

เด็กพิเศษ

ความหมาย

เด็กพิเศษ (Special Child) หรือเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (Child With Special Needs) หมายถึง เด็กที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูและให้การเรียนการสอนที่เหมาะสมกับลักษณะความจำเป็นและความต้องการของเด็กแต่ละคน¹

ประเภทของเด็กพิเศษ มีการจำแนกไว้แตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ และลักษณะการจัดบริการเพื่อให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม ดังเช่น International classification of functioning, disabilities and health ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดแบ่งเด็กที่มีความต้องการพิเศษหรือเด็กพิการ ตามลักษณะต่าง ๆ แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่²

1. แบ่งตามความบกพร่องหรือสูญเสีย อวัยวะ (classification of impairment) ได้แก่ ความบกพร่องทางสติปัญญา จิตใจ ภาษาและการสื่อความหมาย การได้ยิน การมองเห็น และความบกพร่องของอวัยวะต่างๆ เช่น ระบบประสาทสัมผัส กระดูก หัวใจ เป็นต้น

2. แบ่งตามการไร้ความสามารถหรือสูญเสียสมรรถภาพ (classification of disabilities) ได้แก่ การไร้ความสามารถด้านอุปนิสัยและพฤติกรรม การสื่อความหมาย การเคลื่อนไหว และการดูแลตนเอง เป็นต้น

3. แบ่งตามการเสียเปรียบหรือความด้อยโอกาสในสังคม (classification of handicap) ได้แก่

การเสียเปรียบด้านร่างกาย ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ด้านสังคม สภาพเศรษฐกิจ รวมถึงการรักษาพยาบาลด้วย เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย ตาม “ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคณพิการทางการศึกษา พ.ศ. 2552” ได้แบ่งเด็กกลุ่มนี้ออกเป็น 9 ประเภท ได้แก่¹

1. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น
2. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
3. บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
4. บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว หรือสุขภาพ
5. บุคคลที่มีปัญหาทางการเรียนรู้
6. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา
7. บุคคลที่มีปัญหาทางพฤติกรรม หรืออารมณ์
8. บุคคลออทิสติก
9. บุคคลพิการซ้ำซ้อน

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก และประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดประเภท และหลักเกณฑ์ของคณพิการทางการศึกษา พ.ศ. 2552 เมื่อนำมาจัดกลุ่มเด็กที่มีความต้องการพิเศษแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

1. เด็กปัญญาเลิศ หรือเด็กที่มีความสามารถพิเศษ (gifted or talented child) เป็นเด็กที่มีพัฒนาการแตกต่างจากเด็กปกติทั่วไปโดย

พบว่าเด็กปัญญาเลิศ หมายถึง เด็กที่มีความฉลาดหรือระดับสติปัญญา (IQ) สูงกว่าเกณฑ์ปกติ คือมากกว่า 130 ขึ้นไป ร่วมกับการมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (creativity) และความสามารถในการทำงานได้สำเร็จ (task commitment) ร่วมด้วย ในขณะที่เด็กที่มีความสามารถพิเศษ หมายถึง เด็กที่มีความสามารถพิเศษเฉพาะด้านที่สูงกว่าเด็กอื่นในวัยเดียวกัน ตามคำจำกัดความของความฉลาด 8 ประการ (multiple intelligences) โดย โฮเวิร์ด การ์ดเนอร์ (Howard Gardner) เช่น ดนตรี ศิลปะ การใช้ภาษา กีฬา หรือคณิตศาสตร์ เป็นต้น เด็กกลุ่มนี้มักไม่ได้รับความสนใจหรือให้การช่วยเหลือเท่าที่ควร แต่พบว่าเด็กกลุ่มนี้อาจมีปัญหาด้านที่ตรงกันข้าม เช่น แยกตัว เบื่อหน่าย ไม่ตั้งใจเรียน ไม่มีสมาธิ หรือซึมเศร้า เป็นต้น³

2. เด็กที่มีความบกพร่องในด้านต่างๆ^{1,4-6} เด็กกลุ่มนี้มักเรียนรู้ช้า และมีพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน จำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือพิเศษตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล เพื่อช่วยให้เด็กสามารถเจริญเติบโตและพัฒนาศักยภาพต่อไปได้ ในบทความนี้จะแบ่งเด็กกลุ่มนี้ออกเป็น 9 ประเภท ตามประกาศของกระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2552 ได้แก่

2.1 เด็กที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น (visual impairment) ซึ่งอาจมีความรุนแรงแตกต่างกันไป ตั้งแต่ตาบอด คือไม่สามารถมองเห็นได้เลย มีความชัดของสายตาสั้นแล้วอยู่ในระดับ 6/60 หรือ 20/200 และเด็กที่มีสายตา

เลือนกลาง คือสามารถมองเห็นได้บ้างแต่ไม่เท่าเด็กปกติ โดยมีความชัดของสายตาสั้นแล้วอยู่ในระดับ 6/18 หรือ 20/70 สาเหตุอาจเกิดจากความผิดปกติของดวงตาเอง หรือเกิดจากการเจ็บป่วย อุบัติเหตุต่างๆ ที่ทำให้เกิดอันตรายต่อดวงตาในภายหลัง เด็กอาจแสดงอาการได้หลากหลาย เช่น ปวดศีรษะ เคืองตา ขี้ตาบ่อยๆ เพ่งอ่านหนังสือใกล้ๆ มีปัญหาในการแยกตัวอักษรหรือรูปทรงเหม่อลอย ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจเรียน เดินซุ่มซำม ขน่วตุบอยๆ เป็นต้น

2.2 เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน (hearing impairment) ได้แก่ เด็กที่มีการสูญเสียการได้ยินตั้งแต่ระดับหูตึง (26-89 เดซิเบล) จนถึงระดับหูหนวก (90 เดซิเบล) โดยอาจเป็นการสูญเสียตั้งแต่กำเนิด หรือเกิดในภายหลังก็ได้ สาเหตุอาจเกิดจากพันธุกรรม การติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์หรือหลังคลอด เช่น มารดาติดเชื้อหัดเยอรมันระหว่างตั้งครรภ์ การติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองอักเสบในเด็ก ฯลฯ หรือการได้รับยาหรือสารพิษบางชนิด อุบัติเหตุของศีรษะหรือหู การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงดังมาก ๆ เป็นต้น เด็กอาจแสดงอาการ เช่น ไม่ตอบสนองเมื่อเรียก พูดไม่ชัดหรือมีเสียงแปลกผิดปกติ มักแสดงท่าทางมากกว่าพูด ไม่สามารถทำตามสั่งได้ ในบางรายอาจมีพฤติกรรมชนและสมาธิสั้นได้เช่นกัน

2.3 เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disabilities) ได้แก่ เด็กที่มีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยและมี

พฤติกรรมกรรมการปรับตนบกพร่องตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป จากทั้งหมด 10 ด้าน โดยมีอาการแสดงก่อนอายุ 18 ปี พฤติกรรมการปรับตน หมายถึง การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันทั่วไป ซึ่งทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองในสังคมได้แก่ การสื่อความหมาย การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตในบ้าน ทักษะสังคมและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน การควบคุมตนเอง การนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน การใช้เวลารว่าง การทำงาน และการมีสุขอนามัยและความปลอดภัยเบื้องต้น สามารถจำแนกภาวะบกพร่องทางสติปัญญาออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้^{4,6}

- บกพร่องระดับเล็กน้อย (mild) มีระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ระหว่าง 50-70 ซึ่งเด็กกลุ่มนี้สามารถเรียนในระดับประถมศึกษา และสามารถฝึกงานหรืออาชีพง่ายๆ ได้ (educable mentally retarded)

- บกพร่องระดับปานกลาง (moderate) มีระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ระหว่าง 35-49 ซึ่งเด็กกลุ่มนี้สามารถฝึกอบรมทักษะเบื้องต้นที่จำเป็นต้องใช้ในการดำรงชีวิต หรือสามารถฝึกงานง่ายๆ ที่ไม่มีความซับซ้อนได้ (trainable mentally retarded)

- บกพร่องระดับรุนแรง (severe) มีระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ระหว่าง 20-34 เด็กกลุ่มนี้ไม่สามารถเรียนได้ แต่สามารถฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันเบื้องต้นง่ายๆ ได้

- บกพร่องระดับรุนแรงมาก (profound) มี

ระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ต่ำกว่า 20 เป็นเด็กกลุ่มที่ฝึกฝนทักษะต่างๆ ได้ยาก จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก

สาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มักจะเกิดจากปัจจัยต่างๆ มากกว่าหนึ่งอย่างร่วมกัน ทั้งทางด้านชีวภาพ (biological factors) และจิตสังคม (psychosocial factors) และพบว่าประมาณร้อยละ 50 ของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาไม่ทราบสาเหตุชัดเจน สำหรับสาเหตุที่พบอาจเกิดขึ้นได้ในระยะต่างๆ ตั้งแต่ก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม และการสร้างระบบประสาทส่วนกลาง การติดเชื้อ การได้รับสารพิษ การขาดออกซิเจนในระหว่างการคลอด เป็นต้น⁷

ลักษณะทางคลินิกของเด็กที่นำมาพบแพทย์ได้บ่อย คือ ปัญหาพัฒนาการช้า โดยเฉพาะเด็กที่มีความบกพร่องในระดับรุนแรงจะพบว่ามีพัฒนาการช้าทุกด้านในช่วง 2 ปีแรก ส่วนกลุ่มที่บกพร่องเล็กน้อย อาจพบพัฒนาการช้าเมื่ออายุประมาณ 3-4 ปี หรือเมื่อเข้าโรงเรียน ซึ่งนอกจากจะพบว่าเด็กมีปัญหาการเรียนแล้ว ในบางรายอาจมีปัญหาพฤติกรรม เช่น ชน สมาธิสั้น ก้าวร้าว รุนแรง หรือพฤติกรรมกระตุ้นตัวเอง เป็นต้น และในบางรายที่มีสาเหตุจากโรคพันธุกรรม อาจเห็นลักษณะผิดปกติทางหน้าตาหรือร่างกายร่วมด้วย เช่น กลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome) กลุ่มอาการโครโมโซมเอกซ์เปราะ (fragile X syndrome),

Prader-Willi syndrome เป็นต้น⁴

2.4 เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว หรือสุขภาพ (physical and health impairment) แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

2.4.1 เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว ได้แก่ เด็กที่มีอวัยวะไม่สมบูรณ์หรือขาดหายไป กระดูกหรือกล้ามเนื้อผิดปกติ มีอุปสรรคในการเคลื่อนไหว ซึ่งอาจมีสาเหตุจากโรคทางระบบประสาท โรคของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ความผิดปกติแต่กำเนิด อุบัติเหตุ และโรคติดเชื้อ ตัวอย่างเช่น โรคสมองพิการ (cerebral palsy) โรคกล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง (muscular dystrophy) โรคกระดูกอ่อน (osteogenesis imperfecta) พิการแขนขาด้วนแต่กำเนิดหรือจากอุบัติเหตุ (limb deficiency) โรคโปลิโอ (poliomyelitis) เป็นต้น

2.4.2 เด็กที่มีความบกพร่องทางสุขภาพ ได้แก่ เด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัวซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือทางการศึกษา ตัวอย่างเช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคลมชัก เป็นต้น

2.5 เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (learning disabilities) ได้แก่ เด็กที่มีความผิดปกติในการทำงานของสมองบางส่วนซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการเรียนเฉพาะความสามารถด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านร่วมกัน คือ การอ่าน การเขียนสะกดคำ

และการคำนวณ โดยความบกพร่องทางการเรียนนี้ไม่ได้เกิดจากภาวะสติปัญญาบกพร่อง ปัญหาการได้ยิน ปัญหาสายตา หรือการขาดโอกาสได้รับการศึกษาอย่างเหมาะสม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5) ได้กำหนดว่าความสามารถทางการเรียนในด้านนั้น ๆ ของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนต้องต่ำกว่าเด็กวัยเดียวกันที่มีระดับเซวาร์ปัญญาปกติอย่างน้อย 2 ชั้นเรียน หรืออย่างน้อย 2 เท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (-2 standard deviation) ของค่าเฉลี่ยของเด็กวัยเดียวกันซึ่งมีสติปัญญาใกล้เคียงกัน⁴ พบความชุกในประเทศไทยและทั่วโลกประมาณร้อยละ 6-10^{6,8} สาเหตุเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกันทั้งด้านชีวภาพ พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม มีการศึกษาพบว่าสมองบริเวณ temporo-parietal-occipital lobe มีการทำงานผิดปกติ และพบว่าโครโมโซมที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องทางการเรียน ได้แก่ โครโมโซมคู่ที่ 1, 6, 15, 18 เป็นต้น⁹ ลักษณะอาการที่พบ ได้แก่ อ่านคำผิด อ่านไม่คล่อง ไม่เข้าใจสิ่งที่อ่าน มีความบกพร่องในการฟังและแยกเสียง (phonological awareness) เขียนอักษรกลับด้านซ้าย-ขวา หรือเขียนกลับหัว เข้า-ออก เขียนสะกดคำผิดบ่อย เขียนซ้ำ คิดเลขไม่คล่อง ไม่เข้าใจโจทย์เลข เป็นต้น

2.6 เด็กที่มีความบกพร่องทางการพูด และภาษา (speech and language disabilities) ได้แก่ เด็กที่มีความบกพร่องในการเปล่งเสียงพูด

เช่น เสียงผิดปกติ (พูดไม่ชัด เสียงขึ้นจมูก) อัตราความเร็วและจังหวะการพูดผิดปกติ (พูดติดอ่าง พูดรัว) หรือเด็กมีความบกพร่องในเรื่องความเข้าใจหรือการใช้ภาษาพูด การเขียน หรือระบบสัญลักษณ์อื่นที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร เช่น ความผิดปกติทางการพูดและภาษาที่เกิดจากพยาธิสภาพของสมอง (dysphasia or aphasia) ไม่เข้าใจคำถาม หรือเข้าใจแต่ตอบไม่ได้ มีคำศัพท์จำกัด พูดสื่อสารแสดงความต้องการไม่ได้ เป็นต้น สาเหตุอาจเกิดจากความผิดปกติของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูดและรับเสียง เช่น หูหนวก ปากแหว่ง เพดานโหว่ ฯลฯ ความผิดปกติของสมองและระบบประสาท ภาวะสติปัญญาบกพร่อง หรือการเรียนรู้ภาษาอย่างไม่ถูกต้อง เป็นต้น¹⁰

2.7 เด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรม หรือ อารมณ์ (behavioral and emotional problems)

ได้แก่ เด็กที่มีพฤติกรรมอารมณ์ซึ่งเบี่ยงเบนไปจากปกติเป็นอย่างมากและมีอาการต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด เช่น โรคสมาธิสั้น (attention-deficit hyperactivity disorder: ADHD) โรคซึมเศร้า (depressive disorders) โรคจิตเภท (psychotic disorders) เป็นต้น แม้ว่าเด็กกลุ่มนี้ไม่จัดเป็นเด็กพิการหรือเด็กที่มีความบกพร่อง แต่จัดเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษซึ่งสมควรได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมตามความต้องการเฉพาะบุคคลเช่นเดียวกัน

โรคสมาธิสั้น (ADHD) เป็นภาวะที่พบบ่อย

ในเด็ก ในประเทศไทยและทั่วโลกพบความชุกในเด็กวัยเรียนประมาณร้อยละ 5-10⁶⁻¹¹ โดยพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงในอัตราส่วน 3:1 เด็กสมาธิสั้นจะมีความผิดปกติของพฤติกรรมหลัก 3 ด้าน คือ อาการขาดสมาธิ (inattention) อาการซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นของ DSM-5 อาการเหล่านี้ต้องเกิดขึ้นเป็นประจำอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน และเกิดขึ้นในอย่างน้อย 2 สถานการณ์ขึ้นไป เช่น มีอาการทั้งที่บ้านและโรงเรียน โดยอาการส่วนใหญ่เริ่มปรากฏตั้งแต่อ่อนอายุ 12 ปี และทำให้เกิดผลกระทบต่อการศึกษาและสังคมของเด็ก⁶ อาการที่ผู้ปกครองนำเด็กมาปรึกษาแพทย์ ได้แก่ ซน ยุก ยิก อยู่ไม่นิ่ง เล่นปืนปายผาดโผน พูดมาก พูดแทรกหรือพูดโพล่ง อดทนรอคอยไม่ได้ วอกแวก ทำงานต่อเนื่องไม่ได้ นาน ทำงานไม่เสร็จ ขาดความละเอียดรอบคอบ สะเพวว่า ไม่มีระเบียบ ซ้ำลิ้มทำของหายบ่อยๆ เป็นต้น โรคสมาธิสั้นมีสาเหตุจากปัจจัยต่าง ๆ ร่วมกันทั้งปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลทำให้สมองทำงานผิดปกติ โดยเฉพาะสมองส่วนหน้า (frontal lobe) รวมถึงบริเวณ prefrontal cortex ซึ่งเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการต่าง ๆ (executive function) เช่น การมีสมาธิ การควบคุมพฤติกรรมตนเอง การทำงานให้เป็นระบบ การจัดการเวลา เป็นต้น จากการศึกษาต่าง ๆ พบว่ามี gene หลายตัวที่อาจเป็นสาเหตุร่วมกันที่ทำให้เกิดโรคสมาธิสั้น เช่น

dopamine receptor D4 (DRD4) และ DAT1-gene เป็นต้น และพบว่ามี ความเชื่อมโยงระหว่าง การรับรู้หรือ การตีความของสัญญาณของหูฟังตั้งครรรกับ การเกิดโรคสมาธิสั้นในบุตร¹²

2.8 เด็กออทิสติก หรือกลุ่มอาการออทิซึม (autistic or autism spectrum disorder)

ได้แก่ เด็กที่มีความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท (neurodevelopmental disorder) ซึ่งส่งผลให้เกิดความบกพร่องของพัฒนาการและพฤติกรรม 3 ด้านหลัก ดังนี้¹³⁻¹⁵

1) ความบกพร่องของพัฒนาการทางสังคม ได้แก่ ไม่สบตาหรือสบตาน้อย ไม่แสดงออกทางสีหน้า ไม่รู้จักการเลียนแบบ เล่นสมมุติไม่เป็น ขาดความสนใจในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในลักษณะที่ผิดปกติ เช่น ไม่สนใจความรู้สึกผู้อื่น พูดหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเฉพาะในเรื่องที่ตนเองสนใจ เป็นต้น

2) ความบกพร่องของพัฒนาการทางภาษา ได้แก่ ไม่พูด หรือพูดซ้ำ เช่น ไม่เล่นเสียงริมฝีปาก (babble) เมื่ออายุ 12 เดือน ไม่สามารถพูดคำเดียวที่มีความหมายเมื่ออายุ 16 เดือน หรือไม่สามารถพูดเป็นวลีที่มี 2 คำต่อกันเมื่ออายุ 24 เดือน เป็นต้น หรือไม่ตอบสนองเมื่อเรียกชื่อ ใช้ภาษาแปลก ๆ ที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ (neologism) พูดซ้ำคำ (echolalia) และมีความบกพร่องในการสื่อสารโดยใช้ท่าทางหรือสีหน้า (non-verbal language) เช่น ไม่ชี้บอกความต้องการ ไม่แสดงอารมณ์ร่วมกับผู้อื่น เป็นต้น

3) ความผิดปกติทางพฤติกรรม ได้แก่ มีพฤติกรรมแปลก ๆ ซ้ำ ๆ (repetitive or stereotyped behaviors) เช่น หมุนตัว สะบัดมือ เรียงของเป็นเส้นตรง สนใจวัตถุหมุน ๆ ชอบทำกิจกรรมซ้ำ ๆ ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง อาจมีความสนใจมากเป็นพิเศษกับบางเรื่อง เช่น ตัวเลข รถยนต์ และสัตว์บางชนิด เป็นต้น ในบางรายอาจมีความผิดปกติต่อการกระตุ้นทางประสาทสัมผัส (sensory integration disorder) เช่น ไวต่อเสียงหรือสัมผัส เป็นต้น

ความผิดปกติต่าง ๆ เหล่านี้ต้องเกิดขึ้นก่อนเด็กอายุ 30 เดือน และอาจพบโรคร่วมอื่น ๆ ได้บ่อย เช่น โรคสมาธิสั้น ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา โรคลมชัก ฯลฯ ในปัจจุบันพบความชุกของกลุ่มอาการออทิซึมเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก โดยพบได้ประมาณร้อยละ 0.01-1.89^{14,15} จากการศึกษาต่าง ๆ พบว่าสาเหตุของกลุ่มอาการออทิซึมเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม โดยพบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้ซ้ำในแฝดเหมือน (monozygotic twin) สูงถึงร้อยละ 60-90 แต่ยังไม่พบ gene ที่จำเพาะเจาะจงที่เป็นสาเหตุของโรคนี้ สำหรับปัจจัยทางชีวภาพ เช่น ความผิดปกติของระบบสมองและประสาทในบางบริเวณ ได้แก่ frontoparietal lobe, prefrontal cortex, cerebellum ฯลฯ อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ทราบข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ในการบำบัดรักษาเด็กกลุ่มนี้ต่อไป¹⁵

2.9 เด็กพิการซ้ำซ้อน ได้แก่ เด็กที่มี

สภาพความบกพร่องหรือความพิการมากกว่าหนึ่งประเภทในบุคคลเดียวกัน เช่น เด็กที่มีภาวะสติปัญญาบกพร่องร่วมกับตาบอด เป็นต้น

3. เด็กยากจนและด้อยโอกาส ได้แก่

เด็กที่ครอบครัวยากจนหรือผู้เลี้ยงดูมีเศรษฐกิจฐานะยากจนขาดแคลนปัจจัยสี่ที่จำเป็นในการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็ก รวมถึงเด็กที่ด้อยโอกาสกลุ่มอื่น ๆ เช่น เด็กต่างด้าว เด็กเร่ร่อน เด็กที่ถูกเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสม ปล่อยปละละเลยทอดทิ้งหรือถูกทารุณกรรม ฯลฯ เด็กกลุ่มนี้จัดเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งควรได้รับการสงเคราะห์และคุ้มครองสวัสดิภาพ เพื่อให้สามารถเติบโตและพัฒนาได้เต็มศักยภาพ มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวทางการช่วยเหลือเด็กพิเศษ^{4,12,15-17}

การช่วยเหลือเด็กพิเศษ จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมนสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ กุมารแพทย์ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาล นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และครู ฯลฯ ซึ่งมีบทบาทต่าง ๆ กันในการทำงาน จึงจำเป็นต้องมีการประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และวางแผนการช่วยเหลือบำบัดฟื้นฟูร่วมกันเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้ความรู้ความเข้าใจและประสานความร่วมมือกับครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ บทบาทของทีมนสหวิชาชีพในการช่วยเหลือ

เด็กพิเศษ ได้แก่

1. ฝึกระวัง หาสาเหตุ ให้การช่วยเหลือแก้ไข และติดตามการเจริญเติบโต พัฒนาการด้านต่าง ๆ รวมถึงการเจ็บป่วยต่าง ๆ ของเด็กอย่างต่อเนื่อง เช่น การวัดน้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบศีรษะ การตรวจการได้ยินและการมองเห็น ประเมินภาวะโภชนาการและการเจ็บป่วยต่าง ๆ เป็นต้น
2. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็ก โดยให้ความรู้ ฝึกทักษะ รับฟังปัญหาหรือสิ่งที่ผู้ปกครองกังวล ให้กำลังใจและคำปรึกษาในการแก้ปัญหา รวมถึงการช่วยระดับประคองจิตใจ ลดความเครียดและวิตกกังวล เพื่อช่วยให้ครอบครัวมีความสามารถในการพัฒนาศักยภาพ และเป็นหลักในการดูแลเด็กได้อย่างเต็มที่
3. ส่งเสริมความรักและความอบอุ่นในครอบครัวผ่านการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันระหว่างผู้เลี้ยงดูกับเด็ก เช่น การเล่น พูดคุย เล่านิทาน เล่นกีฬา ฯลฯ นอกจากนี้ควรช่วยให้ทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือเด็ก ไม่ควรแบ่งหน้าที่กันชัดเจนจนทำให้เกิดช่องว่างระหว่างสมาชิกในครอบครัว
4. วางแผนการช่วยเหลือฟื้นฟูและบำบัดรักษาให้สอดคล้องกับความต้องการของเด็กแต่ละคน ซึ่งรวมถึงการช่วยเหลือทางการแพทย์ในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ และพฤติกรรม การจัดการศึกษาพิเศษที่เหมาะสมกับเด็ก การฝึกอาชีพ และการช่วยเหลือด้านสังคม โดยจัดทำแผนเฉพาะรายบุคคล (individualized

plan) พิจารณาตามพัฒนาการและจุดอ่อน-จุดแข็งของเด็ก วางแผนพัฒนาแบบองค์รวมมากกว่าแบบแยกส่วน โดยเน้นความสำคัญเรื่องทักษะชีวิต ทั้งด้านการมีปฏิสัมพันธ์ การสื่อสาร การคิด และความเข้าใจเรื่องอารมณ์ เพื่อให้เด็กสามารถนำทักษะเหล่านี้ไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน เด็กบางรายอาจจำเป็นต้องได้รับการบำบัดแบบจำเพาะหรือเฉพาะทาง เช่น เด็กออทิสติกที่มีปัญหาชนสมารถมีส่วนร่วมด้วย อาจต้องได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อช่วยลดอาการดังกล่าว นอกเหนือจากการกระตุ้นพัฒนาการด้านต่าง ๆ และการปรับพฤติกรรมซึ่งเป็นแผนการรักษาทั่วไปของเด็กออทิสติกแล้ว หรือเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนและมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้า นอกจากจะมีการช่วยเหลือโดยจัดทำแผนการเรียนเฉพาะบุคคล (individualized education plan-IEP) เด็กจำเป็นต้องได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าโดยการบำบัดหรือการใช้ยาร่วมด้วย เป็นต้น

5. ประสานงานกับเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่เด็กและครอบครัว เช่น โรงเรียน ชุมชน และองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นต้น

6. ให้ข้อมูลกับครอบครัวเกี่ยวกับสิทธิต่าง ๆ ตามกฎหมายที่เด็กพึงได้รับ และแพทย์เวชปฏิบัติมีหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยและออกไปรับรองความพิการ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เพื่อประกอบการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ¹⁸

7. ให้ความรู้และปรับทัศนคติของสังคมที่มีต่อเด็กพิเศษให้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อส่งเสริมความเข้าใจและให้ความช่วยเหลือแก่เด็กกลุ่มนี้ ช่วยลดความรู้สึกด้อยค่า ไม่เท่าเทียม โดยให้โอกาสทางการศึกษา การดำเนินชีวิตในสังคม และการประกอบอาชีพ เพื่อให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติสุข

จริยา ทะรักษา

บรรณานุกรม

1. กระทรวงศึกษาธิการ. **ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของ คนพิการทางการศึกษา พ.ศ. 2552.**
2. World Health Organization. The international classification of functioning, disability and health [Internet]. Geneva: WHO;2014 [cited 2014 Aug 10]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
3. Kral MC. The gifted child. In: Carey WB, Crocker AC, Coleman WL, Elias ER, Feldman HM, editors. **Developmental-behavioral pediatrics.** 4th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009. P.506-14.
4. ศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการพัฒนาสุขภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **คู่มือ การตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550.** สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ: 2553.
5. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. **ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2552.**
6. American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.** 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
7. Walker WO, Plauche C. Mental retardation: overview and diagnosis; **Pediatr Rev.** 2006;27:204-12.
8. Roongpaiwan R, Ruangdaraganon N, Visudhiphan P, Santikul K. Prevalence and clinical characteristics of dyslexia in primary school students. **J Med Assoc Thai** 2002;85(Suppl)4:S1097-103.
9. Schumacher J, Hoffmann P, Schmal C, Schulte-Körne G, Nöthen MM. Genetics of dyslexia: the evolving landscape. **J Med Genet** 2007.;44:289-97.
10. Feldman HM, Messick C. In: Carey WB, Crocker AC, Coleman WL, Elias ER, Feldman HM, editors. **Developmental-behavioral pediatrics.** 4th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009. P.717-29.
11. Egger HL, Wichstrom L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Solheim E, Svein TH. Prevalence of

- psychiatric disorders in preschoolers. **J Child Psychol Psychiatry**. 2012;53:695-705.
12. คັນสนีย์ เรืองสอน, จริยา ทะรักษา. "อาการนอนไม่นิ่งในเด็กวัยเรียน (How to deal with hyper active preschool children)," ใน: ประสงค์ ตันมหาสมุทร, ดาราวรรณ วนะชีวนาวิน, พรพรม เมืองแมน, และคณะ, บรรณาธิการ. **เวชศาสตร์ทันยุค 2557**. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลิฟวิ้ง; 2557. หน้า 57-64.
 13. American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR**. 4th ed. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
 14. Elsasbbagh M, Fombonne E, Divan G, Koh YL, Kim YS, Kauchali S, et al. "Global prevalence of Autism and other pervasive developmental disorders," **Autism Research**. 2012;5(3):160-79.
 15. Volkmar F, Siegel M, Woodbury-Smith M, King B, McCracken J, State M, et al. "Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorders," **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. 2014;53(2):237-57.
 16. Alquaraini T, Gut D. Critical components of successful inclusion of students with severe disabilities, **International Journal of Special Education**. 2012;27(1):42-59.
 17. Greenspan S, Wieder S. **The child with special needs: encouraging intellectual and emotional growth**. Massachusetts: Perseus Publishing; 1998.
 18. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550.