



คู่มือ

การวินิจฉัยและตรวจประเมิน

ความพิการ

ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ

พ.ศ. 2568

โดย กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ

ISBN : 978-616-331-201-3

จำนวน 2,000 เล่ม

จัดพิมพ์โดย กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
255 อาคาร 60 ปี กรมประชาสงเคราะห์ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี
กรุงเทพมหานคร 10400
โทรศัพท์ 0 2354 3388

Website : <http://www.dep.go.th>

พิมพ์ที่ บริษัท สำนักพัฒนาการบริหารธรรมนิติ จำกัด
เลขที่ 178 อาคารธรรมนิติ ซอยเพิ่มทรัพย์ (ประชาชื่น 20)
แขวงบางซื่อ เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ 10800
โทรศัพท์ 0 2555 0713 โทรสาร 0 2555 0728

ที่ปรึกษา

อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
รองอธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
เลขาธิการแพทยสภา
ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
ประธานราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย
ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
ประธานราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย
ประธานราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
ประธานราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย
ประธานราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย
ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
ประธานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย
ประธานราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย
ประธานราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
นายกสมาคมโสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย
นายกสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงดลฤดี ศรีศุภผล
แพทย์หญิงวิชนี ธงทอง
นายแพทย์ปิ่นไทย เทพมณฑา
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์

คำนำ

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 มาตรา 4 ได้กำหนดนิยาม “คนพิการ” ประกอบกับประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2568 แบ่งประเภทของความพิการออกเป็น 7 ประเภท ประกอบด้วย ความพิการทางการเห็น ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางการเรียนรู้ และความพิการออทิสติก ทั้งนี้ ในประกาศฯ ฉบับดังกล่าว ได้ระบุให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นผู้ตรวจวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ เพื่อประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการตามมาตรา 19 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 การออกเอกสารรับรองความพิการ จึงเป็นประตูบานแรกของคนพิการ ในการเข้าถึงสิทธิต่าง ๆ เช่น สิทธิทางการแพทย์ การศึกษา การประกอบอาชีพ หรือมีงานทำ รวมถึงสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการ และความช่วยเหลืออื่น

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ร่วมกับ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แพทยสภา และราชวิทยาลัยแพทยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันจัดทำ “คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2568” ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้เกี่ยวข้อง มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการได้อย่างถูกต้องเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้คนพิการสามารถนำเอกสารรับรองความพิการไปเป็นหลักฐานประกอบการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ และขึ้นทะเบียนคนพิการ อันจะทำให้คนพิการได้เข้าถึงสิทธิประโยชน์และสวัสดิการด้านต่าง ๆ ต่อไป

คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

บทนำ	การกำหนดนิยามความพิการด้วยแนวคิด ICF	6
บทที่ 1	การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการเห็น	12
บทที่ 2	การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	25
	▶ ความพิการทางการได้ยิน	26
	▶ ความพิการทางการสื่อความหมาย	39
บทที่ 3	การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	64
บทที่ 4	การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม	77
	▶ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคจิตเวช	78
	▶ การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม	88
บทที่ 5	การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางสติปัญญา	96
บทที่ 6	การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการเรียนรู้	109
บทที่ 7	การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการออทิสติก	118
เอกสารอ้างอิง		127



ภาคผนวก

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	137
เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2568	
ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	141
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดบุคคลใด มีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ พ.ศ. 2569	
ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	144
เรื่อง เอกสารรับรองความพิการ	
ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ	146
ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ การออกบัตรและการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ และการขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ พ.ศ. 2556	
ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ	152
ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ การออกบัตรและการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ และการขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564	
คำสั่งกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ที่ 2044/2568	154
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานกำหนดหลักเกณฑ์และจัดทำคู่มือการวินิจฉัย และตรวจประเมินความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์	
คณะผู้นิพนธ์	157

บทนำ

การกำหนดนิยามความพิการด้วยแนวคิด ICF

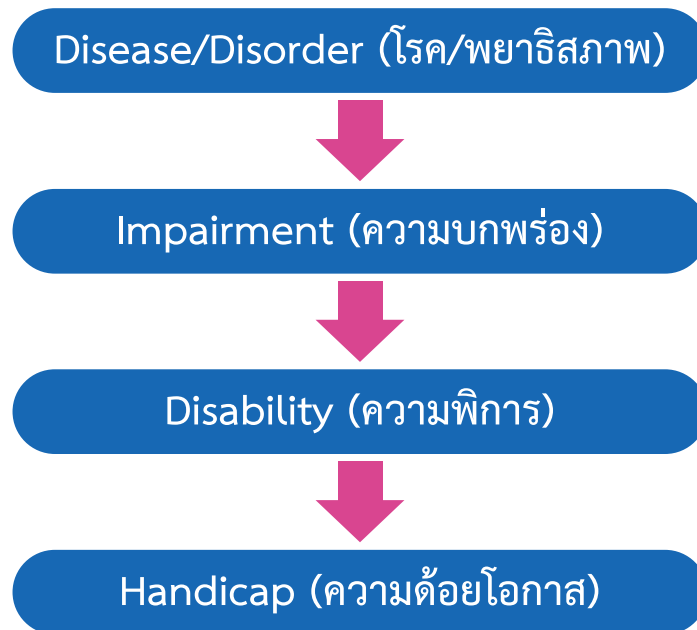
การจัดทำคำนิยามความพิการ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 เป็นการนิยามความพิการที่อ้างอิงตามกรอบแนวคิด International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ซึ่งเป็นหนึ่งใน The Family of International Classifications and Terminologies ขององค์การอนามัยโลก

การวินิจฉัยความพิการมีความแตกต่างจากการวินิจฉัยโรค เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจแนวคิดที่นำมาสู่วิธีการประเมินความพิการในปัจจุบัน บทความนี้จะสรุปความเป็นมาโดยเริ่มจากมุมมองความพิการประเภทต่าง ๆ ซึ่งนำมาสู่กรอบแนวคิด ICF และการนำแนวคิด ICF มาใช้ในการกำหนดนิยามความพิการทางกฎหมาย

องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่ International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) ในปี 2544 เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการให้คำนิยามของความพิการ และได้กำหนดรหัสของส่วนประกอบต่าง ๆ อาทิเช่น การทำงานของร่างกาย โครงสร้างของร่างกาย กิจกรรมและการมีส่วนร่วม รวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อใช้ในการสื่อสารระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ ทั้งนี้ ในปี 2555 สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากราชวิทยาลัยแพทย์ต่าง ๆ ได้ร่วมกันพัฒนาและจัดทำคู่มือมาตรฐานกลางประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF ขึ้นเพื่อใช้ประโยชน์ในระหว่างสหวิชาชีพที่ให้บริการคนพิการประเภทต่าง ๆ โดยสามารถใช้รหัส ICF ที่เฉพาะเจาะจงกับความพิการแต่ละประเภทในการประเมินระดับความสามารถของคนพิการภายหลังการออกใบรับรองเพื่อจดทะเบียนคนพิการ

1. มุมมองความพิการ (Disability Model)

ในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2544 กรอบแนวคิดหลักด้านความพิการมี 2 รูปแบบ รูปแบบแรกคือ มุมมองทางการแพทย์ (Medical Model) ซึ่งนิยามว่าความพิการเป็นกระบวนการที่เกิดจากพยาธิสภาพและโรค ทำให้เกิดความบกพร่องของร่างกาย (Impairment) เช่น การเป็นโรคหลอดเลือดสมองทำให้อวัยวะบกพร่อง คือกล้ามเนื้อแขนและขาอ่อนแรง ซึ่งส่งผลไปสู่การสูญเสียสมรรถภาพในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Disability) เช่น ไม่สามารถใช้มือใส่เสื้อผ้าตนเองได้ หรือขาอ่อนแรงจนไม่สามารถเดินเองได้ ผลที่ตามมาคือเกิดความเสียเปรียบหรือด้อยโอกาสในการดำรงชีวิตในสังคม (Handicap) เช่น ไม่สามารถกลับไปทำงานในหน้าที่เดิมได้ เป็นต้น (แผนภูมิที่ 1) ตามมุมมองทางการแพทย์ การดูแลคนพิการที่เหมาะสมคือการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะตัวของคนนั้นให้บรรลุความสามารถสูงสุดที่พึงจะทำได้ เช่น ฝึกกล้ามเนื้อเพื่อให้สามารถใช้แขนได้ บริหารกล้ามเนื้อเพื่อฝึกเดิน เป็นต้น กล่าวโดยสรุป มุมมองทางการแพทย์จัดให้ความพิการเป็นปัญหาระดับปัจเจกบุคคลที่แก้ไขได้ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์และการฟื้นฟู



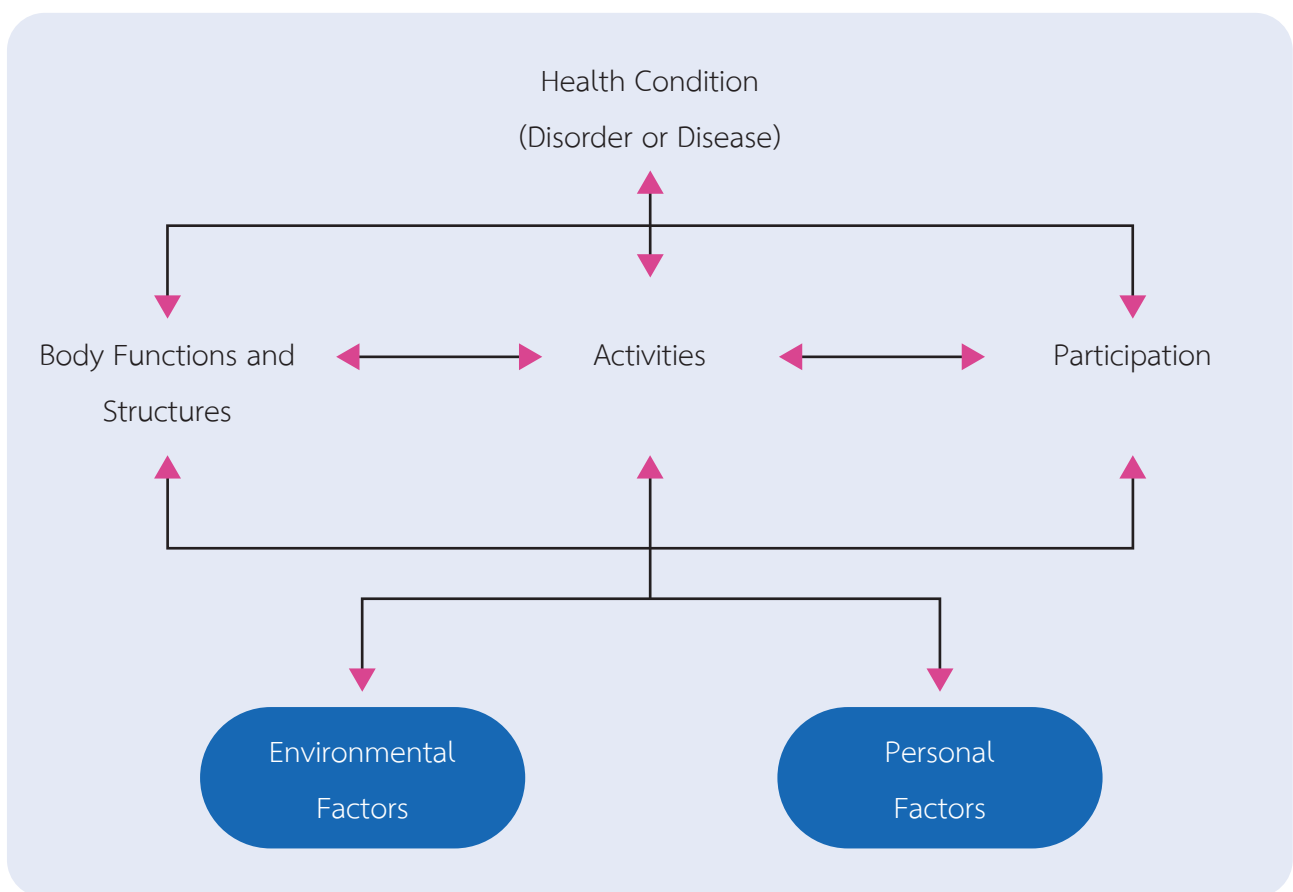
แผนภูมิที่ 1 มุมมองทางการแพทย์ ตามแนวคิด WHO International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH 1980)

รูปแบบที่สอง คือ มุมมองทางสังคม (Social Model) ซึ่งนิยามว่าปัญหาความพิการเกิดจากการประกอบสร้างทางสังคม โดยคำนึงถึงความบกพร่องทางร่างกายว่าเป็นความหลากหลายอย่างหนึ่งของมนุษย์เท่านั้น ความพิการจึงมิใช่ปัญหาระดับบุคคล ทว่าเกิดจาก “สังคม” ที่ไม่เอื้อให้คนที่มีความหลากหลายอยู่ร่วมกันได้ เช่น การไม่จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม (Universal Design) ทำให้คนพิการที่ใช้รถนั่งคนพิการไม่สามารถโดยสารรถรับจ้างสาธารณะ ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมได้ การไม่จัดให้มีห้องน้ำคนพิการในที่ทำงานทำให้คนพิการไม่สามารถไปทำงานได้ การไม่มีหนังสือเสียงหรือหนังสืออักษรเบรลล์ทำให้เด็กพิการทางสายตาไม่สามารถเข้าถึงการเรียนหนังสือในระดับที่ต้องการ เป็นต้น การที่สังคมไม่เอื้อให้บุคคลที่มีความแตกต่างสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้อย่างเท่าเทียม จึงจัดว่าเป็นการที่ “สังคม” ทำให้บุคคลเหล่านั้นพิการ การแก้ปัญหาความพิการในสังคมจึงเป็นการปรับทัศนคติของคนในสังคมและปรับสภาพแวดล้อมให้คนพิการสามารถเข้าถึงและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป

มุมมองต่อความพิการในสองรูปแบบที่กล่าวมาเป็นการมองปัญหาและแก้ปัญหาที่แตกต่างกันโดยสิ้นเชิง ในปี พ.ศ. 2544 องค์การอนามัยโลกจึงเสนอแนวคิด Biopsychosocial Model ซึ่งขยายมุมมองต่อภาวะสุขภาพและความพิการว่าเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความบกพร่องและอุปสรรคจากทัศนคติและสภาพแวดล้อม ซึ่งทำให้บุคคลไม่สามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างเท่าเทียมกับบุคคลอื่น ๆ และได้พัฒนากรอบแนวคิด ICF ขึ้นมาเพื่ออธิบายมุมมองดังกล่าว นอกจากนั้นยังได้เสนอองค์ประกอบของ ICF เป็นรหัสข้อมูลรวมเป็นบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน สุขภาพและความพิการ หรือ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ขึ้นเพื่อใช้เป็นภาษามาตรฐานที่สามารถสื่อสารได้ทั่วโลก

2. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

ICF เป็นกลุ่มรหัสข้อมูลที่บ่งชี้สภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ของคนคนหนึ่งอย่างครอบคลุมและนำไปสู่การวางแผนการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการได้ครอบคลุมกว่าการระบุโรคตาม International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) เช่น ผู้ป่วย 2 รายได้รับการวินิจฉัยตามรหัส ICD เป็น Right Hemiplegia, Cerebral Infarction เหมือนกัน คนแรก มีอายุ 70 ปี พูดไม่ได้ ลุกนั่งเองไม่ได้ ผู้ป่วยและญาติมีเป้าหมายเพียงกลับบ้านและใช้ชีวิตกับผู้ดูแล ในขณะที่อีกรายหนึ่งอายุ 45 ปี พูดได้ แต่นึกคำพูดซ้ำ ลุกยืนพอได้ และมีเป้าหมายจะกลับไปทำงานตามเดิมเนื่องจากยังมีลูกที่ต้องดูแลอีก 2 คน จะเห็นว่าแม้ว่าจะวินิจฉัยตาม ICD เหมือนกัน แต่ข้อมูลด้านกิจกรรมที่สามารถทำได้ ข้อมูลครอบครัว สิ่งแวดล้อมนั้นต่างกัน ข้อมูลการประเมินคนพิการที่เพิ่มมานั้นเป็นไปตามกรอบแนวคิด ICF (แผนภูมิที่ 2)



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิด ICF

ICF แสดงสภาวะสุขภาพของบุคคลในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1. การทำงานของร่างกายและโครงสร้างของร่างกาย (Body Functions & Structures) หมายถึง การสูญเสียของร่างกายส่วนนี้ทำให้เกิด “ความบกพร่อง” (Impairments) หรือการสูญเสียการทำงานของร่างกายหรือโครงสร้างของร่างกาย ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกเลือกใช้คำว่า Body Functions and Structures แทนคำว่า Impairment เพื่อลดการใช้คำในเชิงลบ

2. กิจกรรม (Activities) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละบุคคล การสูญเสียความสามารถส่วนนี้จะก่อให้เกิด “การจำกัดในการทำกิจกรรม” (Activity Limitations) หรือความลำบากในการทำกิจกรรมของแต่ละบุคคล คำนี้ถูกนำมาใช้เพื่อลดการสื่อสารไปในทางลบของคำเดิมซึ่งใช้ว่า “ความด้อยสมรรถภาพ” (Disability)

3. การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การสูญเสียความสามารถส่วนนี้จะก่อให้เกิดปัญหาที่บุคคลประสบในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งใช้คำว่า “ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม” (Participation Restrictions) คำนี้ถูกนำมาใช้ทดแทนคำเดิมว่า “ความเสียเปรียบทางสังคม” (Handicap)

ทั้งนี้ สภาวะสุขภาพของบุคคล เป็นผลรวมของปฏิสัมพันธ์ระหว่างการทำงานและโครงสร้างของร่างกาย ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในสังคม และยังได้รับผลกระทบจาก “ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม” (Environmental Factors) เช่น ชุมชน สถานที่ อุปกรณ์ช่วย และ “ปัจจัยส่วนบุคคล” (Personal Factors) เช่น รูปแบบการดำเนินชีวิต อุปนิสัย การศึกษา อาชีพ อีกด้วย

องค์การอนามัยโลกกำหนดให้แต่ละองค์ประกอบของ ICF มีรหัสเฉพาะเป็นตัวอักษรตามด้วยตัวเลข 3 - 4 หลัก เช่น Body Functions ใช้รหัส b, Body Structures ใช้รหัส s, Activities and Participation ใช้รหัส d และ Environmental Factors ใช้รหัส e โดยในแต่ละองค์ประกอบจะมีหมวดหมู่ย่อย เช่น Activities and Participation ประกอบด้วย 9 หมวดย่อย ได้แก่ Learning and Applying Knowledge, General Tasks and Demands, Communication, Mobility, Self-care, Domestic Life, Interpersonal Interactions and Relationships, Major Life Areas, และ Community, Social and Civic Life¹

นอกจากนี้ ยังมีการกำหนดตัวบ่งคุณลักษณะ (Qualifiers) ซึ่งบ่งถึงระดับสุขภาพหรือความรุนแรงของปัญหาสุขภาพด้านต่าง ๆ โดยประเมินเป็นตัวเลขตามหลังจุดทศนิยมของรหัสขององค์ประกอบนั้น ๆ

ICF สามารถนำไปใช้เป็นภาษาสากลในการสื่อสารสำหรับผู้ให้บริการทางการแพทย์และทางสังคม เพื่อระบุปัญหาของโครงสร้างร่างกาย การจำกัดในกิจกรรม ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล โดยอาจใช้รหัส ICF ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความพิการแต่ละประเภท หรือใช้กรอบแนวคิด ICF ในการประเมินเพื่อให้บริการทางคลินิกที่ครอบคลุมในมิติต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น เช่น การให้คำปรึกษา การให้อุปกรณ์/เทคโนโลยี เครื่องช่วยคนพิการ การปรับสถานที่ทำงาน เป็นต้น

¹ สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ <https://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>

โดยประเมินแต่ละหัวข้อ แล้วระบุระดับความบกพร่องหรือระดับความสามารถในการทำกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วมที่เรียกว่า “ตัวบ่งคุณลักษณะ” บันทึกเป็นตัวเลขด้านหลังรหัส แบ่งเป็นระดับ ดังนี้

- .0 หมายถึง ไม่มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก (NO: 0 - 4%)
- .1 หมายถึง มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก เล็กน้อย (MILD: 5 - 24%)
- .2 หมายถึง มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก ปานกลาง (MODERATE: 25 - 49%)
- .3 หมายถึง มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก รุนแรง (SEVERE: 50 - 95%)
- .4 หมายถึง มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก ที่สุดหรือทั้งหมด (COMPLETE: 96 - 100%)
- .8 หมายถึง ไม่ระบุรายละเอียดของความบกพร่องหรือความยากลำบาก (Not Specified)
- .9 หมายถึง ไม่เกี่ยวข้อง (Not Applicable)

ตัวอย่าง เช่น

ชาย อายุ 18 ปี มี Sensorineural Hearing Loss ตั้งแต่อายุ 18 เดือน เนื่องจากยา ตรวจวัดการได้ยินพบว่า
Right Ear = 75 dB HL, Left Ear = 80 dB HL

Body Function

- b230 การทำงานด้านการได้ยิน

Activity Limitation

- d310 การสื่อสารกับ - ด้านการรับ - ข้อความภาษาพูด: ไม่สามารถรับข้อความภาษาพูดได้
- d330 การพูด: ไม่สามารถเปล่งเสียงพูดได้

Participation Restrictions

- d350 การสนทนา: ไม่สามารถดำเนินการสนทนาได้
- d360 การใช้อุปกรณ์สื่อสาร: ไม่สามารถพูดโทรศัพท์ได้
- d710 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลขั้นพื้นฐาน: ไม่สามารถทำได้ เช่น ไปโรงพยาบาล แต่ไม่ถูกเรียกตรวจ

เพราะพยาบาลใช้วิธีประกาศเรียกด้วยเสียง

- d720 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน: ไม่สามารถทำได้ เช่น ไม่สามารถอธิบายอาการที่เป็นปัญหาให้แพทย์เข้าใจได้

Environment

ข้อจำกัดด้าน d360 และ d710 สามารถลดลงได้จาก e125 ผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีที่ใช้ในการสื่อสาร เช่น ระบบส่งข้อความทางโทรศัพท์มือถือซึ่งสามารถช่วยให้คนหูหนวกสามารถสื่อสารโดยไม่ต้องใช้เสียง หรือระบบการอ่านข้อความเพื่อให้ปลายทางได้ยินเสียง ในส่วนของ d710 การใช้ระบบคิวที่มีเสียงเรียกและตัวเลขแสดงไปพร้อมกันจะลดข้อจำกัดเรื่องการไม่ทราบคิวในโรงพยาบาลของคนพิการทางการได้ยิน

ข้อจำกัดด้าน d720 สามารถลดลงได้ด้วย e575 บริการระบบและนโยบายของความช่วยเหลือทั่วไปทางสังคม เช่น คนพิการอาจเบิกค่าจ้างล่ามเพื่อไปกับคนพิการ โดยรัฐสนับสนุน เป็นต้น

3. การนิยามความ “พิการ” ในทางกฎหมาย

เมื่อเปรียบเทียบการให้ความหมายของคำว่า “พิการ” ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 จะพบความแตกต่าง ดังนี้

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มาตรา 4

“คนพิการ หมายความว่า คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือจิตใจ ตามประเภท และหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง”

การประเมินความพิการตามพระราชบัญญัตินี้จึงมุ่งเน้นที่การประเมินความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย เช่น Visual Acuity, Visual Field, Level of Hearing Loss, Level of Weakness of Body and Limbs, IQ เป็นต้น ซึ่งการประเมินดังกล่าวหากพิจารณาตามแนวคิด ICF จะเป็นการประเมินในส่วน Body Function and Structure เท่านั้น ในพระราชบัญญัตินี้แบ่งความรุนแรงของความพิการเป็น 5 ระดับ และเฉพาะบุคคลที่มีความบกพร่องในระดับปานกลางถึงมากจึงมีสิทธิขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการตามกฎหมาย ผู้ที่มีความบกพร่องระดับน้อยแม้ว่าอาจมีปัญหาในการเข้าสู่สังคม เช่น หลังค่อม ตัวเตี้ยแคระ ไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 มาตรา 4

“คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประกาศกำหนด”

การประเมินความพิการตามพระราชบัญญัตินี้จะพิจารณาจากข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และข้อจำกัดในการเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม อันเป็นผลมาจากความบกพร่องร่วมด้วยกับภาวะบกพร่องทางร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Biopsychosocial Model

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติแพทย์สามารถวินิจฉัยความบกพร่องและประเมินข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้บางส่วน แต่อาจไม่สามารถระบุข้อจำกัดในการเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้ เนื่องจากข้อจำกัดดังกล่าวผันแปรไปตามบริบทและสิ่งแวดล้อม การประเมินความพิการตามแนวคิด ICF อย่างเต็มรูปแบบจึงจำเป็นต้องอาศัยสหวิชาชีพทั้งทางแพทย์และทางสังคมร่วมกัน

ทั้งนี้ คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการได้มีการทบทวนและพัฒนาเพื่อขยายเกณฑ์การวินิจฉัยความพิการเพื่อให้ครอบคลุมมิติการประเมินกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการมีส่วนร่วมทางสังคมมากขึ้น เช่น การประเมินความพิการทางร่างกายในผู้ป่วยที่มีแผลไฟไหม้ที่ใบหน้าจนไม่สามารถกลับไปทำงานได้ หรือการพิจารณาความพิการทางการเคลื่อนไหวผ่านการประเมินกิจกรรมในชีวิตประจำวันต่าง ๆ แทนการประเมินระดับกำลังกล้ามเนื้อ เป็นต้น

บทที่ 1



บทที่ 1

การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการเห็น

คำนิยามตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์⁽¹⁾

บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น ได้แก่ บุคคลที่สูญเสียการเห็นตั้งแต่ระดับปานกลาง (Moderate Visual Impairment) จนถึง ตาบอด (Blindness) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. คนตาบอด หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นสูญเสียการเห็น โดยเมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่า (ข้างที่ดีที่สุด) เมื่อได้รับการแก้ไขด้วยแว่นตาแล้ว (Best Corrected Distance Visual Acuity) ยังอยู่ในระดับแย่กว่า หรือน้อยกว่า 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 10 ส่วน 200 ฟุต (10/200) จนถึงไม่สามารถรับแสงได้ หรือมีลานสายตาแคบกว่า 10 องศา

2. คนตาเห็นเลือนราง หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นสูญเสียการเห็นตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง หากตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่า (ข้างที่ดีที่สุด) เมื่อได้รับการแก้ไขด้วยแว่นตาแล้วยังอยู่ในระดับแย่กว่า หรือน้อยกว่า 6 ส่วน 18 เมตร (6/18) หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต (20/70) จนถึงระดับ 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 10 ส่วน 200 ฟุต (10/200) หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา ลงไปจนถึง 10 องศา

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความพิการทางการเห็น ได้แก่

1. คนพิการทางการเห็น ครอบคลุมคนตาเห็นเลือนรางและคนตาบอด ได้แก่
 - คนที่มีสายตาข้างที่ดีกว่าเมื่อได้รับการตรวจแก้ไขด้วยแว่นตาแล้วมองเห็นน้อยกว่า 6/18 เมตร หรือ 20/70 ฟุต ลงไป จนถึงมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือ
 - คนที่มีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา
2. ต้องสิ้นสุดการรักษาพยาบาลตามปกติโดยที่คนพิการต้องไม่ปฏิเสธการรักษา และเมื่อได้รับการตรวจแก้ไขด้วยแว่นตา (Refraction) แล้ว แต่ความผิดปกติหรือความบกพร่องดังกล่าวยังคงมีอยู่ คนพิการตามกฎหมายประเภทนี้ จึงหมายถึง คนที่มีความผิดปกติทางการเห็นภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้
 - เมื่อการอักเสบได้รับการรักษาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน
 - หลังการผ่าตัดเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน
 - ในรายที่มีความผิดปกติของ Extraocular Muscle, Traumatic Cataract, Traumatic Vitreous Haemorrhage ให้ลงความเห็นหลังได้รับอันตรายต่อตาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 12 เดือน
 - หรือให้ขึ้นกับดุลยพินิจของจักษุแพทย์ผู้ประเมิน
3. สามารถประเมินโดยแพทย์ทั่วไปได้ โดยใช้การวัดสายตาระยะไกล (Distance VA Measurement) ในกรณีที่แพทย์ทั่วไปไม่สามารถประเมินความพิการได้ ให้ส่งประเมินความพิการกับจักษุแพทย์

หมายเหตุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 องค์การอนามัยโลกได้แบ่งภาวะบกพร่องทางการเห็น (Visual Impairment: VI) โดยใช้ระดับสายตาไกลที่วัดด้วยตาเปล่าหรือใส่แว่นตาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน (Presenting Distance Visual Acuity) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวมเอาภาวะสายตาผิดปกติ (Refractive Error) เข้ามาเป็นสาเหตุของภาวะบกพร่องทางการเห็น (Visual Impairment: VI) ที่จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและแก้ไข แต่เนื่องจากภาวะสายตาผิดปกติ (Refractive Error) เป็นภาวะที่สามารถแก้ไขได้ด้วยการตรวจวัดสายตาและประกอบแว่นตา จึงถือเป็นปัญหาที่ยังไม่สิ้นสุดการรักษา ดังนั้น คนกลุ่มนี้จึงไม่เป็นคนพิการทางการเห็นตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยความพิการทางการเห็นตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2568

คนพิการทางการเห็นตามกฎหมาย ไม่ครอบคลุมบุคคลต่อไปนี้

1. มีตาพิการหรือตาบอดเพียง 1 ข้าง
2. มีตาบอดสี
3. มีตาเข ตาเหล่

แนวทางการซักประวัติ

การซักประวัติที่ดีควรมีเนื้อหาครอบคลุม ดังนี้

1. ประวัติการวินิจฉัย สาเหตุของการสูญเสียสมรรถภาพทางการเห็นในการตรวจครั้งล่าสุด
2. ประวัติการตรวจตาและการได้รับการรักษาในปัจจุบันและที่ผ่านมา ทั้งการเข้ายาและการผ่าตัด
3. ประวัติการได้รับการช่วยเหลือหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพสายตาก่อนหน้านี้ เช่น อุปกรณ์ช่วยการมองเห็นที่ใช้อยู่ รวมถึงกรณีที่มีแว่นสายตาใส่อยู่และความพึงพอใจกับอุปกรณ์ดังกล่าว
4. ประวัติความผิดปกติทางสายตาในครอบครัว เช่น มีโรคบางอย่างในครอบครัวที่พบในทุกุ่นของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ต้อหิน ต้อกระจก ตาบอด ฯลฯ
5. ประวัติความเจ็บป่วยจากโรคต่าง ๆ ทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียสมรรถภาพทางการเห็นของผู้ป่วย

ในการซักประวัติเพื่อหาความผิดปกติทางการเห็น โดยเฉพาะในเด็กเล็กให้ถามถึงหรือสังเกตอาการต่อไปนี้

1. เด็กอายุ 2 เดือน ถ้ายังไม่จ้องหน้า ให้สงสัยว่าเด็กจะมีสายตาผิดปกติ
2. ดูลักษณะ ขนาด และตำแหน่งของดวงตาที่ผิดปกติ
3. มีพฤติกรรมชอบขยี้ตา กระพริบตาบ่อย ๆ
4. ดูอะไร ต้องเพ่งใกล้ตาผิดปกติ
5. มีอาการปวดตา ปวดศีรษะ หลังจากการใช้สายตา
6. มีอาการตาไม่สู้แสง น้ำตาไหล เมื่อออกที่แจ้งจะหรีดตาลง
7. ในการอ่านหรือเขียนหนังสือมีแนวโน้มที่จะสับสนกันระหว่างอักษรที่คล้ายกัน เช่น ด กับ ค บ กับ ม ช กับ ซ ฯลฯ หรือมักจะหลงตำแหน่งหรือบรรทัด เช่น อ่านข้ามข้อหรือข้ามบรรทัด ฯลฯ ซึ่งเป็นอาการของผู้มีลานสายตาผิดปกติ

แนวทางการตรวจร่างกาย

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสามารถให้การวินิจฉัยภาวะความพิการทางการเห็นโดยการตรวจวัดสายตา (Visual Acuity: VA) หรือลานสายตา (Visual Field: VF) (รูปที่ 1 - 1)

ตารางที่ 1 - 1

พิจารณาที่สายตา	พิจารณาที่ลานสายตา	ลักษณะความพิการ
น้อยกว่า 6/18 เมตร หรือ 20/70 ฟุต แต่ยังสามารถอ่าน 3/60 เมตร หรือ 10/200 ฟุตได้	แคบกว่า 30 องศา จนถึง 10 องศา	ตาเห็นเลือนราง
น้อยกว่า 3/60 เมตร หรือ 10/200 ฟุต ไปจนถึงไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง	แคบกว่า 10 องศา จนถึง 0 องศา	ตาบอด



สูญเสียสายตา



สายตาปกติ



สูญเสียลานสายตา

รูปที่ 1 - 1 เปรียบเทียบการสูญเสียสายตาและการสูญเสียลานสายตา

แนวทางการวัดสายตา

เด็กเล็ก (อายุแรกเกิด - 2 ปี) อาจทำได้โดยการสังเกตพฤติกรรมทางการเห็น ดูว่าเด็กไม่จ้องหน้า หรือไม่มองตามแสงไฟ มีความผิดปกติของลูกตา เช่น ตาแกว่ง (Nystagmus) รูม่านตาไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง บ่งชี้ว่าเด็กอาจมีความผิดปกติ ซึ่งควรส่งต่อเพื่อรับการประเมินโดยจักษุแพทย์

เด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 2 ปี - 4 ปี) สามารถประเมินการเห็นด้วยไฟฉาย โดยถือไฟฉายห่างจากหน้าเด็กประมาณ 30 - 50 ซม. เคลื่อนไฟฉายไปในทิศทางต่าง ๆ ถ้าเด็กสามารถมองตามไฟฉายไปในทิศทางต่าง ๆ ได้ แสดงว่าการมองเห็นปกติ ถ้าเด็กไม่สามารถมองตามไฟฉาย ให้สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ ซึ่งควรส่งต่อเพื่อรับการประเมินโดยจักษุแพทย์

เด็กวัยเรียน (อายุตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป) ในเด็กวัยนี้สามารถใช้แผ่นวัดสายตาในระยะไกลมาตรฐานที่เป็น E Chart หรือ Picture Chart หรือใช้การนับนิ้วมือผู้ตรวจในระยะต่าง ๆ ถ้าเด็กนับไม่ได้ให้ชูนิ้วขึ้นตามผู้ตรวจ โดยทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง เพื่อยืนยันความถูกต้อง

เด็กโตและผู้ใหญ่ ตรวจโดยใช้แผ่นวัดสายตาในระยะไกลมาตรฐาน (Snellen Chart) หรือ E Chart ในรายที่ไม่รู้หนังสือ

วิธีการวัดสายตาโดยใช้แผ่นวัดสายตาในระยะไกลมาตรฐาน

ใช้การวัดที่ระยะ 6 เมตร หรือ 20 ฟุต จากแผ่นวัดสายตาในห้องตรวจที่มีแสงสว่างพอเหมาะและปราศจากแสงสะท้อน (Glare) โดยตรวจวัดตาทีละข้าง เริ่มจากข้างขวาตามด้วยข้างซ้าย ใช้ Occluder ปิดตาอีกข้างขณะที่วัด และทดสอบด้วย Pinhole อีกครั้งเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ระดับสายตาที่ดีขึ้นจากการใช้ Pinhole หมายถึงสามารถแก้ไขได้ด้วยการตรวจวัดสายตาประกอบแว่น (Refraction) โดยรายงานผลทั้งสองอย่าง ดังนี้

- 6/60 หรือ 20/200 และ หลังทดสอบด้วย Pinhole 6/30 หรือ 20/100 ในแต่ละข้างตามลำดับ
- ในกรณีที่ระยะดังกล่าว ไม่เห็นแม้แต่บรรทัดบนหลังการใช้ Pinhole แล้ว (VA < 6/60 หรือ 20/200)

ให้วัดในระยะ 3 เมตร หรือ 10 ฟุตแทน โดยดูว่าสามารถอ่านบรรทัดบนหลังการใช้ Pinhole แล้ว

วิธีการแปลผล โดยพิจารณาจากสายตาข้างที่ตีกว่า ดังนี้

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

การวัดลานสายตา (Visual Field Testing)

ในรายที่การตรวจวัดลานสายตาไม่ผิดปกติ แต่มีประวัติหรืออาการที่บ่งชี้ว่าอาจมีลานสายตาผิดปกติ เช่น มักเดินชนสิ่งของในการอ่านหนังสือมักอ่านข้ามข้อหรือข้ามบรรทัด ซึ่งเป็นอาการแสดงของโรคต้อหิน โรคของจอตา โรคของประสาทตา หรือโรคของสมอง ให้ทำการวัดลานสายตาเพิ่มเติม

อุปกรณ์ที่ใช้ในการวัดลานสายตา

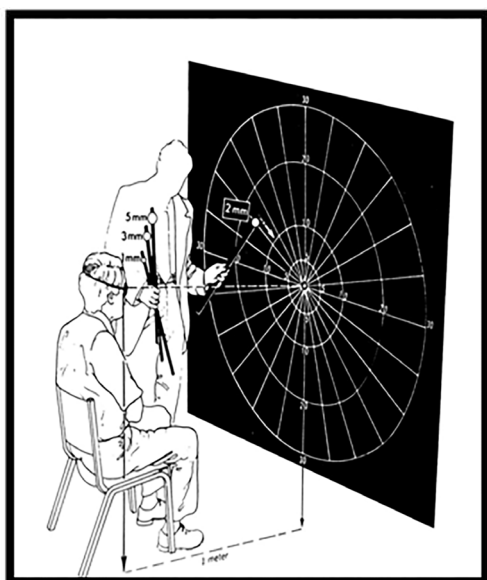
การวัดลานสายตา ทำโดยใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับวัดลานสายตา (Perimeter) ซึ่งปัจจุบันมีวิวัฒนาการทั้งชนิดควบคุมด้วยมือและชนิดที่ควบคุมด้วยคอมพิวเตอร์ ซึ่งสามารถเปลี่ยนขนาดและความสว่างของภาพที่ใช้กระตุ้น (Stimuli) สามารถตรวจซ้ำในจุดเดิม เนื่องจากทุกอย่างจะถูกบันทึกเข้าระบบคอมพิวเตอร์

อุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับวัดลานสายตา (Perimeter) ได้แก่

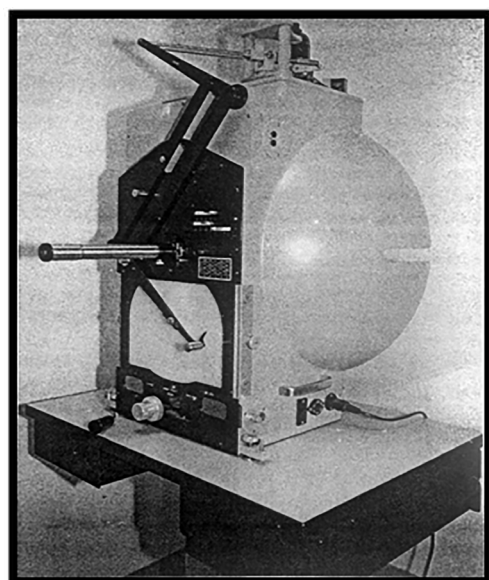
1. Tangent Screen (รูปที่ 1 - 6)
2. Arch Perimeter (รูปที่ 1 - 7)
3. Automated Perimeter (รูปที่ 1 - 8)

ลานสายตาปกติ ประกอบด้วย

- ลานสายตาส่วนริม (Peripheral VF) โดยวัดรัศมีการเห็นจากจุดกึ่งกลางลานสายตา ซึ่งมีค่าในแต่ละแนวรัศมี (Meridian) ไม่เท่ากัน (รูปที่ 1 - 9)
- ลานสายตาส่วนกลาง (Central VF) โดยวัดรัศมีการเห็นจากจุดกึ่งกลางลานสายตา 30 องศาในทุกแนวรัศมี (Meridian) (รูปที่ 1 - 10)



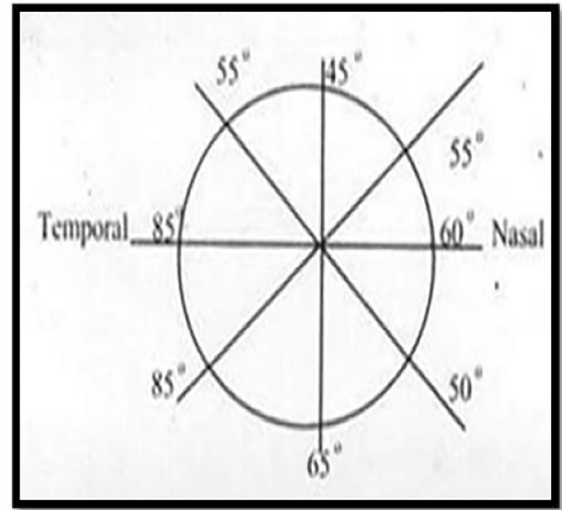
รูปที่ 1 - 6 Tangent Screen



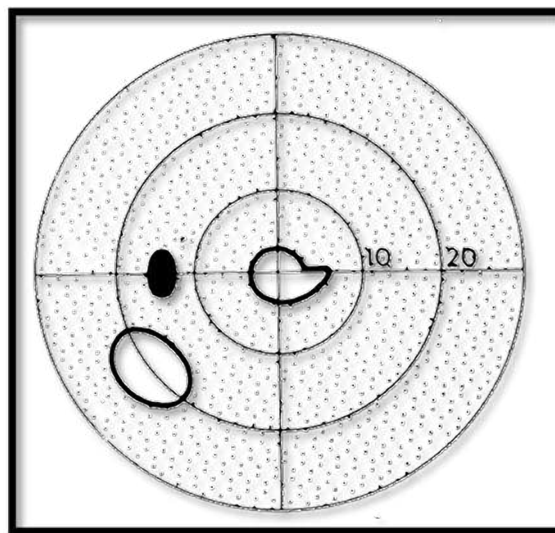
รูปที่ 1 - 7 Arch Perimeters



รูปที่ 1 - 8 Automated Perimeter



รูปที่ 1 - 9 Peripheral VF



รูปที่ 1 - 10 Central VF

วิธีการแปลผล โดยพิจารณาจากตาข้างที่ดีกว่า ดังนี้

- ถ้ามีการเสียลานสายตาส่วนริมทั้งหมด แต่ยังมีลานสายตาส่วนกลางปกติ หมายความว่า ไม่มีความพิการตามประกาศฯ
- ถ้ามีการเสียลานสายตาส่วนกลางในรัศมี 10 ถึง 30 องศา จากจุดกึ่งกลางลานสายตา หมายความว่า มีความพิการตามประกาศฯ ลักษณะตาเห็นเลือนราง
- ถ้ามีการเสียลานสายตาส่วนกลางในรัศมี 10 องศา จากจุดกึ่งกลางลานสายตา หมายความว่า มีความพิการตามประกาศฯ ลักษณะตาบอด
- ในกรณีที่มีการเสียลานสายตาเป็นบางพื้นที่ (Scotoma) ทั้งในลานสายตาส่วนริม (Peripheral VF) และ/หรือลานสายตาส่วนกลาง (Central VF) หรือเสียเฉพาะลานสายตาส่วนริมอย่างเดียว ถือว่าไม่มีความพิการตามประกาศฯ

แนวทางการประเมินสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

นายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัดสามารถให้การวินิจฉัยภาวะความพิการทางการเห็นได้ ถ้าตรวจพบสิ่งต่อไปนี้

1. ไม่มีลูกตาทั้งสองข้าง (รูปที่ 1 - 11)
2. มีลักษณะของตาผิดปกติชัดเจนทั้งสองข้าง เช่น
 - 2.1 ไม่มีลูกตาดำ (รูปที่ 1 - 12)
 - 2.2 ลูกตาสีขาวขุ่น (รูปที่ 1 - 13)
 - 2.3 ลูกตาฝ่อ (รูปที่ 1 - 14)

กรณีที่มีลักษณะความพิการนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ ให้ส่งคนพิการไปขอเอกสารรับรองความพิการจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม การพิจารณาเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการในความพิการทางการเห็นที่เห็นได้โดยประจักษ์ ไม่อนุญาตให้พิจารณาจากภาพโปสการ์ดหรือรูปถ่ายของผู้ป่วย



รูปที่ 1 - 11 ไม่มีลูกตา



รูปที่ 1 - 12 ไม่เห็นลูกตาดำ



รูปที่ 1 - 13 ลูกตาสีขาวขุ่น



รูปที่ 1 - 14 ลูกตาฝ่อ

แนวทางการดูแลคนพิการทางการเห็นเบื้องต้น

- เด็กตาบอด/สายตาศีการ วัย 0 - 6 ปี ควรแนะนำให้ผู้ปกครองสนใจในพัฒนาการต่าง ๆ เช่นเดียวกับเด็กปกติ หัดให้สามารถช่วยเหลือตนเอง ป้องกันอุบัติเหตุ ให้ความรัก ความอบอุ่น ความเห็นใจ เพราะเด็กอาจมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กปกติ เพื่อเตรียมเด็กให้พร้อมสำหรับการเข้าเรียนหนังสือต่อไป
- เด็กตาบอด/สายตาศีการ วัยเรียน 7 - 14 ปี สามารถส่งเข้าเรียนได้ ในโรงเรียนที่มีอยู่ทุกภาค เพื่อให้เด็กพัฒนาสังคมและเตรียมพร้อมในการฝึกฝนอาชีพ
- คนตาบอด/สายตาศีการ วัยหนุ่มสาว ควรได้รับการฝึกฝนอาชีพ โดยการแนะนำศูนย์ฝึกอาชีพคนตาบอดเพื่อเข้ารับบริการ
- คนตาบอด/สายตาศีการ วัยสูงอายุ ด้านจิตใจ ต้องแนะนำให้ญาติดูแล ให้ความช่วยเหลือด้วยความรัก ความเห็นใจและให้เกียรติ พร้อมทั้งพยายามให้พึ่งตนเองมากที่สุด จัดกิจกรรมให้รู้สึกว่ามีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม
- ให้คำแนะนำเรื่องบัตรประจำตัวคนพิการ เพื่อให้คนพิการได้รับสิทธิต่าง ๆ ตามที่กฎหมายกำหนด และใช้ประกอบการวางแผนช่วยเหลือในอนาคต

แนวทางการส่งต่อเพื่อการรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

เนื่องด้วยการรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของคนพิการทางการเห็น รวมทั้งการใช้เครื่องช่วยสายตา เลื่อนราง (Low Vision Aids) แนะนำให้ทำภายใต้คำแนะนำของจักษุแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ นักทัศนมาตร หรือผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการอบรมในการให้เครื่องช่วยทางการเห็น ถ้าผู้ประเมินเป็นแพทย์ทั่วไป ควรพิจารณาส่งต่อไปรับการตรวจรักษา/ประเมินจากจักษุแพทย์ในกรณีต่อไปนี้

1. ในการตรวจประเมินเด็กเล็กหรือเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งยังไม่สามารถตรวจวัดได้ด้วยแผ่นวัดสายตาตามมาตรฐาน ต้องใช้บุคลากรและเครื่องมือ/อุปกรณ์พิเศษในการตรวจ
2. ในกรณีที่แพทย์ผู้ประเมินมีความเห็นว่าอาจจะสามารถให้การรักษาทางการแพทย์ให้ดีขึ้นได้
3. ในกรณีที่เป็นคนพิการทางการเห็นและต้องการขอรับเครื่องช่วยสายตาเลื่อนราง (Low Vision Aids) โดยต้องไปดำเนินการขอมัติบัตรประจำตัวคนพิการ เพื่อให้ได้บัตรประจำตัวคนพิการก่อนไปขอรับบริการ

กรณีตัวอย่างและข้อควรพิจารณาเป็นกรณีพิเศษ

1. มีความพิการทางการเห็น 1 ข้าง และการเห็นของข้างที่เหลืออยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ถือว่าเป็นคนพิการทางการเห็น เพราะตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยความพิการทางการเห็นจะใช้ระดับสายตาข้างที่ต่ำกว่ามากำหนดความพิการ ถ้าตาข้างที่ดีกว่ายังสามารถเห็นเป็นปกติ แม้ว่าตาอีกข้างจะมองไม่เห็นเลยก็ไม่ถือว่าเป็นคนพิการทางการเห็น คนที่มีตาปกติหนึ่งข้างจะสามารถใช้ชีวิตประจำวัน ประกอบอาชีพต่าง ๆ หรือแม้แต่สามารถขอใบอนุญาตขับขี่รถยนต์ได้
2. คนที่มีสายตาคิดปกติมากไม่ว่าจะเป็นสายตาสั้น สายตายาว หรือสายตาเอียง ถ้ายังสามารถตรวจวัดสายตาประกอบแว่นแล้วทำให้ระดับการเห็นอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ถือว่าเป็นคนพิการทางการเห็น
3. ถ้าคนที่มีสายตาสั้นมาก ๆ แล้วไม่ได้นำแว่นสายตาของตัวเองมาด้วย สามารถตรวจประเมินความพิการโดยการวัดสายตาและใช้ Pinhole ตามวิธีการปกติ
4. กรณีผู้มาตรวจประเมินแกล้งมองไม่เห็น (Malingering) อาจต้องใช้วิธีการหรือเครื่องมือในการวัดระดับการเห็นแบบอื่น ถ้าแพทย์ผู้ประเมินสงสัยว่าเป็นการแกล้ง แนะนำให้ส่งต่อเพื่อรับการประเมินโดยจักษุแพทย์

การวัดสายตาด้วยแผ่นวัดสายตาระยะไกลมาตรฐาน หน่วย เมตร และฟุต⁽²⁾

การวัดสายตาทั้งสองระยะ คือ ที่ไกล (Distance Visual Acuity) และที่ใกล้ (Near Visual Acuity) โดยการประเมินความพิการทางการเห็นจะแปลผลด้วยการวัดสายตาที่ไกลเท่านั้น โดยการวัดจะยืนที่ 6 เมตร (ระบบเมตริก) หรือ 20 ฟุต (ระบบฟุต) ซึ่งทั้งสองระบบสามารถแปลงได้ด้วย Visual Acuity Conversion Chart

Snellen Acuity		Decimal	LogMAR
Feet	Meters		
20/200	6/60	0.10	1.00
20/160	6/48	0.125	0.90
20/125	6/38	0.16	0.80
20/100	6/30	0.20	0.70
20/80	6/24	0.25	0.60
20/63	6/20	0.32	0.50
20/50	6/15	0.40	0.40
20/40	6/12	0.50	0.30
20/32	6/10	0.63	0.20
20/25	6/7.5	0.80	0.10
20/20	6/6	1.00	0.00
20/10	6/3	2.00	-0.30

รูปที่ 1 - 15 ค่าระดับสายตาแบบต่าง ๆ (Visual Acuity Conversion Chart)

แนวทางการออกเอกสารรับรองความพิการทางการเห็น

ผู้ออกเอกสารรับรองความพิการ

1. จักษุแพทย์ที่เป็นผู้ตรวจรักษา หรือ
2. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทั้งนี้ ต้องมีผลการตรวจวัดสายตา (Visual Acuity) และ/หรือลานสายตา (Visual Field)

แบบประเมินสมรรถภาพความพิการทางการเห็นตามแนวทางของ ICF⁽³⁾

การประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการเห็นตามแนวทางของ ICF สามารถใช้รหัส ICF 10 ด้าน ในการประเมิน ดังนี้

- b210 การทำงานของการเห็น (Seeing Functions)
- d460 การเคลื่อนที่ไปในที่ต่าง ๆ (Moving Around in Different Locations)
- d470 การใช้การขนส่ง (Using Transportation)
- d570 การดูแลสุขภาพตัวเอง (Looking After One's Health)
- d630 การเตรียมอาหาร (Preparing Meals)
- d640 การทำงานบ้าน (Doing Housework)
- d839 การศึกษาที่ระบุรายละเอียดอื่น ๆ และที่ไม่ระบุรายละเอียด (Education, Other Specified and Unspecified)
- d870 การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ (Economic Self-sufficiency)
- d910 ชีวิตในชุมชน (Community Life)
- d920 นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง (Recreation and Leisure)

กรณีตัวอย่าง

ชายไทย อายุ 65 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคการเสื่อมที่จุดภาพชัดในวัยชรา (Senile Macular Degeneration) ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ ระดับการมองเห็นที่เหลืออยู่คือสามารถนับนิ้วได้ที่ระยะ 2 เมตร ด้วยตาสองข้าง (Binocular Visual Acuity) ปัจจุบันสามารถเดินในบ้านและรอบบ้านได้ สามารถรับประทานอาหารได้เองโดยมีคนเตรียมให้

การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุ Senile Macular Degeneration

สรุปว่า มีความพิการทางการเห็น

แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการเห็นตามแนวทางของ ICF

ระดับความบกพร่องในการทำงาน/ ความลำบากในการทำกิจกรรม			.0	.1	.2	.3	.4	.8	.9
1.	b210	การทำงานของกรเห็น					✓		
2.	d460	การเคลื่อนที่ไปในที่ต่าง ๆ				✓			
3.	d470	การใช้การขนส่ง					✓		
4.	d570	การรักษาสุขภาพตัวเอง				✓			
5.	d630	การเตรียมอาหาร				✓			
6.	d640	การทำงานบ้าน			✓				
7.	d839	การศึกษาที่ระบุรายละเอียดอื่นและไม่ระบุ รายละเอียด							✓
8.	d870	การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ					✓		
9.	d910	ชีวิตในชุมชน					✓		
10.	d920	นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง					✓		

บทที่ 2



บทที่ 2

การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

2.1 ความพิการทางการได้ยิน

คำนิยามตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์⁽¹⁾

(1) **หูหนวก** หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องทางการได้ยินที่มีผลการตรวจการได้ยินโดยใช้เสียงความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ 2,000 เฮิรตซ์ และ 4,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่า มีการสูญเสียการได้ยินเฉลี่ยที่ความดังของเสียงตั้งแต่ 80 เดซิเบล (dB HL) ขึ้นไป โดยต้องใช้เครื่องมือเฉพาะสำหรับตรวจการได้ยินและตรวจในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด

(2) **หูตึง** หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องทางการได้ยินที่มีผลการตรวจการได้ยินโดยใช้เสียงความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ 2,000 เฮิรตซ์ และ 4,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่า มีการสูญเสียการได้ยินเฉลี่ยที่ความดังของเสียงน้อยกว่า 80 เดซิเบล (dB HL) ลงมาจนถึง 40 เดซิเบล (dB HL) ในผู้ใหญ่ หรือน้อยกว่า 80 เดซิเบล (dB HL) ลงมาจนถึง 35 เดซิเบล (dB HL) ในเด็กที่มีอายุไม่เกิน 15 ปี โดยต้องใช้เครื่องมือเฉพาะสำหรับตรวจการได้ยินและตรวจในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องทางการได้ยิน ครอบคลุม 2 ลักษณะ ดังนี้

1. หูหนวก
2. หูตึง

ซึ่งทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

คนพิการทางการได้ยินตามกฎหมาย ไม่ครอบคลุมบุคคล ต่อไปนี้

1. หูหนวก 1 ข้างหรือหูตึง 1 ข้าง
2. หูตึงสองข้าง ซึ่งหูข้างที่ได้ยินดีกว่า มีการสูญเสียการได้ยินเฉลี่ยที่ความดังของเสียงน้อยกว่า 40 เดซิเบล (dB HL) ในผู้ใหญ่ หรือน้อยกว่า 35 เดซิเบล (dB HL) ในเด็กที่มีอายุไม่เกิน 15 ปี
3. มีการสูญเสียการได้ยินที่อยู่ระหว่างการรักษาหรือยังไม่สิ้นสุดการรักษา
4. มีการสูญเสียการได้ยินน้อยกว่า 3 - 6 เดือน ทั้งนี้ ให้ขึ้นกับดุลยพินิจของสโตน คอ นาสิกแพทย์ผู้ประเมิน

แนวทางการตรวจและประเมินความพิการ แนวทางการซักประวัติ

ให้ซักประวัติเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การตรวจวินิจฉัย และการรักษาฟื้นฟูการสูญเสียการได้ยิน

ในเด็กวัยทารก (ตั้งแต่อายุ 0 วัน ถึง 1 ปี)

ซักประวัติผลการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดและประวัติตามเกณฑ์ทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงตาม The Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) 2019 ได้แก่⁽²⁾

1. ประวัติสมาชิกในครอบครัวสูญเสียการได้ยินถาวรตั้งแต่แรกเกิดหรือค่อย ๆ สูญเสียการได้ยินทีละน้อยหรือสูญเสียการได้ยินภายหลังตั้งแต่อายุน้อย

2. เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดนานกว่า 5 วัน

3. มีภาวะตัวเหลืองที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการเปลี่ยนถ่ายเลือด

4. ได้รับยาปฏิชีวนะกลุ่ม Aminoglycosides นานกว่า 5 วัน

5. มีภาวะขาดอากาศหายใจหรือภาวะสมองทำงานผิดปกติเนื่องจากการขาดออกซิเจนหรือขาดเลือด

6. ได้รับการใช้เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจและปอด

7. มีภาวะติดเชื้อขณะอยู่ในครรภ์ ได้แก่ Herpes, Rubella, Syphilis, Toxoplasmosis, Cytomegalovirus, Zika

8. มีความผิดปกติแต่กำเนิด ได้แก่

1) ความผิดปกติของกะโหลกศีรษะและใบหน้า เช่น ใบหูหรือรูหูผิดปกติ ปากแหว่งเพดานโหว่หรือใบหน้าแหว่ง ปอยผมขาวด้านหน้า ภาวะลูกตาฝ่อ

2) ความผิดปกติของสมอง ได้แก่ ภาวะศีรษะเล็กแต่กำเนิด ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำแต่กำเนิดหรือภายหลัง

3) ความผิดปกติของกระดูก Temporal

9. มีกลุ่มอาการที่มีการสูญเสียการได้ยินร่วมด้วย

10. มีผลเพาะเชื้อยืนยันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับภาวะสูญเสียการได้ยินแบบประสาทหูบกพร่อง รวมถึงเยื่อหุ้มสมองอักเสบหรือสมองอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส (โดยเฉพาะ Herpes และ Varicella)

11. มีเหตุการณ์ที่สัมพันธ์ต่อภาวะสูญเสียการได้ยิน

1) การบาดเจ็บบริเวณศีรษะที่รุนแรง โดยเฉพาะมีการแตกบริเวณฐานกะโหลกและกระดูก Temporal

2) ได้รับยาเคมีบำบัด

12. ผู้ดูแลมีความกังวลเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด ภาษา พัฒนาการช้า และ/หรือพัฒนาการถดถอย (Caregiver Concern Regarding Hearing, Speech, Language, Developmental Delay and/or Developmental Regression)

การคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด ต้องใช้เครื่องมือเฉพาะสำหรับตรวจการได้ยิน ไม่สามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมของทารก หากทารกมีผลการตรวจคัดกรองการได้ยินในช่วงแรกเกิด แจ้งว่าผ่าน แต่เป็นทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง ควรได้รับการติดตามหรือตรวจประเมินการได้ยินซ้ำ

ในเด็กวัยทารกเตาะเตาะ (ตั้งแต่อายุ 1 ปี ถึงอายุ 2 ปี) และวัยก่อนเรียน (อายุ 2 - 5 ปี)^(3,4,5,6)

ปกติเด็กจะเริ่มพูดคำแรกที่มีความหมายเมื่ออายุประมาณ 9 - 18 เดือน โดยทั่วไประดับความยาวของประโยคที่เด็กพูดได้จะเพิ่มตามอายุ เช่น เด็กอายุ 1 ปี 2 ปี 3 ปี และ 4 ปี จะพูดได้ในระดับคำ 1 คำ 2 คำ 3 คำ และ 4 คำตามลำดับ และเด็กจะสามารถออกเสียงได้อย่างชัดเจนเมื่ออายุประมาณ 7 - 8 ปี

ในเด็กที่ไม่มีภาษาพูดมาก่อนหรือมีการสูญเสียการได้ยินแต่กำเนิด ให้ชักประวัติการพัฒนาด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language) การพัฒนาการด้านการใช้ภาษา (Expressive Language) ไม่สนองตอบต่อเสียงเรียกหรือเสียงในสิ่งแวดล้อม พูดไม่ชัดหรือพูดซ้ำ อาการที่อาจบ่งชี้ว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้า แสดงดังตารางที่ 2.1 - 1

ตารางที่ 2.1 - 1 อาการที่อาจบ่งชี้ว่าเด็กมีการพัฒนาด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาล่าช้า

พัฒนาด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language)	- อายุมากกว่า 1 ปี ยังไม่หันตามเสียงเรียกชื่อหรือยังไม่เข้าใจศัพท์ง่าย ๆ เช่น “น้ำ” - อายุมากกว่า 1.5 ปี ยังไม่สามารถทำตามคำสั่งง่าย ๆ โดยมีท่าทางประกอบได้ เช่น “หยิบช้อนมาให้หน่อยค่ะ” - อายุมากกว่า 2 ปี ยังไม่สามารถตอบคำถามง่าย ๆ ได้ เช่น “คนนี่คือใคร?” หรือยังไม่สามารถทำตามคำสั่งง่าย ๆ ได้ เช่น “ถือของเล่น” - อายุมากกว่า 3 ปี ยังไม่สามารถทำตามคำสั่งที่มี 2 ขั้นตอนได้ เช่น “หยิบช้อนแล้ววางบนโต๊ะ” - อายุมากกว่า 4 ปี ยังไม่สามารถตอบคำถามง่าย ๆ ที่ขึ้นต้นด้วย “ใคร” “อะไร” และ “ที่ไหน” ได้ - อายุมากกว่า 5 ปี ยังไม่สามารถพูดชื่อตัวอักษรหรือตัวเลขได้ หรือยังไม่สามารถจับใจความเมื่อฟังนิทานหรือเรื่องเล่าได้
พัฒนาการด้านการใช้ภาษา (Expressive Language)	- อายุมากกว่า 9 เดือน ยังไม่เล่นเสียงสระซ้ำ ๆ เช่น “بابา” “ماما” “ดาดา” “نانا” - อายุมากกว่า 1 ปี ยังไม่สามารถพูดคำหนึ่งพยางค์ที่มีความหมายได้ เช่น “แม่” “พ่อ” - อายุมากกว่า 1.5 ปี ยังไม่ใช้คำพยางค์เดียว หรือยังเล่นแต่เสียงสระและใช้ท่าทางเป็นหลักในการสื่อสาร - อายุมากกว่า 2 ปี ยังพูดสองคำติดกันไม่ได้ เช่น “ไม่นอน” หรือ “ขอข้าว” - อายุมากกว่า 3 ปี ยังพูดวลีที่ประกอบด้วย 3 คำหรือพูดเป็นประโยคไม่ได้ หรือยังไม่สามารถพูดให้ผู้ฟังเข้าใจได้ หรือยังใช้คำที่ตกพยางค์ของคำ - อายุมากกว่า 4 ปี ยังใช้ประโยคที่ต้องการสื่อสารผิดหรือสับสนเกินไป - อายุมากกว่า 5 ปี ยังไม่สามารถถามหรือตอบคำถาม “ทำไม” ได้ เช่น “ทำไมต้องกินข้าว” “ทำไมต้องนอน” “ทำไมหนูต้องล้างมือ” “ทำไมหนูต้องกินผัก” “เวลาเล่นเสร็จทำไมหนูต้องเก็บของเล่น” หรือยังพูดอย่างมีเหตุผลไม่ได้

(ปรับปรุงจาก 1) พิทยาพล ปิตรวัชชัย. การตรวจการได้ยินในเด็ก (Hearing Test in Children). กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992); 2568. หน้า 96. 2) กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย หน้า 11 - 67. 3) ลินดา ปั่นทอง. พุดซ่า. ใน: พิชิต สิทธิไตรย์, สายสวาท ไชยเศรษฐ, สุวิชา แก้วศิริ, ศณัฐธร เซวณศิริ, บรรณาธิการ. ตำราหู คอ จมูก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4. เชียงใหม่: บริษัท แลงเกวจ เซ็นเตอร์ แอนด์ แอดเวอร์ทีสเมนต์ จำกัด; 2560. หน้า 513 - 519. และ 4) World Health Organization. Hearing and language milestone in children. เข้าถึงได้จาก https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/hearing-and-language-milestones-in-children_compressed.pdf?sfvrsn=cf08c54e_3. เข้าถึงเมื่อ 28 ธันวาคม 2568.).

ทั้งนี้ สาเหตุที่ทำให้เด็กพุดซ่า ควรพิจารณาว่าเป็นจากความพิการทางการได้ยิน ความพิการทางสติปัญญา หรือความพิการออทิสติก เป็นเหตุหลัก

ในเด็กวัยเรียน วัยรุ่น และผู้ใหญ่ ที่มีภาษาพูดมาก่อน

ซักประวัติสาเหตุของการสูญเสียการได้ยิน เช่น

1. การรับเสียงดังหรือการทำงานในที่เสียงดัง โดยไม่มีการป้องกันเสียง ใช้หูฟังบ่อยและเป็นเวลานาน
2. การได้รับบาดเจ็บทางศีรษะหรือหู
3. การติดเชื้อของหู
4. การติดเชื้อของระบบอื่นที่อาจมีผลทำให้เกิดการสูญเสียการได้ยิน เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การติดเชื้อ

ในกระแสเลือด

5. โรคที่อาจมีผลทำให้เกิดการสูญเสียการได้ยิน เช่น ภูมิแพ้ตนเอง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ
6. การได้รับยาที่มีพิษต่อหู
7. ประวัติโรคทางพันธุกรรมหรือกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียการได้ยิน

ซักประวัติอาการของการสูญเสียการได้ยิน เช่น

1. พุดแล้วไม่ได้ยิน ตอบไม่ตรงคำถาม ไม่โต้ตอบ หรือไม่ทำตามสั่ง อาจจ้องหน้าและปากผู้พูด หรือขอให้พุดซ้ำ
2. สื่อสารได้ลำบากหรือต้องให้พุดซ้ำในที่จอแจหรือเมื่อใช้โทรศัพท์
3. ต้องพุดด้วยเสียงที่ดังขึ้นหรือเปิดโทรทัศน์ วิทยู เสียงดัง
4. ไม่สนองตอบต่อเสียงในสิ่งแวดล้อมอย่างที่เคย เช่น เสียงเรียกจากด้านหลัง เสียงโทรศัพท์ เสียงกริ่งประตู ฯลฯ
5. เด็กอาจมีผลการเรียนแย่ลงหรือมีปัญหาทางพฤติกรรม

แนวทางการตรวจร่างกาย

1. การตรวจร่างกายทั่วไป

- 1) อาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการที่มีการสูญเสียการได้ยิน
- 2) การผิดรูปของใบหน้า

2. การตรวจหู

- 1) ลักษณะใบหูผิดรูป ไม่มี ไม่ครบส่วน
- 2) รูหู ตีบ อักเสบ มีขี้หูอุดตัน
- 3) แก้วหู ทะลุ อักเสบ

3. การตรวจการได้ยินแบบคัดกรอง โดยไม่ใช่เครื่องมือเฉพาะสำหรับตรวจการได้ยิน สามารถใช้คัดกรองการได้ยินเบื้องต้นว่าผิดปกติหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกระดับการสูญเสียการได้ยินได้ โดยผู้ตรวจควรเลือกสถานที่ตรวจที่เงียบและควรอธิบายวิธีการตรวจก่อนเริ่มตรวจ

1) การใช้เสียงกระซิบ (Whispered Voice Test)^(7,8,9) ใช้ได้ในเด็กอายุมากกว่า 7 ขวบ และผู้ใหญ่ มีความไวและความจำเพาะ ในเด็กร้อยละ 80 - 96 และ 90 - 98 ในผู้ใหญ่ร้อยละ 90 - 100 และ 70 - 87 ตามลำดับ

วิธีการตรวจ

- ให้ผู้ฟังนั่ง ผู้ตรวจยืนหลังผู้ฟังหนึ่งช่วงแขนหรือสองฟุต ให้ผู้ฟังปิดหูข้างที่ไม่ได้ตรวจโดยใช้นิ้วอุดรูหูเบา ๆ และอีกนิ้วอุดหูข้างที่ปิดเป็นวงกลม
- ผู้ตรวจพูดเสียงกระซิบด้วยคำพูดที่เป็นกลุ่มตัวเลขผสมกับตัวอักษร รวมสามตัว แล้วให้ผู้ฟังพูดตาม หากตอบผิดให้ผู้ตรวจเปลี่ยนคำพูดใหม่ ทดสอบซ้ำได้สองครั้ง

การแปลผล สามารถพูดซ้ำได้ถูกต้อง จากสามในหกคำของตัวอักษรหรือตัวเลข เมื่อทดสอบสองครั้ง

2) การถูนิ้ว (Calibrated Finger Rub Auditory Screening Test)⁽¹⁰⁾

- CALFRAS - Faint 70 (ความดังประมาณ 24 - 26 เดซิเบล) ใช้ปลายนิ้วหัวแม่มือถูกับปลายนิ้วอื่น ๆ เบาที่สุด เร็ว ๆ มีความไวร้อยละ 86
- CALFRAS - Strong 70 (ความดังประมาณ 28 - 32 เดซิเบล) ใช้ปลายนิ้วหัวแม่มือถูกับปลายนิ้วอื่น ๆ เร็ว ๆ ให้ดังที่สุด แต่ไม่ใช่ตีดนิ้ว มีความจำเพาะร้อยละ 100

วิธีการตรวจ

- ให้ผู้ตรวจและผู้ฟังยืนหันหน้าเข้าหากันโดยให้จมูกตรงกัน ห่างประมาณ 6 - 10 นิ้ว
- ผู้ตรวจกางแขนไปด้านข้างสุดแขน ห่างจากหูผู้ฟังประมาณ 70 ซม. มือทั้งสองข้างต้องแห้ง
- ใช้ปลายนิ้วหัวแม่มือถูกับปลายนิ้วอื่น ๆ เบา ๆ เร็ว ๆ
- ให้ผู้ฟังหลับตาและตั้งใจฟังเสียง หากได้ยินเสียง แม้ว่าจะเบามากให้ยกมือข้างที่ได้ยินขึ้น
- ตรวจทีละข้าง ทำซ้ำได้สามครั้ง

การแปลผล ผู้ฟังได้ยินเสียงถูนิ้ว อย่างน้อยหนึ่งครั้ง

3) การตรวจโดยใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ตและต่อหูฟัง เช่น

- แอปพลิเคชันพาสโปร (Preschool Audiometry Screening System-Pro; PASS-Pro) เป็นแอปพลิเคชันภาษาไทย ตรวจโดยใช้ Tablet-based Mobile Hearing Screening System สำหรับทดสอบในเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 4 - 5 ขวบ มีความไวร้อยละ 76.67 มีความจำเพาะร้อยละ 95.83 ในการตรวจพบการสูญเสียการได้ยินเฉลี่ยมากกว่า 20 เดซิเบล^(11,12)

- แอปพลิเคชันที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO)⁽⁷⁾ เป็นแอปพลิเคชันภาษาอังกฤษ ตรวจโดยใช้ Mobile Application-based สำหรับทดสอบในผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป คือ แอปพลิเคชัน hearWHO ใช้ทดสอบการได้ยินของตนเอง และแอปพลิเคชัน hearWHOpro ใช้ทดสอบการได้ยินของประชากรในชุมชนโดยบุคลากรสายสุขภาพ มีความไวและความจำเพาะมากกว่าร้อยละ 85

- แอปพลิเคชัน Ear Test⁽¹³⁾ เป็นแอปพลิเคชันภาษาไทย ตรวจโดยใช้ Mobile Application-based ทดสอบระดับการได้ยินเสียงบริสุทธิ์ ที่ความถี่ 250, 500, 1000, 2000, 4000, 6000 และ 8000 เฮิรตซ์ มีความไว 56.5% (95% CI: 45.3 - 67.2) ความจำเพาะ 100.0% (95% CI: 96.8 - 100) และความแม่นยำ 81.5% (95% CI: 75.4 - 86.6) ในการตรวจพบการสูญเสียการได้ยินเฉลี่ย (Puretone Average) ทางอากาศที่ความถี่ 500, 1000, 2000, และ 4000 เฮิรตซ์ มากกว่า 25 เดซิเบล

4) การตรวจโดยใช้ส้อมเสียง (tuning fork test)

มีความไวร้อยละ 86 มีความจำเพาะร้อยละ 94 ใช้แยกการสูญเสียการได้ยินจากการนำเสียงเสื่อม (Conductive Hearing Loss) และการสูญเสียการได้ยินจากประสาทหูเสื่อม (Sensorineural Hearing Loss) ได้

หากผลตรวจคัดกรองการได้ยินผิดปกติ ควรตรวจหู และต้องตรวจวินิจฉัยการสูญเสียการได้ยิน ด้วยเครื่องมือเฉพาะสำหรับตรวจการได้ยิน

แนวทางการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการประเมินและการตรวจวินิจฉัยความบกพร่อง

การวินิจฉัยการสูญเสียการได้ยินต้องใช้เครื่องมือเฉพาะสำหรับตรวจการได้ยิน ผลตรวจการได้ยินที่ใช้ลงผลในเอกสารรับรองความพิการทางการได้ยิน ต้องตรวจในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด

แพทย์ควรตรวจหู เพื่อตรวจหาพยาธิสภาพ (ถ้ามี) ก่อนส่งตรวจการได้ยิน การตรวจต้องตรวจด้วยวิธีที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ ในห้องควบคุมเสียงที่มีระดับเสียงรบกวนตามมาตรฐานที่กำหนด ตรวจโดยนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย (นักแก้ไขการได้ยิน) หรือโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย (นักแก้ไขการได้ยิน)

1. การตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด⁽¹⁴⁾

มี 2 ชนิด คือ เครื่องตรวจวัดเสียงสะท้อนจากหูชั้นใน (Otoacoustic Emission; OAE) และเครื่องตรวจคัดกรองการได้ยินระดับก้านสมอง (Automated Auditory Brainstem Response; AABR)

JCIH 2007 แนะนำดัชนีชี้วัดคุณภาพของการวินิจฉัยและฟื้นฟูการได้ยินเป็น 1-3-6 คือ ทารกแรกเกิดทุกคนควรได้รับการคัดกรองการได้ยินภายในอายุ 1 เดือน หากตรวจคัดกรองการได้ยิน ไม่ผ่าน ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยยืนยันการได้ยิน ภายในอายุ 3 เดือน และมีการให้การฟื้นฟูการได้ยินโดยเร็วที่สุด อย่างน้อยไม่เกิน 1 เดือน หลังได้รับการวินิจฉัยว่ามีการสูญเสียการได้ยิน และไม่ควรเกินอายุ 6 เดือน⁽²⁾

ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุขประกาศชุดสิทธิประโยชน์บริการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกกลุ่มเสี่ยง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และในปี พ.ศ. 2565 ได้ขยายเป็นคัดกรองทารกแรกเกิดทุกราย และในปี พ.ศ. 2568 มีการจัดตั้ง “คณะทำงานปรับปรุงหนังสือคำแนะนำการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด” จัดทำ “คำแนะนำการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)” เผยแพร่เมื่อเดือนเมษายน 2569⁽²⁾ เพื่อให้การดำเนินการการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดของประเทศไทยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2. การตรวจวินิจฉัยระดับการได้ยินในเด็ก⁽¹⁵⁾

การตรวจการได้ยินเชิงวัตถุวิสัย (Objective Test) ได้แก่ การตรวจการได้ยินในระดับก้านสมอง (Auditory Brainstem Response; ABR) Auditory Steady State Response (ASSR) และเครื่องตรวจการทำงานของหูชั้นกลาง (Acoustic Immittance Measurement หรือ Tympanometry)

การตรวจการได้ยินเชิงอัตวิสัย (Subjective Hearing Test) หรือการสังเกตพฤติกรรม (Behavioral Test) ที่แนะนำให้ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ การตรวจการได้ยินโดยสังเกตพฤติกรรมการฟัง (Behavioral Observation Audiometry) การตรวจการได้ยินโดยใช้แรงเสริมทางสายตา (Visual Reinforcement Audiometry) การตรวจการได้ยินโดยการทำตามเงื่อนไข (Conditioned Play Audiometry)

3. การตรวจวินิจฉัยระดับการได้ยินในผู้ใหญ่^(16,17)

แนะนำให้ตรวจด้วยเครื่องตรวจวัดการได้ยิน (Audiometer) ในห้องเก็บเสียงมาตรฐาน (Convention Audiometry) ประกอบด้วย 1) การตรวจการได้ยินด้วยเสียงบริสุทธิ์ (Pure Tone Audiometry) ทั้งการตรวจการนำเสียงผ่านทางอากาศ (Air Conduction) และการตรวจการนำเสียงผ่านทางกระดูก (Bone Conduction) และ 2) การตรวจการได้ยินด้วยเสียงพูด (Speech Audiometry) เป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัยความผิดปกติสามารถหาระดับการสูญเสียการได้ยิน หากไม่มีห้องเก็บเสียงมาตรฐาน อาจใช้ห้องเงียบซึ่งมีเสียงรบกวนไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานสากล และต้องมีการสอบเทียบ (Calibrate) เครื่องอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุกสองปี

นอกจากนี้ อาจมีการตรวจทางการได้ยินชนิดอื่นประกอบด้วย เช่น การตรวจปฏิบัติการตอบสนองหดตัวของกล้ามเนื้อในหูชั้นกลางเมื่อได้รับเสียงดังเกิน (Stapedius Reflex)

แนวทางการประเมินสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์⁽¹⁸⁾

สภาพความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ คือ บุคคลที่ไม่มีหูทั้งสองข้าง ให้นายทะเบียนกลาง นายทะเบียนจังหวัดกรอกแบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ โดยไม่ต้องมีเอกสารรับรองความพิการ ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอถ่ายภาพสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน ทั้งนี้ ไม่อนุญาตให้พิจารณาจากภาพโปสการ์ดหรือรูปถ่ายของผู้ป่วย



รูปที่ 2.1 - 1 ผู้ป่วยไม่มีหูทั้งสองข้าง มีความพิการทางการได้ยินที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ (รูป ก. ข. ค.) และผู้ป่วยมีกลุ่มอาการ Treacher-Collins ตรวจพบทางตาตาสองข้าง โหนกแก้มเล็กแบน คางสั้น ไม่มีไบพูใส่ท่อเจาะคอ (Tracheostomy Tube) และใส่เครื่องช่วยฟังชนิดการนำเสียงผ่านทางกระดูก (Bone-conduction Hearing Aid) (รูป ค.) (ผู้ปกครองเซ็นอนุญาตให้ผู้เขียนเผยแพร่แล้ว)

กรณีที่มีลักษณะความพิการนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ ให้ส่งคนพิการไปขอเอกสารรับรองความพิการจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

แนวทางการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽¹⁹⁾

หากแพทย์ตรวจพบผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยิน ควรตรวจหาสาเหตุที่รักษาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินแบบการนำเสียงบกพร่อง ที่มักจะมีการได้ยินที่ดีขึ้นหลังได้รับการรักษา หรือหากสงสัยว่าผู้ป่วยกำลังทำเป็นไม่ได้ยินเพื่อผลประโยชน์บางอย่าง เช่น ต้องการสวัสดิการเบี้ยความพิการ ขอยกเว้นการเกณฑ์ทหารหรือขอค่าชดเชยจากผู้จ้าง แพทย์ผู้ตรวจควรพิจารณาส่งต่อไปให้ สอ นาสสิกแพทย์ เพื่อตรวจร่างกาย ตรวจการได้ยินซ้ำ ส่งตรวจการได้ยินด้วยเครื่องมือพิเศษ ส่งตรวจทางภาพวินิจฉัยหรืออื่น ๆ เพื่อวินิจฉัยโรค ตรวจหาระดับการได้ยินที่แท้จริง และเลือกวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสมและแก้ไขสาเหตุนั้น

ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินต้องได้รับการรักษาให้สิ้นสุดและได้รับการตรวจวินิจฉัยระดับการได้ยินซ้ำ ก่อนจะลงความเห็นว่ามีหูตึงหรือหูหนวกตามนิยามของความพิการทางการได้ยิน

การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยที่มีการสูญเสียการได้ยิน ได้แก่

1. การใช้ยา เช่น โรคประสาทหูเสื่อมเฉียบพลัน น้ำในหูไม่เท่ากัน หูชั้นกลางอักเสบ
2. การผ่าตัด เช่น การเจาะแก้วหูเพื่อระบายน้ำขังในหูชั้นกลาง การปะเยื่อแก้วหู การเปลี่ยนกระดูกหู หรือการทำรูหู
3. การฟื้นฟูการได้ยินด้วยอุปกรณ์ช่วยการได้ยิน ได้แก่ เครื่องช่วยฟัง (Hearing Aid) กระดูกหูเทียม หูชั้นกลางเทียม (Middle Ear Implant) ประสาทหูเทียม (Cochlear Implant)

แนวทางการพิจารณาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการทางการได้ยิน⁽¹⁹⁾

หากแพทย์ให้การรักษาสิ้นสุดแล้วหรือผู้สูญเสียการได้ยินมีข้อห้ามหรือมีความเสี่ยงหากได้รับการรักษาด้วยยา หรือการผ่าตัด ผู้สูญเสียการได้ยินในประเทศไทยที่ควรได้รับการฟื้นฟูการได้ยินและมีประกันสุขภาพภาครัฐ มีสิทธิที่จะได้รับอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค โดยต้องมีคุณสมบัติเข้าหลักเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละสิทธิ ทั้งนี้ ในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ขอรับอุปกรณ์และอวัยวะเทียมจะต้องลงทะเบียนเป็นสิทธิคนพิการที่ระบุสิทธิย่อย ท.74 จึงจะได้รับสิทธิเพิ่มเติมสำหรับคนพิการ

รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับผู้สูญเสียการได้ยิน ได้แก่

1. กระดูกหูและใบหูเทียม
2. เครื่องช่วยฟัง ชนิดการนำเสียงผ่านทางอากาศ (Conventional Air Conduction Hearing Aid) ชนิดการนำเสียงผ่านทางกระดูก (Bone - conduction Hearing Aid) หรือชนิดฝังในกระดูก (Bone Conduction Implant/Middle Ear Implant)
3. ชุดประสาทหูเทียม (Cochlear Implant)/ชุดประสาทหูเทียมชนิดฝังก้านสมอง (Auditory Brainstem Implant)

โดยต้องพิจารณาการเบิกจ่ายให้ตรงตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกที่แต่ละสิทธิระบุไว้ ได้แก่

1. ข้อบ่งชี้ของผู้ป่วย
2. คุณสมบัติของอุปกรณ์
3. ความเชี่ยวชาญของแพทย์ที่รักษาหรือผ่าตัด
4. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

แนวทางการออกเอกสารรับรองความพิการทางการได้ยิน

เมื่อผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินได้รับตรวจวินิจฉัยจากโสต ศอ นาสิกแพทย์และได้รับการดูแลรักษาแล้ว และต้องการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

ก่อนออกเอกสารรับรองความพิการ สำหรับความพิการประเภทที่ 2 (ความพิการทางการได้ยิน) ควรพิจารณาองค์ประกอบ ดังนี้

1. ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยิน

- มีข้อมูลครบถ้วนตามที่ต้องระบุในเอกสารรับรองความพิการ
- ได้รับการรักษาสิ้นสุดแล้วและมีการสูญเสียการได้ยิน ไม่น้อยกว่า 3 - 6 เดือน ทั้งนี้ ให้ขึ้นกับดุลยพินิจของโสต ศอ นาสิกแพทย์ ผู้ประเมิน
- มีผลตรวจการได้ยิน ดังนี้
 - ตรวจโดยเครื่องมือเฉพาะสำหรับตรวจการได้ยินและตรวจวินิจฉัยในสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด และ
 - ตรวจด้วยวิธีการที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และ
 - มีระดับการสูญเสียการได้ยินที่เข้าเกณฑ์ของความพิการทางการได้ยินตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นหูตึงหรือหูหนวก และ
 - ได้รับการรับรองโดยนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย (นักแก้ไขการได้ยิน) (ที่กำกับด้วยเลขใบประกอบโรคศิลปะ) หรือโสต ศอ นาสิกแพทย์

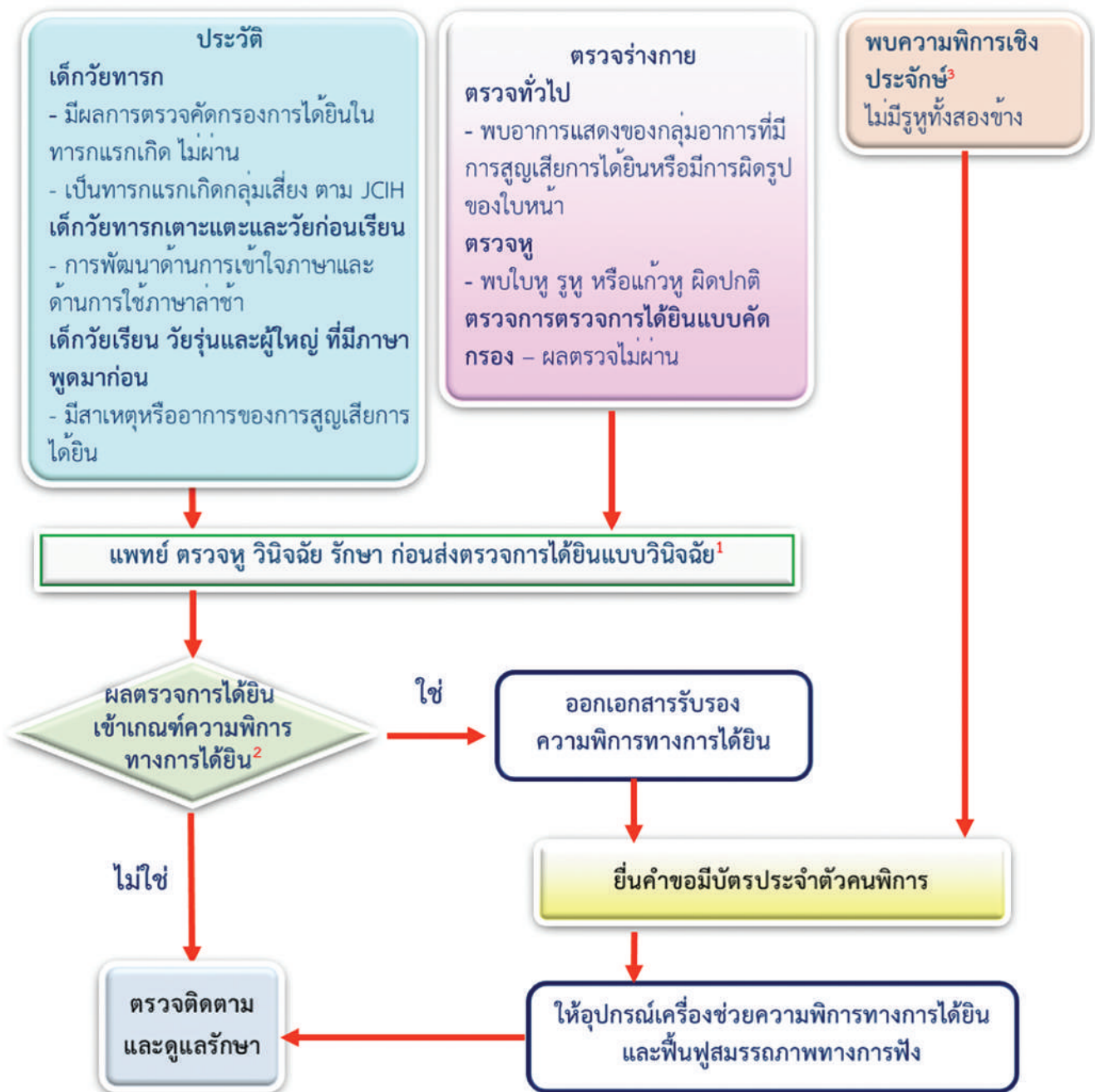
2. ผู้ที่ออกเอกสารรับรองความพิการ

- เป็นโสต ศอ นาสิกแพทย์ที่ตรวจรักษาผู้สูญเสียการได้ยินและตรวจระดับการได้ยิน หรือ
- แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทั้งนี้ ต้องมีผลตรวจการได้ยินที่ได้รับการรับรองโดยนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย (ที่กำกับด้วยเลขการประกอบโรคศิลปะ) หรือโสต ศอ นาสิกแพทย์

3. สถานที่ที่ออกเอกสารรับรองความพิการ

- เป็นสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด

แผนภูมิที่ 2.1 - 1 แนวทางการตรวจประเมินเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการทางการได้ยินเพื่อประกอบคำขอ มีบัตรประจำตัวคนพิการและรับการฟื้นฟู



หมายเหตุ

¹ต้องใช้เครื่องมือเฉพาะสำหรับตรวจการได้ยิน ตรวจในสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด ตรวจด้วยวิธีที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ ในห้องควบคุมเสียงที่มีระดับเสียงรบกวนตามมาตรฐานที่กำหนด ตรวจโดยนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย (นักแก้ไขการได้ยิน) หรือโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย (นักแก้ไขการได้ยิน)

²ตามคํานิยาม ในประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2568

³ตามคํานิยาม ในประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดบุคคลใดมีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ พ.ศ. 2569

แบบประเมินสมรรถภาพความพิการทางการได้ยินตามแนวทางของ ICF⁽²⁰⁾

สำหรับคนพิการทางการได้ยินซึ่งประกอบด้วยคนหูหนวกและคนหูตึง สามารถใช้รหัส ICF 8 ด้านในการประเมิน ดังนี้

- b230 การทำงานด้านการได้ยิน (Hearing Functions)
- d115 การฟัง (Listening)
- d310 การรับการสื่อสารด้วยข้อความภาษาพูด
(Communicating with - Receiving - Spoken Messages)
- d320 การรับการสื่อสารด้วยข้อความภาษามือที่เป็นทางการ
(Communicating with - Receiving - Formal Sign Language Messages)
- d340 การสร้างข้อความที่เป็นภาษามือที่เป็นทางการ
(Producing Messages in Formal Sign Language)
- d839 การศึกษาที่ระบุรายละเอียดอื่น ๆ และที่ไม่ระบุรายละเอียด
(Education, Other Specified and Unspecified)
- d870 การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ (Economic Self - sufficiency)
- d920 นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง (Recreation and Leisure)

กรณีตัวอย่าง

ชาย อายุ 75 ปี มีประวัติหูอื้อเป็นทั้งสองข้างมา 5 ปี ไม่ค่อยได้ยินเสียงพูด ต้องให้ผู้ร่วมสนทนาพูดตะโกนดัง ๆ จึงจะได้ยินและเข้าใจความหมาย เวลาสนทนาจะสื่อความหมายไม่ค่อยได้ ฟังคำพูดและแปลความหมายผิดบ่อย ๆ ต้องถามซ้ำ ทำให้มีปัญหาในการติดต่อกับผู้อื่น มีอาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ปัจจุบันต้องใช้เครื่องช่วยฟังช่วยในการสื่อสารตลอดเวลา แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัวอะไร ยังสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ดีเป็นปกติ ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน อาศัยอยู่กับบุตร

การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุ Presbycusis

สรุปว่า มีความพิการทางการได้ยิน

แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการได้ยินตามแนวทางของ ICF

ระดับความบกพร่องในการทำงาน/ ความลำบากในการทำกิจกรรม			.0	.1	.2	.3	.4	.8	.9
1.	b230	การทำงานด้านการได้ยิน			✓				
2.	d115	การฟัง				✓			
3.	d310	การรับการสื่อสารด้วยข้อความภาษาพูด			✓				
4.	d320	การรับการสื่อสารด้วยข้อความภาษามือที่เป็นทางการ							✓
5.	d340	การสร้างข้อความที่เป็นภาษามือที่เป็นทางการ							✓
6.	d839	การศึกษาที่ระบุรายละเอียดอื่น ๆ และที่ไม่ระบุรายละเอียด						✓	
7.	d870	การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ					✓		
8.	d920	นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง						✓	

2.2 ความพิการทางการสื่อความหมาย

ค่านิยมตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ความพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย ทั้งด้านการพูดและภาษา เช่น ผู้ป่วยไ้กล่องเสียง ผู้ป่วยสมองพิการ (Cerebral Palsy) ที่มีปัญหาการพูดแบบ Dysarthria ระดับรุนแรง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองที่มีปัญหาการสื่อสารแบบ Aphasia, Dysarthria หรือ Apraxia ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสื่อม (Degenerative Change) ของระบบประสาท^(1,2)

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องทางการสื่อความหมาย ครอบคลุม 3 ลักษณะ ดังนี้ ^(3,4,5)

1. พูดไม่ได้ เช่น ลักษณะการพูดแบบ Severe Dysarthria หรือ Severe Apraxia of Speech ทำให้คำพูด/เสียงพูดผิดปกตินาน
2. พูดแล้วผู้อื่นฟังไม่เข้าใจ เช่น พูดไม่ชัดมากแบบ Severe Articulatory Disorders จากสาเหตุการเรียนรู้ที่ผิด, พูดไม่รู้เรื่องแบบ Severe Aphasia ที่มีสาเหตุจากรอยโรคของสมอง, พูดไม่คล่องแบบ Severe Aphasia มีปัญหาในการนึกคำที่มีสาเหตุจากรอยโรคของสมอง, พูดไม่มีเสียงแบบ Aphonía ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง เป็นต้น
3. ฟังคำพูดคนอื่นไม่เข้าใจ เช่น Aphasia ที่มีปัญหาการฟัง/ปัญหาความเข้าใจที่มีสาเหตุจากรอยโรคของสมอง เป็นต้น

แนวทางการซักประวัติ

แบบซักประวัติ⁽⁵⁾ (แบบการซักประวัติและแบบประเมินที่เกี่ยวข้องที่ 1)

แนวทางการตรวจร่างกาย

การประเมินโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะที่ใช้ในการพูดและการกลืน ได้แก่

- ริมฝีปาก
- ลิ้น
- ฟัน
- ขากรรไกร
- เพดานแข็งและเพดานอ่อน
- กล่องเสียง

แนวทางการประเมินด้านภาษาและการพูด (แบบการซักประวัติและแบบประเมินที่เกี่ยวข้องที่ 2)

การประเมินด้านภาษาและการพูด ได้แก่

2.1 การประเมินอวัยวะที่ใช้ในการพูด⁽⁶⁾ (แบบการซักประวัติและแบบประเมินที่เกี่ยวข้องที่ 2.1)

การประเมินการทำงานประสานกันของอวัยวะที่ใช้ในการพูดและการออกเสียงพูดโดยให้ผู้ป่วยออกเสียง ปา ตากา ซ้ำ ๆ และการออกเสียง ปา ปา ปา ปา ปา ปา ปา ปา ต่อหนึ่งช่วงลมหายใจ และออกเสียง ลา ลา ลา ลา เพื่อดูการทำงานของลิ้น

กรณีผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ทำให้ระบบประสาทที่มัลเลียงกล้ามเนื้อหรืออวัยวะที่ใช้ในการพูดพิการแบบถาวร หลังจากเป็นมาแล้ว 1 ปี สามารถประเมินได้โดย

(1) การดู การคลำ อวัยวะที่ใช้ในการพูด/การกลืน เปรียบเทียบกับคนปกติ ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีการผ่าตัดกล่องเสียงแล้ว ไม่มีกล่องเสียง ทำให้พูดแล้วไม่มีเสียงออกมา หรือเสียงพูดเบามาก หรือพูดเหมือนเสียงกระซิบ ให้ถือว่ามีความพิการด้านการสื่อความหมาย พิจารณาให้อุปกรณ์เครื่องช่วยพูด หรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอวัยวะที่ใช้ในการพูดออกไปแบบถาวรซึ่งไม่สามารถฝึกพูดหรือฟื้นฟูให้มีการสื่อสารได้อย่างปกติ เช่น การตัดลิ้นออกบางส่วนหรือทั้งหมด หรือการผ่าตัดขากรรไกรบนหรือล่างออก

(2) สังเกตการทำงานของอวัยวะขณะเคลื่อนไหว สามารถเคลื่อนไหวอวัยวะจนสุดช่วงหรือไม่ หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวอวัยวะ เช่น ผู้ที่มีปากแห้งและ/หรือเพดานโหว่ ทำให้มีผลต่อการพูดไม่ชัด หรือพูดไม่ได้ หรือไม่

(3) การทดสอบแรงต้านโดยการใช้ไม้กดลิ้น หรือใช้ลิ้นดันไม้กดลิ้น หรือให้ผู้ป่วยเป่าลมออกจากปาก ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำได้หรือไม่

2.2 การทดสอบความสามารถทางภาษาและการพูด (แบบการซักประวัติและแบบประเมินที่เกี่ยวข้องที่ 2.2)

ประเมินโดยใช้แบบทดสอบความสามารถทางภาษาและการพูดที่หน่วยงานที่ทำการประเมิน/นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย (นักแก้ไขการพูด) ใช้ประจำในงานบริการ

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างของการทดสอบความสามารถทางภาษาและการพูดแบบคัดกรองซึ่งครอบคลุมความสามารถ 6 ด้าน ได้แก่

2.2.1 การพูดเอง

2.2.2 การเรียก (บอก) ชื่อคำศัพท์

2.2.3 การพูดตาม

2.2.4 การเข้าใจคำพูด คำสั่ง

2.2.5 การอ่าน

2.2.6 การเขียน

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยอาจมีความบกพร่องของความสามารถทางภาษาและการพูดด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้านรวมกัน ทำให้มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งใน 3 ลักษณะข้างต้น ถือว่ามีความบกพร่องทางด้านการสื่อความหมาย

- การทดสอบความสามารถทางภาษาและการพูดแบบคัดกรองข้อ 2.2.5 และ 2.2.6 ประเมินเฉพาะผู้ป่วยที่อ่านออกและเขียนได้มาก่อน

2.3 การประเมินด้านความชัดเจนของเสียงพูด (Articulation Test) (แบบการซักประวัติและแบบประเมินที่เกี่ยวข้องที่ 2.3)

ประเมินโดยใช้แบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูด โดยเป็นมาตรฐานที่ครอบคลุมเสียงภาษาไทยทุกเสียงที่หน่วยงานที่ทำการประเมิน/นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย (นักแก้ไขการพูด) ใช้ในงานบริการประจำ แต่ละเสียงแทนด้วยรูปภาพถ่ายของจริงที่เห็นชัดเจน ให้ผู้ป่วยบอกว่ารูบอะไร ตัวอย่างแบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูด เช่น แบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูด⁽⁶⁾ แบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูดระดับคำ⁽⁷⁾ ที่เป็นรูปภาพสำหรับเด็กหรือผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรืออ่านไม่ได้

2.4 การประเมินการพูดรู้เรื่อง (Intelligibility Test)⁽⁶⁾ (แบบการซักประวัติและแบบประเมินที่เกี่ยวข้องที่ 2.4)

โดยวิธีการให้อ่านบทความในผู้ป่วยรายที่อ่านหนังสือได้ ถ้าผู้ป่วยมีขีดจำกัดในการอ่านให้ประเมินจากการอ่านระดับคำ การพูดตอบคำถาม หรือเล่าเรื่องจากรูปภาพถ่ายของจริงที่เห็นชัดเจน ถ้าผู้ป่วยอ่านหรือพูดแล้วผู้ฟังฟังคำพูดของผู้ป่วยไม่รู้เรื่อง/ฟังไม่เข้าใจมากกว่าร้อยละ 50 ถือว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการพูดรู้เรื่อง¹⁶

2.5 การประเมิน Apraxia of Speech⁽⁸⁾ (แบบการซักประวัติและแบบประเมินที่เกี่ยวข้องที่ 2.5)

เป็นการทดสอบ Oral Apraxia โดยให้ผู้ป่วยทำตามคำสั่ง ทำทางต่าง ๆ สังเกตว่าผู้ป่วยทำตามหรือไม่ได้ และทดสอบให้ผู้ป่วยพูดตามคำ วลี และประโยค สังเกตว่าผู้ป่วยพูดตามได้ถูกต้อง แก้ไขการพูดเองเมื่อพูดผิด พยายามพูดแต่ไม่มีเสียงออกเสียงผิดโดยไม่ตระหนักเสียงที่ออกผิด หรือไม่มีการตอบสนองเลย การประเมินทำตามตารางที่ 2.5.1

แนวทางการประเมินด้านภาษาและการพูดโดยใช้แบบทดสอบมาตรฐาน

นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย (นักแก้ไขการพูด) ประเมินความสามารถทางภาษาและการพูดของผู้ป่วยโดยใช้แบบทดสอบความสามารถทางภาษาและการพูดมาตรฐานที่มีค่าอ้างอิงตามที่หน่วยงานของตนเองใช้อยู่ ตัวอย่างแบบทดสอบความสามารถทางภาษาและการพูดมาตรฐานที่มีค่าอ้างอิง เช่น แบบทดสอบ The Porch Index of Communicative Ability (PICA) (Thai Version)^(9,10) แบบทดสอบ The Aachen Aphasia Test (Thai Version)⁽¹¹⁾ แบบทดสอบ The Thai Adaptation of Western Aphasia Battery Test (WAB) (Thai Version)⁽¹²⁾ แบบประเมินความชัดเจนของเสียงพูด (Intelligibility Speech Assessment)⁽⁶⁾ แบบทดสอบ The Thai Nasality Test (TNT)⁽¹³⁾ เป็นต้น

แนวทางการประเมินสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

การพิจารณาเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการทางสื่อความหมาย ไม่สามารถพิจารณาได้จากสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยเชิงประจักษ์ ตามประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการไม่สามารถพิจารณาจากรูปลักษณ์ภายนอก รูปถ่าย หรือภาพโปสการ์ดของผู้ป่วย

แนวทางการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽¹⁴⁾

1. ฝึกการสื่อสารเบื้องต้นเพื่อบอกความต้องการได้
2. ฝึกการฟังเข้าใจคำพูด การสนทนา
3. ฝึกกระตุ้นการรับรู้ด้านเวลา สถานที่ และบุคคล
4. ฝึกการนึกชื่อสิ่งต่าง ๆ ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน
5. ฝึกบริหารกล้ามเนื้อของอวัยวะที่ใช้ในการพูด
6. ฝึกการพัฒนาการทำงานของอวัยวะที่ใช้ในการพูด
7. ฝึกการหายใจเพื่อใช้ในการเปล่งเสียงและควบคุมจังหวะในการพูด
8. ฝึกการออกเสียงสระต่าง ๆ และคำที่ออกเสียงได้ง่าย
9. ฝึกแก้ไขเสียงพูด พยัญชนะ สระ วรรณยุกต์ ให้ชัดเจน
10. ฝึกเขียนคำง่าย ๆ คำที่ใช้บ่อย
11. ฝึกอ่านคำง่าย ๆ คำที่ใช้บ่อย
12. ฝึกใช้การสื่อสารทางเลือกอื่น เช่น การใช้ภาพสื่อสาร
13. ฝึกด้านการคิด การจำ ความสามารถในการระดับการสนทนา และบุคลิกภาพในการเข้าสู่สังคม

แนวทางการพิจารณาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด จะพูดไม่มีเสียงทุกราย พิจารณาให้เครื่องช่วยพูด (Electrolarynx) พร้อมแบตเตอรี่ กรณีที่ผู้ป่วยยังพูดไม่ได้ พิจารณาให้เครื่องช่วยเป็น Augmentative and Alternative Communication (AAC) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

แนวทางการส่งต่อ

กรณีพบผู้ป่วยที่มีความพิการด้านสื่อความหมายสามารถแนะนำส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน ที่มีนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย (นักแก้ไขการพูด) อยู่

หมายเหตุ

การออกเอกสารรับรองความพิการทางด้านสื่อความหมายต้องออกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด กรณีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องการหลักฐานประกอบเพิ่มเติมด้านการสื่อสาร (เช่น ความสามารถทางภาษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองความชัดเจนของเสียงพูดของเด็กสมองพิการ) ให้ใช้หลักฐานและ/หรือข้อเสนอแนะของนักเวชศาสตร์สื่อความหมาย (นักแก้ไขการพูด) ร่วมในการพิจารณาออกเอกสารรับรองความพิการด้วย และการส่งประเมินระบบทางไกลทำได้เฉพาะเมื่อนักเวชศาสตร์สื่อความหมาย (นักแก้ไขการพูด) ได้พบผู้ป่วยตัวจริงและทำการประเมินครั้งแรกแล้วเท่านั้น

แบบการซักประวัติและแบบประเมินที่เกี่ยวข้อง

แบบซักประวัติและแบบประเมินความสามารถทางภาษาและการพูดใช้ตามที่หน่วยงาน
ที่ทำการประเมิน/นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย (นักแก้ไขการพูด) ใช้ประจำ
ในงานบริการ ส่วนที่แสดงข้างล่างเป็นตัวอย่างที่แนะนำ

1. แบบการซักประวัติผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย การซักประวัติผู้ป่วย

2. วิธีการประเมินการคัดกรองทางภาษาและการพูด

- 2.1 การประเมินการทำงานของอวัยวะที่ใช้ในการพูดขณะเคลื่อนไหว
- 2.2 การทดสอบแบบคัดกรองความสามารถทางภาษาและการพูด
 - 2.2.1 แบบคัดกรองทางภาษาและการพูดด้านที่ 1 ด้านการพูดเอง
 - 2.2.2 แบบคัดกรองทางภาษาและการพูดด้านที่ 2 ด้านการเรียก (บอก) ชื่อคำศัพท์
 - 2.2.3 แบบคัดกรองทางภาษาและการพูดด้านที่ 3 ด้านการพูดตาม
 - 2.2.4 แบบคัดกรองทางภาษาและการพูดด้านที่ 4 ด้านการฟังเข้าใจคำพูด คำสั่ง
 - 2.2.5 แบบคัดกรองทางภาษาและการพูดด้านที่ 5 ด้านการอ่าน
 - 2.2.6 แบบคัดกรองทางภาษาและการพูดด้านที่ 6 ด้านการเขียน
- 2.3 การทดสอบความชัดเจนของเสียงพูด
 - 2.3.1 แบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูด (Articulation Test)
 - 2.3.2 แบบทดสอบเสียงนาสิก (Thai Nasality Test: TNT)
 - 2.3.3 แบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูดระดับคำ
- 2.4 การประเมินการพูดรู้เรื่อง: แบบประเมินการความชัดเจนของเสียงพูด
- 2.5 การทดสอบ Apraxia
 - 2.5.1 การทดสอบ Oral Apraxia
 - 2.5.2 แบบทดสอบ Apraxia of Speech ระดับคำ วลี และประโยค

3. แบบประเมินสมรรถภาพความพิการทางการสื่อความหมายตามแนวทางของ ICF

แบบการซักประวัติผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย

แบบซักประวัติผู้ป่วยผู้ใหญ่ตามที่หน่วยงานที่ทำการประเมินหรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย/นักแก้ไขการพูดใช้เป็นประจำในงานบริการ ส่วนที่แสดงข้างล่างเป็นตัวอย่างที่แนะนำ

การซักประวัติผู้ป่วย

วันที่.....

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ/สกุล.....

HN.....

เพศ () ชาย () หญิง

อายุ.....ปี (เกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี) วัน/เดือน/ปีเกิด.....

ที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์..... เป็นหมายเลขโทรศัพท์ของ (ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย)

สถานภาพ.....จำนวนบุตร.....คน

ภาษาที่ใช้ในปัจจุบัน () ภาษาไทยกลาง () ภาษาท้องถิ่น () ใช้ทั้งสองภาษา
() ภาษาแม่ () ภาษาอื่น โปรดระบุ

ภาษาที่ใช้ข้างต้น

() ใช้ในการพูด การฟัง และการสื่อสารในชีวิตประจำวัน

() ใช้ในการพูด การฟัง และการสื่อสารเฉพาะในครอบครัว

() ใช้ในการพูด การฟัง และการสื่อสารตลอดกับทุกคนในทุกบริบท ทั้งในชีวิตประจำวัน การทำงาน

มือที่ถนัดในการเขียน () มือขวา () มือซ้าย

การศึกษาชั้นสูงสุด.....

อาชีพและลักษณะงาน.....

ประวัติการรักษา ปัญหา/โรคประจำตัว

() ทานยาประจำ () ทานยาตามอาการ

() มีนัดพบแพทย์ที่รักษาโรคประจำตัวที่เป็น

() อายุรแพทย์

() อายุรแพทย์ทางระบบประสาท

() แพทย์ทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน/อุบัติเหตุ

() ศัลยแพทย์/ศัลยแพทย์ตกแต่ง

() ทันตแพทย์/ทันตแพทย์ดัดฟัน

- () จิตแพทย์
- () แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู
- () อื่น ๆ โปรดระบุ
- () มีนัดผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ โปรดระบุ
 - () นักจิตวิทยา
 - () ผู้ให้คำปรึกษา
 - () นักสังคมสงเคราะห์
 - () นักกายภาพบำบัด
 - () นักแก้ไขการพูด (นักอรรถบำบัด)
 - () นักกิจกรรมบำบัด
 - () นักดนตรีบำบัด
 - () นักโภชนาการ
 - () พยาบาลเฉพาะทาง โปรดระบุ.....
 - () อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ประวัติการผ่าตัดที่เคยได้รับที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของ

- () สมอ
- () ปากแหว่งและหรือเพดานโหว่
- () ช่องปาก เพดานปาก เช่น ลิ้นไก่สั้น
- () ลิ้น เช่น เอ็นยึดใต้ลิ้นสั้น ขนาดลิ้นใหญ่ เป็นเนื้องอก
- () ฟัน การสบของฟัน ฟันหลอ
- () ขากรรไกร เช่น ถูกตัดขากรรไกร
- () หู เช่น ช่องหู รูหู ใบหู แก้วหู
- () กล่องเสียง เช่น ดั้งที่เสียง ไม่มีเส้นเสียง (เส้นเสียงถูกตัดออกเพราะเป็นมะเร็ง) เส้นเสียงอักเสบ

เส้นเสียงบวม เส้นประสาท Recurrent Laryngeal Nerve ได้รับบาดเจ็บ

- () หลอดลม เจาะคอ มี รู Stoma ใส่ Tracheal Tube ปอด
- () ปอด มีการอักเสบ มีการติดเชื้อ เป็นโรคถุงลมโป่งพอง ปอดแฟบ มีปัญหาการหายใจ
- () ตา เช่น ผ่าตัดต้อตา

หมายเหตุ กรุณาแนบประวัติการรักษาและผลการรักษา

- () มีประวัติการรักษาและผลการรักษา
- () ไม่มีประวัติการรักษาและผลการรักษา

ประวัติ

- สูบบุหรี่ () เคย () ไม่เคย
- ดื่มสุรา () ดื่ม () ไม่ดื่ม

วันที่เริ่มป่วย เดือน พ.ศ.

การเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความพิการ

- () เป็นมาแต่กำเนิด () เกิดขึ้นภายหลัง

ความพิการจากสาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดขึ้นเมื่อ

- () สิ้นสุดการรักษาแล้ว () ยังอยู่ระหว่างการรักษา

การเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ตำแหน่งพยาธิสภาพ

ร่างกายซีกที่เป็นอัมพาต () ซีกซ้าย () ซีกขวา () ไม่เป็น

อาการอัมพาต () รุนแรงมาก () ปานกลาง () เล็กน้อย () หายแล้ว

มีอาการชักเกร็ง

() ไม่เคยเป็น

() เคยเป็น

() ชักเกร็งทั้งตัว () ชักเกร็งเฉพาะแขน - ขา

() รุนแรงมาก () ปานกลาง () เล็กน้อย () หายแล้ว

ความรู้สึกรู้ตัว/สติตอนที่มามีอาการชักเกร็ง

() รู้ตัว

() อาการชักเกร็งไม่นาน/หายเอง

() อาการชักเกร็งนาน ต้องการคน/ความช่วยเหลือ/ต้องทานยา/การรักษาอื่น ๆ

() ไม่รู้ตัว

สายตา

() ปกติ

() ผิดปกติ เช่น สายตาสั้น สายตายาว สายตาเอียง สายตาเหลือนราง

() ต้องใส่แว่นตา/ใส่เลนส์ ช่วยการมองเห็น

() ไม่ต้องใส่แว่นตา

() ไม่ได้ใส่แว่นตา

() เป็นต้อหิน เป็นต้อกระจก เป็นต้อเนื้อ (ล้นหมา)

() ตาบอด

การได้ยิน

() ปกติ

() สูญเสียการได้ยิน ไม่ใส่เครื่องช่วยฟัง

() สูญเสียการได้ยิน ใส่เครื่องช่วยฟัง

การฝึกพูดและภาษา () เคย หยุดแล้ว () เคย ยังฝึกอยู่ () ไม่เคย

ผลของการฝึกพูด () เหมือนเดิม

() เปลี่ยนแปลง โพรดระบุ () ดีขึ้น () เลวลง

การประเมินคัดกรองการพูดรู้เรื่อง

ผู้เก็บข้อมูล

ฐานะของผู้เก็บข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ฐานะของผู้ให้ข้อมูล

แบบการซักประวัติผู้ป่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย

แบบซักประวัติผู้ป่วยเด็กที่หน่วยงานที่ทำการประเมินหรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย/นักแก้ไขการพูดใช้เป็นประจำในงานบริการต่อไปนี้เป็นตัวอย่างที่แนะนำ

การซักประวัติผู้ป่วยเด็ก

วันที่.....

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ/สกุล.....

HN.....

เพศ () ชาย () หญิง

อายุ.....ปี (เกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี) วัน/เดือน/ปีเกิด.....

ที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์..... เป็นหมายเลขโทรศัพท์ของ (ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย)

สถานภาพครอบครัว: อยู่กับ

() พ่อ-แม่ () พ่อ หรือ แม่ พี่น้อง ญาติ (โปรดระบุ)

() ผู้ปกครอง/สถานเลี้ยงดู

จำนวนพี่น้อง.....คน

มีพี่น้องคู่แฝด.....คน

ผู้ป่วยเป็นแฝด () คนพี่ () น้อง

โปรดระบุลำดับคู่แฝดของผู้ป่วย

ภาษาที่ใช้ในปัจจุบัน คือ

() ภาษาไทยกลาง () ภาษาท้องถิ่น () ใช้ทั้งสองภาษา

() ภาษาแม่ () ภาษาอื่น โปรดระบุ

ภาษาที่ใช้ข้างต้น

() ใช้ในการพูด การฟัง และการสื่อสารในชีวิตประจำวัน

() ใช้ในการพูด การฟัง และการสื่อสารเฉพาะในครอบครัว

() ใช้ในการพูด การฟัง และการสื่อสารตลอดกับทุกคนในทุกบริบท ทั้งในชีวิตประจำวัน การเรียน

การทำงาน

มือที่ถนัดในการเขียน () มือขวา () มือซ้าย

การศึกษาขั้นสูงสุด

อาชีพและลักษณะงาน (หากผู้ป่วยทำงาน)

โรคประจำตัว

ประวัติการรักษาโรคประจำตัว

- () ทานยาประจำ () ทานยาตามอาการ
- () มีนัดพบแพทย์ที่ดูแลปัญหา/โรคประจำตัวที่เป็น คือ
 - () กุมารแพทย์ทั่วไป
 - () กุมารแพทย์ที่ดูแลเด็กคลอดก่อนกำหนด
 - () กุมารแพทย์ระบบประสาท
 - () อายุรแพทย์
 - () อายุรแพทย์ทางระบบประสาท
 - () แพทย์ทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน/อุบัติเหตุ
 - () ศัลยแพทย์/ศัลยแพทย์ตกแต่ง
 - () ทันตแพทย์/ทันตแพทย์ดัดฟัน
 - () จิตแพทย์
 - () แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู
 - () อื่น ๆ โปรดระบุ
- () มีนัดผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ โปรดระบุ
- () นักจิตวิทยา () ผู้ให้คำปรึกษา
- () นักสังคมสงเคราะห์ () นักกายภาพบำบัด
- () นักอรรถบำบัด/นักฝึกแก้ไขการพูด
- () นักกิจกรรมบำบัด
- () นักดนตรีบำบัด
- () นักโภชนาการ
- () พยาบาลเฉพาะทาง โปรดระบุ.....
- () อื่น ๆ โปรดระบุ

ประวัติการผ่าตัดที่ได้รับเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของ

- () สมอง
- () ปากแหว่งและหรือเพดานโหว่
- () ช่องปาก เพดานปาก เช่น ลิ้นไก่สั้น
- () ลิ้น เช่น เอ็นยึดใต้ลิ้นสั้น ขนาดลิ้นใหญ่ เป็นเนื้องอก
- () ฟัน การสบของฟัน ฟันหลอ
- () ขากรรไกร เช่น ถูกตัดขากรรไกร
- () หู เช่น ช่องหู รูหู ใบหู แก้วหู
- () กล่องเสียง เช่น ดั้งที่เสียง ไม่มีเส้นเสียง (เส้นเสียงถูกตัดออกเพราะเป็นมะเร็ง) เส้นเสียงอักเสบ เส้นเสียงบวม

เส้นประสาท Recurrent Laryngeal Nerve ได้รับบาดเจ็บ

- () หลอดลม เจาะคอ มี รู Stoma ใส่ Tracheal Tube ปอด
- () ปอด มีการอักเสบ มีการติดเชื้อ เป็นโรคถุงลมโป่งพอง ปอดแฟบ มีปัญหาการหายใจ

() ตา เช่น ผ่าตัดต้อตา

หมายเหตุ กรุณาแนบประวัติการรักษาและผลการรักษา

() มีประวัติการรักษาและผลการรักษา

() ไม่มีประวัติการรักษาและผลการรักษา

ประวัติ

- สูบบุหรี่ () เคย () ไม่เคย () บุหรี่มือสอง

- ดื่มสุรา/เบียร์ () ดื่ม () ไม่ดื่ม () จากคนแวดล้อม

วันที่เริ่มป่วย เดือน พ.ศ.

การเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความพิการ

() เป็นมาแต่กำเนิด () เกิดขึ้นภายหลัง

ความพิการจากสาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดขึ้นเมื่อ

() สิ้นสุดการรักษาแล้ว () ยังอยู่ระหว่างการรักษา

การเจ็บป่วยในปัจจุบัน.....

ตำแหน่งพยาธิสภาพ

มีร่างกายที่เป็นอัมพาต ชักที่เป็น () ชักซ้าย () ชักขวา () ไม่เป็น

อาการอัมพาต () รุนแรงมาก () ปานกลาง () เล็กน้อย () หายแล้ว

มีอาการชักเกร็ง

() ไม่เคยเป็น

() เคยเป็น

() ชักเกร็งทั้งตัว () ชักเกร็งเฉพาะแขน - ขา

() รุนแรงมาก () ปานกลาง () เล็กน้อย () หายแล้ว

ความรู้สึกตัว/สติตอนที่มมีอาการชักเกร็ง

() รู้ตัว

() อาการชักเกร็งไม่นาน/หายเอง

() อาการชักเกร็งนาน ต้องการคน/ความช่วยเหลือ/ต้องทานยา/การรักษาอื่น ๆ

() ไม่รู้ตัว

สายตา () ปกติ

() ผิดปกติ เช่น สายตาสั้น สายตาวาย สายตาเอียง สายตาเหลือนาง

() ต้องใส่แว่นตา/ใส่เลนส์ ช่วยการมองเห็น

() ไม่ต้องใส่แว่นตา

() ไม่ได้ใส่แว่นตา

() เป็นต้อหิน เป็นต้อกระจก เป็นต้อเนื้อ (ล้นหมา)

() ตาบอด

การได้ยิน () ปกติ

() สูญเสียการได้ยิน ไม่ใช่เครื่องช่วยฟัง

() สูญเสียการได้ยิน ใส่เครื่องช่วยฟัง

การฝึกพูดและภาษา () เคย หยุดแล้ว () เคย ยังฝึกอยู่ () ไม่เคย

ผลของการฝึกพูด () เหมือนเดิม

() เปลี่ยนแปลง - ดีขึ้น () เปลี่ยนแปลง - เลวลง

การประเมินคัดกรองการพูดรู้เรื่อง.....

ผู้เก็บข้อมูล

ฐานะผู้เก็บข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ฐานะผู้ให้ข้อมูล

วิธีการประเมินการคัดกรองทางภาษาและการพูด

2.1 การประเมินการทำงานของอวัยวะที่ใช้ในการพูดขณะเคลื่อนไหว

ให้ผู้ป่วยทำการใช้ปาก ลิ้น ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2.1 : แสดงการประเมินการทำงานของอวัยวะที่ใช้ในการพูดขณะเคลื่อนไหว

ลำดับ	ท่าทางที่ทดสอบ	ทำได้	ทำไม่ได้	ทำได้ช้า/ทำไม่ได้สุดช่วง/ทำไม่ได้เต็มที่	มีผลต่อความชัดเจนของเสียงพูด (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50) หรือ มีผลต่อการกลืน	ไม่มีผลต่อความชัดเจนของเสียงพูด (น้อยกว่าร้อยละ 50) ไม่มีต่อการกลืน
1	อ้าปากแล้วปิดปาก ออกเสียง อา					
2	ห่อปาก/จู๋ปากแล้วออกเสียง อ					
3	ยืมยิบฟัน แล้วออกเสียง อี					
4	เคลื่อนลิ้นแตะมุมปาก ซ้าย-ขวา					
5	ยกปลายลิ้นขึ้นแตะปุ่มเหงือก หลังฟันบน					
6	แลบลิ้นเข้าออกเร็ว ๆ					
7	แลบลิ้นให้ยาวที่สุด					
8	เคาะลิ้น					
9	เม้มปาก					
10	เปาะปาก					
11	ดูดแก้ม					
12	พองแก้ม					
13	อ้าปาก/อ้าขากรรไกรกว้าง ๆ					
14	ปิดปาก-ขากรรไกรสบกัน/กัดฟัน					
15	เคลื่อนไหวขากรรไกร ซ้าย-ขวา แบบเคี้ยวอาหาร					

2.2 การทดสอบความสามารถทางภาษาและการพูด

แบบประเมินความสามารถทางภาษาและการพูดของผู้ป่วยที่หน่วยงานที่ทำการประเมิน/นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย (นักแก้ไขการพูด) ใช้ประจำในงานบริการ ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างแบบทดสอบคัดกรองความสามารถทางภาษาและการพูดที่แนะนำ

2.2.1 แบบคัดกรองทางภาษาและการพูด ด้านที่ 1 ด้านการพูดเอง

- สังเกตการณ์จากการพูดคุยของผู้ป่วย เช่น ถามชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย
- การตอบคำถามปลายปิด เป็นการตอบรับหรือปฏิเสธ เช่น กินข้าวหรือยัง เป็นต้น
- การตอบคำถามปลายเปิด เช่น ทำงานที่ไหน กินข้าวกับอะไร มากับใคร เป็นต้น
- การพูดแสดงความเห็น เช่น วันนี้ทำอะไรมาบ้าง บอกมา 3 อย่าง
- การพูดแสดงความต้องการหรือบอกความรู้สึก

ถ้าผู้ป่วยไม่พูด หรือใช้ท่าทางในการสื่อความหมาย เช่น พยักหน้า ส่ายหน้า หรือพูดแล้วคนฟังฟังไม่เข้าใจ หรืออาจตอบแต่คำตอบส่วนใหญ่ไม่ถูกต้อง ถือว่ามีความบกพร่องด้านการพูดเอง

2.2.2 แบบคัดกรองทางภาษาและการพูด ด้านที่ 2 ด้านการเรียก (บอก) ชื่อคำศัพท์

- ให้เรียก (บอก) คำศัพท์ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น เดิน กินข้าว แปร่งฟัน (ถูฟัน) อาบน้ำ
- ให้เรียก (บอก) คำศัพท์ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน สิ่งของ อาหาร เช่น เสื้อ กางเกง รองเท้า น้ำ ข้าว ส้ม
- ให้เรียก (บอก) คำศัพท์ที่เป็นชื่อคนในครอบครัว

การประเมินอาจใช้ของจริงหรือให้ดูรูปภาพ ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาในการคิดนานกว่าปกติหรือตอบไม่ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ ถือว่ามีความบกพร่องด้านการเรียกชื่อคำศัพท์

2.2.3 แบบคัดกรองทางภาษาและการพูด ด้านที่ 3 ด้านการพูดตาม

- ให้พูดตามระดับคำหนึ่งพยางค์ เช่น ช้าง เเงะ มือ รำ ครู ปลา พระ
- ให้พูดตามระดับคำสองพยางค์ เช่น รองเท้า แก้ว มะม่วง
- ให้พูดตามระดับวลี เช่น กินไข่ไก่ เคาะประตู ดูโทรทัศน์/ดูทีวี
- ให้พูดตามระดับประโยค เช่น แม่ไปตลาด คุณหมอรักษาคนไข้ หน้าร้อนนี้เราไม่ได้ไปเที่ยว

ถ้าผู้ป่วยพูดตามระดับวลีหรือประโยคสลับกัน หรือพูดตามไม่ครบ หรือพูดตามระดับคำไม่ได้เลย ถือว่ามีความบกพร่องด้านการพูดตาม

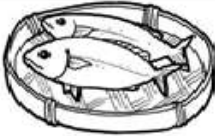
2.2.4 แบบคัดกรองทางภาษาและการพูด ด้านที่ 4 ด้านการฟังเข้าใจคำพูด คำสั่ง

- ให้ผู้ป่วยทำตามคำสั่ง 1 ขั้นตอน เช่น ยกมือ ชี้นิ้วปาก หลับตา
- ให้ผู้ป่วยทำตามคำสั่ง 2 ขั้นตอน เช่น ชี้นิ้วต่างและประตูดตามลำดับ
- ให้ผู้ป่วยทำตามคำสั่ง 3 ขั้นตอน เรียงลำดับ เช่น ชี้นิ้ว แก้ว และประตูดตามลำดับ

ถ้าผู้ป่วยทำตามคำสั่ง 2 ขั้นตอนไม่ได้ หรือถ้าทำตามคำสั่ง 3 ขั้นตอนได้แต่ไม่ถูกลำดับขั้นตอน ถือว่ามีความบกพร่องด้านการฟังเข้าใจคำพูด

2.2.5 แบบคัดกรองทางภาษาและการพูด ด้านที่ 5 ด้านการอ่าน

- ให้ผู้ป่วยจับคู่คำศัพท์กับภาพ ดังตัวอย่างในตารางข้างล่าง ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจับคู่หรือจับคู่ผิด ถือว่ามีความบกพร่องด้านการอ่าน

คำศัพท์	ภาพ
มือ	
ปลา	
เตียง	

- ให้ผู้ป่วยอ่านคำสั่งแล้วทำตามคำสั่งนั้น ๆ (เช่น กำหมัด ชี้เสื้อ ยกมือขึ้นสูง ๆ) หรืออ่านบทความแล้วตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องที่อ่านเพื่อดูว่าผู้ป่วยอ่านเข้าใจหรือไม่ (เช่น ให้ผู้ป่วยอ่านบทความว่า “ร้านอาหารนี้ขายดีมาก มีลูกค้าอุดหนุนตลอด ร้านคิดราคาข้าวผัดกะเพราไข่เจียวเพียงจานละ 20 บาท” ตัวอย่างคำถาม เช่น “เรื่องที่อ่านเกี่ยวกับอะไร ร้านอะไร/ขายอะไร ร้านขายดีไหม/เพราะอะไร) ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถอ่าน หรือตอบคำถามไม่ได้/ตอบคำถามผิด ถือว่ามีความบกพร่องด้านการอ่าน

2.2.6 แบบคัดกรองทางภาษาและการพูด ด้านที่ 6 ด้านการเขียน

- ให้เขียนชื่อ-นามสกุล ที่อยู่ของผู้ป่วยเอง
- ให้เขียนประโยคบรรยายภาพ ได้แก่ ภาพที่แสดงถึงเหตุการณ์ที่เกิดในชีวิตประจำวัน เช่น รูปรถติด



รถติด

- สังเกตโดยให้เขียนเอง ถ้าทำไม่ได้ให้เขียนตามคำสั่ง หรือถ้าไม่ได้ก็ให้เขียนตามแบบ ถ้าผู้ป่วยเขียนไม่ได้ระดับใดระดับหนึ่ง (เขียนโดยใช้มือข้างที่ตีหรือข้างที่ถนัด) ถือว่ามีความบกพร่องด้านการเขียน

2.3 การทดสอบความชัดเจนของเสียงพูด

แบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูดที่หน่วยงานที่ทำการประเมิน/นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย (นักแก้ไขการพูด) ใช้ประจำในงานบริการ ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างแบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูดที่แนะนำ

2.3.1 แบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูดระดับคำ

ใช้ภาพถ่ายของจริงที่เห็นชัดเจน จำนวนภาพเท่ากับจำนวนเสียงในภาษาไทย ภาพถ่าย 1 ภาพแทนเสียงภาษาไทย 1 เสียงในการทดสอบความชัดเจนของเสียงระดับคำให้ผู้ป่วยบอกชื่อภาพแต่ละภาพ ประเมินว่าผู้ป่วยออกเสียงของภาพใดไม่ชัด ข้างล่างเป็นตัวอย่างที่แนะนำในการเลือกภาพถ่ายที่ใช้แทนเสียงภาษาไทยระดับคำในแบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูด

เสียงสระ	เสียง	ภาพถ่ายของจริงที่เห็นชัดเจนที่ใช้แทนเสียง
	อะ	กระทะ
	อา	ตา
	อิ	นาฬิกา
	อี	หวี
	อึ	ผึ้ง
	อือ	มือ
	อุ	บุหรี
	อู	หมู
	เอะ	เปิด
	เอ	กางเกง
	แอะ	แพะ
	แอ	แขน
	เอือะ	เงิน
	เอือ	เดิน
	เอาะ	เงาะ
	อ้อ	ล้อ
	โอะ	โต๊ะ
	โอ	แตงโม
	เอียะ	เกียะ
	เอีย	เตียง
	เอือ	เสือ
	อวย	กล้วย

เสียงสระ	เสียง	ภาพถ่ายของจริงที่เห็นชัดเจนที่ใช้แทนเสียง
	ไอ	ไก่อ
	อำ	รำ
	เอา	เต่า
เสียงพยัญชนะต้น	ม	ม้า
	บ	บ้าน
	ป	ปก
	พ	พาน
	ว	แหวน
	ฟ	ฟัน
	น	หนู
	ด	ดอกไม้
	ต	ตู้
	ธ	ธง
	ล	ลิง
	ร	เรือ
	ส	เสือ
	จ	จาน
	ช	ช้าง
	ย	ยักษ์
	ง	งู
	ก	เก้าอี้
	ข	ขวด
	อ	อ่าง
	ห	หู
เสียงพยัญชนะท้าย	ม	พัดลม
	บ	กบ
	ว	ว่าว
	น	ต้นไม้
	ด	รถ
	ง	มะม่วง

เสียงสระ	เสียง	ภาพถ่ายของจริงที่เห็นชัดเจนที่ใช้แทนเสียง
	ก	นก
	ย	ด้าย
พยัญชนะควบกล้ำ	ปร	ประตู
	ปล	ปลา
	พร	พระ
	พล	พลู
	ตร	ตรง
	ทร	นิตรา
	กร	กรง
	กล	วงกลม
	กว	ไม้กวาด
	คร	ซี่โครง
	คล	คลาน
	คว	ควาย
เสียงวรรณยุกต์	สามัญ	อีกา
	เอก	ไข่
	โท	หม้อ
	ตรี	ซ้อน
	จัตวา	หมี

2.3.2 แบบทดสอบเสียงนาสิก (Thai Nasality Test: TNT)

ประกอบด้วย 3 แบบทดสอบย่อย ให้ผู้ป่วยอ่านทีละบทความและประเมินว่าผู้ป่วยออกเสียงใดไม่ชัด

แบบทดสอบย่อย 1 แบบทดสอบ มานี้

มานีนั่งดื่มน้ำมะนาว
 หมอยังไม่นัดวันแน่นอน
 นางงามเริ่มทำงาน
 เมื่อเย็นแม่มองเห็นแมวดำ
 คุณมดหมีล้างมือในห้องนี้

แบบทดสอบย่อย 2 แบบทดสอบ รถตุ๊กตุ๊ก

ปิติขับรถตุ๊กตุ๊กไปตลาดปากเกร็ด ซื้อปลากระบอกแปดกิโล ขากลับเจอสารวัตรที่ปากซอย ปิติตกใจปีบแตกรถเสียหลักอัดกับเสาไฟฟ้า สารวัตรจับปรับแก้ร้ายบาท ปิติเสียใจ ขับรถตุ๊กตุ๊กเข้าตรอกแล้วจอดใต้ตึก ปิติเจ็บใจเตะตะกร้อไปกระแทกกระจกแตก

แบบทดสอบย่อย 3 แบบทดสอบ น้ำตกไทรโยค

คุณพ่อคุณแม่พาจันทราไปเที่ยวน้ำตกไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ทุกคนตื่นเต้นมาก ตั้งแต่เช้า ช่วยกันจัดกระเป๋าขึ้นรถไปสถานีรถไฟสามเสน จันทรานั่งริมหน้าต่างรถไฟ ชมทิวทัศน์ตามทาง เห็นควายลุยโคลน เมื่อรถไฟแล่นข้ามสะพานแม่น้ำแควถึงสถานีไทรโยค ทุกคนขึ้นรถสองแถวไปที่น้ำตก ที่นั่นมีคนมาก น้ำตกไหลแรง อากาศสดชื่น ตอนเที่ยงคุณพ่อให้เงินไปซื้อข้าวเหนียวไก่ย่าง ส้มตำ ปลาตุ๋นย่างมานั่งกินกันตรงโพรงไม้ข้างน้ำตก เวลาบ่ายทุกคนเตรียมตัวกลับบ้าน คุณแม่ซื้อมะพร้าว มะปราง เห็ดโคน ครอบแครง พลู และไม้กวาด ไปฝากเพื่อน จันทราว่างนอนมากนั่งฟังหน้าต่างตลอดทางจนถึงกรุงเทพฯ

2.3.3 แบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูด (Articulation Test) ระดับบทความ

ให้ผู้ป่วยอ่านบทความต่อไปนี้

ฝนฟ้ามีวิแว่วว่าจะตก ยายฉิมชวนหนูแจ้วแจ้วเรือไปหากำนันแฉ่งที่บางบ่อ หนูแจ้วพอกหน้าประแป้งด้วยดินสอพองดูงามดี พอถึงที่ฝูงหมาติดตามต้อนหน้าต้อนหลัง ป้าเยื่อนอะอะเอ็ดตะโรแล้วยิ้มเบิกบาน เจ้าแก้วหลานรักก็มาทักทายผู้ใหญ่พูดคุ้ยหัวเราะขบขัน สองคนซุกซนเล่นซ่อนหา หนูแจ้วตกต้นไม้ร้องไห้แง ยายฉิมว่าแย่จ้จ ก้นกบยังไม่พั่ง

ประเมินว่า ผู้ป่วยออกเสียงได้ไม่ชัด

2.4 การประเมินการพูดรู้เรื่อง: แบบประเมินความชัดเจนของเสียงพูด (Intelligibility Speech Assessment)

การประเมินการพูดรู้เรื่องใช้แบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูดที่หน่วยงานที่ทำการประเมิน/นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย (นักแก้ไขการพูด) ใช้ประจำในงานบริการ ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างแบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูดที่แนะนำ

1. อ่านบทความด้วยตัวเอง

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	ฝน	ฟ้า	มี	วี	แวว	ว่า	จะ	ตก	ยาย	ฉิม
2	ชวน	หนู	แจ้ว	แจว	เรือ	ไป	หา	กำ	นั้	ฉ่ง
3	ที่	บาง	บ่อ	หนู	แจ้ว	พอก	หน้า	ปะ	แป้ง	ด้วย
4	ดิน	สอ	พอง	ดู	งาม	ดี	พอ	ถึง	ที่	ฝูง
5	หมา	ติด	ตาม	ต้อน	หน้า	ต้อน	หลัง	ป่า	เยื่อน	เอะ
6	อะ	เอ็ด	ตะ	โร	แล้ว	ยิ้ม	เบิก	บาน	เจ้า	แก้ว
7	หลาน	รัก	รี	มา	ทัก	ทาย	ผู้	ใหญ่	พูด	คุย
8	หัว	เราะ	ขบ	ขึ้น	สอง	คน	ซุก	ชน	เล่น	ซ่อน
9	หา	หนู	แจ้ว	ตก	ตัน	ไม้	ร้อง	ให้	งอ	แง
10	ยาย	ฉิม	ว่า	แย	จับ	กั้	กบ	ยัง	ไม่	พัง

$$\frac{\text{จำนวนพยางค์ที่ฟังเข้าใจ}}{\text{จำนวนพยางค์ทั้งหมด}} \times 100 = \text{_____} \%$$

2. อ่านคำด้วยตัวเอง

	1	2	3	4	5	6
1	ปวดหัว	น้ำตก	ฟุตบอล	รถไฟ	พุทรา	น่ารัก
2	ยศศักดิ์	ดอกไม้	เด็กชาย	เอาใจ	รถยนต์	นกยูง
3	เล็กน้อย	ซอสน้อย	จอต้าย	พี่น้อง	นกเขา	ยูทูบ
4	ฝนตก	ชกมวย	วุ่นวาย	นักเรียน	วันพุธ	ปกครอง
5	เสื้อผ้า	งานบ้าน	ใจร้าย	มดแดง	พ่อแม่	พัสดุ
6	นกแก้ว	มะม่วง	กระต่าย	เท่ากัน	ไฟฟ้า	มันฝรั่ง

$$\frac{\text{จำนวนคำที่ฟังเข้าใจ}}{\text{จำนวนคำทั้งหมด}} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}} \%$$

ประเมินว่าผู้ป่วยพูดเสียง/คำใดไม่ชัด ผู้ฟัง (ผู้ประเมิน) ฟังไม่รู้เรื่องและคำนวณออกมาเป็น % ในการฟังเข้าใจ

2.5 การทดสอบ Apraxia⁸

2.5.1 การทดสอบ Oral Apraxia

ให้ผู้ป่วยทำตามคำสั่งต่อไปนี้

ตารางที่ 2.5.1 การทดสอบ Oral Apraxia

ลำดับ	แบบทดสอบ	ผล	
		ทำได้	ทำไม่ได้
1	แลบลิ้นยาว		
2	เป่าลม		
3	อ้าปากกว้าง		
4	กระเดาะลิ้น		
5	ทำปากจู๋		
6	ทำแก้มป้อง		
7	ยืมฟัน		
8	เม้มปาก		
9	เคลื่อนลิ้นแตะมุมปากซ้าย - ขวา		
10	แลบลิ้นเลียริมฝีปากให้ทั่ว		

2.5.2 แบบทดสอบ Apraxia of Speech ระดับคำ วลี และประโยค

ให้ผู้ผู้ป่วยพูดตามคำ วลี และประโยคต่อไปนี้

ลำดับ	คำที่ทดสอบ	พูดตามได้ชัด/ ถูกต้อง	แก้ไขการพูดที่ผิด ได้เอง	พยายามพูด แต่ไม่มีเสียง	ออกเสียงผิด โดยไม่ตระหนัก ว่าออกเสียงผิด	ไม่มีการ ตอบสนอง
1	สถาปัตยกรรม					
2	คมนาคม					
3	ทัศนียภาพ					
4	ปัทมวดี					
5	พิจารณา					
6	ยา					
7	ยาสีฟัน					
8	ยาสีฟันสมุนไพร					
9	แม่					
10	แม่น้ำ					

ลำดับ	คำที่ทดสอบ	พูดตามได้ชัด/ ถูกต้อง	แก้ไขการพูดที่ผิด ได้เอง	พยายามพูด แต่ไม่มีเสียง	ออกเสียงผิด โดยไม่ตระหนัก ว่าออกเสียงผิด	ไม่มีการ ตอบสนอง
11	แม่น้ำเจ้าพระยา					
12	นา					
13	นาฬิกา					
14	นาฬิกาข้อมือ					
15	ถ้วย					
16	ถ้วยแกง					
17	ถ้วยแกงจืด					
18	โรง					
19	โรงละคร					
20	โรงละครแห่งชาติ					
21	ปลาตายบ่อน้ำแห้ง					
22	เขาจะเดินร่นต้นตัน ไปถึงไหน					
23	ศรีสัชนาลัยเป็น เมืองเก่าแต่โบราณ					
24	อิสราเอลเป็น ประเทศอุตสาหกรรม					
25	รถไฟเป็นรัฐวิสาหกิจ					

แบบประเมินสมรรถภาพความพิการทางการสื่อความหมายตามแนวทางของ ICF⁽¹⁴⁾

องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่ International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) ในปี 2544 เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการให้คำนิยามของความพิการ และได้กำหนดรหัสของส่วนประกอบต่าง ๆ อาทิเช่น การทำงานของร่างกาย โครงสร้างของร่างกาย กิจกรรมและการมีส่วนร่วม รวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อใช้ในการสื่อสารระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ ทั้งนี้ ในปี 2555 สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากราชวิทยาลัยแพทย์ต่างๆ ได้ร่วมกันพัฒนาและจัดทำคู่มือมาตรฐานกลางประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF ขึ้นเพื่อใช้ประโยชน์ในระหว่างสหวิชาชีพที่ให้บริการคนพิการประเภทต่างๆ โดยสามารถใช้รหัส ICF ที่เฉพาะเจาะจงกับความพิการแต่ละประเภทในการประเมินระดับความสามารถของคนพิการภายหลังการออกใบรับรองเพื่อจดทะเบียนคนพิการ

สำหรับคนพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง คนที่มีปัญหาพูดไม่ได้ พูดแล้วผู้อื่นฟังไม่เข้าใจ เช่น พูดไม่ชัด พูดไม่รู้เรื่อง พูดไม่คล่อง พูดแล้วไม่มีเสียง เป็นต้น และคนที่ฟังคำพูดคนอื่นไม่เข้าใจซึ่งอาจเกิดจากโรคหรือความผิดปกติของกล่องเสียง ช่องคอ ช่องปาก และจมูก เช่น การบาดเจ็บโรคติดเชื้อ เนื้องอก แต่อาจเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิด และโรคของระบบอื่นที่มีผลต่อส่วนนี้ หรือต่อการพัฒนาระบบการพูดและออกเสียง สามารถประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการสื่อความหมายตามแนวทางของ ICF โดยใช้รหัส 8 ด้าน ดังนี้

b310 การทำงานที่ก่อให้เกิดเสียง (Voice Functions)

b320 การทำงานด้านการออกเสียงพูด (Articulation Functions)

b330 การทำงานด้านความคล่องและจังหวะของการพูด (Fluency and Rhythm of Speech Functions)

d330 การพูด (Speaking)

d350 การสนทนา (Conversation)

d839 การศึกษาที่ระบุรายละเอียดอื่นๆ และที่ไม่ระบุรายละเอียด (Education, Other Specified and Unspecified)

d870 การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ (Economic Self-sufficiency)

d920 นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง (Recreation and Leisure)

โดยประเมินแต่ละหัวข้อ แล้วระบุระดับความบกพร่องหรือระดับความสามารถในการทำกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วมที่เรียกว่า “ตัวบ่งคุณลักษณะ” บันทึกเป็นตัวเลขด้านหลังรหัส แบ่งเป็นระดับ ดังนี้

.0 หมายถึง ไม่มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก (NO: 0 - 4%)

.1 หมายถึง มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก เล็กน้อย (MILD: 5 - 24%)

.2 หมายถึง มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก ปานกลาง (MODERATE: 25 - 49%)

.3 หมายถึง มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก รุนแรง (SEVERE: 50 - 95%)

.4 หมายถึง มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก ที่สุดหรือทั้งหมด (COMPLETE: 96 - 100%)

.8 หมายถึง ไม่ระบุรายละเอียดของความบกพร่องหรือความยากลำบาก (Not Specified)

.9 หมายถึง ไม่เกี่ยวข้อง (Not Applicable)

กรณีตัวอย่าง

ชาย อายุ 19 ปี มีปัญหาพูดไม่ชัด (Articulation Disorder) จากเป็นโรคเพดานโหว่ (Cleft Palate) ตั้งแต่เกิด ไม่มีโรคประจำตัว หลังรับการผ่าตัดแก้ไขแล้วยังมีปัญหาการสื่อสารอยู่ตลอดเวลา ปัจจุบันแปลงเสียงได้แต่คำพูดไม่ชัดเจน มีเสียงขึ้นจมูกตลอดทุกครั้งที่พูด สามารถทำงานได้เป็นปกติ แต่มักจะโดนเพื่อนล้อเรื่องการพูดไม่ชัดมาตลอด ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุ Cleft Palate

สรุปว่า มีความพิการทางการสื่อความหมาย

แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการสื่อความหมายตามแนวทางของ ICF

ระดับความบกพร่องในการทำงาน/ความลำบากในการทำกิจกรรม			.0	.1	.2	.3	.4	.8	.9
1	b310	การทำงานที่ก่อให้เกิดเสียง				✓			
2	b320	การทำงานด้านการออกเสียงพูด				✓			
3	b330	การทำงานด้านความคล่องและจังหวะของการพูด		✓					
4	d330	การพูด			✓				
5	d350	การสนทนา			✓				
6	d839	การศึกษา						✓	
7	d870	การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ		✓					
8	d920	นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง						✓	

ບາງ 3



บทที่ 3 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

คำนิยามตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์⁽¹⁾

1. ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะต่าง ๆ สำหรับการเคลื่อนไหว เช่น มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา

2. ความพิการทางร่างกาย หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่อง หรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว หรือภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวครอบคลุมลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. แขน หรือขา หรือลำตัวอ่อนแรง ที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Activities of daily living: ADL^a จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ มะเร็ง ติดเชื้อ หรือภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากโรคทางพันธุกรรม หรือการเคลื่อนไหวผิดปกติ ฯลฯ
2. แขนขาขาดที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น เบาหวาน อุบัติเหตุ มะเร็ง หรือแขนและขาขาดหายตั้งแต่กำเนิด (Limb Deficiency) ฯลฯ
3. โรคข้อและ/หรือโรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวของแขนหรือขา ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการเดินจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น โรครูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis) โรคจากความเสื่อมของกระดูกและข้อ (Degenerative Disease) โรคผิวหนังแข็ง (Scleroderma) โรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบยึดติด (Ankylosing Spondylitis) ฯลฯ
4. ข้อติดถาวร ที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของแขนหรือขา ที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเดินจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น แผลเป็นหดรั้งจากไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวก (Scar Contracture) กระดูกหักผิดรูป ฯลฯ โดยได้รับการประเมินตามแนวทางการตรวจประเมินคนพิการ
5. ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง โรคปอด ฯลฯ ทำให้เหนื่อยง่าย เคลื่อนย้ายตัวลำบาก เดินลำบาก โดยได้รับการประเมินตามแนวทางการตรวจประเมินคนพิการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

^a กิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร (Eating/Feeding) ล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด หวีผม และอาบน้ำ แต่งตัว (Dressing) เคลื่อนย้ายตัว และการเดิน (Mobility and transfer)

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องทางร่างกาย (Physical Impairment) ครอบคลุมลักษณะดังต่อไปนี้

ภาพลักษณ์ภายนอกที่เห็นชัดเจนบริเวณใบหน้า ศีรษะ หลัง หรือลำตัว จนมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เช่น

1. คนแคระ (Dwarfism) ที่มีลักษณะเตี้ยกว่าปกติ โดยเพศหญิงมีความสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 120 เซนติเมตร เพศชายมีความสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 เซนติเมตร ทั้งนี้ พิจารณาวินิจฉัยในบุคคลที่อายุมากกว่า 18 ปี^(2,3)
2. หลังคด (Scoliosis)⁽⁴⁾ หรือหลังค่อม (Kyphosis)⁽⁵⁾ ผิดรูปรุนแรง^b ที่เห็นเด่นชัดเมื่อดูด้วยตาเปล่า มีผลกระทบต่องานภายนอก โดยมีการตรวจประเมินว่าไม่สามารถทำการรักษาโดยการผ่าตัดได้หรือภายหลังสิ้นสุดการรักษาหรือผ่าตัดแล้วยังมีหลังค่อมมาก หรือผู้ป่วยไม่ยินยอมผ่าตัดเนื่องจากโรคประจำตัว
3. ใบหน้าหรือศีรษะที่ผิดรูปเนื่องมาจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น หูหรือตา หรือจมูกหรือปากที่ผิดรูป ผิดตำแหน่ง ผิดขนาด อาจเกิดจากสาเหตุ เช่น อุบัติเหตุ ไฟไหม้ หรือโดนสารเคมี เช่น น้ำกรด เป็นต้น
4. โรคผิวหนังที่เห็นเด่นชัดจนรบกวนและรักษาไม่หายและมีรอยโรคให้เห็นได้ตลอดเวลา เช่น โรคท้าวแสนปม (Neurofibromatosis) เด็กดักแด้ (Lamellar Ichthyosis) คนเผือก (Albinism) หรือโรคด่างขาว (Vitiligo) ที่รุนแรงที่เป็นบนใบหน้า โดยรอยโรคต้องมีขนาดพื้นที่มากกว่าร้อยละ 50 ของใบหน้าหรือลำตัวบนกรงฝ่า เป็นต้น

แนวทางการตรวจและประเมินความพิการ

1. ตรวจร่างกายจากภาพลักษณ์ภายนอก (Physical Impairment) ความผิดปกติหรือบกพร่องของรูปร่างใบหน้า ศีรษะ และลำตัว
2. ตรวจการเคลื่อนไหวของข้อ (Range of Motion) และกำลังกล้ามเนื้อ (Motor Power)
3. ประเมินการทากิจกรรมหลักในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร (Eating/Feeding) ล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด หวีผม อาบน้ำ และแต่งตัว (Dressing)⁽⁶⁾

หากไม่สามารถทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้ ถือว่ามีความพิการ โดยมีคำจำกัดความ ดังนี้

หัวข้อกิจกรรมหลักในชีวิตประจำวัน	คำนิยามความพิการ
การรับประทานอาหาร	- ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้เอง ต้องมีคนป้อนให้ - ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า - ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ต้องใช้การให้อาหารทางสายยาง (Tube Feeding) ตลอดชีวิต
ล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด หวีผม อาบน้ำ แต่งตัว	- ไม่สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองได้สำเร็จ ต้องอาศัย ผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรม - ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องอาศัยผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป
หมายเหตุ - ประเมินโดยใช้มือข้างที่ขาดหรืออ่อนแรง โดยไม่มีเครื่องช่วยพยุงหรือคนช่วยใด ๆ สำหรับกิจกรรมที่จำเป็นต้องใช้สองมือ เช่น อาบน้ำหรือแต่งตัว ให้ประเมินการทากิจกรรมด้วยสองมือ โดยต้องสามารถใช้มือข้างที่ขาดหรืออ่อนแรงในการช่วยทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้	

^b หลังคดรุนแรง (Severe Scoliosis) หมายถึง cobb angle >40 องศา, หลังค่อม (Kyphosis) หมายถึง หลังค่อมที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัด Thoracic Kyphosis มากกว่า 70 - 75 องศา

4. ประเมินการเดิน

4.1. ประเมินการเดินโดยไม่ใช้เครื่องพยุงหรือคนช่วย

วิธีการประเมิน ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำข้อใดข้อหนึ่งได้ พิจารณาเป็นคนพิการ

4.1.1 เดินไม่ได้

4.1.2 ยืนไม่ได้

4.1.3 เดินบนพื้นราบได้ไม่ถึง 50 เมตร⁽⁷⁾ เนื่องจาก

- เดินแล้วมีอาการเหนื่อยหอบมาก ไม่มีแรงที่จะเดินต่อไป ต้องนั่งรถเข็นอยู่ตลอดเวลา
- เดินได้ แต่ทรงตัวไม่ดี เช่น ล้มบ่อย เดินก้าวสั้น ๆ สั่น หรือเดินแล้วเกร็งมาก
- เดินแล้วตัวโยกไปมาเนื่องจากขาสั้นยาวไม่เท่ากันมากกว่าหรือเท่ากับ 5 เซนติเมตร^(8,9)
- เดินแล้วปลายเท้าตกหรือข้อเท้ามีข้อยึดติดมาก

ตัวอย่างคนพิการทางการเคลื่อนไหว



รูปที่ 3 - 1 ชาขาดระดับสะโพก



รูปที่ 3 - 2 อัมพาตนอนติดเตียงเดินเองไม่ได้



รูปที่ 3 - 3 ข้อเท้าและเท้าผิดรูปมาก



รูปที่ 3 - 4 มือผิดรูป



ตัวอย่างคนพิการทางร่างกาย



รูปที่ 3 - 5 โรคเท้าแสนปม



รูปที่ 3 - 6 ก้อนที่โบน้า



รูปที่ 3 - 7 เด็กดกแต่



รูปที่ 3 - 8 โรคต่างขา



รูปที่ 3 - 9 คนหลังค่อม

ระยะเวลาในการวินิจฉัยเพื่อลงความเห็นว่ามีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

1. **กรณีแขนขาขาด** หากเป็นไปตามเกณฑ์ความพิการเชิงประจักษ์ สามารถวินิจฉัยได้ทันที
2. **กรณีอ่อนแรงจากโรคระบบประสาท** เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคของสมอง อุบัติเหตุทางสมองหรือไขสันหลัง หรือโรคทางระบบประสาททั้งหมด ต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน หรือกรณีออกเอกสารรับรองความพิการก่อน 3 เดือน ให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ หากพิจารณาว่าการดำเนินโรคไม่ดีขึ้นแล้ว
3. **กรณีอ่อนแรงจากโรคเรื้อรังอื่น** เช่น หัวใจล้มเหลว ไตวายเรื้อรัง หรือปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) ต้องรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน หากพบข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมจนเดินบนพื้นราบต่อเนื่องได้ไม่ถึง 50 เมตร เนื่องจากเหนื่อยหอบรุนแรงหรือไม่มีแรงเดิน ถือว่ามีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว

4. **กรณีปวดหลัง** เช่น หมอนรองกระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาท ภายหลังจากการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน หากยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม เช่น ปลายเท้าตกหรือปวดรุนแรงจนเดินได้ไม่ถึง 50 เมตร หรือต้องใช้รถเข็นหรือเครื่องช่วยเดินเป็นประจำ ถือว่ามีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว
5. **กรณีข้อเข่าเสื่อม** ภายหลังรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน หากพบข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม เช่น เข่าโก่งรุนแรงจนตัวเอียงไปมาขณะเดิน หรือปวดมากจนเดินได้ไม่ถึง 50 เมตร หรือต้องใช้รถเข็นหรือเครื่องช่วยเดินเป็นประจำ ถือว่ามีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว
6. **กรณีปลายเท้าเขย่ง** หากเป็นแต่กำเนิดหรือภายหลัง และส่งผลให้เดินต่อเนื่องได้ไม่ถึง 50 เมตร โดยมีความยาวขาแตกต่างจากข้างปกติสอดคล้องกับเกณฑ์ขาสั้นยาวไม่เท่ากัน มากกว่าหรือเท่ากับ 5 เซนติเมตร สามารถวินิจฉัยได้ทันที
7. **กรณีหลังโก่งหรือคด** ภายหลังรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน หากพบข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม เช่น ปวดเมื่อยรุนแรง ทรงตัวไม่ดี หรือหายใจลำบาก สามารถวินิจฉัยได้ ทั้งความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายตามพยาธิสภาพที่ปรากฏ
8. **กรณีผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบาก** ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดที่ทำให้ไม่สามารถกลืนน้ำหรืออาหารทางปากได้ จนจำเป็นต้องใช้สายยางให้อาหาร (Tube Feeding) เช่น โรคทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ หรือปัญหาทางโครงสร้างของช่องปากหรือลำคอ ต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เว้นแต่แพทย์พิจารณาว่าการดำเนินโรคไม่อาจดีขึ้นได้ สามารถออกเอกสารก่อน 6 เดือนได้ตามดุลยพินิจ

หมายเหตุ:

- ความพิการตามเกณฑ์นี้ต้องมีลักษณะถาวรหรือในกรณีที่มีการรักษายังไม่สิ้นสุดให้อยู่ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์เป็นผู้พิจารณาตามเกณฑ์การประเมิน
- ภาวะกล้ามเนื้อใบหน้าอัมพาตครึ่งซีก (Bell's Palsy) ไม่ถือเป็นความพิการตามกฎหมายนี้
- การใช้ภาพถ่ายประกอบการวินิจฉัยเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการให้ในดุลยพินิจของแพทย์ เช่น กรณีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและถ่ายภาพยืนยันสภาพผู้ป่วยมาแสดงต่อแพทย์ แพทย์สามารถออกเอกสารรับรองความพิการ เป็นต้น

แนวทางการส่งต่อเพื่อประเมินขั้นต่อไป

การประเมินความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย สามารถประเมินได้โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในสถานพยาบาลทุกระดับ กรณีโรคเรื้อรัง หรือบกพร่องที่ไม่ชัดเจน เช่น มือขาดบางส่วน (Partial Hand Amputation) นิ้วขาดระดับข้อนิ้ว (Fingers Amputation) หรือเท้าขาดบางส่วน (Partial Foot Amputation) หรือภาวะอ่อนแรงอื่น ๆ สามารถส่งต่อให้แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประเมินเพื่อพิจารณาออกเอกสารรับรองความพิการต่อไป

การส่งต่อมีจุดประสงค์เพื่อให้คนพิการได้รับการรักษาและบริการฟื้นฟูสมรรถภาพรวมทั้งรับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เนื่องจากความพิการบางกรณีสามารถรักษาและฟื้นฟูจนกลับมาปกติได้ ทั้งนี้ หากฟื้นฟูแล้วสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ สามารถแจ้งต่อนายทะเบียนสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) เพื่อดำเนินการยกเลิกบัตรประจำตัวคนพิการได้



รูปที่ 3 - 10 ตัวอย่างผู้ป่วยที่ต้องการปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู : เท้าขาดบางส่วน
(Partial Foot Amputation)

แนวทางการประเมินสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

การประเมินความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ คือ

1. บุคคลที่แขนขาข้างหนึ่งข้างใดหรือบุคคลที่มีมือขาข้างหนึ่งข้างใด โดยพิจารณาจากนิ้วมือขาดตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป อย่างน้อย 3 นิ้ว หรือนิ้วโป้งขาดทั้ง 2 ข้อ
2. บุคคลที่ขาขาดข้างหนึ่งข้างใด ตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไปอย่างน้อยหนึ่งข้าง
3. บุคคลที่มีความสูงผิดปกติสำหรับบุคคลที่อายุเกิน 18 ปี โดยเพศหญิงมีความสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 120 เซนติเมตร ส่วนเพศชายมีความสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 เซนติเมตร

นายทะเบียนสามารถพิจารณาออกบัตรประจำตัวคนพิการได้โดยไม่ต้องผ่านการประเมินจากแพทย์

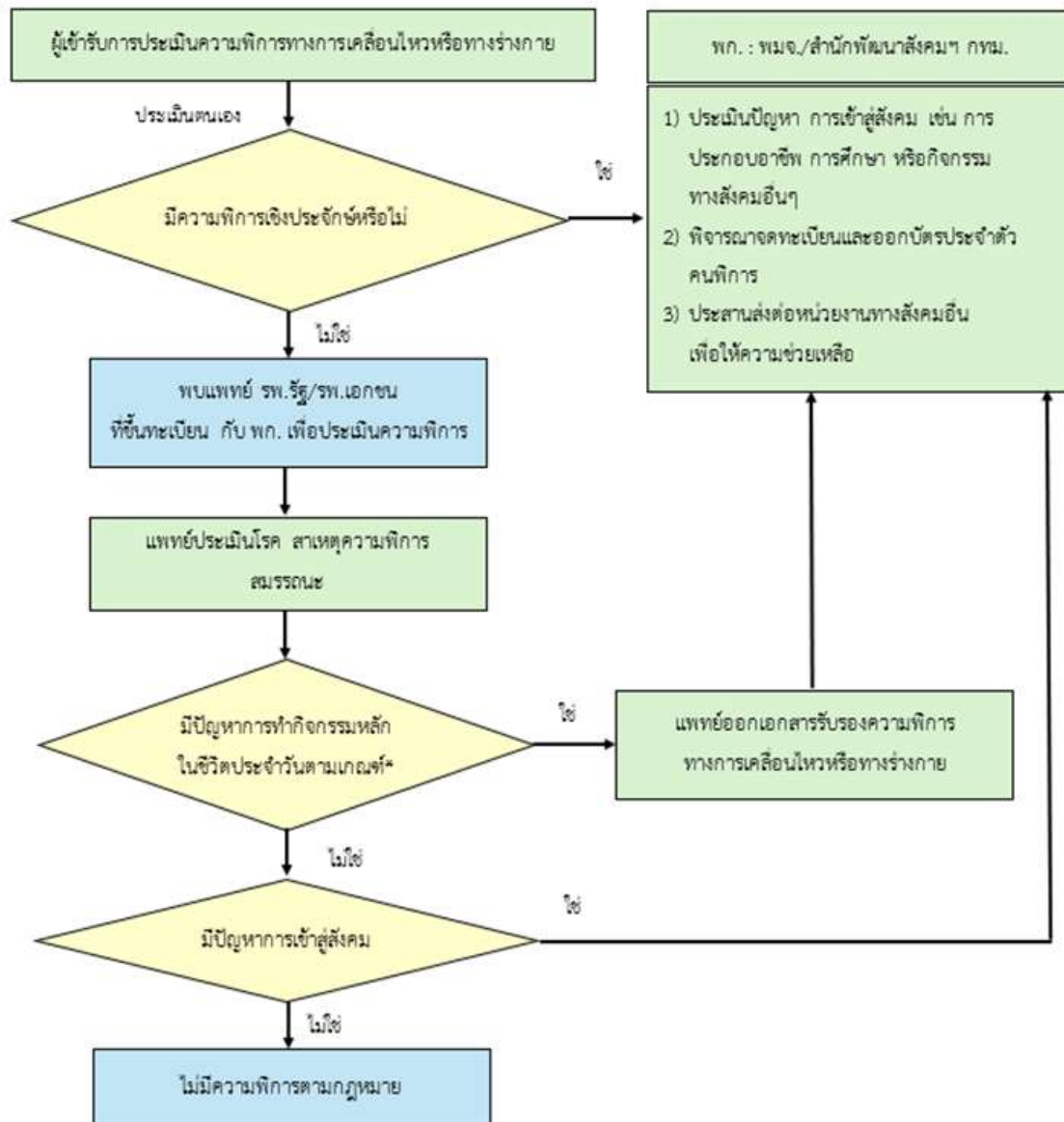


รูปที่ 3 - 11 ตัวอย่างคนพิการ
ที่สามารถจดทะเบียนทางการประเมินความพิการ
เชิงประจักษ์ : แขนขาดระดับเหนือข้อศอก



รูปที่ 3 - 12 ตัวอย่างคนพิการ
ที่สามารถจดทะเบียนทางการประเมินความพิการ
เชิงประจักษ์ : ขาขาดระดับใต้เข่า

แผนภูมิที่ 3-1 แนวทางการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย



หมายเหตุ * กิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร (Eating/Feeding) ล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด หวีผม และอาบน้ำ (Personal Hygiene) แต่งตัว (Dressing) เคลื่อนย้ายตัวและการเดิน (Mobility, Transfer and Ambulation)

คำถามที่พบบ่อยในการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

ถาม 1. กรณีผู้รับการประเมินเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น หอบหืด, ลมชัก, ไตวาย, หัวใจวาย ในการประเมินความพิการจะประเมินอย่างไร

ตอบ ในการประเมินความพิการจากสาเหตุโรคเรื้อรังต่าง ๆ ต้องพิจารณาว่าการรักษาและฟื้นฟูนั้นสามารถแก้ไขได้หรือไม่ อย่างน้อย 6 เดือน เพื่อประเมินว่าเข้าสู่ความพิการถาวร จึงใช้เกณฑ์ประเมินของความพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ ความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและการเดิน

ถาม 2. ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft Lip, Cleft Palate) ภายหลังผ่าตัดยังมีแผลเป็นไม่ยอมเข้าสู่สังคมสามารถจดทะเบียนคนพิการได้หรือไม่

ตอบ เนื่องจากรอยโรคอยู่บนใบหน้า แต่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ ถือว่าไม่มีความพิการทางร่างกายจากความบกพร่อง อย่างไรก็ตาม ควรประเมินปัญหาเรื่องการสื่อสารหรือการกลืน ซึ่งอาจเข้าเกณฑ์ความพิการด้านอื่น เช่น ความพิการทางการสื่อความหมาย เป็นต้น ส่วนประเด็นเข้าสู่สังคมหรือการประกอบอาชีพ ควรส่งให้ พมจ. เป็นผู้ประเมินเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือต่อไป

ถาม 3. กรณีผู้ป่วยมือขาดบางส่วนหรือนิ้วมือขาด ตามหลักการวินิจฉัยนิ้วใดขาดจึงถือว่ามีความพิการ

ตอบ การวินิจฉัยจะพิจารณาจากข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม (Activity Limitation) เป็นสำคัญ โดยถือว่ามีความพิการ หากการสูญเสียหรือความผิดปกติของมือและนิ้วมือส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยแพทย์จะประเมินจากความสามารถในการทำกิจกรรมต่อหน้าผู้ประเมิน เช่น การใช้นิ้วจับช้อนเพื่อรับประทานอาหาร การหยิบจับแก้วน้ำทรงกระบอก หรือการเคลื่อนไหวมือเพื่อล้างหน้าและแปรงฟัน เป็นต้น

ถาม 4. ผู้ป่วย Cerebellar Ataxia ตรวจ Motor Power Grade 5 แต่เดินไม่ได้ต้องใช้ Walker ถือว่าเป็นคนพิการหรือไม่

ตอบ ผู้ป่วยยังเดินไม่ได้ ถึงแม้จะมีกำลังกล้ามเนื้อดีก็ต้องวิเคราะห์โดยละเอียดว่าเดินไม่ได้จากภาวะอะไร เช่น เกร็งหรือการทรงตัวไม่ดี ต้องดูตามระยะเวลาที่เกิดโรคโดยทั่วไปใช้เวลา 3 เดือน เพื่อประเมินว่าเข้าสู่ความพิการถาวร จึงใช้เกณฑ์ประเมินของความพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ ความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและการเดิน

ถาม 5. ความผิดปกติทางการเคลื่อนไหวในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease) โรคไตวาย (Chronic Kidney Disease) ถ้าเป็น Deconditioning นอนติดเตียงถือว่ามีความพิการหรือไม่

ตอบ ในกรณีโรคเรื้อรังที่เป็นมานานและได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 6 เดือน หากยังไม่สามารถลุกเดินได้ ต้องนอนบนเตียงหรือต้องนั่งรถเข็น ในกลุ่มนี้ก็สามารถลงความเห็นว่าเป็นความพิการทางการเคลื่อนไหวได้

ถาม 6. ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก หลังผ่าตัดมี Limb Length Discrepancy เดินแล้วมี Lateral Trunk Bending แต่ไม่มี Weakness เดิน Clear Floor ได้จะจดทะเบียนคนพิการได้หรือไม่

ตอบ ในรายนี้ควรจะปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมกระดูกว่าจะสามารถผ่าตัดแก้ไขปัญหาของขาที่สั้นได้หรือไม่ ถ้าไม่สามารถรักษาได้ และวัดดูความยาวขาที่สั้นกว่าขาปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 5 เซนติเมตร ให้พิจารณาจากการเดิน ถ้าผู้ป่วยเดินได้ไม่ถึง 50 เมตร โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์เสริมตามข้อเท้า สามารถออกเอกสารรับรองความพิการได้

ถาม 7. คนไข้ที่รูปร่างเตี้ยส่วนสูงประมาณ 115 เซนติเมตร จะถือว่าเป็นคนพิการทางร่างกายหรือไม่

ตอบ ตามเกณฑ์ใหม่จะให้ผู้ชายอายุเกิน 18 ปี ที่ความสูงที่น้อยกว่า 130 เซนติเมตร ลงมา แต่ต้องมั่นใจว่าได้ผ่านการรักษามาแล้วและสิ้นสุดการรักษาแล้ว

ถาม 8. เด็กดักแด้ (Lamellar Ichthyosis) จะถือว่าเป็นคนพิการทางร่างกายได้หรือไม่

ตอบ เด็กดักแด้ต้องพิจารณาจากรอยโรคเป็นมาอย่างน้อยอย่างไร ตามเกณฑ์จะต้องเป็นทั้งลำตัวตั้งแต่ใบหน้า แขนขาลำตัว ไม่ใช่เป็นแค่บางส่วน โดยรอยโรคต้องมีขนาดพื้นที่มากกว่าร้อยละ 50 ของใบหน้าหรือลำตัว มองเห็นเด่นชัด ก็สามารถออกเอกสารรับรองความพิการทางร่างกายได้

ถาม 9. กรณีผู้ป่วยขาอ่อนแรงข้างเดียวเดินไม่ปกติ แต่เดินได้ไกล ไปทำงานได้ สามารถออกเอกสารรับรองความพิการได้หรือไม่

ตอบ ผู้ป่วยข้อเท้าตก เดินไม่ปกติ แต่เดินได้ไกล ถ้าสามารถเดินได้ไกลเกิน 50 เมตร ไม่ถือว่าพิการตามกฎหมาย ตามเกณฑ์การประเมินความพิการทางการเคลื่อนไหว ส่วนการแก้ไขขาเดินที่ผิดปกติด้วยอุปกรณ์เสริมข้อเท้า (Plastic Ankle Foot Orthosis: Plastic AFO) เพื่อแก้ไขการเดินให้ดีขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้ตามสิทธิจาก 3 กองทุน ได้แก่ ข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ถาม 10. กรณีผู้ป่วยนิ้วล็อก (Trigger Finger) งอข้อนิ้วแล้วไม่สามารถเหยียดได้ ไม่สามารถใช้มือข้างที่นิ้วล็อก ทำกิจวัตรประจำวันได้ สามารถออกเอกสารรับรองความพิการได้หรือไม่

ตอบ โรคนิ้วล็อกเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายด้วยการผ่าตัดและฟื้นฟูสมรรถนะการใช้มือ จึงไม่จำเป็นต้องจดทะเบียนคนพิการ

ถาม 11. กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหากลืนลำบาก (Dysphagia) ต้องใส่สายให้อาหารทางจมูก (Nasogastric Feeding) โดยผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมในชีวิตประจำวันอื่น ๆ ได้ เดินได้ ถือว่าพิการหรือไม่

ตอบ ผู้ป่วยที่มีปัญหากลืนลำบากโดยมีพยาธิสภาพถาวร และมีความจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก โดยผ่านกระบวนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการกลืนต่อเนื่องแล้ว 6 เดือน แต่ยังไม่สามารถกลืนอาหารได้อย่างเพียงพอและปลอดภัยโดยไม่ใช้สายให้อาหาร ถือว่ามีความพิการ

ถาม 12. กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหากลืนลำบาก (Dysphagia) ต้องใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Feeding) โดยผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมในชีวิตประจำวันอื่น ๆ ได้ เดินได้ ถือว่าพิการหรือไม่

ตอบ ผู้ป่วยที่มีปัญหากลืนลำบากโดยมีพยาธิสภาพถาวรและมีความจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางหน้าท้อง โดยผ่านกระบวนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการกลืนแล้ว 6 เดือน แต่ยังไม่สามารถกลืนอาหารโดยไม่ใช้สายยางให้อาหารได้อย่างเพียงพอและปลอดภัย ถือว่ามีความพิการ

แบบประเมินสมรรถภาพความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายตามแนวทางของ ICF⁽¹⁰⁾

สำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหว สามารถใช้รหัส ICF 10 ด้าน ในการประเมิน ดังนี้

d420 การเคลื่อนย้ายตนเอง (Transferring Oneself)

d450 การเดิน (Walking)

d465 การเคลื่อนที่โดยใช้อุปกรณ์ (Moving Around Using Equipment)

d510 การทำความสะอาดร่างกายตนเอง (Washing Oneself)

d530 การดูแลการกำจัดของเสียออกจากร่างกาย (Toileting)

d540 การแต่งตัว (Dressing)

d550 การรับประทานอาหาร

d839 การศึกษาที่ระบุรายละเอียดอื่น ๆ และที่ไม่ระบุรายละเอียด (Education, Other Specified and Unspecified)

d870 การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ (Economic Self-sufficiency)

d920 นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง (Recreation and Leisure)

กรณีตัวอย่างที่ 1

ชายไทย อายุ 65 ปี เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบมาเป็นเวลา 1 ปี มีโรคประจำตัวคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปัจจุบันมีอาการอ่อนแรงและเกร็งซีกขวา ใช้งานมือขวาไม่ได้เลย พูดไม่ชัด แต่สื่อสารได้ สามารถลุกเดินภายในบ้าน โดยใช้ไม้เท้าสามง่ามโดยไม่ต้องมีคนช่วย และเดินเข้าห้องน้ำเองได้ ควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ มักต้องสวนอุจจาระ ทุก 3 วัน สามารถดื่อกอาหารที่ภรรยาเตรียมไว้ให้กินเองได้ อาบน้ำได้เองแต่ช้า ภรรยาช่วยใส่เสื้อผ้าเล็กน้อย ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน ค่าใช้จ่ายได้รับจากบุตร เดิมชอบเล่นหมากรุกทุกวัน หลังจากป่วยไม่ค่อยได้เล่นเพราะคิดได้ช้า มักจะรอให้บุตรชายมาเล่นด้วย แต่ก็เล่นประมาณสัปดาห์ละครั้ง

การวินิจฉัยโรค โรคหลอดเลือดสมอง

มีความพิการทางการเคลื่อนไหว

แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวตามแนวทางของ ICF

ระดับความบกพร่องในการทำงาน/ความลำบากในการทำกิจกรรม			.0	.1	.2	.3	.4	.8	.9
1.	d420	การเคลื่อนย้ายตนเอง	✓						
2.	d450	การเดิน		✓					
3.	d465	การเคลื่อนที่โดยใช้อุปกรณ์		✓					
4.	d510	การทำความสะอาดร่างกายตนเอง		✓					
5.	d530	การดูแลการกำจัดของเสียออกจากร่างกาย		✓					
6.	d540	การแต่งตัว			✓				
7.	d550	การรับประทานอาหาร	✓						
8.	d839	การศึกษาที่ระบุรายละเอียดอื่น ๆ และที่ไม่ระบุรายละเอียด							✓
9.	d870	การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ					✓		
10.	d920	นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง				✓			

สำหรับคนพิการทางร่างกาย สามารถใช้รหัส ICF 5 ด้าน ในการประเมิน ดังนี้

d620 การหาซื้อสินค้าและบริการ (Acquisition of Goods and Services)

d740 สัมพันธภาพที่เป็นทางการ (Formal Relationships)

d839 การศึกษาที่ระบุรายละเอียดอื่น ๆ และที่ไม่ระบุรายละเอียด (Education, Other Specified and Unspecified)

d870 การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ (Economic Self-sufficiency)

d920 นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง (Recreation and Leisure)

กรณีตัวอย่างที่ 2

ชายไทย อายุ 15 ปี มีแผลตุ่มน้ำพองและบางส่วนแตกเป็นแผลขนาดประมาณ 1 - 4 เซนติเมตร กระจายตามใบหน้า แขนขา และลำตัว ได้รับการวินิจฉัยเป็น Epidermolysis Bullosa ปัจจุบันได้รับการตรวจจากแพทย์ผิวหนังแล้ว แต่แพทย์แจ้งว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาศัยอยู่กับตายายเนื่องจากบิดามารดาแยกทางกัน ได้เรียนเพียงชั้น ป.3 เนื่องจากคุณครูขอให้ออกเพราะไม่สามารถดูแลเด็กได้เนื่องจากมีน้ำเหลืองมาก นอกจากนั้นเพื่อนและผู้ปกครองของเพื่อนยังรังเกียจ กลัวติดโรค ตายายไม่ได้ติดต่อกับที่เรียนให้อีก ปัจจุบันมักเก็บตัวแต่ในบ้าน ต้องการอะไรจะขอให้ตายายไปซื้อให้ นาน ๆ ครั้งจึงจะไปเอง เคยช่วยคนข้างบ้านถางหญ้า แต่คนข้างบ้านกลัวเพื่อนบ้านคนอื่นหาว่าใช้คนที่เจ็บป่วยไปทำงานจึงไม่จ้างอีก ปัจจุบันช่วยยายให้อาหารปลาที่บ้าน ยายให้ค่าจ้างวันละ 50 บาท ยายบอกว่าปกติผู้ป่วยชอบดูลิเกมาก แต่ในทีวีไม่มีให้ดู เมื่อมีจัดแสดงลิเกที่วัดใกล้บ้านและยายบอกให้ไปเป็นเพื่อนยายก็จะยอมไปดูโดยสวมเสื้อผ้ามิดชิด

การวินิจฉัยโรค Epidermolysis Bullosa

มีความพิการทางร่างกาย

แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางร่างกายตามแนวทางของ ICF

ระดับความบกพร่องในการทำงาน/ความลำบากในการทำกิจกรรม			.0	.1	.2	.3	.4	.8	.9
1.	d620	การหาซื้อสินค้าและบริการ				✓			
2.	d740	สัมพันธภาพที่เป็นทางการ			✓				
3.	d839	การศึกษาที่ระบุรายละเอียดอื่น ๆ และที่ไม่ระบุรายละเอียด			✓				
4.	d870	การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ				✓			
5.	d920	นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง				✓			

บทที่ 4



บทที่ 4 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

คำนิยามตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์⁽¹⁾

หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง

(1) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคจิตเวช หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิดตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ทั้งนี้ อาการโรคจิตเวชนั้นต้องมีลักษณะรุนแรง เรื้อรัง และมีการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อยหกเดือนนับตั้งแต่ได้รับการตรวจวินิจฉัย แต่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

(2) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องหรือผิดปกติทางสมรรถภาพปริชานหรือทักษะสมอง (Cognition) ได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การรับรู้ด้านมิติสัมพันธ์ การใช้ภาษา สมาธิหรือความใส่ใจ หรือความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว โดยกลุ่มโรคสมองเสื่อมจะต้องมีลักษณะค่อนข้างรุนแรง (Moderately Severe) ขึ้นไป เรื้อรัง และมีการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อยหกเดือนนับตั้งแต่ได้รับการตรวจวินิจฉัย แต่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

4.1 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคจิตเวช

แนวทางการซักประวัติ

ควรซักประวัติความผิดปกติทางด้านจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม ความคิด หรือการรับรู้ โดยละเอียดร่วมกับประวัติการเจ็บป่วยทางร่างกายหรือทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติทางสังคม ฯลฯ ว่าเริ่มมีอาการหรือลักษณะความเจ็บป่วยตั้งแต่เมื่อไรที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียนหนังสือ การทำงาน หรือการเข้าสังคม รวมทั้งการแสดงให้เห็นว่าถึงบุคคลนั้นจะได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม แต่ส่งผลทำให้สูญเสียสมรรถภาพที่มีผลกระทบต่อกระทำการดำเนินกิจกรรมชีวิตประจำวัน และการทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ

แนวทางการตรวจร่างกายและตรวจสภาพจิต

การตรวจร่างกายทั่วไป เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นลักษณะองค์รวม และบางครั้งจำเป็นต้องมีการตรวจละเอียดในบางระบบ เช่น ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ฯลฯ เนื่องจากโรคทางกายบางโรคอาจมีอาการ และอาการแสดงคล้ายโรคทางจิตเวช เช่น Hyperthyroid, Herpes Encephalitis, Wilson's Disease, Multiple Sclerosis เป็นต้น

การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination) เป็นการตรวจสภาพจิตในปัจจุบัน เพื่อหาข้อมูลอาการ และอาการแสดงทางจิตที่สำคัญในการประกอบการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช เช่น อาการย่ำคิดย่ำทำ อาการประสาทหลอนหูแว่ว อาการหลงผิดหวาดระแวง พุดคนเดียว เป็นต้น

แนวทางการประเมินสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

ไม่สามารถพิจารณาได้จากเกณฑ์ความพิการเชิงประจักษ์ตามประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การพิจารณาเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม ไม่สามารถพิจารณาจากโปสการ์ดหรือรูปถ่ายของผู้ป่วย

แนวทางการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการประเมินและการตรวจวินิจฉัยความบกพร่อง

1. หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชตามระบบ ICD-10⁽²⁾ กลุ่มอาการหรือโรคจิตเวชที่มีความรุนแรง **เรื้อรัง รักษาไม่หาย** และทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม **ต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานอย่างน้อย 6 เดือนติดต่อกัน**

2. การทดสอบทางจิตวิทยา (Psychological Test) พิจารณาตามความเหมาะสม

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด ปัสสาวะ การถ่ายภาพรังสี พิจารณาตามความเหมาะสม

4. การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography : EEG) และการตรวจพิเศษอื่น ๆ เกี่ยวกับโครงสร้างและการทำงานของสมอง พิจารณาตามความเหมาะสม

5. แบบประเมินความพิการทางจิต พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต⁽³⁾ (แบบประเมินความพิการทางจิต)

เมื่อประเมินการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชตามรายละเอียดข้อ 1 จากนั้นใช้แบบประเมินความพิการทางจิต ซึ่งมีทั้งหมด 6 ข้อ ประกอบด้วยความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลืองานบ้าน ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการสื่อสาร ความสามารถในการเรียน/การประกอบอาชีพ ถ้าคะแนนรวมตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ถือว่าเข้าเกณฑ์พิการทางจิต ที่สามารถออกเอกสารรับรองความพิการประเภท 4

สรุปหลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่อง

1. มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์พฤติกรรม ความคิด หรือการรับรู้ ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชในระบบ ICD-10 ที่รุนแรง **เรื้อรัง** และ**รักษาไม่หาย**

2. มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม อันเป็นผลจากความผิดปกติดังกล่าว และประเมินด้วยแบบประเมินความพิการทางจิตได้คะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป

การประเมินความสูญเสียสมรรถภาพหรือข้อจำกัดต้องมีหลักฐานที่สำคัญ ประกอบด้วยรายงานและสรุปผลการรักษา การประเมินการทำงาน และรายงานความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานอย่างน้อย 6 เดือนติดต่อกัน

แนวทางการออกเอกสารรับรองความพิการ

การระบุว่ามีความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม และโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องตามระบบ ICD-10 รวมทั้งสาเหตุ (ถ้ามี) และระยะเวลาที่เริ่มป่วยจนถึงวันออกเอกสารรับรองความพิการ บัตรรับรองความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ที่ออกให้ครั้งแรก มีระยะเวลา 8 ปี เมื่อต่ออายุบัตรรับรองความพิการในครั้งที่สอง หากประเมินแล้วยังคงความพิการให้ถือเป็นบัตรรับรองความพิการทางจิตถาวร⁽⁴⁾

คุณสมบัติของแพทย์ผู้ตรวจและประเมินความพิการ

1. จิตแพทย์ หรือ
2. แพทย์ที่จบอนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตรเวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสุขภาพจิตชุมชน หรือ
3. แพทย์ที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. การรักษาด้วยยาการรักษาด้วยไฟฟ้าและการรักษาโรคร่วมที่พบตามมาตรฐานวิชาการ
2. การบำบัดมุ่งเน้นการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยและความสามารถในการทำหน้าที่หรือการมีคุณค่าในการดำรงชีวิตประจำวัน รวมถึงการค้นหาและเสริมศักยภาพที่เป็นกลไกแก้ไขปัญหาที่เป็นธรรมชาติของคนพิการทางจิต
3. การให้คำปรึกษา จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัดตามสภาพปัญหาและความจำเป็นของคนพิการทางจิตและครอบครัว
4. การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่คนพิการทางจิต ผู้ดูแลหรือครอบครัวเพื่อปรับตัวในการใช้ชีวิตอยู่ด้วยกัน การสื่อสาร การสังเกตอาการเตือนหรือกำเริบของโรค เป็นต้น
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ รวมทั้งการประเมินสมรรถภาพความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมตามแนวทางของ ICF⁽⁵⁾ (แบบประเมินสมรรถภาพความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมตามแนวทางของ ICF) เพื่อวางแผนฟื้นฟูตามสภาพปัญหา 9 ด้าน
6. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา เช่น การศึกษาในหรือนอกระบบโรงเรียน
7. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม เช่น ฝึกทักษะทางสังคม การจัดการและแก้ไขปัญหา
8. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ได้แก่ การค้นหาความถนัด การฝึกอาชีพ การทดลองจ้างงาน การมีงานทำ เป็นต้น
9. การเยี่ยมบ้านและการดูแลในชุมชน^(6,7) โดยเสริมพลังอำนาจการมีส่วนร่วมของคนพิการทางจิต ครอบครัว และชุมชน ร่วมกับทีมผู้ให้บริการ และภาคีเครือข่าย เพื่อประสานการดูแลต่อเนื่องทั้งมิติสุขภาพ มิติทางสังคม มิติการมีงานทำ รวมถึงการสร้างพลังใจ

แนวทางการพิจารณาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

พิจารณาอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการ สื่อทักษะทางสังคมหรืออาชีพ ตามสภาพปัญหาและความจำเป็น

แนวทางการส่งต่อ

กรณีแพทย์ทั่วไปสงสัยหรือไม่มั่นใจการวินิจฉัยโรคจิตเวช หรือเป็นการวินิจฉัยและรักษาครั้งแรกของผู้ป่วย รวมทั้งไม่มั่นใจในการออกเอกสารรับรองความพิการควรส่งต่อจิตแพทย์

กรณีตัวอย่างที่ 1

นายสม งงจัน อายุ 34 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทมานาน 10 ปี อาศัยอยู่กับครอบครัว มารดาให้ประวัติว่าผู้ป่วยมีอาการเก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว มารดาต้องคอยเรียกและให้รางวัลบ่อย ๆ เมื่อผู้ป่วยออกมาพูดคุยหรือกินข้าวร่วมกับคนในครอบครัว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองได้สะอาดโดยไม่ต้องกระตุ้น บิดามารดาพยายามฝึกให้ทำงานบ้านและช่วยกิจการค้าขายที่บ้าน แต่ผู้ป่วยปฏิเสธบอกตนเองไม่อยากทำ ขอดูทีวี ฟังเพลง ไปไหว้พระ และออกกำลังกายก็พอแล้ว เพราะตนเองป่วยโรคจิตต้องดูแลสุขภาพไม่ให้เครียด ผู้ป่วยกินยาด้วยตนเองและไปพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ

การวินิจฉัยโรค โรคจิตเภท (F 20.0) สาเหตุ ไม่ทราบ ระยะเวลาเจ็บป่วย 10 ปี

ผลคะแนนตามแบบประเมินความพิการทางจิต (6 ข้อ) เท่ากับ 13 คะแนน

สรุป มีความพิการทางจิตใจและพฤติกรรม

แบบประเมินความพิการทางจิต

ชื่อ-สกุล.....นายสม งงจัน.....อายุ.....34.....ปี วันที่ประเมิน 14 มกราคม พ.ศ. 2567

การวินิจฉัยโรค.....โรคจิตเภท.....ที่อยู่.....10 คลองสาน กรุงเทพฯ.....

1. ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น

1. บอกครั้งเดียวหรือสองครั้ง สามารถทำตามได้
- X2. สอน/สาธิตซ้ำ ๆ จึงสามารถทำตามได้
3. สอน/สาธิตซ้ำ ๆ แล้วยังไม่เข้าใจ และทำไม่ได้

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

- X1. สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้
2. ต้องกระตุ้นในการทำกิจวัตรประจำวันได้
3. ทำกิจวัตรประจำวันของตนเองไม่ได้

3. การช่วยเหลืองานบ้าน (เหมาะสมกับอายุ)

1. สามารถช่วยเหลืองานบ้านได้
2. ต้องกระตุ้นให้ช่วยเหลืองานบ้าน
- X3. ช่วยเหลืองานบ้านไม่ได้

4. ความสามารถในการเข้าสังคม

1. สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมได้
- X2. มีสังคมเฉพาะคนในครอบครัว/คนใกล้ชิด เช่น เพื่อน ญาติ เป็นต้น
3. ไม่เข้าสังคมหรือชอบแยกตัว

5. ความสามารถในการสื่อสาร

1. สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ (สำหรับเด็กต้องคำนึงพัฒนาการตามอายุ)
- X2. สนทนาร่วมกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว (สำหรับเด็กต้องคำนึงพัฒนาการตามอายุ)
3. ไม่สนทนากับใคร

6. ความสามารถในการประกอบอาชีพ/การเรียนรู้

6.1 ความสามารถในการประกอบอาชีพ

1. ประกอบอาชีพได้และเมื่อมีปัญหาสามารถหาที่ปรึกษาได้
2. ประกอบอาชีพได้ แต่ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด
- X3. ไม่สามารถประกอบอาชีพได้

6.2 ความสามารถในการเรียน (ถ้ากำลังเรียน)

1. เรียนได้
2. เรียนได้ แต่ลำบาก
3. เรียนไม่ได้

สรุปผลการประเมินความพิการ รวม.....13.....คะแนน ชื่อผู้ประเมิน.....ปัทมา.....

กรณีตัวอย่างที่ 2

นายเขียว งามวย อายุ 30 ปี มีอาการเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ หลังถูกให้ออกจากงานมา 2 เดือน ภรรยาให้ประวัติว่าช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยมีกังวลมากใจสั่นไม่ยอมออกจากบ้านโดยลำพัง แต่ถ้าคนในครอบครัวไปด้วยผู้ป่วยถึงจะยอมไปกินข้าวนอกบ้านหรือร่วมกิจกรรมในสังคม นิสัยเดิมผู้ป่วยมีเพื่อนมากชอบเข้าสังคมและจิตอาสาช่วยงานในหมู่บ้าน ภรรยาจึงตัดสินใจพาไปพบจิตแพทย์ ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะการปรับตัวผิดปกติและวิตกกังวล หลังได้รับการรักษา 3 เดือน ผู้ป่วยนอนหลับปกติ สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง เครียดน้อยลง กลับมาช่วยงานจิตอาสา อีกทั้งผู้ป่วยวางแผนไปฝึกอาชีพหมอนวดระหว่างสัปดาห์ใหม่

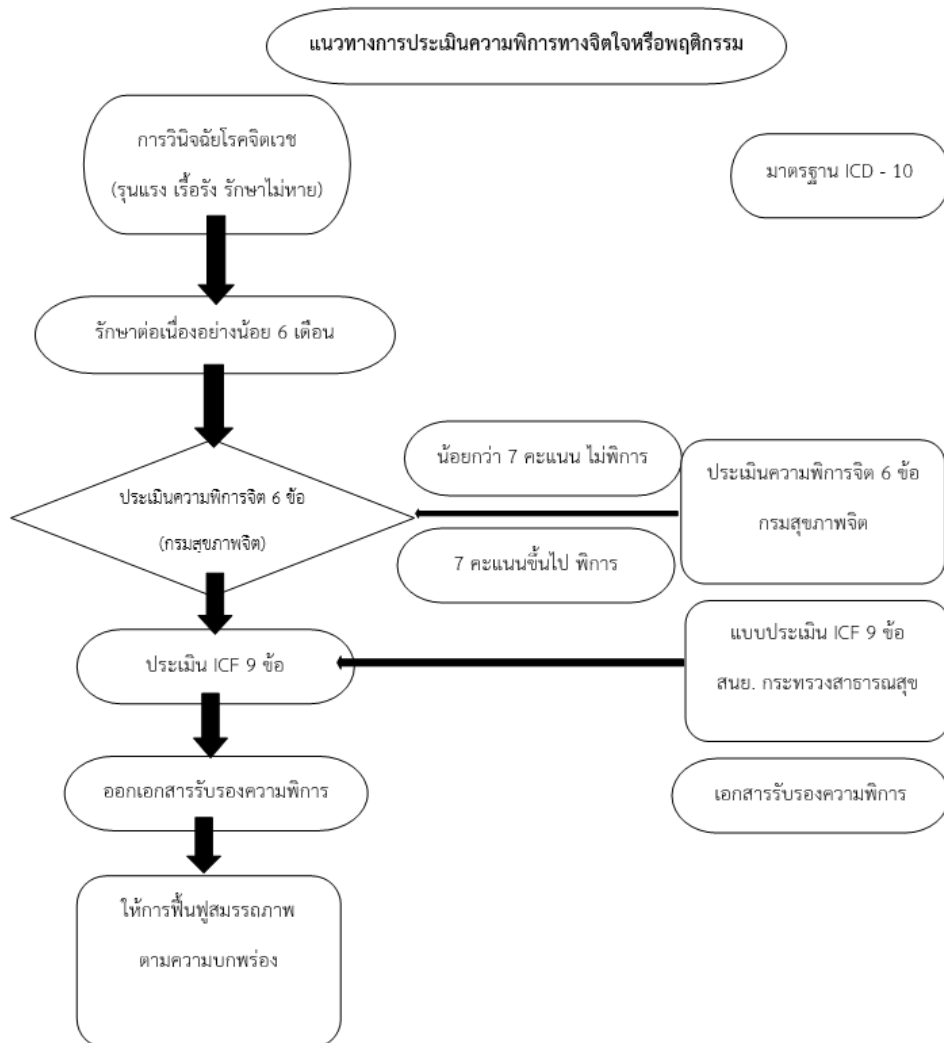
การวินิจฉัยโรค ภาวะการปรับตัวผิดปกติและวิตกกังวล (F 43.23)

สาเหตุ ตกงาน ระยะเวลาเจ็บป่วย 2 เดือน

ผลคะแนนตามแบบประเมินความพิการทางจิต (6 ข้อ) ภาวะการปรับตัวผิดปกติ และวิตกกังวล มีอาการมา 2 เดือน และหลังการรักษาต่อเนื่อง 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติ เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมด้วยตนเอง ส่วนการมีงานทำ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยยังไม่ได้งานทำ แต่วางแผนไปฝึกอาชีพหมอนวด เพื่อเป็นอาชีพเสริม ดังนั้นไม่เข้าตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องของคนพิการทางจิต เพราะอาการทางจิตเวชดีขึ้นหลัง 3 เดือนในการรักษา และสามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม จึงยังไม่จัดเป็นคนพิการทางจิต

สรุป ไม่มีความพิการทางจิตใจและพฤติกรรม

แผนภูมิที่ 4 - 1 แนวทางการประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคจิตเวช



แบบประเมินความพิการทางจิตและแบบประเมินสมรรถภาพความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมตามแนวทางของ ICF

แบบประเมินความพิการทางจิต⁽³⁾

แบบประเมินสามารถใช้ได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ไม่ใช่แบบประเมินอาการทางจิต (Symptoms Checklist) และต้องใช้หลังจากให้การวินิจฉัยโรคจิตเวชตามระบบ ICD-10 ที่เข้าเกณฑ์ในการประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้คนพิการทางจิตได้รับสิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550⁽⁸⁾

2. ความหมาย

คนพิการทางจิต หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางจิตใจ พฤติกรรมตามระบบ ICD-10 ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด

3. วิธีการประเมิน

3.1 ผู้ใช้แบบประเมินความพิการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ในสถานอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์หรือมหาวิทยาลัย) นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช นักกิจกรรมบำบัด แพทย์ โดยจะต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมตามวัยของผู้ถูกประเมิน และให้ตรงกับสมรรถภาพ (ความสามารถ) ของผู้ป่วยมากที่สุด

3.2 ผู้ตอบแบบประเมินความพิการ คือ ผู้ดูแล ผู้ป่วย และข้อมูลจากการสังเกตของผู้ประเมิน

4. เกณฑ์ในการประเมิน ถ้าได้คะแนนรวมตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปถือว่าเข้าเกณฑ์พิการ

การคิดคะแนนในแต่ละข้อ มีดังนี้

ตอบข้อ 1 ได้ 1 คะแนน

ตอบข้อ 2 ได้ 2 คะแนน

ตอบข้อ 3 ได้ 3 คะแนน

5. ในกรณีที่ประเมินแล้วพบว่าเข้าเกณฑ์พิการ ให้ส่งต่อแพทย์ ในการออกหนังสือรับรองความพิการ ประเภท 4 เพื่อผู้ป่วยมีสิทธิไปขอทำบัตรประจำตัวคนพิการตามมาตรา 19 ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และเข้าถึงสิทธิประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางจิต

คำชี้แจงเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินความพิการทางจิต

แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินความพิการทางจิตที่ใช้ได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ จึงต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมตามวัยของผู้ถูกประเมิน และตรงกับความสามารถของผู้ป่วยมากที่สุด สำหรับข้อที่ 6 ให้เลือกตอบ ถ้าเป็นผู้ใหญ่ให้ทำข้อ 6.1 ความสามารถในการประกอบอาชีพ ถ้าเป็นเด็กให้ทำข้อ 6.2 ความสามารถในการเรียน

อธิบายคำจำกัดความของแต่ละข้อ เพื่อความชัดเจนในการประเมิน ดังต่อไปนี้

1. ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น ได้แก่ การเรียนรู้ด้านอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน/ในสังคมที่มีใช้การเรียนรู้วิชาการในโรงเรียน (เหมาะสมตามวัย) คือ บุคคลนั้นสามารถรับรู้ มีสมาธิ มีความเข้าใจ จนสามารถปฏิบัติได้หลังจากได้รับการฝึก/การแนะนำ

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลตนเอง การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การทำกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น อาบน้ำ รับประทานอาหาร เปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ

- กรณีต้องกระตุ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน คือ ทำได้เอง แต่ต้องมีคนช่วยกระตุ้นบ้าง
- ส่วนการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองไม่ได้ หมายถึง จะต้องมีคนช่วยเหลือ

3. การช่วยเหลืองานบ้าน ได้แก่ งานที่ได้รับมอบหมายที่บ้าน ไม่รวมถึงการประกอบอาชีพ เช่น กวาด - ถูบ้าน ประกอบอาหาร ล้างจาน ฯลฯ กรณีช่วยเหลืองานบ้านไม่ได้คือ แม้กระตุ้นแล้วยังช่วยเหลืองานบ้านไม่ได้

4. ความสามารถในการเข้าสังคม ได้แก่ การปรับตัวกับคนอื่น การอยู่ร่วมกับผู้อื่น การผูกมิตร การสนทนากับผู้อื่น ผ่านการเล่น การเรียน หรือการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม เช่น การเข้าวัด/มัสยิด การร่วมงานตามประเพณี ได้แก่ งานปีใหม่ งานสงกรานต์ เป็นต้น

5. ความสามารถในการสื่อสาร ได้แก่ พัฒนาการทางการพูดและใช้ภาษาที่เหมาะสมกับอายุ เช่น อายุ 1 ขวบครึ่งเริ่มพูดเป็นคำ ๆ อายุ 3 ขวบ พูดเป็นประโยค สำหรับผู้ใหญ่ สามารถสนทนาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้

6. ความสามารถในการประกอบอาชีพ/การเรียน ให้เลือกประเมินให้เหมาะสมตามบทบาทของผู้ถูกประเมิน ถ้ายังเรียนอยู่ก็ให้ประเมินการเรียน ถ้าทำงานแล้วก็ให้ประเมินการประกอบอาชีพ กรณีเรียนและทำงานพร้อมกันให้ประเมินสิ่งที่กระทำเป็นหลักใหญ่

สำหรับกรณีเด็ก - วัยรุ่นที่อยู่ในวัยเรียน ประเมินความสามารถด้านการเรียนที่เป็นผลมาจากระดับสติปัญญาภาวะบกพร่องด้านการเรียนรู้ ช่วงสมาธิ ไม่นับรวมการขาดโอกาสทางการศึกษา ฐานะยากจน ไม่ได้รับการศึกษา

6.1 ความสามารถในการประกอบอาชีพ เป็นความสามารถในการทำงานที่ไม่ใช่งานบ้าน จะมีค่าตอบแทนหรือไม่ก็ได้ เช่น ช่วยครอบครัวทำไร่ ทำนา ค้าขาย เป็นต้น

6.2 ความสามารถในการเรียน กรณีเรียนได้ แต่ลำบาก หมายถึง เรียนได้ แต่ต้องได้รับการช่วยเหลือ

แบบประเมินความพิการทางจิต

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี วันที่ประเมิน.....
การวินิจฉัยโรค.....ที่อยู่.....

1. ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น

1. บอกครั้งเดียวหรือสองครั้ง สามารถทำได้
2. สอน/สาธิตซ้ำ ๆ จึงสามารถทำได้
3. สอน/สาธิตซ้ำ ๆ แล้วยังไม่เข้าใจ และทำไม่ได้

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

1. สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้
2. ต้องกระตุ้นในการทำกิจวัตรประจำวันได้
3. ทำกิจวัตรประจำวันของตนเองไม่ได้

3. การช่วยเหลืองานบ้าน (เหมาะสมกับอายุ)

1. สามารถช่วยเหลืองานบ้านได้
2. ต้องกระตุ้นให้ช่วยเหลืองานบ้าน
3. ช่วยเหลืองานบ้านไม่ได้

4. ความสามารถในการเข้าสังคม

1. สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมได้
2. มีสังคมเฉพาะคนในครอบครัว/คนใกล้ชิด เช่น เพื่อน ญาติ เป็นต้น
3. ไม่เข้าสังคมหรือชอบแยกตัว

5. ความสามารถในการสื่อสาร

1. สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ (สำหรับเด็กต้องคำนึงพัฒนาการตามอายุ)
2. สนทนาร่วมกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว (สำหรับเด็กต้องคำนึงพัฒนาการตามอายุ)
3. ไม่สนทนากับใคร

6. ความสามารถในการประกอบอาชีพ/การเรียนรู้

6.1 ความสามารถในการประกอบอาชีพ

1. ประกอบอาชีพได้และเมื่อมีปัญหาสามารถหาที่ปรึกษาได้
2. ประกอบอาชีพได้ แต่ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด
3. ไม่สามารถประกอบอาชีพได้

6.2 ความสามารถในการเรียน

1. เรียนได้
2. เรียนได้ แต่ลำบาก
3. เรียนไม่ได้

สรุปผลการประเมินความพิการ รวม.....คะแนน

ชื่อผู้ประเมิน.....

แบบประเมินสมรรถภาพความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมตามแนวทางของ ICF⁽⁵⁾

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหลังการประเมินหากพบความพิการ ต้องประเมินความพิการ ICF ร่วมด้วยเพื่อวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยแบ่งหัวข้อประเมิน 9 ด้าน ดังนี้

- d155 การได้รับทักษะจากการเรียนรู้ (Acquiring Skills)
- d350 การสนทนา (Conversation)
- d510 การทำความสะอาดร่างกายตนเอง (Washing Oneself)
- d570 การดูแลสุขภาพตัวเอง (Looking After One's Health)
- d640 การทำงานบ้าน (Doing Housework)
- d720 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน (Complex Interpersonal interactions)
- d750 สัมพันธภาพทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ (Informal Social Relationships)
- d845 การได้งานทำ การรักษางานที่ทำอยู่ และการยุติการทำงาน (Acquiring, Keeping and Terminating a Job)
- d920 นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง (Recreation and Leisure)

กรณีตัวอย่าง

นายสม งงัน อายุ 34 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทมานาน 10 ปี อาศัยอยู่กับครอบครัว มารดาให้ประวัติว่า ผู้ป่วยมีอาการเก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว มารดาต้องคอยเรียกและให้รางวัลบ่อย ๆ เมื่อผู้ป่วยออกมาพูดคุยหรือกินข้าวร่วมกับคนในครอบครัว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง ได้สะอาดโดยไม่ต้องกระตุ้น บิดามารดาพยายามฝึกให้ทำงานบ้านและช่วยกิจการค้าขายที่บ้าน แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ บอกตนเองไม่อยากทำ ขอดูทีวี ฟังเพลง ไปไหว้พระ และออกกำลังกายก็พอแล้ว เพราะตนเองป่วยโรคจิตต้องดูแลสุขภาพ ไม่ให้เครียด ผู้ป่วยกินยาด้วยตนเองและไปพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ

การวินิจฉัยโรค โรคจิตเภท (F 20.0) สาเหตุ ไม่ทราบ ระยะเวลาเจ็บป่วย 10 ปี

ผลคะแนนตามแบบประเมินความพิการทางจิต (6 ข้อ) เท่ากับ 13 คะแนน

สรุป มีความพิการทางจิตใจและพฤติกรรม

ระดับความบกพร่องในการทำงาน/ความลำบากในการทำกิจกรรม			.0	.1	.2	.3	.4	.8	.9
1.	D155	การได้รับทักษะจากการเรียนรู้						✓	
2.	D350	การสนทนา			✓				
3.	D510	การทำความสะอาดร่างกายตนเอง	✓						
4.	D570	การดูแลสุขภาพตัวเอง	✓						
5.	D640	การทำงานบ้าน					✓		
6.	D720	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน			✓				
7.	D750	สัมพันธภาพทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ			✓				
8.	D845	การได้ทำงาน การรักษางานที่ทำอยู่ และการยุติการทำงาน					✓		
9.	D920	นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง			✓				

4.2 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม

ความหมายและคำนิยาม ตามระบุในประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

(4) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม^(1,2) แบ่งเป็น

(1) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคจิตเวช หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจ หรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ทั้งนี้ อาการโรคจิตเวชนั้นต้องมีลักษณะรุนแรง เรื้อรัง และมีการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อยหกเดือนนับตั้งแต่ได้รับการตรวจวินิจฉัย แต่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

(2) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องหรือผิดปกติทางสมรรถภาพปริชานหรือทักษะสมอง (Cognition) ได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การรับรู้ด้านมิติสัมพันธ์ การใช้ภาษา สมาธิหรือความใส่ใจ หรือความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว โดยกลุ่มโรคสมองเสื่อมจะต้องมีลักษณะค่อนข้างรุนแรง (Moderately Severe) ขึ้นไป เรื้อรัง และมีการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อยหกเดือนนับตั้งแต่ได้รับการตรวจวินิจฉัย แต่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

ดังนั้น ความพิการจากภาวะสมองเสื่อม จึงจัดเป็นความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมแบบหนึ่งด้วย

โดยความพิการประเภทนี้ จะครอบคลุมกลุ่มโรคสมองเสื่อมตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD-10 (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision) หัวข้อดังต่อไปนี้⁽³⁾

F00 Dementia in Alzheimer's Disease ได้แก่ Early-onset Alzheimer's Disease (G30.0+), Late-onset Alzheimer's Disease (G30.1+), Atypical or Mixed Type (G30.8+)

F01 Vascular Dementia

F02 Dementia in Other Diseases Classified Elsewhere ในที่นี้ครอบคลุมถึง Frontotemporal Dementia และ Primary Progressive Aphasia (G31.0+), Creutzfeldt-Jakob Disease (A81.0+), Huntington Disease (G10+), Parkinson Disease Dementia (G20+)

F03 Unspecified Dementia ในที่นี้ครอบคลุมถึง Dementia with Lewy Bodies (G31.83), Progressive Supranuclear Palsy (G23.1), Corticobasal Degeneration (G31.85) ด้วย และรวมถึงโรคสมองเสื่อมอื่น ๆ ที่จัดประเภทไม่ได้

ทั้งนี้ กลุ่มโรคสมองเสื่อมจะต้องมีลักษณะค่อนข้างรุนแรง (Moderately Severe) ขึ้นไป เรื้อรัง และต้องรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนหลังจากการวินิจฉัย แต่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

ดังนั้น จึงไม่ครอบคลุมภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment) (F06.7) ที่ยังไม่สูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน หรือการเข้าสังคม

แนวทางการซักประวัติ

ควรซักประวัติอาการผิดปกติทางปรีชา (Cognition) แรกและลักษณะการดำเนินโรคของผู้ป่วย ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ อายุที่เริ่มมีอาการ ร่วมกับความผิดปกติทางอารมณ์ พฤติกรรม และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ขั้นพื้นฐาน (Basic ADL) และกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental ADL) รวมถึงข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ มือข้างที่ถนัด ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และการเจ็บป่วยรุนแรงในอดีต อุบัติเหตุทางสมองรุนแรง ยาประจำที่ใช้ ประวัติการใช้สุรา บุหรี่ และสารเสพติด และประวัติโรคสมองเสื่อมในครอบครัว เพื่อใช้ประเมินตัวโรคและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วย รวมทั้งแสดงให้เห็นว่าถึงแม้บุคคลนั้นจะได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมแล้ว ก็ยังมีผลทำให้สูญเสียสมรรถภาพ ส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน หรือการเข้าสังคม

แนวทางการตรวจร่างกายและตรวจสภาพจิต

การตรวจร่างกายทั่วไปและการตรวจร่างกายทางระบบประสาท เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นลักษณะองค์รวม และในบางครั้งต้องมีการตรวจละเอียดในบางระบบ เช่น ระบบต่อมไร้ท่อ เนื่องจากโรคทางกาย และระบบประสาทจำนวนมากอาจมีอาการและอาการแสดงคล้ายโรคสมองเสื่อมเรื้อรัง กลุ่มนี้มักจะมีการดำเนินโรคที่เร็ว (Rapidly Progressive) โดยมักน้อยกว่า 6 เดือน - 1 ปี และอาการปรีชาบกพร่องอาจจะดีขึ้นได้หากได้รับการรักษาทันที่ (Reversible Cause) ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก โรคเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง โรคสมองอักเสบจากการติดเชื้อหรือแพ้ภูมิตนเอง เนื้องอกในสมอง โรคทางเมตาบอลิก โรคชด โรคฮอร์โมนผิดปกติ โรคไตหรือตับเรื้อรัง โรคขาดสารอาหาร การใช้ยาหรือการติดสารเสพติดบางชนิด เป็นต้น

การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination) เป็นการตรวจสภาพจิต ร่วมกับการตรวจสมรรถภาพปรีชาเบื้องต้น เพื่อหาข้อมูลและอาการแสดงที่สำคัญในการประกอบการวินิจฉัย ได้แก่ การตรวจปรีชาทั้ง 6 ด้าน การประเมินพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

แนวทางการประเมินความพิการเชิงประจักษ์

ไม่สามารถพิจารณาได้จากเกณฑ์ความพิการเชิงประจักษ์ตามประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การพิจารณาเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจากภาวะสมองเสื่อม ไม่สามารถพิจารณาจากรูปถ่ายหรือวิดีโอของผู้ป่วย

แนวทางการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการประเมินและการตรวจวินิจฉัยความบกพร่อง

1. หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมตามระบบ ICD-10 หัวข้อ F00-F03 ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะค่อนข้างรุนแรงขึ้นไป เรื้อรัง และทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และผ่านการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานอย่างน้อย 6 เดือนติดต่อกัน แต่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

2. การทดสอบทางประสาทจิตวิทยา (Neuropsychological Test) แนะนำให้มีการตรวจเพื่อยืนยันความบกพร่องของสมรรถภาพปรีชาอย่างน้อยในครั้งแรกของการประเมินและวินิจฉัย สามารถเลือกจากแบบตรวจคัดกรองมาตรฐานในประเทศไทยอย่างน้อยหนึ่งชนิด เช่น Thai Mental State Examination (TMSE)⁽⁴⁾ เป็นต้น โดยพิจารณาตามความเหมาะสม

3. การทดสอบระดับความรุนแรงของสมองเสื่อมโดยประเมินจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมิน Functional Assessment Staging Test (FAST) ฉบับภาษาไทย⁽⁵⁾ การใช้แบบประเมิน FAST ต้องประเมินโดยพิจารณาจากความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นผลจากภาวะสมองเสื่อมเท่านั้น ไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ (เช่น อาการอ่อนแรง ปัญหาในการสื่อสาร เป็นต้น)

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด CBC, Electrolyte, Thyroid Function Test, BUN, Cr, Liver Function Test และการตรวจเลือดอื่น ๆ และการตรวจภาพถ่ายรังสีของสมอง ได้แก่ CT Brain หรือ MRI Brain แนะนำให้มีการตรวจอย่างน้อยในครั้งแรกของการประเมินและวินิจฉัย โดยพิจารณาตามความเหมาะสม

5. แบบประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจากภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ผลแบบทดสอบทางจิตวิทยา TMSE ร่วมกับ FAST จัดพิมพ์ในแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (ฉบับสมบูรณ์ 2563) (ดูในแบบประเมินและแบบทดสอบ)

เมื่อประเมินการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมกลุ่มที่กล่าวมาแล้ว จากนั้นใช้แบบประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจากภาวะสมองเสื่อม หากพบคะแนนรวมผลทดสอบทางจิตวิทยา TMSE น้อยกว่า หรือเท่ากับ 15 คะแนน ลงไป หรือ คะแนนประเมิน FAST ตั้งแต่ระดับที่ 6 ขึ้นไป ถือว่าเข้าเกณฑ์ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจากภาวะสมองเสื่อมที่สามารถออกเอกสารรับรองความพิการประเภทที่ 4 ได้

คุณสมบัติของแพทย์ผู้ตรวจและประเมินความพิการ

เป็นแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา

สรุปหลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่อง

ต้องเข้าองค์ประกอบตามเกณฑ์ทุกข้อต่อไปนี้

1. มีความผิดปกติทางปริซ่าน ในกลุ่มโรคตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD-10 ตามข้างต้น ที่มีลักษณะค่อนข้างรุนแรงขึ้นไป เรื้อรัง และรักษาตามมาตรฐานอย่างน้อย 6 เดือนติดต่อกันอาการไม่ดีขึ้น ไม่สามารถรักษาให้หายได้
2. มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม อันเป็นผลจากความผิดปกติดังกล่าว และประเมินด้วยแบบประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจากภาวะสมองเสื่อมได้คะแนน TMSE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนลงไป หรือ คะแนนประเมิน FAST ตั้งแต่ระดับที่ 6 ขึ้นไป

การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพหรือข้อจำกัดต้องมีหลักฐานที่สำคัญ ประกอบด้วย รายงานและสรุปผลการรักษา การประเมินการทำงาน และรายงานความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานอย่างน้อย 6 เดือนติดต่อกัน

แนวทางการกรอกแบบฟอร์มเอกสารรับรองความพิการ

ระบุว่ามีความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องตามระบบ ICD-10 สาเหตุจากโรคสมองเสื่อมและระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงวันออกเอกสารรับรองความพิการ

แนวทางการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. การรักษาด้วยยาในภาวะสมองเสื่อม ปัจจุบันมียาที่ช่วยปรับสารเคมีในสมองที่ช่วยในการรักษาตามอาการในโรคสมองเสื่อมได้ โดยเฉพาะโรคอัลไซเมอร์ ได้แก่ ยากลุ่ม Cholinesterase Inhibitor และยากลุ่ม NMDA Receptor Antagonist
2. การรักษาด้วยยาสำหรับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตในภาวะสมองเสื่อม ปัจจุบันยังไม่มียาที่มีหลักฐานที่รักษาภาวะนี้ได้แน่ชัด ให้พิจารณาตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย
3. การรักษาโดยไม่ใช้ยา ประกอบด้วย การทำกิจกรรมกระตุ้นสมอง พฤติกรรมบำบัด การบำบัดด้านอารมณ์ และการรักษาที่เน้นผู้ดูแลและครอบครัวบำบัด เพื่อปรับตัวให้ใช้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข เป็นต้น
4. การดูแลรักษาสุขภาพร่างกายทั่วไปและโรคร่วม เพื่อให้มีสุขภาพโดยรวมที่ดี ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ภาวะสมองเสื่อมถดถอยลง
5. การให้ความรู้และคำปรึกษาสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว เพื่อให้เข้าใจตัวโรค สภาพปัญหา และความจำเป็นเฉพาะในด้านต่าง ๆ
6. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เช่น การฝึกความจำ การแก้ไขการพูด ฝึกการเคลื่อนไหว เป็นต้น
7. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม เช่น การฝึกทักษะทางสังคม การเข้ากลุ่มบำบัด ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น
8. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ เช่น การค้นหาความถนัด การฝึกอาชีพ เป็นต้น
9. การเยี่ยมบ้านและการดูแลในชุมชน โดยกระตุ้นหรือส่งเสริมพลังอำนาจการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยทางครอบครัว และชุมชน

แนวทางการพิจารณาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

พิจารณาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการหรือทักษะตามสภาพปัญหาและความจำเป็น

ระบบการส่งต่อ

กรณีแพทย์ทั่วไปสงสัยหรือไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม เช่น เป็นโรคสมองเสื่อมที่ซับซ้อน อาการไม่ตรงไปตรงมา หรือมีปัญหาร่วมที่จัดการได้ยาก รวมถึงไม่มั่นใจในการออกเอกสารรับรองความพิการ ให้พิจารณาส่งต่อแพทย์ประสาทวิทยา จิตแพทย์ และแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุตามความเหมาะสม

กรณีตัวอย่างที่ 1

นายหลงลิ้ม จริงจิง อายุ 75 ปี มีอาการหลงลืมมาประมาณ 3 ปี ถ้ามื้อเช้าบ่อย มักลืมกินยา หรือหลายครั้งจำไม่ได้ว่ากินอาหารไปแล้วหรือไม่ อาการค่อย ๆ ถดถอยลงช้า ๆ จนเริ่มกระทบกระเทือนต่อกิจวัตรประจำวัน หลงลืมเรื่องที่พูดผ่านไปไม่กี่ชั่วโมงญาติสังเกตว่าอาบน้ำไม่สะอาดจนต้องช่วยอาบให้ เข้าห้องน้ำญาติต้องพาเข้าเสมอ ไม่สามารถทำกิจกรรมนอกบ้านโดยไม่มีญาติอยู่ด้วย แพทย์ตรวจประเมินและถ่ายภาพรังสีสมองวินิจฉัยสงสัยโรคอัลไซเมอร์และติดตามการรักษากับแพทย์มากกว่า 1 ปี

การทดสอบทางจิตวิทยา ด้วย TMSE ได้ 12/30 คะแนน และประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วย FAST ได้ระดับ 6c จัดเป็นสมองเสื่อมระดับค่อนข้างรุนแรง (Moderately Severe Dementia) สอดคล้องกัน

การวินิจฉัยโรค สมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ (F00) สาเหตุ โรคอัลไซเมอร์ ระยะเวลาเจ็บป่วย 3 ปี

สรุป มีความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจากภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากอาการของโรคมีลักษณะค่อนข้างรุนแรงขึ้นไป เรื้อรัง รักษาไม่หาย และส่งผลกระทบต่อการทำงานกิจวัตรประจำวันพื้นฐานอย่างชัดเจน

กรณีตัวอย่างที่ 2

นายสิมง่าย ถดถอย อายุ 69 ปี มีอาการหลงลืมมาประมาณ 2 ปี เคยเป็นหลอดเลือดสมองตีบ ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หลังกลับบ้านยังมีปัญหาตามข้อบ่งชี้ วางของทิ้งไว้แล้วลืม ไปซื้อของแล้วจำไม่ได้ว่าจะซื้ออะไร เริ่มลืมกินยาประจำ ญาติต้องช่วยจัดให้ เคยปลูกต้นไม้เป็นงานอดิเรก แต่ปัจจุบันเลิกทำเพราะเริ่มไม่คล่อง ยังทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ ทั้งอาบน้ำ กินอาหาร โดยอาจต้องคอยเตือนบ้าง ญาติต้องช่วยเลือกเสื้อผ้าเวลาใส่ออกนอกบ้าน แต่สามารถสวมใส่เองได้ สามารถเข้าห้องน้ำเองได้ปกติ แพทย์ตรวจประเมินและถ่ายภาพรังสีสมองวินิจฉัยสงสัยโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมองตีบ และติดตามการรักษามา 1 ปี

การทดสอบจากจิตวิทยา ด้วย TMSE ได้ 18/30 คะแนน และประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วย FAST ได้ระดับ 5 จัดเป็นสมองเสื่อมระดับปานกลาง (Moderate Dementia) สอดคล้องกัน

การวินิจฉัยโรค สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (F01) สาเหตุ หลอดเลือดสมองตีบ ระยะเวลาเจ็บป่วย 2 ปี

สรุป ยังไม่มีความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจากภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากอาการของโรคเป็นเรื้อรัง และรักษาไม่หายขาดก็จริง แต่ยังอยู่ในระดับปานกลาง ส่งผลกระทบเพียงเล็กน้อยต่อการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

อนึ่ง ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกควรมีการติดตามหลังเริ่มมีอาการไปอย่างน้อย 6 เดือนเพื่อให้มั่นใจว่าผลจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมซึ่งเรื้อรังและรักษาไม่หายจริง ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในช่วงแรกของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ควรให้การวินิจฉัยความพิการทางจิตใจ หรือพฤติกรรมจากภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากอาการอาจดีขึ้นได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวเรื้อรังได้เช่นกัน อาจต้องพิจารณาว่าเข้าเกณฑ์ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือไม่ด้วย

กรณีตัวอย่างที่ 3

นางสับสน ส้มเลื่อน อายุ 57 ปี มีอาการหลงลืมมาประมาณ 6 เดือน ประวัติเดิมเคยได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้ามาก่อน เคยกินยา แต่ไม่ได้รักษาต่อเนื่อง มีปัญหาหลืมง่าย ถมซ้ำบ้าง ชอบลืมปิดน้ำปิดไฟ นอนไม่ค่อยหลับ เครียดกังวลจากงาน ยังคงสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ปกติ ยังสามารถทำงานออฟฟิศได้ แต่มีเพื่อนร่วมงานเริ่มสังเกตเห็นประสิทธิภาพงานเริ่มถดถอยลง กินอาหารได้น้อยลง ยังขับรถได้ ซื้อของได้ถูกต้อง ทำงานบ้าน และทำอาหารได้ แพทย์ตรวจประเมินสงสัยโรคซึมเศร้า รักษามาได้ประมาณ 3 เดือนอาการเริ่มดีขึ้น

การทดสอบทางจิตวิทยา ด้วย TMSE ได้ 25/30 คะแนน MoCA ได้ 18/30 คะแนน และ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้วย FAST ได้ระดับ 3 จัดเป็นภาวะปริชาณบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment) สอดคล้องกัน

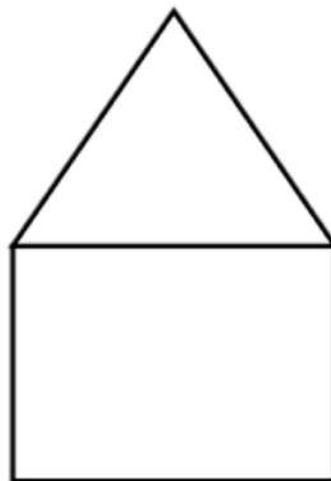
การวินิจฉัยโรค ภาวะปริชาณบกพร่องเล็กน้อย (F06.7) สาเหตุ โรคซึมเศร้า ระยะเวลาเจ็บป่วย 6 เดือน

สรุป ยังไม่มีความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจากภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากอาการของโรคมีระดับเพียงปริชาณบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งอาจเกิดจากโรคซึมเศร้าทำให้แสดงอาการคล้ายภาวะปริชาณบกพร่อง (Pseudo-dementia) ได้ และโรคสามารถรักษาแล้วอาการดีขึ้นได้ ส่งผลกระทบเพียงเล็กน้อยต่อการทำงานเท่านั้น โดยกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานยังปกติ

1. แบบทดสอบ Thai Mental State Examination (TMSE)

ชื่อ.....	เพศ.....	อายุ.....	HN.....	วันที่.....
Thai Mental State Examination (TMSE)				
1. ORIENTATION (6 คะแนน)				คะแนน
(1) วันนี้ วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัส ฯลฯ)				_____
(1) วันนี้ วันที่เท่าไร				_____
(1) เดือนนี้ เดือนอะไร				_____
(1) ขณะนี้เป็นช่วง (ตอน) ไหนของวัน (เช้า เย็น บ่าย เย็น)				_____
(1) ที่นี้ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)				_____
(1) คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร (ภาพอยู่ด้านหลัง)				_____
2. REGISTRATION (3 คะแนน)				
(3) ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดห่างกัน ครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ รถยนต์ มือ) เพียงครั้งเดียว				_____
แล้วจึงให้ผู้ทดสอบบอกให้ครบ ตามที่ผู้ทดสอบบอกในครั้งแรก ให้ 1 คะแนน ในแต่ละคำตอบที่ตอบถูก				
หมายเหตุ หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกจำนวนผู้ถูกทดสอบจำได้ทั้ง 3 อย่าง และบอกให้ผู้ถูกทดสอบทราบว่าจะกลับมาถามใหม่				
3. ATTENTION (5 คะแนน)				
ให้บอกวันอาทิตย์-วันเสาร์ ย้อนหลัง ให้ครบสัปดาห์ (ให้ตอบซ้ำได้ 1 ครั้ง)				
(1) ศุกร์	(1) พฤหัสบดี	(1) พุธ	(1) อังคาร	(1) จันทร์
4. CALCULATION (3 คะแนน)				
ให้คำนวณ 100-7 ไปเรื่อย ๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนน ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที				
หลังจากจบคำถาม) ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่ตอบคำถามที่ 1 ให้ตั้งเลข 93-7 ลงงาในการคำนวณครั้งต่อไป และ 86-7 ในครั้งสุดท้ายตามลำดับ				
(1) 100-7	(1) 93-7	(1) 86-7		
5. LANGUAGE (10 คะแนน)				
(1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป "เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร" (นาฬิกา)				_____
(1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเองแล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป "เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร" (เสื้อ , ผ้า)				_____
(1) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า จงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี จากนั้นให้พูดตาม "ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด"				_____
จงทำตามคำสั่งต่อไปนี้ (มี 3 ขั้นตอนคำสั่ง) ให้ผู้ทดสอบพูดต่อไปนี้ให้ครบประโยคทั้ง 3 ขั้นตอน ให้คะแนนขั้นตอนละ 1 คะแนน				
(1) หยิบกระดาษด้วยมือขวา				_____
(1) พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น				_____
(1) แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ				_____
(1) ให้ผู้ถูกทดสอบอ่านแล้วทำตาม "หลับตา" (ข้อความอยู่ด้านหลัง)				_____
(2) จงวาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุด เท่าที่ท่านจะสามารถทำได้				_____
(ภาพอยู่ด้านหลังและให้ผู้ถูกทดสอบดูตัวอย่างตลอดเวลาที่วาด)				
(1) กลัวยกับส้มเหมือนกันคือเป็นผลไม้				_____
แมวกับสุนัขเหมือนกันคือ..... (เป็นสัตว์ , เป็นสิ่งมีชีวิต)				_____
6. RECALL (3 คะแนน)				
สิ่งของ 3 อย่างที่บอกให้จำเมื่อสักครู่นี้มีอะไรบ้าง				
(1) ต้นไม้				_____
(1) รถยนต์				_____
(1) มือ				_____
รวม				_____
ผู้ตรวจ				_____

Train The Brain Forum (Thailand) Siriraj Hosp. Gaz. Vol.45 No.6 June 1993(359-374)
กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองและจิตเวช ปีที่ 45 ฉบับที่ 6 มิถุนายน 2536 (359-374)



หลับตา

เกณฑ์ตัดของแบบทดสอบ ภาวะสมองเสื่อม คะแนน ≤ 23 (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)

2. แบบประเมิน Functional Assessment Staging Test (FAST)

ระยะโรค (Stage)	สภาพผู้ป่วย (Clinical Diagnosis)	ระดับการทรุดลงของการทำหน้าที่ (Level of Functional Decline)
ระยะที่ 1	ผู้ใหญ่ปกติ	ไม่มีการทรุดลงของการทำหน้าที่
ระยะที่ 2	ผู้สูงอายุปกติ	บุคคลจะตระหนักถึงการทำหน้าที่ที่ทรุดลงกว่าแต่ก่อนบ้าง
ระยะที่ 3	ภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment)	การทำหน้าที่บกพร่องเฉพาะที่เกี่ยวข้องภารกิจและการทำงานที่ซับซ้อน
ระยะที่ 4	สมองเสื่อม ระดับเล็กน้อย (Mild Dementia)	การประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental ADL) บกพร่องหรือทำไม่ได้ เช่น จ่ายค่าบริการเองไม่ได้ ทำอาหาร ทำความสะอาดบ้านเรือน เดินทาง วางแผนการทำงาน เป็นต้น
ระยะที่ 5	สมองเสื่อม ระดับปานกลาง (Moderate Dementia)	ต้องมีผู้ช่วยเหลือเลือกเสื้อผ้าแต่งตัวให้เหมาะสม
ระยะที่ 6	สมองเสื่อม ระดับค่อนข้างรุนแรง (Moderately Severe Dementia)	- ต้องช่วยเหลือเมื่อแต่งตัว (6a) - ต้องช่วยเหลือเมื่ออาบน้ำ (6b) - ต้องช่วยเหลือเมื่อจะเข้าห้องส้วม (6c) - กลืนปัสสาวะไม่อยู่ (6d) - กลืนอาหารไม่ได้ (6e)
ระยะที่ 7	สมองเสื่อม ระดับรุนแรง (Severe Dementia)	- ทักษะการพูดลดลงชัดเจน สามารถพูดได้ 5 - 6 คำต่อวัน (7a) - สามารถพูดได้เป็นคำที่ชัดเจนเพียงวันละคำ (7b) - ไม่สามารถเดินได้ (7c) - ไม่สามารถลุกนั่งได้ (7d) - ไม่สามารถยื้มได้ (7e) - ไม่สามารถยกศีรษะตั้งได้ (7f)

* ปรับปรุงจากแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (ฉบับสมบูรณ์ 2563)

3. การวินิจฉัยความพิการทางสมองเสื่อม

เข้าเกณฑ์ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจากภาวะสมองเสื่อม เมื่อประเมินด้วยแบบทดสอบ TMSE ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนลงไป หรือ คะแนนประเมิน FAST ตั้งแต่ระดับที่ 6 ขึ้นไป

บทที่ 5



บทที่ 5 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางสติปัญญา

คำนิยามตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ความพิการทางสติปัญญา^(1,2) หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องหรือมีข้อจำกัดเกี่ยวกับภาวะทางสติปัญญา โดยมีพัฒนาการล่าช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยทางการแพทย์ ทำให้บุคคลนั้นมีข้อจำกัดในด้านต่าง ๆ เช่น การเรียน การทำงาน หรือการใช้ชีวิตประจำวัน

คำจำกัดความของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition⁽³⁾, (DSM 5) โดย American Psychiatric Association ในปี พ.ศ. 2556 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หมายถึง ภาวะที่มี

1. ความบกพร่องในความสามารถทางเชาวน์ปัญญา ได้แก่ การใช้เหตุผล การแก้ปัญหา การวางแผน การคิดเชิงนามธรรม การเรียนรู้ทางวิชาการและการเรียนรู้จากประสบการณ์ การตัดสินใจที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรม การปรับตัวจากการประเมินทางคลินิกและ/หรือการทดสอบระดับเชาวน์ปัญญา เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานเฉลี่ยของคนปกติ คือต่ำกว่า 70

2. พฤติกรรมการปรับตัวบกพร่องตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป ใน 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะด้านความคิดรวบยอด (Conceptual Skills) ทักษะด้านสังคม (Social Skills) หรือทักษะด้านการปฏิบัติ (Practical Skills) ซึ่งต้องการการสนับสนุนที่บ้าน โรงเรียน ที่ทำงาน หรือในการพักผ่อนหย่อนใจ

3. แสดงอาการในช่วงที่สมองยังมีการพัฒนา (Developmental Period)

ความสามารถทางเชาวน์ปัญญา⁽³⁾ ได้แก่ การใช้เหตุผล การแก้ปัญหา การวางแผน การคิดเชิงนามธรรม การตัดสินใจ การเรียนรู้ทางวิชาการและการเรียนรู้จากประสบการณ์ ซึ่งยืนยันโดยการประเมินทางคลินิกและการทดสอบระดับเชาวน์ปัญญามาตรฐานเฉพาะบุคคล และหมายถึงระดับเชาวน์ปัญญาที่ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของคนปกติอย่างมีนัยสำคัญ (ต่ำกว่า 70) หรือต่ำกว่า 2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) โดยทั่วไประดับเชาวน์ปัญญาของคนปกติมีค่าอยู่ระหว่าง 90 - 109 ค่าเฉลี่ยคือ 100 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่าเท่ากับ 15

พฤติกรรมการปรับตัว⁽³⁾ หมายถึง การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันทั่ว ๆ ไป ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลนั้นที่จะสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองในสังคม โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความคิดรวบยอด (Conceptual Domain) ได้แก่ ทักษะด้านภาษา การอ่าน เขียน คณิตศาสตร์ (Skills in Language, Reading, Writing, Math) การใช้เหตุผล (Reasoning) ความรู้ (Knowledge) และความจำ (Memory)

2. ด้านสังคม (Social Domain) ได้แก่ การเข้าใจผู้อื่น (Empathy) ทักษะการสื่อสารกับผู้อื่น (Interpersonal Communication Skills) สัมพันธภาพกับผู้อื่น (Friendships Abilities) การตัดสินใจทางสังคม (Social Judgement) และการควบคุมตนเอง (Self-regulation)

3. ด้านการปฏิบัติ (Practical Domain) ได้แก่ การดูแลตนเอง (Personal - Care) ความรับผิดชอบ ด้านการทำงาน (Job Responsibilities) การจัดการด้านการเงิน (Money Management) การพักผ่อนหย่อนใจ (Recreation) การจัดการด้านการเรียนและการทำงาน (Organizing School and Work Tasks)

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยนี้ หากมีกรณีที่อาการไม่แสดงออกให้เห็นเด่นชัดตามเกณฑ์วินิจัย ไม่แน่ใจในการวินิจัยโรค หรือแพทย์ที่ตรวจประเมินไม่มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาบุคคลที่มีภาวะพร่องทางสติปัญญามาก่อนควรส่งต่อ กุมารแพทย์หรือกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กหรือจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเพื่อการตรวจ ประเมินวินิจัยต่อไป

หมายเหตุ DSM -5 มีการเปลี่ยนแปลงจาก DSM -4 ดังนี้

สิ่งที่เปลี่ยนไปจากเดิมคือ

1. มีการเปลี่ยนชื่อจากภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation) เป็นภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability/Intellectual Developmental Disorder)
2. จัดแบ่งพฤติกรรมการปรับตัว เป็น 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะด้านความคิดรวบยอด (Conceptual Skills) ทักษะด้านสังคม (Social Skills) หรือทักษะด้านการปฏิบัติตน (Practical Skills)
3. การวินิจัยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการปรับตัวมากกว่าระดับเชาวน์ปัญญา (IQ)
4. การแบ่งระดับความรุนแรงอิงตามพฤติกรรมการปรับตัวหรือระดับเชาวน์ปัญญา โดยยึดอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่ดีกว่าเพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงบริการของเด็กอย่างเหมาะสม
5. อาการเกิดขึ้นในระยะที่สมองเด็กกำลังพัฒนา (Developmental Period) จากเดิมที่ระบุไว้ว่าก่อนอายุ 18 ปี

พัฒนาการล่าช้า (Developmental Delay) หรือความบกพร่องทางพัฒนาการ คือ เด็กอายุต่ำกว่า 6 ขวบ ที่มีพัฒนาการช้ายังไม่สามารถสื่อสารได้อย่างสมบูรณ์ จึงยังไม่เหมาะสมกับการวัดระดับเชาวน์ปัญญาโดยเครื่องมือ ประเมินพัฒนาการจะใช้เฉพาะในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 6 ปี การวินิจัยภาวะดังกล่าวในเด็กเล็กต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญทาง ด้านพัฒนาการ (Developmental Specialist) หรือกุมารแพทย์หรือแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้มีประสบการณ์ ในการประเมินโดยใช้แบบประเมินพัฒนาการมาตรฐาน

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Delay) คือเด็กอายุมากกว่า 6 ขวบ ที่สามารถสื่อสารได้ และประเมินระดับสติปัญญา โดยการวัดไอคิวด้วยแบบทดสอบมาตรฐาน โดยอาศัยนักจิตวิทยา หรือผู้เชี่ยวชาญ ที่มีทักษะและประสบการณ์ หากอยู่ในพื้นที่ที่ไม่มีบุคลากรดังกล่าว สามารถคำนวณเป็นค่า DQ โดยแบบประเมิน พัฒนาการมาตรฐาน

แนวทางการออกเอกสารรับรองความพิการ

ระบุว่ามีความพิการในกลุ่มภาวะบกพร่องทางสติปัญญาหรือไม่

เกณฑ์ของ DSM V จำแนกความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาตามพฤติกรรมการปรับตัว ทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

ตารางที่ 5-1 ระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา⁽⁴⁾

ระดับ	IQ	ด้านความคิดรวบยอด (Conceptual Domain)	ด้านสังคม (Social Domain)	ด้านการปฏิบัติ (Practical Domain)	ร้อยละ ที่พบ
น้อย (Mild)	55 - 69	ปฐมวัยอาจไม่พบความแตกต่างชัดเจน วัยเรียนและผู้ใหญ่ มีความยากลำบากในการเรียน	ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อสาร การตัดสินใจทางสังคมล่าช้ากว่าวัย	อาจดูแลตนเองได้เหมาะสม ยกเว้นกิจวัตรประจำวันที่ยุ่งยาก วัยผู้ใหญ่ทำงานที่ไม่ต้องอาศัยทักษะการคิด ต้องการความช่วยเหลือในการเลี้ยงดูครอบครัว	85
ปานกลาง (Moderate)	40 - 54	ทักษะด้านการคิดช้ากว่าเพื่อนอย่างชัดเจน เรียนรู้ได้ในระดับประถมศึกษาและต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำงานและชีวิตส่วนตัว	การสื่อสารและทักษะด้านสังคมช้ากว่าเพื่อนอย่างเห็นได้ชัด มีข้อจำกัดในการตัดสินใจ ทักษะทางสังคมและการสื่อสารต้องได้รับการช่วยเหลือ	ดูแลตนเองได้ แต่ต้องสอนเตือนและให้เวลา การทำงานที่ไม่ต้องอาศัยการคิดและทักษะทางสังคมต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างมาก พบพฤติกรรมไม่เหมาะสมที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมได้บ้าง	10
รุนแรง (Severe)	25 - 39	มีความเข้าใจน้อยในด้านภาษาเขียน จำนวน ปริมาณ เวลา และการใช้เงิน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากในการแก้ปัญหาตลอดชีวิต	มีข้อจำกัดของการสื่อสารในด้านไวยากรณ์และคำศัพท์ ภาษาและการพูด มีสัมพันธภาพเฉพาะกับสมาชิกในครอบครัวและคนที่คุ้นเคย	ต้องการความช่วยเหลือในทุกกิจวัตรประจำวัน ต้องการการกำกับดูแลตลอดเวลา การฝึกสอนทักษะทุกด้านต้องใช้เวลาและต่อเนื่อง บางรายมีปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสมรวมทั้งการทำร้ายตนเอง	3 - 4

ระดับ	IQ	ด้านความคิดรวบยอด (Conceptual Domain)	ด้านสังคม (Social Domain)	ด้านการปฏิบัติ (Practical Domain)	ร้อยละ ที่พบ
รุนแรงมาก (Profound)	<25	ทักษะด้านการคิดโดยทั่วไป เกี่ยวข้องกับโลกทางวัตถุ มากกว่ากระบวนการทาง สัญลักษณ์ ความบกพร่อง ด้านกล้านเนื้อและประสาท สัมผัส อาจส่งผลต่อการใช้ สิ่งของต่าง ๆ	มีข้อจำกัดของ ความ เข้าใจในการสื่อสารเชิง สัญลักษณ์ทั้งการพูดและ ภาษาท่าทาง การแสดงออก ถึงความต้องการและ อารมณ์ของตน มักผ่าน ภาษาท่าทางและการสื่อสาร โดยไม่ใช้สัญลักษณ์ ความ บกพร่องด้านกล้านเนื้อและ ประสาทสัมผัสอาจส่งผล ต่อกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ	พึ่งพาผู้อื่นทุกด้านในการ ดูแลตนเอง สุขภาพ และ ความปลอดภัย ฝึกทักษะ ได้เพียงการใช้อุปกรณ์ ง่าย ๆ ซึ่งต้องการการดูแล อย่างมากและต่อเนื่อง ความบกพร่องด้าน กล้านเนื้อและประสาท สัมผัสมักเป็นอุปสรรคต่อ การมีส่วนร่วมในสังคม พบพฤติกรรมไม่เหมาะสม ในบางราย	1 - 2

หมายเหตุ: ในปัจจุบันการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ควรพิจารณาจากพฤติกรรม
การปรับตัวมากกว่าระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ต่อเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจะได้รับ
การช่วยเหลือ มีโอกาสเข้าสู่ระบบการศึกษาที่เหมาะสม

แนวทางการวินิจฉัยภาวะบกพร่องทางสติปัญญา^(5,6)

1. แนวทางการซักประวัติ

- 1.1 โรคประจำตัวต่าง ๆ ที่จะเป็นสาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการได้ เช่น โรคลมชัก ความผิดปกติทางโครโมโซม
- 1.2 การเจ็บป่วยในครอบครัว เช่น พัฒนาการล่าช้า ปัญหาการเรียน โรคทางระบบประสาท
- 1.3 โรคทางพันธุกรรม เช่น มีพัฒนาการล่าช้าในครอบครัว มีการแต่งงานในเครือญาติ มีการเจ็บป่วยเสียชีวิตในญาติพี่น้องก่อนวัยอันควร
- 1.4 การตั้งครรภ์ของมารดาตั้งแต่ประวัติฝากครรภ์ การเจ็บป่วยระหว่างตั้งครรภ์
- 1.5 ประวัติการได้รับสารพิษต่าง ๆ เช่น สุรา บุหรี่ และสารเสพติดอื่น ๆ ประวัติการใช้ยาที่มีผลต่อเด็ก
- 1.6 ประวัติเกี่ยวกับการคลอด เช่น อายุครรภ์ วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการต่าง ๆ น้ำหนักแรกเกิด
คะแนนแอฟการ์ ภาวะคลอดลำบาก และการเจ็บป่วยต่าง ๆ ช่วงแรกเกิดและภาวะแทรกซ้อน
- 1.7 ช่วงเวลาที่พ่อแม่สังเกตว่าลูกมีพัฒนาการล่าช้าและพัฒนาการที่ล่าช้านั้นเป็นแบบถดถอยหรือไม่
เช่น เคยนั่งได้ต่อมานั่งไม่ได้ หรือไม่เคยทำได้เลย
- 1.8 พัฒนาการที่ผ่านมา มักนิยมถามย้อนพัฒนาการที่พ่อแม่สังเกตเห็นง่าย ๆ เช่น ประวัติเกี่ยวกับพัฒนาการ
ด้านกล้านเนื้อมัดใหญ่ การคว่ำหงาย การนั่ง การคลาน การเดิน การพูด

1.9 พัฒนาการทางภาษา เช่น การเล่นน้ำลาย การเลียนเสียงพูดคุย การทำตามคำสั่ง การพูดคำแรกที่มีความหมาย การพูดสองคำที่ต่อกัน

1.10 การเล่นตามวัย การช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน

1.11 การเลี้ยงดู ผู้เลี้ยงดู และลักษณะ และรูปแบบการดูแลโดยรวม รวมถึงการตอบสนองเมื่อเกิดปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ

2. แนวทางการตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายที่สำคัญและอาจสัมพันธ์กับภาวะพัฒนาการล่าช้า^(7,8) ได้แก่ การตรวจร่างกายและการเจริญเติบโต ที่อาจบ่งชี้สาเหตุที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ล่าช้าได้

2.1 ตรวจดูลักษณะ Dysmorphic ทั้ง Major Dysmorphic, Minor Dysmorphic พบได้ในเด็กที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม

2.2 ตรวจดูว่ามีความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ร่วมด้วยหรือไม่ เช่น มีภาวะตับม้ามโตซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะ Inborn Error บางชนิด

2.3 ตรวจดูบริเวณผิวหนัง เช่น Cutaneous Markers เช่น Ash-Leaf บ่งถึง Tuberous Sclerosis ซึ่งเป็นสาเหตุของพัฒนาการล่าช้าได้ ตรวจร่างกายทางระบบประสาทต่าง ๆ โดยละเอียด และวัดรอบศีรษะด้วยเสมอ เพื่อที่จะสามารถพบเด็กที่มีพัฒนาการช้ากลุ่มที่มีความรุนแรงไม่มากนัก

2.4 ตรวจดูลักษณะของ Child Abuse เพราะเด็กที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญาถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงในการถูกทำร้ายอย่างหนึ่ง

2.5 ตรวจระบบการมองเห็นและการได้ยิน เพราะเป็นความพิการซ้ำซ้อนที่พบร่วมได้บ่อย

3. แนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานออกมาชัดเจนว่าจะต้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในต่างประเทศนิยมส่งตรวจโครโมโซมในคนใช้ทุกคนที่มีปัญหาทางพัฒนาการ ทั้งนี้ เพราะเมื่อเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียแล้วพบว่า หากพบสาเหตุของโรคบางโรค เช่น โรคโครโมโซมเอ็กซ์เพรессที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ สามารถควบคุมและป้องกันโรคที่จะเกิดกับบุตรคนต่อไปได้ สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีข้อจำกัดหลาย ๆ ด้านคงต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป ข้อบ่งชี้ที่ควรนึกถึงสาเหตุทางพันธุกรรมและควรส่งตรวจทางพันธุกรรม ได้แก่

1. ตรวจร่างกายพบลักษณะของความผิดปกติของระบบที่มีผลต่อการมีชีวิต (Major Dysmorphic) 1 ด้านขึ้นไป
2. และ/หรือพบลักษณะของความผิดปกติในร่างกายที่ไม่มีผลต่อการมีชีวิต (Minor Dysmorphic) 2 ด้านขึ้นไป
3. ตรวจร่างกายพบลักษณะของความผิดปกติของระบบที่มีผลต่อการมีชีวิต (Major Dysmorphic) 2 ด้านขึ้นไป โดยไม่พบ Minor Dysmorphic

อาการและการแสดงโดยรวม ได้แก่ พัฒนาการช้า ส่วนใหญ่มีมาด้วยเรื่องพูดช้า ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ยิ่งรุนแรงมากเท่าใด พัฒนาการช้ายิ่งปรากฏให้เห็นเร็วขึ้นเท่านั้น โดยเฉพาะภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงพบว่า เด็กมีพัฒนาการช้าทุกด้านภายใน 2 ปีแรก ส่วนกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย อาจพบพัฒนาการช้าเมื่ออายุประมาณ 3 - 4 ปี หรือพบปัญหาการเรียนเมื่อเริ่มเข้าเรียนในโรงเรียน บางรายมาด้วยปัญหาพฤติกรรม

เช่น ชน สมาธิสั้น บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา บางรายอาจมีลักษณะผิดปกติต่าง ๆ (Dysmorphic Features) ให้เห็นชัดเจนตั้งแต่แรกเกิด เช่น กลุ่มอาการดาวน์

การประเมินพัฒนาการ^(9,10) ในรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

1. การเฝ้าระวัง (Surveillance) การเฝ้าระวังคือ พยายามสังเกตว่า เด็กคนไหนที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะมีการพัฒนาการล่าช้า เช่น เกิดก่อนกำหนด ขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด ส่วนการตรวจกรองคือ การใช้เครื่องมือมาตรฐานมาตรวจเด็กทุก ๆ คนเมื่อถึงเวลาที่เหมาะสม โดยอาศัยเครื่องมือที่มีความไวและความเจาะจงที่ได้มาตรฐาน

1.1 แบบไม่เป็นทางการ เป็นการเฝ้าระวังโดยใช้การสอบถามจากผู้ปกครอง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความน่าเชื่อถือจากการสอบถามผู้เลี้ยงดู มีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการค่อนข้างใกล้เคียงกับการใช้แบบทดสอบคัดกรองพัฒนาการ ในกรณีของผู้เลี้ยงดูที่ใกล้ชิดกับเด็กและให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ ดังนั้น อาจจะเป็นหนทางหนึ่งที่จะทำให้เราเห็นพัฒนาการที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง เพราะบางครั้งในทางปฏิบัติ มีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เราไม่สามารถประเมินพัฒนาการได้อย่างครบถ้วน อย่างไรก็ตาม พึงระวังในเรื่องของการให้ข้อมูลที่มากกว่าหรือน้อยกว่าความเป็นจริง ดังนั้น แพทย์ควรสังเกตพฤติกรรมของเด็กในห้องตรวจร่วมด้วย เพื่อพิจารณาต่อว่ามีความจำเป็นต้องส่งเด็กไปตรวจพัฒนาการโดยผู้เชี่ยวชาญต่อไปหรือไม่

1.2 แบบเป็นทางการ

- การใช้สมุดประจำตัวของเด็กในการติดตามพัฒนาการเป็นวิธีการที่ใช้บ่อยในเวชปฏิบัติการดูแลเด็กสุขภาพดี ควรติดตามเฝ้าระวังพัฒนาการด้วยทุกครั้งที่มาพบแพทย์พัฒนาการในเด็กปกติช่วงอายุต่าง ๆ
- ติดตามเฝ้าระวังพัฒนาการโดยอ้างอิงจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) ในเด็กปกติ⁽¹¹⁾ และคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง Developmental Assessment for Intervention Manual (DAIM) ในเด็กกลุ่มเสี่ยง
- แบบสอบถามความเห็นของผู้ปกครอง ได้แก่ Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS), Ages & Stages Questionnaire (ASQ) ปัจจุบันได้มีการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว

2. การตรวจคัดกรองพัฒนาการ (Screening)

2.1 DSPM/DAIM

2.2 Denver II การประเมินหรือตรวจกรองพัฒนาการนั้นเราใช้แบบทดสอบมาตรฐาน แต่ในประเทศไทยโดยทั่วไปกุมารแพทย์จะคุ้นเคยกับแบบทดสอบเดนเวอร์ที่ใช้ประเมินพัฒนาการ 4 ด้านหลักของเด็กเป็นแบบคัดกรองซึ่งใช้กับเด็กช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 ปี ประเมินพัฒนาการ 4 ด้าน มีดังนี้

1. Personal Social คือ ทักษะการช่วยเหลือดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ รวมถึงทักษะการมีความสัมพันธ์และการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น
2. Fine Motor คือ การทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อมือและตาในการแก้ปัญหา
3. Language คือ การได้ยิน ความเข้าใจภาษา และการใช้ภาษา
4. Gross Motor⁽¹¹⁾ คือ การเคลื่อนไหวและการทรงตัว และกล้ามเนื้อมัดใหญ่

2.3 The Goodenough-Harris Drawing Test ใช้ทดสอบพัฒนาการเด็กอายุ 3 - 15 ปี เป็นแบบประเมินแบบคัดกรองพัฒนาการแบบไม่ใช้ภาษาโดยการวาดภาพคนและคำนวณเป็นอายุพัฒนาการ

2.4 Gessel Drawing Test เป็นวิธีทดสอบ Visuomotor Perception เป็นแบบประเมินแบบ คัดกรองพัฒนาการแบบไม่ใช้ภาษา เช่น 3 ปี, + 3^{1/2} ปี, 4 ปี, 5 ปี, 6 ปี, 7 ปี, 8 ปี

การหาค่าของระดับสติปัญญา Developmental quotient (DQ) หรือ Intelligence quotient (IQ) ได้จากสูตร

$$\text{IQ หรือ DQ} = \text{Mental Age (อายุพัฒนาการ)} / \text{Chronological Age (อายุตามปฏิทิน)} \times 100$$

ลักษณะทางคลินิกของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา โดยอิงพฤติกรรมการปรับตัวมากกว่าระดับเชาวน์ปัญญา โดยแบ่งเป็น

1. **บกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมาก** พัฒนาการล่าช้าชัดเจนตั้งแต่เล็ก ๆ ทั้งในด้านประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว อาจจะฝึกการช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ต้องอาศัยการฝึกอย่างมาก ส่วนใหญ่พบว่ามีพยาธิสภาพต้องการการดูแลตลอดเวลา ตลอดชีวิต แม้จะเป็นผู้ใหญ่แล้วก็ตาม

2. **บกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง** พบความผิดปกติของพัฒนาการตั้งแต่วัยทารก มักมีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา^(12,13) สื่อความหมายได้เพียงเล็กน้อยหรือพูดไม่ได้เลย บางรายเริ่มพูดได้เมื่อเข้าสู่วัยเรียน มีปัญหาในการเคลื่อนไหว ในบางรายพบพยาธิสภาพมากกว่า 1 อย่าง มีทักษะการป้องกันตนเองน้อย มีความจำกัดในการดูแลตนเอง ทำงานง่าย ๆ ได้ ส่วนใหญ่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดหรือต้องช่วยในทุก ๆ ด้านอย่างมากตลอดชีวิต

3. **บกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลาง** มักได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่วัยก่อนเรียน⁽¹⁴⁾ เมื่ออายุประมาณ 2 - 3 ปี โดยพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าในด้านภาษา อาจมีความแตกต่างของระดับความสามารถในด้านต่าง ๆ เช่น กลุ่มอาการดาวน์ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลาง เรียนได้ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 - 3 ในวัยเรียนมักต้องการการจัดการศึกษาพิเศษ สามารถเรียนรู้การเดินทางตามลำพังได้ในสถานที่ที่คุ้นเคย ใช้ชีวิตในชุมชนได้ดีทั้งการดำรงชีวิตและการทำงาน แต่ต้องการความช่วยเหลือในระดับปานกลางจนถึงตลอดชีวิต ประมาณร้อยละ 20 ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง

4. **บกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย** มักได้รับการวินิจฉัยเมื่อเด็กเข้าสู่วัยเรียนแล้ว⁽¹⁵⁾ เนื่องจากในวัยก่อนเรียนพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายได้เพียงพอ ส่วนใหญ่เรียนได้ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรือสูงกว่า เมื่อเป็นผู้ใหญ่สามารถทำงาน แต่งงาน ดูแลครอบครัวได้ แต่อาจต้องการความช่วยเหลือบ้างเป็นครั้งคราวเมื่อมีปัญหาชีวิตหรือหน้าที่การงาน

แนวทางการประเมินสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

ความพิการทางสติปัญญาไม่สามารถพิจารณาได้จากสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ตามประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ไม่สามารถพิจารณาจากรูปลักษณ์ภายนอก หรือภาพถ่ายผู้ป่วย ผลการสอบสมุดพก เอกสารชิ้นงาน หรือแบบคัดกรองพัฒนาการ ไปรายงานพฤติกรรมของเด็กจากโรงเรียน เอกสารเหล่านี้สามารถนำมาใช้ประกอบในการวินิจฉัยได้เท่านั้น

แนวทางการใช้เครื่องมือในการตรวจประเมินและวินิจฉัยความบกพร่องทางสติปัญญา

การวินิจฉัยทางการแพทย์ แพทย์ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์ตามมาตรฐานหรือต้องวัด IQ ในการประเมินทุกรายและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่สามารถวินิจฉัยโรคโดยใช้เพียงผลการตรวจ IQ โดยไม่มีการซักประวัติและตรวจร่างกาย และประเมินพัฒนาการและ/หรือประเมินสติปัญญาอย่างละเอียด

แนวทางการใช้เครื่องมืออุปกรณ์หรือแบบประเมินพัฒนาการ/สติปัญญาที่ช่วยในการวินิจฉัยตามมาตรฐานในประเทศไทย พ.ศ. 2557 คือ

1. เครื่องมือประเมินพัฒนาการและระดับเชาวน์ปัญญา โดยใช้แบบทดสอบมาตรฐาน โดยนักจิตวิทยาที่นิยมในปัจจุบัน ได้แก่ Bayley Scales of Infant Development III, Wechler Intelligence Scale for Children-IV
2. เครื่องมือวัดพฤติกรรมการปรับตัว โดยใช้แบบทดสอบมาตรฐานโดยนักจิตวิทยานิยมในปัจจุบัน ได้แก่ Vineland Adaptive Behavior Scales II (VABS II)
3. ควรส่งตรวจการได้ยินและการมองเห็น พิจารณาตามความเหมาะสม เพื่อคัดแยกปัญหาการได้ยินและการมองเห็น เป็นปัญหาพบร่วมที่พบบ่อย และควรได้รับการแก้ไขตั้งแต่ระยะแรก

การช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽¹⁶⁾ มีดังนี้

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (Medical Rehabilitation) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในช่วงแรกเกิด - 6 ปี ได้แก่ การส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ ควรมีการส่งเสริมสุขภาพ เช่น เด็กปกติ การบำบัดรักษาความผิดปกติที่อาจพบร่วมด้วย เช่น โรคลมชัก Cretinism, PKU, Cerebral Palsy, โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หรือภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนที่พบในกลุ่มอาการดาวน์ การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย (นักแก้ไขการพูด) นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น การส่งเสริมพัฒนาการ⁽¹⁷⁾ (Early Intervention) หมายถึง การจัดโปรแกรมการฝึกทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่พัฒนาการปกติตามวัยของเด็ก จากการวิจัยพบว่า เด็กที่ได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการพัฒนาแต่เยาว์วัย จะสามารถเรียนรู้ได้ดีกว่าการฝึกเมื่อเด็กโตแล้ว พันที่ที่วินิจฉัยว่าเด็กมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เช่น เด็กกลุ่มอาการดาวน์หรือเด็กที่มีอัตราเสี่ยงสูงว่าจะมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เช่น เด็กคลอดก่อนกำหนด มารดาตกเลือดขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น สามารถจัดโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กกลุ่มนี้ได้ทันที การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ของเด็ก บิดา มารดา และคนเลี้ยงดูมีบทบาทสำคัญยิ่งในการฝึกเด็กให้พัฒนาได้ตามโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ 5 ปี จึงจะได้ผลดีที่สุด

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation) มีการจัดการศึกษาโดยมีแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Educational Program : IEP) ในระบบและนอกระบบโรงเรียนซึ่งอาจเป็นการเรียนในชั้นเรียนปกติ เรียนร่วม เรียนคู่ขนาน

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation) เป็นการฝึกวิชาชีพและลักษณะนิสัยที่ดีในการทำงาน เป็นสิ่งจำเป็นมากต่อการประกอบอาชีพในวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ ฝึกการตรงต่อเวลา รู้จักรับคำสั่งและนำมาปฏิบัติเอง โดยไม่ต้องมีผู้เตือน การปฏิบัติตนต่อผู้ร่วมงาน และมารยาทในสังคม เมื่อเข้าวัยผู้ใหญ่ควรช่วยเหลือให้ได้มีอาชีพที่เหมาะสม

กรณีตัวอย่าง

เด็กหญิงไทย อายุ 9 ปี เรียนชั้น ป.3 มาพบแพทย์ด้วยปัญหาการเรียน อ่านหนังสือไม่คล่อง อ่านได้เฉพาะคำที่ไม่มีตัวสะกด คิดเลขบวกได้ไม่เกินหลักสิบ ลบไม่ได้ แต่งตัวเข้าห้องน้ำยังต้องช่วย ประมาณร้อยละ 20 ครูสอนตัวต่อตัว อ่านและคิดเลขดีขึ้นกว่าเดิมเล็กน้อย แต่ยังช้ากว่าเพื่อน ๆ ในห้อง ทุกวิชาทำได้ประมาณ ป.1 ประเมิน IQ = 65 ประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวและช่วยเหลือตัวเองได้เท่ากับ อายุ 6 ปี

Diagnosis= ID (Intellectual Disability) ระดับความรุนแรงเล็กน้อย

แนวทางการช่วยเหลือ

1. ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวและโรงเรียนเพื่อให้เข้าใจว่า เด็กมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจนกระทบต่อการเรียนและการใช้ชีวิตประจำวันมิได้เกิดจากพฤติกรรมต่อต้านแต่อย่างใด
2. แนะนำแนวทางการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับเด็ก เด็กเหมาะกับการเรียนแยกเป็นกลุ่มเล็กในเรื่องวิชาการ กิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน เรียนร่วมกับเด็กปกติภายใต้การดูแลของครูอย่างเหมาะสม
3. ออกใบรับรองความพิการประเภท 5 มีความบกพร่องด้านสติปัญญาเพื่อให้ได้สิทธิต่าง ๆ ตามความเหมาะสม
4. หาความผิดปกติที่พบร่วมหากมีรักษาตามนั้น
5. เสริมสร้างศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวและโรงเรียนอย่างเหมาะสม

คู่มือประกอบ การพิจารณาพัฒนาการของเด็ก



คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM)



คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง
Developmental Assessment and Intervention Manual (DAIM)



แบบประเมินสมรรถภาพความพิการทางสติปัญญาตามแนวทางของ ICF⁽¹⁸⁾

สำหรับความพิการทางสติปัญญา สามารถใช้รหัส ICF 10 ด้าน ในการประเมิน ดังนี้

b117 การทำงานด้านสติปัญญา (Intellectual Functions)

d131 การเรียนรู้ผ่านการเชื่อมโยงกับสิ่งของหรือของเล่น (Learning Through Action with Objects)

d140 การเรียนรู้ในการอ่าน (Learning to Read)

d310 การรับการสื่อสารด้วยข้อความภาษาพูด (Communicating with - Receiving - Spoken Messages)

d330 การพูด (Speaking)

d510 การทำความสะอาดร่างกายตนเอง (Washing Oneself)

d530 การดูแลการกำจัดของเสียออกจากร่างกาย (Toileting)

d550 การรับประทานอาหาร (Eating)

d640 การทำงานบ้าน (Doing Housework)

d920 นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง (Recreation and Leisure)

กรณีตัวอย่าง

เด็กชายไทย อายุ 9 ปี ประเมินพัฒนาการได้ 6 ปี ไปโรงเรียน เรียนร่วมกับเด็กปกติ สามารถพูดสื่อสารบอกความต้องการ มีปัญหาเล็กน้อย เช่น พูดไม่คล่อง หรือนึกคำพูดลำบากเมื่อเจอสถานการณ์ใหม่ ๆ สามารถอ่านหนังสือด้วยความยากลำบาก พออ่านได้ แต่แตกต่างจากเด็กอื่นที่เรียนมาพร้อมกันเกิน 2 ชั้นเรียน มีปัญหาการเล่นเล็กน้อย เล่นอย่างมีจินตนาการหรือเล่นสมมติบ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอ มีปัญหาการเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนเล็กน้อย เช่น แสดงความไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรม แต่หากชักชวนก็สามารถทำกิจกรรมได้ อาบน้ำ แต่งตัวได้เอง แต่ไม่สะอาด ต้องการคนช่วยเหลือเล็กน้อย ต้องการให้คนช่วยทำความสะอาดในการปัสสาวะ อุจจาระบ้าง กินข้าวได้เอง ไม่หกละเอะเทอะ ช่วยแม่ทำงานบ้านที่ไม่ซับซ้อนได้

การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุ Mild Mental Retardation

สรุปว่า มีความพิการทางสติปัญญา

แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางสติปัญญาตามแนวทางของ ICF

ระดับความบกพร่องในการทำงาน/ความลำบากในการทำกิจกรรม			.0	.1	.2	.3	.4	.8	.9
1.	b117	การทำงานด้านสติปัญญา				✓			
2.	d131	การเรียนรู้ผ่านการเชื่อมโยงกับสิ่งของหรือของเล่น		✓					
3.	d140	การเรียนรู้ในการอ่าน				✓			
4.	d310	การรับสารสื่อสารด้วยข้อความภาษาพูด				✓			
5.	d330	การพูด		✓					
6.	d510	การทำความสะอาดร่างกายตนเอง			✓				
7.	d530	การดูแลการกำจัดของเสียออกจากร่างกาย			✓				
8.	d550	การรับประทานอาหาร	✓						
9.	d640	การทำงานบ้าน		✓					
10.	d920	นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง		✓					

บทที่ 6



บทที่ 6 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการเรียนรู้

คำนิยามตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ความพิการทางการเรียนรู้ หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องในการทำงานของสมอง ทำให้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้โดยเฉพาะการอ่านหนังสือ การเขียนหนังสือ หรือการคิดคำนวณ โดยกระทำได้น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานชัดเจน แต่ระดับเขาว้นปัญหาปกติเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป⁽¹⁾

อาการปรากฏชัดเจนในช่วงของเด็กวัยเรียนและไม่ดีขึ้นจากการฝึกฝนช่วยเหลือพิเศษแบบเข้มข้น (Intensive Training) เต็มที่อย่างน้อย 6 เดือน ส่งผลกระทบต่อการเรียน การทำงาน และการใช้ชีวิตประจำวัน ไปตลอดชีวิต

ซึ่งมิได้เกิดจากความไม่เข้าใจภาษาไทย การขาดโอกาสในการเรียนรู้ ถูกละทิ้ง ถูกละเลย เจ็บป่วย รุนแรง จนขาดเรียนนาน อยู่ในห้องเรียนที่การเรียนการสอนขาดคุณภาพ ตาบอด หูหนวก หรือมีความผิดปกติของประสาทสัมผัส หรือการควบคุมกล้ามเนื้อ หรือป่วยจากโรคทางจิตเวชอื่น เช่น ภาวะสติปัญญาบกพร่อง โรคจิต โรคออทิสติก โรคทางอารมณ์ หรือปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐฐานะที่แตกต่างกัน

ใน พ.ศ. 2557 เป็นต้นไป ทางกรมแพทย์เรียกภาวะนี้ว่า Specific Learning Disorder (SLD) โดยพบความบกพร่องด้านการอ่านหนังสือ การเขียน และการคำนวณ ด้านใดด้านหนึ่งหรืออาจพบความบกพร่องมากกว่า 1 ด้านก็ได้ และการวินิจฉัยทางการแพทย์จะออกใบรับรองความพิการนี้ให้เฉพาะช่วงที่บุคคลนั้นยังอยู่ในระบบการศึกษาเท่านั้น

อาการแสดง

อาการผิดปกติที่เด็กแสดงออกบ่อย ในด้านต่าง ๆ พบได้ 4 แบบ คือ

1. ด้านการเรียนรู้ คือ เรียนรู้ช้า ทำให้ผลการเรียนต่ำกว่าเด็กอื่นที่เรียนชั้นเดียวกัน ความสามารถด้านการเรียนที่ผิดปกติมีดังนี้

1.1 อ่านหนังสือไม่ได้หรืออ่านได้ลำบาก เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุด จำพยัญชนะไม่ได้หรือจำสับสน ผสมคำผิด สะกดคำไม่คล่อง อ่านตะกุกตะกัก อ่านช้า อ่านผิด อ่านข้ามบรรทัด อ่านได้ แต่จับประเด็นเนื้อหาไม่ได้ อาจเห็นปัญหาตั้งแต่ชั้นอนุบาลโดยที่เด็กจำพยัญชนะไม่ได้หรือจำสับสน ความสามารถในการอ่านหนังสือโดยรวมต่ำกว่าเด็กในวัยเดียวกันชัดเจน มีผลกระทบต่อการเรียนในห้องเรียนและการใช้ชีวิต มักมีประวัติพูดช้า พูดไม่ชัด ในวัยเด็กเล็ก การฟังและแยกเสียงทำได้ลำบากและสับสน

1.2 เขียนหนังสือไม่ได้ สะกดคำไม่ได้หรือสะกดผิดเป็นส่วนใหญ่ทั้งที่เขียนช้า ๆ หรือเขียนเป็นรูปประโยคไม่ได้ ใช้หลักไวยากรณ์ผิด แบ่งแยกวรรคตอนผิดพลาด หรือเขียนแล้วอ่านไม่รู้เรื่อง

1.3 คิดเลขไม่ได้หรือคิดเลขผิด สับสนเกี่ยวกับตัวเลข ไม่เข้าใจหลักการคำนวณพื้นฐาน บวก ลบ คูณ หรือหาร แทนค่าด้วยการเขียนสัญลักษณ์เลขไม่ได้หรือสับสน

2. ด้านพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว ไม่ยอมไปโรงเรียน หนีเรียน ไม่สนใจ ไม่ทำตาม ชุกชน อยู่ไม่นิ่ง บางรายครุคิดว่าเด็กเป็นโรคสมาธิสั้นเพราะเวลาเรียนเด็กอาจไม่สนใจเรียน เหม่อ

3. ด้านอารมณ์ เช่น เจ็บ แยกตัว ไม่มั่นใจตนเอง ประหม่า กลัว วิดกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น
4. ด้านอาการทางกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง คลื่นไส้ ตาพร่า เป็นต้น โดยที่แพทย์ตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติ

จะเห็นอาการชัดเจนตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาตอนต้น แม้ว่าจะได้รับการฝึกฝนพิเศษเต็มทีอย่างน้อย 6 เดือน ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน แต่ความผิดปกติก็ยังคงปรากฏอยู่ชัดเจน คือ อ่านหนังสือ เขียนหนังสือ และการคิดคำนวณทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานชัดเจน คือ มากกว่า 1 ชั้นเรียนในระดับประถมศึกษาปีที่ 1 - 2 หรือมากกว่า 2 ชั้นเรียน ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ในช่วงการเรียนภาคบังคับ โดยจะเห็นหลักฐานจากรายงานบันทึกของคุณครู สมุดพก เอกสาร ชิ้นงาน เอกสารการตรวจจากสหวิชาชีพทางการแพทย์ (นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครูการศึกษาพิเศษ) ซึ่งต้องส่งผลกระทบต่อ การเรียน การทำงาน และการใช้ชีวิตประจำวันไปตลอด

อุบัติการณ์

พบได้ร้อยละ 6 - 9.5 ของเด็กวัยเรียน

กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค SLD

คือ กลุ่มเด็กที่พูดช้าในช่วงวัยเด็กเล็ก พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด กลุ่มที่มีประวัติการคลอดที่มีปัญหา ชัก ตัวเหลือง กลุ่มเด็กผู้ชายที่มีประวัติคนในครอบครัวที่ฉลาด แต่มีปัญหาการอ่านเขียนเรียนหนังสือ กลุ่มเด็กที่ซน สมาธิสั้น เล่นรุนแรงชนิดทำลายล้าง (Destructive Behavior) กลุ่มเด็กอนุบาลตอนปลาย หรือประถมศึกษาตอนต้นที่จำสับสน ในตัวเลข พยัญชนะ กลุ่มเด็กที่มีปัญหาในการใช้มือ รุ่มร่าม สับสน เป็นต้น ควรได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการในช่วงวัยอนุบาล หรือชั้นประถมศึกษาตอนต้น ถ้าผิดปกติควรเพิ่มเวลาการฝึกฝนกระตุ้นพัฒนาการ เพิ่มความสามารถทุกด้าน เพื่อลดความรุนแรงของปัญหาในอนาคต

การคัดกรองและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น

ปัจจุบันใช้แบบคัดกรองความพิการตามเกณฑ์กระทรวงศึกษาธิการ ไม่จำเป็นจะต้องคัดกรองเด็กทั้งหมด เพราะทำให้สิ้นเปลือง ควรคัดกรองค้นหาเด็ก SLD ในกลุ่มต่อไปนี้ คือ กลุ่มที่มี

1. ปัญหาการอ่านหนังสือ เขียนหนังสือ หรือคิดเลขสับสน ผลการเรียนต่ำ
2. กลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรม ทั้งกลุ่มที่แสดงออกชัดเจน เช่น ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ ก้าวร้าว และกลุ่มเก็บกด เช่น กลุ่มแยกตัว ไม่มั่นใจ วิดกกังวลง่าย เจ็บ พุดน้อย เป็นต้น เนื่องจากเด็กพบกับความล้มเหลว ผิดพลาดทั้งด้านการอ่าน เขียน และถูกดูว่าบ๊วย
3. กลุ่มนักเรียนที่เจ็บป่วยบ่อยโดยที่แพทย์หาสาเหตุไม่พบ เช่น ปวดหัว ปวดท้อง เป็นต้น
4. กลุ่มเกรง หนีเรียน ประพฤติผิดกฎของโรงเรียนหรือขัดต่อกฎหมาย

เมื่อคุณครูพบว่าเด็กมีระดับความสามารถในการอ่าน เขียน หรือคิดเลขต่ำกว่าเพื่อนอายุเท่ากันหรือต่ำกว่าระดับชั้นเรียน คุณครูจะให้ความช่วยเหลือทันทีด้วยเทคนิค Response to Intervention ซึ่งเป็นมาตรฐานสากลในการให้ความช่วยเหลือแก่นักเรียนที่มีปัญหาการเรียนและพฤติกรรม เมื่อได้ผลลัพธ์ที่ไม่ดีหรือได้ผลช้า คุณครูจำเป็นต้องเชิญ

ผู้ปกครองมาร่วมค้นหาสาเหตุและเพิ่มคุณภาพการฝึกฝนแบบ Intensive ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน เมื่อกระทำการช่วยเหลือดังกล่าวอย่างจริงจังแล้ว แต่ความสามารถของเด็กไม่พัฒนาหรือพัฒนาได้น้อย จึงจะส่งต่อแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย พร้อมกับข้อมูลการคัดกรองเบื้องต้น ข้อมูลครอบครัว และผลการให้ความช่วยเหลือว่าระดับความสามารถในการอ่าน เขียน และคำนวณอยู่ที่ระดับ ชั้นเรียนใด มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ หรือปัญหาอื่นหรือไม่

แนวทางการวินิจฉัยความพิการทางการเรียนรู้

1. ชักประวัติ

การชักประวัติมีความสำคัญสูงสุด การชักประวัติที่ดีมีรายละเอียดมากพอจะช่วยให้การวินิจฉัย พุดคุยกับเด็ก เพื่อให้แน่ใจว่าเด็กเข้าใจภาษาไทย ไม่ได้ถูกละทิ้งละเลย ขาดการฝึกฝนหรือขาดเรียน ปริมาณเวลา ที่ฝึกฝนอ่าน เขียน คิดเลขกับครูหรือพ่อแม่ที่มีคุณภาพในการฝึกสอน

ชักถามพัฒนาการที่ผ่านมาทุกด้าน

ชักประวัติถึงสิ่งที่เด็กได้รับความช่วยเหลือ ฝึกฝนมาก่อนทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน รวมถึงระยะเวลาที่ใช้ฝึก และผลลัพธ์จากการฝึกฝน

ผลกระทบต่อการเรียนรู้ การทำงาน และการใช้ชีวิตประจำวัน ถามความเสี่ยงในช่วงวัยอนุบาล เช่น มีปัญหาการพูดและการสื่อสาร สมาธิสั้น ใช้มือขม่งาม โรคทางกาย ที่ส่งผลทำให้การเรียนรู้เสียหาย เช่น โรคลมชัก ปัญหาสายตาดูการได้ยินเสียง เป็นต้น

ชักถามวิธีการเลี้ยงดู ระยะเวลาแต่ละวันที่พ่อแม่ฝึกอ่าน เขียน คิดเลขกับลูก วิธีการฝึกฝนและวิธีที่ใช้ในการส่งเสริมการเรียนรู้ รวมทั้งถามถึงความสัมพันธ์ในครอบครัวและเหตุการณ์รุนแรงในชีวิตของเด็ก รวมทั้งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สังคม จากการที่เด็กมีความสามารถบกพร่องด้านการเรียน

2. ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต ประเมินระดับพัฒนาการ/ความสามารถของเด็กด้านต่าง ๆ

3. การตรวจทางจิตวิทยาตามมาตรฐานในประเทศไทย พ.ศ. 2567 แพทย์สามารถพิจารณาส่งตรวจทางจิตวิทยาในบางกรณีเพื่อช่วยในการวินิจฉัย เช่น

- เครื่องมือวัดระดับสติปัญญา โดยใช้แบบทดสอบมาตรฐาน โดยนักจิตวิทยา
- แบบประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Thai Achievement Test) ซึ่งจะประเมินความสามารถในด้านการอ่าน เขียน คำนวณ
- แบบประเมิน Bender Gestalt Test เพื่อบ่งชี้ว่ามีความบกพร่องในการทำงานของสมอง เป็นต้น

ข้อแม้ในการวินิจฉัย

1. ตามมาตรฐานสากล การวินิจฉัยเด็กว่ามีความพิการทางการเรียนรู้ (SLD) นั้น จะต้องใช้ความเห็นจากสหวิชาชีพหลัก อย่างน้อย 3 ด้านขึ้นไป คือ คุณครูประจำชั้นหรือคุณครูการศึกษาพิเศษ นักจิตวิทยา จิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่นหรือกุมารแพทย์สาขาพัฒนาการ

2. ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่สามารถวินิจฉัยโรค SLD เพียงแค่ใช้แค่ผลการตรวจวัดระดับสติปัญญา (IQ) และหลักฐานด้านการเรียน (สมุดพก สมุดงาน เอกสารชิ้นงาน รายงานจากแบบคัดกรองโรค SLD ของกระทรวงศึกษาธิการ

ผลการตรวจจากสหวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย (นักแก้ไขการพูด)) โดยไม่มีการซักประวัติหรือตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต จากแพทย์ แต่สามารถนำมาประกอบช่วยในการวินิจฉัยได้และแพทย์สามารถวินิจฉัยโดยใช้ Clinical Diagnosis โดยไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือมาตรฐานทางจิตวิทยาเพื่อวัดระดับสติปัญญา หรือ Thai Achievement Test ทุกราย

3. โรค SLD จะมีความพิการต่อเมื่อความบกพร่องมีความรุนแรงตั้งแต่ระดับกลางขึ้นไปเท่านั้น รายละเอียดของความรุนแรงมีดังนี้

3.1 ความรุนแรงระดับกลาง หมายถึง มีความบกพร่องในทักษะการอ่าน เขียน คำนวณชัดเจน >1 ด้าน โดยที่ไม่สามารถเรียนต่อได้ในระบบการเรียนการสอนตามปกติ ต้องการการฝึกฝนแบบเข้มข้นโดยครูการศึกษาพิเศษ ปรับตารางการเรียนเพื่อประโยชน์ต่อเด็กเฉพาะคน (Individual Educational Program) หรือใช้ Support Service ในการเรียนแต่ละวันทั้งที่ห้องเรียน ที่บ้าน จึงจะสามารถเรียนต่อไปได้

3.2 ความรุนแรงระดับสูง หมายถึง เด็กอ่าน เขียนไม่ได้ หรือคิดเลขไม่ได้ จนไม่สามารถเรียนได้ในระบบการศึกษาปกติ ต้องจัดการศึกษาเฉพาะตัวโดยครูการศึกษาพิเศษตลอดเวลาที่เรียน ทั้งในห้องเรียน ห้องกิจกรรมพิเศษ หรือใช้ Support Service และที่บ้าน

4. ความพิการทางการเรียนรู้ไม่สามารถพิจารณาได้จากเกณฑ์ความพิการเชิงประจักษ์ ตามประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จึงไม่สามารถพิจารณาจากรูปลักษณะภายนอกหรือรูปถ่ายของผู้ป่วย การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการทางการเรียนรู้จึงต้องทำโดยแพทย์ทุก 8 ปี

5. สถานการณ์ปัจจุบัน แพทย์จะให้การวินิจฉัยความพิการทางการเรียนรู้ในช่วงอายุที่บุคคลนั้นยังอยู่ในระบบการศึกษาเท่านั้น เนื่องจากข้อจำกัดในปริมาณแพทย์ ยกเว้นในกรณีที่เด็ก SLD ได้รับการรักษาตั้งแต่ช่วงวัยเรียน เมื่อเติบโตขึ้นจนพ้นเวลาศึกษาตามเกณฑ์ แต่แพทย์ผู้รักษายังสามารถต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการเพื่อให้ยังได้รับสิทธิทางสังคมไปตลอดชีวิต

แนวทางการออกเอกสารรับรองความพิการ

จุดมุ่งหมายของการออกใบรับรองความพิการทางการเรียนรู้นั้น เพื่อให้เด็กได้รับสิทธิในทางศึกษาที่ตรงกับความบกพร่อง เพื่อให้สามารถเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ต่อไปได้ เมื่อแพทย์ระบุว่าเด็กมีความพิการทางการเรียนรู้ ควรลงรายละเอียดว่ามีความบกพร่องในด้านการอ่าน หรือเขียน หรือด้านคำนวณ เพื่อที่นำไปจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมโดยเฉพาะการทำ Individualized Educational Program (IEP) และเพิ่มทักษะด้านอื่นที่จำเป็นในการดำรงชีวิตต่อไป

ผลกระทบของโรค SLD ต่อเด็ก

แม้ว่าโรค SLD จะมีความบกพร่องของระบบประสาทส่วนหนึ่ง และไม่เห็นความพิการได้ด้วยตาเปล่า แต่ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและช่วยเหลือทางการแพทย์และทางการศึกษา อาจส่งผลกระทบต่อเด็กในระยะยาวไปตลอดชีวิต เช่น

1. มองตัวเองไม่ดี มองเห็นข้อบกพร่องของตัวเองที่แตกต่างจากเพื่อน ไม่สามารถเอาชนะข้อบกพร่องได้ มองตัวเองเป็นคนโง่ มีปมด้อย ล้มเหลว พินอานมณไม่ดี ยิ่งเรียนยิ่งทำไม่ได้ เป็นคนไม่ดี

2. คิดว่าตัวเองเรียนรู้ไม่ได้และไม่รู้วิธีที่จะเรียนรู้ต่อไป เด็กไม่เข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นกับตัวเอง ทำให้เรียนแตกต่างจากเพื่อน และคนรอบข้างก็ช่วยเหลือเด็กไม่ได้
3. มีความสามารถโดยรวมต่ำกว่าเพื่อน เด็กจะถูกพ่อแม่เคี่ยวเข็ญในเรื่องการเรียนพิเศษเพิ่มขึ้นจนขาดโอกาสทำกิจกรรมและเพิ่มความสามารถในด้านอื่น
4. ถูกคาดหวัง รู้สึกว่าถูกกดดันจากที่บ้านและที่โรงเรียน พ่อแม่ไม่เข้าใจปัญหาจึงไปดุด่า ตำหนิ เคี่ยวเข็ญทำให้น้อยใจ เสียใจ มีพฤติกรรมดื้อ ต่อต้าน ก้าวร้าว หนีเรียนตามมา
5. สร้างสัมพันธภาพกับครูไม่ได้ดี สาเหตุจากความไม่เข้าใจปัญหาของครูหรือครูไม่ยอมรับความบกพร่องของเด็ก จึงสอนและจัดสอบด้วยวิธีการปกติ ผลสอบไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง เด็กจึงถูกครูดุด่า ตำหนิ เคี่ยวเข็ญหรือไม่ให้ความสนใจ ปล่อยปละละเลย ขาดโอกาสเรียนรู้ ถูกออกจากระบบการศึกษาเร็วกว่ากำหนด
6. เพื่อนล้อเลียน ล้อเรื่อง que เด็กแก้ไขอะไรไม่ได้ ถูกตัดโอกาสสนุกในการเล่นกับเพื่อนเพราะต้องเรียนพิเศษเพิ่มขึ้น และถ้าถูกออกจากระบบการศึกษาเร็วกว่ากำหนดเท่ากับถูกตัดความสัมพันธ์กับเพื่อน ชีวิตที่ไม่มีเพื่อนหรือเพื่อนไม่เข้าใจจะเจ็บเหงาและไม่มีความสุข
7. ขาดความรู้และทักษะ เข้าสู่ระบบการทำงานในอายุน้อย ทำงานในระดับใช้แรงงาน มีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหา ยาเสพติด เหล้า บุหรี่

แนวทางการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ

แม้ว่าโรค SLD จะติดตัวตลอดชีวิต จุดมุ่งหมายในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อรักษาโรคที่พบร่วม พัฒนาความสามารถในการอ่าน เขียน คำนวณให้เพิ่มขึ้นได้แม้ไม่เท่าเด็กปกติ ส่งเสริมให้เด็กมีความรู้และมีความสามารถในด้านต่าง ๆ มากพอในการประกอบอาชีพและดำเนินชีวิตต่อไปได้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แนวทางช่วยเหลือพ่อแม่

- 1.1 อธิบายให้พ่อแม่เข้าใจรายละเอียดของโรคและข้อจำกัดของเด็กในการเรียนรู้ ให้โอกาสซักถามจนพ่อแม่เข้าใจ ยอมรับโรคและข้อจำกัดของเด็ก ปรับความคาดหวังที่พ่อแม่มีต่อเด็กตามสภาพความเป็นจริง
- 1.2 ให้ความรู้ผ่านเอกสาร แผ่นพับ คู่มือ หรือทำการฝึกอบรมพ่อแม่เพื่อให้ได้ทั้งความรู้และมีทักษะในการฝึกฝนเด็กต่อไป
- 1.3 Parental Group Support & Training เพื่อให้พ่อแม่มีเพื่อน และปรับวิธีการเลี้ยงดูให้สอดคล้องเหมาะสม และปรับเปลี่ยนวิธีการช่วยเหลือด้านการเรียน
- 1.4 ส่งเสริมความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว โดยเปิดโอกาสให้พ่อแม่ซักถามและปรับมุมมองและทำความเข้าใจต่อปัญหาที่ถูกต้อง แก้ไขความสัมพันธ์ในครอบครัว พ่อแม่ส่วนใหญ่วิตกกังวลและตึงเครียดจากปัญหาการเรียนของเด็ก ควรให้เวลาพ่อแม่ได้ระบายความคับข้องใจ ประคับประคองจิตใจและให้กำลังใจเป็นระยะ ช่วยพ่อแม่วางแผนแก้ปัญหาทุกด้านของเด็กไปพร้อมกันและปรับแนวคิดในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ชี้ให้พ่อแม่เห็นข้อดีในตัวเด็ก
- 1.5 ปรับเปลี่ยนวิธีเลี้ยงเด็กของผู้ปกครอง โดยลดการตามใจหรือให้ความช่วยเหลือมากเกินไป ฝึกฝนให้มีความสามารถรอบด้านและปรับวิธีการฝึกสอน จากเดิมที่มุ่งเน้นการตำหนิ ลงโทษ คาดโทษ มาเป็นความสนใจที่จะช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ชื่นชม ให้ช่วยเหลือทำงานบ้าน ฝึกให้เป็นคนอดทน ไม่เกียจคร้าน รับผิดชอบ มีน้ำใจ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กมีแรงจูงใจใฝ่เรียนรู้และประสบความสำเร็จในชีวิต

1.6 สนับสนุนให้พ่อแม่ได้มีส่วนร่วมในโรงเรียน ในสังคม ให้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผน Individual Educational Program (IEP) ร่วมกับครูประจำชั้นและครูการศึกษาพิเศษ

2. แนวทางการช่วยเหลือเด็ก มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เด็กเข้าใจตนเองและพัฒนาตนเองต่อไปได้

2.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเด็กและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกผิดหวัง เสียใจ และช่วยให้เกิดแนวคิดในการเรียนรู้ต่อไปในอนาคต เปิดโอกาสให้เด็กได้ระบายความรู้สึก ให้เด็กซักถามเรื่องที่คับข้องใจ

2.2 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค Specific Learning Disorders ให้เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรค และผลกระทบที่มีต่อตนเอง

2.3 ชี้ให้เห็นความสามารถของตนเอง ให้รู้ว่าตัวเองฉลาด เรียนรู้ต่อไปได้ แต่ต้องใช้เทคนิคการเรียนอื่นที่แตกต่างจากเพื่อน ช่วยเด็กหาทางออกที่เหมาะสม ให้โอกาสพบกลุ่มเด็กอื่นที่มีปัญหาล้ายกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการในการเรียนรู้ต่อไปและสร้างให้เกิดกำลังใจในการเรียนรู้ต่อ

2.4 ฝึกฝนทักษะด้านการเรียน เช่น ฝึกอ่านหนังสือ เขียน คำนวณ โดยครูการศึกษาพิเศษ และฝึกให้เด็กใช้อุปกรณ์ช่วยเรียน เช่น เครื่องอัดเทป โทรศัพท์ เครื่องช่วยพิมพ์ผ่านการพูด คอมพิวเตอร์และ Software ที่ช่วยในการเรียน (โปรแกรมอ่านไทย เขียนไทย) เครื่องคิดเลข ลูกคิด เป็นต้น

2.5 พัฒนาความสามารถรอบด้าน พัฒนาความสามารถทุกด้าน เช่น กีฬา ดนตรี ศิลปะ การใช้เครื่องมือช่าง การทำกิจกรรม การใช้ภาษา การใช้คอมพิวเตอร์ การช่วยเหลือแก้ปัญหาด้วยตัวเอง ส่งเสริมทักษะทางสังคม เปิดโอกาสให้มีประสบการณ์ตรงในหลายเรื่อง เพื่อเพิ่มความมั่นใจในตนเองและเป็นที่ยอมรับ ส่งผลให้เด็กมีความสุข ภูมิใจ เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ และสามารถยอมรับข้อจำกัดของตนเอง

2.6 พัฒนาจุดด้อยโดยฝึกกิจกรรมบำบัด Sensory Integration ศิลปะบำบัด ดนตรี บำบัด ฝึกฝนทักษะที่มาขัดขวางด้านการเรียนรู้ เช่น ฝึกพูด ฝึกทักษะการใช้มือ และการทำงานประสานระหว่างมือกับตา (Visual-spatial) ฝึกฝนทักษะเฉพาะที่บกพร่องโดยครูการศึกษาพิเศษ เช่น การอ่าน สะกด คำนวณ

3. รักษาโรคที่พบร่วม เช่น โรคสมาธิสั้น โรควิตกกังวลหรือซึมเศร้า พูดไม่ชัด เป็นต้น

4. รักษาสิทธิที่เด็กพึงได้รับและปกป้องคุ้มครองสิทธิของเด็ก ออกใบรับรองความพิการเพื่อให้เด็กมีสิทธิได้รับการศึกษาพิเศษและการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลของรัฐ และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (ทีมพ่อแม่ ทีมแพทย์ ทีมการศึกษา สมาคมคนพิการที่เกี่ยวข้อง เช่น สมาคมส่งเสริมศักยภาพบุคคลบกพร่องทางการเรียนรู้แห่งประเทศไทย หรือสมาคมผู้ปกครองบุคคลบกพร่องทางการเรียนรู้ เป็นต้น) ต้องตรวจสอบผลการประเมินการให้ความช่วยเหลือเด็กในระบบการศึกษาว่าได้รับความช่วยเหลือตามสิทธิก้าวหน้าหรือไม่ เพราะอะไรจึงไม่ได้รับ

5. ประสานการทำงานกับโรงเรียน ส่งเสริมและช่วยเหลือครูโดย

5.1 ถ่ายทอดความรู้เรื่องโรคแก่คุณครูและพ่อแม่ผู้ปกครองในโรงเรียนเกี่ยวกับลักษณะของโรค การดำเนินโรค แนวทางการช่วยเหลือ ข้อจำกัด ความแตกต่างของอาการในเด็กแต่ละคน รวมทั้งผลกระทบที่มีต่อเด็กระยะสั้นและยาว

5.2 เชื่อมโยงข้อมูลวิชาการ เช่น ข้อมูลเรื่องโรค Specific Learning Disorders ผลิตเอกสาร คู่มือ ข้อมูลในระบบ IT แหล่งความรู้ ทำให้ครูสามารถเข้าถึงข้อมูลสำคัญและนำไปเผยแพร่เพื่อช่วยเหลือพ่อแม่ได้สะดวก

5.3 เปิดโอกาสให้ครูได้ระบายความรู้สึก เห็นใจ และให้กำลังใจครูเป็นระยะ

5.4 ส่งเสริมการพัฒนาเทคนิคการสอนรูปแบบใหม่ เช่น Proactive Learning, Group Participation, Positive Schooling เป็นต้น ใช้แรงเสริมอย่างมีประสิทธิภาพ ฝึกคิดทำในรูปแบบใหม่ ใช้คอมพิวเตอร์ สื่อจากภาพ มาช่วยสอน ใช้คำสั่งที่สั้นและเข้าใจง่าย ทบทวนบทเรียนบ่อย ๆ และแจ้งผลการเรียนให้เด็กรู้โดยเร็ว

5.5 เน้นให้โรงเรียนมีการฝึกสอนให้อ่านหนังสือเพิ่มเติม (Remediation Therapy) สม่ำเสมอทั้งที่บ้าน และที่โรงเรียน แบบตัวต่อตัว หรือเป็นกลุ่มย่อยในห้องเรียนพิเศษ (Resource Room) ทั้งช่วงเวลาเปิดเทอมและปิดเทอม

5.6 ส่งเสริมให้โรงเรียนปรับเกณฑ์และวิธีการที่ใช้ประเมินผล เช่น ใช้ระบบ Progressive โดยเด็กแข่งกับตัวเอง นำวิธีการประเมินผลโดยวิธี Response to Intervention (RTI) มาใช้ประเมินโดยการเปรียบเทียบกับความสามารถของเด็กเองก่อนเรียนเป็นช่วงชั้น วัดความก้าวหน้าของเด็กเป็นหลัก โดยไม่ต้องถูกตัดเกรดกับเพื่อน หรือบางรายควรได้เวลาเพิ่มขึ้นหรือแยกสอบตัวต่อตัว กรณีที่เขียนไม่ได้ให้ใช้การสอบปากเปล่า หรืออ่านใจให้เด็กฟังกรณีที่เด็กอ่านหนังสือไม่ได้ เป็นต้น

5.7 เขียนแผนการเรียนรู้รายบุคคล (Individualized Educational Plan-IEP) เพื่อให้สอนชัดเจนและวัดผลได้ตรง สอนซ้ำ ๆ จนเด็กก้าวหน้าทีละขั้น ให้กำลังใจและชมเชยเป็นระยะ และใช้วิธีการสอนหลายรูปแบบ สอนทั้งที่บ้าน และที่โรงเรียน สอนให้ตรงช่องทาง (Channel) ที่เด็กรับรู้ได้ เช่น เด็กมีปัญหาในการรับฟัง ก็ใช้ภาพในการสอนเพิ่มขึ้น หากเด็กมีปัญหาในเห็นภาพ (เช่น อ่านไม่ได้) ก็สอนโดยอ่านหนังสือให้ฟัง หรือให้ศึกษาจากสื่อ VDO ที่มีทั้งภาพ และเสียง เป็นต้น

5.8 ส่งเสริมให้โรงเรียนมีทีมการประเมินเด็กที่มีปัญหาโดยใช้สหวิชาชีพ (นักจิตวิทยา ครูการศึกษาพิเศษ นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น) ให้ความรู้และช่วยเหลือในระดับต้น โดยทำงานร่วมกับครูประจำชั้น พ่อแม่ และติดตาม ประเมินผลจากการให้ความช่วยเหลือทางการเรียน และสิทธิในการได้รับอุปกรณ์ช่วยเรียน ในกลุ่มที่มีปัญหาการเขียน ใช้เครื่องพิมพ์ดีด คอมพิวเตอร์ มาช่วย ในกลุ่มที่มีปัญหาการอ่าน ใช้คอมพิวเตอร์ เทป VDO, MP3 หรือกลุ่มที่มีปัญหา คำนวณ ให้ใช้คอมพิวเตอร์ เครื่องคิดเลข เป็นต้น ในกรณีที่เด็กไม่ได้รับความช่วยเหลือตามสิทธิที่โรงเรียนควรทำหนังสือ เรียกร้องต่อคณะกรรมการการศึกษาของโรงเรียน

6. แนะนำด้านการฝึกอาชีพ การเรียนต่อในสายอาชีพเมื่อจบชั้นมัธยมศึกษาภาคบังคับ

แบบประเมินสมรรถภาพความพิการทางการเรียนรู้ ตามแนวทางของ ICF⁽²⁾

ความพิการทางการเรียนรู้ สามารถใช้รหัส ICF 7 ด้าน ในการประเมิน ดังนี้

b140 การทำงานด้านความสนใจ (Attention Functions)

d140 การเรียนรู้ในการอ่าน (Learning to Read)

d145 การเรียนรู้ในการเขียน (Learning to Write)

d150 การเรียนรู้ในการคำนวณ (Learning to Calculate)

d720 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน (Complex Interpersonal Interactions)

d810 การศึกษานอกระบบ (Informal Education)

d820 การศึกษาในโรงเรียน (School Education)

กรณีตัวอย่าง

เด็กหญิง เรียนหนังสือในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีปัญหาในการเรียนอย่างมาก สอบตก โดนเพื่อนล้อว่าโง่ เพราะอ่านหนังสือได้น้อย เขียนหนังสือผิด ๆ ถูก ๆ โดนครูดุว่ามาตลอด ไม่สนใจในการทำงานอื่นดี ยกเว้นเวลาอ่านหนังสือ คิดเลขเก่ง ครูบอกแม่ว่าเมื่อจบชั้นนี้ต้องออกจากโรงเรียน เพราะครูไม่รู้ว่าสอนอย่างไร สอนไม่ได้ทั้ง ๆ ที่

ฉลาด เรียนรู้อย่างอื่นได้เร็วมาก ยกเว้นการเรียน ขยันแต่เรียนไม่ได้เอง พ่อแม่เลี้ยงดูและฝึกสอนดีมาตลอด เพื่อนเยอะ ร่าเริงดี ผลการตรวจพบว่า เด็กฉลาด IQ 108 ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสืออยู่ที่ชั้น ป.1 การคำนวณ อยู่ที่ชั้น ป.6

การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุ Mixed Disorder of Scholastic Skills

สรุปว่า มีความพิการทางการเรียนรู้

แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการเรียนรู้ตามแนวทางของ ICF

ระดับความบกพร่องในการทำงาน/ความลำบากในการทำกิจกรรม			.0	.1	.2	.3	.4	.8	.9
1.	b140	การทำงานด้านความสนใจ (Attention Functions)	✓						
2.	d140	การเรียนรู้ในการอ่าน (Learning to Read)				✓			
3.	d145	การเรียนรู้ในการเขียน (Learning to Write)				✓			
4.	d150	การเรียนรู้ในการคำนวณ (Learning to Calculate)	✓						
5.	d720	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน (Complex Interpersonal Interactions)	✓						
6.	d810	การศึกษานอกระบบ (Informal Education)	✓						
7.	d820	การศึกษาในโรงเรียน (School Education)					✓		

บทที่ 7



บทที่ 7 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการออทิสติก

คำนิยามตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์⁽¹⁾

ความพิการออทิสติก หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องในการทำงานของสมอง ทำให้มีข้อจำกัดในการสื่อสารทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในหลากหลายบริบท มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัดซ้ำ ๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคออทิสติกในระดับสากล

ความพิการประเภทนี้ จึงมีความหมายครอบคลุมถึง การวินิจฉัยโรคออทิสติกทุกสเปกตรัม ทุกระดับความรุนแรง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Autism Spectrum Disorder ในคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน หรือในระบบการวินิจฉัยโรค ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ขององค์การอนามัยโลก (ชื่อการวินิจฉัยเดิม คือ Pervasive Developmental Disorders)

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสติก

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสติกซึ่งใช้ในระดับสากล อ้างอิงตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับล่าสุด คือ ฉบับที่ 5 ฉบับปรับปรุงข้อความ หรือ Text Revision (DSM-5-TR, 2022) จัดออทิสติกทุกสเปกตรัมอยู่ในกลุ่มการวินิจฉัยที่เรียกว่า “Autism Spectrum Disorder” โดยกำหนดหลักเกณฑ์ ดังนี้

A. มีความบกพร่องอย่างชัดเจนในการสื่อสารทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในหลากหลายบริบท โดยแสดงออกทุกข้อ ดังนี้ (ภาวะปัจจุบันหรือจากประวัติก็ได้)

1. **บกพร่องในการตอบสนองทางอารมณ์และสังคม (Social-emotional Reciprocity)** ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่การเข้าหาผู้อื่นอย่างผิดปกติ ไม่สามารถสนทนา ไม่แสดงความสนใจ อารมณ์หรือความรู้สึกร่วมกับผู้อื่น จนถึงไม่เริ่มต้นที่จะมี หรือไม่ตอบสนองปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น

2. **บกพร่องในการใช้ภาษาท่าทาง** เพื่อการสื่อสารทางสังคม ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่การใช้ภาษาท่าทางที่ไม่เข้ากับภาษาพูด มีการสบตาหรือการสื่อสารด้วยภาษาท่าทางที่ผิดปกติ ไม่ค่อยใช้หรือเข้าใจภาษาท่าทางของผู้อื่น จนถึงไม่แสดงสีหน้าหรือสื่อสารด้วยภาษาท่าทาง

3. **บกพร่องในการพัฒนา** คงไว้ และเข้าใจในสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมตามบริบททางสังคมที่มีความหลากหลาย มีความยากลำบากในการเล่นตามจินตนาการร่วมกับผู้อื่น หรือมีความยากลำบากในการคบเพื่อน จนถึงไม่สนใจในกลุ่มเพื่อนเลย

B. มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัดซ้ำ ๆ โดยแสดงออกอย่างน้อย 2 ข้อ ดังนี้

1. มีการเคลื่อนไหว พุดจา หรือใช้วัตถุสิ่งของซ้ำ ๆ หรือแกว่งไปแกว่งมาเป็นวงรอบ (เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายโยกไปโยกมาซ้ำ ๆ เอาของเล่นมาวางเรียงกัน หมุนวัตถุ พุดทวนคำพูดของผู้อื่น หรือพุดแปลก ๆ ที่เป็นภาษาของตนเองไม่มีความหมาย หรือมีความหมายเฉพาะที่ตนเองเข้าใจ)

2. แบบแผนคำพูดหรือพฤติกรรมไม่ยอมเปลี่ยนแปลงไปจากกิจวัตรที่เคยทำ ยึดติดในรูปแบบเดิม ๆ ไม่ยืดหยุ่น (เช่น แสดงความไม่พอใจอย่างมากเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของกิจวัตรประจำวันเพียงเล็กน้อย มีความยากลำบากในการเปลี่ยนจากกิจกรรมหนึ่งไปยังอีกกิจกรรม มีรูปแบบความคิดที่ตายตัว ไม่ยืดหยุ่น มีแบบแผนการตกทายเฉพาะตัว ต้องเดินทางด้วยเส้นทางเดิม หรือรับประทานอาหารแบบเดิมทุกวัน)

3. ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ มีจำกัด และยึดติดอย่างมาก ซึ่งเป็นภาวะที่ผิดปกติทั้งในแง่ของความรุนแรงหรือสิ่งที่สนใจ (เช่น หมกมุ่นหรือยึดติดกับวัตถุสิ่งของบางอย่างที่แตกต่างจากเด็กทั่วไป มีความสนใจหมกมุ่นวนเวียนอยู่ในบางเรื่องมากเกินไป)

4. ระบบรับสัมผัสไวเกินหรือเฉื่อยเกิน หรือสนใจตัวกระตุ้นระบบรับสัมผัสอย่างไม่เหมาะสม (เช่น ไม่รู้สึกถึงการเจ็บปวด หรือความแตกต่างของอุณหภูมิ มีการตอบสนองต่อเสียง หรือผิวสัมผัสมากเกินไป ชอบดม หรือสัมผัสกับวัตถุมากเกินไป ชอบจ้องมองแสง หรือสิ่งที่กำลังเคลื่อนไหวเป็นอย่างมาก)

C. อาการแสดงออกในช่วงแรกของวัยแห่งการพัฒนา (Early Developmental Period) แสดงออกชัดเจนเมื่อความคาดหวังทางสังคมเกินกว่าความสามารถที่มีอย่างจำกัด

D. อาการส่งผลต่อความบกพร่องในด้านสังคม อาชีพ หรือหน้าที่การทำงานอื่นที่สำคัญ

E. ไม่สามารถอธิบายจากความบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability) หรือความล่าช้าทางการพัฒนาการทุกด้าน (Global Developmental Delay)

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยนี้ ให้ระบุอาการที่พบร่วมด้วย เช่น ความบกพร่องทางสติปัญญา ความบกพร่องทางภาษา และความสัมพันธ์กับโรคทางอายุรกรรม พันธุกรรม ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ความผิดปกติของการพัฒนาระบบประสาท จิตใจ และพฤติกรรมอื่น ๆ

ภาวะที่มักพบร่วมด้วยในออทิสติก

มีหลายภาวะโรคหรืออาการ ที่สามารถพบร่วมด้วยในเด็กออทิสติกสูงกว่าเด็กทั่วไป ซึ่งภาวะเหล่านี้ไม่ใช่อาการหลักที่บ่งชี้ว่าเด็กเป็นออทิสติกหรือไม่ การประเมินภาวะเหล่านี้ ช่วยให้สามารถวางแผนการดูแลรักษาได้อย่างครอบคลุม ภาวะที่พบร่วมได้ มีดังนี้

1. ความบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability) เด็กออทิสติกส่วนหนึ่งจะมีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมด้วย พบได้ถึงร้อยละ 35 ซึ่งมีตั้งแต่ระดับความรุนแรงน้อยจนถึงระดับรุนแรงมาก ในรายที่เป็นมากจะมีพัฒนาการล่าช้าอย่างชัดเจนในช่วงปฐมวัย

2. พัฒนาการด้านภาษาล่าช้า (Delayed Language Development) เด็กออทิสติกมักพบว่ามีพัฒนาการด้านภาษา โดยเฉพาะการสื่อสารภาษาล่าช้า พัฒนาไม่เป็นไปตามวัย อาจไม่พูด ไม่มีคำพูดที่มีความหมาย มีการพูดล่าช้า พูดเป็นคำหรือวลี พูดเป็นประโยคสั้น ๆ ไม่ต่อเนื่อง ไม่เป็นประโยคที่สมบูรณ์

3. สมาธิสั้น (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) เป็นโรคที่พบร่วมได้บ่อยในเด็กออทิสติก พบได้ร้อยละ 40 - 60 เด็กจะมีอาการซนมาก อยู่ไม่นิ่ง วิ่งร่วนตลอด นั่งไม่ติดที่ ปั่นปาย และไม่มีสมาธิจดจ่ออยู่กับกิจกรรมที่ทำ วอกแวกเปลี่ยนความสนใจง่าย ไม่สามารถนั่งฟังนิทานจนจบ

4. ความวิตกกังวล (Anxiety) เด็กที่เป็นออทิสติกจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าทั่วไป แสดงออกเป็นอาการรูปแบบต่าง ๆ คิดย้ำ ๆ พูดซ้ำ ๆ กับบางเรื่องมากเกินไป จนถึงคิดกังวลไปทุกเรื่อง ตื่นเต้นง่าย เวลาวิตกกังวลจะอยู่นาน ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมไม่ได้

5. ปัญหาการนอน (Sleep Problems) เด็กออทิสติกจะมีปัญหาการนอนรูปแบบต่าง ๆ สูงกว่าเด็กทั่วไป ทั้งเรื่องการนอนหลับยาก หลับไม่ต่อเนื่อง กระสับกระส่าย ละเมอ ปัญหาการนอนทำให้สุขภาพร่างกายของเด็กแยลง ปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมมากขึ้น และความเครียดในครอบครัวสูงขึ้น

6. ปัญหาระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Problems) เด็กออทิสติกบางคนจะมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร การย่อยอาหาร หรือภูมิแพ้ต่ออาหารบางชนิด ซึ่งพบได้มากกว่าปกติทั่วไป โดยมีอาการต่าง ๆ ได้แก่ ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเสีย ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น เมื่อเด็กมีอาการเหล่านี้มักไม่สามารถสื่อสารบอกเล่าอาการได้ จึงแสดงออกด้วยการร้องไห้ หรือหงุดหงิดมากกว่าปกติ

7. อาการชัก (Seizures) เด็กออทิสติกประมาณร้อยละ 4 - 32 มีโอกาสเกิดอาการชักร่วมด้วย ซึ่งพบว่ามีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมอง พบได้ทั้งในช่วงปฐมวัยและช่วงวัยรุ่น อาการชักพบได้เมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงที่เป็นวัยรุ่น ซึ่งอาจมีอาการไม่รู้ตัวไปชั่วขณะหนึ่ง เหม่อมองนิ่ง ๆ อยู่กับที่ หรือชักเกร็งกระตุก เมื่อสงสัยว่ามีอาการชักให้ส่งปรึกษาแพทย์ทันที

8. โรคทางพันธุกรรม (Genetic Diseases) พบว่ามีหลายโรคที่แสดงอาการของออทิสติกร่วมด้วย โรคทางพันธุกรรมที่พบได้ในเด็กที่เป็นออทิสติก เช่น Fragile X Syndrome, Tuberous Sclerosis และ Rett Syndrome (เดิมจัดเป็นกลุ่มย่อยหนึ่งของออทิสติก ในปัจจุบันจัดเป็นโรคทางพันธุกรรม ซึ่งพบได้น้อยมาก)

แนวทางการตรวจประเมินและวินิจฉัย

โรคออทิสติก จะมีอาการแตกต่างกันหลากหลาย แต่ก็มีลักษณะร่วมคล้ายกัน คือ อยู่ในโลกของตัวเองมาก สนใจสิ่งแวดล้อมน้อย มักเรียกไม่ค่อยหัน ไม่ค่อยสนใจใคร ไม่สบตาเวลาสนทนา ไม่แสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง มีการโต้ตอบน้อย เล่นไม่เหมาะสมตามวัย จินตนาการไม่เป็น พูดซ้ำหรือพูดไม่รู้เรื่อง พูดเป็นภาษาต่างดาว พูดแต่เรื่องที่ตนเองสนใจซ้ำ ๆ โดยไม่สนใจว่าจะมีใครสนใจฟัง ทำอะไรซ้ำ ๆ เป็นแบบแผน ไม่ยืดหยุ่น สนใจบางอย่างแบบหมกมุ่นมากเกินไป ไม่มีประโยชน์ ในรายที่อยู่ในโลกของตัวเองมาก จะกระตุ้นตัวเองเป็นระยะ เช่น หมุนตัว โยกตัว เขย่งเท้า สะบัดมือ เล่นมือ เล่นเสียง เป็นต้น

ในช่วงขวบปีแรกจะสังเกตได้ยาก เนื่องจากไม่มีลักษณะภายนอกผิดปกติสังเกต เด็กมักจะมองหน้า สบตา เรียกชื่อ ก็ไม่สนใจหันมอง หน้าตาเฉยเมย ไม่ยิ้มตอบ หรือหัวเราะตอบ ไม่ชอบให้อุ้ม ไม่แสดงท่าที่เรียกร้องความสนใจใด ๆ ไม่มีการเอ้าของเล่นมาอวด ค่อนข้างเงียบ ไม่ส่งเสียง เลี้ยงง่าย มีผู้ปกครองหลายคนยืนยันว่าช่วงขวบปีแรกไม่มีอาการอะไรที่ผิดปกติ แต่พอเริ่มพูดระยะหนึ่งแล้วเริ่มสังเกตเห็นว่าการชะงักหรือถดถอย และตอบสนองทางสังคมลดลง

อาการผิดปกติเริ่มสังเกตได้ชัดเจนขึ้นในช่วงขวบปีที่สอง เด็กยังไม่พูดเป็นคำที่มีความหมาย แต่จะพูดเป็นภาษาที่ไม่มีความหมาย ไม่สนใจของเล่น หรือการเล่นแบบจำกัดเฉพาะกับของเล่นแค่บางชิ้น ไม่สนใจในเรื่องที่คนรอบข้างกำลังสนใจอยู่ ไม่มีการเลียนแบบท่าทาง หรือพูดสื่อสาร ไม่แสดงสีหน้า ไม่ใช้ภาษาท่าทาง หรือชี้นิ้วบอกความต้องการของตนเอง เวลาอยากได้อะไรมักจะทำเอง หรือจูงมือพ่อแม่ไปหยิบโดยไม่ส่งเสียง ขอบจ้องมองสิ่งของที่เป็นแสงวาววับ แสงไฟ เงานที่กระเพื่อมไปมา หรือของหมุน ๆ เช่น พัดลม ล้อรถที่กำลังหมุน อาจเริ่มเล่นมือ สะบัดมือ หมุนตัว โยกตัว เขย่งเท้า มากขึ้น

นับจากขวบปีที่สามเป็นต้นไป อาการจะชัดเจนขึ้น และรุนแรงมากขึ้น ถ้าไม่ได้นำเข้าสู่กระบวนการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

เด็กที่ขาดการกระตุ้นมาก ๆ เช่น เด็กในสถานสงเคราะห์หรือบ้านเด็กกำพร้า อาจมีลักษณะอาการคล้ายกับออทิสติก เช่น แยกตัว หรือเข้าหาแบบไม่เหมาะสม แต่เมื่อมีการกระตุ้นอย่างเต็มที่ อาการก็จะเป็นปกติ ในขณะที่เด็กออทิสติกถึงแม้จะกระตุ้นเต็มที่แล้ว ก็ยังมีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่

การที่จะสรุปว่าเด็กเป็นออทิสติกหรือไม่ ถ้าอาการมาก อาการรุนแรง จะวินิจฉัยได้ไม่ยาก แต่ถ้าอาการน้อย จะวินิจฉัยยากมาก บางคนอาจต้องประเมินและติดตามระยะหนึ่ง จึงจะได้ข้อสรุปการวินิจฉัยที่แน่นอน

ในกรณีที่อาการไม่แสดงออกให้เห็นเด่นชัดตามเกณฑ์ ไม่แน่ใจในการวินิจฉัยโรค หรือแพทย์ที่รับตรวจประเมิน ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยออทิสติกมาก่อน ควรส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง เพื่อการตรวจประเมิน วินิจฉัย และออกใบรับรองความพิการต่อไป

แนวทางการซักประวัติ

ควรซักถามอาการที่พบในปัจจุบัน ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น ร่วมกับการซักประวัติพัฒนาการโดยละเอียด ประวัติการเจ็บป่วยทางร่างกาย ประวัติครอบครัว ประวัติโรคทางพันธุกรรม ประวัติการเลี้ยงดู

ควรแสดงให้เห็นถึงความบกพร่องในการสื่อสารทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีรูปแบบของพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัด ทำซ้ำ ๆ และคงรูปแบบเดิม ซึ่งเป็นอาการหลักของออทิสติก และเป็นความบกพร่องที่พบเป็นมาตั้งแต่เด็ก ไม่ได้เพิ่งมาเป็นในภายหลัง ทั้งนี้รวมถึงประวัติของอาการที่เคยพบเห็น ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะไม่พบอาการนั้นแล้วก็ตาม

แนวทางการตรวจร่างกายและสภาวะจิตใจ

การตรวจร่างกายทั่วไป เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นลักษณะองค์รวม และควรตรวจละเอียดในบางระบบ เช่น ระบบประสาท แต่ส่วนใหญ่ไม่พบว่ามีความผิดปกติทางร่างกาย

ตรวจประเมินระดับพัฒนาการ และตรวจประเมินสภาวะจิตใจ โดยมักพบว่ามีการตอบสนองทางสังคม น้อยกว่าปกติ เรียกไม่หัน หรือไม่สนใจเสียงเรียก มีการเล่นที่ไม่เหมาะสมตามวัย หรือมักไม่เล่นกับเพื่อนวัยเดียวกัน ไม่สนใจที่จะสื่อสารโต้ตอบหรือสนทนาด้วย ไม่มองหน้าหรือสบตาขณะสนทนาด้วย ไม่แสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง ขาดการตอบสนองทางอารมณ์ เป็นต้น

แนวทางการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการประเมิน และการตรวจวินิจฉัยความบกพร่อง

การวินิจฉัยโรคออทิสติก อ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยในระดับสากล แพทย์เป็นผู้สรุปการวินิจฉัย โดยอาศัยประวัติ และการตรวจประเมินอาการทางคลินิกเป็นหลัก ซึ่งอาจมีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ ในการประเมินเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

การใช้เครื่องมืออุปกรณ์นำมาใช้เพื่อคัดกรอง ประกอบการวินิจฉัย ประเมินอาการ และอาการที่มีร่วมด้วย แต่ไม่ได้นำมาใช้ในการยืนยันการวินิจฉัยโรคโดยตรง ซึ่งจะพิจารณาเลือกใช้ตามความเหมาะสมในแต่ละราย หรือไม่นำมาใช้ก็ได้ เครื่องมืออุปกรณ์ที่มีการนำมาใช้ในประเทศไทยในปัจจุบัน มีดังนี้

1. เครื่องมือคัดกรองออทิสติก นำมาใช้คัดกรองในกลุ่มเด็กปกติทั่วไป เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง หรือผู้ที่สงสัยว่า อาจจะเป็นออทิสติก ซึ่งจำเป็นต้องส่งต่อแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคต่อไปตามลำดับ ห้ามสรุปว่าเป็นออทิสติกหรือไม่ จากการใช้เครื่องมือเหล่านี้ เครื่องมือคัดกรองที่มีการนำมาใช้ในปัจจุบัน ได้แก่

- แบบสำรวจพัฒนาการเด็ก PDD SQ
(Pervasive Developmental Disorders Screening Questionnaire)
- แบบสอบถาม M-CHAT (Modified CHECKlist for Autism in Toddlers) ฉบับภาษาไทย
- แบบคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียนรู้ และออทิสซึม KUS-SI
(Kasetsart University Laboratory School - Siriraj Hospital)
- แบบคัดกรองบุคคลที่มีความต้องการพิเศษทางการศึกษา ด้านออทิสติก กระทรวงศึกษาธิการ
- แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ บกพร่องของทักษะการเรียนรู้ โรคสมาธิสั้น และกลุ่มอาการออทิสซึม สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

2. เครื่องมือช่วยในการวินิจฉัยออทิสติก นำมาใช้เพื่อรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบการวินิจฉัย ในเด็กที่สงสัยว่าเป็นออทิสติก หลังจากสรุปผลคะแนนจากเครื่องมือนี้แล้ว จำเป็นต้องส่งต่อแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคต่อไปตามลำดับ ห้ามสรุปว่าเป็นออทิสติกหรือไม่จากการใช้เครื่องมือเหล่านี้ เครื่องมือที่มีการนำมาใช้ในปัจจุบัน คือ เครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย TDAS (Thai Diagnostic Autism Scale) ใช้สำหรับเด็กอายุ 12 - 48 เดือน ซึ่งประกอบด้วยการสังเกตพฤติกรรม และการสัมภาษณ์ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล

3. แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการ และการให้รหัส ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) สำหรับคนพิการที่มารับเอกสารรับรองความพิการ เพื่อจดทะเบียนคนพิการ ตามพระราชบัญญัติ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ สามารถนำมาใช้ประเมินหลังจากที่แพทย์สรุปการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก และออกเอกสารรับรองความพิการแล้ว ทำเพื่อแสดงถึงระดับความบกพร่อง หรือระดับความสามารถในการทำกิจกรรม หรือการมีส่วนร่วม

4. แบบทดสอบระดับสติปัญญา (Intelligence Test) พิจารณาใช้ตามความเหมาะสม เพื่อประกอบในการ ประเมินระดับความสามารถทางสติปัญญา และวางแผนดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็น ทั้งนี้ต้องพิจารณาความพร้อม และความร่วมมือในการทำแบบทดสอบประกอบด้วย

5. แบบประเมินระดับพัฒนาการ (Developmental Test) พิจารณาตามความเหมาะสม เพื่อประกอบในการ ประเมินระดับพัฒนาการแต่ละด้าน และวางแผนดูแลช่วยเหลือตามความเหมาะสมกับระดับพัฒนาการ

6. การตรวจการได้ยิน พิจารณาตามความเหมาะสม เพื่อคัดแยกปัญหาการได้ยิน ในกรณีที่สงสัย

7. การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography - EEG) และการตรวจพิเศษอื่น ๆ เกี่ยวกับโครงสร้าง และการทำงานของสมอง พิจารณาตามความจำเป็น โดยเฉพาะรายที่สงสัยว่ามีอาการชักร่วมด้วย

8. การส่งตรวจทางพันธุกรรม ในกรณีที่มิชอบซึ่งที่ควรนึกถึงสาเหตุทางพันธุกรรม เช่น สังเกตพบลักษณะ ผิดปกติต่าง ๆ (Dysmorphic Features) ให้เห็นชัดเจน หรือตรวจร่างกายพบลักษณะความผิดปกติของระบบการทำงาน ในร่างกาย

แนวทางการออกเอกสารรับรองความพิการ

ระบุว่ามีความพิการออทิสติกหรือไม่ โดยอ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสติกซึ่งกำหนดไว้ในระดับสากล เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกแล้ว สามารถออกใบรับรองความพิการ ประเภทความพิการออทิสติก ได้ทุกระดับความรุนแรง ทั้งนี้เป็นไปตามความประสงค์ของผู้ที่เป็นออทิสติกหรือผู้ปกครอง

ผู้ที่เป็นออทิสติกจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ ไม่ว่าจะมึระดับความรุนแรงมากหรือน้อยก็ตาม ถ้าระดับความรุนแรงมากก็ยิ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น

แนวทางการประเมินสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

ไม่สามารถพิจารณาออทิสติกได้จากเกณฑ์ความพิการเชิงประจักษ์ ตามประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

การพิจารณาเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการ ประเภทความพิการออทิสติก ไม่สามารถพิจารณาจากใบสกรีนหรือรูปถ่ายของผู้ป่วย

แนวทางการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาออทิสติกที่จำเพาะเจาะจงให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นได้เต็มตามศักยภาพของเขา จนสามารถเรียนรู้ ปรับตัว ประกอบอาชีพ และใช้ชีวิตอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับในอดีตแล้วพบว่ามีผลแตกต่างกันอย่างชัดเจน

การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ถูกต้องตามหลักวิชาการ ถ้าเริ่มทำตั้งแต่ช่วงอายุ 3 ขวบปีแรก พบว่าได้ผลดีกว่าการรักษาที่ล่าช้ากว่านั้น ดังนั้นการวินิจฉัยโรคได้เร็ว เริ่มให้การดูแลช่วยเหลือตั้งแต่อายุน้อย และทำอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด

การดูแลรักษาออทิสติก จำเป็นต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และทีมงานผู้เชี่ยวชาญจากสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย นักจิตวิทยาคลินิก (Clinical Psychologist) พยาบาลจิตเวชเด็ก (Child Psychiatric Nurse) นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย (Speech Therapist) นักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist) ครูการศึกษาพิเศษ (Special Educator) นักสังคมสงเคราะห์ (Social Worker) ฯลฯ หัวใจสำคัญไม่ได้อยู่ที่ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น แต่อยู่ที่ครอบครัวว่าจะสามารถนำวิธีการบำบัดรักษาต่าง ๆ ที่ได้รับ มาประยุกต์ใช้ที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องหรือไม่

การดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่เป็นออทิสติก ไม่มีวิธีการใดที่ดีที่สุด หรือยอดเยี่ยมที่สุดเพียงวิธีการเดียว และไม่มีรูปแบบที่เป็นสูตรสำเร็จรูปแบบเดียวที่ใช้ได้กับทุกคน แต่ต้องเป็นการดูแลรักษาแบบบูรณาการ ซึ่งมีแนวทาง ดังนี้

1. ตรวจประเมินอาการ อาการที่พบร่วม ส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมตามความจำเป็น วางแผนการดูแลรักษา และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง
2. เสริมสร้างศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ให้ความรู้ ให้การปรึกษา และช่วยเหลือครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกก่อนเริ่มการบำบัดรักษาเด็ก
3. ส่งเสริมพัฒนาการ ทักษะการเรียนรู้ด้านต่าง ๆ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กิจกรรมบำบัด แก้ไขการพูด ฯลฯ ตามความจำเป็นของเด็กแต่ละคนที่แตกต่างกันไป โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

4. เสริมสร้างทักษะสังคม และพัฒนาศักยภาพด้านอื่น ๆ
5. ให้คำปรึกษา จัดบำบัด ครอบครัวยุติ ตามสภาพปัญหาและความจำเป็น
6. การรักษาด้วยยา นำมาใช้รักษาโรคหรืออาการที่พบร่วม เช่น สมาธิสั้น ปัญหาทางจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม

โรคซึมเศร้า

7. การบำบัดรักษาเสริมและทางเลือกอื่น ๆ ที่เหมาะสม ควบคู่ไปกับการรักษาหลักที่จำเป็น
8. การใช้เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ
9. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา รวมถึงการจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล
10. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม
11. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ
12. การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐาน และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ไม่มีรูปแบบการบำบัดรักษาที่สำเร็จรูป ที่เหมาะสมสำหรับทุกคน เนื่องจากระดับความรุนแรง สภาพปัญหาของแต่ละคนแตกต่างกัน และบริบทในแต่ละช่วงวัยแตกต่างกัน จึงต้องออกแบบการบำบัดรักษาเฉพาะบุคคล โดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแล และปรับแผนการดูแลตามช่วงวัย

แนวทางการพิจารณาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

พิจารณาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ ตามระดับพัฒนาการ และทักษะการเรียนรู้ ด้านที่บกพร่อง

แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการออกทิสติกตามแนวทางของ ICF⁽²⁾

การให้รหัส ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) สำหรับคนพิการ ที่มารับเอกสารรับรองความพิการเพื่อจดทะเบียนคนพิการ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ในคนพิการออกทิสติก ควรประเมินการทำการกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วมอย่างน้อย 7 หัวข้อ ดังนี้

- d310 การรับการสื่อสารด้วยข้อความภาษาพูด
- d315 การรับการสื่อสารด้วยข้อความที่ไม่ใช่ภาษาพูด
- d330 การพูด
- d350 การสนทนา
- d710 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลขั้นพื้นฐาน
- d720 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน
- d920 นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง

กรณีตัวอย่าง

เด็กชายไทย อายุ 5 ขวบ ได้รับการวินิจฉัยเป็นออทิสติก (Autism Spectrum Disorder) ยังพูดไม่เป็นประโยค มักเป็นวลีสั้น ๆ หรือพูดคำซ้ำ ๆ มักจะพูดภาษาของตัวเองที่ไม่มีใครเข้าใจเป็นส่วนใหญ่ ไม่สามารถเริ่มสนทนา กับบุคคลอื่นได้เลย สามารถเข้าใจและรับรู้ความหมายที่แท้จริงของข้อความที่เป็นภาษาพูดพอสมควร เข้าใจผิด เป็นบางครั้ง แต่พออธิบายเพิ่มเติมแล้วเข้าใจดี แต่ไม่เข้าใจภาษาท่าทางเลย เวลาเรียกชื่อ ก็ไม่ค่อยหันตอบ ไม่มองหน้า สบตาเวลาคุยด้วย ไม่สนใจที่จะให้กอด ไม่ชี้นิ้วหรือใช้สีหน้าท่าทางในการสื่อสารกับคนรอบข้าง เดินวิ่งคล่องแคล่ว สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ แต่มักหมกมุ่นอยู่กับการจ้องมองล้อรถเด็กเล่น จับหมุนไปมา หรือไม่ก็เล่น สะบัดมือตัวเองคนเดียว

มีการแสดงปฏิกิริยาในลักษณะที่ไม่ถูกกาลเทศะอย่างสม่ำเสมอ เช่น ตะโกนเสียงดังในชั้นเรียน ดึงผมเพื่อน เวลาไปยืนใกล้ ๆ เวลาไม่พอใจจะเอาไม้ไล่ตีเพื่อน จนกระทบต่อสัมพันธภาพอย่างมาก ไม่เป็นที่ยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ไม่มีใครอยากเล่นด้วย ไม่แสดงความอยากเข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจ หรือร่วมงาน แต่เมื่อชักชวนจะยอมเข้าร่วม กลุ่มบ้างนาน ๆ ครั้ง

การวินิจฉัยโรค Autism Spectrum Disorder -

มีความพิการประเภท ความพิการออทิสติก

การประเมินสมรรถภาพคนพิการออทิสติกตามแนวทางของ ICF

ระดับความบกพร่องในการทำงาน/ความลำบากในการทำกิจกรรม			.0	.1	.2	.3	.4	.8	.9
1.	d310	การรับการสื่อสารด้วยข้อความภาษาพูด		✓					
2.	d315	การรับการสื่อสารด้วยข้อความที่ไม่ใช่ภาษาพูด					✓		
3.	d330	การพูด				✓			
4.	d350	การสนทนา					✓		
5.	d710	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลขั้นพื้นฐาน					✓		
6.	d720	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน					✓		
7.	d920	นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง				✓			

เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

บทที่ 1 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการเห็น

1. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2568). เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ ความพิการ พ.ศ. 2568. <https://law.m-society.go.th/law/view/459>
2. นภาพร ตนานุวัฒน์. (2551). การวัดระดับสายตา และการตรวจจอตา (Visual Acuity and Ophthalmoscopy).
3. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือมาตรฐานกลาง ประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF. <https://www.snmri.go.th/snmri-e-library/#icf-snmri/1/>

บทที่ 2 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

• ความพิการทางการได้ยิน

1. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2568). เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ ความพิการ พ.ศ. 2568. <https://law.m-society.go.th/law/view/459>
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คณะทำงานปรับปรุงหนังสือคำแนะนำการคัดกรองการได้ยิน ในทารกแรกเกิด. คำแนะนำการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดของประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1. <https://www.rcot.org/2021/ForDoctor/Knowledge-and-CPG/news-24-03-26-recom-05>
3. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual). <https://hp.anamai.moph.go.th/th/mch-emag/224074>
4. ลินดา ปั่นทอง. (2560). พุดซา. ใน พิชิต สิทธิไตรย์, สายสวาท ไชยเศรษฐ์, สุวิชา แก้วศิริ, และ ศณัฐธร เขาวรรณศิลป์ (บรรณาธิการ), ตำราหู คอ จมูก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4, น. 513-519). แลงเกวจ เซ็นเตอร์ แอนด์ แอดเวอร์ทีสเม้นท์.
5. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือ นักส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำสถานบริการสาธารณสุข (หลักสูตรเร่งรัด) (ปรับปรุงครั้งที่ 3). https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2560/PFM01/opdc60_PFM01_22.pdf
6. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย หลักสูตรเร่งรัดประจำโรงพยาบาล. <https://hp.anamai.moph.go.th/th/manuals-of-official/208997>

7. World Health Organization. (2023). *Primary ear and hearing care training manual*. <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/primary-ear-and-hearing-care-training-manual>
8. World Health Organization. (2023). *Primary ear and hearing care: Trainer's handbook*. <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/primary-ear-and-hearing-care-training-manual>
9. Pirozzo, S., Papinczak, T., & Glasziou, P. (2003). Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children: Systematic review. *BMJ*, 327(7421), 967. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7421.967>
10. Torres-Russotto, D., Landau, W. M., Harding, G. W., Bohne, B. A., Sun, K., & Sinatra, P. M. (2009). Calibrated finger rub auditory screening test (CALFRASST). *Neurology*, 72(18), 1595-1600. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181a41280>
11. Yimtae, K., Israsena, P., Thanawirattananit, P., Seesutas, S., Saibua, S., Kasemsiri, P., et al. (2018). A Tablet-Based Mobile Hearing Screening System for Preschoolers: Design and Validation Study. *JMIR Mhealth Uhealth*, 6(10), e186. <https://doi.org/10.2196/mhealth.9560>
12. Tananuchittikul, P., Yimtae, K., Chayaopas, N., Thanawirattananit, P., Kasemsiri, P., & Piromchai, P. (2023). App-Based Hearing Screenings in Preschool Children with Different Types of Headphones: Diagnostic Study. *JMIR Mhealth Uhealth*, 11, e44703. <https://doi.org/10.2196/44703>
13. Chuenchavalit, R., Dindamrongkul, R., Prayuenyong, P., & Khaimook, W. (2025). Accuracy of the mobile application-based audiometry for screening hearing loss. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. <https://doi.org/10.1007/s00405-025-09863-2>
14. ยุวติยา ปลอดภัย, นภัส ธีระมัย, พทยาพล ปิตรวัชชัย, ศิวะพร เกียรติธนะบำรุง, สุวิชา แก้วศิริ, และ อิศราดิษฐ์ กุล. (2567). การติดตามเด็กที่มีการสูญเสียการได้ยิน: จากการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดถึงการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม. *วารสารหู คอ จมูก และใบหน้า*, 25(2). <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/rcotj/article/view/270380/186527>
15. พทยาพล ปิตรวัชชัย. (2568). *การตรวจการได้ยินในเด็ก (Hearing test in children)*. สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).
16. สุวิชา แก้วศิริ. (2560). โสตสัมผัสวิทยาสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. ใน พิชิต สิทธิไตรย์, สายสวาท ไชยเศรษฐ, สุวิชา แก้วศิริ, และ ศณัฐธร เขวาร์นศิลป์ (บรรณาธิการ), *ตำราหู คอ จมูก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4, น. 347-368). แลงเกวจ เซ็นเตอร์ แอนด์ แอดเวอร์ทิสเมนท์.

17. ศณัฐธร เขาวนศิลป์. (2565). *หลักการตรวจการได้ยินแบบสังเกตพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
18. ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (10 กุมภาพันธ์ 2569). *หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดบุคคลใดมีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ พ.ศ. 2569*. <https://www.dep.go.th/th/law-academic/rules-regulations-restrictions/announcement/dep-04>
19. สุวิชา แก้วศิริ. (2566). ความพิการทางการได้ยิน: เกณฑ์ การออกเอกสารรับรอง และอุปกรณ์ อวัยวะเทียม สำหรับผู้สูญเสียการได้ยิน. ใน ศณัฐธร เขาวนศิลป์ และ กรรณิการ์ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ (บรรณาธิการ), *Update in Practical ENT ครั้งที่ 24 Hearing Rehabilitation การฟื้นฟูการได้ยิน* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. <https://w1.med.cmu.ac.th/otolaryngology/academic/book/ebook-24updateent-hearingrehab/>
20. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือมาตรฐานกลาง ประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF*. <https://www.snmri.go.th/snmri-e-library/#icf-snmri/1/>

• ความพิการทางการสื่อความหมาย

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). *พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556*.
2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2568). *ประกาศเรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ ความพิการ พ.ศ. 2568*. <https://law.m-society.go.th/law/view/459>
3. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2559, 6 กันยายน). *ประกาศเรื่อง กำหนดให้สถานพยาบาล เอกชนออกเอกสารรับรองความพิการ. ราชกิจจานุเบกษา, 133 (ตอนพิเศษ 199 ง)*.
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *มาตรฐานการประกอบโรคศิลปะสาขา การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย*.
5. สมาคมโสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย. (2543). *จรรยาบรรณเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพโสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูด*.
6. Sindermsuk, D. (1986). *The survey of speech defects among Prathom 4 students in Mitsampan school group (Master's thesis, Mahidol University)*.
7. ศรีวิมล มโนเชียวพินิจ, นันทนา ประชาฤทธิ์ภักดี, และ สิริกัญญา เลิศศรีณยพงศ์. (2541). *ความสามารถในการเปล่งเสียงพูดระดับคำของเด็กไทยปกติวัย 3-10 ปี*. สารศิริราช, 8, 763-768.
8. Sarankawin, C. (2002). *The apraxia test for Thai adults: Performances of subjects aged 20 to 65 years (Master's thesis, Mahidol University)*.

9. Manochiopinig, S. (1984). *Assessment of communicative ability in Thai aphasic patients by using Thai version of PICA test (Master's thesis, Mahidol University)*.
10. Manochiopinig, S. (1995). *Development and validation of a Thai aphasia screening instrument (Doctoral dissertation, The University of Sydney)*.
11. Pracharitpukdee, N., Phanthumchinda, K., Huber, W., & Willmes, K. (1998). *The Thai version of the German Aachen Aphasia Test (AAT): Description of the test and performance in normal subjects*. Journal of the Medical Association of Thailand, 81(6), 402-412.
12. Teerapong, W. (2000). *The comparison of language abilities of Thai aphasic patients and normal subjects by using Thai adaptation of Western Aphasia Battery test (Master's thesis, Mahidol University)*.
13. Pracharitpukdee, N., Manochiopinig, S., Lertsarunyapong, S., & Sutantawibon, S. (1999). *The Thai nasality test for cleft palate patients*. Chulalongkorn Medical Journal, 43(10), 711-721.
14. สมจิต รวณสุข. (2555). การฟื้นฟูผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนที่มีปัญหาด้านภาษาและการพูด. นนทบุรี: สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.
15. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือมาตรฐานกลาง ประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF.
16. Stipancic, K. L., Palmer, K. M., Rowe, H. P., Yunusova, Y., Berry, J. D., & Green, J. R. (2021). "You say severe, I say mild": Toward an empirical classification of dysarthria severity. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 64(12), 4718-4735. https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-21-00197

บทที่ 3 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

1. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2568). เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2568. <https://law.m-society.go.th/law/view/459>
2. Del Pino, M., Fano, V., & Adamo, P. (2020). Growth in achondroplasia, from birth to adulthood, analysed by the JPA-2 model. *J Pediatr Endocrinol Metab*, 33(12), 1589-1595.
3. Hoover-Fong JE, Schulze KJ, Alade AY, et al. (2021). Growth in achondroplasia including stature, weight, weight-for-height and head circumference from CLARITY: achondroplasia natural history study – a multi-center retrospective cohort study of achondroplasia in the US. *Orphanet J Rare Dis*, 16(1), 522.

4. Negrini, S., Donzelli, S., Aulisa, A. G., et al. (2018). 2016 SOSORT guidelines: Orthopaedic and rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis Spinal Disord*, 13, 3.
5. Bradford, D. S., Ahmed, K. B., Moe, J. H., Winter, R. B., & Lonstein, J. E. (1980). The surgical management of patients with Scheuermann's disease: A review of twenty-four cases managed by combined anterior and posterior spine fusion. *J Bone Joint Surg Am*, 62(5), 705-712.
6. Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Horne, V. (1988). The Barthel ADL index: A reliability study. *Int Disabil Stud*, 10(2), 61-63.
7. Department for Work and Pensions. (2016). *A guide to Employment and Support Allowance – The Work Capability Assessment*. UK Government.
8. Khamis, S., & Carmeli, E. (2017). Relationship and significance of gait deviations associated with limb length discrepancy: A systematic review. *Gait Posture*, 57, 115-123.
9. Alfuth, M., Fichter, P., & Knicker, A. (2021). Leg length discrepancy: A systematic review on the validity and reliability of clinical assessments and imaging diagnostics used in clinical practice. *PLoS ONE*, 16(12), e0261457.
10. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือมาตรฐานกลาง ประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF. <https://www.snmri.go.th/snmri-e-library/#icf-snmri/1/>

บทที่ 4 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

- ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคจิตเวช
1. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2568). เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2568. <https://law.m-society.go.th/law/view/459>
 2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Tenth Revision Thai Modification (ICD-10-TM) Volume 5 Standard Coding Guideline Version Edition 2017* (พิมพ์ครั้งที่ 1).
 3. ดารณี สุวพันธ์, ยิ่งสุมาลย์ เจาะจิตต์, วัชรารัฐ ไร่ไพบูลย์, และคณะ. (2556). คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ.
 4. รายงานการประชุมคณะทำงานกำหนดหลักเกณฑ์การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ. (22 มีนาคม 2565).

5. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือมาตรฐานกลาง ประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF. <https://www.snmri.go.th/snmri-e-library/#icf-snmri/1/>
6. ขจีรัตน์ ปรักเอโก, เบญจมาศ พฤษกานนท์, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, และคณะ. (2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (พิมพ์ครั้งที่ 1). แสงจันทร์การพิมพ์.
7. พิษญา วัฒนการุณ, กังสตาล จิรอุไรพงศ์, สวัสดิ์ เทียงธรรม, และคณะ. (2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (พิมพ์ครั้งที่ 1). แสงจันทร์การพิมพ์.
8. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556.

• **ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม**

1. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2568). เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2568. <https://law.m-society.go.th/law/view/459>
2. อารดา โรจนอุดมศาสตร์, เจษฎา เขียวขจี, และ ทศนีย์ ตันติพิทักษ์ (บรรณาธิการ). (2564). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (ฉบับสมบูรณ์ 2563) (พิมพ์ครั้งที่ 1). สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Tenth Revision Thai Modification (ICD-10-TM) Volume 5 Standard Coding Guideline Version Edition 2017* (พิมพ์ครั้งที่ 1).
4. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช, 45(6), 359-374.
5. Reisberg, B. (1988). Functional Assessment Staging (FAST). *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 653-659.

บทที่ 5 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางสติปัญญา

1. อติศรีสุดา เฟื่องฟู. (2556). การตรวจและวินิจฉัยความพิการทางสติปัญญา. ใน *คู่มือการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555* (พิมพ์ครั้งที่ 5, น. 63-71). ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
2. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2568). เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2568. <https://law.m-society.go.th/law/view/459>
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

4. นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช และ อิศราภา ชื่นสุวรรณ. (2561). ภาพะบกพร่องทางสติปัญญา. ใน *ตำราชมรมพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก* (น. 482-489). พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
5. Ke, X., & Liu, J. (2012). Intellectual disability. In J. M. Rey (Ed.), *e-IACAPAP textbook of child and adolescent psychiatry and allied professions* (pp. 1-25).
6. Patel, D. R., & Merrick, J. (2011). Intellectual disability. In D. R. Patel, D. E. Greydanus, H. A. Omar, & J. Merrick (Eds.), *Neurodevelopmental disabilities: Clinical care for children and young adults* (pp. 167-171). Springer.
7. นิตยา คชภักดี. (2551). พัฒนาการเด็ก. ใน นิชรา เรืองดารกานนท์, ชาครียา อีเรนตร, รวิวรรณ รุ่งไพรวัลย์, ทิพวรรณ หารรรคณาชัย, และ นิตยา คชภักดี (บรรณาธิการ), *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรม* (น. 360-394). โฮลิสติก แพบลิชซิง.
8. จรียา จุฑาภิลิธิ์ และ สุริย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์. (2556). พัฒนาการปกติ. ใน ทิพวรรณ หารรรคณาชัย, รวิวรรณ รุ่งไพรวัลย์, สุริย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, และ วีระศักดิ์ ชลไชยะ (บรรณาธิการ), *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 3 การดูแลเด็กสุขภาพดี* (น. 39-52). ปัยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
9. Moeschler, J. B., & Shevell, M. (2014). Comprehensive evaluation of the child with intellectual disability or global developmental delays. *Pediatrics*, 134, e903-e918.
10. Dixon, S. D. (2006). Two years: Language leaps. In S. D. Dixon & M. T. Stein (Eds.), *Encounters with children: Pediatric behavior and development* (4th ed., pp. 383-407). Mosby-Elsevier.
11. อติศรีสุดา เฟื่องฟู. (2561). การเฝ้าระวังและติดตามพัฒนาการเด็ก. ใน *ตำราชมรมพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก* (น. 147-176). พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
12. WHO Multicenter Growth Reference Study Group. (2006). WHO motor development study: Windows of achievement for six gross motor development milestones. *Acta Paediatr Suppl*, (450), 86-95.
13. Feldman, H. M., & Messick, C. (2008). Assessment of language and speech. In M. L. Wolraich, D. D. Drotar, P. H. Dworkin, & E. C. Perrin (Eds.), *Developmental-behavioral pediatrics: Evidence and practice* (1st ed., pp. 177-190). Mosby-Elsevier.
14. Hagan, J. F., Jr., Shaw, J. S., & Duncan, P. (Eds.). (2008). *Bright futures guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (3rd ed.). American Academy of Pediatrics.
15. Kimmel, S., & Ratliff-Schaub, K. (2011). Growth and development. In R. Rakel & D. Rakel (Eds.), *Textbook of family medicine* (8th ed., p. 435). Elsevier.
16. McQuiston, S., & Kloczko, N. (2011). Speech and language development: Monitoring process and problems. *Pediatr Rev*, 32(6), 230-238.
17. Gerber, R. J., Wilks, T., & Erdie-Lalena, C. (2011). Developmental milestones 3: Social-emotional development. *Pediatr Rev*, 32, 533-536.

18. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือมาตรฐานกลาง ประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF. <https://www.snmri.go.th/snmri-e-library/#icf-snmri/1/>

บทที่ 6 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการเรียนรู้

1. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2568). เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2568. <https://law.m-society.go.th/law/view/459>
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือมาตรฐานกลาง ประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF. <https://www.snmri.go.th/snmri-e-library/#icf-snmri/1/>

บทที่ 7 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการออทิสติก

1. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2568). เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2568. <https://law.m-society.go.th/law/view/459>
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือมาตรฐานกลาง ประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF. <https://www.snmri.go.th/snmri-e-library/#icf-snmri/1/>

ภาคผนวก



ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเพณีและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2568

หน้า ๖๖

เล่ม ๑๔๒ ตอนพิเศษ ๓๘๘ ง ราชกิจจานุเบกษา

๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๘

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

เรื่อง ประเพณีและหลักเกณฑ์ความพิการ

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
เกี่ยวกับประเพณีและหลักเกณฑ์ความพิการ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ และมาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนา
คุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
เรื่อง ประเพณีและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเพณีและหลักเกณฑ์
ความพิการ ลงวันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๒

(๒) ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเพณีและหลักเกณฑ์
ความพิการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๕

(๓) ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเพณีและหลักเกณฑ์
ความพิการ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้อ ๔ ให้กำหนดประเภทความพิการ ดังนี้

- (๑) ความพิการทางการเห็น
- (๒) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- (๓) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- (๔) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- (๕) ความพิการทางสติปัญญา
- (๖) ความพิการทางการเรียนรู้
- (๗) ความพิการออทิสติก

ข้อ ๕ หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการเห็น ได้แก่

(๑) ตาบอด หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไป
มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นสูญเสียการเห็นโดยเมื่อตรวจวัดการเห็น
ของสายตาข้างที่ตึกกว่า (ข้างที่ดีที่สุด) เมื่อได้รับการแก้ไขด้วยแว่นตาแล้ว (Best corrected distance

visual acuity) ยังอยู่ในระดับแย่กว่าหรือน้อยกว่า ๓ ส่วน ๖๐ เมตร (๓/๖๐) หรือ ๑๐ ส่วน ๒๐๐ ฟุต (๑๐/๒๐๐) จนถึงไม่สามารถรับแสงได้ หรือมีลานสายตาแคบกว่า ๑๐ องศา

(๒) ตาเห็นเลือนราง หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นสูญเสียการเห็นตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง หากตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่า (ข้างที่ดีที่สุด) เมื่อได้รับการแก้ไขด้วยแว่นตาแล้วยังอยู่ในระดับแย่กว่าหรือน้อยกว่า ๖ ส่วน ๑๘ เมตร (๖/๑๘) หรือ ๒๐ ส่วน ๗๐ ฟุต (๒๐/๗๐) จนถึงระดับ ๓ ส่วน ๖๐ เมตร (๓/๖๐) หรือ ๑๐ ส่วน ๒๐๐ ฟุต (๑๐/๒๐๐) หรือมีลานสายตาแคบกว่า ๓๐ องศา ลงไปจนถึง ๑๐ องศา

ข้อ ๖ หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่

(๑) หูหนวก หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องทางการได้ยินที่มีผลการตรวจการได้ยินโดยใช้เสียงความถี่ที่ ๕๐๐ เฮิรตซ์ ๑,๐๐๐ เฮิรตซ์ ๒,๐๐๐ เฮิรตซ์ และ ๔,๐๐๐ เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้นิดดีกว่า มีการสูญเสียการได้ยินเฉลี่ยที่ความดังของเสียงตั้งแต่ ๘๐ เดซิเบล (dB HL) ขึ้นไป โดยต้องใช้เครื่องมือเฉพาะสำหรับตรวจการได้ยินและตรวจในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด

(๒) หูตึง หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องทางการได้ยินที่มีผลการตรวจการได้ยินโดยใช้เสียงความถี่ที่ ๕๐๐ เฮิรตซ์ ๑,๐๐๐ เฮิรตซ์ ๒,๐๐๐ เฮิรตซ์ และ ๔,๐๐๐ เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้นิดดีกว่า มีการสูญเสียการได้ยินเฉลี่ยที่ความดังของเสียงน้อยกว่า ๘๐ เดซิเบล (dB HL) ลงมาถึง ๔๐ เดซิเบล (dB HL) ในผู้ใหญ่ หรือน้อยกว่า ๘๐ เดซิเบล (dB HL) ลงมาถึง ๓๕ เดซิเบล (dB HL) ในเด็กที่มีอายุไม่เกิน ๑๕ ปี โดยต้องใช้เครื่องมือเฉพาะสำหรับตรวจการได้ยินและตรวจในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด

(๓) การสื่อความหมาย หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องทางการสื่อความหมายทั้งด้านการพูดและภาษา เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยสมองพิการ (Cerebral Palsy) ที่มีปัญหาการพูดแบบ dysarthria ระดับรุนแรง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองที่มีปัญหาการสื่อสารแบบ aphasia, dysarthria หรือ apraxia ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสื่อม (Degenerative change) ของระบบประสาท เป็นต้น

ข้อ ๗ หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่

(๑) ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะต่าง ๆ สำหรับการเคลื่อนไหว เช่น มือ เท้า แขน ขา

อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา

(๒) ความพิการทางร่างกาย หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่อง หรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว หรือภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

ข้อ ๘ หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่

(๑) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคจิตเวช หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจ หรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ทั้งนี้ อาการโรคจิตเวชนั้นต้องมีลักษณะรุนแรง เรื้อรัง และมีการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อยหกเดือนนับตั้งแต่ได้รับการตรวจวินิจฉัยแต่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

(๒) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องหรือผิดปกติทางสมรรถภาพปรีชาหรือทักษะสมอง (Cognition) ได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การรับรู้ด้านมิติสัมพันธ์ การใช้ภาษา สมาธิหรือความใส่ใจ หรือความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว โดยกลุ่มโรคสมองเสื่อมจะต้องมีลักษณะค่อนข้างรุนแรง (Moderately severe) ขึ้นไป เรื้อรัง และมีการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อยหกเดือนนับตั้งแต่ได้รับการตรวจวินิจฉัย แต่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

ข้อ ๙ หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางสติปัญญา หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องหรือมีข้อจำกัดเกี่ยวกับภาวะทางสติปัญญาโดยมีพัฒนาการล่าช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยทางการแพทย์ทำให้บุคคลนั้นมีข้อจำกัดในด้านต่าง ๆ เช่น การเรียน การทำงาน หรือการใช้ชีวิตประจำวัน

ข้อ ๑๐ หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการเรียนรู้ หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องในการทำงานของสมอง ทำให้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้โดยเฉพาะการอ่านหนังสือ การเขียนหนังสือ หรือการคิดคำนวณ โดยกระทำได้น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานชัดเจน แต่ระดับเชาวน์ปัญญาปกติเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป

ข้อ ๑๑ หลักเกณฑ์กำหนดความพิการออทิสติก หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่อง

ในการทำงานของสมอง ทำให้มีข้อจำกัดในการสื่อสารทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในหลากหลายบริบท มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัดซ้ำ ๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคออทิซึม ในระดับสากล

ข้อ ๑๒ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นผู้ตรวจวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ ตามข้อ ๕ ข้อ ๖ ข้อ ๗ ข้อ ๘ ข้อ ๙ ข้อ ๑๐ และข้อ ๑๑ เพื่อประกอบคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ ตามมาตรา ๑๙ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖

ในกรณีที่บุคคลใดมีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์หรือสามารถวินิจฉัยได้จากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม เช่น การวินิจฉัยโดยพิจารณาจากข้อมูลที่บ่งชี้สภาวะสุขภาพ และความเป็นอยู่ของบุคคล ทั้งทางด้านการทำงานของร่างกายและโครงสร้างของร่างกาย จิตใจ การปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละบุคคล ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือสภาวะสุขภาพของบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผู้มีอำนาจออกบัตรจะออกบัตรประจำตัวคนพิการโดยไม่ต้องให้มีการตรวจวินิจฉัย ตามวรรคหนึ่งก็ได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประกาศกำหนด

ข้อ ๑๓ ให้ผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยความพิการตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ลงวันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๕ และมีบัตรประจำตัวคนพิการแล้ว ให้ใช้บัตรประจำตัวคนพิการนั้นต่อไปจนหมดอายุโดยไม่ต้องวินิจฉัยความพิการใหม่

ข้อ ๑๔ ให้อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจัดทำคู่มือเกณฑ์การวินิจฉัยความพิการแบบเอกสาร และวิธีการปฏิบัติให้เป็นไปตามประกาศนี้

ข้อ ๑๕ ให้ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์รักษาการตามประกาศนี้ กรณีมีข้อโต้แย้งในการปฏิบัติตามประกาศนี้ ให้เสนอปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์วินิจฉัยชี้ขาด

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๘

อัครา พรหมเผ่า

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดบุคคลใดมีสภาพความพิการ
ที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ พ.ศ. 2569

หน้า ๒๓

เล่ม ๑๔๓ ตอนพิเศษ ๓๕ ง ราชกิจจานุเบกษา

๒๐ มีนาคม ๒๕๖๙

ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดบุคคลใดมีสภาพความพิการ
ที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์
พ.ศ. ๒๕๖๙

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๒ ของประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับมติคณะทำงานจัดทำคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ และความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๙ เห็นชอบให้มีการประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดบุคคลใดมีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จึงออกประกาศ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดบุคคลใดมีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์”

ข้อ ๒ ประกาศนี้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ได้ออกในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ เรื่อง แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ลงวันที่ ๑๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๗

ข้อ ๔ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดบุคคลใดมีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ตามประเภทความพิการ ดังต่อไปนี้

(๑) ประเภทความพิการทางการเห็น โดยรายละเอียดประกอบการพิจารณา ดังนี้

ก. หลักเกณฑ์ในการพิจารณา ได้แก่ บุคคลที่ตาบอดทั้งสองข้าง เนื่องจากไม่มีลูกตาทั้งสองข้าง หรือไม่มีลูกตาดำทั้งสองข้าง หรือมีลูกตาสีขาวขุ่น ทั้งสองข้าง หรือมีลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง

ข. วิธีการพิจารณา โดยใช้วิธีการสังเกตเห็นสภาพความพิการด้วยตนเอง และให้มีภาพถ่ายที่เห็นสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน

ค. เงื่อนไขพิจารณา ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการได้พิจารณาแล้วเชื่อว่าสภาพความพิการนั้นไม่สามารถปรับปรุง เปลี่ยนแปลง พื้นฟูและรักษาพยาบาลให้เทียบเท่ากับบุคคลทั่วไปได้

(๒) ประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย โดยรายละเอียดประกอบการพิจารณา ดังนี้

ก. หลักเกณฑ์ในการพิจารณา ได้แก่ บุคคลที่ไม่มีหูทั้งสองข้าง

ข. วิธีการพิจารณา โดยใช้วิธีการสังเกตเห็นสภาพความพิการด้วยตนเอง และให้มีภาพถ่ายที่เห็นสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน

ค. เงื่อนไขพิจารณา ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการได้พิจารณาแล้วเชื่อว่าสภาพความพิการนั้นไม่สามารถปรับปรุง เปลี่ยนแปลง พื้นฟูและรักษาพยาบาลให้ดีขึ้นเท่าบุคคลทั่วไปได้

(๓) ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย โดยรายละเอียดประกอบการพิจารณา ดังนี้

ก. หลักเกณฑ์ในการพิจารณา ได้แก่

๑. บุคคลที่แขนขาข้างหนึ่งข้างใด หรือบุคคลที่มีมือขาข้างหนึ่งข้างใดโดยให้พิจารณาจากนิ้วมือขาตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไปอย่างน้อย ๓ นิ้ว หรือนิ้วโป้งขาทั้ง ๒ ข้อ

๒. บุคคลที่ขาขาข้างหนึ่งข้างใด ตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไปอย่างน้อยหนึ่งข้าง

๓. บุคคลที่มีความสูงผิดปกติสำหรับบุคคลที่อายุเกิน ๑๘ ปี โดยเพศหญิงมีความสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๒๐ เซนติเมตร ส่วนเพศชายมีความสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๓๐ เซนติเมตร

ข. วิธีการพิจารณา โดยใช้วิธีการสังเกตเห็นสภาพความพิการด้วยตนเองและให้มีภาพถ่ายที่เห็นสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน

ค. เงื่อนไขการพิจารณา ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการได้พิจารณาแล้วเชื่อว่าสภาพความพิการนั้นไม่สามารถปรับปรุง เปลี่ยนแปลง พื้นฟูและรักษาพยาบาลให้ดีขึ้นเท่าบุคคลทั่วไปได้

ข้อ ๕ ประเภทความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ประเภทความพิการทางสติปัญญา ประเภทความพิการทางการเรียนรู้ และประเภทความพิการออทิสติก ไม่สามารถพิจารณาสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ได้ ทั้งนี้ ให้มีการวินิจฉัย ตามข้อ ๑๒ แห่งประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๖ เอกสารประกอบการประเมินสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ตามข้อ ๔ ให้เป็นไปตามแบบและรายละเอียดท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔

สนธยา บุญญชิต

อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

แบบบันทึกและรายละเอียดการกำหนดบุคคลใดมีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

สถานที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ (ระบุ).....
เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

พบว่า มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ตามประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดบุคคลใดมีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ พร้อมทั้งได้แนบภาพถ่ายมาด้วย ดังนี้

๑. ประเภทความพิการทางการเห็น

- ☐ ไม่มีลูกตาทั้งสองข้าง
☐ ไม่มีลูกตาดำทั้งสองข้าง
☐ ลูกตาสีขาวขุ่นทั้งสองข้าง
☐ ลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง

๒. ประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

- ☐ ไม่มีหูทั้งสองข้าง

๓. ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

- ☐ แขนขาดข้างหนึ่งข้างใด
☐ มือขาดข้างหนึ่งข้างใดโดยให้พิจารณาจากนิ้วมือขาดตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไปอย่างน้อย ๓ นิ้ว
☐ นิ้วโป้งขาดทั้ง ๒ ข้อ
☐ ขาขาดข้างหนึ่งข้างใด ตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไปอย่างน้อยหนึ่งข้าง
☐ มีความสูงผิดปกติ
○ เพศหญิงมีความสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๒๐ เซนติเมตร
○ เพศชายมีความสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๓๐ เซนติเมตร
ทั้งนี้ พิจารณาวินิจฉัยในบุคคลที่อายุมากกว่า ๑๘ ปี

การเกิดความพิการ

- ☐ ตั้งแต่เกิด ☐ ภายหลัง ระบุระยะเวลา จำนวน.....ปี.....เดือน

สาเหตุของความพิการ

- ☐ พันธุกรรม ☐ โรคติดเชื้อ ☐ อุบัติเหตุทางถนน ☐ อุบัติเหตุจากการทำงาน
☐ อุบัติเหตุอื่น ๆ ☐ ไม่ทราบสาเหตุ ☐ โรคอื่น ๆ ระบุ.....

หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้ถ่ายภาพให้เห็นสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน จำนวน.....ภาพ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง เอกสารรับรองความพิการ



ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง เอกสารรับรองความพิการ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๕ แห่งระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ การออกบัตร และการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ และการขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๖ ประกอบกับมติคณะทำงานจัดทำคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการและความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๔ เห็นชอบเอกสารรับรองความพิการ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง เอกสารรับรองความพิการ”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับภายในสามสิบวันนับตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ เอกสารรับรองความพิการ ให้ใช้แบบแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๔ ให้แบบพิมพ์เอกสารรับรองความพิการฉบับที่ใช้อยู่ปัจจุบันใช้ต่อไปจนกว่าจะหมด

ประกาศ ณ วันที่ ๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นางสาวสนธยา บุญญะวัต)

อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ การออกบัตร และการกำหนด
เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ
และการขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ พ.ศ. 2556

หน้า ๑๙
เล่ม ๑๓๐ ตอนพิเศษ ๑๘๒ ง ราชกิจจานุเบกษา ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๖

ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ
การออกบัตร และการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิ
หรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ และการขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ
พ.ศ. ๒๕๕๖

โดยที่พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม
โดยพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดการออก
บัตรประจำตัวคนพิการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๖ (๗) แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต
คนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และมาตรา ๑๙ วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต
คนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
(ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ อันเป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพ
ของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบมาตรา ๔๑ และมาตรา ๔๓ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนา
คุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติจึงกำหนดระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
แห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ การออกบัตร
และการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ
และการขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๖”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ และการออกบัตร การกำหนดสิทธิหรือ
การเปลี่ยนแปลงสิทธิ การขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๒

(๒) ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ และการออกบัตร การกำหนดสิทธิหรือ
การเปลี่ยนแปลงสิทธิ การขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๕๔

(๓) ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ และการออกบัตร การกำหนดสิทธิหรือ

การเปลี่ยนแปลงสิทธิ การขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๕

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

“บัตร” หมายความว่า บัตรประจำตัวคนพิการ

“ผู้ถือบัตร” หมายความว่า ผู้มีชื่อเป็นเจ้าของบัตร

“ผู้ดูแลคนพิการ” หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามी ภรรยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการ

“นายทะเบียน” หมายความว่า นายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ

“ผู้อำนวยการ” หมายความว่า ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ

ข้อ ๕ ให้ผู้อำนวยการรักษาการตามระเบียบนี้ และมีอำนาจกำหนดรูปแบบบัตร ข้อมูลของผู้ถือบัตร ตลอดจนแบบเอกสารต่าง ๆ เพื่อให้เป็นไปตามระเบียบนี้ รวมทั้งมีอำนาจกำหนดวิธีปฏิบัติอื่นใด เพื่อพัฒนารูปแบบและวิธีการออกบัตรให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

หมวด ๑

การยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

ข้อ ๖ คนพิการซึ่งมีสัญชาติไทยไม่ว่าจะอยู่ในกรุงเทพมหานครหรือจังหวัดอื่นอาจยื่นคำขอมีบัตรต่อสำนักงาน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ศูนย์บริการคนพิการระดับจังหวัด หรือหน่วยงานของรัฐ ตามที่ผู้อำนวยการหรือผู้ว่าราชการจังหวัดประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี

ข้อ ๗ ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ หรือในกรณีที่คนพิการมีสภาพความพิการถึงขั้นไม่สามารถไปยื่นคำขอด้วยตนเองได้ ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาลหรือผู้ดูแลคนพิการ แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนได้

ข้อ ๘ การยื่นคำขอมีบัตร ให้คนพิการหรือบุคคลตามข้อ ๗ ยื่นคำขอตามแบบที่ผู้อำนวยการกำหนดพร้อมด้วยเอกสารหลักฐาน ดังต่อไปนี้

(๑) สำเนาเอกสารประจำตัวอย่างหนึ่งอย่างใด ดังนี้

(ก) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

(ข) สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ

(ค) สำเนาสูติบัตรสำหรับบุคคลอายุต่ำกว่าสิบห้าปี

(ง) หนังสือรับรองการเกิดตามแบบที่กรมการปกครองกำหนด

(๒) สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ

(๓) รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือนจำนวน ๒ รูป ในกรณีที่คนพิการไม่ได้มายื่นคำขอด้วยตนเอง

(๔) เอกสารรับรองความพิการซึ่งรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนที่ผู้อำนวยการประกาศกำหนด เว้นแต่กรณีสภาพความพิการเป็นที่เห็นได้โดยประจักษ์ตามประกาศสำนักงาน เรื่อง แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ไม่ต้องมีเอกสารรับรองความพิการ ทั้งนี้ ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอถ่ายภาพสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน

ในกรณีคนพิการมีหลักฐานตามทะเบียนบ้านว่ามีสัญชาติไทยและมีเลขประจำตัวประชาชนแต่ไม่มีเอกสารตาม (๑) ให้เจ้าหน้าที่รับคำขอออกบัตรบันทึกปากคำเจ้าบ้าน หรือพยานบุคคลหนึ่งคน ซึ่งเป็นข้าราชการระดับปฏิบัติการหรือเทียบเท่าขึ้นไป กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชนว่าเป็นบุคคลเดียวกันกับบุคคลที่มีชื่อตามทะเบียนบ้าน

ในกรณีบุคคลตามข้อ ๗ ยื่นคำขอแทนคนพิการ ให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุคคลนั้นและหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าได้รับมอบอำนาจจากคนพิการหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับคนพิการเนื่องจากเป็นผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ดูแลคนพิการ แล้วแต่กรณี

ในกรณีเอกสารหลักฐานไม่ถูกต้องครบถ้วน ให้เจ้าหน้าที่รับคำขอแจ้งผู้ยื่นคำขอดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้องครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด หากผู้ยื่นคำขอไม่ดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้องครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้ถือว่าไม่ประสงค์จะมีบัตรตามคำขอ

เจ้าหน้าที่รับคำขอตามวรรคสี่ หมายความว่า ข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ศูนย์บริการคนพิการระดับจังหวัด โรงพยาบาล ราชการส่วนท้องถิ่น หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐซึ่งได้รับแต่งตั้งจากผู้อำนวยการ หรือผู้ว่าราชการจังหวัด แล้วแต่กรณี ให้มีหน้าที่ดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ในการออกบัตรตามระเบียบนี้

ข้อ ๙ ในกรณีการออกบัตรมีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลกับสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย หรือหน่วยงานของรัฐอื่นแล้ว ให้ผู้อำนวยการประกาศยกเลิกโดยไม่ต้องมีเอกสารตามข้อ ๘ (๑) (๒) (๓) หรือ (๔) ก็ได้

หมวด ๒

การออกบัตรและการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ข้อ ๑๐ บัตรมีสองประเภท ดังต่อไปนี้

(๑) บัตรที่ออกด้วยระบบคอมพิวเตอร์

(๒) บัตรที่ไม่ได้ออกด้วยระบบคอมพิวเตอร์

ข้อ ๑๑ บัตรต้องมีรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ชื่อตัว ชื่อสกุล วันเดือนปีเกิด รูปถ่าย ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในขณะยื่นคำขอ เลขประจำตัวประชาชน และประเภทความพิการของผู้ถือบัตร

(๒) ชื่อตัว ชื่อสกุล และเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแลคนพิการหนึ่งคน เว้นแต่ผู้ถือบัตรไม่มีผู้ดูแลคนพิการ

(๓) ลายมือชื่อ หรือตราลายมือชื่อของผู้อำนวยความสะดวก และตราประจำกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ วันออกบัตรและวันบัตรหมดอายุ เว้นแต่เป็นกรณีบัตรตามข้อ ๑๐ (๒) ให้เป็นลายมือชื่อของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

กรณีรายการตาม (๒) ผู้ดูแลคนพิการต้องเป็นผู้ซึ่งมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันกับคนพิการ หรือเป็นผู้ดูแลคนพิการซึ่งคนพิการอาศัยอยู่ด้วยตามความเป็นจริง ในกรณีที่ผู้ดูแลคนพิการ ทั้งสองประเภทดังกล่าว ให้ระบุชื่อผู้ดูแลคนพิการซึ่งคนพิการแจ้งว่าได้อุปการะหรืออาศัยอยู่ด้วย เป็นสำคัญ ทั้งนี้ กรณีคนพิการมีได้มากแจ้งหรือไม่สามารถแจ้งได้ ให้มีหนังสือจากข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน แห่งนั้นรับรองว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ดูแลคนพิการจริง

ข้อ ๑๒ เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร ได้แก่ นายทะเบียน หรือข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้ซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยความสะดวก หรือผู้ว่าราชการจังหวัด แล้วแต่กรณี ให้มีอำนาจอนุมัติออกบัตร ให้แก่ผู้ถือบัตร

ข้อ ๑๓ เมื่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรเห็นว่าผู้ยื่นคำขอได้ดำเนินการถูกต้องและครบถ้วน แล้วให้จัดเก็บข้อมูลของผู้ถือบัตรตามแบบที่ผู้อำนวยความสะดวกกำหนดไว้ในระบบคอมพิวเตอร์เพื่อทำบัตร เว้นแต่กรณีการออกบัตรที่ไม่ได้ออกด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ให้เจ้าหน้าที่รับคำขอเขียนบันทึกรายการดังกล่าว ให้อนุมัติออกบัตรให้แก่ผู้ยื่นคำขอ

ในกรณีได้มีการอนุมัติบัตรแล้ว แต่ไม่สามารถออกบัตรให้แก่ผู้ถือบัตรได้ทัน ให้ผู้มีอำนาจออกบัตร มีหนังสือรับรองให้แก่ผู้ยื่นคำขอเพื่อใช้แทนบัตรตามระยะเวลาที่กำหนดได้ ทั้งนี้ ตามแบบที่ผู้อำนวยความสะดวก กำหนด

ข้อ ๑๔ ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรมีคำสั่งเป็นหนังสือไม่อนุมัติออกบัตรให้แก่ผู้ยื่นคำขอ ให้ผู้นั้นมีสิทธิยื่นอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อผู้ออกคำสั่งตามที่ได้รับคำขอนั้นภายในสิบห้าวัน นับแต่วันที่ได้รับทราบคำสั่งดังกล่าว

ให้ผู้ออกคำสั่งพิจารณาอุทธรณ์ให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ได้รับคำอุทธรณ์ ดังกล่าวแล้ว ให้แจ้งผลการพิจารณาอุทธรณ์พร้อมเหตุผลเป็นหนังสือต่อผู้อุทธรณ์ทราบภายในสิบห้าวัน นับแต่วันที่พิจารณาอุทธรณ์เสร็จ

หมวด ๓

การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิและการขอสละสิทธิของคนพิการ

ข้อ ๑๕ คนพิการซึ่งมีบัตรตามระเบียบนี้ มีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการ และความช่วยเหลืออื่นจากรัฐตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามที่กฎหมายกำหนด

ข้อ ๑๖ เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิตามข้อ ๑๕ ให้สำนักงานและหน่วยงานของรัฐจัดทำคู่มือการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิดังกล่าว ทั้งนี้ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการอาจยื่นคำขอให้มีการกำหนดสิทธิหรือเปลี่ยนแปลงสิทธิต่อหน่วยงานของรัฐซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามกฎหมายอื่นกำหนด หรือตามที่คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ หรือหน่วยงานของรัฐกำหนดก็ได้

ข้อ ๑๗ ในกรณีที่มีการกำหนดสิทธิหรือเปลี่ยนแปลงสิทธิตามคำขอตามข้อ ๑๖ แล้ว ถ้าประสงค์จะขอสละสิทธินั้นให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ แล้วแต่กรณี แจ้งความประสงค์สละสิทธินั้นเป็นหนังสือต่อหน่วยงานของรัฐซึ่งกำหนดสิทธิหรือเปลี่ยนแปลงสิทธินั้น

หมวด ๔

อายุบัตรประจำตัวคนพิการ

ข้อ ๑๘ ให้บัตรมีอายุแปดปีนับแต่วันที่ออกบัตร

การออกบัตรตามวรรคหนึ่ง ให้แก่บุคคลผู้ถือบัตรมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป หรือมีสภาพความพิการเป็นที่เห็นได้โดยประจักษ์ ให้ใช้บัตรนั้นต่อไปได้ตลอดชีวิต

ข้อ ๑๙ เมื่อบัตรหมดอายุ ให้คนพิการหรือบุคคลตามข้อ ๗ ยื่นคำขอต่อเจ้าหน้าที่เพื่อขอให้ผู้มีอำนาจออกบัตรใหม่ ภายในสามสิบวันก่อนบัตรจะหมดอายุ

การยื่นคำขอตามวรรคหนึ่ง ให้นำเอกสารหลักฐานตามข้อ ๘ (๑) (๒) หรือ (๓) และบัตรที่หมดอายุไปประกอบการพิจารณาด้วย

ข้อ ๒๐ เมื่อเจ้าหน้าที่รับคำขอได้รับคำขอตามข้อ ๑๙ แล้ว ให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ หากพบว่าผู้ถือบัตรเป็นบุคคลที่มีสภาพความพิการเป็นที่เห็นได้โดยประจักษ์ หรือเจ้าหน้าที่เห็นว่าผู้ถือบัตรยังคงมีสภาพความพิการเป็นไปตามฐานข้อมูล ก็เสนอออกบัตรให้แก่ผู้ยื่นคำขอได้

(๒) ในกรณีเจ้าหน้าที่เห็นว่าผู้ถือบัตรมีสภาพความพิการไม่เป็นไปตามฐานข้อมูล ก็ส่งผู้นั้นไปให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตรวจวินิจฉัยและออกใบรับรองความพิการตามข้อ ๘ (๔) ก่อนเสนอออกบัตรให้แก่ผู้ยื่นคำขอต่อไป

ในกรณีได้มีการอนุมัติบัตรแล้ว แต่ไม่สามารถออกบัตรให้แก่ผู้ถือบัตรได้ทัน ให้นำความในข้อ ๑๓ วรคสอง มาใช้บังคับ

ข้อ ๒๑ เมื่อบัตรชำรุดสูญหาย หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ ซึ่งบุคคลดังกล่าวมีข้อมูลครบถ้วนในฐานข้อมูลทะเบียนคนพิการแล้ว ให้ยื่นคำขอมีบัตรใหม่ได้โดยนำเอกสารตามข้อ ๘ (๑) (๒) หรือ (๓) ประกอบการพิจารณาด้วย

ข้อ ๒๒ กรณีเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอตรวจสอบข้อมูลในฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการแล้วพบว่าข้อมูลของผู้ยื่นคำขอยังไม่ถูกต้องครบถ้วน ก็ให้สอบถามหรือขอเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมตามความจำเป็นรายกรณี

ข้อ ๒๓ ในกรณีผู้ถือบัตรถึงแก่ความตายหรือได้รับการฟื้นฟูจนไม่มีสภาพความพิการหรือมีความประสงค์จะยกเลิกการมีบัตร ให้ผู้ถือบัตรหรือบุคคลตามข้อ ๗ แจ้งต่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรเพื่อจำหน่ายชื่อออกจากฐานข้อมูลทะเบียนบัตรต่อไป

กรณีผู้ถือบัตรหรือบุคคลตามข้อ ๗ มิได้ดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรแต่งตั้งคณะทำงานตรวจสอบข้อเท็จจริงแล้วเสนอความเห็นต่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรพิจารณายกจำหน่ายชื่อออกจากฐานข้อมูลทะเบียนบัตรต่อไป

การดำเนินการตามวรรคสอง ให้เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรมีหนังสือแจ้งให้ผู้ถือบัตรหรือบุคคลตามข้อ ๗ ทราบภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้จำหน่ายชื่อออกจากฐานข้อมูลทะเบียนบัตรและแจ้งสิทธิอุทธรณ์ภายในสามสิบวันนับตั้งแต่วันที่ได้รับหนังสือ รวมทั้งมีหนังสือแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นภูมิลำเนาของบุคคลนั้นด้วย

ข้อ ๒๔ ในกรณีที่มีการเชื่อมต่อข้อมูลคนพิการกับบัตรประจำตัวประชาชนครบถ้วนแล้ว ให้ผู้อำนวยการประกาศให้ใช้บัตรประจำตัวประชาชนแทนบัตรประจำตัวคนพิการตามระเบียบนี้ได้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๖

สันติ พร้อมพัฒน์

รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี

ปฏิบัติราชการแทนนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ

ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข
การยื่นคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ การออกบัตรและการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัว
คนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิและการขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ
(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564

หน้า ๑

เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๑๔๑ ง ราชกิจจานุเบกษา

๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๔

ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ
การออกบัตร และการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ
การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ และการขอสละสิทธิของคนพิการ
และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ได้มีมติในการประชุม
ครั้งที่ ๒/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๔ เห็นชอบให้มีการขยายอายุบัตรประจำตัวคนพิการ
ในกรณีคนพิการ เนื่องจากสถานการณ์ภัยพิบัติ หรือมีความจำเป็นอื่น เช่น การระบาดของโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) หรือมีความจำเป็นอื่นทำให้คนพิการไม่สามารถเดินทางไปต่ออายุ
ของบัตรประจำตัวคนพิการได้ โดยให้ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีอำนาจ
พิจารณาประกาศกำหนดการขยายอายุบัตรประจำตัวคนพิการเป็นการทั่วไป

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๖ (๓) แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
พ.ศ. ๒๕๕๐ และมาตรา ๑๙ วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๕๖ คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ จึงกำหนดระเบียบไว้
ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
แห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ การออกบัตร
และการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ
และการขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในวรรคหนึ่ง ของข้อ ๑๘ แห่งระเบียบคณะกรรมการส่งเสริม
และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ
มิบัติประจำตัวคนพิการ การออกบัตร และการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ
การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ และการขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัว
คนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๖ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๑๘ ให้บัตรมีอายุแปดปีนับแต่วันที่ออกบัตร เว้นแต่ในกรณีที่มีเหตุสมควร เนื่องจากสถานการณ์ภัยพิบัติ หรือมีความจำเป็นอื่น ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาจพิจารณากำหนดให้บัตรนั้น มีอายุเกินกว่าแปดปีนับแต่วันออกบัตรก็ได้โดยประกาศราชกิจจานุเบกษา”

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔
จรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์
รองนายกรัฐมนตรี
ประธานกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ

คำสั่งกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ที่ 2044/2568

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานกำหนดหลักเกณฑ์และจัดทำคู่มือการวินิจฉัย และตรวจประเมินความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์



คำสั่งกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ที่ ๒๐๔๔/๒๕๖๘

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ
และความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภท
และหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับมติคณะกรรมการ
ด้านกฎหมาย ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๘ เห็นชอบให้กรมส่งเสริมและพัฒนา
คุณภาพชีวิตคนพิการ ดำเนินการกำหนดหลักเกณฑ์และจัดทำคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ
ที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์หรือสามารถวินิจฉัยได้จากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อมใหม่

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน
พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕
จึงมีคำสั่งดังต่อไปนี้

๑. ให้ยกเลิกคำสั่งกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ดังนี้

(๑) คำสั่งกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ที่ ๑๓๕/๒๕๖๗ ลงวันที่
๒๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานกำหนดหลักเกณฑ์การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ

(๒) คำสั่งกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ที่ ๐๔๐๒/๒๕๖๗ ลงวันที่
๑๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานกำหนดหลักเกณฑ์การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการเพิ่มเติม

๒. แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการและความพิการ
ที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

องค์ประกอบ

- | | |
|---|-------------------|
| ๑. นายสุพล บริสุทธิ์ ที่ปรึกษาด้านกฎหมาย | ที่ปรึกษาคณะทำงาน |
| กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ | |
| ๒. นางสุพราณี สีดาว | ที่ปรึกษาคณะทำงาน |
| กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ | |
| ๓. อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ | ประธานคณะทำงาน |
| ๔. รองอธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ | คณะทำงาน |
| ๕. ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ | คณะทำงาน |
| ๖. ผู้อำนวยการสถาบันสิทธิเพื่อการฟื้นฟู | คณะทำงาน |
| สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ | |
| ๗. ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี หรือ ผู้แทน | คณะทำงาน |
| กรมการแพทย์ | |
| ๘. รองผู้อำนวยการ ... | |

๘. รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์	คณะทำงาน
๙. ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม	คณะทำงาน
๑๐. ผู้แทนสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ กระทรวงศึกษาธิการ	คณะทำงาน
๑๑. ผู้แทนกรมสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๑๒. ผู้แทนสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	คณะทำงาน
๑๓. เลขาธิการแพทยสภา หรือ ผู้แทน	คณะทำงาน
๑๔. ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย หรือ ผู้แทน	คณะทำงาน
๑๕. ประธานราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย หรือ ผู้แทน	คณะทำงาน
๑๖. ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย หรือ ผู้แทน	คณะทำงาน
๑๗. ประธานราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย หรือ ผู้แทน	คณะทำงาน
๑๘. ประธานราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย หรือ ผู้แทน	คณะทำงาน
๑๙. ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย คณะทำงาน หรือ ผู้แทน	คณะทำงาน
๒๐. นายกสมาคมโสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย คณะทำงาน หรือ ผู้แทน	คณะทำงาน
๒๑. ผู้แทนสมาคมสภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
๒๒. ผู้แทนสมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
๒๓. ผู้แทนสมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
๒๔. ผู้แทนสมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
๒๕. ผู้แทนสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
๒๖. ผู้แทนสมาคมเพื่อคนพิการทางสติปัญญาแห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
๒๗. ผู้แทนสมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสซึม (ไทย)	คณะทำงาน
๒๘. ศาสตราจารย์คลินิก แพทย์หญิงวินิตดา ปิยะศิลป์	คณะทำงาน
๒๙. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวิชา แก้วศิริ	คณะทำงาน
๓๐. ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	คณะทำงาน
๓๑. ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	คณะทำงาน และเลขานุการ
๓๒. ผู้อำนวยการกลุ่มวิจัยและติดตามประเมินผล กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	คณะทำงาน และเลขานุการ
๓๓. ผู้อำนวยการศูนย์ข้อมูลคนพิการและเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๓๔. หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่และ ...

- ๓ -

หน้าที่และอำนาจ

๑. จัดทำคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการให้สอดคล้องกับ หลักเกณฑ์ การประเมินที่เป็นสากล และสอดคล้องกับความหมายของ “คนพิการ” ตามข้อที่ ๔ ของประกาศกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ลงวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๘

๒. กำหนดแบบเอกสารประเมินและวินิจฉัยความพิการให้เป็นไปตามการกำหนด หลักเกณฑ์ การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ

๓. กำหนดแนวทางการจัดทำประกาศลักษณะความพิการที่เห็นได้โดยประจักษ์

สั่ง ณ วันที่ ๑๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นางสาวสนธยา บุญยฤชิต)

อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

คณะผู้นิพนธ์

บทนำ การกำหนดนิยามความพิการด้วยแนวคิด ICF

พญ.ดลฤดี ศรีศุภผล

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

• รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบสุขภาพ

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์

บทที่ 1 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการเห็น

พญ.ขวัญใจ วงศ์กิตติรักษ์

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

พญ.วงศ์ศิริ ทวีบรรจงสิน

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้แทนราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย (ที่ปรึกษา)

บทที่ 2 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

o ความพิการทางการได้ยิน

รองศาสตราจารย์ พญ.สุวิชา แก้วศิริ

ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.สมุท จงวิศาล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้แทนราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย (ที่ปรึกษา)

o ความพิการทางการสื่อความหมาย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีวิมล มโนเชี่ยวพินิจ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

นางสมจิต รวมสุข

นักเวชศาสตร์การสื่อความหมายชำนาญการพิเศษ

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์

ผู้แทนสมาคมโสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย (ที่ปรึกษา)

บทที่ 3 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

พญ.วิชนี ธงทอง

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

- รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์

พญ.ดลฤดี ศรีศุภผล

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

- รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบสุขภาพ

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์

นพ.ปิ่นไทย เทพมณฑา

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

- หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์

ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (ที่ปรึกษา)

บทที่ 4 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

o ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคจิตเวช

พญ.ปัทมา ศิริเวช

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ที่ปรึกษาสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ผู้แทนราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (ที่ปรึกษา)

o ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม

นพ.เจษฎา เขียวขจี

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

กลุ่มงานประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ดร.พญ.อารดา โธณอุดมศาสตร์

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

กลุ่มงานประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

พญ.ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

กลุ่มงานประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

อุปนายกสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

ผู้แทนสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (ที่ปรึกษา)

บทที่ 5 การวินิจฉัยและตรวจประเมินวินิจัยความพิการทางสติปัญญา

รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) พญ.อดิสรส์สุดา เพื่องฟู

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้แทนราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย (ที่ปรึกษา)

บทที่ 6 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการเรียนรู้

ศาสตราจารย์คลินิก พญ.วินัดดา ปิยะศิลป์

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้แทนราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย (ที่ปรึกษา)

บทที่ 7 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการออทิสติก

นพ. ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา

ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ผู้แทนราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย (ที่ปรึกษา)

คณะผู้จัดทำ

สุพล บริสุทธิ์

ศุภิพันธุ์ โสสันดา

หฤทัย ศิริสินอุดมกิจ

ยิ่งลักษณ์ ศรีบุญเรือง

พัฒนา วัชรพงศ์

ธัญภัทร กุ้ยเหล็ก

ศิริภา พิมพ์จิตร

กานต์ ประทีปสว่างวงศ์

ปารามาศ แปลงสาร





กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.)

 : 255 อาคาร 60 ปี กรมประชาสงเคราะห์ ถนนราชวิถี
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

 : 02-354-3388  : www.dep.go.th