

## การใช้แนวคิดและรหัส ICF ในการแสดงสมรรถนะของผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติก เพื่อการสื่อสารระหว่างบุคลากรที่ให้บริการและผู้ปกครอง

ภัทรา ฤชวรวารักษ์<sup>1\*</sup>, ธีรากร มณีรัตน์<sup>2</sup>, ภัทราภรณ์ กาบกลาง<sup>3</sup>, สิรินาถ ตงศิริ<sup>4</sup>

<sup>1</sup>กลุ่มงานกุมารเวชกรรม, <sup>2</sup>กลุ่มงานการพยาบาล, <sup>3</sup>กลุ่มงานสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น, <sup>4</sup>คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

## The Application of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to Address Functions of Persons with Intellectual Disabilities, Learning Disabilities and Autism for Improving Communication among Providers and Parents

Pathra Ruechuwarak<sup>1</sup>, Thirakorn Maneerat<sup>2</sup>, Pattaraporn Kabklang<sup>3</sup>, Sirinart Tongsir<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Pediatrics Department, <sup>2</sup>Nursing Department, <sup>3</sup>Health promotion Department, Khon Kaen Hospital, <sup>4</sup>Faculty of Medicine, Mahasarakham University

**หลักการและวัตถุประสงค์:** International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) เป็นแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่มองความสามารถของบุคคลเป็นองค์รวม ในการดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและให้การช่วยเหลือโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้มีการนำแบบประเมินที่หลากหลายโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาใช้ แต่ยังไม่มียแบบประเมินที่สามารถนำมาใช้ในการสื่อสารกับผู้ปกครองร่วมกับการให้การฟื้นฟู ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดและรหัส ICF มาใช้ในการศึกษานี้

**วิธีการศึกษา:** แบบประเมิน ICF 38 รหัสที่มีระดับสมรรถนะย่อย 5 ระดับซึ่งออกแบบโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจากคณะกรรมการภาคีเครือข่ายการดูแลบุคคลออทิสติก จังหวัดขอนแก่น ได้ถูกนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลสมรรถนะของผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติก อายุระหว่าง 1-18 ปี จำนวน 246 รายในจังหวัดขอนแก่นโดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการอบรม

**ผลการศึกษา:** แบบประเมินนี้ สามารถแสดงข้อมูลเด็กที่มีความบกพร่องทั้งแบบเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม ปัญหาที่พบมากที่สุดในกลุ่มที่ทำการศึกษาคือ การเรียนรู้อ่าน การเขียน การคำนวณ รองลงมาเป็นปัญหาด้าน

**Background and Objective:** International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is the classification system recommended by the World Health Organization (WHO) to address functions of persons as an interaction between disease, body functions and environmental factors. Early diagnosis and multidisciplinary rehabilitation are essential for those suffering from intellectual and learning disabilities as well as autism. A number of questionnaires are available for specialists, but none appropriately address functions and their correct use is difficult to communicate to parent and different specialties. This study sought to determine if the ICF system can be used as a tool to harmonize communication and rehabilitation.

**Method:** A set of 38 ICF codes with 5 qualifiers for each code was selected by parents and specialists. Two-hundred and forty six persons aged between 1-18 years in Khon Kaen province were then interviewed by trained interviewers.

**Results:** This tool can be used to assess individual and group problems of these children with special needs. The commonest problems in this research group are learning, especially reading, writing and calculation. The

ความสนใจ อารมณ์ การใช้ภาษา การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์  
**สรุป:** แบบประเมินสมรรถนะผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เป็นการเรียนรู้ และออทิสติก ICF-38 ซึ่งถูกออกแบบโดยทีมสหวิชาชีพ สามารถใช้ในการประเมินความบกพร่องซึ่งมีความซับซ้อนและจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบบูรณาการเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดทรัพยากรที่จะนำมาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กกลุ่มนี้ต่อไป

ศรีนครินทร์เวชสาร 2559; 31(6): 409-16. • Srinagarind Med J 2016; 31(6): 409-16.

### บทนำ

คนพิการในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการเพิ่มของประชากร ปี พ.ศ. 2559 มีคนพิการที่จดทะเบียนคนพิการทั้งสิ้น 1.6 ล้านคน<sup>1</sup> ซึ่งกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้แบ่งประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555)<sup>2</sup> เป็น 7 ประเภทความพิการได้แก่ 1) ทางการเห็น 2) ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 3) ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 4) ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ซึ่งสามารถสังเกตเห็นความพิการได้ชัดเจน ส่วนกลุ่มที่มีปัญหาทางการเรียนรู้และระบบการรับรู้ เมื่อได้รับการวินิจฉัยและจัดอยู่ใน “กลุ่มบกพร่องด้านพัฒนาการ” ถูกกำหนดเป็นประเภท 5) ทางสติปัญญา 6) ทางการเรียนรู้ และ 7) ออทิสติก ทั้ง 3 ประเภทหลังนี้ มีรูปลักษณะภายนอกเช่นเดียวกับคนทั่วไป ครอบครัวและสังคมจึงละเลยการดูแล ยังพบว่ามีคนพิการประมาณร้อยละ 57 ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ หรือเข้าถึงได้อย่างจำกัดเพียงร้อยละ 6.25-43.95<sup>3</sup> เท่านั้น

การดูแลกลุ่มบกพร่องด้านพัฒนาการนี้มีความยากและซับซ้อนทั้งในเรื่องการวินิจฉัยที่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การรักษาที่ยังไม่มีการรักษาที่ได้ผลชัดเจน และต้องอาศัยความร่วมมือของครอบครัวกับทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่มีหลักฐานยืนยันชัดเจนว่าการให้การกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการหรือช่วยเหลือแต่แรกเริ่มแบบเข้มข้น (early intensive behavior intervention [EIBI]) ช่วยทำให้เด็กจำนวนหนึ่งพัฒนาขึ้นสู่ระดับเกือบปกติหรือปกติ<sup>4-7</sup> สาเหตุหนึ่งอาจเป็นเพราะการขาดแคลนบุคลากรที่ผ่านการอบรมหรือมีความรู้ในการดูแลในชุมชน<sup>8,9</sup> เนื่องจากคนพิการเหล่านี้ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชน ซึ่งผู้ดูแลยังไม่ได้มีวิถีปฏิบัติที่ถูกต้อง นอกจากนั้นในแง่ของการประเมินการรักษา พบว่ายังไม่มีเครื่องมือที่ใช้การประเมินการรักษาที่เป็นมาตรฐานและใช้สื่อสารได้ในบุคลากรสาขาวิชาชีพต่างๆ กับผู้เลี้ยงดู

second problems are social interaction, communication and emotion.

**Conclusion:** It is likely that the ICF system can be used to address functions of persons with intellectual difficulties, learning difficulties and autism. Individual care plans and policy recommendations can be developed to improve their quality of life.

**Keywords:** ICF, intellectual disabilities, learning disabilities, autism, rehabilitation, quality of life

เด็กให้เข้าใจตรงกันว่าขณะนี้เด็กมีความผิดปกติอะไร ได้รับการดูแลและความผิดปกติที่ขึ้นหลังการรักษาอย่างไร

ประเทศไทย ประกาศใช้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 สอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities: CRPD) ที่กำหนดให้รัฐภาคีมีการดำเนินงานครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนของคนพิการเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป ไม่เฉพาะด้านพลเมือง แต่รวมถึงเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และชีวิตครอบครัวด้วย อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานดังกล่าวมีความเข้มแข็งแต่เพียงระดับนโยบาย หลายพื้นที่ยังไม่มี การดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม แต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างมุ่งดำเนินงานในส่วนของตนเอง เช่น มีการดำเนินงานจัดการศึกษาสำหรับคนพิการของกระทรวงศึกษาธิการ มีการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น แต่ยังไม่มีการประสานข้อมูลการดูแลระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ชัดเจน การศึกษาครั้งนี้จึงนำเสนอว่า หากจะพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแบบองค์รวม ปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องทำงานร่วมกัน คือ การเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลคนพิการที่ทุกหน่วยงานใช้ร่วมกันในชุมชน รวมถึงสามารถใช้สื่อสารกับผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักได้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศใช้รหัส International Classification of Functioning, Disability and Health หรือ ICF เพื่อให้มีการเก็บข้อมูลที่สามารถมองสมรรถนะหรือความสามารถของบุคคลเป็นองค์รวม บอกคุณภาพชีวิตของมนุษย์<sup>10</sup> ตามคำจำกัดความของสุขภาพที่ว่า “เป็นสภาวะที่สมบูรณอย่างมีพลวัต ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม มิได้หมายความว่าปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น โดยคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) การทำงานของร่างกายและโครงสร้างของร่างกาย 2) กิจกรรมและ 3) การมีส่วนร่วมใน

สังคม รวมทั้ง 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และ 5) ปัจจัยด้านบุคคล (แผนภาพที่ 1) ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ จะถูกกำหนดรหัส (code) เป็นอักษรภาษาอังกฤษให้แทนหมวดต่างๆ สะดวกในการจัดการฐานข้อมูล เช่น การทำงานของร่างกาย (body function) แทนด้วยรหัส b กิจกรรมและการมีส่วนร่วมในสังคม (activity and participation) แทนด้วยรหัส d ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment factors) แทนด้วยรหัส e เป็นต้น ต่อจากรหัสจะตามด้วยตัวเลข 1-4 ตัว ยิ่งตัวเลขมาก ยิ่งแสดงความละเอียดมาก เช่น รหัส d430 เป็นรหัสที่ระบุกิจกรรมหลักคือ “การยกของและการถือของ” รหัส d4301 เป็นรหัสที่ระบุกิจกรรมที่ละเอียดขึ้นเป็น “การถือของในมือ” เป็นต้น

ส่วนการกำหนดความรุนแรงของความพิการ หรือความยากลำบากในการทำกิจกรรม ใช้ตัวเลขหลังจุดทศนิยมที่เรียกว่าตัวกำหนดคุณภาพ (qualifier) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก ระดับ 1 หมายถึง มีความบกพร่องหรือความยากลำบากเล็กน้อย ระดับ 2 หมายถึง มีความบกพร่องหรือความยากลำบากปานกลาง ระดับ 3 หมายถึง มีความบกพร่องหรือความยากลำบากรุนแรง ระดับ 4 หมายถึง มีความบกพร่องหรือความยากลำบากที่สุดหรือทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีกา

กำหนดหมายเลข 8 ไว้สำหรับกรณีที่ไม่ระบุความบกพร่อง และหมายเลข 9 ไว้สำหรับกรณีที่รหัส ICF นั้นไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้ ยกตัวอย่างเช่น

d4301.0 หมายถึง ไม่มีความบกพร่องหรือความยากลำบากด้านการถือของในมือ

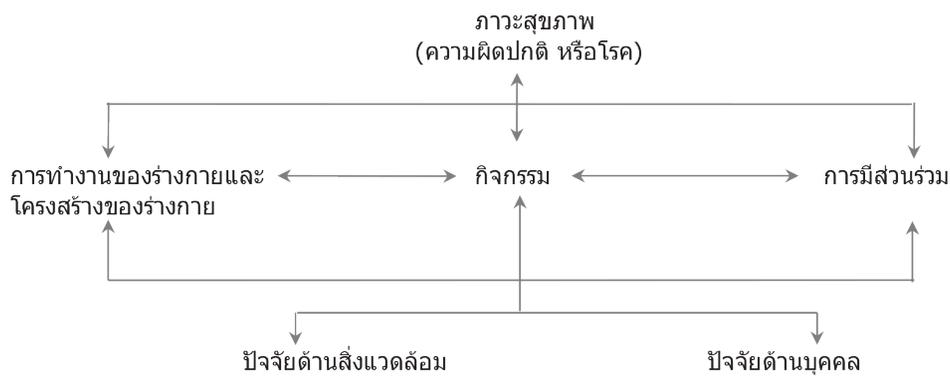
d4301.1 หมายถึง มีความบกพร่องหรือความยากลำบากด้านการถือของในมือน้อย

d4301.2 หมายถึง มีความบกพร่องหรือความยากลำบากด้านการถือของในมือปานกลาง

d4301.3 หมายถึง มีความบกพร่องหรือความยากลำบากด้านการถือของในมือรุนแรง

d4301.4 หมายถึง มีความบกพร่องหรือความยากลำบากด้านการถือของในมือที่สุดหรือทั้งหมด

การนำแนวคิด ICF มาใช้กับผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติก จึงน่าจะเป็นการขยายมุมมองที่มีต่อคนกลุ่มนี้ เป็นการมองรวมถึงสมรรถนะหรือความสามารถของบุคคลที่มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมการพัฒนาความสามารถ และใช้เป็นข้อมูลในการนำไปบูรณาการความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป เช่น การศึกษา การทำงาน และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่อไป



แผนภาพที่ 1 แนวคิด ICF

ที่มา: WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, Switzerland: WHO, 2001.

การศึกษานี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวคิดและรหัส ICF ในการแสดงสมรรถนะของ “กลุ่มบกพร่องด้านพัฒนาการ” ได้แก่ ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติก มาใช้ในการสื่อสารระหว่างบุคลากรที่ให้บริการและผู้ปกครอง โดยเป็นการดำเนินงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานในภาคีเครือข่าย

การดูแลบุคคลออทิสติก จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากหน่วยงานในพื้นที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา รวมทั้งเป็นพื้นที่ที่มีคนพิการทางสติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติกจำนวนเพียงพอ สามารถเป็นพื้นที่เรียนรู้เพื่อพัฒนาและขยายผลในระดับประเทศต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยให้เจ้าหน้าที่จำนวน 26 ราย ที่ผ่านการอบรมการใช้แบบสอบถามที่ได้จากการพัฒนาของภาคีเครือข่ายการดูแลบุคคลออทิสติกจังหวัดขอนแก่น ไปสัมภาษณ์คนพิการทางสติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติก โดยให้นักบำบัดหรือครูผู้สอนเป็นผู้นัดหมายจากรายชื่อคนพิการในฐานข้อมูลของหน่วยงาน และขออนุญาตให้เจ้าหน้าที่เข้าไปสัมภาษณ์คนพิการและผู้ปกครอง ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2557 ใน 12 หน่วยงานที่เป็นภาคีเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงเรียนเทศบาลวัดกลาง โรงเรียนขอนแก่นคริสเตียน โรงพยาบาลบ้านไผ่ โรงพยาบาลพล สถาบันพัฒนาการเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศูนย์วิจัยออทิสติก ศูนย์การศึกษาพิเศษเขต 9 ขอนแก่น โรงเรียนบ้านไผ่ประถมศึกษาศึกษา (ชก.10) โรงเรียนบ้านทองหลาง และสมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดขอนแก่น โดยกลุ่มประชากรที่ศึกษาควรมีอย่างน้อย 138 ราย จากการคำนวณทางสถิติ

แบบสอบถามที่ใช้ในการสำรวจ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป** ประกอบด้วย ชื่อบุคคลที่มีความบกพร่อง เพศ วัน เดือน ปีเกิด และอายุ (ปี) เลขบัตรประชาชน การวินิจฉัยความบกพร่อง/การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุ

(รหัส ICD-10) ผู้ดูแลหลัก อายุ (ปี) อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็ก ที่อยู่ติดต่อได้ เบอร์โทรศัพท์เพื่อให้สามารถติดต่อกลับได้ หากต้องการสำรวจข้อมูลเพิ่มเติมรายละเอียด

**ส่วนที่ 2 สมรรถนะของคนพิการ** มีทั้งหมด 38 codes โดยจัดเป็น body function (b codes) จำนวน 5 รหัส activity/participation (d codes) จำนวน 31 รหัส และ environment (e codes) จำนวน 2 รหัส (ตารางที่ 2)

## ส่วนที่ 3 ข้อมูลของผู้ประเมิน

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และกลับไปเก็บเพิ่มเติมกรณีข้อมูลไม่ครบถ้วน จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม Microsoft excel

## ผลการศึกษา

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

บุคคลที่ได้รับการประเมินสมรรถนะจำนวน 246 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 178 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.4 ได้รับการวินิจฉัยความบกพร่องเป็นออทิสติกจำนวน 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.5 รองลงไปคือเด็กที่ยังไม่ได้การวินิจฉัย ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่ามีเป็นจำนวนถึงร้อยละ 25.2 อายุอยู่ระหว่าง 1-18 ปี ส่วนใหญ่ 6-12 ปี จำนวน 174 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.7 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่ได้รับการประเมินสมรรถนะ

		จำนวน (n=246)	ร้อยละ	
เพศ	หญิง	68	27.6	
	ชาย	178	72.4	
การวินิจฉัย	ออทิสติก	80	32.5	
	บกพร่องทางการเรียนรู้	42	17.1	
	บกพร่องทางสติปัญญา	38	15.0	
	ยังไม่ได้การวินิจฉัย	62	25.2	
	อื่นๆ ADHD PDD Down CP	25	10.2	
อายุ	1-5 ปี	49	19.9	
	(min-max 4-25 ปี)	6-12 ปี	174	70.7
	13-25 ปี	23	9.4	

### ส่วนที่ 2 ข้อมูลสมรรถนะที่ประเมินได้

เมื่อพิจารณารายกิจกรรม พบว่า กิจกรรมที่มีระดับความรุนแรงหรือมีความลำบากมากที่สุด (qualifier = .4) ที่พบในเด็กจำนวนมากที่สุด คือ การเรียนรู้ในการคำนวณ (79/246

หรือ ร้อยละ 32) รองลงมาคือ การเรียนรู้ในการอ่าน (74/246 หรือ ร้อยละ 30) การรับรู้ภาษาเขียน (73/246 หรือร้อยละ 29.6) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงระดับสมรรถนะของคนพิการ 246 คน

No.	code	รายละเอียด	Qualifier							รวม
			.4	.3	.2	.1	.0	.8	.9	
v1.	b117	การทำงานด้านสติปัญญา	13	18	66	49	35	45	20	246
v2.	b140	การทำงานด้านความสนใจ	25	55	76	54	36	0	0	246
v3.	b1520	ความเหมาะสมของอารมณ์	24	28	66	54	73	1	0	246
v4.	b1672	การผสมผสานโดยรวมด้านภาษา	52	50	50	47	28	0	19	246
v5.	b7356	ความตึงตัวของกล้ามเนื้อร่างกาย	19	38	38	59	92	0	0	246
v6.	d130	การลอกเลียนแบบ	13	21	32	79	100	0	1	246
v7.	d131	การเล่นสมมุติ	46	39	42	48	70	0	1	246
v8.	d140	การเรียนรู้ในการอ่าน	74	35	31	50	17	0	39	246
v9.	d145	การเรียนรู้ในการเขียน	69	41	33	54	10	0	39	246
v10.	d150	การเรียนรู้ในการคำนวณ	79	34	37	39	18	0	39	246
v11.	d310	การรับการสื่อสารด้วยข้อความภาษาพูด	36	35	62	74	27	0	12	246
v12.	d315	การรับการสื่อสารด้วยข้อความที่ไม่ใช่ภาษาพูด	40	42	50	55	57	0	2	246
v13.	d3151	การรับรู้ภาษาสัญลักษณ์	51	40	49	57	35	0	14	246
v14.	d325	การรับรู้ภาษาเขียน	73	28	35	31	49	0	30	246
v15.	d330	การแสดงออกทางภาษาพูด	44	45	34	71	48	0	4	246
v16.	d335	การแสดงออกทางภาษาภาพ/สัญลักษณ์	35	33	41	56	81	0	0	246
v17.	d350	การสนทนา	51	46	35	58	54	0	2	246
v18.	d4301	การถือของในมือ	15	12	29	48	142	0	0	246
v19.	d440	การใช้นิ้วมือ	10	21	29	46	140	0	0	246
v20.	d4455	การใช้มือและแขน	13	25	30	54	124	0	0	246
v21.	d4503	การเดินผ่านสิ่งกีดขวาง	15	25	24	45	137	0	0	246
v22.	d510	การทำความสะอาดร่างกาย	23	37	33	54	94	0	5	246
v23.	d520	การดูแลส่วนต่างๆ ของร่างกาย	30	33	46	43	89	0	5	246
v24.	d530	การใช้ห้องน้ำ	31	31	27	43	107	0	7	246
v25.	d540	การแต่งตัว ใส่เสื้อผ้า	23	34	32	46	100	0	11	246
v26.	d550	การรับประทานอาหาร	19	18	36	49	123	0	1	246
v27.	d620	การซื้อของสินค้าและบริการ	36	28	21	48	85	0	28	246
v28.	d630	การเตรียมอาหาร	37	24	35	70	50	0	30	246
v29.	d640	การทำงานบ้าน	43	40	48	50	61	0	4	246
v30.	d710	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลขั้นพื้นฐาน	34	27	39	65	77	0	4	246
v31.	d720	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน	45	33	42	47	68	1	10	246
v32.	d810	การศึกษานอกระบบ	10	2	19	16	37	3	159	246
v33.	d820	การศึกษาในโรงเรียน	20	22	35	33	107	2	27	246
v34.	d825	การฝึกอาชีพ	7	4	14	18	8	3	192	246
v35.	d870	การพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจ	4	3	13	18	9	3	196	246
v36.	d920	นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง	20	24	44	62	65	1	30	246
v37.	e130	สื่อผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีในการศึกษา	10	12	28	28	131	1	36	246
v38.	e585	บริการด้านการศึกษาและฝึกอบรม	18	7	15	26	139	1	40	246

เมื่อพิจารณารายบุคคล (no. 183) พบว่ากิจกรรมที่มีระดับความรุนแรงหรือมีความลำบากมากที่สุด (qualifier= .4) คือ d720 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน และ d920 นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง ส่วนกิจกรรมที่มีระดับ

ความรุนแรงหรือมีความลำบากมาก (qualifier= .3) คือการผสมผสานโดยรวมด้านภาษา การตั้งตัวของกล้ามเนื้อ การเรียนรู้การเขียน การคำนวณ การซื้อของและบริการ การทำงานบ้าน (แผนภาพที่ 2)

		Qualifier				
		.0	.1	.2	.3	.4
การทำงานด้านความสนใจ	b140					
ความเหมาะสมของอารมณ์	b1520					
การผสมผสานโดยรวมด้านภาษา	b1672					
ความตั้งตัวของกล้ามเนื้อร่างกาย	b7356					
การลอกเลียนแบบ	d130					
การเล่นสมมุติ	d131					
การเรียนรู้ในการอ่าน	d140					
การเรียนรู้ในการเขียน	d145					
การเรียนรู้ในการคำนวณ	d150					
การรับการสื่อสารด้วยข้อความภาษาพูด	d310					
การรับการสื่อสารด้วยข้อความที่ไม่ใช่ภาษาพูด	d315					
การรับรู้ภาษาสัญลักษณ์	d3151					
การรับรู้ภาษาเขียน	d325					
การแสดงออกทางภาษาพูด	d330					
การแสดงออกทางภาษากาย/สัญลักษณ์	d335					
การสนทนา	d350					
การถือของในมือ	d4301					
การใช้นิ้วมือ	d440					
การใช้มือและแขน	d4455					
การเดินผ่านสิ่งกีดขวาง	d4503					
การทำความสะอาดร่างกาย	d510					
การดูแลส่วนต่างๆ ของร่างกาย	d520					
การใช้ห้องน้ำ	d530					
การแต่งตัว ใส่เสื้อผ้า	d540					
การรับประทานอาหาร	d550					
การซื้อของสินค้าและบริการ	d620					
การเตรียมอาหาร	d630					
การทำงานบ้าน	d640					
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลขั้นพื้นฐาน	d710					
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน	d720					
การศึกษาในโรงเรียน	d820					
นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง	d920					

แผนภาพที่ 2 ระดับสมรรถนะรายบุคคล (no. 183)

### ตัวอย่างการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพรายบุคคล

จากผลการประเมินพบว่า บุคคลนี้ยังพอช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แต่มีความบกพร่องด้านต่างๆ ซึ่งต้องการสหสาขาวิชาชีพผู้ที่จะให้การฟื้นฟูเพื่อแก้ปัญหาในแต่ละด้านต่างกัน โดยพบว่า มีความบกพร่องระดับมากที่สุด (qualifier= .4) ใน

ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ซับซ้อน นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง ซึ่งผู้ที่จะให้การฟื้นฟูเพื่อแก้ปัญหาเหล่านี้ คือพยาบาล กระตุ้นพัฒนาการ และบุคลากรที่มีความรู้ในการใช้เทคนิคในการพัฒนาทักษะทางสังคม ส่วนความบกพร่องที่พบรองลงมา (qualifier= .3) คือ การผสมผสานโดยรวมด้านภาษา

การตั้งตัวของกล้ามเนื้อ การเรียนรู้ในการเขียน การคำนวณ การซื้อของสินค้าและบริการ การทำงานบ้าน ผู้ที่จะให้การฟื้นฟูเพื่อแก้ปัญหาได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด ให้ความช่วยเหลือด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการดำเนินชีวิตประจำวัน นักแก้ไขการพูด พัฒนาด้านภาษา และครูการศึกษาพิเศษช่วยเหลือด้านการเขียนและคำนวณ เป็นต้น

## วิจารณ์

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวคิดและรหัส ICF ในการแสดงสมรรถนะของ “กลุ่มบกพร่องด้านพัฒนาการ” พบว่า แบบสอบถามสามารถแสดงสมรรถนะรายบุคคลของผู้ที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการได้ โดยมีทั้งหมด 38 codes ส่วนใหญ่ 31 code (ร้อยละ 82) เป็นรหัสด้านกิจกรรมและการมีส่วนร่วม (d codes) รองลงมา 5 code (ร้อยละ 13) เป็นด้านการทำงานของโครงสร้างร่างกาย (b codes) และเป็นรหัสด้านสิ่งแวดล้อม (e codes) จำนวน 2 code (ร้อยละ 5) เท่านั้น ได้มาจากการคัดเลือกรหัสที่เกี่ยวข้องและการให้นิยามของตัวกำหนดคุณภาพหรือ qualifiers ครั้งนี้ใช้วิธีการให้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพในจังหวัดขอนแก่น เพื่อแสดงสมรรถนะของคนพิการที่จะนำไปสู่การวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป โดย Castro<sup>11</sup> รายงานว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าการใช้ ICF เป็นเครื่องมือสำคัญในกระบวนการประเมินเพื่อจัดบริการแก่คนพิการด้านพัฒนาการโดยเฉพาะออทิสติก และให้ความสำคัญมากที่สุดคือกิจกรรมและการมีส่วนร่วม โดยพบว่ารหัสส่วนใหญ่ เป็นรหัสด้านกิจกรรมและการมีส่วนร่วม (ร้อยละ 49) ขณะที่ให้ความสำคัญด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 40) มากกว่า ด้านการทำงานของโครงสร้างร่างกาย (ร้อยละ 13.9) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนา ICF core set<sup>12</sup> ในบุคคลออทิสติก เพื่อให้แสดงสมรรถนะที่บุคคลออทิสติกสามารถทำได้<sup>12,13</sup> ซึ่งหากใช้เพียงเกณฑ์การจำแนกโรคตามคู่มือ DSM-IV-TR และ ICD-10 จะมีรายละเอียดไม่เพียงพอในการจัดบริการสำหรับบุคคลที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการ อย่างไรก็ตาม แบบสอบถามนี้ยังไม่ผ่านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (reliability) ความไวและความเฉพาะเจาะจงของแบบสอบถาม (sensitivity and specificity) ซึ่งจะเป็นหัวข้อการศึกษาต่อไปในอนาคต

แบบสอบถามนี้แสดงข้อมูลสมรรถนะหรือข้อมูลความบกพร่องทั้งแบบเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม การแสดงข้อมูลความบกพร่องของเด็กเป็นรายบุคคลว่าบกพร่องที่สมรรถนะใด มีประโยชน์ในการออกแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพรายบุคคลที่สามารถแสดงสมรรถนะที่มีความเปลี่ยนแปลงไปหลังจาก

ได้รับการฟื้นฟู สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า ICF สามารถใช้วัดผลลัพธ์ของการรักษาได้ (outcome evaluation)<sup>14</sup>

เมื่อพิจารณาสมรรถนะรายกลุ่ม สามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่มตามระดับความรุนแรงของปัญหา ดังนี้

กลุ่มที่ 1) ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การเรียนรู้ การอ่าน การเขียน การคำนวณ

กลุ่มที่ 2) ปัญหาที่พบบานกลาง คือ ความสนใจ อารมณ์ การใช้ภาษา การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์

กลุ่มที่ 3) ปัญหาที่พบน้อย คือ การดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน นันทนาการ และกิจกรรมยามว่าง

โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การเรียนรู้ การอ่าน การเขียน การคำนวณ ซึ่งเป็นประโยชน์ให้ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายสามารถกำหนดแนวทางในการพัฒนาบุคลากรที่ดูแลเด็กกลุ่มนี้ให้สอดคล้องกับความต้องการของเด็ก โดยให้การพัฒนาบุคลากรในหัวข้อที่เป็นปัญหาของเด็กกลุ่มใหญ่ที่สุดก่อน ส่วนปัญหาที่พบรองลงมาเป็นปัญหาด้าน ความสนใจ อารมณ์ การใช้ภาษา การสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์ ซึ่งเป็นพื้นฐานในการพัฒนาสมรรถนะด้านการเรียนรู้ แม้ขนาดปัญหาจะเป็นรองแต่เป็นต้นเหตุสำคัญ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาด้านความสนใจ อารมณ์ การใช้ภาษา การสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์ ควบคู่กับการแก้ไข ปัญหาเรื่องการเรียนรู้ การอ่าน การเขียน การคำนวณ

จากการใช้แบบสอบถาม ICF ครั้งนี้ พบว่าสามารถใช้ในการสื่อสารระหว่างบุคลากรที่ให้บริการและผู้ปกครอง โดยในขณะประเมินแต่ละข้อ มีการประเมินระดับความยากลำบาก ทำให้เกิดความเข้าใจระดับพัฒนาการของเด็ก ผู้ปกครองเห็นระดับพัฒนาการในปัจจุบัน และสามารถกำหนดเป้าหมายระดับสูงขึ้นไปอีกขั้น เป็นเป้าหมายร่วมระหว่างผู้ปกครองกับบุคลากรผู้ให้บริการ ทำให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการเดินทางสู่เป้าหมายที่สูงขึ้น อย่างเป็นรูปธรรม และชัดเจน

จะเห็นว่าการใช้แบบสอบถาม ICF นี้ สามารถเก็บข้อมูลที่ไม่ใช่ทางการแพทย์อย่างเดียว แต่ยังแสดงข้อมูลด้านการศึกษา การประกอบอาชีพ และการเข้าสู่สังคมได้ด้วย ถือว่าเป็นแบบสอบถามที่สามารถแสดงข้อมูลของผู้ที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติกได้อย่างเป็นองค์รวม นอกจากนี้ เมื่อใช้กับเด็กที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความพิการประเภทใด ยังสามารถแสดงสมรรถนะและสามารถระบุความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของเด็กได้ ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญที่จะไปวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพของเด็กได้ก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัย เพื่อจัดบริการให้ตั้งแต่วินิจฉัยแรก เพราะหากต้องรอให้เด็กได้รับการวินิจฉัย

ก่อนแล้วจึงจัดบริการให้การฟื้นฟูนั้น เป็นการเริ่มที่ช้าเกินไป ทำให้เด็กขาดโอกาสในการพัฒนาได้ องค์การอนามัยโลกจึงสนับสนุนให้ประเทศกำลังพัฒนา มีการนำ ICF ไปใช้ในการพัฒนาฐานข้อมูลคนพิการให้มากขึ้น<sup>10</sup>

ข้อจำกัดของการใช้ ICF การประเมินเด็กแต่ละราย ต้องใช้เวลานาน บุคลากรผู้ประเมินต้องผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการก่อนเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และฝึกใช้แบบสอบถามให้ตรงกับวัตถุประสงค์ นอกจากนี้ยังเป็นการเก็บข้อมูลสมรรถนะของเด็กในความดูแลทุกด้าน แต่หากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฟื้นฟู ให้การดูแลเด็กแล้ว แนะนำให้ใช้เครื่องมือที่มีลักษณะเฉพาะในการประเมินเด็กอย่างละเอียด และบางสมรรถนะที่ใช้ในแบบสอบถาม ยังมีความซ้ำซ้อน อาจจะต้องมีการพิจารณาตัดบางหัวข้อออกในงานวิจัยต่อไป

## สรุป

แบบประเมินสมรรถนะผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติก ICF-38 ซึ่งถูกออกแบบโดยทีมสหวิชาชีพ ด้านการแพทย์ อรรถบำบัด กิจกรรมบำบัด การศึกษา และพัฒนาสังคม สามารถใช้ในการประเมินความบกพร่องซึ่งมีความซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบบูรณาการ เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดทรัพยากรที่จะนำมาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กกลุ่มนี้ต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. การดำเนินงานจดทะเบียนคนพิการทั่วประเทศ เดือนตุลาคม 2559 [ค้นเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2559] จาก [https://www.m-society.go.th/ewt\\_news.php?nid=18043](https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=18043) และ [https://www.m-society.go.th/article\\_attach/18043/20129.pdf](https://www.m-society.go.th/article_attach/18043/20129.pdf)
2. ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2). ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2555. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 129 ตอนพิเศษ 119ง (ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2555) [ค้นเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2559] จาก [file:///C:/Users/USER/Downloads/20150402\\_11\\_07\\_15\\_8612%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/20150402_11_07_15_8612%20(1).pdf)
3. เจษฎา โชคดำรงสุข. กรมสุขภาพจิตชวนคุณแม่เข้าถึงบริการคัดกรองลดความเสี่ยงให้ลูก. [ค้นเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2559] จาก [http://rajanukul.go.th/new/index.php?mode=maincontent&group=225&id=379&date\\_start=&date\\_end=](http://rajanukul.go.th/new/index.php?mode=maincontent&group=225&id=379&date_start=&date_end=)
4. Dawson, G, Asman, SB, Caver, LJ. The role experiences in shaping behavioral and brain development and it implication for social policy. *Development and Psychopathology* 2000; 12: 695-712.

5. McConachie, H, & Diggle, T. Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: A systematic review. *J Eval Clin Pract* 2007; 13: 120-9.
6. Rickards AL1, Walstab JE, Wright-Rossi RA, Simpson J, Reddihough DS. One-year follow-up of the outcome of a randomized controlled trial of a home-based intervention programme for children with autism and developmental delay and their families. *Child Care Health Dev* 2009; 35: 593-602.
7. Magiati, I1, Charman, T, Howlin, P. A two-year prospective follow-up study of community-based early intensive behavioural intervention and specialist nursery provision for children with autism spectrum disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48: 803-12.
8. Hayden MF, Kim SH, DePaepe P. Health status, utilization patterns, and outcomes of persons with intellectual disabilities: [Electronic version]. *Mental Retardation* 2005; 43: 175-95.
9. Krahn GL, Hammond L, Turner A. A cascade of disparities: Health and health care access for people with intellectual disabilities [Electronic version]. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 2006; 12: 70-82.
10. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* Geneva: World Health Organization, 2001.
11. Castro S, Pinto AI. Identification of core functioning features for assessment and intervention in Autism Spectrum Disorders. *Disabil Rehabil* 2013; 35: 125-33.
12. Bölte S1, de Schipper E, Robison JE, Wong VC, Selb M, Singhal N, et al. Classification of functioning and impairment: the development of ICF core sets for autism spectrum disorder. *Autism Res* 2014; 7: 167-72.
13. de Schipper E, Mahdi S, de Vries P, Granlund M, Holtmann M, Karande S, et al. Functioning and disability in autism spectrum disorder: A worldwide survey of experts. *Autism Res* 2016; 9: 959-69.
14. Stucki, G1, Cieza, A, Ewert, T, Kostanjsek, N, Chatterji, S, Ustün, TB. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disabil Rehabil* 2002; 24: 281-2.

