

ความบกพร่องทางสติปัญญา

INTELLECTUAL DISABILITY

นายแพทย์ทวีศักดิ์ ลีรัตนเรชา ... จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

บทนำ

“ความบกพร่องทางสติปัญญา” เป็นคำที่นำมาใช้แทนคำว่า “ปัญญาอ่อน” เนื่องจากคำเดิมถูกนำไปใช้ในทางลบค่อนข้างมาก ทำให้ความรู้สึกในเชิงลบ และไม่ได้รับการยอมรับในภาคสังคม จึงเปลี่ยนการเรียกชื่อใหม่

คำนี้ตรงกับกรการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็กชื่อ “Intellectual Disability” หรือ “Intellectual Developmental Disorder” (ตามเกณฑ์ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน) และ “Intellectual Developmental Disorder” (ตามเกณฑ์ ICD-11 ขององค์การอนามัยโลก) ซึ่งทั้งสองคำนี้มีคำจำกัดความใกล้เคียงกัน สามารถนำมาใช้แทนกันได้เลย สำหรับประเทศไทยยังลงรหัสการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลกอยู่ จึงยังคงมีการใช้คำว่า “Mental Retardation” อยู่

ในประเทศไทย ได้กำหนดให้ความบกพร่องทางสติปัญญา เป็นผู้พิการประเภท 5 “ความพิการทางสติปัญญา” ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ซึ่งออกในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 หมายถึง “การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อน และมีความบกพร่องทางพัฒนาการ ในระดับรุนแรงและเป็นเรื้อรัง” แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจว่าจะจดทะเบียนคนพิการ เพื่อขอใช้สิทธิต่าง ๆ หรือไม่ ไม่ใช่ภาคบังคับ

นอกจากนี้ ยังจัดเป็นผู้พิการประเภท “ความบกพร่องทางสติปัญญา” ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษา พ.ศ. 2552 ซึ่งออกในพระราชบัญญัติ การจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มักมีปัญหาเกือบทุกด้านในชีวิตประจำวัน และปัญหาการเรียน เนื่องจากเด็กมีข้อจำกัดหรือเพดานในการเรียนรู้ ทำให้ไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้เท่ากับเพื่อนในวัยเดียวกัน เป็นภาวะที่สมองหยุดพัฒนาหรือพัฒนาอย่างไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดความบกพร่องของทักษะด้านต่าง ๆ ในระยะพัฒนาการ และส่งผลกระทบต่อระดับเชาวน์ปัญญาทุก ๆ ด้าน

ลักษณะอาการ

ความบกพร่องทางสติปัญญา ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน คือ มีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างชัดเจน ร่วมกับมีความความบกพร่องในทักษะการปรับตัว โดยมีอาการให้เห็นตั้งแต่ช่วงวัยเด็กหรือวัยรุ่น ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในชีวิตประจำวันหลายด้าน ทั้งที่บ้าน โรงเรียน ที่ทำงาน และชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ทักษะทางเชาวน์ปัญญา (Intellectual functioning)

เช่น การใช้เหตุผล การแก้ไขปัญหา การวางแผน การคิดเชิงนามธรรม การตัดสินใจ การเรียนรู้ทางวิชาการ และการเรียนรู้จากประสบการณ์ ซึ่งยืนยันโดยการประเมินอาการทางคลินิก และการทดสอบเชาวน์ปัญญา

การทดสอบเชาวน์ปัญญา หรือที่เรียกว่าการวัดไอคิว ควรทำโดยแบบทดสอบมาตรฐานจึงจะเชื่อถือได้ เกณฑ์เฉลี่ยอยู่ที่ 90-109 ถ้าได้ตั้งแต่ 70-89 เรียกว่ากลุ่มเรียนรู้ช้า แต่ถ้าได้ต่ำกว่า 70 จะเข้าเกณฑ์ของความบกพร่องทางสติปัญญา

ทักษะการปรับตัว (adaptive functioning)

เป็นปัจจัยบ่งชี้ถึงความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน มี 3 ด้าน ดังนี้

- ด้านความคิดรวบยอด (conceptual domain) หมายถึง ทักษะการใช้ภาษา การอ่าน การเขียน การคำนวณ การใช้เหตุผล และความจำ
- ด้านสังคม (social domain) หมายถึง การเข้าใจผู้อื่น การตัดสินใจในสถานการณ์ทางสังคมต่าง ๆ การสื่อสารระหว่างบุคคล และสัมพันธภาพ
- ด้านทักษะในการดำรงชีวิตและการทำงาน (practical domain) หมายถึง การดูแลตนเองเรื่องต่าง ๆ เช่น สุขอนามัยส่วนตัว ความรับผิดชอบในการเรียนและทำงาน และการจัดการด้านการเงินของตนเอง

ระดับความรุนแรง

ความบกพร่องทางสติปัญญา มีระดับความรุนแรงแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตามระดับเชาวน์ปัญญา และระดับความสามารถที่วัดได้

ระดับน้อย (Mild Mental Retardation)

มีระดับไอคิวอยู่ในช่วง 50-69 อาจไม่แสดงอาการล่าช้าจนกระทั่งวัยเข้าเรียน (แต่ถ้าสังเกตอย่างละเอียดแล้ว จะพบว่าเด็กเหล่านี้มีความสามารถต่ำกว่าเกณฑ์อย่างเห็นได้ชัดเจนตั้งแต่วัยอนุบาล) มักไม่มีอาการแสดงทางร่างกาย ทางบุคลิกภาพ หรือทางพฤติกรรมใดโดยเฉพาะ ที่บ่งบอกถึงความบกพร่องทางสติปัญญา ยกเว้นกลุ่มอาการที่มีลักษณะพิเศษทางรูปร่างหน้าตา ปรากฏให้เห็น ก็จะทำให้สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่แรกเกิด หรือในวัยทารก

เด็กในกลุ่มนี้สามารถพัฒนาทักษะด้านสังคม และการสื่อความหมายได้เหมือนเด็กทั่วไป แต่มักมีความบกพร่องด้านประสาทสัมผัส และการเคลื่อนไหว สามารถเรียนรู้ได้ (educable) ทักษะทางวิชาการมักเป็นปัญหาสำคัญที่พบในวัยเรียน แต่ก็สามารถเรียนจนจบชั้นประถมปลายได้ สามารถฝึกทักษะด้านสังคมและอาชีพ พอที่จะเลี้ยงตัวเองได้ เป็นแรงงานที่ไม่ต้องใช้ทักษะฝีมือ หรือกึ่งใช้ฝีมือ แต่อาจต้องการคำแนะนำ และการช่วยเหลือบ้างเมื่อประสบความเครียด

ระดับปานกลาง (Moderate Mental Retardation)

มีระดับไอคิวอยู่ในช่วง 35-49 ในช่วงขวบปีแรก มักจะมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวปกติ แต่พัฒนาการด้านภาษา และด้านการพูดจะล่าช้า ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนในช่วงวัยเตาะแตะ การศึกษาหลังจากระดับชั้นประถมต้น มักไม่ค่อยพัฒนา

สามารถฝึกอบรมได้ (trainable) ในทักษะการช่วยเหลือ ดูแลตนเอง เรียนรู้ที่จะเดินทางได้ด้วยตนเองในสถานที่ที่คุ้นเคย และฝึกอาชีพได้บ้าง สามารถทำงานที่ไม่ต้องใช้ทักษะฝีมือ แต่ควรอยู่ภายใต้การกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด

ระดับรุนแรง (Severe Mental Retardation)

มีระดับไอคิวอยู่ในช่วง 20-34 มักจะพบทักษะทางการเคลื่อนไหวล่าช้าอย่างชัดเจน ด้านภาษาพัฒนาเล็กน้อย ทักษะการสื่อความหมายมีเพียงเล็กน้อยหรือไม่มี พอจะฝึกฝนทักษะการดูแลตนเองเบื้องต้นได้บ้างแต่น้อย ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมภายใต้การควบคุมดูแลอย่างเต็มที่ การทำงานต้องการโปรแกรมในชุมชน หรือการให้ความช่วยเหลือที่พิเศษเป็นการเฉพาะ

ระดับรุนแรงมาก (Profound Mental Retardation)

มีระดับไอคิวต่ำกว่า 20 มีพัฒนาการล่าช้าอย่างชัดเจนในทุก ๆ ด้าน มักมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว และฝึกการช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีขีดจำกัดในการเข้าใจและการใช้ภาษาอย่างมาก ต้องการความช่วยเหลือ ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

ระบาดวิทยา

พบความชุกของความบกพร่องทางสติปัญญา ในประชากรทั่วโลกประมาณร้อยละ 1.04 พบสูงสุดในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น โดยพบร้อยละ 1.83 และพบในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง มากกว่าเกือบ 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง

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

จากการสำรวจสถานการณ์ระดับเขาวงกตปัญญา ในเด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปี พ.ศ. 2564 โดยกรมสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มที่มีระดับเขาวงกตปัญญาบกพร่อง (IQ น้อยกว่า 70) พบร้อยละ 4.2 แต่ทั้งนี้ยังไม่ได้นิยามการวินิจฉัยตามเกณฑ์

พบว่ามีความแปรปรวนตามช่วงอายุ พบสูงสุดช่วงอายุ 10-14 ปี แล้วค่อย ๆ ลดลง พบลดลงมากในวัยผู้ใหญ่ ความแตกต่างระหว่างเพศ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบในอัตราส่วน 2:1 ในระดับรุนแรงน้อย และ 1.5:1 ในระดับรุนแรงมาก

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

สาเหตุ

ยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่ชัดเจนได้ถึง ร้อยละ 30-50 มักเกิดจากหลายสาเหตุเป็นปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม

ปัจจัยทางชีวภาพ เป็นสาเหตุได้ตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด มักพบมีความผิดปกติอื่นร่วมด้วย สาเหตุ เช่น

- โรคทางพันธุกรรม
- การติดเชื้อ
- การได้รับสารพิษ

- การขาดออกซิเจน
- การขาดสารอาหาร
- การเกิดอุบัติเหตุ

ปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ถูกทอดทิ้ง ครอบครัวแตกแยก ฐานะยากจน อยู่ในภาวะแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ ขาดความกระตือรือร้น ขาดแรงจูงใจที่ดี

แนวทางการดูแลรักษา

1) การส่งเสริมศักยภาพครอบครัว

ครอบครัวเข้มแข็ง คือพลังแห่งความสำเร็จ ครอบครัวควรมีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีในการดูแล เห็นความสำคัญของการฝึกฝนทักษะต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ให้คำปรึกษาสำหรับครอบครัว เพื่อ ลดความเครียดของครอบครัว ให้ข้อมูลและทางเลือกในการตัดสินใจ และให้กำลังใจ

2) การส่งเสริมพัฒนาการ (Early Intervention)

ควรจัดโปรแกรมการฝึกทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้ ส่งเสริมพัฒนาการทุกด้าน ทำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่พัฒนาการที่เหมาะสมตามวัยในทุกด้าน เด็กที่ได้รับการฝึกแต่เยาว์วัย จะสามารถเรียนรู้ได้ดีกว่าการฝึกเมื่อโตแล้ว

3) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

มักมีความต้องการแตกต่างกันตามสภาพปัญหา และความจำเป็นของเด็กแต่ละคนที่แตกต่างกัน โดยมีแนวทางช่วยเหลือเฉพาะทาง ในพัฒนาการทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

- กายภาพบำบัด (Physical Therapy) เน้นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ การเคลื่อนไหว แก้ไขการเดิน และลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ
- กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) เน้นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก การหยิบจับ สมาธิ และการรับรู้สัมผัส
- แก้ไขการพูด (Speech Therapy) เน้นพัฒนาการด้านภาษาและการสื่อสาร
- ฝึกทักษะในชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living Training) เน้นพัฒนาการด้านสังคม และการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการศึกษา

ส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ร่วมให้มากที่สุด โดยทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP - Individualized Educational Program) การจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล จำเป็นต้องออกแบบการสอนให้เหมาะสมกับจุดเด่น จุดด้อย และความสนใจของเด็กแต่ละคน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ง่ายไม่สับสน มุ่งหมายที่จะให้เด็กสามารถนำทักษะที่ได้จากชั้นเรียนไปใช้ใน ชีวิตจริงนอกห้องเรียน ข้อสำคัญคือควรให้เด็กมีโอกาสทำกิจกรรมร่วมกับเด็กปกติ

5) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

คือการส่งเสริมให้เด็กสามารถใช้ชีวิตในสังคม และชุมชนได้ปกติตามศักยภาพ โดยการเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงออกอย่างเท่าเทียม เพื่อลดความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม สามารถดำรงชีวิตตามปกติในสังคมได้ มีความนับถือตนเองสูงขึ้น และมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาทักษะด้านอื่นต่อไป

6) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ

การเตรียมพร้อมด้านอาชีพ ได้แก่ การฝึกทักษะพื้นฐานทางอาชีพเฉพาะด้าน และฝึกลักษณะนิสัยในการทำงานที่เหมาะสม เช่น การตรงต่อเวลา รู้จักรับคำสั่ง สามารถปฏิบัติตนต่อผู้ร่วมงานอย่างเหมาะสม และเข้าใจมารยาททางสังคม

7) การใช้จ่าย

การใช้จ่าย ไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อทำให้ความบกพร่องทางสติปัญญาหายไป หรือช่วยให้สมองดีขึ้น แต่ใช้เพื่อบรรเทาความรุนแรงของปัญหา หรืออาการที่เกิดร่วมด้วย เช่น ลมชัก พฤติกรรมรุนแรง ปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาด้านสมาธิ เป็นต้น

การป้องกัน

ควรหลีกเลี่ยงปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุ การตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง และการดูแลรักษาแต่เริ่มแรก จะช่วยลดความรุนแรงของปัญหา ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบที่ตามมา

แนวทางในการป้องกันปัญหาความบกพร่องทางสติปัญญา มีดังนี้

1. คู่สมรสควรมีการวางแผนครอบครัวล่วงหน้า
2. ดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ ตรวจสอบสุขภาพก่อนตั้งครรภ์
3. ในระหว่างตั้งครรภ์ ควรฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ดูแลสุขภาพและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า ไม่ชื้อยาทานเอง
4. กลุ่มที่มีความเสี่ยงควรรับการตรวจเพิ่มเติม เช่น มารดาที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป
5. หลังคลอด ควรติดตามประเมินพัฒนาการตามวัย ถ้ามีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ควรรับการตรวจ ประเมินเพิ่มเติม และส่งเสริมพัฒนาการแต่แรกเริ่มที่สงสัย
6. เอาใจใส่ดูแลเด็กอย่างเหมาะสม ให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ มีโอกาสได้เรียนรู้อย่างเหมาะสมตามวัย

เอกสารอ้างอิง

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2565). คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก กลุ่มปัญหาการเรียน. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ชุมชนมุสทากรณ การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555. (9 กรกฎาคม 2555). ใน: ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 129 (ตอนพิเศษ 119 ง); หน้า 22-23.

ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษา พ.ศ. 2552. (6 พฤษภาคม 2552). ใน: **ราชกิจจานุเบกษา**. เล่ม 126 (ตอนพิเศษ 80 ง); 45-47.

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

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

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

Boland, R. & Verduin, M. L., eds. (2022). Neurodevelopmental disorders and other childhood disorders. In: **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry 12th ed.** (e-book). Wolters Kluwer; pp. 306-725.

Bruce, K. S. (2011). Intellectual disability. In: Robert, M. K., ed. **Nelson textbook of pediatrics**. Philadelphia, PA: Saunders, an imprint of Elsevier Inc.; pp.122-129.

Einfeld, S. & Emerson, E. (2008). Intellectual disability. In: Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., Thapar, A., eds. **Rutter's child and adolescent psychiatry 5th ed.** Singapore: Fabulous printer pte. Ltd; pp. 826-827.

First, M. B., Yousif, L. H., Clarke, D. E., Wang, P. S., Gogtay, N. & Appelbaum, P. S. (2022). **DSM-5-TR: overview of what's new and what's changed**. from <https://doi.org/10.1002/wps.20989>.

Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T. & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. **Developmental Disabilities**, 32(2): 419-436.

Volkmar, F. R., Dykens, E. M. & Hodapp, R. M. (2018). Intellectual Disability. In: Martin, A., Volkmar, F. R. & Bloch, M., eds. **Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook, 5th ed.** Philadelphia: Wolters Kluwer, pp. 1197-1223.

World Health Organization. (1993). **The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research**. [Electronic version]. Geneva, WHO.

บทความทั้งหมดยินดีให้นำไป เผยแพร่เพื่อความรู้ได้ โดยกรุณาอ้างอิงแหล่งที่มา



ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2565). **ความบกพร่องทางสติปัญญา**.

จาก <https://www.happyhomeclinic.com/sp05-intellectual-disability.html>

(บทความต้นฉบับ พฤศจิกายน 2560)