

ความรู้ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ประวัติความเป็นมา

ปัญญาอ่อนเป็นปัญหาทางจิตเวช มีประวัติมาช้านาน

ในคริสต์ศตวรรษที่ 15 - 16 ยุคที่กล่าวถึงความพิการทางสมองมากคือ ยุคของ Hippocrates, Celsus และ Calen ในสมัยกรีกและโรมันกล่าวถึงปัญญาอ่อนที่มีความพิการทางสมองซึ่งเกิดจากรูปร่างของกระดูกศีรษะผิดปกติมาแต่กำเนิด สมองได้รับความกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุ สมองเสื่อมหลังการชัก

สมัยศตวรรษที่ 17 ได้มีผู้เริ่มให้ความสนใจพวก Cretins ซึ่งมีรูปร่างแคระแกรน ลิ้นจุกปาก และสติปัญญาอ่อนต่ำกว่าปกติ

คริสต์ศตวรรษที่ 1828 ได้เริ่มให้ความสนใจเด็กที่มีเลือดออกในเนื้อหุ้มสมอง

คริสต์ศตวรรษที่ 1843 มีรายงานเกี่ยวกับ เด็กแรกเกิดที่สมองถูกทำลายแล้วมีอาการทางประสาท และปัญญาอ่อนร่วมด้วย

คริสต์ศตวรรษที่ 1866 J.L.H. Down ได้ค้นพบภาวะปัญญาอ่อนที่เรียกว่า Monogolism การค้นคว้าเกี่ยวกับระบบประสาทในเด็กโดยเฉพาะทารกแรกเกิด การคิดชื่อของระบบประสาทได้เพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับปัญญาอ่อนมากขึ้น นอกจากนี้การค้นพบว่า Cretinism เกิดจากการขาดไทรอยด์

ในปลายศตวรรษที่ 19 ต่อ 20 Weisman และ Mendal ได้พบว่ากรรมพันธุ์เป็นสาเหตุหนึ่งของการเป็นปัญญาอ่อน Goddard ซึ่งศึกษาตระกูล Kallikak ก็พบว่ากรรมพันธุ์มีผลต่อการเป็นปัญญาอ่อนเช่นเดียวกัน ต่อมา Von Economo ได้เป็นผู้พบว่าโรคสมองอักเสบเป็นสาเหตุให้เกิดปัญญาอ่อนและ Polling พบว่าความผิดปกติของเอนไซม์มีผลทำให้เกิดปัญญาอ่อนได้เช่นเดียวกัน

คริสต์ศตวรรษ 1943 นายแพทย์ชาวออสเตรเลีย 4 ท่านพบว่า มารดาที่เป็น

หัดเขอมนั้ในระหะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก และมารดาที่มี Rh ลบ จะทำให้เด็กเกิดมา เป็นปัญญาอ่อน

ค.ศ. 1816 - 1863 Guggenberhl พบว่า สารสกัดจากต่อมไทรอยด์ สามารถรักษาโรคปัญญาอ่อน Cretinism ได้ผลดี

ประวัติการให้การศึษาและฝึกอบรมคูลเด็กปัญญาอ่อนเริ่มมีอยู่ในช่วงปี 1774 - 1838 โดย Itarb

ต่อมา Edouarrb Seguin (1812 - 1880) ชาวฝรั่งเศสได้ตั้งโรงเรียน ปัญญาอ่อนขึ้นเป็นแห่งแรกในรัฐแมสซาชูเซท

Montessori (1869 - 1952) ได้รายงานการศึษาด้านเด็กปัญญาอ่อนให้ กว้างขวาง ในประเทศอิตาลี โดยสอนเรื่องการเรี้นรู้ ควบคู่กับการกระตุ้นประสาทสัมผัส ทั้ง 5 เหมือนกับ Itard และ Seguin นอกจากนี้ Decroly ได้ทำการค้นคว้า ทดลองโดยใช้เกมส์ในการสอนให้เหมาะสมกับสติปัญญาของเด็กแต่ละวัย

ค.ศ. 1883 Calton และ Cattell ได้ดัดแปลงแบบทดสอบสติปัญญาเด็กปกติ ซึ่ง Gasellสร้างขึ้นมาใช้กับเด็กปัญญาอ่อน จากนั้นจึงมีแบบทดสอบทางสติปัญญาต่าง ๆ ขึ้น เช่น Stanford - Binet, WISC , WAIS

ค.ศ. 1892 ได้มีการเปิดชั้นเรียนพิเศษสำหรับเด็กปัญญาอ่อนขึ้นในโรงเรียน รัฐบาลในชิคาโก

ค.ศ. 1896 ในประเทศอังกฤษได้มีโรงเรียนปัญญาอ่อนแบบ โรงเรียนไปกลับ กลางวัน และมีโรงเรียนพิเศษ

ค.ศ. 1962 ได้มีการจัดตั้งองค์การระหว่างชาติชื่อ " International League of Societies for the Mentally Handicapped และต่อมาได้มี ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิคนปัญญาอ่อน

สำหรับประเทศไทย ความสนใจในเรื่องปัญญาอ่อนมีมาประมาณ 20 กว่าปีเือง เนื่องจากมีบุคคลปัญญาอ่อนไปรับการตรวจในคลินิกคนไข้ นอกของโรงพยาบาลโรคจิตแต่ละแห่ง มากขึ้น ในปี พ.ศ. 2500 องค์การอนามัยโลกได้ส่งผู้เชี่ยวชาญมาสำรวจเด็กและบุคคล ปัญญาอ่อนในประเทศไทย พบว่าประเทศไทยมีบุคคลปัญญาอ่อนมีจำนวนประมาณ 1 % ของ พลเมืองทั้งหมดหรือประมาณ 250,000 คน รัฐบาลจึงเล็งเห็นความสำคัญทางด้านนี้และได้

ตั้งโรงพยาบาลปัญญาอ่อนขึ้นมา เพื่อตรวจวินิจฉัยให้การป้องกันรักษา ให้คำแนะนำในการสอน และการฝึกอบรมคนดูแล ในปี 2506 โรงพยาบาลได้จัดชั้นเรียนพิเศษสำหรับเด็กปัญญาอ่อนชั้น 3 ชั้นเรียน สำหรับเด็กที่มีอยู่ระหว่าง 7 - 18 ปี โดยมีชั้นเรียนละหนึ่งระดับ คือ เด็กปัญญาอ่อนพอเรียนได้ ปัญญาอ่อนฝึกได้ และปัญญาอ่อนขนาดหนัก ต่อมาได้มีการจัดตั้งโรงเรียนราชานุกูลขึ้นอีก ในปี 2507 ในปี พ.ศ. 2519 เปิดโรงเรียนปัญญาอ่อนพอเรียนได้ชื่อ โรงเรียนปัญญาพิการ ต่อมาในปี พ.ศ. 2521 โรงเรียนได้ขยายงานด้านฝึกอาชีพ ให้แก่นักเรียนปัญญาอ่อน โดยจัดตั้งโรงงานอารัักษชั้น เพื่อฝึกงานและหางานให้ทำ (สปรานี สนธิรัตน์, 2525)

ความหมาย

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า " ปัญญาอ่อน " ไว้หลายท่าน ซึ่งแตกต่างกันไปแล้วแต่ว่าผู้นิยามจะมองในแง่ใด

สปรานี สนธิรัตน์ กล่าวว่า ด้านสังคมวิทยา เชื่อว่าฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ และระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน จะมีผลกระทบต่อชีวิต ความเป็นอยู่ของมนุษย์ในเกือบทุกด้าน พวกที่มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจไม่ดีจะได้รับการศึกษาน้อย ส่อมเรียนรู้อาจมีความรู้ในข้อในด้านสุขศึกษาซ่อมเจ็บป่วยได้ง่าย การรักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง รับประทานอาหารไม่เพียงพอทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของร่างกาย โดยเซลล์ในสมองหยุดชะงักการทำงาน มีการเสื่อมลง ยังผลให้เกิดปัญญาอ่อน

นอกจากนี้ยังมีความหมายในสาขาที่เกี่ยวข้องดังนี้ (สำนักเลขาธิการนาชกรัฎมนตรี, 2529 อ้างถึงใน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ, 2534)

ทางจิตวิทยา ปัญญาอ่อนเป็นภาวะบุคคลที่มีสติปัญญาพิการ ซึ่งมีผลกระทบต่อความสามารถในการศึกษา ในการใช้เหตุผลในการจำและการตัดสินใจ ซึ่งสังเกตเห็นได้ชัดจากพฤติกรรมที่แสดงออกมา

ทางการศึกษา ปัญญาอ่อนเป็นภาวะของผู้ที่มีสมรรถภาพในการเรียนรู้ต่ำกว่าเด็กที่มีระดับเชาวน์ปัญญาปกติ

ทางสังคมวิทยาและกฎหมาย ให้ความหมายปัญหาอ่อนว่าเป็นภาวะของบุคคลที่ไม่อาจรับมือต่อความผิดพลาดที่เขากระทำต่อสังคม และจัดอยู่ในประเภทบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายว่า " A Condition of arrested or incomplete development of mind which is characterized by subnormality of intelligence " หรือ " ภาวะที่พัฒนาการของจิตใจหยุดชะงักหรือบกพร่องไม่สมบูรณ์ โดยมีลักษณะสำคัญคือ ระดับปัญญาค่าต่ำกว่าปกติ "

สันนิบาตสมาคมเพื่อบุคคลปัญญาอ่อนสากล (2503) กล่าวว่า ปัญญาอ่อนมีส่วนสำคัญอยู่ 2 ส่วน ซึ่งทั้ง 2 ส่วนนั้น ส่งสภาพให้เห็นว่าสัมพันธ์กับอายุ และวัฒนธรรมทางสังคม คือ

1. ระดับเชาวน์ปัญญาต่ำอย่างชัดเจนจากเกณฑ์เฉลี่ย และเป็นมาตั้งแต่อายุยังน้อย
2. มีความบกพร่องในความสามารถที่จะปรับตัวต่อต้านวัฒนธรรมทางสังคมนั้น ๆ

อย่างชัดเจน

อัมพล สุอำพัน (2528) ให้ความหมายว่า เป็นภาวะที่มีระดับสติปัญญาค่าต่ำกว่าปกติจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ซึ่งเกิดขึ้นในวัยที่กำลังมีการพัฒนา แล้วมีผลทำให้มีความบกพร่องในด้านการเรียนรู้ การปรับตัวในสังคม และวุฒิภาวะ หรือ ทั้ง 3 อย่างด้วยกัน นอกจากนี้ยังมีความบกพร่อง หรือไม่อาจช่วยเหลือตนเองให้สามารถดำรงชีวิตตามลำพังในสังคมได้

วิมลรัตน์ คมกฤส และชวลา เขียรธนู (2524) ให้ความหมายว่า ปัญญาอ่อนเป็นภาวะที่การพัฒนาของสมองหรือจิตใจหยุดชะงัก หรือเจริญไม่เต็มที่ มีระดับสติปัญญาค่าความสามารถในการเรียนรู้ต่ำ พัฒนาการทางกายล่าช้าไม่เหมาะสมกับวัย ความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม และสังคมมีจำกัด ทำให้มีความลำบากในการดำเนินชีวิต

Matson และ Mulick (1983: อ้างถึงใน เรือนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์, 2532) ให้ความหมายว่า ภาวะปัญญาอ่อนคือ ภาวะที่เกิดจากความผิดปกติทางสติปัญญาเกิดขึ้นในระยะพัฒนาการของสมองนับตั้งแต่ปฏิสนธิ จนถึงอายุ 18 ปี ซึ่งจะแสดงความผิดปกติในด้านวุฒิภาวะการเรียนรู้ และการปรับตัวในสังคม อาจจะแสดงความผิดปกติทั้ง 3 ด้าน หรือเพียงด้านใดด้านหนึ่ง

ความหมายที่สอมรับมากที่สุดในปัจจุบันเป็นของ American Association on

Mental Deficiency (AAMD) เสนอโดยกรอสแมน (Grossman's AAMD definition) ซึ่งหมายถึง ความสามารถทางสมองและพฤติกรรมการปรับตัวต่ำกว่าปกติอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องของพัฒนาการของบุคคล

คำจำกัดความของ AAMD (Stroman, 1989) มีจุดสำคัญที่เน้นอยู่ 4 ประการคือ

1. หน้าที่ของสติปัญญาโดยทั่วไป ซึ่งหมายถึง ผลการประเมินด้านเชาวน์ปัญญา โดยใช้นแบบทดสอบด้านเชาวน์ปัญญา

2. ระดับของเชาวน์ปัญญาที่ต่ำกว่าปกติ คือ ตั้งแต่ 70 หรือ น้อยกว่า 70

3. การปรับตัวซึ่งประเมินจากประสิทธิภาพ หรือระดับมาตรฐานของแต่ละบุคคล ในอันที่จะพึ่งพาตนเอง และมีความรับผิดชอบด้านสังคม ตามอายุและวัฒนธรรมของบุคคลนั้น

4. ระยะเวลาพัฒนาการ หมายถึง ตั้งแต่เกิด จนถึงอายุ 18 ปี

จากความหมายทั้งหมดที่ได้กล่าวมานั้น จะสรุปได้ว่า ภาวะปัญญาอ่อนจะหมายถึง

1. ระดับสติปัญญาที่ต่ำกว่าปกติ

2. มีพัฒนาการที่บกพร่อง หรือมีความล่าช้าในทุกด้าน ไม่ถึงวุฒิภาวะของวัยที่ควรจะมี พัฒนาการที่ล่าช้า ได้แก่ การเคลื่อนไหว ด้านสังคม ด้านภาษา ด้านสติปัญญา ความคิด และการช่วยเหลือตนเอง

3. มีพฤติกรรมปรับตัวในสังคมของตนเองบกพร่อง ทำให้มีความยากลำบาก ในการดำเนินชีวิต

การวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อน

จาก DSM III - R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 3rd ed. Revise) ได้กล่าวถึงเกณฑ์ในการวินิจฉัย ภาวะปัญญาอ่อนดังนี้ (Szymanski and Crocker, 1988)

A. การทำงานของสติปัญญาโดยทั่วไปต่ำกว่าระดับเฉลี่ยอย่างมีสาระสำคัญ : เมื่อทดสอบ I.Q. จะได้ 70 หรือต่ำกว่านั้นในแต่ละราย (สำหรับในเด็กทารก เนื่องจาก

วิธีการทดสอบทางสติปัญญาที่มีอยู่ไม่ให้คุณค่ามากนัก จึงใช้การตัดสินทางคลินิกว่าการทำงานของสติปัญญาต่ำกว่าระดับเฉลี่ยอย่างมีความหมาย)

B. พบความบกพร่อง หรือ ความไม่สมบูรณ์ ของความสามารถในการปรับตัว ซึ่งพิจารณาถึงการบรรลุเกณฑ์มาตรฐานของบุคคลโดยสัมพันธ์กับอายุของบุคคล วัฒนธรรมของกลุ่มในท้องถิ่น ๆ เช่น ทักษะทางสังคม (Social) ความรับผิดชอบ (Responsibility) การสื่อสาร (Communication) ทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน (Daily Living Skills) การพึ่งพาตนเอง (Personal Independence) และ ความสามารถในการตนเอง (Self - Sufficiency)

c. เกิดภาวะปัญญาอ่อนก่อนอายุ 18 ปี

จะเห็นว่า การวินิจฉัยนั้นต้องพิจารณา 3 ด้าน คือ ด้านระดับเชาวน์ปัญญา ความสามารถในการปรับตัว หรือพฤติกรรมปรับตัว และช่วงอายุของการเกิดปัญญาอ่อน สำหรับพฤติกรรมปรับตัวนั้น AAMD เน้นถึงพฤติกรรมปรับตัวเป็นอย่างมาก แม้ว่าเด็กจะทำแบบทดสอบเชาวน์ปัญญาได้น้อย เรียนไม่ได้ หากเด็กคนนั้นกลับบ้านสามารถจะทำกรงานได้ มีเพื่อนฝูง ตามปกติ ดังนั้นไม่ถือว่าเป็นปัญญาอ่อน

" พฤติกรรมปรับตัว " หมายถึง การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข ความสามารถดังกล่าวเป็นเรื่องของทักษะซึ่งขึ้นอยู่กับอายุ และสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ ดังนั้น การพิจารณาพฤติกรรมปรับตัวจึงต้องพิจารณาตามวัยและตามสิ่งแวดล้อมของบุคคลเป็นหลัก

AAMD พิจารณาพฤติกรรมปรับตัวตามวัยและสิ่งแวดล้อมไว้ดังนี้

1. วัยทารกและวัยเด็กตอนต้น พฤติกรรมปรับตัวพิจารณาจาก
 - 1.1 ทักษะในการใช้วัยระกลไกทั้งหลาย
 - 1.2 ทักษะในการสื่อสารติดต่อ
 - 1.3 ทักษะในการช่วยเหลือตนเอง
 - 1.4 ทักษะในการเรียนรู้ทางสังคม
2. วัยเด็กตอนปลายและวัยรุ่นตอนต้น พฤติกรรมปรับตัวพิจารณาจาก
 - 2.1 ความสามารถทางการเรียน ประกอบด้วย
 - 2.1.1 ทักษะทางด้านวิชาการ

2.1.2 ความรอบรู้ในสิ่งแวดล้อม

2.2 ทักษะในการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม

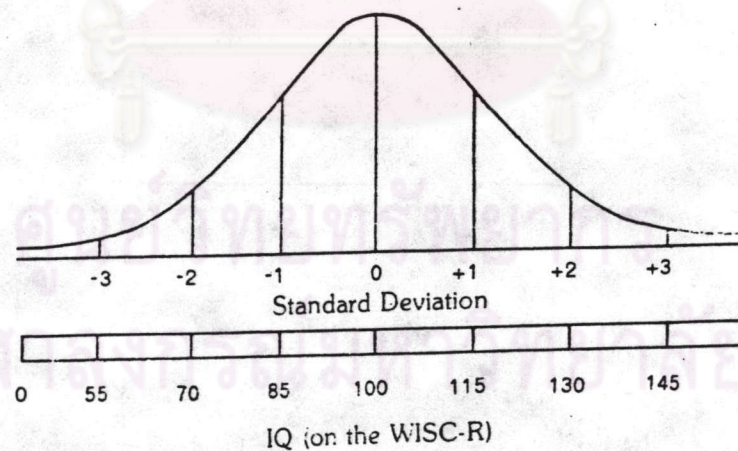
3. วัยรุ่นตอนปลายและวัยรุ่นผู้ใหญ่ พิจารณาพฤติกรรมการปรับตัวจาก

3.1 ทักษะในการประกอบอาชีพ

3.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม

" ความสามารถของสมอง " ความสามารถทางสมองทราบได้จากการทดสอบแบบทดสอบเชาว์ปัญญา เช่น แบบทดสอบของ Stanford - Binet แบบทดสอบของ Wechsler เป็นต้น ความสามารถทางสมองที่ถือว่าต่ำกว่าปกติ คือแบบทดสอบดังกล่าวได้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมากกว่า 2 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานขึ้นไป (two standard deviations below the mean) ขอให้พิจารณารูปที่ 1 ประกอบ (สุชีพ อ่อนโลกสูง , 2527)

Nihira , Leland และ Hobbo (1975 , 1974 , 1973 อ้างถึงใน สุปราณี สนธิรัตน์ , 2525) ถือว่า พฤติกรรมการปรับตัวเป็นเกณฑ์ของปัญญาอ่อน เด็กจะไม่จัดว่าเป็นปัญญาอ่อน จนกว่าจะไม่มีความสามารถทางด้านส่วนตัว สังคม และ เศรษฐกิจ อย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับกลุ่มเพื่อน



รูปที่ 1 การกระจายของคะแนน IQ

การแบ่งระดับความรุนแรงของปัญญาอ่อน

วิธีแบ่งระดับความรุนแรงของปัญญาอ่อนนิยมแบ่งเป็น 2 ระบบคือ ระบบ AAMD และระบบนักการศึกษา (Educators)

การแบ่งตามระบบ AAMD (Grossman, 1983) ได้แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังตารางที่ 2 ด้านซ้ายมือ คอลัมน์ที่ 2 และคอลัมน์ที่ 3 แสดงถึงพิสัย (range) ของคะแนน ซึ่งขึ้นกับแบบทดสอบที่ใช้คือ Stanford - Binet หรือ Wechsler กับระดับความรุนแรงของปัญญาอ่อน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบทดสอบ

Stanford - Binet เท่ากับ 4 Grossman อธิบายว่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบสอบถาม คือ ขอบเขตของความไม่แน่นอน (Zone of Uncertainty) เช่น ถ้าทำแบบทดสอบของ Wechsler ได้คะแนน 68 คะแนน คะแนนจริงเมื่อคำนึงถึงขอบเขตของความไม่แน่นอน คะแนนจริงจะอยู่ระหว่าง 64 - 72 คะแนน ซึ่งขอบเขตของความไม่แน่นอนจะคือ ค่าความคลาดเคลื่อน (error) ของเครื่องมือนั่นเอง ซึ่งมีความจำเป็นในความยืดหยุ่นทางคลินิกในการแปลผลการทดสอบ (Stroman, 1989)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 ระดับปัญญาอ่อนจำแนกตาม I.Q.

ระดับปัญญาอ่อน	คะแนนของแบบทดสอบทางสติปัญญา		การแบ่งตาม ระดับการศึกษา
	Stanford - Binet	Wechsler	
พวกก้ำกึ่ง (Borderline)*	69 - 84	70 - 84	Dullnormal
น้อย (mild)	52 - 68	55 - 69	Educable
ปานกลาง (moderate)	36 - 51	40 - 54	Trainable
มาก (severe)	20 - 35	25 - 39	Dependent
รุนแรง (Profound)	< 20	< 25	Dependent
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ เครื่องมือ	3	4	
ความแปรปรวน (standard deviation)	16	15	

* เริ่มใช้ในปี 1973 โดย American Association of Mental Deficiency (AAMD) ตามคำจำกัดความใหม่ของ "ปัญญาอ่อน" ซึ่งไม่จัด borderline ไว้ในกลุ่มของปัญญาอ่อน

ที่มา : จากหนังสือ Mental Retardation in Social Context

นอกจากนี้ในระบบของ DSM III - R ซึ่งนิยมใช้ในทางคลินิก ก็มีการแบ่ง
 คล้าย AMD คือ แบ่งเป็น 4 ระดับ เช่นกันดังตารางที่ 3

ระดับของปัญญาอ่อน	ระดับ I.Q.	ค่าประมาณร้อยละของ ประชากรที่เป็นปัญญาอ่อน
น้อย (Mild)	50 ถึง 70	85
ปานกลาง (Moderate)	35 ถึง 49	10
มาก (severe)	20 ถึง 34	3 - 4
รุนแรง (Profound)	ต่ำกว่า 20	1 - 2

กวี สุวรรณกิจ (2530) ได้อธิบายถึง ลักษณะทางคลินิกของปัญญาอ่อน แต่ละ
 ระดับดังนี้

1. ปัญญาอ่อนน้อย (Mild Mental Retardation) พอเรียนหนังสือได้บ้าง
 (educable) แต่ต้องการสอนแบบพิเศษจริง ๆ โดยมีครูที่มีความชำนาญทางด้านนี้โดยเฉพาะ
 และความสามารถของเด็กก็คงอยู่ในระดับที่อ่านเขียนคำง่าย ๆ และคิดเลขง่าย ๆ ได้ ฉะนั้น
 การศึกษาสำหรับเด็กกลุ่มนี้ จึงเป็นไปในระดับที่ให้เรียนรู้สิ่งที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับดำรงชีวิต
 ประจำวัน เช่น เขียนชื่อตัวเองได้ อ่านหนังสือคำที่สำคัญได้ เช่น อันตราย ห้ามเข้า
 หยุด ฯลฯ ใช้ธนบัตร และรู้จักทอนเงินในระดับง่าย ๆ การทำงานที่ใช้ความชำนาญไม่
 มากนักในการประกอบอาชีพ เช่น ขายหนังสือพิมพ์ ทำสวน พรวนดิน งานช่างง่าย ๆ
 เช่น เลือส้ม ตอกตะปู ฯลฯ

2. ปัญญาอ่อนปานกลาง (Moderate Mental Retardation) พวกนี้
 เรียนหนังสือไม่ได้ แต่พอฝึกฝนให้ช่วยตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ (trainable)
 เมื่อโตขึ้น

หากได้รับการฝึกฝนที่ดีพอ อาจประกอบอาชีพในการทำงานที่ไม่ต้องใช้ความชำนาญ หรือใช้ความชำนาญเล็กน้อยได้ แต่ต้องอยู่ในความควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด

3. ปัญญาอ่อนมาก (Severe Mental Retardation) พวกนี้พูดจาไม่ใคร่รู้เรื่อง อาจสอนให้พูดเข้าใจภาษาได้ขั้นเล็กน้อย สอนให้ช่วยตัวเองให้อาบน้ำ แปรงฟัน ล้างกันได้บ้าง แต่การดำรงชีวิตต้องอยู่ในความดูแลของผู้ใหญ่เป็นส่วนใหญ่

4. ปัญญาอ่อนอย่างมากที่สุด (Profound Mental Retardation) เด็กกลุ่มนี้ช่วยตัวเองและเรียนรู้อะไรเกือบไม่ได้เลย ต้องอยู่ในความดูแลและช่วยเหลือของผู้ปกครองในทุกด้านของชีวิต

ระบาดวิทยา

ระบาดวิทยาของประชากรที่ปัญญาอ่อน ประมาณว่าทั่วโลกมีหลายล้านคน เฉลี่ยประเทศละประมาณร้อยละ 1 - 3 ของพลเมืองทั้งหมด ในประเทศสหรัฐอเมริกา นั้นประมาณว่า ทุก ๆ 15 นาที จะมีเด็กปัญญาอ่อนเกิดมา 1 คน และประมาณร้อยละ 3 ของประชากร หรือ ประมาณ 6.5 ล้านเป็นคนที่ปัญญาอ่อน ในส่วนภูมิภาคเอเชีย จากรายงานการประชุมของสมาคมปัญญาอ่อนแห่งส่วนภูมิภาคเอเชีย ครั้งที่ 1 เรื่องปัญญาอ่อน ณ กรุงเทพมหานคร ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อปี พ.ศ. 2516 พบว่ามีประชากรที่มีปัญญาอ่อนในส่วนภูมิภาคนี้ถึง 75 ล้านคน สำหรับประเทศไทย โดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกซึ่งได้ส่ง Dr. Allen Stoller ผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกมาทำการสำรวจโดยวิธีสุ่มตัวอย่าง (Sampling survey) เมื่อปี พ.ศ. 2500 พบว่า มีคนปัญญาอ่อนประมาณร้อยละ 1 ของพลเมือง หรือเท่ากับประเทศไทยเรามีประชากรที่เป็นปัญญาอ่อนอยู่ถึง 450,000 คน (วัชรณี คมกฤต และชวาลา เขียรธนู , 2524)

จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี 1986 กล่าวว่า ความชุกของปัญญาอ่อนตั้งแต่ระดับปานกลาง (moderate) จนถึงระดับรุนแรง (I.Q. ต่ำกว่า 50 ลงไป) มีประมาณ 3 - 4 : 1000 คน ความชุกของปัญญาอ่อนระดับอ่อนมีประมาณ 20 - 30 : 1000 คน และทั่วโลกมีประชากรปัญญาอ่อนประมาณ 90 - 130 ล้านคน

บรรลุ ศิวานิซ และคณะ (2525) ได้ศึกษาระบาดวิทยาของผู้พิการ และผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยสุ่มตัวอย่างจากประชากรทั่วประเทศ 243,404 คน พบบุคคลเป็นปัญญาอ่อน จำนวน 394 คน คิดเป็นอัตรา 161.87 ต่อ 100,000 คน หรือคิดเป็น 12.94% ของคนพิการทั้งหมด และพบว่าเด็กวัยเรียนในกรุงเทพมหานคร 1.7% มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์

จากการศึกษาวิจัยการเฝ้าระวังสุขภาพของเด็กก่อนเรียน ในชุมชนเขตชากจน แพลตดินแดง ระหว่างปี 2524 - 2527 ของภาควิชาอนามัยแม่และเด็ก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศึกษาเด็กอายุ 2 - 6 ปี จำนวน 417 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มเด็กจากครอบครัวชากจน พบว่า มีเด็กปัญญาทึบ (Borderline case) ซึ่งมี I.Q. อยู่ระหว่าง 70 - 89 ประมาณ 31 - 35 % และพบเด็กปัญญาอ่อน (I.Q. ต่ำกว่า 70) ประมาณ 1.6 - 9 % ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเครื่องมือที่ใช้ทดสอบ (คณะผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติ เรื่องสุขภาพจิต , 2529 - 2530)

สำนักงานพัฒนาท้องถิ่น กรมการพัฒนาชุมชน ได้ทำการสำรวจเด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกาย และสติปัญญาที่มีอายุ 5 - 14 ปี ใน 70 จังหวัด ทั่วประเทศ ในปี 2524 พบว่า คนพิการประเภทปัญญาอ่อนร้อยละ 0.027 และจากสถิติของคณะกรรมการอำนวยการจัดงานปีคนพิการสากล ซึ่งได้รายงานต่อองค์การยูเนสโก (คณะกรรมการอำนวยการจัดงานปีคนพิการสากล , 2525) พบปัญญาอ่อนร้อยละ 24.8 ของเด็กพิการทุกประเภทในช่วงอายุเดียวกัน (สำนักคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ , 2534)

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่า มีบุคคลปัญญาอ่อนในสังคมไทย จำนวนมากซึ่งเป็นปัญหาด้านจิตเวชที่สำคัญอย่างหนึ่ง

สาเหตุและการป้องกัน

เดิมมีความเชื่อว่าการเป็นปัญญาอ่อน เป็นลักษณะทางพันธุกรรมถึง 80 % ปัจจุบันความเชื่อดังกล่าวได้ลดลงไม่เกิน 30 % ส่วนใหญ่อีก 70 % เชื่อว่า สาเหตุที่เป็นปัญญาอ่อนนั้น เนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ (สุปราณี สนธิรัตน์ , 2525)

Tredgold (1970) กล่าวว่า ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมจะมีผลในระยะไซโกต

(zygote) จนถึงระยะที่มีพัฒนาการโดยสมบูรณ์ ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อการเจริญของเนื้อเยื่อ หรือ เป็นผลทางอ้อมโดยมีผลต่อยีน (Gene) ปัจจัยเหล่านี้มีมากมาย เช่น ทางภาษาภาพ ชีวภาพ แบคทีเรีย โภชนาการ อิทธิพลจากรังสี และภายหลังคลอดคือ ด้านจิตวิทยา ด้านการศึกษา ตลอดจนถึง สิ่งแวดล้อมทางสังคม

รอสซิง กัทสนาญชลี, วัณรณี คมกฤษ และ กัลยา สุตะบุตร (2512) ได้กล่าวถึงปัญหาอ่อนที่ป้องกันได้ ดังนี้

สาเหตุของอาการปัญหาอ่อน มีหลายอย่าง ทั้งที่ป้องกันได้และป้องกันไม่ได้ ส่วนมากมักจะเป็นพวกที่ป้องกันไม่ได้เพราะยังหาสาเหตุที่แท้จริงไม่พบ

เนื่องจากสาเหตุแบ่งได้เป็นระยะ ๆ เพราะฉะนั้น การป้องกันก็ต้องป้องกันเป็นระยะ ๆ ไปเช่นกัน ดังนี้

1. ระยะก่อนคลอด (Pre - natal period)
2. ระยะคลอด (Natal period)
3. ระยะหลังคลอด (Post - natal period)

1. ระยะก่อนคลอด โรคที่จะป้องกันได้ในระยะก่อนคลอดมีดังนี้คือ

1.1 โรคติดเชื้อในมารดา โรคที่เกิดกับมารดาในระยะระหว่างตั้งครรภ์ พวกโรคติดเชื้อจาก bacteria อย่างปัจจุบันในระยะ 3 เดือนก่อนคลอด แพทย์ควรจะต้องรักษาให้ทันทั่วถึง และให้ขนาดยาให้เพียงพอด้วย มิฉะนั้นจะเป็นสาเหตุให้เด็กคลอดก่อนกำหนดได้

วัณโรคปอด ในมารดาก็มีครรภ์ แม้จะไม่พบบ่อยนักแต่ก็เป็นที่น่าวิตกกันว่าสามารถผ่านไปสู่เด็กได้ เชื้อโรคส่วนใหญ่ที่แม่มักได้รับในระหว่างตั้งครรภ์นั้น มักเป็นพวกเชื้อไวรัสซึ่งถ้าเป็นในระยะ 3 เดือนแรก โดยเฉพาะภายใน 8 อาทิตย์แรกแล้ว มักจะเป็นอันตรายแก่เด็กในครรภ์จนเป็นสาเหตุให้เกิดอาการปัญหาอ่อนขึ้นได้ แต่ถ้าเกิดในครรภ์ระยะ 3 เดือนสุดท้าย ก็เป็นสาเหตุให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด เช่น เชื้อหัดเยอรมัน ถ้าเป็นในระยะ 3 เดือนแรก เด็กจะมีความพิการอย่างมาก การป้องกันแพทย์ส่วนมากลงความเห็นให้ควรทำแท้ง ถ้าแม่เป็นในระยะมีครรภ์ 12 อาทิตย์แรก เพราะการป้องกันด้วย gammaglobulin ก็ยังไม่ได้ผลที่แน่นอน

เชื้อไขหวัดใหญ่ จะทำให้เกิดความพิการในเด็กหรือไม่ยังเป็นปัญหาที่ถกเถียง

กันอยู่ในขณะนี้ การก่อกำเนิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ก็ไม่แนะนำให้ทำกัน สำหรับเชื้อไขหวัดใหญ่ นี้ก็เช่นเดียวกับไวรัสตัวอื่น ๆ ซึ่งเกิดในระยะ 3 เดือนสุดท้าย ก็จะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดอีกเช่นกัน

ส่วนพวกไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคไขสันหลังอักเสบ , โรคหัด , โรคคางทูม โรคอีสุกอีใส และพวก Herpes simplex ยังไม่พบว่าทำให้เกิดความพิการในเด็ก แต่ถ้าเกิดในระยะ 3 เดือนหลังนี้ ก็จะเป็นสาเหตุให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดอีกเช่นกัน

การปลูกฝีระหว่างตั้งครรภ์ ไม่ควรพึงทำอย่างยิ่ง เพราะจะทำให้เด็กในครรภ์เกิดอาการเป็นฝีดาษทั้งตัวได้

โรค syphilis แต่กำเนิด ก็เป็นโรคที่ป้องกันได้ โดยการตรวจเซรัมของแม่ ซึ่งถ้าเป็นก็ควรจะรักษาได้ทันที การรักษาโรคนี้ แม้จะเริ่มช้าในมารดาที่มีครรภ์ระยะ 3 เดือนสุดท้าย ก็ยังสามารถป้องกันได้

1.2 โรคที่เกิดจากความพิการของการเปลี่ยนแปลงในร่างกายในแม่ที่จะมีผลต่อเด็ก เช่น โรคเบาหวาน , Hypothyroid

โรคเบาหวานในแม่ จะทำให้อัตราการเจ็บและการตาย และความพิการโดยกำเนิดของเด็กสูงกว่าเด็กธรรมดา เด็กบางคนจะมีอาการทางระบบประสาทหลงเหลือตามมา วิธีป้องกันที่ดีที่สุด ก็ต้องควบคุมโรคเบาหวาน อย่างดีที่สุด และคอยระวังสังเกตเด็กหลังคลอดอย่างใกล้ชิด

ในแม่ที่เป็น Hyperthyroid ต้องให้การรักษาอย่างดี

1.3 สารซึ่งก่อกำเนิดความพิการ สารบางอย่างที่ทำให้เด็กในครรภ์พิการได้แก่

1.3.1 สารบางอย่างที่ทำให้เด็กที่อยู่ในครรภ์เกิดความพิการ ส่วนมากเด็กในครรภ์จะมีปฏิกิริยาต่อสารบางอย่าง ต่างไปจากเด็กที่คลอดออกมาแล้ว ฉะนั้น มารดาที่ตั้งครรภ์ควรระมัดระวังอย่างที่สุดในเรื่องการกินยาเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระหว่างครรภ์ 3 เดือนแรก ควรหลีกเลี่ยงการกินยาเองให้น้อยที่สุด

1.3.2 การฉายรังสีเพื่อการรักษา การรักษาโดยการฉายแสงไปยังมดลูกเป็นอันตรายต่อเด็กได้ตลอดเวลาที่ตั้งครรภ์ แต่การฉายแสงเพื่อวินิจฉัยโรคจะมีอันตรายได้น้อยกว่ามาก ถ้าจะต้องทำจริง ๆ ก็ควรจะต้องปิดบริเวณเชิงกราน หรือบริเวณ



อวัยวะสืบพันธุ์ให้เพียงพอ และแสงที่ควรจะใช้ก็ควรใช้ขนาดน้อยที่สุด โดยใช้ฟิล์มแบบความไวสูงและติดภาพเข้ม ส่วนการรักษาด้วยสารกัมมันตภาพรังสี ไม่แนะนำให้ทำในระหว่างตั้งครรภ์

2. ระยะคลอด

2.1 สุขภาพของแม่ สุขภาพของแม่เป็นสิ่งสำคัญในระยะนี้ แม่จำเป็นต้องมีสุขภาพดี การคลอดจึงผ่านพ้นไปได้ง่ายดาย

โรคแทรกระหว่างคลอด เช่น การตกเลือดระหว่างคลอด , อาการครรภ์เป็นพิษพวกนี้มักจะทำให้เด็กคลอดก่อนกำหนดและมีโอกาสที่จะทำให้เด็กปัญญาอ่อนเป็นอัมพาตสมองใหญ่ เป็นโรคลมบ้าหมู ก็มีได้ง่ายขึ้น

สำหรับมารดาที่ไม่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด แต่ก็อาจเป็นสาเหตุให้เด็กมีอาการ เนื่องจากสมองถูกทำลายไปได้ กลายเป็นเด็กที่มีปัญหาทางความประพฤติและการเรียนไป

สำหรับพวก อันตราสกลไก หรือ อันตราสแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องมือช่วยในการทำคลอด ยังทำให้เกิดอันตรายได้น้อยกว่าพวกดังกล่าวแล้ว

2.2 การคลอดก่อนกำหนด ประมาณ 70 % ของเด็กที่คลอดก่อนกำหนด ซึ่งมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 1500 กรัม จะมีอาการผิดปกติทั้งทางร่างกายและสมอง ทำให้เกิดปัญญาอ่อน หรือโรคทางระบบประสาทอื่น เช่น Spastic diplegia มีความพิการทางการพูด, การได้ยิน และการเห็น รวมทั้งปัญหาทางความประพฤติด้วย เพราะฉะนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะป้องกันไม่ให้เด็กคลอดก่อนกำหนด

2.3 การคลอดเกินกำหนด เด็กที่คลอดเกินกำหนด ตั้งแต่ 2 อาทิตย์ขึ้นไป เด็กจะมองดูแก่กว่าปกติ น้ำหนักตัว และความยาวก็อาจจะมากกว่าเด็กปกติ เด็กพวกนี้มีโอกาสที่จะมีอาการทางระบบประสาทตามมาในภายหลัง

2.4 ปัญหาทางเภสัชวิทยา ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในขณะคลอด อาการสำคัญที่เกิดจากการใช้ยาขณะคลอดอาจจะทำให้เด็กเกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านเมตาโบลิซึม โลหิตวิทยา ฮอร์โมน หรือทางกระทบกระเทือนทางระบบประสาทได้

สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากให้ขนาดของยามากเกินไป เช่น พวกไวตามินเค ถ้าให้เพียง 1 - 2 มิลลิกรัม โอกาสที่จะเกิดอันตรายไม่มี แต่ถ้าให้มากถึงขนาด 50

มิลลิกรัม จะเป็นอันตรายแก่เด็กได้ สมongของเด็กบางคนทนต่อยาบางอย่างได้น้อย เช่น เด็กที่มีอาการ Kernicterus อาจเกิดจากยาจำพวก sulfonamide

ส่วนยาที่ไปทำให้เกิดการก่ระบบการหาสใจจนทำให้เด็กเกิดอาการตัวเขียว หรือ ยาที่ไปขัดขวางต่อการทำงานของสารนำย้อยต่าง ๆ หรือการไปเปลี่ยน blood brain barrier permeability ของเลือดในสมองพวกนี้จะทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทได้

ยาที่ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ เช่น พวก Tranquilizer และยาสลบยาพวกนี้จะทำให้เด็กในครรภ์เกิดการขาดออกซิเจน และมีอาการหาสใจไม่สะดวกเกิดขึ้นขณะคลอด

2.5 Erythoblastosis อาการที่เม็ดเลือดถูกทำลาย เนื่องจากเลือดของแม่ และเลือดของลูกเข้ากันไม่ได้ เช่น พวก Rh ลบ และความไม่พึงพสมของเอ บี ไอ การวินิจฉัยได้เร็ว เพื่อที่จะทำการเปลี่ยนเลือดได้ทันท่วงที จะช่วยลดอัตราของ Kernicterus ให้เหลือน้อยกว่า 1 % ได้ เพราะฉะนั้น แม่เป็น Rh ลบ ควรจะต้องคลอดในโรงพยาบาล ที่สามารถทำการถ่ายเลือดได้

3. ระยะหลังคลอด

3.1 ความพิการแต่กำเนิด พวกที่จะพอแก้ไขได้ก็เช่น พวกการเชื่อมตัวก่อนกำหนดของรอยประสานกะโหลกศีรษะ พวกนี้ต้องรีบทำการผ่าตัด เพื่อป้องกันความเสียหายต่อสมอง

การวินิจฉัยได้เร็ว จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันความเสียหายของสมองก่อนที่จะเสียไปจนกลับคืนมาไม่ได้ เพราะฉะนั้นการวัดเส้นรอบศีรษะในเด็กอายุขวบปีแรกจึงควรทำเป็นงานประจำ

3.2 การตรวจหาของพวกความผิดปกติของเมตาโบลิคแต่กำเนิด การวินิจฉัยได้เร็วที่สุดเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อจะรักษาให้ทันท่วงที โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ โรค Phenylketourea

โรคนี้เป็นกรรมพันธุ์แบบ Recessive genes สาเหตุเกิดจากการขาดสารนำย้อย Phenylalninehydroxylase ซึ่งจะไปเผาผลาญ Phenylalanine ให้เป็น Tyrosine และเป็น Melanin ในที่สุดจึงทำให้คนไข้ไม่มีสารสีที่ผิวหนัง ตา

และพบ

เด็กพวกนี้มักจะเป็นปกติเมื่อแรกเกิด แต่พอโตขึ้นจึงจะมีอาการผิดปกติทางระบบประสาท

อาการของ Phenylketoneuria ที่มักจะพบได้ก่อนและบ่อยก็มีอาการอาเจียน, ภาวะทึบกระวาน, ภาวะสับกระส่าย มีผื่นขึ้นตามผิวหนังแบบ eczema มีอาการชัก ปัสสาวะมีกลิ่นแปลก ๆ ระยะเวลาที่หายก็มีอาการปัญญาอ่อนตามมาด้วย หากไม่รักษาภายใน 6 อาทิตย์ ถึง 3 เดือน เด็กก็จะกลายเป็นปัญญาอ่อน เนื่องจากสมองถูกทำลายด้วย Phenylalanine

การวินิจฉัยที่แน่นอน ก็โดยการเจาะหาระดับ Phenylalanine ใน serum ซึ่งปกติมีประมาณ 0.4 - 2 มก. % ในปัสสาวะจะตรวจได้ผลบวกก็ต่อเมื่อ Phenylalanine ในเลือดสูงถึง 15 มก. %

นอกจากนี้ควรทำการตรวจปัสสาวะในเด็กที่เรียนได้ช้า ในพวกคลีนิกอัมพาตสมองใหญ่ และพวกปัญญาอ่อนทุกราย

การรักษาให้อาการ ที่มี Phenylalanine ต่ำ ยิ่งรักษาเร็วได้เท่าใดก็ยิ่งมีผลทางด้านสติปัญญามากขึ้นเท่านั้น โรคนี้เป็นโรคปัญญาอ่อนที่ป้องกันได้ และรักษาได้ดีที่สุด

โรคต่อมาในจำพวกนี้ คือ galactosemia อันนี้เป็น autosome recessive เหมือนกัน และพบได้ประมาณ 25 % ของ Phenylketonurea สาเหตุเนื่องจากการขาด Galactose - 1 - P - uridyl transferase ก็ทำให้เกิดมีการสะสมของ Galactose - 1 - Phosphate ในเม็ดเลือดแดง และเป็นผลให้เกิดการสะสมของ Galactose มากเกินไป จะทำให้มีผลที่สำคัญได้ 3 ประการคือ

1. จาก Galactose และ Galactose - 1 - Phosphate ถ้าสะสมอยู่ในเนื้อเยื่อมากขึ้นนาน ๆ ก็จะทำให้เกิดอาการตับแข็ง ต้อกระจก และเกิดเปลี่ยนแปลงในไต คือ จะมี aminourea เกิดขึ้น

2. Galactose ที่ถูกขับถ่ายออกมาในปัสสาวะ ตรวจพบได้โดยใช้สาร reducing เช่น ทองแดงซัลเฟต และ ไฮดรอกไซด์ และสารให้ความร้อน clinitest

3. Galactose จะไปทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำลง ซึ่งจะทำให้เกิดอาการ

ชักและปัญญาอ่อน

อาการเด็กแรกเกิดจะปกติ แต่พอ 2 - 3 วันต่อมา พ่อเด็กเริ่มรับประทานนมแล้ว ก็เริ่มมีอาการอาเจียน ชิม น้ำหนักลด ตับโต และมีอาการตัวเหลืองอยู่นานในเด็กระยะ 1 เดือนแรก นอกจากนี้อาจจะพบอาการท้องมาน และอาการบวม ในพวกที่เป็นมากอาจถึงตายได้ เพราะขาดอาหารและอ่อนเพลีย เด็กที่รอดชีวิตมาอยู่ใน 2 - 3 เดือนแรก จะเห็นได้ชัดว่าขาดอาหารมีตัวแคระ ปัญญาอ่อน และมีต้อกระจก ส่วนอาการตับแข็งจะเกิดขึ้นภายหลังหลายเดือนหรือเป็นปี

การวินิจฉัยมีกาแลคโตสในปัสสาวะ และกาแลคโตสสูงในเลือด

การรักษาและป้องกัน คือ หยุดนม หรืออาหารที่มีนมทุกชนิด อาการก็จะหายไปส่วนมากให้ protein hydrolysates แทนนม

โรคความผิดปกติของ metabolic แต่กำเนิด อีกอันคือ การขาดความทนใน fructose

สาเหตุเนื่องจากคนใช้ขาด enzyme fructose - 1 - phosphate aldolase หรือ fructose-1-6-diphosphate adolase ทำให้มี fructose สูงในเลือด และ glucose ในเลือดต่ำ

อาการมีอาเจียน อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอก เหงื่อออกมาก สิ้น เพื่อ ซึ่ง เป็นอาการของการมีน้ำตาลในเลือดต่ำ ถ้าเป็นอยู่มากและหลายชั่วโมง ก็มักจะมีอาการตัวเหลือง

มักมี Albumin ในปัสสาวะ และมี amino acid ในปัสสาวะ ถ้าคนไข้ยังกิน fructose ไปนาน ก็จะมีอาการตับแข็ง และปัญญาอ่อน ตามมา

การวินิจฉัย โดยทำทดสอบ fructose intolerance

การรักษาและป้องกัน หยุดรับประทานพวกผลไม้ และน้ำตาล ก็จะป้องกันอาการมีน้ำตาลในเลือดต่ำได้ การวินิจฉัยได้เร็วและรักษาได้ทันทางที่เป็นสิ่งสำคัญจะเป็นการป้องกันอันตรายต่อสมอง เพราะอาการน้ำตาลพร่องในเลือด

โรค cretinism อาจเกิดจากต่อม thyroid ผิดปกติหรือไม่สามารถสังเคราะห์ thyroid hormone ได้

อาการ มักมองเห็นไม้ขีดในระยะแรก ๆ ควรจะส่งสัยไว้ในเมื่อเด็กอายุ 3 เดือนแรก แล้วน้ำหนักไม่ขึ้น มีการเจริญเติบโตช้า มีปัญหาในการกิน มีอาการทางระบบหายใจ และการเคลื่อนไหวของเด็กน้อย

เมื่อเด็กอายุ 6 เดือน อาการเหล่านี้ก็ชัดเจน และมีเสียงแหบ ท้องผูก เด็กมีอาการซึม ซีด และกวน เด็กมีลักษณะบวมทั้งตัว จมูกแฉับ ลิ้นใหญ่จากปาก ผิวหนังแห้ง ท้องโต มือเป็นสีเหลือง การเจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและจิตใจจะช้าลง ควรวินิจฉัยให้ได้เร็วที่สุด ได้ก่อน 3 เดือน เพราะถ้าช้ากว่านี้เด็กมักจะ เป็นปัญญาอ่อน

การรักษาให้ยาสกัดจากต่อม thyroid

3.3 Immunization Encephalopathy อาการของโรคสมองก็มีได้จากพวกโรคเชื้อสมองอักเสบจากแบคทีเรีย , สมองอักเสบจากไวรัสที่ตามหลังโรคเด็ก และพวกโรคสมองที่ตามหลังการก่อภูมิคุ้มกันที่ทำงานตามปกติ พวกนี้จะมีอาการทางระบบประสาท และปัญญาอ่อนตามมา

การป้องกัน ต้องวินิจฉัยและรักษาให้เร็วที่สุด ให้ทันช่วงที่ก่อนที่จะเกิดสมองอักเสบ เช่น วัณโรค ควรจะรีบรักษาเสียแต่เด็กเริ่มเป็น พวกการก่อภูมิคุ้มกันตามปกติต่าง ๆ ก็ควรหลีกเลี่ยงในอายุที่มีสถิติที่ทำให้เกิดสมองอักเสบสูง เช่น การปลูกฝี จากรายงานครั้งสุดท้าย แนะนำให้ทำในระยะ 1-2 ขวบ เพราะว่าอุบัติการณ์ของสมองอักเสบภายหลังการปลูกฝีในระยะอื่นมีสูง

3.4 อุบัติเหตุจะทำให้เกิดอันตรายต่อสมอง อาการปัญญาอ่อนจากอันตรายต่อสมอง อาการปัญญาอ่อนจากอันตรายของสมอง ควรจะป้องกันให้มากที่สุด ถ้าเกิดขึ้นแล้ว ก็ควรจะทำการศึกษาหาเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ เลือดซึ่งได้ชื่อ dura และสมองกระทบกระเทือน เพื่อจะได้ผ่าตัดได้ทันเวลาที่ เป็นการป้องกันอันตรายต่อสมองที่จะทำให้เกิดปัญญาอ่อน

3.5 สิ่งเป็นพิษที่ควรระวัง ก็คือ พิษตะกั่ว ซึ่งจะทำให้เกิดอาการโรคสมองจากพิษตะกั่ว และปัญญาอ่อนได้

การป้องกันอันดับแรก ต้องป้องกันไม่ให้เด็กกินของเล่น และเครื่องใช้พื้นสี ซึ่งมีตะกั่วประกอบ หรือเล่นพวกแบตเตอรี่ ถ้าเกิดอาการเป็นพิษขึ้นแล้ว เด็กมักจะมี

อาการอ่อนเพลีย กระสับกระส่าย น้ำหนักลด อาเจียน ชีต ปวดศีรษะ ปวดท้อง เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ ซึ่งถ้าเป็นมากจะมีอาการของ Muscle inco-ordination ชีตด้วย และมีอาการชักจนถึงเป็นปัญญ่าอ่อน

3.6 สาเหตุอื่น ๆ

3.6.1 การชักจากไข้ พบว่าพวกที่ชักจากการมีไข้สูง ๆ ถ้ามีเกิน 1-2 ครั้ง เด็กมักจะมีโรคชักที่หลังได้อีก และการชักในระยะหลัง ๆ การชักมักนาน ทำให้คนไข้เกิดการขาด oxygen และเกิดสมองถูกทำลาย ปัจจุบันนี้แพทย์บางท่านจึงได้แนะนำให้ยาระงับชัก เช่น Phenobarb หรือ Dilantin เป็นระยะ 2-4 ปี หรือจนพ้นระยะที่จะมีการชักจากไข้ คือ ราว ๆ อายุประมาณ 7 ปีไปแล้ว

3.6.2 ภาวะที่มีไขมันในเลือดสูง ซึ่งพบบ่อยในเด็กเล็กที่ท้องเสีย แล้วรักษาด้วย skim milk หรือจาก ไขมันสูง ก็จะทำให้มีไขมันสมองถูกทำลายได้

3.6.3 อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีสาเหตุจากจิตใจ

3.6.3.1 Maternal care distorted เกิดจากการที่มารดาให้การเลี้ยงดูลูกไม่ถูกต้อง สาเหตุอาจเนื่องด้วยมารดาให้ความรัก ความอบอุ่น ไม่เพียงพอ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมารดาเลี้ยงลูกไม่เป็น หรือไม่มีเวลาอยู่กับลูกเลย เพราะต้องทำงานหรือเข้าสังคมมากเกินไป หรือในมารดาที่มีอาการทางจิต มีอารมณ์เศร้า ไม่มีจิตใจที่จะเอาใจใส่และสนใจลูก

3.6.3.2 Institutionalization เกิดจากเด็กถูกละทิ้งให้อยู่ในสถาบันหรือโรงพยาบาลนานเกินไป

3.6.3.3 Familial cultural social deprivation เด็กที่มาจากครอบครัวที่ยากจน ห่างไกลวัฒนธรรมและสังคม มีโอกาสที่จะได้รับการศึกษาน้อย และขาดสิ่งที่จะเพิ่มพูนความรู้

ทั้ง 3 ข้อนี้ ทำให้เด็กเกิดความจำเอน มีอารมณ์หงอยเหงาน เพราะขาดความรัก ความอบอุ่น ขาดการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามวัย มีการกระทำที่ถอยหลังไปจนเป็นคล้ายปัญญาอ่อน

การป้องกัน ต้องให้ความรู้และแนะนำการเลี้ยงดูที่ถูกต้องเหมาะสมแก่มารดาในกรณีที่มารดาเป็นโรคจิต จำเป็นต้องให้การรักษา ก็ควรจัดหาผู้ดูแลเด็กให้แทน

มารดา

นอกจากนี้ ยังมีสาเหตุของปัญญาอ่อนที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด และยังไม่สามารถป้องกันได้ อันได้แก่ (วัณรฐี คมกฤษ , 2520)

ปัญญาอ่อนที่มีสาเหตุมาจากโรคหรือภาวะที่เนื่องจากอิทธิพลบางอย่างที่ไม่ทราบสาเหตุก่อนคลอด

พวกนี้ทำให้มีความพิการของกะโหลกศีรษะมาแต่กำเนิด และมีความพิการอื่น ๆ แต่กำเนิดโดยที่ไม่ทราบสาเหตุแน่นอน เช่น

- anencephaly (รวมทั้ง hemanencephaly) ไม่มีกะโหลกศีรษะมาแต่กำเนิด

- multiple congenital anomalies of the brain

- Hydrocephalus congenital ศีรษะโตน้ำเกิดที่หลังคลอดหรือขณะคลอด ไม่ทราบสาเหตุ

- Hypertelorism (Greig's disease) มีความผิดปกติของกระดูก sphenoid ทำให้ระยะระหว่างหัวตาห่างผิดปกติ

- Macrocephaly (Megalencephaly) มีลักษณะคือมีขนาดของสมองขยายเพิ่มมากขึ้นรวมทั้งน้ำหนักเพิ่มมากขึ้นด้วย เนื่องจากมีการเพิ่มของ glia cells มากขึ้น

ปัญญาอ่อนที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของโครโมโซมหรือสัณฐานกรรม

แบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ

1. พวกที่มีความผิดปกติของรูปร่าง

2. พวกที่มีความผิดปกติของจำนวน

ที่พบบ่อย ๆ ได้แก่

- autosomal trisomy ของ group G. (Trisomy 21, Langden-Down - disease, Mongolism) เป็นพวกที่พบบ่อยที่สุด ส่วนมากคนไข้จะมีระดับเชาวน์ปัญญาปานกลางถึงต่ำมาก มีส่วนน้อยที่อยู่ในระดับสูง มักจะพบร่วมกับความพิการอื่น ๆ ลักษณะของพหุชาติสภาพ มักจะมีหน้าตาที่บ่งลักษณะชัดเจนคือ มีรอยย่นของผิวหนังบริเวณหัวตาลงเหลืออยู่จนโต (epicanthal fold) มีรูปตาเฉียงขึ้น มีดั้งจมูกกว้างแบน

(low bridge of nose) มีลิ้นจุกปาก (protruded tongue) ปากมักจะอ้า
หูเล็กและต่ำ หน้าแบน ตั้งจมูกหัก ศีรษะเล็ก ท้ายทอยแบน กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปื่อย
หัวใจมักพิการแต่กำเนิด ศีรษะแบน คอสั้น มือป้อม ๆ สั้น ๆ มีเส้นลายมือขาด
หรือ single palmar crease นิ้วป้อม ๆ สั้น ๆ นิ้วก้อยมักโค้งเข้าและสั้น บางที่มี
ข้อขาดหายไป สติปัญญาปานกลางจนต่ำมาก

- autosomal trisomy ของ group D. พวกนี้มักมีความผิดปกติของ
โครโมโซมเพศ สภาวะที่พบบ่อยในหัวข้อนี้คือ Klinefelter's syndrome

- การขาดหายไปบางส่วนของแขนข้างสั้นของโครโมโซมตัวที่ห้า หรือ group
B (Cri - du - chat) เป็นภาวะที่พบน้อยมาก มีอาการสำคัญคือความพิการแต่กำเนิด
ร้องเสียงเหมือนแมวในระยะเด็กอ่อนซึ่งจะหายไปเมื่อโตขึ้น

- การขาดหายไปของแขนข้างสั้นของโครโมโซมตัวที่ 18 หรือ group E
ความผิดปกติของรูปร่างของโครโมโซมในหัวข้อนี้รวมพวก Translocation ring
chromosome fragment และ Ischromosome ร่วมกับปัญญาอ่อน

สำหรับในประเทศไทย ได้มีการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะปัญญาอ่อนใน
เด็กอายุ 2 1/2 - 7 ปี โดย จุฬาลักษณ์ โทมลตรี และคณะ (1984) พบว่ามีตัว
แปรที่เสี่ยงต่อการเป็นปัญญาอ่อน และสามารถป้องกันได้โดยบริการการแพทย์ และสาธารณสุข
ตามลำดับดังนี้

1. การเจ็บป่วยของแม่ระหว่างตั้งครรภ์
2. โรคติดเชื้อในวัยเด็ก
3. ประวัติการชักในวัยเด็ก ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับอายุของเด็กเมื่อเกิดการชัก
ครั้งแรก พบว่า ถ้าเด็กชักในช่วงอายุน้อยกว่า 1 เดือน จะมีโอกาสเกิดปัญญาอ่อนได้มาก
4. สถานที่คลอด และผู้ทำคลอด
5. เด็กแรกคลอดที่น้ำหนักตัวน้อย

จากการศึกษาสาเหตุปัญญาอ่อนที่พบในโรงพยาบาล ราชานุกูล พ.ศ. 2528-2530
โดย สุพล มโนรมย์ และคณะ (2523) พบว่า สาเหตุของปัญญาอ่อนที่พบจากผู้ป่วยใหม่
ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลราชานุกูล จำนวน 2,135 ราย ร้อยละ 50 เป็น
วัยก่อนเรียน (0-6 ปี) ร้อยละ 42.9 อยู่ในวัยเรียน (7-14 ปี) ผู้ป่วยทั้งหมด

เป็นชายมากกว่าหญิง 3 : 2 สาเหตุมากกว่าครึ่งหนึ่งเกิดจาก biological factor ซึ่งส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ เช่น มารดาได้รับประทานยาอันตราย หรือ สารพิษระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอดทารกตัวเขียว หรือติดเชื้อมองอีกเสบ และชักเป็นเวลานาน ส่วนกรรมพันธุ์ซึ่งเป็นสาเหตุปัญหาอ่อนพบร้อยละ 20.2 นั้น ร้อยละ 70 เกิดจากกลุ่มอาการคาว์น และร้อยละ 21.0 ของปัญหาอ่อนทั้งหมดไม่สามารถหาสาเหตุได้

ลักษณะทางจิตวิทยา และ พฤติกรรมของเด็กปัญญาอ่อน

สุชีพ อ่อนโคกสูง (2527) ได้กล่าวถึงลักษณะของจิตวิทยา และพฤติกรรมของเด็กปัญญาอ่อนไว้ดังนี้

1. การเรียนรู้และความจำ

ลักษณะที่ปรากฏออกมาอย่างชัดเจนของเด็กปัญญาอ่อนคือ ขาดความสามารถในการเรียนรู้ และความจำเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน นอกจากขาดความสามารถทางสมองแล้วเด็กปัญญาอ่อนยังมีช่วงของความสนใจสั้น ไม่ค่อยสนใจอะไร จึงทำให้ขาดความสามารถในการเรียนยิ่งขึ้น จากการทดลองของนักจิตวิทยา (Borkowski & Wanschura, 1974, Estes, 1970; Robinson & Robinson; 1976) ที่ทดลองให้เด็กปัญญาอ่อนจำ คำ หรือเสียง หรือรูปภาพ โดยแสดงสิ่งเหล่านั้นแก่เด็กประมาณ 2-3 วินาที พบว่า เด็กปัญญาอ่อนจำได้น้อยกว่าเด็กปกติ แต่ถ้าให้จำวัตถุสิ่งของโดยใช้เวลาานาน ก็จำได้ดีเป็นเวลานานอาจเป็นชั่วโมง วัน หรือสัปดาห์ แสดงว่าเด็กปัญญาอ่อนขาดความสามารถในความจำระยะสั้น แต่ความจำระยะยาวไม่ผิดปกติ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากขาดความสามารถในการใช้กลวิธีต่าง ๆ เพื่อให้จำได้ ไม่สามารถรวบรวมหรือจัดระบบสิ่งเร้าที่จะจำได้ เช่น เวลาจะจำ 1, 7, 8, 5, 3, 4 หากแยกเป็น 178...534 จะจำได้ง่ายกว่าจำทีละตัว หากเขาได้รับการสอนเทคนิคและกลวิธีต่าง ๆ ในการจำเขาก็จะสามารถจำได้ดีขึ้น

จากการวิจัยเกี่ยวกับความสามารถในการเรียนรู้ และความจำของเด็กปัญญาอ่อนพบว่า

1.1 การขาดความสามารถในการเรียนรู้และการจำขึ้นอยู่กับระดับของ

ปัญหาอ่อน ปัญหาอ่อนมากก็จะมีอุปสรรคในการเรียนรู้และการจำมาก ปัญหาอ่อนน้อยก็จะมีอุปสรรคในการเรียนรู้และการจำน้อย

1.2 การใช้กลวิธีในการเรียนและการจำของเด็กปัญหาอ่อนจะแตกต่างจากเด็กปกติ

1.3 ปัญหาในการเรียนรู้อย่างใดอย่างหนึ่งไม่ขึ้นอยู่กับปัญหาอ่อนประเภทใดประเภทหนึ่งโดยตรง ไม่ว่าปัญหาอ่อนประเภทใด ๆ ก็ตามก็ย่อมมีปัญหาในการเรียนรู้เหมือนกัน

1.4 ลักษณะการเรียนรู้ของเด็กปัญหาอ่อนกับเด็กปกติไม่แตกต่างกัน แต่จะช้ากว่าเด็กปกตินั้นคือ เด็กปัญหาอ่อนจะมีลักษณะการเรียนรู้ไม่แตกต่างจากเด็กปกติซึ่งอายุสมองเท่ากันนั่นเอง

Weisz และ Zigler (1978) Golomb และ Parr-Grossman (1977) รายงานว่าเด็กปัญหาอ่อนและเด็กปกติที่มีระดับอายุสมอง ลักษณะของครอบครัวเหมือน ๆ กัน จะมีการเรียนรู้ที่ไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยนี้จึงสนับสนุนด้านพัฒนาการมากกว่าด้านนี้เกี่ยวกับความผิดปกติ (อ้างถึงใน สุปราณี สนธิรัตน์ , 2525)

2. ปัญหาทางด้านภาษา

เด็กปัญหาอ่อนจะมีปัญหาทางด้านภาษาเป็นอย่างมาก ความสามารถทางภาษาของเขาจะต่ำกว่าระดับอายุสมองของเขาเสียอีก ไม่ว่าจะเป็นด้านเสียงพูดหรือคำพูด ปัญหาต่าง ๆ ทางด้านภาษาพอจะจำแนกได้ 4 ลักษณะคือ

2.1 โครงสร้างทางภาษาของเด็กปัญหาอ่อนมีความคล้ายคลึงกับเด็กปกติ แต่จะมีความสามารถทางภาษาพอ ๆ กับเด็กปกติในคอนวีย์ชั่น ๆ เท่านั้น

2.2 ปัญหาทางภาษาของเด็กปัญหาอ่อนที่มักจะพบคือ พูดตะกุกตะกัก พูดเสียงไม่ชัด และติดอ่าง

2.3 ปัญหาทางภาษาของเด็กปัญหาอ่อนไม่ได้ขึ้นอยู่กับประเภทของปัญหาอ่อน หมายความว่า ไม่ว่าจะ เป็นปัญหาอ่อนประเภทใดก็ล้วนแต่มีปัญหาทางภาษาทั้งสิ้น

2.4 ลักษณะความบกพร่องทางภาษาของเด็กปัญหาอ่อนจะสัมพันธ์กับระดับของปัญหาอ่อน เช่น เด็กปัญหาอ่อนอย่างอ่อนมีความผิดปกติทางภาษาน้อยไม่ว่าจะด้านเสียงหรือความหมาย ปัญหาอ่อนขนาดกลางเสียงและความหมายจะขาดความสมบูรณ์ เสียง หรือ

ความหมายจะออกมาในลักษณะเดียวกันหมดทั้ง ๆ ที่ความหมายและเสียงเหล่านั้นแตกต่างกัน ปัญหาอ่อนขนาดหนัก จะไม่สามารถออกเสียงได้ตามปกติ พุค้อ ๆ แอ้ ๆ ไม่เป็นภาษา

3. ผลสัมฤทธิ์ทางด้านวิชาการ

เด็กปัญหาอ่อนจะได้รับผลสำเร็จในการเรียนวิชาการต่าง ๆ น้อยกว่าเด็กปกติในวัยเดียวกันอย่างชัดเจน และยังประสบความสำเร็จน้อยกว่าระดับอายุสมองของเขาเองอีกด้วย ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นด้านการอ่าน การคิดเลข หรือด้านอื่น ๆ อย่างไรก็ตามเด็กปัญหาอ่อนอย่างอ่อนสามารถประสบผลสำเร็จทางด้านวิชาการได้พอๆ กับเด็กระดับประถม 3-4

4. ลักษณะของบุคลิกภาพ

เด็กปัญหาอ่อนต้องการให้คนอื่นช่วยเหลือตลอดเวลา เนื่องจากเขารู้สึกว่าตนเป็นคนขาดความสามารถทำอะไรก็ประสบแต่ความล้มเหลว จึงขาดแรงจูงใจในการที่จะกระทำการต่าง ๆ ด้วยตนเอง เขาเชื่อว่าตัวเองไม่สามารถควบคุมตัวเอง หรือสิ่งอื่นได้ ต้องให้คนอื่นคอยควบคุม บุคลิกลักษณะของเขาจึงคล้าย ๆ กับเด็ก ขาดวุฒิภาวะทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา

5. การตัดสินใจในทางสังคมและการงาน

เด็กปัญหาอ่อนขนาดอ่อนสามารถปรับตัวได้ทั้งทางสังคม และการงาน โดยเขาสามารถ

5.1 ทำงานในตลาดแรงงานได้ เด็กปัญหาอ่อนมีโอกาสในการทำงานที่คือน้อย เนื่องจากข้อจำกัดทางสติปัญญา โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่มีการแข่งขันในโรงงานอุตสาหกรรม ประกอบกับมีการใช้เครื่องทุ่นแรงมากอีกด้วย งานที่บุคคลปัญหาอ่อนจะได้ทำจึงเป็นงานระดับต่ำและได้ค่าจ้างถูก บุคคลพวกนี้จะมีระดับความพอใจในงานสูง

5.2 แต่งงานได้โดยมีปัญหามากกว่าคนปกติเพียงเล็กน้อย

ปัญหาของภาวะปัญหาอ่อน

1. ปัญหาด้านการแพทย์

ปัญหาอ่อนอย่างรุนแรง มักมีความพิการทางกายร่วมด้วย (อัมพล สู้อำพัน , 2522) และจากสาเหตุของปัญหาอ่อน จึงทำให้มีความต้องการบริการด้านการแพทย์

ในด้านการศึกษาภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและกายภาพบำบัด

จากการวิจัยของสำนักคณะกรรมการส่งเสริม และประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (2534) พบว่า ผู้พิการต้องการสถานที่ที่สามารถรักษาความพิการให้หาย หรือให้คำแนะนำที่ถูกต้อง และต้องการให้รัฐจัดสถานที่บริการตรวจรักษา ฟื้นฟู โดยจัดเป็นคลินิก เฉพาะสำหรับความพิการ

2. ปัญหาทางการศึกษา

ไม่ว่าปัญหาอ่อนจะอยู่ในระดับใด ทุกระดับต้องการการศึกษาและการพัฒนาที่เหมาะสมทั้งสิ้น แต่โอกาสทางการศึกษาของปัญหาอ่อนนั้นไม่เท่ากันและมีน้อย

เด็กพิการปัญหาอ่อนในเขตกรุงเทพมหานครมีโอกาสทางการศึกษาสูงกว่าภาคอื่น ๆ คือ ประมาณร้อยละ 8.55 รองลงมาเป็น ภาคเหนือ ประมาณร้อยละ 0.44 ภาคกลางประมาณ ร้อยละ 1.67 ต่ำสุดได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณร้อยละ 0.01 เท่านั้น ดังนั้น รัฐควรขยายโอกาสทางการศึกษาให้แก่เด็กที่มีความพิการ

ทางสติปัญญา ซึ่งมีโอกาสทางการศึกษาค่ามากเมื่อเทียบกับโอกาสทางการศึกษาของเด็กหูหนวก หูตึง และตาบอด ทั้ง ๆ ที่ จำนวนผู้พิการทางสติปัญญามีมากกว่า (มลิวัดย์ ธรรมแสง , 2531)

3. ปัญหาด้านสังคม

จากการศึกษา พบว่า ไม่มีสถานประกอบการหรือหน่วยงานที่รับคนพิการเข้าทำงานในชุมชนถึงร้อยละ 60.9 ณิชฐา เทวินทร์ภักดี กล่าวถึงปัญหาของบุคคลพิการว่า สังคมมีทัศนคติในทางลบต่อการจัดงานคนพิการ ไม่ยอมรับว่าคนพิการมีความสามารถบางอย่าง เท่าเทียมกับคนปกติ คนพิการหางานทำลำบาก นายจ้างส่วนใหญ่มักไม่รับคนพิการเข้าทำงาน จากการติดตามผลการประกอบอาชีพของคนปัญหาอ่อนในโรงพยาบาลราชานุกูล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีแนวความคิดว่าต้องฝึกอาชีพคนปัญหาอ่อนก่อนที่จะให้ออกไปหางานทำ และจำเป็นต้องมีผู้รับช่วงต่อไป โดยจำเป็นต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ , 2534)

4. ปัญหาด้านจิตเวช

บุคคลปัญหาอ่อนมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาทางจิตเวชได้มากกว่าคนปกติ บางราย

มีความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมอื่นเนื่องมาจากความผิดปกติทางสมอง (Organic Brain Syndrome) ในวัยผู้ใหญ่อาจพบความผิดปกติในการปรับตัว (Adjustment Disorder) ความผิดปกติทางอารมณ์ (Affective Disorder) และโรคจิต (Psychosis) ในเด็กมักจะพบความผิดปกติของความประพฤติก (Conduct Disorder) Autistic ความวิตกกังวล (Anxiety Disorder)

วัยรุ่นปัญญาอ่อน

วัยรุ่นเป็นช่วงระยะเวลาที่ขัดแย้งมากที่สุดช่วงหนึ่งของตนเองและครอบครัว Chinn (1979) กล่าวว่าเด็กจะเข้าสู่ความเป็นหนุ่มเป็นสาว และจะใช้เวลาหลายปีอยู่ในระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ ในระหว่างนี้ปฏิกิริยาด้านสังคมต่อวัยรุ่นจะมีความสับสนและขัดแย้งกัน ก่อให้วัยรุ่นเกิดความสับสนและลังเล

วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากในการปรับตัวสำหรับคนที่มีสติปัญญาปกติ แต่สำหรับบุคคลปัญญาอ่อนปัญหาการปรับตัวจะรุนแรงมากกว่า เนื่องจากวัยรุ่นปัญญาอ่อนต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ (Chinn, Drew and Hogan, 1979)

พัฒนาการด้านสติปัญญา

Piaget ได้กล่าวว่า ระยะเวลาวัยรุ่นเป็นระยะของ formal operation ซึ่งจะเริ่มเมื่ออายุ 11 ปี วัยรุ่นจะมีความคิดที่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่รับรู้ และคิดในเรื่องของนามธรรมได้ มีรูปแบบของความคิดที่มีวุฒิภาวะมากขึ้น

แต่ในวัยรุ่นปัญญาอ่อนจะมีจำนวนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ที่มีพัฒนาการของระดับสติปัญญาถึงระดับ formal operation ซึ่งได้แก่พวก higher - functioning ในกลุ่มปัญญาอ่อนระดับน้อย พัฒนาการทางสติปัญญาของวัยรุ่นปัญญาอ่อนระดับน้อยส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับ concrete operation เท่านั้น และระดับของสติปัญญาจะคงที่อยู่ที่ระดับนี้ถึงแม้จะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

ความเข้าใจในเรื่องสติปัญญาของวัยรุ่นปัญญาอ่อน จะทำให้ตระหนักถึงความ

สามารถของแต่ละบุคคลและขีดจำกัดในการเรียนรู้ การฝึกกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดให้เหมาะสมกับระดับของสติปัญญา หลักเล็งความคาดหวังและการตั้งเป้าหมายที่ไม่อาจเป็นจริง

การปรับตัวด้านสังคมและอารมณ์

การดำเนินชีวิตและการปรับตัวสำหรับวัยรุ่นปัญญาอ่อนจะซับซ้อน และยากลำบากกว่าวัยรุ่นปกติ วัยรุ่นปัญญาอ่อนจะมีความยากลำบากในการสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อน อาจเป็นเพราะถูกปฏิเสธจากเพื่อนที่ปกติ หรือเพราะความเชื่อที่ไร้มารยา และขาดวุฒิภาวะในการพัฒนาซึ่งความสัมพันธ์กับเพื่อน

เมื่อเด็กปัญญาอ่อนเติบโตขึ้น ความแตกต่างระหว่างอายุสมอง และอายุจริงจะมากขึ้นด้วย เช่น เด็กอายุ 6 ปี ซึ่งมี I.Q. 75 จะมีอายุสมองประมาณ 4 1/2 อายุสมองจะแตกต่างจากเพื่อนที่ปกติ เพียง 1 1/2 ปี แต่เมื่อเด็กอายุ 16 ปี จะมีอายุสมองเท่ากับเด็กประมาณ 12 ปี จะแตกต่างจากเด็กปกติ 4 ปี ดังนั้นเพื่อนที่เคยเล่นด้วยเมื่ออายุ 6 ปี ถึงมองว่า เพื่อนที่เคยเล่นด้วยกันซึ่งตอนนี้อายุ 16 ปี นั้นแตกต่างจากตนเองมาก ไม่มีที่น่าสนใจ ไม่มีทักษะทางสังคมพอที่จะเข้ากลุ่ม การถูกปฏิเสธและการแยกตัวออกจากสังคมบ่อย ๆ จะทำให้เกิดความเครียด ซึ่งอาจจะมีผลต่อพฤติกรรมและทำให้สังคมไม่ยอมรับวัยรุ่นปัญญาอ่อน

เมื่อมองในแง่ทฤษฎีของ Maslow มนุษย์ทุกคนต้องการการยอมรับจากสังคมเมื่อวัยรุ่นปัญญาอ่อนขาดความยอมรับจากสังคม จึงพยายามแสวงหา ซึ่งอาจได้จากกลุ่มสังคมที่มีการปรับตัวไม่ดี หรือกลุ่มอาชญากรรม กลุ่มเหล่านี้อาจจะยอมรับวัยรุ่นปัญญาอ่อนเพียงเพื่อร่วมกระทำผิด หรือสร้างทำเพื่อใช้งาน การให้ความยอมรับต่อวัยรุ่นปัญญาอ่อนโดยกลุ่มเพื่อนครอบครัว และกลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง สามารถช่วยวัยรุ่นให้พ้นจากการกระทำผิดในสังคม

การแสดงออกและการแต่งกาย

การแสดงออกและการแต่งกายมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการพัฒนาด้านสังคมของวัยรุ่น การแสดงออกจะสัมพันธ์กับบทบาทด้านเพศที่คาดหวัง วัยรุ่นส่วนมากจะเริ่มสนใจในเพศตรงข้าม

และจะพยายามเปลี่ยนแปลงตัวเองเพื่อดึงดูดเพศตรงข้าม วัยรุ่นจะสนใจในความคิดเห็นของ
กิจกรรมและท่าทางแสดงออกบุคคลิกในกลุ่มเพื่อน (Horroch, 1969 ; Group for the
Advancement of psychiatry, 1968) เด็กหญิงจะสนใจการใช้เครื่องสำอาง
แฟชั่นผมและเสื้อผ้า และมักจะกังวลเรื่องความสูงน้ำหน้า คล้ายกับเด็กชายที่มักจะกังวลเรื่อง
เสื้อผ้า ทรงผม และ ร่างกายของตนโดยเปรียบเทียบกับเพื่อน

วัยรุ่นปัญหาอ่อนส่วนมากจะขาดแคลนด้านเงินทอง หรือขาดทักษะที่จำเป็นในการ
แต่งกาย ในขณะที่วัยรุ่นปกติจะเรียนรู้วิธีการใช้เครื่องสำอาง การแต่งกายจากพี่น้องหรือ
เพื่อน วัยรุ่นปัญหาอ่อนจะได้รับการช่วยเหลือด้านนี้เพียงเล็กน้อย ไม่สามารถที่จะเรียนรู้ได้เอง
จากการสังเกตตัวอย่างรอบตัวและการทดลองด้วยตนเอง

สิวจะเป็นอีกปัญหาหนึ่งของวัยรุ่น สิวมักจะทำให้วัยรุ่นเกิดปัญหาด้านอารมณ์มากกว่า
แผลตามร่างกายเสียอีก (Reisner, 1973) วัยรุ่นปกติจะสามารถหาข้อมูลจากการอ่าน
การถาม หรือหาผู้เชี่ยวชาญด้านผิวหนังที่จะรักษาป้องกัน แต่วัยรุ่นปัญหาอ่อนแสวงหาข้อมูล
ต่าง ๆ ได้ยากและส่วนใหญ่จะประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจไม่สามารถไปรับการรักษาได้ ไม่
สามารถแต่งกายได้อย่างเหมาะสมและเกิดความสวยงามได้ การได้รับการยอมรับในด้านสังคม
จึงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยากสำหรับวัยรุ่นปัญหาอ่อน พ่อแม่บางคนก็ละเลยเพราะความจำกัดในด้าน
สติปัญญาของเด็ก และไม่คอยเห็นความสำคัญของเรื่องร่างกายที่เปลี่ยนแปลง บางครั้งพ่อแม่
ก็ไม่สามารถที่จะสอนวัยรุ่นปัญหาอ่อนด้านการแต่งกายได้ ในกรณีนี้โรงเรียนจะต้องมีส่วนในการ
ช่วยเหลือวัยรุ่นปัญหาอ่อน

การนัดพบของหนุ่มสาวและกิจกรรมทางสังคม

ความต้องการที่จะออกสู่สังคมภายนอก เป็นความต้องการที่ยิ่งใหญ่อ่างหนึ่งของ
วัยรุ่นปัญหาอ่อน และมักจะไม่ได้รับการตอบสนอง วัยรุ่นปัญหาอ่อนส่วนมากไม่สามารถที่จะ
วางแผนและประสบความสำเร็จในการร่วมกิจกรรมด้านสังคมภายนอก ปัญหาด้านสังคมของ
วัยรุ่นปัญหาอ่อนมีหลายด้าน เช่น การเดินทาง กำหนดการสังสรรค์ การนัดและการตอบ
รับต่อการนัด พฤติกรรมในการออกนัด และปัญหาด้านการเงิน

การเดินทางไม่เป็นเพียงปัญหาในด้านการออกสังคมนั้น แต่ยังเป็นปัญหาในด้าน

การประกอบอาชีพด้วย โดยเจเนาะการขนส่งมวลชนที่ไม่เพียงพอ

วัยรุ่นปัญญาอ่อนมีความกระตือรือร้นในการเรียน ซึ่งจะทำให้เขาเหมือนกับเด็กปกติมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และจะพยายามหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะทำให้นักมาสนใจในข้อบกพร่องของตนเอง

วัยรุ่นปัญญาอ่อนที่ต้องการแสดงความรักต่อเพศตรงข้ามมักจะขาดทักษะที่ยอมรับได้ทางสังคม วัยรุ่นปัญญาอ่อนส่วนมากจะเลียนแบบจากทางทีวี ภาพยนตร์ หรือสิ่งที่ได้ยินจากเพื่อน ๆ หูดคุยกัน แต่ส่วนมากจะไม่สามารถแยกแยะความจริงออกจากความเพ้อฝันได้ พ่อแม่และบุคคลที่เกี่ยวข้องจึงต้องช่วยวัยรุ่นปัญญาอ่อนให้พัฒนาจากวัยรุ่นไปสู่ผู้ใหญ่ ให้เรียนรู้รูปแบบพฤติกรรมอันเป็นที่ยอมรับ ซึ่งจะนำความพึงพอใจส่วนตัววัยรุ่นปัญญาอ่อนเองและผู้อื่น

พัฒนาการด้านร่างกาย

ปัญหาด้านร่างกาย

การที่วัยรุ่นปัญญาอ่อนจะพัฒนาตนเองเข้าสู่ self - actualization ตามทฤษฎีของ Maslow ได้นั้นต้องได้รับความต้องการด้าน physiological needs ก่อนเป็นลำดับแรก

Hammer และ Barnard (1966) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นปัญญาอ่อนพบว่าอาการของวัยรุ่นปัญญาอ่อน มักประกอบด้วยคาร์โบไฮเดรตสูงกว่าปกติ มีระดับของธาตุเหล็กและกรด ascorbic ต่ำ พ่อแม่มักจะให้รับประทานขนมและของหวานมาก ทันตอนามีสอยู่ในระดับต่ำ ปัญหาทันตอนามีสสัมพันธ์กับการดูแลที่ไม่ดีพอ และขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการแปรงฟัน มีจำนวนเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่รับการตรวจฟันเป็นประจำ และรักษาความบกพร่องดังกล่าวสัมพันธ์กับการขาดแหล่งบริการ ชาดทันตแพทย์ และปัญหาด้านการเงิน นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติทางกาย และทางระบบประสาทส่วนกลางถึง 70 %

วัยรุ่นปัญญาอ่อนมีแนวโน้มที่จะมีภาวะทางร่างกายไม่สมบูรณ์ และพัฒนาการของการเคลื่อนไหวบกพร่อง (Abernathy, 1936; Malpass, 1963; Rarich, 1976)

Kolstoe (1970) พบว่า บุคคลปัญญาอ่อนประมาณ 10 % จะมีความคล่องแคล่วของระบบกล้ามเนื้อต่ำกว่าปกติ ดังนั้นการที่วัยรุ่นชายไม่สามารถได้รับการยอมรับ

ในความเป็นชายในด้านที่เกี่ยวกับร่างกาย อาจจะมีผลกระทบต่อ ego ของตน

การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาและภาวะเจริญพันธุ์

ถึงแม้ว่าวัยรุ่นปัญญาอ่อนจะได้รับการเตรียมพร้อมด้านสรีระที่จะเปลี่ยนแปลงในช่วงวัยรุ่น แต่ก็อาจเกิดผลกระทบได้ ในเด็กผู้หญิงซึ่งไม่ได้รับการเตรียมพร้อมเกี่ยวกับการมีประจำเดือนจะตกใจมาก และต้องการความช่วยเหลือ ดังนั้นการให้เพศศึกษาแก่วัยรุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะขยายกว้างออกไปไม่เพียงแต่ภายในโรงเรียนเท่านั้น ที่บ้าน ชุมชน หรือ โบสถ์ก็ควรมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการให้เพศศึกษา

Hammer และ Barnard (1966) ได้ทำการศึกษาพบว่า พ่อแม่จะกังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศเป็นอย่างมาก พ่อแม่ส่วนใหญ่มักจะมองว่าคนไม่ได้เตรียมตัวที่จะให้เพศศึกษาแก่ลูก แต่จะนำลูกเข้าสถานสงเคราะห์ เพื่อปกป้องลูกจากการตั้งครรภ์ และการมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ และเป็นที่น่าสังเกตว่าเจ้าหน้าที่ของสถานสงเคราะห์ไม่ได้ตระหนักปัญหาในด้านนี้ของพ่อแม่

Fischer และ Krajicek (1974) กล่าวว่าทัศนคติของวัยรุ่นปัญญาอ่อนด้านเพศ มีแนวโน้มที่จะสะท้อนถึงทัศนคติด้านเพศของผู้ใหญ่ที่มีความสำคัญที่แวดล้อมตัวเขาอยู่ และเสนอแนะว่า เด็กปัญญาอ่อนจะมีความจำกัดด้านภาษา ความคิด ดังนั้นการให้เพศศึกษาทั่วไปจึงไม่เหมาะสมสำหรับเด็กปัญญาอ่อน แต่ควรมีรูปแบบหรืออุปกรณ์เฉพาะที่เหมาะสม การขาดความรู้ด้านเพศ จะนำมาซึ่งการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นปัญญาอ่อนเป็นผู้ที่ขาดความรู้และตกเป็นเหยื่อด้านเพศ ดังนั้น พ่อ แม่ โรงเรียน และหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง จึงควรมีส่วนรับผิดชอบในการให้เพศศึกษา

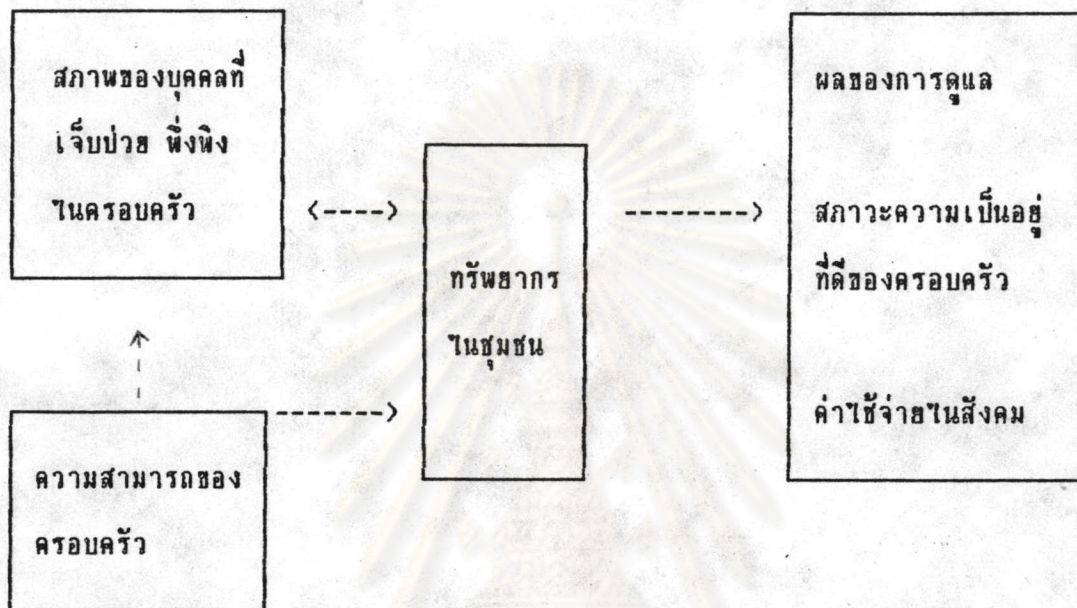
แนวคิดภาวะปัญญาอ่อนกับครอบครัว

Perlman และ Giel (1983: อ้างถึงใน Stroman, 1989) ได้พัฒนาแนวคิดของแบบจำลองระบบการดูแลของครอบครัว (Family Care System) ใช้อธิบายถึงการดูแลสมาชิกที่พิการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว ไว้ดังนี้

แบบจำลองการดูแลของครอบครัว

สิ่งที่ใส่เข้าไปในระบบและความต้องการ (input)

ผล (output)



ตามแบบจำลองที่มีตัวแปรที่สำคัญอยู่ 3 ประการ คือ

1. สภาพร่างกาย ความต้องการด้านอารมณ์ และความต้องการอื่น ๆ ของผู้เจ็บป่วยที่ฟังฟังครอบครัว
2. ความสามารถของครอบครัวในด้านวัตถุประสงค์ และสิ่งที่ไม่ใช่วัตถุประสงค์ที่จะสามารถสนองความต้องการของบุคคลเจ็บป่วยฟังฟัง และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว
3. คุณภาพและการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในสังคม เช่น บริการทางสังคม

ตัวแปรทั้ง 3 ที่จะเป็นตัวทำให้เกิดความสมดุลในครอบครัว ถ้าตัวใดตัวหนึ่งเปลี่ยนแปลงจะมีผลต่อ input และ output ในภาวะปัญหาอ่อน ความต้องการหมายถึง ความต้องการด้านการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ในพวกปัญหาอ่อนระดับรุนแรง ในปัญหาอ่อนระดับน้อย หมายถึง การต้องการความช่วยเหลือด้านฝึกอาชีพ ด้านสังคม ความสามารถของครอบครัว จะหมายถึงด้านการเงิน รายได้ จำนวนสมาชิก และ อายุของ

สมาชิกในครอบครัว และทรัพยากรในสังคม จะหมายถึง จำนวนชนิดและค่าใช้จ่ายของ
ของบริการที่จะช่วยเหลือในด้านการให้การดูแล

ผลในแบบจำลองที่จะมอง 3 ด้านคือ

1. ผลต่อตัวผู้เจ็บป่วยที่พึ่งพิง
2. ผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัว ในอันที่จะดำรงถึงความสัมพันธ์
ความต้องการของสมาชิกแต่ละคน
3. ผลด้านสังคมในรูปของค่าใช้จ่ายด้านบริการ กำลังคน และคุณภาพชีวิต
ของสมาชิกในครอบครัว

ผลกระทบของปัญหาอ่อนต่อพ่อแม่

Rosen (1955) กล่าวว่า พ่อแม่ที่มีลูกปัญญาอ่อนจะมีการรับรู้ปัญหาซึ่งพัฒนาเป็น
5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การตระหนักถึงปัญหา
2. การรับรู้ถึงปัญหา
3. การเสาะหาสาเหตุ
4. การแสวงหาการรักษา
5. การยอมรับปัญหา

Chinn (1979) กล่าวว่า เหตุการณ์ในครอบครัวจะเป็นภาวะวิกฤตในครอบครัว
หรือไม่ขึ้นอยู่กับหลักการ 3 ประการคือ

1. ธรรมชาติของเหตุการณ์นั้น ๆ
2. ทรัพยากรแหล่งสนับสนุนของครอบครัว
3. ครอบครัวมองสถานการณ์นั้นอย่างไร



ปฏิกิริยาของพ่อแม่

พ่อแม่ที่มีลูกปัญญาอ่อนต้องการความช่วยเหลือในอันที่จะผ่านระยะต่าง ๆ ดังนี้

(Powell, 1981)

ตื่นตระหนก (Shock) : ทันทีที่ทราบว่าบุตรของตนผิดปกติ เป็นปัญญาอ่อนจะเกิดอาการตกใจ shock ในระยะนี้พ่อแม่จะไม่สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารใด ๆ ทั้งสิ้น จะแสดงอาการร้องไห้ แยกตัว หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ปฏิเสธ (Denial) : พ่อแม่จะรู้สึกว่าการวินิจฉัยที่ไม่น่าจะเกิดกับตนเอง และไม่ยอมรับการวินิจฉัยของแพทย์ ขณะเดียวกันก็จะพยายามแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ หรือ แพทย์คนอื่น ๆ อาจแสวงหาการรักษาทางด้านไสยศาสตร์ การปฏิเสธเป็นกลไกการจัดการกับปัญหาของพ่อแม่ต่อภาวะ shock

โกรธ (Anger) : พ่อแม่อาจจะมีคำถามที่ไม่รู้จักจบสิ้นเกี่ยวกับว่า ทำไมเหตุการณ์นี้จึงเกิดกับตน พ่อแม่จะรู้สึกโกรธว่า มีเพียงคนคนเดียวเท่านั้นที่มีลูกปัญญาอ่อน เมื่อพ่อแม่รู้สึกโกรธแสดงว่า พ่อแม่ไม่ได้ปฏิเสธต่อความเป็นจริง แต่จะแสดงการรับรู้ข้อเท็จจริงได้เหมาะสมยิ่งขึ้น การช่วยเหลือพ่อแม่ในระยะนี้คือ การให้ระบายความโกรธ

ต่อรอง (Bargaining) : พ่อแม่มักจะแสดงออกโดยการต่อรอง เช่น การคาดหวังว่าลูกจะสามารถเรียนจนจบมัธยมได้ จะสามารถเข้าโรงเรียนปกติได้ สามารถที่จะเรียนหรือช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งแสดงถึงพ่อแม่ยอมรับถึงอนาคตของเด็กซึ่งสัมพันธ์กับระดับความสามารถของเด็กที่มี

ซึมเศร้า (Depression) : เมื่อพ้นจากระยะโกรธ พ่อแม่อาจจะรู้สึกซึมเศร้า ซึ่งจะสังเกตได้จากการแยกตัว (withdrawal) พ่อแม่อาจจะมีอาการเศร้าโศก (grief) เศร้าสลด (mourning) และเสียใจ (sorrow) ร่วมกับความรู้สึกยุ่งยากที่ไม่รู้จบ (unfinished business) การช่วยเหลือพ่อแม่ได้ระบายความรู้สึก และช่วยเหลือจากความเครียด ความขัดแย้ง ความเจ็บป่วย การช่วยให้พ่อแม่ยอมรับลูกปัญญาอ่อนได้

พ่อแม่จะได้รับผลกระทบจากลูกเป็นระยะ ๆ ตามพัฒนาการของลูก ความเครียดจะเกิดเป็นลำดับดังนี้

- เมื่อทราบถึงความพิการของลูก การวินิจฉัยจากแพทย์ ความวิตกกังวลสงสัย

ในการประเมินเด็ก และคำอธิบายถึงพฤติกรรมและพัฒนาการของเด็ก จะก่อให้เกิดความ
เครียด วิตกกังวล

- เมื่อการเลี้ยงดูตามปกติไม่สามารถช่วยเหลือเด็กให้ดีขึ้นได้ พ่อแม่จะขอคำ
แนะนำจากแหล่งต่าง ๆ จะเกิดความรู้สึกคับข้องใจในความล้มเหลวของตนในการช่วยเหลือ
ลูก

- เมื่อน้องของเด็กปัญญาอ่อนมีพัฒนาการที่มากกว่าพี่ จะทำให้พ่อแม่ตระหนักรับรู้
ปัญหาที่ชัดเจนและเป็นกังวลมากขึ้น

- เมื่อพ่อแม่ต้องนำเด็กเข้าเรียนจะวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานที่เรียน การหา
โรงเรียน และจะกังวลว่าเด็กจะเข้าชั้นเรียนปกติได้หรือไม่

- เมื่อลูกเข้าสู่วัยรุ่น เป็นระยะที่สำคัญที่ผู้เกี่ยวข้องต้องให้ข่าวสาร ตอบคำถาม
ของพ่อแม่และเด็กวัยรุ่น ในอันที่จะช่วยลดความกลัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับเพศ และ
เพศสัมพันธ์ของพ่อแม่ กับวิถีทางที่พ่อแม่ตอบสนองต่อความต้องการด้านเพศและการเตรียมลูก
ให้พร้อมในเรื่องเพศและเพศสัมพันธ์

- เมื่อพ่อแม่แก่ตัวลงไม่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือเด็กได้อีกต่อไป พ่อแม่จะ
เครียด กังวลว่าใครจะเป็นผู้ดูแลรับภาระของลูกต่อไป

ดังนั้นจะเห็นว่า ลูกปัญญาอ่อนมีผลกระทบต่อพ่อแม่ตามระยะพัฒนาการของลูก และ
ตลอดชีวิตของพ่อแม่

สัมพันธภาพครอบครัว

Tredgold และคณะ (1976) กล่าวว่า ถ้าความสัมพันธ์ของคู่สมรสไม่มั่นคง
หรืออยู่ภายใต้ความกดดัน เมื่อเกิดลูกปัญญาอ่อนจะเกิดความขัดแย้งกัน มีแนวโน้มที่จะกล่าว
โทษซึ่งกันและกัน ความขัดแย้งจะนำไปสู่การแยกกัน ครอบครัวแตกสลาย หรือหย่าร้างใน
ที่สุด

Farber และ blackman (1956 : อ้างถึงใน Robinson and
Robinson, 1976) ทำการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ในคู่สมรสที่มีลูกปัญญาอ่อนที่ดี
มีแนวโน้มสัมพันธ์กับความสัมพันธ์ของคู่สมรสที่ดีเมื่อแรกแต่งงาน

Block (1978 : อ้างถึงใน Telford and Sawrey , 1981) ได้ทำการศึกษาผลกระทบของเด็กพิการจะก่อให้เกิดความกดดันและเหนื่อยล้าต่อผู้สมรส ความกดดันนี้จะแสดงให้เห็นในรูปการหย่า และปัญหาอื่นๆ เช่น ปัญหาผู้สมรส การฆ่าตัวตาย การติดเหล้า ซึ่งจะพบได้มากในครอบครัวที่มีเด็กพิการ

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะปัญญาอ่อนและผลกระทบต่อครอบครัวดังนี้
 ชะไมพร ธรรมวาสิ (2534) ได้ทำการศึกษาความเครียดของพ่อแม่ของเด็กปัญญาอ่อนที่มีระดับความรุนแรงต่างกัน โดยใช้แบบสอบถามมาตรฐาน QRS - SF เพื่อวัดความเครียดในพ่อแม่ของเด็กปัญญาอ่อนในระดับวัยเด็กตอนต้น จนถึงวัยรุ่นตอนปลายในโรงเรียนราชานุกูล โรงเรียนปัญญาพิการ และสถาบันแสงสว่าง พบว่า

- ความเครียดของพ่อแม่ของเด็กปัญญาอ่อนที่มีความรุนแรงมากกว่า จะมีระดับความเครียดสูงกว่าพ่อแม่ของเด็กปัญญาอ่อนที่มีความรุนแรงน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

- ความเครียดของพ่อแม่ที่มีลูกปัญญาอ่อนเพศหญิงกับพ่อแม่ที่มีลูกปัญญาอ่อนเพศชาย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- พ่อแม่ของเด็กปัญญาอ่อนที่มีลูกอายุน้อย มีระดับความเครียดสูงกว่าพ่อแม่ของเด็กปัญญาอ่อนที่มีลูกอายุมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- พ่อแม่ที่มีลูกปัญญาอ่อนวัยทารก วัยเด็กตอนต้น จะมีความรู้สึกเครียดอย่างรุนแรงมากกว่าเด็กวัยอื่น ๆ และความเครียดจะเพิ่มอีกครั้งเมื่อลูกเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลาย สมประดี ดิษฐบรรจง , จลวย จตุกุล และ ช่อทิพย์ จันทรเปาระยะ

(2512) ได้ทำการศึกษาถึงปัญหาทางอารมณ์ของเด็กวัยรุ่นปัญญาอ่อน โดยเก็บรวบรวมจากพิมพ์ประวัติ คนไข้นอก ในปี 2511 ซึ่งได้คนไข้วัยรุ่น 50 ราย เป็นผู้หญิง 16 ราย เป็นผู้ชาย 34 ราย มีอายุระหว่าง 12 - 18 ปี ผู้ปกครองของวัยรุ่นปัญญาอ่อนได้กล่าวถึงปัญหาทางอารมณ์ของวัยรุ่นปัญญาอ่อนซึ่งสรุปได้ดังนี้

- วัยรุ่นปัญญาอ่อนที่ไม่มีปัญหาทางอารมณ์ มีจำนวน 20 คน คิดเป็น 40 %

- วัยรุ่นปัญญาอ่อนที่มีปัญหาทางอารมณ์ มีจำนวน 30 คน คิดเป็น 60 % แบ่งออกเป็นปัญญาอ่อนวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของนิสัย และความประพฤติ (Habit and Conduct disturbance) จำนวน 27 ราย คิดเป็น 90 %

- วัยรุ่นปัญญาอ่อนที่เป็นโรคประสาท (Neurosis) มีจำนวน 1 ราย และเป็นโรคจิต (psychosis) มีจำนวน 2 ราย

วัชรณี คมกฤษ และคณะ (2516) ได้ทำการศึกษาปัญหาด้านเพศของเด็กปัญญาอ่อน จากเป็นรายงานผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชานุกูล จำนวน 5054 ราย พบว่า บุคคลปัญญาอ่อนมีปัญหาทางเพศน้อยมาก โดยเฉพาะพวกปัญญาอ่อนในระดับรุนแรง เด็กหญิงจะมีปัญหาทางเพศสูงกว่าเด็กชาย เด็กชายมีปัญหาทางเพศร้อยละ .02 เด็กหญิงมีปัญหาทางเพศร้อยละ .15 และพบว่าพวกปัญญาอ่อนประเภทเรียนได้ (educable) มีพัฒนาการบทบาททางเพศได้เหมาะสมมากกว่าพวกปัญญาอ่อนประเภทปานกลาง (trainable)

สมจิตร ชาญด้วยกิจ (2523) ได้ศึกษาถึงการสงเคราะห์บุคคลปัญญาอ่อนในประเทศไทย โดยได้สอบถามถึงทัศนคติของผู้ปกครองบุคคลปัญญาอ่อนที่มีต่อบุคคลปัญญาอ่อน พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีทัศนคติว่าการมีบุตรปัญญาอ่อนนั้นเป็นเรื่องของเวรกรรม ถึงร้อยละ 41.3 ผู้ปกครองยังคงให้ความรักแก่ลูกปัญญาอ่อนเท่ากับบุตรปกติร้อยละ 58.7 มักจะพาบุตรที่เป็นปัญญาอ่อนออกไปเที่ยวนอกบ้านพร้อมบุตรปกติเสมอ ร้อยละ 76.1 ผู้ปกครองร้อยละ 77.3 มีความเห็นว่าเด็กปัญญาอ่อนมีภาระในการเลี้ยงดูมากกว่าเด็กปกติ ผู้ปกครองร้อยละ 61.0 มีความเห็นว่า เด็กปัญญาอ่อนมักจะก่อให้เกิดปัญหาในบ้านมากกว่าเด็กปกติ เมื่อบุตรปัญญาอ่อนเข้าสู่วัยหนุ่มสาว ผู้ปกครองร้อยละ 53.3 เห็นว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรทำหมันเสียโดยเร็ว และผู้ปกครองร้อยละ 76.6 ไม่เห็นด้วยว่าเมื่อบุตรปัญญาอ่อนเข้าสู่วัยหนุ่มสาวแล้วไม่มีความจำเป็นที่จะต้องให้การเลี้ยงดูต่อไปอีก

Floyd และ Zmich (1991) ได้ศึกษาถึงสภาพสมรสและการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในด้านการรับรู้และปฏิสัมพันธ์ของพ่อแม่ที่มีลูกปัญญาอ่อน และพ่อแม่ที่มีลูกปกติ โดยศึกษาถึงความสัมพันธ์ของคู่สมรส และการมีบทบาทร่วมกันในการเป็นพ่อแม่ พบว่าจากการสังเกต (observation) พ่อแม่ที่มีลูกปัญญาอ่อนจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสและปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูกไปในทางลบอย่างมีนัยสำคัญ แต่จากการให้พ่อแม่รายงานตนเอง (self-reports) ไม่พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ด้านลบดังกล่าว ซึ่งผู้วิจัยได้ให้เหตุผลว่า อาจ

เป็นเพราะพ่อแม่รู้สึกหรือรับรู้ในด้านลบต่อปัญหาเพียงเล็กน้อย และผู้วิจัยพบว่าปฏิสัมพันธ์ด้านลบของพ่อแม่จะเป็นตัวทำนายที่สำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ - ลูก ที่ไม่ดี

Sloper et.al. (1991) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและความพึงพอใจในชีวิตของครอบครัวที่มีลูกเป็น Down's syndrome โดยศึกษาเปรียบเทียบทั้งพ่อและแม่ วิเคราะห์ถึงตัวแปรต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับความเครียด โดยวัดอาการเครียดที่แสดงออกมาในรูปของอาการ psychosomatic ของพ่อแม่ และความพึงพอใจในชีวิตของพ่อแม่ พบว่า บุคลิกภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของทั้งพ่อและแม่ ในแม่พบว่าเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา ความตื่นเต้นตกใจ และการช่วยเหลือตนเองของเด็กจะมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความเครียดและความพึงพอใจในชีวิต และแบบแผนในการแก้ปัญหาสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมก็มีผลกระทบต่อความเครียดและความพึงพอใจในชีวิตของแม่อย่างมีนัยสำคัญ ในพ่อพบว่า ลักษณะของลูกไม่มีผลกระทบต่อแต่ความสัมพันธ์ในครอบครัวจะเป็นปัจจัยที่สำคัญ ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ในครอบครัว เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาสิ่งแวดล้อมในการทำงาน จะมีผลต่อความเครียดของพ่อ

Singhi และคณะ (1990) ได้ศึกษาถึงปัญหาด้านจิตสังคมในครอบครัวของเด็กพิการ โดยศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มครอบครัวเด็กพิการทางร่างกาย ครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน และครอบครัวเด็กปกติ (กลุ่มควบคุม) ที่มีเด็กอายุ 1 - 15 ปี และอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ใช้แบบสอบถามร่วมกับการสัมภาษณ์ เมื่อวัดภาวะด้านสังคม การปรับตัวในคู่สมรสและภาวะประสาท (Neuroticism) ในแม่ พบว่า ครอบครัวของเด็กพิการจะประสบกับความเครียดจากปัญหาด้านการเงิน ผลกระทบถึงกิจวัตรของครอบครัว เวลาว่าง ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่ดี และความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ที่มากกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนรวมของภาวะทางด้านสังคมของครอบครัว เด็กพิการและเด็กปัญญาอ่อนจะสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีความสัมพันธ์ทางสถิติกับเศรษฐกิจสังคม การศึกษาของพ่อแม่ คะแนนวัดด้านภาวะประสาท (Neuroticism) ของแม่ที่มีเด็กพิการจะสูงกว่ากลุ่มควบคุม การปรับตัวของคู่สมรสจะมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

Holroyd และ McArthur (1976) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเครียดระหว่างพ่อแม่ของเด็ก Down's syndrome และพ่อแม่ของเด็กออทิสติก และมีของเด็กอื่น ๆ ในแผนกผู้ป่วยนอกของคลีนิกจิตเวช อายุของเด็กที่

ท่าการศึกษาอยู่ระหว่าง 3 - 12 ปี ซึ่งเขารายงานว่าแม่ของเด็กออทิสติกและแม่ของเด็ก Down's syndrome มีปัญหาบางอย่างเหมือนกัน ซึ่งได้แก่ สุขภาพไม่ดี, อารมณ์เสี๊ว, เด็กต้องการเวลามาก, เด็กที่พึ่งพามาก, ทัศนคติในแง่ร้ายต่ออนาคตของลูก และความจำกัดเรื่องโอกาสของครอบครัว, รู้สึกผิดหวัง, อาย, มีความยุ่งยากในการพาเด็กไปยังสาธารณะต่าง ๆ บริการชุมชนและแหล่งบริการมีน้อย แต่แม่ของเด็กออทิสติก ประสบปัญหาเหล่านี้มากกว่าแม่ของเด็ก Down's syndrome

Carr (1988) ท่าการศึกษาแบบติดตามระยะยาว (Longitudinal Study) ในเด็ก Down's syndrome และครอบครัว โดยศึกษาในเด็กที่เกิดระหว่างเดือนธันวาคม 1963 ถึงเดือนพฤศจิกายน 1964 จำนวน 45 คน มีภาวะปัญญาอ่อนในระดับต่าง ๆ กัน เปรียบเทียบกับเด็กปกติที่อยู่กับพ่อแม่ โดยทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกันทั้งในเรื่องอายุ เพศ สถานะทางสังคม การศึกษาจะติดตามเป็นระยะ 7 ครั้ง จากช่วง 6 เดือนถึง 4 ปี 11 ปี และเมื่ออายุ 21 ปี ผลของการศึกษาพบว่าผลกระทบที่ได้จากการศึกษานี้ต่ำกว่าความคาดหวังของผู้วิจัย

- การมีเด็ก Down's syndrome ในครอบครัว ไม่มีผลกระทบต่อพี่น้อง ซึ่งการเก็บข้อมูลที่เป็นการรายงานจากแม่ที่ตัดสินใจสภาพความสัมพันธ์ ของพี่น้องแต่ก็สอดคล้องกับการศึกษาถึงผลกระทบที่ศึกษาโดยตรงกับพี่น้องของเด็กปัญญาอ่อน ที่ว่าพี่น้องของเด็กปัญญาอ่อนเองมีทัศนคติในด้านบวก และไม่รู้สึกว่าเด็กปัญญาอ่อนเป็นภาระสำหรับตน

- แม่จำนวนหนึ่ง (น้อยกว่า 50 %) มีความรู้สึกโดดเดี่ยว เสี๊ว และมีข้อจำกัดในการทำงานมาก และพบว่าแม่ที่มีความรู้สึกโดดเดี่ยวนี้ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเพื่อนน้อย

- แม่จำนวนมากกว่า 50 % รู้สึกว่าการมีลูกปัญญาอ่อนมีผลกระทบต่อชีวิตสมรส ผู้วิจัยพบว่า ระดับความรุนแรงของปัญหาที่กระทบต่อครอบครัว จะรุนแรงมากที่สุดในช่วงอายุ 11 ปี เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ แม่จะรู้สึกว่าดูแลลูกได้ง่ายขึ้น ซึ่งก็เพราะว่าบุคคลเหล่านี้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ต้องการการดูแลน้อยลง และแม่ก็มีการพัฒนาทักษะในการดูแลเด็กปัญญาอ่อนมากขึ้น

Gath และ Gumley (1987) ศึกษาในเด็กปัญญาอ่อน 183 คน และพี่น้องที่มีอายุใกล้เคียงกับเด็กปัญญาอ่อน โดยในกลุ่มที่ศึกษาเป็น Down's syndrome

95 คน เป็นเด็กปัญญาอ่อนจากสาเหตุอื่น ๆ 88 คน พบว่า เด็กปัญญาอ่อนมีปัญหา ด้านพฤติกรรมมากกว่าพี่น้องซึ่งเป็นไปตามที่ผู้วิจัยคาดหวัง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในพี่น้องจะพบ ได้มากถ้าพี่น้องที่เป็นปัญญาอ่อนนั้นมีพฤติกรรมรบกวนมาก โดยเฉพาะในเด็กปัญญาอ่อนจาก Down's syndrome พี่น้องของเด็กปัญญาอ่อนจากสาเหตุอื่น จะมีปัญหาการอ่านและปัญหา พฤติกรรมแปรปรวนในโรงเรียนมากกว่ากลุ่มพี่น้องของเด็ก Down's syndrome ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gath ในปี 1973 (อ้างถึงใน Byrne and Cunningham, 1985) ที่ศึกษาเปรียบเทียบพี่น้องของเด็ก Down's syndrome กับ พี่น้องของเด็กปกติ โดยให้พ่อแม่และครูเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม พบปัญหา antisocial disorder ในพี่สาวของเด็ก Down's syndrome เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พี่สาวที่มีปัญหานี้มาจากกลุ่มครอบครัวที่มีแม่อายุมาก มาจากครอบครัวใหญ่ มีระดับชั้นทางสังคม อยู่ในระดับเศรษฐกิจฐานะยากจน

Dust และ Jenkins (1986) ศึกษาถึงระดับความเครียดและการปรับตัว ของพ่อแม่ในเด็กพิการปัญญาอ่อนและเด็กพิการทางร่างกาย ได้รายงานว่า พ่อแม่ของเด็ก พิการมีระดับและประสบการณ์ความเครียดมากกว่าพ่อแม่ของเด็กปกติในวัยเดียวกัน สาเหตุของ ความเครียดในพ่อแม่เด็กพิการเกิดจาก การมองโลกในแง่ลบของพ่อแม่ต่อสภาพความพิการของ เด็ก ความรุนแรงของสภาพพิการในเด็กมีส่วนทำให้ความเครียดสูงขึ้น การสนับสนุนจากสังคม มีส่วนช่วยลดความเครียดของพ่อแม่ โดยเฉพาะความช่วยเหลือภายในครอบครัว และเพศของ เด็กไม่มีผลต่อความเครียดที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nihira, Meyers และ Mink (1980 อ้างถึงใน Byrne และ Cunningham, 1985) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ ของคู่สมรส ความปรองดองช่วยเหลือภายในครอบครัวช่วยให้ครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนแก้ไขปัญหา ได้ดีและลดความเครียดในพ่อแม่

สรุปจากงานวิจัยที่มีอยู่คือ ผลที่ได้ส่วนใหญ่สนับสนุนว่า เด็กปัญญาอ่อนนั้นมีผลกระทบ ต่อครอบครัวในระดับที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะงานวิจัยส่วนใหญ่จะแสดงให้เห็นว่าเด็กปัญญาอ่อน นั้นมีผลกระทบด้านสุขภาพจิตของพ่อแม่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างชัดเจน แต่ระดับความรุนแรง ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ด้าน ส่วนผลกระทบในด้านปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และด้านสังคมอื่นๆ ยังไม่เด่นชัด ซึ่งขึ้นอยู่กับ วิธีการศึกษา (Methodology) ระยะเวลา ตัวแปรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในตัวของปัญญาอ่อนเองและพ่อแม่ ตลอดจนแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่

แตกต่างกัน การสนับสนุนจากสังคมจะมีส่วนช่วยลดความเครียดในพ่อแม่ได้ โดยเฉพาะความ
ช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย