

บทที่ 25

ภาวะปัญญาอ่อน

เรือนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์

จากการศึกษาสุขภาพเด็กไทย พบว่าเด็กปฐมวัยร้อยละ 0.3 มีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน ช่วงอายุที่เด็กมีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดคือ 3-6 ปี และสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของมารดา เด็กเหล่านี้ได้รับการตรวจสุขภาพและวัคซีนร้อยละ 98.4 และไม่มีสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวร้อยละ 12.6 ในกลุ่มเด็กอายุ 6-11 ปี ไม่ได้เข้าโรงเรียนร้อยละ 8 หรือประมาณ 4 แสนคน เหตุเพราะบกพร่องด้านสติปัญญาร้อยละ 29.6 เด็กในโรงเรียนร้อยละ 6 เคยสอบตกซ้ำชั้น

บทบาทของแพทย์เปลี่ยนแปลงจากการเน้นเฉพาะพยาธิสภาพระบบประสาทในเด็กแต่ละคน (neuropathology) เป็นการประเมินเพื่อความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวภาพของเด็ก การปรับของครอบครัวและบทบาทของสังคมที่เด็กอยู่ เพื่อส่งเสริมคุณค่าชีวิตของเด็ก (normalization) และศักยภาพของครอบครัว การจัดบริการต่างๆ

คำจำกัดความ

ภาวะปัญญาอ่อน หมายถึง ภาวะที่มีความจำกัดอย่างชัดเจนในการปฏิบัติตน ได้แก่ ความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ แสดงอาการก่อนอายุ 18 ปี ร่วมกับความจำกัดของทักษะการปรับตัวอย่างน้อย 2 ทักษะจาก 10 ทักษะ คือ

- การสื่อความหมาย
- การดำรงชีวิตในบ้าน
- รู้จักใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน
- การนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน
- การใช้เวลาว่าง
- การดูแลตนเอง
- ทักษะทางสังคม
- รู้จักควบคุมตนเอง
- สุขภาพอนามัยความปลอดภัย
- การทำงาน

การแบ่งประเภทของปัญญาอ่อนตามความรุนแรง ตามการจำแนกความผิดปกติทางจิตขององค์การอนามัยโลก (ICD-10, 1992) และ DSM-IV แบ่งเป็น

1. ปัญญาอ่อนระดับน้อย ปัญหาที่สำคัญคือการศึกษาในโรงเรียนในวัยเรียน ในวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่สามารถดำรงชีวิตได้อิสระ
2. ปัญญาอ่อนระดับปานกลาง มีความจำกัดด้านความเข้าใจภาษา สามารถเรียนรู้เพื่อดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันง่ายๆ ได้ ในวัยผู้ใหญ่สามารถทำงานที่ไม่ซับซ้อน และต้องมีผู้ให้การแนะนำประจำ
3. ปัญญาอ่อนรุนแรง วัยเรียนอาจพูดได้เป็นคำและเรียนรู้ทักษะการดูแลตนเองเบื้องต้นได้ ทำงานง่ายๆ ได้บ้าง ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิด

4. ปัญญาอ่อนระดับรุนแรงมาก มีความจำกัดในเรื่องความเข้าใจ ภาษา และการใช้ภาษาอย่างมากส่วนใหญ่ต้องการการแนะนำและดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาและต่อเนื่อง
5. ปัญญาอ่อนระบุประเภทไม่ได้ (unspecified mental retardation) อาการแสดงเข้าเกณฑ์ปัญญาอ่อนแต่จะประเมินเชาวน์ปัญญาไม่สำเร็จ เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือหรือมีความพิการของร่างกายและประสาทรับรู้อย่างมาก หรือในเด็กทารก

ปัญหาด้านสุขภาพ ในเด็กปัญญาอ่อนระดับน้อยมีความผิดปกติ ได้แก่ สมรรถภาพทางการชั่ง บกพร่องประสาทรับรู้ ร้อยละ 6, 11 และ 24 ตามลำดับ และไม่มีความผิดปกติดังกล่าวร้อยละ 63 ในเด็กปัญญาอ่อนระดับปานกลางถึงรุนแรงมากมีความผิดปกติ ได้แก่ ปัญหาสมรรถภาพทางการชั่ง บกพร่องประสาทรับรู้ ร้อยละ 19, 21 และ 55 ตามลำดับ และไม่มีความผิดปกติดังกล่าวเพียงร้อยละ 17

โรคทางจิตเวชในบุคคลปัญญาอ่อนมีอัตราความชุกระหว่างร้อยละ 30–70 เปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไปร้อยละ 5-23 ในบุคคลปัญญาอ่อนระดับน้อยและระดับปานกลางมีอาการแสดงและโรคทางจิตเวชเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป แต่ในบุคคลปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมากมีโรคทางจิตเวชและอาการแสดงแตกต่างจากคนทั่วไป เช่น autistic behavior, พฤติกรรมซ้ำๆ (stereotype behavior) และทำร้ายตนเอง

สาเหตุ

ปัจจัยเสี่ยงมักเกิดจากด้านชีวภาพ สภาพแวดล้อม และจิตสังคม ร่วมกัน

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่
 - Genetic and hereditary condition
 - Teratogens, intoxications, intrauterine infections, gestational abnormalities, perinatal trauma
 - Malformation syndrome
 - Acquired disease : CNS infection, head trauma asphyxia, intoxication (eg. lead poisons)
 - Metabolic disease : congenital hypothyroidism
2. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และจิตสังคม ได้แก่
 - Low socioeconomic status
 - Teenage mother
 - Mental retardation or serious emotional disturbance or mental illness, substance abuse in parent or caregiver
 - Nutritional deficiencies, neglect and abuse child

การประเมิน

ปัญหาของผู้ปกครอง ที่พบบ่อยพบแพทย์ มี 2 ด้านใหญ่ๆ คือ

1. ปัญหาพัฒนาการ ร้อยละ 20 ของเด็กปัญญาอ่อนได้รับการวินิจฉัยในวัยทารกและวัยเด็กตอนต้น ซึ่งมักมีภาวะปัญญาอ่อนรุนแรง
2. ปัญหาการเรียน ร้อยละ 80 มักได้รับการวินิจฉัยเพื่อเข้าระดับประถมศึกษา

การติดตามพัฒนาการเด็กเป็นระยะๆ และครอบคลุมพัฒนาการทุกด้านทั้งด้านปัญญา ภาษา การปรับตัว การเปรียบเทียบภาพถ่ายของเด็กในอายุต่างๆ และการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นวิธีการที่เชื่อถือได้มากที่สุด

อาการแสดง

1. ปัญหาพัฒนาการ การวินิจฉัยปัญญาอ่อนได้ตั้งแต่เด็กอายุน้อย (early diagnosis) ในเด็กที่มีสาเหตุขณะมารดาตั้งครรภ์ หรือตั้งแต่เกิด มักมีปัญหาด้านภาษา ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม เช่น ไม่สนใจของเล่น ปล่อยของเล่นโดยไม่สนใจ ไม่มองหา หรือพยายามหยิบเอื้อม หรือเคลื่อนไหวมากโดยไม่มีจุดหมาย (aimless over-activity) การตื่นตัว (alertness) และการตอบสนองต่อสิ่งเร้ามากกว่าปัญหาพัฒนาการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ลักษณะเคี้ยวฟันขณะตื่น ส่วนในเด็กที่มีปัญหาในภายหลังการสังเกตความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ตอบสนองต่อผู้เลี้ยงดูลดลง มักบ่งบอกปัญหาในเด็ก

2. ลักษณะอื่นๆ ได้แก่

- static delay เช่น cognitive delay without regression มักมีสาเหตุจากสมอง ได้แก่ chromosome abnormality, intrauterine infection
- neurodegenerative disease จาก inborn error of metabolism เช่น mucopolysaccharidoses
- neurodegenerative disease without known abnormal biological markers ได้แก่ Rette syndrome

3. ปัญหาการเรียน การเรียนรู้ทันเพื่อนจำเป็นต้องใช้กระบวนการที่สำคัญ เช่น ความจำ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การแปลผล ประสพการณ์ การเชื่อมโยงประสพการณ์ และการแสดงออกซึ่งเป็นกระบวนการที่ใช้สติปัญญา ในเด็กที่มีปัญหาด้านสติปัญญามักมีปัญหาการเรียนเป็นภาพรวมเกือบทุกด้าน เกือบทุกวิชา

การตรวจวินิจฉัย

ประกอบด้วยการนำประวัติซึ่งได้จากการส่งต่อข้อมูลจากแหล่งต่างๆ จากพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู และหน่วยบริการอื่นๆ เช่น สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้ข้อมูลการตั้งครรภ์ และการคลอด ประวัติแรกคลอด การเจริญเติบโตและบันทึกพัฒนาการ รายงานของบุคลากรสาธารณสุข

แพทย์ หรือข้อมูลโรงเรียน เช่น จำนวนนักเรียนที่สอบตกซ้ำชั้น จำนวนเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเด็กพิเศษ ปัญหาในท้องถิ่น เช่น การแต่งงานในหมู่ญาติ ภาวะพร่องยอร์โมน เป็นต้น รวมทั้งการตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต และการสัมภาษณ์เด็กและญาติ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ

1. ทำความเข้าใจและหาข้อมูลการเจ็บป่วยและปัญหา
2. ช่วยให้เข้าใจความคิด อารมณ์และสภาพจิตของเด็กและผู้เลี้ยงดู
3. สร้างสัมพันธภาพกับเด็กและครอบครัวซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการแก้ไขปัญหา

การวัดการเจริญเติบโต การตรวจร่างกาย น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบศีรษะ พบว่า microcephaly และ hydrocephalus, hypogenitalia หรือ macroorchidism ในเด็กผู้ชายมักเกี่ยวข้องกับเด็กปัญญาอ่อน

การประเมินเชาวน์ปัญญา ได้จากการประเมินความรู้ทั่วไป ภาษา การวาดภาพโดยสังเกตความทะมัดทะแมง การจับดินสอ การควบคุมและความคล่องแคล่วในการใช้มือ หรือลักษณะรุ่งงามที่ปรากฏ

การตรวจสภาพทางจิตและการสัมภาษณ์ เด็กปัญญาอ่อนมักมีประสบการณ์ล้มเหลวในด้านต่างๆ และอาจกระวนกระวาย (anxious) ก่อนพบแพทย์หรือผู้สัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์และผู้ปกครองควรอธิบายขั้นตอนการตรวจด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย อ่อนโยน (supportive) ควรหลีกเลี่ยงการแสดงออกที่ทำให้เด็กคิดว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กเป็นสาเหตุการส่งต่อเพื่อการรักษา ควรพบเด็กพร้อมกับผู้ปกครอง ประเมินความสามารถในการใช้ภาษาและสื่อความหมายการแสดงออกระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดู การรับรู้ ความจำ ความสามารถในการนำประสบการณ์มาประยุกต์ใช้หรืออธิบายเหตุการณ์อื่น (generalize from experience) ลักษณะและวุฒิภาวะในการนำกลไกทางจิตมาใช้อย่างเหมาะสม หรือมากเกินไป หรือเสียสมดุล เช่น หลีกเลียง (avoidance) ปฏิเสธความจริง (denial) โทษผู้อื่น (projection) อารมณ์ทางจิตเวช (psychiatric syndrome) ได้แก่ การควบคุมการเคลื่อนไหว วิตกกังวลตลอดเวลา ไม่กระตือรือร้นหรือสนใจค้นหาหรือสำรวจสิ่งที่ไม่รู้ อดทนน้อย ฟังพาดูผู้อื่น ไม่มีความยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา ทำร้ายตนเอง หรือแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ เป็นต้น

การวินิจฉัยแยกโรค

เด็กปัญญาอ่อนมักมีประสบการณ์ล้มเหลวซ้ำๆ ทั้งด้านวิชาการและสังคม และตามหลังเพื่อนมากขึ้นเรื่อยๆ ปัญหาในการสื่อสารเพิ่มความรู้สึกตนเองไร้ค่า และแตกต่างจากคนอื่น อาจแสดงความไม่เหมาะสม เช่น หงุดหงิดง่าย ถอยหนี แยกตัว และเกี่ยวข้องกับความรู้สึกกังวล โกรธและซึมเศร้า ซึ่งนำไปสู่รูปแบบการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งทำให้กระบวนการวินิจฉัยซ้ำซ้อนเพิ่มขึ้น แยกลักษณะของโรคและปัญหาหลักดังกล่าวได้ คือ

1. เด็กด้อยโอกาสซึ่งอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมตลอดเวลาอาจพัฒนาไม่เป็นไปตามอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการเคลื่อนไหว และสติปัญญาซึ่งอาจกลับเป็นปกติ ถ้าสภาพแวดล้อมเหมาะสมสนับสนุนตั้งแต่เด็กอายุน้อย
2. เด็กที่มีปัญหาสุขภาพกาย ได้แก่ ความบกพร่องประสาทรับรู้ เช่น การได้ยิน การมองเห็น, สมรรถภาพ, โรคเรื้อรังและคุกคาม และอาการชักซึ่งควบคุมได้ยาก
3. ปัญหาการพูด
4. Pervasive developmental disorder

สำหรับปัญหาการเรียนในเด็กวัยเรียน มักมีสาเหตุหลายๆ ประการร่วมกัน ในทางปฏิบัติแบ่งสาเหตุออกเป็นกลุ่ม ดังนี้

1. ขาวนปัญญา เช่น ปัญญาอ่อน ขาวนปัญญาสูงมาก มีความคิดสร้างสรรค์มาก
2. ด้านพัฒนาการเฉพาะด้าน เช่น ปัญหาการอ่าน ปัญหาด้านการคำนวณ ปัญหาด้านการเขียน เป็นต้น
3. ด้านสมาธิ และความตั้งใจ (attention problems)
4. สุขภาพกาย ประสาทรับรู้ การเจ็บป่วย เรื้อรัง เป็นต้น
5. ด้านอารมณ์ ทำให้เด็กขาดแรงจูงใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า หรือวิตกกังวล
6. ปัญหาสุขภาพจิต ของเด็ก และครอบครัว
7. กระบวนการเรียนการสอนและนโยบายของโรงเรียน

การดูแลรักษา

ระยะสั้น

1. เด็กและครอบครัว
 - 1.1 วินิจฉัยปัญหาที่มีพัฒนาการของเด็กได้แม่นยำ และค้นหาปัญหาและความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เข้าใจธรรมชาติของโรค หรือปัญหา สาเหตุ
 - 1.2 ประเมินศักยภาพของเด็ก
 - 1.3 ส่งเสริมปัจจัยปกป้องของเด็ก และครอบครัว (protective factor) ได้แก่ เด็กมีสุขภาพดี การเจริญเติบโตปกติ มีความผูกพันรักใคร่ภายในครอบครัว ในเครือข่ายของสังคมที่เอื้อเพื่อต่อกัน
 - 1.4 รักษาความผิดปกติที่เกิดร่วมกับภาวะปัญญาอ่อนเพื่อให้ระยะของโรคสั้นลงและป้องกันปัญหาแทรกซ้อน
 - 1.5 ให้การปรึกษาครอบครัว และประคับประคองอารมณ์ (emotion support)
 - 1.6 การใช้ยาทางจิตเวช ในเด็กที่มีความผิดปกติทางจิตร่วมด้วยอย่างชัดเจน การรักษาด้วยยามักได้ผลสำหรับความผิดปกติบางอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 1 การรักษาโรคจิตกลุ่ม low potency มักทำให้วังนอน แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงประเภท

extrapyramidal symptom น้อยกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่ม high potency หากมี extrapyramidal symptom รักษาโดยลดขนาดยาลง หรือใช้ยา anticholinergic ปัญหาในการใช้ยารักษาโรคจิตระยะนาน มีโอกาสเกิด tardive dyskinesia เกิดร้อยละ 20-30 ทั้งขณะใช้ยาและหยุดยา ส่วนใหญ่หายได้ แต่ dyskinesia ขณะใช้ยาอาจไม่หาย รักษาโดยลดยาหรือหยุดยา หรือป้องกันโดยหยุดยาเป็นระยะๆ ยากลุ่ม stimulant จะช่วยให้เด็กสนใจและอยู่ในชั้นเรียนได้นานขึ้น แต่ในระยะยาวอาจมีผลต่อส่วนสูง และน้ำหนักของเด็ก

ตารางที่ 1 การใช้ยาทางจิตเวชที่ใช้ในเด็กปัญญาอ่อน

| กลุ่มอาการ | ยาที่ใช้ | ขนาดยา |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| การเคลื่อนไหวซ้ำๆ (stereotype motor movement) | <ul style="list-style-type: none"> ยารักษาโรคจิตชนิด low potency เช่น thioridazine, chlorpromazine ยารักษาโรคจิตชนิด high potency เช่น haloperidol | แบ่งให้ในขนาด 30-150 มก./วัน |
| สมาธิสั้น (attention deficit) | ยากลุ่ม stimulant ได้แก่ methylphenidate | 0.3-1 มก./กก./วัน |

2. บริการอื่นๆ ได้แก่

2.1 ส่งเสริมพัฒนาการ

2.2 สนับสนุนบทบาทครอบครัวในระบบการศึกษาและเสริมศักยภาพแก่เด็ก เช่น การดูแลตนเอง การสื่อสาร การอยู่ร่วมกับผู้อื่น เป็นต้น

ระยะยาว

1. ครอบครัว เข้าใจครอบครัวและจัดกิจกรรมเพื่อให้ครอบครัว กำหนดเป้าหมายและความต้องการของครอบครัวชัดเจนขึ้น
2. เตรียมตัวเด็กก่อนเข้าระยะวัยรุ่น เช่น ปัญหาทางเพศ การทำงานและการอยู่ในชุมชน

เอกสารอ้างอิง