



ความบกพร่องทางการเรียนรู้และโรคที่พบร่วม

Learning Disorders and Comorbidity

วินัดดา ปิยะศิลป์ พบ.*, สุธาทิพย์ วังตาล พบ.*

Vinadda Piyasil M.D.*, Suthatip Wangtan M.D.*

* สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

* Queen Sirikit National Institute of Child Health

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อหาลักษณะอาการทางคลินิก โรคหรือภาวะที่พบร่วมในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (learning disorders: LD)

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษา retrospective descriptive study จากแฟ้มเวชระเบียนที่สมบูรณ์ของคนไข้ใหม่ที่ได้รับวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ (learning disorders: LD) ตาม criteria ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM IV-TR) ที่มารับการรักษา ณ คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในช่วงเวลา 1 มกราคม 2549-31 ธันวาคม 2553 รวมเวลา 5 ปี จำนวน 528 แฟ้ม

ผลการศึกษา ได้ศึกษาเวชระเบียนที่สมบูรณ์จำนวน 213 แฟ้ม คิดเป็นร้อยละ 40.3 ของเวชระเบียนของคนไข้ใหม่ที่ได้รับวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ เพศชายต่อเพศหญิง 3.8 : 1 อายุ 8.8 ± 2.2 ปี อาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ร้อยละ 69.5 คือ ปัญหาด้านการเรียนมากที่สุด รองลงไปเป็นปัญหาการเรียนร่วมกับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์หรือปัญหาทางกาย ร้อยละ 34.7 ของคนไข้จะมีประวัติพัฒนาการช้าด้านภาษานำมาก่อน ระดับสติปัญญาเฉลี่ย 86.8 ± 13.7 ลักษณะความบกพร่องของทักษะ พบความบกพร่อง 3 ด้านร่วมกันคือทักษะการอ่านหนังสือ เขียนหนังสือและการคำนวณร้อยละ 56.9 รองลงไปคือ ความบกพร่องด้านการอ่านและการเขียน ร้อยละ 19.7 โรคหรือภาวะที่พบร่วม 3 อันดับแรก คือ โรคสมาธิสั้น motor skills disorder และ adjustment disorder คิดเป็นร้อยละ 67.6, 27.2 และ 14.6 ตามลำดับ และพบการเกิดโรค LD ในครอบครัวร้อยละ 8.9

สรุป ผู้ป่วยโรค learning disorders มักมีปัญหาด้านการเรียนตั้งแต่ชั้นประถมต้น อายุที่มารับการรักษาเฉลี่ย 7-8 ปี ถ้ามีความรุนแรงจะพบปัญหาการเรียนร่วมกับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีการถ่ายทอดโรคในครอบครัว คนไข้ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความรุนแรง คือ มีความบกพร่องร่วมกันหลายด้านทั้งทักษะการอ่านหนังสือ เขียนหนังสือและการคำนวณ และยังพบโรคหรือภาวะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบร่วมในเด็ก LD คือ โรคสมาธิสั้น motor skills disorder และ adjustment disorder ซึ่งรักษาและให้ความช่วยเหลือต่อไปได้

คำสำคัญ learning disorders ความพิการในเด็กวัยเรียน

corresponding author: วินัดดา ปิยะศิลป์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2558; 60(4): 287-296

ABSTRACT

Objective : To review clinical manifestation of learning disorder and its comorbidity

Materials and methods : This retrospective descriptive study was performed in completed chart of new cases of learning disorders following the criteria of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,4th Edition,Text Revision (DSM IV-TR) at Queen Sirikit National Institute of Child Health during January 1, 2006 - December 31, 2010.

Results : Two hundred and thirteen completed chart of patients were reviewed. Male : Female ratio 3.8 :1. Mean age was 8.8±2.2 years. More than half of cases (54.9%) received the initial treatment during their primary school. The main reason for further evaluation was learning problem (83.6%) followed by behavioral and learning problems (33.8%). Seventy percent of patients had a single problem. The remaining had multiple problems such as learning together with behavioral, emotional and/or physical problems. Delay in language development was found in 37.4%. The average IQ was 86.8±13.7 which 39.9% of patients were classified as normal IQ. Fifty seven percent had impairments in reading, writing and calculating skills while 19.7% had reading and writing defects. The most common disorder associated with LD were attention deficit hyperactivity disorder, motor skill disorder and adjustment disorder (67.6%, 27.2% and 14.6%, respectively). Moreover, familial LD was found in 8.9 percent of patients. Major cause of medical attention was learning problem in spite of their normal IQ (86.8±13.7). Patients who had 3 accompanied problems which were reading, writing and calculating defects were mostly found (56.9%). The comorbidity was 87.8%, such as deficit hyperactivity disorder , motor skill disorder and adjustment disorder. Thirty percent of cases had a combination of emotional, behavioral and physical problems.

Keywords : learning disorders, handicapped in school age

corresponding author: Vinadda Piyasil

J Psychiatr Assoc Thailand 2015; 60(4): 287-296

บทนำ

ความบกพร่องด้านการเรียนรู้ (Learning Disorders: LD) ตาม criteria ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM IV-TR)¹⁻³ ปัจจุบันใช้ชื่อว่า specific learning disorder ตาม criteria ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision (DSM-5)⁴ (ตารางที่ 1) ซึ่งถือว่าเป็นโรคที่มีความผิดปกติของระบบประสาททำให้ขาดหรือบกพร่องในความสามารถสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเรียน คือ ความสามารถด้านการอ่าน เขียนหนังสือ การคำนวณ ทำให้เด็กไม่สามารถเรียนหนังสือตามระบบการเรียนการสอนปกติ ส่งผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาวต่อพัฒนาการในทุกด้าน ถือเป็นความพิการที่พบได้มากที่สุดของเด็กวัยเรียน และถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมเด็กจะล้มเหลวด้านการเรียน มองตนเองไม่ดี พบปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ทำให้มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมทั้งพบโรคทางจิตเวชตามมาได้ง่าย¹⁻³

การวินิจฉัยโรคตั้งแต่แรกเมื่อพบปัญหา (early detection) และการวางแผนให้ความช่วยเหลือทั้งด้านการแพทย์และการศึกษาตั้งแต่แรกอย่างเหมาะสม (early intervention) จะช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นตามหลังได้และยังช่วยให้เด็กเรียนรู้ต่อไปได้ในวิธีการที่อาจแตกต่างจากเพื่อน และอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมเป็นอย่างดี^{4,5}

โรค LD เป็นความพิการที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็กวัยเรียน ปัจจุบันมีรายงานการเกิดโรคเพิ่มขึ้นในประเทศไทย ทั้งนี้เชื่อว่าเกิดจากการเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ไปสู่สังคมเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองเพื่อค้นหาปัญหา เช่น แบบคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียนรู้ และ

ออกซีทิม (KUS-Si rating scale) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้นจากความร่วมมือกันของหน่วยการศึกษาพิเศษ โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ทำให้ครูสามารถค้นหาเด็กกลุ่มนี้ได้เร็วและส่งต่อมาให้แพทย์วินิจฉัยได้เพิ่มขึ้น

สำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐานแห่งชาติ (สพฐ.) ได้สุ่มคัดกรองนักเรียนในระดับจังหวัดและระดับอำเภอทั่วประเทศ จำนวน 9,828 โรงเรียน หรือประมาณ 1 ใน 3 ของโรงเรียนทั่วประเทศ โดยใช้ KUS-Si rating scale เมื่อปี พ.ศ. 2552 พบนักเรียนที่สงสัยว่าจะเป็น LD จำนวน 153,354 ราย หรือเฉลี่ย 15.6 รายต่อโรงเรียน⁶ ซึ่งทางโรงเรียนจะนำเด็กส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย และออกไปรับรองความพิการต่อไป เพื่อให้เด็กได้รับความช่วยเหลือครบวงจร^{7,8}

การศึกษาในประเทศไทยรายงานว่าอุบัติการณ์ของโรค LD จะพบได้สูงถึงร้อยละ 6-9.9 ของเด็กวัยเรียน แต่ระบบบริการทางการแพทย์ที่กระจายทั่วประเทศ⁷ ยังให้บริการในการตรวจวินิจฉัยและให้ความช่วยเหลือเด็ก ครอบครัวและโรงเรียนได้มีขีดจำกัดและไม่ทั่วถึง แพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจในการตรวจและออกไปรับรองความพิการ⁶⁻⁸

ผู้วิจัยจึงรวบรวมลักษณะอาการทางคลินิก โรคหรือภาวะที่พบร่วมในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ และการเกิดโรคในของครอบครัว เพื่อประโยชน์ในการวางแผนดูแล รักษา ฟื้นฟูและป้องกันปัญหาในเด็กต่อไป

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ลักษณะอาการทางคลินิก โรคหรือภาวะที่พบร่วมในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (learning disorders: LD) และการเกิดโรคในสมาชิกของครอบครัว

วิธีการศึกษา

1. เป็นการศึกษาแบบ retrospective descriptive study ในผู้ป่วย LD ตาม criteria ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM IV-TR) ที่เวชระเบียนมีความสมบูรณ์มารับการรักษา ณ คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในช่วงเวลา 1 มกราคม 2549-31 ธันวาคม 2553 รวมเวลา 5 ปี โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้ การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี Document No 55-011

2. เก็บข้อมูลโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลครอบครัว และข้อมูลรายละเอียดของโรคและภาวะที่พบร่วม

3. เครื่องมือที่ใช้ร่วมในการวินิจฉัย คือ

- Intelligence test : Gesell Drawing test, Stanford-Binet intelligence test หรือ Wechsler intelligence Scale for children III (WISC III)

- Wild Range Achievement test

- Modify Aryes Hand Writing Speed ฉบับภาษาไทย ใช้ทดสอบอัตราการเขียนหนังสือเปรียบเทียบกับชั้นเรียน ถ้าแตกต่างกันเกิน 2 ชั้นเรียนในเด็กที่อายุเท่ากัน ถือว่าผิดปกติ

4. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา โวหาร

เกณฑ์คัดเลือกเวชระเบียน

1. เวชระเบียนของคนไข้ใหม่ที่ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่ามีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ ตาม criteria ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM IV-TR) ที่มารับการรักษา ณ คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในช่วงเวลา 1 มกราคม 2549-31 ธันวาคม 2553

2. เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ในข้อมูลในการซักประวัติ ข้อมูลครอบครัว ผลตรวจร่างกาย ผลตรวจสภาพจิต ผลการประเมินความสามารถของทักษะ (wild range achievement test) ผลวัดระดับเชาว์ปัญญา

3. เวชระเบียนที่คัดออก คือ เวชระเบียนที่มีการเปลี่ยนแปลงในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่น หรือขาดรายละเอียดการซักประวัติ ผลตรวจร่างกาย ผลตรวจสภาพจิต ผลการประเมินความสามารถของทักษะ (wild range achievement test) ผลวัดระดับเชาว์ปัญญา

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยที่มีเวชระเบียนสมบูรณ์จำนวน 213 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 538 ราย (ร้อยละ 40.3) เพศชายต่อหญิง 3.8 : 1 อายุ 8.8 ± 2.2 ปี ชั้นเรียนที่มาพบแพทย์มากที่สุด คือ ชั้นประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 54.9 รองลงมา คือ ชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 25.8 ร้อยละ 74.2 ของคนไข้แข็งแรงดีมาตลอด พบคนไข้เด็กจำนวน 55 ราย หรือร้อยละ 25.8 ที่มีความเจ็บป่วยในอดีตหรือมีโรประจำตัว (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 criteria ในการวินิจฉัยโรค Specific Learning Disorder ตาม DSM- 5

Criteria ในการวินิจฉัยโรค Specific Learning Disorder ตาม DSM V	
A.	มีความยากลำบากในการเรียนและใช้ทักษะการเรียนรู้ อย่างน้อย 1 ข้อ หลังจากการให้ความช่วยเหลือเต็มที่อย่างน้อย 6 เดือน <ol style="list-style-type: none"> อ่านหนังสือผิดพลาดหรืออ่านช้าด้วยความลำบาก (เช่น อ่านผิดพลาด อ่านได้ช้า อ่านด้วยการเดาคำมีความยากลำบากในการผสมคำ) มีความลำบากในการแปลความหมายของสิ่งที่อ่าน (เช่น อ่านได้ถูกต้องแต่เรียงลำดับเหตุการณ์ไม่ได้ ไม่เข้าใจความสัมพันธ์ หรือไม่เข้าใจความหมายลึกซึ้งที่ซ่อนอยู่ในสิ่งที่อ่าน) มีความลำบากในการสะกดคำ (เช่น เดิมคำใหม่ อ่านข้าม เอาพยัญชนะหรือสระอื่นมาแทน) มีความลำบากในการเขียนหนังสือ (เช่น วางรูปประโยคผิดพลาด สะกดคำผิด มีปัญหาในการเขียนเรียงความ แสดงความคิดเห็นออกมาในรูปแบบการเขียนลำบาก) มีความลำบากเกี่ยวกับการเรียงตัวเลข ความหมายของตัวเลข การคิดคำนวณ (เช่น ไม่เข้าใจความหมายของตัวเลข ค่าของตัวเลข ความสัมพันธ์ การนับเลขด้วยนิ้ว การทดเลข การบวก ลบ คูณ หาร) มีความลำบากเกี่ยวกับ mathematical reasoning (เช่น มีความลำบากในการนำหลักการคิดคำนวณไปใช้งาน ไปพิสูจน์ความจริงหรือนำไปแก้ปัญหา)
B.	ทักษะการเรียนรู้ที่บกพร่อง มีความแตกต่างชัดเจนเปรียบเทียบกับความสามารถในเด็กที่อายุเท่ากัน และมีผลกระทบต่อการเรียน การทำงาน หรือการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งจะต้องยืนยันข้อมูลจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถที่มีมาตรฐาน (achievement test) หรือ comprehensive clinical assessment ร่วมกับประวัติการเรียนรู้ รายงานครูและผลการเรียน สำหรับบุคคลที่อายุ 17 ปีขึ้นไป ใช้เอกสารที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์(สมุดพก เอกสารงานที่ทำ portfolio และสรุปผลการประเมินเก่า) มาทดแทน standardized assessment
C.	ปัญหาการเรียนนี้จะปรากฏในช่วงเด็กวัยเรียน(school-age years) แต่แสดงอาการจะชัดเจนเมื่อถึงช่วงที่ต้องใช้ความสามารถด้านการเรียนเต็มที่ เช่น ในห้องสอบ ในการทำรายงานเร่งด่วน(ในช่วงdeadline) ที่ต้องใช้การอ่านการเขียน หรือในช่วงที่เร่งเรียนอย่างหนัก
D.	ปัญหาการเรียนนี้ต้องไม่มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่ม intellectual Disability, uncorrected visual or auditory acuity, mental disorders, neurological disorders(pediatric stroke or motor disorders, vision & auditory disorder), psychosocial adversity, lack of proficiency in the language of academic instruction หรือ inadequate educational instruction

หมายเหตุ

- Criteria ทั้ง 4 ข้อนี้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการซักประวัติ (ประวัติพัฒนาการ การเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว และ ประวัติการเรียนรู้) รายงานจากโรงเรียน และ psychoeducational assessment
- การลง code ให้ลงรายละเอียดความบกพร่องทุกด้านและทุก subskill โดยลงcode แยกและเรียงต่อกัน ยกตัวอย่างเช่น เด็กที่วินิจฉัย Specific Learning Disorder มีปัญหาการอ่าน การคำนวณและมีความบกพร่องใน reading rate or fluency, reading comprehension, accurate or fluent calculation และ accurate math reasoning ให้ลง code 315.00(F81.0), 315.1(F 81.2)

2. ข้อมูลครอบครัว

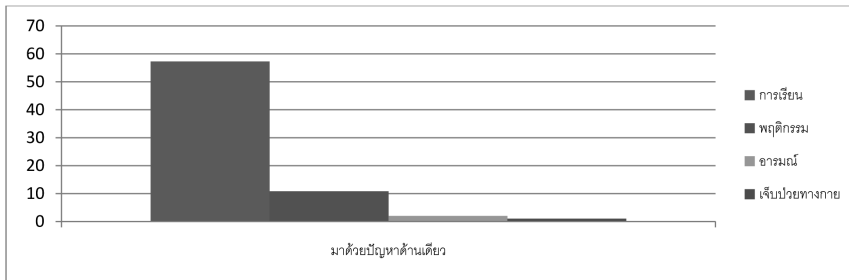
ส่วนใหญ่อายุอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 54.5) สถานภาพครอบครัวอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 65.7 การศึกษาของบิดาอยู่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.1 การศึกษาของมารดาอยู่ที่ระดับประถม

ศึกษาร้อยละ 44.1 อาชีพของบิดา มีอาชีพรับจ้าง/ขับ taxi ร้อยละ 43.7 อาชีพของมารดา มีอาชีพรับจ้าง รายวัน ร้อยละ 39.0 รายได้ครอบครัวร้อยละ 42.8 มีรายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ประวัติสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาพัฒนาการหรือโรคทางจิตเวช

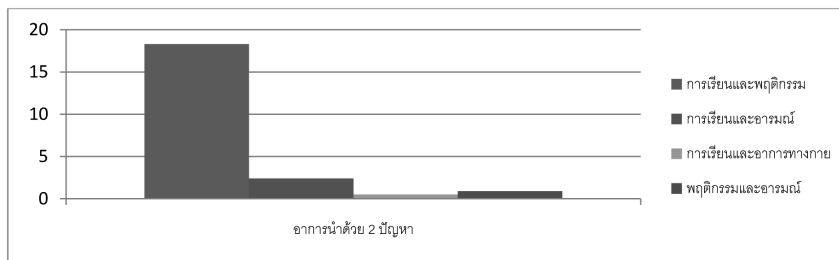
มารดา ร้อยละ 95.8 มีความแข็งแรงและสุขภาพดี ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ร้อยละ 65.7 ที่ครอบครัวสมบูรณ์อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 21.1 ที่พบปัญหาพัฒนาการหรือโรคทางจิตเวชของสมาชิกในครอบครัว โดยพบปัญหาทางฝ่ายบิดา มารดา และพี่น้องท้องเดียวกัน ผู้ป่วยร้อยละ 7.5.8.5 และ 4.7 ตามลำดับ พบอัตราการเกิดโรค LD ของคนในครอบครัวร้อยละ 8.9 พบอัตราการเกิดโรคสมาธิสั้นและปัญหาการพูด/สื่อความหมายของคนในครอบครัวร้อยละ 2.4 และ 2.8 ตามลำดับ

3. ข้อมูลรายละเอียดของโรคและภาวะที่พบร่วม

อาการนำ ปัญหาด้านการเรียนจะเป็นปัญหาที่นำคนไข้มาพบแพทย์ได้สูงสุด คนไข้ที่มีปัญหาด้านเดียวที่มาพบแพทย์มีร้อยละ 69.5 โดยจะเป็นปัญหาด้านการเรียนมากที่สุด รองลงไปคือปัญหาพฤติกรรม (แผนภูมิที่ 1) ส่วนคนไข้ที่มาพบแพทย์ด้วยปัญหา 2 ด้าน พบได้ร้อยละ 22.1 จะพบปัญหาการเรียนร่วมกับปัญหาพฤติกรรม ได้มากที่สุดและรองลงไปคือ การเรียนกับปัญหาทางอารมณ์ (แผนภูมิที่ 2)



แผนภูมิที่ 1 อาการที่นำ ผู้ป่วย LD มาพบแพทย์ด้วยปัญหาด้านเดียว



แผนภูมิที่ 2 อาการที่นำ ผู้ป่วย LD มาพบแพทย์ด้วยปัญหา 2 ด้านขึ้นไป

ประวัติพัฒนาการและผลการตรวจประเมินพัฒนาการ พบเด็กมีพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 60.6 และมีประวัติพัฒนาการช้าร้อยละ 39.4 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ด้านการพูดและสื่อภาษา และด้านกล้ามเนื้อ พบว่าคนไข้ที่มีพัฒนาการช้าใน

ทั้ง 2 ด้าน (ด้านการพูดและสื่อภาษา และด้านกล้ามเนื้อ) จำนวน 74 ราย หรือร้อยละ 34.7 ในกลุ่มคนไข้ที่มีพัฒนาการช้าในด้านการพูดและสื่อภาษา จะมีประวัติพูดช้า ร้อยละ 32.9 และไม่เข้าใจภาษาหรือสับสน ร้อยละ 1.9 (ตารางที่ 2)

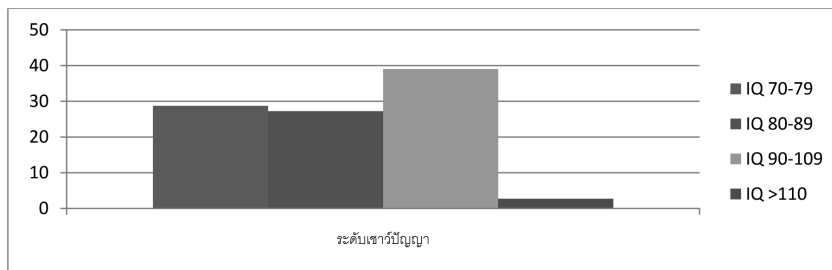
ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดการเจ็บป่วยในอดีตหรือโรคประจำตัวของผู้ป่วย LD

โรค	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ชัก	28	13.2
Neonatal jaundice	6	2.8
อุบัติเหตุเกี่ยวกับศีรษะ	5	2.4
Congenital heart disease	5	2.4
อุบัติเหตุอื่น (ตกบันได ข้อศอกหลุด)	4	1.9
หอบหืด นอนกรน ภูมิแพ้	2	0.9
ตาสั้น/ตาเอียง	2	0.9
เบาหวาน	1	0.5
HIV	1	0.5
Peptic ulcer	1	0.5
รวม	55	25.8

ผลการตรวจร่างกายและการตรวจวิธีพิเศษ
 ผลการตรวจร่างกายพบผู้ป่วยที่มีความปกติร้อยละ 93.4 มี 14 ราย หรือร้อยละ 6.6 ที่เป็นโรคอ้วน 2 ราย (ร้อยละ 0.9) stunted growth 3 ราย (ร้อยละ 1.4) และ พันผุ 9 ราย (ร้อยละ 4.3) ผลการตรวจวิธีพิเศษ เช่น การวัดสายตา พบตาสั้น/ตาเอียง (ร้อยละ 2.8) การได้ยิน

ผิดปกติ (ร้อยละ 1.4) soft neurological sign positive (ร้อยละ 50.7) non-specific EEG (ร้อยละ 8)

ระดับเชาวน์ปัญญา ทดสอบระดับเชาวน์ปัญญา ด้วย Stanford-Binet intelligence test หรือ Wechsler intelligence Scale for children III (WISC III) ระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยอยู่ที่ 86.8 ± 13.7 (แผนภูมิที่ 3)



แผนภูมิที่ 3 ระดับเชาวน์ปัญญาของผู้ป่วย LD

ความบกพร่องของทักษะการเรียนรู้ ผลการตรวจทางคลินิกและจากแบบทดสอบทางจิตวิทยาที่ใช้ Wild Range Achievement Test พบความบกพร่องด้านการอ่านหนังสือร้อยละ 82.6 ความบกพร่องด้านการเขียนหนังสือ ร้อยละ 86.8 และความบกพร่องด้านการคำนวณ ร้อยละ 69.9

ร้อยละ 25.8 โดยพบความบกพร่องด้านการอ่านร่วมกับการเขียนหนังสือ ร้อยละ 19.7 พบความบกพร่องด้านเดียวร้อยละ 17.3 (ตารางที่ 3)

พบความบกพร่อง 3 ด้านร่วมกัน ร้อยละ 56.9 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด พบความบกพร่อง 2 ด้าน

โรคหรือภาวะที่พบร่วม โรคหรือภาวะที่พบร่วมในเด็ก LD 3 อันดับแรก คือ โรคสมาธิสั้น developmental coordination disorder และ adjustment disorder คิดเป็นร้อยละ 67.6, 27.2 และ 14.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงผลการซักประวัติและประเมินพัฒนาการ

พัฒนาการช้า	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ด้านการพูดและสื่อภาษา	74	34.7
พูดช้า	70	32.9
ไม่เข้าใจหรือสับสน	4	1.9
ด้านกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว	14	6.5
เดินช้ากว่าเด็กวัยเดียวกัน	12	5.6
ทักษะการใช้มือไม่คล่อง	2	0.9

ตารางที่ 4 แสดงรายละเอียดความบกพร่องของทักษะการเรียนรู้ในผู้ป่วย LD

ปัญหาการเรียนด้านการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อ่าน	176	82.6
เขียน	185	86.8
คำนวณ	149	69.9
ปัญหา 1 ด้าน	37	17.3
อ่าน	10	4.7
เขียน	12	5.6
คำนวณ	15	7.0
ปัญหา 2 ด้าน	55	25.8
อ่าน เขียน	42	19.7
อ่าน คำนวณ	3	1.4
เขียน คำนวณ	10	4.7
ปัญหา 3 ด้าน	121	56.9
อ่าน เขียน คำนวณ	121	56.9

วิจารณ์

Learning disorder หมายถึง กลุ่มโรค neuropsychiatric disorder ที่มีความบกพร่องของกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากสมองทำงานผิดปกติ สาเหตุจากกรรมพันธุ์หรือสภาพแวดล้อม ส่งผลทำให้ไม่สามารถในการอ่านหนังสือ เขียนสะกดคำและการคำนวณ หรือทำได้แตกต่างจากเด็กที่อายุเท่ากันอย่างชัดเจนในช่วงการเรียนรู้ภาคบังคับ ทั้งๆ ที่ได้รับความช่วยเหลือพิเศษอย่างเต็มที่อย่างน้อย 6 เดือนแล้วก็ตาม ส่งผลกระทบต่อการเรียน การทำงานและการใช้ชีวิตประจำวันไปตลอดชีวิต การวินิจฉัยเดิมตาม DSM IV-TR ใช้ชื่อโรคไปตามความบกพร่องแต่ละด้านเช่น Reading

disorder, disorder of written expression และ mathematics disorder โดยมีได้เกิดจากความผิดปกติของประสาทสัมผัสหรือการควบคุมกล้ามเนื้อ โรคทางจิตเวชอื่น ภาวะสติปัญญาบกพร่อง ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์หรือปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐฐานะที่ต่างกัน¹⁻³

ปัจจุบันใช้ชื่อว่า specific learning disorder ตามการวินิจฉัยของ DSM 5 แทน learning disorder ตามการวินิจฉัยของ DSM IV ซึ่งจัดโรคอยู่ในกลุ่ม neurodevelopmental disorders โดยไม่แยกรายละเอียดของความบกพร่องในแต่ละประเภท (อ่าน เขียน คำนวณ) และเน้นระยะเวลาที่เด็กได้รับความ

ช่วยเหลือเต็มที่ 6 เดือนแต่ยังพบความบกพร่องอยู่⁴ (ตารางที่ 1)

พระราชบัญญัติคนพิการ ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 14) พ.ศ.2558 ใช้คำภาษาไทยแทนโรค LD ว่าความบกพร่องทางการเรียนรู้ เมื่อแพทย์ออกใบรับรองความพิการ จะทำให้เด็กได้สิทธิตามพระราชบัญญัติคนพิการ มีโอกาสได้ใช้อุปกรณ์ช่วยเรียน เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ MP3 เครื่องคิดเลข เป็นต้น ส่งผลทำให้เด็กสามารถเรียนรู้ต่อในระบบการศึกษาต่อได้^{1,2}

พบผู้ป่วย LD ถูกส่งพบแพทย์ในช่วงชั้นประถมศึกษาตอนต้นหรือในช่วงอายุ 7-8 ปี พบปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และสังคมซึ่งเป็นผลตามหลังไม่มากนัก น่าจะเกิดมาจากการเผยแพร่ความรู้ไปสู่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ทำให้ครูและพ่อแม่ตระหนักถึงปัญหานี้มากขึ้น

ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติครอบครัวจากงานวิจัยนี้ได้ภาพกว้างๆ ไม่สามารถสะท้อนรายละเอียดของการฝึกสอน การเลี้ยงดูที่เอาใจใส่ สนใจ ฝึกฝนพัฒนาทักษะด้านการอ่าน เขียน คำนวนอย่างจริงจังต่อเนื่องนานเกิน 6 เดือน แต่ทักษะด้านการอ่าน เขียน คำนวนดังกล่าวก็ยังมีปัญหา ตามรายละเอียดการวินิจฉัยของ DSM 5 ประวิตคนในครอบครัวมีปัญหาด้านพัฒนาการหรือโรคทางจิตเวช พบได้ร้อยละ 21.1 แต่พบอัตราการเกิดโรค LD ของสมาชิกในครอบครัวเพียงร้อยละ 8.9 ซึ่งมีอัตราต่ำกว่ารายงานจากต่างประเทศ^{2,5} เชื่อว่าสาเหตุหนึ่งเกิดจากครอบครัวเดี่ยวที่แยกย้ายอยู่กันคนละที่ ทำให้ไม่ทราบข้อมูลเชิงลึก รวมทั้งระบบการให้บริการตรวจประเมินเพื่อค้นหาสาเหตุของเด็กที่มีปัญหาการเรียนยังมีปริมาณไม่มากนัก

อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์มากที่สุด จากการศึกษาคั้งนี้ คือ ปัญหาการเรียน (ร้อยละ 69.5) รองลงไปคือปัญหาการเรียนร่วมกับปัญหาพฤติกรรม ซึ่งสะท้อนถึงระบบบริการช่วยเหลือผู้ป่วยที่รวดเร็ว ขณะเดียวกันพบผู้ป่วยโรค LD ร่วมกับโรคสมาธิสั้นถึงร้อยละ 67.6 ข้อมูลนี้อาจสะท้อนให้เห็นว่าถ้าจะค้นหาผู้ป่วย LD ในระบบการศึกษา อาจไปค้นหาในกลุ่มเด็กที่ฉลาดที่มีปัญหาการเรียน และในกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมในช่วง

ชั้นประถมศึกษาตอนต้น

พบผู้ป่วยมีประวัติพัฒนาการช้าและตรวจพบว่าพัฒนาการช้าในด้านการพูด/การสื่อสาร และการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กร้อยละ 39.4 ซึ่งเป็นทักษะสำคัญมีผลต่อการเรียนเพราะการพูด/การสื่อภาษาสัมพันธ์กับการอ่านหนังสือโดยตรง การช่วยเหลือโดยการฝึกพูดจะช่วยให้เด็กพูดและอ่านหนังสือได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากกระบวนการฝึกอ่านหนังสือจะต้องใช้การจดจำตัวอักษร (letter recognition) จำตัวอักษรเทียบกับเสียง (letter-sound association) ฝึกออกเสียงพยัญชนะให้ถูกต้อง (phonological skills) ผสมคำ (word level phonic skills) อ่านเป็นประโยค อ่านทั้งบท และสรุปเรื่องราว หรือสอนอ่านหนังสือโดยที่แม่เล่าเรื่องราวให้ฟังจนเข้าใจและสนใจ จึงค่อยมาเรียนรู้จักตัวหนังสือ รู้จักคำ และออกเสียงตามได้ถูก หรืออาจฝึกทั้ง 2 รูปแบบไปพร้อมกัน⁹ ขณะเดียวกัน การศึกษาคั้งนี้พบผู้ป่วย LD ที่มีพัฒนาการช้าในด้านการพูด/การสื่อสารและการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กร่วมกันร้อยละ 34.7 และพบโรค developmental coordination disorder ร่วมด้วยร้อยละ 27.2 ดังนั้น การช่วยเหลือผู้ป่วย LD จึงต้องฝึกทั้งด้านการพูดและการใช้กล้ามเนื้อเล็กไปพร้อมกัน

การตรวจ soft neurological sign อาจช่วยสร้างความมั่นใจในการวินิจฉัยได้ซึ่งการศึกษาคั้งนี้พบว่า positive ร้อยละ 50.7 แต่ก็ไม่ได้ยืนยันการวินิจฉัยถึงแม้ว่าการประเมินสภาพจิตจะพอบอกถึงความฉลาดของคนไข้ได้ระดับหนึ่ง แต่การตรวจหาระดับสติปัญญาจากการตรวจตามมาตรฐานทางจิตวิทยาจะช่วยแยกโรคสติปัญญาบกพร่องออกไป การศึกษาคั้งนี้พบระดับเซาว์ปัญญาเฉลี่ยอยู่ที่ 86.8±13.7

การประเมินทักษะการเรียนโดยใช้เครื่องมือ Wild range achievement test พบความบกพร่องด้านการเขียนหนังสือมากที่สุด (ร้อยละ 86.8) รองลงมา คือ ความบกพร่องด้านการอ่านหนังสือ (ร้อยละ 82.6) และความบกพร่องด้านการคำนวณ (ร้อยละ 69.9) ซึ่งแตกต่างจากรายงานจากต่างประเทศที่พบความบกพร่องด้านการอ่านหนังสือมากที่สุด¹⁻⁴ และพบความ

บกพร่อง 3 ด้านร่วมกันถึงร้อยละ 56.9 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด อาจสะท้อนถึงผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งเป็นศูนย์กลางของระบบส่งต่อผู้ป่วยจากทั่วประเทศ ทำให้ได้รับการรักษาผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ซึ่งถ้าทำการศึกษาในชุมชนที่โรงเรียนอาจพบความบกพร่องในด้านต่างๆ ที่แตกต่างจากรายงานนี้

โรคหรือภาวะที่พบร่วมบ่อยคือ โรคสมาธิสั้น ร้อยละ 67.6 รองลงไปคือ motor skills disorder และ adjustment disorder ซึ่งเป็นโรคที่สามารถช่วยเหลือได้ ซึ่งคล้ายคลึงกับรายงานจากต่างประเทศ¹⁻⁵ ในอีกด้านหนึ่งก็คือ ถ้าพบผู้ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นหรือมีปัญหาในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ก็ควรที่จะค้นหาว่ามีโรค LD ร่วมด้วยหรือไม่

สรุป

โรค learning disorders เป็นความพิการที่พบได้มากที่สุดของเด็กวัยเรียน ผู้ป่วยจะมีปัญหาในทักษะสำคัญ (อ่าน เขียน คำนวณ) ในด้านการเรียนตั้งแต่ชั้นประถมต้น อายุที่มารับการรักษาเฉลี่ย 7-8 ปี พบในเพศชายมากกว่าหญิง มีการถ่ายทอดโรคในครอบครัว ร้อยละ 8.9 อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์มากที่สุดคือ ปัญหาด้านการเรียน ชักประวัติพัฒนาการและตรวจพบว่ามีการพัฒนาการช้าในด้านการพูด/การสื่อสารและการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 39.4 พบความบกพร่องที่มีความรุนแรงทั้ง 3 ด้านร้อยละ 56.9 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด พบความบกพร่องด้านการเขียนหนังสือมากที่สุด (ร้อยละ 86.8) รองลงมา คือ ความบกพร่องด้านการอ่านหนังสือ (ร้อยละ 82.6) โรคที่พบร่วมบ่อยที่สุดและรักษาได้ คือ โรคสมาธิสั้น (ร้อยละ 67.6)

เอกสารอ้างอิง

1. Piyasil V. Learning Disorders. In : Sigkalavanich S, Kanjanapongkul S, Jannuwat S, editors. Pocketbook of Pediatric. Bangkok : Beyond Enterprice Inc; 2011: 546-54.

2. Promchuay P, Piyasil V. Learning disorders.. In : Piyasil V, Ketumarn P, editors. Thai Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. Bangkok : Tana Press Inc; 2008: 130-9.
3. Van Kleeck A, Schuele CM. Historical perspectives on literacy in early childhood. Am J Speech Lang Pathol 2010; 19:341-55.
4. American Psychiatric Association. Diganostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, DSM-5TM. American Psychiatric Association. Washington, DC : American Psychiatric Press; 2013.
5. Pierce K. Developmental disorders of learning, communication and motor skills. In : Dulcan MK, editor. Duncan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. American Psychiatric Publishing, Inc. : Washington, DC; 2010:191-202.
6. Pougaksorn S. Annual Report Summery in National survey for Learning Disabilities. Ministries of Education; 6 May 2009.
7. Moungsuwan L, Piyasil V, Pruksananonda C, Chomchai C, Aimpramsilapa S, Ningsanoth V. In : Ningsanoth, Piyasil V, Sutra S, editors. Health Status in Thai Children and Adolescent 2010. The Royal College of Pediatricians of Thailand. Bangkok : Beyond Enterprice Inc; 2010: 137-60.
8. Sangwanich P, Tantiwaj S, Toosawaun K, Moungsuwan L, Piyasil V. School-Based Screening for Attention Deficit and Hyperactivity Disorder and Learning Disorders (LD). Health Promotion Foundation (ThaiHealth) and Ministries of Public Health; 2009.
9. Level WJ. Models of word production. Trends Cong Sci 1999; 3:223-32.