



# คู่มือ

การวินิจฉัยและตรวจประเมิน

## ความพิการ

ตามประกาศกระทรวงการศึกษาธิการและส่วนงานที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ๒๕๖๖

เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ

พ.ศ. ๒๕๖๘



ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

กระทรวงศึกษาธิการและส่วนงานที่เกี่ยวข้อง

www.nccsed.go.th

พื้นวิถึกษา

อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

รองอธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ผู้ประสานงานด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูงบริเวณภาคกลางการแพทย์แห่งชาติ

และวิชาการแพทยสภา

ประธานราชวิทยาลัยประสาทแพทย์แห่งประเทศไทย

ประธานราชวิทยาลัยรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย

ประธานราชวิทยาลัยประสาทแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย

ประธานราชวิทยาลัยประสาทแพทย์ คือ นายแพทย์แห่งประเทศไทย

ประธานราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ประธานราชวิทยาลัยประสาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ประธานราชวิทยาลัยรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย

ประธานราชวิทยาลัยอากูระแพทย์แห่งประเทศไทย

ประธานราชวิทยาลัยประสาทแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย

ประธานราชวิทยาลัยรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย

ประธานราชวิทยาลัยสูติบรีนแพทย์แห่งประเทศไทย

ประธานราชวิทยาลัยรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย

ประธานราชวิทยาลัยประสาทแพทย์แห่งประเทศไทย

ประธานราชวิทยาลัยประสาทแพทย์แห่งประเทศไทย

นางศาสตราจารย์ ดร. สันติสุข อรรถกุล แพทย์หญิง แห่งประเทศไทย

นางศาสตราจารย์ ดร. สันติสุข อรรถกุล แห่งประเทศไทย

บรรณานุกรม

แพทย์หญิง สันติสุข อรรถกุล

แพทย์หญิง สันติสุข อรรถกุล

นางแพทย์หญิง สันติสุข อรรถกุล

สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูงบริเวณภาคกลางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์



|  |     |
|--|-----|
| บทนำ การกำหนดนิยามความพิการตัวอเนก ICF                                   | 1   |
| บทที่ 1 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการเห็น                     | 9   |
| บทที่ 2 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย   |     |
| ○ ความพิการทางการได้ยิน  | 21  |
| ○ ความพิการทางการสื่อความหมาย  | 35  |
| บทที่ 3 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย | 68  |
| บทที่ 4 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม           |     |
| ○ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคจิตเวช              | 83  |
| ○ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม          | 95  |
| บทที่ 5 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางสติปัญญา                    | 106 |
| บทที่ 6 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางการเรียนรู้                 | 115 |
| บทที่ 7 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการออทิสติก                       | 128 |
| เอกสารอ้างอิง  | 130 |

|  |            |
|--|------------|
| <p>ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์<br/>         1. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์<br/>         1.1. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์<br/>         1.1.1. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์<br/>         1.1.1.1. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์<br/>         1.1.1.1.1. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์</p>   | <p>165</p> |
| <p>ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์<br/>         1. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์<br/>         1.1. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์<br/>         1.1.1. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์<br/>         1.1.1.1. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์<br/>         1.1.1.1.1. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์</p>   | <p>169</p> |
| <p>ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์<br/>         1. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์<br/>         1.1. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์<br/>         1.1.1. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์<br/>         1.1.1.1. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์</p>  | <p>152</p> |
| <p>ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ<br/>         ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ<br/>         การออกบัตรและการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ<br/>         การทำแบบสถิติหรือการเปลี่ยนแปลงสถิติ และการขอสิทธิพิเศษของคนพิการ<br/>         และมาตรฐานบัตรประจำตัวคนพิการ พ.ศ. 2556</p>             | <p>154</p> |
| <p>ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ<br/>         ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ<br/>         การออกบัตรและการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ<br/>         การทำแบบสถิติหรือการเปลี่ยนแปลงสถิติ และการขอสิทธิพิเศษของคนพิการ<br/>         และมาตรฐานบัตรประจำตัวคนพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2563</p> | <p>160</p> |
| <p>คำสั่งกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ที่ 2044 /2568<br/>         เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานกำหนดหลักเกณฑ์และจัดทำคู่มือการวินิจฉัย<br/>         และตรวจประเมินความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์</p>  | <p>162</p> |
| <p>คณะผู้พิพากษา</p>   | <p>165</p> |

## บทนำ

### การทำความเข้าใจนิยามความพิการด้วยแนวคิด ICF

กองวิจัยทำสำนินิยามความพิการ ตามพระราชบัญญัติสงฆ์สง.สิทธิและพิชณาคุณภาวะชีวิตคนพิการ 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

การวิจัยนิยามความพิการมีความแตกต่างจากกรวิจัยอื่นไว้ด เกือบให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจนิยามความพิการที่นักวิจัยการประเมินความพิการในนิยตนิยม บทความนี้จะสรุปความเป็นมาไล่เลิมจากมุมมองของความพิการประเภทต่าง ๆ จึงนำมสู่การสนแนวคิด ICF และการนำแนวคิด ICF มาใช้ในการทำพจนานุกรมความพิการทางกฎหมาย

องค์การอนามัยโลกได้พัฒนา International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) ในปี 2544 เกือบใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวัดสำนินิยามของความพิการ และได้กำหนดรหัสของส่วนประกอบต่าง ๆ อาทิเช่น การทำงานของร่างกาย โครงสร้างของร่างกาย กิจกรรมและบทบาทมีส่วนร่วม รวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมและปัจจัยจิตสังคม เพื่อใช้ในการติดตามระหว่งภาคีบริษัทยาและทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ ทั้งนี้ในปี 2555 สำนินิยามฉบับใหม่มาของคู่มือศาสตร์ สำนินิยามปฏิบัติการของสภาารมสูง และสถาบันสิทธิคนพิการที่ศูนย์สมรรถนะทางการแพทย์แห่งชาติ ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องจากหลายบริษัทยาและหน่วยงานต่าง ๆ ได้ร่วมกันพัฒนาและจัดทำคู่มือมาตรฐานของการประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและใช้แนวคิด ICF จึงเกิดให้ประโยชน์ในระหว่างสมัยวิษัจะให้มีบริการคนพิการประเภทต่าง ๆ ได้ตามความสามารถใช้แนวคิด ICF ที่เฉพาะเจาะจงกับความพิการและประเภทในการประเมินระดับความสามารถของคนพิการทางหลังการตักในบริษัทยาและนิยามคนพิการ

### 1. มุมมองความพิการ (Disability model)

ในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2544 กรอบแนวคิดหลักสำนินิยามความพิการมี 2 รูปแบบ รูปแบบแรกคือ มุมมองทางการแพทย์ (Medical model) ซึ่งนิยามว่าความพิการเป็นกระบวนการที่เกิิดจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้เกิดความสามารถของร่างกาย (Capacity) เช่น การเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้เกิดอัมพาตหรือคือสำนินิยามของชาวตะวันตก จึงส่งผลให้สู่การสูญเสียสมรรถนะในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Disability) เช่น ไม่สามารถใช้มือไขว้ตือ่งหนังสือได้ ขาดความสามารถสมในสามารถเดินเองได้ หรือสามารถถือถือความตือ่งปริมาณหรือถือถือเอกสารในการทำางจิจิตในตือ่งตม (Handicap) เช่น ไม่สามารถถกสนในทำงานในหน้าตือ่งตมได้ เป็นต้น (มณฑลภูมิ 1) ตามมุมมองทางการแพทย์การสูญเสียคนพิการที่หมายรวมถึงการเป็นสูญเสียภาวะเฉพาะตัวของคนนี้ให้มีบรรลุความสามารถสูงสุดที่ถึงจะทำได้ เช่น มีกำลังสำนินิยามที่ถึงทำให้สามารถใช้เองได้ บริการสำนินิยามตือ่งตมเป็นต้น กล่าวโดยสรุป มุมมองทางการแพทย์ใช้สำนินิยามความพิการเป็นปัญหาหรือปัจจัยบุคคลที่มีก่อให้เกิดอุปสรรคในใช้ชีวิตประจำวันและการทำาง



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

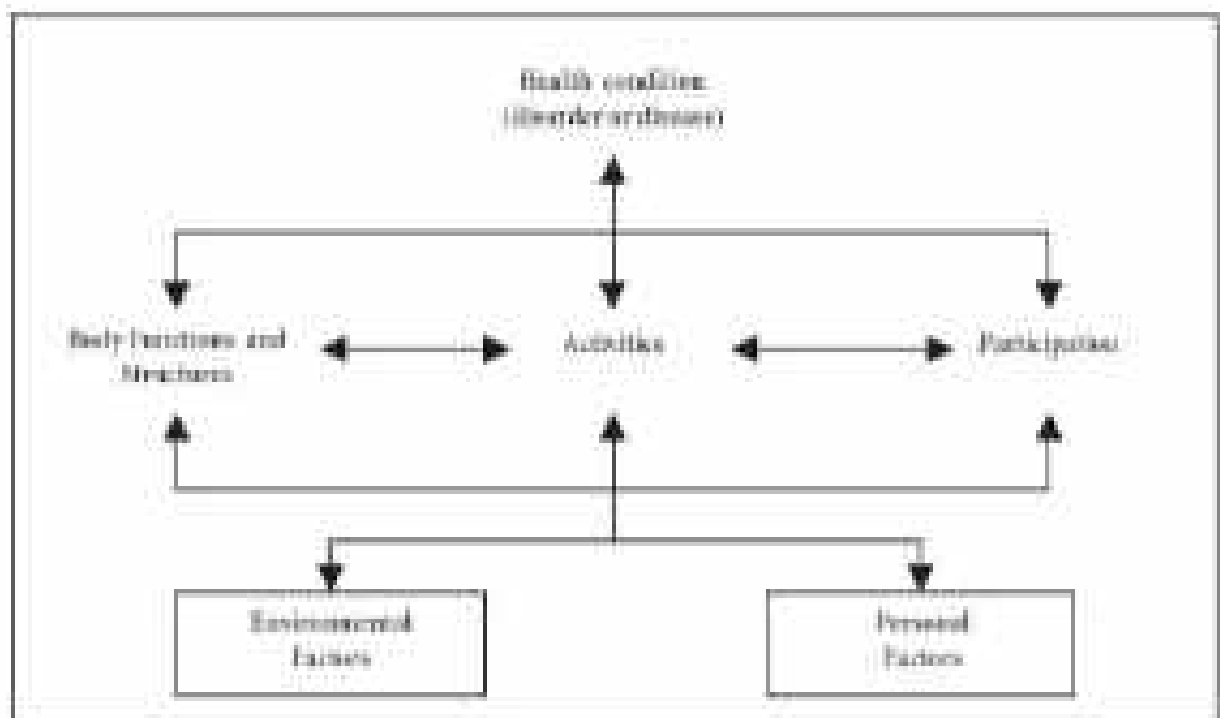
รูปแบบการคิดของ คือ รูปแบบทางสังคม (Social model) ซึ่งนิยามว่าปัญหาความสามารถเกิดจากการประกอบสร้างทางสังคม โดยคำนิยามที่ครอบคลุมกว่าของทางวิชาการว่าเป็นความสามารถที่ขาดอย่างหนึ่งของบุคคลเท่านั้น ความพิการจึงมิใช่ปัญหาของส่วนบุคคล หรือเกิดจาก “สังคม” ที่ไม่เอื้อให้คนที่มีความหลากหลายสามารถอยู่ร่วมกับได้ เช่น การไม่จัดสถานที่จอดรถสำหรับผู้พิการ ทำให้คนพิการที่ซื้อรถมือสองไม่สามารถไปจอดรถขึ้นห้างสรรพสินค้า ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมได้ การไม่จัดให้มีห้องน้ำสาธารณะในห้างสรรพสินค้าทำให้คนพิการไม่สามารถไปทำงานได้ การไม่มีหนังสือเสียงหรือหนังสืออักษรเบรลล์ทำให้เด็กพิการทางสายตาไม่สามารถเข้ารับการเรียนหนังสือในระดับมัธยมศึกษา เป็นต้น การที่สังคมไม่เอื้อให้บุคคลที่มีความแตกต่างสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้ดังกล่าวทั้งหมด จึงจัดว่าเป็นการมี “สังคม” ที่ทำให้บุคคลเหล่านั้นพิการ การแก้ปัญหาความสามารถในรูปแบบของทางสังคมจึงเป็นการปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนในสังคมควบคู่กับสภาพแวดล้อมให้คนพิการสามารถเข้าถึงและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป

มุมมองต่อความสามารถในสองรูปแบบแนวคิดต่างกันมีผลกระทบต่อนิยามของปัญหาที่แตกต่างกันในสังคมจริง ในปี พ.ศ. 2544 องค์การอนามัยโลกจึงเสนอแนวคิด Biopsychosocial model ซึ่งนำเอามุมมองต่อสุขภาพของสุขภาพและสภาพการก่อเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความบกพร่องของอุปสรรคจากทัศนคติของสภาพแวดล้อมจึงทำให้บุคคลไม่สามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้ดังกล่าวเท่าเทียมกับบุคคลอื่น ๆ และใช้คำนิยามการชนแนวคิด ICF ที่นำมาคืออธิบายมุมมองเชิงวิชาการ นอกจากนี้ยังได้เสนอองค์ประกอบของ ICF

เป็นรหัสข้อมูลรวมเป็นบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน สุขภาพและความพิการทางจิต (International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ซึ่งเป็นรหัสที่เป็นภาษาทางการแพทย์ที่สามารถสื่อสารได้ทั่วโลก

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

ICF เป็นกลุ่มรหัสข้อมูลที่มีชื่อเรียกว่าสุขภาพและความเป็นอยู่ของแต่ละคนที่มีสุขภาพสมบูรณ์ และนำไปสู่การวางแผนการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของคนที่การได้ครอบครองจากการระบุโรค ICD International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) เช่น ผู้ป่วย 2 อาจได้รับการวินิจฉัยถึงสาเหตุของโรค ICD เป็น Right hemiplegia, Cerebral infarction และมีอายุ 70 ปี บุคคลไม่ได้ สุขภาพไม่ดีได้ผู้ป่วยของญาติมีบ้านและใช้ชีวิตกับผู้ดูแล ในขณะมีสุขภาพปกติอายุ 45 ปี บุคคลได้สุขภาพดี บุคคลไม่ได้ และมีบ้านของตนเองซึ่งไม่ทำงานตามเดิมเนื่องจากจึงมีสุขภาพที่ดีของโรค ICD เช่น ผลการวินิจฉัยถึงสาเหตุ ICD ที่มีอายุและมีข้อมูลด้านกิจกรรมที่สามารถทำได้ ข้อมูลครอบครัว ซึ่งบุคคลมีสุขภาพดี ข้อมูลการประเมินสมรรถภาพที่การประเมินเป็นไปตามกรอบแนวคิด ICF (แผนภูมิที่ 2)



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิด ICF

## ICF แสดงผลการสุขภาพของบุคคลในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1. การทำงานของร่างกายและโครงสร้างของร่างกาย (Body functions & Structures) หมายถึง การสูญเสียหรือร่างกายส่วนนี้ทำให้เกิด "ความบกพร่อง" (Impairment) หรือการสูญเสียการทำงานของร่างกายหรือโครงสร้างของร่างกาย ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกเลือกใช้คำว่า Body functions and Structures แทนคำว่า Impairment เพื่อลดการใช้คำในเชิงลบ

2. กิจกรรม (Activities) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล การสูญเสียความสามารถส่วนนี้จะก่อให้เกิด "การจำกัดในการทำกิจกรรม" (Activity limitation) หรือความลำบากในการทำกิจกรรมของบุคคล คำนี้ถูกนำมาใช้เมื่อผลการสื่อสารไปในทางลบของคำสืบจึงใช้ว่า "ความผิดปกติ" (Disability)

3. การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การสูญเสียความสามารถส่วนนี้จะก่อให้เกิดปัญหาที่บุคคลประสบในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จึงใช้คำว่า "ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม" (Participation restriction) คำนี้ถูกนำมาใช้ทดแทนคำสืบว่า "ความผิดปกติทางสังคม" (Handicap)

ทั้งนี้ ผลการสุขภาพของบุคคล เป็นผลรวมของปฏิสัมพันธ์ระหว่างการทำงานและโครงสร้างของร่างกาย ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในสังคม และยังได้รับผลกระทบจาก "ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม" (Environmental factors) เช่น ชุมชน สถานที่ อุปกรณ์ช่วย และ "ปัจจัยส่วนบุคคล" (Personal Factors) เช่น รูปแบบการดำเนินชีวิต อุปนิสัย การศึกษา อาชีพ อีกด้วย

องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้แก่ขององค์ประกอบของ ICF มีรหัสเฉพาะเป็นวิธีการทางตัวเลขดังนี้ 3-4 หลัก เช่น Body functions ใช้รหัส ๑, Body structures ใช้รหัส ๒, Activities and Participation ใช้รหัส ๓ และ Environmental factors ใช้รหัส ๕ โดยในแต่ละองค์ประกอบจะมีหมวดหมู่ย่อย เช่น Activities and Participation ประกอบด้วย ๑ หมวดย่อย ได้แก่ learning and applying knowledge, general tasks and demands, communication, mobility, self-care, domestic life, interpersonal interactions and relationships, major life areas, life community, social and civic life<sup>๑</sup>

นอกจากนี้ยังมีการกำหนดตัวบ่งชี้ภาวะ (Qualifiers) ซึ่งจะมีเครื่องหมายสุขภาพหรือความรุนแรงของปัญหาสุขภาพด้านต่าง ๆ โดยประเมินเป็นตัวเลขจากหนึ่งจุดหกสิบของรหัสขององค์ประกอบนั้น ๆ

ICF สามารถนำมาใช้เป็นภาษาสากลในการสื่อสารสำหรับผู้ใช้บริการทางการแพทย์และทางสังคม เกิดประโยชน์ของโครงสร้างร่างกาย การจำกัดในกิจกรรม ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล โดยการใช้รหัส ICF ในการศึกษาก็เหมือนกับความสัมพันธ์ของประเภท หรือใช้คำนวณ

<sup>๑</sup> ภาวะสุขภาพฉบับแก้ไข | <http://www.wpro.who.int/health-topics/disability-and-rehabilitation>

แนวคิด ICF ในการประเมินเพื่อให้บริการทางคลินิกที่ครอบคลุมในมิติต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น เช่น การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครอง/แพทย์ในมิติของกระบวนการ การสนับสนุนการทำงาน เป็นต้น

โดยประเมินผลของตัวชี้วัด แล้วจะดูระดับความบกพร่องหรือระดับความสามารถ ในการทำกิจกรรม หรือการมีส่วนร่วม ที่เรียกว่า “สิ่งบ่งชี้ความพิการ” เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าตัวชี้วัดหรือตัวชี้วัดเชิงประจักษ์ 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 มีความบกพร่องหรือความยากลำบากที่สุดหรือทั้งหมด (COMPLETE: 96 – 100 %)
- 5. หมายถึง ไม่ระบุรายละเอียดของระดับความบกพร่องหรือความยากลำบาก (Not specified)
- 9. หมายถึง ไม่เกี่ยวข้อง (Not applicable)

ตัวอย่าง เช่น

ชาย 51q, 18 ปี มี Sensorineural hearing loss ตั้งแต่ 51q, 18 เดือน เนื่องจากตา ตาบอดสนิท ได้ยินหูว่า Right ear = 75 dB HL, Left ear = 80 dB HL

#### Body function

- s230 การทำงานเกี่ยวกับการได้ยิน

#### Activity limitation

- s310 การติดต่อทางหู - ด้านการฟัง - ขีดความสามารถลดลง ไม่สามารถรับข้อความการพูดได้
- s350 การพูด: ไม่สามารถเปล่งเสียงพูดได้

#### Participation restrictions

- s350 การสนทนา : ไม่สามารถดำเนินการสนทนาได้
- s360 การใช้ข้อมูลหรือสื่อสาร : ไม่สามารถพูดให้การศึกษาได้
- s710 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งกันและกัน : ไม่สามารถทำได้ เช่น ไปโรงเรียนอาจจะไม่ถูกเชิญเข้าร่วมเพราะหาคนจะใช้วิธีปรึกษาการศึกษาด้วยเสียง
- s720 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งกันและกัน : ไม่สามารถทำได้ เช่น ไม่สามารถอธิบายเหตุการณ์เป็นปัญหาให้แก่พ่อแม่ทำได้

## Environment

ข้อจำกัดด้าน ๕360 และ ๕710 สามารถลดลงได้จาก ๕325 เมื่อเทียบกับระบบที่ไม่ได้จัดใช้เพื่อการสื่อสาร เช่น ระบบส่งข้อความทางโทรศัพท์มือถือจึงสามารถช่วยแก้ไขต้นทุนรวมสามารถสื่อสารไกลไม่ต้องใช้เสียง วิทยุระบบการอ่านข้อความเพื่อให้อาสาสมัครได้ฉับพลัน ในส่วนของ ๕710 การใช้ระบบคิวมีเสียงเรียก และเสียงระบบส่งไปพร้อมกับระบบข้อจำกัดเชิงวิศวกรรมที่ทราบถึงในโอกาสของระบบการทางหลวงได้ฉับ

ข้อจำกัดด้าน ๕720 สามารถลดลงได้จาก ๕575 บริการระบบและปรับเฝ้าระวังของความช่วยเหลือที่ไป ทางสังคม เช่น สนับสนุนการอ่านเชิงคำจำกัดความเพื่อไปกับสนธิสัญญา โลกวิญญูชนับสนุน เป็นต้น

### 3. การนิยามความ “พิการ” ในทางกฎหมาย

เมื่อเปรียบเทียบการใช้ความหมายของคำว่า “พิการ” ตามพระราชบัญญัติสิทธิคนพิการในรัฐธรรมนูญภาคคนพิการ พ.ศ.2534 และพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2556 จะพบความแตกต่างกันดังนี้

พระราชบัญญัติสิทธิคนพิการ พ.ศ.2534 มาตรา 4

“คนพิการ หมายความว่า คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือจิตใจ สืบเนื่องมาจากสาเหตุอันเกิดจากกรรมพันธุ์

การประเมินความสามารถตามพระราชบัญญัติฉบับนี้จึงมุ่งเน้นที่การประเมินความสามารถที่บกพร่องทางร่างกาย เช่น Visual acuity, Visual field, Level of hearing loss, Level of weakness of body and limbs, IQ เป็นต้น ซึ่งการประเมินดังกล่าวหากพิจารณาตามแนวคิด ICF จะเป็นการประเมินในส่วนของ Body Function and Structure เท่านั้น ในขณะที่พระราชบัญญัติฉบับนี้แบ่งความรุนแรงของความพิการเป็น 3 ระดับ และแต่ทว่าบุคคลที่มีความบกพร่องในระดับปานกลางถึงมากจึงมีสิทธิขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการตามกฎหมาย ผู้ที่มีความบกพร่องในระดับนี้ย่อมมีภาระมิใช่เบาในการเข้าสู่สังคม เช่น ทำงาน ยานยนต์สาธารณะ ไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้

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

“คนพิการ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้ามามีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา ทางเคลื่อนไหว ทางสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การรับรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด บ่งบอกกับมีอุปสรรคในชีวิตต่าง ๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้ามามีส่วนร่วมทางสังคมได้ซึ่งแบ่งบุคคลทั่วไป ที่มีอุปสรรคทางประสาทสัมผัสหรือสติปัญญาหรือการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหวของส่วนหนึ่งของร่างกายแบ่งประเภททั้งหมด”

การประเมินความสามารถตามพระราชบัญญัติฉบับนี้จะพิจารณาจาก ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันและข้อจำกัดในการเข้ามามีส่วนร่วมทางสังคม อันเป็นผลมาจากความบกพร่องร่วมกับกับภาวะบกพร่องทางร่างกาย ซึ่งแตกต่างกับแนวคิด Disability as a whole (๒๐๑๗)

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติแม้ว่าหลักการวินิจฉัยความสามารถ และประเมินข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้บางส่วน แต่อาจไม่สามารถระบุข้อจำกัดในการเข้ามามีส่วนร่วมทางสังคมได้ เนื่องจากข้อจำกัดดังกล่าวมักแปรไปตามบริบทและสิ่งแวดล้อม การประเมินความสามารถตามแนวคิด ICF อาจเห็นรูปแบบเชิงจำเป็นคือศาสตร์สาขาจิตวิทยาหรือทางการแพทย์และทางสังคมศาสตร์

ทั้งนี้ คู่มือการวิจัยเชิงเอกสารประเภทสืบค้นความถี่การใช้บริการของหน่วยงานและปริมาณการดำเนินงานที่  
การวิจัยเชิงคุณภาพมีการวิจัยได้ครอบคลุมมีวิธีการประเมินกิจกรรมในเชิงประจักษ์กับวิธีการมีส่วนร่วมของสังคม  
มากขึ้น เช่น การประเมินความพึงพอใจทางวิชาการในผู้ประเมินเองเพื่อใช้ประเมินผู้ประเมินสามารถออกเสียงในทางานได้  
วิธีการที่พิจารณาจากความถี่ทางวิชาการเกิดขึ้นใหม่ผ่านการประเมินกิจกรรมในเชิงประจักษ์กับตัวชี้วัด  
ประเมินประสิทธิภาพเชิงปริมาณเชิงคุณภาพ

## บทที่ 1

### การวินิจฉัยขั้นแรกตรวจประเมินความผิดปกติทางตาเห็น

คำนิยามตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาซึ่งสนนเลขความฉับตงของกฎหมาย<sup>(๑)</sup>

บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็นได้แก่ บุคคลที่สูญเสียการเห็นถึงระดับสายตาปานกลาง (Moderate Visual Impairment) จนถึง สายมืด (Blindness) ซึ่งประเมิน 2 ประเภท ดังนี้

1. สายตาอด ต หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลเป็นสูญเสียการเห็นถึงระดับสายตาปานกลางข้างหรือทั้งสองข้าง (ข้างหรือทั้งสอง) เมื่อได้รับการแก้ไขด้วยแว่นตาแล้ว (Best corrected distance vision only) จึงอยู่ในระดับต่ำกว่าหรือต่ำกว่า 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 10 ส่วน 200 ฟุต (10/200) จนถึงไม่สามารถรับแสงได้ หรือมีลานสายตาขนาดน้อยกว่า 10 องศา

2. สายตาเห็นเลือนราง หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลเป็นสูญเสียการเห็นถึงระดับสายตาปานกลางจนถึงระดับรุนแรง หากตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างหรือทั้งสองข้าง (ข้างหรือทั้งสอง) เมื่อได้รับการแก้ไขด้วย แว่นตาแล้ว จึงอยู่ในระดับต่ำกว่าหรือต่ำกว่า 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) หรือมีลานสายตาขนาดน้อยกว่า 30 องศา ลงไปจนถึง 10 องศา

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางตาเห็น ได้แก่

1. สนธิกรรมการทางการแพทย์ ครอบคลุม สายตาเห็นเลือนรางและสายตามืด ได้แก่

- สนธิปัญหาสายตาข้างหรือทั้งสองข้างที่ได้รับการตรวจแก้ไขด้วยแว่นตาแล้วตามของเห็นน้อยกว่า 6/18 เมตร หรือ 20/70 ฟุต ลงไป จนถึงมองไม่เห็นแม้ในแสงสว่าง หรือ
- สนธิมีลานสายตาขนาดน้อยกว่า 30 องศา

2. ต้องสิ้นสุดการรักษาทันทีจากหน่วยงานสาธารณสุขที่สนธิกรรมการต้องไม่ปฏิเสธการวินิจฉัย และเมื่อได้รับการตรวจแก้ไขด้วยแว่นตา (Corrected) แล้ว แผลความผิดปกติหรือความบกพร่องดังกล่าวยังคงมีอยู่ สนธิการตามกฎหมายประเภทนี้ จึงหมายถึง สนธิมีความผิดปกติทางการเห็นภายใต้วิสัยไกลต่อไปนี้

- เมื่อการยื่นขอรับการรักษาล่วงหน้ามีผล 3 เดือน
- พิจารณาตัดสินเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- ในกรณีมีความผิดปกติของ Bilateral cataract, Traumatic cataract, Traumatic vitreous haemorrhage ให้ขอความเห็นหรือได้รับเห็นตรวจหลังจากเป็นเวลามากกว่า 12 เดือน
- หรือ ให้อำนาจแก่ผู้ขอรับการตรวจจากผู้ประเมิน

3. สามารถประเมินโดยเทคนิคที่มิได้ โดยใช้การวัดสายตาตรงระยะไกล (Distance VA measurement) ในกรณีที่มีทัศนวิสัยที่ไม่สามารถประเมินความพิการได้ ให้ตั้งประเมินความพิการกับสัญญาณ

พจนานุกรม ซึ่งในปี พ.ศ. 2546 องค์การอนามัยโลกได้ปรับปรุงการแบ่งประเภทของทางภาวะเห็น (Visual Impairment : VI) โดยให้วัดระดับสายตาจากค่าการวัดด้วยสายตาเปล่าหรือโดยสวมแว่นตาที่ใช้ตามปกติของผู้ป่วยเป็นประจำ (Presenting distance visual acuity) โดยไม่มีวัตถุประสงค์หรือแว่นตาหรือเลนส์สัมผัส (Distance best-corrected) เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของภาวะการแบ่งประเภทของทางภาวะเห็น (Visual Impairment : VI) ที่จำเป็นที่จะได้รับการวินิจฉัยคือแสงที่ใด แสงนี้จะต้องมาจากภาวะสายตาตามปกติ (Distance best-corrected) เป็นภาวะที่สามารถแก้ไขได้ด้วยการตรวจวัดสายตาตามแสง ประเภทตามวันสาย ซึ่งถือเป็นปัญหาที่ถึงไม่ถึงขั้นสูงของการรักษา ดังนั้นคนกลุ่มนี้จึงไม่เป็นคนที่การตรวจภาวะเห็นสามารถหาค่าเกณฑ์การวินิจฉัยถึงความพิการทางภาวะเห็นตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีความสัมพันธ์ของขนาดของมุมองศาเห็นของ ประเภทและหลักเกณฑ์การ พ.ศ. 2546

คนพิการทางภาวะเห็นตามกฎหมาย ไม่ควรนับกลุ่มบุคคลต่อไปนี้

1. มีตาพิการหรือตาบอดเพียง 1 ข้าง
2. มีตาบอดสี
3. มีตาบอดแสง

**แนวทางการฝึกปรั่ววิถี**

การฝึกปรั่ววิถีที่ควรปฏิบัติสำหรับคนตาบอด ดังนี้

1. ประสิทธิภาพการวินิจฉัย สายตาสองของการดูรูสิ่งสมรรถภาพทางภาวะเห็นในการตรวจวัดวิญญู
2. ประสิทธิภาพการตรวจหาแสงการได้ยินและการฝึกงานในปัจจัยในแสงที่ผ่านมาก ทั้งการใช้ตามและการผ่าตา
3. ประสิทธิภาพการได้รับการช่วยเหลือหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพจากสถานศึกษาชั้นต้น เช่น ศูนย์ช่วยเหลือคนตาบอดของบ้านที่ใช้ดู รวมถึงการมีทัศนวิสัยตามปกติใช้ดูของสภาพที่คงอยู่ไว้กับดูปรกรณ์สิ่งก่อสร้าง
4. ประสิทธิภาพการฝึกทางสายตาภายในครอบครัว เช่น มีโอกาสมองเห็นในครอบครัวที่หลับในอุปกรณ์ของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ทีวี วิทยุ โทรทัศน์ โทรสาร ฯลฯ
5. ประสิทธิภาพการเห็นภาพจากโทรทัศน์ ฯลฯ ทั้งที่เคื่องมือและไมเคื่องมือเกี่ยวกับการดูรูสิ่งสมรรถภาพทางภาวะเห็นของผู้ป่วย

ในการฝึกปรั่ววิถีที่เฉพาะความผิดปกติทางภาวะเห็น โดยเฉพาะในเด็กเล็กให้ตามถึงหรือสิ่งกีดขวางการต่อไป

1. เด็กอายุ 3 เดือน ถ้าถึงไม่ชี้หน้า ให้สงสัยว่าเด็กตาบอดสายตาผิดปกติ
2. ดูสีของนม นก และสีตามน้ของทารกสายตาผิดปกติ
3. มีพฤติกรรมการนอนหลับ กะทันหัน ฯลฯ
4. ดูรูอะไร ก็มองไปสายตาผิดปกติ
5. มีอาการปวดตา บวมตา ฯลฯ มาถึงจากการใช้สายตา
6. มีอาการตาไม่สู้แสง น้ำตาไหล มีตาชอกตาเจ็บร่วมกับการ
7. ในการตรวจหรือเห็นภาพมีลักษณะไม่ชัดหรือสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ตรวจที่ชัดเจน เช่น ๓ กับ ๓ กับ ๓ กับ ๓ ฯลฯ หรือมีลักษณะที่ผิดปกติ เช่น ส่วนข้างขึ้นหรือข้างบนหรือ ฯลฯ จึงเป็นอาการของผู้มีสายตาผิดปกติ

**แนวทางการตรวจร่างกาย**

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสามารถใช้การวินิจฉัยเชิงการคาดการณ์การทรงตัวเป็นไปตามการตรวจ  
 วัดสายตา (Visual Exam) หรือ สนามสายตา (Visual Field- VF) (รูปที่ 1-1)

ตารางที่ 1-1

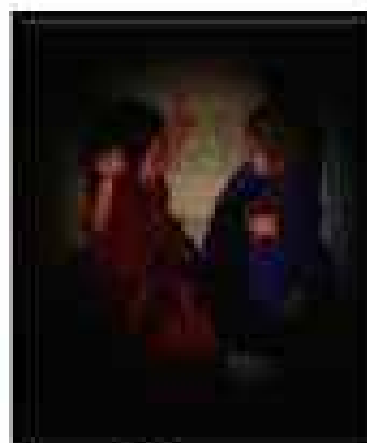
| พิจารณาพิสัยสายตา   | พิจารณาพิสัยสนามสายตา         | ลักษณะการคาดการณ์ |
|---|-------------------------------|-------------------|
| มีขนาด 6/18 เมตร หรือ 20/70 ฟุต<br>แต่ยังสามารถอ่าน 3/60 เมตร<br>หรือ 10/200 ฟุตได้ | มากกว่า 30 องศา จนถึง 10 องศา | ตาเห็นผิดปกติ     |
| มีขนาด 3/60 เมตร หรือ 10/200 ฟุต<br>ไปจนถึงไม่เห็นแม้แต่นองต่าง                     | มากกว่า 10 องศา จนถึง 0 องศา  | ตาบอด             |



จุดศูนย์กลาง



สนามปกติ



จุดศูนย์กลาง

รูปที่ 1-1 เมธีขบวนการจุดศูนย์กลางและการจุดศูนย์กลาง

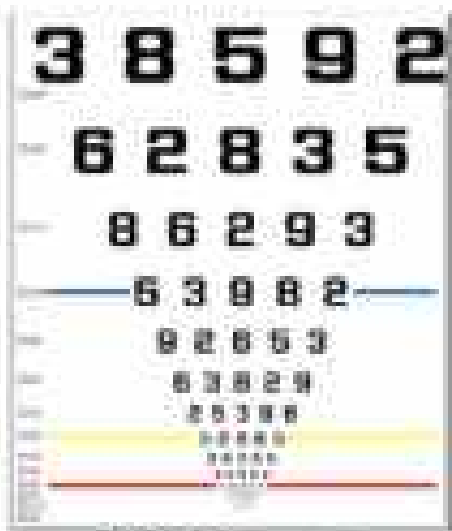
### การตรวจวิสัยทัศน์ (Visual Acuity measurement)

การตรวจวิสัยทัศน์ที่ดีขึ้นขึ้นกับการวัดความผิดปกติทางสายตา เช่น ใกล้เคียงการวัดสายตาแบบใกล้

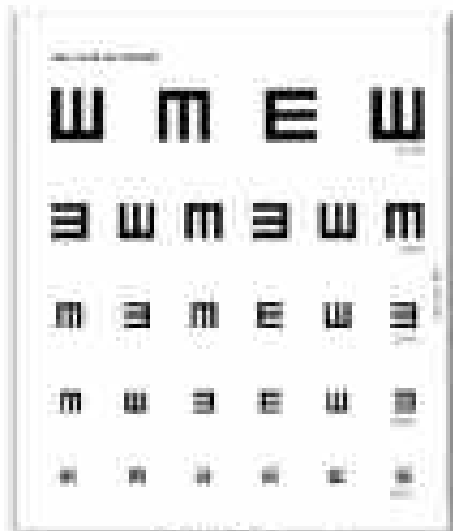
(Distance VA measurement)

#### อุปกรณ์ที่ใช้ในการวัดสายตา

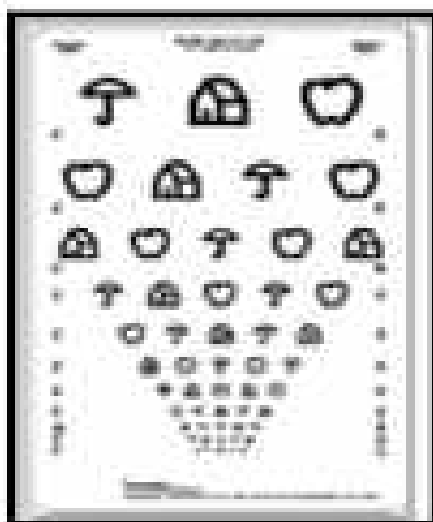
1. โกลาบ
2. แผนภูมิวัดสายตาในระนาบไกลมาตรวัดสายตา ๗ (รูปที่ 1-2; 1-3, 1-4)
3. ฟิล์มตา (Occluder) (รูปที่ 1-5)
4. ฟิล์มตรวจสายตาที่มองดู (Pinhole) (รูปที่ 1-5)



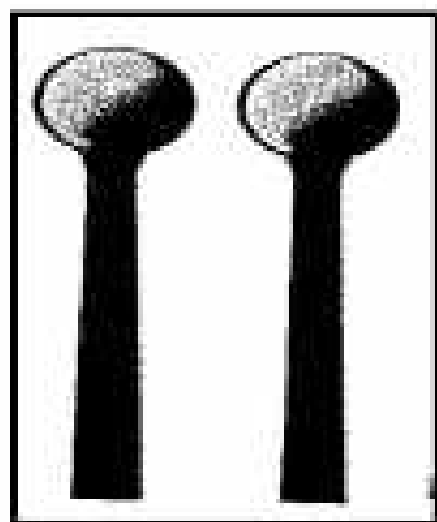
รูปที่ 1-2 Snellen chart



รูปที่ 1-3 E chart



รูปที่ 1-4 Picture chart



รูปที่ 1-5 Occluder and Pinhole

## แนวทางการวินิจฉัยตามอายุ

**เด็กเล็ก (ตามอายุแรกเกิด – 2 ปี)** อาจทำได้โดยการสังเกตพฤติกรรมทางกายภาพ เช่น ความถี่ไม่ร้องไห้หรือร้องไห้ไม่ของตามแรงใจ มีความผิดปกติของรูปร่าง เช่น สามเหลี่ยม (Jugularum) รูปร่างขาไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อชีวิต เด็กอาจมีความผิดปกติ จึงควรส่งต่อเพื่อรับการประเมินโดยศัลยแพทย์

**เด็กก่อนวัยเรียน (ตาม 2 ปี – 4 ปี)** สามารถตรวจประเมินการเห็นด้วยไฟฉาย โดยถือหลอดฉายห่างจากหน้าเด็กประมาณ 30 - 50 ซม. เคียงหลอดฉายไปในทิศทางต่าง ๆ ถ้าเด็กสามารถมองเห็นหลอดฉายไฟฉายไปในทิศทางต่าง ๆ ได้แสดงว่าการมองเห็นปกติ ถ้าเด็กไม่สามารถมองเห็นหลอดฉายไฟฉาย ให้สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ จึงควรส่งต่อเพื่อรับการประเมินโดยศัลยแพทย์

**เด็กวัยเรียน (ตามตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป)** ในเด็กวัยนี้สามารถใช้แผ่นวิสัยทัศน์ในระนาบโกลนมาตรฐาน (เช่น E Chart หรือ Fishback chart) หรือใช้การนับนิ้วของผู้ตรวจในระนาบต่าง ๆ ถ้าเด็กนับไม่ได้ให้ขู่นิ้วขึ้นตามผู้ตรวจ โดยทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง เกิดปัญหาการมองเห็น

**เด็กโกลนสูงผู้ใหญ่** ตรวจโกลนใช้แผ่นวิสัยทัศน์ในระนาบโกลนมาตรฐาน (Snellen chart) หรือ E chart ในเวลาที่ไม่รู้หนังสือ

### วิธีการวิสัยทัศน์โกลนใช้แผ่นวิสัยทัศน์ในระนาบโกลนมาตรฐาน

ใช้การวัดที่ระยะ 6 เมตร หรือ 20 ฟุต จากแผ่นวิสัยทัศน์ในที่ตั้งตรวจที่มีแสงสว่างเหมาะสม และปราศจากแสงสะท้อน (Glare) โกลนตรวจวิสัยทัศน์ข้าง เริ่มจากข้างขวาตามด้วยข้างซ้าย ใช้ Occluder ปิดตาอีกข้างขณะวัด และทดสอบด้วย Fishback chart ซึ่งวัดการเปลี่ยนแปลงของทัศนวิสัย ระยะวิสัยทัศน์ที่ดีขึ้นจากการใช้ Fishback chart จะยังสามารถแก้ไขได้ด้วยการตรวจวิสัยทัศน์ประกอบแนบ (Peripheral) โดยทำงานผลทั้งสองอย่างดังนี้

- 6/60 หรือ 20/200 เมตร หรือทดสอบด้วย Fishback 6/30 หรือ 20/100 ในแนบข้างตามลำดับ
- ในกรณีที่มีระยะดังกล่าว ไม่เห็นแม้บนบรรทัดบนสุดซึ่งการใช้ Fishback แล้ว (NA < 6/60 หรือ 20/200) ให้วัดในระนาบ 5 เมตร หรือ 10 ฟุตแทน โดยดูว่าสามารถอ่านบรรทัดบนสุดซึ่งการใช้ Fishback แล้ว

วิธีการแปลผล โดยพิจารณาจากอัตราส่วนข้างที่คิดว่า ดีขึ้น

- ถ้าที่ระยะ 6 เมตร หรือ 10 ฟุต สามารถอ่านบรรทัดที่ 6/18 เมตร หรือ 20/70 ฟุตได้ ซึ่งการใช้ Fishback แล้ว หมายความว่า ไม่มีอาการก้ำกักรตามประกาศา
- ถ้าที่ระยะ 6 เมตร หรือ 20 ฟุต ไม่สามารถอ่านบรรทัดที่ 6/18 เมตร หรือ 20/70 ฟุตได้ ซึ่งการใช้ Fishback แล้ว แต่เมื่อวัดที่ระยะ 5 เมตร หรือ 10 ฟุต สามารถอ่านบรรทัดบนสุด

- (บรรทัดมี 5/60 เมตร หรือ 20/200 ฟุต) หลังการใช้ Pencil แล้วได้ ขนาดความกว้าง มีระดับสายตา  
ดีกว่า 5/60 เมตร หรือ 20/200 ฟุต ขนาดความกว้าง มีความถี่การตามประเภทตา อัตราลดลงเกินสิบตาราง
- ถ้าวัดที่ระยะ 3 เมตร หรือ 10 ฟุต ไม่สามารถอ่านบรรทัดบนสุด (บรรทัดมี 5/60 เมตร  
หรือ 20/200 ฟุต) หลังการใช้ Pencil แล้วได้ ขนาดความกว้าง มีระดับการมองเห็นน้อยกว่า 3/60 เมตร  
หรือ 10/200 ฟุต ขนาดความกว้าง มีความถี่การตามประเภทตา อัตราลดลง

**การวัดลานสายตา (Visual Field testing)**

ในทางปฏิบัติการตรวจวัดลานสายตาไม่มีคนปกติ แต่มีประวัติหรืออาการที่บ่งชี้ว่าอาจมีลานสายตาผิดปกติ เช่น มีกลีบตาขึ้นซึ่งเกี่ยวข้องกับการอ่านหนังสือมีค่าอ่านข้างขึ้นหรือข้างบนบรรทัด จึงเป็นอาการแสดงของโรคต้อหิน  
โรคของจอตา โรคของประสาทตาหรือโรคของสมอง ให้ทำการวัดลานสายตาคนเป็น

**อุปกรณ์ที่ใช้ในการวัดลานสายตา**

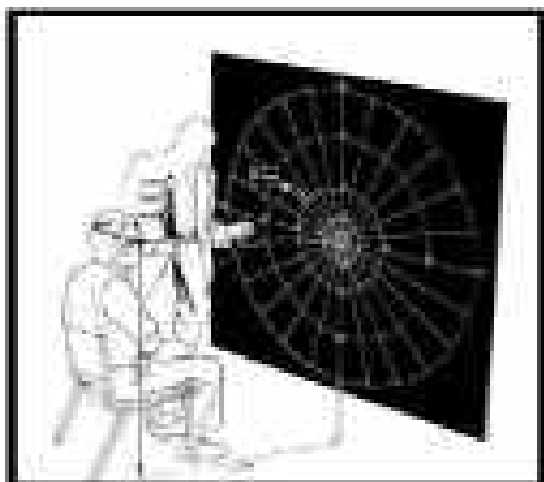
การวัดลานสายตา ทำโดยการใช้อุปกรณ์วัดหรือเครื่องมือสำหรับวัดลานสายตา (Perimeter) จึงมีอุปกรณ์  
วัดลานสายตาที่นิยมใช้ส่วนมากทำงานมีแสงหรือใช้ระบบคอมพิวเตอร์ จึงสามารถประเมินขนาดและตำแหน่งของ  
ลานสายตาที่ใช้การเห็น (Scotoma) สามารถตรวจพบในจุดมืด มีแสงสว่างบางส่วนอุปกรณ์ที่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์

**อุปกรณ์วัดหรือเครื่องมือสำหรับวัดลานสายตา (Perimeter) ได้แก่**

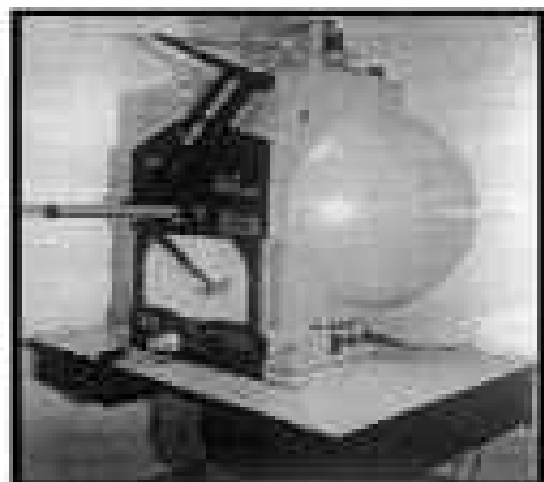
1. Tangent screen (รูปที่ 1-6)
2. Arch perimeter (รูปที่ 1-7)
3. Automated perimeter (รูปที่ 1-8)

**ลานสายตาปกติ ประกอบด้วย**

- ลานสายตาส่วนริม (Peripheral VF) โดมวัดวัดมีการเห็นจากจุดกึ่งกลางลานสายตา และมีค่าในหน่วย  
องศาหรือ (Meridian) ไม่เท่ากัน (รูปที่ 1-9)
- ลานสายตาส่วนกลาง (Central VF) โดมวัดวัดมีการเห็นจากจุดกึ่งกลางลานสายตา 30 องศา  
ในทุกระนาบ (Meridian) (รูปที่ 1-10)



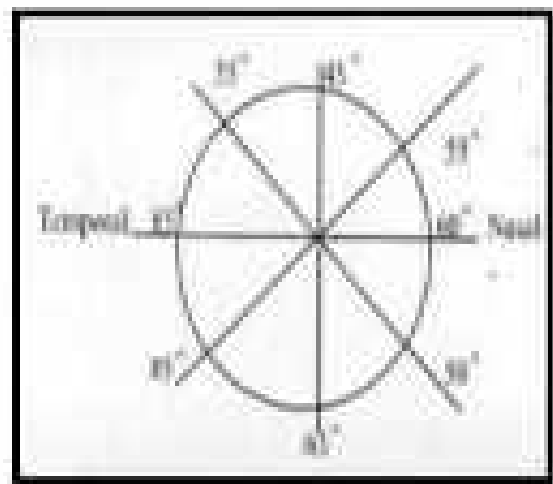
รูปที่ 1-6 Tangent screen



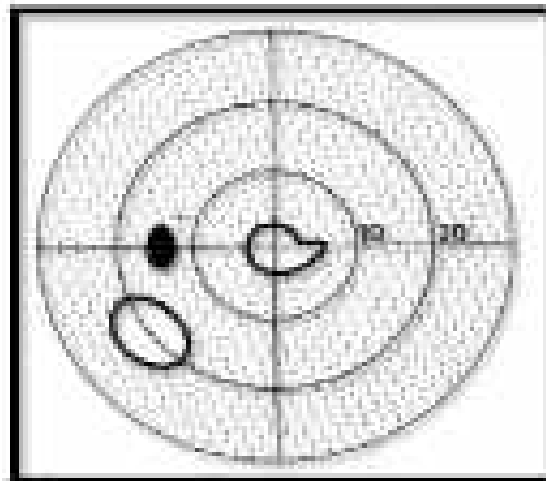
รูปที่ 1-7 Arch perimeter



รูปที่ 1-8 Automated perimeter



รูปที่ 1-9 Peripheral VF



รูปที่ 1-10 Central VF

**วิธีการแปลผล โดยพิจารณาจากค่าข้างที่เรียกว่า ศักดิ์**

- ถ้ามีการเห็นสนามสายตาส่วนบนทั้งหมด แสดงว่ามีสนามสายตาส่วนบนของปกติ หมายถึงว่า  
ไม่มีความผิดปกติของประสาทตา
- ถ้ามีการเห็นสนามสายตาส่วนบนในวัดมี 10 ถึง 30 องศาจากจุดถึงกลางสนามสายตา หมายถึงว่า  
มีความผิดปกติของประสาทตา อีกขณะเห็นเส้นตรง
- ถ้ามีการเห็นสนามสายตาส่วนบนในวัดมี 10 องศาจากจุดถึงกลางสนามสายตา หมายถึงว่า  
มีความผิดปกติของประสาทตา อีกขณะเห็น
- ในกรณีที่มีการเห็นสนามสายตาเป็นบางพื้นที่ (Scotoma) ทั้งในสนามสายตาส่วนบน (Peripheral VF)  
และ/หรือ สนามสายตาส่วนกลาง (Central VF) หรือเห็นเขตการเห็นสนามสายตาส่วนบนอย่างเฉียบ  
พลที่ไม่มีความผิดปกติของประสาทตา

แนวทางการประเมินสภาพความพิการที่สามารถมองเห็นได้โดยประจักษ์

นำคะแนนของภาพวีดิทัศน์ของเบบี๋จริงมาวัด สามารถใช้การวินิจฉัยภาวะความพิการทางการเห็นได้ ถ้าตรวจพบสิ่งต่อไปนี้

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

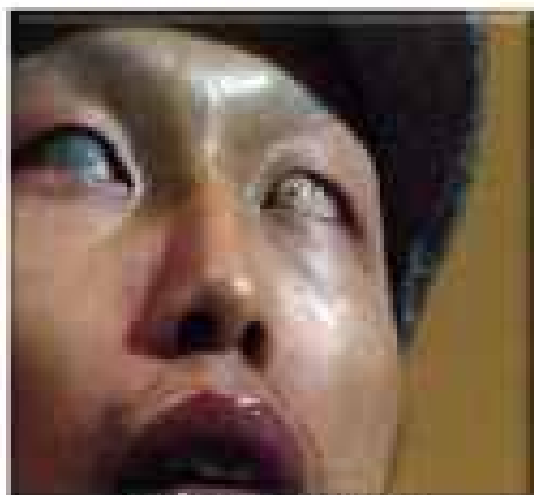
กรณีที่มีลักษณะความพิการบนดวงตาหรือจากศัลยกรรมแล้ว ให้สังเกตการมองเห็นของเด็กทารกในรูปของพฤติกรรมจากผู้ปกครองหรือสมาชิกในครอบครัว การมีพฤติกรรมที่ผิดปกติของเด็กทารกในวัยของความพิการทางการเห็นที่เห็นได้โดยประจักษ์ ไม่เคยถูกใช้เพื่อการวินิจฉัยการไปสกรีนพบหรือระบุลักษณะของผู้ป่วย



รูปที่ 1-11 ไม่มีลูกตา



รูปที่ 1-12 ไม่มีลูกตาสำ



รูปที่ 1-13 ลูกตาสีขาวขุ่น



รูปที่ 1-14 ลูกตาฝ่อ

### แนวทางการดูแลคนพิการทางกายที่เป็นเบื้องต้น

- เด็กสถานดูแล/สถานศึกษาการ รึ 0 - 5 ปี ควรแนะนำให้ผู้ปกครองสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ เช่นเดินรถเข็น เล็กปกติ พัดให้สามารถช่วยเหลือตนเอง นิยามกับอุปนิสัยเหตุ ให้ความรัก ความอบอุ่น ความเห็นใจ เพราะเด็กอาจมีกิจกรรมจำกัดเล็กปกติ เกิดสติแวมเด็กให้กรับส่วนบริการเข้าเรียนหนังสือต่อไป
- เด็กสถานดูแล/สถานศึกษาการ รึ 6 - 14 ปี สามารถส่งเข้าเรียนได้ ในโรงเรียนที่มีอยู่ทุกภาค เพื่อให้เด็กมีความสุข และเตรียมพร้อมในการฝึกฝนอาชีพ
- คนดูแลดูแล/สถานศึกษาการ รึ 15-18 ปี ควรได้เรียนการฝึกฝนอาชีพ โครงการแนะนำผู้พิการศึกษา คนสถานดูแลเข้าเรียนวิชาการ
- คนสถานดูแล/สถานศึกษาการ รึ สูงอายุ ด้านจิตใจ ต้องแนะนำให้ญาติดูแล ให้ความรักและเห็นใจด้วยความรัก ความเห็นใจ และให้กำลังใจ ทวีตมทั้งพยายามให้ฝึกงานของบุคคลผู้ดูแลฝึกจนจบให้รู้สึกว่าการดูแล มีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม
- ให้คำแนะนำเรื่องบริการประจำตัวคนพิการ เพื่อให้คนพิการใช้ชีวิตที่ดีต่าง ๆ ตามศักยภาพของแต่ละคน และใช้ประโยชน์การวางแผนช่วยเหลือในสถานสงเคราะห์

### แนวทางการเข้าถึงเพื่อการศึกษา หรือฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

เมื่อได้รับการศึกษา หรือฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของคนพิการทางกายเห็น รวมทั้งการใช้ เครื่องช่วยสื่อสารเสียง (New technology) แนะนำให้ผู้ปกครองได้คำแนะนำของศึกษานิเทศก์ ทราบขอ เอาจปฐมนิติทางศึกษา นักทัศนมาตร หรือ ผู้เชี่ยวชาญที่ได้บริการอบรมในการให้บริการทางกายเห็น ถ้าผู้ปกครองมีเงินส่วนตัวก็ไป ควรพิจารณาส่งต่อในบริการทางการแพทย์แนะนำ จากศึกษานิเทศก์ในกรณีต่อไปนี้

1. ในการตรวจประเมินเด็กเล็กหรือเด็กก่อนวัยเรียน จึงยังไม่สามารถตรวจวินิจฉัยด้วยแผนกโรคทางกายเห็น ต้องให้บุคลากรและเตรียมความพร้อม/อุปกรณ์ในการตรวจ
2. ในกรณีศึกษาผู้ปกครองมีความเห็นว่าสามารถให้บริการทางการแพทย์ให้ดีขึ้นได้
3. ในกรณีศึกษาคนพิการทางกายเห็น และต้องการขอรับเครื่องช่วยสื่อสารเสียง (New technology) โดยต้องไปดำเนินการขออนุมัติประจำตัวคนพิการ เพื่อให้ได้บัตรประจำตัวคนพิการคนในเขตพื้นที่บริการ

### กรณีตัวอย่างและข้อควรพิจารณาเป็นกรณีพิเศษ

1. มีความพิการทางกายเห็น 1 ข้าง และการเห็นของข้างที่เหลืออยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ถือว่าเป็นคนพิการทางกายเห็น เพราะสามารถศึกษาค้นคว้าวิจัยมีความพิการทางกายเห็นจะใช้ระดับสายตาข้างผิดปกติทางกายเห็นศึกษาข้างเดียวจึงสามารถเห็นเป็นปกติ แม้ว่าตาอีกข้างจะมองไม่เห็นเลย ก็ไม่ถือว่าเป็นคนพิการทางกายเห็น คนที่มีตาปกติหนึ่งข้างจะสามารถใช้ชีวิตประจำวัน ประกอบอาชีพต่าง ๆ หรือแม้กระทั่งอยู่ในสถานศึกษาจนจบก็ได้
2. คนที่มีตาผิดปกติมากไม่ว่าจะเป็นสายตาสั้น สายตาวัว หรือตาต้ออง ถ้ายังสามารถตรวจวินิจฉัยตาต้อองจนจบแล้วทำให้ระดับการเห็นอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ถือว่าเป็นคนพิการทางกายเห็น
3. ถ้าคนที่มีตาต้อองมาก ๆ แล้วไม่ได้รับการรักษาจนตาต้อองถึงขั้นสามารถตรวจประเมินความพิการ โดยกรมโรคทางตาของใช้ 5366-๒ ตามวิธีการปกติ

4. กรณีผู้มาตรวจประเมินผลสัมฤทธิ์ไม่เต็ม (No-taker) อาจต้องใช้วิธีการหรือเครื่องมือในการวัดระดับ การเขียนแบบอื่น สำหรับผู้ประเมินผลสัมฤทธิ์เป็นการถาวร ซึ่งจะนำไปใช้ส่งต่อเพื่อรับการประเมิน โดยจิตจำแนกผล

**การวัดสายตาด้วยแผ่นวัดสายตารองไกลมาตรฐาน หน่วย เมตร และ ฟุต<sup>2</sup>**

การวัดสายตาด้วยองศาอง คือ ฟิโกส (Distance visual acuity) และฟิโกส (Near visual acuity) โดยการใช้ประเมินความสามารถทางการเห็นของบุคคลด้วยการวัดสายตาฟิโกสเท่านั้น โดยการใช้องศาองคือ 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   |
| 20/180         | 6/48   | 0.125   | 0.90   |
| 20/125         | 6/38   | 0.16    | 0.80   |
| 20/100         | 6/30   | 0.20    | 0.70   |
| 20/90          | 6/24   | 0.25    | 0.60   |
| 20/80          | 6/20   | 0.32    | 0.50   |
| 20/70          | 6/18   | 0.40    | 0.40   |
| 20/60          | 6/12   | 0.50    | 0.30   |
| 20/50          | 6/10   | 0.63    | 0.20   |
| 20/45          | 6/7.5  | 0.80    | 0.10   |
| 20/40          | 6/6    | 1.00    | 0.00   |
| 20/30          | 6/3    | 2.00    | -0.30  |

รูปที่ 1-15 ตารางเทียบสายตาระบบต่าง ๆ (Visual acuity conversion chart)

แนวทางการออกเอกสารรับรองความพิการทางการเห็น

ผู้ขอเอกสารรับรองความพิการ

1. จิตจำแนกผล ที่เป็นผู้ตรวจวิเคราะ หรือ
2. เจ้าหน้าที่ระบบสุขภาพอื่น ที่มีคุณสมบัติและการตรวจวัดสายตา (Visual acuity) และ/หรือ สนามสายตา (Visual field)

## แผนประเมินสมรรถภาพทางสติปัญญาทางการเห็นตามแนวทางของ ICF<sup>2</sup>

การประเมินสมรรถภาพทางสติปัญญาทางการเห็นตามแนวทางของ ICF สามารถใช้รหัส ICF 10 ด้าน ในการประเมิน ดังนี้

- ๑๑10 การทำงานของตาเห็น (Seeing functions)
- ๑๑60 การเคลื่อนที่ไปในที่ต่าง ๆ (Moving around in different locations)
- ๑๑70 การใช้การขนส่ง (Using transportation)
- ๑๑70 การดูแลสุขภาพตัวเอง (Looking after one's health)
- ๑๑30 การเตรียมอาหาร (Preparing meals)
- ๑๑40 การทำงานบ้าน (Doing housework)
- ๑๑๑๑ การศึกษา กิจกรรมของสังคมอื่น ๆ และที่ไม่ระบุรายละเอียด (Education, other specified and unspecified)
- ๑๑70 การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ (Economic self-sufficiency)
- ๑๑10 ชีวิตในชุมชน (Community life)
- ๑๑๑0 นันทนาการและพักผ่อนหย่อนใจ (Recreation and leisure)

**กรณีตัวอย่าง**

ชายไทย อายุ 65 ปี ได้รับผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคการเสื่อมที่จุดภาพชัดในจอประสาทตา (Senile macular degeneration) ไม่สามารถมองเห็นใกล้ขึ้นได้ ระดับการมองเห็นที่ไกลที่สุดคือสามารถมองเห็นได้ทีระยะ 2 เมตร  
 มีความบกพร่อง (Binocular visual acuity) มีจุดบอดสามารถเดินในบ้านและรถม้าได้ สามารถรับประทานอาหารได้เองโดยมีคนเสริมมือ

การวินิจฉัยโรคที่ระบบสายตา Senile macular degeneration

สรุปว่า มีความพิการทางกรเห็น

แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางตาตามแนวทางของ ICF

| ระดับความบกพร่องในการทำงานและการเข้าหากิจกรรมที่กิจกรรม |      |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|------|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.  | ๒210 | การทำงานและการเดิน   |   |   |   |   | ✓ |   |   |
| 2.  | ๒460 | การเคลื่อนไหวในที่สาธารณะ                                    |   |   |   | ✓ |   |   |   |
| 3.  | ๒470 | การใช้การขนส่ง   |   |   |   |   | ✓ |   |   |
| 4.  | ๒570 | การพักผ่อนส่วนบุคคล  |   |   |   | ✓ |   |   |   |
| 5.  | ๒630 | การเสริมอาหาร  |   |   |   | ✓ |   |   |   |
| 6.  | ๒640 | การทำงานบ้าน   |   |   | ✓ |   |   |   |   |
| 7.  | ๒839 | การศึกษา ที่โรงเรียนสองเดือนขึ้นไปสองปีไม่ครบ<br>ทางสองเดือน |   |   |   |   |   |   | ✓ |
| 8.  | ๒870 | การฝึกอาชีพเฉพาะทางเศรษฐกิจ                                  |   |   |   |   | ✓ |   |   |
| 9.  | ๒910 | ชีวิตในชุมชน   |   |   |   |   | ✓ |   |   |
| 10.   | ๒920 | มีบทบาทการลงกิจกรรมตามบ้าน                                   |   |   |   |   | ✓ |   |   |

การวินิจฉัยแลยตรวจประเมินความพิการ  
ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

2.1 ความพิการทางการได้ยิน

สำหรับสถานประกอบการที่ตรวจการพัฒนาระดับสมรรถภาพเป็นดวงหูของผู้มี

(1) ผู้ตรวจ พบว่าเสียง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไม่มีส่วนร่วม ในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีระดับการรบกวนทางการได้ยินที่มีผลการตรวจการได้ยิน โดยเฉลี่ยได้เสียงความถี่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ 2,000 เฮิรตซ์ และ 4,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่า มีการสูญเสียการได้ยินเฉลี่ยที่ความถี่ของเสียงตั้งแต่ 80 เดซิเบล (dB HL) ขึ้นไป โดยต้องได้ผลวินิจฉัยเฉพาะระดับการได้ยินและตรวจในสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด

(2) ผู้ตรวจ พบว่าเสียง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไม่มีส่วนร่วม ในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีระดับการรบกวนทางการได้ยินที่มีผลการตรวจการได้ยินโดยเฉลี่ยได้เสียงความถี่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ 2,000 เฮิรตซ์ และ 4,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่า มีการสูญเสียการได้ยินเฉลี่ยที่ความถี่ของเสียงน้อยกว่า 80 เดซิเบล (dB HL) สามารถถึง 40 เดซิเบล (dB HL) ในผู้ใหญ่ หรือน้อยกว่า 30 เดซิเบล (dB HL) สามารถถึง 35 เดซิเบล (dB HL) ในเด็กที่มีอายุไม่เกิน 15 ปี โดยต้องได้ผลวินิจฉัยเฉพาะระดับการได้ยินและตรวจในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชน ที่รัฐกำหนด

พิกัดของผลการวินิจฉัยความบกพร่องทางการได้ยิน ตามกลุ่ม 2 มีดังนี้

1. ผู้ตรวจ
2. ผู้ฟัง

ซึ่งทำไม่ได้ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

เกณฑ์การหาการได้ยินสายหูหนวก ไม่สามารถระบุบุคคล ดังต่อไปนี้

1. ผู้ตรวจ 1 ฝ่ายหรือผู้ฟัง 1 ฝ่าย
2. ผู้ฟังสองข้าง ซึ่งหูข้างที่ได้ยินดีกว่า มีการสูญเสียการได้ยินเฉลี่ยที่ความถี่ของเสียงน้อยกว่า 40 เดซิเบล (dB HL) ในผู้ใหญ่ หรือน้อยกว่า 35 เดซิเบล (dB HL) ในเด็กที่มีอายุไม่เกิน 15 ปี
3. มีการสูญเสียการได้ยิน ที่ศูนย์ตรวจการวิจัย หรือยังไม่สิ้นสุดการวิจัย
4. มีการสูญเสียการได้ยิน น้อยกว่า 3-6 เดือน ทั้งนี้ ให้ขึ้นกับคุณสมบัติของข้อ ๓ มาติดนพหุผู้ประเมิน

## แนวทางการตรวจและประเมินความพิการ

### แนวทางการชี้แจงประวัติ

ใช้ชี้แจงประวัติเกี่ยวกับสาเหตุ สาเหตุ การตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่มุ่งการสูญเสียการได้ยิน  
ในเด็กวัยทารก (ตั้งแต่อายุ 0 ถึง 3 ปี)

ชี้แจงประวัติและการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด และประวัติตามเกณฑ์การตรวจแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง  
ตาม The Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) 2019 ได้แก่<sup>12</sup>

1. ประวัติสมาชิกในครอบครัวสูญเสียการได้ยินทางครึ่งใบหรือครึ่ง ๓ สูญเสียการได้ยินทั้งสองข้าง  
หรือสูญเสียการได้ยินกามาจนถึงถึงระดับหูหนวก
  2. เข้ารับการวินิจฉัยในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด นานกว่า 5 วัน
  3. มีการตรวจพบเชื้อสปีดซึ่งได้รับการรักษาด้วยการเปลี่ยนถ่ายเลือด
  4. ได้รับยาปฏิชีวนะกลุ่ม aminoglycosides นานกว่า 5 วัน
  5. มีการตรวจพบความผิดปกติ หรือภาวะสมองพิการทางสติปัญญาหรือการขาดออกซิเจนหรือขาดเลือด
  6. ได้รับการใช้เครื่องช่วยการทำงานของสมองที่รุนแรง
  7. มีการติดเชื้อของสมอง ได้แก่ Herpes, Rubella, Syphilis, Toxoplasmosis, Cytomegalovirus, Etc
  8. มีกรรมโรคพันธุศาสตร์กำเนิด ได้แก่
    - 1) ความผิดปกติของกลไกของศีรษะและใบหน้า เช่น ใบหูหรือหูชั้นกลาง ปากแข็งเพดานโหว่  
หรือใบหูข้างเดียว บวมแดงจากพันธุกรรม การขูดสายต
    - 2) ความผิดปกติของสมอง ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวีที่กำเนิด การตรวจพบของสิ่งแปลกปลอมที่กำเนิด  
หรือความพิการ
    - 3) ความผิดปกติของกระดูก Temporal
  9. มีกลุ่มอาการที่มีการสูญเสียการได้ยินรวมทั้งหมด
  10. มีผลภาวะซีดเฉียบพลันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยินแบบภาวะขาดออกซิเจนของ ภาวะซีด  
หรือผู้รับของอวัยวะ จากเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส (โดยเฉพาะ Herpes และ Varicella)
  11. มีเหตุการณ์ที่สัมพันธ์ต่อการสูญเสียการได้ยิน
    - 1) การบาดเจ็บบริเวณศีรษะที่รุนแรง โดยเฉพาะมีการแตกบริเวณฐานกะโหลกและกระดูกขมับ  
(basal skull/temporal bone fracture)
    - 2) ได้รับแสงอัลตราไวโอเล็ต (chemotherapy)
  12. ผู้ดูแลมีควรรวมกิจกรรมเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด ภาษา หรือการอ่าน และ/หรือ กิจกรรมการจดจำ  
(delayed cognitive development hearing, speech, language, development/ delay and/or  
developmental regression)
- การคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด ซึ่งใช้เบบี๋องมีเฉพาะสำหรับตรวจการได้ยิน ไม่สามารถ  
ชี้แจงได้จากประวัติครอบครัวของทารก หากทารกมีผลการตรวจคัดกรองการได้ยินในช่วงแรกเกิด แต่ถึงเวลา  
แต่เป็นทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง ควรได้รับการติดตาม หรือตรวจประเมินการได้ยินซ้ำ

ไม่เด็กวัยทารกหลายสัปดาห์ (ตั้งแต่อายุ 1 ปีถึงอายุ 2 ปี) และวัยก่อนวัยเรียน (อายุ 2-5 ปี)<sup>20-22</sup>

ปกติเด็กจะเริ่มพูดคำแรกที่มีโครงสร้างเหมือนประโยคประมาณ 9 - 18 เดือน โดยทั่วไประดับความสามารถของพ่อแม่ที่มีเด็กพูดได้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ เช่น เด็กอายุ 1 ปี 2 ปี 3 ปี และ 4 ปี จะพูดได้ในระดับคำ 1 คำ 2 คำ 3 คำ และ 4 คำ ตามลำดับ และเด็กจะสามารถบอกสิ่งที่ต้องการได้เมื่อเริ่มพูดจนมีอายุประมาณ 7 - 8 ปี

ใบเด็กที่ไม่มีการพูดตามกำหนด หรือมีการพูดพูดสื่อสารไม่ได้มีผลเสียที่เป็นลบ ให้เด็กบ่งชี้วิธีการพัฒนาทักษะการเข้าใจภาษา (receptive language) การพัฒนาการพูดด้านการใช้ภาษา (expressive language) ไม่สามารถสนับสนุนสิ่งใดที่นอกเหนือสิ่งเหล่านี้พูดไม่ชัดหรือพูดช้า อาจบ่งชี้ว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้า และลงถึงตารางที่ 2.1-1

ตารางที่ 2.1-1 อาการบ่งชี้ว่าเด็กมีการพัฒนาด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาล่าช้า

|   |  |
|---|--|
| <p>พัฒนาการเข้าใจภาษา (receptive language)</p>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อายุมากกว่า 1 ปี ยังไม่สามารถฟังเสียงเรียกชื่อ หรือ ยังไม่เข้าใจคำพ้อง ๆ เช่น "ป้า"</li> <li>- อายุมากกว่า 1.5 ปี ยังไม่สามารถทำตามคำสั่งง่าย ๆ โดยไม่ทำตามตัวอย่างได้ เช่น "หยิบขนมมาให้หน่อย"</li> <li>- อายุมากกว่า 2 ปี ยังไม่สามารถตอบคำถามง่าย ๆ ได้ เช่น "ขนมคืออะไร?" หรือ ยังไม่สามารถทำตามคำสั่งง่าย ๆ ได้ เช่น "ไปหาของเล่น"</li> <li>- อายุมากกว่า 3 ปี ยังไม่สามารถทำตามคำสั่งที่มี 2 ขั้นตอนได้ เช่น "หยิบขนม แล้ววางบนโต๊ะ"</li> <li>- อายุมากกว่า 4 ปี ยังไม่สามารถตอบคำถามง่าย ๆ ที่ขึ้นต้นด้วย "ใคร" "อะไร" และ "ที่ไหน" ได้</li> <li>- อายุมากกว่า 5 ปี ยังไม่สามารถพูดชื่อตัวอักษรหรือตัวเลขได้ หรือยังไม่สามารถจับใจความเมื่อฟังนิทานหรือเรื่องเล่าได้</li> </ul>  |
| <p>พัฒนาการด้านการใช้ภาษา (expressive language)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อายุมากกว่า 9 เดือน ยังไม่เล่นเสียงสระซ้ำ ๆ เช่น "มามา" "มาาา" "อ้ออ้อ" "อ้ออ้อ"</li> <li>- อายุมากกว่า 1 ปี ยังไม่สามารถพูดคำหนึ่งทีละคำที่มีโครงสร้างได้ เช่น "นม" "ก้อ"</li> <li>- อายุมากกว่า 1.5 ปี ยังไม่ใช้คำหลายคำติดกัน หรือยังไม่เล่นเล่นเสียงสระ และใช้ภาษาเป็นหลักการสื่อสาร</li> <li>- อายุมากกว่า 2 ปี ยังพูดชื่อคำที่จับไม่ได้ เช่น "ไม่ชอบ" หรือ "ขอข้าว"</li> <li>- อายุมากกว่า 3 ปี ยังพูดชื่อที่ประกอบด้วย 3 คำหรือพูดเป็นประโยคไม่ได้ หรือ ยังไม่สามารถพูดให้ผู้ฟังเข้าใจได้ หรือ ยังใช้คำที่ตกท้ายของประโยค</li> <li>- อายุมากกว่า 4 ปี ยังใช้ประโยคที่สื่อสารการสื่อสารผิดกับที่เด็กมีในใจ</li> <li>- อายุมากกว่า 5 ปี ยังไม่สามารถตอบหรือตอบสนองคำถาม "ทำไม" ได้ เช่น "ทำไมถึงรักกินข้าว" "ทำไมถึงง่วงนอน" "ทำไมหนูถึงร้องไห้บ่อย" "ทำไมหนูถึงกลัวผี" "เพราะเล่นเสร็จทำไมหนูถึงง่วงนอน" หรือยังพูดอย่างมีเหตุผลไม่ได้</li> </ul> |

(ปรับปรุงจาก 1) นิพนธ์ นิลวิมล. การตรวจการได้ยินในเด็ก (Hearing Test in children). กรุงเทพฯ: สมมติธรรมนาถการพิมพ์ (1992). 2568. หน้า 96. 2) กรมพหุสาธาณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพการได้ยินของวัย 11-67. 3) อิบราฮิม อิบราฮิม. หูต้อใน. กิจิต ศึกษาศาสตร์, สาธารณ โอบุทธ, สุริยา มหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย, บรรณธิการ. ตำราหู ตบ หูตา สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4. เชียงใหม่: บริษัท แสงดาว เซ็นเตอร์ แอนด์ แอสโซซิเอตส จำกัด; 2560. หน้า 513-519. และ 4) World Health Organization. Hearing and language milestones in children. เข้าถึงได้ จาก [https://cdn.who.int/media/defaults/source/pdfs/default/hearingandlanguage\\_milestones\\_in\\_children\\_compressed.pdf?filetype=pdf](https://cdn.who.int/media/defaults/source/pdfs/default/hearingandlanguage_milestones_in_children_compressed.pdf?filetype=pdf) 3. เข้าถึงเมื่อ 28 ธันวาคม 2568).

ทั้งนี้ ตามคู่มือฯ ไม่ได้กล่าวถึง ความสามารถเป็นของความสามารถทางการได้ยิน ความพิการทางสติปัญญา หรือความสามารถเชิงจิต . เป็นหูต้อ

**ในเด็กหรือวัยรุ่น วัยรุ่นและผู้ใหญ่ ที่มีภาวะหูต้อตาม**

ลักษณะนิสจากของการสูญเสียการได้ยิน เช่น

1. การวินิจฉัยถึง หรือการทำงานในกึ่งเสียง โหนดมีการวินิจฉัยเสียง ใช้หูฟังของเป็นเวลานาน
2. การได้ยินมาลดในทางเดียว หรือหู
3. การคิดเห็นของหู
4. การคิดเห็นของระบบเสียงหรืออาจมีผลทำให้เกิดอาการสูญเสียการได้ยิน เช่น เสียงที่สนของเด็กเล่น การคิดเห็นในการแปลผล
5. โหนดอาจมีผลทำให้เกิดอาการสูญเสียการได้ยิน เช่น สูญเสียของ หูมีเสียงกับกบกระดิ่ง ไรของต้อ ต้อในบ่ง
6. การได้ยินจากที่มีของหู
7. บ่งหรือโหนดทางที่หูการบ่งหรือกลุ่มอาการที่บ่งหรือกับการสูญเสียการได้ยิน

ลักษณะนิสจากของการสูญเสียการได้ยิน เช่น

1. หูต้อไม่ได้ยิน ตอนไม่ของทำงาน ไม่ได้ยิน หรือไม่ทำงานถึง อาจมีต้อบ้านของหูต้อ หรือไม่ได้ หูต้อ
2. ต้อการได้ยินมาก หรือต้อไม่ได้หูต้อ ในกึ่งของหรือมีใช้ใช้การที่
3. ต้อของต้อเสียงที่ต้อหรือ หรือมีโหนดหรือ ต้อ เสียงถึง
4. ไม่สนของต้อเสียงในเสียงของต้อของมีต้อ เช่น เสียงมีกจากต้อของ เสียงโหนดหรือ เสียง กึ่งของ หู ต้อ
5. เสียงอาจมีผลทำให้มีเสียงหรือมีเสียงหรือการ

## แนวทางการตรวจร่างกาย

### 1. การตรวจร่างกายทั่วไป

- 1) อาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการที่มีการสูญเสียการได้ยิน
- 2) การมีตุ่มของในแก้วหู

### 2. การตรวจหู

- 1) ลักษณะในหู มีตุ่ม ไม่มี ไม่ตรงส่วน
- 2) รูขุมขน อักเสบ มีขี้หูอุดตัน
- 3) แก้วหู หรือ อักเสบ

### 3. การตรวจการได้ยินแบบคัดกรอง โดยไม่ใช้เครื่องมีเสียงเฉพาะสำหรับตรวจการได้ยิน สามารถใช้คัดกรองการได้ยินเบื้องต้นว่ามีลักษณะผิดปกติหรือไม่ แต่ไม่สามารถวัดระดับการสูญเสียการได้ยินได้ โดยผู้ตรวจควรอธิบายสถานการณ์ตรวจที่จำเป็นและควรอธิบายวิธีการตรวจก่อนเริ่มตรวจ

- 1) การใช้เสียงกระซิบ (whispered voice test)<sup>16</sup> ใช้ได้ในเด็กอายุมากกว่า 7 ขวบ และผู้ใหญ่ มีความไวและความจำเพาะ ในเด็กมีร้อยละ 80 - 96 และ 90 - 98 ในผู้ใหญ่มีร้อยละ 90 - 100 และ 95 - 97 ตามลำดับ

#### วิธีการตรวจ

- ไม่ผู้ฟังมี ผู้ตรวจหันหลังผู้ฟังครึ่งช่วงและบอกรหัสพูด ให้ผู้ฟังมีหูข้างที่ไม่ได้ตรวจ โดยใช้นิ้วถูหูข้าง ๆ และอีกข้างหูหน้าหูข้างที่มีเสียงรบกวน

- ผู้ตรวจพูดเสียงกระซิบด้วยคำพูดที่เป็นกลุ่มคำผสมสมกับตัวอักษร วนสามครั้ง เพื่อให้ผู้ฟังพูดตาม หากตอบผิดให้ผู้ตรวจเปลี่ยนคำพูดใหม่ ทดสอบซ้ำได้สองครั้ง

การแปลผล สามารถพูดซ้ำได้ถูกต้อง จากสามในทิศทางของทิศทางหรือตัวอักษร เมื่อทดสอบสองครั้ง

- 2) การดูนิ้ว (isolated finger and auditory screening test)<sup>17</sup>

- CALFRAS†-Child-t 70 (ความดังประมาณ 24-26 เดซิเบล) ใช้บ่งชี้การได้ยินที่ดีกว่าบ่งชี้การได้ยินที่บกพร่อง

- CALFRAS†-Older-70 (ความดังประมาณ 28-32 เดซิเบล) ใช้บ่งชี้การได้ยินที่ดีกว่าบ่งชี้การได้ยินที่บกพร่อง

#### วิธีการตรวจ

- ไม่ผู้ตรวจและผู้ฟังหันหน้าเข้าหากันโดยไม่ได้พูดหรือฟัง ทิศทางประมาณ 6 - 10 นิ้ว

- ผู้ตรวจกางแขนไปด้านข้างสุดแขน ห่างจากหูผู้ฟังประมาณ 70 ซม. มีเสียงสองข้างดังหนึ่งครั้ง

- ใช้บ่งชี้การได้ยินที่ดีกว่าบ่งชี้การได้ยินที่บกพร่อง

- ไม่ผู้ฟังหันหน้าและตัวผู้ฟังฟัง หากได้ยินเสียง เมื่อทำการขยายให้พบมีเสียงที่โตมรับ

- ตรวจทั้งสองข้าง ทำซ้ำได้สามครั้ง

การแปลผล ผู้ฟังได้ยินเสียงดูนิ้ว สองข้างหนึ่งครั้ง

3) การตรวจโดยใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ตโฟน หรือแท็บเล็ตและหูฟัง: เช่น

- แอปพลิเคชันภาษาโปร (Preschool Audiology 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<sup>11,12</sup>

- แอปพลิเคชันที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO)<sup>13</sup> เป็นแอปพลิเคชันภาษาอังกฤษ ตรวจโดยใช้ mobile application-based สำหรับทดสอบในผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป คือ แอปพลิเคชัน hearWHO ใช้ทดสอบการได้ยินของตนเอง และแอปพลิเคชัน hearWHO<sub>pro</sub> ใช้ทดสอบการได้ยินของประชากรในชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุข มีความไวและความจำเพาะมากกว่าร้อยละ 83

- แอปพลิเคชัน Ear Test<sup>14</sup> เป็นแอปพลิเคชันภาษาไทย ตรวจโดยใช้ mobile application-based ทดสอบระดับการได้ยินบนหูฟังที่มีความถี่ 250, 500, 1000, 2000, 4000, 6000 และ 8000 เฮิรตซ์ มีความไว 96.5% (95% CI: 45.3-97.2) ความจำเพาะ 100.0% (95% CI: 96.9-100) และความแม่นยำ 91.5% (95% CI: 73.4 - 96.6) ในการตรวจพบการสูญเสียการได้ยินเฉลี่ย (pure-tone average) ทางอากาศที่มีความถี่ 500, 1000, 2000, และ 4000 เฮิรตซ์ มากกว่า 25 เดซิเบล

4) การตรวจโดยใช้ซี่งัดเสียง (tuning fork test)

มีความไวร้อยละ 88 มีความจำเพาะร้อยละ 94 ใช้ในการตรวจการได้ยินจากการนำเสียงตีงัด (conductive hearing loss) และการสูญเสียการได้ยินจากป่องกลางหูตีงัด (sensorineural hearing loss) ได้

หากผลตรวจคัดกรองการได้ยินผิดปกติ ควรตรวจหู และตั้งแนวทางวินิจฉัยการสูญเสียการได้ยิน ซึ่งผลตรวจมีผลเฉพาะสำหรับตรวจการได้ยิน

## แนวทางการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการประเมิน และ การตรวจวินิจฉัยอัมพาบการได้ยิน

การวินิจฉัยการสูญเสียการได้ยินต้องใช้เครื่องมือเฉพาะทางสำหรับตรวจการได้ยิน และตรวจการได้ยินที่มีผลในเอกสารรับรองความพิการทางการได้ยิน ที่กระทรวงในสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชน ที่รัฐกำหนด

แพทย์ตรวจตรวจหู เกือบจะทุกสถานพยาบาล (ทั่วไป) กำหนดตรวจการได้ยิน การตรวจคือตรวจด้วยวิธีที่ถูกตั้งมาตรฐานมาตรฐานวิชาชีพ ในที่นี้ของส่วนสูงเสียงที่มีระดับเสียงรวมครบตามมาตรฐานที่กำหนด ตรวจโดยนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย (นักแก้ไขการได้ยิน) หรือสัตว ๓๓ นาสสิกแพทย์ หรือ เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของสัตว ๓๓ นาสสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย (นักแก้ไขการได้ยิน)

### 1. การตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด<sup>๒๒</sup>

มี 2 ชนิด คือ เครื่องตรวจวัดเสียงสองข้างจากหูชั้นใน (otoacoustic emission; OAE) และเครื่องตรวจคัดกรองการได้ยินระดับก้านสมอง (auditory brainstem response; ABR)

JOH 2019 มีคำแนะนำว่าควรแยกเกิดทุกคนควรได้รับการคัดกรองการได้ยินภายในอายุ 1 เดือน หากตรวจคัดกรองการได้ยินไม่ผ่าน ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยยืนยันผลการได้ยิน ภายในอายุ 3 เดือน และมีการเฝ้าระวังที่หูการได้ยินโดยเร็วที่สุด ช่วงวัยนี้ไม่เกิน 1 เดือน หลังได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสูญเสียการได้ยิน และไม่ตรวจเกินอายุ 6 เดือน

ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุขประกาศชุดสิทธิประโยชน์ฉบับบริการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกกลุ่มเสี่ยง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และในปี พ.ศ. 2565 ได้ลงนามเป็นคัดกรองทารกแรกเกิดทุกราย และมีการจัดตั้ง “คณะทำงานปรับปรุงหนังสือคำแนะนำการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด” เพื่อสร้างแบบทางการตรวจคัดกรองการได้ยิน (ศึกษาเพิ่มเติมได้ในขงหนังสือ “คำแนะนำการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดของประเทศไทย (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)” ซึ่งเผยแพร่ในเดือนมีนาคม 2569)

### 2. การตรวจวินิจฉัยระดับการได้ยินในเด็ก<sup>๒๓</sup>

การตรวจการได้ยินเชิงวัตถุวิสัย (objective test) ได้แก่ การตรวจการได้ยินในทารกกับก้านสมอง (auditory brainstem response; ABR) auditory steady state response (ASSR) และ เครื่องตรวจการทำงานของหูชั้นกลาง (acoustic immittance measurement with tympanometry)

การตรวจการได้ยินเชิงอัตวิสัย (subjective hearing test) หรือการสังเกตพฤติกรรม (behavioral test) ที่แนะนำไม่ใช้ไปในปัจจุบัน ได้แก่ การตรวจการได้ยินโดยสังเกตพฤติกรรมทางเสียง (behavioral observation audiometry) การตรวจการได้ยินโดยใช้แรงเสียดทานของหลอดตา (visual reinforcement audiometry) การตรวจการได้ยินโดยภาพท่าทางเสียงไฟ (conditioned play audiometry)

### 3. การตรวจวินิจฉัยระดับการได้ยินในผู้ใหญ่<sup>๒๔</sup>

แนะนำให้ตรวจด้วยเครื่องตรวจวัดการได้ยิน (audiometer) ในที่นี้ของกับเสียงมาตรฐาน (conventional audiometry) ประกอบด้วย ๑) การตรวจการได้ยินด้วยเสียงบริสุทธิ์ (pure tone audiometry) ที่มีการตรวจการนำเสียงผ่านทางอากาศ (air conduction) และการตรวจการนำเสียงผ่านทางกระดูก (bone conduction) และ 2) การตรวจการได้ยินด้วยเสียงพูด (speech audiometry) เป็นวิธีมาตรฐาน

ในการวิจัยเชิงปริมาณมีหลักการที่สามารถใช้ได้ดังนี้ หากผู้วิจัยต้องการที่จะเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ควรใช้วิธีการเชิงปริมาณ ซึ่งมีลักษณะการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามหรือการสุ่มแบบสุ่ม และผู้วิจัยต้องการสอบถาม (survey) เกี่ยวกับข้อมูลเชิงปริมาณนี้

นอกจากนี้ ควรจะมีการตรวจสอบการได้มาซึ่งข้อมูลเชิงปริมาณด้วย เช่น การตรวจสอบวิธีการสุ่มแบบสุ่มของประชากรของพื้นที่ในท้องถิ่นของเมืองได้มาซึ่งข้อมูลเชิงปริมาณ (sampling and survey)

**แนวทางการประเมินสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์<sup>๒๒</sup>**

สภาพความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ คือ บุคคลที่ไม่มีหูหรือหูทั้งสองข้าง ใช้นิ้วนำหูบนคอของ นามานเจียนหรืออาการตกบนของรามาของเดิมหรือของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ไม่จำเป็นต้องมีเอกสารรับรองความพิการ ให้นำเจ้าหน้าที่ผู้รับทราบต่อคณะกรรมการสภาพความพิการได้เป็นหลักฐาน ทั้งนี้มีอนุญาตให้พิจารณาจากภาพในสารคดีหรือรูปภาพของผู้ป่วย



รูปที่ 2.1-1 ผู้ป่วยไม่มีหูหรือหูทั้งสองข้าง มีสภาพความพิการทางการได้ยินที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ (รูป ก. ข. ค.) และผู้พิการมีอุปกรณ์การ Cochlear-Implant ของระบบประสาทการสื่อสารของหู โทนากรับเสียงแบบ สายสั้น ไม่มีใบหู ใบที่ตัดออก (Cochlectomy done) และใส่เครื่องช่วยฟังชนิดการนำเสียงผ่านทางกระดูก (bone conduction hearing aid) (รูป ค.) (ผู้ปกครองยื่นอนุญาตให้ผู้ใช้เป็นแบบกรณี)

กรณีที่มีลักษณะของความพิการบนอวัยวะที่ปรากฏได้ ให้คณะกรรมการในคณะกรรมการพิจารณาพิจารณาผู้ปกครองหรือญาติผู้พิการ

### แนวทางการศึกษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ<sup>156</sup>

หากแพทย์ผู้ตรวจพบผู้ที่มีภาวะสูญเสียการได้ยิน ควรตรวจหาสาเหตุการสูญเสียการได้ยิน โดยแพทย์อาจต้องแจ้งให้ผู้ที่มีภาวะสูญเสียการได้ยินแผนการนำเสียงออก体外 ที่มีลักษณะการได้ยินเกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษา หรือหากสงสัยว่าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงไม่ได้ยินก็ขอแนะนำโรงพยาบาล เช่น การตรวจวินิจฉัยการเป็นสภาวะที่ก้าว เร่งลงกรีน การผ่าตัดหูรูดข้างละข้างจากผู้ป่วย แพทย์ผู้ตรวจควรพิจารณาความเสี่ยงไว้โดย ครบ ญาติคนป่วย ทัศนคติของร่างกาย ของอาการได้ยินซ้ำ ของตรวจการได้ยินที่ร่วมกรณีของเสียง เช่น ของตรวจหาสภาพวินิจฉัยหรือได้ยิน ๗ กรณีวินิจฉัยโรค การตรวจสภาพการได้ยินกับผู้วินิจฉัยเสียงหรือมีการสูญเสียการได้ยินบางส่วน แรกแก่โอกาสทำหัตถ

ผู้ที่มีภาวะสูญเสียการได้ยินต้องได้รับการวินิจฉัยให้ดีที่สุด และได้รับการตรวจวินิจฉัยระยะสั้นการได้ยินซ้ำ การตรวจของตรวจการได้ยินหรือตรวจหูของกานนิยมของตรวจการตรวจการได้ยิน

การศึกษานองที่ศูนย์สมรรถภาพในผู้ป่วมีภาวะสูญเสียการได้ยิน ได้แก่

1. การได้ยิน เช่น โรคประสาทหูเสื่อมเชิงประสาท มีโมบายโมบายกับ ผู้ซึ่งประสาทหูเสื่อม
2. การผ่าตัด เช่น การตรวจการสูญเสียของน้ำไขในหูชั้นกลาง การประเมินการตรวจ การประเมินการตรวจ การวินิจฉัยการตรวจ
3. การฟื้นฟูการได้ยินด้วยอุปกรณ์ช่วยการได้ยิน ได้แก่ เครื่องช่วยฟัง (hearing aid) การตรวจหูเทียม (cochlear implant) ประสาทหูเทียม (speech processor implant)

### แนวทางการพิจารณาอุปกรณ์เครื่องมือช่วยเหลือความพิการทางการได้ยิน<sup>157</sup>

หากแพทย์ผู้รักษาเป็นผู้สูญเสียการได้ยิน มีคำแนะนำที่มีผลความถี่ของการตรวจการตรวจ การตรวจการตรวจการได้ยิน ผู้สูญเสียการได้ยินในประเภทที่มีลักษณะการได้ยินการได้ยินแบบมีประกบในสภาพการตรวจ การวินิจฉัยหรือได้รับการวินิจฉัยของผู้ป่วยของวินิจฉัยเพิ่มเติมในการนำนิตวิทยาโรค โดยต้องมีการสนับสนุนให้เข้าศึกษาต่อที่ศึกษาต่อ ในประเทศอื่น ๆ ที่จะไปศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพและสุขภาพ ผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน และต้องมีการวินิจฉัย เป็นลักษณะการตรวจประสาทหูเสื่อม H.74 จะได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ

รายการอุปกรณ์และเครื่องมือในการนำนิตวิทยาโรค สำหรับผู้สูญเสียการได้ยิน ได้แก่

1. การตรวจหูเทียม
2. เครื่องช่วยฟัง ชนิดการนำเสียงผ่านทางอากาศ (conventional air conduction hearing aid) ชนิดการนำเสียงผ่านทางกระดูก (bone conduction hearing aid) หรือชนิดฝังในกระดูก (bone conduction implant/middle ear implant)
3. ชุดประสาทหูเทียม (speech processor implant) /ชุดประสาทหูเทียมชนิดฝังที่แบบสมอง (subcortical brainstem implant)

โดยต้องพิจารณาการพิจารณา ให้ตรงตามหลักเกณฑ์และวินิจฉัยในการวินิจฉัยการวินิจฉัยของผู้ป่วย ได้แก่

1. จำนวนเสียงของผู้ป่วย
2. ความรุนแรงของผู้ป่วย
3. ความถี่ของอาการของผู้ป่วยที่ปรึกษาหรือแพทย์
4. ความรุนแรงของสุขภาพการ

## แนวทางการออกเอกสารยืนยันเรื่องความพิการทางการได้ยิน

เมื่อผู้พิการสูญเสียการได้ยิน ได้รับพระราชวินิจฉัยจากโรค ๓๒ นายสิริภพณ์แสงได้รับการดูแลรักษาแล้ว และต้องการยื่นคำขออนุญาตประจำตัวคนพิการ

ก่อนออกเอกสารยืนยันเรื่องความพิการ สำหรับยื่นขอรับบัตรประจำตัวคนพิการ 2 (ความพิการทางการได้ยิน) ควรพิจารณาองค์ประกอบ ดังนี้

### 1. ผู้ที่พิการสูญเสียการได้ยิน

- มีข้อหูสองข้างแล้ว ตามที่ส่งตรวจในเอกสารยืนยันเรื่องความพิการ

- ได้รับการรักษาที่ถูกต้องแล้ว และมีการสูญเสียการได้ยิน ในร้อยละ 3 – 6 เดซิเบล ทั้งนี้ใช้วิธีบันทึกหูสองทีนิก

ของโรค ๓๒ นายสิริภพณ์ ผู้ประเมิน

- มีผลตรวจการได้ยิน ดังนี้

• ตรวจคลื่นเสียงชนิดเฉพาะสำหรับตรวจการได้ยินและตรวจวินิจฉัยในสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด และ

• ตรวจด้วยวิธีการศึกษาตั้งตามมาตรฐานวิชาชีพ และ

• มีระดับการสูญเสียการได้ยินที่เข้าเกณฑ์ของความพิการทางการได้ยิน ตามประกาศกระทรวงการสาธารณสุขของกรมอนามัยของหน่วยงาน เป็นหูตึงหรือหูหนวก และ

• ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ศาสตร์การหูคอจมูก (นักแพทย์ในการได้ยิน) (ใช้กำกับตัวเลข ในประกาศโรคตติย๒๖) หรือโรค ๓๒ นายสิริภพณ์

### 2. ผู้ที่ออกเอกสารยืนยันเรื่องความพิการ

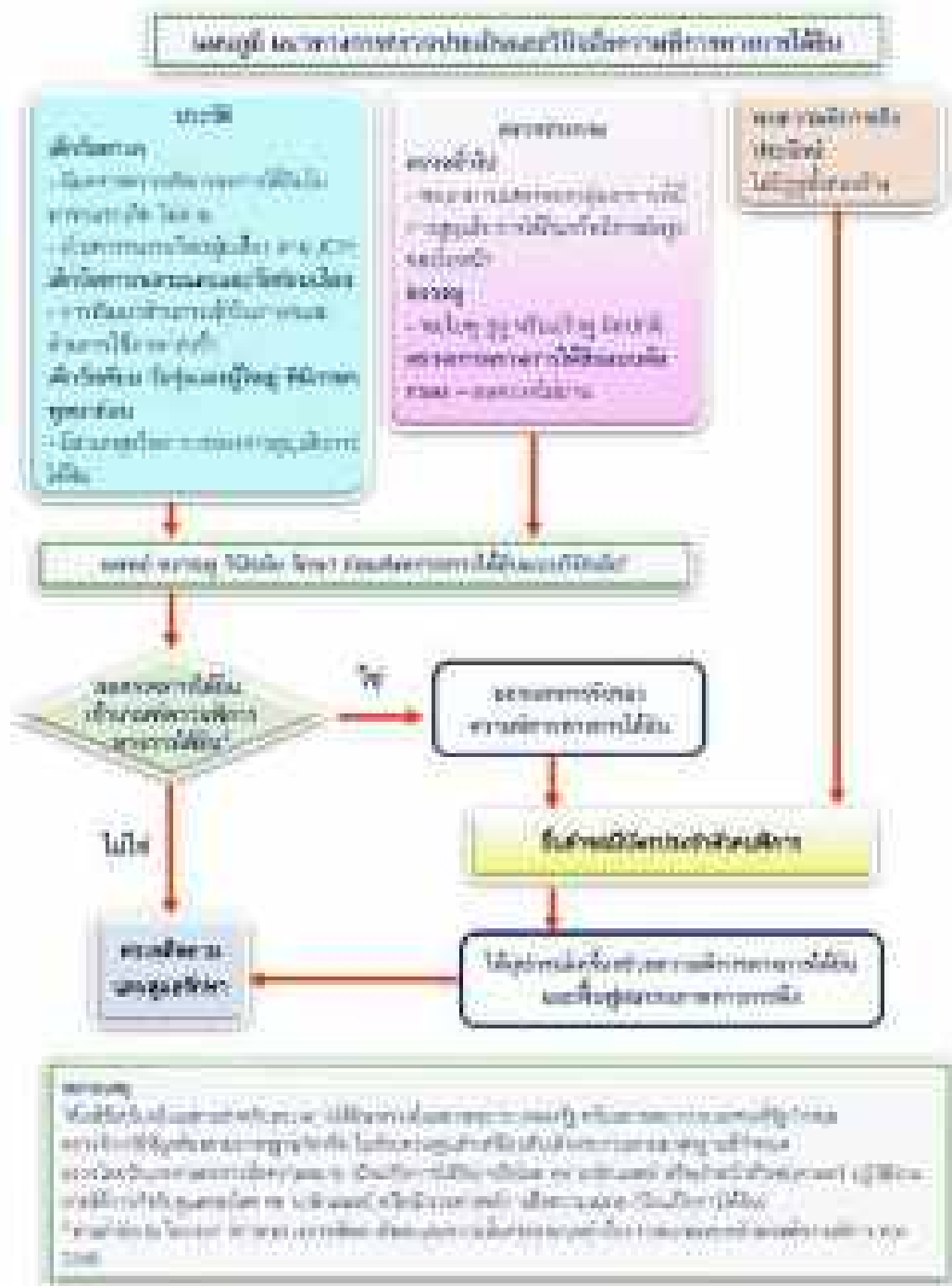
- เป็นโรค ๓๒ นายสิริภพณ์ วิศวกรรักษาผู้สูญเสียการได้ยิน และตรวจระดับการได้ยิน หรือ

- แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทั้งนี้ ต้องมีผลตรวจการได้ยิน ที่ได้รับการรับรองโรคจากแพทย์ศาสตร์การหูคอจมูก (ใช้กำกับตัวเลขการประกาศโรคตติย๒๖) หรือ โรค ๓๒ นายสิริภพณ์

### 3. สถานที่ที่ออกเอกสารยืนยันเรื่องความพิการ

- เป็นสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด

แบบภูมิที่ 2.1-1 แนวทางการตรวจประเมินเพื่อออกเอกสารรับรองความพึงพอใจการได้สินค้าและบริการ  
 สำหรับนิคมประจักษ์ศิลปาคมและบริเวณใกล้เคียง



แบบภูมิที่ 2.1-1 แนวทางการตรวจประเมินเพื่อออกเอกสารรับรองความพึงพอใจการได้สินค้าและบริการ  
 สำหรับนิคมประจักษ์ศิลปาคมและบริเวณใกล้เคียง

สำหรับสมรรถภาพทางการได้ยิน ซึ่งประกอบด้วย สมรรถนะ และสมรรถกิจ สามารถใช้รหัส ICF 3 ตัว  
ในการประเมิน ดังนี้

- ๘๒๐ การทำงานด้านการได้ยิน (Hearing Functions)
- ๘๓๕ การฟัง (Listening)
- ๘๓๐ การรับสารสื่อสารด้วยข้อความภาษาพูด  
(Communicating with - receiving - spoken messages)
- ๘๓๐๐ การรับสารสื่อสารด้วยข้อความภาษาเป็นทางการ  
(Communicating with - receiving - formal sign language messages)
- ๘๓๔๐ การสร้างข้อความที่เป็นภาษาเป็นทางการ  
(Producing messages in formal sign language)
- ๘๖๐ การศึกษา ที่โรงเรียนและอื่น ๆ และที่ไม่ใช่โรงเรียน  
(Education, other specified and unspecified)
- ๘๗๐ การจัดการตนเองทางเศรษฐกิจ (Economic self-efficacy)
- ๘๙๐ นันทนาการและเวลาว่าง (Recreation and leisure)

**กรณีตัวอย่าง**

ชาย อายุ 75 ปี มีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำมานาน 5 ปี ไม่เคยได้ฉีดยาป้องกันมะเร็งปอดเลยสักครั้ง ๆ จึงขอได้มีเงินสมทบค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ เวลาสมทบเงินซื้อความคุ้มครองไม่สะดวก จึงจ่ายค่าประกันแบบลดความคุ้มครองลดบ้าง ๆ คือจ่ายเบี้ย ทำให้ไม่มีปัญหาในการติดต่อกับผู้อื่น มีอาการเจ็บมากสัปดาห์ละ ๓-๔ ครั้ง มีจุดเจ็บที่ควรใช้ยาหรือสารถึงช่วงในการติดต่อกับคนอื่น นอนหลับไม่ได้ทั้งคืน ไม่มีโรคประจำตัวอะไร มีสุขภาพทางด้านนิติเวชประจำตัวได้เป็นปกติ มีจุดเจ็บไม่ได้ทำงาน ฝากเงินอยู่กับบุตร

การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุ *Fracture*

สรุปว่า มีความพิการทางการแพทย์ได้มี

**แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ตามแนวทางของ ICF**

| ระดับความบกพร่องในการทำงาน/ความสามารถในการทำกิจกรรม |      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.  | ๘290 |   |   | ✓ |   |   |   |   |
| 2.  | ๘115 |   |   |   | ✓ |   |   |   |
| 3.  | ๘310 |   |   | ✓ |   |   |   |   |
| 4.  | ๘320 |   |   |   |   |   |   | ✓ |
| 5.  | ๘340 |   |   |   |   |   |   | ✓ |
| 6.  | ๘839 |   |   |   |   |   | ✓ |   |
| 7.  | ๘870 |   |   |   |   | ✓ |   |   |
| 8.  | ๘920 |   |   |   |   |   | ✓ |   |

## 2.2 ความถี่การพบการสื่อความหมาย

### คำนิยามตามประเภทศึกษาระหว่างคำที่นำมาสังเกตและความถี่ของเสียง

ความถี่การพบการสื่อความหมาย หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมจะเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมี ความบกพร่องทางการสื่อความหมาย ทั้งด้านการพูดและภาษา เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด ผู้ป่วยสมองพิการ (Cerebral injury) ที่มีปัญหาการพูดแบบ dysarthria และ apraxia ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองที่มีปัญหาการสื่อสารแบบ aphasia, dysarthria หรือ apraxia ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสื่อม (Degenenerative changes) ของระบบประสาท <sup>20</sup>

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยถึงความบกพร่องทางการสื่อความหมาย ครอบคลุม 3 ลักษณะ ดังนี้ <sup>21</sup>

1. พูดไม่ได้ เช่น ลักษณะการพูดแบบ severe dysarthria หรือ severe apraxia of speech ทำให้คำพูดหรือประโยคไม่สมบูรณ์
2. พูดแล้วผู้อื่นฟังไม่เข้าใจ เช่น พูดไม่ชัดเจนแบบ severe articulatory disorders จากสาเหตุ การเจ็บป่วยที่ผิดปกติ, พูดไม่รู้เรื่องแบบ severe aphasia ที่มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง, พูดไม่ชัดเจนแบบ moderate aphasia มีปัญหาในการนึกคำที่มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง, พูดไม่มีเสียงแบบ anarthria สาเหตุจากการบาดเจ็บของเส้นประสาทเสียง เป็นต้น
3. ฟังคำพูดคนอื่นไม่เข้าใจ เช่น aphasia ที่มีปัญหาการฟัง/ปัญหาความเข้าใจที่มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

### แนวทางการฝึกปรั่วชีวิต

แบบฝึกปรั่วชีวิต (แบบการฝึกปรั่วชีวิตแบบบูรณาการเป็นวิถีชีวิตข้อที่ 1)

### แนวทางการตรวจร่างกาย

การประเมินโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะที่ใช้ในการพูดและการกลืน ได้แก่

- จมูก
- ลิ้น
- ฟัน
- ท้อง
- ลำคอ
- กล้ามเนื้อของคอ
- กล้ามเนื้อ



## 7. ทักษะการพูด

- ผู้ป่วยอาจมีความบกพร่องของความสามารถทางภาษาและการพูดด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้านรวมกัน ถ้าไม่มีความผิดปกติของโครงสร้างสมองใน 3 สัปดาห์หลังจากตีบ หมายความว่ามีความบกพร่องทางด้านสติปัญญา
- การทดสอบความสามารถทางภาษาและการพูดแบบคิดของชื่อ 2.2.5 และ 2.2.6 นระมีนเฉพาะผู้ป่วยที่อ่านออกเขียนได้ในภาษาไทย

### 2.3 การประเมินด้านความชัดเจนของเสียงพูด (Articulation Test)

(แบบการศึกษาระดับปริญญาโทแบบประเมินเชิงปริมาณข้อที่ 2.3)

ประเมินโดยใช้แบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูด โดยเป็นมาตรฐานที่ตรวจสอบเสียงภาษาไทยทุกเสียง มีหน่วยงานที่ทำกรประเมิน/วิเคราะห์ศาสตร์การสื่อสารความหมาย (นิคมกวีใจการพูด) ใช้ในสถานบริการประจำ แต่ละเสียงแทนด้วยรูปภาพของจริงที่เป็นอักษร ให้ผู้ป่วยอ่านออกทุกประโยค แล้วอ่านแบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูด เช่น แบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูด<sup>12</sup> แบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูดระดับคำ<sup>13</sup> ซึ่งเป็นรูปภาพสามเหลี่ยม หรือผู้ที่ไม่ได้ยินบทหนึ่งถึง หรืออ่านไม่ได้

### 2.4 การประเมินการพูดรู้เรื่อง (Comprehension Test)<sup>14</sup>

(แบบการศึกษาระดับปริญญาโทแบบประเมินเชิงปริมาณข้อที่ 2.4)

โดยวิธีการให้อ่านบทความในผู้ป่วยถามที่อ่านหนังสือได้ ถ้าผู้ป่วยมีจิตสำนึกในการอ่าน ให้ประเมินจากคำถามระดับคำ การทดสอบคำถาม หรือ อ่านเรียงความดูการอ่านของเรียงกันที่ชัดเจน ถ้าผู้ป่วยสามารถพูดสิ่งที่ฟังถึงคำพูด ของผู้ป่วยไม่รู้จักหรือเข้าใจมากกว่าร้อยละ 50 ถือว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการพูดรู้เรื่อง<sup>14</sup>

### 2.5 การประเมิน Aphasia of Speech<sup>15</sup>

(แบบการศึกษาระดับปริญญาโทแบบประเมินเชิงปริมาณข้อที่ 2.5)

เป็นการทดสอบ Oral apraxia โดยให้ผู้ป่วยทำตามคำสั่ง ทักษะต่างๆ ดังกล่าวผู้ป่วยทำไม่ได้ และทดสอบให้ผู้ป่วยพูดตามคำ วลี และประโยค ดังกล่าว ดังกล่าวผู้ป่วยพูดตามได้ถูกต้อง แม้จากการพูดจะเป็นรูปคิด ทักษะการพูดไม่มีปัญหา ออกเสียงผิดโดยไม่ทราบว่ามีเสียงที่ผิดปกติ หรือ ไม่มีการตอบสนองของผลการประเมินด้านภาษาที่ 2.5.1

## แนวทางการประเมินด้านภาษาและการพูดโดยใช้นแบบทดสอบมาตรฐาน

นิคมกวีใจการพูดหรือสื่อสารความหมาย (นิคมกวีใจการพูด) ประเมินความสามารถทางภาษาและการพูดของผู้ป่วยโดยใช้นแบบทดสอบความสามารถทางภาษาและการพูดมาตรฐานที่มีค่าอ้างอิงตามทฤษฎีของตนเองใช้ชื่อ: ชื่ออย่างแบบทดสอบความสามารถทางภาษาและการพูดมาตรฐานที่มีค่าอ้างอิง เช่น แบบทดสอบ The French Index of Communicative Ability (FICA) (Thai version)<sup>16,17</sup> แบบทดสอบ The Aachen Aphasia Test (Thai version)<sup>18,19</sup> แบบทดสอบ The Thai Adaptation of Western Aphasia Battery Test (WAB) (Thai version)<sup>20,21</sup> แบบประเมินความชัดเจนของเสียงพูด (Intelligibility Speech Assessment)<sup>22</sup> แบบทดสอบ The Thai Noctuity Test (TNT)<sup>23</sup> เป็นต้น

### แนวทางการประเมินสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

การพิจารณาเพื่อขอเอกสารรับรองความพิการทางสติปัญญาบุคคล ไม่สามารถพิจารณาได้จากสภาพ ความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ตามประกาศกรมส่งเสริมสหกรณ์พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ไม่สามารถพิจารณาจากรูปถ่ายผู้ป่วยนอก รูปถ่าย หรือภาพไปรษณีย์ของผู้ป่วย

### แนวทางการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ<sup>44</sup>

1. มีความรู้ความเข้าใจถึงต้นตอของความพิการได้
2. มีความรู้เข้าใจคำพูด การสนทนา
3. มีความรู้ด้านการปรับตัวกับเวลา สถานที่ และบุคคล
4. มีความรู้สึกถึงสภาพที่ใช้ในชีวิตประจำวัน
5. มีความรู้ทางด้านเนื้อหาของวิธีที่ใช้ในการพูด
6. มีความรู้เกี่ยวกับการทำงานของวิธีที่ใช้ในการพูด
7. มีความรู้ทางใจเกิดใช้ในการแปลงเสียงและควบคุมจังหวะในการพูด
8. มีความรู้ของเสียงสระต่างๆและคำที่ออกเสียงเดียวกัน
9. มีความรู้เสียงพูด อวัยวะของ หูและ การควบคุมใช้วิธีสนทนา
10. มีความรู้คำง่าย ๆ คำที่ใช้บ่อย
11. มีความรู้คำง่าย ๆ คำที่ใช้บ่อย
12. มีความรู้วิธีการสื่อสารทางเสียงอื่น เช่น การใช้ภาพสื่อสาร
13. มีความรู้การคิด การจำ ความสามารถในการตัดสินใจการสนทนา และจุดสังเกตในการเข้าสู่สังคม

### แนวทางการพิจารณาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองเสียงออกทั้งหมด จะพูดไม่มีเสียงพูดทาง พิจารณาใช้เครื่องช่วยพูด (Electrolarynx) หรือสมบัตพิเศษ กรณีที่ผู้ป่วยมีหูตึงไม่ได้ พิจารณาใช้เครื่องช่วยได้ยิน Augmentative and Alternative Communication (AAC) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

### แนวทางการสิ่งสิ่ง

กรณีพบผู้ป่วยที่มีความพิการด้านสติปัญญาบุคคลสามารถดัดแปลงสภาพสิ่งของผู้ป่วยไปใช้ศึกษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่โรงเรียนบางต่าง ๆ ที่ ทั่วประเทศ หรือ สถานพยาบาลใกล้เคียงบ้าน ก็มีนักเวชศาสตร์ การสื่อสารความหมาย (นักแก้ไขการพูด) ผู้

### หมายเหตุ

การขอเอกสารรับรองความพิการทางสติปัญญาบุคคลต้องออกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ของสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนที่มีวิญ่าพยาบาล กรณีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องให้การ ปรึกษาทางปรึกษาแพทย์เพื่อขอรับใบรับรอง (เช่น ความสามารถทางภาษาของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมของ ความผิดปกติของเสียงพูดของเด็กสมองพิการ) ให้ใช้หลักฐานแพทย์หรือข้อเสนอแนะของนักวิทยาศาสตร์ที่มีความหมาย (นักแก้ไขการพูด) ร่วมในการพิจารณาขอเอกสารรับรองความพิการด้วย และการดัดแปลงระบบทางไกล ทำให้ได้เอกสารเป็นนักวิทยาศาสตร์ที่มีความหมาย (นักแก้ไขการพูด) ให้กับผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นควร ประเมิน

## แบบการฝึกประเมินวิธีและแบบประเมินที่เกี่ยวข้อง

แบบฝึกประเมินแบบประเมินความสามารถทางภาษาและการพูดที่ใช้ตามขั้นตอนการฝึกการประเมิน/  
บริการศาลสั่งให้การสื่อสารความหมาย (ฝึกปฏิบัติการพูด) ใช้ประจำในงานบริการ  
ส่วนที่แสดงข้างล่างเป็นตัวอย่างที่แนะนำ

1. แบบการฝึกประเมินวิธีผู้ประเมินที่มีความบกพร่องทางภาษาหรือความบกพร่อง การฝึกประเมินวิธีผู้ประเมิน

2. วิธีฝึกประเมินการสื่อสารของทางภาษาและการพูด

2.1 การประเมินการทำงานของผู้ประเมินที่ใช้ในการพูดของเคสอื่นไม่

2.2 การทดสอบแบบฝึกการความสามารถทางภาษาและการพูด

2.2.1 แบบฝึกการของทางภาษาและการพูดลำดับที่ 1 ลำดับการพูดเอง

2.2.2 แบบฝึกการของทางภาษาและการพูดลำดับที่ 2 ลำดับการเรียก (บอก) ชื่อคำศัพท์

2.2.3 แบบฝึกการของทางภาษาและการพูดลำดับที่ 3 ลำดับการพูดตาม

2.2.4 แบบฝึกการของทางภาษาและการพูดลำดับที่ 4 ลำดับการฟังเข้าใจคำพูด คำสั่ง

2.2.5 แบบฝึกการของทางภาษาและการพูดลำดับที่ 5 ลำดับการอ่าน

2.2.6 แบบฝึกการของทางภาษาและการพูดลำดับที่ 6 ลำดับการเขียน

2.3 การทดสอบความชัดเจนของเสียงพูด

2.3.1 แบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูด (Articulation Test)

2.3.2 แบบทดสอบเสียงนาสิก (The Nasality Test: NIT)

2.3.3 แบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูดระดับคำ

2.4 การประเมินการพูดวิธีอื่น: แบบประเมินการความชัดเจนของเสียงพูด

2.5 การทดสอบ Apraxia

2.5.1 การทดสอบ Oral Apraxia

2.5.2 แบบทดสอบ Apraxia of speech ระดับคำ หรือ แบบประเมิน

3. แบบประเมินสมรรถภาพการสื่อสารทางภาษาหรือความหมายตามแนวทางของ ICF

แบบการซักประวัติผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องทางการสื่อสารความหมาย

แบบการซักประวัติผู้ป่วยผู้ใหญ่ตามที่หน่วยงานที่ทำการประเมินที่คลินิกเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย  
/ มีบทวิจัยการดูแลใช้เงินประวัติในสถานบริการ  
ตรงกับตรงข้างสถานเป็นตัวอย่างที่แนะนำ

การซักประวัติผู้ป่วย

วันที่.....

ชื่อผู้จัดทำไป

ชื่อ/สกุล.....

HN.....

เพศ  ชาย  หญิง

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

ที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์..... เป็นหมายเลขโทรศัพท์ของ(ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย).....

สถานภาพ..... จำนวนบุตร.....คน

ภรรยาที่ใช้ในปัจจุบัน  สาธารณสถาน  สาธารณสถาน  ใช้ทั้งสองสถาน  
 สาธารณ  สาธารณไม่สะดวก.....

ภรรยาที่ใช้ข้างต้น

- ใช้ในการพูด การฟัง และการสื่อสารในชีวิตประจำวัน
- ใช้ในการพูด การฟัง และการสื่อสารเฉพาะในครอบครัว
- ใช้ในการพูด การฟัง และการสื่อสารของคนที่พูดคนเดียวในชุมชน หรือในชีวิตประจำวัน การทำงาน

มีสติปัญญาในการ เขียน  มีอย่าง  มีอย่าง

การศึกษาระดับสูงสุด.....

อาชีพและลักษณะงาน.....

ประเภทกิจการมีที่มา มีจุดสนใจ/โรคประจำตัว

( ) หมายเฉพาะเจาะจง ( ) ครอบคลุมตามสาขา

( ) มีโรคคนบางกลุ่มที่ปรึกษาโรคประจำตัวที่วินิจฉัย

( ) สาขาเฉพาะ

( ) สาขาเฉพาะที่กระทรวงประกอบอาชีพ

( ) มาตรการทางเวชศาสตร์ป้องกัน / สุขศึกษา

( ) ศัลยกรรม / ศัลยกรรมเฉพาะทาง

( ) กิจการเฉพาะ / กิจการเฉพาะที่สืบ

( ) กิจการ

( ) มาตรการทางสุขภาพที่อื่นๆ

( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....

( ) มีโรคผู้ที่มีความเสี่ยงด้านอื่นๆ โปรดระบุ

( ) โรคจิตวิทยา

( ) ผู้ที่มีความพิการ

( ) โรคสิ่งแวดล้อมเฉพาะ

( ) ปัญหาการป้องกัน

( ) มีโรคที่เกี่ยวข้อง (โรคระบบน้ำดื่ม)

( ) โรคที่เกี่ยวกับน้ำดื่ม

( ) โรคเกี่ยวกับน้ำดื่ม

( ) โรคโภชนาการ

( ) มาตรการและการศึกษา โปรดระบุ.....

( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....

ประวัติการดำเนินกิจการที่เกี่ยวข้องกับความผิดอาญา

- ( ) สมรส
- ( ) ปรากฏทรัพย์สินของกิจการในวง
- ( ) ยอดฝาก แลกงานฝาก เงิน ถิ่นที่ดิน
- ( ) สิ้น หมด หมดไป สิ้นสิ้น หมดสิ้นไปอยู่ (เป็นหนี้ของ)
- ( ) สิ้น การสูญของสิ้น สิ้นหมด
- ( ) ขาดพร่อง เช่น ถูกยึดขาดพร่อง
- ( ) ขู่ เช่น ขู่ขู่ ขู่ ในขู่ ขู่ขู่
- ( ) ก่อตั้งขึ้น เช่น ก่อตั้งขึ้น ไม่มีขึ้นตั้ง (ตั้งขึ้นถูกยึดขาดพร่องเป็นหนี้) สิ้นสิ้น  
 สิ้นสิ้น สิ้นสิ้นหมด สิ้นสิ้นหมด (ยกเว้น) ก่อตั้ง ได้ขึ้นขาดสิ้น
- ( ) หมดสิ้น เช่น หมด มี ขู่ หมดไป หมดไป หมดไป
- ( ) หมด มีการสิ้นสิ้น มีการสิ้นสิ้น สิ้นสิ้นขาดพร่องหมดสิ้น หมดสิ้น มีหนี้ขาดพร่อง
- ( ) หมด เช่น หมดสิ้น

ความผิด การดำเนินประวัติการวิพากษ์และผลการวิพากษ์

- ( ) มีประวัติการวิพากษ์และผลการวิพากษ์
- ( ) ไม่มีประวัติการวิพากษ์และผลการวิพากษ์

ประวัติ

- ขู่ขู่ ( ) ขู่ ( ) ไม่ขู่
- สิ้นสิ้น ( ) สิ้น ( ) ไม่สิ้น

วันที่เริ่มป่วย ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

การขึ้นป่วยทำให้เกิดความผิด

- ( ) เป็นงานสำคัญ
- ( ) เกิดขึ้นความผิด

ความผิดทางสุขภาพของการทำงานป่วยเกิดขึ้นเมื่อ

- ( ) สิ้นสุดการวิพากษ์แล้ว
- ( ) มีเหตุทางสุขภาพ

การขึ้นป่วยไม่มีเหตุอื่น ..... พ.ศ. ....

ตำแหน่งทางวิชาชีพ.....

ว่าการเลือกมีเงินเดือน () ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ

การเลือก () ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ

มีตำแหน่งวิชาชีพ

ไม่เคยเป็น

เคยเป็น

ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ

ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ

การเลือก/เลือกงานมีตำแหน่งวิชาชีพ

ซ้ำ

ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ

ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ

ซ้ำ

การเลือก () ซ้ำ

ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ

ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ

ซ้ำ () ซ้ำ

ซ้ำ () ซ้ำ

ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ () ซ้ำ

ซ้ำ

ការដៃដំបូង

ឯកភាព

គួរពិនិត្យការដៃដំបូង ដោយភារិយស្រាវជ្រាវ

គួរពិនិត្យការដៃដំបូង ដោយភារិយស្រាវជ្រាវ

ការដៃដំបូងនៃការងារ ( ) គ្មាន គុណភាព ( ) គ្មាន ទិន្នន័យ ( ) គ្មាន

លទ្ធផលការដៃដំបូង ( ) លើសលើ

លើសលើលទ្ធផល ប្រកបដោយ ( ) គ្មាន ( ) គ្មាន

ការប្រារព្ធនៃការងារនៃការងារ ( ) គ្មាន

ស្តីពីការដៃដំបូង

ការងារនៃការដៃដំបូង

ស្តីពីការដៃដំបូង

ការងារនៃការដៃដំបូងនៃការងារនៃការដៃដំបូង

แบบการชั่งปรอทวิธีผู้ป่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางการสื่อสารความหมาย  
แบบการชั่งปรอทวิธีผู้ป่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางการประเมินหรือบิดเบือนความสามารถในการสื่อสารความหมาย  
/ นักแก้ไขการพูดให้เป็นผู้ป่วยซ้ำในงานบริการ ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างที่แนะนำ

การชั่งปรอทวิธีผู้ป่วยเด็ก

วันที่.....

ชื่อผู้ชั่งทั่วไป

ชื่อ/สกุล.....

HN.....

เพศ

ชาย

หญิง

อายุ..... ปี (หรือ ๘ เดือนขึ้นไป 1 ปี) ปี/เดือน/ปีเกิด.....

ที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก (ระบุความผิดปกติกับผู้ป่วย).....

สถานประกอบการ/สถานศึกษา: ผู้ป่วย

พช-แม่  พช-พริศ แม่ ที่บ้าน อู่ทอ (ผู้ปกครอง)

ผู้ปกครอง / สถานเลี้ยงดู

จำนวนที่มีของ..... คน

มีที่นอนคู่แฝด..... คน

ผู้ร่วมเป็นแม่  คนที่

นีละ

ใบตรวจสุขภาพคู่แฝดของผู้ป่วย.....

ภาษาที่ใช้เป็นสื่อชุมชน คือ

( ) ภาษาไทยกลาง ( ) ภาษาท้องถิ่น ( ) ใช้ทั้งสองภาษา

( ) ภาษาแม่ ( ) ภาษาอื่น ไม่ระบุ \_\_\_\_\_

ภาษาที่ใช้ข้างต้น

( ) ใช้ในการพูด การฟัง และการสื่อสารในพิธีกรรมประจำปี

( ) ใช้ในการพูด การฟัง และการสื่อสารเฉพาะในครอบครัว

( ) ใช้ในการพูด การฟัง และการสื่อสารตลอดกับทุกคนในทุกบริบท ทั้งในพิธีกรรมประจำปี การเป็น  
ภาษาแม่

มีสื่อใดใช้ในการเขียน ( ) มีดารา ( ) มีธง

การศึกษาค้นคว้า \_\_\_\_\_

อาชีพและกิจการของตน (หากผู้ปกครองทำ) \_\_\_\_\_

โรงเรียน \_\_\_\_\_

ประวัติการมีธงโรงเรียน

( ) หน่วยงานประจำ ( ) หน่วยงานราชการ

( ) มีนักขนานพรมี่ดูแลรักษาธงโรงเรียนเป็นประจำ

( ) หน่วยงานผู้จัดทำ

( ) หน่วยงานผู้ดูแลรักษาธงประจำตำบล

( ) หน่วยงานโรงเรียนประจำ

( ) ราษฎร

( ) ราษฎรประจำหน่วยงานประจำ

( ) หน่วยงานราชการผู้ดูแล / ผู้จัดทำ

( ) ศึกษานิเทศก์ / ศึกษานิเทศก์

( ) ศึกษานิเทศก์ / ศึกษานิเทศก์

( ) ศึกษานิเทศก์

( ) หน่วยงานราชการผู้จัดทำ



ทราบเหตุผล กรุณาแนบประวัติการปรึกษาและผลการปรึกษา

มีประวัติการปรึกษาและผลการปรึกษา

ไม่มีประวัติการปรึกษาและผลการปรึกษา

ประวัติ

- สุขภาพดี  ไม่ดี  ไม่เคย  สุขภาพดีลดลง

- ศึกษาก่อนเรียน  ดี  ไม่ดี  จากสาเหตุอื่น

เรียนวิชาประจำ ..... เรียน ..... พ.ศ. ....

ควรเรียนวิชาที่ก่อให้เกิดความดีความ

เป็นงานที่จำเป็น

เกิดขึ้นตามเหตุ

ความดีควรมาจากสาเหตุของการเรียนวิชาที่จำเป็น

สิ้นสุดการศึกษาแล้ว

เมื่อจบมหาวิทยาลัย

ควรเรียนวิชาในวิชาชีพ.....

ท่านพบทางอาชีพ.....

มีทางอาชีพอื่นที่น่าสนใจ  มี  ไม่มี  มี  ไม่มี  ไม่มี

สาขาการเรียน  ทุนเรียน  ว่าง  เรียน  ว่าง  ว่าง

มีผลการศึกษาระดับ

ไม่ดี

ดี

ศึกษาถึงขั้นสูง  ศึกษาถึงระดับมัธยม - ๑๓

ทุนเรียน  ว่าง  เรียน  ว่าง

ควรผู้ศึกษา/สมัครงานมีผลการศึกษาระดับ

ดี

ทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

ทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/มัธยมศึกษา/มัธยมศึกษา/มัธยมศึกษา/มัธยมศึกษา

ไม่ดี

ສາຂາ ( ) ປາກີ

( ) ມີສປາກີ ເກມ ສາຂາເກມ ສາຂາເກມ ສາຂາເກມ ສາຂາເກມ

( ) ທີ່ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້

( ) ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້

( ) ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້

( ) ເປັນຕົວຕົນ ເປັນຕົວຕົນ ເປັນຕົວຕົນ (ທີ່ໃຫ້ໃຫ້)

( ) ສາຂາ

ສາຂາ ( ) ປາກີ

( ) ສາຂາການໃຫ້ໃຫ້ ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້

( ) ສາຂາການໃຫ້ໃຫ້ ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້

ການໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ ( ) ການ ການໃຫ້ໃຫ້ ( ) ການ ການໃຫ້ໃຫ້ ( ) ໃຫ້ໃຫ້

ການໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ ( ) ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້

( ) ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ - ໃຫ້ໃຫ້ ( ) ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ - ໃຫ້ໃຫ້

ການໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້

ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້

ການໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້

ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້

ການໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້ໃຫ້

## วิธีการประเมินการคัดกรองทางภาษาศาสตร์การพูด

### 2.1 การประเมินการทำงานของอวัยวะที่ใช้ในการพูดขณะเคี้ยวอาหาร

ให้ผู้ประเมินทำการใส่ปาก สีน ดินสอไม้

ตารางที่ 2.1 : แสดง การประเมินการทำงานของอวัยวะที่ใช้ในการพูดขณะเคี้ยวอาหาร

| ลำดับ | ท่าทางที่ทดสอบ                               | ทำได้ | ทำไม่ได้ | ทำได้บ้าง<br>ทำไม่ได้<br>สูงส่ง/<br>ทำไม่ได้<br>เส้นสี | มีผลต่อความชัดเจน<br>ของเสียงพูด<br>(มากกว่าร้อยละ 50)<br>หรือมีผล<br>ต่อการกลืน | ไม่มีผลต่อความชัดเจนของ<br>เสียงพูด(น้อยกว่าร้อยละ 50)<br>ไม่มีต่อการกลืน |
|-------|--|-------|----------|--|--|---|
| 1     | ใส่ปากแล้วมีสีปาก ๑๐๓<br>เสียง ๓๓            |       |          |  |  |   |
| 2     | ท่าปาก/รูปร่างแล้ว๑๐๓<br>เสียง ๓             |       |          |  |  |   |
| 3     | ยื่นริมฝีปาก แล้ว๑๐๓เสียง<br>๓               |       |          |  |  |   |
| 4     | เคลื่อนริมฝีปากบนปาก<br>ข้าง-ขวา             |       |          |  |  |   |
| 5     | ยกปากขึ้นขึ้นบนของริม<br>ฝีปากหรือริมฝีปากบน |       |          |  |  |   |
| 6     | เคลื่อนริมฝีปากขึ้นขึ้น                      |       |          |  |  |   |
| 7     | เคลื่อนริมฝีปากให้ยาวที่สุด                  |       |          |  |  |   |
| 8     | เกาะริม                                      |       |          |  |  |   |
| 9     | เขี่ยปาก                                     |       |          |  |  |   |

|    |   |  |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 10 | เนตเวิร์ก   |  |  |  |  |  |
| 11 | ดูสกิน  |  |  |  |  |  |
| 12 | พจนานุกรม   |  |  |  |  |  |
| 13 | ดัชนีภาพดิจิทัลจากทั่วโลก<br>ทวิตเตอร์              |  |  |  |  |  |
| 14 | ดิจิทัล-ไลบรารีจากทั่วโลก<br>กิน/ดิกกิน             |  |  |  |  |  |
| 15 | เคสศึกษาจากทั่วโลก<br>สิ่ง - ความหมายคือ<br>อย่างไร |  |  |  |  |  |

## 2.2 การทดสอบความสามารถทางภาษาและการพูด

แบบประเมินความสามารถทางภาษาและการพูดของผู้ป่วยที่มีหน่วยงานที่ทำการประเมิน / หน่วยงานสาธารณสุขที่การสื่อสารความหมาย (มักเป็นนักการพูด) ใช้ประจำในงานบริการ ต่อเป็นวิธีประเมินที่ออกแบบมาทดสอบศักยภาพและความสามารถทางภาษาและการพูดที่แนะนำ

### 2.2.1 แบบคัดกรองทางภาษาและการพูด ชั้นที่ 1 ด้านการพูดเอง

- สังเกตการนำออกการพูดของผู้ป่วย เช่น ตามใจ - นานพูด - อาจของผู้ป่วย
- การตอบสนองคำถามปลายเปิด เป็นการตอบรับหรือปฏิเสธ เช่น กินข้าวหรือยัง เป็นต้น
- การตอบสนองคำถามปลายเปิด เช่น ทำงานที่ไหน กินข้าวกับอะไร มากน้อย เป็นต้น
- การพูดแสดงความเห็น เช่น ฉันมีไข้สูงไปมาบ้าง นอนมา 3 เดือน
- การพูดแสดงความตั้งใจการพูดแบบความถี่สูง

ถ้าผู้ป่วยไม่พูด หรือใช้ภาษาในการสื่อสารความหมาย เช่น ทักท้วงๆ สำนวนๆ หรือพูดแล้วคนอื่นก็ยังไม่เข้าใจ หรืออาจตอบแค่คำตอบส่วนใหญ่ในชุดข้อ ก็ถือว่าเป็นการบกพร่องด้านการพูดเอง

### 2.2.2 แบบคัดกรองทางภาษาและการพูด ชั้นที่ 2 ด้านการเงือก (บอก) ชื่อสิ่งศัพท์

- ไม้เรียว (บอก) คำศัพท์ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น ไม้เท้า ไม้เท้า แปรงฟัน (ดูฟัน) ยานพาหนะ
- ไม้เรียว (บอก) คำศัพท์ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน สิ่งของ อาหาร เช่น นม นมผง กล้วยน้ำว้า ข้าว ส้ม
- ไม้เรียว (บอก) คำศัพท์ ที่เป็นชื่อคนในครอบครัว

การประเมินอาจใช้สิ่งของจริงหรือใช้รูปภาพ ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาในการคิดนานกว่าปกติ หรือตอบไม่ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ ถือว่าเป็นการบกพร่องด้านการสื่อสารชื่อศัพท์

### 2.2.3 แบบคัดกรองทางภาษาและการพูดชั้นที่ 3 ด้านการพูดตาม

- ให้อ่านตามบรรทัดคำพูดบางคำ เช่น ข้าว กล้วย นม น้ำ กล้วย กล้วย
- ให้อ่านตามบรรทัดคำพูดบางคำ เช่น กล้วยน้ำว้า กล้วย นมผง
- ให้อ่านตามบรรทัดวลี เช่น กินข้าวไป กล้วยน้ำว้า กล้วย
- ให้อ่านตามบรรทัดประโยค เช่น แม่ไปตลาด กล้วยน้ำว้า กล้วย

พบว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นเสียง

ถ้าผู้ป่วยพูดตามบรรทัดสิ่งของจริงหรือรูปภาพ หรือพูดตามประโยค หรือพูดตามบรรทัดคำไม่ได้เลย ถือว่าเป็นการบกพร่องด้านการพูดตาม

#### 2.2.4 แบบคัดกรองหาภาษาแม่ของทารกชั้นที่ ๑ ด้านการฟังเข้าใจคำพูด คำสั่ง

- ใ้ผู้ประเมินทำรายการคำสั่ง 1 ชิ้นตอน เช่น นกมีสอง ขี้นกขาค
- ใ้ผู้ประเมินทำรายการคำสั่ง 2 ชิ้นตอน เช่น นกมีขาขาคและขาคขาค
- ใ้ผู้ประเมินทำรายการคำสั่ง 3 ชิ้นตอน เช่น นกมีขาขาค นกมีขาขาค นกมีขาขาค

ถ้าผู้ประเมินทำรายการคำสั่ง 2 ชิ้นตอนไม่ได้ หรือทำรายการคำสั่ง 3 ชิ้นตอนได้แต่ไม่มีถูกคำสั่งชิ้นตอน

ถือว่ามีความบกพร่องด้านภาษา การฟังเข้าใจคำพูด

### 2.2.5 แบบคัดกรองทางภาษาของกรวยไตที่ 5 ด้านการอ่าน

- ให้อ่านคำศัพท์ที่ปรากฏ สิ่งที่จะอ่านในตารางข้างล่าง ถ้าผู้ประเมินสามารถจับคู่กับสัญลักษณ์  
ถือว่ามีความบกพร่องด้านการอ่าน

| ศัพท์ | ภาพ  |
|-------|--|
| มือ   |   |
| ปลา   |   |
| เตียง |  |

- ให้อ่านตามคำสั่งแล้วทำสายคำสั่งนั้น ๆ (เช่น กวาดมือ จับปลา ยกมือขึ้นสูง ๆ) หรือตามบทความคือ  
ตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องทีอ่าน เพื่อดูว่าผู้ประเมินเข้าใจหรือไม่ (เช่น ให้อ่านตามบทความว่า  
“บ้านของเรามีปลาสามตัว มีลูกห้าตัวทุกคนชอบดู วันทีคนตาข้างเดียวมาหาเราได้เงินมาสองพันสอง  
สิบล้านห้าพัน เช่น “เตียงทีอ่านก็เหมือนกับเตียง บ้านของใคร/จากเตียงใคร บ้านของดีใหม่/เพราะของใคร”  
ถ้าผู้ประเมินไม่สามารถอ่าน หรือตอบคำถามไม่ได้/ตอบคำถามผิด ถือว่ามีความบกพร่องด้านการอ่าน

2.2.6 แบบฝึกหัดทางภาษาและการพูด ด้านที่ 6 ด้านภาวะซึมเศร้า

- ให้นักเรียนเขียนภาพแสดง ทัศนคติของผู้คนต่อ
- ให้นักเรียนประโลมอารมณ์ภาษา ได้แก่ ภาษาที่แสดงถึงผลกระทบที่มีเกิดในชีวิตประจำวัน เช่น รูปวาดศิลปะ



# รถติด

- สังเกตโดยให้นักเรียนเขียน คำที่ไม่ดีที่นักเรียนสามารถคิด หรือถ้าไม่ได้คิดให้นักเรียนถามแบบคำผู้ถาม (เขียนไม่ใช้ระดับประโยคชนิดใด) (เขียนไม่ใช้ชื่อตัวเองหรือชื่อคนอื่น) และนำผลการสนทนากับเพื่อนมาอภิปราย

### 2.3 การทดสอบความยืดหยุ่นของสิ่งงูตุ

แบบทดสอบความยืดหยุ่นของสิ่งงูตุที่หน่วยงานที่ทำการประเมิน/นิเวศศาสตร์ทำการวัดความหนาแน่น (มีแมงกืดการงูตุ) ใช้ประจำในงานบริการ ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างแบบทดสอบความยืดหยุ่นของสิ่งงูตุที่แนะนำ

#### 2.3.1 แบบทดสอบความยืดหยุ่นของสิ่งงูตุระดับต่ำ

ใช้สถานะของสิ่งที่เป็นพืชล้ม จำแนกการล่าที่ซับซ้อนสูงในสถานะใหม่ สถานะ 1 การแทน สิ่งงูตุใหม่ 1 สิ่งในการทดสอบความยืดหยุ่นของสิ่งงูตุระดับต่ำ ให้ผู้ประเมินหาพืชสถานะสูงจาก ประเมิน ว่าผู้ประเมินหาสิ่งของจากใบไม้ชนิด

ข้างล่างเป็นตัวอย่างที่แนะนำในการเลือกสถานะเพื่อประเมินสิ่งงูตุใหม่ระดับต่ำในแบบทดสอบ ความยืดหยุ่นของสิ่งงูตุ

| สิ่งงูตุ | สิ่งง | สถานะของสิ่งที่เป็นพืชล้มที่ใช้แทนสิ่ง |
|----------|-------|--|
|          | ๓     | กวาง                                   |
|          | ๓๑    | ๓๑                                     |
|          | ๕     | นาฬิกา                                 |
|          | ๕     | หมี                                    |
|          | ๕     | สิง                                    |
|          | ๕๓    | มีด                                    |
|          | ๕     | บุรุษ                                  |
|          | ๕     | ๗๗                                     |
|          | ๕๓    | มีด                                    |
|          | ๕     | กวาง                                   |
|          | ๓๓    | ๓๓                                     |
|          | ๕๓    | เงิน                                   |
|          | ๕๓    | เงิน                                   |



|                     |    |    |
|---------------------|----|----|
|                     | ๑  | ๑๓ |
|                     | ๒  | ๑๔ |
|                     | ๓  | ๑๕ |
|                     | ๔  | ๑๖ |
|                     | ๕  | ๑๗ |
|                     | ๖  | ๑๘ |
|                     | ๗  | ๑๙ |
|                     | ๘  | ๒๐ |
|                     | ๙  | ๒๑ |
|                     | ๑๐ | ๒๒ |
| เสียงพยัญชนะกึ่งสระ | ๑๑ | ๒๓ |
|                     | ๑๒ | ๒๔ |
|                     | ๑๓ | ๒๕ |
|                     | ๑๔ | ๒๖ |
|                     | ๑๕ | ๒๗ |
|                     | ๑๖ | ๒๘ |
|                     | ๑๗ | ๒๙ |
|                     | ๑๘ | ๓๐ |
|                     | ๑๙ | ๓๑ |
|                     | ๒๐ | ๓๒ |
|                     | ๒๑ | ๓๓ |
|                     | ๒๒ | ๓๔ |
|                     | ๒๓ | ๓๕ |
|                     | ๒๔ | ๓๖ |
|                     | ๒๕ | ๓๗ |
|                     | ๒๖ | ๓๘ |
|                     | ๒๗ | ๓๙ |
|                     | ๒๘ | ๔๐ |
|                     | ๒๙ | ๔๑ |
|                     | ๓๐ | ๔๒ |
|                     | ๓๑ | ๔๓ |
|                     | ๓๒ | ๔๔ |
|                     | ๓๓ | ๔๕ |
|                     | ๓๔ | ๔๖ |
|                     | ๓๕ | ๔๗ |
|                     | ๓๖ | ๔๘ |
|                     | ๓๗ | ๔๙ |
|                     | ๓๘ | ๕๐ |

|                |       |         |
|----------------|-------|---------|
|                | กข    | ไม้กวาง |
|                | คข    | ไม้คาง  |
|                | คช    | คชา     |
|                | คจ    | คจา     |
| เสียงวรรณยุกต์ | สามัญ | เอก     |
|                | เอก   | โท      |
|                | โท    | ตรี     |
|                | ตรี   | จัตวา   |
|                | จัตวา | หมี     |

### 2.3.2 แบบทดสอบเสียงนาสิก (Thai Nasality Test: TNT)

ประกอบด้วย 3 แบบทดสอบ โดยผู้ป้อนคำทดสอบจะพูดตามแบบที่ระบุไว้ดังต่อไปนี้

แบบทดสอบข้อที่ 1 แบบทดสอบ นานี้

- นานี้มีเสียงน่าขนลุก
- นานี้จึงไม่มีสติแบบสง
- นางานเหมือนทำงาน
- เมื่อเดินแบบสงพื้นแถวคำ
- คุณมีทรมัน้ำมีตในท้องนี้

แบบทดสอบข้อที่ 2 แบบทดสอบ รตตุ๊กตุ๊ก

ผู้ป้อนจะพูดตุ๊กตุ๊กไปเรื่อยๆจนกว่าจะรู้สึกอิ่มหรือเหนื่อยจนพูดไม่ได้ จากนั้นจะพูดทักทายปกติ ปกติใครได้ยินแล้ว รตตุ๊กตุ๊กก็ตลกเฮฮาไปเสีย ฮาหัวเราะกันเพลินก็หัวเราะเบาๆ ปกติเสียงไร่ จินตตุ๊กตุ๊กถ้าจะพูดแล้วจะตลกได้ก็พูดปกติเสียงในสมองก็จะไปต่อเมื่อก่อนแล้ว



2.6 การประเมินการพูดรู้เรื่อง: แบบประเมินการความชัดเจนของเสียงพูด  
(Intelligibility Speech Assessment)

การประเมินการพูดรู้เรื่องให้แบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูดที่หน่วยงานที่ทำการประเมิน  
/นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย (มีนักโสตการพูด) ให้ประจำในงานบริการ  
ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างแบบทดสอบความชัดเจนของเสียงพูดที่แนะนำ

1. ด้านบทความด้วยตัวเอง

|    | 1    | 2    | 3    | 4    | 5    | 6   | 7    | 8    | 9   | 10   |
|----|------|------|------|------|------|-----|------|------|-----|------|
| 1  | เล่น | กีฬา | มี   | ดี   | แมว  | นา  | ขอ   | สก   | นาง | ส้ม  |
| 2  | ชวน  | พูด  | แล้ว | แล้ว | เดิน | ไป  | พา   | ฟ้า  | มีน | แดง  |
| 3  | สี   | นาง  | บัส  | พูด  | แล้ว | ขอ  | หน้า | ปง   | แดง | ส้ม  |
| 4  | ส้ม  | สก   | ขอ   | ดู   | งาน  | สี  | ขอ   | สี   | กี  | พูด  |
| 5  | นาง  | สี   | ตาม  | ส้ม  | หน้า | ส้ม | หลัง | ฟ้า  | มีน | แดง  |
| 6  | ขอ   | แล้ว | ขอ   | ใจ   | แล้ว | มีน | เดิน | ชวน  | ฟ้า | แล้ว |
| 7  | มีน  | สี   | สี   | นา   | แล้ว | ตาม | ดู   | ไป   | พูด | พูด  |
| 8  | กี   | นาง  | ตาม  | มีน  | ขอ   | ตาม | พูด  | ชวน  | ชวน | ชวน  |
| 9  | สก   | พูด  | แล้ว | สก   | สี   | ไป  | เดิน | แล้ว | ขอ  | แล้ว |
| 10 | นาง  | ส้ม  | ฟ้า  | แล้ว | สี   | สี  | ตาม  | สี   | ไป  | แล้ว |

$$\frac{\text{จำนวนคำที่ฟังได้}}{\text{จำนวนคำทั้งหมด}} \times 100 = \dots \%$$

2. ធានាសុវត្ថិភាព

|   | 1      | 2     | 3      | 4   | 5      | 6   |
|---|--------|-------|--------|-----|--------|-----|
| ១ | រលកទឹក | រំលោភ | រុករាន | រលក | រុករាន | រលក |
| ២ | រលកទឹក | រលក   | រលក    | រលក | រលក    | រលក |
| ៣ | រលកទឹក | រលក   | រលក    | រលក | រលក    | រលក |
| ៤ | រលកទឹក | រលក   | រលក    | រលក | រលក    | រលក |
| ៥ | រលកទឹក | រលក   | រលក    | រលក | រលក    | រលក |
| ៦ | រលកទឹក | រលក   | រលក    | រលក | រលក    | រលក |

$$\frac{\text{ចំនួនស្ថានីយ៍ ១}}{\text{ចំនួនស្ថានីយ៍ ២}} = 100\% \times \frac{\quad}{\quad}$$

ប្រសិនបើ ផ្ទៃប្រឡងស្ថានីយ៍ ១ ធំជាង ផ្ទៃប្រឡងស្ថានីយ៍ ២ នោះ ផ្ទៃប្រឡងស្ថានីយ៍ ១ នឹងធំជាង ១០០% ប្រាកដជាធំជាង

## 2.5 การทดสอบ Apraxia<sup>F</sup>

### 2.5.1 การทดสอบ Oral Apraxia

ให้ผู้ป่วยทำตามคำสั่งต่อไปนี้

ตารางที่ 2.5.1 การทดสอบ Oral Apraxia

| ลำดับ | แบบทดสอบ                         | ผล    |          |
|-------|----------------------------------|-------|----------|
|       |                                  | ทำได้ | ทำไม่ได้ |
| 1     | แสบลิ้นงาช้าง                    |       |          |
| 2     | เป่าลม                           |       |          |
| 3     | ยื่นปากกว้าง                     |       |          |
| 4     | กดริมฝีปากขึ้น                   |       |          |
| 5     | ทำปากจู๋                         |       |          |
| 6     | ทำริมฝีปาก                       |       |          |
| 7     | ลิ้นขึ้น                         |       |          |
| 8     | ยื่นปาก                          |       |          |
| 9     | เคลื่อนลิ้นขึ้นและมุมปากซ้าย-ขวา |       |          |
| 10    | แสบลิ้นและลิ้นยื่นปากให้ขึ้น     |       |          |

2.5.2 แบบทดสอบ Apraxia of speech ระดับคำ วลี และประโยค

ให้ผู้ประเมินพูดตามคำ วลี และประโยคต่อไปนี้

| ลำดับ | คำที่ทดสอบ      | พูดตามได้<br>ซึ่งถูกต้อง | แก้ไขการ<br>พูดที่ผิดได้<br>เอง | พยายามพูด<br>แต่ไม่มีเสียง | ออกเสียงผิดโดย<br>ไม่ตระหนักว่าออก<br>เสียงผิด | ไม่มีการ<br>ตอบ<br>สนอง |
|-------|-----------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|--|-------------------------|
| 1     | สถาปิตถกรรม     |                          |                                 |                            |  |                         |
| 2     | คนนาคน          |                          |                                 |                            |  |                         |
| 3     | กัศนินภาท       |                          |                                 |                            |  |                         |
| 4     | ปีพพวคี         |                          |                                 |                            |  |                         |
| 5     | พิชารณ          |                          |                                 |                            |  |                         |
| 6     | ฉา              |                          |                                 |                            |  |                         |
| 7     | ฉาอีทึบ         |                          |                                 |                            |  |                         |
| 8     | ฉาอีทึบสนุนโพ   |                          |                                 |                            |  |                         |
| 9     | แม่             |                          |                                 |                            |  |                         |
| 10    | แม่ไก่          |                          |                                 |                            |  |                         |
| 11    | แม่ไก่เจ้าพระยา |                          |                                 |                            |  |                         |
| 12    | นา              |                          |                                 |                            |  |                         |
| 13    | นาฬิกา          |                          |                                 |                            |  |                         |
| 14    | นาฬิกาข้อมือ    |                          |                                 |                            |  |                         |
| 15    | ทีวี            |                          |                                 |                            |  |                         |
| 16    | ทีวีแนว         |                          |                                 |                            |  |                         |

|    |                                  |  |  |  |  |  |
|----|----------------------------------|--|--|--|--|--|
| 17 | บ้านทรงจันท                      |  |  |  |  |  |
| 18 | โถง                              |  |  |  |  |  |
| 19 | โถงกลาง                          |  |  |  |  |  |
| 20 | โถงหลังคานางฟ้า                  |  |  |  |  |  |
| 21 | อาคารอนุสาวรีย์                  |  |  |  |  |  |
| 22 | อาคารที่ประทับคืนคืนวังไทย       |  |  |  |  |  |
| 23 | ศาลิยาศิลป์เป็นมรดกทาง<br>โบราณ  |  |  |  |  |  |
| 24 | นิทานเขมเป็นประเทศ<br>สุพรรณภูมิ |  |  |  |  |  |
| 25 | รถไฟเป็นวิจิตรศิลป์              |  |  |  |  |  |

องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ในปี 2544 เพื่อให้เป็นกรอบแนวคิดในการให้คำนิยามของสมรรถภาพ และได้กำหนดสมรรถภาพของส่วนประกอบต่าง ๆ อาทิเช่น การทำงานของร่างกาย โครงสร้างของร่างกาย กิจกรรมและการมีส่วนร่วม รวมถึงนิยามสิ่งบรณาและสิ่งกีดขวาง และนิยามสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ใช้ในการสื่อสารระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ ทั้งนี้ในปี 2555 สำนักงานอนามัยและสุขภาพศาสตร์ สำนักงานสถิติกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากวิชาชีพต่าง ๆ ได้ร่วมกันพัฒนาและจัดทำคู่มือการฐานแบบประเมินความสามารถของบุคคลตามหลักการของ ICF ขึ้น เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสหวิชาชีพที่ใช้บริการคนพิการประเภทต่าง ๆ โดยสามารถเลือกใช้ ICF ที่เฉพาะเจาะจงกับสมรรถภาพแต่ละประเภทในการประเมินระดับความสามารถของสมรรถภาพของผลการตรวจประเมินของกิจกรรมนิยามสมรรถภาพ

สำหรับสมรรถภาพทางการสื่อสารความหมาย หมายถึง คนที่มีปัญหาพูดไม่ได้ พูดแล้วผู้อื่นฟังไม่เข้าใจ เสียงพูดไม่ชัด พูดไม่รู้เรื่อง พูดไม่ชัดเจน พูดแล้วไม่มีเสียง เป็นต้น และคนที่ฟังคำพูดคนอื่นไม่เข้าใจจึงอาจเกิดจากโรคหรือความผิดปกติของอวัยวะของเสียง ของลมหายใจของปาก และหู เป็นต้น การขาดเสียงหรือการได้ยินบกพร่องเกิดจากภาวะผิดปกติในสภาวะโรค และโรคของระบบหูที่มีผลต่อหูชั้นใน หรือสถานการณ์การขาดการพูดและได้ยิน สามารถประเมินสมรรถภาพสมรรถภาพสื่อสารความหมาย ตามแนวทางของ ICF โดยมีชีวิต 3 ด้าน ดังนี้

- ๒310 การทำงานที่อาศัยในเสียง (Voice functions)
- ๒320 การทำงานด้านการออกเสียงพูด (Articulation functions)
- ๒330 การทำงานด้านความชัดเจนและจังหวะของการพูด (Fluency and rhythm of speech functions)
- ๒330 การพูด (Speaking)
- ๒350 การสนทนา (Conversation)
- ๒35๕ การศึกษา ฝึกอบรมและอื่น ๆ และที่ไม่ระบุรายละเอียด (Education, other specified and unspecified)
- ๒370 การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ (Economic self-sufficiency)
- ๒920 นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง (Recreation and leisure)

โดยแบ่งเป็นแปดระดับ ดังนี้ แล้วจะดูระดับความบกพร่องหรือระดับความรุนแรงในการทำกิจกรรม หรือการมีส่วนร่วม ที่เรียกว่า "ตัวบ่งชี้กิจกรรม" นับที่ก.เป็นต้นลงถึงรหัส แบ่งเป็นระดับ ดังนี้

- 0 หมายถึง ไม่มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก (MILD: 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 %)
- 5 หมายถึง ไม่ระบุรายละเอียดของความบกพร่องหรือความยากลำบาก (Not specified)
- 6 หมายถึง ไม่เกี่ยวข้อง (Not applicable)

**กรณีศึกษา**

ชาย อายุ 19 ปี มีปัญหาหูตึง (Hearing loss) จากเป็นโรคเยื่อแก้วหู (Otitis media) ซ้ำเป็นปกติ ไม่มีโรคประจำตัว หลังรับการผ่าตัดแก้ไขแล้วจึงมีปัญหาการสื่อสารแบบสองเวลา ปัจจุบันแปลงเสียงได้แต่คำพูดในชั้นเรียน มีเสียงจับหูตลอดเวลาจึงหยุด สามารถทำงานได้แบบปกติ แลมีข้อใดเกี่ยวกับเรื่องการหูตึงมาตลอด ทำให้เกิดความเครียดในชั้นเรียน

การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุ Otitis media

สรุปว่า มีความพิการทางการสื่อสารมาตลอด

แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการสื่อสารตามมาตรฐานแนวทางของ ICF

| ระดับความบกพร่องในการทำงานหรือส่วนมากในการทำกิจกรรม |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.  | ๘310 การทำงานที่พูดในใจคนเดียว             |   |   |   | ✓ |   |   |   |
| 2.  | ๘320 การทำงานสถานการณ์สองคนหรือคู่         |   |   |   | ✓ |   |   |   |
| 3.  | ๘330 การทำงานด้านความชัดเจนเสียงหรือการพูด |   | ✓ |   |   |   |   |   |
| 4.  | ๘350 การพูด                                |   |   | ✓ |   |   |   |   |
| 5.  | ๘360 การสนทนา                              |   |   | ✓ |   |   |   |   |
| 6.  | ๘390 การศึกษา                              |   |   |   |   |   |   | ✓ |
| 7.  | ๘870 การมีปฏิสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ           |   | ✓ |   |   |   |   |   |
| 8.  | ๘920 หน้าที่การพลศึกษาหรือการออกกำลังกาย   |   |   |   |   |   |   | ✓ |

## บทที่ 3

### การวินิจฉัยแยกแยะความพิการ ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

คำนิยามตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์<sup>(1)</sup>

1. ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีควาบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะต่าง ๆ สำหรับการเคลื่อนไหว เช่น มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุตีความ แขน ขา ผสมแวม แขน ขาขาด หรือภาวะเส้นประสาทไขสันหลังหรือการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง

2. ความพิการทางร่างกาย หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีควาบกพร่อง หรือความผิดปกติของอวัยวะในร่างกาย สำคัญ หรือสภาพสรีระร่างกายแตกต่างจากที่เห็นได้ชัดอย่างชัดเจน

พจนานุกรมการวินิจฉัยความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวตามคุณสมบัติฯ ดังต่อไปนี้

1. แขน หรือขา หรืออวัยวะอื่นแวม มีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Activities of daily living: ADL) จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือภาวะกล้ามเนื้อตึงตัวจากโรคทางพันธุกรรม หรือการเคลื่อนไหวผิดปกติ ฯลฯ

2. แขนขาขาดที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจาก สาเหตุต่าง ๆ เช่น แขนขาอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือ แขนขาขาดจากเหตุบาดเจ็บที่กำเนิด (Limb deficiency) ฯลฯ

3. โรคข้อเสื่อมหรือโรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ฉับพลันที่มีผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวของแขน หรือ ขา ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการเดินทางจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น โรครูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis) โรคจากความผิดปกติของกระดูกและข้อ (Degenerative disease) โรคปลิวหมิงเบริง (Scleroderma) โรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดเฉียบพลัน (Ankylosing Spondylitis) ฯลฯ

4. ข้อติดตายตัว ที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของแขน หรือขา ที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือ การเดินทางจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น แผลเป็นหรือแผลไหม้หรือมีน้ำร้อนลวก (Scar contracture) กระดูกหักผิดรูป ฯลฯ ไม่ได้รับการประเมินตามแนวทางการตรวจประเมินคนพิการ

5. ภาวะเส้นประไขสันหลังที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น โรคพาร์เซ โครโครานเงอริ่ง โรคปลิว หมิงเบริง โรคปลิว อี ฯลฯ ทำให้เกิดความอัมพาตหรืออัมพฤกษ์อย่างถาวร เป็นสาเหตุของการประเมินตามแนวทางการตรวจประเมินคนพิการทางเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

1. พจนานุกรมชีวิตประจำวัน ใช้ในการประเมินสภาพสุขภาพ (Living/Feeding) สิ่งพินิจ อรรถวิมล โทณบุตร พิณม และธนาภรณ์ แซ่จิว (Draening) คนพิการตัว และกรมวิทย์ (Activities and contracture)



| หัวข้อกิจกรรมหลักในชีวิตประจำวัน            | เป้าหมายความสามารถ  |
|---|---|
| การรับประทานอาหาร                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่สามารถติดอาหารเข้าปากได้เอง ต้องมีคนป้อนให้</li> <li>- สามารถเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตัก, ส้อมป้อนให้ หรือถือเป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ส่งปาก</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ต้องใช้การให้อาหารทางสายยาง (Tube Feeding) ตลอดชีวิต</li> </ul> |
| ล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด หรืออาบน้ำ แต่งตัว | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่สามารถทำกิจกรรมตัวเองได้สำเร็จ ต้องอาศัยผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรม</li> <li>- ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตัวเองเลย จำเป็นต้องอาศัยผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมในขั้นต้นโดยมีคนอื่นเป็นผู้รวมถึงการฝึกการดูแล ดูแลชีพ</li> </ul>   |
| หมายเหตุ                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ป่วยเป็นโรคไข้วัดช้างหรือสภาวะอื่นบางโรคที่ไม่มีสติของช่วงอายุหรือคนช่วงใด ๆ ส่วนกิจกรรมที่จำเป็นต้องให้คนอื่นช่วย เช่น อาบน้ำ หรือแต่งตัว ให้ป่วยเป็นกรทำกิจกรรมตัวเองไม่ได้ โดยที่ยังสามารถใช้มือช่วยหรือช่วยคนอื่นในการช่วยเหลือทำกิจกรรมอื่น ๆ ได้</li> </ul>  |

#### 4. ประเมินการเดินทาง

##### 4.1 ประเมินการเดินทางโดยไม่ใช่เครื่องบินโดยสาร

วิธีการประเมิน ถ้าผู้ดูแลไม่สามารถพาผู้โดยสารขึ้นรถไฟ หรือรถรางได้ มีรถรวมเป็นส่วนตัว

##### 4.1.1 เดินไม่ได้

##### 4.1.2 ยืนไม่ได้

##### 4.1.3 เดินบนที่ราบทางเดินได้ถึง 50 เมตร<sup>1)</sup> (เนื่องจาก

- เดินแล้วมีอาการเหนื่อยหอบมาก ไม่มีแรงที่จะเดินต่อได้ ต้องนั่งพักเป็นจุดๆ ตลอด
- เดินได้แต่ทรงตัวไม่ได้ เช่น ล้มบ่อย เดินก้าวสั้น ๆ สั้น หรือ เดินแล้วกลัวมาก
- เดินแล้วตัวโยกไปมาเนื่องจากขาข้างใดข้างหนึ่งยาวกว่าหรือพหุขา 3 ข้างยาว<sup>2)</sup>
- เดินแล้วไม่สามารถก้าวหรือก้าวข้ามที่มีข้อกีดขวาง

### ตัวอย่างฉบับที่การหาการเคลื่อนไหว



รูปที่ 3 - 1 ขาดการเคลื่อนไหว



รูปที่ 3 - 2 ขาดการเคลื่อนไหวของมือ



รูปที่ 3 - 3 ขาดการเคลื่อนไหวของเท้า



รูปที่ 3 - 4 มีแผล



ตัวอย่างคนพิการทางร่างกาย



รูปที่ 3 - 3 โด่งพียงคนแก่



รูปที่ 3 - 6 โด่งพียงคนแก่



รูปที่ 3 + 7 โด่งพียงเด็ก



รูปที่ 3 - 8 โด่งพียงคนแก่



รูปที่ 3 - 9 โด่งพียงคนแก่

## ระยะเวลาในการวินิจฉัยถึงเห็นถึงความเห็นว่ามีควมบกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

1. กรณีแขนขาขาด หากเป็นไปอย่างกะทันหันจากการเจ็บประจักษ์ สามารถวินิจฉัยได้ทันที
2. กรณีข้อแขนขาจากโรคระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคไขสันหลัง เส้นประสาทสมองหรือไขสันหลัง หรือโรคทางระบบประสาทที่รุนแรง ต้องได้รับการรักษาเบื้องต้นที่ศูนย์รวมทางการแพทย์ของสถานพยาบาล 3 เดือน หรือกรณีแตกแยกสารพันธุกรรมความพิการก่อน 3 เดือน ให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ หากพิจารณาว่าการดำเนินโรคไม่ดีขึ้นแล้ว
3. กรณีข้อแขนขาจากโรคเรื้อรังเรื้อรัง เช่น พาร์กินสัน เฮอร์เพอซ โสวาร์เรอริส หรือโรคดุกกินเรื้อรัง (Chronic polyarthritis ภูมิภาคอาจมี COPD) ต้องรักษาต่อเนื่องต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน หากพบข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรรมจนเกินกว่าที่วางแผนไว้ได้ไม่ถึง 50 เมตร เมือขาก่อนหรือหลังการบำบัดรักษาแล้ว มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว
4. กรณีปวดหลัง เช่น หนองกระดูกสันหลังที่รุนแรงเรื้อรัง ภาวะหลังจากการรักษาอย่างต่อเนืองต่อเนื่อง 6 เดือน หากยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม เช่น บดามเท้าลุก หรือปวดรุนแรงจนเดินได้ไม่ถึง 50 เมตร หรือต้องใส่รถเข็นหรือรถเข็นเป็นประจำ ถือว่ามีควมบกพร่องทางการเคลื่อนไหว
5. กรณีข้อเข่าเสื่อม ภาวะหลังรักษาเบื้องต้นที่ศูนย์รวมทางการแพทย์เป็นเวลาดำเนินการ 6 เดือน หากพบข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม เช่น เหวี่ยงรุนแรงจนเดินได้ไม่ถึง 50 เมตร หรือปวดรุนแรงจนเดินได้ไม่ถึง 50 เมตร หรือต้องใส่รถเข็นหรือรถเข็นเป็นประจำ ถือว่ามีควมบกพร่องทางการเคลื่อนไหว
6. กรณีปอดพิการหรือขาด หากเป็นแต่กำเนิดหรือภาวะหลัง และส่งผลให้ถึงขั้นต่อเนื่องได้ไม่ถึง 50 เมตร ใ้คงมีความสามารถตามมาตรฐานการฝึกปฏิบัติต่อกันกับเกณฑ์มาตรฐานการไม่ต่ำกว่า 5 เปอร์เซ็นต์ สามารถวินิจฉัยได้ทันที
7. กรณีหัวใจพิการหรือขาด ภาวะหลังรักษาเบื้องต้นที่ศูนย์รวมทางการแพทย์ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน หากพบข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม เช่น บาดเจ็บรุนแรง หัวใจล้มเหลว หรือหัวใจล้มเหลว สามารถวินิจฉัยได้ ทั้งมีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายตามเกณฑ์ทางการแพทย์
8. กรณีผู้ป่วยมีอาการเรื้อรังเรื้อรัง ไม่อาจเกิดจากสาเหตุใดก็ตามที่ไม่สามารถรักษานำหรือสามารถทรงปากได้จนจำเป็นต้องใช้สายยางให้อาหาร (tubing) เช่น โรคทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ หรือปัญหาทางโครงสร้างของปากหรือคอ ต้องได้รับการรักษาเบื้องต้นที่ศูนย์รวมทางการแพทย์ของสถานพยาบาล 3 เดือน เว้นแต่แพทย์พิจารณาว่าการดำเนินโรคไม่ดีขึ้นแล้ว สามารถแตกแยกสารพันธุกรรม 6 เดือนให้สามารถวินิจฉัย

### หมายเหตุ

- ความพิการตามเกณฑ์นี้ต้องมีลักษณะถาวร หรือในกรณีที่มีการรักษายังไม่สิ้นสุดให้ดูผลการวินิจฉัยของแพทย์เป็นผู้พิจารณาตามเกณฑ์การประเมิน
- การรักษาน้ำเป็นในทน้ำนิทานสวิง (SWA therapy) ไม่ถือเป็นความพิการตามกฎหมาย
- การใช้สภาพแวดล้อมประกอบกับการวินิจฉัยคือแตกแยกสารพันธุกรรมของความพิการให้ในดุลยพินิจของแพทย์ เช่น กรณีเจ้าหน้าที่ได้รับมอบหมายให้ตั้งทีมประเมินผู้ป่วนที่บ้านของท่าอากาศยานขึ้นบินสภาพผู้ป่วนบางสตรงสแพทย์ แพทย์สามารถแตกแยกสารพันธุกรรมความพิการ เป็นขึ้น

### แนวทางการจัดการเบื้องต้นเพื่อประเมินขั้นต่อไป

การประเมินความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย สามารถประเมินได้โดยแพทย์ผู้ปฏิบัติ ที่รับใบส่งานตามมาตรฐานเวชระเบียน กรณีโรคเรื้อรัง หรืออาการของที่ไม่ชัดเจน เช่น มีอาการบางส่วน (Partial hand amputation) นิ้วขาดระดับข้อนิ้ว (Fingers amputation) หรือเท้าขาดบางส่วน (Partial foot amputation) หรือการขาดแขนขาอื่น ๆ สามารถส่งต่อให้แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประเมินเพื่อพิจารณาขอเอกสารรับรองความพิการต่อไป

การส่งต่อมีจุดประสงค์เพื่อให้สหวิชาชีพได้ดำเนินการวินิจฉัยและประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงขั้นตอนการเตรียมความพร้อมสหวิชาชีพ เนื่องจากความพิการบางกรณีสามารถวินิจฉัยและประเมินสมรรถภาพตามปกติได้ ทั้งนี้หากที่ในชุมชนสามารถกลับมารักษาและติดตามต่อเนื่องเป็นประจำก็ได้ตามปกติ สามารถแจ้งสถานพยาบาลต้นสังกัดปฏิบัติงานติดตาม และประสานกับหน่วยงานผู้เกี่ยวข้อง (ชุมชน) เพื่อดำเนินการขอใบรับรองประจำตัวสหวิชาชีพได้



รูปที่ 3 - 10 ตัวอย่างผู้รับบริการที่ส่งการปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เท้าขาดบางส่วน (Partial foot amputation)

## แนวทางการประเมินสภาพความพร้อมที่สามารมองเห็นได้โดยประจักษ์

การประเมินความพร้อมที่สามารมองเห็นได้โดยประจักษ์ คือ

1. บุคคลที่มีแขนขาข้างหนึ่งข้างใด หรือบุคคลที่มีแขนขาข้างหนึ่งข้างใดโดยมีอาการขาหนีบตั้งแต่ 2 นิ้ว ขึ้นไปอย่างมีผล 3 นิ้ว หรือนิ้วโป้งขาหนึ่ง 2 นิ้ว
2. บุคคลที่ขาขาข้างหนึ่งข้างใด ตั้งเข่าติดข้อเท้าขึ้นในอย่างมีผลหนึ่งข้าง
3. บุคคลที่มีความสูงผิดปกติสำหรับบุคคลที่อายุเกิน 18 ปี โดยเพศหญิงมีความสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 เซนติเมตร ส่วนเพศชายมีความสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 เซนติเมตร

บุคลากรประเมินความพร้อมที่สามารมองเห็นได้โดยประจักษ์ต้องผ่านการประเมินจากแพทย์

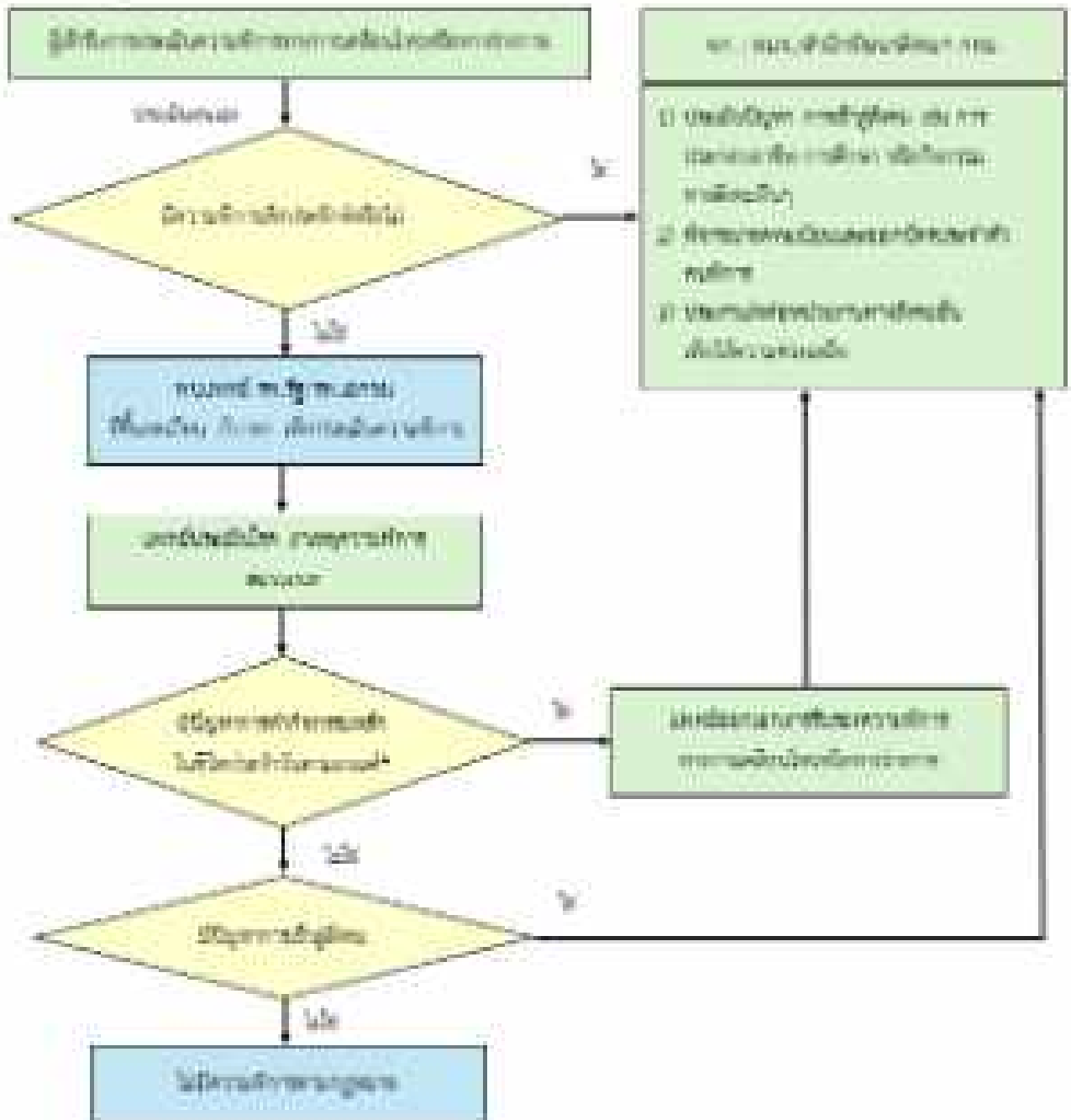


รูปที่ 3 - 11 ตัวอย่างสมรรถภาพที่สามารถตรวจประเมิน  
ทางการประเมินความพร้อมที่สามารมองเห็นได้โดยประจักษ์  
: แขนขาตรงขึ้นเหนือข้อศอก



รูปที่ 3 - 12 ตัวอย่างสมรรถภาพที่สามารถ  
ตรวจประเมินทางการประเมินความพร้อมที่สามารมองเห็นได้โดยประจักษ์  
: ขาขาตรงขึ้นได้สูง

แผนภูมิที่ 3-1 แผนการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีข้อบกพร่อง



หมายเหตุ \* กิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร (Eating/Feeding) ซ้ำงนม น้ำ แบ่งสัปดาห์  
 ใต้น้ำ และอาบน้ำ (Personal hygiene) แต่งตัว (Dressing) เคลื่อนย้ายตัวและรถเข็น (Mobility,  
 Transfer and Ambulation)



ถาม 5. ความผิดปกติทางกายวิภาคของหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น โรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease), โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) โรคไตวาย (Chronic kidney disease) ถือเป็น secondary factors บนสเกลความเสี่ยงว่ามีความพิการหรือไม่

ตอบ ในกรณีโรคเรื้อรังซึ่งเป็นมานานแล้วได้รับการฟื้นฟูอย่างเข้ม 6 เดือน หากมีโรคสามารถถูกเก็บได้ ก็จะสามารถวินิจฉัยหรือตั้งนิยามเป็นในกลุ่มที่มีความพิการของความเป็นความพิการทางการแพทย์ได้

ถาม 6. ผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักหลังผ่าตัด L4/5-5/6 หลังผ่าตัด Lateral trunk muscle แต่ไม่มี pelvic girdle เดิน stair floor ได้จะขอประเมินบนสเกลการได้หรือไม่

ตอบ ในกรณีมีความผิดปกติทางกระดูกสันหลังกว่าจะสามารถผ่าตัดออกมาได้มีอุปสรรคจากที่เดินได้หรือไม่ ถ้าไม่สามารถรักษาได้ แสดงถึงความพิการที่ต่ำกว่าจากปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 5 เชนติเมตร ให้พิจารณาจากความเร็วในการเดินถ้าผู้ป่วยเดินได้ไม่ถึง 30 เมตร โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์เสริมอาจพิจารณาสามารถขอเอกสารรับรองความพิการได้

ถาม 7. คนไข้หูบ่าหึ่งระดับสูงประมาณ 115 เชนติเมตรขอประเมินเป็นความพิการทางร่างกายหรือไม่

ตอบ ตามเกณฑ์ของนิยามให้พิจารณาอายุเกิน 13 ปี มีความสูงที่น้อยกว่า 130 เชนติเมตรลงมา แต่ต้องมีการได้ผ่านการรักษามาแล้วและสิ้นสุดการรักษามาแล้ว

ถาม 8. เลิกสูบบุหรี่ (Lung cancer resection) ขอประเมินเป็นความพิการทางร่างกายหรือไม่

ตอบ เลิกสูบบุหรี่ต้องพิจารณาจากผลของโรคเป็นมากกว่าผลของโรค ตามเกณฑ์จะต้องเป็นสิ่งสำคัญคือในผู้ป่วยบางคนอาจสูบบุหรี่ไม่ใช่นานแค่บางส่วน โดยผลของโรคต้องมีการเพิ่มขึ้นที่มากกว่าร้อยละ 50 ของในผู้ป่วยหรือสูบบุหรี่ นอนตื่นแล้วมีอาการที่สามารถขอเอกสารรับรองความพิการทางร่างกายได้

ถาม 9. กรณีผู้ป่วยขาอัมพาตแขนข้างเดียวเดินไม่ปกติแล้วเดินได้ไกลไปทำงานได้สามารถขอเอกสารรับรองความพิการได้หรือไม่

ตอบ ผู้ป่วยข้อเท้าตึงเดินไม่ปกติแล้วเดินได้ไกล ถ้าสามารถเดินได้ไกลเกิน 50 เมตร ไม่ถือว่าพิการ สามารถขอเอกสารรับรองการประเมินความพิการทางการแพทย์ ส่วนกรณีในทางเดินที่มีผิดปกติด้วย อุปกรณ์เสริมข้อเท้า (Pneumatic shoe foot orthosis Pneumatic AFO) ก็ขอประเมินการเดินให้ดีขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถขอเจ้าพนักงานพิจารณาสิทธิจาก 3 กลุ่มงาน ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานสังคม และพนักงานสุภาพแห่งชาติ

ถาม 10. กรณีผู้ป่วยนิ่วสีต (Tubular cystitis) ขอประเมินแล้วไม่สามารถเห็นผลได้ ไม่สามารถให้มีนิ่วข้างที่นิ่วสีตปกติหรือประทุซ้ำได้ สามารถขอเอกสารรับรองความพิการได้หรือไม่

ตอบ โรคนี้ถือเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายด้วยการผ่าตัดและที่ผู้ป่วยขอรับการให้มีนิ่วข้างที่ไม่ซ้ำเป็นก็ขอประเมินบนสเกลการ

ตาม 11. กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหากลืนลำบาก (Dysphagia) ต้องให้สถานให้อาหารทางจมูก (Nasoduodenal feeding) โดยผู้ปวสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมในชีวิตประจำวันอื่น ๆ ได้ เห็นได้ อธิวาทิการหรือไม่

ตอบ ผู้ป่วยมีปัญหากลืนลำบากได้มีกณานิสภาพการ และมีความจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสถานให้อาหารทางจมูก โดยผ่านกระบวนการรักษาและที่บรูสมรรถภกค้ำบการวากินสณนิสงส์ 6 เดือน แต่มีไม่ตามวรกินธการได้สง่างกิงรสและรสจลนไม่สง่างงให้อาหารอิธวามีศรณภิกการ

ตาม 12. กรณีที่ผู้ปวมีปัญหากลืนลำบาก (Dysphagia) ต้องให้สถานให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous endogastric gastrostomy feeding) โดยผู้ปวสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมในชีวิตประจำวันอื่น ๆ ได้ เห็นได้ อธิวาทิการหรือไม่

ตอบ ผู้ป่วยมีปัญหากลืนลำบากได้มีกณานิสภาพการ และมีความจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสถานให้อาหารทางหน้าท้อง โดยผ่านกระบวนการรักษาและที่บรูสมรรถภกค้ำบการวากินสณนิสงส์ 6 เดือน แต่มีไม่ตามวรกินธการได้สง่างงให้อาหารได้สง่างกิงรสและรสจลน อธิวามีศรณภิกการ

## แบบประเมินสมรรถภาพความพิการทางกายเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายตามแนวทางของ ICF<sup>๒๖</sup>

คำอธิบายวิธีการทางกายเคลื่อนไหว สามารถใช้รหัส ICF 10 ด้าน ในการประเมิน ดังนี้

- ๑400 การเคลื่อนไหวบนเตียง (Transferring oneself)
- ๑450 การเดิน (Walking)
- ๑465 การเคลื่อนไหวโดยใช้อุปกรณ์ (Moving around using equipment)
- ๑510 การทำอาหารและอาหารดื่มน้ำ (Preparing oneself)
- ๑530 การดูแลการกำจัดของเสียออกจากร่างกาย (Toileting)
- ๑540 การแต่งตัว (Dressing)
- ๑550 การอาบน้ำชำระร่างกาย
- ๑83๙ การศึกษา กิจกรรมของเล่นอื่น ๆ และที่ไม่ระบุรายละเอียด (Education, other specified and unspecified)
- ๑870 การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ (Economic self-reliance)
- ๑900 นันทนาการและพักผ่อนหย่อนใจ (Recreation and leisure)

### กรณีตัวอย่างที่ 1

ชายไทยอายุ 65 ปี เป็นโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรังมานานเป็นเวลากว่า 1 ปี มีโรคประจำตัวคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปัจจุบันมีอาการอ่อนแรงลงเรื่อยๆ ถึงขั้นทำให้งานมีชวามไม่ได้ผล ทุกวันจึงมีเข็นล้อสามล้อไปทำงาน โดยไม่มีเจ้าหน้าที่ดูแลไม่ก็จะมีคนช่วย และกินน้ำที่ต้มผ่านเครื่องต้มสุก การดูแลสุขภาพเบื้องต้นสามารถทำได้ มีกัญชงสวนสูงประมาณ 3 ฟุต สามารถจัดการการพริกขี้หนูต้มแล้วใช้กินเองได้ ตาน้ำได้ประมาณห้า ลิตรทุกวันโดยมีเจ้าหน้าที่ช่วย ปัจจุบันไม่มีปัญหา การใช้ยามได้รับจากญาติ เป็นชนชั้นชนบททุพพิกาล และขาดความรู้เรื่องสุขภาพพอควร

การวินิจฉัยโรค โรคหลอดเลือดสมอง

มีความพิการทางกายเคลื่อนไหว

แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวตามแนวทางของ ICF

| ระดับความบกพร่องในการทำงาน/ตามเป้าหมายในการใช้ชีวิตจริง              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ๘420 การเคลื่อนไหวของตนเอง  | ✓ |   |   |   |   |   |   |
| 2. ๘450 การเดิน  |   | ✓ |   |   |   |   |   |
| 3. ๘465 การเคลื่อนไหวที่โดยใช้อุปกรณ์                                |   | ✓ |   |   |   |   |   |
| 4. ๘510 การทำกิจกรรมของชีวิตประจำวัน                                 |   | ✓ |   |   |   |   |   |
| 5. ๘530 การดูแลการก้ำกัสนองเตียงของชีวิตประจำวัน                     |   | ✓ |   |   |   |   |   |
| 6. ๘540 การขนส่งตัว  |   |   | ✓ |   |   |   |   |
| 7. ๘550 การขึ้นประทุนสาธารณะ   | ✓ |   |   |   |   |   |   |
| 8. ๘839 การศึกษา ที่โรงเรียนสองเดือนขึ้นไป ๆ และที่ไม่ระบุรายละเอียด |   |   |   |   |   |   | ✓ |
| 9. ๘870 การฝึกอาชีพตามแผนการรัฐกิจ                                   |   |   |   |   | ✓ |   |   |
| 10. ๘920 นันทนาการและกิจยามว่าง                                      |   |   |   | ✓ |   |   |   |

ถ้ามีระดับคนพิการทางร่างกาย สามารถใช้ชีวิต ICF 5 ด้าน ในการประเมิน ดังนี้

๘620 การหาซื้อสินค้าและบริการ (Acquisition of goods and services)

๘740 สัมพันธภาพที่เป็นทางการ (Formal relationships)

๘839 การศึกษา ที่โรงเรียนสองเดือนขึ้นไป ๆ และที่ไม่ระบุรายละเอียด (Education, other specified and unspecified)

๘870 การฝึกอาชีพตามแผนการรัฐกิจ (Economic participation)

๘920 นันทนาการและกิจยามว่าง (Recreation and leisure)

กรณีตัวอย่างที่ 2

ชายไทยอายุ 15 ปี มีแผลตุ่มบวมที่ของสองข้างส่วนบนเป็นแผลขนาดประมาณ 4-4 เซนติเมตร ครอบคลุมในหน้า แขนขวา และลำตัว ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Epidermolysis bullosa ปัจจุบันได้รับการตรวจรักษาแพทย์ผิวหนังแล้ว แต่แผลบวมจึงยังไม่สามารถศึกษาให้เขาอ่านได้ เขาติดอยู่กับสนามเป็นของจากไม่สามารถสามารถหากรับได้ เวลากลางคืนเจ็บ ๗-8 เป็นของจากสูงตรงข้อเท้าสองเท้าไม่สามารถลุกเดินได้เป็นของจากมีน้ำเหลืองมาก บนผิวหนังเป็นขี้ตามแผลตุ่มบวมของทั้งสองข้างจึงจึงเกิด ๓ ครั้งต่อวัน สามารถไม่ได้ฝึกอาชีพที่เรียนให้ฝึก ปัจจุบัน มีก้นบวมในหน้า ข้อการของโรคของให้เขาอ่านไม่จึงได้ บวม ๆ ครั้งจึงของไปเอง เคยอ่านหนังสือบ้านทางอยู่ แต่คนข้างบ้านกลัวติดบ้านคนอื่นพาไปใช้คนที่ยังบวมไปทำงานจึงไม่จึงฝึก ปัจจุบันของแผลให้สามารถบอก ที่บ้านเขาให้พักบ้านของ 30 บาท ฉะนั้นของบวมก็ผู้บวมของสูงมาก แต่ในทีวีไม่มีให้ดู เป็นนิสัยของคน ที่รักไปบ้านของของเขาให้ไปเป็นเพื่อนเขาจะของของไปดูไปของแต่ด้วยนิสัย

การวินิจฉัยโรค Epidermolysis bullosa

มีความพิการทางร่างกาย

แบบประเมินสมรรถนะทัศนศึกษาทางภาคตามแนวทางของ ICF

| ระดับความบกพร่องในการทำงาน/ขาดส่วนมากในการใช้ชีวิตประจำวัน       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ๘620 การหาซื้อสินค้าและบริการ                                 |   |   |   | ✓ |   |   |   |
| 2. ๘740 สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนหรือครอบครัว                         |   |   | ✓ |   |   |   |   |
| 3. ๘839 การศึกษา กิจกรรมงานอดิเรกอื่น ๆ และกีฬาตาม<br>ทางออนไลน์ |   |   | ✓ |   |   |   |   |
| 4. ๘870 การเดินทางและทางเศรษฐกิจ                                 |   |   |   | ✓ |   |   |   |
| 5. ๘920 มีบทบาทการและกิจกรรตามวาระ                               |   |   |   | ✓ |   |   |   |

## บทที่ ๕

### การวินิจฉัยแยกแยะความป่วยเป็นความพิการ

#### ทางจิตใจหรือพฤติกรรม

คำนิยามตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยเรื่องความผิดของบุพพชน<sup>(๑)</sup>

พยานคดีกำหนดความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ขนาดถึง

(๑) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคจิตเวช ขนาดถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามามีส่วนรวมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจ หรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยอยู่ในระบบ ICD (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ทั้งนี้ อาการโรคจิตเวชนั้นต้องมิใช่ขณะรุนแรง เบื้องต้น และมีการรักษาตนเองอย่างใดอย่างหนึ่งจนเป็นต้นตอได้รับการตรวจวินิจฉัย แต่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

(๒) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม ขนาดถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามามีส่วนรวมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องหรือมีสาเหตุทางสรีรวิทยาหรือพยาธิวิทยาของสมอง (Degeneration) ได้แก่ ความผิดปกติของสมอง การรวมแผน การรับรู้ด้านมิติสัมพันธ์ การใช้ภาษา สมาธิหรือความใส่ใจ หรือความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมชนทั่วไปจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมหรือมีลักษณะอย่างรุนแรง (Moderate to severe) ที่ไม่ใช่ เบื้องต้น และมีการรักษาตนเองอย่างใดอย่างหนึ่งจนเป็นต้นตอได้รับการตรวจวินิจฉัย แต่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

#### ๕.๑ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคจิตเวช

##### แนวทางการวินิจฉัย

ควรใช้ประวัติความผิดปกติทางด้านจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม ความคิด พฤติกรรมการรับรู้ โดยละเอียดร่วมกับประวัติการเจ็บป่วยทางร่างกายหรือจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติทางสังคม ฯลฯ เราเริ่มมีอาการหรือลักษณะความเจ็บป่วยตั้งแต่มีไว้ที่สังเกตพบโดยการวินิจฉัยประวัติประจำวัน การวินิจฉัยเบื้องต้น การทำงานหรือการเข้าสังคม รวมถึงการแสดงให้ เห็นว่าถึงบุคคลนั้นจะได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม แต่ต้องผลทำให้สูญเสียสมรรถภาพที่มีผลกระทบต่อการดำเนินกิจกรรมชีวิตประจำวัน และการปรับตัวในด้านต่าง ๆ

### แนวทางการตรวจร่างกายและตรวจสุขภาพจิต

การตรวจร่างกายทั่วไป เพื่อเป็นการดูสุขภาพเบื้องต้นของผู้รับ และบางครั้งจำเป็นที่จะมีการตรวจละเอียดในบางระบบ เช่น ระบบประสาท ระบบต่อมไทรอยด์ ฯลฯ เนื่องจากโรคทางกายบางโรคอาจมีอาการ และอาการแสดงคล้ายโรคทางจิตเวช เช่น Hypothyroidism, Hargreaves ophthalmia, Wilson's disease, Multiple sclerosis เป็นต้น

การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination) เป็นการตรวจสภาพจิตในปัจจุบัน เพื่อหาข้อมูลอาการ และอาการแสดงทางจิต ที่สำคัญใช้ในการประกอบการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช เช่น อาการนำคิดเองทำ อาการประสาทหลอนหูแว่ว อาการหลงผิดหวาดระแวง ทุลคนเสียว เป็นต้น

### แนวทางการประเมินสภาพความสามารถที่สังเกตเห็นได้โดยประจักษ์

ไม่สามารถตีความมาได้จากเกณฑ์ความสามารถเชิงประจักษ์ ตามประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การที่ จอรรณภักดิ์ อรรถกนกสารวินิจฉัยความสามารถด้านจิตใจของ วิชิต อุดมธรรม ไม่สามารถพิจารณาจากใบสมัครขอวีซ่าของผู้นั้น

### แนวทางการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการประเมิน และการตรวจวินิจฉัยความบกพร่อง

1. รหัสเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชตามระบบ (ICD-10)<sup>12</sup> กลุ่มอาการหรือโรคจิตเวชที่มี ความรุนแรง เบื้องต้น รักษาไม่หาย และทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติงานประจำวัน หรือการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามมาตรฐานอย่างน้อย 6 เดือนติดต่อกัน
2. การทดสอบทางจิตวิทยา (Psychological test) ที่ตรวจตามความเหมาะสม
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด นิติสาร การถ่ายภาพรังสี ที่ตรวจตามความเหมาะสม
4. การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography: EEG) และการตรวจคลื่นเสียง ๗. เกี่ยวกับการ สร้างและการทำงานของสมอง ที่ตรวจตามความเหมาะสม
5. แบบประเมินความสามารถทางจิต พิเศษโตเลกรมสุขภาพจิต<sup>13</sup> (แบบประเมินความสามารถทางจิต)

เมื่อประเมินการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชตามรายละเอียดข้อ 1. จากนั้นใช้แบบประเมินความสามารถทางจิต ซึ่งมีทั้งหมด 6 ข้อ ประกอบด้วย ความสามารถในการวินิจฉัยเบื้องต้น ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน การช่วยเหลือตนเอง ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการสื่อสาร ความสามารถในการเรียนรู้/ การประมวลผลจิตใจ ถ้าคะแนนรวมทั้ง 7 คะแนนขึ้นไป ถือว่าเข้าเกณฑ์พิจารณาทางจิต ที่สามารถออก เอกสารวินิจฉัยความพิการประเภท 4

### สรุปหลักการเกณฑ์การวินิจฉัยความพิการ

1. มีความผิดปกติทางจิตใจ ความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมรับรู้ ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชในระบบ ICD-10 ที่รุนแรง เรื้อรัง และรักษาไม่หาย
2. มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลจากความผิดปกติทางจิต และประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถทางจิตใต้สำนึกที่ 7 คะแนนขึ้นไป

การประเมินความสามารถทางจิตเวชประกอบด้วยประวัติข้อจำกัด ต้องมีหลักฐานจิตเวช ปรึกษาแพทย์ ปรึกษาครอบครัว และครูบุคลากรวิชาชีพ การประเมินการทำงาน และรายงานความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ในช่วงระยะเวลาที่รายงานอย่างน้อย 6 เดือนติดต่อกัน

### แนวทางการขอเอกสารการวินิจฉัยความพิการ

กระทรวงมหาดไทยมีความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม และโรคจิตเวชที่เป็นโรคของระบบ ICD-10 ตามที่ สานอก (ถ้ามี) และระยะเวลาที่เริ่มป่วยจนถึงวันขอเอกสารการวินิจฉัยความพิการ มีประวัติของความสามารถทางจิตใจ หรือพฤติกรรม ที่ตกให้อัตราถึงเกณฑ์ มีระยะเวลา 6 ปี เมื่อส่งข้อมูลประวัติของความสามารถในเครื่องทดสอบ พบประเมินแล้วจึงส่งความพิการ ให้ถือเป็นประวัติของความสามารถทางจิตเวช<sup>11</sup>

### คุณสมบัติของแพทย์ผู้ตรวจและประเมินความพิการ

1. จิตแพทย์ หรือ
2. แพทย์ที่ชำนาญจิตเวชหรือจิตเวชเวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสุขภาพจิตชุมชน หรือ
3. แพทย์ที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานจิตเวชและประสาทจิต ของโรงพยาบาลสุขภาพแห่งใดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

### แนวทางการรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. การรักษาด้านยา การรักษาด้านโภกอาหารและการรักษาใจรวมทั้งการบำบัดทางจิตเวชตามวิชาการ
2. การบำบัดฟื้นฟู เป็นการปรับโครงสร้างอารมณ์ และความสามารถในการทำหน้าที่หรือการมีคุณค่า ในการดำรงชีวิตประจำวัน รวมถึงการค้นหาและเสริมศักยภาพให้เป็นคนใหม่ที่มีคุณภาพชีวิตในธรรมชาติ ของคนพิการทางจิต
3. การให้คำปรึกษา ปรึกษาญาติ พฤติกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัด ปรึกษาญาติตามสภาพปัญหาและตามจำเป็น ของคนพิการทางจิตและครอบครัว
4. การให้สุขภาพจิตศึกษากับคนพิการทางจิต ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีบทบาทในการใช้จิตอาสา ร่วมกับ การศึกษา การศึกษาดูงาน การเรียนหรือเข้าเรียนของโรค เป็นต้น
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ รวมทั้งการประเมินสมรรถภาพความสามารถทางจิตใจ หรือพฤติกรรมตามแบบทางของ ICF<sup>12</sup> (แบบประเมินสมรรถภาพความสามารถทางจิตใจหรือพฤติกรรม ตามแบบทางของ ICF) เพื่อวางแผนฟื้นฟูตามสภาพปัญหา 9 ด้าน
6. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา เช่น การศึกษาในหรือนอกโรงเรียนโรงเรียน
7. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม เช่น มีกิจกรรมทางสังคม การจัดการและแก้ปัญหา

8. การขึ้นสู่สมรรถภาพทางจิตใจ ได้แก่ การค้นพบความหมาย การฝึกจิต การหลั่งของน้ำตา การมีสมาธิ เป็นต้น
9. การเชื่อมโยงประสบการณ์จุดจบในชุมชน<sup>๒๒</sup> โดยเสริมพลังอำนาจการมีส่วนร่วมของสมาชิกทางจิต ศพศพ ศพ และชุมชน ร่วมกับทีมผู้ให้บริการ และภาคีเครือข่าย เพื่อประสานการดูแลศพของทั้งมิติสุขภาพ มิติทางสังคม มิติการมีงานทำ รวมถึงการส่งร่างฝัง

**แนวทางการพิจารณาอุปการณณ์เครื่องศพและความพิการ**

พิจารณาอุปการณณ์ เครื่องศพและความพิการและศีลธรรม สหสัมพันธ์กับการ สืบพินัยกรรมทางสังคมทางสังคมหรือจิต ศพศพการมีคุณภาพของความจำเป็น

**แนวทางการสิ่งดี**

กรณีแพทย์ทั่วไปสงสัยหรือไม่มีใจการวินิจฉัยโรคจิตเวช หรือเป็นการวินิจฉัยของจิตเวชครั้งแรกของผู้ป่วย รวมทั้งไม่มีใจในการขอเอกสารรับรองความพิการหรือส่งต่อสิทธิแพทย์

**กรณีตัวอย่างที่ 1**

นางสม งามใจ อายุ 34 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทมานาน 10 ปี เข้าใจอยู่กับครอบครัวมากแต่ได้พบวิธีทำผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเรื่อยๆ ไม่เข้ารับการบำบัดในครอบครัว บางครั้งยังคงมีอาการของไข้หวัดหรือหวัด ไข้ เป็นผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะในครอบครัว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองได้สองอาทิตย์ไม่ต้องกรงดู มีอาการทางจิตเล็กน้อยทำให้ทำงานบ้านและช่วยกิจการค้าขายที่บ้าน แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ บอกตนเองไม่สบายกับ ซอซูทิว พิณแดง ไม่ไปรับและขอคำปรึกษาเกี่ยวกับอาการของตนเองปรารถนาจิตใจดีดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วย ผู้ป่วยกินยาต้านตนเองและไม่พบแพทย์ตามนัดเป็นประจำ

การวินิจฉัยโรคจิตเภท (F 20.0) ส่วนใหญ่ ไม่ทราบระยะเวลาเจ็บป่วย 10 ปี  
 แสดงแผนงานแบบประเมินความพิการทางจิต (6 ข้อ) เท่ากับ 13 คะแนน  
 สรุป มีความพิการทางจิตใจและพฤติกรรม

**แบบประเมินความพิการทางจิต**

ชื่อ-สกุล นางสม งามใจ.....อายุ 34.....ปี วันที่ประเมิน 14 มกราคม พ.ศ.2567  
 การวินิจฉัยโรคจิตเภท.....มีอยู่ 10 คะแนน ส่วน กว.ศพ.....

1. ความสามารถในการวินิจฉัยเบื้องต้น
  1. บอกชื่อโรคจิตเวชของตัวเอง สามารถทำสามข้อได้
  - X2. บอกสาเหตุข้อๆ ซึ่งสามารถทำสามข้อได้
  3. บอกสาเหตุข้อๆ แล้วจึงไม่ทำใจ และทำไม่ได้

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

- X1. สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้
- 1. ต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันได้
- 2. ทำกิจวัตรประจำวันของตนเองไม่ได้

3. การช่วยเหลืองานบ้าน (เฉพาะสมาชิกในครัว)

- 1. สามารถช่วยเหลืองานบ้านได้
- 2. ต้องช่วยเหลืองานบ้าน
- X3. ช่วยเหลืองานบ้านไม่ได้

4. ความสามารถในการเข้าสังคม

- 1. สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมได้
- X2. มีสังคมเฉพาะคนในครอบครัว/คนใกล้ชิด เช่น พี่สาว น้องสาว เป็นต้น
- 2. ไม่เข้าสังคมหรือชุมชนเลย

5. ความสามารถในการสื่อสาร

- 1. สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ (สำหรับเด็กต้องคำนึงถึงสมรรถภาพทางภาษา)
- X2. สามารถร่วมกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว (สำหรับเด็กที่สื่อสารคำนึงถึงสมรรถภาพทางภาษา)
- 2. ไม่สามารถกับใคร

6. ความสามารถในการประกอบอาชีพ/การทำงาน

6.1 ความสามารถในการประกอบอาชีพ

- 1. ประกอบอาชีพได้และเมื่อมีอุปสรรคสามารถหาทางแก้ปัญหาได้
- 2. ประกอบอาชีพได้ แต่ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด
- X3. ไม่สามารถประกอบอาชีพได้

6.2 ความสามารถในการเรียน(ถ้ากำลังเรียน)

- 1. เรียนได้
- 2. เรียนได้แต่ช้ามาก
- 3. เรียนไม่ได้

สรุปผลการประเมินความพิการ รวม...15...คะแนน... ซึ่งผู้ประเมิน...ได้พบ.....

## กรณีตัวอย่างที่ 2

นางเจียง อายุ 30 ปี มีอาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ หลังถูกไล่ออกจากงานมา 2 เดือน  
ขณะนี้ไปใช้ชีวิตต่างจังหวัด 1 เดือนแล้วก็ตาม ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ไม่สนใจดูแลสุขภาพไม่เข้าที่  
ไม่ทำงาน ผู้ป่วยถึงจะยอมไปกินข้าวที่บ้าน ทว่าความวิตกกังวลในสังคม ยังคงเห็นผู้ป่วยมีเพื่อนมาหาชวนเข้าสังสรรค์ และ  
จิตอาสาช่วยเหลืองานในหมู่บ้าน ภรรยาจึงติดต่อโทรหาไปพบจิตแพทย์ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ภาวะการแปรปรวนตัว  
จิตปกติและวิตกกังวล หลังได้รับการรักษา 3 เดือน ผู้ป่วยนอนหลับปกติ สามารถไปทำงานในสวนผลไม้ตามเดิม  
แต่ยังคงไม่สนใจ กลับมาช่วยเหลืองานจิตอาสา อีกทั้งยังผู้ป่วยวางแผนไปฝึกอาชีพตามสวนผลไม้ของสวนผลไม้สวนใหม่

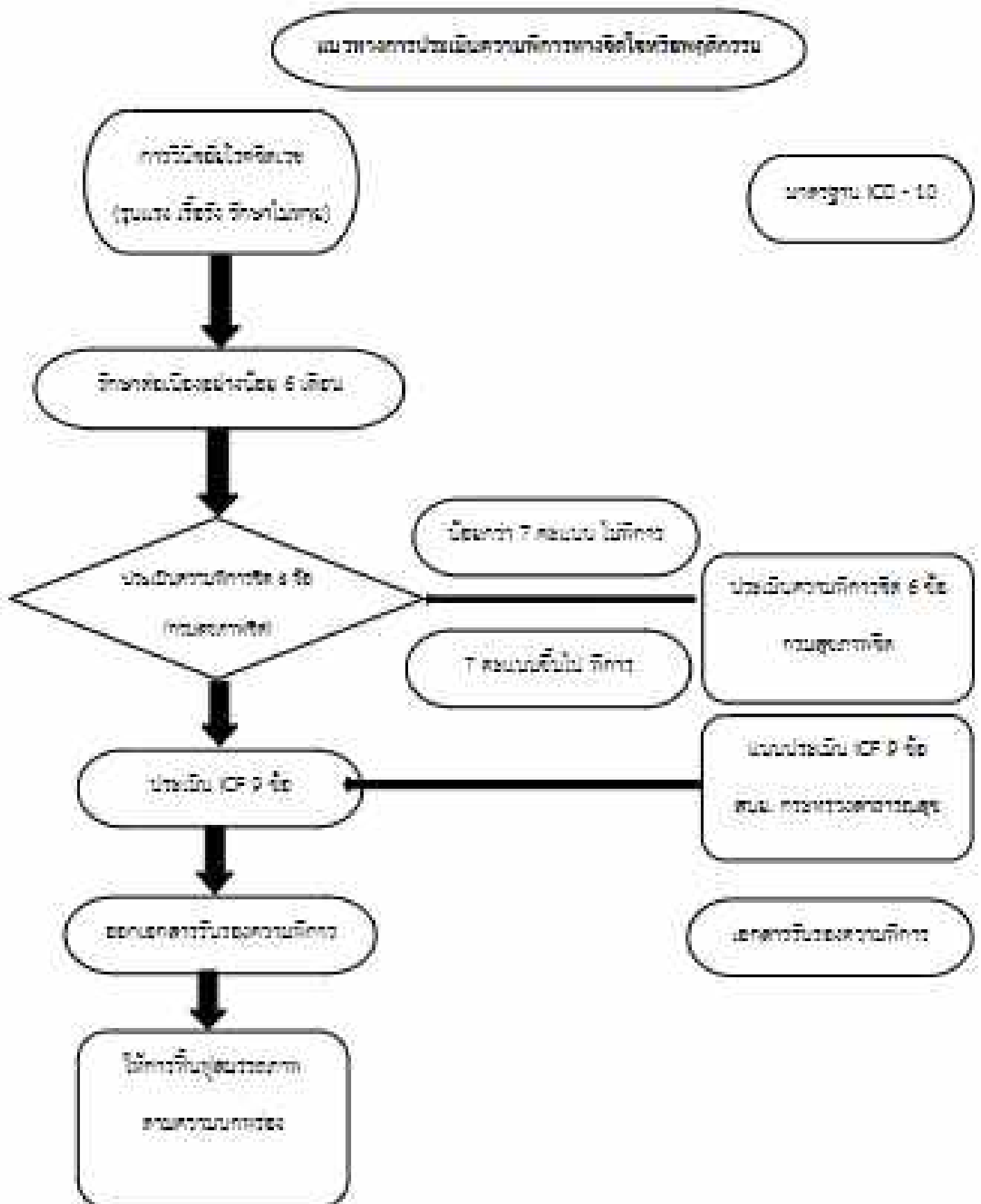
การวินิจฉัยโรค: ภาวะการแปรปรวนตัวจิตปกติ และวิตกกังวล (F 43.22)

สาเหตุ ความ: ระยะเวลาเจ็บป่วย 2 เดือน

ผลคะแนนตามแบบประเมินความพิการทางจิต (5 ข้อ) ภาวะการแปรปรวนตัวจิตปกติ และวิตกกังวลมีอายุ  
มา 2 เดือน และหลังการรักษาดูแลของ 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติ เข้าร่วมกิจกรรม  
ในสังคมด้วยตนเอง ส่วนการมีงานทำ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยยังมีไม่ทำงานทำ แต่วางแผนไปฝึกอาชีพตามสวนผลไม้เป็น  
อาชีพเสริม จึงยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยมีความพิการทางจิต ภาวะการแปรปรวนตัวจิต  
ปกติหลัง 3 เดือนในการวินิจฉัย และสามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามวิถีการดำเนินชีวิตตาม  
ในกิจกรรมทางสังคม จึงยังไม่จัดเป็นความพิการทางจิต

สรุป ไม่มีความพิการทางจิตใจและพฤติกรรม

แบบภูมิที่ 4 - 1 แนวทางการประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคจิตเวช



**แบบประเมินความพิการทางจิต**  
**และแบบประเมินสมรรถภาพความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมตามแนวทางของ ICF**

**แบบประเมินความพิการทางจิต<sup>๑</sup>**

แบบประเมินสามารถใช้ได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ไม่ใช่แบบประเมินอาการทางจิต (Symptoms Checklist) และต้องใช้ในการวินิจฉัยโรคจิตเวชตามระบบ ICD-10 ที่เข้าเกณฑ์ในการประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อให้คนพิการทางจิตได้รับสิทธิประโยชน์ ตาม พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐<sup>๒</sup>

**2. ความหมาย**

คนพิการทางจิต หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไม่มีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางจิตใจ พฤติกรรมตามระบบ ICD-10 บ่งบอกว่าเป็นอุปสรรคในสถานภาพ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่ข้อจำกัดได้รับการช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไม่มีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ ตามประเภทและหนักเบาของที่ยึดตามวิธีการทางการแพทย์มาซึ่งตนของความมั่นคงของบุคคลผู้ประกาศคำพูด

**3. วิธีการประเมิน**

3.1 ผู้ใช้แบบประเมินความพิการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ในสถานพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์หรือมหาวิทยาลัย) นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช นักกิจกรรมบำบัด แพทย์ โภชนศาสตร์หรือพยาบาลจิตเวชตามวินิจฉัยของผู้ถูกประเมิน และให้ตรงกับสมรรถภาพ (ความสามารถ) ของผู้ประเมินทุกจุด

3.2 ผู้ตอบแบบประเมินความพิการ คือ ผู้ดูแล ผู้ป่วย และผู้บุรุษทางการศึกษาของผู้ประเมิน

**4. เกณฑ์ในการประเมิน** ผู้ได้คะแนนรวมตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปถือว่าเป็นเกณฑ์พิจารณา

การคิดคะแนนในแต่ละข้อ มีดังนี้

ข้อข้อ 1 ได้ 1 คะแนน

ข้อข้อ 2 ได้ 2 คะแนน

ข้อข้อ 3 ได้ 3 คะแนน

5. ในการมีที่ประเมินแล้วพบว่าเข้าเกณฑ์พิจารณา ให้ส่งต่อแพทย์ ในการตรวจวินิจฉัยวินิจฉัยความพิการประเภท ๔ แก่ผู้ประเมินที่หนีไปของคำนิยามประจำตัวคนพิการ ตามมาตรา 19 ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และเข้าถึงสิทธิประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางจิต

**คำชี้แจงเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินความพิการทางจิต**

แบบประเมินนี้ เป็นแบบประเมินความพิการทางจิต ที่ได้ตั้งไว้ถึงสามระดับใหญ่ จึงต้องพิจารณาถึงความเหมาะสม ความรุนแรงของผู้ถูกประเมิน และตรวจกับความสามารถของผู้ประเมินมากที่สุด คำพหุคูณข้อที่ ๑ ให้เป็นข้อสอบด้วยเป็นผู้ใหญ่ไว้ที่ข้อ ๑.๑ ความสามารถในการประกอบอาชีพ ถ้าเป็นเด็กไว้ที่ข้อ ๑.๒ ความสามารถในการเรียน ๑) ปริมาณค่าจำกัดความสามารถของข้อ เกือบความชัดเจนในการประเมิน ดังต่อไปนี้

๑. ความสามารถในการเรียนรู้อย่างดีเยี่ยม ได้แก่ การเรียนผู้ด้อยอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน/ในสังคม ที่มีโครงการเรียนรู้อีกจากการในโรงเรียน ๑) หมายความว่าสามารถเรียนรู้ มีสมาธิ มีความเข้าใจจนสามารถปฏิบัติได้สิ่งยากได้กับการฝึกและการแนะนำ

๒. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลตนเอง การรักษาสภาพอนามัยส่วนตัว การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร เติมน้ำ ดื่มน้ำ อาบน้ำ

- การมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำกิจวัตรประจำวัน คือ ทำได้เองแต่ต้องมีคนช่วยกระตุ้นบ้าง
- ส่วนการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองไม่ได้ หมายถึง จะต้องมีคนช่วยเหลือ

๓. การช่วยเหลือของงานบ้าน ได้แก่ งานที่ทำได้ตามแผนงานที่วางไว้ ไม่รวมถึงการประกอบอาชีพ เช่น การรดน้ำต้นไม้ ประกอบอาหาร ทำขนม ฯลฯ การมีงานช่วยเหลืองานบ้านไม่ได้คือ แม้จะช่วยเหลือที่อื่นงานบ้านไม่ได้

๔. ความสามารถในการเข้าสังคม ได้แก่ การปรับตัวกับคนอื่น การอยู่ร่วมกับผู้อื่น การดูแลรักษาความสัมพันธ์กับผู้อื่น การเรียน การเรียน การศึกษา การทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้พอสมควร เช่น การเข้าร่วมชมรม การร่วมงานตามประเพณี ได้แก่ งานปีใหม่ งานสงกรานต์ เป็นต้น

๕. ความสามารถในการสื่อสาร ได้แก่ ทักษะการทางการพูดและใช้ภาษาที่เหมาะสมกับอายุ เช่น อายุ ๑ ขวบครึ่ง เริ่มพูดเป็นคำ ๆ อายุ ๓ ขวบ พูดเป็นประโยค คำพหุคูณใหญ่ สามารถสนทนาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้

๖. ความสามารถในการประกอบอาชีพ/การเรียน ให้เป็นไปตามระดับให้เหมาะสมตามแนวทางของผู้ถูกประเมิน ถ้าถึงเรียนได้ให้ประเมินการเรียน ถ้าทำงานแล้วก็ไม่ให้ประเมินการประกอบอาชีพ การมีเรียนและทำงานที่ตนสนใจให้ประเมินเชิงทักษะทำเป็นอาชีพใหญ่

คำพหุคูณข้อที่ ๑ - ๑) ผู้ถูกประเมินจึงเรียน ประเมินความสามารถด้านการเรียน ที่เป็นสมรรถนะระดับสติปัญญา สภาพบุคคลผู้ถูกประเมิน การเรียนรู้อื่น ๆ ไม่มีรวมการจดจำหรือทักษะการฝึกฝน ฐานะยากจน ไม่ได้เรียนการฝึกฝน

๖.๑ ความสามารถในการประกอบอาชีพ เป็นความสามารถในการทำงานที่ไม่ใช่งานบ้านของมีค่าตามแผนงานที่ไม่ได้ เช่น งานสวนครัวทำไร่ ทำนา ทำขนม เป็นต้น

๖.๒ ความสามารถในการเรียน การมีเรียนเป็นเวลานาน หมายถึง เรียนไม่เต็มสัปดาห์ได้กับการช่วยเหลือ

แบบประเมินความพึงพอใจ

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี วันที่ประเมิน.....

การวินิจฉัยโรค..... ที่.....

1. ความสามารถในการวินิจฉัยเบื้องต้น

- 1. บอกชื่อวินิจฉัยหรือผลของวิธี สามารถทำซ้ำได้
- 2. สดบ/ขาดใจทำ ๆ จึงสามารถทำซ้ำได้
- 3. สดบ/ขาดใจทำ ๆ แล้วจึงไม่เข้าใจ และทำไม่ได้

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

- 1. สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้
- 2. ต้องกระตุ้นในการทำกิจวัตรประจำวันได้
- 3. ทำกิจวัตรประจำวันของตนเองไม่ได้

3. การช่วยเหลือสถานที่บ้าน (เหมาะสภกษณ)

- 1. สามารถช่วยเหลือสถานที่บ้านได้
- 2. ต้องกระตุ้นให้ช่วยเหลือสถานที่บ้าน
- 3. ช่วยเหลือสถานที่บ้านไม่ได้

4. ความสามารถในการเข้าสังคม

- 1. สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมได้
- 2. มีสังคมเฉพาะที่เป็นครอบครัว/คนใกล้ชิด เช่น พ่อแม่ ลูกพี่ เป็นต้น
- 3. ไม่เข้าสังคมกับคนอื่น

5. ความสามารถในการสื่อสาร

- 1. สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ (สำหรับเด็กต้องคำนึงถึงพัฒนาการตามอายุ)
- 2. สนทนาร่วมกับผู้อื่นได้เป็นเชิงเคารพ (สำหรับเด็กต้องคำนึงถึงพัฒนาการตามอายุ)
- 3. ไม่สนทนากับใคร

6. ความสามารถในการประกอบอาชีพ/การเรียน

6.1 ความสามารถในการประกอบอาชีพ

- 1. ประกอบอาชีพได้ในสภาวะมีอุปสรรคสามารถหาที่ปรึกษาได้
- 2. ประกอบอาชีพได้ แต่ต้องเป็นผู้ดูแลใกล้ชิด
- 3. ไม่สามารถประกอบอาชีพได้

6.2 ความสามารถในการเรียน

- 1. เรียนได้
- 2. เรียนได้ในระดับสูง
- 3. เรียนไม่ได้

สรุปผลการศึกษาประเมินความพึงพอใจ รวม.....คะแนน ชื่อผู้ประเมิน.....

แบบประเมินสมรรถภาพความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ตามแนวทาง DSM-5 ICF<sup>12</sup>

ความพิการทางจิตใจ หรือ พฤติกรรม หรือการประเมินผลกระทบต่อความสามารถ คือประเมินความสามารถ ICF รวมตัวเพื่อวัดความรุนแรงที่ขึ้นบรรทัดฐาน โดยแบ่งไว้เป็นประเมิน 9 ด้าน ดังนี้

- ๘155 การได้รับทักษะจากการเรียนรู้ (Acquiring skills)
- ๘160 การสนทนา (Communication)
- ๘110 การทำงานและอาสาสมัครงาน (Performing work)
- ๘170 การดูแลสุขภาพตัวเอง (Looking after one's health)
- ๘140 การทำงานบ้าน (Doing housework)
- ๘720 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน (Complex interpersonal interactions)
- ๘730 สัมพันธภาพทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ (Informal social relationships)
- ๘845 การได้งานทำ การริเริ่มงานที่ท้าทาย และการยุติการทำงาน (Acquiring, seeking and terminating a job)
- ๘920 นันทนาการสันทนาการและเวลาว่าง (Recreation and leisure)

**กรณีศึกษา**

นางสม งามใจ อายุ 34 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทมานาน 10 ปี อาศัยอยู่คนเดียวคนเดียว มาตราให้บวชปฏิบัติหน้าที่ประจำบ้านเป็นครั้งแรกในวัย 18 ปี เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและในโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ เมื่อผู้ปกครองมาทูลเกล้าฯ ถวายคำขอร้องขอให้รับเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ กรมแพทย์ผู้ประจำตัวผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ไม่ส่งผลกระทบต่อสังคม มีความสามารถตามปกติ ใช้ทำงานบ้านและช่วยเหลือการศึกษาศึกษาที่บ้าน แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ ไม่ขอรับการรักษา จิตวิทยา คือหลง ไปให้ผู้อื่นดูแลรักษาถึงตาม ที่ขอแล้ว เพราะตนเองป่วยโรคจิตต้องดูแลรักษาไม่ไว้ชีวิต ผู้ป่วยเป็นญาติกับตนเองและไม่พบแพทย์ตามนัด

การวินิจฉัยโรค โรคจิตเภท (F 20.0) สาเหตุ ไม่ทราบ ระยะเวลายื่นฟ้อง 10 ปี

ผลคะแนนตามแบบประเมินความพิการทางจิต (6 ข้อ) เท่ากับ 15 คะแนน

สรุป มีความพิการทางจิตใจและพฤติกรรม

| ระดับความบกพร่องในการดำรงชีพหรือส่วนมากในการทำกิจกรรม                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. D155 การได้รับทักษะจากการเรียนรู้  |   |   |   |   |   |   | ✓ |
| 2. D350 การสนทนา  |   |   | ✓ |   |   |   |   |
| 3. D510 การจัดการและจัดการงานตนเอง  | ✓ |   |   |   |   |   |   |
| 4. D570 การดูแลสุขภาพตัวเอง   | ✓ |   |   |   |   |   |   |
| 5. D640 การทำงานบ้าน  |   |   |   |   |   | ✓ |   |
| 6. DT20 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในชีวิตประจำวัน                                  |   |   | ✓ |   |   |   |   |
| 7. DT30 สัมพันธภาพทางสังคมที่เป็นปัญหา  |   |   | ✓ |   |   |   |   |
| 8. D845 การได้ทำงาน การศึกษา การฝึกงาน การทำธุรกิจ และกิจกรรมอื่น ๆ<br>การทำงาน |   |   |   |   |   | ✓ |   |
| 9. D920 มีบทบาทการลงมือกิจกรรมตามจริง   |   |   | ✓ |   |   |   |   |

## ๕.2 การวินิจฉัยอัลเบตสราวจะประเมินความผิดปกติทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม

ความหมายของสำนึกาม สามารถดูในประกาศกระทรวงมหาดไทยถึงคณะกรรมการวินิจฉัยความผิดปกติของมนุษย์

(4) ความผิดปกติทางจิตหรือพฤติกรรม<sup>๒๒๒</sup> แบ่งเป็น

(1) ความผิดปกติทางจิตหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคจิตเวช หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการมีไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม จึงเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีควาบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจ หรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยในวรรณ: ICD (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ที่มี โดยการวินิจฉัยจะวินิจฉัยมีลักษณะรุนแรง เรื้อรัง และมีการรักษาต่อเนื่อง อย่างน้อยหกเดือนนับตั้งแต่ได้รับการตรวจวินิจฉัย แต่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

(2) ความผิดปกติทางจิตหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการมีไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม จึงเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีควาบกพร่องหรือผิดปกติทางสมองหรือการพบโรคทางจิตเวช (Cognitive) ได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การรับรู้คำามมีสัมพันธ์ การใช้ภาษา สมาธิหรือความใส่ใจ หรือความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมโดยกลุ่มโรคสมองเสื่อมระดับที่มีลักษณะค่อนข้างรุนแรง (Moderately severe) ซึ่งมี เรื้อรัง และมีการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อยหกเดือนนับตั้งแต่ได้รับการตรวจวินิจฉัย แต่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

ซึ่งมีความผิดปกติจากการสมองเสื่อม จึงจัดเป็นความผิดปกติทางจิตหรือพฤติกรรมแบบหนึ่งด้วย

โดยความผิดปกติประเภทนี้ จะตรวจกลุ่มกลุ่มโรคสมองเสื่อมตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยในวรรณ ICD-10 (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10<sup>th</sup> Revision) ที่เกี่ยวข้องดังนี้<sup>๒๒๓</sup>

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 ในที่นี้คือโรคฮุนติงตัน Frontotemporal dementia & B ๒ Primary progressive aphasia (G31.0+), Creutzfeldt-Jakob disease (A81.0+), Huntington disease (G10+), Parkinson disease dementia (G20+)

F03 Unspecified dementia ในที่นี้คือโรคฮุนติงตัน Dementia with Lewy bodies (G31.85), Progressive supranuclear palsy (G23.1), Corticobasal degeneration (G31.85) ส่วน แลตรวจวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมอื่น ๆ ที่จัดประเภทไม่ได้

ทั้งนี้กลุ่มโรคสมองเสื่อมระดับที่มีลักษณะค่อนข้างรุนแรง (Moderately severe) ซึ่งมี เรื้อรัง และได้รับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือนหลังจากการวินิจฉัย แต่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

ซึ่งมีซึ่งไม่ตรวจกลุ่มอาการพบโรคทางจิตเวช (Mild cognitive impairment) (F06.7) ที่วินิจฉัยตามความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน หรือการมีส่วนร่วม

### แนวทางการฝึกปรั่ววิถี

ควรฝึกปรั่ววิถีจากการฝึกปลูกฝังทางปัญญา (Cognitive) แยกแยะลักษณะของการสำเนียงโรคของผู้ป่วย และความสามารถในการสื่อสาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร่วมกับความสามารถในการแก้ปัญหา การตัดสินใจ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic ADL) และกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้รูปแบบ (Instrumental ADL) รวมถึงข้อบ่งชี้พื้นฐานที่สำคัญของผู้ป่วย ได้แก่ เกต ซาซ มีสติทางจิต มีระดับการศึกษา อาชีพ วัตถุประสงค์ส่วนตัว และการเงินผู้ป่วยรวมถึงในจิตใจ ผู้มีสติและสุขภาพของผู้ป่วย อาจปรับค่าใช้จ่าย ประสิทธิภาพใช้ดูรา บุหรี่ และความสามารถ และประวัติโรคของเดิมในครอบครัว เพื่อใช้ปรับเป้าหมายโรคและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วย รวมถึงแสดงให้ผู้ป่วยถึงว่ามีบุคคลอื่นจะได้รับการศึกษาอย่างเหมาะสมแล้ว ก็จะมีผลทำให้ผู้ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัว ส่งเสริมการฝึกกิจวัตรประจำวัน การทำงาน หรือการเข้าสังคม

### แนวทางการตรวจร่างกายและตรวจสุขภาพจิต

ควรตรวจร่างกายทั่วไปและการตรวจร่างกายทางระบบประสาท เพื่อใช้ทำการดูแลรักษาเป็นลักษณะองค์รวม และในบางกรณีก็อาจมีการตรวจผลเลือดในบางระบบ เช่น ระบบต่อมไทรอยด์ เนื่องจากโรคทางกาย และระบบประสาทจำนวนมากอาจมีสาเหตุและการดูแลต่างโรคสมองเสื่อมเบื้องต้น กลุ่มนี้มักจะมีอาการสำเนียงโรคที่เร็ว (Rapidly progressing) โดยมักน้อยกว่า 6 เดือน - 1 ปี และอาการปริมาตรของธาตุเหล็กที่ไม่ใช่เหล็กได้รับการรักษาที่รวดเร็ว (Rapidly reversible) ได้แก่ โรคพอลิซิสเต็มของตับหรือเนื้องอก โรคเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง โรคสมองอักเสบจากกการติดเชื้อหรือแบคทีเรียสมอง เบื้องอกในสมอง โรคทางเมตาบอลิก โรคจิต โรคพยาธิในปลอกกั โรคโงหรือตีเนียเรอริง โรคขาดสารอาหาร การใช้ยาหรือการติดเชื้อทางประสาทบางชนิด เป็นต้น

การตรวจสุขภาพจิต (Mental status examination) เป็นการตรวจสุขภาพจิต ร่วมกับตรวจสุขภาพระบบประสาทเบื้องต้น เพื่อหาข้อบ่งชี้และการบ่งชี้ที่สำคัญในการบ่งชี้การวินิจฉัย ได้แก่ การตรวจปริมาตรหัว 6 ด้าน การประเมินการตัดสินใจ อารมณ์ และความสามารถทางจิตในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

### แนวทางการประเมินความถี่การฝึกปรั่ววิถี

ไม่สามารถพิจารณาได้จากเกณฑ์ความถี่การฝึกปรั่ววิถี สามารถพิจารณาตามระดับและลักษณะอาการ จิตวิกลจริต การพิจารณาถึงผลของประสาทรับรู้อาจมีความถี่การฝึกปรั่ววิถีแตกต่างกันตามระดับของสมอง ไม่สามารถพิจารณาจากฐานข้อมูลวิจัยที่ชัดเจนของผู้ป่วย

### แนวทางการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการประเมิน และการตรวจวินิจฉัยความบกพร่อง

1. หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมตามระบบ ICD-10 ที่ว่าคือ F00-F03 ซึ่งเป็นการวินิจฉัยของระบบประสาทขั้นไป เบื้องต้น และทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าในมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และผ่านการวินิจฉัยและฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานอย่างน้อย 6 เดือนติดต่อกัน และไม่สามารถรักษาให้หายได้
2. การทดสอบทางประสาทจิตวิทยา (Neuropsychological test) สามารถใช้มีการตรวจประเมินสมรรถภาพของสมรรถภาพปริมาตรสมองเบื้องต้นในกรณีแรกของการประเมินและวินิจฉัย สามารถเลือกจากแบบ

ตรวจคัดกรองเบาหวานในประเภทไมโครแอลบิวโรโปรตีน เช่น Thai Micro Albumin Examination (TMASE)<sup>22</sup> เป็นต้น โดยพิจารณาตามความเหมาะสม

3. การทดสอบระดับไตจากฐานแรงของสมอเดียมไตบนระดับจากความสามารถในการกำจัดของเสียจำพวก ไนโตรเจนบนประเภทเป็น Functional Assessment Staging Test (FAST) ฉบับภาษาไทย<sup>23</sup> ควรใช้แบบประเมิน FAST ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับตามความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังที่สัมพันธ์กับปริมาณไตที่ทำงานของสมอเดียมไตบน ไม่ได้เป็นไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (เช่น ค่าการกรองสมอเดียม ไนโตรเจนในการกรองไต เป็นต้น)

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด CBC, electrolyte, thyroid function test, BUN, Cr, liver function test และการตรวจเลือดอื่น ๆ และการตรวจภาพถ่ายรังสีของสมอเดียมไต เช่น CT Scan หรือ MRI Scan แนะนำให้มีการตรวจสมอเดียมไตในครึ่งแรกของการทำงานเป็นสองปีหรือ 6 เดือน โดยพิจารณาตามความเหมาะสม

5. แบบประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจากภาวะสมอเดียมไตโดยใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา TMASE ร่วมกับ FAST จัดพิมพ์ในแนวทางการปฏิบัติทางการแพทย์ของสมอเดียมไต (ฉบับสมบูรณ์ 2563) (ดูในแบบประเมินของแบบทดสอบ)

เมื่อประเมินการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมอเดียมไตกลุ่มศึกษาตามแล้ว จากเป็นใช้แบบประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจากภาวะสมอเดียมไต หากพบคะแนนรวมผลทดสอบทางจิตวิทยา TMASE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนลงไป หรือคะแนนประเมิน FAST ถึงระดับคนที่ 6 ขึ้นไป ถือว่ามีความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจากภาวะสมอเดียมไต ก็สามารถขอเอกสารรับรองความพิการประเภทที่ 4 ได้

#### คุณสมบัติของผู้ตรวจและประเมินความพิการ

เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกหรือศูนย์วิจัยโรคกรรมจากอหิวาต์

#### สรุปหลักการให้การวินิจฉัยความบกพร่อง

ต้องเข้าองค์ประกอบสามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. มีความผิดปกติทางนิदान ในกลุ่มโรคตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD-10 ตามข้างต้น ที่มีลักษณะของสมอเดียมไตเรื้อรังขึ้นไป เบื่อหรือ และรักษาตามมาตรฐานของระดับ 6 เดือนติดต่อกันโดยการไม่ดีขึ้น ไม่สามารถรักษาให้หายได้

2. มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไม่มีการร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลจากความผิดปกติดังกล่าว และประเมินด้วยแบบประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจากภาวะสมอเดียมไตคะแนน TMASE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนลงไป หรือคะแนนประเมิน FAST ถึงระดับคนที่ 6 ขึ้นไป

การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพหรือข้อจำกัด ต้องมีหลักฐานที่สำคัญ ประกอบด้วย รายงาน และสรุปผลการรักษา การประเมินการทำงาน และรายงานความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ในช่วงระยะเวลาที่นานกว่าหนึ่งปี 6 เดือนติดต่อกัน

#### แนวทางการตรวจคัดกรองระดับแอลบูมินของไต

จะดูว่ามีความผิดปกติทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่ ถึงระดับความรุนแรง ICD-10 ตามผลจากไตสมอเดียมไต และประเมินเวลาที่ขึ้นขึ้นว่าคะแนนจึงขึ้นขอเอกสารรับรองความพิการ

## แนวทางการวิจัย และที่ประชุมบรรณภาพ

1. การวิจัยด้านยาในการผสมของเสียม ปัจจุบันมีหน้าที่ของบริษัทยาที่อยู่ในผสมของยารวมในการรักษาตามอาการในโรคผสมของเสียมได้ โดยเฉพาะโรคอัลไซเมอร์ได้แก่ อนุภาค *cholinesterase inhibitor* และอนุภาค *NMDA receptor antagonist*
2. การวิจัยด้านยาสำหรับปัญหาทางจิตกรรม อารมณ์ และความสามารถทางจิตในการผสมของเสียม ปัจจุบันยังไม่มีหน้าที่หรือหลักฐานที่รักษาภาวะนี้ได้แน่ชัด ให้พิจารณาจากความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย
3. การวิจัยโดยไม่ได้ยา ประกอบด้วย การทำกิจกรรมกระตุ้นสมอง หรือกิจกรรมบำบัด การบำบัดด้านอารมณ์ และการศึกษาที่เป็นผู้ดูแลและครอบครัวผู้ป่วย เพื่อปรับชีวิตให้ให้มีสุขภาวะที่ดีและมีสุขภาพดี และสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นต้น
4. การดูแลรักษาสุขภาพการดูแลสุขภาพที่ไม่เกี่ยวข้อง เช่น ให้มีสุขภาพใจ ความวิตกกังวล มีสมาธิในการฝึกการผสมของเสียม ทักษะการปฏิบัติการใช้การผสมของเสียมอย่างต่อเนื่อง
5. การให้คำปรึกษาและคำปรึกษาสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว เพื่อให้เข้าใจถึงโรค สภาพปัญหา และความจำเป็นของการบำบัดในสิ่งต่าง ๆ
6. การที่ประชุมบรรณภาพทางการแพทย์ เช่น การฝึกความจำ การแก้ไขการพูด ลึกลับสติปัญญา เป็นต้น
7. การที่ประชุมบรรณภาพทางสังคม เช่น การฝึกทักษะทางสังคม การแก้กลุ่มบำบัด ของผู้สูงอายุ เป็นต้น
8. การที่ประชุมบรรณภาพทางอาชีพ เช่น การปรับสภาพแวดล้อม การฝึกอาชีพ เป็นต้น
9. การมีเจตจำนงและการดูแลในชุมชน โดยกระตุ้นจิตอาสาสมัครหรืออาสาสมัครที่มีส่วนร่วมของผู้ป่วยทางครอบครัวและชุมชน

## แนวทางการพิจารณาอุปถัมภ์หรือช่วยเหลือความพิการ

พิจารณาอุปถัมภ์หรือช่วยเหลือความพิการและสิทธิส่งเสริมคุณภาพชีวิตหรือสุขภาพ ตามสภาพปัญหาและความจำเป็น

## ระบบการส่งเสริม

กรณีมีแพทย์ที่มิใช่ของเสียมหรือมิใช่ในการวินิจฉัยโรคของเสียม เช่น เป็นโรคผสมของเสียมหรือโรคอื่น อากาโรไม่ตรวจไม่ตรวจหา หรือมีปัญหาร่วมที่จัดการได้ยาก กรณีมิใช่แพทย์ในการตรวจแยกสารรับของเสียมพิจารณาให้ที่ปรึกษาทางสังคมแพทย์ประจำสหวิชาชีพ จิตแพทย์ และแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุสามารถเหมาะสม

**กรณีตัวอย่างที่ 1**

นางทองสม ทรัพย์สิน อายุ 75 ปี มีอาการหลงลืมมาประมาณ 3 ปี ตามลำดับ มีกิจวัตรประจำวัน หรือความสามารถที่จะทำอะไรได้จำกัดจนทำอะไรไม่ได้หรือทำอะไรได้ยากลำบาก เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร ฯลฯ รวมถึงการควบคุมการเคลื่อนไหวของศีรษะหรือแขนขาในขณะเดินหรือยืนอยู่คนเดียวได้ ผู้ดูแลหรือญาติที่ดูแลต้องคอยช่วยเหลือและเฝ้าระวังตลอดเวลา เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัย ไม่สามารถทำกิจกรรมนอกบ้านโดยไม่มีผู้ดูแลอยู่ด้วย แพทย์ที่ตรวจประเมินและจ่ายยาทางจิตเวชของวิจิตรมีผลดีต่อโรคอัลไซเมอร์ และติดตามการรักษากับแพทย์มาประมาณ 3 ปี

การทดสอบทางจิตวิทยา ด้วย MMSE ได้ 12/30 คะแนน และ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้วย FAST ได้ระดับ 6+ จัดเป็นสมองเสื่อมระดับปานกลาง (Moderately severe dementia) ผลดังนี้ดังนี้

การวินิจฉัยโรค สมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ (F00) ตามคู่มือโรคอัลไซเมอร์ ระยะเวลาดำเนินโรค 3 ปี

สรุป มีความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจากภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากอาการของโรคอัลไซเมอร์ สมองเสื่อมระดับปานกลาง และผลกระทบต่อความสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานอย่างชัดเจน

**กรณีตัวอย่างที่ 2**

นางสมใจงาม สดุดม อายุ 68 ปี มีอาการหลงลืมมาประมาณ 2 ปี และเป็นหลอกลืมของตนเองที่ตนเองบันทึกไว้ในใบจดหมายหรือหนังสือบันทึกประจำวัน บางครั้งจึงได้เขียนขึ้น ไปยังผู้ดูแลอีก ซึ่งไม่ได้วางระเบียบอะไร เป็นสิ่งยากลำบากสำหรับญาติที่ดูแลจนจิตใจไม่สงบสุขและไม่เป็นงานอดิเรกแต่มีจุดมุ่งหมายที่จะทำอะไรบางอย่าง ซึ่งทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ ทั้งอาบน้ำ กินอาหาร ใส่อาหารที่ตนเองเตรียมขึ้น อาหารที่ตนเองเตรียมก็รับประทานได้เองได้ สามารถเข้าห้องน้ำเองได้ปกติ แพทย์ที่ตรวจประเมินและจ่ายยาทางจิตเวชของวิจิตรมีผลดีต่อโรคอัลไซเมอร์ และติดตามการรักษากับแพทย์มา 1 ปี

การทดสอบทางจิตวิทยา ด้วย MMSE ได้ 18/30 คะแนน และ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้วย FAST ได้ระดับ 5 จัดเป็นสมองเสื่อมระดับปานกลาง (Moderate dementia) ผลดังนี้ดังนี้

การวินิจฉัยโรค สมองเสื่อมจากโรคหลอกลืมตนเอง (F01) ตามคู่มือ หลอกลืมของตนเอง ระยะเวลาดำเนินโรค 2 ปี

สรุป ยังไม่มีความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจากภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากอาการของโรคเป็นเพียงลักษณะจำเพาะจากกิจวัตร แต่ยังไม่ถึงระดับปานกลาง ผลกระทบต่อสิ่งเล็กน้อยต่อการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

อนึ่ง ผู้ป่วยมีหลอกลืมของตนเองหรือการตัดสินใจที่ผิดพลาดซึ่งเกิดมีอาการในสมองเพียง 6 เดือน เกิดขึ้นขึ้นในใจ และจากโรคหลอกลืมตนเองทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมซึ่งเกิดขึ้นของโรคจำเพาะจริง ผู้ป่วยมีปริมาณบกพร่องเล็กน้อยในขณะตรวจวัดผลของโรคสมอง ไม่ควรใช้การวินิจฉัยมีความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจากภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากอาการอาจดีขึ้นได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอกลืมตนเอง

อาจมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวเมื่อวิ่งได้เช่นกัน อาจสังเกตได้ว่าเส้นเกณฑ์ความถี่การหายใจทาง การเคลื่อนไหว พริบไม่สม่ำเสมอ

### กรณีตัวอย่างที่ 3

นางสาวสมาน อิมเคียม อายุ 57 ปี มีอาการหลงลืมกว่าประมาณ 6 เดือน ประวัติเดิมเคยได้รับ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้ามาก่อน เคยกินยาแต่ไม่ได้รักษาต่อเนื่อง มีปัญหาซึมเศร้า ตามสื่อบ้าง ซึมเศร้าไม่ นิ่งไป บ่นไม่ชัดเจนกับ เภสัชกรที่โรงพยาบาล มีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันที่พื้นฐานได้ปกติ จึงสามารถ ทำงานอาชีพได้และมีกิจกรรมงานบ้านซึ่งมีความพอใจที่สภาพงานบ้านของตนเอง กินอาหารได้นิดหน่อย จึงจับไม่ได้ จิตใจยังได้ถูกสั่ง ทำงานบ้านและทำอาหารได้ แพทย์ตรวจประเมินหลังวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า รักษาไปได้ประมาณ 3 เดือน อาการเริ่มดีขึ้น

ตรวจทดสอบทางจิตวิทยา ด้วย MMSE ได้ 25/30 คะแนน MoCA ได้ 28/30 คะแนน และ ผู้ป่วยเป็น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้วย FAST ได้ระดับ 3 จัดเป็นภาวะปรึกษาแพทย์ของเล็กน้อย (Mild cognitive impairment) สอดคล้องกับ

การวินิจฉัยโรค ภาวะปรึกษาแพทย์ของเล็กน้อย (F06.7) ตามคู่มือ DSM-5 ฉบับแก้ไขล่าสุด

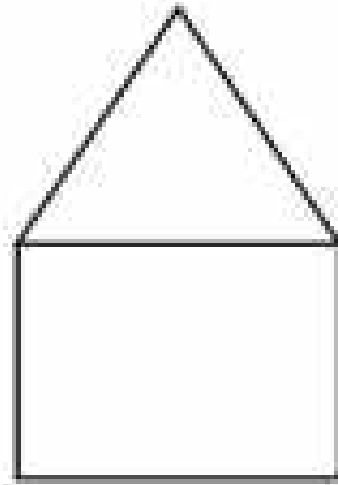
สรุป จึงไม่มีความผิดปกติทางจิตเวชหรือพฤติกรรมจากภาวะซึมเศร้า เนื่องจากอาการของโรค มีระดับเป็นภาวะปรึกษาแพทย์ของเล็กน้อย จึงอาจเกิดจากโรคซึมเศร้าที่ไม่แสดงอาการคือภาวะปรึกษาแพทย์ของ (prodromal dementia) ได้ และโรคสามารถรักษาแล้วอาการดีขึ้นได้ ซึ่งผลกระทบนี้อาจเล็กน้อยต่อการทำงาน เท่านั้น โรคจิตวัตรประจำวันที่พื้นฐานจึงปกติ

แบบประเมินผลแบบทดสอบ

1. แบบทดสอบ The Mental State Examination (TMSE)

| No.   | en    | ng    | ny    | nl    | ns    |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| The Mental State Examination (TMSE)   |       |       |       |       |       |
| 1. IDENTIFICATION OF ANSWER   |       |       |       |       | ns/ny |
| (1) ผู้มีภาวะจิตเภท (Schizophrenia)   |       |       |       |       | _____ |
| (2) ผู้มีโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder)  |       |       |       |       | _____ |
| (3) ผู้ที่มีภาวะวิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder)  |       |       |       |       | _____ |
| (4) ผู้ที่มีภาวะบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorder)   |       |       |       |       | _____ |
| (5) ผู้ที่มีภาวะจิตประสาท (Psychosis)   |       |       |       |       | _____ |
| 2. APPROPRIATION OF ANSWER  |       |       |       |       |       |
| (1) ผู้ที่มีภาวะจิตเภท (Schizophrenia) มีอาการหลงผิด (Delusions) และอาการหูแว่ว (Hallucinations) ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น             |       |       |       |       | _____ |
| (2) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) มีอาการเศร้าโศก (Sadness) และอาการขาดความสนใจ (Anhedonia) ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง         |       |       |       |       | _____ |
| (3) ผู้ที่มีภาวะวิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder) มีอาการวิตกกังวล (Anxiety) และอาการนอนไม่หลับ (Insomnia) ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง      |       |       |       |       | _____ |
| 3. ATTENTION & MEMORY   |       |       |       |       |       |
| เขียนตัวเลขที่ตรงกับจำนวน (Write the number of items)   |       |       |       |       |       |
| (1) 10  | (2) 9 | (3) 8 | (4) 7 | (5) 6 | _____ |
| 4. CALCULATION OF SCORE   |       |       |       |       |       |
| จำนวน (1) + จำนวน (2) = จำนวน (3) + จำนวน (4) + จำนวน (5) = จำนวน (6)   |       |       |       |       | _____ |
| จำนวน (1) + จำนวน (2) + จำนวน (3) + จำนวน (4) + จำนวน (5) = จำนวน (6) + จำนวน (7) + จำนวน (8) + จำนวน (9) + จำนวน (10)                            |       |       |       |       | _____ |
| (1) 10  | (2) 9 | (3) 8 | (4) 7 | (5) 6 | _____ |
| 5. LANGUAGE USE   |       |       |       |       |       |
| (1) ผู้ที่มีภาวะจิตเภท (Schizophrenia) มีอาการพูดเพ้อเจ้อ (Incoherence) และอาการพูดไม่ต่อเนื่อง (Disorganized speech)                             |       |       |       |       | _____ |
| (2) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) มีอาการพูดช้า (Retardation) และอาการพูดน้อย (Reduced speech)                                 |       |       |       |       | _____ |
| (3) ผู้ที่มีภาวะวิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder) มีอาการพูดเร็ว (Pressured speech) และอาการพูดไม่ต่อเนื่อง (Disorganized speech)          |       |       |       |       | _____ |
| (4) ผู้ที่มีภาวะบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorder) มีอาการพูดไม่ต่อเนื่อง (Disorganized speech) และอาการพูดไม่เหมาะสม (Inappropriate speech) |       |       |       |       | _____ |
| (5) ผู้ที่มีภาวะจิตประสาท (Psychosis) มีอาการพูดเพ้อเจ้อ (Incoherence) และอาการพูดไม่ต่อเนื่อง (Disorganized speech)                              |       |       |       |       | _____ |
| (6) ผู้ที่มีภาวะจิตประสาท (Psychosis) มีอาการพูดเพ้อเจ้อ (Incoherence) และอาการพูดไม่ต่อเนื่อง (Disorganized speech)                              |       |       |       |       | _____ |
| (7) ผู้ที่มีภาวะจิตประสาท (Psychosis) มีอาการพูดเพ้อเจ้อ (Incoherence) และอาการพูดไม่ต่อเนื่อง (Disorganized speech)                              |       |       |       |       | _____ |
| (8) ผู้ที่มีภาวะจิตประสาท (Psychosis) มีอาการพูดเพ้อเจ้อ (Incoherence) และอาการพูดไม่ต่อเนื่อง (Disorganized speech)                              |       |       |       |       | _____ |
| (9) ผู้ที่มีภาวะจิตประสาท (Psychosis) มีอาการพูดเพ้อเจ้อ (Incoherence) และอาการพูดไม่ต่อเนื่อง (Disorganized speech)                              |       |       |       |       | _____ |
| (10) ผู้ที่มีภาวะจิตประสาท (Psychosis) มีอาการพูดเพ้อเจ้อ (Incoherence) และอาการพูดไม่ต่อเนื่อง (Disorganized speech)                             |       |       |       |       | _____ |
| 6. MOOD & AFFECT  |       |       |       |       |       |
| เขียน 1 คำที่ตรงกับสิ่งที่เห็น (Write 1 word of what is seen)   |       |       |       |       |       |
| (1) Happy   |       |       |       |       | _____ |
| (2) Sad   |       |       |       |       | _____ |
| (3) Angry   |       |       |       |       | _____ |
| (4) Fearful   |       |       |       |       | _____ |
| (5) Calm  |       |       |       |       | _____ |
| (6) Anxious   |       |       |       |       | _____ |
| (7) Depressed   |       |       |       |       | _____ |
| (8) Excited   |       |       |       |       | _____ |
| (9) Nervous   |       |       |       |       | _____ |
| (10) Relaxed  |       |       |       |       | _____ |

For the full form of this test, please refer to the TMSE manual.



# หลับตา

เกณฑ์ตัดสินของแบบทดสอบ : การระบุชนิดของ เครื่องมือ & 23 (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)

2. แบบประเมิน Functional Assessment Staging Test (FAST)

| ระยะโรค (Stage) | อาการ/สัญญาณ (Clinical diagnosis)                        | ระดับการประเมินความสามารถทางหน้าที่ (Level of Functional Decline)  |
|-----------------|--|--|
| ระยะที่ 1       | ผู้ไม่รุนแรง   | ไม่มีอาการประเมินความสามารถทางหน้าที่  |
| ระยะที่ 2       | ผู้ดูแลช่วย  | บุคคลดูแลช่วยจำเป็นต้องช่วยในกิจกรรมประจำวัน   |
| ระยะที่ 3       | ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Mild cognitive impairment)       | การตัดสินใจของบุคคลที่ดูแลช่วยอาจผิดพลาดหรือช้าเกินไป  |
| ระยะที่ 4       | สมองเสื่อม ทุเลาเล็กน้อย (Mild dementia)                 | การตัดสินใจที่รุนแรงเกินกว่าที่ควร (instrumental ADL) บุคคลดูแลช่วยจำเป็นต้องช่วยในกิจกรรมประจำวัน และอาจต้องช่วยในกิจวัตรประจำวัน (Basic ADL) บางอย่าง  |
| ระยะที่ 5       | สมองเสื่อม ทุเลาปานกลาง (Moderate dementia)              | ต้องดูแลช่วยในกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่  |
| ระยะที่ 6       | สมองเสื่อม ทุเลาอย่างรุนแรง (Moderately severe dementia) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ต้องดูแลช่วยในกิจวัตร (se)</li> <li>- ต้องดูแลช่วยในกิจวัตร (se)</li> <li>- ต้องดูแลช่วยในกิจวัตร (se)</li> <li>- ไม่สามารถเดิน (se)</li> <li>- ไม่รู้จุดทางเดิน (se)</li> </ul>  |
| ระยะที่ 7       | สมองเสื่อม ทุเลารุนแรง (Severe dementia)                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ต้องดูแลช่วยทุกกิจกรรม สามารถพูดได้ 5-6 คำ (se)</li> <li>- สามารถพูดได้ 5 คำ หรือไม่มีเสียงคำ (se)</li> <li>- ไม่สามารถเดิน (se)</li> <li>- ไม่สามารถพูดได้ (se)</li> <li>- ไม่สามารถเขียนได้ (se)</li> <li>- ไม่สามารถรู้ชื่อตัวเองได้ (se)</li> </ul> |

\* ปรับปรุงจากแบบทดสอบปฏิบัตินิติการของสมองเสื่อม (ฉบับสมบูรณ์ 2563)

3. การวินิจฉัยและการจัดการภาวะสมองเสื่อม

เงื่อนไขสำหรับการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมจากภาวะสมองเสื่อม มีสองส่วน ส่วนแรกแบบทดสอบ TNSE ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนขึ้นไป หรือคะแนนประเมิน FAST มีเพียงส่วนที่ 6 ขึ้นไป

การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการทางสติปัญญา

คำนิยามตามประกาศกระทรวงการพัฒนาศักยภาพของความเป็นคนของกรมพหุ

ความสามารถทางสติปัญญา<sup>๓๓</sup> หมายถึง บุคคลมีขีดจำกัดในการปฏิบัติภารกิจรวมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม จึงเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องหรือมีข้อจำกัด เกี่ยวกับกระบวนการทางสติปัญญาโดยมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับคะแนนปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป หรือมีระดับคะแนนปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยทางการแพทย์ ทำให้บุคคลนั้นมีข้อจำกัดในด้านต่าง ๆ เช่น การเรียน การทำงาน หรือการใช้ชีวิตประจำวัน

คำจำกัดความของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ตาม *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition<sup>๓๔</sup>*, (DS/5) โดย American Psychiatric Association ในปี พ.ศ. 2556 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หมายถึง ภาวะที่มี

1. ความบกพร่องในความสามารถของชาวปัญญา ได้แก่ การใช้เหตุผล การแก้ปัญหา การวางแผน การคิดเชิงนามธรรม การเรียนรู้ทางวิชาการและการเรียนรู้จากประสบการณ์ การตัดสินใจที่มีผลกระทบต่อการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่เป็นทางเลือกเชิงนิโคมของการทดสอบระดับคะแนนปัญญา เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานเฉลี่ยของคนปกติ คือต่ำกว่า 70
2. พฤติกรรมการปรับตัวบกพร่องตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป ใน 3 ด้าน ได้แก่ หน้าที่ด้านความคิดรวบยอด (conceptual skills) หน้าที่ด้านสังคม (social skills) หรือหน้าที่ด้านการปฏิบัติ (practical skills) จึงต้องการการสนับสนุนที่บ้าน โรงเรียน ที่ทำงาน หรือในการฝึกฝนตนเอง
3. แผลงของการเป็นช่วงที่สมองมีพัฒนาการ (developmental period)

ความสามารถทางชาวปัญญา<sup>๓๕</sup> ได้แก่ การใช้เหตุผล การแก้ปัญหา การวางแผน การคิดเชิงนามธรรม การตัดสินใจ การเรียนรู้ทางวิชาการและการเรียนรู้จากประสบการณ์ จึงเป็นอัน ใดการประเมินทางสติปัญญา และการทดสอบระดับคะแนนปัญญามาตรฐานเฉพาะบุคคล และ หมายถึงระดับคะแนนปัญญาที่ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของคนปกติอย่างมีนัยสำคัญ (ต่ำกว่า 70) หรือต่ำกว่า 2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standards deviation: SD) โดยทั่วไประดับคะแนนปัญญาของคนปกติมีค่าอยู่ระหว่าง 90 -109 ค่าเฉลี่ยคือ 100 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่าเท่ากับ 15

พฤติกรรมกรรมการปรับตน<sup>(2)</sup> หมายถึง การปฏิบัติตนในวิธีที่ต่างจากวิธีที่ ๓ ไม่ จึงเป็นความสามารถของบุคคลที่เป็น  
พิการสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองในสังคม โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความคิดรวบยอด (Conceptual domain) ได้แก่ ทักษะด้านภาษา การอ่าน เขียน คณิตศาสตร์ (Social language, reading, writing, math) การใช้เหตุผล (Reasoning) ความรู้ (Knowledge) และความจำ (Memory)
2. ด้านสังคม (Social domain) ได้แก่ การเข้าใจผู้อื่น (Empathy) ทักษะการสื่อสารกับผู้อื่น (Interpersonal communication skills) สัมพันธภาพกับผู้อื่น (Friendships skills) การตัดสินใจทางสังคม (Social judgement) และกฎมารยาทตนเอง (Self-regulation)
3. ด้านการปฏิบัติ (Practical domain) ได้แก่ การดูแลตนเอง (Personal care) ความรับผิดชอบ  
ด้านภาระงาน (Job responsibility) การจัดการด้านการเงิน (Money management) การพักผ่อนหย่อนใจ (Recreation) การจัดการด้านการเรียนและการงาน (Organizing school and work tasks)

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยนี้ หากมีกรณีที่สามารถไม่แสดงออกให้เห็นเด่นชัดตามเกณฑ์วินิจฉัยนี้ ไม่นับใน  
ในการวินิจฉัยโรคพรีอิมแพร์ฟิดรอปเพราะไม่มีประเด็นการตีความในการดูแลรักษาบุคคลที่มีภาวะทรวง  
ทางสติปัญญา มาสนใจหรือสนใจประเด็นพรีอิมแพร์ฟิดรอปแทนพรีอิมแพร์ฟิดรอปทางด้านทักษะการและพฤติกรรมเด็ก  
พรีอิมแพร์ฟิดรอปเด็กและวินิจฉัยการตรวจประเมินวินิจฉัยต่อไป

หมายเหตุ DSM -5 มีการเปลี่ยนแปลงจาก DSM -4 ดังนี้

ซึ่งเปลี่ยนแปลงจากเดิมคือ

1. มีการเปลี่ยนแปลงชื่อจากภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation) เป็น ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability/Intellectual Developmental Disorder)
2. จัดแบ่งพฤติกรรมกรรมการปรับตน เป็น 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะด้านความคิดรวบยอด (conceptual skills) ทักษะด้านสังคม (social skills) ทักษะทักษะด้านการปฏิบัติตน (practical skills)
3. การวินิจฉัยให้ต้องนำตัวคูณพฤติกรรมกรรมการปรับตนมาคูณด้วยตัวคูณปัญญา (IQ)
4. การแบ่งระดับความรุนแรงซึ่งเคยใช้พฤติกรรมกรรมการปรับตนหรือระดับเชาวน์ปัญญา โดยอิงเกณฑ์โดยอ้างถึงวินิจฉัย  
จิตว่าเคยมีอยู่ในระหว่างการเข้ารับการดูแลเด็กช่วงแรกจน
5. ยกการเกิดขึ้นในระยะที่สมองเด็กกำลังพัฒนา (developmental period) จากเดิมที่ระบุไว้ว่าก่อน  
อายุ 18 ปี

พัฒนาการช้า (Developmental delay) หรือความบกพร่องทางพัฒนาการ คือ เด็กอายุต่ำกว่า  
6 ขวบ ที่มีพัฒนาการช้าถึงไม่สามารถสื่อสารได้หรือขาดดุลยพหุ จึงถึงไม่เหมาะสมกับการจัดระดับเชาวน์ปัญญา  
โดยเฉลี่ยหรือมีระดับพัฒนาการที่ใช้เฉพาะในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 6 ปี การวินิจฉัยภาวะดังกล่าวก่อนเด็กเล็ก  
คืออาจมีผู้เฝ้าระวังทางด้านพัฒนาการ (developmental alert) หรือบุคลากรแพทย์ผู้เฝ้าระวัง  
วิชาจิตเวชกรรม ผู้มีประเด็นการตีความการประเมินโดยใช้แบบประเมินพัฒนาการมาตรฐาน

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disability) คือเด็กอายุมากกว่า 5 ขวบ ที่สามารถสื่อสารได้ และประเมินระดับสติปัญญา โดยการใช้วิธีใดวิธีหนึ่งบนบททดสอบมาตรฐาน โดยอาศัยนักจิตวิทยา หรือผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะและประสบการณ์ที่หาอยู่ในพื้นที่นั้นมีบุคลการดังกล่าว สามารถคำนวณเป็นค่า IQ โดยแบบประเมินที่พัฒนาการมาตรฐาน

แนวทางการออกเอกสารรับรองความพิการ

ระบุว่ามีความพิการในกลุ่มภาวะบกพร่องทางสติปัญญาหรือไม่

เกณฑ์ของ DSM V ด้านบทความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาสามารถตีความการประเมิน

ทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

ตารางที่ 5-1 ระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา<sup>16</sup>

| ระดับ              | IQ    | ด้านความคิดรวบยอด (conceptual domain)  | ด้านสังคม (social domain)   | ด้านการปฏิบัติ (practical domain)   | ร้อยละ ที่พบ |
|--------------------|-------|--|---|---|--------------|
| น้อย (Mild)        | 55-69 | ปัญหามีแต่ไม่กระทบความแตกต่างชัดเจน จึงเป็นแหล่งผู้ใหญ่ มีความหลากหลายในการเรียนรู้  | ปฏิบัติตามคำแนะนำ การสื่อสาร การตัดสินใจทางสังคมจำกัด ความรู้   | อาจดูแลตนเองได้ เมื่อง่ายๆ อาจเป็นกิจกรรมประจำวันที่ไม่ดีหรือทำงานที่ไม่ดีหรือขาดทักษะ การคิด ที่ต้องการความช่วยเหลือในการเรียนรู้ การตัดสินใจ                      | 8%           |
| ปานกลาง (Moderate) | 40-54 | ทักษะด้านความคิดจำกัดกว่าที่ตนอย่างชัดเจน เรียนรู้ได้ในระดับประถมศึกษาบางส่วน ซึ่งได้รับการช่วยเหลือในการทำงานและชีวิตประจำวัน | การสื่อสารและทักษะสังคมจำกัดจำกัดกว่าที่ตนอย่างเห็นได้ชัด มีข้อจำกัดในการตัดสินใจทางสังคมและการสื่อสาร ที่ยังได้เรียนการช่วยเหลือ | ดูแลตนเองได้แต่ต้องสอน เมื่อแหล่งที่ตนต้องการทำงานที่ไม่ดีหรือขาดทักษะสังคม ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก การตัดสินใจไม่เหมาะสม ที่ยังได้เกิดปัญหาทางสังคมได้บ้าง | 10%          |

| ระดับ                   | IQ    | ด้านความคิดรวบยอด<br>(conceptual domain)   | ด้านสังคม<br>(social domain)  | ด้านการปฏิบัติ<br>(practical domain)  | ร้อยละ<br>ที่พบ |
|-------------------------|-------|--|---|---|-----------------|
| รุนแรง<br>(Severe)      | 25-39 | มีความเข้าใจเบื้องต้นใน<br>ลักษณะทางสังคม ลักษณะ<br>ปฏิสัมพันธ์ ลักษณะของการ<br>ใช้เงิน ต้องการความช่วยเหลือ<br>ช่วยเหลืออย่างหนักใน<br>การแก้ปัญหาของ<br>ชีวิต                | มีข้อจำกัดของการ<br>สื่อสารในด้านไวยากรณ์<br>และคำศัพท์ ลักษณะ<br>การพูด มีสัมพันธภาพ<br>เฉพาะกับสมาชิกใน<br>ครอบครัวและคนใกล้<br>ชิด   | ต้องการความช่วยเหลือ<br>ในบุคลิกวิทยาประจำตัว<br>ต้องการการช่วยฝึกพูด<br>ลดเวลา การฝึกสอน<br>ทักษะทางด้านสิ่งของ<br>เวลาและต่อเนื่อง บาง<br>ท่านมีปัญหาพฤติกรรม<br>ไม่เหมาะสมรวมทั้งการ<br>ทำร้ายตนเอง  | 3-4             |
| รุนแรงมาก<br>(Profound) | <25   | ทักษะด้านภาษา<br>โดยทั่วไปไม่มีหรือกับ<br>ใช้ทางวิธีพูดที่ผิด<br>การรวมการทาง<br>สัญญาณ<br>ความบกพร่องด้าน<br>กลิ่นเนื้อและประสาท<br>สัมผัส อาจส่งผลต่อ<br>การใช้สิ่งของต่าง ๆ | มีข้อจำกัดของ<br>เข้าใจในการสื่อสาร<br>เชิงสัญลักษณ์ทั้งการพูด<br>และการกระทำ<br>การแสดงออกถึงความ<br>ต้องการและอารมณ์<br>ของตน มีสัมพันธภาพ<br>เฉพาะและการสื่อสาร<br>โดยไม่มีใช้สัญญาณ<br>ความบกพร่องด้าน<br>กลิ่นเนื้อและประสาท<br>สัมผัสอาจส่งผลต่อ<br>กิจกรรมทางสังคม<br>ต่าง ๆ | ทักษะพื้นฐานด้าน<br>การพูดและ สุนทรีย<br>และความปลอดภัย<br>ฝึกทักษะได้เพียงการใช้<br>อุปกรณ์ง่าย ๆ ซึ่ง<br>ต้องการการดูแลอย่าง<br>หนักและต่อเนื่อง<br>ความบกพร่องด้าน<br>กลิ่นเนื้อและประสาท<br>สัมผัสมักเป็นอุปสรรค<br>ต่อการมีส่วนร่วมใน<br>สังคม พบพฤติกรรม<br>ไม่เหมาะสมในบางท่าน | 1-2             |

หมายเหตุ: ในปัจจุบันมีการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ควรพิจารณา  
จากพฤติกรรมการปรับตัวของบุคคลที่ระดับความรุนแรงของสติปัญญา (IQ) ทั้งนี้ เมื่อประเมินแล้วต้องเลือกวิธีการของ  
ทางสติปัญญาจะได้มีการช่วยเหลือ มีโอกาสเข้าสู่ระบบการศึกษาที่เหมาะสม

## แนวทางการวิจัยข้อมูลทางชนบทหรือสหภาพสตรีปัญญา<sup>๒๘</sup>

### 1. แนวทางการศึกษาระดับ

- 1.1 วัตถุประสงค์ที่ต่างกัน เช่น วัตถุประสงค์ของการศึกษาระดับสหภาพสตรี เช่น วัตถุประสงค์ การผลิตผลิตภัณฑ์ทางไสยาไสยา
- 1.2 การศึกษาระดับในสหภาพสตรี เช่น วัตถุประสงค์ที่ต่างกัน ปัญญาทางการวิจัย วัตถุประสงค์ของสหภาพสตรี
- 1.3 วัตถุประสงค์ที่ต่างกัน เช่น มีวัตถุประสงค์ที่ต่างกันในระดับสหภาพสตรี มีการส่งเสริมในระดับสหภาพสตรี มีการส่งเสริมในระดับสหภาพสตรี
- 1.4 การศึกษาระดับของสหภาพสตรีในระดับสหภาพสตรี การศึกษาระดับของสหภาพสตรี
- 1.5 วัตถุประสงค์ที่ต่างกันสหภาพสตรี เช่น สหภาพสตรี และสหภาพสตรีอื่น ๆ วัตถุประสงค์ในการผลิตผลิตภัณฑ์
- 1.6 วัตถุประสงค์ที่เกี่ยวกับสหภาพสตรี เช่น สหภาพสตรี วัตถุประสงค์ที่ต่างกันในการผลิตผลิตภัณฑ์
- 1.7 วัตถุประสงค์ที่ต่างกันสหภาพสตรี เช่น สหภาพสตรี วัตถุประสงค์ที่ต่างกันในการผลิตผลิตภัณฑ์
- 1.8 วัตถุประสงค์ที่ต่างกันสหภาพสตรี เช่น สหภาพสตรี วัตถุประสงค์ที่ต่างกันในการผลิตผลิตภัณฑ์
- 1.9 วัตถุประสงค์ที่ต่างกันสหภาพสตรี เช่น สหภาพสตรี วัตถุประสงค์ที่ต่างกันในการผลิตผลิตภัณฑ์
- 1.10 วัตถุประสงค์ที่ต่างกันสหภาพสตรี เช่น สหภาพสตรี วัตถุประสงค์ที่ต่างกันในการผลิตผลิตภัณฑ์
- 1.11 วัตถุประสงค์ที่ต่างกันสหภาพสตรี เช่น สหภาพสตรี วัตถุประสงค์ที่ต่างกันในการผลิตผลิตภัณฑ์

### 2. แนวทางการตรวจสุขภาพ

การตรวจสุขภาพที่สอดคล้องและสัมพันธ์กันกับการผลิตผลิตภัณฑ์<sup>๒๙</sup> ได้แก่ การตรวจสุขภาพ และการวิจัยสุขภาพ

- 2.1 ตรวจสุขภาพที่ต่างกัน เช่น สหภาพสตรี วัตถุประสงค์ที่ต่างกันในการผลิตผลิตภัณฑ์
- 2.2 ตรวจสุขภาพที่ต่างกันสหภาพสตรี เช่น สหภาพสตรี วัตถุประสงค์ที่ต่างกันในการผลิตผลิตภัณฑ์
- 2.3 ตรวจสุขภาพที่ต่างกันสหภาพสตรี เช่น สหภาพสตรี วัตถุประสงค์ที่ต่างกันในการผลิตผลิตภัณฑ์
- 2.4 ตรวจสุขภาพที่ต่างกันสหภาพสตรี เช่น สหภาพสตรี วัตถุประสงค์ที่ต่างกันในการผลิตผลิตภัณฑ์
- 2.5 ตรวจสุขภาพที่ต่างกันสหภาพสตรี เช่น สหภาพสตรี วัตถุประสงค์ที่ต่างกันในการผลิตผลิตภัณฑ์

### 3. แนวทางการส่งเสริมสหภาพพืชปฏิบัติกร

พืชทุเรียนซึ่งไม่มีมาตรฐานของภาคพืชสวนกว่าครึ่งของสหราชอาณาจักรที่ลงปฏิบัติการณ์ในต่างประเทศนั้นส่งเสริมสหราชอาณาจักรโดยไม่มีใบไม้ในคนใช้ถูกคนที่มีปัญหาทางวัฒนธรรม ทั้งนี้ เพราะจะมีคนละคนละคน ซึ่งคือชื่อเดิมคือพบว่า หากพบสารหรือผลโรคบางโรค เช่น โรคโคโรนารีโมเสกซึ่งปรากฏที่อากของผลจากกรรมพันธุ์ สามารถควบคุมและป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้นกับบุคคลคนต่อไปได้ สำหรับในประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีข้อจำกัดต่าง ๆ ด้านองค์ของพืชสวนจะเป็นรวม ๆ ไป ซึ่งจะมีที่ตรวจนับถึงสาเหตุของสาเหตุที่ในกรรมและกรรมของสหราชอาณาจักรได้แก่

1. การตรวจการปนเปื้อนของผลของความผิดปกติของระบบที่มีผลต่อการมีชีวิตร (major symptoms) เด็กขึ้นใหม่
2. แผลทางพืชปนเปื้อนของผลของความผิดปกติในต่างประเทศที่ไม่มีผลต่อการมีชีวิตร (minor symptoms) 2 ล้านขึ้นใหม่
3. การตรวจการปนเปื้อนของผลของความผิดปกติของระบบที่มีผลต่อการมีชีวิตร (major symptoms) 2 ล้านขึ้นใหม่ โดยไม่มีกับ minor symptoms

อาการและอาการแสดงโดยรวม ได้แก่ พิษจากการซ้ำ ส่วนใหญ่พบที่ผลด้วยผลของพืช การปนเปื้อนของทางสรีรวิทยาถึงรุนแรงมากเวลาโต พิษจากการซ้ำซึ่งปรากฏให้เห็นเร็วขึ้นเท่านั้น โดยแนวทางการปนเปื้อนของทางสรีรวิทยาจะซับซ้อนแฉก พบว่า เด็กมีพิษจากการซ้ำทุกสำเนาภายใน 2 ปีแรก ส่วนกลุ่มปนเปื้อนของทางสรีรวิทยาจะซับซ้อนแฉก อาจพบพิษจากการซ้ำมีอัตราการประมาณ 5 - 6 ปี หรือ ต้นมีปัญหาการเจริญเติบโตเร็วขึ้นเร็วขึ้นในโรงเรือน บางรายพบว่ามีปัญหาการติดเชื้อ เช่น เช่น สมมาตรที่ต้น บุคคลที่มีภาวะปนเปื้อนของทางสรีรวิทยาบางส่วนอาจมีอาการของผลผิดปกติต่าง ๆ (Symptoms and signs) ให้เห็นชัดเจนตั้งแต่ต้นแรกเกิด เช่น กลุ่มอาการตาย

การปนเปื้อนพิษจากการซ้ำ<sup>19,20</sup> ในรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

1. การปนเปื้อนพิษ (Symptoms) การปนเปื้อนพิษคือ ผลของผลที่พบว่า เด็กคนไหนที่มี ปีศาจซึ่งส่งเสริมการปนเปื้อนพิษซ้ำ เช่น เกิดกับคนทั้งหมด อาจมีผลถึงคนมีผลแรกเกิด ส่วนการตรวจการปนเปื้อน การใช้ใบไม้จะมีมาตรฐานมาตรฐานทุก ๆ คนมีผลถึงเวลาที่ประมาณ 10 ปี อาจมีผลถึงเมื่อที่มีอายุในวัยของความเจริญที่ได้มาตรฐาน

1.1 แบบไม่เป็นทางการ เป็นกรณีการวินิจฉัยโดยใช้การทดสอบจากผู้ปกครอง ของการศึกษากิจการแบบพบกัน ความน่าเชื่อถือของการทดสอบผู้เลี้ยงดู มีความสัมพันธ์กับระดับพิษจากการทดสอบซึ่งใกล้เคียงกับการใช้แบบทดสอบวิธีการของพิษจากการ ปนเปื้อนของผู้เลี้ยงดูที่ใกล้ชิดกับเด็กและให้ข้อมูลที่มีผลก็ได้ ดังนั้น อาจจะเป็นสาเหตุทางพันธุกรรมทำให้เวลาเป็นพิษจากการปนเปื้อนแบบอย่างหนึ่งของ เพราะบางกรณีในทางปฏิบัติ มีปัจจัยหลายอย่าง ก็ทำให้เราไม่สามารถประเมินพิษจากการปนเปื้อนอย่างครบถ้วน อย่างไรก็ตามปัจจัยวินิจฉัยในวินิจฉัยของการวินิจฉัยผู้ปกครองที่ควรต้องดีกว่าความเป็นจริง ดังนั้น แพทย์ควรสังเกตการตรวจพบของโรคในเบื้องต้นควรร่วมด้วย เมื่อ มีความสงสัยความผิดปกติของผลที่ไปตรวจพิษจากการปนเปื้อนจากผู้เลี้ยงดูต่อไปหรือไม่

## 1.2 แบบประเมินทางการ

- การใช้แบบประเมินค่าตัวของตัวเองในการติดตามพัฒนาการเป็นวิธีการที่ใช้บ่อยในเวชปฏิบัติกุมารเวชศาสตร์สูงหากเด็กหรือวัยรุ่นมีอาการหรือข้อสงสัยพัฒนาการหรือพฤติกรรมผิดปกติที่พบแพทย์พัฒนาการในเด็กปกติหรือตามกลุ่มฯ
- ติดตามอาการหรือพัฒนาการโดยอ้างอิงจากคู่มือมีอาการหรือข้อสงสัยพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) ในเด็กปกติ<sup>14</sup> และคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง Developmental Assessment for Intervention Manual (DAIM) ในเด็กกลุ่มเสี่ยง
- แบบทดสอบความถนัดของผู้ปกครอง ได้แก่ Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS), Ages & Stages Questionnaire (ASQ) ปัจจุบันได้มีการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว

## 2. การตรวจคัดกรองพัฒนาการ (Screening)

### 2.1 DSPM/DAIM

2.1.1 Denver II การประเมินพฤติกรรมหรือคัดกรองพัฒนาการที่มี ใช้แบบทดสอบมาตรฐาน แต่ในประเทศไทย โดยทั่วไปกุมารแพทย์หรือผู้ดูแลเด็กในคลินิกแบบทดสอบเดนมาร์ก จะใช้ประเมินพัฒนาการ 4 ด้านหลักของเด็กแบบฉบับคัดกรอง ซึ่งใช้กับเด็กช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 5 ปี ประเมินพัฒนาการ 4 ด้าน มีดังนี้

1. Personal social คือ พฤติกรรมการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ รวมถึงกิจกรรมที่ควรยอมรับในระดับของการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น
2. Fine motor คือ การทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อมือและเท้าในการแก้ปัญหา
3. Language คือ การได้ยิน ความเข้าใจภาษา และการใช้ภาษา
4. Gross motor<sup>15</sup> คือ การเคลื่อนไหวแบบตรงการทรงตัว และกล้ามเนื้อใหญ่

2.1.2 The Goodenough-Harris Drawing Test ใช้ทดสอบพัฒนาการเด็กอายุ 3 - 15 ปี เป็นแบบประเมินแบบคัดกรองพัฒนาการแบบไม่ใช้ภาษาโดยการวาดภาพคนและสิ่งของอื่นตามจินตนาการ

2.1.3 Gesell Drawing Test เป็นวิธีทดสอบ Visual-motor perception เป็นแบบประเมินแบบ คัดกรองพัฒนาการแบบไม่ใช้ภาษา เช่น 3 ปี, 4 ปี, 5 ปี, 6 ปี, 7 ปี, 8 ปี

## การบ่งชี้ของระดับสติปัญญา Developmental Quotient (DQ) หรือ Intelligence Quotient (IQ) ได้จากสูตร

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

ลักษณะทางสติปัญญาของบุคคลที่วัดค่าทางสติปัญญา โดยวิธีทดสอบการเปรียบเทียบการวัดระดับสติปัญญา โดยแบ่งเป็น

1. บุคคลทางสติปัญญาระดับรุนแรงมาก มีความสามารถต่ำสุดจนถึงระดับเด็ก ๆ ซึ่งเป็นด้านประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว อาจจะมีอาการหรือพฤติกรรมบางอย่างได้บ้าง แต่ต้องอาศัยการฝึกอย่างมาก ส่วนใหญ่พบว่าไม่มีสติสัมปชัญญะ คืออาการการสูญเสียสติเวลา สอดคล้อง แม้จะเป็นผู้ใหญ่อีกก็ตาม
2. บุคคลทางสติปัญญาในระดับรุนแรง พบความผิดปกติของพัฒนาการตั้งแต่แรกเกิด มักมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กอื่น โดยเกณฑ์พัฒนาการด้านภาษา<sup>112,113</sup> คือความสามารถได้เกิดเสียงคำหรือวลีพูดไม่ได้โดยง่ายหรือไม่มีเสียงซ้ำหรือเสียงเดียว มีปัญญาในการเคลื่อนไหว ในบางรายพบภาวะสติปัญญาต่ำกว่า 1 ส่วน มีทักษะการมองเห็นตนเองมีสติ มีความเข้าใจในการดูแลตนเอง ทำงานง่าย ๆ ได้ ส่วนใหญ่ผู้ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดหรือต้องช่วยเหลือในทุก ๆ ด้านอย่างมากตลอดชีวิต
3. บุคคลทางสติปัญญาระดับปานกลาง มักได้รับการวินิจฉัยถึงระดับเด็กตอนโต<sup>114</sup> มีอายุน้อยกว่า 2 - 3 ปี โดยพบว่ามีพัฒนาการช้ากว่าเด็กอื่นมาก อาจมีความผิดปกติของระดับความสามารถในด้านต่าง ๆ เช่น กลุ่มอาการออทิสซึม สามารถวัดค่าทางสติปัญญาระดับปานกลาง เรียนได้ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 - 3 ในวัยเรียนมักต้องการการดูแลการศึกษาพิเศษ สามารถเรียนผู้พิการอื่นทางด้านภาษาถึงได้โดยสถานศึกษาพิเศษ ให้อาบน้ำในชุมชนได้ถึงขั้นการส่งเรื่องชีวิตและการงาน แต่ต้องการความช่วยเหลือในระดับปานกลางจนถึงตลอดชีวิต ประมาณร้อยละ 20 สามารถเรียนรู้ได้บ้างตามวัย
4. บุคคลทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย มักได้รับการวินิจฉัยถึงระดับเด็กเล็กหรือโต<sup>115</sup> เริ่มจากในวัยก่อนเรียนที่พัฒนาการจะห่างไกลคน และความสามารถมีความหมายได้เกิดง่าย ส่วนใหญ่เรียนได้ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรือสูงกว่า เมื่อเป็นผู้ใหญ่สามารถทำงาน แต่งงาน ดูแลครอบครัวได้ และอาจต้องการความช่วยเหลือบ้างเป็นครั้งคราวเมื่อมีปัญหาชีวิตหรือหน้าที่การงาน

### แนวทางการประเมินสภาพความพิการที่สามารถมองเห็นได้โดยประจักษ์

ความพิการทางสติปัญญาไม่สามารถพิจารณาได้จากสภาพความพิการที่สังเกตเห็นได้โดยประจักษ์ ตามประกาศกรมส่งเสริมสังคมและสวัสดิการสุขภาพจิตคนพิการ ไม่สามารถพิจารณาจากอุปนิสัยใจคอภายนอกหรือสภาพร่างกายผู้รับ และอาจพบ สัญญาณ อาการขั้นสูงหรือแบบที่ลดระดับพัฒนาการ ในรายงานพฤติกรรมของระดับจากโรงเรียนหรือสถานศึกษาที่สามารถนำมาใช้ประกอบในการวินิจฉัยได้เช่นกัน

แนวทางการใช้เครื่องมือในการตรวจประเมินผลวิธีนี้จัดความบกพร่องทางสติปัญญา

การวินิจฉัยทางการแพทย์ แพทย์ไม่จำเป็นต้องมีอุปกรณ์ที่สามารถตรวจวิธีนี้สองปี (2) ในการประเมินสุขภาพของทุกฝ่ายที่กังวลต้องเฝ้าระวังการวินิจฉัยโรคโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ (2) โดยไม่มีภาวะผิดปกติ และตรวจร่างกายของประเมินพัฒนาการและ/หรือประเมินสติปัญญาของของเด็ก

แนวทางการใช้เครื่องมืออุปกรณ์หรือแบบประเมินพัฒนาการ/สติปัญญาที่ช่วยในการวินิจฉัยสุขภาพมาตรฐานในประเทศไทย พ.ศ.2557 คือ

1. เครื่องมือประเมินพัฒนาการและระดับสติปัญญา โดยใช้นแบบทดสอบมาตรฐาน โดยนักจิตวิทยา ที่นิยมในปัจจุบัน ได้แก่ Bayley scales of infant development II, Wechsler Intelligence Scale for Children/I
2. เครื่องมือสังเกตพฤติกรรมการปรับตน โดยใช้นแบบทดสอบมาตรฐานโดยนักจิตวิทยาฉบับในปัจจุบัน ได้แก่ Vineland adaptive behavior scales II (VABS II)
3. การตรวจร่างกายได้เป็นและการมองเห็น พัฒนาการตามความเหมาะสม เมื่อคิดแก้ปัญหาจากการได้เป็นและการมองเห็น เป็นปัญหาทั่วทั้งที่มองเห็น และควรได้รับการแก้ไขตั้งแต่แรกเริ่ม

การช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาของการฟื้นฟูสมรรถภาพ<sup>144</sup> มีดังนี้

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (Medical Rehabilitation) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ในช่วงวัยเด็ก - 6 ปี ได้แก่ การส่งเสริม บิดามารดา ป่าปิตวิเทศ และฟื้นฟูสมรรถภาพ บกพร่องนี้ควรมี การส่งเสริมสุขภาพ เช่น เสริมปกติ การบำบัดวิเทศรวมฝึกปฏิบัติที่อาจพบรวมถึง เช่น โรคสมองพิการ Cerebral, PKU, cerebral palsy, โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หรือภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในเด็กพบ ในกลุ่มอาการดาวน์ การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น นักโภชนาการ/การดูแลสุขภาพ (นักแก้ไขการพูด) นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น การส่งเสริมพัฒนาการ<sup>145</sup> (Early Intervention) หมายถึง การจัดการแบบการฝึกทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่พัฒนาการปกติตามวัยของเด็ก จากการพัฒนาที่ช้ากว่า เด็กที่ได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการพัฒนาตนเองไว้ จะสามารถเรียนรู้ ได้ดีกว่าการฝึกเมื่อเด็กโตแล้ว ทีมที่มีวิธีนี้ควรมีบุคลากรของทางสติปัญญา เช่น นักสุขภาพการแพทย์ หรือ เด็กที่มีอัตราเสี่ยงสูงว่าจะมีการพัฒนาทางสติปัญญา เช่น เด็กคลอดก่อนกำหนด มารดาคลอดก่อนถึงครรภ์ เป็นต้น สามารถจัดโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กกลุ่มนี้ได้ทันที การจัดการพัฒนาเด็กขั้นต้นให้เข้ารับการเรียนรู้อย่างเด็ก มีสติ สามารถ และคนเริ่มลงมือทำทุกสิ่งทุกอย่าง ในการฝึกเด็กไม่ให้พัฒนาได้ช้าไปมากกว่าช่วงวัย 3 ปี จึงจะได้ผลดีที่สุด
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation) มีการจัดการศึกษาในแบบแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Educational Program : IEP) ในระบบมาตรฐานของแบบ โรงเรียนจึงดำเนินการเรียนการสอนในชั้นเรียนปกติ เรียนร่วม เรียนคู่ขนาน
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation) เป็นการฝึกอาชีพและฝึกงานชนิด พิธีในครัวทำงาน เป็นสิ่งจำเป็นมากต่อการประกอบอาชีพในวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ ฝึกการตรวจเช็คเวลา รู้จักรับคำสั่งและทำตามปฏิบัติเอง โดยไม่ต้องมีผู้เตือน การปฏิบัติตนต่อผู้ร่วมงาน และมารยาท ในสังคม เมื่อสำเร็จผู้เรียนควรช่วยเหลือให้ได้มีอาชีพที่เหมาะสม

## กรณีตัวอย่าง

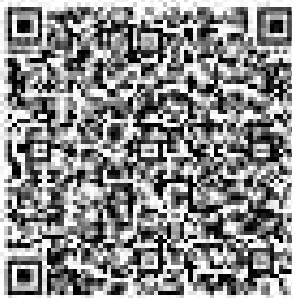
เด็กหญิงวัย ๓ ขวบ ๑ ปี เรียนชั้น ป.3 มาจากแหล่งจัดเลี้ยงอาหารกลางวัน สถานะทางสังคมไม่ชัดเจน อาจได้ผลกระทบจาก  
ไม่มีตัวส่งรถ คือรถเข็นรถได้ไม่ทันเวลาติดขัด สบไม่ได้ แสงสว่างจ้าที่ส่งไปถึงห้องนอนประมาณ ๖-๗ โมงเช้า 20  
ครูสอนตัวต่อตัวตามผลประเมินเด็กมีความเครียดเล็กน้อย และมีอาการซึมเศร้า ในห้องปฏิบัติการทำได้ดีประมาณ ๗.1  
ประเมิน IQ = 65 ประเมินพฤติกรรมการปรับตัวและช่วงเวลาที่คิดเองได้เท่ากับ อายุ 6 ปี

Diagnosis ID (รหัสและชื่อ) : 010061072 ระบอบการดูแลเด็กน้อย

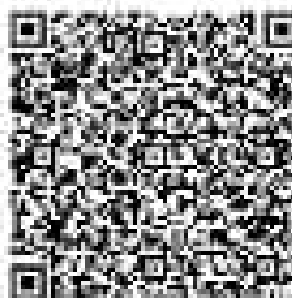
## แนวทางการช่วยเหลือ

1. ให้ความสำคัญกับครอบครัวและโรงเรียนเพื่อให้เกิดใจรัก เด็กมีการยอมรับต่อแหล่งจัดเลี้ยงอาหารกลางวัน  
ลดภาระเรียนและการใช้ชีวิตประจำวันได้เกิดจากพฤติกรรมที่ดีขึ้นอย่างใด
2. แขนงนรทางการเรียนผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เด็กพบปะกับทางการเรียนแลกเปลี่ยนกับเด็กในวัยเดียวกันจาก  
กิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน เรียนรวมกันศึกษาวิชาการได้การดูแลของครูผู้ดูแลอย่างเหมาะสม
3. ต่อเนื่องของความสามารถประมาณ 5 ปีความสามารถด้านสติปัญญาเพื่อให้เกิดสิ่งดีต่าง ๆ ตามความเหมาะสม
4. พยายามสืบเสาะหาครอบครัวมาดำเนินการตามเป็น
5. สนับสนุนด้านจิตนาการการสนทนาเรื่องจุดประสงค์ของโรงเรียนอย่างเหมาะสม

## คู่มือประกอบคู่มือการพัฒนาศักยภาพของเด็ก



คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย  
Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM)



คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง  
Developmental Assessment and Intervention Manual (DAIM)

แบบประเมินสมรรถภาพความสามารถทางสติปัญญาตามแนวทางของ ICF<sup>16d</sup>

สำหรับความสามารถทางสติปัญญา สามารถใช้รหัส ICF 10 ด้านในกรอบประเมิน ดังนี้

- ๒117 การทำงานด้านสติปัญญา (Intellectual functions)
- ๒131 การเรียนรู้ผ่านการเชื่อมโยงกับสิ่งของหรือของเล่น (Learning through action with objects)
- ๒140 การเรียนรู้ในการอ่าน (Learning to read)
- ๒510 การรับทราบทิศทางด้วยมือหรือความทรงจำ (Orientation with a watch/compass or other means)
- ๒530 การพูด (Speaking)
- ๒510 การทำความสะอาดร่างกายตนเอง (Washing oneself)
- ๒530 การดูแลการกำจัดของเสียออกจากร่างกาย (Toileting)
- ๒530 การรับประทานอาหาร (Eating)
- ๒640 การทำงานบ้าน (Doing housework)
- ๒920 นิเวศนาการและกิจวัตรประจำวัน (Habitat and leisure)

กรณีศึกษา

เด็กชายไทย อายุ 9 ปี ประเมินที่สนามกอล์ฟได้ 6 ปี ไม่ไว้วางใจ เรียนร่วมกับเด็กปกติ สามารถพูดสื่อสารบอกความต้องการ มีปัญหาเล็กน้อย เช่น พูดไม่ชัด หรือมีคำพูดสับสนเหมือนพูดภาษาใหม่ ๆ สามารถอ่านหนังสือด้วยความยากลำบาก ท่องจำได้ แต่ไม่สามารถเขียนหนังสือแบบพร้อมกันกับ 2 ชั้นเรียน มีปัญหาการอ่านหนังสือด้วยความยากลำบาก ท่องจำได้ แต่ไม่สามารถเขียนหนังสือพร้อมกันกับ 2 ชั้นเรียน มีปัญหาการเข้าร่วมกิจกรรมกับเด็กคนอื่น เช่น ไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม แต่บางครั้งก็สนใจเข้าร่วมได้ ชอบน้ำ แสงสว่างได้แสงแต่ไม่สะอาด คือการสนใจร่วมเล่นกับเด็กคนอื่น คือการให้สนใจร่วมทำความสะอาดในการปัดกวาด ดูของในบ้าน กับเพื่อนได้แสง ไม่ทนสะอาด ชอบเล่นทำงานบ้านที่ไม่ซับซ้อนได้

การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุ MRD mental retardation

สรุปว่า มีความพิการทางสติปัญญา

แบบประเมินสมรรถภาพสติปัญญาตามแนวทางของ ICF

| ระดับความสามารถในการทำงานความสามารถในการทำกิจกรรม        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ๒117 การทำงานด้านสติปัญญา                             |   |   |   | ✓ |   |   |   |
| 2. ๒131 การเรียนรู้ผ่านการเชื่อมโยงกับสิ่งของหรือของเล่น |   | ✓ |   |   |   |   |   |
| 3. ๒140 การเรียนรู้ในการอ่าน                             |   |   |   | ✓ |   |   |   |
| 4. ๒510 การรับทราบทิศทางด้วยมือหรือความทรงจำ             |   |   |   | ✓ |   |   |   |
| 5. ๒530 การพูด   |   | ✓ |   |   |   |   |   |
| 6. ๒510 การทำความสะอาดร่างกายตนเอง                       |   |   | ✓ |   |   |   |   |
| 7. ๒530 การดูแลการกำจัดของเสียออกจากร่างกาย              |   |   | ✓ |   |   |   |   |
| 8. ๒530 การรับประทานอาหาร                                | ✓ |   |   |   |   |   |   |
| 9. ๒640 การทำงานบ้าน                                     |   | ✓ |   |   |   |   |   |
| 10. ๒920 นิเวศนาการและกิจวัตรประจำวัน                    |   | ✓ |   |   |   |   |   |

การวินิจฉัยและขอตรวจประเมินความสามารถทางการเรียนรู้

คำนิยามตามประมวลกฎหมายแพ่งความพิการทางความรู้

ความสามารถทางการเรียนรู้ หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการรับรู้มีขีดจำกัดในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเกิดมาจากบุคคลนั้นมีความบกพร่องในการทำงานของสมอง ทำให้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้โดยสาเหตุการอ่านหนังสือ การเขียนหนังสือ หรือการคิดคำนวณ โดยกระทรวงได้สำรวจและจัดทำมาตรฐานชัดเจน และระดับเกณฑ์วินิจฉัยการบกพร่องมีดังนี้เช่นเรียนเขียนหนังสือบุคคลทั่วไป”

จากการนำทฤษฎีจิตแบบในชาวของเด็กรหัสเรียน และไม่มีขึ้นจากการฝึกฝนช่วงพิเศษพิเศษแบบเข้มข้น (Intensive Training) เริ่มตั้งแต่ชั้นมัธยม 6 เป็นต้น และสาเหตุจากสาเหตุการเรียน การทำงานและการใช้ชีวิตประจำวันไม่สอดคล้อง

จึงมีได้เกิดจากความไม่เข้าใจภาษาของไทย การขาดโอกาสในการเรียนรู้ ถูกทอดทิ้ง ถูกทอดละ เช่น บิดามารดาหรือครอบครัวละเลยทอดทิ้ง หรือในท้องเรียนที่การเรียนการสอนขาดคุณภาพ สถานะ ผู้คนรอบข้างมีความผิดปกติของประสาทสัมผัส หรือการควบคุมกล้ามเนื้อ หรือประมวลโรคทางจิตเวชอื่น เช่น ภาวะสติปัญญาบกพร่อง โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคทางอารมณ์หรือจิตวิทยาทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจสังคมต่างกัน

ใน พ.ศ. 2557 เป็นต้นไป พจนานุกรมศัพท์วินิจฉัยการวินิจฉัยว่า Specific Learning Disorder (SLD) โดยคณะกรรมการของสำนักงานการศึกษา การเขียน และการคำนวณ สำนักโสตศึกษาหรือสหประชาชาติมีความบกพร่องมากกว่า 1 ด้านที่ได้อธิบายการวินิจฉัยของบุคคลในวัยของความสามารถนี้ให้. ผลการวินิจฉัยบุคคลนั้นจึงอยู่ในระดับการศึกษาเท่านั้น

อาการแสดง:

อาการจิตเวชที่พบบ่อยของอาการนี้ ในเด็กต่าง ๆ ตามได้ 4 แบบ คือ

1. ด้านการเขียน คือ เด็กมีข้อจำกัดในการเขียนส่วนเด็กอื่นที่มีวัยเช่นเดียวกัน ความสามารถด้านการเขียนที่ผิดปกติมีดังนี้

1.1 ด้านหนังสือไม่ได้หรืออ่านได้ช้ามาก เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุด ส่วนเด็กอื่นไม่ได้หรือช้าสั้นลง และคำผิด สดกคำไม่ชัดเจน ด้านสะกดทุกสะกด ด้านซ้ำ ด้านผิด ด้านเขียนบรรทัด ด้านได้แต่จับบรรทัดหนังสือไม่ได้ ด้านต้นปัญหาตั้งแต่ชั้นอนุบาลโดยที่เด็กช้การมีอุปสรรคไม่ได้หรือช้าสั้นลง ความสามารถในการอ่านหนังสือโดยรวมต่ำกว่าเด็กอื่นวัยเดียวกันเขียนหนังสือแบบมีผลกระทบต่อการเรียนในชั้นเรียนและการใช้ชีวิต มีปัญหาเรื่องทิศทาง จุดไม่ชัดในเชิงเส้นเส้น การเรียงและแนวการเขียนทำได้ช้ามากและสั้นลง

1.2 เขียนหนังสือไม่ได้ สดกคำไม่ได้หรือสะกดผิดเป็นส่วนใหญ่วิจัยเขียน ช้า ๆ หรือเขียนเป็นรูปประหลาดไม่ได้ ใช้ปากในภาษาหนังสือ และแนวการเรียงหนังสือสดก หรือเขียนแนวด้านในผู้เรียน

1.3 ศิลปะไม่ได้วัดศิลปะผลิต สืบสวนเกี่ยวกับศิลปะ ไม่เข้าใจหลักการคำนวณพื้นฐาน  
บวก ลบ คูณหาร การแยกค่าตัวและการเขียนสัญลักษณ์เลขไม่แก้ปัญหาคณิต

2. ด้านพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว ไม่สนใจไม่โรงเรียน ขาดเรียน ไม่สนใจ ไม่ทำสมาธิ จุกจิก ขาดสมาธิ ขาดความรับผิดชอบ เป็นโรคสมาธิสั้น เกเรของเสียเรียนเด็กต่างไม่สนใจเรียน เกเร

3. ด้านอารมณ์ เช่น วิตกกังวล ไม่มั่นใจตนเอง ประหม่า ก้าวร้าว วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นตื่น

4. ด้านอาการทางกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง คลื่นไส้ อารมณ์ เป็นตื่น ใจสั่นไม่หาย อารมณ์ไม่คง  
ความผิดปกติ

ขณะที่อาการจิตเวชเริ่มดีขึ้นพร้อมศึกษาต่อขั้นต้น เมื่อก้าวได้ถึงการฝึกฝนกับงานเสริมพิเศษทางจิต 6 เดือน  
ก็ถึงบ้านเลขที่โรงเรียน แต่ความผิดปกติก็ยังคงปรากฏอยู่จิตเวช คือ อารมณ์วิตกกังวล เบื่อหน่ายเบื่อและการคิดคำนวณ  
ทำไม่ได้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานจิตเวช คือ มากกว่า 1 ขึ้นเรียนไม่ ระดับประถมศึกษาปีที่ 3-2 หรือ มากกว่า 2 ขึ้นเรียน  
ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ในช่วงการเรียนภาคบังคับ โลกของเพื่อนที่ถูกรังแกจากเพื่อนเป็นกิจของธรรมดา สุขุมวิท  
เมษายน 2564 แผนกการตรวจรักษาจิตเวชศึกษาการทำงานแม่พิมพ์ (นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครูการศึกษาพิเศษ)  
จึงต้องส่งผลการพบต่อการเรียน การทำงานและการใช้ชีวิตประจำวันไปตลอด

### อุปนิสัยการมี

พบได้ร้อยละ 6-9.5 ของเด็กเรียน

### กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค SLD

คือ กลุ่มเด็กที่ถูกซ้ำในช่วงวัยเด็ก จุดของจุดของจุด จุดไม่ชัด กลุ่มที่มีประวัติการคลอดผิดปกติมีอุป  
ยาก หัวเข่าของ กลุ่มเด็กผู้ขาดมีประวัติคนในครอบครัวหรือสหพันธ์มีอุปหาคกรตามสิ่งแวดล้อมทางจิต กลุ่มเด็กที่  
สมาธิสั้น เช่น ขาดสมาธิขาดสมาธิ (สมาธิขาดสมาธิ) กลุ่มเด็กขาดสมาธิขาดสมาธิ หรือขาดสมาธิ  
ขาดสมาธิซ้ำสืบสวนในศิลปะ พฤติกรรม กลุ่มเด็กที่มีปัญหาในการใช้ชีวิต จุกจิก สืบสวน เป็นตื่น ควรได้รับการ  
ตรวจคัดกรองทักษะการในช่วงวัยพัฒนา หรือขึ้นประถมศึกษาตอนต้น ถ้ามีอุปนิสัยควรเพิ่มเวลาการฝึกฝน  
กระตุ้นพัฒนาการ เพิ่มความสามารถทุกด้าน เพื่อลดความรุนแรงของปัญหาในอนาคต

### การคัดกรองและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น

เปิดดูเว็บไซต์แบบคัดกรองความสามารถที่กระทรวงศึกษาธิการ ไม่จำเป็นต้องคัดกรอง  
เด็กทั้งหมด เพราะทำให้สิ้นเปลือง การคัดกรองค้นหาเด็ก SLD ในกลุ่มต่อไปนี้ คือ กลุ่มที่มี

1. ปัญหาการอ่านหนังสือ เขียนหนังสือ หรือศิลปะสืบสวน ผลการเรียนต่ำ
2. กลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรม ทั้งกลุ่มที่แสดงออกชัดเจน เช่น จุกจิก ขาดสมาธิ ไม่มีความรับผิดชอบ ก้าวร้าว  
แสดงอารมณ์โกรธ เช่น กลุ่มเด็กก้าวร้าว ไม่มั่นใจ วิตกกังวลง่าย วิตกกังวล ขาดสมาธิ เป็นตื่น เบื่อของการศึกษา  
กับความล้มเหลว มีผลขาดทั้งด้านการอ่าน เขียนแสดงออกด้าน
3. กลุ่มที่มีเรียนที่ชั้นประถมแต่ไม่มีความสามารถสูงเกิน เช่น ปวดหัว ปวดท้อง เป็นตื่น
4. กลุ่มบางรายที่มีปัญหา ประสิทธิภาพการอ่านโรงเรียนที่ผิดปกติของครู

เมื่อคุณครูพบว่าเด็กมีระดับความสามารถในการอ่าน เขียน หรือคิดเลขต่ำกว่าเกณฑ์ตามค่าที่  
หรือต่ำกว่าต้นขึ้นเขียน คุณครูจะให้ตรวจซ่อมหนังสือพิมพ์ด้วยเทคนิค Response to Intervention ซึ่งเป็น  
มาตรฐานสากลในการให้ตรวจซ่อมหนังสือพิมพ์ที่มีปัญหาการเขียนและทศนิยม เมื่อได้ผลลัพธ์ที่ไม่ดี  
หรือได้ผลช้า คุณครูจำเป็นต้องแจ้งผู้ปกครองของนักเรียนหาสาเหตุของปัญหาการเขียนแบบ Intervention  
ซึ่งที่บ้านของนักเรียน เมื่อกระทำการตรวจหนังสือกลางกลางจริงจึงเริ่มแก่ความสามารถของเด็กไม่พัฒนา  
หรือพัฒนาได้ช้าลง จึงจะต้องดูแลแก้ไขด้วยการตรวจวินิจฉัย ทบทวนกับข้อมูลการศึกษาระดับต้น ข้อมูล  
ครอบครัวและผลการให้ตรวจซ่อมหนังสือระดับความสามารถในการอ่าน เขียน และคำนวณดูที่ระดับ  
ขึ้นเรียนได้ มีปัญหาการทศนิยม ตารางนำวิธีปฏิบัติอย่างอื่นด้วย

## แนวทางการวินิจฉัยความพิการทางการเรียนรู้

### 1. จิตประจักษ์

การจิตประจักษ์มีความสำคัญสูงสุด การจิตประจักษ์ที่ดี มีความละเอียดมากของข้อมูลในการวินิจฉัย  
บุคคลกับเด็กเพื่อให้เห็นใจว่าเด็กเข้าใจในภาษาไทย ไม่ได้ถูกสะทึงสะเทือน จากการใช้ภาษาเขียน ปริมาณเวลา  
ที่ใช้ภาษาเขียน เขียน คิดเลขกับทศนิยมแต่มีคุณภาพในการฝึกสอน

ศึกษาเขียนบทการเขียนภาษาเขียน

จิตประจักษ์ซึ่งเด็กได้รับความซ่อมหนังสือ ฝึกฝนภาษาเขียนที่บ้านและที่โรงเรียน รวมถึงระยะเวลา  
ที่ใช้ฝึกและผลลัพธ์จากการฝึกฝน

ผลตรวจทดสอบการเขียน การทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน สภาพความเปลี่ยนแปลงในทางจิตประสาท  
เช่น มีปัญหาการพูดและการสื่อสาร สมาธิสั้น ใช้มีช่วงเวลา โรคทางกาย ที่ส่งผลทำให้การเขียนเขียน  
เช่น โรคสมาธิ ปัญหารายคำ การได้ยินเสียง เป็นต้น

ศึกษาวิธีการเขียนดู รายละเอียดของวันที่กำหนดฝึกภาษา เขียน คิดเลขกับทศนิยม วิธีการฝึกฝนของวิธีที่ใช้  
ในการส่งเสริมด้านภาษาเขียน รวมถึงความถี่ความถี่ในครอบครัวและเวลาการมีรูปแบบในชีวิตของเด็ก  
รวมทั้งผลสะท้อนของจิตใจ ตารางนำ ตัวอย่าง จากการใช้เด็กมีความสามารถของระดับภาษาเขียน

### 2. ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต ประเมินระดับพัฒนาการ/ความสามารถของเชลล์ด้านต่าง ๆ

### 3. การตรวจทางจิตวิทยา ตามมาตรฐานในประเทศไทย พ.ศ. 2561 แพทย์สามารถพิจารณาส่งตรวจ ทางจิตวิทยา ในบางกรณีของในการวินิจฉัย เช่น

- กรณีมีประวัติระดับสติปัญญา ใกล้เคียงเกณฑ์ของมาตรฐาน โดเมนจิตวิทยา
- แบบประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Thai Achievement Test) ซึ่งจะประเมินความสามารถในด้านภาษา  
อ่าน เขียน คำนวณ
- แบบประเมิน Bender Gestalt Test ที่ต้องพิจารณาความสามารถในการทำงานของสมอง เป็นต้น

## เขียนไว้ในทางวิโมจย

1. สถานการณ์สุขภาพของ การวินิจฉัยเดิมคือว่ามีความพิการทางกรรมวิธี (SLD) นั้น จะต้องใช้ความเห็น จากสาขาวิชาจิตเวช ๓ สาขาขึ้นไป คือ จิตเวช จิตวิทยา หรือจิตวิทยาการศึกษาพิเศษ นักจิตวิทยา จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นหรือกรรมการแพทย์สาขาจิตเวช
2. ทุกผ่านพิจารณาซึ่งไม่สามารถวินิจฉัยโรค SLD เดิมแต่ใช้เกณฑ์ผลการตรวจระดับสติปัญญา (IQ) และ หลักฐานด้านพฤติกรรม (พฤติกรรม พฤติกรรม ลักษณะการเรียนรู้ รายงานจากแบบคัดกรองโรค SLD ของ กระทรวงศึกษาธิการ ผลการตรวจจากสาขาจิต (นักจิตวิทยา นำมาตี นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การ สื่อความหมาย (นักแก้ไขการพูด)) โดยไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลหรือความผิดปกติทางจิต จากแพทย์ แพทย์สามารถนำมารวมข้อในการวินิจฉัยได้และแพทย์สามารถวินิจฉัยโดยใช้ Clinical Diagnostic โดยไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือมาตรฐานทางจิตวิทยาเพื่อวัดระดับสติปัญญา หรือ The Achievement Test ทุกระดับ
3. โรค SLD จะมีความพิการต่อเมื่อความบกพร่องมีความรุนแรงถึงระดับกลางขึ้นไป เท่านั้น รายละเอียดของตารางความรุนแรงมีดังนี้
  - 3.1 ความรุนแรงระดับกลาง หมายถึง มีความบกพร่องในทักษะการอ่าน เขียน คำอ่าน จิตเลข >1 ส่วน โดยที่ไม่สามารถเขียนเลขได้ในระบบการเขียนการเขียนตามปกติ ซึ่งการการฝึกฝน แบบเข้มข้นโดยครูการศึกษาพิเศษ-ป็นสาขาทางการเขียนเพื่อประโยชน์ต่อเด็กเฉพาะคน (Individualized Educational Program) หรือใช้ support service ในการเขียนเลขจะ มีทั้งที่โรงเรียน ที่บ้าน ซึ่งจะสามารถเขียนเลขไปได้
  - 3.2 ความรุนแรงระดับสูง หมายถึง เด็กอ่าน เขียนไม่ได้ หรือคิดเลขไม่ได้ จนไม่สามารถ เขียนได้ในระบบการศึกษปกติ ซึ่งวิธีการศึกษาเฉพาะตัวโดยครูการศึกษาพิเศษหรือครูเฉพาะที่เขียน ทั้งในชั้นเรียน ที่ตงกิจกรรมพิเศษ หรือใช้ support service และที่บ้าน
4. ความพิการทางกรรมวิธีไม่สามารถพิจารณาได้จากเกณฑ์ความพิการเชิงประจักษ์ ตามประกาศ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จึงไม่สามารถพิจารณาจากคุณสมบัติของภาคหรือรูป ย่างของผู้ป่วย การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการทางกรรมวิธีจึงต้องทำโดยแพทย์ทุก 6 ปี
5. สถานการณ์ปัจจุบัน แพทย์ขอให้การวินิจฉัยความพิการทางกรรมวิธีในช่วงอายุที่บุคคลนั้นมิได้อยู่ ในระบบการศึกษาเท่านั้น เนื่องจากข้อจำกัดในปริมาณแพทย์ บางวันในกรณีพิเศษ SLD ได้รับ การรักษาดีแล้วของโรงเรียน เมื่อเรียนโตขึ้นจนทันเวลาศึกษาตามเกณฑ์ แต่แพทย์ผู้รักษาจึงสามารถ ต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการเพื่อให้ถึงได้รับสิทธิการสงเคราะห์บุคคลจิต

## แนวทางการขอคนดูแลสำหรับเรื่องความพิการ

จุดมุ่งหมายของการขอคนดูแลในบริบทของความพิการทางกายคือการเรียนรู้ขึ้น เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้สิทธิในทางศึกษา ที่ตรงกับความสามารถของ เด็กไม่มีความสามารถเรียนรู้ของ ที่มีความพิการอย่างต่าง ๆ ตามไม่ได้ เมื่อมีคนดูแลที่ดูแลเด็ก มีความพิการทางกายการเรียนรู้ ควรทราบว่าตนเองมีความสามารถอะไรในด้านการศึกษา หรือ เรียน หรือเรียนด้านไหน เพื่อศึกษาในวิธีการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับตนเองและการทำ Individualized Educational Program (IEP) และเห็นสิทธิของด้านอื่นที่จำเป็นในการดำรงชีวิตต่อไป

## ผลกระทบของโรค SLD ต่อเด็ก

แม้ว่าโรค SLD จะมีความบกพร่องของระบบประสาทส่วนหนึ่ง และไม่เห็นความพิการได้ ที่ตรงกลาง แต่ก็ไม่ได้รับการวินิจฉัยของชาวอเมริกันทางการแพทย์ในสถานทางการศึกษา อาจส่งผลกระทบต่อเด็ก ในระยะเวลาไปตลอดชีวิต เช่น

1. บอกรู้ตัวเองไม่ดี บอกรู้ตัวเองที่บกพร่องของตัวเองเองก็แตกต่างกันออกไป ไม่สามารถเข้าใจตัวเองที่บกพร่องได้ บอกรู้ตัวเองเป็นคนใจ ง่ายใจดีเอง อื่นๆหลาย ที่บอกรู้ตัวเองไม่ดี ถึงเรียนจึงเข้าใจไม่ได้เป็นคนใจดี
2. คิดว่าตัวเองเรียนรู้ไม่ได้และไม่มีวิธีที่จะเรียนรู้ต่อไป เด็กไม่เข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นกับตัวเอง ทำให้เรียนแตกต่างจากคนอื่น และคนรอบข้างก็อาจไม่เข้าใจได้
3. มีความสามารถใจกว้างมากกว่าคนอื่น เด็กจะถูกกีดกันเพราะคิดเห็นอยู่ในเรื่องการเรียนรู้กับคนอื่นคนอื่น อาจโดนกล่าวหาว่ามีความสามารถในใจคนอื่น
4. ถูกกล่าวหาว่า ไร้ความสามารถจากที่คนอื่นบอกรู้ใจตัวเอง ทว่าแต่ไม่เข้าใจใจผู้อื่นเขาจึงไปพูดว่า คำพูดคนอื่นผิดๆ ทำให้คนอื่นใจ เสียใจ มีผลกระทบคือ อดเรียน คำว่าร้ายๆ จนเรียนตามๆ
5. สร้างสัมพันธ์ยากกับครูไม่ได้ดี สาเหตุจากความไม่เข้าใจใจผู้อื่นเขาของครูหรือครูไม่ยอมรับในความบกพร่องของเด็ก จึงสอนและคิดสอนด้วยวิธีการปกติ และสอนไม่สนใจว่าเด็กที่สอนจะเรียนรู้อะไร เด็กจึงถูกครู ว่าว่า คำพูดคนอื่นผิดๆหรือไม่มีความสามารถ ปล่อยให้เด็กเรียนรู้อะไรถูกสอนจากคนอื่นมากกว่าคนอื่น
6. เรียนเขียนเรียน คำนึงที่เด็กคนอื่นไม่ได้ ถูกสอนให้ทบทวนในการเรียนกับคนอื่นที่อ่านด้วยวิธีที่สอนกับคนอื่น และถ้าถูกสอนจากกระบวนการเรียนที่มากกว่าคำพูดสอนกับถูกคิดความสัมพันธ์กับคนอื่น ชีวิตที่ไม่ดีที่คนอื่นหรือคนอื่นไม่เข้าใจใจคนอื่นเพราะเองไม่มีความรู้
7. ขาดความรู้และทักษะ เข้าสู่ระบบการทำงานในอนาคต ทำงานไม่ตรงใจไม่ตรงงาน มีโอกาสคิดจะลาออกทำงานอาชีพอื่น แต่ก็ไม่รู้

## แนวทางการวิจัย และทีมผู้สมรรถภาพ

แม้ว่าโรค SLD จะเกิดสาเหตุของชีวิต จุดมุ่งหมายในการวิจัยของทีมนักสมรรถภาพ เกิดขึ้นจากโรคที่กำเริบร่วม ที่พัฒนาความสามารถในการอ่าน เขียน สำหรับผู้ที่มีความซับซ้อนได้แม้ไม่ทราบเกี่ยวกับ สมองหรือผู้ที่มีความรู้ และมีความสามารถในด้านต่าง ๆ มากกว่าในการประกอบอาชีพและทำเป็นชีวิตจริงได้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### 1. แนวทางช่วยเหลือที่เหมาะสม

1.1 ศึกษานำทีมช่วยเหลือให้ทราบของเสียของโรคและข้อจำกัดของเด็กในการเรียนรู้ ให้โอกาสศึกษาตามความต้องการของเด็ก ผสมผสานโรคและข้อจำกัดของเด็ก ปรับความคาดหวังที่เด็กมีความสามารถตามความเป็นจริง

1.2 ให้ทราบผู้เรียนเอกสาร แล่นพิมพ์ คู่มือ ขีดจำกัดการฝึกฝนรวมทั้งผู้ให้ข้อมูลที่รู้ความสามารถในการฝึกฝนเด็กต่อไป

1.3 Individualized Education Program เกิดให้เหมาะสมกับเด็ก และปรับวิธีการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับความสามารถ และปรับรูปแบบวิธีการช่วยเหลือด้านการเรียน

1.4 ส่งเสริมความสัมพันธภาพของครอบครัว โรงเรียน โอกาสให้ทีมช่วยเหลือศึกษาและปรับมุมมองของครูและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับเด็ก และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอน จากปัญหาทางการเรียนของเด็ก ครูให้เวลาร่วมกับเด็กเรียนตามระดับของโรงเรียน ประเมินผลของจิตใจและให้กำลังใจ เป็นประโยชน์ ช่วยพัฒนาความสามารถของเด็กให้ก้าวหน้าขึ้นและปรับแนวความคิดในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ซึ่งให้ทีมช่วยเหลือที่ในครอบครัว

1.5 ปรับเปลี่ยนวิธีคิดเชิงลบของผู้ปกครอง โดยลดการคาดหวังที่เด็กตามช่วยเหลือมากกว่าเกินไป ฝึกฝนให้มีความสามารถตามระดับและปรับวิธีการฝึกสอน จากเดิมที่มุ่งเน้นการอ่านของโรงเรียน คาดหวังมาเป็น ความสนใจที่จะช่วยเหลือ ให้กำลังใจ สืบค้น ให้ช่วยเหลือต่างงานบ้าน ฝึกให้เป็นคนธรรมดา ไม่เกินความพิการของตน มีน้ำใจ ซึ่งจะทำให้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กมีแรงจูงใจในการเรียนรู้และประสบความสำเร็จในชีวิต

1.6 สนับสนุนให้ทีมช่วยเหลือมีส่วนร่วมในโรงเรียน ในสังคมให้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผน Individualized Education Program (IEP) ร่วมกับครูประจำชั้นและบุคลากรทางการศึกษา

2. แนวทางการช่วยเหลือเด็ก มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เด็กเข้าใจตนเอง และพัฒนาค้นตนเองต่อไปได้

2.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเด็กและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกนึกคิด หวัง เสริมใจ และช่วยเหลือให้เกิดแนวคิดในการเรียนรู้ต่อไปในตนเอง เปิดโอกาสให้เด็กได้ระบายความรู้สึกไม่เข้าใจศึกษาเรียนที่ตนเองรู้สึก

2.2 มีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับโรค Specific Learning Difficulties ให้เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรค และ ผลกระทบที่มีต่อตนเอง

2.3 ทำให้เห็นความสามารถของตนเอง ได้รู้ว่าตัวเองฉลาด เรียนรู้สิ่งไปได้ แม้ต้องใช้เวลาฝึกฝน เรียนรู้กับคนอื่นและจากคนอื่น ช่วยเหลือทางของครอบครัวและทีม ให้โอกาสตนเองสูงเด็กมีปัญหาค้นหาทีม เกิดแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการในการเรียนรู้และสร้างได้เกิดกำลังใจในการเรียนรู้

2.4 มีกลุ่มทักษะด้านการเรียน เช่น มีกลุ่มหนังสือเรียน เชื่อม ส่วนรวม โดยครูการศึกษาพิเศษ และเด็กได้ฝึกใช้ชุดเครื่องมือช่วยเรียน เช่น เครื่องมืออ่าน ไหว้ศัพท์ เครื่องช่วยพิมพ์ด้านการพูด คอมพิวเตอร์ และ software ที่ช่วยในการเรียน (โปรแกรมอ่านออก เสียงออก) เครื่องคิดเลข ดุ๊กคิด เป็นต้น

2.5 ทักษะการรวมตัวกันของเพื่อน ทักษะความสามารถทางด้าน เช่น วิชา สนทนา ศิลปะ การใช้เครื่องมือต่าง ๆ การทำกิจกรรม การใช้ภาษา การใช้คอมพิวเตอร์ การช่วยเหลือกันมีอุปมาด้วยตัวของ ส่งเสริมทักษะทางสังคม เปิดโอกาสให้มีประสบการณ์ตรงในสถานการณ์จริง เสริมสร้างความมั่นใจในตนเองและเป็นที่ยอมรับ ส่งผลให้เด็กมีความสุข ภูมิใจ เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้อื่น และสามารถยอมรับข้อจำกัดของตนเอง

2.6 ทักษะการรู้ตัวใจตนเองโดยฝึกกิจกรรมบำบัด sensory integration ศิลปะบำบัด สนทนา บำบัด มีกลุ่มทักษะที่ขาดจากด้านการเรียนรู้อื่น เช่น มีกลุ่ม มีกลุ่มทักษะการใช้มือ และการทำงานประสานระหว่างมือกับตา (fine motor skills) มีกลุ่มทักษะและการใช้การฟังโดยครูการศึกษาพิเศษ เช่น การอ่าน ออกเสียง ส่วนรวม

3. ศึกษาร่วมกันทั้งหมด เช่น วิชาคณิตศาสตร์ วิชาวิทยาศาสตร์ วิชาสังคมศึกษา วิชาศิลปะ เป็นต้น

4. วิชาสหวิทยาที่เด็กเพิ่งได้รับและปกติของสิ่งแวดล้อมของเด็ก เด็กในวัยนี้ต้องการการแก้ไขให้เด็กมีสิทธิได้รับการศึกษาพิเศษและการศึกษาโดยไม่มีเสียดสีใช้ข้างในโรงเรียนของรัฐ และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (พินิจเยี่ยม พินิจแพทย์ พินิจการศึกษา สมาคมคนพิการที่เกี่ยวข้อ เช่น สมาคมส่งเสริมศักยภาพบุคคลบกพร่องทางการเรียนรู้อื่นของประเทศไทย หรือสมาคมผู้ปกครองบุคคลบกพร่องทางการเรียนรู้อื่น เป็นต้น) ที่ต้องการลดผลกระทบจากการใช้ความช่วยเหลือเด็กในระบอบการศึกษาว่าได้รับความช่วยเหลือตามสิทธิที่ควรได้หรือไม่ เพราะของไทยยังไม่ได้รับ

5. ประสานการทำงานกับโรงเรียน ส่งเสริมและช่วยเหลือครูไทย

5.1 ส่งเสริมและช่วยผู้เกี่ยวข้อง นักสังคมสงเคราะห์และผู้ปกครองในโรงเรียนเกี่ยวกับสิทธิของโรงเรียนควรดำเนินการในเขต แนวทางการช่วยเหลือ ข้อควรระวัง ความแตกต่างของอาคารไม่เด็กแต่ละคน รวมทั้งผลกระทบที่มีต่อเด็กและผู้เกี่ยวข้อง

5.2 เชื่อมโยงข้อมูลวิชาการ เช่น ข้อมูลเรื่องโรค Specific Learning Disorders ผลกระทบทางสุขภาพ ข้อมูลโปรแกรม IT และช่วยผู้ทำให้อุปกรณ์ช่วยเหลือเข้าถึงข้อมูลสำคัญและนำไปผสมผสานเพื่อช่วยเหลือตนเองให้สะดวก

5.3 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลช่วยผู้พิการ แก้ไขและแก้ไขกำลังใจผู้เป็นช่วยเหลือ

5.4 ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพการสนับสนุนรูปแบบใหม่ เช่น crosslink Learning, group peer-to-peer link, crosslink exchange เป็นต้น ใช้แนวคิดแบบมีส่วนร่วมสหวิทยาการ มีชีวิตทั้งในรูปแบบใหม่ ใช้คอมพิวเตอร์ สื่อหลากหลายช่องทางสนับสนุน ใช้คำสั่งวิธีอื่นและเข้าใจง่าย สนับสนุนการเรียนแบบ ฯลฯ และส่งเสริมการเรียนให้เด็กผู้พิการ

5.5 เน้นให้โรงเรียนมีการฝึกสอนให้ด้านหนังสือเรียน (remediation therapy) สนับสนุนทั้งที่บ้าน และที่โรงเรียน แบบตัวต่อตัว หรือเป็นกลุ่มสนับสนุนให้เด็กเรียนภาษา (remediate school) ทั้งช่วงเวลาปกติและพิเศษและพิเศษ

5.6 ส่งเสริมให้โรงเรียนปรับทัศนคติและวิธีการที่ใช้ประเมินผล เช่น ใช้ระบบ programize โดยเด็กและผู้ปกครอง บำบัดการประเมินผลเชิงวิธี Response to Intervention (RTI) เน้นใช้ประเมินโดยการเรียนรู้แบบ

กับความสามารถของเครื่องเล่นวีซีดีเป็นช่วงสั้น ๆ มีความก้าวหน้าของตัวเครื่องเป็นปกติ โดยไม่ต้องดูแลรักษา  
กับเสียง หรือบางรายควรได้เวลาสั้น ๆ หรือแยกส่วนตัวเครื่อง ความถี่เสียงไม่ได้ให้ใช้การตอนบางเพลง  
หรืออาจใช้เทคนิคอิเล็กทรอนิกส์ที่ต่างออกไปไม่ได้ เป็นต้น

5.7 เครื่องเล่นแผ่นการวีซีดีราคาถูกลง (Compact Disc Player) เพื่อให้สะดวกใช้งาน  
และฟังเสียงได้ตรง ตามลำโพง ชุดเครื่องเล่นวีซีดีในปัจจุบัน ได้ทำตัวเครื่องและแผ่นเป็นกระดาษ และใช้วิธีการผสมกระดาษแผ่น  
ซ้อนทั้งที่ด้านนอกของวีซีดีและด้านในของแผ่น ซอนให้ตรงช่องวาง (slit) เป็นลักษณะคู่ได้ เช่น เครื่องมีปัญหาในการรับฟัง  
ก็ใช้สภาพในกล่องซ้อนเพิ่มขึ้น หากเครื่องมีปัญหาเช่นเสียงขาด (เช่นตามไม่ได้) ก็ลองใส่แผ่นบางมีสีดัดให้ถึง  
หรือใช้กระดาษจากสื่อ VCD ที่มีสีสภาพของเสียง เป็นต้น

5.8 ส่งเสริมให้โรงเรียนมีกิจกรรมประเมินเด็กที่มีปัญหาโดยใช้สหวิชาชีพ (นักจิตวิทยา ครูการศึกษาพิเศษ  
นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น) ให้ความรู้และขอความเห็นในวงสนทนาโดยการทำงานร่วมกับครูประจำชั้น ทดสอบ  
และติดตามประเมินผลจากกรณีศึกษาของครูโรงเรียน และสิทธิในการได้จับคู่การวิจัยของโรงเรียน  
ในกลุ่มที่มีปัญหาการวิจัย ให้ประวัติเด็กที่คิด อสมทิลเลอร์ นพพร ในกลุ่มที่มีปัญหาการอ่านได้ อสมทิลเลอร์  
ณ VDO / MP3 หรือกลุ่มที่มีปัญหาคำนวณ ให้ใช้ชุดอสมทิลเลอร์ เคทีของดีเอส เป็นต้น ในการมีเด็กไม่ได้  
จับตามอ่านหรืออ่านตัวที่โรงเรียนควรทำหนังสือปรึกษาผู้ดูแลของกรรมการ การศึกษาของโรงเรียน

6. แผนปฏิบัติการฝึกอาชีพ การเรียนต่อในสาขาอาชีพมีตรงกับโรงเรียนศึกษานานาชาติ

แบบประเมินสมรรถภาพทางสติปัญญาทางการเรียนรู้ ตามแนวทางของ ICF<sup>๒</sup>

ความสามารถทางการเรียนรู้ สภาวะใช้รหัส ICF T ดำเนินการประเมิน ดังนี้

- ๑140 การทำงานด้านความสนใจ (Attention functions)
- ๑140 การเรียนรู้ในการอ่าน (Learning to read)
- ๑145 การเรียนรู้ในการเขียน (Learning to write)
- ๑150 การเรียนรู้ในการคำนวณ (Learning to calculate)
- ๑720 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน (Complex interpersonal interactions)
- ๑810 การศึกษานอกระบบ (Informal education)
- ๑820 การศึกษาในโรงเรียน (School education)

กรณีศึกษา:

เด็กหญิง เรียนหนังสือในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีปัญหาในการเรียนอย่างมาก ตลอด 10 วันก่อนที่ตรวจใช้แนวทางอ่านหนังสือได้น้อยลงเรื่อยๆ มีสติ ๓ ๓ ไม่สนใจอ่านหนังสือ ไม่สนใจการทำงานอื่นใด ยกเว้นเวลาอ่านหนังสือ คือสนใจๆ ครูบอกแม่ว่ามีอาการเช่นนี้ ต้องออกจากโรงเรียน เพราะครูไม่รู้ว่าเธอสนใจอะไร เธอไม่ได้ตั้งใจ วิชาใด เรียนรู้อย่างอื่นได้เร็วมาก ยกเว้นการเรียน เธอสนใจเรียนไม่ได้เลย เธอแม่ก็ลองดูแลฝึกสอนขึ้นมาตลอด เกือบหมด วิชาใดก็ได้ และการตรวจพบว่า เด็กชาย IQ: 108 ความสามารถในการอ่านหนังสือหนังสืออยู่ที่ชั้น ป.1 การคำนวณอยู่ที่ชั้น ป.5

การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุ Mixed disorder of scholastic skills

สรุปว่า มีความพิการทางการเรียนรู้

แบบประเมินสมรรถภาพทางสติปัญญาทางการเรียนรู้ตามแนวทางของ ICF

| ระดับความสามารถในการทำงาน/ความสามารถในการทำกิจกรรม                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ๑140 การทำงานด้านความสนใจ (Attention functions)                             | ✓ |   |   |   |   |   |   |
| 2. ๑140 การเรียนรู้ในการอ่าน (Learning to read)                                |   |   |   | ✓ |   |   |   |
| 3. ๑145 การเรียนรู้ในการเขียน (Learning to write)                              |   |   |   | ✓ |   |   |   |
| 4. ๑150 การเรียนรู้ในการคำนวณ (Learning to calculate)                          | ✓ |   |   |   |   |   |   |
| 5. ๑720 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน (Complex interpersonal interactions) | ✓ |   |   |   |   |   |   |
| 6. ๑810 การศึกษานอกระบบ (Informal education)                                   | ✓ |   |   |   |   |   |   |
| 7. ๑820 การศึกษาในโรงเรียน (School education)                                  |   |   |   |   | ✓ |   |   |

**คำนิยามตามประกาศกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยลักษณะของความมั่นคงของมนุษย์<sup>๑๓</sup>**

ความพิการออทิสติก หมายถึง บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิสัมพันธ์ร่วมกับชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม จึงเป็นผลมาจากบุคคลนั้นมีลักษณะหรือในการทำงานของตนเอง ทำไม่ได้หรือจำกัด ในการสื่อสารทางสังคม และอาจมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในสถานการณ์บริบท มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่ซ้ำซากซ้ำ ๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคออทิสติกในระบับสากล

ความพิการประเภทนี้ จึงมีความหมายครอบคลุมถึง การวินิจฉัยโรคออทิสติกทุกประเภทตามที่กำหนดใน ความรุนแรง สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Autism Spectrum Disorder ในคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน หรือในระบับการวินิจฉัยโรค ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ขององค์การอนามัยโลก (ชื่อการวินิจฉัยเดิม คือ Pervasive Developmental Disorders)

**หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสติก**

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสติกจึงใช้ใบระบับสากล อ้างอิงตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับล่าสุด คือ ฉบับที่ 5 ฉบับปรับปรุงแก้ไขความ พิด Text Revision (DSM-5-TR, 2022) ซึ่งออทิสติกทุกประเภทในคู่มือการวินิจฉัยก็เรียกว่า "Autism Spectrum Disorder" ใต้เกณฑ์หลัก หลักเกณฑ์ ดังนี้

- A. มีความบกพร่องอย่างชัดเจนในการสื่อสารทางสังคม และอาจมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในสถานการณ์บริบท โสมแสดงออกทุกข้อ ดังนี้ (การวินิจฉัยนับทั้งจากประวัติก็ได้)
  1. บกพร่องในการตอบสนองทางอารมณ์และสังคม (social-emotional reciprocity) จึงเป็นได้ ตั้งแต่การเข้าหาผู้อื่นอย่างผิดปกติ ไม่สามารถสนทนา ไม่แสดงความสนใจ ขาดเมตตาหรือความรู้สึกว่าคนอื่น จนถึงไม่เริ่มต้นกิจกรรม หรือไม่ตอบสนองปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น
  2. บกพร่องในการใช้ภาษาท่าทาง เมื่อการสื่อสารทางสังคม จึงเป็นได้ตั้งแต่ การใช้ภาษาท่าทาง ที่ไม่เข้ากันภาษาพูด มีการสนทนาหรือการสื่อสารด้วยการท่าทางที่ผิดปกติ ไม่สนใจใช้วิธีหรือเข้าใจภาษาท่าทาง ของผู้อื่น จนถึงไม่แสดงทิศทางหรือสื่อสารด้วยภาษาท่าทาง
  3. บกพร่องในการพัฒนา คำไว้ และคำไ้ในสัมพันธ์จาก จึงเป็นได้ตั้งแต่ ไม่สามารถสนทนาเป็นขั้นตอน พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามบริบททางสังคมที่มีความหลากหลาย มีความยากลำบากในการสนทนาสนทนากับผู้อื่น หรือมีความยากลำบากในการสนทนา จนถึงไม่สนใจในสนทนาสนทนา

8. มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่ซ้ำซาก ซ้ำ ๆ โดยแสดงอาการข้างต้น 2 ข้อ ดังนี้

1. มีการเคลื่อนไหว รุกขาน หรือใช้วัตถุสิ่งของซ้ำ ๆ หรือคงรูปแบบการเล่นเป็นเวลานาน (เช่น การเคลื่อนไหวซ้ำๆคงไปโยกนาฬิกา ๆ การขย่มเล่นการเรียงกัน ขย่มวัตถุ รุกขานซ้ำๆของผู้อื่น หรือขย่มเล่น ๆ ที่เป็นลักษณะของเล่นที่ไม่มีสายพาน หรือใช้ความหมายเฉพาะที่ตนเองเข้าใจ)

2. แบบแผนซ้ำๆหรือพฤติกรรมไม่ชอบเปลี่ยนแปลงไปจากกิจวัตรที่คงที่ มีนิสัยในรูปแบบเดิม ๆ ไม่มีทางเลือก (เช่น แสดงความไม่สนใจต่อคำแนะนำเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของกิจวัตร ขวบซ้ำๆกับเล่นบล็อกไม้ มีความยากลำบากในการเปลี่ยนจากกิจกรรมหนึ่งไปยังอีกกิจกรรม มีรูปแบบความเคลื่อนไหวซ้ำๆ ไม่เลือกเล่น มีแบบแผนการตีความเฉพาะตัว ต้องเดินทางที่รวมตัวคนเดิน หรือกินประทานอาหารแบบเดิมๆทุกที)

3. ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ มีซ้ำซาก และจัดสิ่งของอย่างมาก ซึ่งเป็นการจัดสิ่งของซ้ำๆในแง่ของความรุนแรงหรือสิ่งไหน (เช่น ขย่มเล่นหรือจัดสิ่งของวัตถุสิ่งของบางอย่างที่แยกต่างหากหรือซ้ำๆ มีความสนใจ ขย่มเล่นกับก้อนดินในบางครั้งมากจนเกินไป)

4. เล่นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเล่นคนเดียวหรือสนใจเฉพาะตัวระบบกับสิ่งหนึ่งอย่างใดอย่างหนึ่ง (เช่น ไม่รู้จักถึงการขึ้นลง หรือความแตกต่างของอุณหภูมิ มีการทดสอบของสิ่งหนึ่ง หรือฝึกเดินพิศมัยคนเดียว เล่นคนเดียวคนเดียวคนเดียวคนเดียว หรือสิ่งที่มีคำสั่งชัดเจน (เช่น เล่นอย่างซ้ำๆ)

C. อาการแสดงออกในช่วงแรกของวัยแห่งการพัฒนา (early developmental period) แสดงออกซึ่งรูปแบบของความผิดปกติทางสังคมเกินกว่าความสามารถที่มีอยู่ซ้ำๆ

D. สาเหตุของผลคือความบกพร่องในด้านสังคม ธาตุจิต หรือหน้าที่การทำงานอื่นที่สำคัญ

E. ไม่สามารถอธิบายจากความบกพร่องทางสติปัญญา (Intelligence deficit) หรือความซ้ำซากที่เกินจากการพูดซ้ำ (global developmental delay)

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยนี้มี ให้ระบุอาการที่พบร่วมด้วย เช่น ความบกพร่องทางสติปัญญา ความบกพร่องทางภาษา และระบุความสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวชกรรม กึ่งจิตเวชกรรม บิดหรือทางจิตเวชกรรม ความผิดปกติของการเขียนารอนับระยะทาง จิตใจ และพฤติกรรมอื่น ๆ

## ภาวะที่มักพบร่วมด้วยในออทิสติก

มีหลายภาวะโรคหรืออาการ ที่สามารถพบร่วมด้วยในเด็กออทิสติกสูงกว่าเด็กทั่วไป ซึ่งภาวะเหล่านี้ไม่ใช่อาการหลักอันจะชี้ว่าเป็นออทิสติกหรือไม่ ภาวะร่วมเป็นภาวะเหล่านี้ จะไม่ทำให้สามารถวางแผนการศึกษาได้อย่างเหมาะสม ภาวะที่พบร่วมได้ มีดังนี้

1. ความบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disability) เด็กออทิสติกส่วนหนึ่งจะมีคะแนนช่วงของทางสติปัญญารวมด้วย พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 35 จึงมีตั้งแต่ระดับความรุนแรงน้อยจนถึงระดับรุนแรงมาก ในบางทีเป็นมากจนมีพัฒนาการล่าช้าอย่างชัดเจนในช่วงปฐมวัย

2. พัฒนาการด้านภาษาล่าช้า (Delayed language development) เด็กออทิสติกมักพบว่า มีพัฒนาการด้านภาษา โดยเฉพาะการพูดภาษาแรกช้า ที่พบไม่เป็นไปตามวัย อาจไม่พูด ไม่มีคำพูด ที่มีความหมาย มีการพูดล่าช้า พูดเป็นคำหรือวลี พูดเป็นประโยคสั้น ๆ ไม่ต่อเนื่อง ไม่เป็นประโยคที่สมบูรณ์

3. สมาธิสั้น (Attention deficit/hyperactivity disorder) เป็นโรคที่พบร่วมได้บ่อยในเด็กออทิสติก พบได้ร้อยละ 40 - 60 เด็กออทิสติกจำนวนมาก จะไม่นั่ง นั่งไม่สนิท นั่งไม่สนิท เป็นบ้าง และไม่มีสมาธิจดจ่ออยู่กับกิจกรรมที่ทำ ควบคุมแรงกระตุ้นตัวเอง ไม่สามารถนั่งนิ่งนิทานจบจบ

4. ความผิดปกติทาง (Anxiety) เด็กที่เป็นออทิสติกจะมีอาการวิตกกังวลสูงกว่าเด็กทั่วไป และลงหนักเป็นอาการรุนแรงแบบต่าง ๆ คือฉีก ๆ พูดซ้ำ ๆ รับประทานอาหารกินไม่ลงถึงขีดจำกัดไม่ถูกเรื่อง สิ้นเสียงง่าย ภาวะวิตกกังวลจะเป็นอุปสรรคควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมไม่ได้

5. ปัญหาการนอน (Sleep problems) เด็กออทิสติกจะมีปัญหาการนอนรูปแบบต่าง ๆ สูงกว่าเด็กทั่วไป ทั้งเรื่องการนอนหลับสั้นฉับ นอนไม่ต่อเนื่อง ภาวะตื่นกลางดึก ฯลฯ ปัญหาการนอนทำให้สุขภาพร่างกายของเด็กอ่อนแอ ปัญหาการนอนและพฤติกรรมมากขึ้น และควบคุมสติในครอบครัวสูงขึ้น

6. ปัญหาอารมณ์ทางสืบเสาะหา (Disruptive/impulsional problems) เด็กออทิสติกบางคนจะมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางสืบเสาะหา การค้นหาอาหาร หรือขโมยของที่คนอื่นคิด ซึ่งพบได้มากกว่าปกติทั่วไป โดยเฉพาะการลัก ๆ ไล่เบาะ ๆ ปล่อยทิ้ง ปล่อยสิ่ง ที่ต้องเก็บ ที่ต้องดู กลับมือได้ ฯลฯ เป็นต้น เมื่อเด็กมีอาการเหล่านี้ มักไม่สามารถสื่อสารบอกเล่าอาการได้ จึงลงมือกระทำการร้องไห้ หรือหงุดหงิดมากกว่าปกติ

7. อาการชัก (Seizures) เด็กออทิสติกประมาณร้อยละ 4 - 32 มีโอกาสเกิดอาการชักร่วมด้วย จึงพบว่ามีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมอง พบได้ทั้งในช่วงปฐมวัยและช่วงวัยรุ่น อาการชักพบได้มีหลายมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงที่เป็นวัยรุ่น จึงอาจมีอาการไม่รู้สึกตัวหรือหมดสติ หมดสติสั้น ๆ อยู่นิ่ง ๆ หรือชักเกร็งกระตุก เมื่อสงสัยว่ามีอาการชัก ให้ส่งปรึกษาแพทย์ทันที

8. โรคทางพันธุกรรม (Genetic diseases) พบว่ามีหลายโรคที่แสดงอาการของออทิสติกร่วมด้วย โรคทางพันธุกรรมที่พบได้ในเด็กที่เป็นออทิสติก เช่น Fragile X Syndrome, Tuberous Sclerosis และ Rett Syndrome (พบได้เป็นกลุ่มเฉพาะหนึ่งของออทิสติก ในปัจจุบันคิดเป็นโรคทางพันธุกรรม จึงพบได้ไม่ธรรมดา)



### แนวทางการจัดการปัญหาชีวิต

ควรจัดการปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบัน ปัญหาของประชากรที่มีเกิดขึ้น ร่วมกับการจัดการปัญหาที่ตามมาได้แก่  
ของเสีย ประสิทธิภาพเชิงประสิทธิผลทาง การบริหารจัดการ ประสิทธิภาพของระบบ ประสิทธิภาพของบุคลากร ประสิทธิภาพของ

กระบวนการให้เป็นเชิงความหมายรวมถึงการสื่อสารทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีรูปแบบ  
ของพฤติกรรม ความสนใจ พฤติกรรมที่ซ้ำๆ ซ้ำๆ และรูปแบบของสังคม ซึ่งเป็นตัวการหลักของพฤติกรรม  
และเป็นการควบคุมพฤติกรรมเป็นมาตั้งแต่เด็ก ไม่ใช่ถึงมาเป็นในภายหลัง ทั้งนี้รวมถึงประสิทธิภาพ  
ที่บุคคลมีขึ้น ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะไม่พบอาการนั้นแล้วก็ตาม

### แนวทางการตรวจร่างกายและสุขภาพจิตใจ

ควรตรวจร่างกายทั่วไป เพื่อให้การดูแลสุขภาพเป็นเชิงองค์รวม และตรวจตรวจคลื่นสั่นไหวในระบบ  
เส้น ระบบประสาท แลक्षणใหญ่ไม่พบว่ามีความผิดปกติทางร่างกาย

ควรประเมินระดับสติปัญญา และตรวจประเมินสุขภาพจิตใจ โดยมีความจำเป็นระดับการตอบสนองทาง  
สังคมน้อยกว่าปกติ เบื่อหน่าย หิว ไม่สนใจ เสียงเรื้อรัง มีการเล่นที่เฉพาะเจาะจงตามวัย หรือมีไม่เล่น  
กับเพื่อนวัยเดียวกัน ไม่สนใจที่จะสื่อสารกับผู้อื่นหรือสนใจเฉพาะ ไม่สนใจหน้าหรือสนใจเฉพาะเฉพาะตัว  
ไม่แสดงอาการวิตกกังวล ทักษะ ของการตอบสนองทางอารมณ์ เป็นสั้น

### แนวทางการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการประเมิน และการตรวจวินิจฉัยด้วยความถูกต้อง

การวินิจฉัยโรคออทิซึม อัจฉริยะตามเกณฑ์การวินิจฉัยในระดับสากล แพทย์เป็นผู้ตรวจการวินิจฉัย  
โดยอาศัยประวัติ และผลการตรวจประเมินอาการทางคลินิกเป็นหลัก ซึ่งอาจมีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์  
ในการประเมินเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

การใช้เครื่องมืออุปกรณ์นำมาใช้เพื่อคัดกรอง ประชาชนการวินิจฉัย ประเมินอาการ และอาการที่มีร่วมกัน  
แต่ไม่ได้นำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคโดยเด็ดขาด จึงขอพิจารณาเลือกให้ตามความเหมาะสมในแต่ละเวลา  
หรือไม่นำมาใช้ก็ได้ เครื่องมืออุปกรณ์ที่มีการนำมาใช้ในขณะนี้ในนิวยอร์ก มีดังนี้

1. เครื่องมือคัดกรองออทิซึม นำมาใช้คัดกรองในกลุ่มเด็กปกติทั่วไป เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง หรือผู้  
สงสัยว่าอาจจะเป็นออทิซึม จึงดำเนินการส่งต่อแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคต่อไปตามลำดับ  
ห้ามสรุปว่าเป็นออทิซึมหรือไม่จากการใช้เครื่องมือเหล่านี้ เครื่องมือคัดกรองที่มีการนำมาใช้ใน  
นิวยอร์ก ได้แก่
  - แบบสำรวจพัฒนาการเด็ก PDD SQ  
(Parental Developmental Disorders Screening Questionnaire)
  - แบบสอบถาม M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) ฉบับภาษาไทย
  - แบบคัดกรองเด็กวัยเรียนที่มีการสมาธิสั้น บทคัดย่อทางการเรียนรู้ และออทิซึม KUS-5I  
(Kaufman University Laboratory School – Strong Hospital)
  - แบบคัดกรองบุคคลที่มีความต้องการพิเศษทางการศึกษา- อัจฉริยะศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ
  - แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กที่มีระดับสติปัญญาสูงต่ำกว่าเกณฑ์ บทคัดย่อของนักวิชาการวัย  
โตสมาธิสั้น และกลุ่มอาการออทิซึม สถาบันสุขภาพเด็ก กรมสุขภาพจิต

2. เครื่องมือช่วยในการวินิจฉัยออทิสติก นำมาใช้เพื่อรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ประเภทอนุ  
 ชาติวินิจฉัย ในเด็กที่มีสมาธิสั้นหรือออทิสติก หลังจากสรุปผลคะแนนจากเครื่องมือแล้ว จำเป็นต้อง  
 ส่งต่อแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคต่อไปตามลำดับ ห้ามสรุปว่าเป็นออทิสติกหรือไม่ จากการได้  
 เครื่องมือเหล่านี้ เครื่องมือวินิจฉัยการนำมาใช้ในปัจจุบัน คือ เครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระดั  
 เบื้องต้นสำหรับเด็กไทย TDAS (Thai Diagnostic Autism Scale) ใช้สำหรับเด็กอายุ  
 12 - 48 เดือน ซึ่งประกอบด้วยทั้งการสังเกตพฤติกรรม และการสัมภาษณ์ผู้ปกครองและผู้ดูแล
3. แผนบ่งชี้เป็นสมรรถภาพคนพิการ และการให้รหัส (ICF (International Classification of  
 Functioning, Disability and Health) สำหรับคนพิการจัดไว้ในเอกสารรับรองความพิการ  
 เมื่อสหประชาชาติคนพิการ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพชีวิตคนพิการ สามารถ  
 นำมาใช้ประเมินผลเชิงคุณภาพของผู้ประกอบการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก และออกเอกสารรับรอง  
 ความพิการแล้ว ส่วนเพื่อแสดงถึงระดับความบกพร่อง หรือระดับความสามารถในการทำกิจกรรม  
 หรือการมีส่วนร่วม
4. แผนทดสอบระดับสติปัญญา (Intelligence Test) ที่สามารถวัดตามความเหมาะสม เมื่อประกอบ  
 ในการประเมินระดับความสามารถทางสติปัญญา และวางแผนดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็น  
 ทั้งนี้ต้องพิจารณาความพร้อมและความร่วมมือในการทำแผนทดสอบระดับ  
 5. แผนบ่งชี้ระดับสติปัญญา (Developmental Test) ที่สามารถตามความเหมาะสม  
 เมื่อประกอบในการประเมินระดับสติปัญญาการแต่ละด้าน และวางแผนดูแลช่วยเหลือตามความ  
 เหมาะสมกับระดับพัฒนาการ
6. การตรวจการได้ยิน ที่สามารถตามความเหมาะสม เพื่อค้นหาปัญหาการได้ยิน ในกรณีพิเศษ
7. การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography - EEG) และการตรวจพิเศษอื่น ๆ  
 เกี่ยวกับโครงสร้างและการทำงานของสมอง ที่สามารถตามความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง  
 ภาวะการชักเรื้อรัง
8. การส่งตรวจทางพันธุกรรม ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ที่ควรนึกถึงสาเหตุทางพันธุกรรม เช่น สังเกต  
 พบลักษณะผิดปกติต่าง ๆ (syndromic findings) ให้เป็นชัดเจน หรือตรวจว่าความผิดปกติของ  
 ความผิดปกติของระบบการทำงานในร่างกายน

#### แนวทางการออกเอกสารรับรองความพิการ

ระบุมารมีความพิการออทิสติกหรือไม่ โดยอ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสติกซึ่งกำหนดไว้ใน  
 ในระดับสากล เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นออทิสซึมแล้ว สามารถออกใบรับรองความพิการ ประเภทความพิการ  
 ออทิสติก ได้ภาวะต้นความรุนแรง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความประสงค์ของผู้ที่เป็นออทิสติกหรือผู้ปกครอง

ผู้ที่เป็นออทิสติกจำเป็นอย่างยิ่งจะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ ไม่ว่าจะมีระดับความรุนแรงมากหรือน้อยก็ตาม  
 ถ้าระดับความรุนแรงมากก็ยิ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นรูปธรรมมากขึ้น

## แนวทางการประเมินสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

ไม่สามารถพิจารณาขอสิทธิประโยชน์จากเกณฑ์ความพิการเชิงประจักษ์ ตามประกาศกรมส่งเสริม  
และกึ่งหน่วยงานการจ้างงาน

การพิจารณาเบื้องต้นของคณะกรรมการรับรองความพิการ ประเภทความพิการเชิงประจักษ์ ไม่สามารถพิจารณา  
เข้าไปสายส่งหรืออุปถัมภ์ของรัฐ

## แนวทางการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

ในปัจจุบันยังไม่มียุทธศาสตร์การรักษาสถิติพิการที่จำเพาะเจาะจงให้เห็นชัดเจนได้ แต่ก็สามารถดำเนินการฟื้นฟู  
สมรรถภาพให้เข้ามามีบทบาทมากขึ้นได้ตั้งแต่สถานศึกษาของโรงเรียน สถานการณของรัฐ ภาครัฐ ภาคเอกชน และ  
ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้เป็นอย่างดี โดยมีการผู้ให้บริการสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในสถิติ  
แล้วพบว่ามีความแตกต่างกับอย่างชัดเจน

การดูแลสุขภาพเพื่อคุณภาพเหมาะสม ถูกต้องตามหลักวิชาการ ดำเนินทำตั้งแต่ช่วงอายุ 3 ขวบเป็นจุด  
พบว่าได้ผลดีกว่าการรักษาสถิติพิการอื่น ดังนั้นการวินิจฉัยโรคให้เร็ว เริ่มให้มีการดูแลสุขภาพเพื่อสิ่งแวดล้อม  
และทำอย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด

การดูแลสุขภาพของสถิติพิการ จำเป็นต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทาง และทีมงานผู้ให้บริการจาก  
สหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย นักจิตวิทยาคลินิก (psychological) ภาษานาสิกเวชศาสตร์ (child  
psychiatry) แพทย์ นักเวชศาสตร์ การศึกษาความพิการ (pediatric therapist) นักศึกษาพยาบาล (nurse)  
การศึกษากิจการ (social worker) การศึกษา (special education) นักสังคมสงเคราะห์ (social worker)  
อาสา ทักษะสำคัญไม่ได้มีผู้ให้บริการทุกคน แต่ผู้ให้บริการที่ควรพิจารณาว่าสามารถนำวิธีการบำบัดรักษาต่าง ๆ  
ที่ได้มี มาประยุกต์ใช้ที่บ้านอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญ

การดูแลสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการเป็นของสถิติพิการ ไม่มีวิธีการใดที่ดีที่สุด หรือของดีที่สุด  
เห็นวิธีการเดียว และไม่มีรูปแบบที่เป็นสูตรสำเร็จรูปแบบเดียวใช้ได้กับทุกคน แต่ต้องเป็นการดูแลสุขภาพแบบ  
บูรณาการ จึงมีแนวทาง ดังนี้

1. ตรวจประเมินสุขภาพ การศึกษา การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพจำเป็น ขาดแผนการดูแลสุขภาพ  
ของสถิติพิการตามอาการอย่างชัดเจน
2. เสริมสร้างศักยภาพการยอมรับเรื่องของผู้ปกครอง ให้ความรู้ ให้การปรึกษา และตรวจเช็ค  
ครอบครัว จึงเป็นสิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกก่อนเริ่มการบำบัดรักษาเด็ก
3. ส่งเสริมทักษะการ พิจารณาการวินิจฉัยผู้พิการต่าง ๆ บทบาทของนักศึกษากิจการ การรวมเข้ามามีบทบาทผู้ดูแล  
ตามความจำเป็นของสังคมและคนพิเศษต่างกันไป ใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
4. เสริมสร้างทักษะสังคม และทักษะการสื่อสารกับคนอื่น ๆ
5. ให้คำปรึกษา จิตบำบัด ครอบครัวบำบัด ตามสภาพปัญหาและความจำเป็น
6. การศึกษาตัวเอง นำมาใช้ในการวิเคราะห์อาการที่พบร่วม เช่น สมาธิสั้น ปัญหาทางจิตใจ การเรียนรู้  
และพฤติกรรม โรคออทิซึม
7. การบำบัดรักษาเสริมและทางเลือกอื่น ๆ ซึ่งเหมาะสม ควรดูไม่เกี่ยวกับการรักษาสถิติพิการอื่น

8. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลส่งเสริมการเรียนรู้แบบศตวรรษที่ 21
9. การที่บัณฑิตผู้สำเร็จการศึกษาสามารถปฏิบัติงานในสถานประกอบการได้
10. การที่บัณฑิตผู้สำเร็จการศึกษาสามารถแข่งขันในตลาดแรงงานได้
11. การที่บัณฑิตผู้สำเร็จการศึกษามีคุณธรรม จริยธรรม และค่านิยมที่ดี
12. การที่บัณฑิตผู้สำเร็จการศึกษามีสุขภาพกายและใจที่ดี

ในมิติรูปแบบนวัตกรรมการป้อนบัณฑิตที่สำเร็จรูป ที่เหมาะสมสำหรับทุกคน เป็นตัวอย่างระดับความรุนแรง ผลการปฏิบัติงานของแต่ละคนแตกต่างกัน และบริบทในแต่ละช่วงวัยแตกต่างกัน จึงต้องออกแบบนวัตกรรมการป้อนบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษาให้สอดคล้องกับบริบทของการดูแล และปฏิบัติงานการดูแลตามช่วงวัย

#### แนวทางการพิจารณาคุณภาพการป้อนบัณฑิตที่ส่งเสริมการเรียนรู้แบบศตวรรษที่ 21

พิจารณาคุณภาพการป้อนบัณฑิตที่ส่งเสริมการเรียนรู้แบบศตวรรษที่ 21 ตามระดับบัณฑิตศึกษา และการพิจารณาการดำเนินงานผู้ดำเนินการแต่ละ

## แบบประเมินสมรรถภาพสมรรถภาพองค์ที่สี่ฝึกตามแนวทางของ ICF<sup>๒๖</sup>

การใช้รหัส ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) สำหรับ  
สมรรถภาพที่มารวมในเอกสารรับรองความพิการคือรหัสที่เป็นสมรรถภาพ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนา  
คุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในสมรรถภาพองค์ที่สี่ ควรประเมินการเข้าถึงกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วม  
อย่างน้อย ๓ รหัส คือ

- ๘๑๑๐ การรับการสื่อสารด้วยข้อความภาษาพูด
- ๘๑๑๕ การรับการสื่อสารด้วยข้อความที่ไม่ใช่ภาษาพูด
- ๘๑๒๐ การพูด
- ๘๑๒๕ การสนทนา
- ๘๓๑๐ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลขั้นพื้นฐาน
- ๘๓๒๐ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลขั้นสูง
- ๘๑๒๐ บินเฉพาะการและกิจการรวมภาพ

**กรณีตัวอย่าง:**

เด็กชายไทย อายุ 5 ขวบ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิซึม (Autism Spectrum Disorder) ซึ่งพูดไม่เป็นประโยค มีกิริยาพิสดาร ใดๆ หรือจุดแข็งใดๆ มีทักษะบุคลิกภาพของตัวเองที่มีใจรักทำใจเป็นส่วนใหญ่ ไม่สามารถเริ่มต้นการสนทนากับบุคคลอื่นได้เอง สามารถเข้าใจและรับรู้ความหมายที่แท้จริงของข้อความที่เป็นภาษาพูดของตนเอง เข้าใจผิดเป็นบางครั้ง แยกแยะอารมณ์กับเสียงสัตว์ต่างๆได้ แต่ไม่เข้าใจภาษาท่าทางเลย เวลาเด็กพูดก็ยังคงติดขัด ไม่ยอมพ่นคำสนทนาออกมาด้วยตัวเอง ไม่สนใจหรือฟังไม่ทัน ไม่สนใจหรือใช้สิ่งต่างๆในการสื่อสารกับคนรอบข้าง เป็นโรคของเขตรอบ สามารถทำกิจวัตรประจำวันที่ตัวเองสนใจได้ แต่มีทักษะอยู่ในเรื่องการสื่อสารของสื่อสารเด็กส่วน ขึ้นอยู่กับเขา หรือไม่มีสนใจอะไรกับสิ่งอื่นเลย

มีการทดลองปฏิบัติงานในลักษณะที่มีจุดประสงค์ของงานที่เฉพาะ เช่น การเก็บสิ่งของในชั้นเรียน ถึงเวลาเก็บของในห้องเก็บสิ่ง ใดๆ เวลาไม่สนใจอะไรเขาไม่มีสนใจสิ่งอื่น จนกระทั่งคนอื่นหันมาสนใจเขา เขาก็หันมาสนใจจากกลุ่มเพื่อน ไม่มีใครสนใจเขาด้วยตัวเอง ไม่แสดงความคิดเห็นหรือรับสนทนา หรือทำสิ่งที่ไม่สนใจ หรือรวมงาน แต่เมื่อมีคนชวนรวมรวมทำร่วมกับเพื่อนบางคน ใดๆ

**กรณีวินิจฉัยโรค Autism Spectrum Disorder**

มีความพิการในระดับ ความพิการออทิซึม

**การประเมินสมรรถภาพสติการออทิซึมตามแนวทางของ ICF**

| ระดับความบกพร่องในการทำงาน / ความลำบากในการทำกิจกรรม     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. #310 การวินิจฉัยการสื่อสารด้วยข้อความภาษาพูด          |   | ✓ |   |   |   |   |   |
| 2. #315 การวินิจฉัยการสื่อสารด้วยข้อความที่ไม่ใช่ภาษาพูด |   |   |   |   | ✓ |   |   |
| 3. #330 การพูด   |   |   |   | ✓ |   |   |   |
| 4. #350 การสนทนา   |   |   |   |   | ✓ |   |   |
| 5. #710 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลระดับพื้นฐาน              |   |   |   |   | ✓ |   |   |
| 6. #720 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน                |   |   |   |   | ✓ |   |   |
| 7. #920 มีบทบาททางสังคมที่กระจัดกระจาย                   |   |   |   | ✓ |   |   |   |

## เอกสารอ้างอิง

### บทที่ 1 การวินิจฉัยดีดและตรวจประเมินความสามารถทางการเห็น

1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานวินิจฉัยโรคตา (2558) เรื่อง ปรอท และหลักเกณฑ์การพิจารณา ค.ศ. 2558. <https://www.moph.go.th/website/558>
2. นภาพร สนาบุญชัย. (2551). การวัดระดับสายตา และตรวจตาของตา (Visual Acuity and Ocular Health) <https://www.moph.go.th/>
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือมาตรฐานการประเมินความสามารถตามประเภทของโรคตาของให้วีซีที (CF). <https://www.moph.go.th/website/555/555/555/555/555/555/555/555/555/555/>

### บทที่ 2 การวินิจฉัยดีดและตรวจประเมินความสามารถทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

#### ● ความพิการทางการได้ยิน

1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานวินิจฉัยโรคตา (2558) เรื่อง ปรอท และหลักเกณฑ์การพิจารณา ค.ศ. 2558. <https://www.moph.go.th/website/558>
2. Joint Committee on Infant Hearing. (2019). Year 2019 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *J Early Hear Defect Interv*, 4(2), 1-44. <https://doi.org/10.15142/jehd.2019.748>
3. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการตรวจคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual). <https://www.moph.go.th/website/558/558/558/558/558/558/558/558/558/558/>
4. สินดา ปิ่นทอง. (2560). บุคลากร ใน ศิริราช สภากาชาด, สถานสงเคราะห์เด็กชาย, ศูนย์เด็กพิการ และ ศูนย์ฯ เยาว์ชีวิต (นราธิวาส), ศาสนา ศส และ ศาสนา (กรุงเทพ) (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4, น. 313-319). กรุงเทพฯ: ศูนย์ และศูนย์ และศูนย์ฯ
5. คู่มือวินิจฉัยและบันทึก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและคัดกรองพัฒนาการเด็ก (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). <https://www.moph.go.th/website/560/560/560/560/560/560/560/560/560/560/>

6. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๖). คู่มือฝึกสอนวิธีฝึกฝนการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลเพื่อประกอบวิชาชีพพยาบาล. <https://hp-anamai.mech.go.th/hp-manual-official/2023997>
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. Prozedo, S., Papinczak, T., & Glasziou, P. (2005). 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. Tomer-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.0b013e318161e41280>
11. Yimtae, K., Irajona, P., Thanawirattananit, P., Sookutai, S., Saibua, S., Kasemair, P., et al. (2015). A Tablet-Based Mobile Hearing Screening System for Preschoolers: Design and Validation Study. *JMIR Mhealth Uhealth*, 4(10), e156. <https://doi.org/10.2196/mhealth.2563>
12. Tananuchitkul, P., Yimtae, K., Chayodcha, N., Thanawirattananit, P., Kasemair, P., & Promchai, P. (2023). App-Based Hearing Screenings in Preschool Children with Different Types of Headphones: Diagnostic Study. *JMIR Mhealth Uhealth*, 14, e44703. <https://doi.org/10.2196/44703>
13. Chuancharoat, 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/s00405-025-09663-2>
14. สุวณิช ปะเดสภ, นกิสต์ ชวนมณี, พิทยาภส นิลวณิช, ศิวาทว เกียรติกุล, สุวิชา แก้วศิริ, และ นิตยาสิริณ กุส. (2567). การศึกษานักศึกษานิเทศศาสตร์ที่มีอาการได้ยิน: จากการศึกษาการได้ยินในทางแพทย์เกิดถึงอาการได้ยินประสาทหูเสื่อม. *วารสารสุขภาพชุมชนไทย*, 25(2). <https://he02.sciencelibrary.org/oaex.php?url=article/new/270380/186527>

15. พิณภาพล ปิตธวิษณฺโณ. (2558). การตรวจการได้ฉิมใบเสด็จ (Heeding Leaf to a King). สถาบันพัฒนาการพิมพ์ (1992).
16. สุวิชา แก้วศิริ. (2560). โศกสันนิษัทยาสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. ใน วิเชียร อังศิริโรจน์, สาธิตาพร โฉมเสถียร, สุวิชา แก้วศิริ, และ ศณัฐพร เจหาปัดธิณฺ์ (บรรณาธิการ), *ตำราสุขภาพ สุข งาม สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4, น. 347-368). แสงดาว เอ็มเอส แอนด์ แอวเรจวิชันเมนท์.
17. ศณัฐพร เจหาปัดธิณฺ์. (2565). หลักการตรวจการได้ฉิมแบบสิ่งแวดล้อมสุจริตธรรม (พิมพ์ครั้งที่ 1), สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต.
18. ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (10 กุมภาพันธ์ 2569). หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดบุคคลที่มีสภาพความพิการที่สามารถขอรับได้ฉิมใบเสด็จ พ.ศ. 2569. <https://www.doe.go.th/th/about-us/press-releases/announcement/2569-04>
19. สุวิชา แก้วศิริ. (2566). ความพิการทาง การได้ฉิม: บทนำ การขอคนพิการรับรถ และอุปกรณ์รถจักรยานเพื่อสำหรับผู้สูงอายุเรื่องการได้ฉิม. ใน ศณัฐพร เจหาปัดธิณฺ์ และ กรรณิการ์ รุ่งโรจน์รังษิณี (บรรณาธิการ), *Update in Practical ENT ครั้งที่ 24 Hearing Rehabilitation การฟื้นฟูการได้ฉิม* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สาขาวิชาโสต ศอ นาสิก จักษุ และประสาทหู ศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต. <https://www.doe.go.th/press-releases/announcement/book/2566-24-update-in-practical-hearing-rehab/>
20. สำนักพิมพ์บางกอกเอ็ดดูเคชันส์ สำนักพิมพ์ผลิตกระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือมาตรฐานการประเมินความสามารถตามประเภทความพิการของไอทีทีซี (CF). <https://www.doe.go.th/เอกสาร-สื่อ/สื่อเรื่อง/สื่อเรื่อง2555/>

● ความพิการทางการสื่อสารความหมาย

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการ พ.ศ. 2550 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556.
2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2568). ประกาศเรื่อง ประเภทของ หลักเกณฑ์การพิจารณา พ.ศ. 2568. <https://www.doe.go.th/เอกสาร-สื่อ/สื่อเรื่อง/2568>
3. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2559, 6 กันยายน). ประกาศเรื่อง กำหนดให้กระทรวงมหาดไทยคนพิการรับของสาธารณะ. ราชกิจจานุเบกษา, 133 (ฉบับพิเศษ 129 ง).
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). มาตรฐานการประเมินโรคติดบ่วงสารเสพติดในคนที่มีสติปัญญาต่ำกว่าหรือความหมาย.

5. สมาคมโรคสมองผิดปกติทางประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. (2543). *รายงานการวิจัย  
บางสาขาวิชาสาขาโรคสมองผิดปกติทางประสาทวิทยา*.
6. Sindermauk, D. (1985). *The survey of speech defects among Prothem 4 students in  
Mitcompon school group (Master's thesis, Mahidol University)*.
7. ศรีวิมล โนนเรือทวีปิจ, นันทนา ป่าชาอุษณีภักดี, และ สิริวิญญา เอื้อศรีวัฒนพงศ์. (2541).  
*ความสามารถในการแปลงเสียงพูดของศิษย์ของระดับประถมศึกษา 5-10 ปี. ภาษิตวิทยา, 8, 763-768.*
8. Sarankavit, 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 PCA 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. Pracharitgukdee, N., Phanthumchinda, K., Huber, W., & Williams, K. (1993). *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. Teeragong, W. (2003). *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. Pracharitgukdee, N., Manochiopinig, S., Lertbanunyagong, S., & Sutantawibon, S.  
(1999). *The Thai nasality test for cleft palate patients. Chulalongkorn Medical  
Journal, 43(10), 711-721.*
14. สมจิต ธรรมสุข. (2553). *การฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีระดับการสื่อสารที่ต่ำสุดของสหราชอาณาจักร  
และการของประเทศไทย. บทวิทย: สถาบันสิทธิมนุษยชนและสิทธิมนุษยชนของประเทศไทย*
15. สำนักงานโสตประสาทและหูคอจมูก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). *คู่มือการตรวจและ  
ประเมินความสามารถการสื่อสารของประเทศไทยของไอพีที (IPF)*.

16. Stigandic, 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](https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-21-00197)

### บทที่ 3 การวินิจฉัยและตรวจประเมินสภาพการพหุการเคลื่อนไหวของร่างกาย

1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยมาตรฐานการวินิจฉัยโรคของบุคคล. (2565). ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยวิธีการ พ.ศ. 2565. <https://law.mtrc.go.th/law/view/459>
2. Del Pino, M., Fano, V., & Adamo, P. (2020). Growth in achondroplasia, from birth to adulthood, analyzed by the Jk&2 model. *J Radio Endocrinol Metab*, 53(12), 1589-1595.
3. Hoover-Fong JE, Schuele KJ, Alzola AY, et al. (2021). Growth in achondroplasia including stature, weight, weight-for-height and head circumference from CLARITY: achondroplasia natural history study - a multicenter retrospective cohort study of achondroplasia in the US. *Orphanet J Rare Dis*, 16(1), 522.
4. Nagini, S., Donzelli, S., Aulisa, A. G., et al. (2018). 2016 SOSOPT guidelines: Orthopaedic and rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scandinavian Spinal Disorders*, 15, 5.
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., & Horns, V. (1988). The Barthel ADL Index: A reliability study. *Int Rehabil 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). Lag 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. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือมาตรฐานการประเมินความเสี่ยงการระบาดวิทยาฉบับที่ ๑๖: ๑๖.๓ ความผิดปกติทางจิตเวช. ICF. <https://www.iaamr.org.th/attachmentlibrary/96261457/>

**บทที่ 4 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความผิดปกติทางจิตเวชหรือพฤติกรรม**

- ความผิดปกติทางจิตเวชหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคจิตเวช
  1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยโรคและความเป็นอันตรายของมนุษย์. (2568). เรื่อง ประมวลของหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค. 2568. <https://www.rso.go.th/revamp/459/>
  2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Tenth Revision Thai Modification (ICD-10-TM) Volume 5 Standard Coding Guidelines Version Edition 2017 (พิมพ์ครั้งที่ 1).
  3. ศาณี สุรพันธ์, ฉิ่งอุมาณี เสงฆิณี, วิชวา วิชาไพบูรณ์, และคณะ. (2558). คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความผิดปกติทางจิตเวชและการตรวจการพิจารณาสิทธิของความเป็นอันตรายของหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555. กรมส่งเสริมสุขภาพคุณภาพชีวิตและคุณภาพ.
    4. รายงานการประชุมคณะทำงานกำหนดหลักเกณฑ์การวินิจฉัยและตรวจประเมินความผิดปกติ. (22 มีนาคม 2565).
  5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือมาตรฐานการประเมินความรุนแรงของโรคทางจิตเวชฉบับที่ ๑๖: ๑๖.๓ ความผิดปกติทางจิตเวช. ICF. <https://www.iaamr.org.th/attachmentlibrary/96261457/>
  6. ชิจิโรชิ ปุริโกเฮโก, เบ็ญจมาศ พงศ์กานนท์, บุรินทร์ สุวธุณศิริกฤษี, และคณะ. (2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือจิตในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ (พิมพ์ครั้งที่ 1) และฉบับปรับปรุง.
    7. พิชญ่า วิมลกรวณ, กิ่งกาส จิรสุโรหงส์, สวัสดิ์ เมื่องสารณ, และคณะ. (2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือจิตในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ (พิมพ์ครั้งที่ 1) และฉบับปรับปรุง.
      - การพิมพ์.



## บทที่ 5 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความสามารถทางสติปัญญา

1. อดิศว์สุตา เมธีขงู. (2566). การตรวจและวินิจฉัยความสามารถทางสติปัญญา. ใน คู่มือตรวจและประเมินแบบวินิจฉัยความสามารถตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทของสมรรถนะที่กรมศึกษา (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 (พิมพ์ครั้งที่ 5, น. 63-71). กรุงเทพมหานคร:กรมการแพทย์แผนงประเทศไทย.
2. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2566). เรื่อง ประเภทของสมรรถนะที่กรมศึกษา พ.ศ. 2566. <https://law.mtrca.go.th/law/%E0%B7%99>
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
4. นพ.ดร. ศรีวงค์กานิช และ อีรวภา ชินสุวรรณ. (2562). การตรวจและวินิจฉัยปัญญา. ใน *สำรวจระบบทึบตรวจของทฤษฎีรวมเด็ก* (น. 482-489). กรุงเทพฯ.
5. Ka, X., & Liu, J. (2017). Intellectual disability. In J. M. Rey (Ed.), *WACAP 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. Graydenus, H. A. Omar, & J. Merrick (Eds.), *Neurodevelopmental disabilities: Clinical care for children and young adults* (pp. 167-171). Springer.
7. นิธนา สขภิกสิ. (2551). พัฒนาการเด็ก. ใน นิธนา สขภิกสิ, อภิญญา อิบานนท์, วริวรรณ รุ่งไพโรจน์, ทิพวรรณ อรรถสุนาลัย, และ นิธนา สขภิกสิ (บรรณาธิการ), *สำรวจพัฒนาการของทฤษฎีรวมเด็ก* (น. 360-394). ไร่สีสุก พิมพ์โรง.
8. อภิมา จุฑาภิกษี และ สุวีร์ลักษณ์ สุวณิชพงศ์. (2556). พัฒนาการเด็ก. ใน ทิพวรรณ อรรถสุนาลัย, วริวรรณ รุ่งไพโรจน์, สุวีร์ลักษณ์ สุวณิชพงศ์, และ อีระศักดิ์ ชลไชย (บรรณาธิการ), *สำรวจพัฒนาการของทฤษฎีรวมเด็ก เล่ม 3 การดูแลเด็กสุขภาพดี* (น. 39-52). กรุงเทพฯ: พิมพ์โรง.
9. Moadabier, J. B., & Shavel, M. (2014). Comprehensive evaluation of the child with intellectual disability or global developmental delays. *Pediatrics*, 134, e905-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. อดิศว์สุตา เมธีขงู. (2561). การเฝ้าระวังและติดตามพัฒนาการเด็ก. ใน *สำรวจระบบทึบตรวจของทฤษฎีรวมเด็ก* (น. 147-176). ไร่สีสุกพิมพ์โรง.

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*, 96-99.
13. Feldman, H. M., & Morick, C. (2008). Assessment of language and speech. In M. L. Wechsler, S. 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., & Ratoff-Schaub, K. (2011). Growth and development. In R. Pokai, & D. Pokai. (Eds.), *Textbook of family medicine* (8th ed., p. 435). Elsevier.
16. McQuiston, S., & Kloczko, N. (2011). Speech and language development: Monitoring progress and problems. *Pediatr Rev*, *32*(6), 250-258.
17. Gerber, R. J., Wilks, T., & Enfo-Lalang, C. (2011). Developmental milestones 3: Social-emotional development. *Pediatr Rev*, *32*, 533-536.
18. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือมาตรฐานการประเมินความสามารถตามโปรแกรมการฝึกสมองไว้รพช. *CF*. <https://www.snmri.go.th/semantic-library/816f100e1/1/>

#### บทที่ 6 การวินิจฉัยและตรวจประเมินความสามารถทางการเรียนรู้

1. ปราชญ์การตรวจการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์. (2568). เรื่อง ประเมินศักยภาพการฝึกสมองฝึกใจ. ค.ศ. 2568. <https://www.thaiassociation.go.th/sem/452>
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือมาตรฐานการประเมินความสามารถตามโปรแกรมการฝึกสมองไว้รพช. *CF*. <https://www.snmri.go.th/semantic-library/816f100e1/1/>

## บทที่ 7 การวินิจฉัยและตรวจประเมินสภาพการขอthesis

1. ประกาศกระทรวงการศึกษาศาสตร์วัฒนธรรมที่มีผลของพ.ร.บ. (2555) เรื่อง ปรก.เขต  
ของมหาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ พ.ศ. 2558. <http://www.kmutt.ac.th/Download/459>
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2555) คู่มือมาตรฐานกลาง  
ประเมินความสามารถตามโปรแกรมการบริการของเว็บไซต์ (CF). <http://www.ssc.moph.go.th/เอกสาร/36/คู่มือ/36%20CF%20ฉบับแก้ไข.pdf>

# ภาคผนวก

ประกาศกระทรวงการพาณิชย์ เรื่อง การขึ้นบัญชี

ที่ ๑๔ ประเภทผลิตภัณฑ์ความพิการ พ.ศ. ๒๕๖๘

หน้า ๑๖

วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๘

พ.ศ. ๒๕๖๘

หน้า ๑๖ จาก ๑๖๖๖

ประกาศกระทรวงการพาณิชย์ เรื่อง การขึ้นบัญชี  
ประเภทผลิตภัณฑ์ความพิการ พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เมื่อ พ.ศ. ๒๕๖๘ ได้มีพระราชบัญญัติการขึ้นบัญชีผลิตภัณฑ์ความพิการ พ.ศ. ๒๕๖๘

ฉบับที่ ๑๖๖๖ ลงวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๘ ซึ่งตราขึ้นไว้เพื่อปรับปรุงการขึ้นบัญชีผลิตภัณฑ์ความพิการ พ.ศ. ๒๕๖๘ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและความเป็นจริงของตลาด

จึง มี ความเห็นสมควร ให้ประกาศขึ้นบัญชีผลิตภัณฑ์ความพิการ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑. ประเภทผลิตภัณฑ์ความพิการที่ขึ้นบัญชี

ข้อ ๒. ใบบอก

๑) ผลิตภัณฑ์ความพิการที่ขึ้นบัญชี พ.ศ. ๒๕๖๘

๒) ผลิตภัณฑ์ความพิการที่ขึ้นบัญชี พ.ศ. ๒๕๖๘

๓) ผลิตภัณฑ์ความพิการที่ขึ้นบัญชี พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๓. ใบบอก

๑) ใบบอก

๒) ใบบอก

๓) ใบบอก

๔) ใบบอก

๕) ใบบอก

๖) ใบบอก

๗) ใบบอก

ข้อ ๔. ใบบอก

๑) ใบบอก



සාමාන්‍ය පාලන කොමිෂන් සභාවක් සඳහා පවත්වා ගත යුතු විධිවිධාන සම්බන්ධයෙන් සඳහන් කර ඇත.

16. සාමාන්‍ය පාලන කොමිෂන් සභාවක් සඳහා පවත්වා ගත යුතු විධිවිධාන සම්බන්ධයෙන් සඳහන් කර ඇත. විද්‍යාල පාලන කොමිෂන් සභාවක් සඳහා පවත්වා ගත යුතු විධිවිධාන සම්බන්ධයෙන් සඳහන් කර ඇත.

17. සාමාන්‍ය පාලන කොමිෂන් සභාවක් සඳහා පවත්වා ගත යුතු විධිවිධාන සම්බන්ධයෙන් සඳහන් කර ඇත.

18. සාමාන්‍ය පාලන කොමිෂන් සභාවක් සඳහා පවත්වා ගත යුතු විධිවිධාන සම්බන්ධයෙන් සඳහන් කර ඇත. (The International Protocol Committee of People and School Staff (ICPS) විසින් සකස් කළ විධිවිධාන සම්බන්ධයෙන් සඳහන් කර ඇත. (The International Protocol Committee of People and School Staff (ICPS) විසින් සකස් කළ විධිවිධාන සම්බන්ධයෙන් සඳහන් කර ඇත.)

19. සාමාන්‍ය පාලන කොමිෂන් සභාවක් සඳහා පවත්වා ගත යුතු විධිවිධාන සම්බන්ධයෙන් සඳහන් කර ඇත. (The International Protocol Committee of People and School Staff (ICPS) විසින් සකස් කළ විධිවිධාන සම්බන්ධයෙන් සඳහන් කර ඇත.)

20. සාමාන්‍ය පාලන කොමිෂන් සභාවක් සඳහා පවත්වා ගත යුතු විධිවිධාන සම්බන්ධයෙන් සඳහන් කර ඇත. (The International Protocol Committee of People and School Staff (ICPS) විසින් සකස් කළ විධිවිධාන සම්බන්ධයෙන් සඳහන් කර ඇත.)

21. සාමාන්‍ය පාලන කොමිෂන් සභාවක් සඳහා පවත්වා ගත යුතු විධිවිධාන සම්බන්ධයෙන් සඳහන් කර ඇත. (The International Protocol Committee of People and School Staff (ICPS) විසින් සකස් කළ විධිවිධාන සම්බන්ධයෙන් සඳහන් කර ඇත.)

22. සාමාන්‍ය පාලන කොමිෂන් සභාවක් සඳහා පවත්වා ගත යුතු විධිවිධාන සම්බන්ධයෙන් සඳහන් කර ඇත. (The International Protocol Committee of People and School Staff (ICPS) විසින් සකස් කළ විධිවිධාන සම්බන්ධයෙන් සඳහන් කර ඇත.)

Die neue deutsche Literatur ist eine große, unerschöpfliche Quelle der Inspiration. Sie ist die Quelle der neuen deutschen Literatur, die in der Gegenwart und Zukunft die Welt erobern wird.

Es ist die neue deutsche Literatur, die die Welt erobern wird. Sie ist die Quelle der neuen deutschen Literatur, die in der Gegenwart und Zukunft die Welt erobern wird.

Die neue deutsche Literatur ist eine große, unerschöpfliche Quelle der Inspiration. Sie ist die Quelle der neuen deutschen Literatur, die in der Gegenwart und Zukunft die Welt erobern wird.

Es ist die neue deutsche Literatur, die die Welt erobern wird. Sie ist die Quelle der neuen deutschen Literatur, die in der Gegenwart und Zukunft die Welt erobern wird.

Die neue deutsche Literatur ist eine große, unerschöpfliche Quelle der Inspiration. Sie ist die Quelle der neuen deutschen Literatur, die in der Gegenwart und Zukunft die Welt erobern wird.

Es ist die neue deutsche Literatur, die die Welt erobern wird. Sie ist die Quelle der neuen deutschen Literatur, die in der Gegenwart und Zukunft die Welt erobern wird.

Die neue deutsche Literatur ist eine große, unerschöpfliche Quelle der Inspiration. Sie ist die Quelle der neuen deutschen Literatur, die in der Gegenwart und Zukunft die Welt erobern wird.

Die neue deutsche Literatur ist eine große, unerschöpfliche Quelle der Inspiration. Sie ist die Quelle der neuen deutschen Literatur, die in der Gegenwart und Zukunft die Welt erobern wird.

**ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ  
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนการจ้างคนพิการโดยมีสภาพความพิการ  
ที่ฐานการพ้นได้โดยประจักษ์ พ.ศ. 2567**

หน้า ๑๑  
ฉบับที่ ๑๑๗๓๗ ลงวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๗

**ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ  
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนการจ้างคนพิการ  
โดยมีสภาพความพิการ  
ที่ฐานการพ้นได้โดยประจักษ์  
พ.ศ. ๒๕๖๗**

เพื่อให้การขึ้นทะเบียนการจ้างคนพิการ โดยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ) พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกาศใช้บังคับแก่การขึ้นทะเบียนการจ้างคนพิการโดยมีสภาพความพิการที่ฐานการพ้นได้โดยประจักษ์ โดยที่ระเบียบที่ ๑๖๓๒๓ ลงวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ ซึ่งว่าด้วยการขึ้นทะเบียนการจ้างคนพิการโดยมีสภาพความพิการที่ฐานการพ้นได้โดยประจักษ์ เป็นหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนการจ้างคนพิการโดยมีสภาพความพิการที่ฐานการพ้นได้โดยประจักษ์ เป็นหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนการจ้างคนพิการโดยมีสภาพความพิการที่ฐานการพ้นได้โดยประจักษ์

ข้อ ๑. ประกาศใช้แทน ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนการจ้างคนพิการโดยมีสภาพความพิการที่ฐานการพ้นได้โดยประจักษ์

ข้อ ๒. ประกาศใช้บังคับใช้โดยมีผลตั้งแต่วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๗

ข้อ ๓. ให้ยกเลิกประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนการจ้างคนพิการโดยมีสภาพความพิการที่ฐานการพ้นได้โดยประจักษ์ ลงวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๗

ข้อ ๔. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนการจ้างคนพิการโดยมีสภาพความพิการที่ฐานการพ้นได้โดยประจักษ์

๑) ประเภทความพิการตามที่กำหนดในบัญชีรายชื่อความพิการ พ.ศ. ๒๕๖๕

๒) หลักเกณฑ์ในการพิจารณาว่าผู้จ้างมีความพิการที่ฐานการพ้นได้โดยประจักษ์

๓) วิธีการพิจารณา ให้ใช้วิธีการที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กำหนด

๔) เงื่อนไขในการพิจารณา ผู้จ้างมีความพิการที่ฐานการพ้นได้โดยประจักษ์

๕) เงื่อนไขในการพิจารณา ผู้จ้างมีความพิการที่ฐานการพ้นได้โดยประจักษ์

๖) หลักเกณฑ์ในการพิจารณา ให้ใช้วิธีการที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กำหนด

1. ...

2. ...

3. ...

4. ...

5. ...

6. ...

7. ...

8. ...

9. ...

10. ...

11. ...

...  
...  
...

**Arbeitsvertrag über ein angelerntes Handwerk**

Art. \_\_\_\_\_  
Til. \_\_\_\_ des. \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

Ich, \_\_\_\_\_

geb. \_\_\_\_\_

Wohns. u. ang. wohnortliche, bez. \_\_\_\_\_

amtl. Adresse: \_\_\_\_\_

mit dem ich die angelernte Tätigkeit des \_\_\_\_\_  
Handwerks der Firma \_\_\_\_\_, wozu ich die angelernte  
Tätigkeit des \_\_\_\_\_

a. auszuüben habe

als Lehrling

als Geselle

als Facharbeiter

als Meister

b. auszuüben habe, wozu ich die angelernte

Tätigkeit

c. auszuüben habe, wozu ich die angelernte

Tätigkeit

als Lehrling,  als Geselle,  als Facharbeiter,  als Meister,  als

Meister

als Lehrling,  als Geselle,  als Facharbeiter,

als Meister

als Lehrling,  als Geselle,  als Facharbeiter,

als Meister,  als

als Lehrling,  als Geselle,  als Facharbeiter,  als

Meister

als Lehrling,  als Geselle,  als Facharbeiter,  als

Meister

als Lehrling,  als Geselle,  als Facharbeiter,  als

als Lehrling,  als Geselle,  als Facharbeiter,  als

angelernte Tätigkeit des \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

geb. \_\_\_\_\_

amtl. Adresse \_\_\_\_\_











၁။ အထွေထွေ အကျဉ်းချုပ်  
၂။ အထွေထွေ အကျဉ်းချုပ်

၃။ အထွေထွေ အကျဉ်းချုပ်

၄။ အထွေထွေ အကျဉ်းချုပ်

၅။ အထွေထွေ အကျဉ်းချုပ်

၆။ အထွေထွေ အကျဉ်းချုပ်

၇။ အထွေထွေ အကျဉ်းချုပ်

၈။ အထွေထွေ အကျဉ်းချုပ်

၉။ အထွေထွေ အကျဉ်းချုပ်

၁၀။ အထွေထွေ အကျဉ်းချုပ်



၁။ အထွေထွေအကျဉ်းချုပ်

၂။ အထွေထွေအကျဉ်းချုပ်

၃။ အထွေထွေအကျဉ်းချုပ်

၄။ အထွေထွေအကျဉ်းချုပ်

၅။ အထွေထွေအကျဉ်းချုပ်

၆။ အထွေထွေအကျဉ်းချုပ်

၇။ အထွေထွေအကျဉ်းချုပ်

အထွေထွေ အကျဉ်းချုပ်

အထွေထွေ အကျဉ်းချုပ်

အထွေထွေ အကျဉ်းချုပ်



... ၁၆၁ ...

---

... ၁၆၁ ...

... ၁၆၁ ...

... ၁၆၁ ...





**निष्कर्ष**

1. यह रिपोर्ट दिल्ली के एक सार्वजनिक स्थान पर की गई है। यह रिपोर्ट  
समाप्त होने के बाद सार्वजनिक स्थान पर "सुरक्षा" का अर्थ है कि यह रिपोर्ट  
समाप्त होने के बाद सार्वजनिक स्थान पर "सुरक्षा" का अर्थ है कि यह रिपोर्ट  
समाप्त होने के बाद सार्वजनिक स्थान पर "सुरक्षा" का अर्थ है कि यह रिपोर्ट

2. परामर्शदाता को इस रिपोर्ट के बारे में अधिक जानकारी के लिए

के संपर्क में रहना चाहिए।



निष्कर्षदाता का नाम

## คณะผู้จัดทำ

หน้าปก: ภาพถ่ายสนับสนุนความท้าทายด้วยแนวคิด BCF

พญ.ศศฤกษ์ ศรีสุวรรณ

นางอภรณ์ ใจนิมรชาญ

• รองผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและสนับสนุนสุขภาพ

สถาบันส่งเสริมและพัฒนากิจกรรมสุขภาพภาคประชาชนแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์

บทที่ 1: ภาพถ่ายสนับสนุนการตรวจประเมินความท้าทายทางกายภาพ

พญ.เจริญใจ วงศ์ศิริวิฑูรย์

นางอภรณ์ ใจนิมรชาญ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

พญ.วงศ์ศิริ ทวีนิมรวงสิน

นางอภรณ์ ใจนิมรชาญ

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้แทนราชวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์แห่งประเทศไทย (กัมปิจอง)

บทที่ 2: ภาพถ่ายสนับสนุนการตรวจประเมินความท้าทายทางกายภาพได้มีนทิวทัศน์และความหมาย

▷ ความท้าทายทางกายภาพได้มีน

รองศาสตราจารย์ พญ.สุวิษา เมี้ยวศิริ

ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.สมุทพร จงวิศาล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้แทนราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย (กัมปิจอง)

▷ ความท้าทายทางกายภาพเรื่องความหมาย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศวีมนต์ มโนใจนิมรวิฑูรย์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

นางสมจิต วัฒนสุท

นิเทศศาสตร์การสื่อสารมวลชนชำนาญการพิเศษ

สถาบันส่งเสริมและพัฒนากิจกรรมสุขภาพภาคประชาชนแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์

ผู้แทนสมาคมโสตสัมผัสวิทยาและสมรรถภาพการได้ยินและการพูดแห่งประเทศไทย (กัมปิจอง)

**บทที่ 3 การวินิจฉัยข้อสงสัยตรวจปัสสาวะเป็นความผิดปกติทางกรดเกลืออินโหวหรือภาวะร่างกาย**

ธาตุอินทรีย์ ของเหลว

นางสมพรณ์จิณวราญ

• รองผู้อำนวยการด้านบริการแพทย์

สถานีนวัตกรรมเทคโนโลยีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งประเทศไทย กรมการแพทย์

ดร.สุสภวดี ศรีบุญผล

นางสมพรณ์จิณวราญ

• รองผู้อำนวยการด้านกิจการระบบสุขภาพ

สถานีนวัตกรรมเทคโนโลยีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งประเทศไทย กรมการแพทย์

น.ส.ปวีณ์ใหม่ อภานวนชา

นางสมพรณ์จันทร์ชำนานาญการพิเศษ

• หัวหน้ากลุ่มงานพิษวิทยาสุขภาพ

สถานีนวัตกรรมเทคโนโลยีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งประเทศไทย กรมการแพทย์

ผู้แทนราชวิทยาลัยนิติเวชศาสตร์นิติเวชศาสตร์ที่ศูนย์แพทยศาสตรบัณฑิตใหม่ (ที่ปรึกษา)

**บทที่ 4 การวินิจฉัยข้อสงสัยตรวจปัสสาวะเป็นความผิดปกติทางจิตใจหรือพฤติกรรม**

□ ความผิดปกติทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคจิตเวช

ดร.ปวีณ์มา ศรีวิเศษ

นางสมพรณ์จิณวราญ

ที่ปรึกษาสถานีนวัตกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี, ฝ่ายระบบฯ กรมสุขภาพจิต กรมการสาธารณสุข

ผู้แทนราชวิทยาลัยนิติเวชศาสตร์นิติเวชศาสตร์ที่ศูนย์แพทยศาสตรบัณฑิตใหม่ (ที่ปรึกษา)

□ ความผิดปกติทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกลุ่มโรคซึมเศร้า

น.ส.พรชฎา เสือวางสี

นางสมพรณ์จันทร์ชำนานาญการพิเศษ

กลุ่มงานประสาทวิทยา, สถานีนวัตกรรมสุขภาพ, กรมการแพทย์ กรมการสาธารณสุข

ศ.พญ.สารดา ไชยบุญสมศาสตร์

นางสมพรณ์จันทร์ชำนานาญการพิเศษ

กลุ่มงานประสาทวิทยา, สถานีนวัตกรรมสุขภาพ, กรมการแพทย์ กรมการสาธารณสุข

ดร.สุวิทย์ สันติภาพจิตติ

นางสมพรณ์จิณวราญ

กลุ่มงานประสาทวิทยา, สถานีนวัตกรรมสุขภาพ, กรมการแพทย์ กรมการสาธารณสุข

ศูนย์โรคประสาทโมดูลของนิติเวชศาสตร์ที่ศูนย์แพทยศาสตรบัณฑิตใหม่

ผู้แทนสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (ที่ปรึกษา)

**บทที่ 5 การวิจัยเชิงเอกสารว่าจปฐเป็นวิจัยเชิงความพึงพอใจที่มีปัญญา**

ของศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.ณัฐพร สุชา ภิเดชกุล

นางณภัทน์ พวงคุณวุฒิ

สถาบันสุขภาพการแพทย์และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า

พระจอมเกล้าพระนครเหนือ กรุงเทพมหานคร (ปี ๒๕๖๓)

**บทที่ 6 การวิจัยเชิงเอกสารว่าจปฐเป็นความพึงพอใจทางพฤติกรรม**

ศาสตราจารย์ ดร.ณัฐพร สุชา ภิเดชกุล

นางณภัทน์ พวงคุณวุฒิ

สถาบันสุขภาพการแพทย์และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า

พระจอมเกล้าพระนครเหนือ กรุงเทพมหานคร (ปี ๒๕๖๓)

**บทที่ 7 การวิจัยเชิงเอกสารว่าจปฐเป็นความพึงพอใจที่มีเด็ก**

นาง อรุณรัตน์ สิริวิมลนันท

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพการแพทย์และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า

พระจอมเกล้าพระนครเหนือ กรุงเทพมหานคร (ปี ๒๕๖๓)

**คณะผู้จัดทำ**

สุภาวดี บุญรัตน์

ศุภิสันต์ ไชยสันดา

ชฎกัณธ์ สิริวิมลนันท

ฉัตรกมล สิริบุญเรือง

พัสสนา อัครวงศ์

ณัฐภัทรา คุ้มเขลา

ศศิวิภา พิมพ์ประจักษ์

กานต์ ปวงเทพีปัสสาวางค์

ป้าวราณต์ แต้สงฮ้าง

