระดับ severe แต่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ส่งต่อพร้อมข้อมูล

ส่งต่อข้อมูลแก่ รพศ. เพื่อรับการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล อายุ การวินิจฉัยโรคของเด็ก

อาการและอาการแสดง/ลักษณะพัฒนาการความสามารถในการปฏิบัติทักษะการดำรงชีวิตประจำวันการแก้ไขพัฒนาการ และการรักษาที่ผู้ปกครองฯได้รับ รวมทั้งคำแนะนำปรึกษาที่ให้แกผู้ดูแล

➤ **เครื่องมือ**

- คู่มือฝึกทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน (ADL)

➤ **การติดตามและประเมินผล**

- นัดฝึกอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง พร้อมให้ home program
- ติดตามประเมินทุก 3 เดือน

## โรงพยาบาลศูนย์

### > กิจกรรม

1. แพทย์ตรวจวินิจฉัย และบำบัดรักษา
2. ให้คำแนะนำและแก้ไขพัฒนาการ (ฝึก ADL) ผู้บกพร่องระดับ severe แต่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน
  - 2.1 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา บิดา มารดา หรือผู้ดูแลข้อมูลที่รวบรวมประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความคาดหวังของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว แบบ แผนการสื่อสารของผู้บกพร่อง ทางพัฒนาการและสติปัญญา ข้อมูลในการประเมินร่างกาย ปัญหา พฤติกรรม
  - 2.2 ประเมินภาวะสุขภาพ เกี่ยวกับพัฒนาการด้านความสามารถในการปฏิบัติทักษะดำรงชีวิตประจำวัน 5 ทักษะ คือ ทักษะการช่วยเหลือตนเอง ทักษะการเคลื่อนไหว ทักษะทางภาษาและการรับรู้ ทักษะทาง สังคม ทักษะพื้นฐานงานบ้าน รวมทั้งการดูแลสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย
  - 2.3 วางแผนการดูแลร่วมกับบิดา มารดา หรือผู้ดูแลตามปัญหาที่ประเมินได้
  - 2.4 ให้การดูแลช่วยเหลือและแก้ไขพัฒนาการโดยการฝึกทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน ตามขั้นตอนการฝึก
  - 2.5 ให้การดูแลช่วยเหลือด้านการฝึกทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดเช่น กลุ่มนันทนาการ
  - 2.6 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย
  - 2.7 สอนผู้ปกครองในการฝึกทักษะผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา พร้อมให้ Home Program
  - 2.8 ให้คำแนะนำปรึกษา
  - 2.9 กรณีผู้บกพร่อง ๑ ระดับ severe แต่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนร่วมด้วย ส่งต่อพร้อมข้อมูล  
ส่งต่อข้อมูลเพื่อรับการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล อายุ การวินิจฉัยโรค ของเด็กอาการและอาการแสดง /ลักษณะพัฒนาการ ความสามารถในการปฏิบัติทักษะการดำรงชีวิตประจำวันการแก้ไขพัฒนาการ และการรักษาที่ผู้บกพร่องได้รับ รวมทั้งคำแนะนำปรึกษาที่ให้แก่ผู้ดูแล

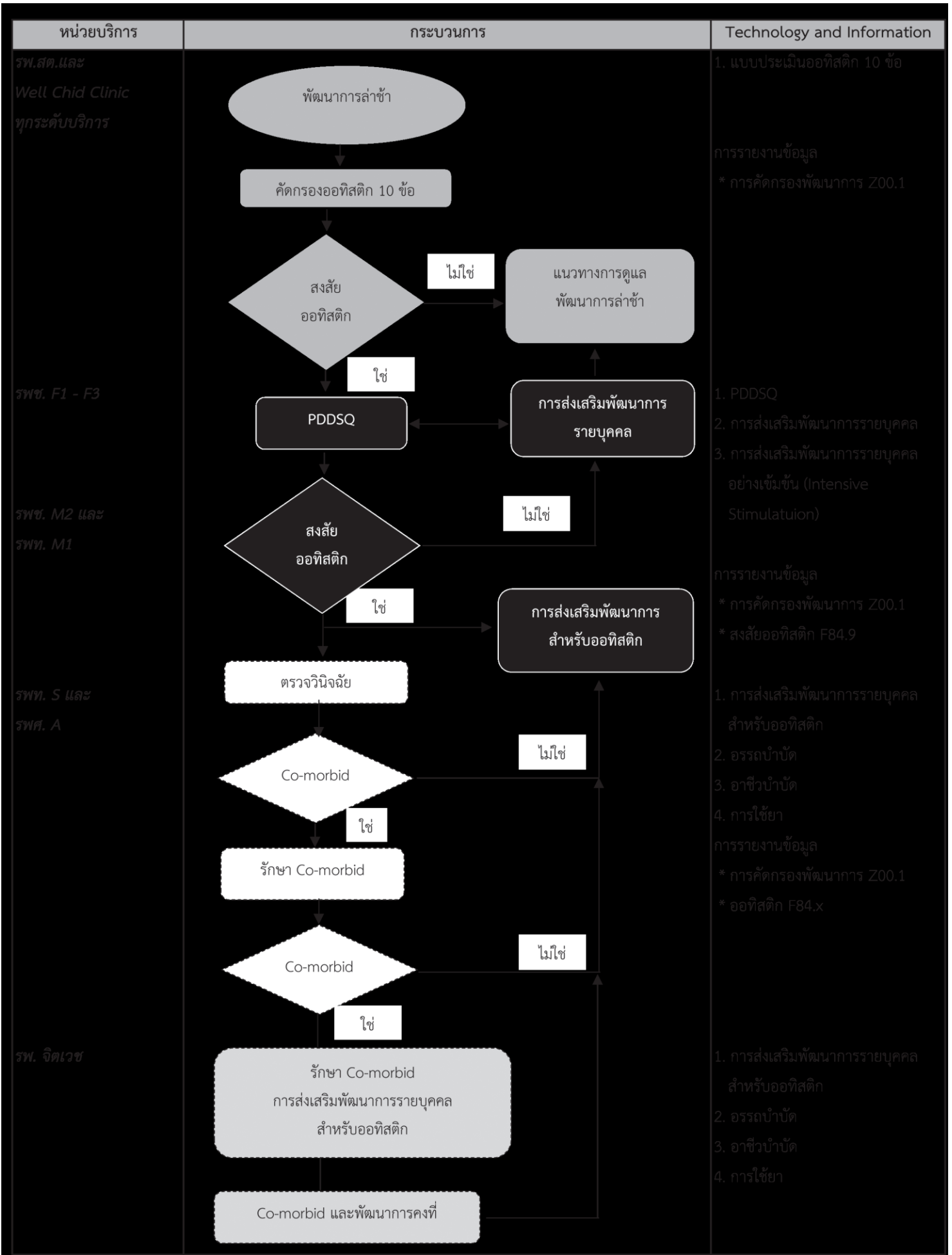
### > เครื่องมือ

- คู่มือฝึกทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน (ADL)

### > การติดตามและประเมินผล

- นัดฝึกอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง พร้อมให้ home program
- ติดตามประเมินทุก 3 เดือน

# แผนภูมิการให้บริการออทิสติก



## ตารางแสดงแผนการบำบัดรักษาผู้ป่วยออทิสติก

Service Plan	Health Workforce	Instrument	Knowledge and Technology	information
รพ.สต. และ well child clinic	พยาบาล/นักวิชาการ สาธารณสุข	• แบบคัดกรองออทิสติก 10 ข้อ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 ก 2 ด</li> <li>• การคัดกรองภาวะออทิสติก</li> <li>• ระบบการส่งต่อและรับกลับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• พัฒนาการเมสมวัย R62.0 delayed milestone</li> <li>• การประเมินพัฒนาการ Z001</li> <li>• ส่งเสริมพัฒนาการ H9348</li> <li>• ส่งสัยภาวะออทิสติก F84.9</li> </ul>
รพช. F1-3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• แพทย์/กุมารแพทย์ ที่ผ่านการอบรม</li> <li>• พยาบาลผ่านการอบรม</li> </ul>	• PDDSQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ความรู้เรื่องโรคออทิสติก</li> <li>• ความสามารถในการใช้เครื่องมือส่งเสริมและแก้ไขพัฒนาการ ในกลุ่มอาการออทิสติก</li> <li>• ความสามารถในการใช้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐาน</li> <li>• ระบบฐานข้อมูลส่งต่อ-รับกลับผู้ป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ส่งสัยภาวะออทิสติก F84.9</li> </ul>
รพช. M2 รพท. M1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• กุมารแพทย์/จิตแพทย์ ที่ผ่านการอบรม</li> <li>• พยาบาล PG เด็ก</li> <li>• นักจิตวิทยา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PDDSQ</li> <li>• การส่งเสริมพัฒนาการและการฝึกพูดเบื้องต้นสำหรับกลุ่มอาการออทิสติก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ความรู้เรื่องโรคออทิสติก</li> <li>• ความสามารถในการใช้เครื่องมือส่งเสริมและแก้ไขพัฒนาการ ในกลุ่มอาการออทิสติก</li> <li>• ความสามารถในการติดตามและประเมินผลการรักษาด้วยยา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ส่งสัยภาวะออทิสติก F84.9</li> </ul>

Health Workforce	Instrument	Knowledge and Technology	Information
<ul style="list-style-type: none"> <li>• จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น</li> <li>• พยาบาล PG เด็ก</li> <li>• นักจิตวิทยา</li> <li>• นักสังคมสงเคราะห์</li> <li>• สหวิชาชีพ <ul style="list-style-type: none"> <li>■ นักรรณบำบัด</li> <li>■ นักกายภาพ/กิจกรรมบำบัด</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การปรับพฤติกรรมกลุ่มอาการออทิสติก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ความสามารถในการใช้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐาน</li> <li>• ระบบฐานข้อมูลส่งต่อ-รับกลับผู้ป่วย</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น</li> <li>• พยาบาล PG เด็ก</li> <li>• นักจิตวิทยา</li> <li>• นักสังคมสงเคราะห์</li> <li>• สหวิชาชีพ <ul style="list-style-type: none"> <li>■ นักรรณบำบัด</li> <li>■ นักกายภาพ/กิจกรรมบำบัด</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PDDSQ</li> <li>• การส่งเสริมพัฒนาการและการฝึกพูดเบื้องต้นสำหรับกลุ่มอาการออทิสติก</li> <li>• การปรับพฤติกรรมกลุ่มอาการออทิสติก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ความรู้เรื่องโรคออทิสติกและcomorbidity ที่พบบ่อยกับกลุ่มอาการออทิสติก</li> <li>• ความสามารถในการใช้เครื่องมือส่งเสริมและแก้ไขพัฒนาการในกลุ่มอาการออทิสติก</li> <li>• ความสามารถในการฝึกพูดเบื้องต้นสำหรับกลุ่มอาการออทิสติก</li> <li>• ความสามารถในการปรับพฤติกรรมกลุ่มอาการออทิสติก</li> <li>• ความสามารถในการติดตามและประเมินผลการรักษาด้วยยา</li> <li>• ความสามารถในการใช้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐาน</li> <li>• ระบบฐานข้อมูลส่งต่อ-รับกลับผู้ป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• กลุ่มอาการออทิสติก F84.XX</li> </ul>



Knowledge and Technology	information
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ความรู้เรื่องโรคออทิสติก และ co-morbidity ที่พบร่วมกับ กลุ่มอาการออทิสติก</li> <li>• ความสามารถในการใช้เครื่องมือส่งเสริมและแก้ไขพัฒนาการในกลุ่มอาการออทิสติก</li> <li>• ความสามารถในการฝึกพูดเบื้องต้นสำหรับกลุ่มอาการออทิสติก</li> <li>• ความสามารถในการปรับพฤติกรรมกลุ่มอาการออทิสติก</li> <li>• ความสามารถในการติดตามและประเมินผลการรักษาด้วยยา</li> <li>• ความสามารถในการใช้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐาน</li> <li>• ระบบฐานข้อมูลส่งต่อ-รับกลับผู้ป่วย</li> <li>• หลักสูตรฝึกพูด และ Sensory Integration เบื้องต้น</li> <li>• หลักสูตรการให้คำปรึกษา และ Behavior Modification</li> <li>• ระบบฐานข้อมูลส่งต่อ-รับกลับผู้ป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• กลุ่มอาการออทิสติก F84.XX</li> </ul>

Service Plan		รพพ. S รพพ. A
--------------	--	------------------

Service Plan	Health Workforce	Instrument
<p>รพ. จิตเวช</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น</li> <li>• พยาบาล PGเด็ก</li> <li>• นักจิตวิทยา</li> <li>• นักสังคมสงเคราะห์</li> <li>• สหวิชาชีพ <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ นักรรณบำบัด</li> <li>▪ นักกายภาพ/กิจกรรมบำบัด</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• แบบประเมินและแก้ไขปัญหาของแต่ละวิชาชีพ</li> </ul>

## ภาวะออทิสติกสเปกตรัม (Autistic Spectrum)

### วัตถุประสงค์

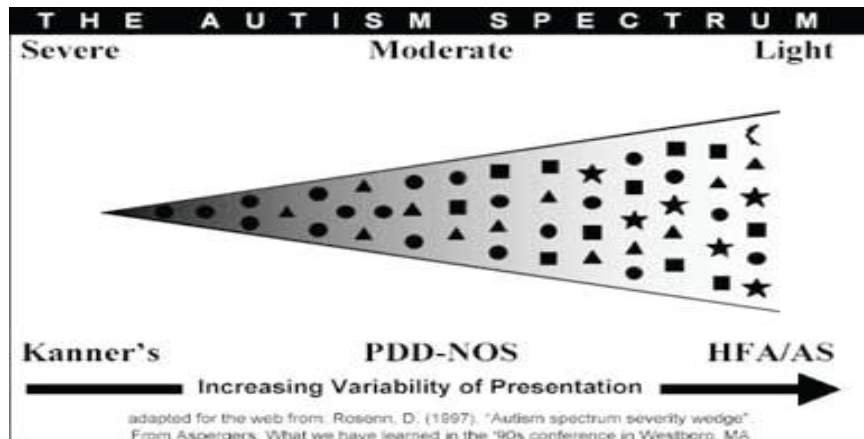
1. เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขแต่ละระดับ ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะออทิสติกสเปกตรัม
2. เพื่อให้แพทย์และพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับภาวะออทิสติกสเปกตรัม สามารถคัดกรองและให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อให้แพทย์และทีมสหวิชาชีพมีแนวทางร่วมกันในการช่วยเหลือเด็กและครอบครัว
4. เพื่อให้ทราบข้อบ่งชี้และแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

### ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะออทิสติกสเปกตรัม

ภาวะออทิสติกสเปกตรัมเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของสมองที่ส่งผลต่อพัฒนาการทำให้เกิดพัฒนาการล่าช้า ในด้านของสังคม และการสื่อสาร รวมถึงเกิดพฤติกรรมซ้ำและความสนใจหมกมุ่นในเรื่องแคบๆ ซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้ตั้งแต่วัยหัดเดิน หรืออายุน้อยกว่า 3 ปี โดยในวัยเด็กเล็กมักจะนำมาด้วยปัญหาพูดช้า ไม่สบตา ไม่หันหาเสียงเรียกชื่อเด็ก บางคนสามารถพูดได้แต่จะพูดเป็นภาษาตัวเองไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการได้

มีการรายงานถึงผู้ป่วยออทิสติกครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1943 โดย Leo Kanner จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นชาวอเมริกัน<sup>1</sup> ซึ่ง Kanner เรียกชื่อเด็กที่มีกลุ่มอาการดังกล่าวว่า “Inborn autistic disturbance of affective contact” ต่อมาผู้สนใจศึกษาเรื่องนี้มากขึ้นและมีความเชื่อว่า ความผิดปกติดังกล่าวเป็นความผิดปกติทางจิตชนิดหนึ่ง เนื่องจากอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีลักษณะแยกตัวอยู่ในโลกของตัวเองคล้ายผู้ป่วย schizophrenia แต่การศึกษาในภายหลังต่อมาจนถึงปัจจุบันมีการพิสูจน์แล้วว่าภาวะออทิสติกสเปกตรัมเกิดจากพยาธิสภาพของสมองตั้งแต่กำเนิดจึงจัดผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไว้ในกลุ่มความผิดปกติทางพัฒนาการ โดยใช้ชื่อว่า Pervasive Developmental disorder (PDDs) ซึ่งต่อมามีการเพิ่มกลุ่มย่อยของความผิดปกตินี้เข้าไปอีก เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4<sup>2</sup> กลุ่มอาการ Pervasive Developmental disorder (PDDs) ประกอบไปด้วย Autistic disorder, Rett’s disorder, Childhood Disintegrative disorder, Asperger’s syndrome, Pervasive Developmental disorder NOS.

ต่อมาในปี 1990 Lorna Wings กุมารแพทย์ชาวอังกฤษ ได้เสนอแนวคิดในการวินิจฉัยแบบ spectrum เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการและอาการแสดงที่มีความแตกต่างหลากหลายกัน ตั้งแต่มีอาการน้อยจนอาการมาก แต่ความผิดปกติของพัฒนาการในแต่ละด้านก็ยังคงมีความแตกต่างกันเหมือนกับ spectrum ของรู้งินน้ำที่มีการไล่เฉดสีกัน<sup>3</sup>



<sup>1</sup>Kanner L. Follow-up Study of Eleven Autistic Children Originally Report in 1943. Journal of autism and schizophrenia. 1971 Apr-Jun;1(2):119-45

<sup>2</sup> American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual, Mental disorders.4th Text Revision.Washington D.C. American Psychiatric Association Press,2000.

<sup>3</sup>Wing L. The Autistic Spectrum a guide for parents and professionals. London:Constable;2001

## ความชุกและระบาดวิทยาของภาวะออทิสติกสเปกตรัม

จากรายงานการศึกษาทั่วโลกความชุกของภาวะออทิสติกสเปกตรัมตั้งแต่ปี ค.ศ.1987 พบความชุกประมาณ 1.13:10,000 และการศึกษาในช่วงปี 2000 พบความชุกเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ1-1.3:1000 และมีการรายงานความชุกของภาวะออทิสติกสเปกตรัมที่สูงมากขึ้นเรื่อย ๆ ล่าสุดมีการรายงานการศึกษาความชุกของภาวะออทิสติกสเปกตรัมของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ตีพิมพ์เมื่อปี 2012 พบความชุกที่ประมาณ 1:88 และรวบรวมการศึกษาความชุกต่างทั่วโลกพบความชุกอยู่ที่ประมาณ 1%

พบได้ในทุกเชื้อชาติและทุกระดับทางสังคมและเศรษฐกิจ

พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (4-5:1)

## สาเหตุของภาวะออทิสติกสเปกตรัม

### พยาธิสภาพของสมอง

ปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคออทิสติก แต่จากการศึกษาทางด้านประสาทวิทยาและการตรวจเซลล์สมอง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความผิดปกติของ Limbic system และการเชื่อมโยงของระบบประสาทบริเวณ temporal และ frontal lobe<sup>4,5</sup>

### ปัจจัยทางพันธุกรรม

จากการศึกษาความเสี่ยงในการเกิดภาวะออทิสติกสเปกตรัมในพี่น้องและในครอบครัว พบว่ากลุ่มอาการของโรคออทิสติกน่าจะมีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกับผู้ป่วยภาวะออทิสติกสเปกตรัม พบได้สูงถึง 95%, แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบกับผู้ป่วยภาวะออทิสติก

สเปกตรัมพบได้ประมาณ 30% พี่น้องของผู้ป่วยภาวะออทิสติกสเปกตรัมพบได้ประมาณ 18% ซึ่งสูงกว่าคนปกติถึง 22 เท่า และยังมีโรคทางพันธุกรรมบางอย่างที่ทำให้มีอาการออทิสติกร่วมอยู่ด้วย ได้แก่ Fragile X syndrome, Tuberous-sclerosis, Neurofibromatosis, Phenylketonuria เป็นต้น

แม้ปัจจุบันยังไม่สามารถระบุยีนที่ก่อให้เกิดภาวะออทิสติกสเปกตรัมได้แน่นอน แต่ก็สามารถสรุปได้ว่าภาวะออทิสติกสเปกตรัมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายตัวร่วมกัน (Multiple gene disorder)

## อาการและอาการแสดงของภาวะออทิสติกสเปกตรัม<sup>6, 7, 8</sup>

ภาวะออทิสติกสเปกตรัม เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติ 3 ด้าน ได้แก่

1. ความผิดปกติและล่าช้าของพัฒนาการทางด้านสังคม ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคล

ก. วัยขวบปีแรก จะไม่ค่อยชอบให้อุ้มหรือสัมผัส ไม่จ้องหน้าแม่หรือผู้เลี้ยงดู ไม่มองหน้า

สบตา เวลา

มองหน้าเด็กมักเป็นหน้าหนี ไม่มี social smile

ข. วัยเตาะแตะ อายุ 2-3 ปี เด็กจะไม่สามารถแสดงความรู้สึกร่วมกับผู้อื่นได้ เช่น ไม่สนใจเวลาชี้ชวนให้ดู

บางสิ่งหรือไม่มองตามเมื่อชี้ชวนสิ่งของที่อยู่ไกลออกไป ไม่สนใจฟังเมื่อแม่เล่านิทาน ไม่  
อวดของหรือนำของมาชวนพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเล่น ด้วย ไม่สามารถเลียนแบบท่าทางของผู้อื่นได้  
เล่นของเล่นไม่เป็น

เด็กอาจจะเล่นของในลักษณะเอาของมาวางปา เคาะกัน หรือเรียงเป็นแถว ไม่มีลักษณะวิตกกังวลเมื่อ

ต้องแยกจากพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู (separation anxiety) หรือในทางตรงกันข้ามเด็กอาจจะมึลักษณะเข้า

หาคนไม่เลือกหน้า ไม่กลัวคนแปลกหน้า (Indiscriminately friendly, no stranger anxiety)

ค. วัยอนุบาล เด็กขาดความสามารถในการเข้าหาหรือเล่นกับเด็กคนอื่น ไม่สนใจเข้าหาเพื่อนในวัยเดียวกัน

เด็กบางคนมีความสนใจเข้าหาเพื่อนแต่เริ่มต้นไม่เป็นเด็กอาจจะใช้วิธีตีเพื่อชวนเล่น บางคนจะเล่นกับ

เพื่อนเฉพาะในเรื่องที่ตนเองสนใจเท่านั้น

ง. วัยเรียน เด็กจะแยกตัวอยู่คนเดียวตามลำพัง ไม่มีเพื่อนสนิท ไม่เข้าใจสีหน้าท่าทางและอารมณ์ของผู้อื่น

ไม่สามารถคาดเดาความรู้สึกของผู้อื่นได้ ไม่เข้าใจสถานการณ์ทางสังคม เด็กที่ชอบเข้าหาเพื่อนก็จะ

พูดคุยเฉพาะในเรื่องที่ตนเองสนใจและไม่สนใจคู่สนทนาว่าจะรู้สึกเบื่อ/รำคาญหรือไม่

<sup>4</sup> Schultz RT, Robbins DL: Functional neuroimaging studies of autistic spectrum disorder, Handbook of autism and pervasive developmental disorders, vol.1. Volkmar FR, Klin A, Paul R, Cohen DJ(eds):Hoboken, Wiley, 2005, p.515-33

<sup>5</sup> Schultz RT: Developmental deficits in social perception in autism: The role of amygdala and fusiform face area. International journal of Developmental Neuroscience 23(2-3):125-41, 2005

<sup>6</sup> เพ็ญแข ลีเมศิลา: ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสซึม, คู่มือฝึกและดูแลเด็กออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง, โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จ. สมุทรปราการ, 2545, p.23

<sup>7</sup> ขาญวิทย์ พรนภดล: Autism and the pervasive developmental disorders, ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น, ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2545, p.142-159 » Volkmar F., Lord C., Klin A., Schultz R., Edward H. : Autistic and the pervasive developmental disorders, Lewis's child and adolescent psychiatry: A Comprehensive textbook 4th Ed., 2007.

## 2. ความผิดปกติและล่าช้าของการสื่อความหมาย การพูดและการใช้ภาษา

ก. วัยขวบปีแรก พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูจะสังเกตเห็นว่าเด็กไม่ค่อยส่งเสียงอ้อแอ้เมื่อพูดคุยด้วย

ข. วัยเตาะแตะ อายุ 2-3 ปี เด็กไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายได้ หรือพูดช้ากว่าเด็กวัยเดียวกัน เมื่อ

ต้องการสิ่งใด จะใช้วิธีจับมือผู้อื่นไปทำ การเพิ่มขึ้นของคำศัพท์ไม่ค่อยมีเท่าเด็กในวัยเดียวกัน บางคน

อาจจะพูดได้เป็นคำๆ แล้วหยุดไป เด็กบางคนสามารถพูดได้แต่พูดเป็นภาษาที่ฟังไม่เข้าใจ (neologism)

หรือพูดได้แต่ไม่สามารถใช้คำพูดในการสื่อความหมายหรือสนทนาได้

ค. วัยเรียน เด็กมักจะใช้สรรพนามไม่ถูกต้อง เรียงประโยคการพูดสลับหน้าสลับหลังหรือพูดแล้วไม่สามารถ

จับใจความที่ต้องการได้ บางคนพูดตอบไม่ตรงคำถาม มีปัญหาในการเรียนภาษาไทยในเรื่องของการ

ตีความ/สำนวน/สุภาษิต/คำพังเพย มีปัญหาในการการแต่งประโยคหรือเรียงความ

## 3. พฤติกรรมซ้ำๆ หรือความสนใจที่หมกมุ่นในเรื่องแคบๆ

อาการในด้านนี้มักจะพบไม่ชัดในช่วงขวบปีแรก แต่จะเริ่มสังเกตเห็นชัดเจนนมากขึ้นเมื่อเด็กเข้าสู่วัยเตาะแตะ

เช่น พฤติกรรมสะบัดมือ เดินเขย่งเท้า หมุนตัว หรือเด็กบางคนจะชอบมองของหมุน ชอบมองสิ่งต่างๆ ด้วยการ

เหล่สายตามอง ชอบเอาของเล่นหรือของใช้มาเรียงเป็นแถว หากใครเข้าไปยกออกก็จะโมโหหรือโกรธอย่าง

รุนแรง ยึดติดกับลักษณะที่เป็นระเบียบแบบแผน เจ้าระเบียบหากใครหยิบของแล้ววางไม่ถูกต้องจะหงุดหงิดมาก

ในกลุ่มที่เป็น High function autism จะมีลักษณะสนใจพิเศษในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างมาก หมกมุ่นอยู่กับสิ่ง

นั้นนานๆ จนเกิดความรู้ในเรื่องนั้นอย่างลึกซึ้งซึ่งจนกลายเป็นความสามารถพิเศษ

## การตรวจเพื่อวินิจฉัยภาวะออทิสติกสเปกตรัม

### การซักประวัติ

เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของการให้การวินิจฉัยภาวะออทิสติกสเปกตรัม การซักประวัติควรซักประวัติจากพ่อแม่หรือผู้ที่เลี้ยงดูเด็กอย่างใกล้ชิด ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด เพื่อดูภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ ระหว่างการคลอด และหลังคลอด

ที่อาจส่งผลต่อพัฒนาการทางสมองของเด็ก

2. ประวัติการเลี้ยงดู ลักษณะการกิน การนอน และการขับถ่ายของเด็ก

3. ประวัติพัฒนาการทางด้านร่างกาย (กล้ามเนื้อมัดเล็ก กล้ามเนื้อมัดใหญ่) พัฒนาการทางด้านภาษา และการสื่อ

ภาษา (ภาษาพูดและการแสดงท่าทางเพื่อบอกความต้องการ) พัฒนาการทางด้านสังคม (การมองหน้าสบตา

พฤติกรรมกลัวคนแปลกหน้า การมีความสนใจร่วมกับผู้อื่น)

4. ประวัติครอบครัว มีญาติพี่น้องที่เป็นโรคออทิสติกหรือมีปัญหาเหมือนเด็กหรือไม่

5. ประวัติเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมาของเด็ก เช่น ประวัติชัก และประวัติอุบัติเหตุที่ส่งผลกระทบต่อสมองหรือ

ศีรษะของเด็ก

6. การแสดงออกทางพฤติกรรมของเด็กขณะอยู่บ้าน

ก. การมีปฏิสัมพันธ์กับพ่อแม่ คนใกล้ชิดและคนในครอบครัว เช่น การมองหน้าสบตาการหันหาเสียง

เรียกชื่อ การมองหน้าเพื่อสื่อสารบอกความต้องการ การแยกตัวเล่นคนเดียว พฤติกรรมไม่ชอบให้ใครมา

อยู่ใกล้ เป็นต้น ในเด็กวัยเรียน ต้องถามถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนในชั้นเรียน และคุณครู

ข. ความผิดปกติในการเคลื่อนไหวร่างกาย การพูด การสื่อความหมาย เช่น เด็กพูดได้หรือไม่ คำพูดที่พูดได้

เป็นภาษาของตัวเองหรือไม่ คำพูดที่พูดได้สามารถพูดได้ตรงความหมายหรือไม่ คำพูดที่พูดได้สามารถใช้

ในการสนทนาโต้ตอบหรือไม่ หากเด็กพูดไม่ได้ เด็กสามารถบอกความต้องการหรือปฏิเสธความต้องการ

ของตัวเองอย่างไร

ค. พฤติกรรมซ้ำซาก หรือความสนใจหมกมุ่นซ้ำๆในเรื่องแคบๆ มีหรือไม่ เป็นลักษณะของพฤติกรรมซ้ำซาก

ในเรื่องใดบ้าง หรือความสนใจที่หมกมุ่นมีเรื่องใดบ้าง ทั้งพฤติกรรมและความสนใจหมกมุ่นสามารถ

เบี่ยงเบนหรือเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ มีความยากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความสนใจหมกมุ่น

มากหรือน้อยเพียงใด

ง. การตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆที่เกี่ยวกับการมอง การได้ยิน การสัมผัส ความรู้สึกเจ็บปวด เป็นอย่างไร

จ. การแสดงออกทางอารมณ์ในเวลาปกติ และเมื่อพบกับสิ่งที่ถูกใจและไม่ถูกใจเป็นอย่างไร การแสดงออก

ทางอารมณ์นั้นเหมาะสมหรือไม่

## การตรวจประเมินเพื่อการวินิจฉัย

1. การสังเกตพฤติกรรมของเด็กในห้องตรวจ ได้แก่

ก. ด้านร่างกาย ประเมินดูว่า เด็กมีรูปร่างสมวัยตามเกณฑ์หรือไม่ เนื่องจากเด็กออกทิสติกส่วนหนึ่งจะมี

ปัญหาการกิน ทำให้รับประทานอาหารได้จำกัด อาจจะมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ได้ ในทางตรงกันข้ามเด็ก

ออทิสติกบางส่วนเลือกรับประทานอาหารซ้ำๆ โดยที่อาหารนั้นเป็นประเภทที่ให้ปริมาณแคลอรีสูงมากก็

จะทำให้เกิดปัญหาน้ำหนักเกินเกณฑ์ได้

ข. การเคลื่อนไหวร่างกาย ประเมินดูว่า เด็กมีการเคลื่อนไหวร่างกายที่ผิดปกติเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งหรือไม่

เช่น การสะบัดมือ หมุนตัว เล่นนิ้ว เดินเขย่ง ถือของสิ่งใดสิ่งหนึ่งอยู่ในมือ เช่น หลอดดูดน้ำพลาสติก

เศษกระดาษ หรือ เส้นเชือกเพื่อสะบัดเล่นหรือไม่ เด็กบางคนอาจจะถือนิ้วติดมือมาควรสังเกตว่า

เด็กเล่นของเล่นนั้นอย่างไร และควรสังเกตการเคลื่อนไหวร่างกายของเด็กว่ามีลักษณะซนมาก อยู่ไม่นิ่ง

ปีนป่ายตลอดเวลาอย่างไม่กลัวตกลงมาได้รับบาดเจ็บหรือไม่ หรือเด็กมีลักษณะอยู่นิ่งๆ แยกตัวไปอยู่ตาม

มุมห้อง

ค. พฤติกรรมซ้ำๆ ประเมินดูว่า มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ซ้ำๆโดยไม่มีจุดหมายหรือไม่ เช่น

การดมหรือมองของด้วยหางตาก่อนหยิบขึ้นมาดูหรือไม่

2. การแสดงออกทางสังคมและความสัมพันธ์กับบุคคล

ก. สังเกตพฤติกรรมระหว่างเด็กกับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูที่พามาตรวจ โดยดูว่า เด็กติดพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู

หรือไม่ เมื่อพ่อแม่เรียกชื่อเด็ก เด็กสามารถหันหาเสียงเรียกชื่อนั้นได้หรือไม่ เด็กรู้จักนำของเล่นที่ตนเล่น

อยู่ไปรอดหรือไปชวนให้พ่อแม่มาเล่นด้วยหรือไม่

ข. สังเกตพฤติกรรมระหว่างเด็กกับผู้ตรวจ โดยดูว่า เด็กมีลักษณะท่าทีอย่างไรกับผู้ตรวจเข้าหาโดยไม่กลัว

หรือกลัวมาก หรือสามารถเข้าหาได้แต่ต้องใช้เวลาในการสร้างความคุ้นเคยเสียก่อน ซึ่งเด็กปกตินั้นจะ

สามารถสร้างความสัมพันธ์และร่วมมือในการเล่นหรือการตรวจกับผู้ตรวจได้หากคุ้นเคยแล้ว แต่ในเด็ก



ภาวะออทิสติกสเปกตรัมอาจจะมีการตอบสนองแตกต่างกันโดยอาจจะพบได้เป็น 3 รูปแบบ ได้แก่

1) แยกตัวไม่เข้าหาเลย 2) อยู่นิ่งๆไม่ขยับขึ้นหรือปฏิเสธเมื่อเข้าหา และ 3) เข้าหาใกล้ชิดสนิทสนมมาก

เกินไปและสนใจในสิ่งของในตัวคนมากกว่าบุคคล

ค. พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อการใช้ตา โดยสังเกตจากการตอบสนองต่อการสบตาของผู้ป่วยกับพ่อแม่ และ

ผู้ตรวจ มีการสบตาหรือไม่ เป็นการมองแบบจ้องตรงหรือมองด้วยหางตา การจ้องมองเป็นแบบมองหน้า

แบบเลื่อนลอยหรือไม่

ง. การสื่อความหมาย ในเด็กที่ยังไม่มีภาษาพูดหรือพูดได้น้อย เด็กสามารถบอกความต้องการกับพ่อแม่ได้

อย่างไร เช่น อยากรู้ของเล่นที่อยู่ไกลออกไป เด็กสามารถมองไปยังของเล่น จากนั้นประสานสายตากับ

พ่อแม่แล้วมองกลับไปยังของเล่นที่ต้องการเพื่อให้พ่อแม่รู้ว่าตนเองต้องการของเล่นชิ้นนั้นหรือไม่ หรือ

เด็กสามารถชี้นิ้วไปยังของเล่นเพื่อแสดงความต้องการได้หรือไม่ เมื่อจะออกจากห้องเด็กสามารถชี้ไปยัง

ประตูได้หรือไม่ เด็กมีลักษณะของการจับมือพ่อแม่ไปหยิบสิ่งของที่ต้องการหรือทำในสิ่งที่ตัวเองต้องการ

เช่นการเปิดประตูหรือไม่ ในเด็กที่พูดได้ ควรสังเกตการณ์ใช้ภาษาว่าสามารถใช้ได้ถูกต้องตรงความหมาย

หรือไม่ การตอบคำถามมีการพูดทวนคำถามหรือสะท้อนคำพูดแทนคำตอบหรือไม่ (echolalia)

จ. พฤติกรรมการเล่นและจินตนาการ ประเมินดูว่า เด็กเล่นของเล่นในห้องตรวจอย่างไรเล่นได้ถูกต้องตาม

วัตถุประสงค์ของของเล่นชิ้นนั้นหรือไม่ เช่น โทรศัพท์ของเล่นเด็กสามารถทำมาแบบหูลแล้วทำท่าคุยได้

หรือไม่ เอารถมาเซ็นให้วิ่งเป็นหรือไม่ ในการเล่นของเล่นเด็กมีความสนใจส่วนเล็กๆของของเล่นมากเป็น

พิเศษหรือไม่ เช่น มองล้อรถที่กำลังเซ็น หรือมองเข้าไปที่พวงมาลัยในรถของเล่นหรือไม่ หรือเด็ก

สามารถประยุกต์เอาสิ่งของที่ไม่ใช่ของเล่นมาใช้เป็นของเล่นได้หรือไม่ เช่น เอาบล็อกไม้มาทำท่าแทน

แก้วน้ำ หรือโทรศัพท์ได้หรือไม่

## การตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ

1. การตรวจร่างกายอย่างละเอียด รวมทั้งทางระบบประสาท

2. การตรวจการได้ยิน ในกรณีที่เด็กยังไม่มีภาษา และไม่ตอบสนองต่อเสียงเรียก และสงสัยว่าเด็กอาจจะไม่ได้ยิน

3. การตรวจคลื่นสมอง ในกรณีที่สงสัยโรคลมชัก หรือมีพฤติกรรมถดถอย หรือตรวจร่างกายพบความผิดปกติทาง

ระบบประสาท

4. การตรวจหาระดับสารตะกั่วในเลือด ในกรณีที่เด็กมีประวัติหยิบของที่ไม่ใช่ของกินเข้าปาก **เด็กที่อยู่ในภาวะออทิสติกสเปกตรัมมักจะมีอาการดังต่อไปนี้**

- ไม่ตอบสนองหรือหันหาเสียงเรียกชื่อได้ในช่วงขวบปีแรก
- ไม่สามารถชี้นิ้วไปยังสิ่งของที่สนใจหรือต้องการได้ก่อนอายุ 14 เดือน
- ไม่สามารถเล่นสมมติ เช่น การป้อนข้าวตุ๊กตา ได้ก่อนอายุ 18 เดือน
- หลีกเลี่ยงการสบตาหรือไม่สบตา และชอบอยู่คนเดียว Avoid eye contact and want to be alone
- มีปัญหาในการเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่นหรือไม่สามารถพูดเล่าเกี่ยวกับอารมณ์ และความรู้สึกของตนเองได้
- มีทักษะทางภาษาและการสื่อความหมายล่าช้า
- พูดทวนคำหรือวลีบ่อยๆ (echolalia)
- พูดตอบไม่ตรงคำถาม
- หงุดหงิดกับการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยเกี่ยวกับตนเองหรือสิ่งรอบตัว Get upset by minor changes
- มีความสนใจซ้ำๆอย่างหมกมุ่น
- สะบัดมือ โยกตัว หรือหมุนตัว Flap their hands, rock their body, or spin in circles
- มีการตอบสนองอย่างไม่เหมาะสมต่อสิ่งเร้าทางสายตา กลิ่น เสียงและสัมผัส

## เกณฑ์การวินิจฉัย

เนื่องจากในปี ค.ศ. 2013 สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (the American Psychiatric Association) ได้ออกเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับที่ 5 (DSM-5) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะออทิสติกสเปกตรัมไปจากฉบับเดิม (DSM-IV-TR) มาก คู่มือฉบับนี้จึงจะแสดงรายละเอียดเกณฑ์การวินิจฉัยทั้งสองฉบับไว้เพื่อให้เกิดการเปรียบเทียบ โดยจะนำเสนอเกณฑ์การวินิจฉัยฉบับ DSM-IV-TR ไว้ในตอนต้นของส่วนเกณฑ์การวินิจฉัยและตามด้วยเกณฑ์การวินิจฉัย ฉบับ DSM-5 ในตอนท้าย

## DSM-IV-TR

เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคออทิสติก (Autistic Disorder) ซึ่งประกอบด้วย 3 เกณฑ์หลัก ดังนี้  
A. เข้าเกณฑ์ต่อไปนี้ 6 ข้อหรือมากกว่า จากหัวข้อ (1) (2) และ (3) โดยอย่างน้อยต้องมี 2 ข้อ

จากหัวข้อ (1) และจากหัวข้อ (2) และ (3) อีกหัวข้อละ 1 ข้อ

1. มีคุณลักษณะในการเข้าสังคมที่ผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้

1.1. บกพร่องอย่างชัดเจนในการใช้ท่าทางหลายอย่าง (เช่น การสบตา การแสดงสีหน้ากิริยา หรือท่าทาง

ประกอบการเข้าสังคม)

- 1.2. ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับที่เหมาะสมกับอายุได้
- 1.3. ไม่แสดงความอยากเข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจ หรือร่วมงานให้เกิดความสำเร็จกับคนอื่น ๆ

(เช่น ไม่แสดงออก ไม่เสนอความเห็น หรือไม่เชื่อว่าตนสนใจอะไร)

- 1.4. ไม่มีอารมณ์หรือสัมพันธภาพตอบสนองกับสังคม
2. มีคุณลักษณะในการสื่อสารผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้
  - 2.1. พัฒนาการในการพูดช้าหรือไม่มีเลย โดยไม่แสดงออกว่าอยากใช้การสื่อสารวิธีอื่นมาทดแทน

(เช่น แสดงท่าทาง)

- 2.2. ในรายที่มีการพูดได้ ก็ไม่สามารถเริ่มพูดหรือสนทนาต่อเนื่องกับคนอื่นได้
- 2.3. ใช้คำพูดซ้ำหรือใช้ภาษาที่ไม่มีใครเข้าใจ
- 2.4. ไม่มีการเล่นสมมติที่หลากหลาย คิดเองตามจินตนาการ หรือเล่นเลียนแบบสิ่งต่างๆตามสมควรกับ

พัฒนาการ

3. มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัด ใช้ซ้ำและรักษาเป็นเช่นเดิมโดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อ

ต่อไปนี้

- 3.1. หมกมุ่นกับพฤติกรรมซ้ำๆ (stereotyped) ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป และความสนใจในสิ่งต่างๆมีจำกัด ซึ่ง  
เป็นภาวะที่ผิดปกติทั้งในแง่ของความรุนแรงหรือสิ่งที่สนใจ
- 3.2. ติดกับกิจวัตร หรือยึดทำกับบางสิ่งบางอย่างที่ไม่มีประโยชน์โดยไม่ยืดหยุ่น
- 3.3. ทำกิริยาซ้ำๆ (mannerism) (เช่น เล่นสะบัดมือ หมุน โยกตัว)
- 3.4. สนใจหมกมุ่นกับเพียงบางส่วนของวัตถุ

B. มีความช้าหรือผิดปกติในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ ก่อนอายุ 3 ปี

1. ปฏิสัมพันธ์กับสังคม
2. ภาษาที่ใช้สื่อสารกับสังคม
3. เล่นสมมติหรือเล่นตามจินตนาการ

C. ความผิดปกติไม่เข้ากับ Rett's Disorder หรือ Childhood Disintegrative Disorder ได้ดีกว่า จากเกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV-TR ได้จัดภาวะออทิสติกสเปกตรัมไว้อยู่ในหัวข้อ Pervasive Developmental Disorders ซึ่งประกอบไปด้วยโรคดังนี้

• **ออทิสติก (Autistic Disorder หรืออาจจะเรียกว่า “classic” autism)** เกณฑ์การวินิจฉัยดังที่กล่าวไว้ข้างต้น

• **กลุ่มอาการแอสเปอร์เจอร์ (Asperger's Syndrome)** เป็นกลุ่มอาการที่พบอาการของออทิสติกเพียงบางอย่าง

มักมีพัฒนาการทางภาษาไม่ล่าช้ามากนัก (สามารถพูดได้เองก่อนอายุ 2 ปี) และไม่มีปัญหาด้านสติปัญญาบกพร่อง

ความผิดปกติที่พบมักเป็นปัญหาด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง  
อย่างหมกมุ่นมาก  
เป็นพิเศษ

• **กลุ่มอาการ PDD-NOS** (Pervasive Developmental Disorder – Not Otherwise Specified หรืออาจจะ

เรียกได้ว่าเป็น “atypical autism”) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการมีครบเกณฑ์การวินิจฉัยออทิสติกที่กล่าวไว้ข้างต้น

ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบมักเป็นเรื่องของทักษะทางสังคม พัฒนาการทางภาษาและการสื่อความหมาย

• **กลุ่มอาการ Rett** (Rett’s disorder) เป็นกลุ่มอาการที่มีพัฒนาการถดถอยลงหลังจากมีพัฒนาการที่ปกติตั้งแต่

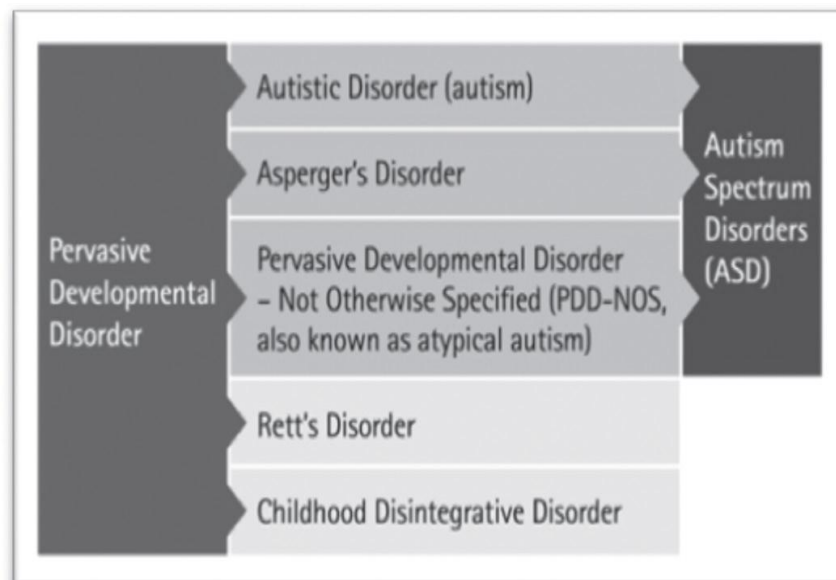
แรกเกิด (มักปกติดีจนอายุประมาณ 5-48 เดือน) หลังจากนั้นศีรษะจะหยุดโต มีพัฒนาการถดถอยสูญเสีย

ความสามารถในการใช้มือ มีพฤติกรรมซ้ำๆในลักษณะของการเล่นมือ การทรงตัวไม่ดี และมีทักษะสังคมคล้าย

ออทิสติก กลุ่มอาการนี้จะพบในผู้หญิงเท่านั้น

• **กลุ่ม Childhood disintegrative disorder (CDD)** พบในเด็กชาย ซึ่งจะมีพัฒนาการใน 2 ขวบปีแรกปกติ

หลังจากนั้นจะมีพัฒนาการถดถอยหลายด้าน ได้แก่ ภาษา ทักษะสังคม การควบคุมการขับถ่าย การเล่น และการเคลื่อนไหว



## DSM-5

- A. มีความบกพร่องอย่างถาวรในเรื่องการสื่อสารทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social communication and social interaction) ในบริบทที่หลากหลาย ซึ่งสามารถตรวจพบได้ทั้งในระหว่างการติดตามรักษา , มีอาการแสดงให้เห็นในขณะปัจจุบัน และจากประวัติในอดีต
1. มีความบกพร่องในการตอบสนองทางอารมณ์และสังคม ซึ่งอาการและอาการแสดงสามารถพบได้ตั้งแต่มีการเข้าหาทางสังคมที่ผิดปกติ และขาดความสามารถในการสนทนาโต้ตอบ , มีความสนใจร่วมกับผู้อื่นน้อยทั้งในสิ่งที่สนใจ , อารมณ์และความรู้สึก , ไม่สามารถเริ่มหรือตอบสนองปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้อย่างเหมาะสม
  2. มีความบกพร่องในการใช้การสื่อสารด้วยสีหน้าและท่าทาง (nonverbal communicative) ในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อาการและอาการแสดงสามารถพบได้ตั้งแต่ การไม่สบตา และไม่มีการใช้ภาษาท่าทาง หรือไม่เข้าใจความหมายของท่าทางการแสดงออก และไม่สามารถใช้ท่าทางเพื่อสื่อสารความต้องการ ไปจนถึงไม่มีการแสดงออกทางสีหน้าเพื่อบอกอารมณ์
  3. มีความบกพร่องในการสร้าง , การคงความสัมพันธ์ และการเข้าใจในความสัมพันธ์อาการและการแสดงสามารถพบได้ตั้งแต่ความยากลำบากในการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบททางสังคมที่มีความหลากหลาย , ไม่สามารถเล่นหรือโต้ตอบในการเล่นแบบบทบาทสมมติ / จินตนาการ , สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน , ไม่สนใจเพื่อนได้เหมาะสมตามวัย
- B. มีความจำกัด , มีความซ้ำซากของพฤติกรรม , ความสนใจ หรือกิจกรรม แสดงออกอย่างน้อย 2 ใน 4 ของพฤติกรรมดังต่อไปนี้
1. มีแบบแผนหรือลักษณะซ้ำซากของการเคลื่อนไหวร่างกาย , การใช้วัตถุ หรือภาษา (เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำๆ , การเรียกของเล่นหรือการสะบัดวัตถุ , การพูดตามโดยไม่เข้าใจความหมาย (echololia) , การพูดวลีซ้ำ
  2. มีลักษณะของการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดซ้ำๆแบบไม่ยอมเปลี่ยนแปลง , ไม่ยืดหยุ่นในการทำกิจวัตร , หรือมีรูปแบบของภาษาหรือพฤติกรรมซ้ำๆ (เช่น รู้สึกหงุดหงิดมากเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างเพียงเล็กน้อย , มีความยากลำบากในการเปลี่ยนแปลง , รูปแบบความคิดที่ไม่ยืดหยุ่น , ต้องเดินทางในเส้นทางเดิมทุกวัน , กินอาหารซ้ำซากทุกอย่าง)
  3. มีความสนใจที่จำกัดและยึดติดอย่างมากทั้งในด้านปริมาณและหัวข้อเรื่องที่สนใจ (เช่น มีความผูกพันอย่างมากกับสิ่งของ หรือหมกมุ่นกับของสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างมาก , มีความสนใจในเรื่องที่จำกัดและหมกมุ่นกับเรื่องนั้นมาก)
  4. มีการตอบสนองที่มากหรือน้อยเกินไปต่อการประมวลรับความรู้สึก , หรือมีความผิดปกติของการประมวลรับความรู้สึกจากสิ่งแวดล้อม (เช่น มีความทนทานต่อความรู้สึกเจ็บปวด หรืออุณหภูมิ , มีการตอบสนองที่ผิดปกติต่อเสียงหรือผิวสัมผัสบางประเภท , มีความไวต่อการรับกลิ่นหรือการรับสัมผัส , มีความสนใจอย่างมากต่อเสียงหรือความเคลื่อนไหวบางอย่าง)
- C. อาการมักจะแสดงให้เห็นตั้งแต่เด็ก (แต่อาการอาจจะยังไม่แสดงออกชัดในช่วงแรกจนกว่าความต้องการด้านสังคมมีมากกว่าความสามารถที่จำกัด , หรืออาการอาจถูกบดบังด้วยการเรียนรู้อย่างมีเป้าหมายเมื่อเติบโตขึ้น

- D. อาการส่งผลให้เกิดความบกพร่องในด้านสังคม อาชีพและการทำหน้าที่อื่นๆ ที่มีความสำคัญ
- E. อาการที่เกิดขึ้นไม่สามารถอธิบายได้ด้วยภาวะสติปัญญาบกพร่อง หรือพัฒนาการล่าช้า , ภาวะสติปัญญาบกพร่องและภาวะออทิสติกสเปกตรัมมักพบร่วมกันได้เสมอ ในการให้การวินิจฉัยร่วมกันระหว่างภาวะออทิสติกสเปกตรัมและสติปัญญาบกพร่อง พัฒนาการทางด้านภาษาและสังคมจะต้องต่ำกว่าระดับที่สามารถคาดการณ์การระดับสติปัญญา

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

จะได้รับการวินิจฉัยเป็น Autistic spectrum disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5

### ความผิดปกติและอาการที่มักพบร่วมกับภาวะออทิสติกสเปกตรัม

- ภาวะสติปัญญาบกพร่อง พบว่าร้อยละ 70 ของเด็กในเด็กออทิสติก (Autistic disorder) มีสติปัญญาบกพร่อง ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น PDD-NOS มีสติปัญญาบกพร่องน้อยกว่าร้อยละ 20 ส่วนในกลุ่มอาการแอสเพอร์เกอร์ต้องมีสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ภาวะลมชัก พบว่าร้อยละ 30 ของเด็กออทิสติกจะมีชักในช่วงวัยรุ่น ซึ่งสูงกว่าในประชากรทั่วไป โดยโอกาสเกิดชักจะสัมพันธ์โดยตรงกับระดับ IQ และความรุนแรงของโรค เมื่อผู้ป่วยมักมีพัฒนาการถดถอย และมีปัญหาพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้นเมื่อเกิดชักร่วมด้วย รวมทั้งการชักจะทำให้การพยากรณ์โรคของออทิสติกแย่ลง
- ภาวะสมาธิสั้น มากกว่าร้อยละ 50 มักมีอาการสมาธิสั้นร่วมด้วย ในการวินิจฉัยในDSM-IV-TR ยังไม่สามารถในการวินิจฉัยภาวะสมาธิสั้นร่วมกับออทิสติกได้ แต่เกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-5 ที่ประกาศใช้เมื่อเดือนพฤษภาคม 2556 ให้อาการ 2 ภาวะนี้ร่วมกันได้
- โรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยกลุ่ม PDD-NOS และแอสเพอร์เกอร์มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าประชากรทั่วไป โดยอาการมักเกิดในช่วงวัยรุ่น ลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะออกมารูปแบบของอารมณ์หงุดหงิดมากกว่าอารมณ์เศร้าตามลักษณะปกติของโรคซึมเศร้า
- ปัญหาการกิน/การนอน ปัญหาการกินของผู้ป่วยจะเป็นลักษณะเลือกกินอาหารบางประเภท เช่น เด็กบางคนเลือกกินแต่โจ๊กข้าวต้ม เพราะไม่เอากะเทียม บางคนกินแต่อาหารที่มีลักษณะเป็นเม็ดเป็นชิ้น ไม่กินอาหารที่มีลักษณะเป็นเนื้อชิ้นหรือเหลว เนื่องจากเด็กออทิสติกมักมีปัญหาของการรับประสาทสัมผัสทำให้หลีกเลี่ยงลักษณะของอาหาร ปัญหาการนอนพบได้ประมาณ 1/3 ของเด็กออทิสติก เด็กจะมีลักษณะนอนน้อย เริ่มเข้านอนยาก และตื่นง่าย
- พฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ จะแสดงออกในลักษณะเดียวกับโรคย้ำคิดย้ำทำ
- พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โดยปกติเด็กออทิสติกมักจะไม่ก้าวร้าวรุนแรง หากพบต้องหาสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความก้าวร้าว และการเลี้ยงดูที่เป็นแบบยอมตามจะเพิ่มปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวได้
- พฤติกรรมทำร้ายตนเอง มักพบในกลุ่ม Low function ที่มีสติปัญญาต่ำ

## การวินิจฉัยแยกโรค

- ภาวะสติปัญญาบกพร่อง (Mental disabilities) เด็กที่มีสติปัญญาต่ำมากมักเกิดภาวะออทิสติกร่วมด้วยได้ แต่เด็กที่มีปัญหาสติปัญญาบกพร่องเป็นหลักมักจะมีพัฒนาการทางสังคมอยู่ในระดับใกล้เคียงกับอายุสมองและมีพัฒนาการล่าช้า

ในทุกๆด้านเท่าๆกัน

- พัฒนาการการรับรู้และการแสดงออทางภาษาผิดปกติ (Mixed receptive-expressive language disorder)

เด็กที่มีภาวะนี้มักมีความล่าช้าด้านภาษาเพียงอย่างเดียว แต่มีทักษะทางสังคมที่ปกติเด็กสามารถสื่อสารด้วยท่าทาง เพื่อบอกความต้องการแทนการพูดได้ เช่นการส่ายหน้าเพื่อปฏิเสธ หรือการชี้นิ้วบอกความต้องการหรือสิ่งที่สนใจ

- การมีความผิดปกติในการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เกิดจากการเลี้ยงดู (Reactive attachment disorder)

เด็กจะมีอาการคล้ายผู้ป่วยออทิสติกทุกประการแต่จะมีประวัติถูกทอดทิ้งหรือถูกทารุณกรรมอย่างรุนแรง (severe neglect) ในช่วงขวบปีแรกของชีวิต เด็กกลุ่มนี้จะมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วหลังได้รับการบำบัดดูแลและการเลี้ยงดูอย่างถูกต้อง

- โรคลมชักชนิด Landau-Kleffner syndrome ผู้ป่วยลมชักชนิดนี้จะมีสูญเสียความสามารถในการใช้ภาษาโดยเฉพาะการพูดหลักจากมีอาการชัก แต่เด็กจะยังสามารถสื่อสารบอกความต้องการกับผู้อื่นโดยการแสดงท่าทาง และยังสามารถและทักษะทางสังคมปกติ

## การพยากรณ์โรคของภาวะออทิสติกสเปกตรัม

ภาวะออทิสติกสเปกตรัมเป็นความผิดปกติที่จะติดตัวไปจนตลอดชีวิต แต่ถ้าหากเด็กได้รับการบำบัดรักษา อย่างถูกต้องจะพบว่าประมาณ 1/3 ของผู้ป่วยจะสามารถดูแลชีวิตตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงการพยากรณ์โรคที่ดีของภาวะออทิสติกสเปกตรัม ได้แก่ ระดับสติปัญญาและความสามารถในการสื่อสารกับผู้อื่น กลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคที่ดี คือผู้ป่วยที่สามารถพูดสื่อสารได้ก่อนอายุ 5 ปี และผู้ป่วยที่มีระดับสติปัญญามากกว่า 70 ปัจจัยที่ทำให้การพยากรณ์โรคอีกที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง คือ การที่เด็กได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาอย่างถูกต้องได้ตั้งแต่อายุเล็กๆ โดยเฉพาะช่วงอายุก่อน 3 ปี จะทำให้มีการพยากรณ์โรคที่ดีขึ้น

## การรักษาภาวะออทิสติกสเปกตรัม

ภาวะออทิสติกสเปกตรัมเป็นกลุ่มอาการที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายสำคัญของการรักษา คือการกระตุ้นพัฒนาการที่บกพร่องให้ใกล้เคียงเด็กปกติให้ได้มากที่สุด และปรับเพิ่ม / ลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เข้าสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้น การรักษาภาวะออทิสติกสเปกตรัมจึงต้องใช้หลายวิธีร่วมกันในการรักษาเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุดและการรักษาไม่ควรมีรูปแบบตายตัวแต่ควรปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย

## การรักษาภาวะออทิสติกสเปกตรัม

ภาวะออทิสติกสเปกตรัมเป็นกลุ่มอาการที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายสำคัญของการรักษา คือการกระตุ้นพัฒนาการที่บกพร่องให้ใกล้เคียงเด็กปกติให้ได้มากที่สุด และปรับเพิ่ม / ลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เข้าสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้น การรักษาภาวะออทิสติกสเปกตรัมจึงต้องใช้หลายวิธีร่วมกันในการรักษาเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด และการรักษาไม่ควรมีรูปแบบตายตัวแต่ควรปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย

การรักษาภาวะออทิสติกสเปกตรัม ควรประกอบไปด้วย

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

### เป้าหมายสำคัญในการรักษาออทิสติก

- การนำเด็กออกจากโลกของตัวเองสู่สังคมปกติภายนอก
- การสร้างให้เกิดพัฒนาการและพฤติกรรมที่ใกล้เคียงเด็กปกติให้มากที่สุด

นอกจากนี้หลักการรักษาผู้ป่วยออทิสติกที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การส่งเสริมพัฒนาการและการปรับพฤติกรรมให้กับผู้ป่วยจะต้องมีความถี่และความเข้มข้นของการฝึกมากพอที่จะส่งเสริมให้เกิดพัฒนาการที่ปกติ และพฤติกรรมที่เหมาะสม มีการศึกษาวิจัยในต่างประเทศที่แนะนำให้มีความเข้มข้นของการฝึกอยู่ที่ประมาณ 6-8 ชั่วโมงในหนึ่งวัน 5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์ หรืออย่างน้อยต้องมีความถี่ 15 ชั่วโมงใน 1 สัปดาห์ และฝึกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี การรักษาจึงมีได้อยู่ที่โรงพยาบาลหรือผู้ให้บริการทางสาธารณสุขเท่านั้น การดึงให้พ่อแม่และครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการและปรับพฤติกรรมผู้ป่วยต่อที่บ้านอย่างสม่ำเสมอก็จะทำให้ผลการรักษาดีขึ้นไปอีก

## การส่งเสริมพัฒนาการและการฝึกพูดเบื้องต้นสำหรับภาวะออทิสติกสเปกตรัม

การจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ มีเป้าหมายให้เด็กมีพัฒนาการใกล้เคียงเด็กปกติ มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ให้ครอบครัวเข้าใจ ยอมรับ และให้การช่วยเหลือเด็กอย่างถูกวิธีเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

กิจกรรมสำหรับฝึกพัฒนาการด้านต่างๆ ในคู่มือฉบับนี้เรียงตามลำดับความยากง่าย มีความต่อเนื่องจำนวน 8 ครั้ง มีตารางบันทึกความก้าวหน้าและพฤติกรรมที่พบในแต่ละครั้งของกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในคู่มือฉบับนี้ยังสามารถเป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการและแก้ไขปัญหาของเด็กได้อย่างตรงเป้าหมาย โดยกิจกรรมที่ใช้นั้นเป็นกิจกรรมที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวัน

**กิจกรรมสำหรับส่งเสริมพัฒนาการ** ประกอบไปด้วยการเตรียมความพร้อมก่อนฝึก เทคนิคการช่วยเหลือฝึก การทำความสะอาดของเล่น กิจกรรมฝึกด้านสังคม ด้านภาษา ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และด้านการช่วยเหลือตนเอง

การส่งเสริมพัฒนาการในคู่มือฉบับนี้ควรใช้ร่วมกับสมุดกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ และควรมีการประเมินผล เพื่อติดตามความก้าวหน้าของเด็กเป็นระยะ



## การปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยออทิสติก <sup>9 10 11</sup>

เป็นกระบวนการในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง หรือลดพฤติกรรมของเด็กจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม

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

### ประเภทของพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมที่มีมาแต่กำเนิด เป็นพฤติกรรมแบบง่ายๆ เป็นลักษณะเฉพาะที่ใช้ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าชนิดใดชนิดหนึ่ง เช่น ได้ยินเสียงดังตกใจจะสะดุ้ง เห็นแสงฟ้าแลบจะกระพริบตา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเรียนรู้มาก่อน มีแบบแผนที่แน่นอนเฉพาะตัว สิ่งมีชีวิตชนิดเดียวกันจะแสดงลักษณะเหมือนกันหมด
2. พฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยอาศัยประสบการณ์ในอดีตมนุษย์จะเรียนรู้และตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆตามที่ได้เรียนรู้มา เช่น เมื่อร้องกรี๊ดแล้วได้ของเล่น

ดังนั้นจึงสรุปให้เข้าใจง่ายๆ ได้ว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง นั่นเอง พฤติกรรมต่างๆนั้นเกิดตามธรรมชาติหรืออาจเกิดจากการเรียนรู้ก็ได้ เพราะฉะนั้นการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือ ลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมสามารถนำหลักการเรียนรู้มาปรับใช้ได้ซึ่งเราเรียกว่า การปรับพฤติกรรม ซึ่งการปรับพฤติกรรมส่วนใหญ่มุ่งให้มนุษย์เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสมตามทฤษฎีการเรียนรู้

### เทคนิคการปรับพฤติกรรม

1. เพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสมและการให้คงอยู่
  - ใช้การให้แรงเสริมเป็นรางวัล ได้แก่ การยกย่องชมเชย สัมผัสกอดรัด ให้ของที่ชอบเช่น ของเล่น ขนม
  - เพราะเป็นการเพิ่มพฤติกรรมที่ได้ผลที่สุด
  - ไม่ต้องเป็นสิ่งของเสมอไป อาจเป็นรางวัลทางสังคมหรือความรู้สึก ขึ้นอยู่กับอายุของผู้รับ
  - ต้องมีการพัฒนารูปแบบของรางวัล ลดความเป็นรูปธรรม (สิ่งของ) ลงจนกลายเป็นรางวัลภายใน เช่น
  - ความภาคภูมิใจ เพราะจะทำให้เด็กแยกแยะถูกผิดได้ มากกว่าหวังผลตอบแทน
  - การให้รางวัลที่เพิ่มพฤติกรรมได้มากที่สุด คือ ให้แบบสุ่ม คือให้ไม่แน่นอนอย่ากำหนดครั้งชัดเจน
2. เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยใช้เทคนิค
  - การไม่สนใจ การเพิกเฉย
  - การเบี่ยงเบนความสนใจ
  - การงดสิ่งของที่ต้องการ
  - การแยกเด็ก
  - การลงโทษ
3. เพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่ ใช้เทคนิคการช่วยเหลือ ได้แก่
  - ช่วยจับทำ

- แนะนำ
- ชมเชยในพฤติกรรมที่เกือบถึงเป้าหมาย
- การแบ่งพฤติกรรมเป็นส่วนย่อย แล้วฝึกทีละส่วน
- การเลียนแบบ
- ทำได้เองตามคำสั่ง

<sup>9</sup> ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล:พฤติกรรมบำบัด,แนวทางการดูแลรักษาโรคออทิซึมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์, โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,กรุงเทพมหานคร,2547.หน้า10-13

<sup>10</sup> ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล:ปัญหาทางพฤติกรรมของผู้ป่วย ASD, Autistic Spectrum Disorder ปัญหาพฤติกรรม ภาษาและการแก้ไขประสบการณ์จากโรงพยาบาล ยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, บริษัท บียอนด์ พับลิชชิง จำกัด, กรุงเทพมหานคร, 2555.

<sup>11</sup> สุภาพร นาคนาวา, อิศราวัลย์ สุดตลอด:คู่มือกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการสำหรับหน่วยบริการส่งเสริมพัฒนาการ, โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, บริษัท จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด, กรุงเทพมหานคร, กันยายน 2555

### ขั้นตอนในการปรับพฤติกรรม

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

### ขั้นตอนในการปรับพฤติกรรม

1. เลือกพฤติกรรมที่ต้องการจะปรับ
  - i. ระบุพฤติกรรมให้ชัดเจน เช่น ต้องการปรับลดการทุบตีผู้อื่น หรือ พฤติกรรมขว้างปาข้าวของ  
ไม่ใช่ระบุเพียงแค่พฤติกรรมก้าวร้าว
  - ii. หากมีพฤติกรรมที่ต้องการจะปรับหลายพฤติกรรม ควรเลือกเพียง 1 หรือ 2 พฤติกรรม ต่อการปรับในแต่ละช่วง เพราะมีเป้าหมายที่ชัดเจน ออกแบบการฝึกที่เหมาะสมได้ง่าย
2. กำหนดเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมให้สามารถวัดหรือประเมินได้ เช่น ระบุว่า เมื่อฝึกผ่านไป 1 เดือน แล้วพฤติกรรมทุบตีผู้อื่นลดลงจากวันละ 10 ครั้ง เหลือ 5 ครั้ง

3. วิเคราะห์พฤติกรรมที่เป็นปัญหาสาเหตุของพฤติกรรม โดยระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เหตุการณ์ก่อน  
เกิดพฤติกรรม (เกิดที่ไหน เกิดกับใคร เกิดเวลาใด ความถี่ของการเกิด) เหตุการณ์หลังเกิด  
พฤติกรรม  
แรงเสริมที่ให้ผลที่ตามมา

### ตัวอย่างการวิเคราะห์พฤติกรรม

พฤติกรรมที่เป็นปัญหา : ร้องกรีดลงไปนอนดิ้นกับพื้น		
เหตุการณ์ที่เกิดก่อนพฤติกรรม	เกิดที่ไหน	ร้านขายขนมเจ้าประจำ
	เกิดกับใคร	กับ “แม่” เท่านั้น
	เกิดเวลาใด	เวลากลับจากโรงเรียน
	ความถี่ของพฤติกรรม	ทุกครั้งที่ผ่านมาผ่านร้านขายขนม
เหตุการณ์ที่เกิดตามมา	แม่อุ้ม และซื้อขนมให้	
สิ่งที่ทำให้พฤติกรรมเพิ่มขึ้นหรือลดลง (แรงเสริม)	การอุ้ม และ ขนม	
ผลที่เกิดขึ้นตามมา	หยุดร้อง	

4. กำหนดวิธีแก้ไขปัญหา โดยใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมและการให้แรงเสริมที่เหมาะสม
5. ลงมือปฏิบัติ ควรทำอย่างจริงจัง ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับเด็กต้องมีแนวทางในการปฏิบัติต่อเด็กเหมือนกัน
- และมีความสม่ำเสมอในการปรับพฤติกรรม
6. สรุปและวิเคราะห์ผลการแก้ไขปัญหา

### เทคนิคการปรับพฤติกรรม

1. เทคนิคการเพิ่มพฤติกรรมที่ดีและเสริมการคงอยู่
  - ใช้การให้แรงเสริมทางบวกเป็นรางวัลทุกครั้ง โดยปรับระดับการให้ตามความเหมาะสม
  - เว้นระยะในการให้แรงเสริม โดยต้องมั่นใจว่าเด็กมีพฤติกรรมนั้นแล้วจึงค่อยๆลดแรงเสริมที่ลดน้อย
  - ให้แรงเสริมเป็นครั้งคราว สุ่มให้ โดยไม่กำหนดจำนวนครั้งของพฤติกรรมที่จะทำให้ได้แรงเสริม

## 2. เทคนิคการปรับลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

- ใช้แรงเสริมทางลบ เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น
  - การงดให้รางวัล / งดสิ่งของที่ต้องการ
  - งดร่วมกิจกรรม / การแยกเด็ก ข้อควรระวังในการใช้แรงเสริมทางลบด้วยการแยกเด็กไปอยู่ลำพัง
    - ในผู้ป่วยกลุ่มออทิสติกอาจเป็นแรงเสริมทางบวกไปได้เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มักชอบแยกตัวอยู่ตามลำพังมากกว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
  - การปรับคืนรางวัล
  - การแก้ไขความผิด
  - การเบี่ยงเบนความสนใจ
  - การเพิกเฉย ไม่สนใจ

## 3. เทคนิคการใส่พฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ

- เป็นการสอนพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ ด้วยการใช้นิเทศการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Shaping behavior) ด้วยการให้ความช่วยเหลือก่อนในช่วงแรกที่ยังทำไม่ได้ และค่อยๆถอนความช่วยเหลือลงทีละน้อย เทคนิค
- ในรูปแบบของโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์จะแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้
  1. จับมือทำ
  2. แตะนำ
  3. เลียนแบบ
  4. ทำเอง
- พฤติกรรมที่สามารถแบ่งเป็นกิจกรรมย่อยๆได้ ควรตัดแบ่งให้เป็นกิจกรรมย่อยเพื่อให้มีโอกาสประสบความสำเร็จในการฝึกได้ง่ายขึ้น
- ให้แรงเสริมทางบวกในพฤติกรรมที่เกือบถึงเป้าหมายด้วย เพื่อให้เกิดความพยายามในการทำพฤติกรรมซ้ำอีก

เทคนิคที่ใช้บ่อยในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก

พูดไม่หยุด / ถาม พูด เรื่อยเปื่อย	พูดตาม
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตอบคำถาม 1 – 2 ครั้ง</li> <li>- บอกให้ย້อน คิดทบทวนคำตอบเอง 1 – 2 ครั้ง</li> <li>- เพิกเฉย ไม่สนใจ</li> <li>- ดึงให้อยู่กับปัจจุบัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพิกเฉยต่อการพูด</li> <li>- ถามคำถามเร็วๆ ตอบดั่งๆ</li> <li>- ถามคำถามเบาๆ ตอบดั่งๆ</li> <li>- อ่านคำประโยค นิทาน แทรกคำถาม-คำตอบเป็นระยะๆ</li> </ul>
กรี๊ด	ไม่สบตา หลบเลี้ยง
<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพิกเฉย</li> <li>- ให้ทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนหมดเวลา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- นั่งให้สายตาอยู่ระดับเดียวกัน</li> <li>- ชูของระดับสายตา</li> <li>- ช่วยจับคาง ประคองหน้า ป้องตา</li> <li>- เล่นจ๊ะเอ๋</li> <li>- ใช้วัตถุส่องตากัน</li> <li>- เด็กมีสบตา จึงให้รางวัล</li> </ul>
รื้อของ	เล่นมือ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- เก็บของมิดชิด</li> <li>- หยิบเล่นทีละ 1 อย่าง</li> <li>- เล่นเสร็จ จัดเก็บที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จับมือเด็กไว้</li> <li>- ให้ทำกิจกรรมที่ใช้มือทั้ง 2 ข้าง</li> <li>- บีบนวด ฝ่ามือ นิ้ว</li> </ul>
ปาของเล่น / กวาดของเล่นทิ้ง	โหมกศีรษะ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- เล่นทีละ 1 อย่าง</li> <li>- วางของเล่น ไกล มือเด็ก</li> <li>- จับมือให้เล่นอย่างถูกวิธีจนหมด</li> <li>- พาเด็กไปเก็บของเล่นที่ปาทิ้งไว้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย</li> <li>- จับ / ระวัง ไม่ให้เกิดขึ้น</li> <li>- เบี่ยงเบนด้วยกิจกรรม</li> <li>- ปรึกษาแพทย์</li> </ul>
หยิก กัด ตี ตบโต๊ะ ตบอก	พูดเสียงดัง โวยวาย
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ป้องกันไม่ให้เกิด โดยการจับมือ หลบหลีก ขจัดสิ่งเร้า</li> <li>- ให้ทำกิจกรรมที่ใช้มือทั้ง 2 ข้าง</li> <li>- นวดข้อ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เรียกชื่อ เตือนเด็ก</li> <li>- พูดกับเด็กด้วยเสียงเบา พอได้ยิน</li> <li>- เล่นกระซิบข้างหู</li> <li>- ให้รางวัลทุกครั้งี่พูดเสียงเบา</li> </ul>
ติดบัตรภาพ / ติดภาพ ซ้ำซาก	ไม่นิ่ง วอกแวก
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ให้เห็นเลย</li> <li>- อนุญาตให้ถือไว้ได้แต่ต้องทำกิจกรรมด้วย</li> <li>- ค่อยๆ แยกภาพจากเด็ก โดยวางไว้ใกล้ตัวเด็ก</li> <li>- อาจใส่กระเป่าเสื้อ</li> <li>- เมื่อเด็กเพลิดเพลินให้เก็บอย่างมิดชิด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดสิ่งแวดล้อม</li> <li>- เรียกชื่อเสียงดังเป็นระยะ</li> <li>- รวบรวม กอดอก นับ 1 – 10</li> <li>- รวบรวมให้แน่น จ้องหน้าเด็ก ไม่พูดคำใดเลย</li> <li>- ให้ทำกิจกรรมทีละขั้น ทำซ้ำๆ</li> </ul>
ไม่ยอมนั่งที่ วีงรอบห้อง	ติดของ

<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว ที่มีเป้าหมาย</li> <li>- พานั่งที่เป็นช่วงๆ สั้นๆ</li> <li>- จำกัดบริเวณ</li> <li>- ประกบให้เด็กนั่งทำกิจกรรม</li> <li>- ทำกิจกรรมที่น้อยๆเสร็จเร็วๆ</li> <li>- ปล่อยให้อิสระเป็นระยะ</li> <li>- ค่อยๆเพิ่มเวลาและกิจกรรม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อนุญาตให้ถือไว้ แต่ต้องทำกิจกรรมด้วย</li> <li>- วางไว้ใกล้ตัว แล้วค่อยๆห่างขึ้น ใช้กิจกรรมเบี่ยงเบน</li> <li>- ให้ของนั้นเป็นรางวัลเมื่อทำกิจกรรมเสร็จ</li> <li>- แนะนำผู้ปกครอง ต่อรอง แกล้งลืมนำมา หรือเบี่ยงเบนความสนใจ</li> </ul>
<b>ประท้วงโดยการอาเจียน ปัสสาวะ</b>	<b>แย่งของ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ครั้งแรกพาไปล้าง/เข้าห้องน้ำ</li> <li>- เพิกเฉย</li> <li>- ย้ายตำแหน่งฝึก รอบห้อง</li> <li>- ให้ทำกิจกรรมต่อเนื่องจนหมดเวลา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หยิบของเล่นทีละ 1 อย่าง</li> <li>- ยื่นของเล่นให้ทีละชิ้น โดยใช้คำสั่งเป็นเงื่อนไข</li> <li>- บอกเด็กซ้ำๆ “ รอก่อน ” และช่วยจับมือเด็กไว้</li> </ul>
<b>อยู่ในโลกตัวเอง</b>	<b>หัวเราะตลอดเวลา</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- เรียกชื่อเด็กบ่อยๆ</li> <li>- กระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5</li> <li>- ป้อนตาเด็ก ชวนคุย ร้องเพลง</li> <li>- จับมือทำกิจกรรม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เรียกชื่อเด็กบ่อยๆ พร้อมลูบตัว นวดแขน – มือ</li> <li>- เสียงผู้ฝึกน่ารำใจ</li> <li>- ผู้ฝึกใช้น้ำเสียงเรียบสงบ ไม่ดุ</li> <li>- ชักชวนทำกิจกรรม</li> <li>- พาไปล้างหน้า ทาแป้ง เดินเล่น แล้วกลับมานั่งฝึกใหม่</li> </ul>

### กิจกรรมสำหรับฝึกส่งเสริมพัฒนาการ

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

### การเตรียมความพร้อมก่อนฝึก

1. เตรียมตัวผู้ฝึก ได้แก่ การมีใจรักเด็ก มีทัศนคติที่ดีต่อตัวเด็กและการฝึกเด็ก มีความอดทนต่อพฤติกรรม การแสดงออกของเด็ก มีความคิดสร้างสรรค์เพื่อการประยุกต์ตัวกิจกรรมเมื่อเด็กหมดความสนใจ มีความสามารถใน

การย่อยงาน สังเกตแยกแยะ และมีความสามารถในการต่อยอดกิจกรรมมีความสนุกสนานร่าเริง มีน้ำเสียงดังชัด

ใจ มีความสม่ำเสมอในการฝึกผู้ป่วย

2. ศึกษาข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง โรคประจำตัว และความเจ็บป่วยอื่นๆของเด็ก
3. สังเกตอาการและพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม การเล่นของเล่นที่เหมาะสมตาม

วัย ระดับความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

#### 4. การจัดเตรียมอุปกรณ์

- สื่อการสอน ต้องมีขนาดใหญ่ ภาพชัดเจน
- ของเล่นต้องมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 1 ซม.ขึ้นไป
- เลือกของเล่นให้เหมาะกับพัฒนาการที่ต้องการฝึก
- มีตะกร้าใส่ของเล่นเมื่อเล่นเสร็จ
- ทำความสะอาดของเล่นหลังการใช้ทุกครั้ง

#### 5. การเตรียมสถานที่

- มุมที่ฝึก ต้องมีความสงบ สิ่งแวดล้อมรบกวนการฝึกน้อย
- มีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ เช่น กระจก ขอบหรือมุมโต๊ะ
- อากาศไม่ร้อนจนเกินไป
- ระยะแรกของการฝึก ควรฝึกที่เดิมเพื่อช่วยลดปัญหาการปรับตัวของเด็ก
- โต๊ะและเก้าอี้มีขนาดเหมาะสมกับวัยของเด็ก

#### 6. คำแนะนำการฝึก

- สร้างสัมพันธภาพกับเด็กโดยการเรียกชื่อ บอกชื่อผู้ฝึก
- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ปกครอง สัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องต้น
- ถ้าเด็กไม่ร่วมมือในการฝึกครั้งแรก อย่าบังคับหรือจู้จิม
- เตรียมของเล่นที่ช่วยในการฝึกเบื้องต้น ภาชนะ ตะกร้า
- ใช้คำสั่งสั้น กระชับ ให้การบอกเด็กให้ทำตามคำสั่งและใส่ของเล่น เป็นสื่อช่วยให้เด็กเรียนรู้

และสื่อสารกับ

ผู้ฝึก

## เทคนิคการช่วยเหลือการฝึก

ถ้าเด็กได้รับคำสั่งแล้วไม่เข้าใจหรือไม่ทำตามคำสั่ง ให้ใช้เทคนิคช่วยเหลือการฝึก 4 ขั้นตอน ดังนี้

### จับมือทำ

เป็นการจับมือให้เด็กทำกิจกรรมตามคำสั่ง ใช้จนกว่าเด็กจะเข้าใจและร่วมมือทำกิจกรรมในทุกขั้นตอนพูดบอกในขณะที่จับมือเป็นระยะๆ เพื่อชักนำให้เด็กเกิดความเข้าใจ



### แนะนำ

เป็นขั้นตอนที่ลดความช่วยเหลือลงจากการจับมือทำแตะที่หลังมือ ช้อนมือ แตะเตือนเบาๆ เปิดโอกาสให้เด็กทำกิจกรรมด้วยตัวเองมากขึ้น



### เลียนแบบ

เป็นการทำตัวอย่างให้เด็กดูก่อน แล้วให้เด็กทำตามใช้เมื่อแน่ใจว่าเด็กเข้าใจ



### ทำตามคำสั่ง

เป็นขั้นตอนที่เด็กสามารถปฏิบัติตามคำสั่งได้โดยไม่ต้องช่วยเหลือเด็กจะสามารถทำได้เมื่อเข้าใจคำพูดและคำสั่ง





## การทำความสะอาดของเล่น

สำรวจว่าของเล่นที่มีอยู่ทำด้วยวัสดุประเภทใด จากนั้นแยกประเภทการทำความสะอาดตามชนิดของวัสดุนั้นๆด้วยน้ำสะอาดผสมน้ำยาล้างจาน

### ของเล่นที่ทำด้วยไม้

1. ใช้ผ้าชุบน้ำผสมน้ำยาล้างจานที่เตรียมไว้บิดหมาดๆ เช็ดให้ทั่ว
2. เช็ดตามด้วยน้ำสะอาดอีก 2 ครั้ง

### ของเล่นที่ทำด้วยพลาสติก

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

### ของเล่นที่ทำด้วยผ้า

ซักทำความสะอาดตามปกติ

ของเล่นทั้งหมดที่ทำความสะอาดตามขั้นตอนแล้วนำไปผึ่งลม/ตากแดด โดยวางบนผ้าสะอาด

## ทำไมต้องเป็นน้ำยาล้างจาน ?

เนื่องจากหาได้ง่าย และเนื่องจากน้ำยาล้างจานเป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้สำหรับภาชนะใส่อาหารจึงมีความปลอดภัยหากเด็กนำของเล่นเข้าปากในขณะที่ทำกิจกรรม

## อัตราส่วนที่ใช้

ไม่มีอัตราส่วนที่แนะนำ ดูปริมาณให้เหมาะสมกับจำนวนของเล่น

## ควรทำความสะอาดของเล่นทุกวันหลังเลิกฝึกแล้ว

ให้ของเล่นถูกลม / ผึ่งแดดทุกชิ้นจนแห้ง หลังจากนั้นนำไปเก็บสำหรับพร้อมใช้ต่อไป

## กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านสังคม

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีทักษะการปรับตัวในสังคม การทำหน้าที่ของตนเองและความรู้จักแยกแยะเรื่องถูกและผิด รู้จักการแสดงออกอย่างเหมาะสมต่อสถานการณ์ทางสังคมที่แตกต่างกัน รวมถึงมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิต

## กิจกรรมที่ใช้ในการฝึกพัฒนาการด้านสังคม มีดังนี้

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของกิจกรรม
• การสร้างสัมพันธภาพด้วยการเล่น	เพื่อให้เด็กเกิดความสนใจหรือรับรู้ว่ามีบุคคลและสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์นั้นๆ
• การสบตา	เพื่อกระตุ้นการมอง สบตาของเด็ก
• การรู้จักบุคคล	เพื่อให้เด็กสามารถรู้จักบุคคลใกล้ชิดได้ เพื่อตั้งเด็กออก

	จากโลกของตัวเอง
<ul style="list-style-type: none"> <li>• การกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งห้า</li> </ul>	<p>เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ฝึกและเด็ก</p> <p>เพื่อกระตุ้นการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัส ให้มีการฟัง การมองอย่างมีเป้าหมาย การรับสัมผัสทางผิวหนัง กลิ่น และรส เพื่อกระตุ้นสมองให้เกิดความตื่นตัว พร้อมทั้งจะเรียนรู้สิ่งต่างๆต่อไป</p>

หมายเหตุ รายละเอียดในการฝึก อ่านเพิ่มเติมใน “คู่มือกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการสำหรับหน่วยบริการส่งเสริมพัฒนาการ” โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สามารถดาวน์โหลดคู่มือได้จาก

<http://www.yuwaprasart.go.th/>

### กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านภาษาและการสื่อความหมาย

มีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมให้เด็กออทิสติกและเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการทางภาษาล่าช้ามีพัฒนาการทางภาษา และการสื่อความหมายกลับมาใกล้เคียงเด็กปกติ โดยเริ่มจากการกระตุ้นให้เด็กรับรู้และเกิดความเข้าใจในภาษาก่อน จากนั้นจึงจะพัฒนาให้เกิดภาษาพูดที่มีความหมายได้

ในการเรียนรู้ภาษาจำเป็นต้องอาศัยพื้นฐานการเรียนรู้ที่สำคัญ คือ การมอง, การฟังเพื่อนำมาเชื่อมโยงให้เกิดความหมายของคำพูด นอกจากการมองและการฟังแล้ว ทักษะที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การเลียนแบบ โดยเด็กต้องรู้จัก การเลียนเสียงจากการออกเสียงแบบไม่มีความหมายการออกเสียงเป็นคำ วลี และประโยค แล้วจึงนำสิ่งที่เรียนรู้นั้นมาพูดสื่อสารบอกความต้องการ

ในเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านภาษาและการสื่อความหมาย เด็กมักจะเข้ารับการบำบัดด้วยปัญหาไม่สามารถพูดได้เมื่อถึงวัยที่ควรพูดได้แล้ว ไม่ว่าจะเด็กจะพูดช้าเนื่องจากสาเหตุใดๆก็ตามเด็กควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษา และการพูดให้เร็วที่สุด โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ร่วมกับทฤษฎีพัฒนาการทางภาษาและการสื่อสาร (Language developmental Theory) เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ นอกจากนี้เด็กควรได้รับการส่งเสริมให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีคนพูดสื่อภาษาและกระตุ้นให้เด็กใช้ภาษาในการสื่อสาร

### กิจกรรมที่ใช้ในการฝึกพัฒนาการด้านภาษาและการสื่อความหมาย มีดังนี้

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของกิจกรรม
<ul style="list-style-type: none"> <li>• การมอง ฟัง และปฏิบัติตามคำสั่ง</li> </ul>	<p>เพื่อฝึกการมองอย่างมีเป้าหมาย</p> <p>เพื่อฝึกการฟังและทำตามคำสั่งอย่างเข้าใจความหมาย</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• การเคลื่อนไหวปากและลิ้น</li> </ul>	<p>เพื่อฝึกให้เกิดการเลียนแบบการเคลื่อนไหวอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูด</p>

	เพื่อฝึกให้เกิดการเลียนแบบการออกเสียงที่คล้ายกับคำพูด
• การอ่านบัตรคำ/บัตรภาพ	เพื่อเตรียมความพร้อมด้านสมาธิให้กับเด็ก เพื่อเตรียมเรื่องการฟัง และการมองอย่างมีเป้าหมาย เพื่อให้ความรู้เรื่องคำศัพท์หมวดต่างๆ เช่น พยัญชนะ เลข สี
• การสอนภาพคำศัพท์	เพื่อให้เด็กรู้จักคำศัพท์จากภาพ

**หมายเหตุ** รายละเอียดในการฝึก อ่านเพิ่มเติมใน “คู่มือกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการสำหรับหน่วยบริการส่งเสริมพัฒนาการ” โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สามารถดาวน์โหลดคู่มือได้จาก <http://www.yuwaprasart.go.th/>

### กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก

ในการใช้ชีวิตประจำวัน และการเรียนรู้ของเด็ก ต้องอาศัยทักษะต่างๆที่เกี่ยวข้องกัน เช่น การจดจามองกระดาษ จำแล้วเขียน การวาดรูปต่างๆ ต้องอาศัยการบังคับมือและสมาธิที่จดจ่อกับรูปที่กำลังวาด การติดกระดาษสีที่ต้องอาศัยความคล่องแคล่วของมือประสานกับการมอง เป็นต้น เพราะฉะนั้นในการทำกิจกรรมต่างๆของเด็ก ทักษะการใช้กล้ามเนื้อจึงสำคัญมาก

มีการศึกษาในเด็กว่า กล้ามเนื้อมือเป็นพื้นฐานของการทำงานประสานกันของอวัยวะต่างๆ เช่น การเขียนหนังสือ การหยิบจับ การต่อรูปภาพ ถ้าทักษะการใช้กล้ามเนื้อต่ำกว่าวัย จะส่งผลต่อกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันของเด็กๆด้วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า ทักษะการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กกับสติปัญญาของเด็ก ความคล่องแคล่วในการใช้มือประกอบกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการต่อจิ๊กซอว์ การพลิกหน้าหนังสือ การจับดินสอ การระบายสี หรือการใช้กรรไกร แสดงถึงแนวโน้มสติปัญญาที่ดีของเด็ก

ทักษะการใช้กล้ามเนื้อ จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับเด็ก และเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการเรียนรู้และการช่วยเหลือตนเอง ผู้ปกครองและผู้ฝึกจึงต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ

### กิจกรรมที่ใช้ในการฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก มีดังนี้

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของกิจกรรม
• การหยิบของย้ายภาชนะ	เพื่อให้เด็กสามารถใช้มือประสานกับการมองหยิบวัตถุจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง
• การต่อก้อนไม้	เพื่อให้เด็กสามารถวางต่อก้อนไม้ในแนวสูงได้ เพื่อให้เด็กมีสมาธิ มีการกระะยะที่ดี และทำกิจกรรมด้วยความระมัดระวัง
• การหยอดลูกกลมใส่ช่อง	เพื่อให้เด็กสามารถใช้มือประสานกับการมองหยิบวัตถุทรงกลมใส่ช่องได้
• การหยอดกระดุม	เพื่อให้เด็กสามารถใช้ปลายนิ้วหยิบกระดุมหยอดลงช่องได้

● การหยอดลูกปิดใส่ขวด	เพื่อให้เด็กสามารถหยิบวัตถุขนาดเล็กได้ เพื่อให้เด็กสามารถใช้ตามือประสานกัน
● การหมุนเปิด - ปิด ฝาขวด	เพื่อฝึกการใช้มือทั้ง 2 ข้างทำงานร่วมกัน เพื่อพัฒนาไปสู่การฝึกการช่วยเหลือตนเอง
● การหนีบไม้หนีบ	เพื่อให้เด็กสามารถหนีบไม้หนีบด้วยปลายนิ้ว 2-3 นิ้วได้ (นิ้วโป้ง นิ้วชี้ นิ้วกลาง) เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือ
● การเสียบหมุด	เพื่อให้เด็กสามารถใช้นิ้วชี้ และนิ้วโป้ง หยิบหมุดได้ เพื่อฝึกการกะระยะ และการใช้ตา มือ ประสานกัน
● การตักวัตถุย้ายภาชนะ	เพื่อให้เด็กสามารถใช้ช้อนตักวัตถุจากภาชนะหนึ่งสู่ภาชนะหนึ่ง ได้
● การร้อยลูกปัด	เพื่อฝึกการใช้ตา มือ ทำงานประสานกันทั้ง สองข้าง
● การร้อยเชือกตามรู	เพื่อฝึกการใช้ตา มือ ทำงานประสานกันทั้ง สองข้าง
● ภาพตัดต่อจิ๊กซอว์	เพื่อให้เด็กสามารถเล่นภาพตัดต่อได้ เพื่อให้เด็กสามารถพัฒนาด้านการสังเกตและการใช้มือประสาน ตาได้
● การเล่นดินน้ำมัน	เพื่อให้เด็กสามารถเลียนแบบการเล่น เกิดความคิดสร้างสรรค์ เพื่อให้เด็กเล่นดินน้ำมันด้วยกล้ามเนื้อมือทั้งซ้ายขวาได้ เสริม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
● การจับดินสอ	เพื่อให้เด็กสามารถจับดินสอได้อย่างถูกวิธี
● การระบายสี	เพื่อให้เด็กสามารถระบายสีได้ตรงตามตำแหน่งของภาพ
● การโยงภาพเหมือน	เพื่อให้เด็กรู้จักสังเกตภาพที่เหมือนกัน เพื่อให้เด็กสามารถโยงภาพเหมือนได้ เพื่อฝึกการวาดสายตาของเด็ก

**หมายเหตุ** รายละเอียดในการฝึก อ่านเพิ่มเติมใน “คู่มือกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการสำหรับหน่วยบริการส่งเสริมพัฒนาการ” โรงพยาบาลยุวประสาทไวโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สามารถดาวน์โหลดคู่มือได้จาก <http://www.yuwapasart.go.th/>

## กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่

พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจนตั้งแต่ในวัยทารกแรกเกิด และสามารถติดตามความก้าวหน้าของพัฒนาการได้อย่างชัดเจนตั้งแต่สี่ระยะจรดปลายเท้า ได้แก่ การชันคอ การคร่ำ การคลาน และการเดิน ซึ่งพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่มักจะเกิดอย่างเป็นลำดับขั้นตอน

### กิจกรรมที่ใช้ในการฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ มีดังนี้

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของกิจกรรม
● การเดินหน้า	เพื่อฝึกการทรงตัว เพื่อฝึกการคาดคะเนระยะทาง
● การถอยหลัง	เพื่อฝึกการทรงตัว เพื่อฝึกการคาดคะเนระยะทาง
● การเดินตักของย้ายภาชนะ	เพื่อให้มีการทรงตัวที่ดีในการเดินขณะถือของ เพื่อให้เกิดการรับรู้ว่ามีสิ่งของอยู่ในมือ และเด็กสามารถประคอง สิ่งของไม่ให้ตกลงได้
● การวิ่งเก็บบอลหรือสิ่งของใส่ ตะกร้า	เพื่อฝึกการทำงานประสานกันระหว่างตาและมือ เพื่อฝึกการเคลื่อนไหวอย่างมีเป้าหมาย
● การกลิ้งบอล	เพื่อให้เด็กรู้วิธีการใช้สองมือทำงานพร้อมกันเพื่อผลักบอล ออกไปจากตัว เพื่อให้เด็กฝึกการใช้แขนในการสับต้อนมือและใช้กล้ามเนื้อแขน
● การโยนบอลให้บุคคล	เพื่อการออกแรงใช้กล้ามเนื้ออย่างมีเป้าหมาย
● การรับบอลด้วยท่อนแขน	เพื่อให้เด็กฝึกการใช้กล้ามเนื้อแขน เพื่อฝึกการทำงานประสานกันของแขนสองข้าง และสายตาเพื่อ การกะระยะ
● การโยน – รับบอลใส่ตะกร้า	เพื่อให้เกิดการออกแรงใช้กล้ามเนื้ออย่างมีเป้าหมาย เพื่อฝึกการทำงานประสานกันของตาและมือ
● การกระโดดข้ามสิ่งกีดขวาง	เพื่อฝึกควบคุมการทรงตัวขณะกระโดดไปข้างหน้า

**หมายเหตุ** รายละเอียดในการฝึก อ่านเพิ่มเติมใน “คู่มือกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการสำหรับหน่วยบริการส่งเสริมพัฒนาการ” โรงพยาบาลยุวประสาทไวโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สามารถดาวน์โหลดคู่มือได้จาก <http://www.yuwaprasart.go.th/>

## กิจกรรมฝึกพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเอง

การฝึกการช่วยเหลือตนเองนั้น เด็กต้องมีทักษะพื้นฐานในการใช้กล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว เช่น ทักษะการใส่-ถอดเสื้อผ้า เด็กต้องผ่านทักษะการใช้มือในการหยิบจับสิ่งของได้มาก่อนในเด็กออทิสติก มักพบพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งมักจะเป็นปัญหาเรื่องการช่วยเหลือตนเองอยู่เสมอ นอกจากนี้ พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ยังเป็นอุปสรรคสำคัญของการฝึกการช่วยเหลือตนเองอีกด้วย การปรับเปลี่ยนเด็กในกลุ่มออทิสติกจึงจำเป็นต้องอาศัยความอดทน และความร่วมมือในการฝึกอย่างสม่ำเสมอจากพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็ก ผู้ฝึกต้องทำความเข้าใจกับพ่อแม่และผู้ดูแลหลักให้มีทัศนคติที่ดีในการเปลี่ยนแปลงให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองได้จริง รวมถึงต้องเน้นย้ำความอดทนในการเปลี่ยนแปลง การดูแลเด็ก เนื่องจากต้องต่อสู้กับอารมณ์หงุดหงิด พฤติกรรมต่อต้านและก้าวร้าวของเด็ก

### กิจกรรมที่ใช้ในการฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ มีดังนี้

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของกิจกรรม
• การแต่งกาย	เพื่อให้เด็กสามารถใส่-ถอด เสื้อ กางเกง ถุงเท้า รองเท้าได้
• การรับประทานอาหาร	เพื่อให้เด็กมีความสามารถในการเคี้ยว กลืน ดื่มน้ำ และนม รวมถึงการใช้อุปกรณ์สำหรับรับประทานอาหาร เช่น ช้อน ส้อม แก้วน้ำ การเปิดขวดน้ำ การเทน้ำ ด้วยตนเอง เป็นต้น
• การทำความสะอาดร่างกายและการขับถ่าย	เพื่อให้เด็กสามารถบ้วนปาก แปรงฟัน สระผม อาบน้ำ ขับถ่ายและทำความสะอาดหลังการขับถ่ายด้วยตนเองได้

**หมายเหตุ** รายละเอียดในการฝึก อ่านเพิ่มเติมใน “คู่มือกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการสำหรับหน่วยบริการส่งเสริมพัฒนาการ” โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สามารถดาวน์โหลดคู่มือได้จาก <http://www.yuwaprasart.go.th/>

การส่งเสริมพัฒนาการที่ได้ผลดี พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ที่บ้าน การใช้สมุดบันทึกกิจกรรมการฝึกเป็นแนวทางที่ช่วยให้พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูได้บันทึกกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ ของเด็กในขณะที่อยู่ที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้สมุดบันทึกยังเป็นสื่อกลางให้กับพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูสื่อสารกันในครอบครัวและสื่อสารกับผู้ฝึกที่หน่วยส่งเสริมพัฒนาการอีกด้วย ตัวอย่างสมุดบันทึกกิจกรรมสามารถหาและดาวน์โหลดได้จาก “สมุดบันทึกกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ” โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ <http://www.yuwaprasart.go.th/>

## การใช้ยาในภาวะออทิสติกสเปกตรัม

ปัจจุบันยังไม่มียาที่สามารถรักษาภาวะออทิสติกสเปกตรัมและอาการหลักของภาวะออทิสติกสเปกตรัมให้หายขาดได้ การรักษาด้วยยาในภาวะออทิสติกสเปกตรัมในปัจจุบันเป็นไปเพื่อช่วยลดอาการและพฤติกรรมบางอย่างที่เป็นอุปสรรคขัดขวางความก้าวหน้าในการพัฒนาผู้ป่วยออทิสติก

ข้อบ่งชี้ในการใช้ยาในผู้ป่วยภาวะออทิสติกสเปกตรัม มีดังนี้

**พฤติกรรมชนมาก ไม่นิ่ง ความสนใจสั้น วอกแวกง่าย วู่วามใจร้อน หรืออาการสมาธิสั้น**

ยาที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าว คือ ยาที่ใช้รักษาอาการทางจิต ได้แก่ Haloperidol และ Risperidone ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 6 ปี มีความสามารถและพัฒนากการดี อาจพิจารณาใช้ยากลุ่มที่ใช้รักษาอาการสมาธิสั้น (รายละเอียดการใช้ยาแสดงในตารางด้านล่าง) ผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับการส่งเสริมพัฒนาการหรือปรับพฤติกรรมมาก่อน ในช่วงแรกอาจจะมีปัญหาชนมาก ไม่นิ่ง ไม่นิ่งโตะ ไม่สามารถฝึกได้ ยังไม่ควรเริ่มให้ยาในทันทีแต่ควรสังเกตอาการหลัง

จากได้รับการส่งเสริมพัฒนาการหรือ

**พฤติกรรมซ้ำ พฤติกรรมย้ำทำ หรือ อาการย้ำคิดย้ำทำ**

ในกรณีที่มีแต่พฤติกรรมซ้ำๆ ที่ทำโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย เช่น การกระโดด สะบัดมือ เล่นมือควรพิจารณาเลือกใช้ยาในกลุ่มยารักษาอาการทางจิต ยาที่ได้ผลดีคือ Risperidone

หากผู้ป่วยมีอาการย้ำทำหรือย้ำคิดย้ำทำ ที่เป็นรูปแบบของพฤติกรรมที่ชัดเจน และลักษณะคล้ายอาการในโรคย้ำคิดย้ำทำ ยาที่ได้ผลดีคือ ยาต้านเศร้าว (antidepressant) ได้แก่ fluoxetine และ sertraline (รายละเอียดการใช้ยาแสดงในตารางด้านล่าง)

**อารมณ์หงุดหงิดเปลี่ยนแปลงง่าย และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง**

ในกรณีนี้จะรวมไปถึงผู้ป่วยที่มีปัญหาอาละวาดเอาแต่ใจรุนแรง (severe tantrum) ซึ่งยาที่ใช้คือยารักษาอาการ ทางจิต ยาที่ได้ผลดี คือ Haloperidol และ Risperidone (รายละเอียดการใช้ยาแสดงในตารางด้านล่าง)

ชนิดของยา	ขนาด	ข้อแนะนำในการใช้ยา
<u>กลุ่มยารักษาอาการทางจิต</u> 1. Haloperidol	0.1 mg/kg/day	- อาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องระวังคือ Extrapyramidal side effect ซึ่งจะทำให้เด็กมีปัญหาการกลืน น้ำลายไหล มาก มีอาการชนมาก อยู่ไม่นิ่งเพิ่มขึ้น จากอาการ akathisia - ควรเริ่มยาใน ขนาดต่ำและค่อยๆปรับยาทุก 2-4

		สัปดาห์
2. Risperidone	0.015-0.030 mg/kg/day	<p>- อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่พบได้</p> <p>บ่อยคือ ง่วงซึม เพิ่มความอยากอาหาร</p> <p>น้ำหนักเพิ่มได้มาก</p> <p>- สามารถให้ยาเป็น 1-2 มื้อ/วันได้</p> <p>โดย</p> <p>เริ่มจากมื่อก่อนนอนก่อน หากไม่มีอาการง่วงซึมอาจจะแบ่งให้เป็นมื่อเช้า(หลังอาหารเช้า) และก่อนนอนได้</p> <p>- ควรเริ่มยาในขนาดต่ำ ประมาณ 0.25-0.5 มิลลิกรัม/วัน</p> <p>- ในเด็กออทิสติกบางคนอาจมีปัญหาใน</p> <p>การขบถ่ายยาทำให้มีระดับยาในเลือด</p> <p>สูงกว่าคนปกติแม้จะได้ในขนาดยาที่</p> <p>เท่ากัน จึงควรระมัดระวังในการสังเกต</p> <p>ผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์</p> <p>ของยา และระมัดระวังในการปรับขนาดยา</p>
<u>กลุ่มยาด้านเศร้า</u> 1. Fluoxetine	10-20 mg/day	<p>- ควรใช้เวลารอสสังเกตอาการอย่างน้อย</p> <p>4-6 สัปดาห์ก่อนปรับขนาดยา</p>
2. Sertraline	25-100 mg/day	<p>- ควรใช้เวลารอสสังเกตอาการอย่างน้อย</p> <p>4-6 สัปดาห์ก่อนปรับขนาดยา</p>
<u>กลุ่มยารักษาอาการสมาธิสั้น</u> 1. Methylphenidate (Ritalin)	0.1-0.5 mg/kg/day	<p>- ไม่ควรใช้ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี</p> <p>- อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยคือ</p> <p>เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดศีรษะ</p> <p>นอนไม่</p>



		หลับ - อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อย ใน เด็กออทิสติก คือ ชนมากกว่าเดิม หงุดหงิดมาก อารมณ์เปลี่ยนแปลง ง่าย
--	--	---

### การรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ

กลุ่มอาการออทิสติกยังไม่มีการรักษาที่ทำให้พยาธิสภาพของโรคหายไป แต่การรักษาเป็นการมุ่งเน้นให้เด็กสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันและพฤติกรรมที่ปกติตามวัย ปรับลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและไม่ควร มีในเด็กปกติ การรักษาในกลุ่มอาการออทิสติกจึงจำเป็นต้องใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกัน เพื่อช่วยให้ผลการรักษาได้ผลดีที่สุด

ดังนั้นจึงการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ นอกเหนือจากวิธีการที่กล่าวไปแล้วข้างต้น เพื่อให้การรักษาในกลุ่มอาการออทิสติกช่วยให้เด็กสามารถมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย ปรับลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สามารถเข้าเรียนร่วมกับเด็กปกติ และสามารถประกอบอาชีพได้เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

การรักษาด้วยวิธีการอื่นๆในคู่มือฉบับนี้จะกล่าวถึงแต่เฉพาะการรักษาที่นอกเหนือจากที่กล่าวไปแล้วข้างต้น และเป็นวิธีการที่มีผู้นำมาใช้ในประเทศไทย

### Lovass model /ABA

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

### DIR/Floortime

เป็นโปรแกรมการฝึกที่รู้จักกันดีในประเทศไทย โปรแกรมนี้พัฒนาขึ้นโดย Dr. Stanley Greenspan กุมารแพทย์และจิตแพทย์เด็กชาวอเมริกัน มีแนวคิดพื้นฐานที่เรียกว่า DIR (Development-Individualdifferent-Relationship base) เน้นการพัฒนาเด็กโดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดู เด็กแต่ละคนมีความสามารถและคุณลักษณะแตกต่างกันไปเป็นรายบุคคล 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 ค่อยๆ ปรับเข้าหากันและปรับพฤติกรรมเด็กจนได้พฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้นจะต้องสอดคล้องกับลำดับพัฒนาการ

## Sensory Integration (SI)

sensory integration (SI) คือ การประมวลผลการทำงานของสมองเพื่อจัดการกับข้อมูลที่ได้รับจากระบบประสาทรับความรู้สึกซึ่งนำไปสู่ลักษณะของพฤติกรรมบางอย่าง โดยระบบประสาทรับความรู้สึกที่ sensory integration สนใจจะมีด้านหลักๆ อยู่ 3 ด้าน ได้แก่

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

มีทฤษฎีที่เชื่อว่าความผิดปกติทางพฤติกรรมบางอย่างของเด็กออทิสติก เช่น พฤติกรรมกระโดดขึ้นลง ซ้ำๆ การสะบัดมือซ้ำ พฤติกรรมชนไม้แข็ง ปัญหาการเคี้ยวหรือกลืน ตลอดจนอารมณ์แปรปรวนหงุดหงิดง่ายของเด็กออทิสติกเกิดจากการเสียสมดุล sensory integration (sensory integrative dysfunction) ทำให้มีปัญหาในการรับข้อมูลความรู้สึก ปัญหาในการ จัดประเภทและแยกแยะสิ่งเร้าความรู้สึกที่เข้ามาหรือรับมา และ/หรือปัญหาในการเชื่อมโยงข้อมูลสิ่งเร้าต่างๆ ซึ่งจะแสดงออกมาในปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ต่างๆ

เด็กที่มีปัญหาของประสาทรับสัมผัสด้าน tactile จะทำให้มีลักษณะไม่ชอบให้กอดหรือสัมผัสตัว ระบายตัวหรือปฏิเสธการใส่เสื้อผ้าใหม่ๆ มีปัญหาการเลือกกินอาหาร โดยจะมีลักษณะเลือกกินอาหารที่มีเนื้อของอาหารบางอย่างเท่านั้น เช่น อาหารที่มีลักษณะเหลว หรือลักษณะเหลวขึ้นคล้ายแป้งเปียกแต่ไม่กินอาหารที่มีลักษณะเป็นเม็ด เช่น ข้าว แต่บางคนก็จะกินเฉพาะอาหารที่เป็นเม็ด เช่น ข้าว ไม่กินนมหรือโจ๊ก เป็นต้น

เด็กที่มีปัญหาของประสาทรับสัมผัสด้าน proprioceptive จะทำให้มีลักษณะเดินแล้วหกล้มบ่อยๆ ใช้กล้ามเนื้อมือได้ไม่คล่องแคล่วจับของไม่ติด หรือจับแบบออกแรงมากเกินไป บางคนอาจจะออกมาในลักษณะพฤติกรรมกระตุกตนเองด้วยการกระโดดขึ้นๆ ลงๆ ซ้ำๆ หรือ เคาะมือ เคาะนิ้วมือซ้ำๆ เป็นต้น

เด็กที่มีปัญหาของประสาทรับสัมผัสด้าน vestibular จะทำให้มีลักษณะการเคลื่อนไหวที่งุ่มง่าม ไม่คล่องแคล่วตามวัย ไม่ชอบปีนป่ายหรือขึ้นลงบันได หรือบางคนอาจจะมีพฤติกรรมกระตุกตัวเอง ด้วยการหมุนตัวเอง เคลื่อนไหวตลอดเวลาคล้ายเด็กชน อยู่ไม่นิ่ง เป็นต้น

การรักษาจะเป็นการเข้าไปปรับแก้การรับข้อมูลและการเชื่อมโยงข้อมูลผ่านการฝึกที่จะกระตุ้นระบบประสาท รับความรู้สึกในด้านต่างๆ โดยนักกิจกรรมบำบัดจะเป็นผู้ประเมินและวางแผนการช่วยเหลือ

## Hemoencephalography (HEGs)

เป็นการรักษาที่ใช้หลักการของ Neuro-feedback เป็นลักษณะของ brain blood flow feedback ที่นำมาใช้ร่วมในรักษาโรคออทิสติก (adjunctive therapy) เพิ่มเติมจากการรักษาหลักเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือตรวจวัดและปรับกระแสการไหลเวียนของโลหิตที่ผิวสมอง อุปกรณ์ประกอบด้วยสายคาดศีรษะ ที่ทำหน้าที่

ตรวจสอบการอิมตัวของออกซิเจนในเส้นเลือดฝอยที่ผิวสมองโดยแสง จะส่องผ่านเข้าไปที่บริเวณผิวของสมอง และสะท้อนกลับมาที่หนังศีรษะและส่งข้อมูลกลับไป

ที่เครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อประมวลผลและแสดงผลออกมาในรูปแบบกราฟที่หน้าจอ เมื่อเด็กมีความสนใจจดจ่อ จะมีเลือดไปเลี้ยงสมองบริเวณที่ติดเครื่องมือมากขึ้นส่งผลให้กราฟที่แสดงออกมาที่หน้าจอสูงขึ้น และเสียงดนตรีที่ เปลี่ยนไป เด็กจะเกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองว่าจะต้องทำอะไรจึงจะสามารถปรับเปลี่ยนตนเองให้มี ความสนใจจดจ่อ โดยดูจากลักษณะกราฟที่เพิ่มสูงขึ้นและเสียงดนตรีที่เปลี่ยนไป

เครื่องมือ HEG เริ่มนำมาใช้ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 เป็นเครื่องมือที่มีความปลอดภัยในการ ใช้กับเด็กเพราะไม่ต้องใช้หัตถการใดๆ ยกเว้นกรณีผู้ป่วยมีโรคร่วมบางโรค เช่น โรคลมชัก ซึ่งต้องให้แพทย์ พิจารณาเป็นราย ๆ ไป นอกจากนี้ เด็กต้องมีความร่วมมือในการคาดสายคาดศีรษะเพื่อวัดการอิมตัวของ ออกซิเจน ซึ่งอาจจำเป็นต้องใช้เวลาเพื่อเตรียมความพร้อมเด็กให้ยอมรับสายคาดศีรษะก่อน

### Picture Exchange Communication System (PECS)

PECS เป็นระบบการสื่อสารโดยใช้ภาพในการสื่อสารบอกความต้องการ ซึ่งเป็นกลยุทธ์การเรียนรู้ที่ เน้นการมองเห็นเป็นหลักสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กออทิสติกมีลักษณะการ เรียนรู้ด้วยการมองเห็นและคิดเป็นภาพได้ดี (visual learner)

จุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ด้วย PECS คือเพื่อให้บุคคลที่มีความบกพร่องทางการสื่อสารสามารถ สื่อสาร กับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเด็กจะถูกฝึกให้ใช้การสื่อสารทดแทนนี้แทนการใช้คำพูด ผู้ที่เด็ก สื่อสารด้วย สามารถเข้าใจว่าเด็กต้องการสื่อสารสิ่งใด เด็กสามารถเริ่มการสื่อสารด้วยตนเอง และสามารถ แสดงปฏิกิริยาโต้ตอบกับคู่สื่อสารได้ทันที มีการศึกษาวิจัยพบว่าเด็กที่สามารถใช้การสื่อสาร ด้วย PECS ได้ดี จะสามารถเริ่มพูด ได้เองในภายหลัง

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

### Hyperbaric

เป็นการรักษาทางเลือกชนิดหนึ่งที่มีการนำมาใช้ในการรักษากลุ่มอาการออทิสติก Hyperbaric Oxygen treatment เป็นการเพิ่มความดันสูงเพื่อผลักดันให้ออกซิเจนบริสุทธิ์เข้าไปสู่เซลล์เม็ดเลือดทำให้ปอด ได้รับออกซิเจนสูงกว่าการหายใจปกติ ทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกายรวมทั้งสมองได้รับออกซิเจนที่สูงขึ้นด้วย เดิมการรักษาใช้รักษาอาการป่วยที่เกิดจากความดันอากาศหรือน้ำที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ดังเช่นที่พบใน นักดำน้ำที่ขึ้นสู่น้ำเร็วเกินไป หรือนักดำน้ำที่ประสบกับการเปลี่ยนแปลงของความดันอากาศอย่างรวดเร็ว รวมทั้ง ในภายหลังมีการนำการรักษานี้มาใช้ในการรักษาแผลเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวาน หรือแผลไฟไหม้

การวิจัยในต่างประเทศมีการทดลองนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการรักษาเด็กออทิสติก แต่ยังไม่สามารถ สรุปผลการวิจัยออกมาได้

## โภชนบำบัด (Biomedical)

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

การรักษาด้วยวิธีนี้จะเป็นการให้เด็กหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมของโปรตีนทั้งสองชนิดอยู่หรือเลือกแปรงสีฟันและนมซึ่งสกัดโปรตีนเหล่านี้ออกไปแล้ว

ผลการรักษาด้วยวิธี ปัจจุบันการวิจัยยังไม่สามารถสรุปผลได้

## อาชบำบัด

เป็นการรักษาที่นำมาช่วยในการบำบัด อาชบำบัด ได้ผลดีในการนำมาช่วยบำบัดเด็กพิเศษกลุ่มที่มีความผิดปกติในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อ และข้อต่อ หรือเด็กที่มีปัญหาเรื่องการทรงตัวเช่น เด็กสมองพิการ (Cerebral palsy: C.P.) ต่อมาจึงเริ่มมีความคิดที่นำการรักษานี้มาใช้ในเด็กออทิสติกที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย

การนั่งอยู่บนหลังม้า เด็กจะต้องมีการปรับให้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ มีการเคลื่อนไหวเป็นจังหวะที่สอดคล้องกับจังหวะการเดินของม้าฝึกฝนการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมเป็นลักษณะคล้ายการทำกายภาพบำบัดแบบหนึ่ง

## เอกสารอ้างอิง

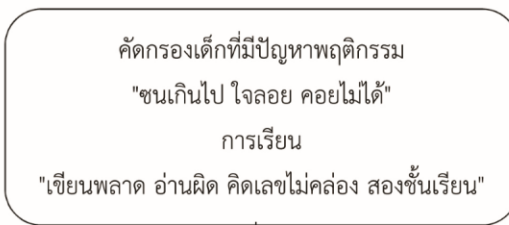
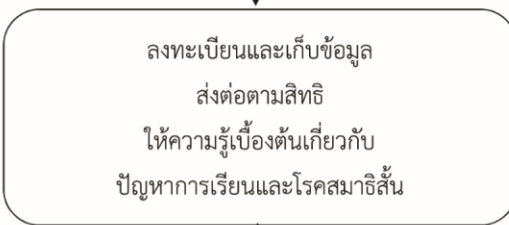
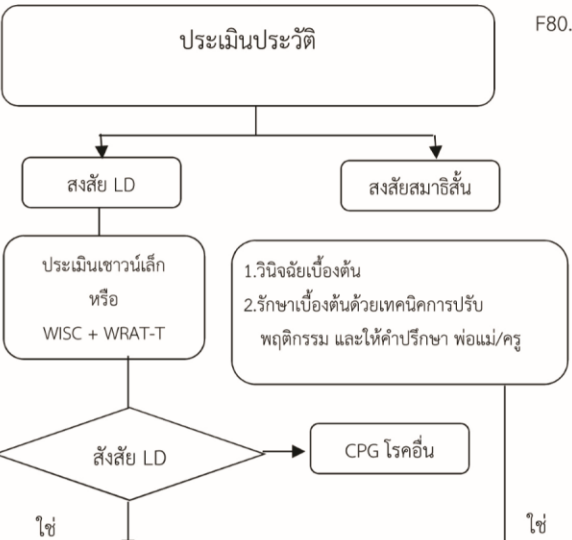
1. Kanner L. Follow-up Study of Eleven Autistic Children Originally Report in 1943. Journal of autism and schizophrenia. Apr-Jun, 1971; 1(2): 119-45.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual, Mental disorders. 4th Text Revision. Washington D.C.: American Psychiatric Association Press; 2000.
3. Wing L. The Autistic Spectrum a guide for parents and professionals. London: Constable; 2001.
4. เพ็ญแข ลឹมศิลา. กระบวนการพัฒนาภาวะออทิสติก สเปคตรัม. ใน ดารณี อุทัยรัตนกิจ, บรรณาธิการ. การประชุมสัมมนา เรื่อง การพัฒนาในกลุ่มบุคคลออทิสติกสเปคตรัม ในระดับอุดมศึกษา. วันพฤหัสบดีที่ 24 พฤษภาคม 2555 ณ ห้องประชุม  
สุ ธรรมอารีกุล 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. ชาญวิทย์ 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 ภาษาและ

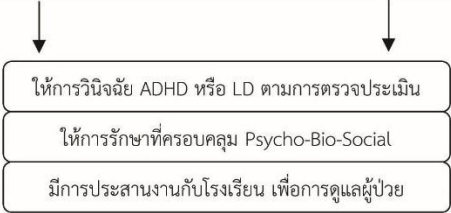
การแก้ไข ประสบการณ์จากโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. กรุงเทพมหานคร:  
บริษัท ปียอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2555.

13. สุภาพร นาคนาวาและ อิศราวัลย์ สุดตลอด. คู่มือกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความบกพร่อง

ทางพัฒนาการสำหรับหน่วยบริการส่งเสริมพัฒนาการ. สมุทรปราการ: โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์; กันยายน 2555.

แผนภูมิการดูแลปัญหาพฤติกรรมและการเรียน

หน่วยงาน	กระบวนการ	เครื่องมือ	ความรู้
โรงเรียน	 <p>คัดกรองเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม "จนเกินไป ใจลอย คอยไม่ได้" การเรียน "เขียนพลาด อ่านผิด คิดเลขไม่คล่อง สองชั้นเรียน"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบประเมิน SDQ</li> <li>- แบบคัดกรอง KUSSI หรือแบบคัดกรองอื่นที่สามารถคัดกรองภาวะออทิสติก-สมาธิสั้น-LD ได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น, LD และการใช้แบบคัดกรอง</li> </ul>
รพ.สต. รพช. (ที่ไม่มีกุมารแพทย์)	 <p>ลงทะเบียนและเก็บข้อมูล ส่งต่อตามสิทธิ ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ ปัญหาการเรียนและโรคสมาธิสั้น</p> <p>หากมีกุมารแพทย์หรือจิตแพทย์สามารถข้ามไปยังขั้นตอนถัดไป</p>	Z55.x F99	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความรู้เกี่ยวกับแบบประเมินเฉพาะ</li> <li>- ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD)</li> </ul>
รพช. รพท. (มีกุมารแพทย์/ จิตแพทย์แต่ไม่มี จิตแพทย์เด็ก)	 <p>ประเมินประวัติ</p> <p>ส่งสัย LD</p> <p>ส่งสัยสมาธิสั้น</p> <p>ประเมินเชาวน์เล็ก หรือ WISC + WRAT-T</p> <p>1. วินิจฉัยเบื้องต้น 2. รักษาเบื้องต้นด้วยเทคนิคการปรับพฤติกรรม และให้คำปรึกษา พ่อแม่/ครู</p> <p>ส่งสัย LD</p> <p>ใช่</p> <p>ใช่</p> <p>CPG โรคอื่น</p>	F99 F80.9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความรู้เกี่ยวกับ การประเมินโรคสมาธิสั้นและLD</li> <li>- ความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลสมาธิสั้นและLD</li> <li>- การให้คำปรึกษาเบื้องต้น</li> <li>- ความรู้ในด้านการปรับพฤติกรรม</li> <li>- ความรู้ในการประสานงานกับโรงเรียน</li> </ul>

หน่วยงาน	กระบวนการ	เครื่องมือ	ความรู้
รพท. M3+5 รพศ. A	 <p>↓</p> <p>↓</p> <p>ให้การวินิจฉัย ADHD หรือ LD ตามการตรวจประเมิน</p> <p>ให้การรักษาที่ครอบคลุม Psycho-Bio-Social</p> <p>มีการประสานงานกับโรงเรียน เพื่อการดูแลผู้ป่วย</p>	F90.x - WISC + WRAT F81.x - ระบบยาทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น - ระบบการส่งต่อและรับกลับผู้ป่วย (เกณฑ์การส่งต่อ)	- ความรู้ด้านโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น - ความรู้ในการประเมินและรักษาโรคร่วมทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอื่น ๆ



## ตารางแสดงแผนการบำบัดรักษาเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น (ADHD)

	รพ.สต. (Goal - Screening)	รพช. (Goal - Accessibility)	รพต./รพท. (Goal - Proportion of patients in need of tertiary care)	รพจ. (Goal - Readmission rate)
เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับบริการ (Inclusion criteria)	เด็ก 6-15 ปี	เด็กที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก	- ผู้ป่วยสมาธิสั้นที่จำเป็นต้องใช้ยา methylphenidate	- ผู้ป่วยสมาธิสั้นที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

	รพ.สต. (Goal - Screening)	รพช. (Goal - Accessibility)	รพศ./รพท. (Goal - Proportion of patients in need of tertiary care)	รพจ. (Goal - Readmission rate)
<p>บริการทางสุขภาพจิต/จิตเวช (Intervention)</p>	<p>- คัดกรองโรคสมาธิสั้น (ชนเกินไปเจอลอยคอยไม่ได้) - ให้ความรู้ผู้ปกครองเรื่องปรับพฤติกรรม</p>	<p>- ตรวจประเมินอาการจนเกินไปเจอลอยคอยไม่ได้ด้วยโปรแกรม CAMHS Aid พร้อมทำแบบประเมิน SNAP-IV สำหรับผู้ปกครองและครู</p> <p>- รพช. ที่มีกุมารแพทย์/จิตแพทย์/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวผ่านการอบรมจิตเวชเด็กและยา Methylphenidate สามารถสั่งการรักษาด้วยยาได้เลย</p> <p>- Parent Training Program</p>	<p>- วินิจฉัยสมาธิสั้นและโรคร่วม</p> <p>- ทำแบบประเมิน SNAP-IV สำหรับผู้ปกครองและครู-ส่งการรักษาด้วยยา Methylphenidate และยาสำหรับรักษาโรคร่วม</p> <p>- Parent Training Program</p>	<p>1. ประเมินอาการสมาธิสั้นด้วย SNAP</p> <p>-IV สำหรับผู้ปกครองและครู</p> <p>2. การรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยาเพิ่มสมาธิที่มีใน รพช./รพศ./รพท.</p> <p>3. บริการด้วยการรักษาทางเลือก เช่น HEG, Group CBT for ADHD, Group social skill training for ADHD</p>

	รพ.สต. (Goal - Screening)	รพ.ช. (Goal - Accessibility)	รพ.ศ./รพท. (Goal - Proportion of patients in need of tertiary care)	รพ.จ. (Goal - Readmission rate)
เกณฑ์การส่งต่อ (Referral criteria)	เด็กที่มีผลการคัดกรองเป็น ตัวอย่างน้อย 1 ด้าน	- ผู้ป่วยสมาธิสั้นที่จำเป็นต้อง ใช้ยา Methylphenidate	- ผู้ป่วยสมาธิสั้นที่ไม่ตอบสนอง ต่อการรักษาแบบผู้ป่วยนอก	-

## แผนภูมิการดูแลเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมและการเรียน

หน่วยบริการ	กระบวนการดูแล ADHD	เครื่องมือ / เทคโนโลยี / ข้อมูล				
โรงเรียน อสม./ ผู้ปกครอง	<div style="text-align: right;">Z 55.x F99</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;">                     คัดกรองปัญหาอายุ 4-18 ปี พฤติกรรมและการเรียน  <b>ซนเกินไปใจลอย คอยไม่ได้</b> </div>	- โรงเรียนประเมิน SDQ , KUSI - เกณฑ์ : ซนเกินไปใจลอย รอคอยไม่ได้หรือมีปัญหาการเรียน - ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับแบบ คัดกรองและโรค				
รพสต. / รพช. F1-3	<div style="text-align: right;">Z 55.x F99</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;">                     ลงทะเบียนเก็บข้อมูล                      ส่งต่อตามสิทธิ                 </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">หากมีกุมารแพทย์หรือจิตแพทย์ สามารถทำตามลำดับถัดไปได้</p>	- แบบประเมิน SNAP IV - แบบประเมินเซาว์เล็ก - ความรู้เกี่ยวกับแบบประเมิน เฉพาะ และโรคสมาธิสั้น / บกพร่องการเรียนรู้				
รพช. M 2 / รพท. M 1	F 90.9 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">ข้อแนะนำที่ 2 : ชักประวัติผู้ปกครอง และตรวจเด็กเพื่อประเมินอาการหลัก ของสมาธิสั้น</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">ข้อแนะนำที่ 3 : ขอข้อมูลโรงเรียนเกี่ยว กับอาการและผลกระทบของสมาธิสั้น</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">วินิจฉัยโรคขั้นต้น Provisional Diagnosis</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">ให้การรักษาเบื้องต้นและให้คำ แนะนำเบื้องต้น</td> </tr> </table>	ข้อแนะนำที่ 2 : ชักประวัติผู้ปกครอง และตรวจเด็กเพื่อประเมินอาการหลัก ของสมาธิสั้น	ข้อแนะนำที่ 3 : ขอข้อมูลโรงเรียนเกี่ยว กับอาการและผลกระทบของสมาธิสั้น	วินิจฉัยโรคขั้นต้น Provisional Diagnosis	ให้การรักษาเบื้องต้นและให้คำ แนะนำเบื้องต้น	- แบบประเมิน SNAP IV - แบบประเมินเซาว์เล็ก / WISC III , IV / WRAT-T (ตามบริบท) - ความรู้เกี่ยวกับแบบประเมิน เฉพาะและโรคสมาธิสั้น / บกพร่องการเรียนรู้ - ความรู้ด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น - การให้การปรึกษาเบื้องต้น - ความรู้ด้านการปรับพฤติกรรม - ประสานงานกับโรงเรียน
ข้อแนะนำที่ 2 : ชักประวัติผู้ปกครอง และตรวจเด็กเพื่อประเมินอาการหลัก ของสมาธิสั้น						
ข้อแนะนำที่ 3 : ขอข้อมูลโรงเรียนเกี่ยว กับอาการและผลกระทบของสมาธิสั้น						
วินิจฉัยโรคขั้นต้น Provisional Diagnosis						
ให้การรักษาเบื้องต้นและให้คำ แนะนำเบื้องต้น						

หน่วยบริการ	กระบวนการดูแล ADHD	เครื่องมือ / เทคโนโลยี / ข้อมูล								
รพท. / รพศ.	F90.x <table border="1" data-bbox="395 302 991 898"> <tr> <td data-bbox="395 302 644 353">ข้อแนะนำที่ 2-3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 353 991 405">ข้อแนะนำที่ 4 : วินิจฉัยโรคลมชัก</td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 405 991 456">ข้อแนะนำที่ 5 : ประเมินโรคร่วม</td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 456 991 551">ข้อแนะนำที่ 6 : ให้ความรู้ผู้ปกครอง และวางแผนการรักษา</td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 551 991 645">ข้อแนะนำที่ 7 : แนะนำปรับสภาพ แวดล้อมและปฏิบัติของผู้ปกครอง</td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 645 991 739">ข้อแนะนำที่ 8 : ประสานโรงเรียนและ แนะนำการช่วยเหลือสำหรับครู</td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 739 991 790">ข้อแนะนำที่ 9 : แนะนำทางเลือกใช้ยา</td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 790 991 898">ข้อแนะนำที่ 10 : ให้อาและติดตาม ผลการรักษา</td> </tr> </table>	ข้อแนะนำที่ 2-3	ข้อแนะนำที่ 4 : วินิจฉัยโรคลมชัก	ข้อแนะนำที่ 5 : ประเมินโรคร่วม	ข้อแนะนำที่ 6 : ให้ความรู้ผู้ปกครอง และวางแผนการรักษา	ข้อแนะนำที่ 7 : แนะนำปรับสภาพ แวดล้อมและปฏิบัติของผู้ปกครอง	ข้อแนะนำที่ 8 : ประสานโรงเรียนและ แนะนำการช่วยเหลือสำหรับครู	ข้อแนะนำที่ 9 : แนะนำทางเลือกใช้ยา	ข้อแนะนำที่ 10 : ให้อาและติดตาม ผลการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สหวิชาชีพเช่นนักจิตวิทยาครู การศึกษาพิเศษ</li> <li>- แบบประเมิน SNAP IV</li> <li>- แบบประเมินชาร์ลีย์เล็ก / WISC III , IV/ WRAT-T (ตามบริบท)</li> <li>- ความรู้เกี่ยวกับแบบประเมิน เฉพาะและโรคลมชัก / บกพร่องการเรียนรู้</li> <li>- ความรู้ด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น</li> <li>- การให้การปรึกษา</li> <li>- กลุ่มพ่อแม่</li> <li>- ความรู้ด้านการปรับพฤติกรรม ประสานงานกับโรงเรียน</li> </ul>
ข้อแนะนำที่ 2-3										
ข้อแนะนำที่ 4 : วินิจฉัยโรคลมชัก										
ข้อแนะนำที่ 5 : ประเมินโรคร่วม										
ข้อแนะนำที่ 6 : ให้ความรู้ผู้ปกครอง และวางแผนการรักษา										
ข้อแนะนำที่ 7 : แนะนำปรับสภาพ แวดล้อมและปฏิบัติของผู้ปกครอง										
ข้อแนะนำที่ 8 : ประสานโรงเรียนและ แนะนำการช่วยเหลือสำหรับครู										
ข้อแนะนำที่ 9 : แนะนำทางเลือกใช้ยา										
ข้อแนะนำที่ 10 : ให้อาและติดตาม ผลการรักษา										
รพ.จิตเวช	<table border="1" data-bbox="507 943 869 1039"> <tr> <td data-bbox="507 943 869 994">ข้อแนะนำทุกข้อ 1-10</td> </tr> <tr> <td data-bbox="507 994 869 1039">ดูแลปัญหายุ่งยากซับซ้อน</td> </tr> </table>	ข้อแนะนำทุกข้อ 1-10	ดูแลปัญหายุ่งยากซับซ้อน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สหวิชาชีพเช่นนักจิตวิทยาครู การศึกษาพิเศษนักกิจกรรม นักสังคมสงเคราะห์เป็นต้น</li> <li>- แบบประเมิน SNAP IV</li> <li>- แบบประเมินชาร์ลีย์เล็ก / WISC III , IV / WRAT-T (ตามบริบท)</li> <li>- ความรู้เกี่ยวกับแบบประเมิน เฉพาะและโรคลมชัก / บกพร่องการเรียนรู้</li> <li>- ความรู้ด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น</li> <li>- การให้การปรึกษาเบื้องต้น</li> <li>- ความรู้ด้านการปรับพฤติกรรม ประสานงานกับโรงเรียน</li> <li>- ดูแลโรคร่วมทุกโรค</li> </ul>						
ข้อแนะนำทุกข้อ 1-10										
ดูแลปัญหายุ่งยากซับซ้อน										

## ข้อแนะนำที่ 1 สงสัยโรคสมาธิสั้นและประเมินเพื่อการวินิจฉัย

ข้อแนะนำที่ 1 : เด็กที่มาพบแพทย์ด้วยปัญหาการเรียนหรือปัญหาพฤติกรรมร่วมกับมีอาการนอนอยู่ไม่นิ่งขาดสมาธิเหม่อใจลอยหุนหันพลันแล่นใจร้อนวู่วามควรได้รับตรวจประเมินเพื่อการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น (น้ำหนักของหลักฐาน - ระดับ II, ระดับของคำแนะนำ - ระดับ A)

### นิยาม : ชนเกินไปใจลอยรอคอยไม่ได้

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit /Hyperactivity Disorder - ADHD) คือกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมองซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมอารมณ์การเรียน (หรือการทำงาน) หรือการเข้าสังคมกับผู้อื่นอย่างชัดเจนกลุ่มอาการนี้ประกอบด้วย

**อาการขาดสมาธิ**- เด็กจะมีลักษณะวอกแวกง่ายขาดความตั้งใจในการทำงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่ต้องใช้ความคิดเด็กมักจะแสดงอาการเหม่อลอยบ่อยๆ ฝืนกลางวันทำงานไม่เสร็จผลงานมักจะไม่เรียบร้อยตกๆ หล่นๆ เด็กมักจะมีลักษณะขี้ลืมทำของใช้ส่วนตัวหายเป็นประจำมีลักษณะเหมือนไม่ตั้งใจฟังเวลาพูดด้วยเวลาสั่งให้เด็กทำงานอะไรเด็กมักจะลืมหรือทำครึ่งๆ กลางๆ อาการนี้มักจะมีต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่

**อาการซน**- เด็กจะมีลักษณะซนหยุดหยิกนั่งนิ่งๆ ไม่ค่อยได้ต้องลุกเดินหรือขยับตัวไปมา มือไม่อยู่นิ่งสุขชอบจับโน้นจับนี่ชอบปีนป่ายเล่นเสียงดังเล่นผาดโผนหรือทำกิจกรรมที่เสียงอันตราย มักประสบอุบัติเหตุบ่อยๆ จากความซนและความไม่ระมัดระวังพุดมากพุดไม่หยุด

**อาการหุนหันพลันแล่น**- เด็กจะมีลักษณะวู่วามใจร้อนทำอะไรไปโดยไม่คิดก่อนล่วงหน้าว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นขาดความระมัดระวังเวลาต้องการอะไรก็จะต้องให้ได้ทันทีรอคอยไม่ได้ เวลาอยู่ในห้องเรียนมักจะพุดโพล่งออกมาโดยไม่ขออนุญาตครูก่อนมักตอบคำถามโดยที่ฟังคำถามยังไม่ทันจบชอบพุดแทรกเวลาที่คนอื่นกำลังคุยกันอยู่หรือกระโดดเข้าร่วมวงเล่นกับเด็กคนอื่นโดยไม่ขอก่อน ผู้ป่วยบางคนอาจจะมีอาการซนและอาการหุนหันพลันแล่นวู่วามเป็นอาการเด่นในขณะที่ผู้ป่วยบางคนอาจจะขาดสมาธิเป็นอาการเด่นโดยไม่มีอาการซนหรือหุนหันพลันแล่นชัดเจนผู้ป่วยต้องเริ่มแสดงอาการดังกล่าวก่อนอายุ 7 ปีและแสดงอาการในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไปเช่นที่โรงเรียนและที่บ้าน

### ระบาดวิทยา

โรคสมาธิสั้น (ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งโดยการศึกษาหาความชุกของโรคสมาธิสั้นทั่วโลก (worldwide-pooled prevalence) พบว่ามีความชุกร้อยละ 5.29 การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR) พบว่าเด็กในวัยเรียนประมาณร้อยละ 3-5 เป็นโรคสมาธิสั้นสำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาของโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานครพบว่ามีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 5.01 สำหรับการสำรวจความชุกระดับประเทศในปี 2555 พบความชุกร้อยละ 8.1

## สาเหตุ

โรคสมาธิสั้นมีสาเหตุจากหลายปัจจัยทั้งปัจจัยด้านชีวภาพและสภาพแวดล้อมที่อาจแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน ทั้งนี้เชื่อว่าสาเหตุสำคัญเกิดจากปัจจัยด้านพันธุกรรมที่น่าจะเกี่ยวข้องกับยีนมากกว่า 10 ตำแหน่งโดยผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีความผิดปกติของยีนตำแหน่งที่แตกต่างกัน ส่วนปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่อาจเป็นสาเหตุได้แก่ภาวะต่างๆที่มีผลต่อการพัฒนาของสมองเช่นภาวะทุพโภชนาการการติดเชื้ระหว่างการจัดครรภ์การสูบบุหรี่ของมารดาภาวะน้ำหนักรกเกิดน้อยการได้รับสารโลหะหนักโดยเฉพาะสารตะกั่วเป็นต้นการศึกษาเกี่ยวกับสมองพบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีปริมาตรของเนื้อสมองส่วน frontal และ temporal lobe น้อยกว่าเด็กปกติและมีความผิดปกติของขนาดและการทำงานของสมองส่วนต่างๆโดยเฉพาะบริเวณ prefrontal cortex, parietal cortex, basal ganglia, thalamus และ cerebellum การศึกษาระบบสารสื่อประสาทพบว่ามี ความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาทที่สำคัญได้แก่ dopamine, nor-adrenaline และ serotonin การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เด็กป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นแต่อาจเป็นปัจจัยเสริมให้อาการของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเป็นรุนแรงขึ้น

เด็กโดยเฉพาะในช่วงอายุ 6-12 ปีที่มาพบแพทย์ด้วยปัญหาการเรียนหรือปัญหาพฤติกรรมร่วมกับมีอาการนอนไม่นิ่งขาดสมาธิเหม่อใจลอยหุนหันพลันแล่นใจร้อนวุ่นวายแพทย์ควรนึกถึงโรคสมาธิสั้นและเริ่มการตรวจประเมินเพื่อการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นเด็กที่สมควรได้รับการประเมินว่าเป็นโรคสมาธิสั้นหรือไม่ มีลักษณะของดังนี้

1. มีอาการหลักของโรคสมาธิสั้นได้แก่ขาดสมาธิซนอยู่นิ่งและหุนหันพลันแล่น
2. มีปัญหาการเรียนเช่นผลการเรียนไม่ดีหรือต่ำกว่าที่ควรจะเป็นขาดความรับผิดชอบในการทำการบ้านทำงานที่ได้รับมอบหมายในห้องเรียนหรือการบ้านไม่เสร็จเหม่อลอยในเวลาเรียนหรือทำการบ้าน เป็นต้น
3. มีปัญหาพฤติกรรมเช่นต่อต้านก้าวร้าวเกรงไม่เชื่อฟังเหยียดเพื่อนแกล้งเพื่อนรบกวนผู้อื่นในห้องเรียนพฤติกรรมเสี่ยงอันตรายโหดเป็นต้น
4. มีปัญหาด้านอารมณ์เช่นใจร้อนหงุดหงิดง่ายอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ซึมเศร้าวิตกกังวลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ(low self-esteem) เป็นต้น
5. ปัญหาด้านสังคมเช่นทะเลาะกับคนอื่นบ่อยเข้ากับเพื่อนได้ยาก เป็นต้น
6. เนื่องจากโรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้องอย่างมากดังนั้นแพทย์ควรถามผู้ปกครองเพื่อคัดกรองว่าเด็กมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นหรือไม่ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“การเรียนเป็นอย่างไรบ้าง”

“มีปัญหาการเรียนหรือไม่”

“อยู่ที่โรงเรียนมีความสุขดีหรือไม่”

“มีปัญหาพฤติกรรมที่โรงเรียนที่บ้านหรือเวลาเล่นกับเพื่อนหรือไม่”

“มักทำงานที่ครูสั่งให้ทำในห้องเรียนหรือทำการบ้านไม่เสร็จหรือไม่”

## ข้อแนะนำที่ 2 ชักประวัติผู้ปกครองและสังเกตอาการของเด็ก

ข้อแนะนำที่ 2 : การตรวจประเมินผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นจำเป็นต้องอาศัยประวัติโดยตรงจากผู้ปกครองที่บ่งชี้ถึงอาการหลักของโรคสมาธิสั้นในสถานที่ต่างๆอายุที่เริ่มแสดงอาการระยะเวลาที่ผู้ป่วยแสดงอาการและระดับความรุนแรง (น้ำหนักของหลักฐาน - ระดับ II, ระดับของคำแนะนำ - ระดับ A)

**การสัมภาษณ์ผู้ปกครอง:** การสัมภาษณ์ผู้ปกครองมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการประเมินผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นการสัมภาษณ์ผู้ปกครองต้องครอบคลุมอาการของโรคระยะเวลาของอาการอายุที่เริ่มมีอาการสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการและผลกระทบของอาการต่อการทำหน้าที่ด้านต่างๆของผู้ป่วยโดยเฉพาะด้านการเรียนและสังคมและต้องครอบคลุมถึงประวัติการตั้งครุฑการคลอดพัฒนาการด้านต่างๆประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะประวัติโรคทางกายที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการคล้ายโรคสมาธิสั้นลักษณะการเลี้ยงดูรวมทั้งประวัติอาการของโรคทางจิตเวชอื่นที่มักพบร่วมด้วยโดยเฉพาะโรคในกลุ่มปัญหาพฤติกรรมเช่น โรคคือ (oppositional defiant disorder) และโรคเกร (conduct disorder) เป็นต้นแพทย์ควรสัมภาษณ์ผู้ปกครองในประเด็นต่อไปนี้

- พฤติกรรมขาดสมาธิซุกซอนอยู่ไม่นิ่งหุนหันพลันแล่นที่มีมากกว่าเด็กทั่วไปในวัยเดียวกันจนทำให้เกิดปัญหาในการเรียนและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน
- ข้อมูลเกี่ยวกับผลการเรียนและประสิทธิภาพในการช่วยเหลือจากครอบครัวและทางโรงเรียน
- ประวัติการตั้งครุฑและประวัติพัฒนาการในด้านต่างๆของเด็ก
- ประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะอาการชักและการเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ
- ประวัติอาการทางจิตเวชของเด็กเช่นอารมณ์ซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล
- ประวัติเกี่ยวกับความเครียดความขัดแย้งหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัวและความสัมพันธ์ของเด็กกับบุคคลในครอบครัว
- ประวัติการเลี้ยงดูเช่นการตามใจขาดการฝึกวินัยการละเลยทอดทิ้งหรือทารุณกรรมเด็ก เป็นต้น

**การตรวจเด็ก :** ควรมีการตรวจเด็กเพื่อประเมินสภาพจิตโดยรวมและตรวจหาอาการแสดงของโรคสมาธิสั้นรวมทั้งความผิดปกติทางจิตเวชอื่นๆที่อาจพบร่วมอย่างไรก็ตามการตรวจเด็กในบรรยากาศที่สงบในครั้งแรกๆอาจไม่พบอาการที่ชัดเจนของโรคสมาธิสั้น

**การใช้แบบสอบถาม :** แบบสอบถามที่เฉพาะเจาะจงกับอาการของโรคสมาธิสั้นเช่น แบบสอบถาม ADHD Rating Scale-IV และ SNAP-IV (ภาคผนวก) สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัยได้ดีกว่าแบบสอบถามที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับอาการของโรคสมาธิสั้นโดยทั่วไปแบบสอบถามที่เฉพาะเจาะจงกับอาการของโรคสมาธิสั้นที่ให้ผู้ปกครองหรือครูตอบสามารถแยกเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นกับเด็กที่ไม่เป็นสมาธิสั้นโดยมีค่า sensitivity และ specificity สูง

**การตรวจร่างกาย :** ควรมีการตรวจร่างกายเพื่อแยกโรคทางกายที่อาจเป็นสาเหตุรวมทั้งการตรวจชีพจรความดันโลหิตน้ำหนักส่วนสูงและการทดสอบการมองเห็นและการได้ยินเบื้องต้น โรคทางกายที่ผู้ป่วยอาจมีอาการคล้ายโรคสมาธิสั้นเช่น lead poisoning, thyroid disease, visual or auditory impairment เป็นต้น



**การทดสอบทางจิตวิทยา :** มีความจำเป็นเฉพาะในกรณีที่สงสัยว่าเด็กมีภาวะสติปัญญาบกพร่องหรือ learning disorder ทั้งนี้ควรส่งตรวจหลังจากที่ได้รับการรักษาให้อาการสมาธิสั้นดีขึ้นก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ในการทำแบบทดสอบส่วนการประเมินสมาธิโดยใช้แบบทดสอบต่างๆเช่น continuous performance test (CPT) ไม่สามารถนำมาใช้ในการยืนยันการวินิจฉัยได้

**การตรวจทางห้องปฏิบัติการ :** การตรวจสืบค้นทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมควรทำเฉพาะในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางคลินิกเท่านั้นโดยไม่มีความจำเป็นต้องส่งตรวจการตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคลื่นสมองหรือตรวจทางรังสีวิทยาหากไม่มีข้อสงสัยโรคทางกายจากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย

### ข้อแนะนำที่ 3 ประสานข้อมูลโรงเรียนเรื่องอาการสมาธิสั้นและผลกระทบ

**ข้อแนะนำที่ 3 :** แพทย์ควรหาข้อมูลจากโรงเรียนที่บ่งชี้ถึงอาการหลักของโรคสมาธิสั้นระดับความรุนแรงของอาการและผลกระทบต่อการเรียนหรือการทำงานในห้องเรียนเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น (น้ำหนักของหลักฐาน - ระดับ II, ระดับของคำแนะนำ - ระดับ B)

ข้อมูลจากครูมีความสำคัญมากในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในการประเมินผู้ป่วยแพทย์จึงควรขอข้อมูลเกี่ยวกับเด็กจากครูโดยอาจเป็นการสัมภาษณ์ครูโดยตรงถึงอาการของโรคสมาธิสั้น พฤติกรรมในระหว่างการเรียนรู้รวมถึงผลการเรียนและพฤติกรรมในโรงเรียนจุดเด่นจุดด้อยของเด็ก รวมทั้งผลกระทบต่อการเรียนและการเข้าสังคมของเด็กหรือให้ครูเขียนบรรยายพฤติกรรมของเด็กสั้นๆประมาณ 1-2 ย่อหน้าก็จะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยหรืออาจให้ครูตอบแบบสอบถาม ADHD Rating Scale-IV(13) ที่ประกอบด้วยอาการตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคสมาธิสั้นก็ได้ในกรณีที่ผู้ปกครองไม่อนุญาตให้แพทย์ขอข้อมูลจากครูอาจใช้สมุดรายงานสมุดการบ้านหรืองานที่ครูมอบหมายให้เด็กทำในห้องเรียนเป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัยได้

### ข้อแนะนำที่ 4 การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นใช้การวินิจฉัยทางคลินิกโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders, Fifth Edition (DSM-5)* (น้ำหนักของหลักฐาน - ระดับ II, ระดับของคำแนะนำ - ระดับ B)

#### เกณฑ์การวินิจฉัยสมาธิสั้น

1. การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นควรจะทำโดยผู้เชี่ยวชาญกุมารแพทย์จิตแพทย์หรืออื่นๆที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการดูแลแบบมีอาชีพที่มีการฝึกอบรมและความเชี่ยวชาญในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นบนพื้นฐานของ:

- การประเมินทางคลินิกและทางจิตสังคมรวมถึงพิจารณาเกี่ยวกับพฤติกรรมและอาการที่ต่างกันของแต่ละบุคคลและผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของบุคคลนั้นๆ

- ประวัติพัฒนาการและประวัติทางจิตเวชอื่นๆ

- รายงานการสังเกตการณ์และการประเมินสภาพจิตของบุคคลนั้น

2. การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นที่ไม่ควรนำข้อมูลพื้นฐานด้านเดียวหรือข้อมูลการสังเกตการณ์อย่างเดียวมานำวินิจฉัยเช่นจากแบบคัดกรองต่างๆ Conner, SNAP-IV , ADHD rating scale เป็นต้น

3. สำหรับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นประกอบด้วย 3 กลุ่มอาการคืออาการขาดสมาธิหุนหันพลันแล่น และอยู่ไม่นิ่งโดยอิงตามมาตรฐาน

- เกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-5

- มีผลกระทบระดับปานกลางขึ้นไปทางจิตสังคมและ / หรือการเรียนรู้หรือผลกระทบต่อชีวิตประจำวันซึ่งได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และ / หรือการสังเกตโดยตรง

- อาการต้องเกิดขึ้นมากกว่า 2 สถานที่ทั้งในสังคม, ครอบครัว, การศึกษาและ/ หรือที่ทำงาน

กระบวนการวินิจฉัยจะต้องประเมินพฤติกรรมอาการที่พบร่วม วัตถุประสงค์ที่ต้องการกลุ่มเพื่อนและครอบครัวโรงเรียนหรือที่ทำงานรวมถึงสุขภาพทางกายด้วย สำหรับวัยรุ่นทุกรายควรมีการประเมินพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูที่เกี่ยวข้องด้วย

4. สมาธิสั้นควรพิจารณาในทุกช่วงอายุที่มีอาการเพื่อเข้าใจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาการที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงวัย

5. ประเมินผลกระทบที่มีผลจากสมาธิสั้นเช่นมุมมองต่อตนเองและผู้อื่น ความมั่นใจในตนเอง

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 กำหนดให้แบ่งโรคสมาธิสั้นเป็น 3 ชนิดตามอาการเด่นที่ผู้ป่วยมีดังนี้

1. inattentive presentation เมื่อผู้ป่วยมีอาการในกลุ่มขาดสมาธิตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไปแต่มีอาการในกลุ่มอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นไม่ถึง 6 ข้อ

2. hyperactive-impulsive presentation เมื่อผู้ป่วยมีอาการในกลุ่มอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไปแต่มีอาการในกลุ่มขาดสมาธิไม่ถึง 6 ข้อ

3. combined presentation เมื่อผู้ป่วยมีอาการในกลุ่มขาดสมาธิตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไปร่วมกับมีอาการในกลุ่มอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป

**เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น**

A. ผู้ป่วยมีอาการขาดสมาธิ และ/หรือ อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอยู่ตลอดเวลา และรบกวนการทำหน้าที่หรือพัฒนาการ ดังลักษณะข้อ (1) และ/หรือ (2)

1. **อาการขาดสมาธิ** ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป นานมากกว่า 6 เดือน ถึงระดับไม่สอดคล้องกับระดับพัฒนาการ และมีผลกระทบด้านลบโดยตรงต่อกิจกรรมทางด้านสังคมและการศึกษา/การทำงาน

**หมายเหตุ** สำหรับวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่ (อายุ 17 ปีขึ้นไป) มีอาการต่อไปนี้มากกว่า 5 ข้อขึ้นไป

(a) ไม่สามารถจดจ่อกับรายละเอียดหรือเล่นเล่อกิจกรรมที่โรงเรียน การทำงาน หรือกิจกรรมอื่น

(b) มักมีความลำบากในการคงสมาธิในการประกอบกรงานหรือเล่น

(c) มักดูเหมือนไม่ได้ฟังสิ่งที่คนอื่นพูดกับตนอยู่

(d) มักทำตามคำสั่ง งานที่โรงเรียน งานบ้าน หรือหน้าที่ในการทำงานไม่ครบ

(e) มักมีความลำบากในการจัดระบบงานหรือกิจกรรม

(f) มักเลี้ยง ไม่ชอบ หรือล้งเล่ที่จะร่วมในงานที่ต้องการความใส่พยายาม

(g) มักทำของที่จำเป็นต่องานหรือกิจกรรมหาย

(h) มักวอกแวกจากสิ่งเร้าภายนอกได้ง่าย (ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่อาจรวมถึงการคิดเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้อง)

(i) มักหลงลืมงานประจำวัน

2.อาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป นานมากกว่า 6 เดือน และถึงระดับที่ไม่สอดคล้องกับระดับพัฒนาการและมีผลกระทบต่อด้านลบโดยตรงต่อกิจกรรมทางด้านสังคมและการศึกษา/การทำงาน

หมายเหตุ: สำหรับวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่ (อายุ 17 ปีขึ้นไป) มีอาการต่อไปนี้มากกว่า 5 ข้อขึ้นไป

- (a) มือ เท้า มักหยุกหยิก นั่งไม่ติดเก้าอี้
- (b) มักลุกจากที่นั่งในห้องเรียนหรือสถานการณ์อื่นที่ต้องนั่งกับที่
- (c) มักวิ่งหรือปีนป่ายอย่างมาก โดยไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ ( ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ อาจมีเพียงรู้สึกอยู่นิ่งไม่ได้
- (e) มัก “พร้อมที่จะชยับ” หรือทำเหมือน “ติดเครื่องยนต์”
- (f) มักพูดมากเกินไป
- (g) มักชิงตอบคำถามก่อนจะถามจบ
- (h) มักลำบากที่จะรอตามลำดับ
- (i) มักขัดหรือแทรกขึ้น

B. อาการขาดสมาธิ หรืออาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น หลายๆ อาการเริ่มเกิดขึ้นก่อนอายุ 12 ปี

C. อาการขาดสมาธิ หรืออาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น หลายๆ อาการเกิดขึ้นในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง (เช่น ที่บ้าน โรงเรียน หรือที่ทำงาน เกิดกับเพื่อนหรือญาติ หรือในกิจกรรมอื่นๆ)

D. มีหลักฐานชัดเจนว่ามีความบกพร่องทางด้านสังคม การศึกษา หรือการทำงาน

E. อาการไม่ได้เกิดจากการเป็น psychotic disorder และไม่เข้ากับความผิดปกติทางจิตอื่นๆ เช่น mood disorder, anxiety disorder, หรือ personality disorder)

ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นจะต้องวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะอื่นๆที่อาจทำให้เด็กมีอาการคล้ายกันดังต่อไปนี้

ภาวะอื่นๆที่ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากโรคสมาธิสั้น
1. พฤติกรรมชนปกติตามวัย
2. ปัญหาจากการเลี้ยงดูที่ขาดการฝึกระเบียบวินัย
3. ปัญหาเกี่ยวกับสายตาหรือการได้ยิน
4. โรคทางกายบางอย่างเช่นพิษจากสารตะกั่วลมชักหรือฮัยรอยด์เป็นพิษ
5. ผลข้างเคียงจากยาเช่น phenobarbital หรือ theophylline
6. โรคทางจิตเวชอื่นๆเช่น mental retardation, learning disorder, autistic disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, adjustment disorder, anxiety disorder, และ mood disorder

วิฐารณ บุญสิทธิ์, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(4): 373-386.

## ข้อแนะนำที่ 5 ประเมินภาวะโรคร่วม

ข้อแนะนำที่ 5 : ควรมีการประเมินภาวะที่อาจพบร่วม (coexisting conditions) ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นด้วย (น้ำหนักของหลักฐาน - ระดับ I, ระดับของคำแนะนำ - ระดับ A)

นอกจากอาการหลักของโรคแล้วผู้ป่วยอาจมีปัญหาอื่น ๆ ที่เป็นผลจากโรคสมาธิสั้นเช่น ผลการเรียนรู้ไม่ดีขาดแรงจูงใจในการเรียนมีพฤติกรรมต่อต้านหรือก้าวร้าวมีภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้า มีความรู้สึกลดคุณค่าในตนเองต่ำหรือมีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นจำนวนหนึ่งจะมีโรคร่วมทางจิตเวชที่อาจเป็นผลจากการมีโรคสมาธิสั้นหรือเป็นภาวะความบกพร่องของสมองที่พบร่วมกันได้แก่ oppositional defiant disorder, conduct disorder, anxiety disorder และ depressive disorder learning disorder และ tic disorder

โรคที่พบร่วม	ร้อยละ
Oppositional defiant disorder	40
Anxiety disorders	20-30
Learning disorders	20-25
Mood disorders	20-30
Conduct disorder	20-30
Substance use disorders	10-20
Tic disorders	5-10

## ข้อแนะนำที่ 6 แพทย์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและวางแผนการรักษา

ข้อแนะนำที่ 6 : แพทย์ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นแก่ผู้ปกครอง/ผู้ป่วยและวางแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (น้ำหนักของหลักฐาน - ระดับ I, ระดับของคำแนะนำ - ระดับ A)

### การวางแผนการรักษาและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค

หลังจากการวินิจฉัยควรมีการให้การปรึกษาผู้ปกครองเพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและวางแผนการรักษาตามแนวทางของโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องมีการติดตามต่อเนื่องนอกจากนี้ควรให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ปกครองแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องและให้ความรู้ที่ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้

- อาการของโรคสมาธิสั้นเป็นจากความบกพร่องของสมองโดยไม่ได้เป็นจากความตั้งใจของผู้ป่วยที่จะเกียจคร้านหรือก่อกวนผู้อื่น

- ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องอื่นที่พบร่วมด้วยต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ โดยเฉพาะหากไม่ได้รับการรักษา

- การพยากรณ์โรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการเรื้อรังและต้องการการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน สำหรับตัวผู้ป่วยควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับระดับพัฒนาการของผู้ป่วย

แพทย์ควรวางแผนการรักษากับผู้ปกครองโดยเน้นความจำเป็นที่ต้องมีการติดตามดูแลต่อเนื่องในระยะยาวและใช้การรักษาแบบผสมผสาน (multimodal management) ทั้งการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ การปรับสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยในการปรับตัวของเด็ก การช่วยเหลือด้านการเรียนการรักษาร่วมกันที่พบร่วม

ด้วยการใช้ยารักษาเมื่อมีความจำเป็นและการติดตามประเมินแก้ไขผลกระทบของโรคสมาธิสั้นที่เกิดขึ้น สำหรับตัวผู้ป่วยแพทย์ควรช่วยให้รับทราบปัญหาและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นให้เหมาะสมกับระดับพัฒนาการทั้งนี้ควรให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยมีภาพพจน์ของตนเองที่ดี

#### Parent management training

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น
2. สอนทักษะการปรับพฤติกรรมเด็กเบื้องต้นเช่นการเสริมแรงการทำโทษการแบ่งเวลา
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมและการดูแล
4. สอนทักษะการสร้างระเบียบวินัย
5. จัดการผลกระทบทางจิตใจของพ่อแม่

### ข้อแนะนำที่ 7 แนะนำการปรับสิ่งแวดล้อมและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ปกครอง

ข้อแนะนำที่ 7 : ควรแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมและการปฏิบัติของผู้ปกครองเพื่อช่วยให้เด็กสามารถควบคุมตนเองและปรับตัวได้ดีขึ้น (น้ำหนักของหลักฐาน - ระดับ II, ระดับของคำแนะนำ - ระดับ A)

#### การแนะนำการปฏิบัติของผู้ปกครองและการปรับสภาพแวดล้อม

เนื่องจากผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองทำให้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและมักถูกผู้ปกครองดุว่าหรือลงโทษดังนั้นจึงควรมีการแนะนำการปฏิบัติแก่ผู้ปกครองและปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น

#### คำแนะนำสำหรับผู้ปกครอง

1. จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านและกำหนดกิจวัตรประจำวันให้เป็นระเบียบแบบแผน
2. จัดหาบริเวณที่สงบและไม่มีสิ่งรบกวนสมาธิสำหรับให้เด็กทำการบ้าน
3. แบ่งงานที่มากให้เด็กทำทีละน้อยและคอยกำกับให้ทำงานเสร็จ
4. ควรพูดหรือสั่งงานในขณะที่เด็กพร้อมที่จะฟังเช่นอาจรอจังหวะที่เหมาะสมหรือบอกให้เด็กตั้งใจฟัง
5. บอกเด็กล่วงหน้าถึงสิ่งที่ต้องการให้ปฏิบัติและชื่นชมทันทีเมื่อเด็กทำได้หากเด็กยังทำไม่ได้อาจวางเฉยโดยไม่ตำหนิหรือประคับประคองช่วยเด็กให้ทำได้สำเร็จถ้าเป็นเรื่องที่สำคัญ
6. เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก่อกวนที่เป็นจากอาการของโรคสมาธิสั้นควรใช้วิธีที่นุ่มนวลหยุดพฤติกรรมนั้นหรือเบนความสนใจให้เด็กได้ทำกิจกรรมอื่นแทน
7. หากเด็กทำผิดควรใช้ท่าทีที่เอาจริงและสงบในการจัดการเช่นอาจใช้การแยกเด็กให้อยู่ในมุมสงบตามลำพังชั่วคราวหรือลงโทษด้วยวิธีที่ไม่รุนแรงและเป็นไปตามข้อตกลงเช่นลดเวลาดูโทรทัศน์ เป็นต้น
8. ให้เด็กมีโอกาสใช้พลังงานและการไม่ชอบอยู่นิ่งให้เป็นประโยชน์เช่นให้ช่วยงานบ้านที่สามารถทำได้
9. ผู้ปกครองควรเป็นตัวอย่างที่ดีและช่วยฝึกเด็กให้มีวินัยอดทนรอคอยบริหารเวลาและจัดระเบียบในการทำกิจกรรมต่างๆ
10. ติดต่อและประสานงานกับครูอย่างสม่ำเสมอในการช่วยเหลือเด็กด้านการเรียนและการปรับตัวในโรงเรียน

## ข้อเสนอแนะที่ 8 ประสานโรงเรียนให้ข้อมูลและแนะนำครูในการช่วยเหลือเด็ก

ข้อเสนอแนะที่ 8 : ควรมีการประสานงานกับโรงเรียนและแนะนำครูในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่โรงเรียน (น้ำหนักของหลักฐาน - ระดับ II, ระดับของคำแนะนำ - ระดับ B)

ควรมีการประสานงานกับทางโรงเรียนและให้คำแนะนำแก่ครูเพื่อให้เกิดความเข้าใจและการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในด้านการเรียนและการปรับตัวที่โรงเรียน ทั้งนี้หากผู้ปกครองยินยอมแพทย์อาจใช้วิธีโทรศัพท์หรือเขียนจดหมายถึงครูเพื่อบอกการวินิจฉัยและชี้แจงแนวทางการช่วยเหลือแพทย์อาจขอให้ครูตอบแบบสอบถาม ADHD Rating Scale-IV หรือ SNAP-IV เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นระยะ

### คำแนะนำสำหรับครู

1. ให้เด็กนั่งหน้าชั้นหรือใกล้ครูเพื่อจะได้คอยกำกับให้เด็กมีความตั้งใจในการทำงานที่ดีขึ้นไม่ควรให้เด็กนั่งหลังห้องหรือใกล้ประตูหน้าต่างซึ่งจะมีโอกาสถูกระตุ้นให้เสียสมาธิได้ง่าย
2. วางกฎระเบียบและตารางกิจกรรมต่างๆของห้องเรียนให้ชัดเจน
3. ช่วยดูแลให้เด็กทำงานเสร็จและคอยตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าเด็กจดงานได้ครบถ้วน
4. ฝึกการจัดระเบียบวางแผนแบ่งเวลาในการทำงานและตรวจทบทวนผลงาน
5. ให้การชื่นชมทันทีที่เด็กตั้งใจทำงานหรือทำสิ่งที่เป็นประโยชน์
6. เมื่อเด็กเบื่อหน่ายหรือเริ่มหมดสมาธิควรหาวิธีเตือนหรือเรียกให้เด็กกลับมาสนใจบทเรียนโดยไม่ทำให้เด็กเสียหน้า
7. เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก่อกวนอาจใช้วิธีพูดเตือนเบนความสนใจให้ทำกิจกรรมอื่นหรือแยกให้อยู่สงบตามลำพังประมาณ 5 นาทีควรหลีกเลี่ยงการตำหนิดูว่าหรือลงโทษรุนแรงซึ่งจะเป็นการร้ายให้เด็กเสียการควบคุมตัวเองมากขึ้น
8. ช่วยเหลือเป็นพิเศษทางด้านการเรียนเช่นการสอนเสริมแบบตัวต่อตัวกลุ่มเล็กๆในรายที่มีความบกพร่องในทักษะด้านการเรียน
9. มองหาจุดดีของเด็กสนับสนุนให้เด็กได้แสดงความสามารถและช่วยให้เพื่อนยอมรับ
10. ติดต่อกับผู้ปกครองอย่างสม่ำเสมอเพื่อวางแผนร่วมกันในการช่วยเหลือเด็ก

วิฐารณ บุญสิทธิ์, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(4): 373-386.

## ข้อแนะนำที่ 9 แนะนำการใช้ยาและให้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ

ข้อแนะนำที่ 9: ควรแนะนำทางเลือกในการรักษาด้วยการใช้ยาเมื่อมีข้อบ่งชี้พร้อมกับให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียเพื่อให้ผู้ปกครองตัดสินใจ (น้ำหนักของหลักฐาน - ระดับ I, ระดับของคำแนะนำ - ระดับ A)

มีหลักฐานการศึกษาวิจัยที่แสดงว่าการใช้ยาตามแนวทางที่ถูกต้องได้ผลดีกว่าวิธีการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยาโดยยาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองมีความตั้งใจในการเรียนและการทำงานได้ดีขึ้นซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสฝึกระเบียบวินัยความรับผิดชอบและทักษะทางสังคมต่างๆต่งนั้นเมื่อมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยากล่าวคือเมื่อมีการวินิจฉัยที่แน่ชัดว่าผู้ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นและอาการเป็นมากจนมีผลกระทบต่อการศึกษาหรือการดำเนินชีวิตประจำวันจึงควรแนะนำทางเลือกในการรักษาด้วยยาแก่ผู้ปกครองโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของทางเลือกที่จะใช้ยาหรือไม่ใช้ยาเพื่อให้ผู้ปกครองตัดสินใจในกรณีผู้ป่วยเด็กโตและวัยรุ่นควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับรู้และตัดสินใจด้วยการพิจารณาเลือกให้ยาให้คำนึงถึงการออกฤทธิ์ของยาผลข้างเคียงและโรคที่พบร่วมด้วยยาที่มีผลการรักษาตอบสนองสูงและมี effect size สูงได้แก่ยากลุ่ม Stimulants

ยาที่ได้รับการรับรองให้ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยมี 3 กลุ่มที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นได้แก่

1. CNS stimulant คือ methylphenidate
2. Non-CNS stimulant คือ atomoxetine
3. Alternative medication คือ Imipramine, Clonidine, Bupropion

### CNS stimulant : Methylphenidate

เป็นยาที่ควรใช้เป็นทางเลือกแรก (first-line) ออกฤทธิ์โดยเพิ่มระดับของ dopamine ในสมองส่วน prefrontal cortex ทำให้การทำหน้าที่ในด้าน executive function ของสมองดีขึ้นและลดอาการของผู้ป่วยทั้งในด้านสมาธิสั้นอยู่นิ่งและหุนหันพลันแล่นโดยได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยยาในกลุ่มนี้ได้ถูกนำมาใช้รักษาโรคสมาธิสั้นเป็นเวลานานมากกว่า 60 ปีและมีข้อมูลการศึกษาวิจัยมากมายที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยในประเทศไทยจัดยากลุ่มนี้เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทสองซึ่งมียาเพียงตัวเดียวคือ methylphenidate และมีจำหน่าย 2 ชนิดได้แก่ชนิดออกฤทธิ์สั้นขนาดเม็ดละ 10 ม.ก. และชนิดออกฤทธิ์ยาวขนาดเม็ดละ 18 ม.ก. และ 36 ม.ก. ยาทั้ง 2 ชนิดได้รับการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยาให้ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป

ควรหลีกเลี่ยงการใช้ methylphenidate ในผู้ที่มีประวัติติดสารเสพติดอย่างไรก็ตามพบว่าการใช้ยาไม่ได้เพิ่มแต่กลับลดโอกาสที่ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นจะติดสารเสพติดเมื่อโตขึ้น

**Ritalin** ออกฤทธิ์สั้น มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 3-5 ชั่วโมงจึงต้องให้วันละ 2-3 ครั้งโดยอาจเริ่มต้นให้ครั้งละ 0.3 ม.ก./ก.ก. หรือ 5 มก. (ครึ่งเม็ด) สำหรับเด็กน้ำหนักน้อยกว่า 25 ก.ก. หรือครั้งละ 10 ม.ก. (1 เม็ด) สำหรับเด็กน้ำหนักมากกว่า 25 ก.ก. ในตอนเช้าและเที่ยงและ/หรือเย็นแล้วค่อยๆปรับเพิ่มขนาดและ/หรือให้เพิ่มอีกครั้งในช่วงบ่ายหรือเย็นทั้งนี้ไม่ควรให้หลัง 18 นาฬิกาเพื่อหลีกเลี่ยงผลของยาที่ทำให้นอนไม่หลับขนาดรักษาโดยทั่วไปอยู่ที่ 0.7-1.0 ม.ก./ก.ก./วันสูงสุดไม่เกิน 60 ม.ก./วันแม้ว่ายานี้ได้รับการรับรองให้ใช้ในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปแต่ในปัจจุบันไม่มีข้อมูล

การศึกษาวินิจฉัยในเด็กอายุ 3-5 ปีที่แสดงถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยเช่นกันเพียงแต่มีโอกาสพบผลข้างเคียงได้บ่อยกว่าในเด็กโตดังนั้นหากมีความจำเป็นต้องใช้ยานี้ในเด็กเล็กจึงควรเริ่มต้นในขนาดต่ำ เช่นครั้งละ 2.5 ม.ก. (1/4 เม็ด) และปรับเพิ่มได้สูงสุดไม่เกิน 30 ม.ก./วัน

**Concerta** เป็นยาที่ผลิตในรูปแบบแคปซูลชนิดที่มีการปล่อยตัวออกมาทีละน้อยด้วยกลไก reverse osmosis จึงออกฤทธิ์ยาวประมาณ 12 ชั่วโมงและต้องกลืนยาทั้งเม็ดโดยห้ามบดเคี้ยวหรือแบ่งเม็ดยาเพราะจะทำให้กลไกการออกฤทธิ์ยาวเสียไปเกิดผลข้างเคียงจากยามากเพราะปริมาณยาออกฤทธิ์มากในทันทีให้ยาเพียงครั้งเดียวในตอนเช้าหลังอาหารเช้าเริ่มให้ที่ขนาด 18 mg/day แล้วเพิ่มขนาดจนได้ผลดีโดยให้สูงสุดที่ 72 mg/day ในวัยรุ่น

ควรซักประวัติการเสียชีวิตเฉียบพลันโดยไม่ทราบสาเหตุในครอบครัวหรือมีประวัติเจ็บหน้าอกเป็นลมโดยไม่ทราบสาเหตุถ้ามีต้องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อนให้ยานอกจากนี้ยังห้ามใช้ยาร่วมกับยากลุ่ม monoamine oxidase inhibitor ผู้ป่วยที่มีภาวะต่อหินและมีอาการวิตกกังวลอย่างมาก

### Non-CNS stimulant :Atomoxetine

เป็นยาใหม่ที่ไม่ใช่ CNS stimulant ออกฤทธิ์โดยการเพิ่มระดับของ nor-adrenaline ที่บริเวณสมองส่วนหน้าซึ่งสามารถเพิ่มสมาธิได้เช่นกันมีประสิทธิภาพที่ดีแต่ควบคุม hyperactive ต่ำกว่าเล็กน้อยเมื่อเทียบกับยาในกลุ่ม CNS stimulant อาจเลือกใช้เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือมีผลข้างเคียงจาก CNS stimulant หรือในกรณีที่มีอาการ tic ที่รุนแรงเป็นยาที่ออกฤทธิ์ยาวทั้งวันไม่มีผลข้างเคียงเรื่องนอนไม่หลับจึงสามารถให้ได้ทั้งเวลาเช้าและเย็นรับประทานได้ทั้งก่อนและหลังอาหารมีขนาดยา 10, 18, 25, 40, 60 mg ขนาดที่เริ่มใช้คือ 0.5 mg/kg/day เป็นเวลา 1-2 สัปดาห์แล้วเพิ่มเป็น 1.2 mg/kg/day สูงสุดไม่เกิน 1.8 mg/kg/day

ห้ามใช้atomoxetineในผู้ป่วยที่มีภาวะต่อหินหรือกำลังได้รับยาในกลุ่มmonoamineoxidase inhibitor และควรระวังการใช้ร่วมกับยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งเอ็นไซม์ CYP2D6 เนื่องจากถูกทำลายด้วยเอ็นไซม์นี้

### Alternative medication : Imipramine, Clonidine, Bupropion

นอกจากยาได้รับการรับรองให้ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น 2 ชนิดดังกล่าวยาอื่นที่ออกฤทธิ์เพิ่มระดับของ dopamine หรือ noradrenaline ของสมองก็อาจได้ผลในการรักษาเช่นกันเช่นยาในกลุ่ม alpha adrenergic agonist ได้แก่ clonidine และยา antidepressant บางตัวได้แก่ imipramine และbupropion

### ยารักษาโรคสมาธิสั้นที่พบโรคร่วม

โรคสมาธิสั้นพบร่วมกับโรคต่อต้าน (oppositional defiant disorder) 40 % และพบร่วมกับโรคเกร (conduct disorder) 20% ซึ่งมักมีพฤติกรรมก้าวร้าวร่วมด้วยการใช้ยา Methylphenidate จะช่วยลดอาการของสมาธิสั้นและต่อต้านได้ซึ่งอาจต้องใช้ปริมาณสูงกว่ารักษาสมาธิสั้นอย่างเดียวตาม Management of ADHD with Aggression : International Consensus(2004) แนะนำให้ Risperidone 0.5 mg ก่อนนอนและสามารถเพิ่มขนาดยาได้ถึง 2 mg/dayโรคสมาธิสั้นพบร่วมกับกลุ่มโรคซึมเศร้า 15-20% และพบร่วมกับโรคกลุ่มวิตกกังวล 20-25%ซึ่งจะเป็นกลุ่มโรคที่ทำให้เข้าสู่การใช้สารเสพติดได้รักษาโรคสมาธิสั้นร่วมกับกลุ่มโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวลด้วย Methylphenidate อันดับแรกหากความ



รุนแรงไม่มากและใช้ selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) เป็นอันดับแรกหากความรุนแรง ซึมเศร้ามาก

โรคสมาธิสั้นพบร่วมกับกลุ่มโรคออทิสติกตอบสนองต่อการใช้ methylphenidate 70-80% Effect Size ลดลงถึง 0.5 ซึ่งตอบสนองน้อยกว่าให้ยารักษาสมาธิสั้นเพียงอย่างเดียวและอาจทำให้เกิดอาการ หงุดหงิดมากขึ้นได้ยาที่รักษาโรคสมาธิสั้นที่มีโรคออทิสติกร่วมเช่น Atomoxetine , Risperidone ,Clonidine ,Carbamazepine , Aripiprazole

**ข้อแนะนำที่ 10 หากตัดสินใจใช้ยาควรเลือกยาที่ได้รับการรับรองให้ใช้รักษาสมาธิสั้นและติดตาม**

#### ผลการรักษา

ข้อแนะนำที่ 10: หากผู้ปกครองตัดสินใจให้ใช้ยาแพทย์ควรเลือกใช้ยาที่ได้รับการรับรองให้ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นและติดตามประสิทธิผลและอาการไม่พึงประสงค์ของการรักษาด้วยยา (น้ำหนักของหลักฐาน - ระดับ I, ระดับของคำแนะนำ - ระดับ A)

#### ผลข้างเคียงและข้อควรระวังของยารักษาโรคสมาธิสั้น

##### Methylphenidate

ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยได้แก่อาการเบื่ออาหารปวดศีรษะไม่สบายตัวนอนไม่หลับบางครั้งพบว่าชอบแคะแคะผิวหนังกัดเล็บหรือมีอาการ tic เพิ่มขึ้นซึ่งผลข้างเคียงเหล่านี้จะลดลงหรือหายไปหลังจากใช้ยาไประยะหนึ่งแต่ถ้าพบว่ามีผลข้างเคียงมากควรลดขนาดยาหรือเปลี่ยนเป็นยากลุ่มอื่น

Methylphenidate มีข้อห้ามใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม monoamine oxidase inhibitor และในผู้ป่วยที่มีภาวะต่อหีนมีอาการกระวนกระวายหรือวิตกกังวลอย่างมากหรือมีความผิดปกติทางโครงสร้างของหัวใจหรือโรคหัวใจรุนแรงดังนั้นจึงควรมีการซักประวัติความเจ็บป่วยและตรวจร่างกายผู้ป่วยก่อนเริ่มใช้ยานี้ ส่วนการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจหรือตรวจพิเศษอื่น ๆ นั้นไม่มีความจำเป็นต้องทำในผู้ป่วยทุกรายนอกจากในกรณีที่มีข้อบ่งชี้เช่นมีประวัติเจ็บหน้าอกเป็นลมโดยไม่ทราบสาเหตุหรือมีประวัติครอบครัวของการเสียชีวิตเฉียบพลันโดยไม่ทราบสาเหตุนอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการใช้ methylphenidate ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดสารเสพติดอย่างไรก็ตามพบว่าการใช้ยานี้ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดแต่กลับจะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นมีโอกาสติดสารเสพติดเมื่อโตขึ้นน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา

##### Atomoxetine

ผลข้างเคียงส่วนใหญ่ไม่รุนแรงอาจพบอาการปวดท้องอาเจียนหรือง่วงนอนได้มากกว่าบ้าง ห้ามใช้ยาร่วมกับยากลุ่ม monoamine oxidase inhibitor ผู้ป่วยที่มีภาวะต่อหีนและควรระวังการใช้ยาร่วมกับยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งเอ็นไซม์ CYP2D6 เนื่องจากจะทำให้ระดับยาatomoxetineเพิ่มขึ้น

#### ยาอื่นๆ

นอกจากยาที่ได้รับการรับรองให้ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น 2 ชนิดดังกล่าวยาอื่นที่ออกฤทธิ์เพิ่มระดับของ dopamine หรือ noradrenaline ของสมองก็อาจได้ผลในการรักษาเช่นกันเช่นยาในกลุ่ม alpha adrenergic agonist ได้แก่ clonidine และยา antidepressant บางตัว ได้แก่ imipramine และbupropionแต่เนื่องจากยาเหล่านี้มีประสิทธิภานน้อยกว่าและมีข้อมูลการศึกษาที่จำกัดจึงไม่ควร

ใช้เป็นทางเลือกแรกในการรักษาและควรปรึกษาหรือส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อนที่จะพิจารณาเลือกैयाเหล่านี้

### ข้อแนะนำที่ 11 รักษาต่อเนื่องและประเมินเป็นระยะ

ข้อแนะนำที่ 11: ควรให้การรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีการประเมินติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ (น้ำหนักของหลักฐาน - ระดับ I, ระดับของคำแนะนำ- ระดับ A)

ควรมีการติดตามประเมินผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยา รวมทั้งติดตามน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยเป็นระยะหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่รุนแรงหรือสามารถปรับแก้ไขได้ก็อาจใช้ยาต่อไปได้โดยมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าผลข้างเคียงนั้นรุนแรงจนผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ อาจต้องพิจารณาเปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่นหรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญตามความเหมาะสม

หากผู้ป่วยได้ผลดีจากการรักษาด้วยยา ร่วมกับการให้คำแนะนำตามแนวทางข้างต้นก็ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมด้วยวิธีอื่น แต่ควรได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องติดต่อกันนานหลายปี จนกว่าจะมีวุฒิภาวะและสามารถควบคุมตนเองได้ดีพอซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยมักจำเป็นต้องใช้ยารักษาจนถึงวัยรุ่นหรือนานกว่า

การพิจารณาหยุดยาควรทำเมื่อมีข้อบ่งชี้บางอย่างว่าผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาแล้ว เช่น เมื่อผู้ป่วยมีการเรียนและการปรับตัวที่ดีและไม่แตกต่างกันระหว่างช่วงที่ได้รับและไม่ได้รับยา ทั้งนี้ อาจลองหยุดยาชั่วคราวในช่วงกลางภาคเรียนเพื่อดูการตอบสนอง

### การติดตามผู้ป่วย

เนื่องจากโรคสมาธิสั้นเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการของจนถึงวัยรุ่นจึงควรมีการรักษาและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยและผลกระทบทางด้านจิตสังคมต่างๆ รวมทั้งควรติดตามการเรียนและการปรับตัวที่โรงเรียนเช่น โดยการให้ครูตอบแบบประเมิน ADHD rating scale หรือ SNAP IV อย่างน้อยภาคเรียนละ 1 ครั้ง

ในกรณีที่ใช้ยารักษาควรมีการติดตามประเมินผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งติดตามน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยเป็นระยะโดยทั่วไปผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นมักไม่รุนแรงและสามารถปรับแก้ไขได้เช่นในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารหรือน้ำหนักลดก็อาจปรับโดยให้ผู้ป่วยกินอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงเพิ่มขึ้นในช่วงที่ยาหมดฤทธิ์ แต่ถ้าผลข้างเคียงนั้นรุนแรงจนผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ อาจต้องพิจารณาเปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่นหรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ

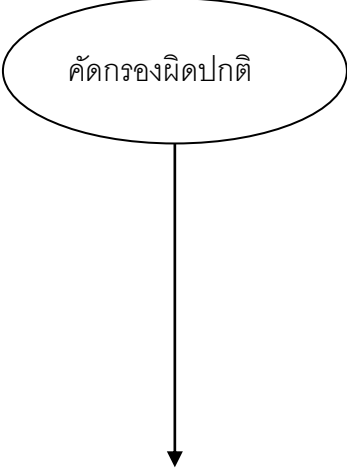
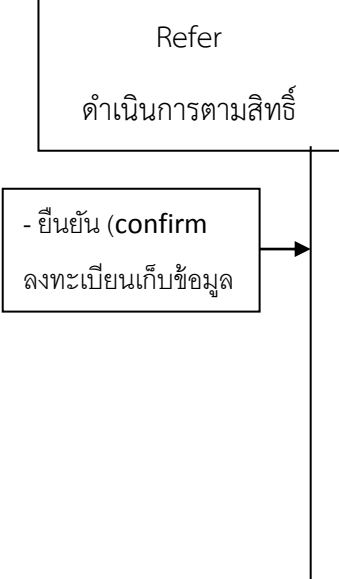
ผู้ป่วยที่ได้ผลดีจากการรักษาด้วยยา ร่วมกับการให้คำแนะนำตามแนวทางข้างต้นไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมด้วยวิธีอื่น แต่ควรได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องติดต่อกันนานหลายปีจนกว่าจะมีวุฒิภาวะและสามารถควบคุมตนเองได้ดีพอซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ยารักษาจนถึงวัยรุ่นหรือนานกว่า การพิจารณาหยุดยาควรทำเมื่อผู้ป่วยมีการเรียนและการปรับตัวที่ดีและมีโอกาสสังเกตว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างช่วงที่ได้รับและไม่ได้รับยาโดยอาจลองหยุดยาในช่วงกลางภาคเรียนเพื่อดูการตอบสนองไม่ควรลองหยุดยาในช่วงเปิดเทอมใหม่ๆหรือในช่วงใกล้สอบ

## ข้อแนะนำที่ 12 ทบทวนแผนการรักษาและแก้ไขปัญหาที่พบบ่อย

ข้อแนะนำที่ 12: หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยดีควรมีการทบทวนแผนการรักษา แก้ไขปัญหาที่พบบ่อยหรือพิจารณาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ (น้ำหนักของหลักฐานระดับ II, ระดับของคำแนะนำ - ระดับ B)

หากผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองด้วยดีจากการรักษาด้วยยา ร่วมกับการให้คำแนะนำตามแนวทางข้างต้น ควรมีการประเมินผู้ป่วยซ้ำและพิจารณาให้การรักษาเพิ่มเติม เช่น การรักษาโรคที่พบบ่อย การรักษาด้วย พยาธิกรรมบำบัดหรือครอบครัวบำบัด (อยู่นอกเหนือแนวปฏิบัตินี้) หรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ

## แผนภูมิการดูแลเด็กที่มีปัญหาการเรียน

หน่วยงาน		เครื่องมือ	Knowledge
โรงเรียน		<ul style="list-style-type: none"> <li>•แบบประเมินความสามารถทาง เซาว์น ปี ญ ญา เต ก อ าย 2-15 ปี</li> <li>• KUS-SI*</li> <li>•แบบประเมินอื่นๆ</li> </ul>	
รพ.สต + รพช. F1-3		<ul style="list-style-type: none"> <li>•แบบประเมินความสามารถทาง เซาว์น ปี ญ ญา เต ก อ าย 2-15 ปี</li> <li>• KUS-SI*</li> <li>• SDQ</li> <li>•แบบประเมินอื่นๆ</li> </ul>	•แผ่นพับความรู้

<p>รพท. M2</p> <p>รพท. M1</p>	<p>มีแนวโน้มว่าไม่ใช่ LD</p> <p>ประเมินเชาวน์เด็ก / WRAT-T</p> <p>มีแนวโน้ม LD</p> <p>ให้การดูแลตาม CPG โรคอื่นๆ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•แบบประเมินความสามารถทางเชาวน์ ปี ๒-๑๕ ปี</li> <li>• WRAT-T+ WISC-III,IV (ทำได้ในกรณีรพ. มีนักจิตวิทยาคลินิก)</li> <li>• KUS-SI*</li> <li>• SDQ</li> <li>• Psycho education</li> <li>•ความรู้เรื่อง LD</li> <li>•มีปัญหาการเรียน =Z55.0</li> <li>•แนวทางการส่งต่อ</li> </ul> <p>ส่งต่อ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•ความรู้เรื่อง CPG LD</li> <li>• Psycho-social Clinic (Life skill)</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• WISC, WRAT-T, Standard</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•ความรู้เรื่อง</li> </ul>

LD

- Psycho education
- การประสานโรงเรียน/ศูนย์

<p>รพท / รพศ</p>		<p>Test</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KUS-SI*</li> <li>• SDQ</li> <li>• Psycho education</li> <li>•ความรู้เรื่อง LD</li> <li>• LD = F81.x</li> <li>•มีปัญหาการเรียน = Z55.0</li> <li>•แนวทางการส่งต่อ</li> </ul>	<p>CPG LD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psycho-social Clinic (Life skill)</li> </ul>
<p>รพ.จิตเวช</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กรณียุ่งยากซับซ้อน หรือ มี Co-morbid โรคทางจิตเวชอื่น</li> <li>- เพื่อการตรวจวินิจฉัย</li> <li>- เพื่อ การให้การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ</li> </ul> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช</p> </div>	



--	--	--	--

## ภาวะบกพร่องทางการเรียน (Specific learning disorder)

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขแต่ละระดับรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคบกพร่องทางการเรียนในช่วงอายุ 7-13 ปี
2. เพื่อให้แพทย์มีความรู้เกี่ยวกับโรคบกพร่องทางการเรียน (Specific Learning Disorder : SLD) สามารถคัดกรองและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวโรงเรียนเพื่อช่วยเหลือเด็กได้
3. เพื่อให้แพทย์และทีมสหวิชาชีพมีแนวทางร่วมกันในการช่วยเหลือเด็กและครอบครัว
4. เพื่อให้ทราบข้อบ่งชี้และแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

**โรคบกพร่องทางการเรียน (Specific Learning Disorder : SLD)** คือโรคที่สมองส่วนแปลงภาษาและ/หรือสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ทักษะทางคณิตศาสตร์ทำงานผิดปกติจึงทำให้เด็กไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาที่เรียนได้ทำให้ผลการเรียนตกต่ำทั้งที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติมีการช่วยเหลือทบทวนแล้วและเด็กไม่ได้เป็นปัญญาอ่อน

### อุบัติการณ์

ความชุก (Prevalence) พบได้ร้อยละ 4-6 ของเด็กวัยเรียนอัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 3-4 ต่อ 1 ยกเว้นกลุ่มที่บกพร่องด้านการคำนวณซึ่งพบในเด็กหญิงมากกว่า

### สาเหตุ

#### 1. ความบกพร่องของระบบประสาทสมอง

มีการศึกษาโดย PET Scan ผู้ป่วย Dyslexia ขณะอ่านหนังสือพบว่าสมองที่เกี่ยวข้องกับภาษาและการสื่อสารคือบริเวณ LT. Temporo – parietal และ LT. Occipito – temporal มีการทำงานน้อยกว่าคนปกติ

#### 2. ปัจจัยทางพันธุกรรม

พบว่าร้อยละ 35-50 ของญาติสายตรงของผู้ป่วย dyslexia เป็น dyslexia ด้วยเช่นกัน

### อาการแสดง

โรคบกพร่องทางการเรียน (SLD) มีอาการแสดงแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ

#### 1. ความบกพร่องด้านการอ่าน (Specific Learning Disorder with impairment in reading หรือ Dyslexia)

คือมีปัญหาการอ่านสะกดคำอ่านตะกุกตะกักอ่านข้ามอ่านแบบเดาคำแยกคำไม่ถูกไม่สามารถเข้าใจเรื่องี่อ่านได้

เด็กจึงหลีกเลี่ยงและขาดความมั่นใจในการอ่านหนังสือเมื่อเรียนระดับสูงขึ้นเด็กมักไม่สามารถอ่านจับใจความสำคัญได้ตั้งนั้นหากให้สรุปจากเรื่องที่อ่านมักใช้การจำและพูดเนื้อหาออกมาทั้งหมด

กลุ่มเสี่ยงคือเด็กอนุบาลที่มีพัฒนาการด้านการพูดล่าช้าเรียนรู้และจดจำตัวอักษรได้ช้าความผิดปกติจะชัดเจนขึ้นในระดับประถม



## 2. ความบกพร่องด้านการเขียน (Specific Learning Disorder with impairment in written expression)

คือความบกพร่องของทักษะการเขียนตัวอักษรการสร้างคำการสร้างประโยคการแปลงความคิดเป็นภาษาเขียนจนมีผลเสียต่อการเรียนรู้แสดงออกได้หลายรูปแบบเช่น

- เขียนตัวอักษรผิดโดยเฉพาะตัวอักษรที่มีลักษณะคล้ายกันเช่นร-ว, ฉ-น, ต-ต, ถ-ภ เป็นต้น
- เขียนหัวอักษรสลับด้านสับสนในตัวอักษรที่ต้องมีการม้วนหัวเข้าหรือออก
- สะกดผิดบ่อยๆแม้เป็นคำง่ายๆ
- เขียนตามคำอ่านเช่น  
    การบ้านเขียนเป็นกานบ้าน  
    น้ำตาลทรายเขียนเป็นน้ำตาลนชาย  
    บริเวณเขียนเป็นบอริเวณ
- มักเขียนประโยคสั้นๆใช้คำง่ายใช้คำซ้ำๆและไม่มีรายละเอียดขยาย
- ไม่ค่อยจดงานเวลาอยู่ในห้องเรียน
- เมื่อเรียนชั้นสูงขึ้นก็ยังมีปัญหาการเขียนเรียงเรียงจนมีปัญหาในการถ่ายทอดความคิดผ่านการเขียน

## 3. ความบกพร่องด้านการคำนวณ (Specific Learning Disorder with impairment in Mathematic Disorder)

คือความบกพร่องของทักษะทางคณิตศาสตร์เริ่มสังเกตได้เมื่อเด็กเรียนรู้การนับจะพบว่าเด็กมีความสับสนเมื่อบอกเป็นจำนวนยิ่งเรียนชั้นสูงพบว่าเด็กขาดทักษะที่สำคัญ 4 ด้านคือการเชื่อมโยงตัวเลขกับภาษาเขียนการรับรู้และเข้าใจสัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์พื้นฐานการคำนวณ (เช่นบวกลบคูณหาร) ความอดทนในการทำงานเกี่ยวกับตัวเลขและมีอาการแสดงอื่นๆเช่น

- ไม่เข้าใจค่าของตัวเลข
- สับสนหลักการคิดขั้นตอนการคำนวณ
- ไม่เข้าใจเรื่องตัวเลขกับเวลา (การบอกเวลา)
- มีความสับสนหากให้เปลี่ยนวิธีทำไปมาในคราเดียวกันเช่นทำโจทย์บวก 8 ข้อแล้วทำโจทย์คูณ 5 ข้อและทำโจทย์ระคน 3 ข้อ (ตามความเหมาะสมของความรู้เด็ก)

อาจตรวจพบความบกพร่องเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านร่วมกันก็ได้เช่นเป็น SLD ด้านการอ่านร่วมกับการคำนวณหรือเป็น SLD ด้านการเขียนเพียงด้านเดียว

## โรคร่วม (Co morbidities)

โรค SLD พบโรคร่วมได้ถึง 40-50% การที่เด็ก SLD แต่ละคนมีความผิดปกติอื่นร่วมด้วยที่แตกต่างกันอาจทำให้อาการแสดงออกไม่เหมือนกันดังนั้นแนวทางช่วยเหลือจึงแตกต่างกันไปด้วยโรคร่วมทางจิตเวชได้แก่

1. โรคสมาธิสั้น (ADHD: Attention Deficit/ Hyperactivity Disorders) พบร่วมกับโรค SLD ได้มากถึง 30% อาการแสดงมักจะมีอาการขาดสมาธิหันหลังเล่นรอคอยไม่ได้
2. โรคบกพร่องด้านภาษา (expressive language disorders, mixed receptiveexpressive language disorders)
3. โรคบกพร่องการประสานงานการทำงานของตา-กล้ามเนื้อมือ-ขา (motor skills disorder)
4. โรคทางอารมณ์ (mood disorders) เช่นโรควิตกกังวลโรคซึมเศร้า
5. โรคการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorders)
6. ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวเกราะการใช้สารเสพติด

## เกณฑ์การวินิจฉัย

- A. มีปัญหาความยากลำบากในการเรียนรู้ และการใช้ทักษะด้านวิชาการตามข้อบ่งชี้ นานอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีอย่างน้อยหนึ่งอาการในข้อต่อไปนี้
  1. การอ่านคำไม่ถูกต้องหรือช้า และต้องใช้ความพยายามมาก
  2. มีความลำบากในการเข้าใจความหมายของสิ่งที่อ่าน
  3. มีปัญหาความยากลำบากในการสะกดคำ
  4. มีปัญหาความยากลำบากในการเขียน เช่น ใช้ไวยากรณ์หรือเว้นวรรคผิด
  5. มีปัญหาความยากลำบากในการเข้าใจความหมายความจริงของจำนวนหรือการคำนวณ
  6. มีปัญหาความยากลำบากกับเหตุผลเชิงคณิตศาสตร์
- B. ทักษะที่ถูกกระทบต่ำกว่าที่คาดอย่างมากเมื่อเทียบกับอายุ และเป็นสาเหตุรบกวนการปฏิบัติด้านการเรียน การงานอาชีพ หรือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน
- C. ความยากลำบากนี้เริ่มขึ้นในวัยเรียน แต่อาจไม่แสดงออกเต็มที่ จะกระทบทั้งความต้องการทักษะด้านวิชาการที่ถูกกระทบมีมากเกินขีดความสามารถของผู้นั้น
- D. ไม่เป็นจากปัญหาด้านสติปัญญา ปัญหาสายตาและการได้ยิน ความผิดปกติทางจิตใจหรือระบบประสาท ความทุกข์ยากทางจิตสังคม การขาดความชำนาญในภาษาที่ใช้ในการเรียนการสอน หรือการสอนแนะนำที่ไม่เพียงพอ

ทั้งนี้ให้ระบุ (specify) ว่า เด็กมีปัญหาบกพร่องด้านการอ่าน (with impairment in reading) บกพร่องด้านการเขียน (with impairment in written expression)หรือบกพร่องด้านคณิตศาสตร์ (with impairment in Mathematic )

## กระบวนการวินิจฉัย

### 1. ประเมินประวัติ

- ประวัติการเรียนรู้ของเด็ก : ผลการสอบรายงานของโรงเรียนแฟ้มสะสมผลงานสมุดงานหรือสมุดการบ้านโอกาสในการทบทวนบทเรียนของเด็ก
- ประวัติพัฒนาการโดยเฉพาะด้านภาษาการพูดและการสื่อสาร
- ประวัติโรคประจำตัวและการรักษาที่ได้รับ
- ประวัติครอบครัวและความสัมพันธ์ของเด็กกับคนใกล้ชิด (ครอบครัวเพื่อนครู)
- ประวัติการใช้ภาษาถิ่นและภาษาที่ใช้ในการศึกษาหากไม่ใช่ภาษาเดียวกันควรพิจารณาองค์ประกอบอื่น ๆ ร่วมเช่นเพื่อนหมู่บ้านเดียวกันที่นั่งที่ไปโรงเรียนเดียวกันมีพัฒนาการตามระดับชั้นเรียนคล้ายคลึงกับเด็กหรือไม่

ข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้รู้ถึงระดับการเรียนรู้ของเด็กเทียบกับระดับพัฒนาการสภาพแวดล้อมต่างๆที่ส่งผลต่อการเรียนและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของเด็ก

### 2. การตรวจร่างกาย / การประเมินสภาพจิต

- ตรวจร่างกายตามระบบ : เพื่อประเมินความผิดปกติที่มีผลรบกวนการเรียนรู้ของเด็กเช่น สายตาผิดปกติ ปัญหาการได้ยินอาการแสดงของโรคเรื้อรังเช่น ซีดโรคหอบหืดโรคหัวใจโรคลมชัก

- ตรวจสภาพจิต : ประเมินการพูดตอบคำถามเล่าเรื่องการใช้ภาษาเหมาะสมกับวัย
- ตรวจพัฒนาการและประเมินความสามารถในการเรียนรู้ :

แพทย์สามารถประเมินเบื้องต้นโดยใช้แบบเรียนภาษาไทยและคณิตศาสตร์ของกระทรวงศึกษาธิการตามระดับชั้นเรียนของเด็กหากไม่สามารถอ่านเขียนคำนวณในระดับนั้นๆได้ให้ลดระดับลงมาที่ละ 1 ชั้นเรียน

### 3. การตรวจทางจิตวิทยา

การทดสอบระดับสติปัญญา (IQ)

- แบบทดสอบเชาวน์เล็กเพื่อประเมินเบื้องต้นในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการส่งต่อ
- แบบประเมิน WISC-III , IV เพื่อทราบระดับความสามารถทางสติปัญญาทั้งนี้ความแตกต่างระหว่าง Verbal-Performances IQ ไม่มีความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคSLD
- แบบประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเช่น Wide Range Achievement test: WRAT

## การวินิจฉัยแยกโรค

### 1. ปัจจัยภายในตัวเด็กเอง

#### 1.1 ทางสมอง

- เชาวน์ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ : Intellectual disability
- ความบกพร่องของสมองเช่น โรคสมาธิสั้น Motor co-ordination Disorder ถึงแม้เด็ก SLD จะประวัติการเรียนรู้ที่ไม่เท่าชั้นเรียนและอาจไม่มีสมาธิบางครั้งมีอาการลึ่มง่ายแต่อาการดังกล่าวควรจำกัดอยู่เพียงเมื่อเด็กทำกิจกรรมเกี่ยวกับการศึกษา หากทำกิจกรรมอื่นในชีวิตประจำวันเด็กควรช่วยเหลือตนเองได้สมวัยซึ่งสามารถแยกได้จาก Intellectual disability ที่จะมีความล่าช้าไม่สมวัยในแทบทุกกิจกรรมที่ทำ

เช่นเดียวกับสมาธิหากอาการหมดสมาธิ่ายหุนหันพลันแล่นรอคอยไม่ได้เกิดเป็น ส่วนมากหรือเป็นอาการเด่นควรสงสัยว่าจะมีโรคสมาธิสั้นเป็นโรคร่วม

- ความบกพร่องทางร่างกายเช่นสายตาหรือการได้ยินผิดปกติโรคทางกายเรื้อรัง ทำให้ขาดเรียนบ่อย

1.2 ปัญหาด้านจิตใจอารมณ์และ/หรือพฤติกรรมเช่นโรคอารมณ์เศร้าหรือจิตกังวลปัญหา การปรับตัว

## 2. ปัจจัยภายนอกส่งเสริมให้เกิด inadequate schooling หรือการละเลยเด็ก

- ตัวบุคคลเช่นพ่อแม่ผู้ปกครองครูเพื่อนนักเรียนที่เป็นปัญหาต่อเด็กหรือเป็นปัญหาร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความเครียดหรือมีการย้ายโรงเรียนบ่อยๆ

- สภาพครอบครัวที่ไม่สงบขาดความมั่นคงขาดการฝึกฝนให้เด็กมีทักษะที่จำเป็นในการเรียน

- สภาพโรงเรียนอาจใช้ระบบเข้มงวดมากมีการตำหนิ /ลงโทษรุนแรงหรือมุ่งเน้นเนื้อหามากกว่า การเพิ่มพูนทักษะในการเรียน

## การให้การช่วยเหลือ

1. Early detection, early intervention สามารถทำได้โดยการติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหา พัฒนาการทางภาษาและการสื่อสารล่าช้าเด็กที่มีผลการเรียนต่ำกว่าเกณฑ์นอกจากนั้นหากเด็กมาพบแพทย์ ด้วยปัญหาอื่นที่มี high co-morbid กับโรคSLD เช่นโรคสมาธิสั้นและโรคทางอารมณ์ควรประเมิน ปัญหาการเรียนด้วย

2. ความเข้าใจของพ่อแม่และครูเกี่ยวกับโรคSLD และข้อจำกัดของเด็กรวมทั้งทัศนคติต่อตัวเด็กนั้น มีความสำคัญที่สุดเพราะจะทำให้เด็กได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมทำให้สามารถเรียนรู้ต่อไป ภายใต้อาจารย์ที่ทั้งที่บ้านและโรงเรียน

ผู้ดูแลควรได้รับคำอธิบายว่าปัญหาการเรียนที่เกิดขึ้นแท้จริงไม่ได้เกิดจากความขี้เกียจหรือไม่ตั้งใจของ เด็กหากแต่เป็นความผิดปกติของสมองบางส่วนที่ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้บกพร่องจนแสดงออก เป็นผลการเรียนที่ตกต่ำ

3. รักษาอาการทางจิตเวชที่พบร่วมกัน

4. ค้นหาจุดเด่นและข้อด้อยพัฒนาความสามารถต่างๆเช่นกีฬาดนตรีการทำกิจกรรม การช่วยเหลือตนเองเพื่อเพิ่มความภูมิใจในตัวเด็กทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนให้กำลังใจเด็กเป็นระยะๆ

5. ปรับความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวเนื่องจากพ่อแม่ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลและตึงเครียด จากปัญหาการเรียนของเด็กจึงควรมีเวลาให้พ่อแม่ระบายความรู้สึกคับข้องใจและเข้าใจปัญหาที่ถูกต้องเปลี่ยน พฤติกรรมจากการตำหนิลงโทษเด็กมาเป็นความสนใจในการช่วยเหลือให้กำลังใจและชื่นชม ซึ่งจะเป็ปัจจัยสำคัญให้เด็กมีแรงจูงใจใฝ่เรียนรู้และประสบความสำเร็จ

6. ค้นหาวิธีการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับเด็กซึ่งเด็กแต่ละคนมีจุดอ่อนจุดแข็งไม่เหมือนกันใช้จุดแข็งหรือ ความถนัดของเด็กช่วยเสริมจุดอ่อนเช่นวาดภาพแล้วจึงเขียนคำศัพท์ง่ายตามภาพ

7. บอกสิทธิ์ที่เด็กควรจะได้รับแก่ผู้ปกครองเนื่องจากโรคLD ถือว่าเป็นความพิการชนิดหนึ่ง ที่เด็กต้องได้รับความช่วยเหลือทางการแพทย์และการศึกษาตามกฎหมายโดยเด็กควรได้รับการวางแผน สร้างแบบการเรียนเฉพาะตัวต้องมีการปรับระบบการเรียนการสอนที่เน้นการฟังการเห็นการลงมือปฏิบัติ มากกว่าจะเน้นการได้รับความรู้ผ่านการอ่านหนังสือโดยใช้เครื่องมือเข้ามาช่วยในการเรียนรู้เช่น เทปบันทึกเสียงวีดิโอคอมพิวเตอร์เครื่องคิดเลขเป็นต้นเพื่อให้เด็กติดตามการเรียนในห้องได้

8. ประสานโรงเรียนเพื่อวางแผนช่วยเหลือเด็กให้ความรู้แก่ครูเรื่องโรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นร่วมกับโรงเรียนในการติดตามอาการและความก้าวหน้าของเด็ก

## สรุปแนวทางการดูแล

1. การคัดกรองจากโรงเรียนโดยใช้แบบคัดกรองเช่น KUS-SI จากนั้นส่งต่อเด็กเข้าสู่บริการสาธารณสุข เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย
2. ให้ความช่วยเหลือแก่เด็กและครอบครัวโดยให้คำปรึกษาด้านการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) การช่วยเหลือด้านอารมณ์/จิตใจ
3. รักษาโรคที่พบร่วมกัน: เป็น ADHD ใช้ยา Methylphenidate , โรคอารมณ์เศร้า/กังวล อาจเลือกใช้ยาในกลุ่ม SSRI
4. ให้การช่วยเหลือด้านการศึกษา รวมทั้งประสานโรงเรียนกรณีโรงพยาบาลที่มีแผนกการศึกษาพิเศษ ควรส่งต่อเพื่อได้รับการดูแลหรืออีกทางหนึ่งอาจประสานกับศูนย์การศึกษาพิเศษเพื่อร่วมกันดูแลเด็ก
5. วางแผนการส่งต่อกรณีมี Co -morbid โรคทางจิตเวชอื่นๆที่ขณะการเรียนไม่ดีขึ้นหรือมีปัญหาทางอารมณ์พฤติกรรมสังคมร่วม

## การใช้ยาทางจิตเวช

ใช้กรณีจำเป็นเพื่อรักษาโรคที่พบร่วมกันกับโรค SLD คือ

- โร ค ส ม า ธิ สิ้น (Attention – deficit and disruptive behavior disorder : ADHD) ใช้ยา Methylphenidate โดยอายุที่เริ่มใช้ยาคืออายุ 6 ปีขึ้นไป

การบริหารยาเนื่องจากเป็นยาที่ออกฤทธิ์สั้นจึงมักให้วันละ 2-3 ครั้งค่อยๆปรับเพิ่มขนาดยาเพื่อป้องกันผลไม่พึงประสงค์เช่นเบื่ออาหารปวดศีรษะแคะแกมวิงหนังกัดเล็บทั้งนี้ให้พิจารณาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

- โรคทางอารมณ์ (Mood disorder)

สามารถเลือกใช้ยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) มีฤทธิ์ยับยั้ง reuptake เฉพาะต่อ Serotonin จึงมีผลข้างเคียงน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่ม Tricyclic Antidepressants ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Fluoxetine , sertraline ประสิทธิภาพรักษาของยากลุ่มนี้ให้ผลใกล้เคียงกัน

ที่แตกต่างกันคืออาการไม่พึงประสงค์และโอกาสเกิดปฏิกิริยากับยาอื่นจากฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Cytochrome P450

ยากลุ่ม SSRI มี eliminating half- life ที่ยาวจึงสามารถให้วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้าหรือก่อนนอน กรณีง่วงมาก

- เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปีอาจปรับขนาดเริ่มต้นให้ต่ำกว่าวัยรุ่นแล้วจึงค่อยๆปรับเพิ่มจนได้ขนาดรักษา

หากไม่มีอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงต้องใช้เวลา 4-6 สัปดาห์กว่าจะเห็นผลการรักษาเต็มที่

## ตารางขนาดยาในวัยรุ่น

	ขนาดเริ่มต้น (ม.ก.)	ขนาดรักษา (ม.ก.)
Fluoxetine	10	20-40
sertraline	25	50-200

## อาการไม่พึงประสงค์ที่ควรระวัง

- ปวดท้องคลื่นไส้เบื่ออาหารปัญหาการนอน (ง่วง/นอนไม่หลับ) หงุดหงิดกระวนกระวาย

## อ้างอิง

1. เพียงทิพย์ พรหมพันธ์. เด็กสมาธิสั้น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทฐานการพิมพ์จำกัด; 2550
2. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บริษัทบียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์จำกัด; 2558
3. วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพชรจำกัด; 2550
4. วินัดดา ปิยะศิลป์. คู่มือพ่อแม่คุณครูตอนความบกพร่องทางการเรียน(Learning Disorder.LD). สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
5. Dr. Nilesh Shah, Dr. TusharBhat. Clinical PlacticeGuideline for Specific Learning Disorder (Lead Paper) [www.indianjpsychiatry.org/cpg/cpg2008/CPG-CPA\\_06.pdf](http://www.indianjpsychiatry.org/cpg/cpg2008/CPG-CPA_06.pdf)
6. Sally Shaywitz, MD. Overcoming Dyslexia: A New and Complete Science-Base Program for Reading Problems of any level. 2nd. New York: Random House Inc.; 2005

ภาคผนวก



## แบบคัดกรองสมาธิสั้น (ADHD) แบบที่ 2

### แบบคัดกรองสมาธิสั้น SNAP – IV ฉบับภาษาไทย

กรุณาทำเครื่องหมาย □ ว่ามีอาการในแต่ละข้อนั้นตรงกับลักษณะของเด็กที่ท่านประเมินเพียงใด

ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
1. มักไม่ละเอียดรอบคอบหรือสะเพร่าในการทำงานต่างๆเช่นการบ้าน				
2. ทำอะไรนานๆไม่ได้				
3. ดูเหมือนไม่ค่อยฟังเวลามีคนพูดด้วย				
4. มักทำการบ้านไม่เสร็จหรือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ				
5. จัดระเบียบงานและกิจกรรมต่างๆไม่เป็น				
6. มักหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้ความอดทนในการทำให้สำเร็จ				
7. ทำของหายบ่อยๆ (เช่น ของเล่น, สมุดจดงาน, เครื่องเขียน ฯลฯ)				
8. วอกแวกง่าย				
9. ซี้ดืม				
10. มือเท้ายุกยิกนั่งบิดไปบิดมา				
11. นั่งไม่ติดที่ชอบลุกจากที่นั่งในชั้นเรียนหรือจากที่ที่ควรจะนั่งเรียบร้อย				
12. วิ่งหรือปีนป่ายมากเกินไป/ไม่รู้กาลเทศะ				
13. เล่นหรือทำกิจกรรมเงียบๆไม่เป็น				
14. พร้อมจะเคลื่อนไหวอยู่เสมอเหมือน “ติดเครื่อง” อยู่ตลอดเวลา				
15. พูดมาก				
16. มักโพล่งคำตอบออกมาก่อนจะฟังคำถามจบ				
17. ไม่ชอบรอคิว				
18. ชอบสอดแทรกผู้อื่น (เช่น พูดแทรกขณะผู้ใหญ่กำลังสนทนา)				
19. อารมณ์เสี้ง่าย				
20. ชอบโต้เถียงกับผู้ใหญ่				

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
21. ไม่ยอมทำตามสิ่งที่ผู้ใหญ่สั่งหรือวางกฎเกณฑ์ไว้				
22. จงใจก่อกวนผู้อื่น				
23. มักตำหนิผู้อื่นในสิ่งที่ตนเองทำผิด				
24. ขี้รำคาญ				
25. โกรธ/ บึ้งตึงเป็นประจำ				
26. เจ้าคิดเจ้าแค้น				

### การแปลผล SNAP-IV

แบบสอบถาม SNAP-IV ฉบับภาษาไทยสำหรับผู้ปกครองและครูประกอบด้วยคำถามทั้งสิ้น 26 ข้อเพื่อประเมินอาการของโรคสมาธิสั้นโดยแยกเป็นด้าน Inattention, Hyperactivity/Impulsivity และ Oppositional Defiant ฉบับภาษาไทยแปลโดยฉัตรพิทยรัตน์เสถียรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าค่าความเชื่อมั่นทางสถิติของแบบสอบถามเพื่อวัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.927 แบบประเมินเด็กสมาธิสั้นแบ่งเป็น 3 ส่วนย่อยดังนี้ Inattention มีทั้งหมด 9 ข้อ Hyperactivity/Impulsivity มีทั้งหมด 9 ข้อ และ ODD มีทั้งหมด 8 ข้อ

โดยตอบคำถามทั้ง 26 ข้อซึ่งอ่านและเลือกความรุนแรงของอาการที่เข้ากับเด็กมากที่สุดคือ

- ไม่เลย ให้คะแนน = 0
- เล็กน้อย ให้คะแนน = 1
- ค่อนข้างมาก ให้คะแนน = 2
- มาก ให้คะแนน = 3

โดยนำคะแนนรวมเฉลี่ยในแต่ละด้านแบ่งเป็น 3 ด้านคือข้อ 1-9 อาการขาดสมาธิข้อ 10-18 อาการอยู่ไม่นิ่งและข้อ 16-26 อาการชนดื้อต่อต้าน

เมื่อครูหรือพ่อแม่รวมคะแนนแต่ละด้านแล้วให้พิจารณาการแปลผลคะแนนด้วยจุดตัดคะแนน ซึ่งคะแนนของพ่อแม่และครูจะมีจุดตัดของคะแนนที่มีความแตกต่างกันดังตารางต่อไปนี้

กลุ่มอาการ	คะแนนรวม (คะแนน)	
	พ่อแม่	ครู
ขาดสมาธิข้อ 1-9	16	18
อยู่นิ่ง/ขาดความยับยั้งชั่งใจ ข้อ 10 - 18	14	11
ชนดื้อต่อต้านข้อ 19 - 26	12	8

#### การแปลผล

ส่วนที่ 1 สำหรับพ่อแม่อิงเกณฑ์ของไทยหากคะแนนรวมในส่วนขาดสมาธิ (16) และ/หรือ ส่วนอยู่นิ่ง (14) มากกว่าหรือเท่ากับจุดตัดดังกล่าวให้สงสัยว่าจะเป็นเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 2 สำหรับครูสำหรับครูยังอิงเกณฑ์ของสหรัฐฯ หากคะแนนรวมในส่วนขาดสมาธิ (18) และ/หรือส่วนอยู่นิ่ง (11) มากกว่าหรือเท่ากับจุดตัดดังกล่าวให้สงสัยว่าจะเป็นเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 3 วัตถุประสงค์ต่อต้านซึ่งเป็นภาวะที่พบร่วมได้มากที่สุดกับเด็กสมาธิสั้นไม่ใช่ส่วนที่ใช้วัดสมาธิสั้น

## แบบคัดกรอง KUS-SI Rating Scales: ADHD/LD/Autism (PDDs)

ในแนวทางฉบับนี้จะอธิบายแบบคัดกรองโดยย่อเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขรู้จักและเข้าใจแบบคัดกรองฉบับนี้เท่าที่จำเป็นหากผู้อ่านต้องการนำแบบคัดกรองฉบับนี้มาใช้อย่างเต็มรูปแบบควรได้รับการฝึกอบรมเพื่อใช้แบบคัดกรองนี้เพิ่มเติม

แบบคัดกรองฉบับนี้ประกอบไปด้วย 5 ด้านได้แก่

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| ด้านที่ 1 ADHD                  | ใช้สำหรับคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น                            |
| ด้านที่ 2 LD-Reading            | ใช้สำหรับคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการอ่าน     |
| ด้านที่ 3 LD-Written Expression | ใช้สำหรับคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการเขียน    |
| ด้านที่ 4 LD-Mathematics        | ใช้สำหรับคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการคิดคำนวณ |
| ด้านที่ 5 Autism/PDDs           | ใช้สำหรับคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะออทิซึม                              |

ผู้ตอบแบบคัดกรองเป็นครู/อาจารย์ผู้สอนวิชาภาษาไทยและคณิตศาสตร์อย่างน้อย 2 ท่านที่รู้จักและคุ้นเคยกับนักเรียนเป็นอย่างดีหรือมีโอกาสสอนนักเรียนอย่างใกล้ชิดมาแล้วอย่างน้อย 1 ภาคการศึกษาพร้อมกันประเมินพฤติกรรมนักเรียนดังนี้

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| 1. ครู/อาจารย์ผู้สอนวิชาภาษาไทย                  | ประเมินเฉพาะด้านที่ 1, 2, 3 และ 5 |
| 2. ครู/อาจารย์ผู้สอนวิชาคณิตศาสตร์               | ประเมินเฉพาะด้านที่ 1, 4 และ 5    |
| 3. ครู/อาจารย์ผู้สอนทั้งวิชาภาษาไทยและคณิตศาสตร์ | ประเมินด้านที่ 1, 2, 3, 4 และ 5   |

ผู้ตอบแบบคัดกรองไม่จำเป็นต้องได้รับการอบรมในการใช้แบบคัดกรองแต่ต้องอ่านหัวข้อการประเมินให้เข้าใจข้อความที่บ่งชี้พฤติกรรมรายข้อแล้วประเมินให้สอดคล้องกับระดับพฤติกรรมที่สังเกตพบมากที่สุด

### การประเมินคะแนน

การประเมินคะแนนของแบบคัดกรองนี้จะต้องคำนวณอายุของนักเรียนตามอายุปฏิทินหลังจากนั้นทำการลงคะแนนในแต่ละช่องและรวมคะแนนในแต่ละช่องออกมาเป็นคะแนนดิบรวมคะแนนดิบในแต่ละด้านหลังจากนั้นนำคะแนนดิบที่ได้ในแต่ละด้านไปแปลงเป็นคะแนนที่ (T-score) โดยเปิดเทียบกับตารางคะแนนจากนั้นแปลผลคะแนนแต่ละด้านว่านักเรียนอยู่ในกลุ่มใดตามเกณฑ์การแปลผลคะแนน

แบบคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียนรู้ และออทิซึม  
KUS – SI Rating Scales : ADHD/LD/Autism (PDDs)

ส่วนก. สำหรับผู้ตอบแบบคัดกรอง

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลผู้ตอบแบบคัดกรอง	ส่วนที่ 2 : ข้อมูลนักเรียน
ชื่อผู้ตอบแบบคัดกรอง 1. ....	ชื่อนักเรียน.....
วิชาที่สอน <input type="radio"/> ภาษาไทย <input type="radio"/> คณิตศาสตร์      เกิดวันที่.....	.....
ชื่อผู้ตอบแบบคัดกรอง 2. ....	ชื่อผู้ปกครอง.....
วิชาที่สอน <input type="radio"/> ภาษาไทย <input type="radio"/> คณิตศาสตร์	เกี่ยวข้องกับ <input type="radio"/> บิดา <input type="radio"/> มารดา
ชื่อผู้ตอบแบบคัดกรอง 3. ....	<input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ)
วิชาที่สอน <input type="radio"/> ภาษาไทย <input type="radio"/> คณิตศาสตร์	นักเรียนเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะผิดปกติ
ชื่อโรงเรียน.....	<input type="radio"/> เคยได้แก่ <input type="radio"/> สมาธิสั้น
อำเภอ ..... จังหวัด .....	<input type="radio"/> บกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการอ่าน
วันที่ตอบแบบคัดกรอง.....	<input type="radio"/> บกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการเขียน
	<input type="radio"/> บกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการคำนวณ
	<input type="radio"/> ไม่เคย
	<input type="radio"/> ไม่ทราบ

ส่วนข. สำหรับผู้ประเมิน

ส่วนที่ 3 : อายุนักเรียน	ส่วนที่ 4 : เกณฑ์การแปลผลคะแนน			
ปีเดือนวัน	คะแนนที่	กลุ่ม	ความหมาย	
วันที่ตอบแบบคัดกรอง .....	ADHD/	Autism/		
วันเกิดของนักเรียน .....	LD	PDDs		
อายุ .....	50	60	1	กลุ่มที่อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย
	51-60	61-70	2	กลุ่มเฝ้าระวังติดตามทำซ้ำ
	61-70	71-80	3	กลุ่มที่ควรได้รับการช่วยเหลือด้านการศึกษา
	71	81	4	กลุ่มที่ควรส่งแพทย์เพื่อรับการตรวจประเมินอย่างเร่งด่วน

ส่วนที่ 5 : การแปลผลคะแนน

ผลสรุป	สมาธิสั้น (ADHD)			บกพร่องทางการเรียนรู้ (LD)			ออทิซึม (Autism/PDDs)
	ชน/ผู้วาม	ขาดสมาธิ	รวม	การอ่าน	การเขียน	การคิดคำนวณ	รวม
คะแนนดิบ							
คะแนนที่							
กลุ่ม							
ข้อเสนอแนะ เพื่อการช่วยเหลือ							

# พฤติกรรมสภาวะสมาธิสั้น

## KUS-SI Rating Scales 1 : ADHD

### คำชี้แจงการตอบแบบคัดกรอง

กรุณาให้คะแนนทุกข้อความ โดยทำเครื่องหมาย  ล้อมตัวเลขที่สามารถอธิบายพฤติกรรม หรือปัญหา ได้เหมาะสมที่สุดตามที่ท่านสังเกตเห็น ให้คะแนนแต่ละข้อความตามระดับความถี่ หรือความรุนแรงของพฤติกรรมหรือปัญหาที่เกิดขึ้น โดย จัดลำดับดังนี้ **ไม่เคย** หมายถึง นักเรียนไม่เคยแสดงพฤติกรรมนี้เลย ครูไม่เคยพบพฤติกรรมนี้เลย

**เล็กน้อย** หมายถึง นักเรียนทำหรือแสดงพฤติกรรมนี้เล็กน้อย ครูพบพฤติกรรมนี้เล็กน้อย หรือแสดงพฤติกรรม 1 - 2 ครั้งในช่วงเวลา 6 ชั่วโมง

**ค่อนข้างมาก** หมายถึง นักเรียนทำหรือแสดงพฤติกรรมนี้ค่อนข้างมาก ครูพบพฤติกรรมนี้ค่อนข้างมาก หรือแสดงพฤติกรรม 3 - 4 ครั้ง ในช่วงเวลา 6 ชั่วโมง

**บ่อยมาก** หมายถึง นักเรียนทำหรือแสดงพฤติกรรมนี้บ่อยมาก ครูพบพฤติกรรมนี้บ่อยมาก หรือแสดงพฤติกรรม 5 - 6 ชั่วโมงในช่วงเวลา 6 ชั่วโมง

1. เดินไปเดินมาในเวลาเรียนโดยไม่ได้รับอนุญาต	0	1	2	3
2. พูดโพล่ง ขัดจังหวะเวลาครูสอน	0	1	2	3
5. ใจร้อน ใจวู่วาม	0	1	2	3
6. มักมีเรื่องทะเลาะกับเพื่อน	0	1	2	3
9. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย	0	1	2	3
10. ทำอะไรโดยไม่คิดก่อนทำ	0	1	2	3
13. รบกวนห้องเรียน	0	1	2	3
14. ไม่รู้จักรอคอย	0	1	2	3



16. สัมส่งการบ้าน 0 1 2 3

17. ไม่สนใจฟังเวลาครูสอน 0 1 2 3

20. ทำงานสะอาด ไม่รอบคอบ 0 1 2 3

21. ต้องเรียกหรือกระตุ้นบ่อย ๆ 0 1 2 3

24. ทำอะไรไม่เรียบร้อย 0 1 2 3

25. ทำหนังสือ อุปกรณ์การเรียน หรือของใช้ส่วนตัวหาย 0 1 2 3

28. ช่วงความสนใจสั้น 0 1 2 3

29. ทำงานในห้องเรียนไม่เสร็จ 0 1 2 3





พฤติกรรมภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการอ่าน  
KUS-SI Rating Scales 2 : LD – Reading

คำชี้แจงการตอบแบบคัดกรอง

กรุณาให้คะแนนทุกข้อความ โดยทำเครื่องหมาย  ล้อมตัวเลขที่สามารถอธิบายพฤติกรรมหรือปัญหา ได้เหมาะสมที่สุดตามที่ท่านสังเกตพบ ให้คะแนนแต่ละข้อความตามระดับความถี่ หรือความรุนแรงของพฤติกรรมหรือปัญหาที่เกิดขึ้น โดย จัดลำดับดังนี้

**ไม่เคย** หมายถึง นักเรียนไม่เคยแสดงพฤติกรรมนี้เลย ครูไม่เคยพบพฤติกรรมนี้เลย (0%)

**เล็กน้อย** หมายถึง นักเรียนทำหรือแสดงพฤติกรรมนี้เล็กน้อย ครูพบพฤติกรรมนี้เล็กน้อย (1-30%)

**ค่อนข้างมาก** หมายถึง นักเรียนทำหรือแสดงพฤติกรรมนี้ค่อนข้างมาก ครูพบพฤติกรรมนี้ค่อนข้างมาก (31-70%)

**บ่อยมาก** หมายถึง นักเรียนทำหรือแสดงพฤติกรรมนี้บ่อยมาก ครูพบพฤติกรรมนี้บ่อยมาก (71-100%)

1. อ่านออกเสียงผิดหรือเพี้ยนไป	0	1	2	3
2. อ่านซ้ำ	0	1	2	3
5. จับใจความสำคัญจากเรื่องที่อ่านไม่ได้	0	1	2	3
6. อ่านตก ๆ หล่น ๆ หรืออ่านคำเพิ่ม	0	1	2	3
9. แทนที่คำที่อ่านไม่ออกด้วยคำอื่น	0	1	2	3
10. อ่านโดยใช้วิธีเดาจากสภาพหรือจากเนื้อเรื่อง	0	1	2	3
13. อ่านกลับคำ สลับที่กัน เช่น จิตใจ อ่านเป็น ใจจิต	0	1	2	3
14. สับสนตัวสะกดมาตราต่าง ๆ เช่น หาด เป็นหาง	0	1	2	3
17. มีความยากลำบากในการจำตัวอักษร	0	1	2	3
18. อ่านคำที่เคยอ่านแล้วไม่ได้	0	1	2	3



1. เขียนตัวหนังสือกลับด้าน	0	1	2	3
2. วาดหัวพยัญชนะหลายรอบ	0	1	2	3
5. สกดยคำผิดบ่อย ๆ แม้แต่คำง่าย ๆ	0	1	2	3
6. เขียนแล้วอ่านไม่รู้เรื่อง	0	1	2	3
9. เขียนคำตามเสียงที่อ่าน เช่น เกษตร เขียนเป็น กะเสด	0	1	2	3
10. เขียนแล้วลบบ่อย ๆ	0	1	2	3
13. ต้องการสกดยคำไปด้วยระหว่างเขียน	0	1	2	3
14. เขียนไม่เว้นวรรค	0	1	2	3
17. เขียนคำควบกล้ำไม่ได้	0	1	2	3
18. เขียนประโยคสั้น ๆ โดยใช้คำซ้ำ ๆ ง่าย ๆ ไม่ค่อยให้รายละเอียด	0	1	2	3



พฤติกรรมภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการเขียน  
KUS-SI Rating Scales 3 : LD - Written Expression

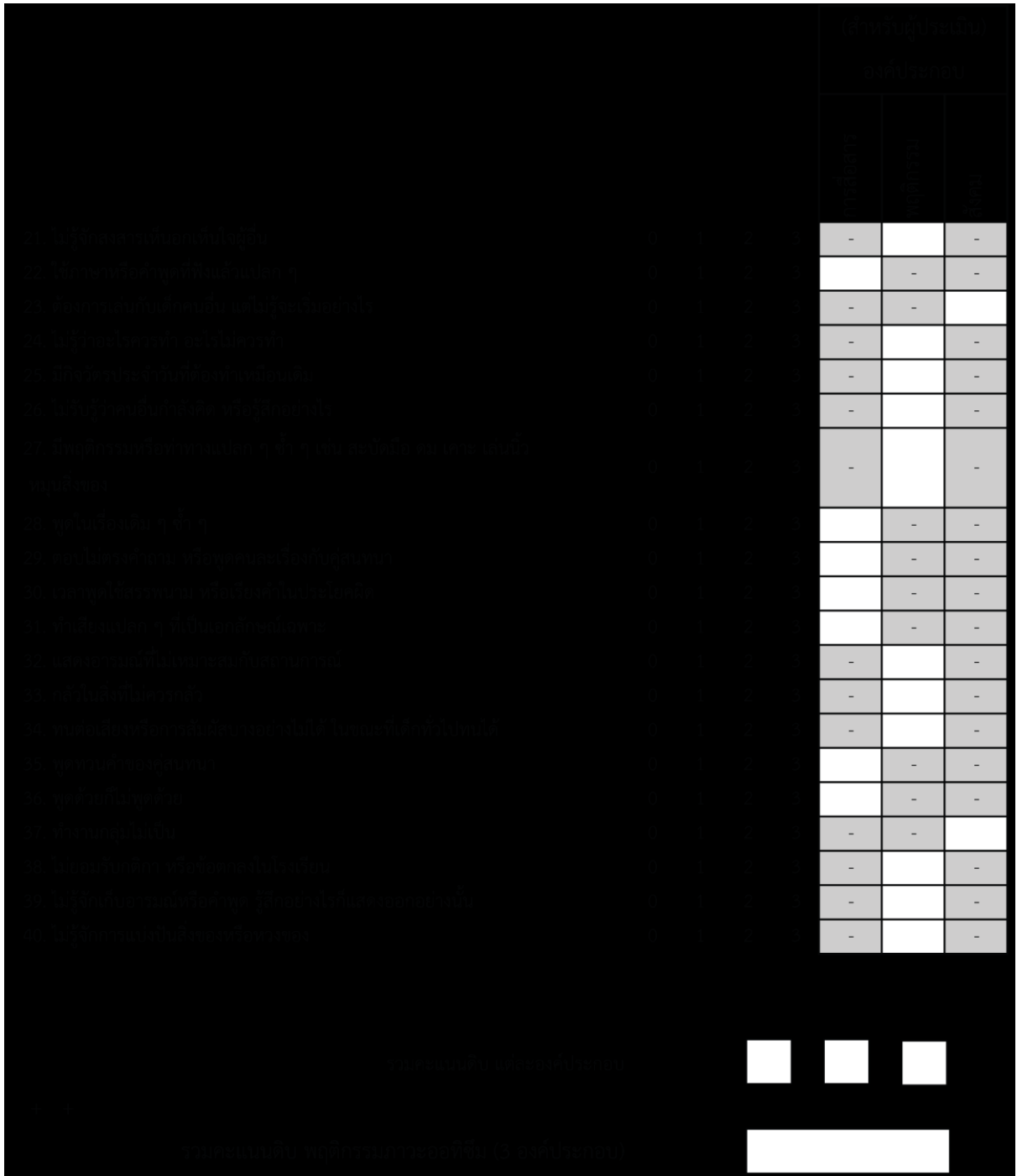
1. เขียนตัวหนังสือกลับด้าน	0	1	2	3
2. วาดหัวพยัญชนะหลายรอบ	0	1	2	3
5. สะกดคำผิดบ่อย ๆ แม้แต่คำง่าย ๆ	0	1	2	3
6. เขียนแล้วอ่านไม่รู้เรื่อง	0	1	2	3
9. เขียนคำตามเสียงที่อ่าน เช่น เกษตร เขียนเป็น กะเสด	0	1	2	3
10. เขียนแล้วลบบ่อย ๆ	0	1	2	3
13. ต้องการสะกดคำไปด้วยระหว่างเขียน	0	1	2	3
14. เขียนไม่เว้นวรรค	0	1	2	3
17. เขียนคำควบกล้ำไม่ได้	0	1	2	3
18. เขียนประโยคสั้น ๆ โดยใช้คำซ้ำ ๆ ง่าย ๆ ไม่ค่อยให้รายละเอียด	0	1	2	3

พฤติกรรมภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการคิดคำนวณ  
KUS-SI Rating Scales 4 : LD - Mathematics

1. ไม่รู้ค่าของตัวเลขในหลักต่าง ๆ ของจำนวน	0	1	2	3
2. คิดเลขซ้ำ	0	1	2	3
5. สับสนไม่เข้าใจเรื่องการยืม	0	1	2	3
6. คิดเลขตก ๆ หล่น ๆ	0	1	2	3
9. ไม่เข้าใจเรื่องเวลา ดูนฬิกาไม่เป็น	0	1	2	3
10. สะเพร่าในการคิดคำนวณ หรือการทำแบบฝึกหัด	0	1	2	3
13. เขียนตัวเลขในจำนวนกลับกัน เช่น 69 เป็น 96	0	1	2	3
14. ไม่เข้าใจหลักการทางคณิตศาสตร์ เช่น บวก ลบ คูณ หาร และสูตรต่าง ๆ	0	1	2	3
17. ไม่สามารถนำสูตรคณิตศาสตร์ไปประยุกต์ใช้ได้	0	1	2	3
18. ไม่สามารถประมาณคำตอบได้	0	1	2	3









## แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคออทิซึมในเด็กอายุ 1-5 ปี

คำถาม	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ทำ
1. ยิ้มเวลาเห็นหน้าคุณหรือยิ้มตอบเวลาเห็นคุณยิ้มให้		
2. ชี้หรือแสดงท่าทางบอกความต้องการ		
3. อวดของเล่นหรือสิ่งที่ชอบให้คุณดู		
4. ชอบเล่นคนเดียวหรืออยู่ตามลำพัง		
5. หันหน้ามามองเมื่อคุณเรียกชื่อ		
6. เวลาชี้ให้ดูสิ่งต่างๆ เด็กสนใจมองตาม		
7. มองหน้า/ สบตาเวลาที่คุณพูดคุยหรือเล่นด้วย		
8. ทำท่าทาง (เช่น สะบัดมือเขย่งเท้าหมุนตัว) ซ้ำๆ		
9. เล่นสมมติเช่น ป้อนข้าวตุ๊กตา เล่นขายของ ทำท่าโทรศัพท์		
10. พูดซ้ำหมายถึงมีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ก. ไม่พูดคำเดี่ยวที่มีความหมายเมื่ออายุ 18 เดือน ข. ไม่พูดกลุ่มคำที่มี 2 คำต่อกันเมื่ออายุ 2 ปี		

การแปลผล      แบบคัดกรองจำนวน 10 ข้อ ให้ 1 คะแนน สำหรับคำตอบว่า “ใช่/ทำบ่อย” ในข้อ 4,8,10 และคำตอบว่า “ไม่ใช่/ไม่ทำ” สำหรับข้อ 1-3 , 5-7 และ 9 แบบคัดกรองมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน จุดตัดที่ 5 คะแนนขึ้น (5 คะแนนขึ้นไป สงสัยกลุ่มอาการออทิซึม)



แบบคัดกรองพัฒนาการเด็กPDDSQ ช่วงอายุ 1-4 ปี (12 เดือน - 47 เดือน) ฉบับย่อ

ชื่อ/HN..... ..... อายุ.....ปี.....เดือน ๗      ๘      ๙      ๑๐      ๑๑      ๑๒	สำหรับเจ้าหน้าที่ การวินิจฉัย..... สถานที่เก็บข้อมูล..... ๑      ๒      ๓      ๔
---	---

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ หลังข้อความแต่ละข้อ โดยเลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมของลูกท่านมากที่สุด

	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
1. ตอบสนอง เช่น หันมามอง ทันทีที่คุณเรียกชื่อเขา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. เล่นสมมุติเป็น เช่น ทำท่าป้อนอาหารให้ตุ๊กตา เล่นขายของ หรือสมมุติในสิ่งต่างๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ใช้นิ้วชี้ ชี้ ไปที่สิ่งของเพื่อแสดงว่าเขาสนใจ หรือต้องการของสิ่งนั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. สนใจ อยากเข้าไปเล่นกับเด็กคนอื่น เวลาไปโรงเรียน หรืออยู่ในสนามเด็กเล่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
------------	------------------

6. ชอบที่จะเล่นคนเดียว หรือเล่นอยู่ตามลำพัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. เป็นเด็กหน้าเฉย ไม่ค่อยแสดงอารมณ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ทำท่าทางเหมือนไม่ได้ฟังคุณเวลาคุณพูดกับเขา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. สนใจที่จะเล่นกับเด็กคนอื่นน้อยมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
------------	------------------

11. รู้จักแบ่งขนม หรือของเล่นให้คนอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. พยักหน้าหรือส่ายหน้าเพื่อบอกกับคุณว่า เอาหรือไม่เอา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. พยายามทำให้คุณสนใจในสิ่งที่เขากำลังทำอยู่ โดยการเรียกคุณหรือยื่นของสิ่งนั้นให้คุณดู	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ตอบสนองอย่างเหมาะสมเช่นมองหน้าสบตา ยิ้มหรือยื่นของเล่นให้เวลามีเด็กอื่นเดินเข้ามา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
------------	------------------

16. ยังบอกไม่ได้ว่าต้องการอะไร ไม่ว่าจะด้วยการพูดหรือชี้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ทำท่าทางแปลกๆ ซ้ำๆ เช่น โยกตัว เดินเขย่งเท้า สะบัดมือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. จับมือคุณไปหีบของที่เขาอยากได้ โดยไม่มองหน้าคุณ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. มีความสนใจของเล่นไม่กี่ประเภท หรือสิ่งต่างๆ ไม่กี่เรื่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
21. มองหน้า สบตาคุณเวลาที่คุณพูดคุยหรือเล่นกับเขา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ใช้นิ้วชี้ชี้ ให้คุณมองของบางสิ่งบางอย่างที่อยู่ไกลออกไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ยิ้มให้พ่อแม่ เมื่อเห็นพ่อแม่มาแต่ไกล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. รู้จักปลอบเด็กคนอื่น เวลาเด็กคนอื่นไม่สบายใจ หรือได้รับบาดเจ็บ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**การแปลผล**      การแปลผลแบบคัดกรองพัฒนาการเด็กPDDSQ ช่วงอายุ 1-4 ปี

แบบคัดกรองจำนวน 25 ข้อ ให้ 1 คะแนน สำหรับคำตอบว่า “ใช่/ทำบ่อย” ในข้อ 6-10, 16-20 และ

คำตอบว่า “ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ” ในข้อสำหรับข้อ 1-5, 11-15, 21-25 แบบคัดกรองมีคะแนนเต็ม 25

คะแนน จุดตัดที่ 7 คะแนนขึ้น (7 คะแนนขึ้นไป สงสัยกลุ่มอาการออทิซึม)

แบบสำรวจพัฒนาการเด็กPDDSQ ช่วงอายุ 4-18 ปี

ชื่อ/HN.....  
 .....  
 อายุ.....ปี.....เดือน  
 ผู้ตอบ  มารดา  บิดา  ญาติ/ผู้ดูแลเด็ก

สำหรับเจ้าหน้าที่  
 การวินิจฉัย.....  
 สถานที่เก็บข้อมูล.....  
 เก็บข้อมูลครั้งที่.....

โปรดทำเครื่องหมาย✓ในช่อง  หลังข้อความแต่ละข้อ โดยเลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมของลูกท่านมากที่สุด

	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
1. ชอบเก็บตัว หรืออยู่คนเดียวตามลำพัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. เดินผ่านตรงกลาง ที่คนสองคนกำลังคุยอยู่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. เข้ากับเพื่อนได้ยาก แม้ว่าเขาจะพยายามอย่างเต็มที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ชอบจำแต่สิ่งไร้สาระ หรือสิ่งที่ไม่มีความหมาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
6. มักถูกเด็กอื่นมองว่าเป็น “ตัวตลก หรือ ตัวประหลาด”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. เล่นกับเด็กคนอื่นได้ แต่ต้องเล่นเฉพาะสิ่งที่ตัวเองอยากเล่นเท่านั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ต่อต้าน ปรับตัวไม่ได้เวลาที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ทำอยู่เป็นประจำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ง่วงงม เงอแง ซึมเศร้า มากกว่าเด็กคนอื่นในวัยเดียวกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
10. ไม่ยอมให้มีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่คุ้นเคย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. คุณเคยรู้สึกว่าคุณพูดซ้ำ หรือเคยกังวลว่าทำไมลูกยังไม่พูดเสียที	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ไม่ค่อยรับรู้ว่าคุณคนอื่นกำลังคิดหรือรู้สึกอย่างไร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. มีความสุขเวลาที่ได้อยู่คนเดียว มากกว่าเวลาอยู่เป็นกลุ่มกับคนอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ใช่/ทำบ่อย

ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 16. สนใจในสิ่งต่างๆ เพียงไม่กี่อย่าง                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ไม่ค่อยฟังเพื่อน ถ้าเพื่อนไม่ได้พูดในสิ่งที่เขาสนใจ          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. มีอารมณ์ขัน สามารถเข้าใจเรื่องตลกได้                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. รู้จักปลอบเด็กคนอื่น เวลาเด็กคนอื่นไม่สนใจ หรือได้รับบาดเจ็บ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ใช่/ทำบ่อย

ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 21. ชอบเล่นเป็นกลุ่มกับเพื่อน                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. มองหน้า สบตาทุกครั้งเวลาพูดคุย                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. สามารถสังเกต เข้าใจสีหน้าและอารมณ์ของคนรอบข้าง        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. มีเพื่อนสนิท หรือเพื่อนที่เล่นด้วยกันบ่อยๆ            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. สามารถบอกอารมณ์หรือความรู้สึกของตัวเองให้คนอื่นรู้ได้ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### การแปลผลการแปลผลแบบคัดกรองพัฒนาการเด็กPDDSQ ช่วงอายุ 4-18 ปี

แบบคัดกรองจำนวน 25 ข้อ ให้ 1 คะแนน สำหรับคำตอบว่า “ใช่/ทำบ่อย” ในข้อ 1-17และ

คำตอบว่า “ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ” ในข้อสำหรับข้อ 18-25 แบบคัดกรองมีคะแนนเต็ม 25 คะแนน

จุดตัดที่ 13 คะแนนขึ้นไป (13 คะแนนขึ้นไป สงสัยกลุ่มอาการออทิซึม)



# แบบสังเกตพฤติกรรม



ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี.....ชั้น.....

ชื่อผู้สอนแบบสังเกต.....วันที่ทำการประเมิน.....



- สังเกตลักษณะพฤติกรรมหรือปัญหาการเรียนที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ และทำเครื่องหมายลงในช่อง "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" ที่ตรงกับพฤติกรรมหรือปัญหาของเด็ก
- ผู้ที่ทำการตอบแบบสังเกตนี้คือ คุณครูประจำชั้น ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 เดือน
- ตอบแบบสังเกตให้ครบ 40 ข้อ เนื่องจากในเด็ก 1 คน อาจมีหลายภาวะเกิดร่วมกันได้

ภาวะเรียนรู้ช้า			
ข้อที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ใช่ (1 คะแนน)	ไม่ใช่ (0 คะแนน)
1	เรียนรู้บทเรียนได้ช้ากว่าเด็กคนอื่นในห้อง		
2	ลืมนำงานบ้านมาโรงเรียนไปไม่ได้ ต้องเรียนซ้ำๆ		
3	กลัมนิ้วมือไม่แข็งแรง ทำงานที่ใช้มือตุงง่าม		
4	สรุปใจความสำคัญของเนื้อหาที่เรียนไม่ได้		
5	ไหวพริบในการแก้ไขปัญหาลักษณะเฉพาะหน้าไม่สมวัย		
6	ตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ช้า		
7	ชอบเล่นกับเด็กที่มีอายุน้อยกว่า		
8	ช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อย		
9	การใช้ภาษาไม่สมวัย		
10	เล่นไม่ค่อยทันเพื่อน		
รวมคะแนน(ข้อ 1 - 10) : ภาวะเรียนรู้ช้า			
ภาวะแอลดี			
ข้อที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ใช่ (1 คะแนน)	ไม่ใช่ (0 คะแนน)
11	ดูฉลาดหรือปกติในด้านอื่นๆ ยกเว้นเรื่องเรียน		
12	อ่านผิดบ่อยๆ อ่านไม่คล่อง หรืออ่านไม่ได้		
13	อ่านข้ามคำ อ่านเพิ่มคำ		
14	อ่านแล้วจับใจความสำคัญไม่ได้		
15	เขียนพยัญชนะหรือตัวเลขที่คล้ายกันสลับกัน เช่น ม-น ด-ค		
16	เขียนผิด เขียนไม่คล่องบ่อยๆ		
17	สะกดคำตามการผสมเสียงไม่ได้ เขียนคำต่างๆ จากการจำ		
18	ไม่เข้าใจคำของจำนวน เช่น หน่วย ลิบ ร้อย พัน หมื่น		
19	คำนวณ บวก ลบ คูณ หาร ไม่ได้		
20	ไม่เข้าใจหลักการพื้นฐานทางคณิตศาสตร์ เช่น การเข้าใจความหมายของสัญลักษณ์ เวลา ทิศทาง ขนาด ระยะทาง การจัดลำดับการเปรียบเทียบ		
รวมคะแนน (ข้อ 11 - 20) : ภาวะแอลดี			

ภาวะสมาธิสั้น			
ข้อที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ใช่ (1 คะแนน)	ไม่ใช่ (0 คะแนน)
21	ซนมาก อยู่ไม่นิ่ง ยุกยิกตลอดเวลา		
22	พูดมาก		
23	ชอบลุกจากที่นั่งเวลาอยู่ในห้องเรียน		
24	เหม่อบ่อยๆ ใจลอย ต้องคอยเรียก		
25	ขี้ลืม ของใช้ส่วนตัวหายบ่อยๆ		
26	ทำงานไม่เรียบร้อย ไม่รอบคอบ		
27	ไม่มีสมาธิในการทำงาน หรือทำได้เพียงช่วงสั้นๆ		
28	ทำงานช้า ทำงานไม่เสร็จ แต่ถ้ามีคนประกบจะทำได้เร็วขึ้น		
29	รอคอยไม่ได้		
30	ใจร้อน ควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้		
รวมคะแนน (ข้อ 21 - 30) : ภาวะสมาธิสั้น			
ภาวะออทิสติก			
ข้อที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ใช่ (1 คะแนน)	ไม่ใช่ (0 คะแนน)
31	ชอบแยกตัวอยู่คนเดียว		
32	สบตาเพียงช่วงสั้นๆ หรือไม่สบตา เวลาพูดกับผู้อื่น		
33	เมื่อเล่นกับเด็กอื่นๆ ไม่เข้าใจกติกา ไม่เข้าใจวิธีการเล่น		
34	ไม่มีเพื่อนสนิท หรือมีเพื่อนน้อย		
35	ไม่สามารถเริ่มสนทนากับเพื่อน หรือไม่สามารถตอบสนทนากับผู้อื่นได้		
36	มีระดับการใช้ภาษาพูดที่ต่ำกว่าวัย		
37	มักพูดแต่สิ่งที่ตนเองสนใจ ไม่สนใจเมื่อเพื่อนพูดเรื่องอื่นๆ		
38	ไม่เข้าใจมุขตลก คำพังเพย คำประชด		
39	ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง ชอบทำกิจวัตรเดิมๆ ซ้ำๆ		
40	มีพฤติกรรมกระตุ้นตนเอง สะบัดมือ เล่นมือ		
รวมคะแนน (ข้อ 31 - 40) : ภาวะออทิสติก			

## การแปลผล

แบบสังเกตปัญหาพฤติกรรมและปัญหาการเรียนนี้แบ่งเป็น 4 ตอน ตอนละ 10 ข้อ

- 1.1 ถ้าตอบว่าใช่ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป หรือได้คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ในข้อที่ 1-10 แสดงถึง แนวโน้มการมีปัญหาการเรียนจากปัญหาระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ ให้คัดกรองด้วยแบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาของ สพฐ. ต่อไป
- 1.2 ถ้าตอบว่าใช่ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป หรือได้คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ในข้อที่ 11-20 แสดงถึง แนวโน้มการมีปัญหาทางการเรียนรู้ หรือแอลดี ให้คัดกรองด้วยแบบคัดกรอง KUS - SI (เฉพาะส่วนของ LD) หรือแบบคัดกรองของ สพฐ. ต่อไป
- 1.3 ถ้าตอบว่าใช่ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป หรือได้คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ในข้อที่ 21-30 แสดงถึง แนวโน้มการมีภาวะสมาธิสั้น ให้คัดกรองด้วยแบบคัดกรอง SNAP- IV หรือ KUS - SI (เฉพาะส่วนของ ADHD) ต่อไป
- 1.4 ถ้าตอบว่าใช่ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป หรือได้คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ในข้อที่ 31-40 แสดงถึง แนวโน้มการมีภาวะออทิสติก ให้คัดกรองด้วยแบบคัดกรอง PDDSQ หรือ KUS - SI (เฉพาะส่วนของ Autism) ต่อไป

## คณะผู้จัดทำ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยสติปัญญาบกพร่องออทิสติกสมาธิสั้นและภาวะบกพร่องทางการเรียน  
สำหรับระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุข ( ครั้งที่ 1 )

### ที่ปรึกษา

1. แพทย์หญิงพรรณพิมล	วิปุลากร	ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล
2. นายแพทย์สมัย	ศิริทองถาวร	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็ก ราชชนครินทร์
3. แพทย์หญิงสุวรรณี	เรืองเดช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาท ไวทยोปลัฒม์
4. นายแพทย์ทวีศิลป์	วิษณุโยธิน	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและ วัยรุ่นราชชนครินทร์

### คณะทำงาน

#### 1. สถาบันราชานุกูล

1.1 แพทย์หญิงชดาพิมพ์	เผ่าสวัสดิ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
1.2 นางจรรุวรรณ	ประดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
1.3 นางนิรมัย	คุ้มรักษา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

#### 2. สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์

2.1 แพทย์หญิงรชยา	รุ่งโรจน์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
2.2 นางสาวแสงเดือน	ยอดอัญมณีวงศ์	นักจิตวิทยาชำนาญการ

#### 3. โรงพยาบาลยุวประสาทไวทยอปลัฒม์

3.1 แพทย์หญิงอนัญญา	สินรัชตานันท์	นายแพทย์ชำนาญการ
3.2 นางสมศิริ	สุขไสว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3.3 นางอัจฉรีย์	สุวรรณกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3.4 นางปณัฏฐา	บุญธนเมธี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

#### 4. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชชนครินทร์

4.1 พญ. วิมลรัตน์	วันเพ็ญ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
4.2 แพทย์หญิงสุนิดา	โสภณนรินทร์	นายแพทย์ชำนาญการ

#### 5. สำนักพัฒนาสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิต

5.1 นางธัญลักษณ์	แก้วเมือง	นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ
------------------	-----------	-------------------------

## คณะผู้จัดทำ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยสติปัญญาบกพร่อง ออทิสติก สมาธิสั้นและภาวะบกพร่องทางการเรียน  
สำหรับระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุข ( ฉบับปรับปรุง )

### คณะทำงาน

#### 1.โรงพยาบาลยูวประสาทไวทยโยปถัมภ์

1.1 แพทย์หญิงอนัญญา	สินรัชตานันท์	นายแพทย์ชำนาญการ
1.2 แพทย์หญิงปรารถนา	ชีวีวัฒน์	นายแพทย์ชำนาญการ
1.3 นางชุติมา	ไกรอำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
1.4. นางอิศราวัลย์	สุดตลอด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
1.5 นางปณัฏฐา	บุญธนเมธี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
1.6 นางปภพพร	ทองเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
1.7 นางสาวไปรยา	จิระอรุณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
1.8 นายฉัตรมงคล	ฉ่ำมาก	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ

#### 2. สถาบันราชานุกูล

2.1 นางนิรมัย	คุ้มรักษา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
---------------	-----------	-----------------------





# บันทึก

A series of horizontal dotted lines for writing notes.







# บันทึก

Lined area for notes with horizontal dotted lines.