



ความบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability)

นพ.ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

บทนำ

“ความบกพร่องทางสติปัญญา” เป็นคำที่นำมาใช้แทนคำว่า “ปัญญาอ่อน” เนื่องจากคำเดิมถูกนำไปใช้ในทางลบค่อนข้างมาก ทำให้ความรู้สึกในเชิงลบ และไม่ได้รับการยอมรับในภาคสังคม จึงเปลี่ยนการเรียกชื่อใหม่ คำนี้ตรงกับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็กชื่อ “Intellectual Disability” หรือ “Intellectual Developmental Disorder” (ตามเกณฑ์ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน) หรือ “Mental Retardation” (ตามเกณฑ์ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก รหัส F70-79) ซึ่งทั้งสองคำนี้ มีคำจำกัดความใกล้เคียงกัน สามารถนำมาใช้แทนกันได้เลย ในอนาคตเกณฑ์ ICD-11 จะเลิกใช้คำว่า “Mental Retardation” มาใช้เหมือนกันคือ “Intellectual Developmental Disorder”

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

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

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มักมีปัญหาเกือบทุกด้านในชีวิตประจำวัน และปัญหาการเรียน เนื่องจากเด็กมีข้อจำกัดหรือเพดานในการเรียนรู้ ทำให้ไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้เท่ากับเพื่อนใน



วัยเดียวกัน เป็นภาวะที่สมองหยุดพัฒนาหรือพัฒนาอย่างไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดความบกพร่องของทักษะด้านต่างๆ ในระยะพัฒนาการ และส่งผลกระทบต่อระดับเชาวน์ปัญญาทุกๆ 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 การตัดสินใจในสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ การสื่อสารระหว่างบุคคล และสัมพันธภาพ
- ด้านทักษะในการดำรงชีวิตและการทำงาน (practical domain) หมายถึง การดูแลตนเอง เรื่องต่างๆ เช่น สุขอนามัยส่วนตัว ความรับผิดชอบในการเรียนและทำงาน และการจัดการด้านการเงินของตนเอง



ระดับความรุนแรง

ความบกพร่องทางสติปัญญามีระดับความรุนแรงแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตามระดับเขาวงกตปัญหา และระดับความสามารถที่วัดได้

ระดับน้อย (Mild Mental Retardation)

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

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

ระดับปานกลาง (Moderate Mental Retardation)

มีระดับไอคิวอยู่ในช่วง 35-49 ในช่วงขวบปีแรก มักจะมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวปกติ แต่พัฒนาการด้านภาษาและด้านการพูดจะล่าช้า 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 มีพัฒนาการล่าช้าอย่างชัดเจนในทุกๆ ด้าน มักมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว และฝึกการช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีขีดจำกัดในการเข้าใจและการใช้ภาษาอย่างมาก ต้องการความช่วยเหลือ ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

ระบาดวิทยา

พบความชุกของความบกพร่องทางสติปัญญาในประชากรทั่วไป ประมาณร้อยละ 1 โดยมีความแปรปรวนตามช่วงอายุ พบสูงสุดช่วงอายุ 10-14 ปี แล้วค่อยๆ ลดลง พบลดลงมากในวัยผู้ใหญ่ ระดับความรุนแรงที่พบส่วนใหญ่คือระดับน้อย พบร้อยละ 85 ส่วนระดับรุนแรงมากพบอัตราความชุก 5.4-10.6 ต่อ 1,000 ประชากร

ความแตกต่างระหว่างเพศ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบในอัตราส่วน 2:1 ในระดับรุนแรงน้อย และ 1.5:1 ในระดับรุนแรงมาก จากการศึกษา Isle of Wight ซึ่งสำรวจในเด็กอายุ 9-11 ปี พบความบกพร่องทางสติปัญญา ประมาณร้อยละ 2.5 ถ้าใช้เกณฑ์ระดับสติปัญญาอย่างเดียว แต่ถ้านำเกณฑ์ระดับความสามารถในการปรับตัวมาประกอบด้วย อัตราความชุกจะลดลงครึ่งหนึ่ง คือร้อยละ 1.35

สาเหตุ

ส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุสาเหตุที่ชัดเจนได้ (ร้อยละ 30-50) มักเกิดจากหลายสาเหตุเป็นปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม

ปัจจัยทางชีวภาพ เป็นสาเหตุได้ตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด มักพบมีความผิดปกติอื่นร่วมด้วย สาเหตุได้แก่

- โรคทางพันธุกรรม
- การติดเชื้อ
- การได้รับสารพิษ
- การขาดออกซิเจน
- การขาดสารอาหาร
- การเกิดอุบัติเหตุต่างๆ

ปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ถูกทอดทิ้ง ครอบครัวแตกแยก ฐานะยากจน อยู่ในภาวะแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ ขาดความกระตือรือร้น ขาดแรงจูงใจที่ดี



แนวทางการดูแลรักษา

1) การส่งเสริมศักยภาพครอบครัว

ครอบครัวเข้มแข็ง คือพลังแห่งความสำเร็จ ครอบครัวควรมีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีในการดูแล เห็นความสำคัญของการฝึกฝนทักษะต่างๆอย่างต่อเนื่อง ให้คำปรึกษาสำหรับครอบครัว เพื่อลดความเครียดของครอบครัว ให้ข้อมูลและทางเลือกต่างๆ ในการตัดสินใจ และให้กำลังใจ

2) การส่งเสริมพัฒนาการ (Early Intervention)

ควรจัดโปรแกรมการฝึกทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้ ส่งเสริมพัฒนาการทุกๆด้าน ทำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่พัฒนาการที่เหมาะสมตามวัยในทุกๆด้าน เด็กที่ได้รับการฝึกแต่เยาว์วัยจะสามารถเรียนรู้ได้ดีกว่าการฝึกเมื่อโตแล้ว

3) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

มักมีความต้องการแตกต่างกันตามสภาพปัญหา และความจำเป็นของเด็กแต่ละคนที่แตกต่างกัน โดยมีแนวทางช่วยเหลือเฉพาะทาง ในพัฒนาการทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

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

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการศึกษา

ส่งเสริมการจัดการเรียนร่วมให้มากที่สุด โดยทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP - Individualized Educational Program) การจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล จำเป็นต้องออกแบบการสอนให้เหมาะสมกับจุดเด่น จุดด้อย และความสนใจของเด็กแต่ละคน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ง่ายไม่สับสน มุ่งหมายที่จะให้เด็กสามารถนำทักษะที่ได้จากชั้นเรียนไปใช้ในชีวิตจริงๆ นอกห้องเรียน ข้อสำคัญคือควรให้เด็กมีโอกาสทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับเด็กปกติ



5) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

คือการส่งเสริมให้เด็กสามารถใช้ชีวิตในสังคม และชุมชนได้ปกติตามศักยภาพ โดยการเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงออกอย่างเท่าเทียม เพื่อลดความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม สามารถดำรงชีวิตตามปกติในสังคมได้ มีความนับถือตนเองสูงขึ้น และมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาทักษะด้านอื่นต่อไป

6) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ

การเตรียมพร้อมด้านอาชีพ ได้แก่ การฝึกทักษะพื้นฐานทางอาชีพเฉพาะด้าน และฝึกลักษณะนิสัยในการทำงานที่เหมาะสม เช่น การตรงต่อเวลา รู้จักรับคำสั่ง สามารถปฏิบัติตนต่อผู้ร่วมงานอย่างเหมาะสม และเข้าใจมารยาททางสังคม

7) การช้ยา

การช้ยา ไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อทำให้ความบกพร่องทางสติปัญญาหายไป หรือช่วยให้สมองดีขึ้น แต่ใช้เพื่อบรรเทาความรุนแรงของปัญหา หรืออาการที่เกิดร่วมด้วย เช่น ลมชัก พฤติกรรมรุนแรง ปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาด้านสมาธิ เป็นต้น

การป้องกัน

ควรหลีกเลี่ยงปัจจัยต่างๆที่เป็นสาเหตุ การตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง และการดูแลรักษาแต่เริ่มแรก จะช่วยลดความรุนแรงของปัญหา ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบต่างๆ ที่ตามมา แนวทางในการป้องกันปัญหาความบกพร่องทางสติปัญญา มีดังนี้

1. คู่สมรสควรมีการวางแผนครอบครัวล่วงหน้า
2. ดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ ตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรภ์
3. ในระหว่างตั้งครรภ์ ควรฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ดูแลสุขภาพและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า ไม่ชื้อยาทานเอง
4. กลุ่มที่มีความเสี่ยงควรรับการตรวจเพิ่มเติม เช่น มารดาที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป
5. หลังคลอด ควรติดตามประเมินพัฒนาการตามวัย ถ้ามีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ควรรับการตรวจ ประเมินเพิ่มเติม และส่งเสริมพัฒนาการแต่แรกเริ่มที่สงสัย
6. เอาใจใส่ดูแลเด็กอย่างเหมาะสม ให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ มีโอกาสได้เรียนรู้ที่เหมาะสมตามวัย



เอกสารอ้างอิง

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2558). **คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก กลุ่มปัญหาการเรียน**. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง.

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

ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษา พ.ศ.2552. (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. (2013). Neurodevelopmental Disorders. In: **American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. (DSM-5)**. Washington DC: American Psychiatric Publishing; pp. 31-86.

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

Einfeld S and 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. 826-7.

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

บทความฉบับแก้ไขล่าสุด: พฤศจิกายน 2560



บทความทั้งหมดยินดีให้นำไป เผยแพร่เพื่อความรู้ได้ โดยกรุณาอ้างอิงแหล่งที่มา

ทวีศักดิ์ ลีรัตน์เรขา. (2560). ความบกพร่องทางสติปัญญา. [Online]. Available URL:
<http://www.happyhomeclinic.com/sp05-intellectual-disability.html>