

1

บทนำ

(Introduction)

1

แนวคิดเกี่ยวกับบุคคลพิการ

1.1 ความหมายของบุคคลพิการ

การนิยามคำที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับคำศัพท์คนพิการ หรือ คนทุพพลภาพ หรือ คนที่มีความต้องการพิเศษ (อ้างใน ศาสวัต เฟ่งแพ, 2553: 21-22) ตรงกับคำศัพท์ภาษาอังกฤษหลายคำ ขนิษฐา เทวินทรภักดี (2540) ผดุง อารยะวิญญู (2541) ศรียา นิยมธรรม (2541) นงลักษณ์ วิรัชชัย (2543) เลวิส และ ดอร์แลก (Lewis & Doorlag, 1995) แดทเมอร์ ดิก และ เทอร์ตัน (Dettmer, Dyck & Thurston, 1996) ได้อธิบายความหมายไว้สรุปได้ ดังนี้

Cripple หมายถึง ลักษณะความพิการที่เป็นความไม่สมบูรณ์ทางกาย มีอวัยวะหรือส่วนของร่างกายผิดปกติ ที่ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหว เดิน ยืน วิ่งได้เหมือนคนปกติ

Handicap หมายถึง ลักษณะความพิการที่เป็นความเสียเปรียบ หรือเป็นจุดอ่อนที่มีผลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้เหมือนคนปกติ

Disability หมายถึง ลักษณะความพิการที่เป็นความไร้ความสามารถ หรือด้อยความสามารถ หรือสูญเสียความสามารถที่มีอยู่ หรือไร้สมรรถภาพ ใช้อวัยวะที่ต้องใช้ในการทำกิจกรรม เช่น การพูด การฟัง การเห็น การเรียน ลักษณะความพิการทำให้อวัยวะส่วนนั้นทำงานได้ไม่เต็มที่ตามที่ควรจะเป็น

Retardation เป็นศัพท์ที่ใช้กับความพิการทางสติปัญญา หมายถึง ลักษณะความพิการที่เป็นความช้าหรือความหน่วง ความเสื่อมหรือสูญเสีย

Impairment หมายถึง ลักษณะสภาพความพิการที่เป็นความบกพร่องความไม่สมบูรณ์ทางกาย และสติปัญญา เนื้อเยื่อหรือระบบประสาท เช่น แขนด้วน หรือ เป็นโรคหัวใจ เป็นต้น

Deficiency หมายถึง ลักษณะของความพิการเนื่องมาจากมีคุณสมบัติที่ขาดหายไป

ซึ่งคำศัพท์เหล่านี้ เป็นศัพท์ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในระยะแรก แต่ในช่วงระยะทศวรรษที่ผ่านมานิยมใช้อธิบายลักษณะความพิการในรูปของลักษณะผู้ที่มีความต้องการพิเศษซึ่ง หมายถึง คนที่มีความต้องการที่แตกต่างไปจากคนปกติ โดยในภาษาไทยใช้คำว่า “ผู้ที่มีความต้องการพิเศษ” เป็นศัพท์ใหม่ที่นำมาใช้แทนศัพท์คำว่า “คนพิการ”

เพื่อให้เกิดความชัดเจน ในช่วง ทศวรรษ 1970-1980 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้นิยามศัพท์ที่เกี่ยวกับคนพิการ เพื่อให้เห็นความแตกต่างของคำศัพท์ระหว่าง คำว่า Impairment, Handicap และ Disability ไว้ดังนี้ (Wilson, 1983)

Impairment หมายถึง ความบกพร่องของโครงสร้างทางร่างกาย หรือ กระบวนการดำเนินชีวิตที่ปรากฏมาตั้งแต่กำเนิด หรือเป็นผลมาจากอุบัติเหตุ ในภายหลัง WHO ได้เน้นคำว่า Impairment นั้น ได้รวมถึงการสูญเสีย หรือความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ หรือโครงสร้างทางกายวิภาค หรือการทำงานที่ผิดปกติ เช่น การสูญเสียส่วนของสมองหรือถูกทำลาย รวมถึงการที่ระดับฮอร์โมนในร่างกายไม่สมดุล

Handicap หมายถึง สภาวะของการเสียเปรียบทางสังคมของปัจเจกบุคคลอันเนื่องมาจากการสูญเสียอวัยวะหรือไร้ความสามารถ อันเป็นเหตุให้ไม่สามารถบรรลุการทำหน้าที่ได้ตามที่สังคมคาดหวัง นัยของคำนิยามดังกล่าวแสดงถึงการที่คนพิการหรือผู้ที่มีความบกพร่องถูกแยกหรือเกิดความเสียเปรียบทางสังคม

Disability หมายถึง สภาวะของการมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมตามหน้าที่ที่คาดหวังได้ อันเนื่องมาจากการสูญเสียอวัยวะ นัยของคำนิยามดังกล่าวแสดงถึงการมีข้อจำกัดจากการขาดอวัยวะส่วนนั้นซึ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว ที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตหรือปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเต็มที่เหมือนคนปกติ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคำศัพท์จากที่กล่าวมา พบว่าคำว่า Disability จึงเป็นผลลัพธ์หรือความไม่สามารถในการปฏิบัติกิจกรรม สาเหตุเนื่องมาจากมีความบกพร่องหรือความไม่สมบูรณ์ของอวัยวะของร่างกาย Impairment ส่วนคำว่า Handicap นั้น แสดงผลลัพธ์ที่เป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสียหรือความบกพร่องของอวัยวะดังกล่าว โดยเปรียบเทียบกับความเสียเปรียบทางสังคมจากการขาดสถานะที่สมบูรณ์ของอวัยวะ

สารานุกรมว่าด้วยความพิการและการฟื้นฟู (Encyclopedia of Disability and Rehabilitation) ได้นิยามคำว่า Disability หรือความพิการนั้นเป็นเงื่อนไขที่มีข้อจำกัดซึ่งส่งผลต่อความเสียเปรียบหรือความสามารถของบุคคลในการทำงานปกติหรือระดับที่คาดหวังของกิจกรรมทางจิต ทางกาย (Nagler and Wilson, 1995: 257) สอดคล้องกับ พลอย (Ploy Suebvises, 2006: 29) นิยามคนพิการคือ ทรัพยากรมนุษย์ที่ประสบอุปสรรคในการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมทางสังคม จึงสมควรที่จะสนับสนุน ส่งเสริมให้บุคคลเหล่านี้มีโอกาสในการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพ และมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมทางสังคมให้มีความสามารถ และโอกาสเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป และบุคคลพิการเหล่านี้สมควรที่จะได้รับการปกป้องช่วยเหลือ

พัฒนาและฟื้นฟูความสามารถ โดยผ่านการรักษาทางการแพทย์การศึกษา และกิจกรรมทางสังคม และการฝึกอบรมในการประกอบอาชีพ เพื่อขจัดอุปสรรคทางเศรษฐกิจและสังคมให้หมดสิ้นไป

จากการนิยามคำศัพท์ที่ได้กล่าวมาข้างต้น คำว่า Disability ถูกนำมาใช้ในการพิจารณามุมมองที่เกี่ยวข้องกับความพิการ ได้แก่ มุมมองทางการแพทย์ กฎหมาย และสังคม (Munsumrit, 2002: 8)

มุมมองทางด้านการแพทย์ (Medical Perspective) มีเป้าหมายหลักเพื่อรักษาเยียวยาข้อจำกัดอันเป็นผลมาจากสภาพร่างกาย ประสาทสัมผัส การสูญเสียอวัยวะ สติปัญญา ความบกพร่องของอวัยวะ เพื่อให้คนพิการหรือผู้ที่มีความบกพร่องทางร่างกายสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายกลับคืนมาเป็นปกติให้มากที่สุด และจะทำให้ปัญหาของคนพิการลดและหมดไปได้

มุมมองทางกฎหมาย (Legal Perspective) ได้มีเป้าหมาย เพื่อแสวงหาการสนับสนุนความช่วยเหลือทางการเงิน และความมั่นคงทางสังคม มุมมองดังกล่าวใช้อธิบายภายใต้บริบทของประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชนของปัจเจกบุคคล ความยุติธรรม ซึ่งกฎหมายได้มีการบัญญัติออกมาสำหรับพลเมือง มุมมองทางกฎหมายได้เน้นไปที่การบังคับใช้กฎหมาย และการพยายามทำลายข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อคนพิการในการได้รับความเท่าเทียมกันในสินค้าและบริการสาธารณะ

มุมมองทางสังคม (Social Perspective) ความพิการถูกมองว่าเป็นสถานะที่เป็นข้อจำกัดในการบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคลซึ่งแยกคนพิการออกจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และส่งผลในการกำหนดความต้องการทางกายภาพและพฤติกรรมพื้นฐานที่เกื้อหนุนในการเข้าร่วมกิจกรรมหรือการดำเนินวิถีชีวิตร่วมกับชุมชน

แมคไบริดจ์ (Mcbride & Earl, 1963:1) นิยามคำว่าคนพิการไว้ว่า บุคคลผู้ซึ่งไร้ความสามารถอันเกิดจากความบกพร่องของร่างกายซึ่งเป็นผลจากการบาดเจ็บ การเกิดอุบัติเหตุ หรือจากโรคร้าย อันเป็นผลให้เกิดความพิการชั่วคราวหรือถาวร

คำนิยาม “คนพิการ” ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2546 ได้กำหนดไว้ดังนี้ คนพิการ คือ บุคคลซึ่งความสามารถถูกจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคมได้โดยวิธีการทั่วไป เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา หรือการเรียนรู้ และมีความต้องการจำเป็นพิเศษด้านต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

นิยามคำว่า “คนพิการ” ตามกฎหมายของไทยที่มีการบังคับใช้อยู่ในปัจจุบันได้มีการกำหนดความหมายของคนพิการ ให้อย่างครอบคลุมและชัดเจน ทั้งความพิการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 4 กำหนดความหมายของคนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใดประกอบกับ มีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือ ด้านหนึ่งด้านใดเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ได้อย่างบุคคลทั่วไป

สรุปได้ว่า คนพิการ หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางด้านร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ ทำให้เป็นอุปสรรคในด้านต่างๆ ในการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม และมีความจำเป็นเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือ ด้านหนึ่งด้านใดเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ได้อย่างบุคคลทั่วไป

1.2 ประเภทของความพิการ

ตามประกาศของกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษา พ.ศ.2552 (ราชกิจจานุเบกษา, 2552: 45-47) ได้กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษา ไว้ 9 ประเภท คือ บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น บุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว หรือสุขภาพ บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ บุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา บุคคลที่มีความบกพร่องทางพฤติกรรม หรืออารมณ์ บุคคลออทิสติก และ บุคคลพิการซ้อน

การพิจารณาบุคคลที่มีความบกพร่องเพื่อจัดประเภทของคนพิการ มีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น หรือที่เรียกโดยทั่วไปว่าคนตาบอด มีการจำแนกความบกพร่องทางการเห็น 2 แนวทาง คือ แนวทางทางการศึกษาและแนวทางทางการแพทย์

1) ทางการศึกษา

ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษา พ.ศ. 2552 อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 3 และมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ 2551 ข้อ 3 ได้กำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาเพื่อจัดประเภทบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น ดังต่อไปนี้

บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น ได้แก่ บุคคลที่สูญเสียการเห็นตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงตาบอดสนิท ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. คนตาบอด หมายถึง บุคคลที่สูญเสียการเห็นมากจนต้องใช้อักษรสัมผัสและสื่อเสียง หากตรวจวัดความชัดของสายตาดำดีเมื่อแก้ไขแล้วอยู่ในระดับ 6 ส่วน 60 เมตร (6/60) หรือ 20 ส่วน 200 ฟุต (20/200) จนถึงไม่สามารถรับรู้เรื่องแสง

2. คนสายตาเลือนราง หมายถึง บุคคลที่สูญเสียการเห็นแต่ยังสามารถอ่านอักษรตัวพิมพ์ขยายใหญ่ด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการหรือเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก หากวัดความชัดของสายตาดำดีเมื่อแก้ไขแล้ว อยู่ในระดับ 6 ส่วน 18 เมตร (6/18) หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต (20/70)

คณะกรรมการคัดเลือก และจำแนกความพิการเพื่อการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ ได้ให้ความหมายของบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็นไว้ว่า หมายถึง บุคคลที่สูญเสียการเห็นตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงตาบอดสนิท อาจแบ่งได้ 2 ประเภท คือ

1. คนตาบอด หมายถึง คนที่สูญเสียการเห็นมากจนต้องสอนให้อ่านอักษรเบรลล์หรือใช้วิธีการฟังเทปหรือหนังสือแถบเสียง หากตรวจวัดความชัดของสายตาดำดี เมื่อแก้ไขแล้วอยู่ในระดับ 6 ส่วน 60 เมตร (6/60) หรือ 20 ส่วน 200 ฟุต ลงมาถึงบอดสนิท (สัดส่วน 6/60 เมตร หมายถึง คนที่มีความบกพร่องทางการเห็นสามารถมองเห็นวัตถุได้ในระยะห่าง 6 เมตร ในขณะที่คนสายตาปกติสามารถมองเห็นวัตถุชิ้นเดียวกันได้ในระยะห่าง 60 เมตร หรือ คนที่มีความบกพร่องทางการเห็นสามารถมองเห็นวัตถุได้ในระยะห่าง 20 ฟุต ในขณะที่คนสายตาปกติสามารถมองเห็นวัตถุชิ้นเดียวกันได้ในระยะห่างที่ 200 ฟุต) หรือลานสายตาแคบกว่า 20 องศา (หมายถึง สามารถมองเห็นได้กว้างน้อยกว่า 20 องศา)

2. คนสายตาเลือนราง หมายถึง คนที่สูญเสียการเห็น แต่ยังสามารถอ่านอักษรตัวพิมพ์ที่ขยายใหญ่ได้ หรือต้องใช้อักษรขยายอ่าน หากตรวจวัดความชัดของสายตาดำดี เมื่อแก้ไขแล้วจะอยู่ในระดับระหว่าง 6 ส่วน 18 เมตร (6/18) หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต (20/70) ถึง 6 ส่วน 60 เมตร (6/60) หรือ 20 ส่วน 200 ฟุต (20/200) หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

2) ทางกรแพทย์

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้แบ่งประเภทความบกพร่องทางการเห็น ดังตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 แสดงประเภทความบกพร่องทางการเห็น

ระดับของความบกพร่องทางการเห็น	ระดับความชัดของสายตาที่ดีที่สุดเมื่อใช้แว่นสายตา
สายตาเลือนราง (Low Vision)	
ระดับที่ 1	<6/18 เมตร หรือ 20/70 ฟุต - 6/60 เมตร (20/200) ฟุต
ระดับที่ 2	<6/60 เมตร หรือ 20/200 ฟุต - 3/60 เมตร (20/400) ฟุต
ตาบอด (Blind)	
ระดับที่ 3	<3/60 เมตร หรือ 20/400 ฟุต - 1/60 เมตร (20/1,200) ฟุต
ระดับที่ 4	<1/60 เมตร หรือ 20/1200 ฟุต –PL (เห็นแสงเล็กน้อย)
ระดับที่ 5	NPL (ไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง)

ที่มา : สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ (2561: 2)

สำหรับการจำแนกประเภทความบกพร่องทางการเห็นตามการวินิจฉัยของสมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย แสดงได้ดังตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2 แสดงประเภทความบกพร่องทางการเห็นตามการวินิจฉัยของสมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย

ระดับ	พิจารณาที่สายตา	ลักษณะความพิการ	พิจารณาที่ลานสายตา
1	6/18 เมตรลงไปจนถึง 6/60 เมตร	สายตาเลือนรางหรือ	แคบกว่า 30 องศาจนถึง 10 องศา
2	<6/60 ลงไปจนถึง 3/60	สายตาพิการ	
3	<3/60 ลงไปจนถึง 1/60	ตาบอดขั้นหนึ่ง	แคบกว่า 10 องศาจนถึง 5 องศา
4	<3/60 ลงไปถึงเห็นเพียงแสงสว่าง	ตาบอดขั้นสอง	แคบกว่า 5 องศาลงมา
5	มองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง	ตาบอดขั้นสาม	

ที่มา : สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ (2561: 2)

หมายเหตุ ระดับ 6/18 หมายถึง บุคคลที่มีสายตาเลือนรางสามารถมองเห็นวัตถุชิ้นหนึ่งได้ในระยะ 6 เมตร ในขณะที่บุคคลทั่วไปสามารถมองเห็นวัตถุชิ้นเดียวกันนี้ได้ในระยะ 18 เมตร และระยะ 20/70 หมายถึง บุคคลสายตาเลือนรางสามารถมองเห็นวัตถุชิ้นหนึ่งได้ในระยะ 20 ฟุต ในขณะที่บุคคลทั่วไปสามารถมองเห็นวัตถุชิ้นเดียวกันนี้ได้ในระยะ 70 ฟุต

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าการจำแนกประเภทของบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น ในแนวทางการศึกษาจะแบ่งบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็นเป็น 2 ประเภท แต่ในทางการแพทย์ จะจำแนกประเภทบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็นที่ละเอียดเป็น 5 ประเภท

2. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน หมายถึง บุคคลที่สูญเสียการได้ยิน การรับฟังเสียงต่าง ๆ ผิดปกติ อาจจะเป็นคนหูตึง หรือคนหูหนวก (ผดุง อารยะวิญญู, 2551; ศรียา นิยมธรรม, 2541) ซึ่งความหมายของบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยินนั้น มีอยู่ 3 มุมมอง ดังนี้

1) ทางการศึกษา

เด็กหูตึง หมายถึง เด็กที่มีการได้ยินเหลืออยู่บ้างสามารถรับฟังเสียงได้ โดยสูญเสียการได้ยินตั้งแต่ 26 เดซิเบลขึ้นไปจนถึง 90 เดซิเบล ไม่ว่าจะใส่เครื่องช่วยฟังหรือไม่ก็ตาม

เด็กหูหนวก หมายถึง เด็กที่สูญเสียการได้ยินมาก ๆ ตั้งแต่ 90 เดซิเบลขึ้นไป ไม่ได้ยินเสียงเสียงที่พูดต่าง ๆ อาจรับรู้เสียงบางจากการสั่นสะเทือน ถ้าสูญเสียการได้ยินระดับนี้มาแต่กำเนิดจะพูดไม่ได้ แต่ถ้าไม่ได้รับการสอนพิเศษส่วนมากเด็กจะใช้ภาษามือในการติดต่อสื่อความหมาย

2) ทางการแพทย์

เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน หมายถึง เด็กที่บกพร่องหรือสูญเสียการได้ยิน เป็นเหตุให้การรับฟังเสียงต่างๆ ไม่ชัดเจน มี 2 ประเภท คือ

1. เด็กหูตึง (Hearing loss) หมายถึง ผู้ที่สูญเสียการได้ยินจนไม่สามารถเข้าใจคำพูดและการสนทนา ซึ่งจำแนกตามเกณฑ์การพิจารณาอัตราความพิการของหูของสมาคมโสตศอนาสิกแพทยแห่งประเทศไทย ใช้ค่าเฉลี่ยการได้ยินที่ความถี่ 500, 1000 และ 2000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ตึงกว่า มี 4 ระดับ คือ

1.1 หูตึงระดับที่ 1 หูตึงน้อย (Mild hearing loss) สูญเสียการได้ยินระหว่าง 26-40 เดซิเบล ไม่สามารถได้ยินเสียงกระซิบและเสียงมาจากที่ไกล ๆ

1.2 หูตึงระดับที่ 2 หูตึงปานกลาง (Moderate hearing loss) สูญเสียการได้ยินระหว่าง 41-55 เดซิเบล พอจะเข้าใจคำพูดในระดับความดังปกติ ในระยะ 3-5 ฟุต มีปัญหาในการพูด เช่น พูดไม่ชัด พูดเสียงดังเกินไป หรือเบาเกินไป ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง บางรายต้องเพิ่มการฝึกฟังฝึกพูดโดยนักแก้ไขการพูดและการได้ยิน

1.3 หูตึงระดับที่ 3 หูตึงมาก (Severe hearing loss) สูญเสียการได้ยินระหว่าง 56-70 เดซิเบล มีปัญหาในการได้ยินเสียงและใช้คำพูดในชีวิตประจำวัน ต้องใช้เสียงมากจึงจะได้ยิน จำเป็นจะต้องใช้เครื่องช่วยฟังเสียง และควรได้รับการแก้ไขการพูด

1.4 หูตึงระดับที่ 4 หูตึงระดับรุนแรง (Profound hearing loss) สูญเสียการได้ยินระหว่าง 71-90 เดซิเบล ไม่ได้ยินเสียงพูดตามปกติ แม้จะใช้เครื่องช่วยฟังก็ตามมีปัญหาในการพูด เช่น พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ ไม่เข้าใจภาษา มีพัฒนาการทางภาษาพูดและเขียนผิดจากเด็กปกติ บางครั้งต้องการใช้ภาษามือ

2. เด็กหูหนวก (Deaf) เด็กที่มีการสูญเสียการได้ยินมากจนไม่สามารถเข้าใจหรือใช้ภาษาหากไม่ได้รับการฝึกฝนเป็นพิเศษ และถ้าวัดระดับการได้ยินที่ 500, 1000 และ 2000 เฮิรตซ์ ตอบสนองของหูข้างที่ดีกว่าต่อเสียงบริสุทธิ์ตั้งแต่ 90 เดซิเบลขึ้นไป (พูนพิศ อมาตยกุล, สุมาลี ติงกิจ และพิมพ์พา ขจรธรรม, 2555)

3) ทางมนุษยวิทยา (จิตประภา ศรีอ่อน, 2551)

1. เด็กหูตึง หมายถึง ผู้ที่สูญเสียการได้ยินไม่ว่าอยู่ในระดับหูตึงหรือหูหนวกที่ใช้การสื่อสารด้วยภาษาพูด

2. เด็กหูหนวก หมายถึง ผู้ที่สูญเสียการได้ยินไม่ว่าอยู่ในระดับหูตึงหรือหูหนวกที่ใช้การสื่อสารด้วยภาษามือ

ความหมายของบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง “กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษา พ.ศ. 2552” ซึ่งอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ จึงออกประกาศกำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษาไว้ดังต่อไปนี้

1. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น
2. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
3. บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
4. บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว หรือสุขภาพ
5. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้
6. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา
7. บุคคลที่มีความบกพร่องทางพฤติกรรม หรืออารมณ์
8. บุคคลออทิสติก
9. บุคคลพิการซ้อน

ในส่วน ข้อที่ 2 บุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ได้แก่ บุคคลที่สูญเสียการได้ยิน ตั้งแต่ระดับหูตึงน้อยจนถึงหูหนวก ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) คนหูหนวก หมายถึง บุคคลที่สูญเสียการได้ยินมากจนไม่สามารถเข้าใจการพูด ผ่านทางการได้ยินไม่ว่าจะใส่หรือไม่ใส่เครื่องช่วยฟัง ซึ่งโดยทั่วไปหากตรวจการได้ยินจะมีการสูญเสียการได้ยิน 90 เดซิเบลขึ้นไป

2) คนหูตึง หมายถึง บุคคลที่มีการได้ยินเหลืออยู่เพียงพอที่จะได้ยินการพูดผ่านทางการได้ยินโดยทั่วไปจะใส่เครื่องช่วยฟัง ซึ่งหากตรวจวัดการได้ยินจะมีการสูญเสียการได้ยินน้อยกว่า 90 เดซิเบลลงมาถึง 26 เดซิเบล

3. บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ได้แก่ บุคคลที่มีความจำกัดอย่างชัดเจน ในการปฏิบัติตน (Functioning) ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ คือ ความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ ร่วมกับความจำกัดของทักษะการปรับตัวอีกอย่างน้อย 2 ทักษะจาก 10 ทักษะ ได้แก่ การสื่อความหมาย การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตภายในบ้านทักษะทางสังคม/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรู้จักใช้ทรัพยากรในชุมชน การรู้จักดูแลควบคุมตนเอง การนำความรู้มาใช้ในการชีวิตประจำวัน การทำงาน การใช้เวลาว่าง การรักษาสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย ทั้งนี้ได้แสดงอาการดังกล่าว ก่อนอายุ 18 ปี

4. บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว หรือสุขภาพ แบ่งออกได้ เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว ได้แก่ บุคคลที่มีอวัยวะ ไม่สมบูรณ์หรือขาดหายไป กระดูกหรือกล้ามเนื้อผิดปกติ มีอุปสรรคในการเคลื่อนไหว ความบกพร่อง ดังกล่าวอาจเกิดจากโรคทางระบบประสาท โรคของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ไม่สมบูรณ์ประกอบ มาแต่กำเนิด อุบัติเหตุและโรคติดต่อ

2) บุคคลที่มีความบกพร่องทางสุขภาพ ได้แก่ บุคคลที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือ มีโรคประจำตัวซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ซึ่งมีผล ทำให้เกิดความจำเป็นต้องได้รับการศึกษาพิเศษ

5. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ได้แก่ บุคคลที่มีความผิดปกติในการทำงาน ของสมองบางส่วนที่แสดงถึงความบกพร่องในกระบวนการเรียนรู้ ที่อาจเกิดขึ้นเฉพาะความสามารถ ด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน คือ การอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ ซึ่งไม่สามารถเรียนรู้ในด้าน ที่บกพร่องได้ทั้งที่มีระดับสติปัญญาปกติ

6. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา ได้แก่ บุคคลที่มีความบกพร่องในการเปล่งเสียงพูด เช่น เสียงผิดปกติ อัตราความเร็ว และจังหวะการพูดผิดปกติ หรือบุคคลที่มีความบกพร่องในเรื่องความเข้าใจหรือการใช้ภาษาพูด การเขียนหรือระบบสัญลักษณ์อื่นที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร ซึ่งอาจเกี่ยวกับรูปแบบ เนื้อหา และหน้าที่ของภาษา

7. บุคคลที่มีความบกพร่องทางพฤติกรรม หรืออารมณ์ ได้แก่ บุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากปกติเป็นอย่างมาก และปัญหาทางพฤติกรรมนั้นเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม เป็นต้น

8. บุคคลออทิสติก ได้แก่ บุคคลที่มีความผิดปกติของระบบการทำงานของสมองบางส่วน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความบกพร่องทางพัฒนาการด้านภาษา ด้านสังคมและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีข้อจำกัดด้านพฤติกรรม หรือมีความสนใจจำกัด เฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยความผิดปกตินั้นค้นพบได้ก่อนอายุ 30 เดือน

9. บุคคลพิการซ้อน ได้แก่ บุคคลที่มีสภาพความบกพร่องหรือความพิการมากกว่าหนึ่งประเภทในบุคคลเดียวกัน

กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกกฎกระทรวงฉบับที่ 2 พ.ศ.2537 กำหนดประเภทความพิการและเกณฑ์ในการจำแนกประเภทตามข้อกำหนดในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 แบ่ง ออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ คนพิการทางการมองเห็น คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย คนพิการทางการเคลื่อนไหว คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม และคนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ โดยกำหนดหลักเกณฑ์ในการจำแนกไว้ ดังนี้

1. พิจารณาทางการมองเห็น คือ

1) คนที่มีสายตาข้างที่ดีกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดา แล้วมองเห็นน้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 จมมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง

2) มีเลนส์สายตาแคบกว่า 30 องศา

2. พิจารณาทางการได้ยินและสื่อความหมาย

1) การได้ยิน

1.1 เด็กอายุน้อยกว่า 7 ปี ลักษณะความพิการ คือ หูตึงปานกลาง หูตึงมาก หูตึงรุนแรง หูหนวก ความดังเฉลี่ยเกิน 40 เดซิเบล จนไม่ได้ยิน

1.2 เด็กอายุเกิน 7 ปี ถึงผู้ใหญ่ ลักษณะความพิการ คือ ความผิดปกติ หูตึงมาก หูตึงรุนแรง หูหนวก ความดัง 55 เดซิเบลขึ้นไป จนไม่ได้ยินเสียง

2) การสื่อความหมาย ลักษณะความพิการ คือ คนที่มีความผิดปกติ พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด หรือการใช้ภาษาพูดจนไม่สามารถสื่อความหมายกับคนอื่นได้

3. พิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหว ลักษณะความพิการ ได้แก่

1) คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายเห็นชัดเจน และไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตประจำวันได้ และคนที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันได้

2) คนที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัว อาจเนื่องมาจาก แขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง โรคข้อหรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรคเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ หรือการดำรงชีวิตในสังคมเช่นคนปกติได้

4. พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม เป็นลักษณะความผิดปกติทางจิตใจ หรือสมองในส่วนการรับรู้ อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเอง หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น

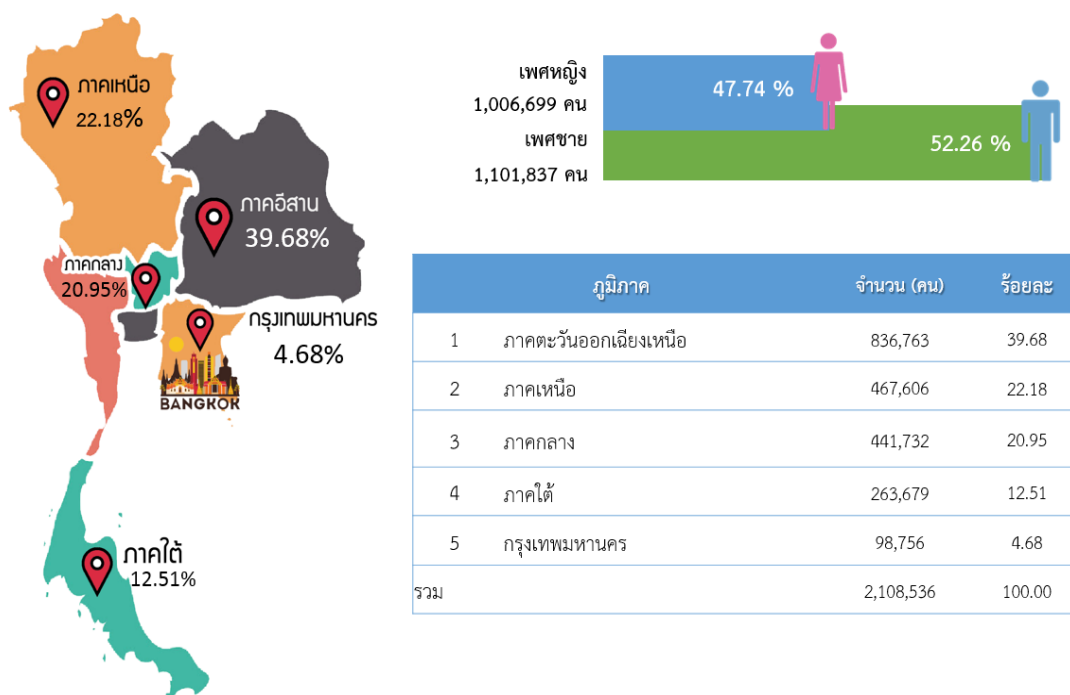
5. พิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ลักษณะความพิการ คือ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางสติปัญญาหรือสมอง จนไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการศึกษาปกติได้

ปี ค.ศ. 1989 องค์การอนามัยโลก (WHO) (อ้างใน ศาสวัต เฟงแพ, 2553: 27) จัดแยกลักษณะความพิการออกเป็น 3 กลุ่ม (Ashman and Elkins, 1990) กลุ่มแรก คือ กลุ่มความพิการเนื่องจากความบกพร่อง (Impairment) ทางด้านต่าง ๆ เช่น สติปัญญา จิตใจ การพูด การฟัง การเห็น กลุ่มที่สอง คือ กลุ่มความพิการเนื่องจากไร้ความสามารถ (Disability) ในด้านต่าง ๆ เช่น พฤติกรรม การสื่อสาร การเคลื่อนไหว อาชีพ และกลุ่มสุดท้าย คือ กลุ่มความพิการเนื่องจากความเสียเปรียบ (Handicap) ในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านสังคม ด้านสภาพเศรษฐกิจ ด้านกายภาพ เป็นต้น

สรุปได้ว่า ประเภทของคนพิการ จำแนกได้ตามประเภทความพิการและเกณฑ์ในการจำแนกตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษา แบ่งตามประเภทลักษณะความพิการได้ 9 ประเภท คือ บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น บุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว หรือสุขภาพ บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ บุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา บุคคลที่มีความบกพร่องทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ บุคคลออทิสติก และบุคคลพิการซ้อน

2 แนวโน้มคนพิการไทยในปัจจุบัน

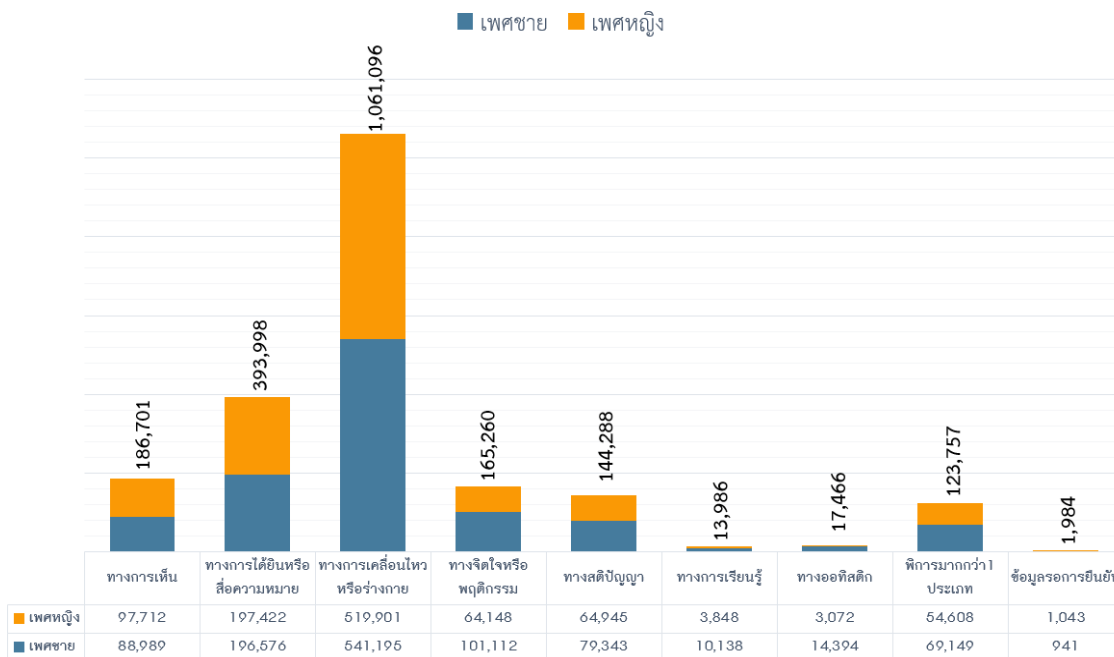
จากรายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (2565) พบว่า คนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 2,108,536 คน คิดเป็นร้อยละ 3.19 ของประชากรทั้งประเทศ โดยจำแนกเป็นเพศชายจำนวน 1,101,837 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 52.26 และเพศหญิงจำนวน 1,006,699 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 47.74 ของคนพิการ และเมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่าภาคอีสานมีจำนวนคนพิการสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 39.68 ของคนพิการทั้งประเทศ และภาคใต้พบคนพิการน้อยสุด คิดเป็นร้อยละ 12.51 ของคนพิการทั้งประเทศ ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 แสดงสถานการณ์คนพิการในประเทศไทย

ที่มา : กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2565: 2)

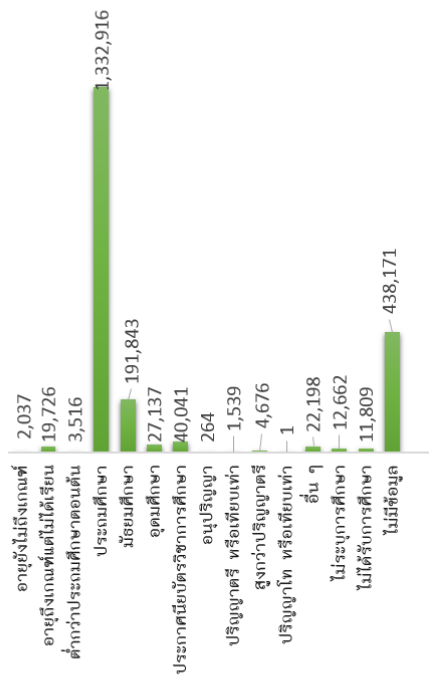
อย่างไรก็ตามในประเภทความพิการทั้ง 9 ประเภท พบว่า ประเภทความพิการที่มีจำนวนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย และความพิการทางการเห็น ตามลำดับ ดังแสดงในภาพที่ 1.2



ภาพที่ 1.2 แสดงการวิเคราะห์ตามประเภทความพิการ

ที่มา : กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2565: 3)

นอกจากนั้น เมื่อมองในมิติของการศึกษาของคนพิการพบว่า คนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 33,572 คน คิดเป็นร้อยละ 1.59 ของคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ โดยแบ่งออกเป็น 1) อายุไม่ถึงเกณฑ์ที่จะเรียน จำนวน 2,037 คน คิดเป็นร้อยละ 6.07 ของคนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษา 2) คนพิการที่อายุถึงเกณฑ์แต่ไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 19,726 คน คิดเป็นร้อยละ 58.76 ของคนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษา และ 3) เป็นคนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษาจำนวน 11,809 คน คิดเป็นร้อยละ 35.18 ของคนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษา คนพิการที่ได้รับการศึกษา จำนวน 1,636,793 คน คิดเป็นร้อยละ 77.63 ของคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ โดย 5 อันดับของระดับการศึกษาที่คนพิการได้รับมากที่สุด ได้แก่ การศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพการศึกษาระดับอุดมศึกษา และไม่ระบุการศึกษา ตามลำดับ ดังภาพที่ 1.3



การศึกษา	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ
อายุยังไม่ถึงเกณฑ์	1,145	892	2,037	0.10
อายุถึงเกณฑ์แต่ไม่ได้เรียน	9,150	10,576	19,726	0.94
ต่ำกว่าประถมศึกษาตอนต้น	1,964	1,552	3,516	0.17
ประถมศึกษา	682,848	650,068	1,332,916	63.22
มัธยมศึกษา	128,597	63,246	191,843	9.10
อุดมศึกษา	15,761	11,376	27,137	1.29
ประกาศนียบัตรวิชาชีพการศึกษา	27,965	12,076	40,041	1.90
อนุปริญญา	162	102	264	0.01
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	927	612	1,539	0.07
สูงกว่าปริญญาตรี	2,874	1,802	4,676	0.22
ปริญญาโท หรือเทียบเท่า	0	1	1	0.00
อื่น ๆ	13,404	8,794	22,198	1.05
ไม่ระบุการศึกษา	6,898	5,764	12,662	0.60
ไม่ได้รับการศึกษา	5,938	5,871	11,809	0.56
ไม่มีข้อมูล	204,204	233,967	438,171	20.78
รวม	1,101,837	1,006,699	2,108,536	100.00

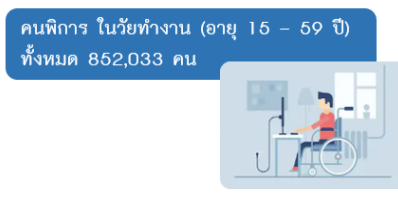
ภาพที่ 1.3 แสดงการศึกษาของคนพิการ

ที่มา : กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2565: 6)

ในแง่ของการประกอบอาชีพของคนพิการในวัยทำงาน พบว่าคนพิการที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุ 15 - 59 ปี) จำนวน 852,033 คน 1) คนพิการที่ประกอบอาชีพ จำนวน 314,127 คน ร้อยละ 36.87 ของจำนวนคนพิการวัยทำงานทั้งหมด 2) คนพิการที่สามารถประกอบอาชีพได้ แต่แจ้งว่าไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 90,949 คน ร้อยละ 10.67 ของจำนวนคนพิการวัยทำงานทั้งหมด 3) คนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (เนื่องจากพิการมากช่วยเหลือตนเองไม่ได้) จำนวน 52,471 คน ร้อยละ 6.16 ของจำนวนคนพิการวัยทำงานทั้งหมด 4) คนพิการที่ไม่ประสงค์ให้ข้อมูลและไม่ระบุข้อมูลด้านอาชีพ จำนวน 394,486 คน ร้อยละ 46.30 ของจำนวนคนพิการวัยทำงานทั้งหมด

การประกอบอาชีพของคนพิการ พบว่า ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 53.26 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 22.75 ไม่ระบุ ร้อยละ 6.95 ประกอบกิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ ร้อยละ 6.09 ลูกจ้างภาคเอกชน/พนักงานบริษัท ร้อยละ 5.70 อื่น ๆ ร้อยละ 3.79 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 1.16 และกิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ/ค้าขาย ร้อยละ 0.29 ดังภาพที่ 1.4

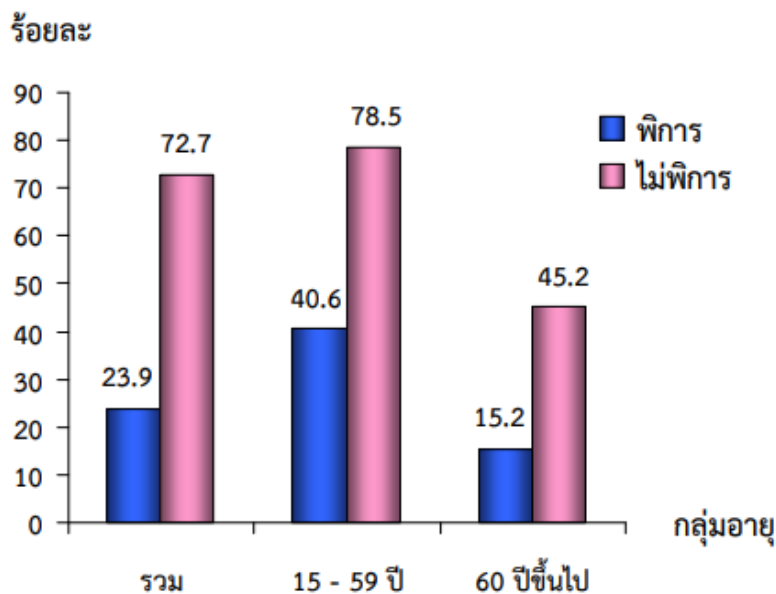
อันดับ	อาชีพ	รวม	ร้อยละ
1	เกษตรกร	167,299	53.26
2	รับจ้าง	71,473	22.75
3	ไม่ระบุอาชีพ	21,845	6.95
4	ผู้ประกอบการส่วนตัว/อาชีพอิสระ/ธุรกิจ	19,144	6.09
5	ลูกจ้าง/ลูกจ้างเอกชน/พนักงานบริษัท	17,901	5.70
6	อื่นๆ	11,921	3.79
7	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3,636	1.16
8	กิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ/ค้าขาย	908	0.29
รวม		314,127	100.00



ภาพที่ 1.4 แสดงอาชีพคนพิการในวัยทำงาน

ที่มา : กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2565: 7)

สอดคล้องกับ ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (2562 : 27) เกี่ยวกับการทำงานของคนพิการ ของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยประชากรประมาณ 56.1 ล้านคนเป็นประชากรที่พิการ 3.6 ล้านคน (ร้อยละ 6.4) และประชากรที่ไม่พิการ 52.5 ล้านคน (ร้อยละ 93.6) พบว่า ประชากรพิการมีงานทำค่อนข้างน้อยร้อยละ 23.9 โดยประชากรพิการในวัยทำงาน (อายุ 15 - 59 ปี) มีงานทำร้อยละ 40.6 และวัยสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) มีงานทำ เพียงร้อยละ 15.2 ซึ่งประชากรพิการที่มีงานทำมีสัดส่วนน้อยกว่าประชากรที่ไม่พิการทั้งในภาพรวมและทั้งสองกลุ่มวัย สำหรับประชากรที่ไม่พิการมีงานทำร้อยละ 72.7 กลุ่มวัยทำงานมีงานทำถึงร้อยละ 78.5 และกลุ่มวัยสูงอายุที่ยังคงทำงานมีร้อยละ 45.2 ดังนั้น ทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือและสนับสนุนการประกอบอาชีพให้ประชากรพิการที่ยังไม่มีงานทำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยทำงาน ดังภาพที่ 1.5



ภาพที่ 1.5 แสดงร้อยละของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทำงานจำแนกตามความพิการ และกลุ่มอายุ พ.ศ. 2560

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (2562: 27)

จากข้อมูลข้างต้นอีกทั้งแหล่งข้อมูลเดียวกันย้อนหลัง 3 ปี ได้แก่ปี 2565 คนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 2,108,536 คน คิดเป็นร้อยละ 3.19 ของประชากรทั้งประเทศ ปี 2564 คนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 2,092,595 คน คิดเป็นร้อยละ 3.21 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี 2563 คนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการมีจำนวนทั้งสิ้น 1,995,767 คน คิดเป็นร้อยละ 3.01 ของประชากรทั้งประเทศ ทำให้เห็นแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของคนพิการอย่างมีนัยสำคัญ โดยเกือบครึ่งเป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ส่วนผู้พิการที่อยู่ในวัยแรกเกิดจนถึงอายุ 21 ปี มีสัดส่วนของการพิการทางสติปัญญามากที่สุด ทั้งนี้คาดการณ์ว่าจำนวนผู้พิการของไทยจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจะกลายเป็นปัญหาใหญ่ของประเทศต่อไป อีกทั้งการจ้างงานของคนพิการที่มีน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้พิการทั้งประเทศ

3 แนวคิดเกี่ยวกับบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เป็นภาวะที่มีพัฒนาการบกพร่องซึ่งส่งผลทำให้มีข้อจำกัดด้านสติปัญญา การเรียนรู้และการปรับตัวในการดำรงชีวิตประจำวัน ในปัจจุบันเริ่มมีการใช้คำว่า “บกพร่องทางสติปัญญา” แทน “ภาวะปัญญาอ่อน” มากขึ้นในองค์กรระดับนานาชาติ เช่น IASSID (International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities) WHO (World Health Organization) WPA (World Psychiatry Association) รวมทั้ง AAMR (The American Association on Mental Retardation) หรือสมาคมบุคคลปัญญาอ่อนแห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งประกอบด้วยสาขาวิชาจากทั่วโลกและก่อตั้งมาเป็นเวลานาน 130 ปี ก็ได้เปลี่ยนชื่อเป็น The American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) เมื่อ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 เพื่อเสนอแนวทางที่จะทำให้สังคมยอมรับผู้บกพร่องทางสติปัญญามากขึ้น (สถาบันราชานุกูล, 2556)

3.1 ความหมายของความบกพร่องทางสติปัญญา

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พุทธศักราช 2550 (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2556) ได้ให้ความหมายของความบกพร่องทางสติปัญญาว่า การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเข่าปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ 18 ปี

ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ ออกตามความในพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551 (ราชกิจจานุเบกษา, 2550) ให้ความหมายของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ได้แก่ บุคคลที่มีความจำกัดอย่างชัดเจนในการปฏิบัติตน (Functioning) ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ คือ ความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ ร่วมกับความจำกัดของทักษะการปรับตัวอย่างน้อย 2 ทักษะ จาก 10 ทักษะ ได้แก่ การสื่อความหมาย การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตภายในบ้าน ทักษะทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรู้จักใช้ทรัพยากรในชุมชน การรู้จักดูแลควบคุมตนเอง การนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน การทำงาน การใช้เวลาว่าง การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย ทั้งนี้ได้แสดงอาการดังกล่าวก่อนอายุ 18 ปี

วราภรณ์ วิไลนาม (2554) ได้ให้ความหมายบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ได้แก่ บุคคลที่มีความจำกัดอย่างชัดเจนในการปฏิบัติตนในปัจจุบัน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ ความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ ร่วมกับความจำกัดของทักษะการปรับตัวอีกอย่างน้อย 2 ทักษะ จาก 10 ทักษะ ได้แก่ การสื่อความหมาย การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตภายในบ้าน ทักษะทางสังคม/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรู้จักใช้ทรัพยากรในชุมชน การรู้จักดูแลควบคุมตนเอง

การนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน การทำงาน การใช้เวลาว่าง การรักษาสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย ทั้งนี้ได้แสดงอาการดังกล่าวก่อนอายุ 18 ปี

ทั้งนี้ สติปัญญา หมายถึง ความสามารถทางการรู้คิดทั่วไป เช่น การเรียนรู้ การให้เหตุผล และการแก้ปัญหา เป็นต้น โดยเกณฑ์ในการวัดและตัดสินการทำหน้าที่ทางสติปัญญา คือ การทดสอบระดับสติปัญญา (IQ Test) ซึ่งผู้ที่มีระดับสติปัญญาตั้งแต่ระดับ 70 ถึง 75 ลงไปนั้น ถือเป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ทางสติปัญญาทั้งสิ้น นอกจากนี้ การทดสอบแบบมาตรฐานก็สามารถบ่งชี้ข้อจำกัดด้านพฤติกรรมการปรับตัวได้ ซึ่งพฤติกรรมการปรับตัวนั้นมีองค์ประกอบสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ทักษะแนวคิด (Conceptual Skills) เกี่ยวกับภาษาและการรู้หนังสือ (การอ่าน การเขียน) การเงิน เวลา จำนวน ความคิดรวบยอด และการควบคุมของตนเอง
2. ทักษะทางสังคม (Social Skills) เกี่ยวกับทักษะส่วนบุคคล ความรับผิดชอบต่อสังคม ความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง การจัดการแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาในสังคม การปฏิบัติตามข้อตกลง กฎ กติกา ระเบียบ ต่าง ๆ ในสังคม การเคารพกฎหมาย และความสามารถในการหลีกเลี่ยงการตกเป็นเหยื่อของผู้ที่ไม่หวังดีได้
3. ทักษะทางการปฏิบัติ (Practical Skills) หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลตัวเอง ทักษะอาชีพ การดูแลสุขภาพ การเดินทาง การดำเนินชีวิตตามกิจวัตรตารางหรือกำหนดการ การรักษาความปลอดภัยและหลีกเลี่ยงวัตถุอันตราย การใช้เงิน การใช้โทรศัพท์ เป็นต้น

อิสริยาภรณ์ อารมณ์รัตน์ (2554: 13) ได้ให้ความหมายของคำว่า ความบกพร่อง หรือภาวะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่มีข้อจำกัดทางด้านสติปัญญา ด้านภาษา ด้านพฤติกรรมการปรับตัว และการใช้ทักษะทางสังคม รวมถึงมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่นที่รวมอยู่ด้วย นอกจากนี้พัฒนาการทางด้านสติปัญญา มีความล่าช้าและต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของระดับสติปัญญา คือ 70 โดยลักษณะอาการเหล่านี้จะแสดงก่อนอายุ 18 ปี

สถาบันราชานุกูล (2556) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลบกพร่องทางสติปัญญามักมีพัฒนาการด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ ภาษาและสติปัญญาล่าช้ากว่าบุคคลทั่วไป ตามเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) โดย American Psychiatric Association (APA) ในปี พ.ศ. 2543 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาหรือภาวะปัญญาอ่อน หมายถึง ภาวะที่มี

1. ระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย คือการมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่า 70
2. พฤติกรรมการปรับตนบกพร่อง ตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป จากทั้งหมด 10 ด้าน หมายถึง การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันทั่ว ๆ ไป ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลนั้นที่จะสามารถดำรงชีวิต

ได้ด้วยตนเองในสังคม ประกอบด้วยการสื่อความหมาย (Communication) การดูแลตนเอง (Self-care) การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม (Social and Interpersonal Skills) การควบคุมตนเอง (Self-direction) การดำรงชีวิตภายในบ้าน (Home living) การใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน (Use of Community Resources) การนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน (Functional Academic Skills) การใช้เวลาว่าง (Leisure) การทำงาน (Work) และการมีสุขอนามัยและความปลอดภัยเบื้องต้น (Health and Safety) โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยเรื่องพฤติกรรมกรรมการปรับตนเป็นการปฏิบัติตนที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ในข้อ ก หรือ ข้อ ข ดังนี้

ก. ทักษะด้านใดด้านหนึ่งใน 3 ด้านของพฤติกรรมกรรมการปรับตน ได้แก่ ทักษะด้านความคิดรวบยอด (conceptual skills) ทักษะด้านสังคม (social skills) หรือทักษะด้านการปฏิบัติตน (practical skills) หรือ

ข. ทักษะทั้ง 3 ด้าน ตามข้อ ก โดยดูจากคะแนนรวมทั้งหมด

3. อาการแสดงก่อนอายุ 18 ปี อายุที่แสดงภาวะบกพร่องทางสติปัญญาตาม DSM-IV-TR อาการที่แสดงภาวะบกพร่องทางสติปัญญาต้องแสดงก่อนอายุ 18 ปี แต่อย่างไรก็ตามเด็กที่อายุต่ำกว่า 2 ปี ที่มีอาการแสดงภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ยังไม่ควรได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องทางสติปัญญา ยกเว้นพบความบกพร่องอย่างรุนแรง หรือพบภาวะที่มีความสัมพันธ์สูงกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เช่น กลุ่มอาการดาวน์ ดังนั้น เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ที่ไม่มีข้อยกเว้นดังกล่าวข้างต้น ควรได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะบกพร่องทางพัฒนาการ และควรติดตามการวินิจฉัยต่อไปเมื่อเด็กอายุมากขึ้น

ศุภพิชญ์ วิเชียรพันธ์ (2557 : 12) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะที่สมองมีการเจริญไม่เต็มที่หรือสมองหยุดการพัฒนา ทำให้มีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลปกติในวัยเดียวกัน และมีข้อจำกัดทางด้านพฤติกรรมปรับตัว ซึ่งพฤติกรรมปรับตัวนี้จะแสดงออกมาในลักษณะ 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะการคิด (Conceptual skill) ทักษะการปรับตัวในชีวิตประจำวัน (Practical adaptive skill) และทักษะทางสังคม (Social skill) ทั้งนี้ จะต้องปรากฏก่อนอายุ 18 ปี

จากความหมายของภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาที่กล่าวมา สามารถสรุปได้ว่า ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเป็นภาวะที่บุคคลมีความจำกัดทางสติปัญญา ส่งผลต่อความสามารถทางการรู้คิด ทักษะทางสังคมและการดำรงชีวิต ตั้งแต่ 2 ด้าน ขึ้นไป ประกอบด้วย การสื่อความหมาย การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตภายในบ้าน การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม การใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน การควบคุมตนเอง การนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน การใช้เวลาว่าง การทำงาน และการมีสุขอนามัยและความปลอดภัยเบื้องต้น โดยความบกพร่องนี้เกิดขึ้นก่อนอายุ 18 ปี

3.2 ลักษณะและประเภทบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ลักษณะของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ลักษณะของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จะมีการพัฒนาการตั้งแต่วัยทารกและตอนเด็กช้ากว่าเด็กปกติโดยทั่วไป มีร่างกายอ่อนแอ รูปร่างแคระแกร็นบางรายมีศีรษะค่อนข้างเล็ก บางรายศีรษะโต ประวัติการเจริญเติบโตล่าช้า คือ มีการคว่ำ คลาน นั่ง ยืน เดิน ช้ากว่าเด็กปกติมาก และการพูด ซึ่ง ลินกอร์ท (Linguorth, 1955) ได้กล่าวว่า เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะสามารถสังเกตได้จากเมื่อแม่พูดกับเด็ก เด็กจะไม่ค่อยหันหน้ามามองหน้าแม่ เด็กปกติอายุ 2 สัปดาห์ จะเริ่มหันมามองแม่เมื่อแม่พูดด้วย แต่เด็กที่มีความบกพร่องทางสมองมากจะยังคงหลับตา และศีรษะยังไม่แข็งแรงไปมาตลอดเวลา ระยะของความสนใจอยู่ในช่วงสั้นบางรายมีอาการรุนแรง และชอบทำลายข้าวของและทำร้ายตัวเอง พวกที่มีความบกพร่องทางสมองมากจะต้องการความช่วยเหลือในการเลี้ยงดูอย่างมาก ลักษณะท่าทางของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีดังนี้

1. ลักษณะทางร่างกาย โดยทั่วไปบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มักมีรูปร่างหน้าตาไม่สมประกอบ คือ มือเท้าใหญ่กว่าปกติ บางคนมีลักษณะแคระแกร็นบางคนก็สูงใหญ่ต่างกับคนธรรมดา

1.1 ศีรษะจะมีลักษณะเล็กผิดปกติ หรือมีลักษณะหัวกะโหลกเล็กเป็นรูปกรวยหรือบางพวกมีลักษณะศีรษะใหญ่ผิดปกติ เพราะน้ำในสมองมาก ร่างกายไม่สามารถจะทนน้ำหนักได้ บางรายศีรษะบิดเบี้ยวและแบน

1.2 ผม ลักษณะผมมักหยาบแข็ง มีขนตามร่างกายผิดปกติส่วนบางรายมีลักษณะตรงข้าม คือ ผมน้อย หรือผมบาง แต่ไม่ถึงกับล้าน มักจะเป็นโรคผิวหนังบนศีรษะ

1.3 หน้าผากมักจะแคบผิดปกติ โคนผมเกือบถึงคิ้ว บางรายหน้าผากลาด

1.4 ตา มักจะหรี่เล็ก หางลูกตาเฉียงขึ้นข้างบน มักเป็นโรคเกี่ยวกับทางตา เช่น ตาแดง หรือสายตาสั้นผิดปกติ บางรายมีเปลือกตาหนา

1.5 หู ลักษณะรูหูมักจะผิดปกติ ส่วนมากเป็นโรคหูตึง หรือหูมีน้ำหนวก

1.6 ปาก ริมฝีปากหนา ปากเบะ มักมีน้ำลายไหลยืดออกมา

1.7 ฟัน มักจะเหยิน ฟันซี่โต ๆ ฟันขึ้นไม่เป็นระเบียบ

1.8 ลิ้น มักจะโตเกินขนาด ทำให้พูดไม่ชัด ลิ้นจุกปาก

2. ลักษณะด้านพฤติกรรม คือ การพูด การทำความเข้าใจ การตัดสินใจมักช้า และเข้าใจผิดอยู่เสมอ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การพูด มักเริ่มพูดช้ากว่าเด็กปกติ พูดไม่ค่อยชัด และพูดไม่รู้เรื่อง พูดแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ แม้จะอายุมาก 6-7 ปี แล้วก็ตาม บางรายพูดจาเลอะเลือน หาแก่นสารไม่ได้ พูดได้ตลอดเวลา เป็นเรื่องเป็นราวแต่ถ้าถามจะตอบคำถามที่ตนพูดไม่ได้

2.2 การฟังและความเข้าใจ มักจะเข้าใจผิด ๆ ต้องพูดหลาย ๆ ครั้ง ซ้ำ ๆ จึงจะเข้าใจได้

2.3 ประสาทสัมผัส มีความรู้สึกซ้ามาก เช่น อากาศหนาวจนคนอื่นต้องห่มผ้า แต่ตนเองใส่เสื้อบาง ๆ บางรายอากาศร้อนมากแต่ยังนุ่งใส่เสื้อฝ้ายกันหนาวได้ โดยไม่มีความรู้สึกว่าร้อน บางรายได้รับอันตรายมีเลือดออกแล้วยังเฉยอยู่

2.4 อิริยาบถและการเคลื่อนไหว มักใช้มือไม่ค่อยคล่อง เดิน วิ่ง ซ้ำ อืดอาด ไม่มี ความกระฉับกระเฉง

2.5 การตัดสินใจ มักมีการตัดสินใจแปลก ๆ และผิดๆ อยู่เสมอ เช่น เอาของสกปรกทิ้งลงในบ่อน้ำ หรือไม่กลัวอันตราย ชอบออกนอกบ้านยามวิกาล จึงมักถูกชักจูงให้ทำความผิดได้ง่าย บางรายข้ามถนนโดยไม่กลัวถูกรถชน

2.6 สมาธิสั้น มักขาดสมาธิและความสนใจ จะทำหรือเรียนสิ่งใดก็ทำไม่ได้ในช่วงเวลาอันสั้น ๆ ชอบเหม่อลอยไม่มีสมาธิที่จะเรียน

2.7 ความจำมักมีน้อย หรือจำอะไรไม่ได้เลย แม้แต่ชื่อพ่อ แม่ ก็จำไม่ได้ บางรายจำชื่อตนเองไม่ได้ก็มี สอนไปเรียนไปถามรู้เรื่องพอกลับมาถามอีกก็ไม่รู้เรื่อง แต่จะจำสิ่งที่ทำอยู่ ซ้ำ ๆ บ่อย ๆ ได้

2.8 อารมณ์ มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ใจน้อย รักแรง เกล็ดแรง มักจะแสดงอาการเสียใจ ดีใจ โกรธ ผิดหวัง ออกมาโดยไม่มีการเสแสร้ง และจะแสดงออกมาทันที ขาดความมั่นคงและแน่นอนทางอารมณ์ บางครั้งเพื่อน ๆ ทำอะไรแรง ๆ ก็อดทนได้ ดังนั้น เด็กพวกนี้ จะแสดงถึงความผิดหวัง หรือเสียใจมากกว่าปกติ ถ้าโกรธก็จะร้องไห้ปนพึมพำ ถ้าดีใจก็จะหัวเราะชอบใจออกมา บางรายแสดงอาการก้าวร้าวต่อครูและเพื่อนนักเรียน โมโหร้าย ชอบทำร้ายตนเอง และผู้อื่น มีอารมณ์รุนแรง

3. ลักษณะทางจิตวิทยา

1) การเรียนรู้และความจำ ลักษณะที่ปรากฏออกมาอย่างชัดเจนของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา คือ ขาดความสามารถในการเรียนรู้ และความจำเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนอายุรุ่นเดียวกัน นอกจากขาดความสามารถทางสมองแล้ว บุคคลปัญญาอ่อนยังมีช่วงความสนใจสั้น ไม่ค่อยสนใจอะไร จึงทำให้ขาดความสามารถในการเรียนยิ่งขึ้น จากการทดลองของนักจิตวิทยา (Borkowski & Wanschura, 1974) ที่ทดลองให้เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจำคำ หรือเสียง หรือรูปภาพ โดยแสดงสิ่งเหล่านั้นแก่เด็กประมาณ 2-3 วินาที พบว่า บุคคลที่มีความบกพร่อง

ทางสติปัญญาจำได้น้อยกว่าเด็กปกติ แต่ถ้าให้จำวัตถุสิ่งของโดยใช้เวลานาน ๆ อาจเป็นชั่วโมง วัน หรือสัปดาห์ ก็จำได้ดี แสดงว่าบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามักจะขาดความสามารถในการจำระยะสั้น แต่ความจำระยะยาวไม่ผิดปกติ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากความสามารถในการใช้กลวิธีต่าง ๆ เพื่อให้จำได้ไม่สามารถรวบรวมหรือจัดระบบสิ่งเร้าที่จะจำได้ไม่สามารถทบทวนสิ่งที่จะจำได้ เช่น เวลาจะจำ 1,7,8,5,3,4 หากแยกเป็น 178...534 จะจำได้ง่ายกว่าจำทีละตัว หากเด็กได้รับการสอนเทคนิคและกลวิธีต่าง ๆ ในการจำเขาสามารถจดจำได้ดีขึ้น ความสามารถในการเรียนรู้และความจำของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีดังนี้

1.1 การขาดความสามารถในการเรียนรู้ และการจำขึ้นอยู่กับระดับของสติปัญญาอ่อนมากก็จะมีอุปสรรคในการเรียนรู้และการจำมาก ระดับสติปัญญาอ่อนน้อยก็จะมีอุปสรรคในการเรียนรู้และการจำน้อย

1.2 การใช้กลวิธีในการเรียนรู้และการจำของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะแตกต่างจากเด็กปกติ

1.3 ปัญหาในการเรียนรู้บางอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ขึ้นอยู่กับปัญหาอ่อนประเภทใดประเภทหนึ่งโดยตรง ไม่ว่าปัญหาอ่อนประเภทใดก็ย่อมมีปัญหาในการเรียนรู้เหมือน ๆ กัน

1.4 ลักษณะการเรียนรู้ของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญากับเด็กปกติไม่แตกต่างกัน แต่จะช้ากว่าเด็กปกตินั้นคือที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะมีลักษณะการเรียนรู้ไม่แตกต่างจากเด็กปกติซึ่งอายุสมองเท่ากันนั่นเอง

2) ปัญหาทางภาษา บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะมีปัญหาทางด้านภาษาเป็นอย่างมาก ความสามารถทางภาษาจะต่ำกว่าระดับอายุสมองของเขาเสียอีก ไม่ว่าจะเป็นด้านเสียงพูดหรือคำพูด ปัญหาต่าง ๆ ทางด้านภาษาพอจะจำแนกได้ 2 ลักษณะ คือ

2.1 โครงสร้างทางภาษาของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามีความคล้ายคลึงกับเด็กปกติแต่จะมีความสามารถทางภาษาพอ ๆ กับเด็กปกติในตอนวัยต้น ๆ เท่านั้น

2.2 ปัญหาทางภาษาของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่มักจะพบบ่อยคือพูดตะกุกตะกัก พูดเสียงไม่ออกและติดอ่าง (สุขพัชรา ชุ่มเจริญ : 2542)

ประเภทบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

การแบ่งระดับของความบกพร่องทางสติปัญญา โดยทั่วไปแบ่งตามระดับเชาวน์ปัญญา ระดับความรุนแรง สาเหตุ หรือความช่วยเหลือสำหรับบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งการแบ่งระดับของความบกพร่องทางสติปัญญา แม้ว่าคำนิยามของสมาคมว่าด้วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญาแห่งอเมริกา มีความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการใช้ระดับสติปัญญา และแบบทดสอบทางสติปัญญาก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติแล้วเป็นการยากที่จะนำไปใช้โดยไม่มีเกณฑ์การตัดสินใด ๆ

ดังนั้น จึงมีการนำคะแนนระดับสติปัญญามาช่วยอธิบายภาวะบกพร่องทางสติปัญญาโดยใช้คะแนน Cutoff ที่ 70 ซึ่งได้มีการแบ่งตามระดับความรุนแรง ดังนี้ (Smith & Tyler, 2010 อ้างใน กุลยา ก่อสุวรรณ, 2553: 34)

1. ความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อย (Mild Intellectual Disabilities) มีระดับสติปัญญาระหว่าง 50 – 69 ผลของความบกพร่อง: มีความยากลำบากในการเรียนรู้สามารถทำงานได้ สามารถสร้างและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ สามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้

2. ความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับปานกลาง (Moderate Intellectual Disabilities) มีระดับสติปัญญาระหว่าง 35 – 49 ผลของความบกพร่อง: มีพัฒนาการล่าช้าอย่างเห็นได้ชัดในวัยเด็ก สามารถทำทักษะต่างๆ ได้บ้างพอควร เช่น การดูแลตนเอง ทักษะการสื่อสารและทักษะทางวิชาการ แต่ต้องการความช่วยเหลือในระดับต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตและทำงานได้ในชุมชน

3. ความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง (Severe Intellectual Disabilities) มีระดับสติปัญญาระหว่าง 20 - 34 ผลของความบกพร่อง: ต้องการความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

4. ความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงมาก (Profound Intellectual Disabilities) มีระดับสติปัญญาต่ำกว่า 20 ผลของความบกพร่อง: แสดงให้เห็นถึงความจำกัดอย่างรุนแรงในด้านการดูแลตนเอง การขับถ่าย การสื่อสาร การเคลื่อนไหว และต้องการความช่วยเหลืออย่างมากและต่อเนื่องตลอดเวลา

การแบ่งประเภทความบกพร่องทางสติปัญญาสามารถแบ่งได้ ดังนี้ (สถาบันราชานุกูล, 2555: 9-10)

1. แบ่งตามระดับความรุนแรง เป็นการแบ่งโดยใช้ค่าคะแนนระดับเชาวน์ปัญญาหรือ IQ ที่ American Psychiatric Association (APA) และ The American Association on Mental Retardation (AAMR) แบ่งภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเป็น 4 ระดับได้แก่ เล็กน้อย (Mild) ปานกลาง (Moderate) รุนแรง (Severe) และรุนแรงมาก (Profound) ต่อมาในปี พ.ศ. 2535 AAMR ได้เปลี่ยนการแบ่งเหลือเพียง 2 ระดับ คือ เล็กน้อย (ระดับเชาวน์ปัญญาเท่ากับ 50-70) และมาก (ระดับเชาวน์ปัญญาน้อยกว่า 50) โดยเน้นที่ระดับความช่วยเหลือที่บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาต้องการ การแบ่งระดับความรุนแรงแบบนี้ เพื่อช่วยแยกกลุ่มที่ระดับเชาวน์ปัญญาสูงกว่า 50 ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่เรียนได้ (Educable) ให้ได้รับประโยชน์จากโปรแกรมการศึกษา ส่วนกลุ่มที่ระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่า 50 จะเน้นที่การฝึกทักษะที่จำเป็นต้องใช้ในการดำรงชีวิต (Trainable)

2. แบ่งตามระดับความช่วยเหลือที่ต้องการ เป็นการแบ่งเพื่อออกแบบและจัดหาบริการสนับสนุน สำหรับผู้บกพร่องทางสติปัญญาแต่ละบุคคลที่มีข้อจำกัดให้เข้าถึงระบบการศึกษาทั่วไป และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุดแบ่งเป็น 4 ระดับ และประเมินอย่างน้อย 9 ด้าน

ได้แก่ พัฒนาการการเรียนการสอนการใช้ชีวิตในบ้าน การใช้ชีวิตในชุมชน การจ้างงาน สุขภาพ และความปลอดภัย พฤติกรรมทักษะทางสังคม และการแก้ต่างและการป้องกัน

3. แบ่งตามลักษณะทางคลินิก ลักษณะทางคลินิกของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาสามารถแบ่งตามระดับได้ ดังนี้

3.1 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมาก พัฒนาการล่าช้าชัดเจนตั้งแต่เล็ก ๆ ทั้งในด้านประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว อาจจะมีอาการช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ต้องอาศัยการฝึกอย่างมากส่วนใหญ่พบว่ามีความพิการทางสติปัญญา ต้องการการดูแลตลอดเวลา ตลอดชีวิต แม้จะเป็นผู้ใหญ่แล้วก็ตาม

3.2 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง พบความผิดปกติของพัฒนาการตั้งแต่ขวบปีแรกมักมีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษาสื่อความหมายได้เพียงเล็กน้อยหรือพูดไม่ได้เลย บางรายเริ่มพูดได้เมื่อเข้าสู่วัยเรียน มีปัญหาในการเคลื่อนไหว และในบางรายพบพยาธิสภาพมากกว่า 1 อย่าง มีทักษะการป้องกันตนเองน้อย มีความจำกัดในการดูแลตนเองทำงานง่าย ๆ ได้ ส่วนใหญ่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดหรือต้องช่วยในทุก ๆ ด้านอย่างมากตลอดชีวิต

3.3 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลาง มักได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่วัยก่อนเรียนเมื่ออายุประมาณ 2-3 ปี โดยพบว่าอาจมีความแตกต่างของระดับความสามารถในด้านต่าง ๆ เช่น กลุ่มอาการดาวน์ล่าช้าในด้านการใช้ภาษา กลุ่มอาการวิลเลียมส์ (Williams syndrome) บกพร่องในทักษะการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับมิติสัมพันธ์ (Visual-spatial processing skills) และบางรายมีความสามารถทางภาษาเด่น ในบางรายพบพยาธิสภาพชัดเจนสามารถเรียนได้ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 2-3 ในวัยเรียนมักต้องการการจัดการศึกษาพิเศษ สามารถเรียนรู้การเดินทางตามลำพังได้ในสถานที่ที่คุ้นเคย ใช้ชีวิตในชุมชนได้ดีทั้งการดำรงชีวิตและการงาน แต่ต้องการความช่วยเหลือปานกลางตลอดชีวิต ประมาณร้อยละ 20 ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง

3.4 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย มักได้รับการวินิจฉัยเมื่อเด็กเข้าสู่วัยเรียนแล้ว เนื่องจากในวัยก่อนเรียนพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายได้ ส่วนใหญ่เรียนได้ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรือสูงกว่า เมื่อเป็นผู้ใหญ่สามารถทำงาน แต่งงานดูแลครอบครัวได้ แต่อาจต้องการความช่วยเหลือบ้างเป็นครั้งคราวเมื่อมีปัญหาชีวิตหรือหน้าที่การงาน มักไม่พบสาเหตุทางพยาธิสภาพส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ สถานะยากจนหรือด้อยโอกาส ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

การแบ่งระดับความบกพร่องทางสติปัญญา (James C.Harris, 2006: 51-55; มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทย, 2548: 9-10 อ้างใน วัลย์ลิกา และคนอื่น ๆ, 2543) ได้แก่

1. บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับน้อย (Mild Grade) ระดับเซาว์ปัญญา ระหว่าง 50-70 มีความสามารถพอกับเด็กปกติอายุไม่เกิน 10 ปี ซึ่งจะสังเกตได้ไม่ชัดเจนนักว่ามีความบกพร่องทางสติปัญญา แต่การพัฒนาด้านการเคลื่อนไหวซ้า พูดซ้า สามารถช่วยเหลือตนเองได้ฝึกทักษะได้ ปฏิบัติตามคำสอน คำแนะนำได้ เขียนได้ แต่ค่อนข้างช้า มีความสามารถในการฝึกหัดอาชีพ ต้องได้รับการแนะนำสั่งสอนอย่างเหมาะสมจึงจะสามารถกระทำหรือเรียนรู้สิ่งรอบตัวได้ พบประมาณร้อยละ 75 ถึงร้อยละ 90 ของประชากรที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ความบกพร่องทางสติปัญญาประเภทนี้บางครั้งเรียกว่า Moron หรือ Educable

2. บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับกลาง (Moderate Grade) ระดับเซาว์ปัญญา ระหว่าง 35-49 มีความสามารถสูงพอกับเด็กปกติอายุไม่เกิน 3-7 ปี หัดพูดซ้าสามารถฝึกให้ดูแลช่วยเหลือตนเองได้ สื่อความหมายง่าย ๆ ได้ สามารถอ่านเขียนได้บ้าง ทำเล่งง่าย ๆ ได้ สามารถฝึกอาชีพที่ไม่จำเป็นต้องใช้ฝีมือ หรือรายละเอียดมากนัก ต้องการคำแนะนำสำหรับการดำเนินชีวิต พบประมาณร้อยละ 6 ถึงร้อยละ 21 ของจำนวนประชากรที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ความบกพร่องทางสติปัญญาประเภทนี้บางครั้งเรียกว่า Trainable หรือ Imbecile

3. บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง (Severe Grade) ระดับเซาว์ปัญญา ระหว่าง 20-34 มีความสามารถสูงพอกับเด็กปกติอายุไม่เกิน 2 ปี มักพบมีความพิการทางร่างกายร่วมด้วย มีพัฒนาการช้า เข้าใจการสื่อความหมายได้บ้าง พอหัดให้ดูแลความสะอาดและอนามัยของตนเองอย่างง่ายได้ หัดให้ทำอาชีพอย่างง่ายได้ โดยมีผู้ควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด

4. บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมาก (Profound Grade) ระดับเซาว์ปัญญาต่ำกว่า 20 ลงมา มีวุฒิภาวะและพัฒนาการที่ช้ามาก โต้ตอบเบื้องต้นทางอารมณ์ได้เล็กน้อย ไม่สามารถฝึกอบรมให้สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ จึงต้องการการดูแลปกป้องตลอดเวลา ความบกพร่องทางสติปัญญาระดับมากและระดับมากที่สุดรวมแล้วพบประมาณร้อยละ 4 ของประชากรที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา บางครั้งเรียกว่า Idiot หรือ Total Dependent

การแบ่งประเภทความบกพร่องทางสติปัญญาตามระดับความรุนแรงขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แบ่งระดับภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาตาม (International Classification Disease) ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ใช้กันแพร่หลาย คือ ICD-10 (พ.ศ.2536) โดยพิจารณาจากความบกพร่อง 2 ด้าน ดังนี้

1. ระดับความสามารถทางสติปัญญา
 2. ความสามารถในการปรับตัวตามความต้องการของสังคมและสิ่งแวดล้อมปกติ
- นอกจากนี้ยังกล่าวถึงลักษณะ 4 ประการที่ใช้เพื่อบ่งชี้ถึงพฤติกรรมที่บกพร่องใน F70 – F79 ดังนี้
- 0 ไม่มีหรือมีพฤติกรรมบกพร่องเล็กน้อย
 - .1 มีพฤติกรรมที่บกพร่องที่ชัดเจนที่ต้องสนใจหรือรักษา

.8 พฤติกรรมบกพร่องอื่น

.9 พฤติกรรมที่ไม่ได้ระบุ ไม่ชัดเจนแน่นอน

การแบ่งระดับภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาตาม ICD-10 ได้มีการใส่รหัส (Code) บอกไว้พร้อมทั้งบอกภาวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยด้วย เช่น Autism, Epilepsy เป็นต้น

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา (คารณี ฐนะภูมิ, 2542: 22-23) ดังแสดงในตารางที่ 1.3

ตารางที่ 1.3 แสดงการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา

ระดับความรุนแรง	ระดับเซาว์ปัญญา (IQ)	รหัส (Code)
บกพร่องทางสติปัญญาระดับน้อย (Mild Mental Retardation)	50-69	F70
บกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลาง (Moderate Mental Retardation)	35-49	F71
บกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง (Severe Mental Retardation)	20-34	F72
บกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมาก (Profound Mental Retardation)	ต่ำกว่า 20	F73
บกพร่องทางสติปัญญาอื่น (Other Mental Retardation)	ไม่สามารถประเมินระดับเซาว์ปัญญาได้ เนื่องจากมีความพิการทางกายอย่างมาก	F78
บกพร่องทางสติปัญญาที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified Mental Retardation)	มีหลักฐานว่า มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาแต่มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะจัดไว้ในข้อหนึ่งข้อใดที่กล่าวมาแล้วได้	F79

ที่มา: คารณี ฐนะภูมิ (2542: 22-23)

จากการศึกษาเอกสารข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การแบ่งประเภทความบกพร่องทางสติปัญญาสามารถแบ่งตามระดับความรุนแรงของภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา โดยใช้เกณฑ์การประเมินทั้งระดับเซาว์ปัญญา พฤติกรรม และลักษณะความต้องการการช่วยเหลือ ซึ่งมีอยู่ 4 ระดับ คือ ความบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง ระดับรุนแรง และระดับรุนแรงมาก ตามลักษณะและระดับของความรุนแรงของแต่ละคน

3.3 สาเหตุของความบกพร่องทางสติปัญญา

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอาจเกิดได้หลายสาเหตุ และในปัจจุบันยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าภาวะบกพร่องทางสติปัญญาแต่ละประเภทนั้นเกิดจากสาเหตุใด แต่มีเพียงบางภาวะเท่านั้นที่ทำให้ทราบสาเหตุได้แน่นอนว่าเกิดจากความผิดปกติทางชีววิทยา ในปัจจุบันภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในทารกพบสาเหตุเกิดจากมารดาที่ติดแอลกอฮอล์ระหว่างตั้งครรภ์ (Fetal Alcohol Syndrome-FAS) โรคนิวโรส และการกระทำทารุณต่อทารกก่อนคลอดและหลังคลอด เป็นต้น (Smith & Tyler, 2010: 276; Thomas, 1998: 111) จากสาเหตุดังกล่าวสามารถรวบรวมสาเหตุของการเกิดความบกพร่องทางสติปัญญา คือ มีปัจจัยที่สำคัญ 2 ปัจจัย (วาริ ธิระจิตร, 2545: 115-117; สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์, 2551: 13; ฮาลาแฮน (Hallahan, 2019: 119-120); กุศยา ก่อสุวรรณ, 2553: 52; เบอร์ก (Berk, 2000); แครน (Crane, 2002); ยูดี วิริยางกูร, 2553: 16-17) สรุปได้ดังนี้

1. สาเหตุจากพันธุกรรม พบประมาณร้อยละ 20 กล่าวคือ

1) ปัจจัยจากพันธุกรรม เป็นความผิดปกติของยีนหรือโครโมโซมของชายหรือหญิงมีความผิดปกติ และถ่ายทอดจากรรพบุรุษสู่รุ่นลูก รุ่นหลานต่อไป เช่นกลุ่มดาวน์ซินโดรม (Down syndrome) ซึ่งกลุ่มอาการที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับความพิการทางร่างกายหลายด้าน ลักษณะทั่วไปของบุคคลกลุ่มนี้ คือ หน้าแบน ตาเล็กเฉียงขึ้น ลิ้นจุกปาก ซึ่งจะช่วยให้วินิจฉัยได้ทันทีตั้งแต่แรกคลอด หรือความผิดปกติของโครโมโซมเกิดขึ้นระหว่างการปฏิสนธิ

2) ความผิดปกติของโครโมโซม ในระหว่างการพัฒนาของทารกในครรภ์ การติดเชื้อหัดเยอรมัน เอดส์ ซิฟิลิส หรือเชื้ออื่น ๆ ของมารดาขณะตั้งครรภ์ หรือมารดาได้รับสารที่ก่อให้เกิดความพิการต่อทารกในครรภ์ เช่น เหล้า บุหรี่ รั้งสี ยา มีความผิดปกติของรก เช่น มารดาที่มีครรภ์พิษ

2. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม พบประมาณร้อยละ 80 กล่าวคือ

1) ปัญหาในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ การที่แม่ได้รับเชื้อหัดเยอรมัน เชื้อเอชไอวี เชื้อริบซีฟิลิส ฐูสวัด หรือแม่ได้รับสารเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ โคลเคน เฮโรอีน หรือสิ่งแวดล้อมที่มีพิษ เช่น มลพิษ ยาฆ่าแมลง รั้งสี สารตะกั่วในน้ำหรืออากาศ หรือขาดสารอาหารของมารดา นอกจากนี้ อาจเกิดจากการดูแลทารกในครรภ์อย่างไม่ถูกต้อง ทำให้ทารกขาดสารอาหารจึงทำให้ทารกในครรภ์เติบโตไม่สมบูรณ์

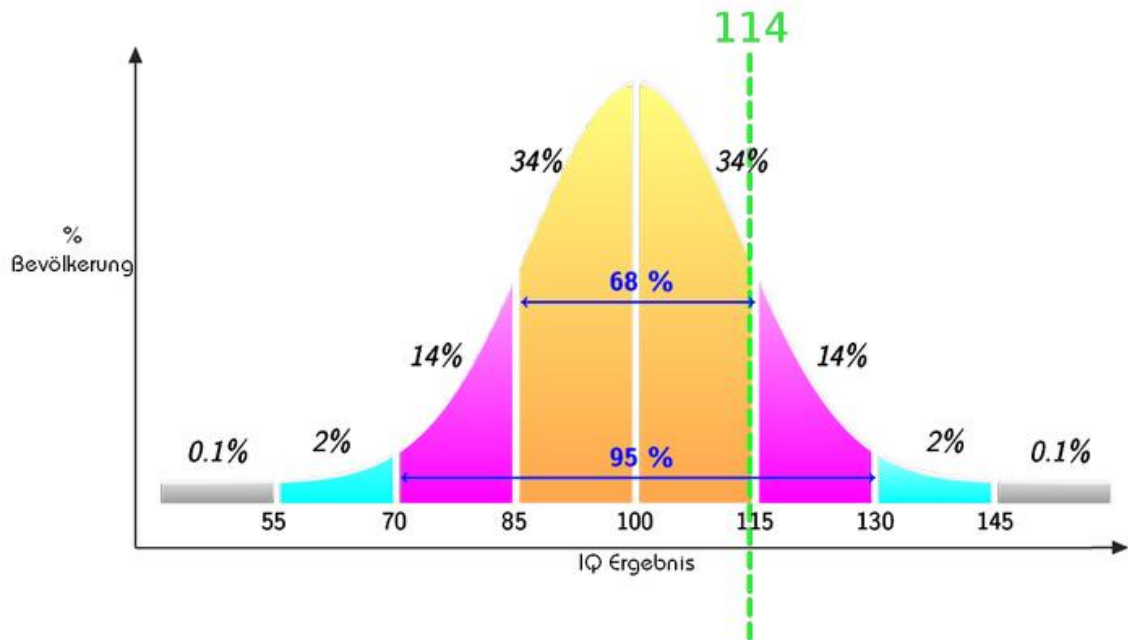
2) ปัญหาระหว่างคลอด ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด การติดเชื้อระหว่างการคลอด ภาวะคลอดยากซึ่งมีโอกาสนำให้สมองของทารกได้รับความกระทบกระเทือน หรือการบาดเจ็บจากการที่แพทย์ต้องใช้เครื่องดูดหรือคีมหนีบศีรษะทารก ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด เช่น สายรกพันคอ หรือภาวะการฉีกขาดของหลอดเลือดในทารกที่คลอดก่อนกำหนดล้วนทำให้สมองของทารกขาดออกซิเจน หรือการมีเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะของทารกซึ่งส่งผลให้สมองพิการได้เช่นกัน

3) ปัญหาระยะหลังคลอด ได้แก่ การติดเชื้อที่สมอง เช่น สมองอักเสบหรือเชื้อหุ้มสมองอักเสบ การที่ทารกเกิดอุบัติเหตุจนสมองได้รับความกระทบกระเทือน การบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรงและมีภาวะสมองพิการ การขาดออกซิเจนอาจเกิดจากการจมน้ำหรือชัก ความบกพร่องของไทรอยด์ฮอร์โมน การได้รับสารพิษที่มีผลต่อสมอง เช่น ตะกั่ว หรือการที่ทารกไม่ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ

4) ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมและความผิดปกติทางจิต ได้แก่ ความยากจนครอบครัวแตกแยก ความผิดปกติในปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูกับเด็ก ความผิดปกติทางจิตของผู้เลี้ยงดู การถูกทารุณหรือการไม่ได้รับความเอาใจใส่ดูแล เลี้ยงดูอย่างเหมาะสม

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอาจมีสาเหตุมาจากหลายประการ ได้แก่ ยีนทางพันธุกรรมที่ผิดปกติจากพ่อแม่ ผิดปกติเมื่อยีนมาผสมกัน หรือปัญหาทางยีนอื่น ๆ ปัญหาช่วงตั้งครรภ์ และคลอด ภาวะที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาสามารถมีผลมาจากการที่ทารกไม่ได้มีพัฒนาการอย่างถูกต้อง เช่น อาจจะมีปัญหาที่การแบ่งตัวของเซลล์ขณะที่เป็น ไข่อ่อนหรือตัวอ่อนเจริญเติบโต การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือการติดเชื้อหัดเยอรมันก็เป็นสาเหตุให้เป็นที่บกพร่องทางสติปัญญาได้เช่นกัน ระหว่างการทำคลอดและหลังคลอดความผิดปกติทางสมอง หรือสมองถูกทำลาย ซึ่งการผิดปกติทางสมองอาจเกิดจากการติดเชื้อ เด็กที่ติดเชื้ออันจะนำไปสู่ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา การได้รับผลกระทบจากสภาพแวดล้อม เช่น ได้รับรังสี สารพิษ ภาวะทุพโภชนาการ การคลอดก่อนกำหนด คลอดหลังจากกำหนด หรือได้รับอุบัติเหตุจากการคลอด สมองขาดออกซิเจนก็เป็นสาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้รับการวินิจฉัยจากการสังเกตในสองประเด็น ซึ่งได้แก่ ความสามารถทางสติปัญญา และพฤติกรรมในการปรับตัว ความสามารถทางสติปัญญา หมายถึงความสามารถในการเรียนรู้ การคิด การแก้ปัญหา และเข้าใจเรื่องของโลก ความสามารถทางสติปัญญาถูกวัดอย่างง่าย ๆ จากการทดสอบระดับสติปัญญา (IQ Test) คะแนนเฉลี่ยในการทดสอบเท่ากับ 100 ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า 70-75 ได้รับการพิจารณาว่าเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา คะแนนเฉลี่ยของการทดสอบของคนทั่วไปอยู่ที่ 100 ตามทฤษฎีมีประมาณ 2.27 เปอร์เซนต์ ของประชากรที่อยู่ในช่วงนี้ สมมติฐานของความฉลาดตามโค้งปกติแยกพื้นที่ออกเป็น 8 ส่วน ตามการกระจายปกติ (Hallahan, 2019) ดังภาพที่ 1.6



ภาพที่ 1.6 แสดงการกระจายของคะแนน IQ
ที่มา: Hallahan (2019)

กราฟรูประฆังคว่ำนี้ แสดงการกระจายของคะแนน IQ ว่า โดยทั่วไป ประชากรที่มี IQ อยู่ในระดับนั้น ๆ มีจำนวนร้อยละเท่าไรเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด ข้อมูลในแนวนอน (แกน X) เป็นคะแนนระดับสติปัญญา หากนับจากจุดตรงกลางที่ 100 ไปทางซ้าย หมายถึง คะแนนสูง ส่วนข้อมูลในแนวตั้ง (แกน Y) เป็นจำนวนประชากร โดยด้านล่าง หมายถึง จำนวนน้อยจนถึงด้านบน หมายถึง จำนวนมาก

3.4 การป้องกันความบกพร่องทางสติปัญญา

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา (2560) กล่าวถึง การป้องกันความบกพร่องทางสติปัญญา ว่าควรต้องหลีกเลี่ยงปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุ การตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง และการดูแลรักษาแต่เริ่มแรก จะช่วยลดความรุนแรงของปัญหา ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบต่าง ๆ ที่ตามมา แนวทางในการป้องกันปัญหาความบกพร่องทางสติปัญญา มีดังนี้

1. คู่สมรสควรมีการวางแผนครอบครัวล่วงหน้า
2. ดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ ตรวจสอบสุขภาพก่อนตั้งครรภ์
3. ในระหว่างตั้งครรภ์ ควรฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ดูแลสุขภาพและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า ไม่ชื้อยาทานเอง
4. กลุ่มที่มีความเสี่ยงควรรับการตรวจเพิ่มเติม เช่น มารดาที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป

5. หลังคลอด ควรติดตามประเมินพัฒนาการตามวัย ถ้ามีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ควรรับการตรวจประเมินเพิ่มเติม และส่งเสริมพัฒนาการแต่แรกเริ่มที่สงสัย

6. เอาใจใส่ดูแลเด็กอย่างเหมาะสม ให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ มีโอกาสได้เรียนรู้ที่เหมาะสมตามวัย

3.5 หลักการให้ความช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม/แรกพบ เทคนิควิธีการในการช่วยเหลือและเทคนิคการสอนนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

หลักการให้ความช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม/แรกพบ

การช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม เป็นการจัดการศึกษาพิเศษเบื้องต้นสำหรับเด็กปฐมวัยที่มีความต้องการพิเศษ โดยเริ่มขึ้นในสหรัฐอเมริกา ประมาณปี พ.ศ.2508 จากการก่อตั้งโครงการ Head Start Program ขึ้น เพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 3-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในแหล่งเสื่อมโทรม และมีพัฒนาการที่ บกพร่อง ให้มีสุขภาพ และมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ต่อมาได้ขยายการช่วยเหลือไปสู่เด็กกลุ่มอื่นที่มีปัญหาพัฒนาการได้แก่ เด็กกลุ่มด้อยโอกาส และเด็กกลุ่มที่มีความต้องการพิเศษ ในปีพ.ศ. 2511 เกิดการบริการในรูปแบบเครือข่ายการช่วยเหลือในระยะแรกเริ่มสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ และโปรแกรมการศึกษา เบื้องต้นสำหรับเด็กพิการ (Handicapped Children's Early Education Program=HCEEP) เป็นโปรแกรมที่ช่วยเด็กที่มีความต้องการพิเศษและครอบครัว ต่อมาในปี พ.ศ.2515 ได้ออกกฎหมายทางการ ศึกษาเพื่อบุคคลพิการ (All Handicapped Children Act) ซึ่งกำหนดให้เด็กพิการเข้าร่วมใน โครงการ Head Start Program และมีการพัฒนาปรับเปลี่ยนข้อกำหนดในกฎหมายทางการศึกษาพิเศษ เพื่อเอื้อ ประโยชน์ให้แก่เด็กที่มีความต้องการพิเศษมากขึ้น กฎหมายฉบับนี้ให้โอกาสพ่อแม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการ วางแผนเกี่ยวกับการช่วยเหลือเด็กมากขึ้น แต่ยังไม่ชัดเจนมาก บทบาทที่สำคัญในการช่วยเหลือยังคงเป็น นักวิชาชีพเป็นส่วนใหญ่ ต่อมาในปีพ.ศ.2529 ได้พัฒนากฎหมายทางการศึกษาเพื่อบุคคลพิการขึ้น(The Education of Handicapped Act) โดยให้สิทธิ์ครอบครัวในการตัดสินใจ เลือกแหล่งบริการที่เหมาะสม กับบุตรของตนเอง ซึ่งกฎหมายฉบับนี้ให้โอกาสพ่อแม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็กมากขึ้น โดยครอบครัวได้รับการยอมรับในบทบาทของการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเช่นเดียวกับบทบาทของ นักวิชาชีพ และต่อมาในปี พ.ศ. 2533 มีการพัฒนากฎหมายทางการศึกษาเพื่อบุคคล พิการที่เรียกว่า The Individuals with Disabilities Education Act=IDEA กฎหมายฉบับนี้ได้ขยาย การบริการการช่วยเหลือมาสู่เด็กที่มีความต้องการพิเศษในวัยทารกและวัยเตาะแตะ และการจัดการศึกษาพิเศษให้แก่ บุคคลพิเศษโดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและจัดการศึกษาตามความต้องการของครอบครัว และต่อมาได้มีการพัฒนา กฎหมายฉบับนี้อีกครั้งในปี พ.ศ. 2547 (Bailey & Wolery, 1992; Wehman, 1998)

ในประเทศไทยได้มีการเชื่อมโยงการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในหน่วยงานสาธารณสุข มาสู่รูปแบบการจัดการศึกษาที่เหมาะสมตามช่วงวัย และประเภทความพิการ โดยปัจจุบันการจัดการศึกษา สำหรับเด็กปฐมวัยที่มีความต้องการพิเศษได้มีการพัฒนาในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อความเหมาะสมและสอดคล้อง กับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545 ซึ่งได้กำหนดให้จัดการศึกษาสำหรับเด็กทุกคนอย่างมีความเสมอภาค โดยดำเนินการจัดการศึกษาในหน่วยงาน ของรัฐฯ และเอกชน ในลักษณะที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ รูปแบบการจัดการศึกษาสำหรับเด็ก และบุคคลพิการในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้ (กรองทอง จุฑิรัชนิกร, 2554)

1. ศูนย์การศึกษาพิเศษ เป็นสถานศึกษาที่จัดการศึกษาให้กับบุคคลพิการในรูปแบบของการ บริการด้านการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่บุคคลพิการ ให้เข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล โรงเรียนเรียนร่วม โรงเรียนเฉพาะความพิการ ศูนย์การเรียนรู้เฉพาะความพิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสังกัดสำนักงานบริหารการศึกษาพิเศษ มีหน้าที่วางแผนการจัดการศึกษาเพื่อบุคคลพิการ โดยจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program: IEP) หรือแผนบริการเฉพาะครอบครัว (Individualized Family Service Plan = IFSP) จัดระบบส่งต่อและกำกับดูแลการจัดการศึกษา เป็นศูนย์ข้อมูลด้านการศึกษาสำหรับบุคคลพิการ สนับสนุน สื่ออุปกรณ์การศึกษาที่เหมาะสม พัฒนาและฝึกอบรมบุคลากร และทำงานประสานความร่วมมือกันระหว่าง ครอบครัวและบุคลากรทางการศึกษา นอกจากนี้ยังจัดบริการการช่วยเหลือเด็ก และครอบครัวที่บ้าน โดยการเยี่ยมบ้าน และให้ครอบครัวเข้ามีส่วนร่วม

2. สถานศึกษาเฉพาะความพิการ เป็นสถานศึกษาที่จัดการศึกษาให้บุคคลพิการตามประเภทของ ความพิการ ในรูปแบบของโรงเรียนการศึกษาพิเศษเฉพาะทาง ซึ่งปัจจุบันมี 53 แห่งทั่วประเทศ สังกัดสำนักงานบริหารการศึกษาพิเศษ กระทรวงศึกษาธิการ

3. การจัดการศึกษาในรูปแบบการเรียนรวม เป็นสถานศึกษาที่จัดการศึกษาสำหรับบุคคล พิการ ในรูปแบบของการเรียนร่วมในโรงเรียนปกติ โดยเด็กปกติเรียนร่วมกับบุคคลที่มีความบกพร่องประเภทต่าง ๆ เป็นการศึกษาขั้นพื้นฐาน การจัดชั้นเรียนกำหนดให้สถานศึกษารับผู้เรียนที่มีความบกพร่องได้ไม่เกิน 2 ประเภท ซึ่งปัจจุบันมีโรงเรียนทั่วไปที่จัดการเรียนร่วมจำนวน 21,959 โรงเรียน

อาจกล่าวได้ว่าการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม เป็นการช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อให้เด็กที่มีความต้องการพิเศษ หรือเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าได้รับการฟื้นฟู และส่งเสริมพัฒนาการ และการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามศักยภาพ นำไปสู่การศึกษาที่เหมาะสมกับเด็กในระยะต่อไป โดยการจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ นั้นมีความชัดเจน และเป็นรูปธรรมมากขึ้น อีกทั้งยังมี

การกำหนดแนวทางการช่วยเหลือ และการจัดการศึกษาแก่เด็กและบุคคลพิการในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อความเหมาะสมกับเด็ก และบุคคลพิการทุกประเภท เพื่อให้เด็กและบุคคลพิการได้เข้าถึง การศึกษาด้วยความเสมอภาค สามารถพัฒนาตนในการใช้ชีวิตอย่างเหมาะสม และมีคุณภาพตาม ศักยภาพของตน

เทคนิควิธีการในการช่วยเหลือ

การจัดบริการของการช่วยเหลือในระยะแรกเริ่มขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นฐานของเด็ก และ ครอบครัวในชุมชนนั้น ๆ ซึ่ง Hanson & Lynch (1989) และ Neisworth & Bagnato (1991) ได้ เสนอไว้ 3 รูปแบบดังนี้

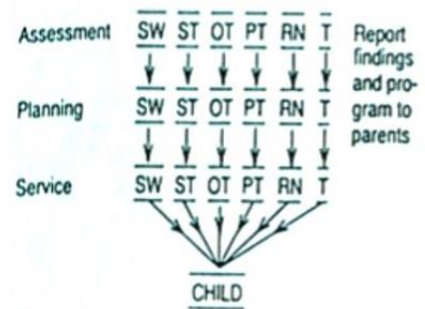
1. รูปแบบของการให้บริการจากศูนย์ (Center - Based Program) หมายถึง รูปแบบการ ช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่จัดบริการไว้ใน โรงพยาบาล โรงเรียน คลินิก หรือศูนย์ โดยมี ครู หรือ บุคลากรนักวิชาชีพในด้านต่าง ๆ ดำเนินการให้การตรวจประเมิน วิเคราะห์ปัญหา รวมถึงมี สื่ออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการช่วยเหลือ พื้นฟู ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามปัญหาที่เกิดขึ้น ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

2. รูปแบบการให้บริการที่บ้าน (Home - Based Program) หมายถึง รูปแบบการ ช่วยเหลือ ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่จัดบริการขึ้นที่บ้าน โดยมีครูการศึกษาพิเศษ หรือนักวิชาชีพให้ คำปรึกษา คำแนะนำ และความรู้ต่าง ๆ ที่บ้าน ทำให้การช่วยเหลือมีลักษณะที่เป็นธรรมชาติ ไม่ รบกวนกิจวัตรประจำวันของเด็ก และครอบครัว ให้การสนับสนุนสื่ออุปกรณ์ต่าง ๆ ในการ ส่งเสริมพัฒนาการ ตลอดทั้งให้ครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ ทำให้พ่อแม่ และผู้เลี้ยงดูมีความมั่นใจมากขึ้น

3. รูปแบบของการให้บริการแบบผสมผสาน (Mixed Program) หมายถึง รูปแบบการ ช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่เป็นการให้บริการทั้งที่ศูนย์ และที่บ้าน ซึ่งการบริการในลักษณะนี้ จะช่วยทำให้เด็กได้รับบริการช่วยเหลืออย่างเต็มที่ การบริการในรูปแบบนี้จะเป็นการทำงาน ร่วมกันระหว่างนักวิชาชีพ และครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

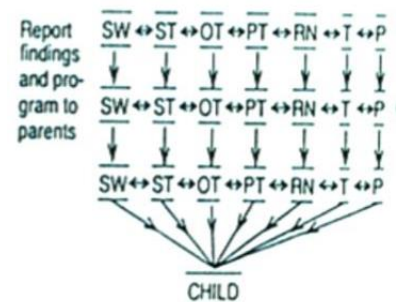
ลักษณะรูปแบบของการทำงานร่วมกันด้านการบริการการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (Hanson & Lynch, 1989) มี 3 ลักษณะคือ

1. Multidisciplinary Model เป็นรูปแบบการทำงานที่นักวิชาชีพในแต่ละสาขาซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน และให้การช่วยเหลือ และการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดย นักวิชาชีพแต่ละสาขาจะให้การประเมิน และการดำเนินการช่วยเหลือ โดยครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กับนักวิชาชีพด้านต่าง ๆ ตลอดจนทราบรายละเอียดของข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางการช่วยเหลือรูปแบบของการทำงานลักษณะนี้นักวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการตามแนวทางของตนในสาขานั้น ๆ มากกว่าการทำงานร่วมกัน การทำงานในรูปแบบนี้ครอบครัวไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานกับนักวิชาชีพ ยังคงเป็นการดำเนินการปฏิบัติตามคำแนะนำของนักวิชาชีพ



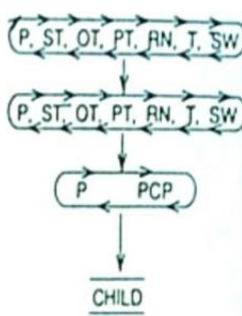
ภาพที่ 1.7 แสดงรูปแบบ Multidisciplinary ที่มา : Hanson, M.J. & Lynch, E.W (1989)

2. Interdisciplinary Model เป็นลักษณะรูปแบบของการทำงานร่วมกันที่นักวิชาชีพแต่ละสาขาวิชาชีพจะทำการประเมินตามแนวทางของวิชาชีพในแต่ละสาขาอย่างอิสระ แต่นักวิชาชีพแต่ละสาขา จะมีการแบ่งปัน ข้อมูล และมีการ ประชุมร่วมกัน เพื่อสรุป การประเมินผลและแผนการช่วยเหลือร่วมกัน โดยที่ ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาวิชาชีพสามารถเสนอความคิดเห็น มีการแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกัน เพื่อนำไปสู่ แผนการช่วยเหลือร่วมกัน เป็นการมองแบบองค์รวม ซึ่งลักษณะของการทำงานแบบนี้เห็นรูปแบบของการทำงานร่วมกันมากขึ้นกว่าแบบ Multidisciplinary model ลักษณะของการทำงานแบบนี้ครอบครัวยังไม่ได้ เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานกับนักวิชาชีพเช่นกัน



ภาพที่ 1.8 แสดงรูปแบบ Interdisciplinary ที่มา : Hanson, M.J. & Lynch, E.W (1989)

3. Transdisciplinary Model เป็นรูปแบบของการทำงานของร่วมกันระหว่างนักวิชาชีพและครอบครัว ซึ่งมีความชัดเจนในการทำงานร่วมกันมากกว่า Multidisciplinary model และ Interdisciplinary model โดยสมาชิกในกลุ่มทำงานซึ่งประกอบด้วยนักวิชาชีพในสาขาต่าง ๆ และครอบครัวจะตกลงในการทำงานร่วมกัน เพื่อข้ามหลักการของแต่ละบุคคล โดยนักวิชาชีพลดบทบาทในการเป็นผู้ให้บริการ แต่จะเป็นการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งสมาชิกทุกคนมีการประเมินเบื้องต้นและปรึกษาร่วมกัน ในการช่วยเหลือ มีการวางแผนโดยรวมเป้าหมาย



ภาพที่ 1.9 แสดงรูปแบบ Transdisciplinary ที่มา : Hanson, M.J. & Lynch, E.W (1989)

จากลักษณะรูปแบบการทำงานร่วมกันในการบริการการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในแต่ละรูปแบบ ส่งผลต่อการช่วยเหลือเด็กและครอบครัวเช่นกัน ขึ้นกับว่าหน่วยงานสามารถดำเนินการในลักษณะรูปแบบของการทำงานร่วมกันในแบบใด หากต้องการให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่เด็กและครอบครัว โดยให้ครอบครัวมีบทบาทร่วมกับนักวิชาชีพให้มากขึ้นก็ต้องมีลักษณะรูปแบบของการทำงานร่วมกันในลักษณะของ Transdisciplinary Model ซึ่งในปัจจุบันให้ความสำคัญกับบทบาทของครอบครัวในการทำงานร่วมกันกับนักวิชาชีพ

กระบวนการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (Carey et al, 2009) การช่วยเหลือในระยะแรกเริ่มสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ขั้นตอนการค้นพบเด็ก เป็นขั้นตอนที่พบเด็กที่มีความต้องการพิเศษโดยอาจส่งต่อจากบุคคลใดก็ได้เพื่อเข้ารับการช่วยเหลือ เช่น อาจมาจากพ่อแม่ นำบุตรของตนซึ่งมีปัญหาพัฒนาการล่าช้ามารับบริการการช่วยเหลือ หรืออาจส่งต่อจากแพทย์ หรือนักวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อขอรับบริการเฉพาะด้าน แต่ต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเด็กและครอบครัว

2. ขั้นตอนการประเมินเด็ก เป็นการประเมินความสามารถของเด็กซึ่งพ่อแม่ ผู้ปกครอง จะให้รายละเอียดเกี่ยวกับพัฒนาการและความสามารถของเด็กได้ ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ จึงควรให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง มีส่วนร่วมในการประเมิน การตรวจสอบ ร่วมกับครู และนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการประเมินควรมีความเป็นอิสระต่อกัน เพื่อค้นหา ศักยภาพความสามารถที่เป็นจุดเด่น จุดด้อยของเด็ก รวมทั้งทักษะที่เกี่ยวข้องในการดำรงชีวิตอย่างละเอียด โดยการประเมินอาจเลือกใช้แบบประเมินพัฒนาการตามความเหมาะสม

3. ขั้นตอนการจัดทำแผนการช่วยเหลือเฉพาะครอบครัว (Individualized Family Service Plan = IFSP) เป็นแผนการช่วยเหลือเด็กเป็นรายบุคคล ตามระดับความสามารถของเด็ก ซึ่งเป็นขั้นตอน ในการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัว ครู และนักวิชาชีพเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือหรือฟื้นฟู โดยต้องระบุบริการพิเศษที่เด็กควรได้รับการบริการตามความเหมาะสม และเห็นชอบจากครอบครัว ซึ่งแผนบริการเฉพาะครอบครัวเป็นเอกสารการทำงานที่สะท้อนการปฏิบัติงานในการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม โดยมีรายละเอียดของข้อมูลของครอบครัว ซึ่งอธิบายถึง จุดแข็ง จุดอ่อนของครอบครัว ความต้องการของครอบครัวเด็กที่มีความต้องการพิเศษในการช่วยเหลือและฟื้นฟู ข้อมูลของเด็กในแง่มุมต่าง ๆ การบริการที่เด็กควรได้รับการช่วยเหลือ (ซึ่งได้แก่ข้อมูลและแหล่งบริการ) เป้าหมายในการช่วยเหลือเด็ก บุคคลที่มีบทบาทในการช่วยเหลือ ตลอดจนบุคคลที่รับผิดชอบต่อการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ข้อมูลเกี่ยวกับวัน-เวลาการรับบริการ และการติดตามประเมินผลความสำเร็จของเป้าหมายที่ครอบครัวต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dunst & Trivette (1994) ที่กล่าวว่า แผนบริการเฉพาะครอบครัวเป็นแนวทางในการพัฒนา

และนำไปสู่การช่วยเหลือเด็กที่มีความต้องการพิเศษ รวมทั้งครอบครัวของเด็กเหล่านี้ด้วย ตลอดทั้งแผนบริการเฉพาะครอบครัวยังมีรายละเอียดจุดแข็งของเด็กและครอบครัว ความต้องการและเป้าหมายของครอบครัวอธิบายการช่วยเหลือและการบริการที่ต้องการเพื่อให้เกิดความสำเร็จได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

4. ขั้นตอนการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม (Appropriate Intervention Activities) การจัดกิจกรรมที่เหมาะสมให้กับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ได้เรียนรู้ และพัฒนาความสามารถของเด็ก ซึ่งการจัดกิจกรรมต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของพัฒนาการเด็กแต่ละประเภท และเหมาะสมกับวัยในการเรียนรู้โดยการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย ครอบคลุมในพัฒนาการทุกด้าน ซึ่งอาจจัดอยู่ในรูปแบบของการเล่น หรือรูปแบบกิจกรรมต่าง ๆ เช่น กิจกรรมศิลปะ กิจกรรมเข้าจังหวะและดนตรี กิจกรรมออกกำลังกาย เป็นต้น

5. ขั้นตอนการประเมินความก้าวหน้า (Re-assessment) ในการจัดบริการการช่วยเหลือเด็กที่มีความพิเศษนั้น จะมีการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ที่เด็กได้รับ และมีการประชุมเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินติดตามความก้าวหน้าของเด็กแต่ละคน และปรับปรุง วางแผนการช่วยเหลือในระยะต่อไป ตลอดทั้งการจัดทำระบบการส่งต่อในระยะต่อไป

กล่าวโดยสรุป กระบวนการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินงาน ตั้งแต่การค้นหาปัญหา การประเมิน การวางแผนการช่วยเหลือ การจัดกิจกรรม และการติดตามผล โดยแต่ละขั้นตอนให้ความสำคัญกับครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกับนักวิชาชีพ เพื่อให้การดำเนินงานการช่วยเหลือเด็กที่มีความต้องการพิเศษมีประสิทธิภาพ และเกิดความสำเร็จตรงตามเป้าหมายที่ต้องการ

เทคนิคการสอนนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช และพัญ โรจน์มัทมมงคล (2554) กล่าวว่า การช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด ให้ช่วยตัวเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมมากเกินไปและสามารถประกอบอาชีพได้ จึงต้องมีการฟื้นฟูสมรรถภาพในบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ดังนี้

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (Medical Rehabilitation) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในช่วงแรกเกิด - 6 ปีได้แก่ การส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพนอกจากการส่งเสริมสุขภาพเช่นเด็กปกติ การบำบัดรักษาความผิดปกติที่อาจพบร่วมด้วย

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation) ในช่วงอายุ 7 - 15 ปี มีการจัดการการศึกษาโดยมีแผนการศึกษาสำหรับแต่ละบุคคล (Individualized Educational Program : IEP) ในโรงเรียนซึ่งอาจเป็นการเรียนในชั้นเรียนปกติ เรียนร่วม หรือมีการจัดการศึกษาพิเศษ

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation) เมื่ออายุ 15-18 ปี เป็นการฝึกวิชาชีพและลักษณะนิสัยที่ดีในการทำงาน เป็นสิ่งจำเป็นต่อการประกอบอาชีพในวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ ฝึกการตรงต่อเวลา รู้จักรับคำสั่งและนำมาปฏิบัติเอง โดยไม่ต้องมีผู้เตือน การปฏิบัติตนต่อผู้ร่วมงานและมารยาทในสังคม เมื่อเข้าวัยผู้ใหญ่ควรช่วยเหลือให้ได้มีอาชีพที่เหมาะสม ทั้งนี้ เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาสามารถดำรงชีวิตอิสระ (Independent Living) ในสังคมได้อย่างคนปกติ (Normalization) โดยอาชีพที่สามารถทำได้ดีได้แก่ อาชีพงานบ้าน งานบริการ งานในโรงงาน งานในสำนักงาน เช่น การรับส่งหนังสือ ถ่ายเอกสาร เป็นต้น

เทคนิคการสอนนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามีหลักการสำคัญเป็นแนวทาง ดังนี้ (สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ, 2551; เบลูจา ชลธารันนัท และคณะ, 2554; อุไรวรรณ กิมเฮง, 2551)

1. ใช้วิธีสอนหลากหลายตามรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียน ได้แก่ วิธีวิเคราะห์งาน (Task Analysis) การสอนตรง (Direct Instructional Approach) วิธีสอนแบบสาธิต ฝึกให้เด็กคิดอย่างมีเหตุผล การแสดงออกของเด็กในการเข้าร่วมสังคม จัดชั้นเรียนและสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียนให้มีระเบียบ มีกฎ กติกา มีข้อตกลงกับเด็กอย่างเหมาะสมกับพฤติกรรม พัฒนาการนับถือตนเอง (Self - Esteem) ใช้คำสั่งที่ชัดเจน เป็นขั้นตอน เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการสั่งทีละหลาย ๆ อย่างพร้อมกัน กำหนดงานหรือกิจกรรมให้ทำทีละน้อย คอยตรวจสอบช่วยเหลือดูความก้าวหน้า ฝึกฝนทักษะการเล่น การรับรู้ทางอารมณ์และสีหน้าท่าทาง ฝึกพัฒนาการด้านภาษาและการพูด ฝึกการออกเสียงพูด เป็นคำ เป็นประโยค ฝึกเรียกชื่อ ตอบคำถาม เล่าเรื่อง ถามเรื่องง่าย ๆ ในชีวิตประจำวัน สร้างบรรยากาศให้รู้สึกว่าการพูดเป็นเรื่องง่าย ให้พูดในเรื่องที่สนใจ กระตุ้นการพูดในหลายสถานการณ์ หรือจัดการเรียนนอกสถานที่ เป็นต้น ฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับความจำระยะสั้นบ่อย ๆ ใช้รูปแบบการสอนที่เหมาะสมตามลักษณะความจำเป็นของเด็กแต่ละคน จัดให้เด็กมีโอกาสเลือกกิจกรรม เพื่อการทบทวนความรู้ ความเข้าใจ และฝึกการตัดสินใจ ใช้วิธีเพื่อนช่วยสอน ให้นักเรียนตรวจสอบตนเอง สอนโดยแสดงภาพประกอบ ระหว่างการสอน ควรมีการประเมินผู้เรียนเป็นระยะเพื่อตรวจสอบความรู้ความเข้าใจ ฝึกฝนสม่ำเสมอ โดยอาจยืดหยุ่นตามความเหมาะสม

2. ใช้การเสริมแรงทางบวกในการฝึกพฤติกรรม ได้แก่ การเสริมแรงหรือการลงโทษ สร้างแรงจูงใจ ใช้ตัวเสริมแรงร่วมกับการชมเชย หาโอกาสมอบหมายให้เด็กทำงานร่วมกัน ส่งเสริมความรู้สึกภูมิใจ มั่นใจในตนเองให้กับเด็ก หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่นำไปสู่ความคับข้องใจ

3. การจัดชั้นเรียนและการจัดกลุ่ม 3 ลักษณะดังนี้ 1) จัดกลุ่มตามระดับการเรียนรู้การสอน (Instructional Level) พิจารณาจากความสามารถ อัตราการเรียนรู้และลักษณะการเรียนรู้ที่คล้ายกัน 2) จัดกลุ่มตามทักษะเฉพาะ (Skill - Specific Grouping) เป็นการสอนตามความต้องการ เป็นรายบุคคล ตามจุดประสงค์ระยะสั้น ขนาดของกลุ่มเปลี่ยนแปลงตามความจำเป็นของจำนวนนักเรียนที่ต้องการสอนทักษะ เมื่อเด็กสามารถผ่านทักษะจากกลุ่มหนึ่งก็เปลี่ยนไปเรียนกลุ่มอื่นต่อไป และ 3) จัดกลุ่มแตกต่าง (Heterogeneous Grouping)) เป็นการรวมเด็กที่มีระดับของทักษะและความสามารถที่แตกต่างกันจัดให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน

4. มีความร่วมมือระหว่างบ้านและโรงเรียน การประสานความร่วมมือระหว่างครู ผู้ปกครอง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับนักเรียน มีความสำคัญต่อการวางแผนการเรียนการสอน แลกเปลี่ยนข้อมูลช่วยเหลือส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

จากแนวคิดข้างต้น สรุปได้ว่า การสอนเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ต้องพัฒนาให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุดและสามารถประกอบอาชีพได้ โดยใช้วิธีสอนที่หลากหลายตามรูปแบบการเรียนรู้และความต้องการพิเศษของผู้เรียน การสอนจะต้องเน้นให้เป็นรูปธรรมมากที่สุด สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เริ่มจากง่ายไปหายากแบ่งเป็นขั้นตอนย่อย ๆ สร้างแรงจูงใจให้การเสริมแรงกับนักเรียนอย่างสม่ำเสมอ สอนและทบทวนความรู้เดิมซ้ำ ๆ และประเมินผลความก้าวหน้าของนักเรียนตลอดเวลา

3.6 ผลกระทบที่เกิดขึ้นของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

สภาพแวดล้อมในโลกปัจจุบันมีผลกระทบต่อมนุษย์หลายด้านมาก ได้แก่ สุขภาพอนามัยของประชากร สภาพเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งเป็นผลให้ทารกแรกเกิดมีอัตราความพิการสูงขึ้น ถึงแม้ว่าวิทยาการทางการแพทย์จะเจริญก้าวหน้ามากขึ้นก็ตาม แต่ภาวะความบกพร่องทางสติปัญญายังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ ทั้งยังมีบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาปรากฏอยู่ในสังคมทุกระดับ จึงมีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ (ทิพวัลย์ ศรีจันทร์, 2551: 1) ดังนี้

ผลกระทบต่อบุคคล เนื่องจากพัฒนาการทางกาย จิตใจ และสติปัญญาของผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีความล่าช้าทำให้ต้องอยู่ในความดูแลของบุคคลอื่น การดำเนินชีวิตส่วนใหญ่จึงต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่น ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ดูแล พ่อแม่หรือผู้ปกครอง ส่งผลให้บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามักถูกมองว่าเป็นปัญหา เป็นภาระของครอบครัวและสังคม

ผลกระทบต่อครอบครัว การมีสมาชิกในครอบครัวที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เป็นภาระหนักที่ทำให้เกิดความเครียด มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตทำให้พ่อแม่บางรายมองตนเองในด้านลบ รู้สึกผิด ซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ที่อยู่ในครอบครัวด้วย เช่น พี่น้องของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่อาจได้รับการดูแลน้อยลง เนื่องจากพ่อแม่ต้องเสียสละเวลา กำลังกาย เพื่อให้การดูแลแก่บุตรที่มีความบกพร่องมากกว่า

ผลกระทบต่อสังคม บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีความสามารถจำกัดด้านการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและสังคม ทำให้บุคคลในครอบครัวต้องรับผิดชอบอย่างมากทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้บางครอบครัวรับภาระนี้ไม่ได้ จึงทอดทิ้งบุตร ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาให้เป็นภาระของโรงพยาบาล สถานสงเคราะห์ หรือบางรายปล่อยทิ้งให้กลายเป็นบุคคลเร่ร่อน ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสังคมอื่น ๆ ตามมา

ผลกระทบต่อประเทศชาติ การดูแล พี่นุกกลุ่มบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา นั้น รัฐบาลต้องใช้ค่าใช้จ่ายที่สูงมาก และมีแนวโน้มที่มากขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากนี้ภาวะอีกอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้น คือ ภาวะการว่างงาน เนื่องจากทัศนคติของบุคคลทั่วไปยังมองบุคคลกลุ่มนี้ว่าไม่สามารถทำงานได้จึงไม่จ้าง ดังนั้น จะเห็นว่าปัญหาความบกพร่องทางสติปัญญาไม่ควรเป็นเพียงเรื่องภายในครอบครัวเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของทุกคนในสังคมที่ควรจะทำความเข้าใจ ช่วยเหลือและส่งเสริมทักษะต่าง ๆ ให้บุคคลเหล่านี้ ตามความสามารถและศักยภาพแต่ละบุคคล เพื่อคืนสิทธิและศักดิ์ศรีของการเป็นบุคคลหนึ่งในสังคม

บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาปรากฏอยู่ในสังคมทุกระดับ จึงมีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติมีผลกระทบในหลายด้าน คือมีผลกระทบต่อบุคคล เนื่องจากพัฒนาการทางกาย จิตใจ และสติปัญญาของผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่มีความล่าช้า ทำให้ต้องอยู่ในความดูแลของบุคคลอื่น การดำเนินชีวิตส่วนใหญ่จึงต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่น ได้แก่ แพทย์พยาบาล ผู้ดูแล พ่อแม่หรือผู้ปกครอง ส่งผลให้บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามักถูกมองว่าเป็นปัญหา เป็นภาระของครอบครัว และสังคม มีผลกระทบต่อครอบครัว เนื่องจากการมีสมาชิกในครอบครัวที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เป็นภาระหนักที่ทำให้เกิดความเครียด มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตทำให้พ่อแม่บางรายมองตนเองในด้านลบ รู้สึกผิด ซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย เช่น พี่น้องของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ที่อาจได้รับการดูแลน้อยลง เนื่องจากพ่อแม่ต้องเสียสละเวลา กำลังกาย ให้การดูแลแก่บุตรที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มากกว่า มีผลกระทบต่อสังคม เนื่องจากบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีความสามารถจำกัดด้านการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและสังคม ทำให้บุคคลในครอบครัวต้องรับผิดชอบอย่างมากทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้บางครอบครัวรับภาระนี้ไม่ได้

จึงทอดทิ้งบุตรที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาให้เป็นภาระของโรงพยาบาล สถานสงเคราะห์ หรือบางรายปล่อยทิ้งไว้ให้กลายเป็นบุคคลเร่ร่อนซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสังคมอื่น ๆ ตามมา มีผลกระทบต่อประเทศไทยเนื่องจากการดูแล ฟื้นฟูกลุ่มบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญานั้น รัฐบาลต้องใช้จ่ายค่าใช้จ่ายที่สูงมาก และมีแนวโน้มที่มากขึ้นเรื่อย ๆ และปัญหาอีกอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นคือ ภาวะการว่างงาน เนื่องจากทัศนคติของบุคคลทั่วไปยังมองบุคคลกลุ่มนี้ว่าไม่สามารถทำงานได้เหมือนบุคคลทั่วไป

4 บทสรุป

ประเภทของคนพิการ จำแนกได้ตามประเภทความพิการและเกณฑ์ในการจำแนกตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษา แบ่งตามประเภทลักษณะความพิการ ได้ 9 ประเภทคือ บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น บุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว หรือสุขภาพ บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ บุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา บุคคลที่มีความบกพร่องทางพฤติกรรม หรืออารมณ์ บุคคลออทิสติก และบุคคลพิการซ้อน

แนวโน้มคนพิการในประเทศไทยโดยมองข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (2563-2565) มีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปี โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป รองลงมาคือ วัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมากที่สุด ส่วนผู้พิการที่อยู่ในวัยแรกเกิด จนถึงอายุ 21 ปี มีสัดส่วนของการพิการทางสติปัญญามากที่สุด ในแง่ของการศึกษา พบว่ากว่า 2 ล้านคน เป็นผู้พิการที่ได้รับการศึกษา แต่ในจำนวนก็มีสัดส่วนกว่า 60% ของจำนวนคนพิการทั้งหมด ที่จบการศึกษาในชั้นประถมศึกษาเท่านั้น และยังพบว่าผู้พิการที่อยู่ในวัยทำงานไม่ถึงครึ่งของผู้พิการที่ได้ประกอบอาชีพ

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเป็นภาวะที่บุคคลมีความจำกัดทางสติปัญญาส่งผลต่อความสามารถทางการรู้คิด ทักษะทางสังคมและการดำรงชีวิต ตั้งแต่ 2 ด้าน ขึ้นไป โดยความบกพร่องนี้เกิดขึ้นก่อนอายุ 18 ปี สามารถจำแนกเป็น 3 ประเภท ดังนี้ 1) นักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับเล็กน้อย (Mild Mental Retardation) 2) นักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาขั้นปานกลาง (Moderate Mental Retardation) และ 3) นักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงและรุนแรงมาก (Severe and Profound Mental Retardation) บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาปรากฏอยู่ในสังคมทุกระดับ จึงมีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ