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

รายงานการวิจัย

ความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน ระดับชุมชน

โดย

ชนิสา เวชวิรุฬห์

ยุวดี กิติคุณ

ศรีวันเพ็ญ ชินวงศ์

โรงพยาบาลราชานุกูล

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต

เลขทะเบียน 020

วันที่ลงทะเบียน 4/4/43

เลขเรียกหนังสือ อค. พ20.5 ช.153ค, 2541

คำนำ

การศึกษาความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนระดับชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเพื่อสร้างแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนระดับชุมชน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้ในการค้นหาบุคคลที่มีภาวะปัญญาอ่อนในชุมชนตั้งแต่ในระยะเริ่ม การศึกษาครั้งนี้เป็นการดำเนินการในระยะแรกของการวิจัยดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการวิจัยระยะที่สอง คือการสร้างแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนระดับชุมชนต่อไป

ชนิสา เวชวิรุฬห์
ในนามคณะผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยคำแนะนำปรึกษาจากแพทย์หญิงกัลยา สูตะบุตร นายแพทย์วีรยุทธ ประพันธ์พจน์ และแพทย์หญิงเรือนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์ ขอขอบพระคุณอาจารย์เบญจา-ยอดดำเนิน-แอ๊ตติกง์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความรู้เรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพ

ขอขอบคุณนายแพทย์สมัย ศิริทองถาวร และคุณอัมพร หัสศิริ นักจิตวิทยา ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ ที่ช่วยประสานงานและช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้จัดอบรมเพื่อให้ความรู้เรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพ และการสร้างแบบคัดกรอง รวมทั้งให้ทุนสนับสนุนการวิจัย สุดท้ายนี้ใคร่ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงชวาลา เธียรธนู ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชานุกูล ที่ให้การสนับสนุนตลอดมา ท้ายสุดขอขอบคุณบุคคลอื่น ๆ อีกหลายท่านที่ให้การช่วยเหลือ แต่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ในที่นี้

ชนิสา เวชวิรุฬห์
ยุวดี กิติคุณ
ศรีวันเพ็ญ ชินวงศ์

กรกฎาคม 2541

บทคัดย่อ

การศึกษาความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนระดับชุมชน **วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อน การตรวจคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน และบุคคลที่เหมาะสมจะทำการคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน รวมทั้งศึกษารูปแบบของแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนระดับชุมชนที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องการ ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการสร้างแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนระดับชุมชนต่อไป **วิธีการ** กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชน ตำบลแม่ริมเหนือ อำเภอแม่ริม และตำบลแม่แตง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 40 คน ประกอบด้วย ประชาชนทั่วไป จำนวน 19 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 8 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 13 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสนทนากลุ่ม แบ่งตามประเภทของกลุ่ม กลุ่มละไม่เกิน 10 คน การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่บันทึกการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ผลเชิงบรรยาย **ผลการศึกษา** พบว่าประชาชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของผู้ที่มีภาวะปัญญาอ่อน และสามารถแยกแยะบุคคลที่มีภาวะปัญญาอ่อนได้ ถ้าบุคคลนั้นมีภาวะปัญญาอ่อนระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงมาก ส่วนบุคคลที่มีภาวะปัญญาอ่อนระดับน้อย ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถแยกได้จากบุคคลที่มีสติปัญญาทึบ หรือบุคคลที่มีความล่าช้าในการเรียนเนื่องจากสาเหตุอื่น และจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าประชาชนตระหนักถึงความจำเป็นในการค้นหาบุคคลที่มีภาวะปัญญาอ่อนตั้งแต่ยังเล็ก เนื่องจากเห็นความสำคัญในการช่วยเหลือเด็กตั้งแต่แรกเริ่ม ส่วนการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ใช้แบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน โดยประชาชนยอมรับและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้สึกมั่นใจในการใช้แบบคัดกรองฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรต้องได้รับการฝึกอบรมก่อนนำไปใช้ และแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนต้องมีความสะดวกและง่ายในการใช้ นั่นคือ จำนวนข้อไม่เกิน 20 ข้อ มีภาพถ่ายประกอบ สามารถตรวจสอบภาวะปัญญาอ่อน โดยการสัมภาษณ์พ่อแม่และการสังเกต สิ่งที่ตรวจควรเป็นการเช็คว่าทำได้หรือไม่ได้ แบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนควรมีคำแนะนำวิธีการใช้ และวิธีการสอนเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอยู่ในเล่มเดียวกัน **สรุป** การสร้างแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนระดับชุมชนเป็นสิ่งควรกระทำ แต่ต้องมีรูปแบบที่ง่ายและสะดวกสำหรับให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้ **ข้อเสนอแนะ** การสร้างแบบคัดกรองควรสร้างให้สามารถคัดกรองกลุ่มที่มีภาวะปัญญาอ่อน

ระดับน้อยได้ และควรเป็นการคัดกรองเพื่อบ่งชี้ว่า สงสัยมีภาวะปัญญาอ่อน และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อตรวจวินิจฉัยยืนยัน โดยเฉพาะรายที่มีลักษณะและพฤติกรรมใกล้เคียงกับเด็กปกติ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อ	ค
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย	5
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	15
บทที่ 4 ผลการวิจัย	18
บทที่ 5 อภิปรายสรุปและข้อเสนอแนะ	28
บรรณานุกรม	30
ภาคผนวก คู่มือในการจัดทำสนทนากลุ่ม	31

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 การแบ่งประเภทของภาวะปัญญาอ่อน 6

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ลักษณะข้อมูลทั่วไป 18

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการศึกษาปัญหาบุคคลปัญญาอ่อนในประเทศไทย พ.ศ.2530 – 2531 ใน 5 ภาคของประเทศ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 65,629 คน พบภาวะปัญญาอ่อนร้อยละ 0.37 ซึ่งบ่งชี้ว่าในจำนวนประชากร 1,000 คน พบบุคคลปัญญาอ่อน 4 คน[1]

ภาวะปัญญาอ่อนเป็นภาวะซึ่งก่อผลกระทบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติโดยส่วนรวม ในด้านผลกระทบต่อครอบครัว จากการศึกษาของยุพา สัมฤทธิ์มีผล พ.ศ.2535[2] พบว่าพ่อแม่ของวัยรุ่นปัญญาอ่อนได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 62 และพ่อแม่ต้องการแหล่งบริการต่างๆ มากซึ่งแสดงถึงความต้องการสนับสนุนประคับประคองจากแหล่งต่าง ๆ ต่อปัญหาที่ตนประสบอยู่ ส่วนผลกระทบด้านสังคม ผลการสำรวจโดยสภาวิจัยแห่งชาติ พ.ศ.2515 พบว่า กลุ่มชายไทยที่กระทำความผิดทางอาชญากรรมร้อยละ 49.4 เป็นปัญญาอ่อนและผู้หญิงโสเภณีในประเทศไทยร้อยละ 53 เป็นปัญญาอ่อนเช่นกัน เนื่องจากบุคคลปัญญาอ่อนไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง จึงมักถูกชักจูงได้ง่าย[3]

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ภาวะปัญญาอ่อนเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย การป้องกันการเกิดภาวะปัญญาอ่อนที่สาเหตุ เป็นแนวทางหนึ่งในการลดปัญหา แต่สำหรับเด็กที่เกิดมามีภาวะปัญญาอ่อนแล้ว หรือเสี่ยงต่อการมีภาวะปัญญาอ่อน การค้นหาภาวะปัญญาอ่อนได้ตั้งแต่ในระยะแรกเริ่ม เพื่อให้บริการด้านคำแนะนำ ในการเลี้ยงดูและส่งเสริมกำลังใจแก่พ่อแม่ รวมทั้งเพื่อการพัฒนาส่งเสริมศักยภาพในทางที่เหมาะสมแก่เด็กทันทีที่ค้นพบ จะช่วยหยุดยั้งความบกพร่องมิให้เพิ่มขึ้น[4] อันจะเป็นการลดภาระของครอบครัว สังคมและประเทศชาติต่อไป จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง

ปัจจุบันกรมสุขภาพจิต มีนโยบายให้ดำเนินโครงการค้นหาผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน เพื่อการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน การค้นหาภาวะปัญญาอ่อนหากกระทำในระดับปฐมภูมิ โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถดำเนินการค้นหาได้เอง ก็จะช่วยให้เด็กที่มีภาวะปัญญาอ่อนได้รับการตรวจวินิจฉัยและคำแนะนำ ช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรก แต่แบบทดสอบคัดกรองพัฒนาการและแบบทดสอบสติปัญญาที่ใช้กันอยู่

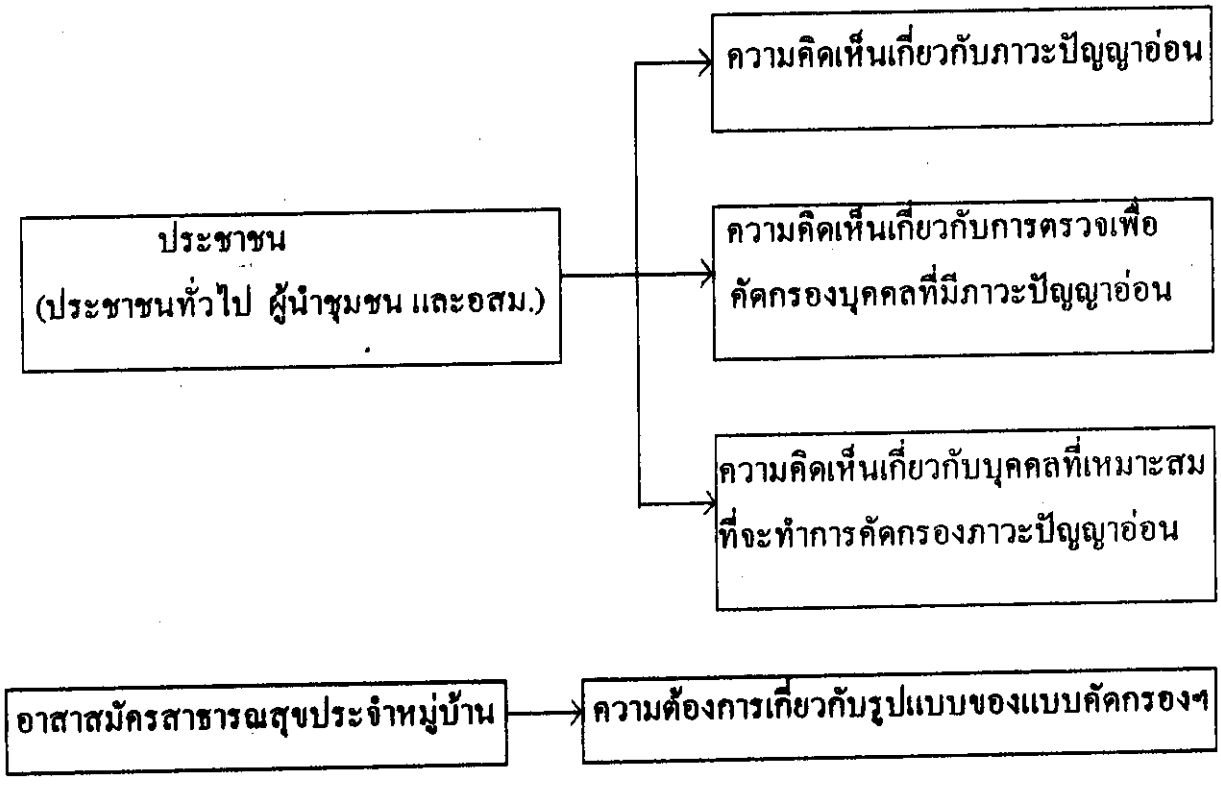
ในปัจจุบัน ต้องอาศัยความชำนาญ รวมทั้งการฝึกอบรม โดยเฉพาะในการใช้แบบทดสอบ นอกจากนี้ยังต้องมีอุปกรณ์ในการทดสอบ และแบบทดสอบแต่ละชนิดมีเกณฑ์จำกัดเรื่องอายุ การใช้เวลาในการทดสอบนานประมาณ 30-45 นาที และบุคลากรเฉพาะวิชาชีพเท่านั้นที่สามารถใช้แบบทดสอบเหล่านี้ได้ ดังนั้น จึงต้องมีการสร้างแบบคัดกรองเพื่อคัดแยกบุคคลปัญญาอ่อนขึ้นมาใหม่ ที่สะดวก รวดเร็ว ง่ายและเหมาะสมสำหรับชุมชนในการนำไปใช้ รวมทั้งต้องมีประสิทธิภาพในการคัดแยกภาวะปัญญาอ่อน แต่ในการสร้างแบบคัดกรองเพื่อคัดแยกบุคคลปัญญาอ่อนในชุมชนนั้น ควรจะทำการศึกษาก่อนว่า ประชาชนเห็นด้วยหรือไม่กับการตรวจเพื่อคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน รวมทั้งศึกษาความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้ที่จะใช้แบบคัดกรองฯ ทั้งนี้เพื่อจะได้ทราบความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการทำการสร้างแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนระดับชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อน การตรวจคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน และบุคคลที่เหมาะสมที่จะทำการคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน

2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับรูปแบบของแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ขอบเขตการวิจัย

1. เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนจากตำบลแม่ริมเหนือ อำเภอแม่ริม และตำบลแม่แตง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยประชาชนทั่วไป จำนวน 3 กลุ่ม ผู้นำชุมชน จำนวน 1 กลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละไม่เกิน 10 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และกลุ่มตัวอย่างต้องเต็มใจเข้าร่วมสนทนากลุ่ม
3. ตัวแปรที่ศึกษา คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อน
   ความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจเพื่อคัดกรองบุคคลที่มีภาวะปัญญาอ่อน
   ความคิดเห็นเกี่ยวกับบุคคลที่เหมาะสมที่จะทำการคัดกรองภาวะปัญญา-อ่อน
   ความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบของแบบคัดกรอง ฯ

ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มเป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการทำกลุ่ม และเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งสามารถนำการสนทนาได้ครอบคลุมทุกประเด็นคำถาม และสามารถทำให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการสร้างแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนระดับชุมชน ทั้งในเรื่องความเป็นไปได้ในการสร้างแบบคัดกรองฯ และรูปแบบของแบบคัดกรองฯ ที่เหมาะสม สำหรับผู้ใช้ระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทที่ 2
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย มีประเด็นดังนี้

1. ภาวะปัญญาอ่อน
    1.1 ความหมาย
    1.2 การแบ่งประเภทของภาวะปัญญาอ่อน
    1.3 ลักษณะและความสามารถของบุคคลปัญญาอ่อน
2. ความจำเป็นในการค้นหาภาวะปัญญาอ่อน
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับงานสาธารณสุขมูลฐาน
4. การสนทนากลุ่ม

ภาวะปัญญาอ่อน

ความหมาย

การนิยามตาม ICD10 (International Classification of Disease 10th revision) โดยองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 1992 [5] ภาวะปัญญาอ่อน หมายถึง ภาวะที่สมองหยุดพัฒนาหรือพัฒนาได้ไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดความบกพร่องของทักษะต่าง ๆ ในระยะพัฒนาการ และส่งผลกระทบต่อระดับเชาวน์ปัญญาทุก ๆ ด้าน เช่นความสามารถทางด้านสติปัญญา ภาษา การเคลื่อนไหว และทางสังคม อาจมีหรือไม่มีความผิดปกติทางกายหรือทางจิตร่วมด้วย สำหรับการวินิจฉัยที่แน่นอนควรมีความบกพร่อง 2 ประการ คือ ระดับเชาวน์ปัญญา และความสามารถในการปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการในชีวิตประจำวันตามสภาพแวดล้อมของสังคมปกติ

ส่วนคำจำกัดความของภาวะปัญญาอ่อนที่ได้รับการรับรองจาก AAMR (American Association on Mental Retardation) และนำมาใช้อย่างกว้างขวางนั้น ได้รับการรวบรวมไว้ใน DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, ed4, 1994) กล่าวว่าภาวะปัญญาอ่อนหมายถึง ภาวะที่มีความจำกัดอย่างชัดเจนของการปฏิบัติตนในปัจจุบัน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ ความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ ร่วมกับความจำกัดของทักษะการปรับตัวอีกอย่างน้อย 2 ทักษะของทักษะต่อไปนี้ การสื่อความหมาย

การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตในบ้าน ทักษะทางสังคม การใช้สาธารณสมบัติ การควบคุมตนเอง สุขภาพและความปลอดภัย การนำความรู้ทางการศึกษามาใช้ในชีวิตประจำวัน การใช้เวลาว่าง และการทำงาน และแสดงออกก่อนอายุ 18 ปี[4]

สรุปการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อนที่แน่นอน ควรมีความบกพร่อง 2 ประการคือ

1. ระดับเชาวน์ปัญญา

2. ความสามารถในการปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการในชีวิตประจำวันตามสภาพแวดล้อมของสังคมปกติ

การแบ่งประเภทของภาวะปัญญาอ่อน

การแบ่งประเภทของภาวะปัญญาอ่อนตามระดับความรุนแรงโดยทั่วไปนิยมแบ่งเป็น 2 แบบ คือ ICD10 ขององค์การอนามัยโลก และ DSM-IV ของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา

ตาราง 1 การแบ่งประเภทของภาวะปัญญาอ่อน

การแบ่งประเภทของภาวะปัญญาอ่อน			
ตาม ICD10[5]		ตาม DSM-IV[6]	
ไอคิว	ระดับเชาวน์ปัญญา	ไอคิว	ระดับเชาวน์ปัญญา
50-69	ปัญญาอ่อนระดับน้อย	50-55 ถึงประมาณ70	ปัญญาอ่อนระดับน้อย
35-49	ปัญญาอ่อนระดับปานกลาง	35-40 ถึง 50-55	ปัญญาอ่อนระดับปานกลาง
20-34	ปัญญาอ่อนระดับรุนแรง	20-25 ถึง 35-40	ปัญญาอ่อนระดับรุนแรง
<20	ปัญญาอ่อนระดับรุนแรงมาก	<20 หรือ 25	ปัญญาอ่อนระดับรุนแรงมาก

การแบ่งประเภทของภาวะปัญญาอ่อนข้างต้น เป็นการแบ่งโดยใช้การจำแนกตามระดับเชาวน์ปัญญา จากการทดสอบที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งระดับเชาวน์ปัญญาที่ได้เป็นเพียงแนวทางในการวินิจฉัย ควรมีการประเมินทักษะการปรับตัวร่วมด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราความชุกของปัญญาอ่อนระดับน้อย พบมากที่สุด คือร้อยละ 85[6]

ลักษณะและความสามารถของบุคคลปัญญาอ่อน

ลักษณะและความสามารถของบุคคลปัญญาอ่อนจำแนกตาม ICD10 และ DSM-IV ดังต่อไปนี้

ปัญญาอ่อนระดับน้อย ในวัยผู้ใหญ่มีอายุสมอง 8-9 ถึงต่ำกว่า 12 ปี และพัฒนาการในแต่ละวัยมีดังนี้ วัยก่อนเรียน(แรกเกิด – 5 ปี) ทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายพัฒนาเหมือนเด็กทั่วไป แต่อาจมีความบกพร่องบ้างเล็กน้อยในเรื่อง sensory motor function บ่อยครั้งพบว่า ยังแยกเด็กพวกนี้จากเด็กปกติไม่ได้ในช่วงอายุนี้จนกว่าจะเข้าวัยเรียน วัยเรียนทักษะทางวิชาการเป็นปัญหาสำคัญที่พบ มีจำนวนมากที่มีปัญหาพิเศษในด้านการอ่านและเขียน แต่การให้การศึกษาในรูปแบบการพัฒนาทักษะและทดแทนความพิการ จะสามารถช่วยบุคคลปัญญาอ่อนระดับน้อยได้มาก อาจเรียนได้ถึงระดับ 5 หรือระดับ 6 วัยผู้ใหญ่ ความสามารถทางสังคมและอาชีพ พอที่จะเลี้ยงตัวเองได้ในขั้นต่ำ เป็นแรงงานที่ไม่ต้องใช้ฝีมือหรือกึ่งใช้ฝีมือ และต้องการคำแนะนำเมื่อประสบกับความเครียดทางสังคมและภาวะเศรษฐกิจ ในสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรมสังคมที่ต้องการผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาเพียงเล็กน้อย ปัญญาอ่อนระดับน้อยอาจไม่ก่อให้เกิดปัญหาแต่อย่างใด ส่วนใหญ่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามลำพังในชุมชน มีบางคนที่จำเป็นต้องมีผู้คอยให้คำแนะนำในการอาศัยอยู่ในอพาตเมนท์หรือ group home แต่อย่างไรก็ตาม ถ้ามีปัญหาด้านวุฒิภาวะทางสังคมและอารมณ์มาก ก็จะปรากฏปัญหาอื่นตามมา เช่น ไม่สามารถจัดการในเรื่องการมีครอบครัวหรือการเลี้ยงดูบุตร หรือมีความยากลำบากเกี่ยวกับการปรับตัวให้เหมาะสมกับประเพณีวัฒนธรรมและความคาดหวังต่าง ๆ ในสังคม โดยทั่วไปปัญหาด้านสังคม อารมณ์ และพฤติกรรมที่พบในบุคคลปัญญาอ่อนระดับน้อย และความต้องการในการแก้ไขและการสนับสนุนช่วยเหลือ จะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับที่พบในบุคคลที่มีสติปัญญาปกติมากกว่าปัญหาเฉพาะที่พบในบุคคลปัญญาอ่อนระดับปานกลางและระดับรุนแรง โดยทั่วไปจะตรวจพบสาเหตุจากพยาธิสภาพทางกายได้ในบุคคลปัญญาอ่อน

ระดับน้อยจำนวนไม่มากนัก สภาวะที่เกิดร่วมด้วย เช่น ออติสซึม ภาวะบกพร่องด้านพัฒนาการอื่น ๆ โรคลมชัก ความประพฤติแปรปรวน หรือความพิการทางกายสามารถพบได้ในสัดส่วนที่แตกต่างกัน

ปัญญาอ่อนระดับปานกลาง ในวัยผู้ใหญ่มีอายุสมอง 6 ถึงต่ำกว่า 9 ปี กลุ่มนี้มีพัฒนาการล่าช้าในวัยเด็ก ความสามารถทางสติปัญญาแต่ละด้านแตกต่างกัน บางคนอาจมีทักษะด้าน visuo – spatial ดีกว่าทักษะด้านภาษา ระดับพัฒนาการทางภาษาจะมีความแตกต่างกันไป บางคนสามารถร่วมในการสนทนาง่าย ๆ ได้ บางคนจะใช้ภาษาเพื่อสื่อความต้องการขั้นพื้นฐานได้เท่านั้น บางคนไม่เคยเรียนรู้การใช้ภาษาเลย ถึงแม้ว่าอาจจะเข้าใจคำสั่งง่าย ๆ และอาจเรียนรู้การใช้ภาษาท่าทางแทนเมื่อมีความบกพร่องในการพูดได้ในระดับหนึ่ง นอกจากมีความยากลำบากในการเข้าใจภาษาและใช้ภาษา ยังมีความสามารถจำกัดในทักษะด้านการช่วยเหลือตัวเองและการเคลื่อนไหว ผลสัมฤทธิ์ในการดูแลตนเองต่ำ บางคนจำเป็นต้องได้รับการดูแลไปตลอดชีวิต ความสามารถทางการศึกษามีจำกัด แต่สามารถเรียนรู้ทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการอ่าน เขียน และนับจำนวนได้ในระดับ 2 ในวัยรุ่น มีปัญหาในการใช้ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับกลุ่มเพื่อน โปรแกรมทางการศึกษา จึงจำเป็นสำหรับบุคคลปัญญาอ่อนระดับปานกลาง เพื่อพัฒนาศักยภาพของเขา ซึ่งส่วนใหญ่จะสามารถพัฒนาความสามารถทางสังคมในการสร้างปฏิสัมพันธ์ สื่อความหมายกับผู้อื่น และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมง่าย ๆ ได้ ในวัยผู้ใหญ่ สามารถทำงานง่าย ๆ ได้ แต่ยังต้องมีคนคอยแนะนำอยู่ตลอด การดำเนินชีวิตอย่างอิสระด้วยตนเองต้องมีคนช่วยเหลือ ยังต้องทำงานในโรงงานอารักษ์ group home และสถานที่ทำงานที่มีผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ บุคคลปัญญาอ่อนระดับปานกลางส่วนใหญ่สามารถค้นพบสาเหตุทางพยาธิสภาพได้ อาจพบออติสซึมในวัยเด็ก หรือความผิดปกติทางพัฒนาการอย่างรุนแรงได้บ้าง สำหรับโรคลมชัก ความพิการทางกายและทางระบบประสาทเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย แม้ว่าส่วนใหญ่มักจะเดินได้เอง

ปัญญาอ่อนระดับรุนแรง ในวัยผู้ใหญ่มีอายุสมอง 3 ถึงต่ำกว่า 6 ปี ส่วนใหญ่กลุ่มนี้จะมีปัญหาของความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว หรือจากความบกพร่องด้านอื่น ๆ ที่เกิดร่วมด้วยอย่างชัดเจน ซึ่งแสดงว่ามีการทำลายหรือพัฒนาที่ผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง

อย่างมีนัยสำคัญ วัยก่อนเรียน พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวล่าช้ามากและขาดทักษะในการใช้ภาษาสื่อความหมาย วัยเรียน อาจจะเรียนรู้การพูดและฝึกทักษะเบื้องต้นในการช่วยเหลือตัวเอง และอาจทำงานง่าย ๆ โดยมีผู้ดูแลใกล้ชิดได้ บางคนอ่านสัญลักษณ์ง่าย ๆ ที่ใช้ในการช่วยเหลือตัวเองได้ เช่น หยุด ผู้ชาย ผู้หญิง วัยผู้ใหญ่ ต้องการคนดูแลแนะนำในการทำงาน ต้องการโปรแกรมในชุมชน group home หรือการช่วยเหลือเป็นการเฉพาะแก่ครอบครัว และต้องการการดูแลด้านการพยาบาลเป็นพิเศษสำหรับผู้ที่มีความพิการร่วมด้วย การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับกลุ่มนี้

ปัญญาอ่อนระดับรุนแรงมาก ในวัยผู้ใหญ่มีอายุสมองต่ำกว่า 3 ปี มีความสามารถจำกัดในทุกด้าน ทั้งเรื่องการดูแลตนเอง ควบคุมตนเอง การสื่อความหมายและการเคลื่อนไหว อย่างไรก็ตามความสามารถในการปรับตัวมีความแตกต่างกัน ในช่วงวัยต้น ๆ ความบกพร่องของ sensorimotor เห็นได้อย่างชัดเจน และเนื่องจากมีความพิการต่าง ๆ กันไป จึงต้องจัดเตรียมสภาพแวดล้อมที่มีเครื่องช่วยและมีคนคอยดูแลตลอด ทักษะการช่วยเหลือตัวเอง การสื่อความหมาย การเคลื่อนไหว อาจจะพัฒนาขึ้นเมื่อได้รับการฝึกอย่างเหมาะสม ในสภาพแวดล้อมที่จัดเตรียมไว้ การดูแลตนเองในระดับพื้นฐานบางคนทำได้เพียงเล็กน้อย และยังจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือและคำปรึกษาแนะนำ บางคนทำไม่ได้เลย บางคนถ้ามีการให้คำปรึกษาแนะนำและแนวทางที่เหมาะสม อาจจะมีส่วนร่วมในการทำงานบ้านง่าย ๆ หรือ งานทั่ว ๆ ไป ต่าง ๆ ได้เล็กน้อย มีขีดจำกัดในการเข้าใจและใช้ภาษา ทำได้อย่างดีที่สุดแค่เข้าใจคำสั่งขั้นพื้นฐาน และทำตามคำขอร้องง่าย ๆ และสื่อความหมายได้เพียงแสดงท่าทางง่าย ๆ ส่วนใหญ่ไม่เคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวได้น้อยมาก บางคนอาจเรียนรู้ทักษะในการใช้ visuo – spatial เช่น การคัดแยกและจับคู่อย่างง่าย ๆ ในระดับที่เป็นพื้นฐานที่สุด การดำเนินชีวิตในชุมชน group home เล็ก ๆ สถาบันหรือในครอบครัว ต้องการโปรแกรมในการดูแล กลุ่มนี้ส่วนมากจะค้นหาสาเหตุทางพยาธิสภาพได้ ความพิการทางกายหรือระบบประสาทอย่างรุนแรงที่มีผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวนั้นพบบ่อย เช่น โรคลมชัก ความบกพร่องในการมองเห็นและการได้ยิน สำหรับความผิดปกติทางพัฒนาการอย่างรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งออติสซึมที่ไม่มีรูปแบบชัดเจน มักจะพบได้บ่อยในกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้[5,6,7]

พัฒนาการล่าช้า เป็นลักษณะที่สำคัญของภาวะปัญญาอ่อน ภาวะปัญญาอ่อนยิ่งรุนแรงมากเท่าใด ความล่าช้าของพัฒนาการก็ยิ่งปรากฏให้เห็นเร็วขึ้นเท่านั้น กลุ่มปัญญาอ่อนระดับ

รุนแรง จะพบทักษะทาง Psychomotor ล่าช้าอย่างชัดเจน ในช่วงวัยขวบปีแรก กลุ่มปัญญาอ่อนระดับปานกลางจะมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวปกติ แต่พัฒนาการด้านภาษาและด้านการพูดจะล่าช้า ซึ่งจะเห็นได้ในช่วยวัยเตาะแตะ(Toddler) ส่วนปัญญาอ่อนระดับน้อย อาจไม่แสดงอาการล่าช้าจนกระทั่งวัยเข้าเรียน (แต่ถ้าสังเกตอย่างละเอียดแล้ว จะพบว่าเด็กเหล่านี้มีความสามารถต่ำกว่าเกณฑ์อย่างเห็นได้ชัดเจนตั้งแต่วัยอนุบาล) ไม่มีอาการแสดงทางร่างกายทางบุคลิกภาพหรือทางพฤติกรรมใดโดยเฉพาะที่บ่งบอกถึงความเป็นภาวะปัญญาอ่อน ยกเว้นภาวะปัญญาอ่อนที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มอาการที่มีลักษณะพิเศษทางร่างกายปรากฏให้เห็นก็จะทำให้วินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อนได้ตั้งแต่แรกเกิดหรือในวัยทารก อาทิ Down syndrome และ Primary Microcephaly แต่ความผิดปกติเหล่านี้ก็เป็นเพียงส่วนน้อยของกลุ่มบุคคลปัญญาอ่อนเท่านั้น ส่วนความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ทางร่างกายจะยิ่งมีมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อน ซึ่งอาจเป็นเพียงระบบเดียวหรือหลายระบบก็ได้ อาทิ ระบบประสาท(ชัก) การมองเห็น การได้ยิน ระบบหลอดเลือดและหัวใจ และระบบอื่น ๆ

สำหรับบุคลิกภาพ หรือพฤติกรรมก็ไม่มีลักษณะเฉพาะเช่นเดียวกัน บางคนจะก้าวร้าวควบคุมอารมณ์ได้ยาก บางคนไม่รู้จักดิ้นรน ต้องพึ่งพาผู้อื่นและอ่อนแอ ทำให้ผู้อื่นชักจูงไปในทางที่ไม่ถูกต้องได้ง่าย อาทิ การทำทารุณทางร่างกายและทางเพศ หรือถูกละเลยเกี่ยวกับโอกาสและสิทธิต่าง ๆ

บุคคลปัญญาอ่อน อาจมีความผิดปกติทางจิตได้ทุกประเภท เช่นเดียวกับบุคคลปกติ และพบได้มากกว่าบุคคลปกติ 3 – 4 เท่า ในบางกรณีอาจจะเกิดจากสาเหตุร่วมกัน ตัวอย่างเช่น ศีรษะถูกการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง ทำให้เกิดทั้งภาวะปัญญาอ่อนและการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพเป็นต้น [4]

ความจำเป็นในการค้นหาภาวะปัญญาอ่อน

การคัดแยกเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า มารับบริการช่วยเหลือได้เร็วขึ้นเท่าใด เด็กจะมีโอกาสใช้ชีวิตเช่นเด็กปกติได้มากขึ้น โดยเฉพาะเด็กที่มีภาวะปัญญาอ่อนระดับน้อย โดยทั่วๆ ไป จะเห็นได้ว่าเด็กในวัยทารก การวินิจฉัยว่าเป็นปัญญาอ่อนยิ่งยากมากขึ้น ยกเว้นในรายที่มีความบกพร่องอย่างมากหรือมีลักษณะเฉพาะ เช่น เด็กดาวน์ซินโดรม

แม้ว่าเมื่อเกิดภาวะปัญญาอ่อนแล้ว จะไม่อาจรักษาสมองส่วนที่เสียไปให้กลับคืนมาทำงานได้ตามปกติ แต่ก็สามารถจะคงสภาพหรือฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมองส่วนที่คงเหลืออยู่ให้ทำงานได้เต็มที่ ดังนั้นการรักษาภาวะปัญญาอ่อนจึงเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพของสมองและร่างกายมากกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว การวินิจฉัยให้ได้เร็วที่สุด และการฟื้นฟูสมรรถภาพทันทีที่วินิจฉัยได้ จะช่วยหยุดยั้งความพิการมิให้เพิ่มขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด ให้ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมมากเกินไป เด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80-90 มีระดับปัญญาอ่อนขนาดน้อย ซึ่งพวกนี้ถ้าได้รับการค้นพบและได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่เยาว์วัย จัดการศึกษาที่เหมาะสมกับระดับความสามารถของแต่ละบุคคล ก็จะสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เกือบทุกอย่าง ปรับตัวอยู่ในสังคมได้ และมีงานอาชีพเลี้ยงตัวได้เมื่อเป็นผู้ใหญ่ [4]

ดังนั้น การค้นหาภาวะปัญญาอ่อน โดยเฉพาะที่มีความรุนแรงระดับน้อย จึงเป็นสิ่งสำคัญ หากสามารถค้นพบได้ตั้งแต่ยังเล็ก ก็จะสามารถช่วยเหลือและให้การส่งเสริม อันจะช่วยหยุดยั้งความบกพร่องมิให้เพิ่มขึ้น และทำให้พัฒนาได้เต็มตามศักยภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับงานสาธารณสุขมูลฐาน

การวางแผนงานสุขภาพจิตเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นนโยบายส่วนหนึ่งด้านสาธารณสุข โดยมีหลักเกณฑ์คร่าว ๆ ว่า ควรให้ความสนใจในเรื่องของอุบัติการณ์เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตเวชชนิดต่าง ๆ รวมทั้งผลติดตามที่สืบเนื่องจากความผิดปกติเหล่านั้นที่มีต่อสังคม และควรให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการวางแผนด้วย วางแผนในการรักษาภาวะทางจิตเวชชนิดต่าง ๆ เช่น จิตเวชฉุกเฉิน การรักษาผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน การดูแลผู้ป่วยปัญญาอ่อน การรักษาโรคลมชักและโรคทางสมองที่มีความพิการอย่างเรื้อรัง

ในประเทศไทย ประชากรร้อยละ 85 อยู่ในชนบทที่ห่างไกล รัฐบาลให้บริการด้านสาธารณสุขได้เพียงร้อยละ 20-30 ของประชากร การสาธารณสุขของรัฐบาลจึงต้องมุ่งไปที่การสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมุ่งแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน โดยการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยการส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนพึ่งตัวเอง มีส่วนร่วมในการวางแผนสาธารณสุขหมู่บ้านในระยะแรกเริ่มจนถึงขั้นดำเนินงาน ทั้งนี้เพื่อให้บริการสาธารณสุขตรงกับความต้องการของราษฎร และใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ให้การ

ศึกษาแก่ชุมชนจนชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานได้ การสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นระดับต่ำสุดที่สามารถติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลและครอบครัวในชุมชน โดยระบบสาธารณสุขแห่งชาติสามารถให้บริการด้านสุขภาพแก่ชุมชนอย่างใกล้ชิดในที่ ๆ เขาอยู่อาศัยและทำมาหากิน เป็นส่วนแรกของบริการสาธารณสุข

ผู้ให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องเป็นบุคคลที่อยู่ในท้องถิ่น และใกล้ชิดกับผู้ใช้บริการมากที่สุด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นส่วนหนึ่งของผู้ให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน คัดเลือกจากผู้สื่อข่าวสาธารณสุข(ผสส.) หมู่บ้านละ 1 คน มีหน้าที่ในการดูแลประชากร 500 – 1,000 คน คือ 100 – 150 หลังคาเรือน อสม. จะต้องมีคุณสมบัติดังนี้ ต้องเป็นบุคคลในหมู่บ้านนั้น มีบุคลิกลักษณะและความประพฤติดี ไม่จำกัดเพศและอาชีพ แต่ยกเว้นสมณะเพศ นักบวช นักพรต อายุระหว่าง 20 – 50 ปี ความรู้อย่างต่ำ ป.4 มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลืองานด้านนี้ ฐานะปานกลางและต้องเป็นที่ยอมรับของกลุ่มชนในหมู่บ้านนั้น สมัครใจที่จะช่วยเหลือเพื่อนบ้านโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน และต้องได้รับความยินยอมจากครอบครัว อสม.จะเป็นผู้ให้คำสนับสนุนและคำปรึกษาแก่ผสส. (10 – 15 คน ในหมู่บ้าน)

ตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ผู้ให้บริการสาธารณสุขต้องได้รับการฝึกอบรมอย่างเพียงพอที่จะให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกอบรมไม่ควรใช้เวลานานเกินสมควร และควรเป็นการฝึกอบรมแบบง่าย ๆ การบริการสาธารณสุขควรเป็นบริการที่ไม่ต้องใช้วิทยาการทางสาธารณสุขที่ยุ่งยากเกินไป เช่น การรักษาโรค อาจใช้ยาสามัญประจำบ้าน หรืออาจจะใช้การแพทย์แผนโบราณผสมผสานกับแพทย์แผนปัจจุบัน การบริการสาธารณสุขมูลฐานจะต้องกลมกลืนกับชีวิตความเป็นอยู่ วัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีและความเชื่อถือ ตลอดจนทัศนคติของราษฎรในท้องถิ่น การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดขึ้นมาได้ ก็ต่อเมื่อชุมชนรับรู้ว่าปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหานั้น ๆ โดยรัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้ [9]

รวมความว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้หนึ่งที่มีบทบาทในงานสาธารณสุขมูลฐาน จึงต้องเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับนับถือจากเพื่อนบ้าน และมีความรู้ด้านสาธารณสุขเพียงพอที่จะให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานจะต้องเข้าถึงและเป็นที่ยอมรับของประชาชนในชนบท สอดคล้องกับชีวิตความเป็นอยู่ วัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีและความเชื่อ ตลอดจนทัศนคติของประชาชนในท้องถิ่น

การดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานจึงจะเกิดขึ้นได้โดยชุมชนให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วม

การสนทนากลุ่ม

การจัดสนทนากลุ่ม เป็นวิธีการศึกษาวิจัยแบบหนึ่งของการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ได้เริ่มเข้ามาสู่วงวิชาการเมื่อประมาณปี พ.ศ.2522 เนื่องจากในแวดวงวิชาการได้ให้ความสนใจกับการศึกษาวิธีนี้ ซึ่งเห็นว่า เป็นเทคนิคการวิจัยประยุกต์ที่มีประโยชน์มาก จึงได้เริ่มนำเอามาใช้ด้วยวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน เช่น The U.S. National Cancer Institute's Projects Information Branch ใช้การศึกษาวิจัยแบบสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นเทคนิคหนึ่งในการทดสอบโครงการให้การศึกษาแก่ประชาชน ในเรื่องการป้องกันโรคมะเร็ง The U.S National Heart, Lung and Blood Institute ใช้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับทำโครงการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับอันตราย และวิธีการป้องกันความดันโลหิตสูง UNICEF ใช้เป็นงานวิจัยประยุกต์ส่วนหนึ่งที่จะให้ได้ข้อมูลระดับลึก เกี่ยวกับทัศนคติของประชาชนและพฤติกรรมอันเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมในประเทศที่กำลังพัฒนา

แนวทางการใช้การจัดสนทนากลุ่ม เท่าที่นิยมใช้กันมีจุดมุ่งหมายดังต่อไปนี้คือ

1. ใช้ในการสร้างสมมติฐานใหม่ ๆ
2. ใช้ในการสำรวจความคิดเห็น ทัศนคติ และคุณลักษณะต่าง ๆ ของประชากร
3. ใช้ในการทดสอบแนวความคิดในเรื่องที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่ผลิตขึ้นมาใหม่
4. ใช้ในการประเมินผลทางด้านธุรกิจ
5. ใช้ในการกำหนดคำถาม และเพื่อทดลองใช้แบบสอบถาม
6. ใช้การสนทนากลุ่มเพื่อเป็นการค้นหาคำตอบที่ยังคลุมเครือ หรือไม่แน่ชัดของการวิจัยแบบสำรวจ ซึ่งเรียกว่าเป็นการใช้การสนทนากลุ่มเพื่อช่วยเสริมให้งานวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การสนทนากลุ่ม เป็นการนั่งสนทนากันระหว่างผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นกลุ่มตามปกติประมาณ 6 - 12 คน แต่ในบางกรณีอาจมีข้อยกเว้นให้มีได้ประมาณ 4 – 5 คน และในกรณีดังกล่าว อาจเรียกว่าเป็นการจัดสนทนากลุ่มเล็ก ผู้ดำเนินการสนทนาจะนัดหมายผู้เข้าร่วมสนทนามาประชุมร่วมกัน ณ ที่แห่งใดแห่งหนึ่ง ผู้ร่วมสนทนาทั้งหมดจะต้องเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือมีบทบาทในเรื่องที่เกี่ยวข้องในการแสดงความคิดเห็น ในระหว่างการสนทนาจะ

มีผู้ดำเนินการสนทนา เป็นผู้คอยจุดประเด็นในการสนทนา เพื่อเป็นการชักจูงใจให้บุคคลกลุ่มนี้ได้แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือแนวทางในการสนทนาให้ได้กว้างขวางลึกซึ้ง และละเอียดที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เปิดกว้างที่จะให้ผู้เข้าร่วมสนทนามีปฏิกิริยาโต้ตอบกัน ในระหว่างการสนทนานั้น จะทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลในสิ่งซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถได้มาด้วยวิธีการใช้แบบสอบถาม

ในการสนทนากลุ่ม ผู้ดำเนินการสนทนา ควรทำให้ผู้ร่วมสนทนามีความรู้สึกว่าตนสามารถให้ความคิดเห็นได้อย่างอิสระเสรี ต้องให้ทุกคนในกลุ่มได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและไม่ให้ผู้ใดมีความสำคัญเหนือผู้อื่น เพราะมิฉะนั้นแล้ว จะเป็นความคิดเห็นของผู้นั้นมากกว่าของกลุ่ม ในการสนทนา ผู้ดำเนินการสนทนาต้องไม่ป้อนคำถามนำหรือแสดงท่าทีชี้แนะให้กลุ่มหรือสมาชิกของกลุ่มแสดงความคิดเห็นไปในทางใดทางหนึ่งที่ผู้ดำเนินการสนทนาต้องการ การสนทนากลุ่มควรเริ่มเมื่อทุกคนได้มาครบพร้อมกันและควรให้เสร็จภายในครั้งเดียว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดำเนินการสนทนาจะต้องเตรียมประเด็นต่าง ๆ ที่ควรถามไว้ล่วงหน้าและเก็บตามประเด็นให้ครบถ้วน

ผู้จดบันทึกการสนทนา เป็นอีกคนหนึ่งที่เกี่ยวข้องในการจัดสนทนากลุ่ม จะต้องรู้วิธีการจดบันทึกอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะจะต้องจดบันทึกบรรยากาศที่เกิดขึ้นในระหว่างการสนทนาด้วย เช่น ความเงียบ เสียงหัวเราะ การแสดงสีหน้าของผู้เข้าร่วมสนทนา เพื่อประโยชน์แก่การวิเคราะห์ในภายหลัง การจดบันทึกจะเป็นแนวทางในการถอดเทปได้ง่ายขึ้นและทำให้ผู้วิจัยทราบบรรยากาศของการสนทนากลุ่มจากการจดบันทึกของผู้จดบันทึกข้อมูล ผู้จดบันทึกต้องทำหน้าที่จดบันทึกแต่เพียงอย่างเดียว ไม่ควรร่วมสนทนาด้วย เพราะจะทำให้เสียบรรยากาศของการสนทนากลุ่ม และผู้จดบันทึกจะต้องเป็นผู้ถอดเทปด้วยตนเอง เพื่อความเข้าใจสิ่งที่ได้บันทึกและเนื้อหาสาระในเทปที่ตรงกัน

เนื่องจากวิธีการศึกษาวิจัยแบบการจัดสนทนากลุ่มนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพชนิดหนึ่ง ไม่มีตัวเลขหรือสถิติที่จะนำมาใช้อธิบายในเชิงปริมาณ หากแต่เป็นเพียงการอธิบายในเชิงคุณภาพซึ่งแสดงให้เห็นถึงทัศนคติ ความคิดเห็น และแบบแผนพฤติกรรมที่อยู่เบื้องหลัง ที่ผู้วิจัยไม่สามารถจะหาได้จากการไปสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม ดังนั้นการจัดสนทนากลุ่มจึงควรนำมาใช้ในลักษณะเสริมงานวิจัย[8]

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative Research) โดยใช้การสนทนากลุ่ม(Focus group discussion) เพื่อรวบรวมข้อมูล

ประชากร

ประชาชนจากอำเภอแม่ริม และอำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง(purposive sampling) จากตำบลแม่ริมเหนือ อำเภอแม่ริม และตำบลแม่แตง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากสะดวกในการติดต่อประสานงานและเดินทางไปเก็บข้อมูล และกำหนดเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

   1.1 ประชาชนทั่วไป จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน

   1.2 ผู้นำชุมชน จำนวน 1 กลุ่ม รวม 10 คน

   1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน

2. คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

   2.1 ต้องเต็มใจมาเข้าร่วมสนทนากลุ่ม

   2.2 ไม่มีความพิการทางการได้ยิน

   2.3 ทั้งเพศชายและหญิง ไม่จำกัดสถานภาพสมรส การศึกษาและรายได้

   2.4 ประชาชนทั่วไป ต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี ได้แก่ นักศึกษา แม่บ้าน

   2.5 ผู้นำชุมชนได้แก่ ครู พระ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการและผู้นำกิจกรรมในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ประเภทกลุ่ม แหล่งข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว

2. คู่มือในการจัดทำสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย

2.1 คำชี้แจงการเก็บข้อมูลด้วยวิธีสนทนากลุ่ม

2.2 คำถามในการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มผู้นำชุมชน 2. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำถามสำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มผู้นำชุมชน มี 3 ประเด็น ดังนี้

2.2.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อน มีประเด็นคำถามดังนี้

- ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อน
- ลักษณะและพฤติกรรมของบุคคลปัญญาอ่อน
- ช่วงอายุที่สามารถสังเกตเห็นว่าเป็นปัญญาอ่อน

2.2.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจเพื่อค้นหาภาวะปัญญาอ่อน

2.2.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับบุคคลที่เหมาะสมที่จะเป็นผู้ตรวจค้นหาภาวะปัญญาอ่อน

ส่วนคำถามสำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 ประเด็นแรก ใช้คำถามเดียวกับคำถามสำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มผู้นำชุมชน และเพิ่มเติมข้อคำถามในประเด็นต่อไปนี้

- ความเป็นไปได้ในการใช้แบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนระดับชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- รูปแบบของแบบคัดกรองที่ต้องการ

3. เทปบันทึกเสียง

4. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก สำหรับเป็นต้นแบบแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการพิจารณารูปแบบของแบบคัดกรองฯ ที่ต้องการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานกับศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่ ในการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนและเกณฑ์ที่กำหนด

2. สถานที่นัดทำการสนทนากลุ่มคือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน และวัดในชุมชน

3. ดำเนินการจัดทำสนทนากลุ่มตามหัวข้อที่กำหนด แต่ละกลุ่มมีผู้ดำเนินการสนทนา 1 คน ได้แก่ แพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาล ผู้จดบันทึกการสนทนา 2 คน พร้อมเทปบันทึกเสียง เวลาที่ใช้ในการสนทนา 1 ชั่วโมง ถึง 1 1/2 ชั่วโมง

กลุ่มและจำนวนคนที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม มีดังนี้

กลุ่มประชาชนทั่วไป

กลุ่ม 1 จำนวน 6 คน สถานที่สนทนากลุ่ม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่แตง

กลุ่ม 2 จำนวน 4 คน สถานที่สนทนากลุ่ม วัดเจดีย์สถาน อำเภอแม่ริม

กลุ่ม 3 จำนวน 9 คน สถานที่สนทนากลุ่ม ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอแม่ริม

กลุ่มผู้นำชุมชน

กลุ่ม 1 จำนวน 8 คน สถานที่สนทนากลุ่ม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่แตง

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่ม 1 จำนวน 5 คน สถานที่สนทนากลุ่ม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่แตง

กลุ่ม 2 จำนวน 8 คน สถานที่สนทนากลุ่ม ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอแม่ริม

จำนวนคนที่เข้าสนทนากลุ่มแต่ละกลุ่มไม่ครบตามจำนวนที่กำหนด (กลุ่มละ 10 คน) เมื่อถึงวันนัด เนื่องจากบางคนมีปัญหาเรื่องการเดินทางและการลางาน

<u>การวิเคราะห์ข้อมูล</u>

คำนวณค่าความถี่ และร้อยละ สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

นำข้อมูลที่บันทึกการสนทนากลุ่มและข้อมูลจากการถอดเทป มาแยกประเภทจัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์ผลเชิงบรรยาย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อน

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอในรูปแบบตาราง

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	**ประชาชนทั่วไป**		**ผู้นำชุมชน**		**อสม.**	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	n = 19		n = 8		n = 13	
แหล่งข้อมูล						
อำเภอแม่ริม	13	68.4	-	-	8	61.5
อำเภอแม่แตง	6	31.6	8	100	5	38.5
เพศ						
ชาย	6	31.6	3	37.5	2	15.4
หญิง	13	68.6	5	62.5	11	84.6
อายุ (ปี)						
น้อยกว่า 20	1	5.3	-	-	-	-
20 - 29	7	36.8	2	25	-	-
30 – 39	9	47.4	5	62.5	5	38.5
40 – 49	-	-	1	12.5	8	61.5
50 – 59	1	5.3	-	-	-	-
มากกว่า 59	1	5.3	-	-	-	-
ไม่ทราบ	-	-	-	-	-	-

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	ประชาชนทั่วไป		ผู้นำชุมชน		อสม.	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	n = 19		n = 8		n = 13	
สถานภาพสมรส						
โสด	4	21.0	2	25	-	-
คู่	14	73.7	6	75	12	92.3
หม้าย	1	5.3	-	-	1	7.7
หย่า/ร้าง	-	-	-	-	-	-
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน/อ่านออกเขียนได้	-	-	-	-	-	-
ประถมศึกษา	15	78.9	3	37.5	10	76.9
มัธยมศึกษา	4	21.0	1	12.5	3	23.1
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	-	-	2	25	-	-
ปริญญาตรี	-	-	2	25	-	-
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	10.5	-	-	-	-
ทำนา ทำสวน ทำไร่ (เจ้าของ)	1	5.3	-	-	1	7.7
รับจ้างแรงงาน/ลูกจ้าง	9	47.4	2	25	9	69.2
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	-	-	2	25	-	-
ธุรกิจส่วนตัว	1	5.3	3	37.5	3	23.1
แม่บ้าน	4	21.0	-	-	-	-
นักเรียน/นักศึกษา	2	10.5	-	-	-	-
อื่น ๆ (พระ)	-	-	1	12.5	-	-

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	ประชาชนทั่วไป		ผู้นำชุมชน		อสม.	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	n = 19		n = 8		n = 13	
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)						
3,000 บาทและต่ำกว่า	18	94.7	3	37.5	12	92.3
3,001 – 5,000	-	-	1	12.5	1	7.7
5,001 – 7,000	-	-	2	25	-	-
7,001 – 9,000	-	-	-	-	-	-
9,000 บาทขึ้นไป	-	-	1	12.5	-	-
ไม่มีรายได้	-	-	1	12.5	-	-
ไม่ทราบ	1	5.3	-	-	-	-

จากตาราง 2 พบว่าประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 40 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มประชาชนทั่วไป มีจำนวนทั้งสิ้น 19 คน จากอำเภอแม่ริม 13 คน และอำเภอแม่แตง 6 คน ผู้เข้าสนทนากลุ่มในกลุ่มนี้มีทั้ง 2 เพศ แต่ส่วนใหญ่เป็นหญิงคิดเป็นร้อยละ 68.6 อายุของกลุ่มนี้มีตั้งแต่น้อยกว่า 20 ปี จนกระทั่งอายุมากกว่า 59 ปี ยกเว้น ในช่วงอายุ 40-49 ปีไม่มี โดยอายุช่วง 30-39 ปี มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.4 สถานภาพสมรสมีทั้งที่เป็นโสด คู่และหม้าย คิดเป็นร้อยละ 21, 73.7 และ 5.3 ตามลำดับ ระดับการศึกษาของกลุ่มนี้มี 2 ระดับ คือประถมศึกษาและมัธยมศึกษา โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 78.9 กลุ่มนี้มีเกือบทุกอาชีพ ได้แก่ ผู้มีอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง เจ้าของนา/สวน/ไร่ ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัว แม่บ้าน และนักเรียน/นักศึกษา ยกเว้นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และพระ ซึ่งอยู่ในกลุ่มผู้นำชุมชน รายได้ครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มนี้อยู่ในระดับ 3,000 บาทและต่ำกว่า

กลุ่มผู้นำชุมชน มีจำนวนทั้งสิ้น 8 คน จากอำเภอแม่แตงเท่านั้น ผู้เข้าสนทนากลุ่มในกลุ่มนี้มีทั้ง 2 เพศ แต่ส่วนใหญ่เป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.5 อายุของกลุ่มนี้อยู่ระหว่าง 20-49 ปี โดยช่วงอายุ 30-39 ปี มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.5 สถานภาพสมรสมีทั้งโสดและคู่ คิดเป็นร้อยละ 25 และ 75 ตามลำดับ ระดับการศึกษามีตั้งแต่ประถมศึกษาถึงปริญญาตรี โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมา คือ อาชีวศึกษา/อนุปริญญา และปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 25 เท่ากัน กลุ่มนี้ประกอบด้วย ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัว ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ผู้รับจ้างแรงงาน/ลูกจ้าง และพระ คิดเป็นร้อยละ 37.5, 25, 25 และ 12.5 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มนี้กระจายตั้งแต่ 3,000 บาทและต่ำกว่า จนกระทั่งถึง 9,000 บาทขึ้นไป ส่วนผู้ที่ไม่มีรายได้ในกลุ่มนี้คือพระ

กลุ่มอสม. มีจำนวนทั้งสิ้น 13 คน จากอำเภอแม่ริม 8 คน อำเภอแม่แตง 5 คน ผู้เข้าสนทนากลุ่มในกลุ่มนี้มีทั้ง 2 เพศ แต่ส่วนใหญ่เป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.6 อายุของกลุ่มนี้อยู่ระหว่าง 30-49 ปี โดยช่วงอายุ 40-49 ปี มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.5 กลุ่มนี้มีเฉพาะผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ และหม้าย ระดับการศึกษาของกลุ่มนี้มี 2 ระดับ คือ ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 76.9 กลุ่มนี้ประกอบด้วยเจ้าของนา/สวน/ไร่ ผู้รับจ้างแรงงาน/ลูกจ้าง ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 7.7, 69.2 และ 23.1 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 3,000 บาทและต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 92.3

ตอนที่ 2 : ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อน

การศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อน พิจารณาใน 2 ประเด็น

1. ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อน
2. ลักษณะและพฤติกรรมของบุคคลปัญญาอ่อน

ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อน

ปัญญาอ่อนในความคิดเห็นของกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มผู้นำชุมชนและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คล้ายคลึงกันในแง่ของการมีพัฒนาการทางกาย ทางสมอง และทางสังคมล่าช้ากว่าปกติ มีความสามารถจำกัดในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม แต่จะมองด้านหนึ่งด้านใดเพียงด้านเดียว คำเรียกปัญญาอ่อนในภาษาท้องถิ่น ได้แก่ ซึ่งตึง บ่เต็ม ไม่เต็มเต็ง ไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์ ปึ๊กขยือ เป็นต้น

จากข้อมูลที่รวบรวมได้ กลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มผู้นำชุมชน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กล่าวถึง ปัญญาอ่อนว่า

> "มีพัฒนาการทางสมองล่าช้ากว่าเด็กปกติ...ทางสติปัญญาล่าช้า...
> ความจำไม่ดี...สมองรับรู้ช้า...สมองไม่แล่น...ตัวเล็กผิดปกติ...
> สุขภาพร่างกายไม่ค่อยสมบูรณ์...ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เหมือนคนอื่น...
> เรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน...พูดช้า...การกระทำไม่เหมือนเด็กทั่วไป
> เล่นกับเด็กอื่นเข้ากันไม่ค่อยได้ โดนเพื่อนล้อ ว่าบ่เต็มเต็ง...ทำอะไร
> ตามความคิด เล่นไม่เอาเพื่อนฝูง...คล้ายเป็นคนบ้า...แต่คนละอย่างกับ
> ผีบ้า"

ลักษณะและพฤติกรรมของบุคคลปัญญาอ่อน

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มผู้นำชุมชน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่สามารถแยกแยะบุคคลปัญญาอ่อนได้ตั้งแต่วัย 3 เดือนขึ้นไป และการรับรู้ว่าบุคคลใดมีภาวะปัญญาอ่อนนั้น เมื่อพิจารณาตามการแบ่งระดับปัญญาอ่อนตาม ICD 10 และ DSM-IV พบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม สามารถแยกแยะบุคคลปัญญาอ่อนได้ เมื่อความเป็นปัญญาอ่อนของบุคคลนั้น อยู่ในระดับปานกลาง ถึงระดับรุนแรงเท่านั้น ส่วนปัญญาอ่อนในระดับขนาดน้อยตามการจำแนกของ ICD 10 และ DSM-IV ส่วนใหญ่ทั้ง 3 กลุ่มมีความเห็นยังไม่ชัดเจน บางท่านกล่าวว่า "เด็กที่อ่านหนังสือไม่ออก ตกซ้ำชั้น อาจแค่สมองทึบ สมองน้อย ไม่ใช่ปัญญาอ่อน... บางคนตกซ้ำชั้น อาจมีสาเหตุอย่างอื่น เช่น ไม่สนใจเรียน มัวแต่เล่น ถ้าสนใจเรียนมากกว่านี้อาจจะเรียนได้ บางคนอาจมีปัญหาครอบครัว พ่อแม่แยกกัน ไม่มีใครสนใจ...พวกนี้พูดจารู้เรื่องแบบพวกเรา แต่พอไปเรียนหนังสือไม่รู้เรื่อง สอนจำแต่ลืมง่าย...โตขึ้นทำงานได้ ทำงานที่ไม่ต้องใช้สมอง ใช้แรงงานเท่านั้น...สามารถหาเลี้ยงตัวเองได้...มีครอบครัวได้ แต่ต้องแต่งกับพวกปัญญาทึบด้วยกัน เพราะคนดี ๆ เขาก็ไม่เอา...การอยู่ตามลำพัง ทำได้ไม่เต็มที่ ขัดสน..." แต่บางท่านกล่าวว่า "เด็กสอบตก คิดเลขไม่ได้ เรียกว่าสมองช้า ต่อไปเรียกว่า ปัญญาอ่อน เมื่อโตขึ้น" และบางท่านกล่าวว่า "เด็กอ่านหนังสือไม่ค่อยออก ตกซ้ำชั้นเป็นปัญญาอ่อน"

การสังเกตลักษณะและพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลปัญญาอ่อน ทั้ง 3 กลุ่ม สังเกตจากลักษณะความล่าช้าของพัฒนาการด้านต่าง ๆ ได้แก่ กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น ชันคอ คว่ำ นั่ง ยืน เดิน ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา เช่น การหยิบจับ การเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ด้านภาษา เช่น การพูดและความเข้าใจภาษา ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม เช่น ทานอาหาร การปรับตัวเข้ากับเพื่อน นอกจากนี้ยังสังเกตจากลักษณะทางร่างกาย เช่น ตัวเล็กกว่าอายุ ซูบซีด ผอมแบบขาดสารอาหาร ศีรษะเล็ก ศีรษะใหญ่ พวกที่หน้าตาเหมือน ๆ กัน เช่น เด็กดาวน์ซินโดรม และดูจากประวัติการเจ็บป่วย เช่น มีอาการชัก รวมทั้งความสามารถในการเรียนและการปรับตัวเข้ากับเพื่อนเมื่อเด็กเข้าสู่วัยเรียน

ความคิดเห็นของกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มผู้นำชุมชนและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการจำแนกลักษณะและพฤติกรรมของบุคคลปัญญาอ่อนตามวัย พบว่าลักษณะที่ทั้ง 3 กลุ่ม สังเกตเห็นนั้น สามารถพบได้ในปัญญาอ่อนระดับปานกลางจนกระทั่งถึงระดับรุนแรงมาก ตัวอย่างเช่น

"อายุ 3 เดือน สังเกตจากตัวเล็ก...อ่อนแอ อ่อนเพลีย ไม่แข็งแรง...เด็กผอม หน้าตาเบี้ยว ไม่สมบูรณ์ มีชัก มีน้ำลายไหล เวลาโกรธจะโขกศีรษะ ไม่ร้องเวลาปัสสาวะอุจจาระ...ยังคว่ำหงายไม่ค่อยได้...เรียกแล้วไม่หันตาม... เด็กปกติส่งเสียงอ้อแอ้แล้ว เด็กพวกนี้จะตัวอ่อนนิ่ง ไม่ตอบสนอง"

"อายุ 6 เดือน ไม่มีเสียงอ้อแอ้ ไม่พูด ไม่รู้จักเจ็บ เวลาตก ไม่ร้อง ไม่กวน ชอบนอน ให้กินอะไรก็กิน... ร่างกายไม่สมบูรณ์...ขาลีบ หน้าตาผิดสังเกต หน้าไม่สมบูรณ์ ซีด...ยังไม่นั่ง ไม่คลาน"

"อายุ 1-2 ปี ยังเรียกพ่อ แม่ไม่ได้ หรือเรียกได้ก็ไม่ชัด ...ไม่ค่อยพูด ได้แต่ส่งเสียงอื้ออ้า...บางคนหยิบจับอะไรไม่ได้...เดินไม่เหมือนคนอื่น เดินเซไปเซมา บางคนเดินล้มเดินล้ม บางคนเดินไปเรื่อยเปื่อย ไม่รู้จะไปไหน ไม่รู้ว่าว่าจะตก...พูดด้วยไม่รู้เรื่อง บอกให้ทำอะไรก็เฉย รับคำสั่งช้า เวลาสั่งอะไร ต้องคิดนาน...ร่างกายไม่สมบูรณ์ ผอมขาดสารอาหาร หน้าตาไม่สดใส ซีด ไม่ร่าเริง เป็นลมชักบ่อย..."

"อายุ 3-6 ปี ไม่รู้ทันเพื่อน เช่น เรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน ตัวอย่าง ลูกคนข้างบ้านไปเรียนหนังสือบ้าง ไม่ไปบ้าง อายุ 10 ปีกว่า อยู่ ป.1 พ่อ แม่ ยังต้องไปส่ง ไปรับ เรียนหนังสือไม่รู้เรื่อง การบ้านครูให้แบบอนุบาล เช่น เขียน ก.ไก่ ข.ไข่ ยังต้องจับมือช่วยเขียน... การกระทำไม่เหมือนเด็กทั่วไป เพื่อนไม่ค่อยเล่นด้วย เล่นกับคนอื่นก็เข้ากับเขาไม่ได้ เพื่อนล้อว่าไม่เต็มเต็ง เด็กด้วยกันก็มองออกจากการกระทำ การรับรู้ เด็กคนอื่นทำได้ เด็กปัญญาอ่อนทำไม่ได้...บางคนไปเรียนไม่ได้ สอนเท่าไรไม่รู้หนังสือ ...ต้องมีพี่เลี้ยงคุมตลอด...บางคนไปเรียนแต่ก็ไม่รู้เรื่อง ไปโรงเรียนเฉย ๆ เขียนหนังสือไม่ได้...บางคนกินข้าวเองไม่ได้ เห็นอะไรชอบเก็บใส่ปาก... บางคนพูดไม่เป็นคำ พูดไม่ได้จะเอาอะไรใช้วิธีชี้เอา"

"เมื่อโตขึ้น บางคนช่วยงานอะไรไม่ได้เลย เพราะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องมีคนดูแลตลอด...เวลามีประจำเดือนก็ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้...บางคนรับจ้างทำงานได้ แต่ค่าแรงต่ำ เพราะทำงานช้า...ทำอาหารง่าย ๆ ได้ ถูบ้าน ขัดห้องน้ำได้"

ตอนที่ 3 : ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน

การศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน พิจารณา 3 ประเด็น ดังนี้

1. ความจำเป็นในการตรวจเพื่อคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน
2. บุคคลที่เหมาะสมที่จะทำการคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน
3. รูปแบบของแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน

ความจำเป็นในการตรวจเพื่อคัดแยกปัญญาอ่อน

กลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการตรวจเพื่อคัดแยกปัญญาอ่อน และแสดงความคิดเห็นว่า ควรกระทำตั้งแต่เล็ก ๆ เพราะจะได้เตรียมการช่วยเหลือตั้งแต่ยังเล็ก โดยเฉพาะพ่อแม่ ควรเป็นคนแรกที่สอนเด็ก แม้แต่กลุ่มที่เป็นปัญญาทึบก็ควรได้รับการช่วยเหลือ

บุคคลที่เหมาะสมในการตรวจเพื่อคัดแยกปัญญาอ่อน

กลุ่มประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่กล่าวว่า แพทย์ควรเป็นผู้ทำการพิจารณาเพื่อคัดแยกปัญญาอ่อน เพราะมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ แต่ถ้าให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตรวจ ต้องผ่านการอบรมก่อนจึงจะเป็นที่ยอมรับ มีเพียงบางท่านเท่านั้นที่กล่าวว่า ไม่อยากให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตรวจ เพราะรู้ ๆ ปลา ๆ ไม่รู้เรื่อง ถึงแม้จะผ่านการอบรม แต่ก็รู้เบื้องต้นเท่านั้น ตรวจได้ขั้นต้น ควรส่งรายงานให้แพทย์ตรวจอีกครั้ง

ส่วนกลุ่มผู้นำชุมชน เห็นว่าควรให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ตรวจ เพราะในหมู่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขฯ จะใกล้ชิดชาวบ้านมากกว่า และอาสาสมัครสาธารณสุขฯ เป็นกลุ่มสนุกกับงาน ครอบครัวไม่มีภาระ ลูกโตแล้ว ถ้าทางสาธารณสุขให้กิจกรรม อาสาสมัครสาธารณสุขฯ จะมีบทบาทมาก หรืออาจให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นผู้ตรวจก็ได้

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ต้องใช้แบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน มีความเห็นว่า ควรให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นผู้ใช้แบบคัดกรองฯ แต่ถ้าต้องเป็นผู้ทำการคัดแยกปัญญาอ่อน ควรมีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขฯ ก่อน เพราะบางครอบครัวอาจจะไม่ยอมรับอาสาสมัครสาธารณสุขฯ นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขฯ ยังต้องการได้รับคำแนะนำ กรณีพบครอบครัวยากจนที่มีลูกเป็นปัญญาอ่อน หรือบางรายไม่ยอมรับว่าลูกเป็นปัญญาอ่อน

รูปแบบของแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งจะเป็นผู้ใช้แบบคัดกรองปัญญาอ่อน มีความเห็น ดังนี้

1. ขนาดของแบบคัดกรอง ควรมีขนาดเท่าสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ตัวหนังสือยิ่งตัวโตยิ่งดี

2. จำนวนข้อควรมีไม่เกิน 20 ข้อ

3. ควรมีรูปภาพประกอบเป็นภาพถ่าย

4. วิธีการตรวจ ควรเป็นขีดถูก ขีดผิด ใช้สัมภาษณ์จากผู้ปกครอง และการสังเกตเองด้วย

5. คำแนะนำวิธีการใช้ ควรอยู่ในเล่มเดียวกัน

6. ควรมีวิธีการสอนด้วย และอยู่ในเล่มเดียวกัน

บทที่ 5
อภิปรายสรุปและข้อเสนอแนะ

อภิปรายสรุป

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า ประชาชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของผู้ที่มีภาวะปัญญาอ่อน และสามารถแยกแยะบุคคลที่มีภาวะปัญญาอ่อนได้ เมื่อบุคคลนั้นเป็นปัญญาอ่อนระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงมาก การที่ประชาชนรับรู้ความเป็นปัญญาอ่อน แค่ในระดับปัญญาอ่อนปานกลาง-ระดับรุนแรงมากนั้น เนื่องจากปัญญาอ่อนในระดับดังกล่าว มีลักษณะและพฤติกรรมที่ล่าช้า ซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจนตั้งแต่อายุ 0-5 ปี มากกว่าระดับปัญญาอ่อนขนาดน้อย ซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถจำแนกจากเด็กปกติได้ในช่วงวัยนี้ เพราะมีความล่าช้าเพียงเล็กน้อย และยังสามารถพัฒนาทักษะทางสังคมและสื่อความหมายได้ เมื่อเข้าสู่วัยเรียนจึงจะสังเกตเห็นความล่าช้า[5,6] ทำให้ประชาชนอาจจะยังไม่แน่ใจหรือแยกไม่ได้ว่าความล่าช้าในการเรียนนั้นเกิดจากการที่เป็นเด็กปัญญาอ่อนระดับน้อย หรือเด็กสติปัญญาทึบ หรือความล่าช้าในการเรียนนั้นเกิดจากสาเหตุอื่น

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่า ประชาชนตระหนักถึงความจำเป็นในการค้นหาทั้งบุคคลปัญญาอ่อนและบุคคลที่ประชาชนมีความคิดเห็นแตกต่างกันระหว่างเป็นปัญญาอ่อนกับปัญญาทึบ และเห็นความจำเป็นในการค้นหาเด็กเหล่านี้ตั้งแต่ยังเล็ก เนื่องจากเห็นความสำคัญในการช่วยเหลือเด็กตั้งแต่แรกเริ่ม

ส่วนการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ใช้แบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน โดยประชาชนยอมรับและอาสาสมัครสาธารณสุขฯเองมีความรู้สึกมั่นใจในการใช้แบบคัดกรองฯ อาสาสมัครสาธารณสุขฯควรต้องได้รับการฝึกอบรมก่อนนำไปใช้ ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขฯ มีระดับการศึกษาและความรู้ในระดับเดียวกับชาวบ้าน (จากตาราง 2) เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขฯก็คือ บุคคลในหมู่บ้านนั้น ที่สมัครใจเข้ามาทำงานด้านสาธารณสุขเพื่อช่วยเหลือเพื่อนบ้าน ซึ่งตามหลักการของสาธารณสุขมูลฐาน ผู้ให้บริการสาธารณสุขมูลฐานต้องได้รับการฝึกอบรมอย่างเพียงพอที่จะให้บริการได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ และได้รับความเชื่อถือจากประชาชนในท้องถิ่น [9]

และแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนต้องมีความสะดวกและง่ายในการใช้ นั่นคือ จำนวนข้อไม่เกิน 20 ข้อ มีรูปภาพประกอบเป็นภาพถ่าย การตรวจสอบสามารถใช้วิธีสัมภาษณ์จากพ่อแม่หรือการสังเกต และสิ่งที่ตรวจสอบควรเป็นการเช็คว่าทำได้หรือไม่ได้ นอกจากนี้แบบคัดกรองฯ ควรมีคำแนะนำวิธีการใช้ และวิธีการสอนเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอยู่ในเล่มเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

1. การสร้างแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนควรสร้างให้สามารถคัดกรองกลุ่มที่มีภาวะปัญญาอ่อนระดับน้อยได้ เนื่องจากกลุ่มที่มีภาวะปัญญาอ่อนระดับปานกลางถึงรุนแรงมากเป็นกลุ่มที่ง่ายต่อการแยกว่ามีภาวะปัญญาอ่อนหรือไม่

2. ก่อนการนำแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนออกใช้ ควรประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เกี่ยวกับระดับต่าง ๆ ของปัญญาอ่อนแก่ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญญาอ่อนระดับน้อยซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่อยู่ในประชากรปัญญาอ่อนทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนยังไม่แน่ใจการแยกระหว่างปัญญาอ่อนระดับน้อยกับปัญญาทึบ อาจทำให้เกิดปัญหาการไม่ยอมรับของประชาชนบางคนได้

3. การใช้แบบคัดกรองเพื่อคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรเป็นการคัดกรองเพื่อบ่งชี้ว่าสงสัยมีภาวะปัญญาอ่อน และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อตรวจวินิจฉัยยืนยัน โดยเฉพาะรายที่มีลักษณะและพฤติกรรมใกล้เคียงกับเด็กปกติ

4. ควรมีการอบรมการใช้แบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน ทั้งในระดับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้เพื่อให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยสามารถให้คำปรึกษาแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติในกรณีที่มีปัญหาในการใช้แบบคัดกรองฯ ซึ่งจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมั่นใจในการใช้แบบคัดกรองฯ และเป็นที่ยอมรับของประชาชนมากขึ้น

บรรณานุกรม

1. Komkris V., Dheandhanoo C., Ampaipast A., et.al. **Study of Mental Retardation Problems in Thailand 1987-1988.** Rajanukul Hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health with the Financial Support of World Health Organization, n.d.
2. ยุพา สัมฤทธิ์ผลมี **ผลกระทบของวัยรุ่นปัญญาอ่อนต่อพ่อแม่** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2535.
3. **เอกสารแนะนำโรงเรียนกาวิละอนุกูล** จังหวัดเชียงใหม่ ม.ป.ท. ม.ป.ป.
4. ชวาลา เธียรธนู และกัลยา สูตะบุตร **ความรู้เรื่องภาวะปัญญาอ่อน** กองโรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต 2539. (อัดสำเนา)
5. สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข **การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช The ICD-10 ฉบับภาษาไทย** ม.ป.ท. ม.ป.ป.
6. Kaplan, H.I. and Sadock, B.J.**Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI** volume2 6th ed. Baltimore:Williams & Wilkins, 1995.
7. สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข **คู่มือประกอบการใช้ ICD10** ม.ป.ท. ม.ป.ป.
8. เบญจา-ยอดดำเนิน-แอ๊ตติกจ์ ปุปผา ศิริรัศมี และวาทินี บุญชะลักษี(บรรณาธิการ) **การศึกษาเชิงคุณภาพ : เทคนิคการวิจัยภาคสนาม** ตำราประกอบการสอนและการวิจัย นครปฐม : โครงการเผยแพร่ข่าวสารและการศึกษาด้านประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2536.
9. วิจารย์ วิชัยยะ และมาลี ฉอจิระพัฒธิ์ **จิตเวชมูลฐาน : งานวิจัยและค้นคว้า ร.พ.สมเด็จเจ้าพระยา** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ 2524.

ภาคผนวก

คู่มือในการจัดทำสนทนากลุ่ม

คำชี้แจง

การเก็บข้อมูลด้วยวิธีสนทนากลุ่ม (Focus Group)

วัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนระดับชุมชน ที่เหมะสมกับท้องถิ่น และเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยรวบรวมความคิดเห็นที่เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน จากประชาชนกลุ่มต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้น ในการประชุมกับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อสร้างแบบคัดกรองต่อไป

การเก็บข้อมูล ใช้วิธีสนทนากลุ่ม ซึ่งมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญญาอ่อน
2. เพื่อทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองปัญญาอ่อน
3. เพื่อทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับบุคคลที่เหมาะสมจะทำการคัดกรองปัญญาอ่อน
4. เพื่อทราบความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบของแบบคัดกรอง

การเตรียมเพื่อดำเนินการสนทนากลุ่ม

- **การเลือกกลุ่มเป้าหมาย** ใช้วิธี "purposive" ("Convenience") Sampling ในกลุ่มประชากรที่ได้รับการกำหนดให้ทำการศึกษา เพื่อให้ได้ผู้ที่สามารถจะให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นได้ดี รวมทั้งยินดีให้ความร่วมมือในการสนทนากลุ่ม

- **การเตรียมสถานที่** ควรเลือกสถานที่ที่ผู้เข้าร่วมสนทนา รู้สึกผ่อนคลาย และสามารถแสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ โดยจัดที่นั่งเป็นรูปวงกลม ในระหว่างการดำเนินกลุ่ม ไม่ควรมีสิ่งใดรบกวน

- **เวลา** ควรเลือกเวลาที่ผู้เข้าร่วมไม่รู้สึกเร่งรีบ และไม่เกิน 2 ชั่วโมง

การดำเนินการสนทนากลุ่ม

มีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

-สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้ดำเนินการ และสมาชิกกลุ่ม

-ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา เพื่อให้มีความมั่นใจ ไว้วางใจในการร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นว่า การที่มาร่วมกลุ่มในวันนี้เป็นการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องการตรวจค้นหาปัญญาอ่อน ทั้งนี้ไม่ได้เป็นการทดสอบว่าผู้เข้าร่วมกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ถูกต้องหรือไม่ ความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมกลุ่ม คือ สิ่งที่ผู้ดำเนินการสนทนาต้องการทราบมากที่สุด โดยเฉพาะในความคิดเห็นและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน

- ผู้ดำเนินการสนทนาขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการพูดคุย โดยบอกถึงเหตุผลว่าเนื่องจากความคิดเห็นทุกอย่างที่จะอภิปราย เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดำเนินการสนทนาจะขอเก็บบันทึกไว้ เพื่อทำการศึกษาทบทวนต่อไป ทั้งนี้สิ่งที่ผู้เข้าร่วมสนทนาพูดแสดงความคิดเห็นจะถือเป็น **ความลับ** ในการรายงานการศึกษาจะรายงานถึงผลโดยรวม ไม่ระบุชื่อผู้พูดคนใดคนหนึ่ง ขอให้สมาชิกกลุ่มช่วยพูดเสียงดัง ๆ เพื่อให้ได้ยินกันทั่วถึงทั้งกลุ่ม และขอให้สมาชิกทุกท่าน แสดงความเห็นต่อกันเหมือนพูดคุยกันเป็นกลุ่ม

(**หมายเหตุ** : ผู้ดำเนินการสนทนาควรตรวจสอบเครื่องบันทึกเทป ให้อยู่ในสภาพที่ใช้การได้ดี โดยศึกษาวิธีการใช้เครื่องเล่นเทปอย่างละเอียด ตรวจสอบความเรียบร้อยของสายไฟหรือสมรรถภาพของถ่านหรือแบบเตอรี่ที่ใช้ในการอัดเสียง)

- บอกให้สมาชิกกลุ่มทราบว่า จะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 1/2 ชั่วโมง

- ขณะดำเนินการสนทนากลุ่ม มีแนวทางในการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้ดำเนินการสนทนาสามารถปรับแต่งได้ตามความเหมาะสมทั้งด้านภาษาและลีลา โดยมุ่งเน้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยน อภิปรายและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม พยายามหลีกเลี่ยงการตั้งคำถามและพูดคุยระหว่างผู้ดำเนินการสนทนากับสมาชิกทีละคน พยายามให้สมาชิกทุกคนได้พูด ผู้ดำเนินการสนทนาจะไม่แสดงความรู้ทางวิชาการหรือพยายามให้ความรู้ในระหว่างการสนทนา

กล่าวโดยสรุป หน้าที่หลักของผู้ดำเนินการสนทนาคือ การกระตุ้นให้มีการแสดงความคิดเห็นและให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่มในเรื่องเกี่ยวกับการตรวจค้นหาปัญญาอ่อนในแง่มุมต่าง ๆ ให้มากที่สุด โดยมีแนวคำถามที่จะใช้เริ่มการสนทนากลุ่ม ดังนี้

ข้อคำถามในการสนทนาประกอบด้วย

1. **ข้อคำถามชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน : กลุ่มประชาชน/ผู้นำชุมชน**
2. ข้อคำถามชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน : กลุ่ม อสม.

ข้อคำถามชุดที่ 1 (กลุ่มแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนระดับชุมชน : กลุ่มประชาชน/ผู้นำชุมชน)

1.1 วัตถุประสงค์ของข้อคำถาม เพื่อทราบความคิดเห็นของสมาชิก เกี่ยวกับลักษณะ/พฤติกรรมของบุคคลปัญญาอ่อน และอายุที่แสดงออกชัดว่าเป็นปัญญาอ่อน

คำถาม

1. เมื่อพูดถึงคำว่า "ปัญญาอ่อน" ท่านเข้าใจว่าหมายถึงอะไร
2. ลักษณะ หรือการแสดงออกอย่างไร ที่ทำให้รู้ว่าคนไหนเป็นปัญญาอ่อน
3. อายุเท่าใดจึงจะเห็นได้ว่าเป็นปัญญาอ่อน และสังเกตเห็นอย่างไรในช่วงอายุนั้น

หมายเหตุ

1. กรณีคำตอบ บอกเฉพาะในช่วงที่เด็กโตแล้ว ให้ถามในช่วงอายุ 3 ด., 6 ด., 1-2 ปี, 3-6 ปี ว่าสามารถสังเกตเห็นได้หรือไม่/อย่างไร

2. กรณีคำตอบ บอกลักษณะ/พฤติกรรมของบุคคลปัญญาอ่อน เฉพาะในระดับรุนแรง เช่น น้ำลายไหล พูดไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ให้ถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับเด็กที่อ่าน-เขียนไม่ค่อยได้ คิดเลขไม่ค่อยได้ และตกซ้ำชั้นบ่อย ดังนี้

2.1 คิดว่าเด็กพวกนี้สมองเป็นอย่างไร/เรียกเด็กพวกนี้ว่าอะไร

2.2 เมื่อเด็กโตขึ้น คิดว่าทำงานอะไรได้บ้าง

2.3 ปัญหาในการทำงานเลี้ยงตัวเองมีหรือไม่/อย่างไร

2.4 คิดว่าเด็กพวกนี้ ต้องการความช่วยเหลือหรือไม่/อย่างไร

2.5 เมื่อเด็กพวกนี้อายุน้อย ๆ พอจะสังเกตได้หรือไม่ว่า เมื่อเด็กโตขึ้นจะมีความลำบากในเรื่องการเรียน อย่างไร

1.2 วัตถุประสงค์ของข้อคำถาม เพื่อทราบความคิดเห็นของสมาชิก เกี่ยวกับการตรวจเพื่อคัดแยกปัญญาอ่อน

คำถาม

1. ท่านคิดว่า การตรวจเพื่อค้นหาปัญญาอ่อน มีความจำเป็นหรือไม่/อย่างไร

หมายเหตุ

กรณีคำตอบ คือไม่จำเป็น ให้ถามดังนี้

1. ถ้ามีการตรวจเพื่อค้นหาปัญญาอ่อนได้ตั้งแต่เด็กอายุยังน้อย เพื่อทำการช่วยเหลือเด็กให้มีพัฒนาการดีขึ้น มีความคิดเห็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของข้อคำถาม เพื่อทราบความคิดเห็นของสมาชิก เกี่ยวกับบุคคลที่ต้องการให้เป็นผู้ตรวจคัดแยกปัญญาอ่อน

คำถาม

1. ท่านคิดว่า ใครมีความเหมาะสมในการตรวจเพื่อคัดแยกปัญญาอ่อน/เหตุผล

หมายเหตุ

ถ้าคำตอบ คือ หมอ ให้สมาชิกอธิบายว่าหมายถึงหมอที่ไหน และถ้าคำตอบคือหมอโรงพยาบาล ให้ถามต่อว่า ถ้าเป็นหมอที่เป็นเพื่อนบ้าน (อสม.) เป็นผู้ตรวจ มีความคิดเห็นอย่างไร

ข้อคำถามชุดที่ 2 (กลุ่มแบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนระดับชุมชน : กลุ่ม อสม.)

1. **วัตถุประสงค์ของข้อคำถาม** เพื่อทราบความคิดเห็นของสมาชิก เกี่ยวกับลักษณะ/พฤติกรรมของบุคคลปัญญาอ่อน และอายุที่แสดงออกชัดว่าเป็นปัญญาอ่อน

คำถาม

1.เมื่อพูดถึงคำว่า "ปัญญาอ่อน" ท่านเข้าใจว่าหมายถึงอะไร

2. ลักษณะ หรือการแสดงออกอย่างไร ที่ทำให้รู้ว่าคนไหนเป็นปัญญาอ่อน

3. อายุเท่าใดจึงจะเห็นได้ว่าเป็นปัญญาอ่อน และสังเกตเห็นอย่างไรในช่วงอายุนั้น

หมายเหตุ

1. กรณีคำตอบ บอกเฉพาะในช่วงที่เด็กโตแล้ว ให้ถามในช่วงอายุ 3 ด., 6 ด., 1-2 ปี, 3-6 ปี ว่าสามารถสังเกตเห็นได้หรือไม่/อย่างไร

2. กรณีคำตอบ บอกลักษณะ/พฤติกรรมของบุคคลปัญญาอ่อน เฉพาะในระดับรุนแรง เช่น น้ำลายไหล พูดไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ให้ถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับเด็กที่อ่าน-เขียนไม่ค่อยได้ คิดเลขไม่ค่อยได้ และตกซ้ำชั้นบ่อย ดังนี้

2.1 คิดว่าเด็กพวกนี้สมองเป็นอย่างไร/เรียกเด็กพวกนี้ว่าอะไร

2.2 เมื่อเด็กโตขึ้น คิดว่าทำงานอะไรได้บ้าง

2.3 ปัญหาในการทำงานเลี้ยงตัวเองมีหรือไม่/อย่างไร

2.4 คิดว่าเด็กพวกนี้ ต้องการความช่วยเหลือหรือไม่/อย่างไร

2.5 เมื่อเด็กพวกนี้อายุน้อย ๆ พอจะสังเกตได้หรือไม่ว่า เมื่อเด็กโตขึ้นจะมีความลำบากในเรื่องการเรียน อย่างไร

2. **วัตถุประสงค์ของข้อคำถาม** เพื่อทราบความคิดเห็นของสมาชิก เกี่ยวกับการตรวจเพื่อคัดแยกปัญญาอ่อน

คำถาม

1. ท่านคิดว่า การตรวจเพื่อค้นหาปัญญาอ่อน มีความจำเป็นหรือไม่/อย่างไร

หมายเหตุ

กรณีคำตอบ คือไม่จำเป็น ให้ถามดังนี้

1. ถ้ามีการตรวจเพื่อค้นหาปัญญาอ่อนได้ตั้งแต่เด็กอายุยังน้อย เพื่อทำการช่วยเหลือเด็กให้มีพัฒนาการดีขึ้น มีความคิดเห็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์ของข้อคำถาม เพื่อทราบความเป็นไปได้ในการใช้แบบคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนระดับชุมชน โดย อสม.

คำถาม

1. ถ้าต้องเป็นผู้ตรวจคัดกรองภาวะปัญญาอ่อน ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร/ต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง

4. วัตถุประสงค์ของข้อคำถาม เพื่อทราบความคิดเห็นของ อสม. เกี่ยวกับรูปแบบของแบบคัดกรอง

คำถาม

1. ถ้ามีแบบคัดกรอง ท่านคิดว่า รูปแบบของแบบคัดกรองควรเป็นอย่างไร ในแง่
   - ขนาดของแบบคัดกรอง
   - ขนาดของตัวหนังสือ
   - จำนวนข้อ/จำนวนหน้า
   - คู่มือแนะนำการใช้ แยกเล่ม/เป็นคำแนะนำสั้น ๆ อยู่ในแบบคัดกรอง
   - รูปภาพประกอบ
   - วิธีการตรวจ
     - สัมภาษณ์จากผู้ปกครอง เช็ค ถูก,ผิด
     - มีคำตอบให้เลือก
     - มีอุปกรณ์ให้ทดสอบจากตัวเด็ก ในบางข้อ