



สถาบันราชานุกูลมีความยินดีเผยแพร่ข้อมูล องค์กรความรู้ นี้แก่ผู้สนใจ
การนำข้อมูลจากเว็บไซต์นี้ไปใช้เพื่อการศึกษา วิจัย
หรือเผยแพร่ต่อเพียงบางส่วน หรือทั้งหมด
กรุณาอ้างอิง “ชื่อเจ้าของผลงาน” เป็นแหล่งที่มาของข้อมูล

รายงานการวิจัย

ฉบับที่ ๒๕๔๔/๒๕๔๕

๒๕๔๕

เรื่อง

การศึกษาปัจจัยพื้นฐานของเด็กปัญญาอ่อน
ที่รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา

ในโรงพยาบาลราชานุกูล ระหว่างปี พ.ศ. 2540-2543

A Study on Basic Factors of Children with Mental Retardation
admitted in the Program of Educational Rehabilitation

at Rajanukul Hospital in the year 1997 - 2000

โดย

นางฉัตร นกสกุล

นักวิชาการศึกษาพิเศษ ๘ว.

76

กลุ่มงานการศึกษาพิเศษ

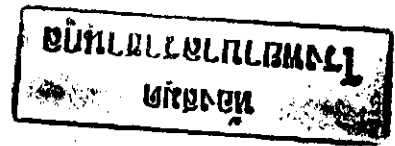
โรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข

24 ก.ย. 2544

รายงานการวิจัย

เรื่อง



การศึกษาปัจจัยพื้นฐานของเด็กปัญญาอ่อน
ที่รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา

ในโรงพยาบาลราชานุกูล ระหว่างปี พ.ศ. 2540 – 2543

**A Study on Basic Factors of Children with Mental Retardation
admitted in the Program of Educational Rehabilitation
at Rajanukul Hospital in the year 1997 – 2000**

โดย

นางฉัตรพร นกสกุล

นักวิชาการศึกษาพิเศษ 6ว.

กลุ่มงานการศึกษาพิเศษ

โรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงปัจจัยพื้นฐานด้านต่าง ๆ ของเด็กปัญญาอ่อนที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาในโรงพยาบาลราชานุกุลระหว่างปี พ.ศ. 2540 - 2543 และนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลปัญญาอ่อนต่อไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กปัญญาอ่อนที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาที่โรงพยาบาลราชานุกุล ระหว่างปี พ.ศ. 2540 - 2543 จำนวน 296 คน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาและเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยทำการศึกษาข้อมูลต่าง ๆ จากเพิ่มประวัติของเด็กปัญญาอ่อนจากเวชระเบียนเป็นรายบุคคล และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และหาค่าสถิติร้อยละเป็นรายชื่อ และนำเสนอในรูปกราฟแผนภูมิแท่ง (Bar chart) ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยพื้นฐานทางด้านสถานภาพส่วนตัวของเด็ก พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 57.4 และ 42.6) ในอัตราส่วน 1.3 : 1 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 12 - 14 ปี (ร้อยละ 25.7) รองลงมา 15 - 17 ปี (ร้อยละ 22.3) นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (ร้อยละ 98.3) และส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 52.7) รองลงมาอยู่ในจังหวัดภาคกลาง (ร้อยละ 25.3)
2. ปัจจัยพื้นฐานทางด้านครอบครัว พบว่าบิดาและมารดาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 30.4 และ 42.9) รองลงมาจบอาชีวศึกษา (ร้อยละ 21.0 และ 20.6) และจบปริญญาตรี (ร้อยละ 13.5 และ 11.1) และบิดามารดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 40.9 และ 25.7) รองลงมารับราชการ (ร้อยละ 26.0 และ 16.5) ส่วนใหญ่ 3 ใน 4 สมรสและยังอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 74.7) เกือบครึ่งหนึ่งมีจำนวนบุตรในครอบครัว 2 คน (ร้อยละ 47.0) และรองลงมามีบุตร 1 คน และ 3 คนเท่ากัน (ร้อยละ 21.3) เด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 1 (ร้อยละ 43.9) รองลงมาเป็นบุตรคนที่ 2 (ร้อยละ 32.8) ผู้ดูแลและรับผิดชอบเด็กส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา (ร้อยละ 86.2)
3. ปัจจัยพื้นฐานทางด้านปัญหาและสาเหตุที่พาดังกล่าวที่โรงพยาบาลราชานุกุล ส่วนใหญ่เด็กมีพัฒนาการช้า (ร้อยละ 28.4) รองลงมาเด็กเข้าเรียนแล้วเรียนไม่ได้ (ร้อยละ 21.3) และผู้แนะนำให้พาดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นแพทย์ (ร้อยละ 49.3) รองลงมาเป็นญาติและเพื่อน (ร้อยละ 22.0)
4. ปัจจัยพื้นฐานทางด้านประวัติการเรียน พบว่าส่วนใหญ่เคยเข้าเรียนชั้นอนุบาลปกติมาแล้ว (ร้อยละ 50.0) เคยเข้าเรียนชั้น ป.1 - ป.3 ในชั้นปกติมาแล้ว แต่เรียนไม่ได้ (ร้อยละ 13.2) และไม่เคยเข้าเรียนมาก่อน (ร้อยละ 7.1)
5. ปัจจัยพื้นฐานทางการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อนและโรคประจำตัว พบว่าผลการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อนส่วนใหญ่เป็นปัญญาอ่อนจากสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่สามารถระบุแน่ชัดลงว่าเกิดจากสาเหตุอะไร (ร้อยละ 51.4) รองลงมาเป็นกลุ่มอาการดาวน์ (ร้อยละ 42.6) และผลการทดสอบระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ส่วนใหญ่เป็นปัญญาอ่อนระดับปานกลางมี IQ 35 - 49 (ร้อยละ 58.4) รองลงมาเป็นปัญญาอ่อนระดับรุนแรง IQ 20 - 34 (ร้อยละ 30.1) และเป็นปัญญาอ่อนระดับน้อย IQ 50 - 70 (ร้อยละ 11.5) และพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.3) และเป็นโรคลมชัก (ร้อยละ 9.8) รองลงมาเป็นโรคหัวใจ (ร้อยละ 5.8)

Abstract

The objectives of this study are to acquire knowledge on basic factors of the mentally retarded children who were admitted for educational rehabilitation program in Rajanukul Hospital during the year 1997 – 2000 and to benefit the result of study as basic knowledge for further study about persons with mental retardation.

The sample size was a group of 296 mentally retarded and the study was carried on as descriptive research by retrospective study. Data was studied from the medical record files of each child and was annualized by frequency distribution and percentage. The statistic presentation revealed in graphic bar chart. The result could be summarized as follows :

1. Basic factors about personal status of the children. It was found that more male than female in ratio of 1.3 : 1 (57.4% and 42.6%). The majority was in age group of 12 – 14 years old (25.7%) and followed by group of 15 – 17 years old (22.3%). Most of them are Buddhists (98.3%) and lived in Bangkok (52.7%) and followed by living in provinces in central region (25.3%).

2. Basic factors about their families. The largest group of fathers and mothers education were elementary level (30.4% and 42.8%), followed by vocational level (21.0% and 20.6%) and bachelor degree (13.5% and 11.1%). Most of them were employees (40.9% and 25.7%), followed by government service (26.0% and 16.5%). Three-fourths were married and lived together (74.7%). Almost a half had 2 children (47.0%). Most of the mentally retarded children were the first children of the families (43.9%), followed by the second children (32.8%).

3. Basic factors about problems of taking children for medical examination at Rajanukul Hospital. The majority was the problems of delayed development (28.4%), followed by learning difficulties in the regular schools (21.3%) and most of parents were advised by doctors (49.3%), followed by suggestions of relatives and friends (22.0%).

4. Basic factors about learning experience. Most of them attended in regular kindergarten school (50.0%), followed by learning in regular elementary classes 1 – 3, but no achievement (13.2%) and never had been in the school before (7.1%).

5. Basic factors about diagnosis of mental retardation and individuals illness. Most of them were diagnosed as mental retardation from unknown causes (51.4%), followed by Down Syndrome (42.6%) and the majority had IQ. test of 35 – 49 – moderate grade (58.4%), followed by IQ. 20 – 34 – severe grade (30.1%) and the smallest number was mild grade- IQ. 50 – 70 (11.5%). Most of them had no individuals illness (75.3%). Some of them had convulsive disorder (9.8%), followed by heart disease (5.8%).

คำนำ

กลุ่มงานการศึกษาพิเศษ (โรงเรียนราชานุกูล) เป็นกลุ่มงานหนึ่งของโรงพยาบาลราชานุกูล ที่จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาสำหรับเด็กปัญญาอ่อนตั้งแต่วัยก่อนเรียนและวัยเรียนตามหลักการศึกษาพิเศษและกระบวนการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในแต่ละปีการศึกษา กลุ่มงานการศึกษาพิเศษจะมีเด็กเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาจำนวนมากพอสมควรและกลุ่มงานการศึกษาพิเศษเป็นกลุ่มงานที่เป็นแหล่งการศึกษาข้อมูลและความรู้ทางด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับเด็กปัญญาอ่อนที่นิสิต นักศึกษา ครู อาจารย์ ผู้ปกครอง และบุคลากรที่เกี่ยวข้องมาศึกษาค้นคว้าข้อมูลต่าง ๆ ของเด็กปัญญาอ่อนเป็นประจำ ซึ่งกลุ่มงานจำเป็นที่จะต้องรวบรวมข้อมูลและปัจจัยด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับเด็กปัญญาอ่อนให้สมบูรณ์และใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาได้ ซึ่งผู้วิจัยได้พิจารณาแล้วเห็นว่าการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานดังกล่าว เป็นสิ่งจำเป็นและควรศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลงานวิจัยเรื่องนี้จะประโชชน์ทางด้านวิชาการ และให้ความรู้ในการศึกษาค้นคว้าแก่นักวิชาการและผู้สนใจ

นางฉัตรพร นกตฤต
นักวิชาการการศึกษาพิเศษ 6ว.
กลุ่มงานการศึกษาพิเศษ
โรงพยาบาลราชานุกูล
กรมสุขภาพจิต

กิตติกรรมประกาศ

ผลงานวิจัยเรื่องนี้ได้รับความสำเร็จล่วงไปด้วยดี โดยได้รับการสนับสนุนและคำปรึกษาแนะนำและการช่วยเหลือปรับปรุงแก้ไขอย่างดียิ่งจากท่าน อาจารย์คาร์ณี ธนะภูมิ หัวหน้ากลุ่มงานการศึกษาพิเศษ โรงพยาบาลราชานุกูล ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณ คุณอัญชลี ศรีรัตน์ประเสริฐ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานการศึกษาพิเศษที่ช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการช่วยพิมพ์และคืนแฟ้มเวชระเบียนของเด็กปัญญาอ่อนที่นำมาทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยเรื่องนี้คงจะเป็นประโยชน์ในทางวิชาการ สาขาปัญญาอ่อนแก่ครู บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และนิสิต นักศึกษา ตลอดจนผู้ที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับบุคคลปัญญาอ่อน และใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัยด้านอื่น ๆ ต่อไป

นางฉัตร นกสกุล
นักวิชาการศึกษาพิเศษ 6 ว.
กลุ่มงานการศึกษาพิเศษ
โรงพยาบาลราชานุกูล
25 กรกฎาคม 2544

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

คำนำ

กิตติประกาศ

บทที่

1 บทนำ

1.1	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.1.1	ความเป็นมา	1
1.1.2	ความสำคัญของปัญหา	2
1.2	วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3	กรอบการศึกษาวิจัย	3
1.4	คำนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	4
1.4.1	ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Factors)	4
1.4.2	ข้อมูล (Data)	4
1.4.3	เด็กปัญญาอ่อน (Mentally Retarded Children)	4
1.4.4	การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation)	5
1.4.5	เวชระเบียน	5
1.4.6	ผู้ปกครอง	5
1.5	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	6

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1	เอกสารและบทความทางวิชาการ	7
2.1.1	ปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน	7
2.1.2	ความชุกของภาวะปัญญาอ่อน	8
2.1.3	การแบ่งระดับของภาวะปัญญาอ่อน	9
2.1.4	พัฒนาการและระดับความสามารถของบุคคลปัญญาอ่อน	9
2.1.5	ปัจจัยพื้นฐานเพื่อพัฒนาเด็ก	11

	หน้า
2.1.6 จำนวนเด็กปัญญาอ่อนที่ลงทะเบียนเข้าเรียน โปรแกรม การศึกษาพิเศษในประเทศสหรัฐอเมริกา	12
2.1.7 จำนวนเด็กพิการที่มีอุปการสูง	12
2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
3. วิธีดำเนินการศึกษา	
3.1 รูปแบบการวิจัย	15
3.2 ประชากร	15
3.3 กลุ่มตัวอย่าง	15
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	15
3.5 การรวบรวมข้อมูล	15
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	15
4. ผลการวิจัย	
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	16
ตอนที่ 1 ข้อมูลทางด้านสถานภาพส่วนตัวของเด็กปัญญาอ่อน	16
1.1 เด็กปัญญาอ่อนจำแนกตามอายุ	16
1.2 เด็กปัญญาอ่อนจำแนกตามเพศ	17
1.3 เด็กปัญญาอ่อนจำแนกตามศาสนา	18
1.4 ภูมิลำเนาของเด็ก	19
ตอนที่ 2 ข้อมูลทางด้านครอบครัว	19
2.1 ระดับการศึกษาของบิดามารดา	19
2.2 อาชีพของบิดามารดาเด็กปัญญาอ่อน	21
2.3 สถานภาพการสมรสของบิดามารดา	22
2.4 จำนวนบุตรในครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน	24
2.5 ลำดับที่ของการเป็นบุตรในครอบครัว	25
2.6 ผู้ดูแลและรับผิดชอบเด็กปัญญาอ่อน	26
ตอนที่ 3 ข้อมูลทางด้านปัญหาและสาเหตุที่พาเด็กมาตรวจที่โรงพยาบาล	27
3.1 ปัญหาและสาเหตุที่พาเด็กมาตรวจที่โรงพยาบาล	27
3.2 ผู้แนะนำให้พาเด็กมาตรวจที่โรงพยาบาล	28

	หน้า
ตอนที่ 4 ข้อมูลทางด้านประวัติการเรียนของเด็ก	29
4.1 ประวัติการเรียนก่อนมาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการศึกษา	29
ตอนที่ 5 ข้อมูลทางการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อนและโรคประจำตัว	30
5.1 ผลการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อน	30
5.2 ผลการทดสอบระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ของเด็กปัญญาอ่อน	31
5.3 โรคประจำตัวของเด็กปัญญาอ่อน	32
5. สรุปผลการวิจัย การอภิปรายและข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	33
5.1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	33
5.1.2 วิธีดำเนินการศึกษา	33
- สรุปผลการศึกษา	34
5.2 การอภิปรายผล	36
5.3 ข้อเสนอแนะ	40
บรรณานุกรม	42

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. แสดงการแบ่งระดับภาวะปัญญาอ่อนตาม ICD 10 ขององค์การอนามัยโลก	9

สารบัญแผนภูมิกราฟแท่ง

	หน้า
แผนภูมิที่	
1. กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนจำแนกตามอายุ	16
2. กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนจำแนกตามเพศ	17
3. กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนจำแนกตามศาสนา	18
4. กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนจำแนกตามภูมิลำเนา	19
5. กราฟแสดงจำนวนและร้อยละระดับการศึกษาบิดา-มารดาของ เด็กปัญญาอ่อน	20
6. กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของอาชีพบิดามารดา	21
7. กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของสถานภาพการสมรสของบิดามารดา	22
8. กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของจำนวนบุตรในครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน	24
9. กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของลำดับที่ของการเป็นบุตรในครอบครัว	25
10. กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลและรับผิดชอบเด็กปัญญาอ่อน	26
11. กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาและสาเหตุที่พาเด็กปัญญาอ่อน มาตรวจที่โรงพยาบาลราชานุกูล	27
12. กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของผู้แนะนำให้พามาตรวจ	28
13. กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนเกี่ยวกับประวัติการเรียน ก่อนมารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาที่โรงเรียนราชานุกูล	29
14. กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อน	30
15. กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนที่ได้รับการทดสอบระดับ เชาวน์ปัญญา (IQ)	31
16. กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนที่มีโรคประจำตัว	32

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1.1.1. ความเป็นมา

ภาวะปัญญาอ่อนเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งของสังคมและประเทศชาติที่จำเป็นต้องได้รับการป้องกันและแก้ไข ภาวะปัญญาอ่อนเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งการวินิจฉัยบุคคลปัญญาอ่อนจะต้องพิจารณาทุกปัจจัยประกอบกัน ปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะปัญญาอ่อนอาจเริ่มจากด้านชีวภาพ (Primary Biological Factors) หรือเริ่มจากด้านสังคมจิตวิทยา (Primary Psychosocial Factors) หรือรวมกันทั้ง 2 ด้าน และโดยทั่วไปสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อนมักจะซับซ้อนและมีหลายปัจจัย (Multifactorial Factors) ประมาณร้อยละ 30 ของบุคคลปัญญาอ่อนระดับรุนแรงและร้อยละ 50 ของบุคคลปัญญาอ่อนระดับน้อยไม่สามารถระบุสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อนได้ แม้จะได้พยายามตรวจอย่างละเอียดแล้วก็ตาม และประมาณร้อยละ 50 ของปัญญาอ่อนมีสาเหตุมากกว่าหนึ่งสาเหตุ (ชวาลา เขียรธนู และกัทยา สุตะบุตร, 2538 : 2)

เนื่องจากภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation) เป็นปัญหาต่อครอบครัวและสังคมอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะปัญญาอ่อนระดับรุนแรงมาก และระดับรุนแรงจะเป็นภาระต่อครอบครัวในการดูแลอย่างมาก เพราะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสภาพแวดล้อมของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อนด้านต่าง ๆ จึงมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการวางแผนในการดูแล การฝึกอบรม และการให้การศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้ของบุคคลปัญญาอ่อน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลปัญญาอ่อนต่อการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข อยู่ในครอบครัวและชุมชนได้

ดังนั้นข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานด้านต่าง ๆ ของบุคคลปัญญาอ่อนทุกคนจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากต่อการวางแผนในการให้การศึกษา การฝึกอบรมและการช่วยเหลือสนับสนุนแก่บุคคลปัญญาอ่อนและครอบครัว ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลด้านต่าง ๆ ของบุคคลปัญญาอ่อนจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญอย่างมากต่อการศึกษาค้นคว้าวิจัย ซึ่งตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 (กระทรวงศึกษาธิการ, 2542 : 9) ได้กล่าวไว้ในมาตราที่ 30 ว่า ให้สถานศึกษาพัฒนากระบวนการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้สอนสามารถวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้เรียนในแต่ละระดับการศึกษา ผู้ทำการศึกษาวิจัยปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งนักวิชาการศึกษาพิเศษ ซึ่งรับผิดชอบในการสอนหรือฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาแก่เด็กปัญญาอ่อนโดยตรงและพิจารณาแล้วเห็นว่าการศึกษาค้นคว้าวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานด้านต่าง ๆ ของเด็กปัญญาอ่อนจะเป็นส่วนสำคัญ ในการพัฒนาการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้เรียนในแต่ละระดับการศึกษาด้วย ซึ่งจำเป็นมากสำหรับเด็กปัญญาอ่อน

นอกจากนี้โรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต เป็นโรงพยาบาลเฉพาะที่จัดบริการแก่นักคนพิการอย่างครบวงจร โดยจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม ซึ่งเป็นศูนย์กลางทางวิชาการด้านภาวะปัญญาอ่อน (Learning Center หรือ Learning Organization) ที่มีทีมงานสหวิชาชีพทุกสาขาที่เกี่ยวข้อง เป็นแหล่งวิชาการที่ให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง นิสิตนักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์ ด้านการศึกษา และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งโรงพยาบาลจำเป็นที่จะต้องเป็นแหล่งข้อมูลที่สามารถให้ความรู้ในด้านต่าง ๆ ที่กลุ่มคนดังกล่าวมาศึกษาค้นคว้าได้ และในปัจจุบันผลงานการศึกษาวิจัยด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อนยังมีน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น ๆ ผู้ทำการศึกษาวิจัยเห็นว่าการทำการศึกษาวิจัยทางด้านปัจจัยพื้นฐานวิเคราะห์ข้อมูลของเด็กปัญญาอ่อนที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาอยู่ในกลุ่มงานการศึกษาพิเศษ โรงพยาบาลราชานุกูล ระหว่างปี พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2543 จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญต่อการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบุคคลปัญญาอ่อนต่อไป

1.1.2 ความสำคัญของปัญหา

เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะปัญญาอ่อนขึ้นกับบุคคลใดแล้ว บุคคลคนนั้นจะเป็นปัญหาอย่างมากต่อครอบครัวตลอดไปตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยผู้ใหญ่ที่ครอบครัวจะต้องรับภาระในการดูแลและฝึกอบรม ตลอดจนการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่าง ๆ ที่มีก็จะเกิดขึ้นเป็นประจำ ดังนั้นการฝึกเด็กและการให้การศึกษาแก่เด็กปัญญาอ่อนจะมีส่วนช่วยอย่างมากในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ด้านต่าง ๆ ที่เป็นทักษะพื้นฐาน (Basic Skills) ที่จำเป็นต่อการช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันในครอบครัวและสังคม ซึ่งการพัฒนาทักษะดังกล่าวจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลปัญญาอ่อน นอกจากนี้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษายังมีส่วนช่วยอย่างมากต่อการพัฒนาทักษะทางสังคม (Social Skills) และการพัฒนานิสัยในการทำงาน (Work Habits) เพื่อให้บุคคลปัญญาอ่อนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยการพึ่งตนเองมากที่สุดเท่าที่สามารถจะเป็นไปได้ ฉะนั้นการศึกษาจึงเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับเด็กปัญญาอ่อนตั้งแต่วัยก่อนเรียนจนถึงวัยเรียนและการฝึกอาชีพซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 10 กล่าวไว้ว่า การจัดการศึกษาต้องจัดให้บุคคลมีสิทธิและโอกาสเสมอกันในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่น้อยกว่าสิบสองปี ที่รัฐต้องจัดให้อย่างทั่วถึง และมีคุณภาพโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย การจัดการศึกษาสำหรับบุคคล ซึ่งมีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ สังคม การสื่อสาร และการเรียนรู้หรือมีร่างกายพิการหรือทุพพลภาพหรือบุคคลซึ่งไม่สามารถพึ่งตนเองได้ หรือไม่มีผู้ดูแลหรือด้อยโอกาส ต้องจัดให้บุคคลดังกล่าวมีสิทธิและโอกาสได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็นพิเศษ การศึกษาสำหรับคนพิการในวรรคสอง ให้จัดตั้งแต่แรกเกิดหรือพบความพิการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและให้บุคคลดังกล่าวมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อบริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง ฯลฯ (กระทรวงศึกษาธิการ, 2542 : 8)

ทั้งนี้การจัดการศึกษาสำหรับบุคคลพิการดังกล่าวจะต้องจัดให้มีโอกาสได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็นพิเศษ โดยใช้หลักการการศึกษาพิเศษสำหรับการสอนเด็กที่มีความบกพร่องแต่ละคน ซึ่งสิ่งสำคัญที่จะทำให้การสอนประสบความสำเร็จและบรรลุจุดประสงค์ได้ คือ ครูผู้สอน และนอกจากวิธีการสอนแล้วผู้สอนจะต้องมีความรู้ความเข้าใจลักษณะและความบกพร่องของเด็กแต่ละคน ตลอดจนภูมิหลังของครอบครัวและปัจจัยอื่น ๆ โดยผู้สอนจะต้องศึกษาและรวบรวมข้อมูลส่วนตัวของเด็กปัญหาอ่อนทุกคนเพื่อใช้ประกอบในการแก้ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาการเรียน

ปัจจุบันกลุ่มงานการศึกษาพิเศษ โรงพยาบาลราชานุกูล ซึ่งรับผิดชอบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาเด็กปัญหาอ่อนยังมีข้อมูลเกี่ยวกับเด็กปัญหาอ่อนน้อยมาก ไม่เพียงพอต่อการใช้ในการศึกษาค้นคว้า เนื่องจากมีนิสิตนักศึกษา ครู และบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ มาทำการศึกษาค้นคว้าวิจัยเป็นประจำและยังไม่มีใครรวบรวมข้อมูลทางด้านปัจจัยพื้นฐานของเด็กปัญหาอ่อนที่มารับบริการด้านการศึกษากลุ่มงานเลข ผู้ทำการศึกษาค้นคว้าได้พิจารณาเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงให้ความสนใจในการศึกษาวิจัยปัจจัยพื้นฐานของเด็กปัญหาอ่อนในกลุ่มงานเพื่อรวบรวมปัญหาต่าง ๆ ปัจจัยและลักษณะของภาวะปัญหาอ่อนและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐานด้านต่าง ๆ ของเด็กปัญหาอ่อนที่เข้ารับบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาในโรงพยาบาลราชานุกูล ระหว่างปี พ.ศ. 2540 – 2543

1.2.2 เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลปัญหาอ่อนต่อไป

1.3 กรอบการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยกำหนดขอบเขตการวิจัยในการศึกษาปัจจัยพื้นฐานของเด็กปัญหาอ่อนดังนี้

1.3.1 ทำการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานด้านต่าง ๆ ของเด็กปัญหาอ่อนที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาที่กลุ่มงานการศึกษาพิเศษ (โรงเรียนราชานุกูล) โรงพยาบาลราชานุกูล ในระหว่างปี พ.ศ. 2540 – 2544

1.3.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของเด็กปัญหาอ่อนที่ทำการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 296 คน

1.3.3 ขอบเขตในการทำการศึกษาวิจัยพื้นฐานของเด็กปัญหาอ่อนแต่ละคนโดยศึกษาจากข้อมูลในหัวข้อดังนี้

- (1) ข้อมูลทางด้านสถานภาพส่วนตัวของเด็กปัญหาอ่อน
- (2) ข้อมูลทางด้านครอบครัว

- (3) ข้อมูลทางด้านปัญหาและสาเหตุที่พาเด็กมาตรวจที่โรงพยาบาลราชานุกูล
- (4) ข้อมูลทางด้านประวัติการเรียน
- (5) ข้อมูลทางด้านประวัติการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อนและโรคประจำตัว

1.4 คำนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

1.4.1 **ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Factors)** หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการของเด็กที่เป็นสาเหตุหรือองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความผิดปกติ ความบกพร่องหรือพัฒนาการล่าช้าที่ทำให้เกิดภาวะปัญญาอ่อน ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) ซึ่งมีมาแต่กำเนิด และเปลี่ยนแปลงได้ยาก หรือเปลี่ยนแปลงไม่ได้เลย เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม (Hereditary factors) และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environmental factors) เช่น ปัจจัยทางสภาพครอบครัว ปัญหาต่าง ๆ ในระยะหลังคลอด การเลี้ยงดู และสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ครอบครัวนั้นอาศัยอยู่

1.4.2 **ข้อมูล (Data)** หมายถึง ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่อาจเป็นตัวเลข ตัวหนังสือ เอกสารทางราชการที่เกี่ยวข้องกับบุคคล สถานที่ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ประวัติส่วนตัวของบุคคลที่จำเพาะเจาะจง เป็นต้น

1.4.3 **เด็กปัญญาอ่อน (Mentally Retarded Children หรือ Children with Mental Retardation)** มีคำจำกัดความดังนี้

- (1) เด็กปัญญาอ่อนหรือบางแห่งเรียกว่าเด็กที่มีความพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ หรือเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (ความหมายนี้รวมถึงเด็กพิการประเภทต่าง ๆ) ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 หมายถึง คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ซึ่งได้แก่คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางสติปัญญาหรือสมองจนไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการศึกษาปกติได้ (กรมประชาสงเคราะห์ , 2537 : 15)
- (2) ตามความหมายของสมาคมปัญญาอ่อนอเมริกัน (American Association on Mental Retardation : AAMR ค.ศ. 1992 (อ้างใน คารณี ธนะภูมิ , 2542 : 4) ได้ให้คำจำกัดความของภาวะปัญญาอ่อนไว้ว่า ภาวะปัญญาอ่อน หมายถึง ภาวะที่มีความจำกัดอย่างชัดเจนของการปฏิบัติตน (Functioning) ในปัจจุบัน ซึ่งแสดงลักษณะเฉพาะ 3 ประการ คือ
 1. มีความสามารถทางสติปัญญาดำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ

2. มีความจำกัดของทักษะการปรับตัว (Adaptive Skills) อีกอย่างน้อย 2 ทักษะ จาก 10 ทักษะ ซึ่งได้แก่ ทักษะการสื่อความหมาย ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการดำรงชีวิตในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการใช้บริการในชุมชน ทักษะการควบคุมตนเอง ทักษะทางด้านสุขภาพอนามัย และความปลอดภัย ทักษะการนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน ทักษะการใช้เวลาว่างและทักษะการทำงาน
 3. ภาวะปัญญาอ่อนแสดงอาการก่อนอายุ 18 ปี
ฉะนั้น เด็กปัญญาอ่อนก็คือ เด็กที่มีภาวะปัญญาอ่อนแสดงลักษณะดังกล่าวแล้ว
- (3) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO) ภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation) หมายถึง ภาวะของพัฒนาการที่หยุดชะงักหรือบกพร่องโดยแสดงลักษณะที่สำคัญ คือ มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติ (World Health Organization , 1988 : 8)

โดยสรุปเด็กปัญญาอ่อนหรือบุคคลปัญญาอ่อน หมายถึง บุคคลที่มีพัฒนาการล่าช้ากว่าคนปกติทั่วไป และเมื่อวัดระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) โดยใช้แบบทดสอบที่มาตรฐานแล้วจะมีระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของคนปกติทั่วไป (ต่ำกว่า 70) และมีความจำกัดทางด้านทักษะการปรับตัวและทักษะการดำรงชีวิต

1.4.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือแก่เด็กหรือคนพิการให้ได้รับสิทธิ โอกาส และการบริการทางการศึกษาตามความสามารถและเหมาะสมกับสภาพความพิการโดยการเรียนในโรงเรียนร่วมกับเด็กทั่วไป หรือในโรงเรียนการศึกษาพิเศษเฉพาะทาง เช่น โรงเรียนสอนเด็กปัญญาอ่อน โรงเรียนสอนคนตาบอด หูหนวก และแขนขาพิการ เป็นต้น ซึ่งจัดสอนในหลักสูตรที่เหมาะสมกับสภาพความพิการแต่ละประเภท การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษานี้เป็นวิธีการฟื้นฟูที่สานต่อจากการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และต่อเนื่อง นำไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพและสังคม เพื่อนำไปสู่การพึ่งพาตนเองในการดำรงชีวิตในสังคมต่อไป การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาจึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการอย่างมาก

1.4.5 เวชระเบียน หมายถึง ทะเบียนประวัติของผู้ที่มาใช้บริการตรวจรักษาบำบัดและรับการปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อนและปัญหาทางการเรียนรู้ ซึ่งจัดเก็บไว้ใ้ในแฟ้มของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลของกลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชานุกูล

1.4.6 ผู้ปกครอง หมายถึง ผู้ปกครองที่รับผิดชอบดูแลเด็กปัญญาอ่อนที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาในกลุ่มงานการศึกษาพิเศษ (โรงเรียนราชานุกูล) ระหว่างปี พ.ศ. 2540 – 2544

1.5 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

จะได้ทราบถึงปัจจัยพื้นฐานด้านต่าง ๆ ของเด็กปัญญาอ่อนที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาในโรงพยาบาลราชานุกูต ระหว่างปี พ.ศ. 2540 – 2543 เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบุคคลปัญญาอ่อนต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาและทบทวนเอกสาร บทความทางวิชาการ หนังสือ ตำรา และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อนและบุคคลปัญญาอ่อน สรุปได้ดังนี้

2.1 เอกสารและบทความทางวิชาการ

2.1.1 ปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน ขาดธา เรียร์ชยุ และกัลยา ตูตะบุตร (2538 : 3 – 4) ได้กล่าวไว้ดังนี้

(1) ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ (Hereditary) พบประมาณ ร้อยละ 5 ได้แก่

* ความผิดปกติของยีนเดี่ยว (Single gene disorders)

- Inborn errors of metabolism : PKU, Hurler Syddrome

- Neurocutaneous disorders

* ความผิดปกติของโครโมโซม (Chromosomal disorders)

- Translocation Down Syndrome

- Fragile X Syndrome

* ความผิดปกติของหลายยีนร่วมกัน (Polygenic Familial Syndrome)

(2) การผันแปรของการพัฒนาตัวอ่อนในครรภ์ตั้งแต่ระยะต้น ๆ (Early alternation of embryonic development) พบประมาณ ร้อยละ 30

* การเปลี่ยนแปลงของโครโมโซม

- Down syndrome (Trisany 21, Mosaics)

* การติดเชื้อ (Cytomegalovirus, Rubella, Toxoplasmosis, AKDS, Syphilis)

* สารที่ก่อให้เกิดความพิการ (Alcohol, Radiation) ยาต่าง ๆ

* ความผิดปกติของ CNS แต่กำเนิดโดยไม่ทราบสาเหตุ

(3) ปัญหาต่าง ๆ ในระยะตั้งครรภ์และคลอด พบประมาณร้อยละ 10

* ภาวะทางโภชนาการของทารกในครรภ์

* คลอดก่อนกำหนด

* การบาดเจ็บที่ทำให้สมองขาดออกซิเจน-ขาดเลือด

* เลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ (Intracranial Hemorrhage)

* ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม (Hypoglycemia, Hyperbilirubinemia)

* การติดเชื้อ (Herpes simplex, Bacterial meningitis)

(4) ปัญหาต่าง ๆ ในระยะหลังคลอด พบประมาณ ร้อยละ 5

* การติดเชื้อ (Encephalitis, Meningitis)

* การได้รับบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง

* ภาวะขาดออกซิเจน (จมน้ำ, ชัก)

* ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม (ภาวะน้ำตาลต่ำ, ไโซเดียมสูง)

* ได้รับสารพิษ (ตะกั่ว, โลหะหนัก)

* เลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ

* ภาวะทุพโภชนาการ

(5) บัญชีต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมและความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ พบประมาณร้อยละ

15 – 20

* ความยากจนและครอบครัวแตกแยก

* ความผิดปกติในปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูกับเด็ก

* ความผิดปกติทางจิตกับผู้เลี้ยงดู

* ความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง (Autistic disorder)

* ผู้เลี้ยงดูคิดสารเสพติด

(6) ไม่ทราบสาเหตุ ประมาณร้อยละ 30

2.1.2 ความชุกของภาวะปัญญาอ่อน

ชาวลา เบียร์ชบุ และกัลยา สุตะบุตร (2538 : 4) ได้กล่าวไว้ว่า โดยทั่วไปพบบุคคลปัญญาอ่อนประมาณร้อยละ 1 – 3 ของประชากรในประเทศไทย Dr. Allen Stroller จากองค์การอนามัยโลก ได้สำรวจไว้เมื่อปี พ.ศ. 2500 พบบุคคลปัญญาอ่อนประมาณร้อยละ 1 ของประชากร (คิดตามจำนวนประชากรปัจจุบันประมาณ 600,000 กว่าคน)

กลุ่มปัญญาอ่อนระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงมักพบสาเหตุทางชีววิทยาและมีความชุกไม่ต่างกันตามเศรษฐานะ ยกเว้นปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีเศรษฐานะต่ำ จะพบความชุกสูงกว่าในกลุ่มเศรษฐานะอื่น โดยเฉพาะ อาทิเช่น พิษจากสารตะกั่ว และการคลอดก่อนกำหนด

กลุ่มปัญญาอ่อนระดับน้อย ส่วนใหญ่ไม่สามารถหาสาเหตุทางชีววิทยาได้ จะมีความชุกเป็นสัดส่วนผกผันกับเศรษฐานะ คือ จะสูงในพวกที่มีเศรษฐานะต่ำ

ความชุกในระยะแรกจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จะสูงสุดในช่วงวัยเรียนตอนต้น และลดลงในวัยรุ่นตอนปลาย

เพศ - พบเพศชายมากกว่าหญิง

อัตรา - ชาย : หญิง ประมาณ 1.5 : 1

2.1.3 การแบ่งระดับของภาวะปัญญาอ่อน

คาร์ณี ษนะภูมิ (2542 : 23) ได้กล่าวไว้ว่า การแบ่งระดับภาวะปัญญาอ่อนตาม ICD 10 ขององค์การอนามัยโลกมีดังนี้

ตารางที่ 1 การแบ่งระดับภาวะปัญญาอ่อนตาม ICD 10 ขององค์การอนามัยโลก

ระดับความรุนแรง	ระดับเขาวนปัญญา	รหัส (code)
ปัญญาอ่อนระดับน้อย (Mild Mental Retardation)	50 – 69	F 70
ปัญญาอ่อนระดับปานกลาง (Moderate Mental Retardation)	35 – 49	F 71
ปัญญาอ่อนระดับรุนแรง (Severe Mental Retardation)	20 – 34	F 72
ปัญญาอ่อนระดับรุนแรงมาก (Profound Mental Retardation)	ต่ำกว่า 20	F 73
ปัญญาอ่อนอื่น ๆ (Other Mental Retardation)	ไม่สามารถประเมินระดับเขาวนปัญญาได้ เนื่องจากมีความพิการทางกายอย่างมาก	F 78
ปัญญาอ่อนที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified Mental Retardation)	มีหลักฐานว่ามีภาวะปัญญาอ่อน แต่มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะจัดไว้ในข้อหนึ่งข้อใดที่กล่าวมาแล้วได้	F 79

2.1.4 พัฒนาการและระดับความสามารถของบุคคลปัญญาอ่อน

คาร์ณี ษนะภูมิ (2542 : 26 – 27) ได้กล่าวไว้ดังนี้

พัฒนาการและระดับความสามารถของบุคคลปัญญาอ่อนนั้นแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อน บุคคลปัญญาอ่อนระดับน้อยจะมีพัฒนาการและระดับสติปัญญาสูงกว่าระดับปานกลางและระดับรุนแรง ประการสำคัญก็คือ การได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ

มาตั้งแต่แรกเริ่มจะมีส่วนช่วยให้เด็กปัญญาอ่อนพัฒนาการเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ได้ดีขึ้น พัฒนาการและระดับความสามารถของบุคคลปัญญาอ่อนสรุปได้ตามระยะช่วงอายุดังนี้

ปัญญาอ่อนระดับน้อย (Mild Mental Retardation) ระดับ IQ 50 – 70

วัยก่อนเรียน (อายุ 0 – 5 ปี) มักสังเกตไม่เห็นความผิดปกติแต่จะมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ ถ่าช้ากว่าเด็กปกติเล็กน้อย เช่น พูด เดิน และช่วยเหลือตนเองล่าช้าบ้าง

วัยเรียน (อายุ 6 – 21 ปี) จะพบความผิดปกติเมื่อเข้าเรียน มักมีปัญหาเรียนช้ากว่าเด็กอื่น ๆ ในชั้น โดยเฉพาะในการอ่าน เขียน และเลขคณิต ซึ่งต้องสอนโดยการใช้หลักการศึกษาพิเศษ สามารถฝึกให้ทำงานที่ไม่ต้องใช้ทักษะหรือฝีมือมากนัก หรืองานที่กึ่งทักษะ (Semi-skilled) ได้

วัยผู้ใหญ่ (อายุ 21 ปีขึ้นไป) มีอายุสมอง 9 ถึงต่ำกว่า 12 ปี สามารถดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ ประกอบอาชีพหรือทำงานง่าย ๆ ได้ แต่มักมีปัญหาสุขภาพภาวะทางอารมณ์ และสังคมไม่เหมาะสมกับวัย จึงต้องการความช่วยเหลือและชี้แนะในการปฏิบัติตนและการแก้ไขปัญหาที่ยุ่งยาก หรือในสภาพสังคมที่สับสนและตึงเครียด

ปัญญาอ่อนระดับปานกลาง (Moderate Mental Retardation) ระดับ IQ 35 – 49

วัยก่อนเรียน (อายุ 0 – 5 ปี) มีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวล่าช้าที่สังเกตเห็นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพูดและการเข้าใจภาษาล่าช้ามาก แต่สามารถฝึกการช่วยเหลือตนเองง่าย ๆ ได้ และควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาการเพื่อเตรียมความพร้อมในทักษะพื้นฐานเพื่อเข้าเรียนต่อไป

วัยเรียน (อายุ 6 – 21 ปี) สามารถเรียนรู้การสื่อความหมายง่าย ๆ ในชีวิตประจำวันได้ สามารถฝึกการช่วยเหลือตนเองและการทำงานง่าย ๆ ได้ และสามารถฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็นได้พอสมควร แต่มีความก้าวหน้าในการเรียน เขียน อ่าน และเลขคณิตน้อยมาก ต้องการการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลตนเอง การรักษาความปลอดภัย และการฝึกใช้มือทำงานง่าย ๆ

วัยผู้ใหญ่ (อายุ 21 ปี ขึ้นไป) จะมีอายุสมอง 6 ถึงต่ำกว่า 9 ปี สามารถทำงานง่าย ๆ ในสถานที่ทำงานที่มีคนดูแลและให้ความช่วยเหลือได้ สามารถร่วมในกิจกรรมนันทนาการง่าย ๆ ได้ แต่ไม่สามารถดำรงชีวิตด้วยตนเองอย่างอิสระได้ต้องการผู้แนะนำช่วยเหลือตลอดเวลา

ปัญญาอ่อนระดับรุนแรง (Severe Mental Retardation) ระดับ IQ ประมาณ 20 – 34

วัยก่อนเรียน (อายุ 0 – 5 ปี) มีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวล่าช้าอย่างเห็นได้ชัดเจน สื่อความหมายได้น้อยมากหรือไม่ได้เลย อาจฝึกให้ช่วยเหลือตนเองเบื้องต้นง่าย ๆ ได้บ้าง เช่น การรับประทานอาหาร เป็นต้น ส่วนใหญ่มักพบความพิการซ้ำซ้อนร่วมด้วย เช่น พิการร่างกาย แขนขา หูหนวก หรือ Cerebral Palsy ต้องการการดูแลช่วยเหลือตลอดเวลา

วัยเรียน (อายุ 6 – 12 ปี) มักมีความพิการทางการเคลื่อนไหว เข้าใจภาษาและโต้ตอบได้บ้าง สามารถฝึกกิจนิสัยประจำวันได้บ้าง ต้องการการดูแลช่วยเหลือตลอดเวลา

วัยผู้ใหญ่ (อายุ 21 ปี ขึ้นไป) จะมีอายุสมอง 3 ถึงต่ำกว่า 6 ปี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ และสามารถทำกิจกรรมที่ซ้ำ ๆ ได้บ้าง ต้องการการดูแลและช่วยเหลือตลอดชีวิต

ปัญญาอ่อนระดับรุนแรงมาก (Profound Mental Retardation) ระดับ IQ ต่ำกว่า 20

วัยก่อนเรียน (อายุ 0 – 5 ปี) มีพัฒนาการด้านต่าง ๆ ล่าช้ามากอย่างเห็นได้ชัด และส่วนใหญ่มักมีการพิการอย่างอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหว อาจเดินไม่ได้หรือเคลื่อนไหวได้ยากลำบากมาก ควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่สามารถรับรู้และสื่อความหมายได้ ต้องการการดูแลและรักษาพยาบาล

วัยเรียน (อายุ 6 – 21 ปี) มีพัฒนาการด้านต่าง ๆ ล่าช้ามาก แสดงอาการโต้ตอบทางด้านอารมณ์ได้น้อยมาก อาจเข้าใจการสื่อความหมายด้วยท่าทางง่าย ๆ ได้บ้าง และอาจฝึกการใช้แขน ขา มือ และการเคี้ยวอาหารได้บ้าง ไม่สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ ต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

วัยผู้ใหญ่ (อายุ 21 ปี ขึ้นไป) จะมีสมองต่ำกว่า 3 ปี อาจฝึกให้เดินหรือเคลื่อนไหวได้บ้าง ไม่สามารถพูดได้ แต่อาจเข้าใจสื่อความหมายด้วยท่าทางง่าย ๆ ได้บ้าง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการการดูแลช่วยเหลือตลอดไป

2.1.5 ปัจจัยพื้นฐานเพื่อพัฒนาการเด็ก นายแพทย์ทัศนวัต สมบูรณ์ธรรม (2544) ได้กล่าวไว้ว่า Dr. Capute จากมหาวิทยาลัย Johns Hopkins ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็กไว้ 5 ประการคือ

1. พันธุกรรม คือ การถ่ายทอดลักษณะต่าง ๆ ที่มาจากพ่อแม่ หรือบรรพบุรุษทางสายเลือด หากพ่อแม่เป็นโรคบางโรค ลูกก็อาจเป็นโรคนั้นด้วย เช่น เดียวกันกับความฉลาดหรือพัฒนาการที่รวดเร็วสมวัย พบว่าพันธุกรรมเป็นปัจจัยสำคัญมากต่อเรื่องความฉลาด

2. การเจริญเติบโตของระบบประสาท ปัจจุบันนี้พบว่าระบบประสาทและสมองของมนุษย์เรา เจริญเติบโตมาในวัยเด็กเล็ก ปริมาตรของสมองเด็กอายุ 4 ปี เทียบได้เท่ากับร้อยละ 80 ของสมองผู้ใหญ่ และยังพบอีกว่าทารกแรกเกิดนั้นมีจำนวนเซลล์ประสาทครบถ้วนอยู่แล้ว ส่วนการเชื่อมต่อกันระหว่างเซลล์ประสาทเหล่านั้น (Synapse) จะเพิ่มมากขึ้นจนเกือบสมบูรณ์ในของปีแรก ๆ ของชีวิต จะสังเกตได้ง่าย ๆ ว่า ขนาดศีรษะของทารกแรกเกิดนั้นใหญ่มากเมื่อเทียบกับส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ซึ่งบ่งชี้ถึงความสำคัญของอวัยวะระบบประสาทที่ธรรมชาติสร้างสรรค์ไว้ตั้งแต่อายุน้อย

3. ภาวะการเจ็บป่วยของเด็ก หากเด็กเจ็บไข้ได้ป่วยบ่อย ๆ ก็จะทำให้พัฒนาการของเขา ถ่าเข้าไปได้โดยตรง โดยเฉพาะหากภาวะการเจ็บป่วยนั้นเกี่ยวข้องกับอวัยวะหลายระบบ และทำให้เขาต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลนาน ๆ เช่น การที่ทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นต้น

4. พื้นอารมณ์ของเด็ก พื้นอารมณ์ คือ การตอบสนองของเด็กต่อสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เขาเผชิญ เด็กบางคนเมื่อพบสิ่งแปลกใหม่ ซึ่งอาจเป็นของเล่นหรือกิจกรรมต่าง ๆ เขาก็จะวิ่งเข้าไปหา เพื่อสำรวจและเรียนรู้ในขณะที่บางคนจะเฝ้าดูอยู่ห่าง ๆ หรืออาจดอยหนี ในกรณีนี้เด็กกลุ่มแรกที่ “เข้าหา” ก็มีแนวโน้มที่จะมีพัฒนาการดีกว่าเด็กกลุ่มหลัง ซึ่ง “ดอยหนี”

5. การส่งเสริมจากสิ่งแวดล้อม หากเด็กได้รับการส่งเสริมหรือกระตุ้นที่ถูกต้องเหมาะสม เขาก็สามารถพัฒนาศักยภาพของเขาไปได้อย่างไม่มีสิ้นสุด การส่งเสริมที่เหมาะสมนี้ควรทำอย่างถูกต้อง ไม่ให้เร็วหรือช้ากว่าวัยจนเกินไป ให้ตรงกับวัยที่เขากำลังสนใจกิจกรรมหรือสิ่งของนั้น ๆ ให้ความแรงของสิ่งกระตุ้นพอประมาณ ไม่มากหรือน้อยจนเกินไป

ปัจจัยพื้นฐานทั้ง 5 ด้านที่กล่าวมาแล้วมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันอย่างใกล้ชิด หลากหวัข้อเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factors) ซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ยากหรือแทบจะเปลี่ยนไม่ได้เลย เช่น เรื่องของพันธุกรรม แต่อีกบางปัจจัยเป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่พ่อแม่สามารถเพิ่มพูนศักยภาพได้โดยตรง

2.1.6 จำนวนเด็กปัญญาอ่อนที่ลงทะเบียนเข้าเรียนโปรแกรมการศึกษาพิเศษ ในประเทศสหรัฐอเมริกา Beirne – Smith และคนอื่น ๆ (1998 : 48 – 49) ได้รายงานไว้ว่าเด็กปัญญาอ่อนที่เข้าเรียนโปรแกรมการศึกษาพิเศษในประเทศสหรัฐอเมริกา ในศตวรรษที่ 19 ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1920 – 1995 นั้น จำนวนเด็กปัญญาอ่อนได้เพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยในปี ค.ศ. 1920 มีประมาณ 50,000 คน และเพิ่มจำนวนมากที่สุดในปี ค.ศ. 1982 ซึ่งมีจำนวนเด็กปัญญาอ่อนที่ลงทะเบียนเรียนถึง 1,250,000 คนเศษ

2.1.7 จำนวนเด็กนักเรียนพิการที่มีอุปการะสูง Friend และ Bursuck (1996 : 151) ได้รายงานไว้ว่า จำนวนเด็กนักเรียนพิการที่เข้ารับบริการ โปรแกรมการศึกษาพิเศษในปี ค.ศ. 1991 – 1992 ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มีประเภทความพิการสูงสุด คือ เด็กพิการทางการเรียนรู้ (Learning Disability - L.D) ซึ่งมีจำนวนสูงถึง 2,218,948 คน คิดเป็นร้อยละ 51.3 ของเด็กพิการทั้งหมดที่เข้ารับบริการการศึกษาพิเศษในปี ค.ศ. 1991 - 1992

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2.1 บรรณ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ (2526) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ระบาดวิทยาของ คนพิการและผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2525 พบว่า อัตราความชุกของบุคคลปัญญาอ่อนพบจำนวน สูงสุดในช่วงอายุวัยเรียน คือ อายุ 7 - 14 ปี ทั้งนี้เนื่องจากเด็กไปโรงเรียนและพบว่าไม่สามารถเรียนได้ หรือมีปัญหาความบกพร่องในการเรียน เนื่องจากพบว่าเป็นปัญญาอ่อน และในกลุ่มนี้พบว่าเป็น ปัญญาอ่อนมาตั้งแต่เกิดถึงร้อยละ 76.64

2.2.2 ทิมณฑรรณ พัฒนยินดี (2528) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การศึกษาวิเคราะห์ ลักษณะทางสังคมและสาเหตุการเกิดปัญญาอ่อนของบุคคลปัญญาอ่อนจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลราชานุกูล ศึกษาเฉพาะกรณีเวชระเบียน ปี พ.ศ. 2522 - 2524 จากกลุ่มตัวอย่างคนไข้คนอกที่ มารับบริการที่โรงพยาบาลในปีดังกล่าว จำนวน 319 ราย พบว่าบุคคลปัญญาอ่อนส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 0-9 ปี อัตราส่วนเพศชาย : หญิง เป็น 3 : 2 และส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร พบว่าสาเหตุ การเกิดปัญญาอ่อนส่วนใหญ่จากถึงแควดล้อม (ร้อยละ 82.45) และเกิดจากสาเหตุพันธุกรรมร้อยละ 17.55 และกลุ่มที่เกิดจากสาเหตุพันธุกรรมส่วนมาก (ร้อยละ 39.28) เป็นบุตรคนที่ 1 รองลงมาเป็นบุตรคนที่ 2 (ร้อยละ 16.07) และบุตรคนที่ 3 ร้อยละ 12.50 ส่วนกลุ่มที่มีสาเหตุจากถึงแควดล้อมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 33.84) เป็นบุตรคนที่ 1 เป็นบุตรคนที่ 2 ร้อยละ 25.09 และร้อยละ 11.40 เป็นบุตรคนที่ 3 เช่นกัน และพบว่ากลุ่มเด็กปัญญาอ่อนที่มีสาเหตุจากถึงแควดล้อมส่วนใหญ่บิดามารดาสำเร็จการศึกษาระดับ ประถมศึกษา (ร้อยละ 58.93) สำเร็จระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 17.11 และกลุ่มที่เกิดจากพันธุกรรมส่วน ใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.46) และไม่ได้รับการศึกษาเลย ร้อยละ 25.00

สำหรับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยพบว่าเด็กมีปัญหาไม่สามารถช่วยเหลือตนเองใน กิจวัตรประจำวันได้ตามวัย มีปัญหาด้านการเรียน การพูด และต้องการบริการด้านการศึกษาพิเศษให้แก่ บุตร

2.2.3 พูนศักดิ์ ประมงค์ (2533) ได้ทำการศึกษา เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ของเด็กปัญญาอ่อน : ศึกษาเฉพาะกรณีการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองของโรงเรียนราชานุกูล จากกลุ่ม ตัวอย่างเด็กปัญญาอ่อนระดับฝึกรวมได้ (IQ 35 - 49) จำนวน 98 คน พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 57.14) และมีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 29.60) ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 และปริญญาตรี ร้อยละ 15.13 เท่ากัน และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 3.06 บิดามารดาส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 80.61) มีอาชีพหลักคือค้าขาย (ร้อยละ 36.25) รองลงมารับราชการ (ร้อยละ 20.41) และผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา (ร้อยละ 91.82) และมีบุตร 2 คน (ร้อยละ 37.08) รองลงมามีบุตร 3 คน (ร้อยละ 28.09) และร้อยละ 51.02 เป็นบุตรคนที่ 1 และ รองลงมาร้อยละ 22.45 และ 13.27 เป็นบุตรคนที่ 2 และที่ 3 สาเหตุการเป็นปัญญาอ่อนส่วนใหญ่เกิดจาก

ความคิดปกคิของโครโมโซม หรือสื่อพันธุกรรม (ร้อยละ 22.73) รองลงมาเกิดจากการติดเชื้อและแพ้สารพิษ (ร้อยละ 18.18)

สำหรับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมของเด็กปัญญาอ่อน ลักษณะการเข้าร่วมมากใน 3 ลำดับแรก คือ การเข้าร่วมประชุมเพื่อรับทราบเรื่องราวต่าง ๆ ของโรงเรียน การร่วมระดมเงินเพื่อช่วยเหลือในกิจกรรมของโรงเรียน และร่วมระดมวัสดุอุปกรณ์ สำหรับกิจกรรมอื่น ๆ ผู้ปกครองเข้าร่วมน้อยมาก เช่น การร่วมผลิตบทความเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมของเด็กปัญญาอ่อน การร่วมกำหนดนโยบายและวางแผนและการร่วมตัดสินใจในการจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมของเด็กปัญญาอ่อน ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะผู้ปกครองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.63) มีการศึกษาน้อยจึงไม่เข้าใจเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ซึ่งโรงเรียนควรจัดประชาสัมพันธ์และจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง

2.2.4 สิริมา สิริวรณ (2543) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัญหาการเรียนรวมของเด็กปัญญาอ่อนในชั้นเรียนปกติ โดยทำการศึกษาเด็กปัญญาอ่อนจำนวน 107 คน ที่เรียนรวมในโรงเรียนในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโรงเรียนรัฐบาล 7 โรงเรียน เอกชน 5 โรงเรียน จากการตอบแบบสอบถามของครูที่สอนเด็กปัญญาอ่อนเรียนรวม 60 คน พบว่าเด็กปัญญาอ่อนมีปัญหาในในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านการเรียน พบว่ามีปัญหามากเกี่ยวกับการไม่เข้าใจบทเรียนที่ครูสอน มีช่วงความสนใจสั้นมาก และจดจำเรื่องที่เรียนไปแล้วไม่ได้ (ร้อยละ 31.8) ขาดความสนใจในบทเรียน (ร้อยละ 25.2) และไม่มีความพร้อมในการเรียน พูด อ่าน เขียน และทักษะเลขคณิต (ร้อยละ 22.4) และไม่ให้ความร่วมมือในการเรียน (ร้อยละ 19.6)

2. ด้านสังคม พบว่ามีปัญหามากเกี่ยวกับการไม่กล้าแสดงออก ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง (ร้อยละ 15.9) ปรับตัวให้เข้ากับเพื่อนไม่ได้ คือ รัง เหน็ดใจตนเอง และไม่เชื่อฟังครู (ร้อยละ 14.00) หิขิบของเพื่อนโดยไม่ขออนุญาต (ร้อยละ 13.1) และมักจะแยกตัวและชอบแหย่เพื่อน (ร้อยละ 11.2)

3. ด้านการช่วยเหลือตนเอง มีปัญหามากเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยของตนเอง (ร้อยละ 13.1) การรับประทานอาหารและการทำความสะอาดง่าย ๆ (ร้อยละ 12.1) และการแปรงฟันและการทำตามคำสั่ง (ร้อยละ 11.2)

4. ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ มีปัญหามากเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ไม่ได้ (ร้อยละ 17.8) มักจะพูดสอแตรกและส่งเสียงดัง เฉย เฉื่อยชา และเกียจคร้าน (ร้อยละ 14.0) ก้าวร้าวชอบรังแกเพื่อน และว่องไวผิดปกติ อยู่ไม่สุข (ร้อยละ 11.2) และแยกตัวและเหม่อลอย (ร้อยละ 9.3)

5. ด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีปัญหามากเกี่ยวกับครูคนอื่น ๆ ในโรงเรียนไม่เข้าใจเด็กปัญญาอ่อน (ร้อยละ 14.0) ผู้ปกครองไม่ยอมรับในความสามารถในการเรียนรู้ของเด็ก (ร้อยละ 8.4) และผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือกับทางโรงเรียน และเข้มงวดกับเด็กมากเกินไป (ร้อยละ 6.5)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

3.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study)

3.2 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นเด็กปัญญาอ่อนที่โรงพยาบาลราชานุกูลรับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล:

3.3 กลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะดังนี้

3.3.1 เป็นเด็กปัญญาอ่อนที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยทางคลินิก (clinical diagnosis) จากกลุ่มงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชานุกูล

3.3.2 เป็นเด็กปัญญาอ่อนที่ทางโรงพยาบาลรับไว้เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาที่กลุ่มงานการศึกษาพิเศษ (โรงเรียนราชานุกูล) โรงพยาบาลราชานุกูล ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2540 – 2543 จำนวน 296 คน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้ทำการศึกษาจากแหล่งข้อมูล ดังนี้

3.4.1 จากแฟ้มประวัติของเด็กปัญญาอ่อนเป็นรายบุคคลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลราชานุกูล

3.4.2 จากการสัมภาษณ์และสอบถามเพิ่มเติมบางส่วนจากผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อน

3.4.3 จากรายงานผลการสำรวจและสถิติต่าง ๆ ของโรงพยาบาลราชานุกูล

3.4.4 จากแฟ้มทะเบียนประวัติส่วนตัวเด็กของกลุ่มงานการศึกษาพิเศษ (โรงเรียนราชานุกูล)

3.5 การรวบรวมข้อมูล ได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.5.1 รวบรวมรายชื่อของเด็กปัญญาอ่อนที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาในระหว่างปี พ.ศ. 2540 – 2543 ซึ่งมีจำนวน 296 คน

3.5.2 รวบรวมข้อมูลทั่วไปของเด็กปัญญาอ่อนจากแฟ้มประวัติของโรงพยาบาลและจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นรายบุคคลตามหัวข้อที่กำหนดไว้ในขอบเขตการศึกษาวิจัย

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าสถิติและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.6.1 ข้อมูลทั่วไปใช้การวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ (Percentage) เป็นรายชื่อ

3.6.2 ใช้การเทียบค่าจากข้อมูลกลุ่มใหญ่เสนอความแตกต่างโดยการเทียบค่าร้อยละเป็นเกณฑ์

3.6.3 ใช้การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปกราฟแผนภูมิแท่ง (Bar Chart) และสถิติภาคบรรยายประกอบ

บทที่ 4 ผลการวิจัย

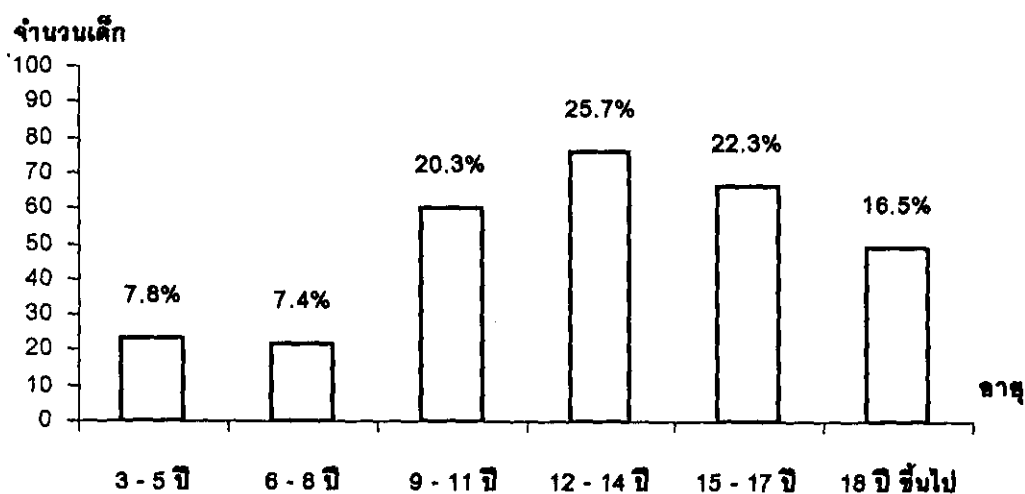
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบกราฟแผนภูมิแท่ง (Bar Chart) ในค่าของร้อยละ (Percentage) และการบรรยายประกอบดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทางด้านสถานภาพส่วนตัวของเด็กปัญญาอ่อน

1.1 เด็กปัญญาอ่อนจำแนกตามอายุ

1.1.1 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนจำแนกตามอายุ

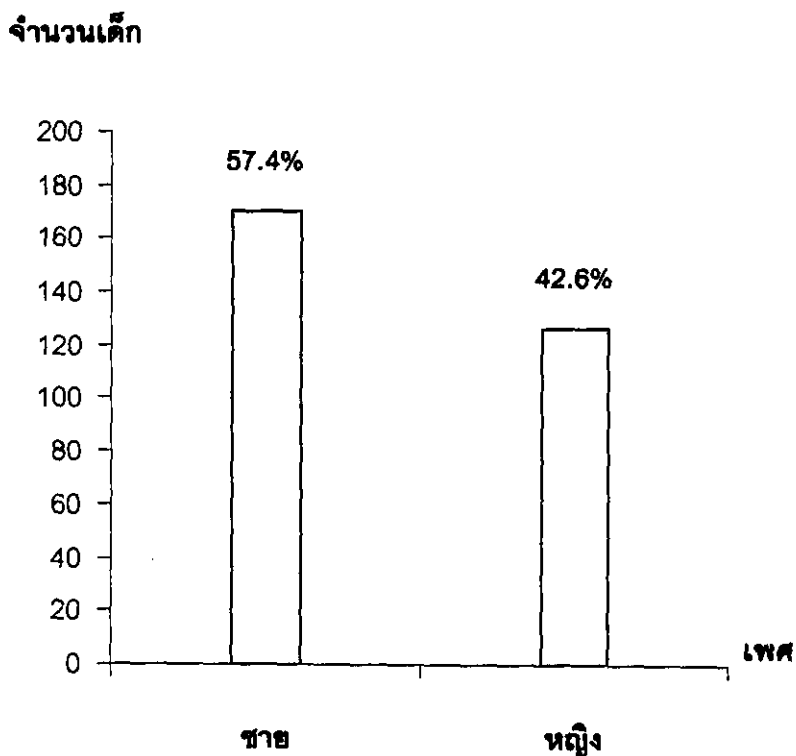


แผนภูมิที่ 1. กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนจำแนกตามอายุ

จากกราฟแผนภูมิแท่งแสดงจำนวนเด็กปัญญาอ่อนที่รับไว้ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาในกลุ่มงานการศึกษาพิเศษ โรงพยาบาลราชานุกูล ระหว่างปี พ.ศ. 2540 – 2544 มีเด็กปัญญาอ่อนระหว่างอายุ 12 – 14 ปี มากที่สุด คือ 76 คน (ร้อยละ 25.7) รองลงมาระหว่างอายุ 15 – 17 ปี มี 66 คน (ร้อยละ 22.3) และอายุระหว่าง 9 – 11 ปี มี 60 คน (ร้อยละ 20.3) นอกจากนั้นเป็นอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มี 49 คน (ร้อยละ 16.5) และมีจำนวนน้อย คือ 3 – 5 ปี และ 6 – 8 ปี ซึ่งมีจำนวน 23 คน (ร้อยละ 7.8) และ 22 คน (ร้อยละ 7.4) ตามลำดับ

1.2 เด็กปัญญาอ่อนจำแนกตามเพศ

1.2.1 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนจำแนกตามเพศ

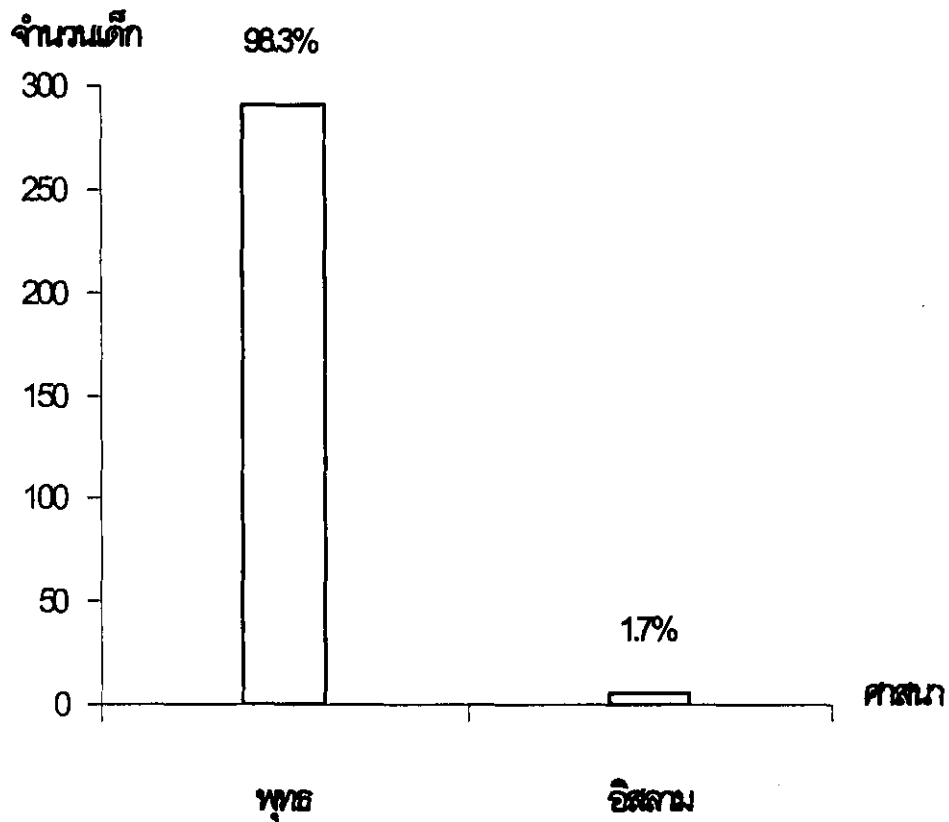


แผนภูมิที่ 2 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนจำแนกตามเพศ

จากกราฟแสดงให้เห็นว่าเด็กปัญญาอ่อนที่ทำการศึกษาค้นคว้าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีจำนวน 170 คน (ร้อยละ 57.4) และเป็นเพศหญิงจำนวน 126 คน (ร้อยละ 42.6)

1.3 เด็กปัญญาอ่อนจำแนกตามศาสนา

1.3.1 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนจำแนกตามศาสนา

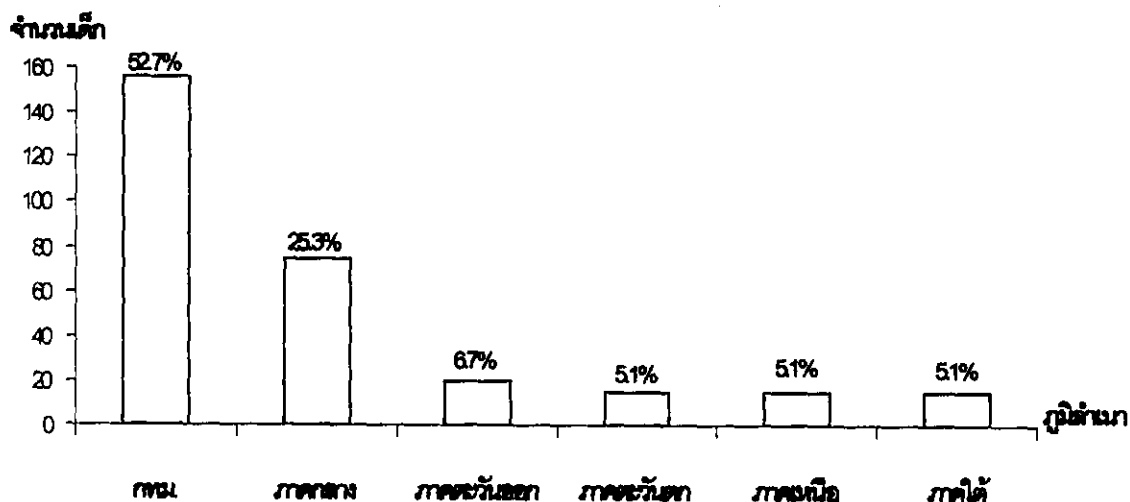


แผนภูมิที่ 3 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนจำแนกตามศาสนา

จากกราฟดังกล่าวจะพบว่าเด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 291 คน (ร้อยละ 98.3) และนับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 5 คน (ร้อยละ 1.7) ศาสนาคริสต์หรืออื่น ๆ ไม่มีเลย

1.4 ภูมิภาคของเด็ก

1.4.1 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนจำนวนมากตามภูมิภาค



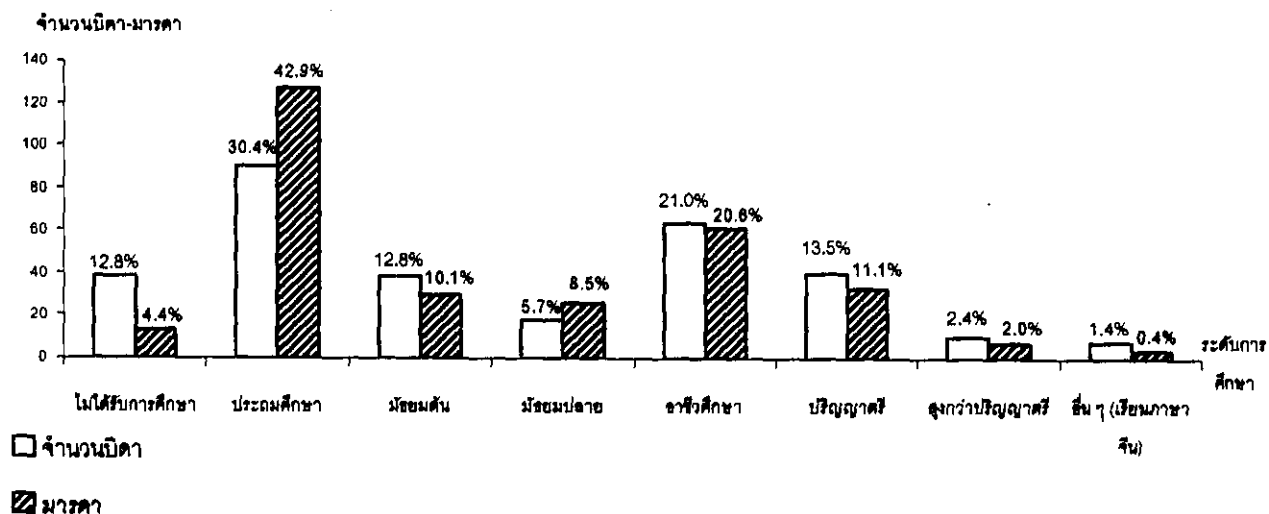
แผนภูมิที่ 4 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนจำนวนมากตามภูมิภาค

จากกราฟพบว่า เด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีจำนวน 156 คน (ร้อยละ 52.7) รองลงมาอาศัยอยู่ในจังหวัดภาคกลาง มีจำนวน 75 คน (ร้อยละ 25.3) อาศัยอยู่ในจังหวัดภาคตะวันออก จำนวน 20 คน (ร้อยละ 6.7) และน้อยที่สุดอาศัยอยู่ในจังหวัดภาคตะวันตก ภาคเหนือ ภาคใต้ มีจำนวนเท่ากันทั้ง 3 ภาค คือ 15 คน (ร้อยละ 5.1)

ตอนที่ 2 ข้อมูลทางด้านครอบครัว

2.1 ระดับการศึกษาของบิดามารดา

2.1.1 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของระดับการศึกษาของบิดา-มารดาของเด็กปัญญาอ่อน



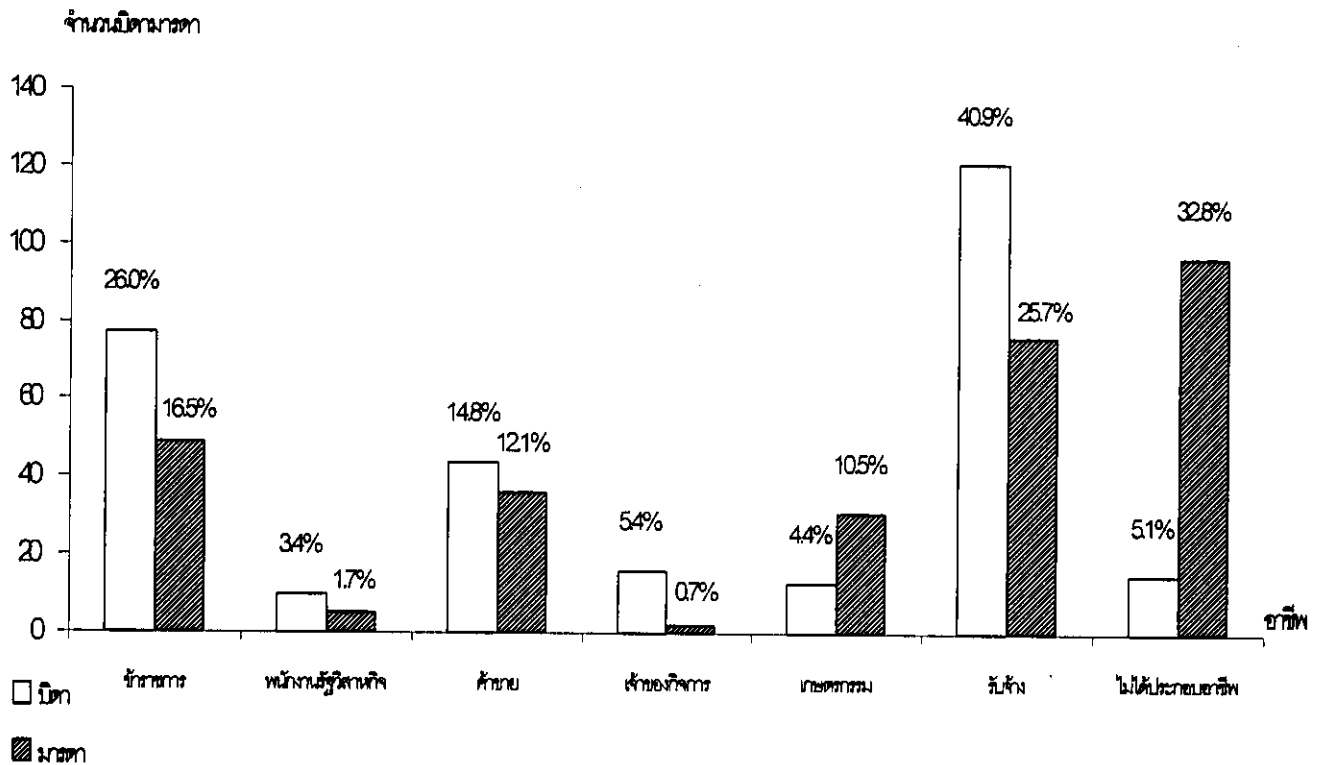
แผนภูมิที่ 5 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของระดับการศึกษาของบิดา-มารดาของเด็กปัญญาอ่อน

จากกราฟที่แสดงดังกล่าว พบว่าบิดามารดามีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คือ มารดา 127 คน (ร้อยละ 42.9) และบิดา 90 คน (ร้อยละ 30.4) รองลงมาในระดับอาชีวศึกษา บิดา จำนวน 62 คน (ร้อยละ 21.0) และมารดา 61 คน (ร้อยละ 20.6) ลำดับที่ 3 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คือ บิดา 40 คน (ร้อยละ 13.5) และมารดา 33 คน (ร้อยละ 11.1) ลำดับที่ 4 มัธยมศึกษาตอนต้น บิดา 38 คน (ร้อยละ 12.8) และมารดา 30 คน (ร้อยละ 10.1) ลำดับที่ 5 ไม่ได้รับการศึกษา บิดา 38 คน (ร้อยละ 12.8) และมารดา 13 คน (ร้อยละ 4.4) นอกจากนั้นที่มีจำนวนน้อย คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สูงกว่าระดับปริญญาตรี และอื่น ๆ (เรียนภาษาจีน) ตามลำดับ

ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ พิมลพรรณ พัฒนอินดี (2528) การศึกษาวิจัยของ พูนศักดิ์ ประมงค์ (2533) และการศึกษาวิจัยของ ชวลา เขียรธนู (2538) ที่พบว่าการศึกษของผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา จึงเป็นข้อที่น่าสังเกตว่า อาจจะเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดบุตรปัญญาอ่อนได้เนื่องจากบิดามารดาที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือได้รับการศึกษาน้อยอาจจะขาดความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูให้ถูกหลักหรือขาดการเอาใจใส่ดูแลในการส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาที่มีการศึกษาน้อยขาดความรู้ในการดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อหรือรับสารพิษต่าง ๆ หรือขาดอาหารบำรุงสุขภาพร่างกาย และอีกประการหนึ่งก็คือ บิดามารดาที่มีการศึกษาน้อย ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพที่มีรายได้ต่ำ ฐานะยากจน ทำให้ครอบครัวมีเศรษฐกิจต่ำ ไม่มีความมั่นคงในครอบครัว เกิดภาวะตึงเครียดในครอบครัว ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของมารดาในระหว่างตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูเด็กซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นเหตุอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะปัญญาอ่อน

2.2 อาชีพของบิดามารดาเด็กปัญญาอ่อน

2.2.1 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของอาชีพบิดามารดา



แผนภูมิที่ 6 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของอาชีพบิดามารดา

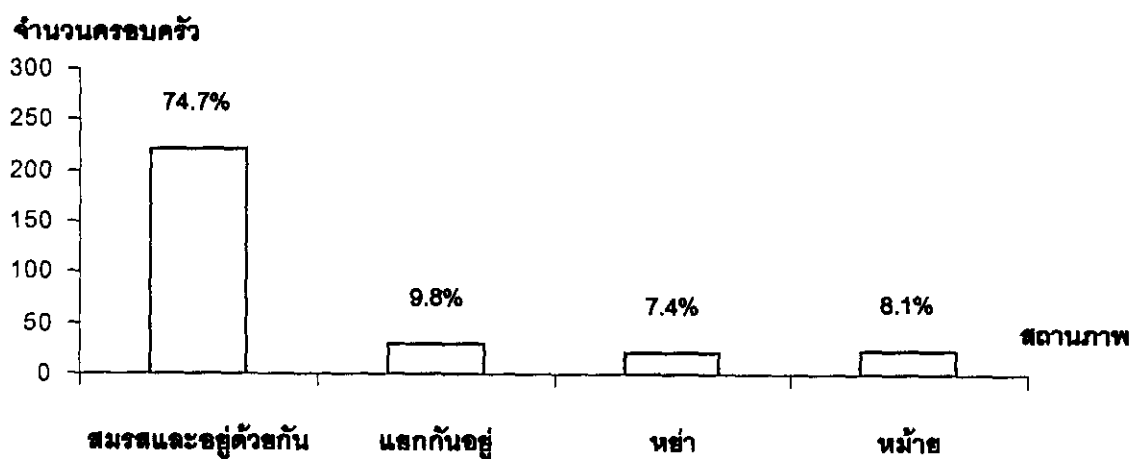
ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างซึ่งมีบิดา 121 คน (ร้อยละ 40.9) มารดา 76 คน (ร้อยละ 25.7) รองลงมาข้าราชการมีบิดา 77 คน (ร้อยละ 26.0) และมารดา 49 คน (ร้อยละ 16.5) ลำดับที่ 3 เป็นอาชีพค้าขาย มีบิดา 44 คน (ร้อยละ 14.8) และมารดา 36 (ร้อยละ 12.1) ลำดับที่ 4 เป็นอาชีพเกษตรกร ซึ่งมีบิดา 13 คน (ร้อยละ 4.4) มารดา 31 คน (ร้อยละ 10.5) นอกจากนั้นเป็นส่วนน้อย คือ ทำงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งมีบิดา 10 คน (ร้อยละ 3.4) และมารดา 5 คน (ร้อยละ 1.7) และอาชีพเป็นเจ้าของกิจการมีบิดา 16 คน (ร้อยละ 5.4) และมารดา 2 คน (ร้อยละ 0.7)

และพบว่าผู้ปกครองที่ไม่ได้ประกอบอาชีพส่วนหนึ่ง ซึ่งอาจมีอุปสรรคต่าง ๆ เช่น ตกงาน หรือเจ็บป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว ซึ่งมีบิดา 15 คน (ร้อยละ 5.1) และมารดา มีจำนวนถึง 97 คน (ร้อยละ 32.8) และส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านมีหน้าที่ดูแลลูกและทำงานบ้าน ซึ่งเป็นบทบาทและผู้หญิงไทยมาแต่ดั้งเดิมที่มารดาจะต้องมีหน้าที่เลี้ยงดูลูกและรับผิดชอบดูแลการกินอยู่ของสมาชิกในครอบครัว

สำหรับการประกอบอาชีพของคนเรานั้นส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์กับการศึกษา ถ้าได้รับการศึกษาสูงจะนำไปสู่การมีอาชีพที่ดี และมีรายได้สูง ซึ่งจะเป็นหลักประกันฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การมีรายได้น้อยอาจทำให้ขาดความมั่นคงในครอบครัว

2.3 สถานภาพการสมรสของบิดามารดา

2.3.1 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของสถานภาพการสมรสของบิดามารดา



แผนภูมิที่ 7 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของสถานภาพการสมรสของบิดามารดา

ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสในสภาพที่สมรสแล้วยังอยู่ด้วยกันจำนวน 221 ครอบครัว (ร้อยละ 74.7) รองลงมาคือ แยกกันอยู่ 29 ครอบครัว (ร้อยละ 9.8) ลำดับที่ 3 บิดามารดาที่หม้ายมี 24 ครอบครัว (ร้อยละ 8.1) และจำนวนน้อยที่สุดคือบิดามารดาที่หย่ากันมี 22 ครอบครัว (ร้อยละ 7.4)

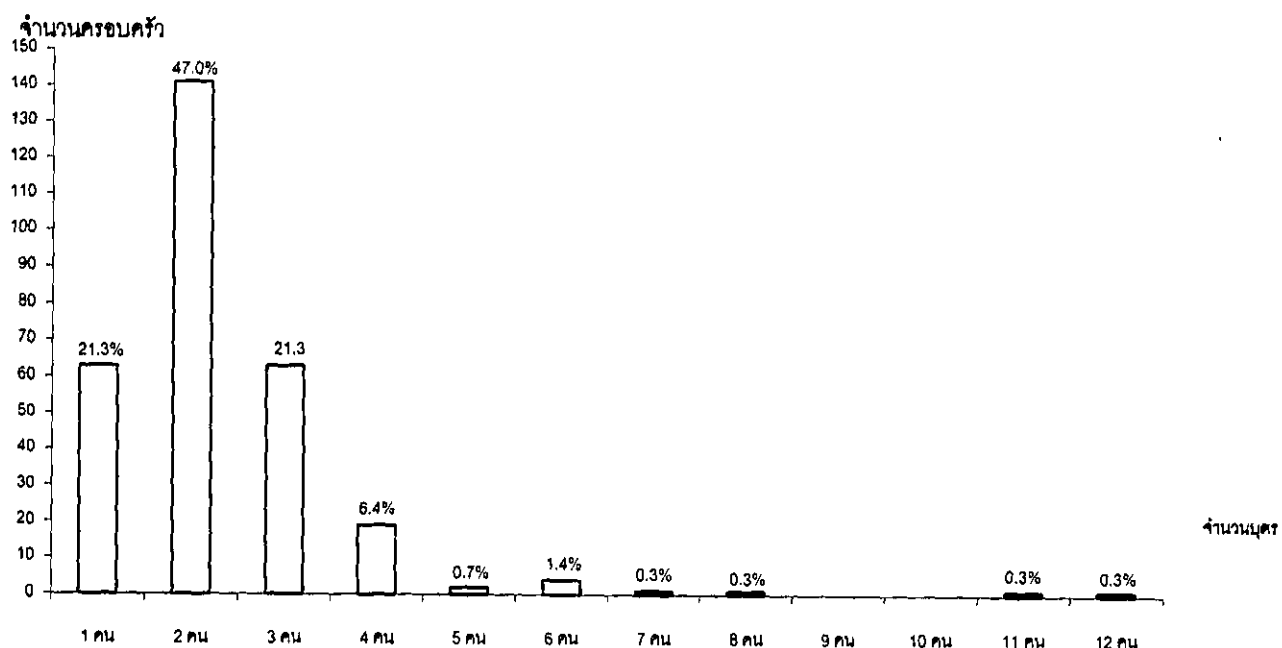
จากการศึกษาดังกล่าวที่พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสและยังอยู่ด้วยกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมลพรรณ พัฒนขินดี (2528) และ พูนศักดิ์ ประมงศ์ (2533) ซึ่งพบร้อยละ 64.2 และ 80.6 ตามลำดับ และลำดับรองลงมาคือ บิดามารดาแยกกันอยู่ ซึ่งมีผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของทั้งสองเรื่องเช่นเดียวกัน

จากการศึกษาของไทยดังกล่าวจะพบว่ามีแตกต่างกับการศึกษาของครอบครัวชาวตะวันตกโดยสิ้นเชิง เนื่องจาก บล็อก (Block) อ้างถึงใน สุปาณี สนธิรัตน์ (2527) ที่ได้ศึกษาครอบครัวที่มีเด็กพิการจำนวน 142 ครอบครัว พบว่าในครอบครัวที่บุตรร่างกายพิการได้รับการช่วยเหลือให้มีชีวิตรอด อัตราการหย่าร้างจะสูงกว่าครอบครัวครอบครัวที่มีบุตรปกติถึง 9 เท่า และถ้าบุตรพิการถึงแก่

กรรมอัตราค่าหย่าร้างจะสูงกว่าครอบครัวที่มีบุตรปกติถึง 3 เท่า ซึ่งการวิจัยนี้สนับสนุนว่าการมีบุตร
 พิจารณาจะเพิ่มความกดดันและความอ่อนล้าแก่ชีวิตคู่ อาจจะมีการฆ่าตัวตาย พิษสุราเรื้อรัง ซึ่งเป็นปฏิกริยา
 ได้ตอบของบิดามารดาที่มีต่อบุตรพิจารณา บางคนไม่ยอมรับความจริง รู้สึกสงสารตัวเอง ไม่ยอมรับบุตร
 มีหลายคนารู้สึกผิดและอาช ซึ่งก่อให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งบุตรพิจารณาจะมีอิทธิพลต่อ
 สถานภาพทางสังคมของบิดามารดา และกลายเป็นภาระของครอบครัวตลอดไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัว
 ที่มีบุตรปัญญาอ่อน จะเพิ่มความกดดันครอบครัวมากกว่าความพิจารณาอื่น ๆ เพราะจะเป็นภาระ
 ของครอบครัวตลอดไป แต่สำหรับครอบครัวคนไทยส่วนใหญ่จะทำให้ความรักและเมตตาต่อบุตร
 ปัญญาอ่อนหรือพิจารณา เพราะสังคมของไทยมักจะมีจิตใจอ่อนโยน และมีความเอื้ออาทรต่อคนในครอบครัว
 และคนอื่น ๆ และส่วนใหญ่จะเชื่อในเคราะห์กรรมที่ทำให้มีบุตรหลานพิจารณา จึงมักจะยอมรับและ
 ให้ความเมตตาสงสาร ซึ่งจากผลของการวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายก
 รัฐมนตรี (2528) ในด้านความเชื่อของผู้ปกครองคนพิจารณา พบว่าผู้ปกครองมีความเชื่อค่อนข้างสูงที่ว่า
 ความพิจารณาเป็นเรื่องที่ควรเปิดเผย และเชื่อว่าเป็นเรื่องของเคราะห์กรรมและไม่น่าอับอาย ผลการวิเคราะห์
 เปรียบเทียบพบว่าผู้ปกครองที่มีภูมิลำเนาทางภาคตะวันออกเฉียงมีความเชื่อในด้านดังกล่าวสูงกว่าผู้ปกครอง
 ทุกภาค รองลงมาเป็นผู้ปกครองในกรุงเทพมหานคร และมีความเชื่อต่ำสุด คือ ผู้ปกครองคนพิจารณาใน
 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และผู้ปกครองบุตรพิจารณาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีความเชื่อสูงกว่า
 ผู้ปกครองที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและผู้ปกครองที่นับถือศาสนาพุทธ และคริสต์มีความเชื่อสูงกว่า
 ผู้ปกครองที่นับถือศาสนาอิสลาม

2.4 จำนวนบุตรในครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน

2.4.1 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของจำนวนบุตรในครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน



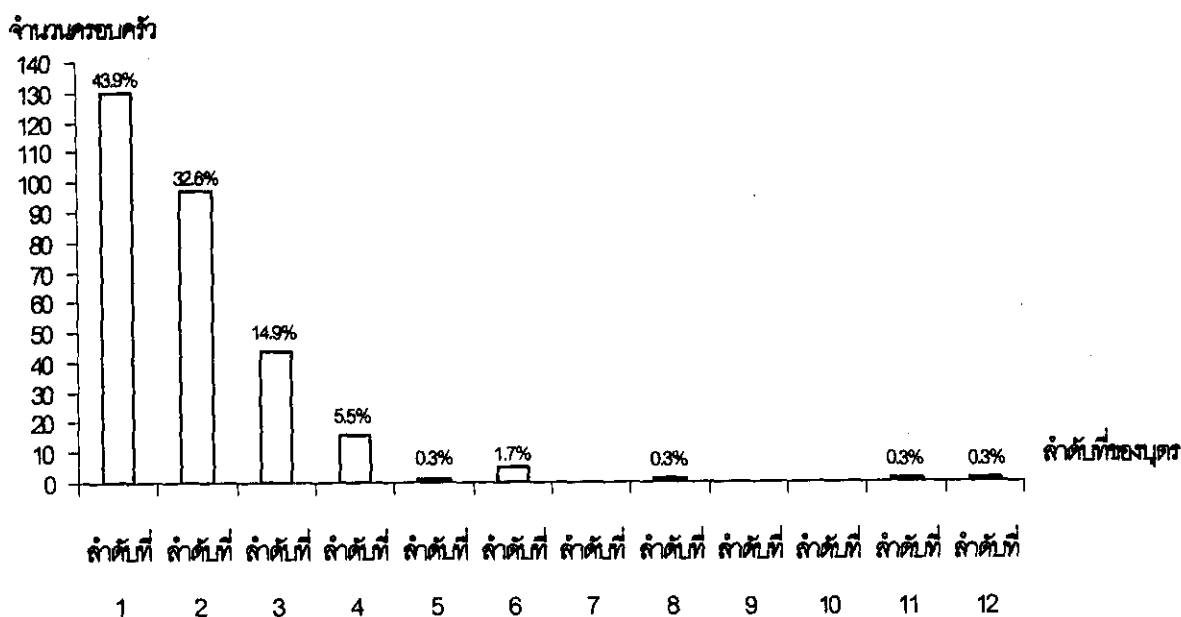
แผนภูมิที่ 8 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของจำนวนบุตรในครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน

จากการศึกษาดังกล่าวพบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 2 คน (ร้อยละ 47) รองลงมา มี 1 และ 3 คน จำนวนเท่ากัน คือ 63 ครอบครัว (ร้อยละ 21.3) นอกจากนี้มี 4 คน จำนวน 19 ครอบครัว (ร้อยละ 6.4) มีบุตร 6 คน จำนวน 4 ครอบครัว (ร้อยละ 1.4) จำนวน 5 คน มี 2 ครอบครัว (ร้อยละ 0.7) และมีบุตรจำนวน 7 คน 8 คน 11 คน และ 12 คน อย่างละ 1 ครอบครัว (ร้อยละ 0.3)

จากการศึกษานี้พบว่าสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ พูนศักดิ์ ประมงค์ (2533) จำนวนครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีบุตร 2 คน และรองลงมามีบุตร 3 คน การที่ผู้ปกครองมีบุตร 1 - 3 คน แสดงให้เห็นว่าเหมาะสมกับสถานะเศรษฐกิจในปัจจุบัน ประกอบกับผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นว่าการมีบุตรน้อยเป็นผลดีต่อเด็ก ที่ผู้ปกครองสามารถดูแลได้อย่างทั่วถึงมากกว่าบุตรหลายคนและเด็กจะได้รับความรักและความอบอุ่นจากผู้ปกครองมากกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุตรพิการหรือปัญญาอ่อนต้องการการเอาใจใส่จากบิดามารดาอย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษ

2.5 ลำดับที่ของการเป็นบุตรในครอบครัว

2.5.1 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของลำดับที่ของการเป็นบุตรในครอบครัว



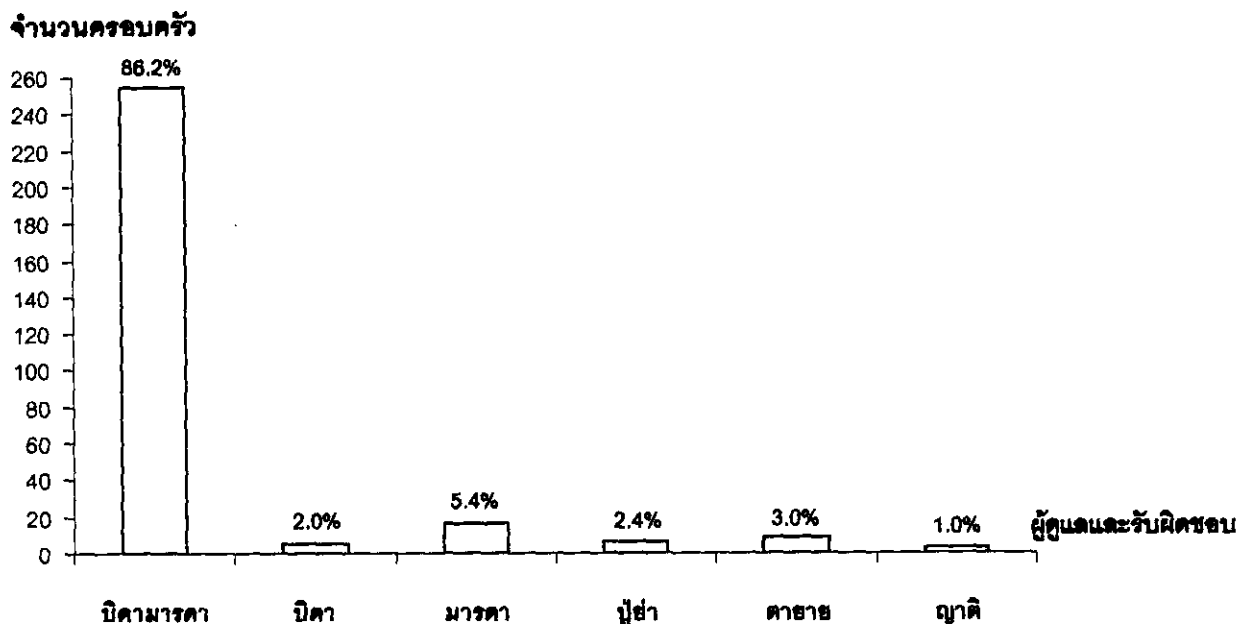
แผนภูมิที่ 9 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของลำดับที่ของการเป็นบุตรในครอบครัว

จากกราฟพบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีบุตรเพียงคนเดียวเป็นลำดับที่ 1 มากที่สุด คือ จำนวน 130 คน (ร้อยละ 43.9) รองลงมาเป็นบุตรลำดับที่ 2 จำนวน 97 คน (ร้อยละ 32.8) และเป็นบุตรลำดับที่ 3 จำนวน 44 คน (ร้อยละ 14.9) ลำดับที่ 4 จำนวน 16 คน (ร้อยละ 5.5) ลำดับที่ 6 จำนวน 5 คน (ร้อยละ 1.7) นอกจากนั้นลำดับที่ 5 ที่ 8 ที่ 11 และที่ 12 มีอย่างละ 1 คน (ร้อยละ 0.3)

จากผลการศึกษาดังกล่าวนี้จะสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ พิมพ์พรรณ พัฒนอินดี (2528) ของ พูนศักดิ์ ประมงค์ (2533) และของ พ.ญ. ชวลา เรือรณู (2537) ที่ผลการศึกษาพบว่า เด็กเพียงคนเดียวส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 1 เช่นเดียวกัน

2.6 ผู้ดูแลและรับผิดชอบเด็กปัญญาอ่อน

2.6.1 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลและรับผิดชอบเด็กปัญญาอ่อน



แผนภูมิที่ 10 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลและรับผิดชอบเด็กปัญญาอ่อน

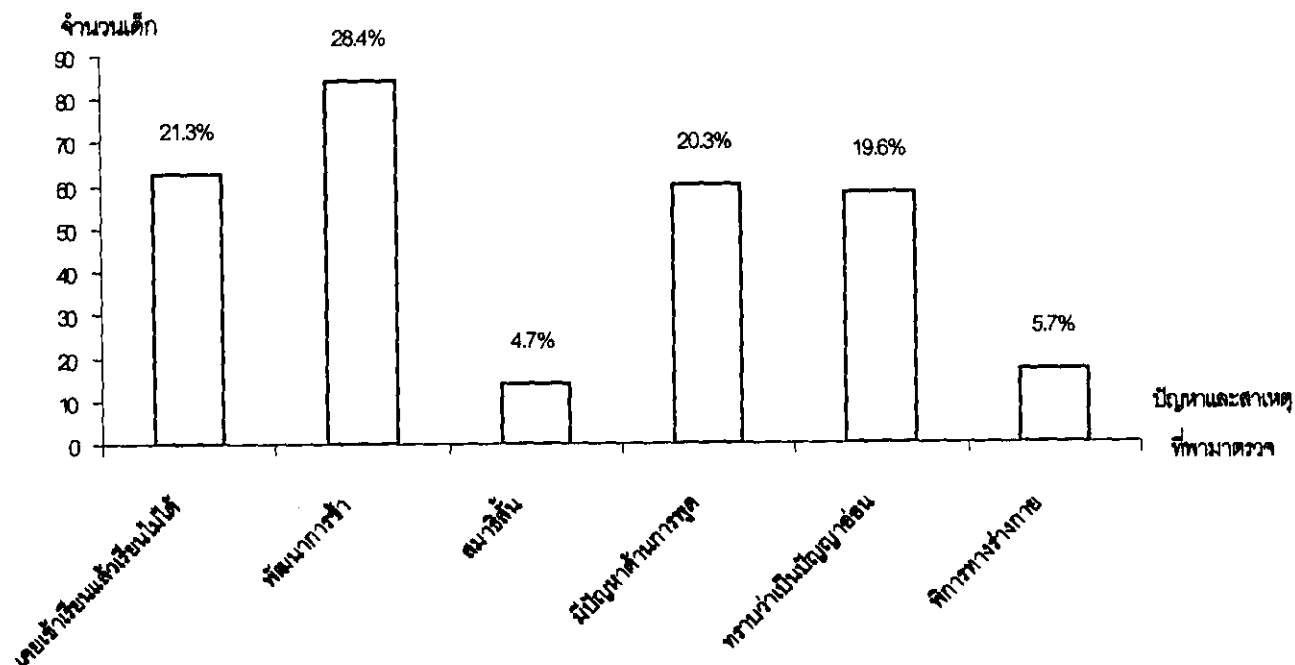
จากการศึกษาพบว่าเด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่มีบิดามารดาเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ จำนวน 255 คน (ร้อยละ 86.2) รองลงมาเป็นมารดาเป็นผู้ใช้ดูแลและรับผิดชอบจำนวน 16 คน (ร้อยละ 5.4) นอกจากนั้นอยู่ในความดูแลและรับผิดชอบของตาชาย ปู่ย่า และญาติ ตามลำดับคือ 9 คน (ร้อยละ 3.0) 7 คน (ร้อยละ 2.4) และ 3 คน (ร้อยละ 1.0)

จากการที่เด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่มีบิดามารดาเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบนี้ แสดงให้เห็นว่าครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนยังเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์ มีบิดามารดาดูแลเอาใจใส่ต่อบุตรปัญญาอ่อนดี และเด็กได้รับความรักความอบอุ่นจากบิดามารดาเช่นเดียวกับบุตรคนอื่น ๆ ซึ่งจากการศึกษาของ พูนศักดิ์ ประมงศ์ (2533) พบว่าความรู้สึกรักของผู้ปกครองส่วนใหญ่ของเด็กปัญญาอ่อนมีความรู้สึกสงสารและอยากช่วยเหลือบุตรปัญญาอ่อนมาก (ร้อยละ 48.5) และจากการศึกษาวิจัยของ จอร์แดน (Jordan) อังใน ซูชีพ อ่อน โศกสูง (2527) พบว่า ผู้ที่จะกระทำหน้าที่ให้เด็กปัญญาอ่อนเกิดความพร้อมในด้านต่าง ๆ เช่น การช่วยเหลือตนเอง การทำตามคำสั่ง ฯลฯ ได้แก่ มารดาของเด็กนั่นเอง ฉะนั้นการที่เด็กปัญญาอ่อนอยู่ในความดูแลและรับผิดชอบของบิดามารดาจึงเป็นผลดีต่อการพัฒนาการทักษะต่าง ๆ ของเด็กปัญญาอ่อนอย่างมาก

ตอนที่ 3 ข้อมูลทางด้านปัญหาและสาเหตุที่พาดังกล่าวที่โรงพยาบาลราชานุกูล

3.1 ปัญหาและสาเหตุที่พาดังกล่าวที่โรงพยาบาล

3.1.1 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาและสาเหตุที่พาดังกล่าวที่โรงพยาบาลราชานุกูล

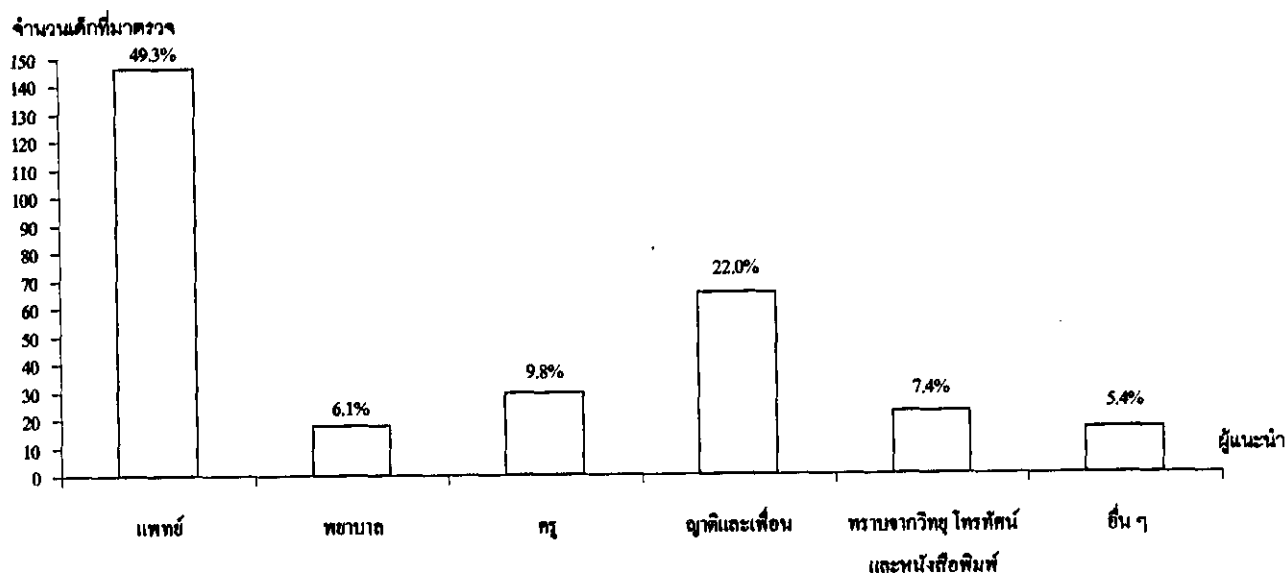


แผนภูมิที่ 11 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาและสาเหตุที่พาดังกล่าวที่โรงพยาบาลราชานุกูล

จากการศึกษาพบว่าสาเหตุที่พาดังกล่าวที่โรงพยาบาลราชานุกูล สาเหตุส่วนใหญ่คือ เด็กมีพัฒนาการช้า เช่น ช่วยเหลือตนเองได้ช้ามาก หรือช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันไม่ได้ พบว่ามีจำนวน 84 คน (ร้อยละ 28.4) รองลงมาคือเข้าเรียนแล้วแต่เรียนไม่ได้มีจำนวน 63 คน (ร้อยละ 21.3) ลำดับที่ 3 มีปัญหาด้านการพูด เช่น พูดไม่ได้หรือพูดได้น้อยคำ มีความเข้าใจในภาษาและสื่อความหมายน้อยมาก มีจำนวน 60 คน (ร้อยละ 20.3) ทราบว่าเป็นปัญญาอ่อนจึงนำมาตรวจมีจำนวน 58 คน (ร้อยละ 19.6) นอกจากนั้นก็มิตาเหตุการมีความพิการทางร่างกายร่วมด้วย จำนวน 17 คน (ร้อยละ 5.7) และมีสาเหตุน้อยที่สุดคือ มีสมาธิสั้นมาก ไม่มีความตั้งใจในการเรียน ชุกชน ไม่อยู่นิ่ง มีจำนวน 14 คน (ร้อยละ 4.7)

3.2 ผู้แนะนำให้พาดังมาตรวจที่โรงพยาบาลราชานุกูล

3.2.1 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของผู้แนะนำให้พาดังมาตรวจ



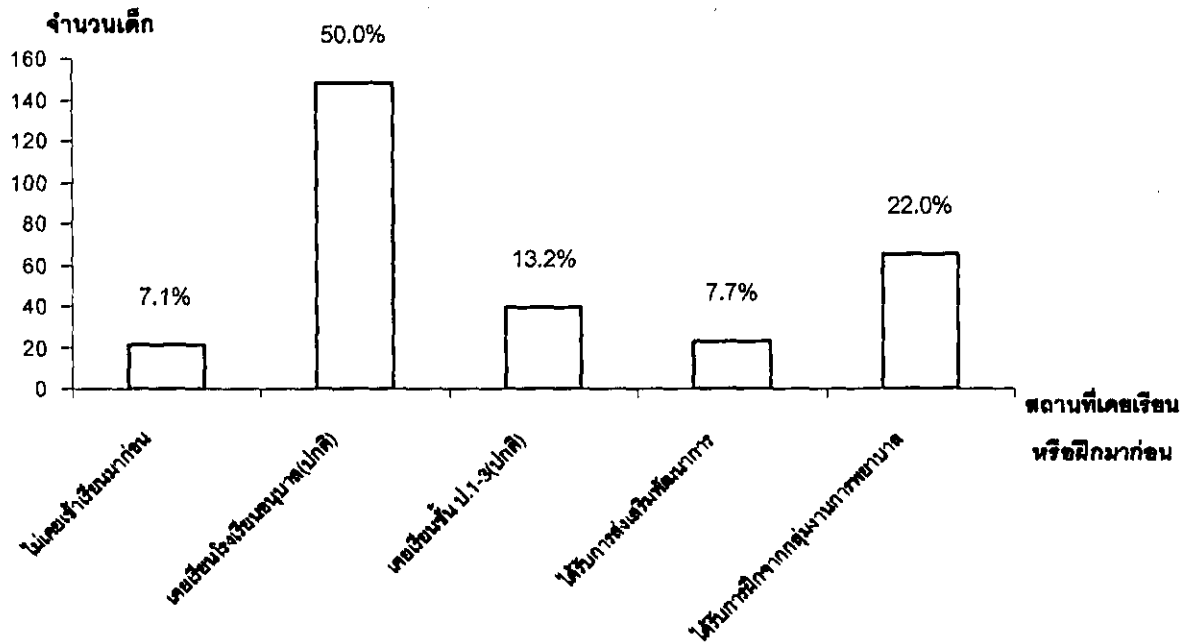
แผนภูมิที่ 12 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของผู้แนะนำให้พาดังมาตรวจ

จากการศึกษาพบว่าผู้แนะนำให้ผู้ปกครองพาเด็กมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลราชานุกูลมากที่สุด คือ แพทย์ มีจำนวน 146 คน (ร้อยละ 49.3) เนื่องจากเมื่อถูกฝึกปฏิบัติ ผู้ปกครองมักจะพาไปตรวจกับแพทย์ทั่วไปก่อน เมื่อแพทย์ตรวจพบว่าเป็นปัญหาอ่อนก็จะแนะนำให้มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลราชานุกูล เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ให้บริการแก่เด็กปัญหาอ่อนโดยตรง รองลงมาก็เป็นญาติและเพื่อน ๆ แนะนำ มี 65 คน (ร้อยละ 22.0) เป็นครู จำนวน 29 คน (ร้อยละ 9.8) เนื่องจากครูพบว่าเด็กมีความบกพร่องทางการเรียนรู้และเรียนไม่ได้ ถ้าดับต่อไปก็เป็นการรับทราบจากข่าว วิทยุ โทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 7.4) และอื่น ๆ ที่แนะนำให้พาดังมาตรวจมีจำนวน 16 คน (ร้อยละ 5.4)

ตอนที่ 4 ข้อมูลทางด้านประวัติการเรียน

4.1 ประวัติการเรียนก่อนมาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา

4.1.1 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนเกี่ยวกับประวัติการเรียนก่อนมาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา



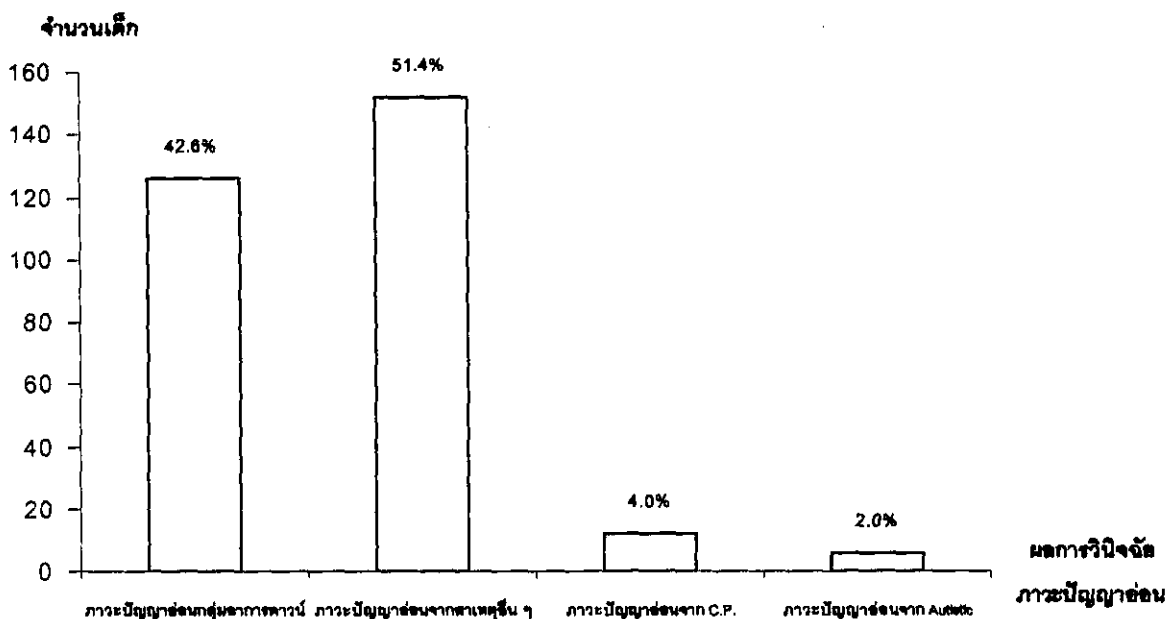
แผนภูมิที่ 13 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนเกี่ยวกับประวัติการเรียนก่อนมาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าก่อนมาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาที่โรงเรียนราชานุกูล เด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่เคยเข้าเรียนในโรงเรียนอนุบาลปทุมมาแล้ว 148 คน (ร้อยละ 50.0) รองลงมาได้รับการฝึกเตรียมความพร้อมเบื้องต้นจากศึกษาด่าง ๆ ของกลุ่มงานการพยาบาลมาแล้ว 65 คน (ร้อยละ 22.0) เคยเรียนชั้น ป.1-ป.3 ในโรงเรียนปทุมมาแล้วแต่เรียนไม่ได้ 39 คน (ร้อยละ 13.2) เคยได้รับการส่งเสริมพัฒนาการจากโรงพยาบาลราชานุกูลและศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการมาแล้วแต่ไม่สามารถไปเรียนร่วมในโรงเรียนปกติได้ มี 23 คน (ร้อยละ 7.7) และไม่เคยเข้าเรียนมาก่อน จำนวน 21 คน (ร้อยละ 7.1)

ตอนที่ 5 ข้อมูลทางการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อนและโรคประจำตัว

5.1 ผลการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อน

5.1.1 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อน

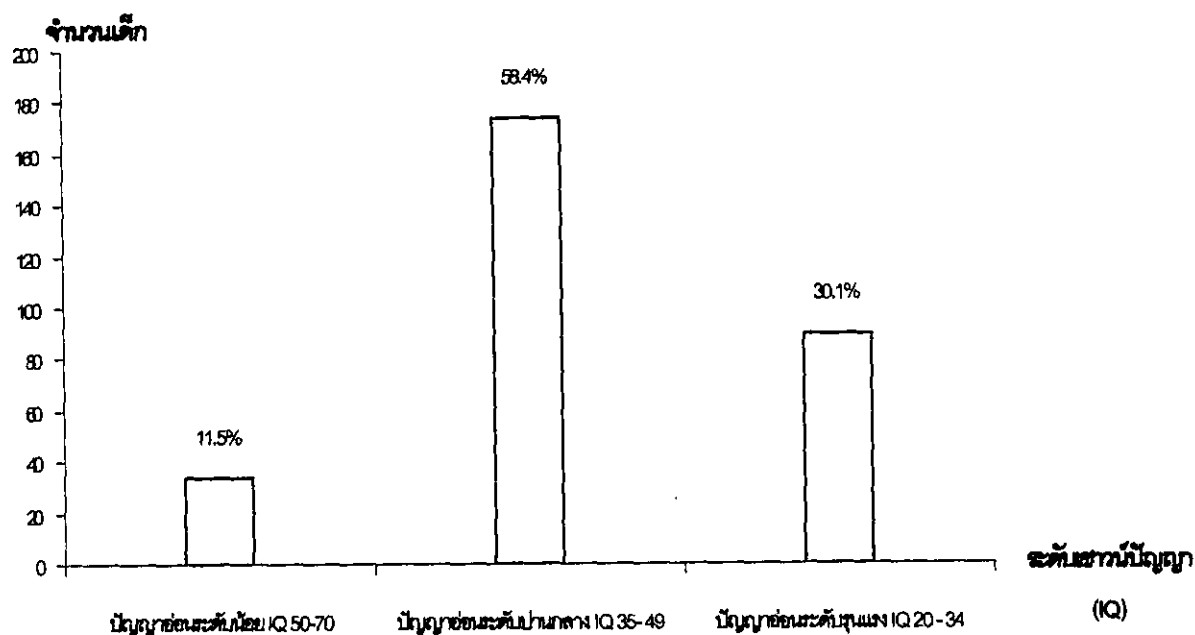


แผนภูมิที่ 14 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อน

จากการศึกษาพบว่า การวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อนจากแพทย์ผู้ตรวจได้สรุปผลการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อนส่วนใหญ่เด็กมีภาวะปัญญาอ่อน เนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ มากที่สุด มีจำนวน 152 คน (ร้อยละ 51.4) รองลงมาเด็กมีภาวะปัญญาอ่อนกลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome) ซึ่งเป็นสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของโครโมโซม มีจำนวน 126 คน (ร้อยละ 42.6) ส่วนปัญญาอ่อนกลุ่มอื่น ๆ พบจำนวนน้อยได้แก่ ภาวะปัญญาอ่อนจาก C.P. (Cerebral Palsy) มีจำนวน 12 คน (ร้อยละ 4.0) และภาวะปัญญาอ่อนจาก Autistic มีจำนวน 6 คน (ร้อยละ 2.0)

5.2 ผลการทดสอบระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ของเด็กปัญญาอ่อน

5.2.1 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนที่ได้รับการทดสอบระดับเชาวน์ปัญญา (IQ)

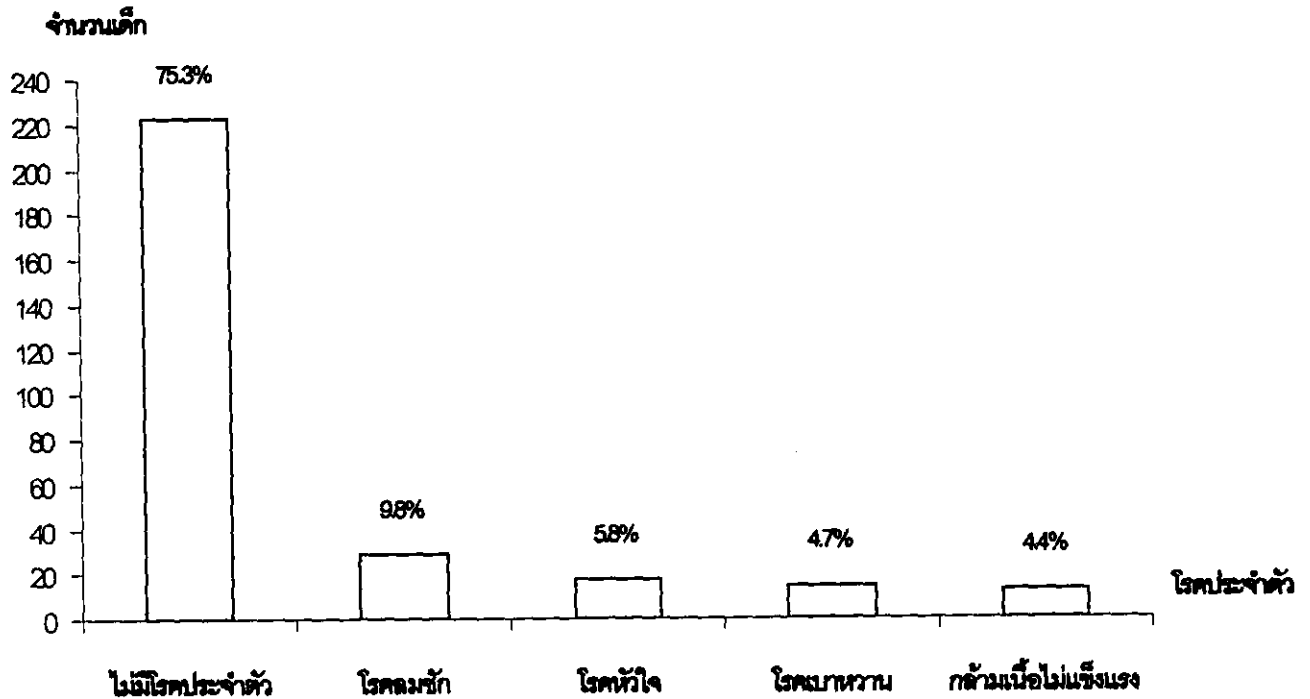


แผนภูมิที่ 15 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนที่ได้รับการทดสอบระดับเชาวน์ปัญญา (IQ)

จากการวินิจฉัยทางด้านจิตวิทยาโดยการทดสอบระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ของเด็กปัญญาอ่อนกลุ่มที่ทำการศึกษาพบว่าเด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่เป็นปัญญาอ่อนระดับปานกลาง (Moderate Mental Retardation) หรือกลุ่มระดับพอฝึกอบรมได้ (Trainable) ซึ่งมีระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ระหว่าง 35 – 49 จำนวน 173 คน (ร้อยละ 58.4) รองลงมาเป็นกลุ่มเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรง (Severe Mental Retardation) ซึ่งมีระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ระหว่าง 20 – 34 มีจำนวน 89 คน (ร้อยละ 30.1) และมีจำนวนน้อยที่สุด คือ กลุ่มเด็กปัญญาอ่อนระดับน้อย (Mild Mental Retardation) หรือกลุ่มระดับพอเรียนได้ (Education) ซึ่งมีระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ระหว่าง 50 – 70 มีจำนวน 34 คน (ร้อยละ 11.5)

5.3 โรคประจำตัวของเด็กปัญญาอ่อน

5.3.1 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนที่มีโรคประจำตัว



แผนภูมิที่ 16 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อนที่มีโรคประจำตัว

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มเด็กปัญญาอ่อนที่ทำการศึกษามีจำนวน 296 คน ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว มีจำนวน 223 คน (ร้อยละ 75.3) สำหรับกลุ่มที่มีโรคประจำตัวที่จำเป็นต้องรับการรักษาเป็นประจำมีจำนวนมากที่สุด คือ โรคตมชัก มี 29 คน (ร้อยละ 9.8) รองลงมาคือ โรคหัวใจ มีจำนวน 17 คน (ร้อยละ 5.8) โรคเบาหวาน จำนวน 14 คน (ร้อยละ 4.7) และจำนวนน้อยที่สุด คือ กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง ซึ่งมีจำนวน 13 คน (ร้อยละ 4.4)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย เรื่อง การศึกษาปัจจัยพื้นฐานของเด็กปัญญาอ่อนที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาในโรงพยาบาลราชานุกูล ระหว่างปี พ.ศ. 2540 – 2543 สรุปผลได้ดังนี้

5.1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐานของเด็กปัญญาอ่อนที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาในโรงพยาบาลราชานุกูล ระหว่างปี 2540 – 2543 และเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลปัญญาอ่อนต่อไป

5.1.2 วิธีการดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ในรูปแบบวิธีการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) โดยทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างของเด็กปัญญาอ่อนที่รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่กลุ่มงานการศึกษาพิเศษในโรงพยาบาลราชานุกูล ระหว่างปี พ.ศ. 2540 – 2543 จำนวนทั้งสิ้น 296 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ของเด็กเป็นรายบุคคล จากแฟ้มประวัติเด็กปัญญาอ่อนที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาจากกลุ่มงานผู้ป่วยนอก แล้วทำการศึกษารายละเอียดจากแฟ้มประวัติและจากการสอบถามรายละเอียดในปัจจุบันเพิ่มเติมจากผู้ปกครองบางราย โดยนำการศึกษาวเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานจากข้อมูลด้านต่าง ๆ 5 ด้านดังนี้

- (1) ปัจจัยทางด้านสถานภาพส่วนตัวของเด็กปัญญาอ่อน
- (2) ปัจจัยทางด้านครอบครัว
- (3) ปัจจัยทางด้านปัญหาและสาเหตุที่พาเด็กมาตรวจที่โรงพยาบาลราชานุกูล
- (4) ปัจจัยทางด้านประวัติการเรียน
- (5) ปัจจัยทางการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อนและโรคประจำตัว

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ค่าสถิติร้อยละ (Percentage) เป็นรายชื่อโดยเกณฑ์เทียบค่าจากข้อมูลกลุ่มใหญ่เสนอความแตกต่างและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบกราฟแผนภูมิแท่ง (Bar Chart)

ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านสถานภาพส่วนตัวของเด็กปัญญาอ่อน

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กปัญญาอ่อน จำนวน 296 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.4 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 42.6 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 12 – 14 ปี ร้อยละ 25.7 รองลงมาอยู่ในช่วง 15 – 17 ปี ร้อยละ 22.3 และ 9 – 11 ปี ร้อยละ 20.3 และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.3 เด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 52.7 รองลงมาจากจังหวัดต่าง ๆ ในภาคกลาง ร้อยละ 25.3 และน้อยที่สุดมาจากภาคเหนือ และภาคใต้ ร้อยละ 5.1 เท่ากัน

2. ปัจจัยทางด้านครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อน

จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาของบิดามารดาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งมีมารดา ร้อยละ 42.9 บิดา ร้อยละ 30.4 รองลงมาจบระดับอาชีวศึกษา มีบิดา ร้อยละ 21.0 มารดา ร้อยละ 20.6 และลำดับที่ 3 มีจบการศึกษาระดับปริญญาตรี บิดา ร้อยละ 13.5 และมารดา ร้อยละ 11.1 และมีสูงกว่าระดับปริญญาตรี (โทและเอก) บิดา ร้อยละ 2.4 และมารดา ร้อยละ 2.0 และไม่ได้รับการศึกษาเลยมีบิดา ร้อยละ 12.8 และมารดา ร้อยละ 4.4

อาชีพของบิดามารดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง บิดาร้อยละ 40.9 และมารดา ร้อยละ 25.7 รองลงมาอาชีพรับราชการ บิดา ร้อยละ 26.0 และมารดา ร้อยละ 16.5 และลำดับที่ 3 อาชีพค้าขาย มีบิดา ร้อยละ 14.8 และมารดา ร้อยละ 12.1 และไม่ได้ประกอบอาชีพเลยมีมารดา ร้อยละ 32.8 เพราะส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน และมีบิดาที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเลย ร้อยละ 5.1 เช่น คกงาน และเจ็บป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้

สถานภาพการสมรสของบิดามารดา พบว่า ส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 74.7 รองลงมาแยกกันอยู่ ร้อยละ 9.8 ที่เป็นหม้าย ร้อยละ 8.1 และหย่ากันน้อยที่สุด ร้อยละ 7.4

จำนวนบุตรในครอบครัวส่วนใหญ่มีบุตรเพียง 2 คน ร้อยละ 47.0 รองลงมา มีจำนวนบุตร 1 คน และ 3 คน ร้อยละ 21.3 เท่ากัน และมี 4 คน ร้อยละ 6.4

ลำดับที่บุตรปัญญาอ่อนในครอบครัวพบว่า บุตรที่เป็นปัญญาอ่อนส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 43.9 รองลงมาเป็นบุตรคนที่ 2 ร้อยละ 32.8 และเป็นบุตรคนที่ 3 ร้อยละ 14.9 และเป็นบุตรคนที่ 4 ร้อยละ 5.5

ผู้ดูแลและรับผิดชอบเด็กปัญญาอ่อนพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลและรับผิดชอบเป็นบิดามารดา ร้อยละ 86.2 รองลงมาเป็นผู้ดูแลและรับผิดชอบ ร้อยละ 5.4 และตาชาย ร้อยละ 3.0 มีปู่ย่า ร้อยละ 2.4 นอกจากนั้นไม่มีบิดา และญาติดูแลและรับผิดชอบ ร้อยละ 2.0 และ 1.0 ตามลำดับ

3. ปัจจัยทางด้านปัญหาและสาเหตุที่พบเด็กมาตรวจที่โรงพยาบาลราชานุกูล

ปัญหาและสาเหตุที่ผู้ปกครองพาเด็กมาตรวจที่โรงพยาบาลราชานุกูล พบว่าปัญหาส่วนใหญ่เด็กมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ ช้ากว่าเด็กปกติทั่วไป เช่น พูดช้า ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ร้อยละ 28.4 รองลงมาพบว่า มีปัญหาและสาเหตุจากที่เด็กเคยเข้าเรียนแล้วเรียนไม่ได้ ร้อยละ 21.3 มีปัญหาทางด้าน

การพูด เช่น พูดไม่ได้ พูดได้น้อยคำหรือพูดไม่ได้ ร้อยละ 20.3 และทราบว่าเด็กเป็นปัญญาอ่อน ร้อยละ 19.6 นอกจากนี้ยังมีปัญหาและสาเหตุที่พามาเนื่องจากเด็กมีความพิการทางร่างกายและมีสมาธิสั้น ร้อยละ 5.7 และร้อยละ 4.7 ตามลำดับ

ผู้แนะนำให้ผู้ปกครองพาเด็กมาตรวจที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นแพทย์ ร้อยละ 49.3 รองลงมาเป็นญาติและเพื่อน ร้อยละ 22.0 และเป็นครู ร้อยละ 9.8 นอกจากนี้ทราบจากวิทยุ โทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์ ร้อยละ 7.4 พยาบาลแนะนำมา ร้อยละ 6.1 และอื่น ๆ ร้อยละ 5.4

4. ปัจจัยทางด้านประวัติการเรียน

พบว่าก่อนมาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาที่กลุ่มงานการศึกษาพิเศษ (โรงพยาบาลราชานุกูล) เด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่เคยเข้าเรียนในโรงเรียนอนุบาลปกติมาแล้ว ร้อยละ 50.0 รองลงมาได้รับการฝึกเตรียมความพร้อมเบื้องต้นจากกลุ่มงานการพยาบาล (หอผู้ป่วย) มาแล้ว ร้อยละ 22.0 เคยเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 3 ในโรงเรียนปกติมาแล้ว แต่เรียนไม่ได้ ร้อยละ 13.2 เคยได้รับการส่งเสริมพัฒนาการจากโรงพยาบาลราชานุกูลมาแล้วแต่ไม่สามารถไปเรียนร่วมในโรงเรียนปกติได้ ร้อยละ 7.7 และไม่เคยเข้าเรียนมาก่อน ร้อยละ 7.1

5. ปัจจัยทางการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อนและโรคประจำตัว

ผลการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อนของเด็กกลุ่มนี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นปัญญาอ่อนจากสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ร้อยละ 51.4 รองลงมาเป็นปัญญาอ่อนกลุ่มอาการคาวน์ ซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของโครโมโซม ร้อยละ 42.6 ภาวะปัญญาอ่อนจากสาเหตุ C.P. (Cerebral Palsy) การเป็นอัมพาตจากโรคทางสมอง ร้อยละ 4.0 และภาวะปัญญาอ่อนจาก Autistic ร้อยละ 2.0

ผลการทดสอบระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) พบว่าเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นปัญญาอ่อนระดับปานกลาง (Moderate Mental Retardation) ซึ่งมีระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ระหว่าง 35 – 49 ร้อยละ 58.4 รองลงมาเป็นปัญญาอ่อนระดับรุนแรง (Severe Mental Retardation) ซึ่งมีระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ระหว่าง 20 – 34 มี ร้อยละ 30.1 และกลุ่มที่น้อยที่สุด คือ กลุ่มปัญญาอ่อนระดับน้อย (Mild Mental Retardation) ซึ่งมีระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ระหว่าง 50 – 70 ปี ร้อยละ 11.5

สำหรับโรคประจำตัวของเด็กปัญญาอ่อนกลุ่มนี้ พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคลมชัก (Convulsive Disorders) ร้อยละ 9.8 รองลงมาเป็นโรคหัวใจ ร้อยละ 5.8 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 4.7 และกล้ามเนื้อไม่แข็งแรง ร้อยละ 4.4 และกลุ่มใหญ่มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 75.3 ที่เด็กปัญญาอ่อนกลุ่มนี้ไม่มีโรคประจำตัว

5.2 การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

5.2.1 ปัจจัยทางด้านสถานภาพส่วนตัวของเด็กปัญญาอ่อน

จากกลุ่มตัวอย่างเด็กปัญญาอ่อน จำนวน 296 คน พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.4 และเพศหญิง ร้อยละ 42.6 นั้นจะสอดคล้องกับความชุกของบุคคลปัญญาอ่อนที่จะพบโดยทั่วไปร้อยละ 1 – 3 ของประชากรในประเทศ ซึ่งพบว่าอัตราความชุก เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตรา ชาย : หญิง ประมาณ 1.5 : 1 (ชวลา เขียรธนู และ กัลยา สุตะบุตร, 2538 : 4)

ส่วนใหญ่พบว่ามีอายุอยู่ในช่วง 12 – 14 ปี เนื่องจากความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และจะสูงสุดในช่วงวัยเรียนตอนต้น และจะพบจำนวนลดลงในวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งจะสอดคล้องกับความเป็นจริง เนื่องจาก เมื่อเด็กปัญญาอ่อนเข้าเรียนแล้วจะพบปัญหาว่า เรียนไม่ได้เหมือนเด็กอื่น ๆ ครูมักจะแนะนำให้พาไปตรวจ เพราะสงสัยว่าเป็นปัญญาอ่อน จึงมักจะพบมากในช่วงอายุระหว่างวัยเรียนตอนต้น

สำหรับทางด้านศาสนา พบว่า เด็กส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.3 เนื่องจากประชากรไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ

เด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.7 มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร เพราะกรุงเทพมหานครมีประชากรอยู่กันหนาแน่นมากที่สุด และรองลงมามีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดภาคกลาง เนื่องจากสามารถพาเด็กมารับบริการที่โรงพยาบาลราชานุกูลได้

5.2.2 ปัจจัยทางด้านครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน

การศึกษาของบิดามารดาส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาจบระดับอาชีวศึกษา ซึ่งการศึกษาระดับสูงจะมีน้อย และมีบิดาร้อยละ 12.8 และมารดา ร้อยละ 4.4 ที่ไม่ได้รับการศึกษาเลย ซึ่งการศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของคนเรามาก เพราะการศึกษาสูงจะทำให้คนเรามีหน้าที่การงานดี มีรายได้ดี และมีความรู้ความสามารถเข้าใจในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่า ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของคนอื่น ๆ ที่พบว่าส่วนใหญ่บิดามารดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา จึงเป็นไปได้ที่บิดามารดามีการศึกษาน้อย ขาดความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างการตั้งครรภ์ และเลี้ยงดูบุตรหลังคลอดถูกหลักอนามัยและโภชนาการ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ในระหว่างตั้งครรภ์ และคลอดจะพบภาวะปัญญาอ่อนประมาณ ร้อยละ 10 เช่น เกิดภาวะทุพโภชนาการของทารกในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และการติดเชื้อ เป็นต้น และสาเหตุในระยะหลังคลอด จะพบภาวะปัญญาอ่อนร้อยละ 5 เช่น มารดาขาดความรู้ในการดูแลและเลี้ยงดูทารกให้ถูกหลักอนามัยและโภชนาการ ทำให้ทารกติดเชื้อ ได้รับบาดเจ็บทางสมองอย่างรุนแรง หรือขาดสารอาหารทำให้เด็กเกิดภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น (ชวลา เขียรธนู และ กัลยา สุตะบุตร, 2538 : 3)

อาชีพของบิดามารดาส่วนใหญ่พบว่ามีอาชีพรับจ้าง รองลงมารับราชการ และพบว่าบิดาไม่ได้ทำงานร้อยละ 5.1 และมารดาร้อยละ 32.8 ซึ่งมารดาจะเป็นแม่บ้านมีหน้าที่ดูแลลูกและทำงานบ้านตามค่านิยมของครอบครัวไทย ตั้งแต่สมัยโบราณมาแล้ว และยังคงมีอยู่ ถึงแม้ว่าสภาพครอบครัว

ในปัจจุบันจะเปลี่ยนแปลงไปก็ตาม แต่ยังมีหลายครอบครัวที่มารดาจะต้องทำงานช่วยครอบครัวด้วย เช่น มารดารับจ้างร้อยละ 25.7 และรับราชการร้อยละ 16.5 ซึ่งเศรษฐกิจก็เป็นส่วนสำคัญต่อครอบครัว ถ้าบิดามารดามีอาชีพที่มีรายได้น้อยอาจจะทำให้ขาดความมั่นคงในครอบครัวและนำไปสู่ปัญหาการดูแล และฝึกอบรมบุตรปัญญาอ่อนด้วย

สถานภาพการสมรสบิดามารดาที่พบว่า ส่วนใหญ่สมรสและยังอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 74.7 นับว่าเป็นผลดีต่อการดูแลบุตรปัญญาอ่อน เพราะบิดามารดาซึ่งช่วยกันได้ไม่ใช่เป็นภาระของบิดาหรือมารดา แต่เพียงคนเดียว เพราะบุตรปัญญาอ่อนและคนอื่น ๆ ต้องการความรักความอบอุ่นจากบิดามารดา และพบว่าครอบครัวที่แยกกันอยู่และหย่ากัน มีจำนวนน้อย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ก็สอดคล้องกับการวิจัยของคนอื่น ๆ ด้วย

จำนวนบุตรในครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 47.0 มีบุตร 2 คน รองลงมา ร้อยละ 21.3 มีบุตร 1 คน และ 3 คน การศึกษาครั้งนี้ก็สอดคล้องกับการวิจัยของคนอื่น ๆ ซึ่งการมีบุตร 2 คน เป็นความต้องการของบิดามารดา และเห็นว่าเหมาะสมกับสถานะเศรษฐกิจในปัจจุบัน และสามารถดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิดดีกว่ามีบุตรหลายคน โดยเฉพาะบุตรปัญญาอ่อนบิดามารดาต้องดูแลและฝึกสอนมากกว่าคนอื่น ๆ

ลำดับที่ของการเป็นบุตรในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 1 ร้อยละ 43.9 รองลงมา เป็นบุตรคนที่ 2 ร้อยละ 32.8 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของคนอื่น ๆ เช่นกันที่พบว่าส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 1 เช่นกัน ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บิดามารดา เสียใจ และผิดหวังอย่างมาก ซึ่งควรได้รับการปรึกษาแนะนำและกำลังใจจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว

ผู้ดูแลรับผิดชอบเด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา ร้อยละ 86.2 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่ยังคงเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์ มีบิดามารดาดูแลเอาใจใส่และรับผิดชอบต่อเด็กปัญญาอ่อนและบุตรคนอื่นในครอบครัวอยู่ ซึ่งเป็นผลดีต่อการช่วยพัฒนาทักษะต่าง ๆ แก่เด็กปัญญาอ่อนอย่างมาก

5.3 ปัจจัยทางด้านปัญหาและสาเหตุที่พาเด็กมาตรวจที่โรงพยาบาลราชานุกูล

ปัญหาและสาเหตุที่พามาตรวจพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 28.4 เด็กมีพัฒนาการช้า เช่น พูดช้า ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือไม่ได้เลย รองลงมาเด็กเข้าเรียนแล้วแต่เรียนไม่ได้ มีปัญหาด้านการพูด และทราบว่าเป็นปัญญาอ่อน ซึ่งผู้ปกครองและญาติพี่น้องจะสังเกตเห็นความบกพร่องดังกล่าว จึงได้พาเด็กมาตรวจที่โรงพยาบาล

ผู้แนะนำให้พาเด็กมาตรวจที่โรงพยาบาลราชานุกูลส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.3 เป็นแพทย์ เนื่องจากเมื่อบิดามารดาสังเกตเห็นความผิดปกติของบุตรก็มักจะพาไปตรวจกับแพทย์ในโรงพยาบาลหรือคลินิกทั่วไป ซึ่งแพทย์ก็จะแนะนำให้พามาตรวจที่โรงพยาบาลราชานุกูล เพราะเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านปัญญาอ่อนโดยตรง ซึ่งมีบริการอย่างครบวงจร นอกจากนั้นก็มิใช่ พยาบาล เป็นคน

แนะนำมา เนื่องจากเรียนแล้วครูเห็นว่าเด็กเรียนไม่ได้จึงแนะนำให้มาตรวจ และพยายามเห็นว่าเด็กผิดปกติและผู้ปกครองส่วนหนึ่งทราบจากวิทยุ โทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์

5.4 ปัจจัยทางด้านประวัติการเรียน

เด็กปัญญาอ่อนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.0 เคยเข้าโรงเรียนอนุบาลปกติแล้วแต่เรียนไม่ได้ ซึ่งครูจะเป็นผู้แนะนำให้มาตรวจและเข้าเรียนในโรงเรียนราชานุกูล ซึ่งเป็นโรงเรียนเฉพาะสำหรับเด็กปัญญาอ่อน รองลงมาเด็กผ่านการส่งต่อมาจากกลุ่มงานการพยาบาล ซึ่งเป็นฝ่ายที่รับเด็กเป็นผู้ป่วยในมาก่อน และได้รับการเตรียมความพร้อมเบื้องต้นจากกลุ่มงานการพยาบาลมาบ้างแล้ว นอกจากนั้นเคยเรียนชั้นประถม 1 - 3 ในโรงเรียนปกติมาแล้ว แต่เด็กไม่สามารถเรียนต่อไปได้ และมีกลุ่มหนึ่งที่ไม่เคยเรียนมาก่อน เนื่องจากเป็นปัญญาอ่อนระดับรุนแรงหรือมีปัญหาอื่น ๆ ร่วมด้วยทางโรงเรียนจึงไม่รับเข้าเรียน เพราะเป็นปัญหาต่อการสอนของครูในชั้นเรียนมาก เด็กกลุ่มนี้จึงไม่มีโอกาสเข้าโรงเรียนมาก่อน

5.5 ปัจจัยทางการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อนและโรคประจำตัว

ผลการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อนพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 51.4 มีภาวะปัญญาอ่อนจากสาเหตุอื่น ๆ ซึ่งไม่สามารถที่จะวินิจฉัยลงไปว่ามีสาเหตุมาจากอะไร เพราะมีสาเหตุทั้งจากด้านชีวภาพ และด้านสังคมจิตวิทยา หรือมีสาเหตุรวมกันทั้ง 2 ด้าน และโดยทั่วไปสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อนมักจะซับซ้อน และมีหลายปัจจัย (Multifactorial) ซึ่งจากการศึกษาสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน พบว่าประมาณร้อยละ 30 ของบุคคลปัญญาอ่อนระดับรุนแรง (Severe Mental Retardation) และประมาณร้อยละ 50 ของบุคคลปัญญาอ่อนระดับน้อย (Mild Mental Retardation) ไม่สามารถระบุสาเหตุของปัญญาอ่อนได้ แม้จะได้พยายามตรวจอย่างละเอียดแล้วก็ตาม และพบว่าประมาณร้อยละ 50 ของปัญญาอ่อนมีสาเหตุมากกว่าหนึ่งสาเหตุ (ชวลา เรือรบ และ กัลยา สุตะบุตร, 2538 :2)

ผลการวินิจฉัยกลุ่มปัญญาอ่อนรองลงมาเป็นกลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome) ร้อยละ 42.6 ซึ่งเป็นกลุ่มปัญญาอ่อนที่เกิดจากสาเหตุความผิดปกติของโครโมโซมที่ยังไม่ทราบแน่ชัด และเกิดได้กับคนทุกเชื้อชาติในโลก และเป็นภาวะปัญญาอ่อนที่พบบ่อยที่สุดโดยทั่วไปมีความชุก จากเด็กเกิดใหม่ 1000 คน จะพบกลุ่มอาการดาวน์ 1 คน ซึ่งจะมีอัตราความชุกเหมือนกันทุกประเทศ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีเด็กกลุ่มอาการดาวน์เกิดประมาณปีละ 4000 คน สำหรับประเทศไทย เกิดประมาณปีละ 1000 คน และพบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป แต่อย่างไรก็ดี มีเด็กกลุ่มนี้ร้อยละ 80 เกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ทั้งนี้เพราะหญิงวัยเจริญพันธุ์มีจำนวนมากในช่วงอายุระหว่าง 18 - 34 ปี (พรสวรรค์ วสันต์, 2539 : 13)

นอกจากนี้เป็นกลุ่มภาวะปัญญาอ่อนที่มีจำนวนน้อยได้แก่กลุ่มภาวะปัญญาอ่อนที่มีสาเหตุจาก C.P. (Cerebral Palsy) และกลุ่มภาวะปัญญาอ่อนจากสาเหตุ Autistic ซึ่งพบจากการศึกษาครั้งนี้ มีร้อยละ 4.0 และ 2.0 ตามลำดับ กลุ่มปัญญาอ่อนจากสาเหตุ C.P. เป็นอาการอัมพาตจากโรคทางสมอง ซึ่งมีความพิการทางร่างกาย ทางด้านการเคลื่อนไหว และมีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด กลุ่มนี้มีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย ร้อยละ 60 - 70 ของผู้ป่วย C.P. (คารณี ธนะภูมิ, 2542 : 36) สำหรับภาวะปัญญาอ่อนที่เกิดจาก Autistic ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติทางพัฒนาการด้าน ปฏิสัมพันธ์สังคม ภาษา และการสื่อความหมาย พฤติกรรม อารมณ์ และจินตนาการ ซึ่งมีสาเหตุเนื่องมาจากการทำงานในหน้าที่บางส่วนของสมองผิดปกติไป และความผิดปกตินี้จะพบได้ก่อนวัย 30 เดือน กลุ่มนี้จะมีปัญญาอ่อนร่วมด้วย ร้อยละ 70 - 80

ผลการทดสอบระหว่างระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) พบว่าส่วนใหญ่เด็กกลุ่มนี้เป็นปัญญาอ่อนระดับปานกลาง (Moderate Mental Retardation) ซึ่งมีระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ร้อยละ 58.4 จะสอดคล้องกับความเป็นจริง เพราะเด็กกลุ่มอาการควาน์ส่วนใหญ่จะมีระดับเชาวน์ปัญญาระหว่าง 35 - 49 และเด็กกลุ่มระดับปานกลางสามารถไปเรียนร่วมในโรงเรียนปกติได้น้อยมาก โดยเฉพาะกลุ่มที่มีระดับ I.Q. ต่ำกว่า 40 นอกจากนั้นเป็นปัญญาอ่อนระดับรุนแรง ที่มี IQ. ระหว่าง 20 - 34 ร้อยละ 30.1 ซึ่งไม่สามารถไปเรียนร่วมได้ เด็กก็ได้รับการฝึกสอนส่วนใหญ่ในทักษะการช่วยเหลือตนเองง่าย ๆ ในกิจวัตรประจำวัน และทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายง่าย ๆ สำหรับกลุ่มปัญญาอ่อนระดับน้อยที่มี IQ. ระหว่าง 50 - 70 จะมีจำนวน ร้อยละ 11.5 ซึ่งเด็กกลุ่มนี้มักจะไปเรียนร่วมในโรงเรียนปกติใกล้บ้าน เมื่อเรียนไม่ได้แล้วจึงจะมาเรียนที่โรงเรียนราชานุกูล

สำหรับโรคประจำตัวของเด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.3 ที่มีโรคประจำตัวเป็นส่วนใหญ่และมีจำนวนมากที่สุด คือ โรคลมชัก ร้อยละ 9.8 ซึ่งเด็กจะต้องได้รับการรักษาจากแพทย์และต้องรับประทานยาเป็นประจำ นอกจากนี้ก็เป็นโรคหัวใจ ซึ่งเด็กปัญญาอ่อนกลุ่มอาการควาน์บางรายจะมีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดร่วมด้วย เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 4.7 และกล้ามเนื้อไม่แข็งแรง ร้อยละ 4.4 ที่ต้องการรักษาทางด้านกายภาพบำบัด ซึ่งโรงพยาบาลราชานุกูลก็จัดบริการทางด้านนี้ให้ด้วย เช่น เด็กปัญญาอ่อนที่มี C.P. ร่วมด้วย

สำหรับโรคประจำตัวของเด็กปัญญาอ่อนแต่ละคนนี้เป็นข้อมูลที่สำคัญต่อครูที่สอนเด็กปัญญาอ่อนอย่างมาก เพราะครูจำเป็นต้องทราบเพื่อจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับสภาพความพิการของเด็กและพึงระมัดระวังในกิจกรรมบางอย่างที่อาจจะเป็นอันตรายต่อเด็กได้ เช่น เด็กปัญญาอ่อนที่เป็นโรคลมชัก และโรคหัวใจ จะออกกำลังกายมากไม่ได้ ครูจึงต้องปรับกิจกรรมให้เหมาะสมและจะต้องคอยสังเกตอาการของเด็กอย่างใกล้ชิดด้วย

สรุปแล้ว การศึกษาปัจจัยพื้นฐานด้านต่าง ๆ ของเด็กปัญญาอ่อนกลุ่มดังกล่าวแล้วเป็นประโยชน์ต่อนักวิชาการศึกษาพิเศษ หรือครูที่ทำหน้าที่สอนเด็กปัญญาอ่อน และนักวิชาชีพอื่น ๆ ที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับเด็กปัญญาอ่อนอย่างมาก เพราะการศึกษาปัจจัยพื้นฐานของเด็กจะนำไปสู่การ

ฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านการต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมและปัญหาการเรียนรู้อันได้ผล เช่น การจัดทำโปรแกรมการสอนเฉพาะบุคคล (IEP) ของครู เป็นต้น

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับนักวิชาการศึกษาพิเศษหรือครูผู้สอนเด็กปัญญาอ่อน

- ควรศึกษาข้อมูลและปัจจัยด้านต่าง ๆ ของเด็กปัญญาอ่อนเป็นรายบุคคลเพื่อสามารถให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ปกครองหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้
- ควรศึกษาปัจจัยพื้นฐานของเด็กปัญญาอ่อนเป็นกลุ่ม เพื่อร่วมกันกำหนดจุดมุ่งหมายจัดทำแผนการช่วยเหลือ การบำบัด และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ทางสังคม และทางอาชีพสำหรับเด็กปัญญาอ่อนอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความบกพร่องของเด็ก
- ควรศึกษาปัจจัยพื้นฐานของเด็กปัญญาอ่อน เพื่อการจัดเตรียมตั้งอำนวยความสะดวก สื่อ และความช่วยเหลืออื่นใดที่สอดคล้องกับความจำเป็นของเด็กปัญญาอ่อนรายบุคคล
- ควรศึกษาปัจจัยพื้นฐานของเด็กปัญญาอ่อน เพื่อรับรู้และเข้าใจ เพื่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการศึกษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาสำหรับเด็กปัญญาอ่อนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
- ควรศึกษาปัจจัยพื้นฐานของเด็กเป็นรายบุคคลเพื่อสามารถนำไปจัดโปรแกรมการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) จัดทำแผนการสอนรายบุคคล และแผนการสอนในชั้นเรียนอย่างสอดคล้องกับความจำเป็นของเด็กแต่ละคน
- ควรศึกษาปัจจัยพื้นฐานของเด็กเพื่อนำไปพัฒนาหรือปรับปรุงการประเมินผลการเรียนของเด็กอย่างเหมาะสม

5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับสถานศึกษาหรือกลุ่มงาน

- ควรจัดเก็บข้อมูลและประวัติรายละเอียดของเด็กปัญญาอ่อนเป็นรายบุคคล ระบบข้อมูลที่ทันสมัย เพื่อใช้เป็นแหล่งศูนย์กลางการเรียนรู้ (Resource Center) สำหรับการศึกษาค้นคว้าของครู นักศึกษา และบุคลากรอื่น ๆ
- ควรจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับเด็กในรูปแบบและระบบที่ชัดเจน เพื่อสำหรับการวางแผนบริการ จัดการเรียนการสอน และจัดงบประมาณที่จำเป็นต่อการปรับปรุงหรือพัฒนาในด้านต่าง ๆ ได้

- ควรจัดเก็บข้อมูลหรือผลงานวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลด้านต่าง ๆ ของเด็กปัญญาอ่อนเพื่อสามารถใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรและแนวทางจัดการเรียนการสอนสำหรับเด็กปัญญาอ่อนได้อย่างเหมาะสม
- ควรจัดอบรมครูเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในการจัดเก็บข้อมูลของเด็กอย่างมีระบบ และการทำการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลต่าง ๆ ของเด็กปัญญาอ่อน
- ควรจัดประชุมหรือสัมมนาเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาทางการศึกษา และการจัดบริการด้านต่าง ๆ ตลอดจนข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับเด็กปัญญาอ่อนระหว่างสถาบันต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

5.3.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยทางการศึกษาพิเศษ

- ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานทางด้านครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อนกับการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ของเด็ก
- การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของเด็กปัญญาอ่อนกลุ่มอาการดาวนกับกลุ่มปัญญาอ่อนจากสาเหตุอื่น ๆ
- การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาเปรียบเทียบการเรียนรู้ของกลุ่มเด็กปัญญาอ่อนที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการวิจัยก่อนเรียนกับกลุ่มเด็กปัญญาอ่อนที่ไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ
- การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรวบรวมจำนวนหรือการสำรวจเด็กปัญญาอ่อนที่เรียนอยู่ในโรงเรียนหรือสถาบันต่าง ๆ ทั้งในกรุงเทพมหานครหรือในแต่ละจังหวัด
- การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความต้องการของครูที่สอนเด็กปัญญาอ่อนต่อการฝึกอบรมเสริมความรู้ในด้านต่าง ๆ

บรรณานุกรม

- กระทรวงศึกษาธิการ. (2542) พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัดกระทรวง.
- กรมประชาสงเคราะห์. (2537) พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ.
- ชวาลา เขียรธนู และกัตธา สุตะบุตร. (2538) ความรู้เรื่องภาวะปัญญาอ่อน. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลราชานุกูล.
- ชวาลา เขียรธนู และคนอื่น ๆ (2537) รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของ บุคคลปัญญาอ่อนที่ได้ฝึกอบรมในสถานันเฉพาะกับผู้ที่ไม่เคยฝึกอบรมในสถานันเฉพาะ บุคคลปัญญาอ่อน. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลราชานุกูล.
- ชูชีพ อ่อนโคกสูง. (2527) จิตวิทยาเด็กปกติ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์กรมการศาสนา.
- คารณี ธนะภูมิ. (2542) การสอนเด็กปัญญาอ่อน. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสนใจการพิมพ์.
- ทัศนวัต สมบูรณ์ธรรม. (2544) ป้องัยพื้นฐานเพื่อพัฒนาการเด็ก. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ข้าวสาค.
- บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ. (2526) รายงานการวิจัยเรื่องระดับวิชาของคนพิการและผู้สูงอายุใน ประเทศไทย พ.ศ. 2525. กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท.
- พิมพ์พรธม พัฒนชินดี. (2528) การศึกษาวิเคราะห์ลักษณะทางสังคมและสาเหตุการเกิดปัญญาอ่อนของ บุคคลปัญญาอ่อน : จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชานุกูล วิทยานิพนธ์มหา บัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ขุนศักดิ์ ประมงค์. (2533) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมของเด็กปัญญาอ่อน : ศึกษาเฉพาะกรณีการ มีส่วนร่วมของผู้ปกครองโรงเรียนราชานุกูล วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พรสวรรค์ วสันต์. (2539) ความจริงเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน. กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริมา สิทธิธรรม. (2543) รายงานการวิจัยเรื่องปัญหาการเรียนรวมของเด็กปัญญาอ่อนในชั้นเรียนปกติ. กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท.
- สุปาลี สนธิรัตน์. (2527) จิตวิทยาเด็กพิเศษ. กรุงเทพมหานคร : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2528) รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาความต้องการและ
โอกาสทางการศึกษาของผู้ที่มีความบกพร่องทางร่างกายและปัญญา. กรุงเทพมหานคร :
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.

Beirne – Smith, Mary ; Ittenbch, Richard F. and Patton, James R. (1998) **Mental Retardation.**
New Jersey : Prentice – Hall, Inc.

Friend, Marilyn & Bursuck, William D., (1996) **Including Students with Special Needs.**
MA : A Simon & Schuster Company.

World Health Organization. (1998) **Mental Retardation : Meeting the Challenge.** Geneva :
World Health Organization.

