

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นความรู้พื้นฐานของการทำวิจัย ดังที่นำเสนอตามลำดับเนื้อหา ดังนี้

**ตอนที่ 1 สิทธิและนโยบายการให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา**

- 1.1 สิทธิของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
- 1.2 นโยบายการให้ความช่วยเหลือของรัฐบาลไทย
- 1.3 ปฏิญญาคนพิการไทย

**ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญา**

- 2.1 ความหมายของความบกพร่องทางสติปัญญา
- 2.2 ประเภทของความบกพร่องทางสติปัญญา
- 2.3 สาเหตุและปัจจัยที่นำไปสู่สาเหตุของความบกพร่องทางสติปัญญา
- 2.4 การวินิจฉัยและเครื่องมือวินิจฉัยความบกพร่องทางสติปัญญา
- 2.5 ความรู้ของความบกพร่องทางสติปัญญา
- 2.6 ลักษณะและพัฒนาการด้านต่างๆของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
- 2.7 พัฒนาการของเด็กปฐมวัย
- 2.8 ปัญหาของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
- 2.9 ความต้องการของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
- 2.10 ความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญาที่มักมีผู้สงสัย

**ตอนที่ 3 ผลกระทบต่อสมาชิกและการปรับตัวของครอบครัวที่มีเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา**

- 3.1 ผลกระทบต่อพ่อแม่เด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
- 3.2 ขั้นตอนการปรับตัวของพ่อแม่เด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
- 3.3 เจตคติของพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

3.4 ผลกระทบของพี่น้องจากการมีเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในครอบครัว

3.5 การปรับตัวของครอบครัวที่มีเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ตอนที่4 ความรู้เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

4.1 ความหมายของการอบรมเลี้ยงดูเด็ก

4.2 ความสำคัญของการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

4.4 การเรียนรู้และการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

4.5 แนวทางและวิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

4.5.1 ด้านเจตคติและการยอมรับ

4.5.2 ด้านการปฏิบัติต่อเด็กโดยทั่วไป

ตอนที่5 การให้ความช่วยเหลือตั้งแต่แรกเริ่ม สำหรับเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

5.1 การกระตุ้นพัฒนาการ (Stimulation)

5.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

5.2.1 กายภาพบำบัด (Physical Therapy)

5.2.2 กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy)

5.2.3 อรรถบำบัด (Speech Therapy)

ตอนที่6 ปัญหาและความต้องการของผู้ปกครอง ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

6.1 ปัญหาของผู้ปกครอง ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทาง

สติปัญญา

6.2 ความต้องการของผู้ปกครอง ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทาง

สติปัญญา

ตอนที่7 สภาพบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของจังหวัดศรีสะเกษ

7.1 สภาพบริบททางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของจังหวัดศรีสะเกษ

7.2 ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวอีสาน

## ตอนที่ 1 สิทธิและนโยบายการให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทย

### 1.1 สิทธิของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

กฎบัตรสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิมนุษยชนได้ระบุเกี่ยวกับสิทธิของผู้พิการว่า “ คนพิการจะได้รับสิทธิเช่นเดียวกับคนอื่นในสังคม เป็นต้นว่าสิทธิที่จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สิทธิที่จะได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ และการมีงานทำที่เหมาะสม ” ( ธานีษฐา เทวินทรภักดี , 2540 )

สันนิบาตสมาคมนานาชาติสำหรับบุคคลปัญญาอ่อน ( International League of Societies for the Mentally Handicapped ) ได้ประกาศสิทธิพิเศษของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาขึ้น เมื่อวันที่ 24 ตุลาคม ค.ศ.1968 ภายใต้ชื่อว่า General and Special Right of the Mentally Retarded ซึ่งสหประชาชาติได้ให้คำรับรองว่าเป็นไปตามกฎบัตรสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิมนุษยชนว่า “ ครอบครัวของมนุษยชาติ ย่อมมีสิทธิ ฐานันดร และอิสรภาพเท่าเทียมกัน โดยไม่จำกัดเชื้อชาติและเผ่าพันธุ์ ” และเป็นไปตามประกาศสิทธิของเด็กที่ว่า “ เด็กทุกคนไม่ว่าจะพิการร่างกาย สมอง สติปัญญาและพิการทางสังคม ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาดูแลและการศึกษาพิเศษตามสภาพแต่ละคนที่พึงมีได้ ” ( รสขง ทศนาญชลี, 2519 )

จากกฎบัตรสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ได้มีการขยายความเป็นปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิของคนปัญญาอ่อนและคนพิการทุกประเภท มีสาระสำคัญ ดังนี้

- 1) บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีสิทธิตามหลักสิทธิมนุษยชนตามวัยของพลเมืองนั้นๆ
- 2) บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ควรได้รับการรักษาทางการแพทย์ ทางกายภาพบำบัด รวมถึง มีสิทธิได้รับการศึกษา ฝึกอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพและการแนะแนวต่างๆ เพื่อพัฒนาให้มีความสามารถมากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้
- 3) บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีสิทธิที่จะได้รับการประกันเศรษฐกิจ และได้รับการดูแลความเป็นอยู่ในระดับมาตรฐาน เรามีสิทธิที่จะประกอบอาชีพให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม และมีโอกาสเข้าทำงานที่เหมาะสมกับความสามารถของเขา

4) บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีสิทธิที่จะอยู่กับครอบครัวตัวเอง หรือกับบิดามารดาบุญธรรมหรือผู้อุปการะ และมีสิทธิเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน ครอบครัวที่เขาสนใจอยู่ด้วย สวมควรได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาล หากว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลในสถานบัน สถานบันนั้นๆ ต้องพยายามให้สภาพแวดล้อม และการปฏิบัติต่อผู้มีความบกพร่องทางสติปัญญา เหมือนที่ชีวิตปกติทั่วไป

5) บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีสิทธิที่จะมีผู้พิทักษ์ตามกฎหมายเพื่อคุ้มครองทรัพย์สิน และเงินส่วนที่บุคคลที่เขาพึ่งได้รับตามกฎหมาย

6) บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครอง เพื่อไม่ให้ถูกแสวงหาประโยชน์ที่ไร้ศีลธรรม ไม่ให้ได้รับความเอาเปรียบ ดูหมิ่นเหยียดหยาม หากมีคดีฟ้องร้อง เขามีสิทธิในการดำเนินการตามวิธีของกฎหมาย โดยคำนึงถึงสติปัญญาของเขา

7) บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ที่ไร้ความสามารถเพราะความรุนแรงของการเป็นบุคคลปัญญาอ่อน และไม่สามารถจะใช้สิทธิให้ได้ผลเต็มที่ ได้ ต้องจัดให้มีการคุ้มครองตามกฎหมายโดยเฟื่องถึงถึงการไม่เอาเปรียบ และให้มีหลักการประเมินค่าความสามารถของเขา โดยผู้เชี่ยวชาญและต้องทำการทบทวนคุณค่า ความสามารถทางสังคมของเขาเป็นครั้งคราวติดต่อกัน

ส่วนในประเทศไทยซึ่งเป็นสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ และได้ยอมรับปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และสิทธิเด็กมาเป็นแนวปฏิบัติ และได้ระบุนิติสิทธิของผู้พิการไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 หมวดสิทธิและเสรีภาพของชนพิการไทย ดังนี้

1) บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ มีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ และความช่วยเหลืออื่นทางรัฐ ทั้งนี้ตามเงื่อนไขที่กฎหมายบัญญัติ

2) รัฐต้องลงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้

## 1.2 นโยบายการให้ความช่วยเหลือของรัฐบาลไทย

รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ให้ความช่วยเหลือต่อคนพิการมากขึ้นเรื่อยๆ ปัจจุบันมีกฎหมายที่ช่วยคุ้มครองสิทธิของคนพิการ ได้แก่ พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534 และได้มีการกำหนดให้กลุ่มคนพิการเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งในแผนพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) โดยได้กำหนดวิสัยทัศน์ของคนพิการเพื่อเป็นเป้าหมายของการพัฒนาดังนี้ (ขนิษฐา เทวินทรภักดี, 2540)

- 1) เป็นคนที่มีสุขภาพดีที่สุด ตามสภาวะความพิการที่เป็นจริง
- 2) เป็นคนที่มีความสามารถเต็มศักยภาพของแต่ละบุคคล
- 3) เป็นคนที่มีรู้จักสิทธิและหน้าที่ในฐานะพลเมืองดี
- 4) เป็นคนที่มีอาชีพ มีงานทำ
- 5) เป็นคนที่ดำรงชีวิตอย่างมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี เท่าเทียมกับผู้อื่นในสังคม
- 6) ครอบครัว ชุมชนและสังคมให้โอกาสและยอมรับผู้พิการอย่างเช่นคนทั่วไป

จากนโยบายที่เป็นภาพรวมของการพัฒนาทุกด้านในระดับชาติ ได้มีการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

- 1) คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านการแพทย์ การศึกษา การอาชีพและสังคมอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมคนทั่วไป
- 2) คนพิการสามารถดูแลตัวเอง หรือได้รับการช่วยเหลือ จนมีความพร้อมที่จะดำเนินชีวิตและบทบาทในสังคม
- 3) ส่งเสริมงานวิชาการ และเผยแพร่ข่าวสารการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในด้านต่าง ๆ ที่ถูกต้องเหมาะสมแก่คนพิการ
- 4) สนับสนุนให้ชุมชน องค์กรท้องถิ่น และองค์กรภาคเอกชน ให้มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมากขึ้น โดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการและการดำเนินงาน

เป้าหมายในการดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาคือ

- 1) เด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาได้รับการค้นหา เมื่อระว่าง ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระหว่างคลอดและภายหลังคลอด
- 2) เด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ และได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ตั้งแต่แรกเริ่มจนมีความพร้อมที่จะดำเนินชีวิตและบทบาทในสังคม
- 3) เด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามีโอกาสที่จะได้รับการศึกษา ในทุกระดับการศึกษาและทุกระบบตามขีดความสามารถเช่นเดียวกับคนทั่วไป

- 4) เด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้สามารถประกอบอาชีพและอยู่ในสังคมได้อย่างมีเกียรติและมีศักดิ์ศรี
- 5) เด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีโอกาสได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งสวัสดิการที่เหมาะสม และเข้าถึงบริการในสังคม
- 6) ครอบครัว ชุมชน สังคม และเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ได้รับการปลูกจิตสำนึกและเจตคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับคนพิการ

### 1.3 ปฏิญญาคนพิการไทย

นอกจากนี้ได้มีการจัดทำปฏิญญาคนพิการไทย โดยความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พุทธศักราช 2534 และอาศัยทิศทางจากนโยบายการพัฒนาประชากรกลุ่มเป้าหมายคนพิการในแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ.2540-2544 และแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 รวมทั้งคำประกาศการมีส่วนร่วมและความเสมอภาคของคนพิการ ในภูมิภาค เอเชียและแปซิฟิก และแผนปฏิบัติการหลักแห่งทศวรรษคนพิการ เอเชียและแปซิฟิก พ.ศ.2536-2545 โดยมีข้อที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาคือ

ก) คนพิการมีสิทธิได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาตั้งแต่แรกเกิด และ แรกเริ่มที่พบความพิการ รวมทั้งผู้ปกครองและครอบครัวของคนพิการต้องได้รับการสนับสนุนจาก รัฐในทุกด้านเพื่อให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาคนพิการอย่างเต็มศักยภาพ สอดคล้อง กับความต้องการของแต่ละบุคคล

ข) คนพิการมีสิทธิและมีโอกาสได้รับการศึกษาอย่างมีคุณภาพ ในทุกระดับทุก รูปแบบของการจัดการศึกษา ตามความต้องการของคนพิการอย่างเท่าเทียมกับคนปกติทั่วไป รวมทั้งการศึกษาในระบบ นอกกระบวนและการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยไม่มีการจำกัด กีดกัน เลือกปฏิบัติหรือข้อยกเว้นใดๆ

ค) คนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก บริการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป

ง) คนพิการมีสิทธิได้รับการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ให้ครอบครัว ชุมชนและสังคม ได้รับรู้และเข้าใจคนพิการในทางที่สร้างสรรค์ โดยเฉพาะเรื่องสิทธิ ศักยภาพและความสามารถ รวมทั้งการบำเพ็ญประโยชน์ของคนพิการ



๑) คนพิการและครอบครัว ชุมชน สังคม มีสิทธิได้รับและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพื่อทราบถึงสิทธิอันระบุไว้ในปฏิญญานับนี้โดยทั่วถึง

๒) รัฐต้องให้ความสำคัญและปฏิบัติตามพันธสัญญาที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ซึ่งได้ลงนามหรือตกลงร่วมกันในระดับประเทศและระดับนานาชาติ

ทิศทางของการป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

- 1) คนพิการได้รับการค้นหา เมื่อระว่าง ตั้งแต่ก่อนคลอด ระหว่างคลอดและภายหลังคลอด
- 2) คนพิการมีโอกาสเข้าถึงบริการทางการแพทย์และได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ตั้งแต่แรกเริ่มจนมีความพร้อมที่จะดำเนินชีวิตและบทบาทในสังคม
- 3) คนพิการมีโอกาสได้รับการศึกษาในทุกระดับการศึกษา และในทุกระบบ ตามขีดความสามารถเช่นเดียวกับคนทั่วไป
- 4) ครอบครัว ชุมชน สังคมและคนพิการได้รับการปลูกจิตสำนึกและเจตคติที่เหมาะสมแก่คนพิการเพื่อให้คนพิการได้อยู่ร่วมในสังคม โดยมีโอกาสและสิทธิเท่าเทียมคนทั่วไป

ปฏิญญาคนพิการไทยได้กำหนดแผนปฏิบัติการหลัก เพื่อดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามทิศทางดังกล่าว รวม 9 แผนงาน เช่น

- แผนงานหลักที่ 1 แผนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านการแพทย์
- แผนงานหลักที่ 2 แผนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านการศึกษา
- แผนงานหลักที่ 6 การคุ้มครองสิทธิและส่งเสริมความเสมอภาคที่เท่าเทียมคนทั่วไป
- แผนงานหลักที่ 8 แผนการประชาสัมพันธ์และพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น (กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม , 2540)

จากกฎบัตรและปฏิญญาสากลขององค์การสหประชาชาติ จนถึงนโยบายของรัฐบาลซึ่งกำหนดโดยรัฐธรรมนูญ พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพและปฏิญญาคนพิการไทย แสดงให้เห็นว่า ทั้งระดับนานาชาติและในระดับประเทศไทยต่างมีความเห็นตรงกันว่า สิทธิของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ที่ได้รับการคุ้มครองจากภาครัฐและสังคมของบุคคลนั้น

## ตอนที่2 ความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญา

### 2.1 ความหมายของความบกพร่องทางสติปัญญา

ความหมายของความบกพร่องทางสติปัญญา มีคำที่ใช้เรียกเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาแตกต่างกันไปเช่น เด็กปัญญาอ่อน เด็กโง่ เด็กปัญญาทึบ หรือเด็กพิเศษ เป็นต้น ซึ่งเป็นคำที่มักจะใช้เรียกตามลักษณะภายนอกที่พบเห็น ดังนั้น เด็กพิเศษและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ จึงหมายถึงเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาด้วย

ศรียา นิยมธรรม (2539) จึงให้ความหมายว่า เด็กพิเศษ หมายถึง เด็กที่ไม่สามารถพัฒนาความสามารถได้เท่าที่ควรจากการเรียนการสอนตามปกติ ทั้งนี้มีสาเหตุมาจากสภาพความบกพร่องทางร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ จำเป็นต้องจัดการศึกษาให้เหมาะสมกับลักษณะและความต้องการของเด็ก

เด็กที่มีความต้องการพิเศษ (Children With Special Needs) หมายถึง เด็กที่มีความต้องการทางการศึกษาแตกต่างไปจากเด็กปกติ (ผดุง อารยะวิญญู , 2531)

ตามคำจำกัดความของ AAMR (American Association on Mental Retardation) ความบกพร่องทางสติปัญญา หมายถึง การแสดงออกของหน้าที่ทางสติปัญญาอย่างจำกัดและมีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งด้านการประยุกต์และการพัฒนาทักษะ เช่น การสื่อสาร การดูแลตัวเอง การดำรงชีวิตในบ้าน ทักษะทางสังคม การอยู่ในชุมชน การดูแล สุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของตนเอง การใช้เวลาร่างให้เป็นประโยชน์ และการทำงาน ซึ่งความบกพร่องทางสติปัญญานี้จะแสดงให้เห็นก่อนอายุ 18 ปี (Hallahan and Kaufman ,1994 )

AAMD(The American Academic of Mental Deficiency) ให้ความหมายของภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา หมายถึง ระดับสติปัญญาที่ด้อยหรือต่ำกว่าปกติ เนื่องจากพัฒนาการของสมองหรือจิตใจหยุดชะงัก การเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ทำให้มีความสามารถจำกัดด้านการเรียน ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับ สังคมและมีการเจริญเติบโตไม่สมวัย ( Smith Patton and Ippenbach , 1994)



ความหมายในทางการแพทย์ตามการนิยามของ ICD-10 (International Classification of Disease) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ระบุว่าภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา หมายถึง ภาวะที่สมองหยุดพัฒนาหรือพัฒนาได้ไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดความบกพร่องทางทักษะต่าง ๆ ในระยะพัฒนาการ ส่งผลกระทบต่อระดับเชาวน์ปัญญาทุก ๆ ด้าน เช่น ความสามารถทางสติปัญญา ภาษา การเคลื่อนไหวและทักษะทางสังคม มีความบกพร่องในการปรับตัว อาจมีหรือไม่มีควมผิดปกติทางกายหรือทางจิตร่วมด้วย ( กัลยา สุตะบุตร, 2535 )

Winterboun ( 1962 ) ได้ให้ความหมายของความบกพร่องทางสติปัญญาโดยแบ่งเป็นความหมายด้านต่าง ๆ ดังนี้

ความหมายด้านจิตวิทยา หมายถึง การมีเงื่อนไขการเจริญเติบโตทางสติปัญญาที่จำกัด ไม่สามารถคิดหาเหตุผลหรือคิดได้ช้ากว่าปกติ และมีการเจริญเติบโตต่ำกว่าปกติ

ความหมายด้านการศึกษา หมายถึงการที่เด็กมีความจำกัดในการเรียนรู้ สิ่งที่สามารถทำได้ดีที่สุดคือการอ่าน เขียน นับเลขได้เล็กน้อย ซึ่งเป็นไปอย่างยุ่งยากแต่หากความบกพร่องนั้นมีมากก็ไม่สามารถเรียนรู้อะไรได้เลย

ความหมายด้านสังคม หมายถึง การมีความจำกัดในการเข้ากลุ่มและการปรับตัวเข้ากับสังคม

ความหมายด้านกายภาพ หมายถึงผู้ที่สมองได้รับการกระทบกระเทือน หรือการเจริญเติบโตหยุดชะงัก หรืออาจมีความบกพร่องทางร่างกายอื่น ๆ ร่วมด้วย

นอกจากนั้นชวลา เขียวธนูและกัลยา สุตะบุตร (2538) ได้ให้ความหมายของภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาว่า เป็นภาวะที่มีความจำกัดอย่างชัดเจนของการปฏิบัติตนในปัจจุบัน ( Functioning ) ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ

- 1) ความสามารถทางสติปัญญาดต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ
- 2) มีความจำกัดทางทักษะการปรับตัวอย่างน้อย 2 ทักษะจาก 10 ทักษะคือ
  - 2.1) การสื่อความหมาย ( Communication )
  - 2.2) การดูแลตัวเอง ( Self-Care )
  - 2.3) การดำรงชีวิตในบ้าน ( Home Living )
  - 2.4) ทักษะทางสังคม ( Social Skill )
  - 2.5) การใช้สาธารณสมบัติ ( Community Use )

- 2.6) การควบคุมตนเอง ( Self-Direction )
- 2.7) สุขภาพอนามัยและความปลอดภัย ( Health and Safety )
- 2.8) การเรียนวิชาการเพื่อดำรงชีวิตประจำวัน ( Functional Academic )
- 2.9) การใช้เวลาว่าง ( Leisure )
- 2.10) การทำงาน ( Work )

3) ลักษณะความบกพร่องทางสติปัญญาเกิดก่อนอายุ 18 ปี

การให้ความหมายและคำจำกัดความของความบกพร่องทางสติปัญญาอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการคือ

- 1) ความสามารถ ( Capabilities )
- 2) การปฏิบัติตน ( Functioning )
- 3) สภาพแวดล้อม ( environment ) ( กัลยา สุตตะบุตร และชวาลา เขียวธนู, 2538)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา หมายถึง ภาวะที่สมองมีการพัฒนาไม่เต็มที่หรือหยุดชะงัก ทำให้เกิดความจำกัดทางพัฒนาการด้านต่าง ๆ ที่เป็นไปอย่างล่าช้า และมีความสามารถอย่างจำกัด ในเรื่องการปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยลักษณะดังกล่าวจะเกิดขึ้นก่อนอายุ 18 ปี

## 2.2 ประเภทของความบกพร่องทางสติปัญญา

การจัดแบ่งประเภทของความบกพร่องทางสติปัญญาในปัจจุบัน นอกจากจะใช้การวัดคะแนนชาวน์ปัญญา (Intelligence Quotient) ยังจัดตามระดับความต้องการการช่วยเหลือ ส่งเสริมให้มีพัฒนาการที่ดีขึ้น เนื่องจากได้รับความเชื่อถือกว่าการจัดตามคะแนน IQ โดด ๆ และเป็น การแสดงให้เห็นว่า เด็กที่บกพร่องทางสติปัญญาหากได้รับการส่งเสริมในทางที่ถูกต้องเหมาะสมสามารถพัฒนาขึ้นได้ ทั้งยังสามารถอธิบายเป็นคำพูดได้ง่าย เมื่อนำมาพิจารณาร่วมกับการส่งเสริมทักษะ (Hallahan and Kaufman , 1994 ) ดังนั้นความบกพร่องทางสติปัญญาแต่ละประเภทสามารถแบ่งได้ตามลักษณะที่ปรากฏและพัฒนาการความสามารถ ระดับสติปัญญา รวมถึงความต้องการการช่วยเหลือได้แตกต่างกันดังนี้

1) แบ่งตามระดับความต้องการการช่วยเหลือและรูปแบบการช่วยเหลือ แบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้ ( Hallahan and Kaufman ,1994 และ สุจิตรา สุขเกษม , 2538 )

1.1) ต้องการได้รับการช่วยเหลือเป็นครั้งคราว (Intermittent) เป็นการส่งเสริมตามความต้องการแบบชั่วคราว หรือต้องการการช่วยเหลือระยะสั้นที่เป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต

1.2) ต้องการความช่วยเหลือตามระยะเวลาที่กำหนด (Limited) เป็นรูปแบบความช่วยเหลือที่มีเวลาสม่ำเสมอ จำกัดเวลาหรืออาจต้องการบุคลากรและงบประมาณน้อย

1.3) ต้องการความช่วยเหลือติดต่อกันตลอดไป ( Extensive) ลักษณะการช่วยเหลือแบบนี้จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับประจำในบางสภาพแวดล้อมและไม่จำกัดเวลา

1.4) ต้องการการช่วยเหลือทุกๆ ด้านอย่างทั่วถึงและต้องการมากที่สุด (Prevensive)เป็นลักษณะการช่วยเหลือส่งเสริมโดยอาศัยความมั่นคงในตนเอง มีการจัดเตรียมการช่วยเหลือให้ทุกสภาพแวดล้อมที่มีประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต การช่วยเหลือแบบนี้ต้องใช้บุคลากรมากและจะเจาะลึกมากขึ้น

2) แบ่งตามความสามารถทางสติปัญญาและพฤติกรรมปรับตัว ซึ่งวาริ ธิระจิตร (2531) และ Winterboun (1962) ได้รวบรวมไว้ดังนี้

2.1) ความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมาก เรียกว่าเป็นพวก Feeble mind หรือ Nursing หรือ Profound Grade เด็กกลุ่มนี้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลยหรือน้อยมาก ต้องการได้รับการช่วยเหลือ เลี้ยงดูจากผู้อื่น มีลักษณะพูดไม่ได้ เรียนไม่ได้ ฝึกกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ ได้น้อยมากหรืออาจไม่ได้เลย

2.2) ความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงหรือขนาดหนัก ( Severe Grade ) เด็กกลุ่มนี้เรียนไม่ได้ แต่พอฝึกให้ทำในสิ่งง่าย ๆ ได้ เช่น การช่วยเหลือตนเอง แต่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ แนะนำจากครูผู้ปกครองหรือพี่เลี้ยงตลอดเวลา เรื่องกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคมและการป้องกันอันตราย

2.3) ความบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลาง ( Moderate Grade ) หรือ ( Trainable - TMR ) มีระดับสติปัญญาที่สามารถฝึกหัดได้ เรียนลักษณะง่าย ๆ เกี่ยวกับการทำงาน การเข้าสังคม การช่วยเหลือตนเองอย่างอิสระและทักษะงานบ้าน แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาในการทำงานได้ตามปกติ ทั้งที่โรงเรียนหรือชั้นเรียนพิเศษ เด็กกลุ่มนี้ควรได้รับการเอาใจใส่และตระหนักว่าความคาดหวังและกฎเกณฑ์เป็นจุดที่ชี้ชีวิตของเด็กกลุ่ม TMR กับ EMR

2.4) ความบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย (Mild Grade) หรือ (Educable-EMR) มีความสามารถใกล้เคียงเด็กปกติ สามารถเรียนได้ในชั้นเรียนที่เหมาะสม มีการจัดเตรียมการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับความจำกัดของเด็ก เด็กกลุ่มนี้สามารถจะดำเนินชีวิตในสังคมได้ และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ตลอดจนสามารถเรียนทักษะวิชาการพื้นฐานได้

3) แบ่งตามระดับคะแนนทางเชาวน์ปัญญาหรือ I.Q. (Intelligence Quotient) ที่ได้จากแบบทดสอบมาตรฐาน แบ่งได้เป็น 5 ระดับคือ (Winterboun, 1992)

3.1) ความบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (Mild Mental Retardation) มีช่วงคะแนนของระดับสติปัญญา 50-55 ถึง 70-75 เด็กกลุ่มนี้จะไม่ได้รับการวินิจฉัยจนกว่าเด็กจะเข้าโรงเรียน เพราะพฤติกรรมเด็กที่บ้านจะใกล้เคียงกับเด็กปกติ

3.2) ความบกพร่องทางสติปัญญาปานกลาง (Moderate Mental Retardation) มีช่วงคะแนนของระดับสติปัญญา 35-40 ถึง 40

3.3) ความบกพร่องทางสติปัญญารุนแรง (Severe Mental Retardation) มีช่วงคะแนนของระดับสติปัญญา 20-25 ถึง 35-40

3.4) ความบกพร่องทางสติปัญญารุนแรงมาก (Profound Mental Retardation) มีช่วงคะแนนของระดับสติปัญญาต่ำกว่า 20 หรือ 25

3.5) ความบกพร่องทางสติปัญญาที่ไม่สามารถระบุค่าคะแนนของระดับสติปัญญา

จากการแบ่งประเภทความบกพร่องทางสติปัญญาที่แบ่งโดย สมาคมอเมริกันว่าด้วยความผิดปกติทางสติปัญญา หรือ The American Association on Mental Retardation (AAMD) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) และคะแนนทดสอบระดับสติปัญญาจากแบบทดสอบบินเน็ต (Binet) ในปัจจุบันมีความแตกต่างกันดังตารางต่อไปนี้ (ผดุง อารญะวิญญู, 2535. และ Ashman and Elkins, 1990 อ้างถึงใน สุจิตรา สุขเกษม, 2538)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความบกพร่องทางสติปัญญา ระหว่างคะแนนระดับสติปัญญาตามหลักเกณฑ์ของ AAMD WHO และ Binet (สุจิตรา จิตเกษม, 2538)

ประเภท	หน่วยงาน		
	AAMD	WHO	BINET
	ระดับสติปัญญา	ระดับสติปัญญา	ระดับสติปัญญา
1. ความบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย	50-55 ถึง 70	50-70	52-68
2. ความบกพร่องทางสติปัญญาปานกลาง	35-40 ถึง 50-55	35-49	36-51
3. ความบกพร่องทางสติปัญญารุนแรง	20-25 ถึง 35-40	20-34	20-35
4. ความบกพร่องทางสติปัญญารุนแรงมาก	ต่ำกว่า 20 หรือ 25	ต่ำกว่า 20	ต่ำกว่า 20

จากตารางจะเห็นว่า การแบ่งประเภทของความบกพร่องทางสติปัญญาจะมองเฉพาะด้านชวชนปัญญาไม่ได้เพราะในแต่ละสถาบันยังมีความแตกต่างกัน ดังนั้นปัจจุบันจึงนำเอาพฤติกรรมและความต้องการของเด็ก มาพิจารณาประกอบการจัดแบ่งประเภทความบกพร่องทางสติปัญญา ดังที่แบ่งไว้ข้างต้นเพื่อให้การพัฒนาเด็กเป็นไปอย่างเหมาะสมตามศักยภาพ

### 2.3 สาเหตุและปัจจัยที่นำไปสู่สาเหตุของความบกพร่องทางสติปัญญา

สาเหตุของความบกพร่องทางสติปัญญาที่ชัดเจน เป็นสิ่งบอกได้ยาก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย (Mildly retarded) เพราะเด็กกลุ่มนี้ไม่แตกต่างจากเพื่อน ๆ ที่ปกติจนกว่าจะเข้าโรงเรียน ซึ่ง Hallahan and Kaufman (1994) กล่าวว่าสาเหตุที่ชัดเจนของความบกพร่องทางสติปัญญา สามารถระบุได้เพียงร้อยละ 10-15 เท่านั้น ปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อนมีดังนี้ (ชวลา เจริญบุญและกัลยา สุตะบุตร, 2538)

1) ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ (Hereditary) พบประมาณร้อยละ 5 ได้แก่ ความผิดปกติของยีนเดี่ยว (Single gene disorders) ความผิดปกติของโครโมโซม (Chromosomal disorders)

2) การแปรผันของการพัฒนาตัวอ่อนในครรภ์ตั้งแต่ระยะต้น ๆ ( Early Alternation of Embryonic Development ) พบประมาณร้อยละ 30 เช่น การติดเชื้อ สารที่ก่อให้เกิดความผิดปกติของทารก เป็นต้น

3) ปัญหาต่างๆ ในระยะตั้งครรภ์และขณะคลอด พบประมาณร้อยละ 10 เช่น ภาวะทุพโภชนาการของทารกในครรภ์ คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น

4) ปัญหาต่าง ๆ ในระยะหลังคลอด พบประมาณร้อยละ 5 เช่น การติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง ได้รับสารพิษตะกั่วโลหะหนัก

5) ปัจจัยต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมและความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ พบประมาณร้อยละ 15-20 เช่น ความยากจนและครอบครัวแตกแยก ความผิดปกติทางจิตของผู้เลี้ยงดู เป็นต้น

6) ไม่ทราบสาเหตุ ประมาณร้อยละ 30

จากปัจจัยดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสติปัญญาที่สำคัญมี 4 สาเหตุคือ ( สุจิตรา สุเกษม ,2538., ศรียา นิยมธรรม ; 2534., ผดุง อารยะวิญญู ,2533. และ โรงพยาบาลราชานุกูล , 2538 )

1) ความผิดปกติทางพันธุกรรม ได้แก่

1.1) ดาวน์ซินโดรม ( Down Syndrome ) เกิดจากโครโมโซมมีจำนวนผิดปกติในตำแหน่งคู่ที่ 21 ซึ่งคนปกติมีจำนวนโครโมโซม 23 คู่หรือ 46 ข้าง แต่เด็กดาวน์ซินโดรมมี 47 ข้าง เพราะโครโมโซมคู่ที่ 21 มี 3 ข้าง

1.2) ต่อมไร้ท่อผิดปกติ ( Hypothyroidism ) เกิดจากต่อมไทรอยด์ ไม่สามารถสังเคราะห์ฮอร์โมนไทรอยด์ได้ ทำให้ร่างกายชะงักการเจริญเติบโต

2) ความกระทบกระเทือนขณะมารดาตั้งครรภ์ ในระยะตั้งครรภ์มารดาอาจได้รับความกระทบกระเทือนจากปัญหาต่างๆ เช่น

2.1) โรคติดเชื้อ เช่น ซิฟิลิส หัดเยอรมัน มาลาเรีย เอชดี เป็นต้น

2.2) ขาดสารอาหาร เช่น ธาตุเหล็ก โปรตีน ไอโอดีนและวิตามินต่างๆ เป็นต้น

2.3) ได้รับสารพิษหรือยาต่างๆ เช่น สุรา บุหรี่ ยาเสพติดชนิดต่างๆ หรือสารรังสี

เป็นต้น

2.4) เกิดการเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ เช่น โรคเบาหวาน โรคตับ หิด บวม เป็นต้น

2.5) ได้รับอุบัติเหตุ เช่น ตกบันได ตกรถจนทำให้ตกเลือด เป็นต้น

2.6) ได้รับการกระทบกระเทือนทางจิตใจอย่างรุนแรง เป็นต้น

2.7) แม่มีอายุน้อยเกินไป ( ต่ำกว่า 18 ปี ) หรือมากเกินไป ( เกิน 35 ปี )



3) ความผิดปกติขณะคลอด การคลอดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสติปัญญา เช่น

3.1) ใช้เวลาในการคลอดนานเกินไป ทำให้สมองขาดออกซิเจน หรือใช้เครื่องมือช่วยคลอดไม่ถูกวิธี

3.2) รกออกตัวก่อนกำหนด เนื่องจากรกเกาะต่ำทำให้เสียเลือดมาก สมองขาดออกซิเจน

3.3) ตกเลือด รกพันคอ เด็กสำลักน้ำคร่ำและท่าคลอดผิดปกติ

3.4) ความพิการแต่กำเนิด เช่น โรคหัวใจรั่ว สมองผิดปกติ เป็นต้น

4) ความกระทบกระเทือนระยะหลังคลอด ต้นเหตุที่ทำให้ระยะนี้อาจเกิดความบกพร่องทางสติปัญญาได้แก่

4.1) เป็นโรคติดเชื้อ เช่น ใช้สมองอักเสบ

4.2) เจ็บป่วย เช่น ชักบ่อย ๆ ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง และติดเชื้อที่มีผลกระทบต่อสมอง

4.3) ได้รับสารเคมี สารพิษ เช่น สารตะกั่วปรอท

4.4) ขาดการกระตุ้นการเรียนรู้จากสภาพแวดล้อม ทำให้มีพัฒนาการทางสมองล่าช้า

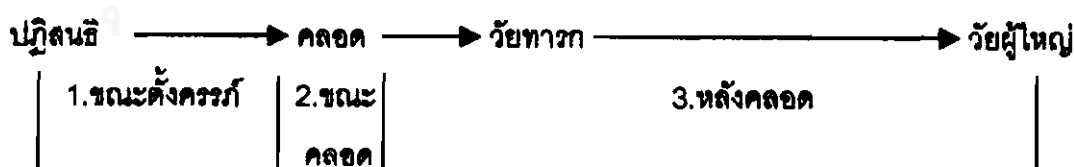
4.5) การเลี้ยงดูไม่เหมาะสม เช่น เด็กถูกทอดทิ้ง ละเลย ทำให้ขาดโอกาสเรียนรู้

4.6) อุบัติเหตุ เช่น ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง

4.7) ความแปรปรวนทางอารมณ์ขั้นรุนแรงและเป็นเวลานานติดต่อกัน

จากสาเหตุและปัจจัยที่นำไปสู่สาเหตุความบกพร่องทางสติปัญญา จะเห็นว่าในทุกกระยะของช่วงชีวิตเด็กตั้งแต่ปฏิสนธิ ล้วนมีโอกาสเกิดความบกพร่องทางสติปัญญาได้ทั้งสิ้น ดังนี้

### แผนภูมิที่ 1 ระยะที่อาจเกิดความบกพร่องทางสติปัญญา



## 2.4 การวินิจฉัยและเครื่องมือวินิจฉัยความบกพร่องทางสติปัญญา

การวินิจฉัยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่เด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ควรพิจารณาให้ครอบคลุม 3 ด้านคือ ด้านภาวะปัญญาอ่อน ด้านการพิจารณาทางร่างกายและจิตใจ และด้านการพิจารณาทางสภาพแวดล้อม (ชวลา เจริญ และกัลยา สุตบุตร, 2538) ดังนั้นจึงมีการร่างเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องทางสติปัญญาโดยใช้ DSM IV-1994 ซึ่งประกอบด้วยลักษณะสำคัญร่วมกัน 3 ประการคือ (Hallahan and Kaufman, 1994)

1) ความบกพร่องทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญคือ เมื่อทดสอบเชาวน์ปัญญาเป็นรายบุคคลจะได้คะแนนประมาณ 70 หรือต่ำกว่านั้น แต่แบบทดสอบนี้จะไม่ใช้กับเด็กวัยทารก แบบทดสอบเชาวน์ปัญญาที่ได้มาตรฐาน เช่น Stanford-Binet Intelligence Scale, Kaufman Assessment Battery for Children, Wechsler Intelligence Scale for Children เป็นต้น

2) ความสามารถในการปรับตัวในปัจจุบันหมายถึง การปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการในชีวิตทั่ว ๆ ไปและพึ่งตนเองได้ ตามวัฒนธรรมและชุมชนนั้น ซึ่งเครื่องมือหลายชนิดที่ออกแบบเพื่อวัดความสามารถในการปรับตัวเช่น Vineland Adaptive Behavior Scale, AAMR Adaptive Behavior Scale

3) การแสดงอาการก่อนอายุ 18 ปี

กรมประชาสงเคราะห์ (2538) กล่าวถึงการวินิจฉัยและเครื่องมือวินิจฉัยบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ตามความเหมาะสมกับสภาพสังคมของเด็กไทยว่าต้องประกอบด้วย

1) การชักประวัติ

2) การตรวจร่างกาย โดยการสังเกตลักษณะเฉพาะภายนอก เช่น ใบหน้าของบุคคลที่เป็นความฉุนเฉียว และการประเมินด้าน mentality ได้แก่ Alertness, Orientation, Problem Solving

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การทำการทดสอบเชาวน์ปัญญาชุดเล็กของกรมสุขภาพจิต และทำการทดสอบเชาวน์ปัญญามาตรฐาน โดยใช้เครื่องมือทดสอบ ได้แก่ Wechsler Intelligence Scale for Children -WISC แบบวัดเชาวน์ปัญญาของศูนย์สุขภาพจิต และเครื่องมือทดสอบเชาวน์ปัญหานิดไร้ภาษา (Non-Verbal Test)

4) การทดสอบพัฒนาการ โดยใช้เครื่องมือทดสอบ ได้แก่ DDST-Denver Developmental Screening Test หรือ DIAL - Developmental Indicators for Assessment of

Learning และแบบทดสอบความพร้อมทางสังคม ( Social Maturity Test ) เพื่อตรวจวินิจฉัยเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย

5) ระดับความผิดปกติ

5.1) ตามการทดสอบเชาว์ปัญญา

5.2) ตามความสามารถทางสติปัญญา

6) การทดสอบทางบุคลิกภาพ โดยใช้เครื่องมือทดสอบ ได้แก่ แบบทดสอบ Draw a Man Test Thematic Apperception และ Children Apperception

กล่าวโดยสรุปการวินิจฉัยและการใช้เครื่องมือคัดแยกเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เพื่อให้การช่วยเหลือโดยเร็ว จะส่งผลให้เด็กมีโอกาสใช้ชีวิตเช่นเด็กปกติ นั้น มีหลากหลายแบบ แบบคัดแยกที่นิยมใช้อยู่ในปัจจุบันในประเทศไทย ได้แก่ DDST-Denver Developmental Screening Test และแบบคัดกรองของเด็กโดยโรงพยาบาลราชานุกูล (ชวลา เขียวธนู และ กัลยา สุตะบุตร, 2538 )

## 2.5 ความชุกของความบกพร่องทางสติปัญญา

บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีประมาณร้อยละ 1-5 หรือประมาณ 300 ล้านคน ซึ่งคนกลุ่มนี้มีมากกว่าคนตาบอด หูหนวกถึง 17 เท่า มากกว่าคนพิการทางร่างกาย 100 เท่า มากกว่า คนสมองพิการ (Cerebral Palsy) 12 เท่า และมากกว่า คนที่กล้ามเนื้อฝ่อ (Muscular Dystrophy) 35 เท่า ( Hallahan and Kaufman , 1994 )

สำหรับในประเทศไทยมีคนที่ยกพร่องทางสติปัญญาประมาณ 1 ล้านคน โดยใน ทุก ๆ ปีมีเด็กไทยที่เกิดมาแล้วมีความบกพร่องทางสติปัญญาประมาณ 20,000 คน และเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามักพบในครอบครัวกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ และมักเป็นคนที่อยู่ในชนบท นอกจากนั้นยังพบว่าร้อยละ 17 ของเด็กที่ยกพร่องทางสติปัญญา มีประวัติว่ามีบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในครอบครัว (รสนลิน เขียมยิ่งพานิช , 2539) ในขณะที่ Winterboun ( 1962 ) ประมาณว่า มีเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาทุกประเภทไม่เกิน 20 คน ในทุก 1,000 คน ประมาณ 15-20 คน ที่อยู่ในเด็กกลุ่ม TMR 4 คนเป็นเด็กกลุ่ม EMR และ 1 คน เป็นระดับอื่น ๆ

พ.ศ.2531-2532 องค์การอนามัยโลกได้สำรวจบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทยพบว่า มีร้อยละ 1 ของประชากร และโรงพยาบาลราชานุกูลได้สำรวจปัญหาภาวะปัญญาอ่อนในประเทศไทย ( Mental Retardation Problem in Thailand 2531 ) ทั้ง 5 ภาค ของประเทศพบว่า อัตราความชุกของความบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลาง และระดับรุนแรงร้อยละ 0.4 ของประชากร ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 จำนวนบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับปานกลาง และรุนแรงต่อประชากรแสนคน จำแนกตามภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย

ภาค	อัตราต่อแสน
กลาง	400
ตะวันออก	260
ตะวันออกเฉียงเหนือ	530
เหนือ	340
ใต้	310
ค่าเฉลี่ย	370

นอกจากนั้นในกลุ่มบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาปานกลางถึงระดับรุนแรงสามารถทราบสาเหตุทางชีววิทยาและมีความชุกไม่ต่างกันในทุกระดับฐานะทางเศรษฐกิจ ยกเว้นปัจจัยที่เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับผู้ที่มิฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ พบว่า มีความชุกสูงกว่าในกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจอื่น ส่วนกลุ่มที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับน้อย ส่วนใหญ่ไม่สามารถหาสาเหตุทางชีววิทยาได้ แต่มีความชุกเป็นสัดส่วนผกผันกับฐานะทางเศรษฐกิจคือ มีความชุกสูงในพวกที่มีเศรษฐกิจต่ำ ( ขวาลา เขียวธนู และกัลยา สุตตะบุตร , 2538 )

ความชุกในระยะแรกจะเพิ่มขึ้นตามอายุ สูงสุดในช่วงวัยเรียนตอนต้นและลดลงในวัยรุ่นตอนปลาย โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอัตราส่วน ชาย:หญิง ประมาณ 1.5:1

กล่าวโดยสรุป เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจัดเป็นเด็กพิเศษหรือเด็กพิการที่มีความชุกสูงมากประเภทหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ พบว่า มีเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาทุกระดับความรุนแรงเป็นอัตราส่วนสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

## 2.6 ลักษณะพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ได้มีนักการศึกษาพิเศษหลาย ๆ ท่านกล่าวถึงลักษณะและพัฒนาการเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในด้านต่าง ๆ ไว้ดังนี้

Hallahan and Kaufman ( 1994 ) กล่าวว่า เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จะมีพัฒนาการล่าช้า ไม่มีความสามารถตามระดับอายุ

นายแพทย์รชง ทศนาญชลี (2524) กล่าวว่า ลักษณะความบกพร่องทางสติปัญญา คือ มีระดับเขาวงกตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ มีพัฒนาการด้านต่าง ๆ ล่าช้ากว่าเด็กทั่วไป เช่น เดิน-พูดได้ช้า และมีความยากลำบากในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม หรือสังคม นอกจากนั้นยังเป็นคนที่เล่น ยิ้มหัวง่าย ( very cheerful ) มีความจำน้อย ลืมง่าย

ลักษณะพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา สามารถสรุปได้ดังนี้ ( วารี ติระจิตร , 2534.และศรียา นิยมธรรม ,2535. )

### 1) พัฒนาการด้านร่างกาย

1.1) ลักษณะทางกาย ได้แก่ รูปร่างไม่สมประกอบ มือและเท้าใหญ่ยาวกว่าปกติ บางคนมีลักษณะแคระแกร็น บางคนก็สูงใหญ่ผิดปกติ ศีรษะแหลมเล็ก ปิดเบี้ยวหรือแบน เส้นผมมักหยาบแข็ง ตาหรือเล็ก มักเป็นโรคเกี่ยวกับตาเช่น ตาแดง ตาแฉะหรือสายตาสั้นผิดปกติ หูผิดปกติ ริมฝีปากหนา มีน้ำลายไหลหรือเป็นปากนกกระจอก ลิ้นจะโด้คับปากและจะพูดไม่ชัด ผิวหนังหยาบกร้าน เป็นแผลง่าย มักเป็นโรคผิวหนัง

1.2) พัฒนาการ พัฒนาการด้านร่างกายไม่สมวัย เช่น คว่ำ คลาน นั่ง ยืน และเดินช้ากว่าเด็กวัยเดียวกัน มีปัญหาด้านการพูด เช่น พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด พูดช้า เป็นต้น

2) พัฒนาการด้านอารมณ์-จิตใจ ชอบเล่น อารมณ์ร่าเริง ชอบเลียนแบบ และถูกชักจูงง่าย อารมณ์อ่อนไหวง่าย ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความมั่นคง จะทำอะไรต้องมีผู้นำและมีความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง

3) พัฒนาการด้านสังคม เด็กขาดความสนใจที่จะสื่อความหมายกับผู้อื่น แม้ว่าอายุ 3-4 เดือนแล้ว นอกจากนั้นยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือน้อยกว่าเด็กวัยเดียวกัน ไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้โดยลำพัง ไม่แสดงอาการหวงหรือร้องกวน พึ่งพาตนเองไม่ได้ต้องมีผู้นำในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และไม่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต

4) พัฒนาการด้านสติปัญญา เรียนหนังสือไม่ได้ ตกซ้ำชั้นบ่อย เรียนได้น้อยหรือช้า ลืมง่าย มีความจำระยะสั้น ขาดสมาธิ ความนึกคิดไม่สมวัยเป็นเด็กอยู่เฉมอ และไม่สามารถใช้เหตุผลในการตัดสินใจได้

กล่าวโดยสรุป ลักษณะความล่าช้าหรือความผิดปกติของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญานั้นจะมีมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความบกพร่องทางสติปัญญาที่ส่งผลถึงการแสดงออกของลักษณะพัฒนาการด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน โดยระดับความรุนแรงของความบกพร่องทางสติปัญญานั้น ต้องอาศัยการเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา กับพัฒนาการของเด็กปกติด้วยเดียวกัน

## 2.7 พัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

### 2.7.1 พัฒนาการของเด็กปฐมวัยปกติ

การระบุระดับความรุนแรงของความบกพร่องทางสติปัญญา เป็นการเปรียบเทียบระดับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา กับพัฒนาการของเด็กปกติด้วยเดียวกัน ซึ่งพัฒนาการของเด็กปฐมวัยด้านต่างๆแตกต่างกันตามระดับอายุดังแสดงในตารางต่อไปนี้ (สุภาวดี หาญเมธี และคณะ, ผู้แปล, มปป.)

#### 2.7.1.1 พัฒนาการด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย

ตารางที่ 3 พัฒนาการด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย (สุภาวดี หาญเมธีและคณะ, ผู้แปล, มปป.)

พัฒนาการด้านร่างกาย		
อายุ 3-4 ปี	อายุ 4-5 ปี	อายุ 5-6 ปี
อายุ 3-3 ปีครึ่ง  1. กล้ามเนื้อใหญ่ - ยืนขาเดียวได้ - ทรงตัว ปีนบนที่ลาดเอียงได้ - เดินตรง และเดินถอยหลังได้	1. กล้ามเนื้อใหญ่ - กระโดดขาเดียวได้ไกล 4-6 ก้าว - 43% ของเด็กวัยนี้กระโดดทำควมม้าได้ (ข้างหนึ่งกระโดดขึ้นสูงอีกข้างลากไม่เหมือนเดิม) - เลี้ยวหักมุมได้	1. กล้ามเนื้อใหญ่ - ยืนบนขาเดียวได้นาน 10 วินาที และกระโดดได้ไกล 50 ฟุต ในเวลา 11 วินาที - เดินเป็นเส้นตรงได้โดยไม่ออกนอกเส้นในระยะ 10 ฟุต



ตารางที่ 3 พัฒนาการด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย (สุภาวดี หาญเมธีและคณะ,ผู้แปล,มปป.)

(ต่อ)

พัฒนาการด้านร่างกาย		
อายุ 3-4 ปี	อายุ 4-5 ปี	อายุ 5-6 ปี
<p>อายุ 3-3 ปีครึ่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วิ่ง กระโดด ปีนป่ายได้ดี</li> <li>- แกว่งแขนไปมาเวลาเดิน</li> <li>- ทรงตัวนั่งได้ดี</li> <li>- ถีบจักรยานสามล้อได้คล่อง ไม่ชน</li> <li>- จับราวขึ้นลงบันไดได้เอง</li> </ul> <p>2. กล้ามเนื้อเล็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ลากเส้นวาดรูปได้บ้าง</li> <li>- ขอบกะพริบตาเพราะมีการปรับระบบประสาทตา</li> <li>- ใช้กรรไกรตัดกระดาษได้</li> <li>- โยน เตะลูกบอลได้</li> <li>- ถีบจักรยานสามล้อได้</li> <li>- ขอบลิ้นไกลตัวลงมา</li> <li>- เดินขึ้นบันไดได้ เวลาลงบันไดสองเท้าต้องชิดกันก่อนก้าวลงมา</li> <li>- กระโดดลงมาจากชั้นบันไดสุดท้าย</li> <li>- หลังเหยียดตรง</li> </ul> <p>อายุ 3 ปีครึ่ง-4 ปี</p> <p>1. กล้ามเนื้อใหญ่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วิ่งได้ดี</li> <li>- เดินเขย่งปลายเท้าได้ไกล 10 ฟุต</li> <li>- ทรงตัวบนไม้กระดานได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วิ่ง กลิ้ง ปีนบันไดและต้นไม้ได้</li> <li>- นั่งงอหัวเข้าได้</li> <li>- ขอบหมุนตัว แกว่งตัวและตีลังกา</li> <li>- กระโดดจากที่สูงโดยเท้าทั้งสองข้างลงพร้อมกัน</li> <li>- ใช้มือจับลูกบอลได้ดีแทนที่จะใช้แขน</li> <li>- ถีบรถจักรยานสามล้อ และ เลี้ยวกับรถได้</li> <li>- เดินขึ้น-ลงบันไดขาเดียวสลับกันไปได้</li> </ul> <p>2. กล้ามเนื้อเล็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้กรรไกรปลายมนได้ดี</li> <li>- ตัดกระดาษตามเส้นได้</li> <li>- วาดรูปคนมีส่วนหัว ลำตัว แขนและขาเท่านั้น</li> <li>- พยายามครบ 4 ขวบครึ่งสามารถเติมผม หู มือ และเท้าได้</li> <li>- คัดลอกตัวอักษรตามแบบง่ายๆ ได้ เช่น I O V</li> <li>- ร้อยลูกปัดได้เป็นสร้อยคอ แต่ยังไม่สามารถสนเข็มได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กระโดดคลับขาได้</li> <li>- ปีนป่าย ลื่นไกล โหนตัวไปมาได้</li> <li>- คล่อง ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ดี</li> <li>- ก้มแตะหัวแม่เท้าได้โดยไม่งอเข่า</li> <li>- กระโดดกางขาได้ไกล 2-3 ฟุต</li> <li>- พยายามใช้ทักษะทุกส่วนของร่างกาย</li> <li>- รู้จักโยน เตะและจับลูกบอล</li> <li>- เข้าใจกฎเกณฑ์ และคะแนนในการเล่นเกม</li> <li>- ขี่จักรยานสามล้อได้และพร้อมจะเรียนรู้ การขี่รถจักรยานสองล้อ</li> <li>- ลงบันไดสลับขาได้</li> <li>- ลงบันไดสลับขาได้</li> <li>- เคลื่อนไหวตามจังหวะดนตรี</li> <li>- ขอบเดินรำ</li> <li>- ร้อยไหมพรมขึ้นลงบนแผ่นพลาสติกที่เจาะเป็นรูๆได้</li> </ul> <p>2. กล้ามเนื้อเล็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้มือได้ดี</li> <li>- บอกมือซ้ายหรือขวาได้ เฉพาะของตัวเอง</li> <li>- จับดินสอ พู่กัน สีเทียนได้ถูกต้อง</li> <li>- วาด รูปคนในส่วนหัวแขน ขา และลำตัวได้</li> </ul>

ตารางที่ 3 พัฒนาการด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย (สุภาวดี หาญเมธีและคณะ,ผู้แปล,มปป.)  
(ต่อ)

พัฒนาการด้านร่างกาย		
อายุ 3-4 ปี	อายุ 4-5 ปี	อายุ 5-6 ปี
<ul style="list-style-type: none"> <li>- วาดรูปร่างกลม กากบาทได้ตามแบบ</li> <li>- จับดินสอได้</li> <li>- ต่อ แท่งบล็อกได้ 9-10 ชิ้น</li> <li>- กระโดดสองขาและกระโดดขาเดียวได้ 1-3 ก้าว</li> <li>- หกล้มหรือหัวทิ่มได้ง่าย ถ้ากล้ามเนื้อยืดหยุ่นน้อยและไม่ แข็งแรงพอ</li> <li>- กระโดดสูงขึ้น</li> <li>- โยนและรับลูกบอลได้ดี</li> <li>2. กล้ามเนื้อเล็ก</li> <li>- ใช้มือได้ดี</li> <li>- หยิบของชิ้นเล็กๆได้</li> <li>- ใช้กรรไกรตัดกระดาษได้</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- วาดรูปบ้านมีประตู หน้าต่างและหลังคาได้ และบอกได้ก่อนจะเริ่มวาดว่าจะวาดอะไร</li> <li>- คัดลูกรูปร่างกลม กากบาท สีเหลืองได้ ช่วง 5รอบครั้งวาดรูปสามเหลี่ยมได้ดี</li> <li>- คัดลูกพยัญชนะบางตัวได้</li> <li>- สนเสริมเล่มใหญ่ได้</li> </ul>

2.7.1.2 พัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจของเด็กปฐมวัย

ตารางที่ 4 พัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจของเด็กปฐมวัย (สุภาวดี หาญเมธี และคณะ, ผู้แปล, มปป.)

พัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจ		
อายุ 3-4 ปี	อายุ 4-5 ปี	อายุ 5-6 ปี
<p>อายุ 3-3 ปีครึ่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สนใจท่าทาง การแสดงออก</li> <li>- สนใจเด็กเล็กกว่า อยากรมีน้อง</li> <li>- ชี้มือโห อิจจา</li> <li>- เริ่มฝันร้าย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อ่อนไหวต่อคำชมและคำตำหนิ</li> <li>- ชอบออกนอกกฎเกณฑ์</li> <li>- ส่งเสียงดังหนวกหู</li> <li>- ชอบหยับของคนอื่น</li> <li>- ชอบดูดหัวแม่มือปึงตอนจะนอน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รู้จักกลัว(กลัวความสูง ,กลัวหมา,กลัวตาย ฯลฯ)</li> <li>- อธิบายถึงความกลัวและความวิตกกังวลนั้นได้ดีขึ้น</li> </ul>

ตารางที่ 4 พัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจ (สุภาวดี หาญเมธีและคณะ,ผู้แปล,มปป.) (ต่อ)

พัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจ		
อายุ 3-4 ปี	อายุ 4-5 ปี	อายุ 5-6 ปี
<p>อายุ 3 ปีครึ่ง-4 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น</li> <li>- แข็งขัน แข็งขืนความรักความสนใจจากพ่อ แม่</li> <li>- แสดงอวัยวะเพศให้เห็นความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เด็กชายชอบจับอวัยวะเพศเวลานอน</li> <li>- สนใจเรื่องการแต่งงาน</li> <li>- สนใจผู้ใหญ่ที่มีเพศตรงข้าม- ชักถามว่าเด็กออกมาจากท้องแม่ได้อย่างไร ชอบสงสัยว่ามีการซื้อขายเด็กได้ไหม</li> <li>- สนใจเรื่องสะดือมากเป็นพิเศษ คือว่าเด็กออกมาจากทางสะดือ</li> <li>- ชี้ไม้ คุ้ยโต ไข่ชวด (เป็นการขยายความรู้สึกลูกต่อตัวเองให้มากขึ้น)</li> <li>- เริ่มรู้จัก"สิ่งดี"และ"สิ่งไม่ดี"</li> <li>- แสดงการวิพากษ์วิจารณ์ตัวเอง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ชอบเป็นอิสระ อยากให้ทุกคนปฏิบัติเหมือนเขาเป็นผู้ใหญ่</li> <li>- ชอบทำสิ่งที่ตัวเองเริ่มต้นไม่ว่าจะเป็นการเล่นหรืองานที่รับมอบหมายให้สำเร็จ</li> <li>- แสดงความตั้งใจ และมั่นใจในตัวเองมากขึ้นและต้องการการตัดสินใจด้วยตัวเอง</li> <li>- ชีตขาดยึดขาดน้อยลง</li> <li>- ยอมรับการลงโทษที่ยุติธรรม</li> <li>- แสดงท่าทีไม่เห็นด้วยให้เห็น</li> <li>- ระวังโรคควรวางเวลาสับสน หรือ ผิดหวัง</li> <li>- กระตือรือร้นในบางเรื่อง</li> <li>- ยังแสดงความอยากได้ในของของคนอื่น บางครั้งอาจจะเอาไปซ่อนหรือทำลายมันเสีย</li> <li>- เวลาเครียดชอบดึงจมูก กัดเล็บ ปิดจมูก กระพริบตาถี่ๆ สั่นหัว หรือ ทำเสียงครีๆในคอ</li> <li>- อดน้ำหัวแม่มือก่อนนอน หรือ เวลาเหน็ดเหนื่อย</li> <li>- ถ้ามีความเครียดจากการไปโรงเรียน จะแสดงออกด้วยการดึงทั้งเส้นผ้า เกาแขนขาจนถลอก น้ำมูกไหล</li> <li>- สนใจเรื่อง การเกิด การแต่งงาน การตาย</li> </ul>

### 2.7.1.3 พัฒนาการด้านสังคมของเด็กปฐมวัย

ตารางที่ 5 พัฒนาการด้านสังคมของเด็กปฐมวัย (สุภาวดี หาญเมธี และคณะ,ผู้แปล,มปป.)

พัฒนาการด้านสังคม		
อายุ 3-4 ปี	อายุ 4-5 ปี	อายุ 5-6 ปี
<p>อายุ 3-3 ปีครึ่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ชื่นชมบูชาแม่</li> <li>- เชื่อฟังมากขึ้น</li> <li>- ให้อุ้มของเล่น</li> <li>- ทำที่เป็นมิตร และเข้ากลุ่มได้</li> <li>- รู้จักเก็บของเล่น</li> <li>- ชอบสมาคมกับเพื่อน</li> <li>- รู้จักเอาของไปโยน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความรู้สึกหนักแน่นต่อครอบครัวและบ้าน</li> <li>- ใส่ใจเด็กที่เห็นที่กำลังมีทุกข์หรือน้องเล็กๆ</li> <li>- จะก้าวร้าวรุนแรงกับพี่ๆ</li> <li>- ให้ความร่วมมือได้น้อย</li> <li>- เข้าใจความจำเป็นของ "ให้" และ "รับ"</li> <li>- ตอบสนองต่อกฎเกณฑ์เช่น "เรามีกฎไม่ตีเด็กอื่น" หรือ "ไม่ไกลได้แค่หัวถนนเท่านั้น" เป็นต้น</li> <li>- สนใจ และอยากเล่นเป็นกลุ่ม เกาะกลุ่มกันมากขึ้น มีการแข่งขันระหว่างกลุ่ม</li> <li>- ชอบกระซิบและมีความลับ</li> <li>- ชอบเล่นกับเด็กมากกว่าผู้ใหญ่</li> <li>- ชอบเล่นสมมุติ</li> <li>- มีแนวโน้มที่จะชอบเล่นเป็นกลุ่มตามเพศเดียวกัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อยากทำให้พ่อ แม่และผู้ใหญ่ในบ้านพึงพอใจ</li> <li>- ถือว่าคนโตทุกคนเป็น "ผู้ใหญ่" ซึ่งไม่ใช่เพื่อนร่วมวัยของเขา</li> <li>- สัมพันธไมตรีใกล้ชิดกับพ่อได้ดีและเชื่อฟังพ่อมากกว่า แม่</li> <li>- อยากปกป้องน้องหรือเพื่อนเล่นที่เล็กกว่า</li> <li>- คบหาเพื่อนได้ดี</li> <li>- รู้จักการเป็นผู้นำ การเสนอความเห็น การแบ่งปันของเล่น และการเป็นเพื่อนกัน</li> <li>- รู้จักวางตัวเหมาะสมในสังคมเท่าที่จำเป็น</li> <li>- รู้จักการให้ การรับและการแบ่งปัน</li> <li>- รู้จักแสดงออก แสดงความสนใจ การผูกมิตร</li> <li>- ชอบทำให้เพื่อนๆ ประทับใจ</li> <li>- รู้จักการเล่นอย่างยุติธรรม</li> <li>- ให้ความสนใจในการเล่นกับเพื่อนมากกว่าครอบครัว</li> <li>- มีทำที่เป็นตัวของตัวเองมากขึ้น</li> <li>- ต่อด้านการควบคุมของพ่อแม่</li> <li>- สนใจเรื่องสนุกขบขัน</li> </ul>
<p>อายุ 3 ปีครึ่ง-4 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เลือกพูดคุยชวนหรือกีดกันเพื่อนให้เล่นด้วยกัน</li> <li>- รู้จักการแบ่งปัน</li> <li>- เล่นกับเพศตรงข้ามได้ไม่นาน</li> <li>- แสดงความรักชอบพอกับผู้ใหญ่และเพื่อนๆ</li> </ul>		

## 2.7.1.4 พัฒนาการทางภาษาของเด็กปฐมวัย

ตารางที่ 6 พัฒนาการทางภาษาของเด็กปฐมวัย ( สุภาวดี หาญเมธี และคณะ,ผู้แปล,มปป.)

พัฒนาการทางภาษา		
อายุ 3-4 ปี	อายุ 4-5 ปี	อายุ 5-6 ปี
<p>อายุ 3-3 ปีครึ่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รู้จักคำศัพท์มากขึ้น</li> <li>- นับเลขได้</li> <li>- ช่างพูด</li> <li>- บอกได้ว่าต้องการอะไร</li> <li>- เริ่มถกถามว่า อะไร ทำไม่ อย่างไร เมื่อไร</li> <li>- รู้จักทิศทาง เช่น บน ล่าง</li> <li>- เรียกชื่อสิ่งของที่คุ้นเคยได้</li> <li>- สนใจหนังสือเกี่ยวกับสัตว์ ก. ไก่ นิทานต่างๆ</li> <li>- จดจำเนื้อเพลงได้</li> <li>- พูดจามีเหตุมีผล</li> <li>- รู้จักใช้สรรพนามแทน เช่น ผม' ของผม เป็นต้น</li> <li>- ยังใช้ภาษาเด็ก</li> </ul> <p>อายุ 3 ปีครึ่ง- 4 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พูดมากขึ้น และมีคำศัพท์ใหม่ๆ</li> <li>- พูดติดอ่างชั่วคราวระยะหนึ่ง</li> <li>- พูดประโยคยาวๆได้มากขึ้น</li> <li>- ใช้คำ 4-5 คำ</li> <li>- รู้จักเรียง วางประโยคให้ถูกต้อง</li> <li>- เข้าใจคำว่า "ข้างบน" "ข้างล่าง"</li> <li>- รู้จักใช้คำปฏิเสธ เช่น ไม่ไป</li> <li>- ชอบฟังเรื่องหรือนิทานได้นานกว่า 20 นาที</li> <li>- ชอบทำเสียงประหลาด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อายุ 4ปี จะจำคำศัพท์ประมาณ 1,500 คำและ 4ปีครึ่ง จำคำศัพท์ประมาณ 1,900 คำ</li> <li>- บอกได้ว่าอันไหนใหญ่ขนาดไหน</li> <li>- พูดคำว่า "สวัสดิ" "บ๊าย บาย" "ขอบคุณ"</li> <li>- สนใจทีวีมากขึ้น</li> <li>- บอกชื่อ และนามสกุลได้</li> <li>- รู้จักเพศของตัวเอง</li> <li>- แต่งประโยคโดยใช้คำ 5-6 คำ</li> <li>- ชอบแต่งประโยค ใช้คำต่างๆ</li> <li>- ชอบถามทำไม เมื่อไหร่ อย่างไร และความหมายของคำ</li> <li>- ชอบได้ตำราพอกๆกับการลงไม้ ลงมือ</li> <li>- รู้จักคำไม่สุภาพจากเพื่อนๆ ชอบพูด อี อี้</li> <li>- ชอบความรุนแรงเวลาเล่าเรื่อง เช่น ฆ่ากัน พัง แหกทะลุเขี่ยตา ฯลฯ</li> <li>- สบสนระหว่างเรื่องจริงกับเรื่องเล่าในหนังสือเด็ก</li> <li>- บอกชื่อสิ่งของจากรูปภาพได้ถึง 10 ภาพ</li> <li>- ชอบเรื่องสนุก ตลก และชอบภาษามือต่างๆ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พูดได้คล่องและถูกต้องตามหลักไวยากรณ์ แต่ยังออกเสียงพยัญชนะบางตัวไม่ได้ชัดเจน เช่น ส ว ฟ</li> <li>- บอกความหมายของคำนามได้</li> <li>- สนใจคำใหม่ๆ พยายามค้นหาความหมายของคำนั้น</li> <li>- จำคำศัพท์ได้ถึง 2,200 คำ</li> <li>- บอกชื่อ อายุ ที่อยู่ ได้จากรวมทั้งวันเกิดด้วย</li> <li>- ชอบการอ่าน จดจำเรื่องโปรดและมัก แสดงท่าทางประกอบเวลาอยู่กับเพื่อนหรือคนเดียว</li> <li>- ชอบท่องหรือร้องเพลงที่มีจังหวะและเนื้อร้องที่มีคำสัมผัสกัน หรือโฆษณาทางโทรทัศน์</li> </ul>

### 2.7.1.5 พัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กปฐมวัย

ตารางที่ 7 พัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กปฐมวัย (สุภาวดี หาญเมธี และคณะ, ผู้แปล, มปป.)

พัฒนาการด้านสติปัญญา		
อายุ 3-4 ปี	อายุ 4-5 ปี	อายุ 5-6 ปี
<p>อายุ 3-3 ปีครึ่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บอกรูปร่างและสีได้</li> <li>- ควบคุมการทำงานของตนได้ดี</li> <li>- จับตามองของที่เคลื่อนไหวได้</li> <li>- อธิบายรูปภาพต่างๆในหนังสือได้</li> <li>- รู้ถึงความแตกต่างระหว่างเพศชาย-หญิง</li> <li>- ชอบดูโทรทัศน์</li> <li>- รู้จักเรื่องเวลา เมื่อวานนี้ วันนี้ พรุ่งนี้</li> <li>- ท่องจำเลข 1-10 ได้แต่สามารถนับจำนวนได้เพียง 2-3 เท่านั้น</li> </ul> <p>อายุ 3 ปีครึ่ง- 4 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- นับจำนวนได้ถึง 3</li> <li>- บอกขนาดได้</li> <li>- จับคู่สิ่งของได้ถูกต้อง</li> <li>- บอกรูปต่างได้ เช่น สีเหลี่ยม สามเหลี่ยม วงกลม เป็นต้น</li> <li>- จำอะไรได้ดี</li> <li>- บอกเล่าเรื่องราวในอดีตได้</li> <li>- รู้จักว่าปัญหาคืออะไร</li> <li>- เข้าใจคำว่า"ที่สุด" เช่น ยาวที่สุด เป็นต้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- นับ 1-3 ได้ถูกต้อง</li> <li>- ท่องจำเลข 1-30 ได้</li> <li>- เรียบบล็อก 5 อัน ตามลำดับจากหนักที่สุดไปเบาที่สุดได้</li> <li>- บอกได้ว่าอันไหนใหญ่ที่สุด และยาวที่สุดในของสามสิ่ง</li> <li>- เริ่มมีความรู้สึกในเรื่องฤดูกาลและกิจ กรรมที่สัมพันธ์กันแต่ละฤดู</li> <li>- บอกชื่อและจับคู่แม่สี</li> <li>- แยกแยะความต่างระหว่างเส้นขวาง เส้นตั้ง และเส้นนอนได้</li> <li>- ใช้คำที่บอกตำแหน่งได้ เช่น ข้างหน้า ข้างหลัง ข้างใต้ และข้างนอก</li> <li>- มีความเข้าใจเรื่องเวลาเพิ่มขึ้น เช่น วัน เตือน นาที เวลาเข้านอน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ชอบการฝึกมองของปัญญา</li> <li>- แสดงให้พ่อ แม่เห็นว่าตัวเองเขียนชื่อ นับหนึ่งถึงห้าได้ ละกตคำในหนังสือได้</li> <li>- นับนิ้วจากมือข้างหนึ่งไปอีกข้างหนึ่งได้ และบอกจำนวนนิ้วได้</li> <li>- จับคู่จำนวนสิ่งของได้</li> <li>- เข้าใจเรื่องขนาดและค่าที่แสดงปริมาณ เช่น ครึ่งหนึ่ง -ทั้งหมด ใหญ่-เล็ก มากกว่า-น้อยกว่า สูงสุด-เตี้ยสุด</li> <li>- เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างรูปทรงของภาชนะที่แตกต่างกัน</li> <li>- รู้เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการเขียนและการบอกจำนวน</li> <li>- คัดตัวพยัญชนะตามคำบอกได้</li> <li>- จัดแยกกลุ่มได้ตามขนาด สี รูปร่าง และความสัมพันธ์ได้</li> <li>- ชอบเกมต่อภาพ โดมิโนรูปภาพ</li> <li>- จัดกลุ่มและจัดคู่ของที่มีพื้นผิว กลิ่น และรสชาติเหมือนกัน</li> <li>- จับคู่สี 10 สี และบอกชื่อสีพื้นได้ 4 สี</li> <li>- แสดงความสนใจในอาชีพต่างๆ เช่น อาจบอกว่า"ผมอยากเป็นหมอ"</li> </ul>



### 2.7.1.6 การช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันของเด็กปฐมวัย

ตารางที่ 8 การช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันของเด็กปฐมวัย (สุภาวดี หาญเมธี และคณะ ผู้แปล ,มปป.)

การช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน		
อายุ 3-4 ปี	อายุ 4-5 ปี	อายุ 5-6 ปี
<p>อายุ 3 ปีครึ่ง – 4 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กระตือรือร้นช่วยทำงานบ้าน เช่น รดน้ำต้นไม้ ทำความสะอาดโต๊ะ เป็นต้น</li> <li>- ช่วยกวาดบ้าน และจัดของ เข้าที่</li> <li>- ไปห้องน้ำได้เอง</li> <li>- ใช้ช้อนและส้อมได้ดี</li> <li>- ใส่รองเท้าข้างซ้ายขวาได้เอง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จับช้อนและส้อมได้ดีขึ้น</li> <li>- เทน้ำจากเหยือกได้โดยไม่หก</li> <li>- ใส่และถอดเสื้อผ้าได้เอง</li> <li>- บางคนผูกเชือกกรองเท้าได้</li> <li>- นอนได้นานตั้ง 11 ชม.</li> <li>- ส่วนใหญ่ชอบขนขนเล่น หรือไม่นอนพักเลย</li> <li>- ไม่ค่อยตื่นตอนดึก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อาบน้ำเองได้ดีกว่าเดิม</li> <li>- ไปห้องน้ำได้เอง</li> <li>- สนใจเป็นพิเศษในการทำ ความสะอาดส่วนหน้า คอ และนม</li> <li>- ทานอาหารได้เอง เลอะเทอะ น้อยลง</li> <li>- ชำนาญการใช้ช้อน-ส้อม</li> <li>- จัดการเรื่องแปรงฟันได้เอง เช่น ติดกระดุมเม็ดโต</li> <li>- ยังผูกเชือกกรองเท้า หรือผูกโบว์ไม่ได้</li> <li>- มีปัญหาเกี่ยวกับกระดุมเม็ดเล็กๆหรือ การผูกในที่ที่ไม่สะดวก</li> <li>- ชอบทำกิจวัตรประจำวันตามลำพังตัวเอง</li> </ul>

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 2.7.1.7 การเล่นและของเล่นสำหรับเด็กปฐมวัย

ตารางที่ 9 การเล่นและของเล่นสำหรับเด็กปฐมวัย (สุภาวดี หาญเมธี และคณะ,ผู้แปล, มปป.)

การเล่นและของเล่น		
อายุ 3-4 ปี	อายุ 4-5 ปี	อายุ 5-6 ปี
<p>อายุ 3-3 ปีครึ่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สนใจเล่นได้นาน 20 นาที</li> <li>- ชอบเล่นบล็อกลูกต่อรูป ทRAY น้ำ</li> <li>- ชอบเป่าฟองสบู่ วาดรูป ชักผ้า เล่นเรือ ตุ๊กตา ฯลฯ</li> <li>- ชอบต่อภาพ</li> <li>- เล่นสมมุติ</li> <li>- เทียบคูสีได้ 2-3 สี แต่ยังไม่สับสนระหว่างสีฟ้า และสีเขียว</li> <li>- เล่นของที่มีมือ</li> <li>- ชอบร้องเพลง</li> </ul> <p>อายุ 3 ปีครึ่ง- 4 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ชอบเล่นปั้นแป้ง</li> <li>- ชอบเล่นกระดานสั้นโดยมีผู้ใหญ่คอยช่วย</li> <li>- ให้ความร่วมมือในกลุ่มเพื่อนแต่ยังอาศัยผู้ใหญ่เป็นสะพาน</li> <li>- ต่อภาพง่ายๆ ได้</li> <li>- ชอบเล่นสมมุติ ยังแยกแยะไม่ออกระหว่างความฝันกับความจริง</li> <li>- หัดเล่นทำกับข้าวแบบง่ายๆ ได้</li> <li>- ชอบวาดรูป ระบายสีด้วยฟู่กันอันใหญ่ และเรียกชื่อภาพวาดนั้นได้</li> <li>- ชอบเล่นดินน้ำมัน</li> <li>- หมุนปรับคลื่นเสียงได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ชอบเล่นนอกบ้าน</li> <li>- สามารถเล่นนอกบ้านได้ โดยผู้ใหญ่ไม่ต้องคอยเฝ้า</li> <li>- ชอบเล่นน้ำ ทRAY ทั้งใน และนอกบ้าน</li> <li>- ชอบสร้าง ต่อเติม ต่อบล็อก</li> <li>- ชอบรูปต่อ</li> <li>- ชอบงานศิลปะต่างๆ เช่น หุ่นนิ้วมือ เล่นเงาตัวเอง เป็นต้น</li> <li>- ชอบเย็บปัก โดยใช้เข็มใหญ่เย็บผ้า</li> <li>- ฟังเรื่องเล่าหรือเล่นละครได้นาน 20 นาทีหรือมากกว่านั้น</li> <li>- ชอบใส่เสื้อผ้าผู้ใหญ่และเล่นบทบาทสมมุติ</li> <li>- ระบายสีด้วยนิ้วมือ ปั้นดินเหนียว</li> <li>- สนใจ 9 กบ โดยเฉพาะกับเต่าเป็นพิเศษ</li> <li>- ชอบเล่นบ้านและตุ๊กตา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีจินตนาการและการคิดค้นที่สูงส่งมากขึ้น</li> <li>- ชำนาญในการเล่นต่อบล็อก คิดได้ล่วงหน้าว่าอยากต่อเป็นอะไร</li> <li>- เด็กหญิงชอบสร้างบ้านให้ตุ๊กตา ส่วนเด็กชายจะสร้างฐานอวกาศ เครื่องบิน ชูซ่อมรถ</li> <li>- เล่นคนเดียวหรือเล่นกับกลุ่มเพื่อน 1-3 คน ได้ในเวลานาน 15 นาที -1 ชั่วโมง</li> <li>- ต่อภาพจิ๊กซอขนาด 26 นิ้วได้</li> <li>- เริ่มสนใจเรื่องราวและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันมากกว่านิทานสำหรับเด็กหรือเรื่องฝันที่น่ากลัว</li> <li>- คิดค้นบทบาทของผู้คนที่ทำงานต่าง ๆ ในการเล่นสมมุติ เช่น พนักงานรถไฟ หมอ นักบินอวกาศ</li> <li>- เล่นสมมุติไปและพูดอธิบายไปเพื่อให้ตัวเองและเพื่อนเข้าใจความคิดของตน</li> <li>- ชอบระบายสี วาดรูป และนสรมสีอย่างมีความมั่นใจมากขึ้น</li> <li>- ใช้ความคิดในการเลือกสรรหาเศษวัสดุมาทำสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ</li> <li>- พยายามวาดรูปให้เหมือนของจริง โดยการลอกแบบตามที่ได้รับ</li> </ul>

ตารางที่ 9 การเล่นและของเล่นสำหรับเด็กปฐมวัย (สุภาวดี หาญเมธีและคณะ, ผู้แปล, มปป.) (ต่อ)

การเล่นและของเล่น		
อายุ 3-4 ปี	อายุ 4-5 ปี	อายุ 5-6 ปี
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ชยับตัวตามเสียงเพลงได้ทั้งท่วงทำนอง ซ้ำ หนัก เบาและเดินเลียนแบบท่าหนี หรือคนแก่ได้</li> <li>- สนใจวิทยาศาสตร์และวัสดุตามธรรมชาติ</li> <li>- ทำโมบายล์หรือเครื่องประดับบ้าน จากความคิดสร้างสรรค์ของตัวเองได้</li> </ul>

### 2.7.2 พัฒนาการของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

เด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลางที่ไม่มีปัญหาทางร่างกายรุนแรง เทียบกับระดับพัฒนาการของเด็กปกติได้ดังนี้ (Winterboun, 1962)

ตารางที่ 10 อายุของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับปานกลางที่ไม่มีปัญหาทางร่างกายรุนแรง เทียบกับระดับพัฒนาการของเด็กปกติ

อายุของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับปานกลางที่ไม่มีปัญหาทางร่างกายรุนแรง	ระดับพัฒนาการของเด็กปกติ
1 ปี	4 เดือน
5 ปี	8 เดือน
12 ปี	4 ปี

สำหรับเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับไม่รุนแรงนั้น ยังไม่พบข้อมูลเปรียบเทียบที่ชัดเจน ซึ่งอาจเป็นเพราะทำได้ยาก เนื่องจากความแตกต่างที่หลากหลายกว่ากลุ่มที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลาง

## 2.8 ปัญหาของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

แม้ว่าความบกพร่องทางสติปัญญาของเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่เป็นผลมาจากกรรมพันธุ์และอุบัติเหตุ แต่ผลกระทบที่ทำให้เด็กไม่ได้รับความเสมอภาคเป็นผลมาจากทัศนคติของสังคมที่แสดงออกต่อเขา ซึ่งเป็นตัวกำหนดให้เขามีโอกาสทำสิ่งต่าง ๆ อย่างจำกัด อันจะส่งผลให้ขาดความยอมรับนับถือในตนเองหรือเข้ากับบุคคลอื่น ๆ ได้ยาก และต้องแยกตัวออกจากสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่สังคมเข้าไปตอกย้ำความบกพร่องนั้น บังคับให้เด็กทำในสิ่งที่เกินความสามารถในระยะที่เข้าสู่โรงเรียน มีผลให้เด็กมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางไม่ดี และมองโลกในแง่ร้าย ( Hallahan and Kaufman ,1994 )

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาส่วนใหญ่ มักมีปัญหาเรื่องสุขภาพอนามัยและปัญหาทางการพูด เช่น เริ่มพูดช้า พูดไม่ชัด มีปัญหาการเรียนรู้คำศัพท์ เสียงแหบและพูดติดอ่าง ซึ่งเจียมใจ จิริอัมพร (2538) ได้แยกปัญหาทางภาษาและการพูดของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาตามระดับเขาวนัปัญหา ดังนี้

1) ระดับที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย I.Q 50-70 พบว่า มีน้อยกว่าครึ่งของเด็กกลุ่มนี้ที่มีปัญหาทางการพูดและไม่รุนแรง โดยจะเริ่มพูดช้าซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด พูดไม่ชัด เสียงผิดปกติและพูดติดอ่าง แต่ไม่ค่อยพบว่าเด็กมีปัญหาพูดไม่ได้

2) ระดับที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาปานกลาง I.Q 30-50 กลุ่มนี้มีปัญหาทางการพูดร้อยละ 74

3) ระดับที่มีความบกพร่องทางสติปัญญารุนแรง I.Q ต่ำกว่า 30 มีปัญหาทางการพูดที่สำคัญคือ พูดไม่ได้ พัฒนาการทางภาษาอยู่ในขั้น Babbling and Jabbering ใช้ท่าทางและเสียง (uh) ในการสื่อความหมาย

ยวดี กิติคุณ ( 2538 ) กล่าวว่า เด็กพิการมีปัญหาการปรับตัวหลาย ๆ อย่าง ซึ่งทำให้มีทักษะทางสังคมไม่เหมาะสม และเป็นเหตุให้พัฒนาการโดยรวมของเด็กด้อยไปด้วย ในด้านของความจำเด็กก็มีปัญหาในเรื่องของความจำที่เป็นการระลึกได้ มีความจำอยู่ในช่วงสั้น จดจำและ

เรียนรู้สิ่งที่ไม่คิดจะเรียนคือ เกิดการเรียนรู้ในทางลบแทนการเรียนรู้ทางบวก ดังจะเห็นได้ว่าเด็ก จำในสิ่งที่ผิดได้ดีกว่าสิ่งที่ถูก

ส่วนโลกา วงศ์สวรรค์ (2536) ได้สรุปปัญหาที่สำคัญของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาว่ามี ดังนี้

- 1) ขาดความสามารถที่จะดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันส่วนตัว
- 2) ขาดความสามารถที่จะเข้าใจเหตุผล ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ตัวเองรู้สึกอึดอัด และไม่อาจร่วมมือกับผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
- 3) ขาดความเข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่าง ๆ รอบตัว แม้จะได้ยินและมองเห็น
- 4) ยากที่จะสื่อสารกับเพื่อนมนุษย์ เมื่อเทียบกับเด็กปกติทั่วไป
- 5) มักจะมีความพิการซ้ำซ้อน ทั้งที่เขาวินิจฉัยต่ำกว่าปกติบางทีก็พิการทางกายด้วย

นอกจากนั้นเพ็ญแข ลิมศิลา (2530 อ้างถึงในสุนีย์ บรรจง ,2535) ยังได้อธิบายถึงปัญหาของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ในแง่ของการรับรู้และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่าง ๆ ดังนี้คือ

- 1) ปฏิเสธหรือไม่ยอมรับรู้ว่าความบกพร่องนั้นเกิดขึ้นกับตัวเอง และคิดว่าตนเองสามารถทำอะไรได้เหมือนคนปกติ ถ้าทำไม่ได้จะโกรธ
- 2) ยอมแพ้ หمدหวัง หמדก่าสังใจ
- 3) คิดว่าตัวเป็นเหยื่อของความไม่ยุติธรรม จึงมีความรู้สึกก้าวร้าวหรือรุนแรงกับคนอื่น หรือแยกตัวออกไปกลายเป็นคนเงียบ เก็บตัวไม่สู้หน้าคน
- 4) คิดเอาเองว่าความพิการนั้นเกิดจากการถูกลงโทษ ที่ตนเองกระทำผิดจึงกลายเป็นคนไม่กล้าคิด ไม่กล้าแสดงออก
- 5) แสดงความอวดดี ก้าวร้าวหรือไม่สนใจ
- 6) พึ่งคนอื่นอยู่ตลอดเวลาและเรียกร้องเพื่อให้คนอื่นสนใจ หันมาให้ความรักความอบอุ่นทำอะไรไม่เป็นจนโต
- 7) ไม่ยอมรับว่าตนมีความบกพร่องและพยายามหาสิ่งทดแทน

สรุปเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามักจะมีปัญหาต่างๆ ควบคู่ไปกับการเรียนรู้ ทั้งปัญหาทางภาษาและปัญหาการปรับตัว โดยระดับความรุนแรงของปัญหามักจะแปรตามระดับความรุนแรงของความบกพร่องทางสติปัญญาของเด็กผู้นั้น

## 2.9 ความต้องการของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามีสิทธิในตัวเองเหมือนเด็กปกติ มีความต้องการพิเศษสำหรับความพิการของเขา และมีพัฒนาการไปตามขั้นต่าง ๆ เหมือนเด็กปกติ โดยในแต่ละขั้นอาจใช้เวลาพัฒนานานกว่าปกติและต้องการความช่วยเหลือในการก้าวไปสู่ขั้นต่อไป (Samadhan, 1997) ดังนั้นเขาต้องการความรักและให้ใคร ๆ รัก ต้องการเรียนรู้ อยากร่วมสังคมกับใคร ๆ อยากเป็นผู้ใหญ่ อยากมีประสบการณ์ในโลกปัจจุบัน รวมทั้งต้องการการปรับตัวในฐานะเป็นสมาชิกใหม่ของครอบครัว (Marvin and Corlon, 1992)

ความต้องการพื้นฐานของเด็กจึงสามารถแบ่งได้ 2 ทาง คือ

- 1) ความต้องการทางกาย (Biological Needs) เป็นความต้องการเพื่อรักษาหน้าที่และความสมดุลของร่างกายไว้ เช่น ต้องการกิน พักผ่อน ออกกำลังกาย นอนและขับถ่าย เป็นต้น
- 2) ความต้องการทางด้านจิตใจ (Psychological Needs) ความต้องการด้านจิตใจแบ่งได้เป็น 3 ประการคือ

2.1) ต้องการความรักจากผู้ใหญ่ ต้องการคำแนะนำที่ดีเพื่อให้เกิดความมั่นใจ และสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้

2.2) ต้องการเป็นที่ยอมรับของครอบครัวและของกลุ่ม เด็กที่รู้ว่าตนเป็นที่รัก และต้องการของครอบครัวและเพื่อนในสังคม จะมีความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์

2.3) ต้องการความเป็นอิสระ ต้องการโอกาสที่จะพัฒนาตนเอง และโอกาสที่จะได้แสดงความสามารถของตนทุกระยะของการเจริญเติบโต เด็กพยายามทดสอบความสามารถของตนอยู่เสมอ ต้องการให้ผู้อื่นชื่นชมในสิ่งที่เขาทำ ต้องการการสนับสนุนและติชมอย่างจริงจัง

ตันแด้ว (2536) กล่าวถึงความต้องการของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาว่า

- 1) ต้องการความรัก ความห่วงใย ความสนใจและเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง
- 2) ต้องการโอกาสในการทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จและการฝึกฝนตนเอง
- 3) ต้องการความอ่อนโยน สุชุม ทั้งภายในและภายนอก
- 4) ต้องการการยอมรับจากสังคม

ความต้องการของเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญานั้นจะเห็นว่าเหมือนเด็กปกติ แต่อาจจะมากกว่าเด็กปกติในบางเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพิเศษของเขา ได้แก่ ต้องการการยอมรับ



จากพ่อแม่ ครอบครัว สังคม ต้องการความรัก ความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่เพื่อให้เขาได้  
สามารถพัฒนาได้เต็มตามศักยภาพ

## 2.10 ความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญาที่ผู้ปกครองมักสงสัย

ความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญาที่ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีความ  
บกพร่องทางสติปัญญาสงสัย และต้องการอยากรู้เพื่อเป็นพื้นฐานของการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ดังที่  
วินเทอร์บาวิน (Winterboun, 1982) ได้รวบรวมไว้ดังนี้

### 1) ความบกพร่องทางสติปัญญาเป็นกรรมพันธุ์หรือไม่

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาทุกระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับเล็กน้อย  
ระดับปานกลาง หรือรุนแรง มีบางสาเหตุที่เกิดจากกรรมพันธุ์ เกิดจากสภาพแวดล้อม และบาง  
กรณีก็ไม่ทราบสาเหตุ เท่าที่ทราบในปัจจุบัน เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย  
มีสาเหตุเกิดจากกรรมพันธุ์มากที่สุด ส่วนเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลาง  
สาเหตุส่วนใหญ่ เกิดจากสมองได้รับความกระทบกระเทือนทั้งในระหว่างคลอดและหลังคลอด  
หรือสาเหตุอื่นๆ

ถ้าลูกคนแรกมีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับความรุนแรงปานกลาง  
หม่อมจะแนะนำให้มีลูกคนต่อไปได้ตามปกติ เพราะลักษณะของความบกพร่องทางสติปัญญาไม่  
ปรากฏในพี่น้องทุกคนหรือทุกรุ่น

### 2) เมื่อโตขึ้นระดับความรุนแรงของความบกพร่องทางสติปัญญาจะมากขึ้นไหม

เมื่อเด็กโตขึ้นระดับความรุนแรงจะเพิ่มขึ้น ลดลง หรือเท่าเดิมขึ้นอยู่กับ  
สาเหตุ ความซับซ้อนของปัญหาด้านอารมณ์และร่างกาย รวมทั้งการดูแล การฝึกฝนที่เด็กได้รับ  
ในเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญารุนแรงระดับปานกลางที่ไม่มีปัญหาทางร่างกายรุนแรง ถ้า  
อายุจริง 1 ขวบ พัฒนาการทางสติปัญญาเท่ากับเด็กอายุ 4 เดือน อายุจริง 5 ขวบ พัฒนาการ  
ทางสติปัญญาเท่าเด็กอายุ 8 เดือน และอายุจริง 12 ขวบ พัฒนาการทางสติปัญญาเท่าเด็กอายุ 4  
ขวบ หลังจากนั้นสติปัญญาจะไม่พัฒนามากนัก แม้ว่าทักษะทางสังคมจะพัฒนาดีขึ้น ดังนั้น  
สติปัญญาจะพัฒนาไปเรื่อยๆ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยรุ่น แต่ในอัตราการพัฒนาที่ช้ากว่าเด็กปกติ

ผู้ปกครองจึงควรเข้าใจช่องว่างระหว่างระดับสติปัญญาของเด็กว่าจะห่างกันไปเรื่อยๆ  
เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาบางคนระดับสติปัญญาพัฒนาถดถอย เนื่องจากปัญหาทาง  
สมองหรือปัญหาทางร่างกายบางอย่าง หรือมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม

3) ถ้าพาเด็กไปหาหมอช่วยรักษาความบกพร่องทางสติปัญญาจะหายไหม

จากการศึกษาพบว่าความบกพร่องทางสติปัญญาไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่เด็กสามารถมีพัฒนาการดีขึ้นได้ เมื่อมีการรักษาหรือการฝึกกระตุ้นพัฒนาการ เป็นสิ่งที่ผู้ปกครองควรยอมรับ บางคนพยายามแสวงหาวิธีการรักษา ซึ่งบางครั้งอาจมีอันตรายต่อตัวเด็ก สิ่งที่เหมาะสมคือการหาวิธีการอบรมเลี้ยงดูที่ถูกต้องเหมาะสมกับความบกพร่องของเด็ก

4) เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาสามารถอ่าน เขียนหนังสือและใช้เงินได้ไหม

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะสามารถอ่าน เขียนหนังสือ และใช้เงินได้ไหม ขึ้นอยู่กับปัญหาของเด็ก ถ้าระดับความรุนแรงไม่รุนแรงเด็กจะสามารถพูดได้บ้าง แม้จะพูดช้า แต่ถ้าระดับที่รุนแรงมากอาจไม่สามารถพูดไม่ได้เลย แม้ว่าบางครั้งจะเข้าใจสิ่งที่คนอื่นพูดก็ตาม ทำนองเดียวกัน การอ่าน เขียนหนังสือของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จะทำได้น้อยกว่าการพูดได้ แต่บางคนสามารถอ่านป้ายสัญญาณจราจร ป้ายรถเมล์หรือใช้เงินได้

5) เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามีลักษณะเหมือนคนวิกลจริตไหม

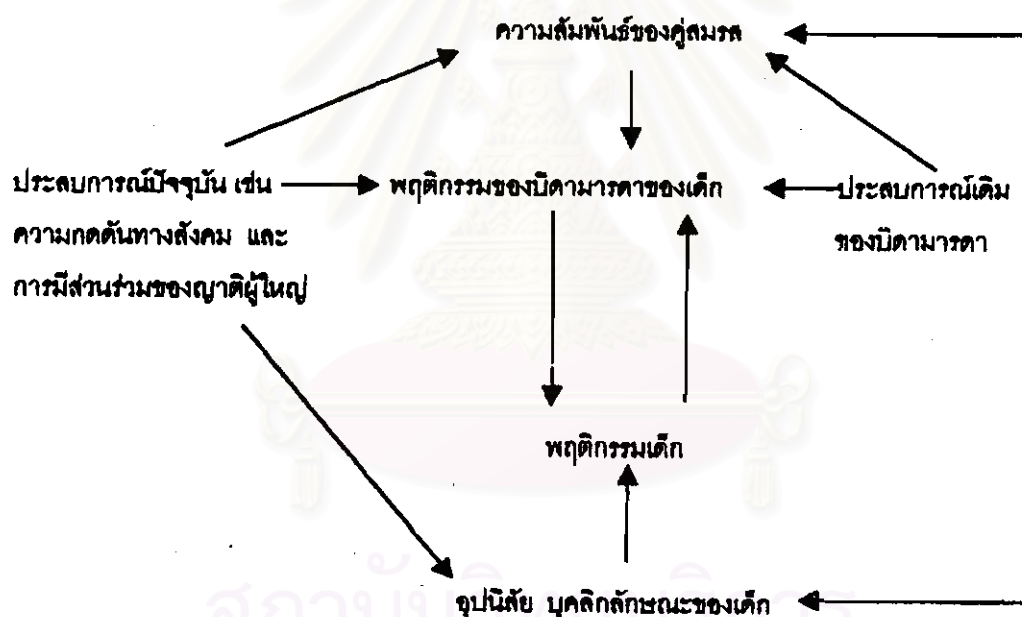
คนวิกลจริตเกิดจากการมีปัญหาด้านอารมณ์ที่ไม่สามารถจะควบคุมได้ แต่เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเกิดจากพัฒนาการทางสติปัญญาที่มีความล่าช้า บางคนพูดแปลกจากเด็กปกติ บางคนพูดเหมือนเด็กปกติ บางคนสมองโต บางคนน่ารัก ดังนั้นจึงมีลักษณะไม่เหมือนกัน

จะเห็นว่าความบกพร่องทางสติปัญญาไม่ใช่กรรมพันธุ์ทั้งหมด แต่เมื่อเกิดกับเด็กคนใดแล้วก็จะไม่หายเป็นปกติ เพียงแต่สามารถพัฒนาให้ลดระดับความรุนแรงของความบกพร่องลงได้ โดยการกระตุ้นตั้งแต่ครั้งแรกที่มีการค้นพบว่าเด็กมีความบกพร่องทางสติปัญญา และแม้ว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาสามารถอ่าน เขียนได้น้อย การอบรมเลี้ยงดูที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความบกพร่องของเด็กแต่ละคน ย่อมต้องมีผลดีต่อเด็กอย่างแน่นอน

**ตอนที่ 3 ผลกระทบต่อสมาชิกและการปรับตัวของครอบครัวที่มีเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา**

**3.1 ผลกระทบต่อพ่อแม่ของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา**

ริชแมน ( Richman,1982 อ้างถึงใน อรทัย รัตนมณี , 2538 ) ได้อธิบายแบบแผนความสัมพันธ์ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสถานะภาพของพ่อแม่กับสถานะภาพของเด็ก ว่ามีผลกระทบต่อกันและกันดังนี้



แผนภูมิที่ 2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ทางสถานะภาพของพ่อแม่และสถานะภาพของเด็ก

จากคำอธิบายข้างต้นจึงเห็นว่า เมื่อมีลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือที่เรียกว่ามีความผิดปกติ พ่อแม่ย่อมได้รับความกดดันทั้งทางตรงและทางอ้อมจากสภาพดังกล่าว และเกิดปัญหาทั้งที่เป็นปัญหาโดยตรงและปัญหาทางอ้อมจากความกดดันจากสังคม บุคคลใกล้ชิดด้วย

มาร์วิน และคาร์ลอน (Marvin and Carlton, 1992) อธิบายว่า การมีเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในครอบครัว มีผลกระทบอย่างมากต่อระบบครอบครัว และมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เช่น ความรู้สึกของพ่อแม่เมื่อมีลูกบกพร่องทางสติปัญญาในครอบครัว คือเกิดความคับข้องใจ เพราะไม่เข้าใจความหมายของความบกพร่องทางสติปัญญา หรือความหมายของเด็กดาวน์ซินโดรม ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของการเป็นเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจากตัวเด็กเอง ตลอดจนหมดหวังในความต้องการที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดในครอบครัวซึ่งไม่ใช่สิ่งธรรมดาและอยู่ในสภาพการณ์ที่กดดัน อันเป็นจุดวิกฤติของการยอมรับเด็กและชีวิตครอบครัว

### 3.2 ขั้นตอนการปรับตัวของพ่อแม่ที่มีลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

นอกจากการมีเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะมีผลกระทบต่อครอบครัวแล้วยังเป็นภาระทางเศรษฐกิจสังคมของครอบครัวและชุมชน ดังนั้นครอบครัวของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจึงต้องเผชิญและอดทนกับปัญหาของเด็กนานปีการ โดยเฉพาะพ่อแม่ของเด็กเองมักจะได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่าในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (Dickman and Gordon, 1993; Hallahan and Kauffman, 1994 ; ประมวล ดิคคินสัน , มปป. และอริสา พงษ์ศักดิ์ศรี .2538)

#### 1) ผลกระทบด้านจิตใจและความรู้สึก

วิตกกังวลกับอนาคตข้างหน้า และความรับผิดชอบในการดูแลลูก

ขาดความเชื่อมั่นและความเข้าใจเกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญา

ขาดความเคารพในตนเอง

รู้สึกว่าภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาของเด็กเป็นความบกพร่องของตนด้วย

กลัวที่จะได้รับรู้ความจริงว่าลูกมีความบกพร่องทางสติปัญญา

รู้สึกหดหู่ โดดเดี่ยว

สงสัยตัวเอง มักจะตั้งคำถามว่าทำไมจึงเกิดสิ่งนี้กับตนและครอบครัว

ไม่ยอมเชื่อคำวินิจฉัยของหมอ

โทษตัวเองหรือโทษผู้อื่น

เกลียดชังลูกที่บกพร่องทางสติปัญญา

มีความเศร้าโศกกับความผิดปกติและพัฒนาการที่ล่าช้าของลูก

#### 2) ผลกระทบด้านความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

สามีภรรยากล่าวโทษกัน

เกิดความขัดแย้งระหว่างกันสืบเนื่องจากวิธีการอบรม หน้าที่ของตน ละเลยไม่รับผิดชอบในบทบาทต่างกัน หรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเลี้ยงดูลูกที่มีความบกพร่อง

ความสัมพันธ์ในชีวิตคู่เลวลงเนื่องจากความเครียดและความเหน็ดเหนื่อยในการรับภาระเลี้ยงดูบุตรที่มีความผิดปกติ

3) ผลกระทบด้านหน้าที่การงาน

แม้เกิดความขัดแย้งกันระหว่างเรื่องงานกับเรื่องลูก พ่อที่ออกไปทำงานไกล ๆ ไม่มีโอกาสดูแลลูกอย่างใกล้ชิด ลดโอกาสของพ่อแม่ในการเอาใจใส่อาชีพประจำ

4) ผลกระทบด้านการอบรมเลี้ยงดูลูก

มีเวลาให้กับการดูแลครอบครัวและเด็กคนอื่น ๆ น้อยลง มีภาระเพิ่มขึ้น เช่น พาลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาไปรับการบำบัดรักษา ใช้เวลาในการดูแลลูกที่บกพร่องทางสติปัญญาเพิ่มขึ้น ใช้ความพยายามในการสร้างความมั่นใจให้กับพี่น้องไม่ให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย เพราะการมีเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในครอบครัว

ดำเนินกิจวัตรประจำวันอย่างระมัดระวังมากที่สุด เพื่อให้กระทบต่อพี่น้องเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญาน้อยที่สุด

5) ผลกระทบด้านการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและชุมชน

มีความเจ็บปวดและเป็นทุกข์ที่มีความจำกัดในการติดต่อกับสังคม ปกปิดไม่ให้ใครรู้ว่ามียูทที่บกพร่องทางสติปัญญา โดยเฉพาะในครอบครัวชนชั้นกลางและครอบครัวชนชั้นสูง

แยกออกจากสังคมเพราะซับซ้อน และกลัวปฏิกิริยาของญาติหรือสังคมที่มีต่อเด็ก กลัวเด็กจะไม่สามารถเข้าสังคมได้

6) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการพาลูกไปรับการบำบัดรักษา กับบุคลากรทางการแพทย์

มีภาระต้องสูญเสีย เลี้ยงดู ทรัพย์สินที่หามาได้แทนที่จะงอกเงยขึ้น กลับต้องมาแบ่งปันให้สมาชิกของครอบครัวที่เลี้ยงตัวเองไม่ได้ ส่วนสมาชิกอื่นก็ไม่อาจทำงานได้เพราะต้องคอยดูแลเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญา ทำให้ครอบครัวมีรายได้ต่ำและยากจนลง

### 7) ผลกระทบด้านการใช้เวลาว่าง

มีเวลาว่างน้อยลง โภการพักผ่อนหย่อนใจทั้งระยะยาวและระยะสั้น

### 3.3 เจตคติของพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

เจตคติและท่าทีการปฏิบัติของครอบครัว ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีความสำคัญยิ่งต่อการวางรากฐานชีวิตที่มีส่วนสำคัญ ในการกำหนดอนาคตของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ถ้าเด็กอยู่ในครอบครัวที่มีเจตคติไม่ดีต่อความบกพร่องแล้ว ถือว่าเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุดต่อชีวิตและอนาคตของเด็กมากกว่าความบกพร่องทางสติปัญญาที่เด็กได้รับ

การศึกษาของแคนเนอร์ (1953 อ้างถึงในสุนีย์ บรรจง, 2535) เกี่ยวกับความรู้สึกของบิดามารดาที่มีต่อลูกที่บกพร่องทางสติปัญญา พบว่า บิดามารดาแสดงความรู้สึกออกมาเป็น 3 ชนิดด้วยกันคือ

ชนิดที่หนึ่ง ความรู้สึกยอมรับความเป็นจริงในสภาพความบกพร่องทางสติปัญญาของลูก ซึ่งบิดามารดาแบบนี้จะไม่ทำตนเป็นผู้เสียสละต่อลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามากเกินไป พยายามปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทของตนในครอบครัวอย่างยุติธรรม ยอมรับความต้องการทั้งของลูกปกติและลูกที่บกพร่องทางสติปัญญา ให้ความรักและความเอาใจใส่กับลูกทุกคน

ชนิดที่สอง ความรู้สึกที่บิดเบือนจากความเป็นจริงไม่ยอมรับว่าลูกของตนเป็นเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา บิดามารดาแบบนี้มีแบบแผนการปกครองในบ้านไม่แน่นอน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไปในทางไม่ดี บิดามารดาพยายามสร้างสถานการณ์ใหม่ๆ ในบ้าน และสถานการณ์เหล่านี้จะไม่ได้เป็นที่สนใจ และไม่ได้สนองความต้องการของลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา บิดามารดาพยายามหาเหตุผลของสภาพที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาของลูก พาลูกไปหาแพทย์ต่างๆ ที่คิดว่าช่วยลูกได้ และตั้งระดับความหวังเอาไว้ อยากให้ลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญากลายเป็นบุคคลปกติ เนื่องจากบิดามารดามีทัศนคติว่า เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเป็นเด็กเกียจคร้าน อันตรายและเป็นเด็กที่ไม่ยอมร่วมมือกับผู้ใดเลย

ชนิดที่สาม ความรู้สึกที่ไม่สามารถเผชิญกับความเป็นจริงในสภาพที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาของลูกได้เลย บิดามารดาแบบนี้จะละเลย ทอดทิ้ง ไม่เอาใจใส่ลูกที่มีความ



บกพร่องทางสติปัญญา บางคนคิดว่าลูกที่บกพร่องทางสติปัญญาเกิดจากความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ของตน ความคิดเช่นนี้ก่อให้เกิดความรู้สึกผิดว่าตนมีส่วนผิดและละเลยต่อการเป็นบิดามารดาที่ดี นอกจากนั้นยังตีราคาตนเองต่ำไปด้วย ทำให้กลายเป็นคนที่หลบสังคม คิดว่าตนหรือคู่ครองมีความผิดปกติ นอกจากนี้ทำให้ละเลยและทอดทิ้งลูกที่บกพร่องทางสติปัญญา เกิดความกังวลใจและจะแสดงอารมณ์ที่ไม่มั่นคงต่อทุกๆ คนในครอบครัว และต่อผู้ที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น แสดงอารมณ์เคร่งเครียด หมกมุ่น เสียใจ ปล่อยปละละเลย เป็นต้น

จากคำอธิบายของแคนเนอร์สอดคล้องกับการศึกษาของฟรายด์(1958) ที่พบว่า การที่พ่อแม่ละเลยทอดทิ้งลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เกิดจากบิดามารดา รู้สึกเสียใจในสภาพความบกพร่องทางสติปัญญาของลูก จนบางครั้งไม่อาจปิดบังความรู้สึกไว้ได้ จะละเลยทอดทิ้งลูกและเกิดความกังวลใจ พยายามปรับแผนการเลี้ยงดูลูก เช่น วางระเบียบควบคุมพฤติกรรมมากขึ้นและเก็บเด็กไว้ในบ้าน เพราะเชื่อว่าตนสามารถจะช่วยลูกให้มีสภาพดีขึ้นได้บ้าง บิดามารดาจะกล่าวตำหนิซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับความบกพร่องของลูก เพราะคิดว่าลูกเหมือนเงาสะท้อนความผิดปกติของตน

จะเห็นว่าความรู้สึก ความเชื่อ เจตคติมีความสำคัญต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา โดยแสดงออกมาในรูปแบบการเลี้ยงดูแบบยอมรับหรือไม่ยอมรับ แบบปล่อยปละละเลย หรือแบบเข้มงวด เป็นต้น ซึ่งได้จากผลการวิจัยที่ว่า มารดาของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะวางระเบียบควบคุมพฤติกรรมของเด็กมากกว่ามารดาเด็กปกติ และมีทัศนคติในเรื่องต่อไปนี้สูงคือ เกี่ยวกับการส่งเสริมการพึ่งผู้อื่น การที่มารดาปลื้มตัวออกจากสังคม การเสียสละของมารดา การกลัวว่าเด็กจะเป็นอันตราย การกอดความรู้สึกก้าวร้าวของเด็ก การกอดความรู้สึกทางเพศของเด็ก และการก้าวก่ายในสิทธิเด็ก แต่มารดาของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะละเลยทอดทิ้งเด็กมากกว่ามารดาของเด็กปกติ (สุรินทร์ สุทธิชาติพย์, 2510)

### 3.4 ผลกระทบของพี่น้องจากการมีเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในครอบครัว

สำหรับพี่น้องของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน ดังที่ มาร์วินและคาร์ลอน(Marvin and Carlon, 1992) กล่าวว่า พี่น้องที่มีเด็กบกพร่องทางสติปัญญา จะเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวเพราะระบบครอบครัวล้มเหลว ต้องอดทนกับความไม่พอใจในคำแนะนำ

นำและทัศนคติทางวัฒนธรรม ทำให้พี่น้องต้องยึดติดกับเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญาและทำให้ความภูมิใจในตนเองลดลงด้วย โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่คนเดียว ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากพี่น้องของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในการจัดการเรื่องต่างๆ ในครอบครัวและการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เช่น ช่วยดูแล พาไปเดินเล่น เรียนรู้การเปลี่ยนผ้าอ้อม

การมีเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามักมีผลกระทบต่อพี่น้องในด้านความรู้สึกและเจตคติของพี่น้องข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า ดังนี้ (Mittler and McConachie , 1986 ) และ ( Dickman and Gordon , 1993 )

กลัวติดโรคจากเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งจะพบในเด็กเล็ก ๆ และในระยะแรก ๆ

ไม่พอใจที่พ่อแม่ทุ่มเทเวลาสนใจเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญา จนความไม่พอใจกลายเป็นความอิจฉาเพราะรู้สึกขาดความรัก ความเอาใจใส่

รู้สึกเหงา จะพบในเด็กที่ต้องการให้พี่หรือน้องเล่นด้วย

มีความวิตกกังวลเมื่อต้องดูแลเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญา เมื่อพ่อหรือแม่ไม่สามารถดูแลได้หรือเสียชีวิต ซึ่งจะพบในพี่น้องวัยหนุ่มสาว

รู้สึกถูกคุณธรรมบังคับในการดูแลเด็กเพราะหากทำไม่ได้ จะทำให้รู้สึกว่าตัวเองเป็นคนไม่ดี ไม่มีคุณธรรม

รู้สึกผิดกับความรู้สึกหรือทัศนคติของตน ที่มีต่อเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เช่น คับข้องใจ ไม่พอใจ เกลียศ เมื่อรู้ว่าพ่อแม่ไม่พอใจถ้าแสดงความรู้สึกนี้ออกมา ทำให้พี่น้องบางคนเก็บความรู้สึกหรือความคิดนี้ไว้ภายในและแสดงออกมาภายหลัง

รู้สึกว่าตนเองต้องขดเขยความรู้สึกผิดหวังของพ่อแม่ที่มีลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จึงรู้สึกกดดันในความต้องการประสบความสำเร็จ การเรียนหรือความสามารถพิเศษ

รู้สึกอิจฉา ริษยา ยุ่งยากใจหรือก้าวร้าวต่อเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา โดยเฉพาะพี่ที่เป็นผู้หญิงที่ต้องทำงานดูแลบ้าน

อย่างไรก็ตาม เจตคติของพี่น้องที่มีต่อเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญาจะเหมือนพ่อแม่ ถ้าพ่อแม่มีเจตคติต่อเด็กด้วยความละเอียดและความเกลียดชัง พี่น้องก็จะมีความรู้สึกเหมือนพ่อแม่ด้วย ในด้านของผลกระทบของพี่น้องเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่นั้นจะพบว่า พี่น้องของครอบครัวจะ

ต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้น ทั้งภาวะที่มีต่อสมาชิกใหม่ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือ ภาวะที่ต้องช่วยดูแลเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญา

### 3.5 การปรับตัวของครอบครัวที่มีเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

เมื่อมีเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในครอบครัว สิ่งที่ผู้ปกครองต้องปฏิบัติ อย่างแรกคือ การยอมรับและพยายามดูแลเด็ก เรียนรู้ในการดูแล และฝึกปฏิบัติตามศักยภาพของเด็กและควรต้องตระหนักว่า ตนไม่ได้มีหน้าที่เพียงดูแลลูกในปัจจุบันเท่านั้น แต่ต้องคำนึงถึงสิ่งที่เด็กจะเป็นในอนาคต (อริสา พงษ์ศักดิ์ศรี , 2538) โดยแนวทางการปรับตัวของผู้ปกครอง เมื่อ คู่สมรสรู้สึกผิดหวัง อีกคนต้องอธิบายและแสดงความรู้สึกว่าไม่มีความรู้สึกนั้น ทั้งพฤติกรรมและความคิด ซึ่งอาจจะขัดแย้งต่อความรู้สึกแต่เป็นจุดที่ทำให้อีกฝ่ายเข้มแข็ง เข้าใจและแสดงออกต่อสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างมั่นใจ นอกจากนั้นการให้ความใกล้ชิดเด็กตั้งแต่แรกเกิด จะมีผลให้เด็กสร้างความผูกพันกับผู้อื่นในสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เกิดและยังจะช่วยให้ชีวิตแต่งงานของพ่อแม่มั่นคงขึ้นด้วย ( Dickman and Gordon ,1993 )

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ต้องการการดูแลและการตัดสินใจที่มั่นคง จึงมีความจำเป็นยิ่งที่คู่สมรสควรหาเวลาพูดคุยกันเกี่ยวกับความรู้สึก สิ่งที่น่าห่วง เป้าหมาย รวมถึงปัญหาของเด็กและแนวทางการจัดการดูแลเด็กที่ถูกต้อง ซึ่งการพูดคุยกันจะสามารถชนะอุปสรรคได้ Folkman ( 1982 อ้างถึงใน Marvin and Carlton ,1992 ) ชี้ให้เห็นว่า เพื่อลดความกดดันที่ต้องดำรงชีวิตกับเด็กพิการ และเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคยให้แก่เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในการปรับตัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับพี่น้องต้องอาศัยสิ่งเหล่านี้

- 1) สุขภาพ พลังงานและจริยธรรม
- 2) ปัญหาและทักษะการแก้ปัญหา
- 3) การส่งเสริมของระบบครอบครัว
- 4) การใช้แหล่งทรัพยากรให้เกิดประโยชน์
- 5) ความเชื่อส่วนตัวและความเชื่อของสังคม

กล่าวโดยสรุป การมีเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในครอบครัว เป็นผลกระทบในวงกว้างต่อโครงสร้างความสัมพันธ์ของครอบครัวทั้งหมด และสมาชิกทุกคนย่อมได้รับ

ผลกระทบทั้งจิตใจและการดำเนินชีวิต พ่อแม่ของเด็กปฐมวัยที่บกพร่องทางสติปัญญาจึงมีภาระหนักที่จะต้องเอาชนะความรู้สึกขมขื่นของตัวเอง ยอมรับความจริงอย่างเข้มแข็ง และร่วมกันกับคุณสมรรถของตนเองแสวงหาความรู้เพื่อดูแลเอาใจใส่ลูกพิการที่ต้องได้รับการดูแล ด้วยวิธีการที่ซับซ้อนและใกล้ชิดเป็นพิเศษ เพื่อให้ลูกได้เติบโตและมีพัฒนาการตามศักยภาพของเขา และขณะเดียวกันก็ต้องเอาใจใส่ดูแลลูกคนอื่น เพื่อไม่ให้เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ และได้รับการส่งเสริมเต็มที่ตามศักยภาพของตัวเด็กแต่ละคน เช่นเดียวกัน หลักการและวิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จึงเป็นความรู้ที่สำคัญที่ผู้ปกครองเด็กเหล่านี้จำเป็นต้องมี และปฏิบัติตามอย่างเหมาะสม เพื่อประโยชน์ในระยะยาวแก่ลูกหลานของตน

#### ตอนที่4 ความรู้เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

##### 4.1 ความหมายของการอบรมเลี้ยงดูเด็ก

นิภา ทองไทย (2524) อธิบายความหมายของการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน คือ การให้ความเอาใจใส่ต่อเด็กก่อนวัยเรียนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ด้านโภชนาการ ได้แก่ การให้นมแก่ทารก การให้อาหารแก่เด็กเล็กและการให้อาหารเสริมแก่เด็กทารกและเด็กเล็ก
- 2) การป้องกันรักษาโรคและการบำรุงรักษาฟัน
- 3) การรักษาความสะอาดของร่างกายและเครื่องนุ่งห่มสำหรับเด็ก
- 4) การส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ พัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ ภาษา สังคม สติปัญญา บุคลิกภาพและการฝึกหัดให้เด็กมีความรับผิดชอบพึ่งตนเองได้และมีระเบียบวินัย

กรมประชาสงเคราะห์ (2522) กล่าวถึงความหมายของการอบรมเลี้ยงดูเด็กว่า การอบรม ( Discipline ) หมายถึง การแนะนำสั่งสอนและอบรมฝึกฝนให้เด็กปฏิบัติดีมีระเบียบวินัย รู้จักควบคุมตนเอง มีความรับผิดชอบรู้ดีรู้ชั่ว รู้ควรไม่ควร

ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูเด็กโดยรวมแล้วอาจหมายถึง การที่พ่อแม่ผู้ปกครองให้ความรักความเอาใจใส่ ในการเจริญเติบโตของเด็กในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการตามวัยและศักยภาพที่เด็กมี

#### 4.2 ความสำคัญของการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่สุดที่ช่วยวางแนวทางชีวิตของเด็ก ที่จะนำไปสู่ความสุข ความสำเร็จ ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาด้วยแล้ว ครอบครัวยังทวีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อชีวิต และโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญาเป็นอันดับแรก เมื่อพบว่าลูกมีความบกพร่องทางสติปัญญา ครอบครัวต้องยอมรับตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจให้ชัดเจนต่อบทบาทและหน้าที่ของตน แม้ว่าจะมีความเศร้าโศกเสียใจ เป็นทุกข์ ท้อแท้และสิ้นหวัง พ่อแม่ ผู้ปกครองจะต้องสร้างความเชื่อมั่น ปรับใจตนเองด้วยการลดความทุกข์ ความวิตกกังวล ความคับข้องใจของทุกคนในครอบครัว ซึ่งต้องใช้เวลามากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความพยายาม และการใช้สติปัญญาในการเรียนรู้ถึงสิ่งที่สูญเสียไป (ธนิชรุา เทวินชกิติ ,2540) ทั้งนี้ประมวล ดิศกินสัน (มปป.) ได้อธิบายว่า พ่อแม่คือครูคนแรกของลูกทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญาจำเป็นต้องมีพ่อแม่เป็นผู้สั่งสอนอย่างตั้งใจจริงจัง จึงจะเกิดการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาเต็มตามความสามารถ

#### 4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดคือ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู ในการที่จะส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ และสนองความต้องการของเด็กให้มีการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ จากการศึกษาแม่ที่มีประสบการณ์ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา พบว่า สิ่งที่พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กควรตระหนักถึง ในการดูแลเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญา มีดังนี้ ( Chomicki , 1993 )

- 1) ลักษณะของเด็ก
- 2) ลักษณะและพฤติกรรมของแม่
- 3) ความรู้สึกรวมทั้งเกี่ยวกับประสบการณ์ตัวเอง
- 4) ลักษณะทางกายภาพของการช่วยเหลือ
- 5) อิทธิพลของระบบส่งต่อคนใช้ของการดูแลสุขภาพ ตามประสบการณ์ของแม่
- 6) ลักษณะของโรงพยาบาลและความคิดเห็นของแม่เกี่ยวกับสังคม



ในการทำงานเดียวกัน ฮาร์เปอร์ (Harper, 1987) ยังได้อธิบายว่า การฝึกเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญา มีจุดมุ่งหมายอยู่ที่ต้องการให้มีความเป็นอยู่ใกล้เคียงเด็กปกติมากที่สุด ซึ่งความสำเร็จจะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยเหล่านี้

1) ระดับของความบกพร่องทางสติปัญญา เด็กที่มีระดับความรุนแรงของความบกพร่องทางสติปัญญาน้อย มีโอกาสที่จะพัฒนาให้สามารถดำเนินชีวิตใกล้เคียงบุคคลปกติได้ดีกว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลางหรือระดับรุนแรงมาก

2) อาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมพัฒนาการ ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จ

3) การส่งเสริมพัฒนาการ ถ้าเด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการในวัยเยาว์ จะมีความพร้อมในการเรียนร่วมกับเด็กปกติในโรงเรียนทั่วไป มากกว่าการฝึกเด็กเมื่อโตแล้ว

4) ความร่วมมือของครอบครัวที่มีเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ถ้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญาของเด็ก ข้อจำกัด ความสามารถ ความต้องการพิเศษ ตลอดจนวิธีการอบรมเลี้ยงดูและการฝึกสอนในทิศทางที่ถูกต้อง จะมีผลต่อการฝึกเด็ก

#### 4.4 การเรียนรู้และการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

##### 4.4.1 ลักษณะการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ลักษณะการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่มีระดับความรุนแรงเล็กน้อย มีลักษณะดังนี้ (ผดุง อารยะวิญญู , 2533 )

- 1) มีช่วงความสนใจสั้น สนใจบทเรียนได้ไม่นาน
- 2) เสียสมาธิง่าย มักจะหันเหความสนใจไปจากบทเรียนเสมอ
- 3) มีปัญหาในการหาความสัมพันธ์(ความเหมือน) และการจำแนกความแตกต่าง เช่น ไม่สามารถบอกความเหมือนกันและความแตกต่างกันของรูปทรงเรขาคณิตได้
- 4) มีปัญหาด้านความจำ เช่น จำสิ่งที่เรียนไปแล้วไม่ได้
- 5) มีปัญหาในการถ่ายโยงความรู้ เช่น ไม่สามารถนำความรู้ที่เรียนมาไปประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวันได้
- 6) มีปัญหาในการเรียนสิ่งที่เป็นนามธรรม การสอนจึงควรเน้นสิ่งที่เป็นรูปธรรม



ส่วนเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งมักไม่สามารถเรียนรู้ทางวิชาการได้ ปัญหาที่พบก็จะเป็นความล่าช้าของพัฒนาการซึ่งทำให้เด็กมีพฤติกรรมไม่สมวัย ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น

#### 4.4.2 การส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

การส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาสามารถทำได้โดยอาจสอนเป็นรายบุคคล หรือสอนเป็นรายกลุ่ม การสอนควรยึดระดับความสามารถของเด็กเป็นหลัก โดยมีเนื้อหาการส่งเสริมการเรียนรู้ให้ครอบคลุมดังนี้

- 1) การช่วยเหลือตัวเอง
- 2) การสื่อความหมายกับผู้อื่น
- 3) การใช้วัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย
- 4) ทักษะที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน
- 5) ทักษะทางสังคมที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน
- 6) ความรู้พื้นฐานที่จำเป็น
- 7) ความรู้พื้นฐานในด้านการงานและอาชีพ

ส่วนแนวทางการปฏิบัติในการส่งเสริมการเรียนรู้ สรุปได้ดังนี้  
(ผดุง อารยะวิญญู, 2533 และ ศรีนทร วิทยะสิริพันธ์ , 2534 )

##### ก) หลักการส่งเสริมการเรียนรู้

- 1) สื่อสารกับเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาให้ชัดเจน การอธิบาย การสั่งงาน และการพูดคุยกับเด็กควรใช้ภาษาง่ายๆ กระชับ และมั่นใจว่าเด็กเข้าใจสิ่งที่พูด
- 2) สอนควรสอดคล้องกับความยากง่าย กระจายเนื้อหาออกเป็นขั้นตอนย่อยๆ ที่เด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาสามารถเข้าใจง่าย และสามารถปฏิบัติได้ แล้วจึงเรียงลำดับขั้นตอนจากง่ายไปหายาก โดยมีทีละขั้นโดยมีการช่วยเหลือ กระตุ้นเสริมแรง และค่อยๆ ถอนความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
- 3) ใช้เทคนิคการสอนที่เหมาะสมกับความสามารถของเด็ก

- 4) ให้เด็กมีส่วนร่วมในกิจกรรมให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เนื่องจากเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาไม่สามารถเรียนรู้จากสิ่งที่เป็นนามธรรมได้ดี
- 5) มีการประเมินผลความก้าวหน้าของเด็กอย่างสม่ำเสมอ
- 6) เน้นให้เด็กมีประสบการณ์ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด
- 7) พยายามจัดสภาพแวดล้อมให้เด็กมีโอกาสมากที่สุดในการทำกิจกรรมและกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองให้มากที่สุด
- 8) ฝึกให้เด็กใช้ความสามารถด้านอื่นในการทำกิจกรรมและกิจวัตรประจำวัน เพื่อใช้แทนความบกพร่องของตน
- 9) ฝึกให้เด็กใช้ความสามารถด้านอื่นที่เหลืออยู่ในความพิการของตน

#### ข) เทคนิควิธีในการส่งเสริมการเรียนรู้

1) การวิเคราะห์งาน (Task Analysis) เป็นการจำแนกเนื้อหาที่สอนเป็นขั้นตอนย่อยๆ หลายขั้นตอน และจัดเรียงลำดับจากง่ายไปหายาก และมีการกำหนดจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมของแต่ละขั้นตอนอย่างครบถ้วน

2) การกระตุ้นให้เด็กทำตาม (Prompting) หมายถึงการกระตุ้นเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในขณะทำกิจกรรม เพื่อให้เด็กเรียนรู้ได้ดีขึ้น เมื่อการเรียนรู้เกิดขึ้น อาจลดการกระตุ้นลง เมื่อพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กคงที่แล้ว จึงหยุดการกระตุ้น การกระตุ้นอาจทำได้หลายทาง เช่น การกระตุ้นทางกาย ทางวาจา การเน้นและการเลียนแบบ

2.1) การกระตุ้นทางกาย (Physical Prompts) เป็นการช่วยเหลือเด็กในการเคลื่อนไหว เช่น เด็กเอื้อมมือหยิบของไม่ถึง ครูช่วยอุ้มเด็กขึ้น ครูจับมือเด็กลากเส้นในครั้งแรกๆ เป็นต้น

2.2) การกระตุ้นทางวาจา (Verbal Prompts) เป็นการกระตุ้นเด็กโดยใช้เสียง เช่น ในการเรียนเรื่องสี ครูสอนสีไปแล้ว 3 สีคือ สีน้ำเงิน แดง เหลือง เด็กตอบสีเหลืองไม่ค่อยได้ ครูจะถามว่า "นี่สีอะไร" เมื่อเด็กไม่ตอบ ครูควรบอกว่า "สีเหลือง" ด้วยเสียงดังช้าๆ ครูถามเช่นนี้หลายๆครั้ง และตอบหลายๆครั้ง ในการตอบครั้งต่อๆมาลดความดังของเสียงลงทีละน้อยจนไม่มีเสียงในที่สุด

2.3) การเน้น (Highlighting) เป็นการเน้นด้วยเสียงหรือด้วยเส้นก็ได้ การแทนด้วยเสียง ได้แก่ การเปล่งเสียงคำตอบดังๆ เป็นต้น การเน้นด้วยเส้น เช่น

ขีดเส้นสีขาวรอบเครื่องมือที่เป็นอันตราย แล้วอธิบายให้เด็กเข้าใจจนกระทั่งเด็กเข้าใจดีแล้วจึงลบเส้นออก เป็นต้น

3) การเป็นต้นแบบ (Modelling) เด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาชอบเลียนแบบครู และผู้ที่ตนชอบ ครูจึงควรเป็นตัวอย่างที่ดีในทุกด้าน

4) การแต่งพฤติกรรมและการค่อย ๆ ถอนบทบาทครู (Shaping and Fading) การแต่งพฤติกรรม เป็นการให้เด็กแสดง พฤติกรรมเป้าหมาย โดยให้การเสริมแรงต่อพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าจะนำไปสู่พฤติกรรมเป้าหมาย ให้เด็กเรียนรู้ว่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างเท่านั้นที่จะได้รับการเสริมแรงและนำไปสู่พฤติกรรมเป้าหมาย และพฤติกรรมที่นำไปสู่เป้าหมายเท่านั้นที่จะได้รับการเสริมแรง

สำหรับการค่อย ๆ ถอนบทบาทครูออกทีละน้อย หมายถึง การที่ครูพาเด็กทำกิจกรรมตามจุดมุ่งหมาย จากนั้นครูค่อย ๆ ลดบทบาทตนเองลง เพื่อให้เด็กได้มีโอกาสทำเองมากขึ้น จนเด็กสามารถทำกิจกรรมตามจุดมุ่งหมายได้ด้วยตนเอง

4) การจัดสภาพแวดล้อม (Classroom environment) การจัดสภาพแวดล้อมเป็นสิ่งที่มีความหมาย เพื่อให้ครูกับเด็กสื่อสารกันได้ดี เช่น จัดโต๊ะเป็นรูปวงกลม จัดห้องให้มีขนาดเล็ก จัดอุปกรณ์ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เป็นต้น

#### 4.5 แนวทางและวิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

นักการศึกษาพิเศษและนักวิชาการที่เกี่ยวข้องได้ให้แนวทางและวิธีการ ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา โดยจัดเป็นด้านใหญ่ๆ ดังนี้

##### 4.5.1 ด้านเจตคติและการยอมรับ

กนิษฐา เทวินทรภักดี (2540) เสนอแนวทางที่ผู้ปกครองควรปฏิบัติต่อเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาว่า

1) ยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ทำความเข้าใจร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความร่วมมือและปฏิบัติต่อเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกันในแนวทางที่เหมาะสม ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ และนักวิชาชีพในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2) ศึกษาหาความรู้ เพื่อติดต่อขอความร่วมมือและขอความช่วยเหลือ จากหน่วยงานที่ให้บริการช่วยเหลือเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทางการแพทย์ การศึกษา อาชีพและสังคม ตามความเหมาะสมกับสภาพความบกพร่องและ  
ความจำเป็นของแต่ละครอบครัว

3) ให้กำลังใจ ช่วยให้คำชี้แนะ กระตุ้นพัฒนาการ เพื่อให้เด็กพัฒนาขึ้นตาม  
ศักยภาพ เพื่อป้องกันความพิการซ้ำซ้อน

โรงพยาบาลราชานุกูล (2535) ได้กล่าวถึง การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มี  
ความบกพร่องทางสติปัญญาว่า

- 1) แสดงความรักอย่างเปิดเผย
- 2) ให้อิสระแก่เด็กในการคิด การกระทำ
- 3) สร้างบรรยากาศของบ้านให้ผ่อนคลาย
- 4) ทำซ้ำ ๆ ย้ำบ่อย ๆ สาธิตให้ดู
- 5) ทำเป็นประจำจนติดเป็นนิสัย

ในการสร้างเจตคติที่ดีและเป็นที่ยอมรับต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่บกพร่อง  
ทางสติปัญญา ครอบครัวควรยึดหลัก ส่งเสริม สนับสนุนให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด  
และอยู่ร่วมกับสังคมได้โดยปกติสุข

จากการประมวลคำแนะนำของอลวย จตุกุล (2531) และประมวล  
ดิศคินสัน (มปป.) สามารถสรุปได้ดังนี้

1) ยอมรับในสภาพความบกพร่องทางสติปัญญาของเด็กว่า เป็นสิ่งที่อาจ  
เกิดกับครอบครัวใดก็ได้ ไม่ควรลงโทษตนเองหรือคนอื่นในครอบครัว ไม่หมกมุ่นครุ่นคิดย้อนหลัง  
ถึงสาเหตุในอดีตว่าเป็นความผิดของคนใดคนหนึ่ง

เมื่อพ่อแม่ให้การยอมรับแล้ว ก็ควรทำให้พี่น้องของเด็กปฐมวัยที่มีความ  
บกพร่องทางสติปัญญายอมรับด้วย โดยค่อย ๆ อธิบายให้ฟังว่าพี่หรือน้องคนนี้มีสมองช้า ควรสอน  
ให้พี่น้องเข้าใจและให้อภัยในบางสิ่งบางอย่าง

2) ไม่พยายามเบนความสนใจไปเรื่องอื่น เพื่อให้เต็มลูกที่มีความบกพร่อง  
ทางสติปัญญาเพราะเป็นสิ่งที่ไม่อาจช่วยให้เด็กดีขึ้นได้

3) ต้องตระหนักว่าเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญา เป็นสมาชิกคนหนึ่ง  
ในครอบครัวจึงควรได้รับความสนใจ เอาใจใส่ตามส่วนอันควรจะได้รับ

4) เข้าใจสมรรถภาพของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาว่ามีความสามารถจำกัดและแตกต่างหลายระดับ เด็กจะสามารถพัฒนาการเรียนรู้ได้ ถ้าได้รับการสอนอย่างเหมาะสมกับความสามารถและเขาวินิจฉัยของ เด็ก ผู้ปกครองควรช่วยให้เด็กเกิดความเชื่อมั่นในตัวเอง ให้เด็กมีความสุขและเป็นอิสระแก่ตนเอง

5) ต้องตระหนักว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาก็มีความต้องการพื้นฐานเหมือนกับเด็กปกติทั่วไป โดยเฉพาะความรัก ความสนใจและความเอาใจใส่ ตลอดจนอยากให้คนอื่นเข้าใจ ต้องการกำลังใจ สนับสนุนให้เอาชนะอุปสรรค

6) ต้องตระหนักว่า การเรียนรู้ของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะช้ากว่าเด็กปกติมาก

7) ต้องตระหนักว่า การเรียนรู้ต้องเรียนรู้ทีละเล็กทีละน้อย

#### 4.5.2 ด้านการปฏิบัติต่อเด็กโดยทั่วไป

เพนและคณะ (Payne and other, 1977) ได้กล่าวถึงวิธีการสอนเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา สรุปได้ดังนี้

- 1) เน้นการใช้วัตถุที่เป็นรูปธรรม
- 2) เมื่อเรียนรู้สิ่งใหม่ต้องเรียนซ้ำ ๆ จนกว่าจะแน่ใจว่าเด็กเกิดการเรียนรู้แล้ว
- 3) ใช้วาจาคำพูดเป็นสื่อในการสอน
- 4) เพิ่มความสนใจตั้งแต่แรกเริ่ม ด้วยการทำให้เกิดจุดสนใจต่อสิ่งที่ต้องการให้เด็กเรียนรู้ และจัดสิ่งเร้าที่นอกเหนือสิ่งที่เรียนน้อยลง และเมื่อเด็กมีทักษะความสนใจดีขึ้น จึงค่อย ๆ เพิ่มสิ่งเร้าอื่น ๆ

5) ส่งเสริมให้มีความสำเร็จ เพื่อเป็นพื้นฐานในการเรียนรู้ต่อไปในอนาคต

6) ใช้วิธีการให้สิ่งจูงใจ หรือรางวัลร่วมกับวิธีการเรียนรู้ทุกอย่าง

7) สอนความรู้เรียงลำดับจากสิ่งที่ย้ายไปหายาก

8) ใช้วิธีการสอนหลาย ๆ อย่าง โดยใช้อุปกรณ์พร้อมกับการเสริมแรง

นอกจากนี้ ฉลวย จตุกุล (2531) และ ประมวล ดิฉินสัน (มปป.) ยังได้ให้แนวทางการปฏิบัติโดยทั่วๆ ไป สรุปได้ดังนี้คือ

- 1) พยายามพูดคุยกับ นักวิชาการ หรือแพทย์ที่ชำนาญด้านนี้ เพื่อจะได้ทราบและเข้าใจลูกที่บกพร่องทางสติปัญญามากขึ้น

2) พาออกไปพบกับสิ่งแวดล้อมภายนอกให้มากที่สุด เพื่อให้เด็กเรียนรู้การอยู่ในโลกของคนปกติ ไม่ควรเก็บเด็กไว้เฉพาะในบ้าน เพราะจะเป็นการทำลายโอกาสของเด็กที่จะเกิดการเรียนรู้โลกของคนปกติ ซึ่งเด็กจำเป็นต้องอยู่ร่วมด้วยในเวลาข้างหน้า

3) แนะนำเพื่อนฝูงและเพื่อนบ้านให้รู้จักเด็ก และความผิดปกติของเด็กตั้งแต่แรก เพื่อความสบายใจในการพูดคุยถึงเด็ก

4) ไม่เปรียบเทียบความสามารถของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา กับเด็กปกติเพราะจะเป็นการจี้จุดอ่อนของเด็กมากขึ้น

5) มอบหมายให้พี่น้องช่วยเหลือยุ่ง ช่วยดูแลในสิ่งที่พอทำได้ เพื่อเป็นการปลูกฝังความรับผิดชอบไปในตัวที่สำคัญคือ พ่อแม่ต้องดูแลให้ลูก ๆ เห็นว่า ตนรักลูกเท่าเทียมกัน ไม่ใช่บังคับให้ใคร ๆ มาคอยดูแลเอาใจเฉพาะเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาคนเดียว

6) ต้องสอนช้า ๆ และบ่อย ๆ และต้องสอนทีละอย่าง ทีละขั้นตอน

7) ฝึกสิ่งที่เด็กสามารถทำได้ง่ายไปหายาก เพื่อให้เด็กเกิดกำลังใจและความมั่นใจ

8) ฝึกอย่างคงเส้นคงวา ไม่เคร่งครัดและไม่หย่อนเกินไป เพราะจะทำให้เด็กงุนงงไม่เข้าใจและไม่เร่งรัดฝึกเด็กจนเกินไป

9) ยอมรับฟังคำพูด เพื่อให้เขาเรียนรู้ว่า หากเขาพยายามต่อไปก็จะสามารถพูดให้ผู้อื่นเข้าใจและยอมรับได้

10) ไม่ใช่คำพูดที่ทำให้เด็กเสียกำลังใจ และชมเชยยกย่องเมื่อเด็กทำงานสำเร็จ หรือมีความก้าวหน้า

11) พูดคุยและเล่นกับเด็ก โดยแทรกความรู้เล็ก ๆ น้อย ๆ ให้มากที่สุด

12) ทำโทษด้วยเหตุผลไม่ใช่ด้วยอารมณ์ และควรทำทันทีที่เด็กทำผิด

ดังนั้นพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีหน้าที่หลักในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จึงควรมีทัศนคติที่ดีและยอมรับในความบกพร่องทางสติปัญญาของเด็กให้ได้ อันจะส่งผลไปถึงวิธีการอบรมเลี้ยงดูที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะการให้ความช่วยเหลือตั้งแต่แรกเริ่ม ซึ่งถือว่ามีผลสำคัญยิ่งและจำเป็นอย่างยิ่ง ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาอย่างเต็มศักยภาพ



## ตอนที่ 5 การให้ความช่วยเหลือตั้งแต่แรกเริ่ม สำหรับเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

การให้ความช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ไม่ได้เป็นหน้าที่ของพ่อแม่ผู้ปกครองของเด็กเท่านั้น นักวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่างๆ ล้วนมีบทบาทหน้าที่ในการร่วมกันให้ความช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ โดยการกระตุ้นพัฒนาการและฟื้นฟูสมรรถภาพของเด็ก ควบคู่ไปกับการให้ความรู้แก่พ่อแม่ผู้ปกครองของเด็ก ในการช่วยกระตุ้นพัฒนาการและฟื้นฟูสมรรถภาพของบุตรหลานของตนที่บ้าน เพื่อให้เด็กได้รับการแก้ไขความบกพร่อง และพัฒนาได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การให้ความช่วยเหลือดังกล่าวควรมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ซึ่งเรียกว่า การให้ความช่วยเหลือตั้งแต่แรกเริ่ม (Early Intervention )

การให้ความช่วยเหลือตั้งแต่แรกเริ่ม เป็นโปรแกรมที่เน้นการกระตุ้นพัฒนาการเด็กทารก และการฝึกอบรมพ่อแม่ มีการจัดการฝึกทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่พัฒนาการปกติตามวัยของเด็ก จากการวิจัยพบว่า เด็กที่ได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการพัฒนาตั้งแต่เยาว์วัย จะสามารถเรียนรู้ได้ดีกว่าการฝึกเมื่อเด็กโตแล้ว โดยเป็นการฝึกที่ทำทันทีที่วินิจฉัยว่า เด็กมีความบกพร่องทางสติปัญญา เช่น เด็กดาวนซินโดรมหรือเด็กที่มีอัตราเสี่ยงสูงว่าจะมีความบกพร่องทางสติปัญญา เช่น เด็กเกิดก่อนกำหนด แม่ตกเลือดขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น นักวิชาชีพสามารถจัดโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือตั้งแต่แรกเริ่มในเด็กกลุ่มนี้ได้ทันที โดยไม่ต้องนำเด็กมาไว้ที่โรงพยาบาล ( Salavin , 1994 )

โปรแกรมการให้ความช่วยเหลือตั้งแต่แรกเริ่ม มีกิจกรรมที่ให้บริการครอบครัวในรูปแบบต่างๆ เช่น การกระตุ้นพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ขวบ การให้บริการคำแนะนำ อบรมผู้ปกครอง จากนักวิชาชีพที่มีความรู้และประสบการณ์เฉพาะ การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ของเด็ก

บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูมีบทบาทสำคัญยิ่ง ในการช่วยเหลือหรือฝึกเด็กให้พัฒนาตามโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ ความสำเร็จของการให้ความช่วยเหลือจึงขึ้นอยู่กับ ความร่วมมือ และความตั้งใจจริงของบุคคลในครอบครัว มากกว่านักวิชาชีพ เพราะการที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนช่วยในการอบรมเลี้ยงดูเด็กเป็นสิ่งที่สำคัญต่อโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือตั้งแต่แรกเริ่ม หากครอบครัวไม่เข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาการเด็กก็อาจถดถอยลงไปอีก เนื่องจากครอบครัวจะเป็น

ผู้ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่เด็กในการเรียนรู้ และช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ดังที่ พรพนี แสงชูโต (2539) กล่าวไว้ว่า การให้ความช่วยเหลือเด็กตั้งแต่แรกเริ่มอย่างถูกต้อง เหมาะสมตั้งแต่เยาว์วัย ทั้งในเด็กปกติและเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จะทำให้เด็กมี สุขภาพกายและใจดี มีความสามารถในการเรียนรู้และการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

ในงานของเดียวกับ เคิร์ค (Kirk 1982 อ้างถึงใน Spodek , 1976 ) ได้ค้นพบจากการวิจัย ว่า การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม มีผลอย่างชัดเจนต่อระดับพัฒนาการการเจริญเติบโต ของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และการเข้าไปช่วยเหลือเด็กในระยะแรกเริ่ม (Early Intervention) ทั้งที่บ้านและโรงเรียนเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุด ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

การให้ความช่วยเหลือตั้งแต่แรกเริ่มแก่เด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มัก ประกอบด้วย การดำเนินการกับเด็กใน 2 ด้านใหญ่ๆ คือ การกระตุ้นพัฒนาการ (Early Stimulation) และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ทั้งนี้โดยนักวิชาชีพจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือโดยตรง ควบคู่ไปกับการให้ความรู้และสาธิตเพื่อให้พ่อแม่นำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน

### 5.1 การกระตุ้นพัฒนาการ (Stimulation)

การกระตุ้นพัฒนาการแก่เด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีลักษณะ ทำนองเดียวกับการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยปกติทั่วไป แต่มีความเข้มข้นมากกว่า โดย มีการเจาะจงเรียกความสนใจเด็กให้เล่นหรือทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งนี้เพราะเด็กประเภทนี้มักไม่มีความอยากรู้อยากเห็น หรือกระตือรือร้นที่จะทดลอง ลองผิดลองถูก เหมือนเด็กปกติทั่วไป นอกจากนี้ในขณะที่นักวิชาชีพต่างๆ ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เด็ก ก็มักสอดแทรกการกระตุ้น พัฒนาการร่วมด้วยเสมอ

### 5.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

เมื่อเกิดความบกพร่องทางสติปัญญาแล้ว ไม่อาจรักษาสมองส่วนที่เสียไปให้ กลับคืนมาทำงานได้ตามปกติ แต่ก็สามารถจะคงสภาพหรือฟื้นฟูสภาพทางสมองส่วนที่คงเหลือ อยู่ให้ทำงานได้เต็มที่ตามศักยภาพ การรักษาสภาพจะของความบกพร่องทางสติปัญญาจึงเน้นการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพของสมองและร่างกาย ผลของการวิจัยที่เร็วที่สุด และการฟื้นฟูสมรรถภาพทันทีที่วิจัยได้ จะช่วยหยุดยั้งมิให้ความพิการเพิ่มขึ้น ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพจึงมุ่งให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด สามารถช่วยตัวเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมมากเกินไป รวมทั้งให้สามารถประกอบอาชีพได้ (ชวาลา เขียวธนู และ กัลยา สุตะบุตร, 2539)

ในทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เป็นการรักษาแก้ไขสภาพความบกพร่องทางสติปัญญา และการฟื้นฟูสภาพทางร่างกาย ได้แก่ (ชวาลา เขียวธนู และกัลยา สุตะบุตร,2539)

### 5.2.1 กายภาพบำบัด (Physical Therapy)

เด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามักจะมีพัฒนาการเคลื่อนไหวร่างกาย (Motor development) ช้ากว่าวัย นอกจากนี้เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายระดับรุนแรงและรุนแรงมาก ส่วนใหญ่จะมีความพิการทางระบบประสาทส่วนกลางด้วย ทำให้มีการเกร็งของแขน ขา ลำตัว จึงจำเป็นต้องแก้ไขอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เพื่อช่วยลดการยึดติดของข้อต่อ และการสูญเสียของกล้ามเนื้อ เด็กจะช่วยตัวเองได้มากขึ้น เมื่อเจริญวัยขึ้น

### 5.2.2 กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy)

การฝึกใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก (Fine Motor) ได้แก่ การใช้มือหยิบจับสิ่งของ ฝึกการทำงานของตาและมือให้ประสานกัน (Eye-hand Co-ordination) เด็กสามารถหยิบจับสิ่งของ เช่น จับถ้วยน้ำกิน จับแปรงสีฟัน หยิบช้อนกินข้าว การรักษาทางกิจกรรมบำบัดเป็นการสอนให้เด็กช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน ช่วยให้การดำเนินชีวิตประจำวันเป็นไปอย่างราบรื่นและสะดวกขึ้น

### 5.2.3 อรรถบำบัด (Speech Therapy)

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเกินกว่าร้อยละ 70 มีปัญหาการพูด และการสื่อความหมาย กระบวนการฝึกในเรื่องนี้ มีไว้เพื่อให้เปล่งสำเนียงเป็นภาษาที่คนทั่วไป

เข้าใจเท่านั้น แต่จะเริ่มจากเด็กต้องฝึกใช้กล้ามเนื้อช่วยพูด บังคับกล้ามเนื้อเปล่งเสียง ออกเสียง ให้ ถูกต้อง ซึ่งการฝึกพูดต้องกระทำตั้งแต่เด็กอายุต่ำกว่า 4 ขวบ

### 1) หลักการแก้ไขการพูด

การแก้ไขการพูดของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ต้องอาศัย พัฒนาการทางภาษาและการพูดของเด็กเป็นหลัก โดยมีเป้าหมายให้เด็กสามารถพัฒนาไปตาม ระดับความสามารถของเด็ก การแก้ไขการพูดเน้นในด้าน ต่อไปนี้คือ (เจียมใจ จิระอัมพร, 2538)

1.1) การสอนภาษา โดยสอนให้เด็กมีความเข้าใจภาษาก่อน จึงกระตุ้น ให้เปล่งเสียงพูดต่อไป เด็กต้องได้รับการฝึกให้มีความเข้าใจภาษาพูดของผู้อื่นก่อน เช่น สอนให้ เด็กทำตามคำสั่งง่าย ๆ แล้วเริ่มสอนคำศัพท์ต่าง ๆ โดยเริ่มจากคำที่ง่าย ๆ ที่เป็นรูปธรรม มอง เห็นได้ จับต้องได้ หากเป็นสิ่งของจริงได้จะดีมาก ถ้าไม่สามารถใช้ของจริงได้ก็ให้ใช้หุ่นจำลอง หรือรูปภาพแทน ในการสอนคำศัพท์ต่าง ๆ แก่เด็กมีขั้นตอนตั้งแต่ ให้ชี้หรือหยิบตามสิ่งเพื่อดูว่า เด็กมีความเข้าใจหรือรู้จักคำนั้นหรือไม่ ถ้าเด็กชี้บอกได้ ลองให้เด็กพูดตามในกรณีที่เด็กยังบอก ชื่อเองไม่ได้ เมื่อเด็กพูดตามแล้วลองให้เด็กพูดคำที่สอนไปแล้วเอง เมื่อเด็กสามารถพูดคำศัพท์ได้ มากพอแล้วโดยใช้คำต่าง ๆ ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ จึงเริ่มสอนให้เป็นประโยคต่อไป

1.2) การแก้ไขการพูดผิดปกติ ได้แก่ การแก้ไขการพูดไม่ชัด ควรทำ เมื่อเด็กพูดได้มากแล้ว และควรฝึกเสียงง่าย ๆ ก่อนโดยเน้น การฝึกฟังแยกเสียง ฝึกให้รู้จัก ลักษณะและคุณสมบัติของเสียง ฝึกการวางฐานเสียงให้ถูกต้อง หากพบว่าเด็กมีปัญหาเสียงผิดปกติหรือพูดติดอ่างก็ควรได้รับการแก้ไขภายหลังที่เด็กพูดได้มากแล้ว เช่นเดียวกับการแก้ไขการพูดไม่ชัด

### 2) คำแนะนำในการส่งเสริมการสื่อความหมาย

2.1) ใช้วิธี Modeling Procedure คือ เมื่อเด็กพูดไม่ถูกต้องผู้ใหญ่จะพูด สิ่งที่ถูกเป็นการนำโดยเน้นในเรื่องเนื้อหาที่พูด ประกอบด้วย

(1) ใช้ Parallel Talk เช่น เวลาทำอะไรก็พูดไปด้วย

(2) ใช้ Self Talk คือ ผู้ใหญ่ตามเอง ตอบเอง

2.2) ใช้คำพูดที่มีความหมาย ควรหลีกเลี่ยงคำถามที่คลุมเครือหรือ กว้างเกินไป เช่น ถามว่า หนูเป็นคนดีหรือเปล่า เด็กจะตอบไม่ได้ ควรถามให้มีคำตอบเฉพาะได้ เช่น หนูจะไปไหน

2.3) ใช้ประสบการณ์ของเด็กเป็นพื้นฐานในการสร้างสถานการณ์ในการสื่อความหมาย เช่น สอบถามเรื่องของเด็กจากพ่อแม่ก่อนเพื่อให้ทราบว่าเด็กสนใจอะไร แล้วพูดคุยกับเด็กเกี่ยวกับเรื่องนั้น

2.4) ต้องมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่

## ตอนที่ 6 ปัญหาและความต้องการของผู้ปกครอง ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

### 6.1 ปัญหาของผู้ปกครอง ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

รศ.ติน เอี่ยมยิ่งพานิช (2539) พบว่าปัญหาของผู้ปกครองในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชานุกูล สรุปเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) ด้านภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ การต้องทำงานบ้านเพิ่มมากขึ้น การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การที่ต้องทำงานเพิ่มจากที่เคยทำปกติ การที่ต้องออกไปธุระนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น การจัดการเรื่องการเดินทาง
- 2) ด้านค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้แก่ การจัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาล
- 3) ด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส ได้แก่ การแสดงความรัก ความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน
- 4) ด้านการประสานงานกับนักวิชาชีพ ได้แก่ การติดต่อขอรับคำปรึกษาแนะนำ
- 5) ด้านการกระตุ้นพัฒนาการ ได้แก่ การพูดคุย หยอกล้อและเล่นิทาน การวางแผนเกี่ยวกับกิจกรรมสำหรับเด็ก การจัดการแก้ปัญหาพฤติกรรม
- 6) ด้านการเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ
- 7) ด้านความต้องการการช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นหรือบุคคลอื่น ได้แก่ การติดต่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งอื่นๆ ความต้องการการช่วยเหลือในการฝึกให้เด็กเดิน การดูแลการนอน และการออกกำลังกาย

นอกจากนี้ ศรีวันเพ็ญ ชินวงศ์ (2539) ยังได้อธิบายว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ปกครองไม่สามารถพาเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มารับบริการที่โรงพยาบาลได้ เนื่องจาก

- 1) ปัญหาการเดินทาง อาจเกิดจากเด็กมีภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา



อย่างรุนแรง และมีความพิการทางร่างกายร่วมด้วย เช่นเดินไม่ได้ และผู้ปกครองมีความยากลำบากในการนำมาโรงพยาบาล

- 2) บิดามารดาหรือผู้ปกครอง มีความจำเป็นต้องทำงานเพื่อยังชีพไม่สามารถหยุดงานได้
- 3) มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ไม่มีเงินค่าพาหนะ
- 4) เด็กมีปัญหาสุขภาพ ไม่สบายบ่อย ๆ จึงไม่สามารถมารับการฝึกได้
- 5) ย้ายบ้านบ่อย

นอกจากปัญหาในการอบรมเลี้ยงดูเด็กแล้ว การมีลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตพ่อแม่เอง ดังที่ พนม ธนมิตร (2530) ศึกษาพบว่า พ่อแม่ของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีปัญหาสุขภาพจิต 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

ประเภทที่ 1 ยอมรับว่าลูกของตนเป็นเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญา มักจะระบายความรู้สึกแก่นักวิชาชีพในลักษณะต่อไปนี้

- 1) เป็นโชคชะตาของตนเองที่มีลูกบกพร่องทางสติปัญญา น้อยใจและลงโทษตัวเองจนเป็นเหตุให้เกิดอาการเฉื่อยชา หมกมุ่นด้วยค้าย่อยยาก บางคนเชื่อว่าเป็นเวรกรรมแต่ปางก่อน จึงมีอาการซึมเศร้าและกลับเป็นผู้ที่เอาใจลูกตนมากเกินไปเพราะสงสารลูก
- 2) เกรงว่าสังคมจะดูถูก จึงเพิกเฉยต่อลูกของตน บางคนเอาไปไหนก็หลบ ๆ ซ่อน ๆ
- 3) มีความเป็นห่วงหวาดหวั่นว่าเมื่อเด็กโตขึ้นจะไม่มีอาชีพเลี้ยงตัวเอง จึงคิดมากเตรียมฝากฝังลูกไว้กับคนอื่น ว่าห่วงใจว่าถ้าตนตายไปจะอยู่กับใคร

ประเภทที่ 2 บิดามารดาหรือผู้ปกครองไม่ยอมรับว่าลูกของตนมีความบกพร่องทางสติปัญญา โดยแสดงออกในลักษณะดังนี้

- 1) ไม่เข้าใจว่าลูกตนมีความบกพร่องทางสติปัญญา จึงพยายามบังคับให้ลูกเข้าโรงเรียนในสถาบันใหญ่ ๆ จนในที่สุดก็ซ้ำชั้น ทหลาย ๆ ครั้งเข้าก็เสียเวลา เกิดความโมโห ก้าวร้าว ตัดสินบังคับมากเกินไป ในที่สุดก็กลายเป็นเกลียดลูกตัวเองว่าเรียนไม่ได้ตั้งใจที่ตนมุ่งหวังไว้
- 2) เมื่อใครพูดถึงลูก มักจะพยายามหาเหตุผลเข้าข้างตัวเอง จนเวลาล่วงเลยไปจึงรู้ว่าตายไปจึงเกิดความกังวลขึ้น และโยนความผิดให้ผู้อื่น



## 6.2 ความต้องการของผู้ปกครอง ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ได้ระบุความต้องการเฉพาะที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็ก เพื่อให้การอบรมเลี้ยงดูเด็กเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ (Tanchak , 1993 )

- 1) ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งบริการ การนำบัตรเป็นพิเศษและอนาคตทางการศึกษาของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
- 2) การเข้าถึงโปรแกรมการดูแล หรือโรงเรียนสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
- 3) การเข้าถึงโปรแกรมการพักผ่อนหย่อนใจสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
- 4) การใช้เวลาอย่างคุ้มค่ากับเด็ก ครอบครัว และการมีเวลาให้ตัวเอง

นอกจากนี้แม่ยังต้องการความรู้เรื่องการกระตุ้นเด็กด้านทักษะการช่วยเหลือตัวเอง การมีความรู้สึกที่ดีในสิ่งที่ตัวเองมีอยู่ ตลอดจนความรู้ในเรื่องความเข้าใจจุดหมายเพื่อพฤติกรรมที่เหมาะสมและผลของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับคำอธิบายของ มาร์วินและชาร์ลอน (Marvin and Carlon ,1992) ที่ว่า ในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ผู้ปกครองมีความต้องการการช่วยเหลือในเรื่องต่อไปนี้

- 1) ความรู้เกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก ตลอดจนบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
- 2) ความรู้เกี่ยวกับพื้นฐานการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และวิธีการอบรมเลี้ยงดูที่เหมาะสม
- 3) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเด็กและการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในเรื่อง ระเบียบวินัย พฤติกรรมทางสังคมและในโรงเรียน และการเรียนรู้ของเด็ก
- 4) การประเมินผลการดูแลเด็ก และระดับอัตราส่วนของการจัดการเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
- 5) การแก้ปัญหาของครอบครัว ความสมดุลของความต้องการในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และปัญหาของสมาชิกในครอบครัว

- 6) การนำความรู้เรื่องการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยจากเจ้าหน้าที่อนามัย และชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- 7) การแยกแยะ และการจัดการกับปัญหาในครอบครัว
- 8) การสร้างความสัมพันธ์ทั้งภายในและภายนอก ในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย

ในทำนองเดียวกัน รสลิน เขียมยิ่งพานิช ( 2539 ) ได้สรุปความต้องการของผู้ปกครองในการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชานุกูล ว่ามีดังนี้

- 1) ต้องการให้บุตรได้รับบริการด้านการศึกษา
- 2) ต้องการได้รับการช่วยเหลือในด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และฝึกทักษะให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองได้
- 3) ต้องการการบริการให้คำปรึกษาและคำแนะนำเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก
- 4) ต้องการให้ช่วยเลี้ยงเด็กเพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัว
- 5) ต้องการให้ช่วยรักษาเด็กให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเด็กปกติ

สรุปแล้วปัญหาและความต้องการของผู้ปกครองในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา คือปัญหาและความต้องการด้านความรู้เรื่องการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาอย่างถูกต้องเหมาะสมกับวัย และระดับความรุนแรงของความบกพร่องนั้น ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า นักวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาควรหันมาให้ความสนใจต่อการให้ความรู้ผู้ปกครอง ควบคู่กับการหาแนวทางป้องกันความบกพร่องทางสติปัญญา อย่างไรก็ตามความรู้เกี่ยวกับสภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยปกติตามวิถีชนบทพื้นบ้านทั่วไป ก็มีความสำคัญยิ่งต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

## ตอนที่7 สภาพบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของจังหวัดศรีสะเกษ

### 7.1 สภาพบริบททางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของจังหวัดศรีสะเกษ

จังหวัดศรีสะเกษเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือภาคอีสาน แบ่งการปกครองออกเป็น 20 อำเภอ 2 กิ่งอำเภอ มีประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 97 อาศัยอยู่รวมกันในเขตชนบท มีหลายเผ่า หลายภาษาและหลากหลายวัฒนธรรม มีสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในเกณฑ์ต่ำที่สุดของประเทศ ประชากรมีการตั้งถิ่นฐานอยู่รวมกันเป็นกลุ่มโดยทั่วไปในจังหวัด การติดต่อคมนาคมสะดวกสบาย แหล่งน้ำอุปโภคและบริโภค ส่วนใหญ่เป็นน้ำบ่อหรือสระน้ำ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2525 และมาลินี อุทกเสน , 2540)

ลักษณะของครอบครัวในจังหวัดศรีสะเกษมีลักษณะคล้ายกับครอบครัวชนบทในภาคอีสานโดยทั่วไป กล่าวคือ เป็นครอบครัวขยาย นิยมตั้งบ้านเรือนอยู่ใกล้ชิดกันเป็นกลุ่ม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นที่นึ่ง วนศาคนาญาติใกล้ชิดกัน ภายในบ้านมีสมาชิกของครอบครัวหลายรุ่นหลายวัย เด็กได้อยู่กับพ่อแม่ ที่นึ่ง ดุง ป่า น้ำ อา และปู่ย่าตายาย มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันรวมทั้งร่วมมือกันประกอบอาชีพ (ทำไร่ทำนา) อย่างแข็งขัน ได้ผลผลิตก็เอามาแบ่งปันกันตามสัดส่วน ญาติผู้ใหญ่ทั้งชายและหญิงมักจะได้รับเคารพนับถือ เชื้อพืง วิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กจะเป็นไปตามสบายไม่พิถีพิถันและเข้มงวดมากนัก (สุมน อมรวิวัฒน์ และคณะ, 2532 และสนิท สมัครการ, 2528)

1) สภาพทางเศรษฐกิจ ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 94 ประกอบอาชีพทำไร่ทำนา และเป็นอาชีพที่เป็นรายได้หลักของจังหวัด รายได้ประชากรเฉลี่ย 15,000บาท/คน/ปี ซึ่งถือว่าต่ำที่สุดของประเทศ เนื่องจากศรีสะเกษประสบปัญหาเรื่องสภาพภูมิอากาศและการขาดแคลนแหล่งน้ำชลประทาน จึงสะท้อนให้เห็นถึงสภาพความยากจนของจังหวัดศรีสะเกษอย่างชัดเจน และมีผลกระทบอย่างมากต่อการพัฒนาการศึกษา สังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอบรมเลี้ยงดูเด็ก

2) สภาพทางสังคม จากการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรทั้งจังหวัดพบว่า ปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข ได้แก่ ด้านรายได้ของประชากร ปัญหาด้านอาหารและโภชนาการ โดยเฉพาะเด็กปฐมวัยยังขาดสารอาหารในระดับที่ต้องได้รับการแก้ไข ตลอดจนด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม นอกจากนั้นยังประสบปัญหาเกี่ยวกับ

ความรู้และการศึกษาทั้งการศึกษาในและนอกระบบ รวมทั้งปัญหาการให้ความรู้ที่จำเป็นในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของตนเองและครอบครัว

การบริการด้านสาธารณสุข พบว่ามีโรงพยาบาลของรัฐ 18 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง สถานีอนามัย 248 แห่ง แพทย์ 63 คน โดยมีอัตราส่วนจำนวนแพทย์ต่อประชากรเป็น 1 ต่อ 22,600 ซึ่งถือว่ามีบริการค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะในชนบทที่มีการกระจายไม่ทั่วถึง

3) สภาพทางวัฒนธรรม ส่วนใหญ่ร้อยละ 99 นับถือศาสนาพุทธ ใช้ภาษาไทย อีสาน(ไทย-ลาว) ซึ่งเป็นภาษาประจำภาคในการติดต่อสื่อสารกันในชีวิตประจำวันร้อยละ 65 นอกจากนั้นใช้ภาษาอื่น ได้แก่ ภาษาไทย-เขมร(เขมรสูง) ภาษาส่วย ภาษาเขมร และภาษาอิสลาม(แขก) ภาษาจีน มีอำเภอที่ใช้ภาษาอื่นมากที่สุด ได้แก่ ไทรบึง ชูรินทร์ ปรางค์กู่ ชูหาญ ห้วยทับทันและกันทรลักษ์

ประชากรจังหวัดศรีสะเกษมีหลายเชื้อชาติ ได้แก่ ไทย-ลาว ไทย-เขมร ไทย-ส่วย(กูย)และไทย-เขมร ซึ่งกระจายอยู่ตามอำเภอต่างๆ ทั่วจังหวัด

4) สภาพทางการศึกษา ประชากรส่วนใหญ่ในจังหวัดศรีสะเกษจบการศึกษาระดับประถมศึกษา และปัจจุบันมีจำนวนศูนย์รับเลี้ยงเด็กปฐมวัย จำนวน 117 แห่ง ซึ่งอยู่ในความดูแลของกรมการพัฒนาชุมชนทั้งหมด

## 7.2 ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวชนบทอีสาน

เนื่องจากไม่มีข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยจังหวัดศรีสะเกษ อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์ของผู้วิจัยซึ่งอาศัยอยู่ในอีสานได้เช่นเดียวกับจังหวัดศรีสะเกษ ข้อมูลเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวชนบทภาคอีสานโดยรวม จึงอาจถือได้ว่ามีความใกล้เคียงกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชนบทด้วย เนื่องจากมีสภาพบริบทด้านต่างๆ คล้ายคลึงกัน ซึ่งสามารถสรุปถึงการอบรมเลี้ยงดูเด็กในด้านต่าง ๆ ของแม่ในครอบครัวชนบทภาคอีสานในปัจจุบัน ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต ดังนี้

1) ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงมีครรภ์ ในด้านการฝากครรภ์ หญิงมีครรภ์ส่วนใหญ่จะไปฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และไม่มีกรอดอาหาร แสดงใด ๆ ในขณะเดียวกันก็ไม่ได้รับประทานอาหารบำรุง แต่จะรับประทานอาหารตามปกติวิสัย เพราะเชื่อว่าเป็นการเพียงพออยู่แล้ว ควรมีเคร่งครัดในการรับประทานอาหารแสดงหลังคลอด

ลดลงกว่าแต่ก่อน แต่ยังมีพิธีกรรมการอยู่ไฟเพราะถือว่าเป็นวิถีแห่งประเพณีที่ถือปฏิบัติมาแต่บรรพบุรุษ

2) ด้านการการให้นมลูกและการให้อาหาร การให้นม การหย่านมและการให้ลูกรับประทานอาหารพบว่า ส่วนใหญ่แม่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทารกแรกเกิดส่วนมากให้กินนมแม่ การให้นมเด็กก็ไม่เป็นเวลาแน่นอน มักให้เมื่อเด็กตื่นนอน โดยเฉพาะเมื่อเด็กร้องแม่มักจะอุ้มให้ดูดนมโดยสันนิษฐานก่อนว่า เด็กร้องเพราะหิว ถ้าให้นมแล้วเด็กยังร้องอยู่ก็แสดงว่าเด็กร้องเพราะสาเหตุอื่นที่มีไข้เพราะหิว ซึ่งก็ต้องหาสาเหตุอื่นต่อไป

ด้านการให้อาหารเมื่อเด็กอายุ 7 วันจะให้รับประทานข้าวต้มหมก (ข้าวเหนียวที่แม่เคี้ยวให้ละเอียดแล้วนำมาหมกไฟด้วยใบตอง) เมื่ออายุประมาณ 6-8 เดือนจะให้รับประทานข้าวต้มหรือข้าวบด เด็กจะหย่านมเฉลี่ยอายุประมาณ 1-2 ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของมารดา

3) ด้านการขับถ่าย สำหรับด้านการฝึกการขับถ่าย มักจะไม่ได้รับการฝึกหัดที่เข้มงวดแต่อย่างใด ตามปกติแล้วพ่อแม่จะปล่อยให้เด็กถ่ายและบิดลภาวะตามใจชอบไปจนกว่าเด็กจะโตพอที่จะพูดกันรู้เรื่อง ซึ่งก็ประมาณเกือบสองขวบขึ้นไป พ่อแม่จึงจะเริ่มฝึกหัดหรืออบรมในเรื่องเหล่านี้ แม้กระนั้นการฝึกอบรมก็ไม่พิถีพิถันคือ ถ้าเด็กถ่ายเลอะเทอะไม่เป็นที่บ้าง พ่อแม่ก็ไม่ใคร่จะดุตำว่ากล่าวมากนัก

4) ด้านพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพอนามัยเด็ก ในการดูแลสุขภาพเด็กตามความเชื่อถือที่สั่งสมกันมาในอดีตจะมีการถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในช่วงเด็กวัยทารก แต่เมื่อเด็กมีอายุมากขึ้นการปฏิบัติตัวจะหย่อนยานลงไป ในด้านแบบแผนพฤติกรรมและการดูแลเด็กในสภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร และทางเดินหายใจ แม่จะพิจารณาจากความเป็นจริงที่ปรากฏวินิจฉัยอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ประเมินระดับความรุนแรงของอาการและการเลือกปฏิบัติที่จะรักษาบุตรตนเองให้หายเจ็บป่วยด้วยประสบการณ์ของตนเอง และคำแนะนำของพ่อแม่ ปู่ย่าตายาย รวมทั้งปรึกษาเพื่อนบ้านที่มีประสบการณ์มาก่อน ในกรณีที่แม่เห็นว่าเด็กไม่ได้เจ็บป่วยอะไร มักไม่ปฏิบัติใดๆ เพียงแต่เฝ้าดูอาการจนเด็กหายเป็นปกติ ถ้าหากอาการที่เด็กเจ็บป่วยไม่รุนแรง มักนิยมซื้อยาแผนปัจจุบันให้รับประทาน แต่ถ้าเห็นว่าเจ็บป่วยรุนแรงจะนำลูกไปรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐหรือคลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน



จากผลการศึกษาของ พิเชษฐ เหลือทองคำ และคณะ (2535 อ้างถึงใน สมศรี กิจชนะพานิชย์ และคณะ, 2540) ที่ได้ศึกษาชุมชนชนบท 2 แห่งในจังหวัดขอนแก่นพบว่า กลุ่มผู้เลี้ยงดูที่มีการศึกษาดำหรือเท่ากับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีการเลี้ยงดูเด็กได้ค่อนข้างดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีข้อสังเกตคือ กลุ่มที่มีการศึกษาดำหรือเท่ากับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มักให้ความร่วมมือและเชื่อฟังเจ้าหน้าที่อนามัยมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ซึ่งพฤติกรรมนี้น่าจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กได้

ในทำนองเดียวกัน มะลิวัลย์ แยมโลภา (2536) ได้ศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลเด็กทารกในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า แม้มีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลเด็กในเรื่องการป้อนอาหารเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย การดูแลเมื่อลูกไม่สบายและการส่งเสริมพัฒนาการอย่างถูกต้อง รวมทั้งพฤติกรรมการดูแลลูกก็อยู่ในเกณฑ์ดี

จากการศึกษาของพิมพ์วิมลย์ ปริดาสวัสดิ์ และคณะ (อ้างถึงใน สมศรี กิจชนะพานิชย์ และคณะ, 2540) พบว่า สภาพอะนามัยของเด็กในหมู่บ้านภาคอีสาน เด็กมักมีอาการผอม เบื่ออาหาร ท้องโต ซึ่งชาวบ้านเรียกว่า "ซาง" แม่หรือผู้เลี้ยงใช้วิธีการรักษาเอง โดยการซื้อยาแก้ซางที่ร้านค้าในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นยาน้ำให้เด็กรับประทานเพื่อให้เด็กอยากอาหาร

5) ด้านการดูแลและการรักษาเมื่อเด็กป่วย ในการรักษาเด็กป่วย แม่หรือผู้เลี้ยงมักมีการวินิจฉัยเป็นกรณีไป เช่น เด็กอ่อนจะไม่ให้กินยาสมุนไพร เพราะคิดว่าเป็นยาแรงและกินยาก การซื้อยากินเองก็จะคำนึงถึงวัยของเด็ก ถ้าอายุน้อยก็ให้กินยาคือยาที่มีฤทธิ์ไม่แรงโดยการประเมินจากราคาที่ขาย ถ้าราคาถูกแสดงว่ายานั้นมีฤทธิ์ไม่แรง ส่วนเด็กที่โตขึ้นก็จะให้ยาที่มีฤทธิ์สูงขึ้น ชาวบ้านเรียกว่า "ยาสูง" ซึ่งได้แก่ยาที่ขายในราคาแพง

พฤติกรรมการรักษาเด็กที่มีไข้ แม่หรือผู้เลี้ยงจะใช้ผ้าชุบน้ำมาเช็ดตัวเพราะเชื่อว่า จะบรรเทาอาการตัวร้อนได้ ดังนั้น พฤติกรรมรักษาจะผสมผสานระหว่าง แพทย์แผนพื้นบ้านและการแพทย์แผนปัจจุบัน



ด้านการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาเมื่อเด็กป่วย พบว่า กลุ่มบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยคือ ครอบครัวญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ซึ่งมักมีบทบาทในกระบวนการตัดสินใจเป็นอย่างมาก ซึ่งกระบวนการดังกล่าวคือ การประเมินอาการหาสาเหตุของโรค เลือกแหล่งรักษาที่เหมาะสม ประเมินผลของการรักษา ถ้าไม่หายจะเลือกบริการรักษาใหม่ ในการตัดสินใจนั้นจะเริ่มตั้งแต่การตีความอาการผิดปกติ สาเหตุการรักษา ตลอดจนประเมินผลการรักษาและรวมถึงการตัดสินใจว่าจะมีพฤติกรรมอย่างไรเพื่อป้องกันตนเองจากการเกิดโรค ซึ่งล้วนแต่มีปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมากมายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

นอกจากนั้นพบว่าแม่ในภาคอีสานส่วนใหญ่ที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยอาการไข้มีพฤติกรรมดูแลรักษาบุตรโดยส่วนใหญ่จะรอดูอาการไปก่อน โดยการสังเกตภาวะไข้ว่ารุนแรงเพียงใด 1-2 วัน ในขณะที่รอดูอาการไข้จะมีพฤติกรรมการพึ่งพิงทางสังคม โดยการปรึกษากับเครือญาติ และผู้ที่นับถือในหมู่บ้านที่มีประสบการณ์มาก่อน และอิทธิพลอีกส่วนหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลรักษาบุตรของแม่คือ การสื่อสารที่ได้รับจากการฟังวิทยุและดูโทรทัศน์ กล่าวโดยสรุป การตัดสินใจเลือกการรักษาแบบต่าง ๆ จะขึ้นอยู่กับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมและการสื่อสาร การบริการสาธารณสุข และความรุนแรงของการเจ็บป่วย

6) ด้านการอบรมกิริยามารยาท การอบรมกิริยาและความรู้ต่าง ๆ ไม่ใคร่มีมากนัก ส่วนใหญ่เป็นการสอนในเรื่องการเคารพผู้ใหญ่ อ่อนน้อมต่อผู้มีอำนาจ รู้จักบุญคุณบิดามารดา เคารพครูบาอาจารย์ และความรู้เรื่องศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่ก็ได้มาจากประสบการณ์ในการที่ได้ไปทำบุญ ไปวัดกับบิดามารดาและญาติ มากกว่าได้จากการอบรมสั่งสอนอย่างเป็นทางการ เด็กชายที่เริ่มโตจะออกไปช่วยพ่อแม่เลี้ยงควาย ทำไร่ ทำนา ส่วนเด็กผู้หญิงก็จะอยู่บ้านช่วยแม่ทำงานบ้าน เลี้ยงน้อง ทำครัว จากการศึกษาของ สมศรี กิจชนพานิชย์ และคณะ (2540) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาเด็กด้านจริยธรรม คุณธรรมของเด็ก ได้แก่ ความเชื่อของพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู สภาพแวดล้อมรอบตัวเด็กและความประพฤติ การปฏิบัติตนของพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู โดยความเชื่อทั้งหลายจะมีการถ่ายทอดสู่เด็กตลอดเวลา เช่น การกราบไหว้บูชาพระพุทธรูปบนห้างพระ การสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน การเชื่อในเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์ วัดถมุงคล เครื่องรางของขลังต่าง ๆ โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีปู่ย่าตายายอยู่ด้วยจะเคร่งครัดขึ้น เด็กได้พบเห็นและเข้าร่วม กิจกรรมทางศาสนาอยู่เป็นประจำและมีการชวนเหรียญของพระสงฆ์เจ้าอาวาสเพื่อความเป็นสิริมงคลและคุ้มครองป้องกันภัย

7) ด้านการเล่นและการเข้าสังคม เด็กที่อยู่ในครอบครัวชนบทและยากจนมีโอกาสที่จะได้ของเล่นสำเร็จรูปน้อยกว่าเด็กในเมือง ซึ่งมีฐานะดีกว่า ก็สามารถสนุกสนานกับสภาพที่ตนมี โดยบางคนก็ไปขอเล่นกับเด็กที่มีของเล่นมากและแปลกๆ เด็กบางคนที่บ้านไม่มีโทรทัศน์ดูก็จะไปดูบ้านญาติหรือบ้านเพื่อน ส่วนโอกาสในการออกไปเรียนรู้เปิดหูเปิดตาของเด็กในชนบทก็จะมีบ้าง เช่น พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูจะพาไปตลาดในอำเภอ ที่ยวงงานในอำเภอ ดูหนังกลางแปลงในหมู่บ้าน พาไปร่วมงานในเทศกาลต่าง ๆ เช่น เข้าพรรษา ออกพรรษา บุญบั้งไฟ สงกรานต์ เด็กจะได้มีโอกาสที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในขณะที่เด็กในเมืองก็จะได้มีโอกาสจากการที่พ่อแม่พาไปศูนย์การค้าและสถานที่ต่างๆในเมือง ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ต่างไปจากชนบท (สมศรี กิจชนะพานิชย์ และคณะ, 2540)

สรุปการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยปกติทั่วไปในชนบทภาคอีสาน ยังคงมีความเชื่อเรื่องการอยู่ไฟหลังคลอด การดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วยและการปฏิบัติตนของแม่ขณะตั้งครรภ์ และผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการอบรมเลี้ยงดูเด็กคือแม่

จากสภาพโดยรวมของจังหวัดศรีสะเกษพบว่าเป็นจังหวัดที่ยากจน มีปัญหาในด้านต่างๆ ที่ต้องรีบดำเนินการแก้ไข และปัญหาต่างๆ ที่กำลังประสบ ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ สังคมและการศึกษาล้วนแล้วแต่มีผลกระทบโดยตรงต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็ก โดยเฉพาะเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่มีปัญหาที่เกิดจากความบกพร่องของตัวเด็กเองอยู่แล้ว การอบรมเลี้ยงดูจึงต้องมีความยากลำบากมากขึ้น และปัจจุบันพบว่า เด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจังหวัดศรีสะเกษมีจำนวนมากถึง 127 คน จึงเป็นจุดที่ผู้วิจัยมีความสนใจอย่างยิ่งในการที่จะศึกษาว่า ผู้ปกครองในจังหวัดศรีสะเกษที่มีปัญหาต่างๆ มากมายอยู่แล้ว เมื่อเกิดมีเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในครอบครัว จะมีสภาพความเป็นอยู่และความยากลำบากในการดำรงชีวิตประจำวันและการอบรมเลี้ยงดูเด็กอย่างไร และผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในบทที่ 4