

การศึกษาสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง
ในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย

ปริญญาณิพนธ์
ของ
ยุวดี วิริยางกูร

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ
พฤษภาคม 2553

การศึกษาสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง
ในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย

ปริญญาานิพนธ์
ของ
ยุวดี วิริยางกูร

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ
พฤษภาคม 2553
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การศึกษาสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง
ในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย

บทคัดย่อ
ของ
ยุวดี วิริยางกูร

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ
พฤษภาคม 2553

ยวดี วิริยางกูร. (2553). การศึกษาสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (การศึกษาพิเศษ).

กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

คณะกรรมการควบคุม: ดร. กุลยา ก่อสุวรรณ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โภธิสาร.

การศึกษานี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทยใน 4 ด้านหลักคือ ด้านสถานภาพส่วนบุคคลของผู้ดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรง ด้านสถานภาพส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรง ด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรง และด้านการเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรง จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัวได้แก่ ชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบท กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลหลักของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงจำนวน 102 ครอบครัว ที่ใช้วิธีการสุ่มแบบสองขั้นตอนจากครอบครัวที่พาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงเข้ารับบริการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขตการศึกษา ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด และโรงเรียนศึกษาพิเศษในเขตภาคกลางจำนวน 8 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามสภาพชีวิตครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าไคสแควร์ (Chi-square) การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) และการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่แบบเชฟเฟ (Scheffe' method)

ผลการศึกษา สรุปได้ดังนี้

1. สถานภาพของผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นพ่อแม่ เพศหญิง อายุ 50-59 ปี ยังสมรสอยู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง และครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน
2. สถานภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรง วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 17 ปี มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพียงอย่างเดียว ผู้ดูแลสังเกตเห็นภาวะบกพร่องตั้งแต่แรกเกิดหรือในขวบปีแรก เมื่อเจ็บป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่พาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นอันดับแรก วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงส่วนใหญ่ไปสถานพยาบาลเพื่อพบแพทย์เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเท่านั้น วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงส่วนใหญ่ไม่เคยพบทันตแพทย์เลย และเคยได้รับการด้านการศึกษาจากสถานศึกษา 2 แห่ง
3. วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงในทั้งสามชุมชนมีทักษะในการดำรงชีวิตระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะการช่วยเหลือตนเองของวัยรุ่นที่อาศัยในชุมชนทั้งสามประเภทอยู่ในระดับมาก ทักษะการสื่อสารของวัยรุ่นทั้งสามชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ทักษะการใช้ชีวิตในบ้านของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงในชุมชนเมืองและชุมชน

ชานเมืองอยู่ในระดับปานกลางในขณะที่ชุมชนชนบทอยู่ในระดับน้อย ส่วนทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนนั้น
วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทอยู่ในระดับปานกลาง
แต่ในชุมชนชานเมืองอยู่ในระดับน้อย วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนเมือง
และชุมชนชานเมืองมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในระดับน้อย แต่วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา
ระดับรุนแรงในชุมชนชนบทมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในระดับปานกลาง

4. สมาชิกในครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมีส่วนร่วมใน
การช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในระดับปานกลางทั้งสามชุมชน ทั้งนี้
สมาชิกในครอบครัวทั้งสามชุมชนมีบทบาทในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับ
รุนแรงโดยรวมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาบทบาทแต่ละด้าน พบว่า สมาชิกในครอบครัว ทั้งสาม
ชุมชนมีบทบาทในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในด้านการเรียนรู้และ
ด้านการฟื้นฟูความสามารถทางกายในระดับปานกลาง แต่ในด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วยนั้น สมาชิก
ครอบครัวในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมีบทบาทในระดับมาก และสมาชิกครอบครัวในชุมชนชานเมือง
มีบทบาทในระดับปานกลาง นอกจากนี้ งานวิจัยนี้ยังพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวที่อาศัยอยู่ใน
ชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาสัมพันธภาพแต่ละด้าน
พบว่า ด้านการรับรู้ แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจในเหตุการณ์ต่างๆ ร่วมกัน และด้านความรู้สึกที่มี
ต่อกันและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวในทั้งสามชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง แต่สมาชิก
ครอบครัวในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองใช้เวลาว่างร่วมกันในระดับมาก ในขณะที่สมาชิกครอบครัว
ในชุมชนชนบทใช้เวลาว่างร่วมกันในระดับปานกลาง

5. วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในทั้งสามชุมชนสามารถเข้าถึงบริการ
โดยรวมได้ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง
ในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขในระดับมาก แต่วัยรุ่นในชุมชน
ชานเมืองสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขในระดับปานกลาง วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา
ระดับรุนแรงทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทสามารถเข้าถึงบริการด้านการศึกษาได้
ในระดับปานกลาง ส่วนบริการด้านสังคมสงเคราะห์นั้น วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับ
รุนแรงในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองเข้าถึงได้ในระดับน้อย แต่วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทาง
สติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนชนบทสามารถเข้าถึงได้ในระดับปานกลาง

6. ที่ตั้งของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับเพศ ระดับการศึกษา และอาชีพของผู้ดูแล รายได้ต่อ
เดือนของครอบครัว ประวัติด้านการศึกษาของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง และ
การเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับ
ทักษะในการดำรงชีวิตของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง พฤติกรรมที่เป็นปัญหา
ของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือ
วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง และการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขและด้าน
การศึกษาสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง

A STUDY ON FAMILY LIFE OF ADOLESCENTS WITH
SEVERE INTELLECTUAL DISABILITY IN THE CENTRAL REGION OF THAILAND

AN ABSTRACT
BY
YUWADEE VIRIYANGKURA

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Education Degree in Special Education
at Srinakharinwirot University

May 2010

Yuwadee Viriyangkura. (2010). *A Study on Family Life of Adolescents with Severe Intellectual Disability in the Central Region of Thailand*. Master thesis, M.Ed. (Special Education). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University.
Advisory Committee: Dr. Kullaya Kosuwan, and Assist. Prof. Dr. Paitoon Pothisaan.

The purpose of this research was to survey family life of adolescents with severe intellectual disability on 4 aspects: characteristics and status of their caretakers, characteristics and status of adolescents with severe intellectual disability, involvement within family in caretaking and supporting adolescents with severe intellectual disability, and service accessibility of adolescents with severe intellectual disability. Data were analyzed according to the location of the family's residence: urban, suburban, and rural areas. One hundred and two families of adolescents with severe intellectual disability participated in this survey. They were recruited via regional and provincial special education centers, and special education schools using the two-stage sampling. The Family Life Questionnaire was designed to collect wide ranging information. Data were analyzed using percent, descriptive statistics, Chi-square, one-way ANOVA, and Scheffe' method.

The results revealed that:

1. Majority of the caretakers were female, 50-59 years of age, and married. Most of caretakers received primary education and worked as labor workers. Their family's monthly income was below 5,000 baht.

2. Majority of adolescents with severe intellectual disability were male, 17 years of age, and they have merely intellectual disability. The disability was noticed at birth or in the first year of life. When they were sick, the adolescents were taken to the hospital rather than other types of medical service providers. Most of them were taken to the hospital to only receive medical services. Most of the adolescents never received a dental check. Moreover, most of those adolescents received educational services from two educational organizations.

3. Daily living skills of adolescents with severe intellectual disability living in three locations were at a moderate level. Considering each aspect of the daily living skills, self-help skill of those adolescents in three locations was at a high level; their communication skill was at a moderate level; home-living skill of those adolescents in urban and suburban areas was moderate while the skill of the individuals in the rural area was low; community-living skill of the adolescents in urban and rural areas was moderate while the skill of those in suburban was at a low level. Emotional and behavioral problems of the adolescents with severe intellectual

disability living in urban and suburban areas were at a low level while the problem of those adolescents in the rural area was at a moderate level.

4. Involvement of family members in caretaking and supporting adolescents with severe intellectual disability living in three locations, as a whole, was at a moderate level. The family members in three locations took roles in caretaking and supporting the adolescents with severe intellectual disability at a moderate level. Considering each role, family members moderately took responsibility in educating and physical rehabilitating the adolescents, but when the adolescents were sick, family members in the urban and rural areas participated in caring them at a high level while the suburban counterparts took responsibility at a moderate level. Relationships among family members were rated by caretakers in three locations at a moderate level, though each aspect was rated differently. Information-sharing and decision-making within families of caretakers in three locations was at a moderate level, as well as positive feelings toward each other. While the families in urban and suburban areas spent leisure time together at a high level, the families in rural area moderately spent leisure time together.

5. Service accessibility of the adolescents with severe intellectual disability was rated moderate. Considering each service, the adolescents in urban and rural areas were able to access the medical services at a high level, but was at a moderate level from their suburban counterparts. The adolescents with severe intellectual disability in all locations of residence accessed to the educational services at a moderate level. Adolescents in urban and suburban areas accessed to social welfare services at a low level while those in the rural area moderately accessed to social welfare services.

6. Gender, level of education, and occupation of the caretakers; family's monthly income; educational history of the adolescents; and accessibility to social welfare services among families living in three locations were statistically significantly different at .05 level. However, the statistically significant differences of daily living skills, and emotional and behavioral problems of the adolescents; involvement of family members in caretaking and supporting the adolescents; and accessibility to medical and educational services were not found.

ปริญญาานิพนธ์
เรื่อง
การศึกษาสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง
ในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย
ของ
ยุวดี วิริยางกูร

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมชาย สันติวัฒนกุล)
วันที่ 28 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2553

คณะกรรมการควบคุมปริญญาานิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

..... ประธาน
(อาจารย์ ดร. กุลยา ก่อสุวรรณ)

..... ประธาน
(อาจารย์ ดร. มลิวัลย์ ธรรมแสง)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. กุลยา ก่อสุวรรณ)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. สุชาวัลย์ หาญขจรสุข)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญาโทฉบับนี้สมบูรณได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากอาจารย์ ดร. กุลยา ก่อสุวรรณ ประธานกรรมการที่ปรึกษาปริญญาโท ผู้ให้ความรู้และเปิดโลกทัศน์เกี่ยวกับงานการศึกษาพิเศษ และกระตุ้นให้นำแนวคิดที่ได้รับมาใช้กับผู้ที่มีความบกพร่องในประเทศไทยอย่างเป็นรูปธรรมเสมอมา อีกทั้งยังช่วยสั่งสอนและแนะนำให้นางวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์ลงด้วยดี จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร กรรมการที่ปรึกษาปริญญาโท ที่ให้ข้อแนะนำและตรวจแก้ไขงานนี้ พร้อมทั้งเป็นต้นแบบของครูที่ดีสำหรับผู้วิจัยมาตลอด อาจารย์ ดร. มลวัลย์ ธรรมแสง และ ดร. สุชาวัลย์ หาญจรสุขที่ร่วมแนะนำให้นางวิจัยนี้มีคุณภาพยิ่งขึ้น ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาพิเศษและสังคมสงเคราะห์ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเครื่องมือในการวิจัยได้แก่ ผศ. ดร. ศิริวิมล ใจงาม อาจารย์สุจินต์ สว่างศรี อาจารย์ชนิสสา เวชวิรุฬห์ และ อาจารย์มยุรี ผิวสุวรรณ ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

บุคคลพิเศษที่จะลืมเสียไม่ได้คือ บาทหลวงอดัม กูดาลอฟสกี (Reverend Adam Gudalefsky) บาทหลวงชาวอเมริกันที่ทุ่มเทเวลาเกือบทั้งชีวิตเพื่อ “บุคคลปกติที่บังเอิญเรียนรู้ได้ช้า” ผู้ชี้ให้ผู้วิจัยมองบุคคลเหล่านี้เหมือนคนทั่วไปที่มีจุดด้อยในบางด้าน รวมถึงอาจารย์ ดร. พิศมัย รัตนโรจน์สกุลที่สอนให้คิดในมุมมองใหม่และใจที่เปิดกว้าง อันจะสร้างประโยชน์ให้กับประเทศชาติอย่างแท้จริง อีกทั้งยังให้ความรู้และข้อคิดเกี่ยวกับการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพแก่ผู้วิจัยอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนลพบุรีปัญญาคุณ โรงเรียนฉะเชิงเทรา ปัญญาคุณ ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขต 5 (สุพรรณบุรี) และเขต 12 (ชลบุรี) ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดชัยนาท จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดราชบุรี และ จังหวัดสมุทรสงคราม มูลนิธิคริสเตียนเพื่อเด็กพิการ (อ.มโนรมย์ จังหวัดชัยนาท) คุณจีรพัฒน์ ศิริรักษ์ และ คุณเฉลิมพล พลาหนที่ให้ความช่วยเหลือจนการเก็บข้อมูลครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

นอกจากนี้ ผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาทุกคนที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม พร้อมเล่าประวัติของลูกหลานเสมือนเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้เป็นหนึ่งในสมาชิกครอบครัว และยังให้แง่คิดที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยชิ้นนี้ด้วย

สุดท้ายนี้ ขอระลึกในพระคุณบิดา นายวัลลภ วิริยางกูร และมารดา นางพรทิพย์ วิริยางกูรที่เลี้ยงดูและพร่ำสอนมาเป็นเวลาหลายสิบปี จนลูกเข้มแข็งพอที่จะ “ให้” ผู้ที่ยัง “ขาด” ได้อย่างเต็มใจและมีความสุข อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวที่ทำให้กำลังใจและช่วยเหลือกันในทุกเรื่องตลอดมา โดยเฉพาะเด็กชายพิริยกร จินตนาโชติที่ทำให้ผู้วิจัยค้นพบตัวตนที่แท้จริงของตัวเองในงานการศึกษาพิเศษ

คุณประโยชน์ใดๆ ของปริญญาโทฉบับนี้ ขอมอบแต่พ่อแม่ ครูอาจารย์ ผู้เลี้ยงดูหล่อหลอมให้ผู้วิจัยได้ทำงานรับใช้สังคมและประเทศชาติ เพื่อช่วยให้บุคคลที่มีความต้องการพิเศษสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระและเป็นคนปกติ อันจะทำให้คนเหล่านี้มีความสุขกับการใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างแท้จริง

ยุวดี วิริยางกูร

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย	6
ความสำคัญของการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา	12
นิยามของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา	13
ระดับของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา	14
สาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา	15
เป้าหมายของการดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญา	18
วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง	20
เพศของผู้บกพร่องทางสติปัญญา	20
ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในช่วงวัยรุ่น	21
ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง	23
ทักษะในการดำรงชีวิตของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง	25
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง	28
ครอบครัวของผู้บกพร่องทางสติปัญญา	28
ที่ตั้งของครอบครัว	30
ปัจจัยของผู้ดูแลที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูผู้บกพร่องทางสติปัญญา	32
การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา	43
บริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา	48
บริการด้านสาธารณสุข	50
บริการด้านการศึกษา	52
บริการด้านสังคมสงเคราะห์	57

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 วิธีการดำเนินวิจัย	62
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	62
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล	73
การวิเคราะห์ข้อมูล	74
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	75
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	79
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	106
บรรณานุกรม	127
ภาคผนวก.....	136
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	148

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	สถานภาพส่วนบุคคลของผู้ดูแลและครอบครัว	79
2	สถานภาพส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง	82
3	ทักษะในการดำรงชีวิตของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญารายด้าน จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว	85
4	กิจวัตรประจำวันอื่นที่วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงทำได้	86
5	กิจวัตรประจำวันอื่นที่ผู้ดูแลคาดหวังให้วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงทำได้	86
6	พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว	87
7	พฤติกรรมที่เป็นปัญหาอื่นของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง	87
8	ค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่อง ทางสติปัญญาระดับรุนแรง จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว	88
9	ค่าเฉลี่ยของการเข้าถึงบริการของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว	89
10	บริการสาธารณสุขอื่นๆ ที่ครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงต้องการเพิ่มเติม	90
11	บริการด้านการศึกษาอื่นๆ ที่ครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงต้องการเพิ่มเติม	90
12	การรับทราบข้อมูลและการได้รับบริการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	91
13	การรับทราบข้อมูลและการได้รับบริการด้านการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	91
14	การรับทราบข้อมูลและการได้รับเบี้ยยังชีพสำหรับผู้พิการ	92
15	การรับทราบข้อมูลและการได้รับบริการฝึกอาชีพสำหรับผู้พิการ	93
16	การรับทราบข้อมูลและการได้รับบริการกู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพสำหรับผู้พิการ	93
17	บริการของรัฐที่ผู้ดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงต้องการให้ปรับปรุง	94
18	การเปรียบเทียบสถานภาพของผู้ดูแลและครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่อง ทางสติปัญญาระดับรุนแรง จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว	94
19	การเปรียบเทียบสถานภาพส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว	98
20	การเปรียบเทียบทักษะในการดำรงชีวิตของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว	101

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
21	การเปรียบเทียบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว	102
22	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่มี ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงรายด้าน จำแนกตามที่ตั้งของ ครอบครัว	103
23	การเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว	104
24	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของการเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์ จำแนก ตามที่ตั้งของครอบครัว	105

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

เด็กและเยาวชนเป็นอนาคตของชาติ คนรอบข้างโดยเฉพาะอย่างยิ่งพ่อแม่ ผู้ปกครองจึงมักเลี้ยงดูเด็กด้วยความทะนุถนอม เพราะคาดหวังให้ลูกหลานของตนเติบโตขึ้นอย่างสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ แต่เด็กและเยาวชนย่อมมีทั้งคนปกติซึ่งถือเป็นคนส่วนใหญ่ในสังคม และคนที่มีความบกพร่องด้านใดด้านหนึ่งที่ถูกเรียกว่า “คนกลุ่มน้อย” ปะปนอยู่ด้วยเสมอ และผู้บกพร่องทางสติปัญญาถูกนับเป็นส่วนหนึ่งของคนกลุ่มน้อยเหล่านี้ด้วย ดังนั้น เมื่อสังคมทุกแห่งมีทั้งคนปกติและผู้บกพร่องทางสติปัญญาคละเคล้ากัน สังคมจึงต้องยอมรับว่ามนุษย์ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันและควรมีโอกาสได้ดำเนินชีวิตในสังคมอย่างคนปกติ (Normalization) และควรมีชีวิตอยู่อย่างอิสระโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Independent living) ให้มากที่สุด ดังเช่นที่เนล แบงค์-มิกเคิลเซน (Neil Bank-Mikkelsen) และเบนจ์ เนอร์เจ (Bengt Nirje) ได้กล่าวไว้เมื่อหลายสิบปีมาแล้ว (กุลยา ก่อสุวรรณ. 2553: 8; Hallahan; & Kauffman. 2003: 40)

การช่วยให้บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาสามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างคนปกติ และอยู่ได้อย่างอิสระนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย เนื่องจากต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เริ่มตั้งแต่ครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยเล็กแต่ใกล้ชิด และมีความสำคัญต่อคนเหล่านี้มากที่สุด ต้องมีความเข้าใจและให้โอกาสบุคคลเหล่านี้ได้ทำสิ่งต่างๆ ตามศักยภาพที่แท้จริงของเขา รองลงมาคือ สมาชิกในสังคมที่ถึงแม้จะเป็นคนนอกแต่มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้การใช้ชีวิตในสังคมของคนเหล่านี้ง่ายขึ้น (ศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการจังหวัดชลบุรี. 2551: ออนไลน์) รวมถึงรัฐบาลและองค์กรต่างๆ ที่ช่วยเหลือได้ด้วยการกำหนดนโยบายและกฎหมายที่เป็นประโยชน์กับผู้บกพร่องทางสติปัญญาอย่างแท้จริง และช่วยเหลือให้ภาคส่วนต่างๆ นำนโยบายและกฎหมายเหล่านั้นไปใช้อย่างเป็นรูปธรรมและเหมาะสม ตัวอย่างของนโยบายการช่วยเหลือจากภาครัฐได้แก่ พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติพุทธศักราช 2542 ที่ระบุไว้ว่า คนพิการทุกคนที่อยากเรียนต้องได้เรียน นั้นหมายถึงโรงเรียนต้องยอมรับเด็กที่มีความบกพร่องในด้านต่างๆ เข้าเรียนในชั้นปกติร่วมกับเด็กทั่วไป แต่ในทางปฏิบัติ เรามักพบว่าโรงเรียนหลายแห่งปฏิเสธไม่รับเด็กเหล่านี้เข้าเรียนตามที่รัฐกำหนดไว้โดยให้เหตุผลว่า โรงเรียนยังไม่พร้อม ไม่มีครูการศึกษาพิเศษหรือครูการศึกษาพิเศษมีจำนวนไม่มากพอ ครอบครัวยังไม่มีความรู้ด้านการศึกษาพิเศษ (McCabe. 2007: 39) ประกอบกับครูมีงานประจำที่ต้องรับผิดชอบมากอยู่แล้ว จึงไม่สามารถจัดการเรียนการสอนหรือกิจกรรมที่เหมาะสมให้เด็กเหล่านี้ตามที่รัฐกำหนดได้ หรือโรงเรียนบางแห่งยินยอมให้เด็กบกพร่องทางสติปัญญาเข้าเรียนในชั้นปกติ แต่งานวิจัยจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าเด็กเหล่านั้นไม่ได้ประโยชน์จากการนั่งร่วมห้อง แต่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชั้นเรียนเช่นเดียวกับเด็กคนอื่นได้ ตัวอย่างนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยยังไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้บกพร่องทางสติปัญญาได้อย่างแท้จริง (พวงแก้ว กิจธรรม. 2539: 19)

แม้ผู้บกพร่องทางสติปัญญาส่วนใหญ่มีภาวะบกพร่องระดับเล็กน้อย ส่วนผู้บกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมีประมาณร้อยละ 3-4 ของจำนวนผู้บกพร่องทางสติปัญญาทั่วประเทศ (วุฒิพงศ์ บัวช้อย. 2545: 26; Beirne-Smith; Patton; & Kim. 2006: 295; McDonnell; et al. 1995: 18) แต่ผู้บกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงและระดับรุนแรงมากนั้นมีปัญหามากกว่าและรุนแรงกว่า กล่าวคือ ยิ่งภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มีความรุนแรงมากเท่าใด โอกาสที่คนๆ นั้นจะช่วยเหลือตนเองและดำรงชีวิตโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นยิ่งลดน้อยลงเท่านั้น (McDonnell; et al. 1995: 7) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบันสามารถรักษาชีวิตของทารกที่ไม่สมบูรณ์ไว้ได้มากขึ้น ทารกที่รอดชีวิตและทารกที่คลอดก่อนกำหนดจึงมีความพิการและภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงติดตัวมาด้วย บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงจึงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Beirne-Smith; Patton; & Kim. 2006: 295)

เมื่อผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา ผู้ปกครองหรือครูผู้สอนจึงมักมีความกังวลใจอยู่หลายประการ หนึ่งในปัญหาด้านการช่วยเหลือตนเองซึ่งนับเป็นเรื่องสำคัญที่สุด บุคคลเหล่านี้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยมากหรืออาจทำกิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวันด้วยตนเองไม่ได้เลย และต้องการการช่วยเหลือทุกด้านอยู่ตลอดเวลาหรือเกือบตลอดเวลา แม้กระทั่งทักษะง่ายๆ เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และการแต่งกาย เป็นต้น (Heward. 2006: 148) สอง ปัญหาด้านการสื่อสาร ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงส่วนใหญ่ไม่สามารถพูดหรือแสดงท่าทางเพื่อสื่อสาร รวมถึงการเข้าใจสิ่งที่คนรอบข้างพูดด้วยได้ สาม ปัญหาด้านกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว โดยมีตั้งแต่การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่งติดขัดเล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรงคือ ไม่สามารถเคลื่อนไหวและหยิบจับอะไรได้ด้วยตนเอง ซึ่งพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวล่าช้านี้จะเห็นได้อย่างชัดเจนตั้งแต่ขวบปีแรก (Drew; & Hardman. 2000: 71) สี่ ปัญหาด้านสุขภาพ เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มีปัญหาสุขภาพอย่างรุนแรงมาตั้งแต่เกิด ทำให้ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงอ่อนแอต่อโรคที่มักเกิดกับเด็กเกือบทั้งหมด โดยลักษณะอาการและความต้องการของแต่ละคนนั้นแตกต่างกันและมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน และประการสุดท้าย ปัญหาด้านพฤติกรรมที่ครู พ่อแม่ และสมาชิกในครอบครัว รวมถึงเพื่อนร่วมงานพบบ่อยครั้ง ปัญหาพฤติกรรมนั้นมีตั้งแต่การกระตุ้นตนเองเช่น การโยกตัวหรือการเปล่งเสียงซ้ำๆ พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาหรือทางกาย ดื้อดึง จนถึงพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น เป็นต้น (ชวาลา เรียงรณู; และกัลยา สุตะบุตร. 2539: 4; Beirne-Smith; Patton; & Kim. 2006: 252-259; Crane. 2002: 83; Thomas. 1998: 74, 188, 215, 233) ปัญหาเหล่านี้ขัดขวางพัฒนาการและการเรียนรู้ของผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงจนกลายเป็นภาวะต่อครอบครัวและสังคม ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงและครอบครัวของบุคคลเหล่านี้จึงควรได้รับการช่วยเหลืออย่างจริงจัง

นอกเหนือจากระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาแล้ว อายุยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ลักษณะของผู้บกพร่องทางสติปัญญา ปัญหา และวิธีการดูแลช่วยเหลือสำหรับแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกันอีกด้วยเช่น ปัญหาในช่วงวัยเด็กเล็กส่วนใหญ่อาจเป็นเรื่องการเลี้ยงดูและปัญหาการเรียนในระดับอนุบาล (Kwang-Sun; et al. 2006: 48-57) ในขณะที่ปัญหาในวัยเรียนมักเป็นเรื่องผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและการปรับตัวในโรงเรียน แต่ปัญหานักที่ที่สุดมักเป็นช่วงที่ผู้บกพร่องทาง

สติปัญญาอย่างเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น (Drew; & Hardman. 2000: 259) ทำให้ปัญหาแตกต่างจากวัยเด็กอย่างสิ้นเชิงด้วยสาเหตุหลายประการ ประการที่หนึ่ง ผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นมีร่างกายเติบโตค่อนข้างใกล้เคียงกับผู้ใหญ่ แต่สมองที่ควรจะมีเรียนรู้และสั่งการได้มากขึ้นกลับไม่พัฒนาตามร่างกายและวัย บุคคลนั้นจึงยังคงต้องการความช่วยเหลือมากเท่าเดิมหรืออาจต้องการมากกว่าเดิมเช่นวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพศหญิงส่วนใหญ่มีประจำเดือนเหมือนวัยรุ่นทั่วไป ภาวะการมีประจำเดือนย่อมทำให้การดำเนินชีวิตของผู้บกพร่องทางสติปัญญาลำบากมากยิ่งขึ้น หากบุคคลนั้นหรือผู้ดูแลไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับสถานการณ์ดังกล่าว อาจรู้สึกคับข้องใจและเกิดความเครียดได้ ประการที่สอง เมื่อร่างกายเริ่มเปลี่ยนแปลงเป็นผู้ใหญ่ สรีระของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาย่อมเปลี่ยนไป โดยเฉพาะเพศหญิงที่ร่างกายจะมีส่วนโค้งเว้าชัดเจนขึ้น ทำให้มีความเสี่ยงต่ออันตรายทางเพศมากขึ้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงกังวลเกี่ยวกับการสอนเรื่องเพศศึกษาให้วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเข้าใจเรื่องเหล่านี้ (Gudalefsky; & Madduma. 2005: 55) ประการสุดท้าย ลูกเติบโตขึ้นในขณะที่ผู้ปกครองกลับแก่ตัวลง กำลังกายที่จะใช้ในการดูแลลูกถดถอยลง ยิ่งทำให้การเลี้ยงดูลำบากมากขึ้น การที่ผู้บกพร่องทางสติปัญญาเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นจึงส่งผลให้การดำเนินชีวิตของผู้บกพร่องทางสติปัญญาและครอบครัวยุ่งยากและซับซ้อนยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อวัยรุ่นคนนั้นมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง ปัญหาต่างๆ จะยิ่งรุนแรงมากขึ้น วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงและครอบครัวจึงต้องการการช่วยเหลืออย่างมากและต่อเนื่องยาวนาน ไม่ว่าจะเป็นบริการด้านการศึกษา สังคม จิตวิทยา และด้านการแพทย์เพื่อให้บุคคลกลุ่มนี้สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ (Beirne-Smith; Ittenbach; & Patton. 2002: 278-288)

ถึงแม้การศึกษาเกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทยจะเริ่มต้นมาเป็นเวลานานและมีการให้บริการอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม ดังเช่นประเทศไทยได้ก่อตั้งโรงพยาบาลปัญญาอ่อน (ซึ่งได้รับพระราชทานนามใหม่ในภายหลังว่า สถาบันราชานุกูล) มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2503 (พิชัย จินตนาภักดี. 2530: 58) แต่กลับพบว่างานวิจัยเกี่ยวกับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงนั้นยังมีจำนวนน้อยมาก (มาศพร แก้วททอง. 2551; สุภลักษณ์ ชัยภานุเกียรติ. 2543; McDonnell; et al. 1995: 18) งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผู้บกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย (เกศรินทร์ ศรีธนะ. 2551; สุภาพร ศรีหรั่ง. 2549) และระดับปานกลาง (เนตรทราย อยู่สวัสดิ์. 2551; สุทธิรัตน์ เพชรทิม. 2552; สุภานัน บัวแก้ว. 2549) ซึ่งมักเน้นไปที่ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในวัยเด็ก และวัยรุ่น (สมนึก ดุริยศักดิ์. 2545) ทั้งนี้ ยังไม่พบงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงโดยตรง อีกทั้งเมื่อค้นคว้าหาข้อมูลในสื่อสาธารณะและสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ เกี่ยวกับชีวิตผู้ที่มีความต้องการพิเศษในประเทศไทยพบว่า หนังสือและความรู้เกี่ยวกับชีวิตเด็กที่มีความต้องการพิเศษในปัจจุบัน เน้นไปที่ภาวะบกพร่องด้านอื่นเช่น เด็กที่มีภาวะออทิสติก แอสเพอร์เกอร์ สมาธิสั้น-อยู่ไม่นิ่ง และภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้หรือแอลดีเป็นส่วนใหญ่ จึงกล่าวได้ว่า ในขณะที่วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมีจำนวนมากขึ้นและต้องการการช่วยเหลือมากขึ้น แต่แหล่งความรู้สำหรับครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องกลับมีจำนวนน้อยกว่าที่ควร

เมื่อปีพ.ศ. 2536 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติได้สำรวจความต้องการของครอบครัวผู้บกพร่องทางสติปัญญาทั่วประเทศไว้ และหลังจากนั้นยังไม่มียานวิจัยเรื่องใดศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้บกพร่องทางสติปัญญาอีกเลย งานวิจัยดังกล่าวพบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ต้องการให้รัฐจัดบริการให้ทั่วถึงมากขึ้น และให้เปล่าโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษา และด้านการฝึกอาชีพ ซึ่งถึงแม้ในปัจจุบัน รัฐได้จัดบริการทั้งสามด้านให้กับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแล้ว แต่ประเด็นเกี่ยวกับการให้บริการอย่างทั่วถึงนั้นดูจะยังไม่หมดไป เห็นได้จากจำนวนผู้พิการในประเทศไทยที่สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจอย่างเป็นทางการในปีพ.ศ. 2550 พบว่า ประเทศไทยมีผู้พิการจำนวนทั้งสิ้น 1,871,860 คน แบ่งเป็นผู้พิการในเขตเทศบาลจำนวน 312,497 คนและผู้พิการนอกเขตเทศบาลจำนวน 1,559,363 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551: ออนไลน์) ในจำนวนนี้ เป็นผู้บกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 25 ของผู้พิการทั้งหมด (คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน. 2549: 70) ซึ่งถึงแม้จะขัดแย้งกับกลุ่มงานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม (2550: 149) ที่พบว่า บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทยเมื่อปีพ.ศ. 2549 มีจำนวนทั้งสิ้น 6,080,000 คนก็ตาม แต่รายละเอียดของข้อมูลจากทั้งสองแหล่งนั้นแสดงให้เห็นว่า ผู้มีภาวะบกพร่องส่วนใหญ่ ซึ่งรวมถึงบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาด้วยนั้นอาศัยอยู่ในจังหวัดต่างๆ นอกเขตกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะนอกชุมชนเมือง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2552: 44)

อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาจำนวนของนักเรียนที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่ได้เข้าเรียนในปีพ.ศ. 2550 พบว่า เด็กที่ได้เข้าเรียนในโรงเรียนศึกษาพิเศษสำหรับเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มีเพียง 6,838 คน ได้เข้าเรียนในศูนย์การศึกษาพิเศษ 6,244 คน และได้เข้าเรียนในโรงเรียนเรียนร่วม 12,875 คน (สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ. 2552: ออนไลน์) จึงเห็นได้ว่า เด็กบกพร่องทางสติปัญญาในวัยเรียนที่เข้ารับการศึกษจากหน่วยงานของรัฐนั้นมีจำนวนน้อยมาก ส่วนสภาพปัญหาด้านสาธารณสุขนั้นใกล้เคียงกันคือ สถิติของผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่เข้ารับบริการจากหน่วยงานสาธารณสุขทั่วประเทศมีเพียง 36,896 คนเท่านั้น (กรมสุขภาพจิต. 2551: ออนไลน์)

นอกจากนี้ เมื่อศึกษาจำนวนและการกระจายของแหล่งให้บริการและสิ่งตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานสำหรับผู้บกพร่องทางสติปัญญากลับพบว่า หน่วยงานและบริการต่างๆ กลับกระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองเป็นส่วนใหญ่ (รัชติกร แสงศร. 2531: 36) เช่น ศูนย์การศึกษาพิเศษที่มีจังหวัดละหนึ่งแห่ง และส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในตัวจังหวัด จึงอาจทำให้ผู้บกพร่องทางสติปัญญาได้รับบริการไม่ทั่วถึง (สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ. 2550) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า เด็กที่มีความบกพร่อง ฐานะยากจน อยู่ในท้องถิ่นที่ห่างไกลความเจริญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้รับโอกาสทางการศึกษาน้อยกว่าเด็กที่มีความบกพร่องที่อยู่ในเขตเมืองซึ่งมีฐานะความเป็นอยู่ที่ดีกว่า จึงกล่าวได้ว่า กลุ่มที่ด้อยโอกาสทางการศึกษามากกว่ากลุ่มอื่นอย่างเห็นได้ชัดคือ กลุ่มผู้ปกครองที่มีฐานะยากจน ระดับการศึกษาต่ำ และอยู่ในชนบทที่ห่างไกล (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2536: 37) ดังนั้น บริบทที่แตกต่างกันของชุมชนเมืองและชุมชนชนบท น่าจะมีส่วนทำให้วิถีชีวิตของประชากรในชุมชนนั้นๆ แตกต่างกัน และส่งผลให้ความต้องการของผู้ที่อาศัยในท้องถิ่นนั้นๆ ต่างกันไปด้วย

นอกจากนี้ พ่อแม่ และผู้ปกครองของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในชุมชนชนบทมักขาดข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสิทธิ โอกาสและบริการที่พึงได้รับ จากรัฐ ไม่ว่าจะเป็นด้านสาธารณสุข การศึกษา สังคมสงเคราะห์ ฯลฯ (สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. 2539: 42) เมื่อครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงไม่ตระหนักถึงสิทธิของตนและลูก จึงไม่สามารถเรียกร้องสิทธิที่ตนพึงมีได้ด้วยตนเอง ดังนั้น ผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับบุคคลกลุ่มนี้จึงควรศึกษาถึงสภาพชีวิตครอบครัวและความต้องการที่แท้จริงของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงและครอบครัวเพื่อสามารถให้บริการได้ตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคลอย่างเพียงพอและทั่วถึง

วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นเกือบตลอดเวลา ครอบครัวจึงเป็นสถาบันที่มีบทบาทและความสำคัญสูงสุด (Drew; & Hardman. 2000: 351) แต่ภาระการเลี้ยงดูวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงตลอด 24 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 7 วันนั้นถือเป็นงานเต็มเวลาที่ไม่สามารถลาพักหรือลาออกได้ (Gudalefsky; & Madduma. 2005: 23; McDonnell; et al. 1995: 49-51) ครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงจึงมักมีความเครียดมากกว่าครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง เช่นและแทง (Chen & Tang) ได้ศึกษาครอบครัวชาวจีนที่มีลูกบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงจำนวน 20 ครอบครัว พบว่า ปัญหาที่สร้างความเครียดให้กับครอบครัวอย่างมากคือ ปัญหาด้านการวางแผนอนาคตให้กับลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและปัญหาพฤติกรรม (Chen; & Tang. 1997: 473-482) ความเครียดนี้ส่งผลถึงสมาชิกทุกคนในครอบครัว สมาชิกทุกคนจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลและให้การช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงด้วย ความร่วมมือร่วมใจ สัมพันธภาพในครอบครัว และวิธีที่สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนปฏิบัติต่อวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของบุคคลนั้น (สุปาณี สนธิรัตน์. 2529: 134) สำหรับในประเทศไทยนั้น งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงนั้นยังมีน้อยมาก

วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงและครอบครัวในประเทศไทยนั้นมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตและต้องการการช่วยเหลืออย่างมาก แต่ประเด็นที่กล่าวถึงข้างต้นกลับยังไม่เคยมีผู้ทำการศึกษาวิจัย การศึกษาสภาพครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในครั้งนี้จึงมุ่งเน้นไปที่ครอบครัวในจังหวัดภาคกลาง เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายด้านการบริการช่วยเหลือสำหรับครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงสามารถเข้าใจถึงสภาพครอบครัวของบุคคลเหล่านี้ได้อย่างถูกต้อง

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทยที่ส่งผลต่อการเลี้ยงดูวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง
2. เพื่อเปรียบเทียบสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง ระหว่างครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย

ความสำคัญของการวิจัย

ผลจากการวิจัยนี้สามารถสะท้อนปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง รวมถึงประสบการณ์หรือบทเรียนของครอบครัววัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบท ผลที่ได้จะเป็นข้อมูลสำหรับผู้กำหนดนโยบายด้านสิทธิและบริการต่าง ๆ รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลกลุ่มนี้ได้ตระหนักถึงความสำคัญ มีความเข้าใจ และนำผลที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบและพัฒนาแผนการให้บริการและการช่วยเหลือแก่ครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงในประเทศไทยให้ครอบคลุมถึงผู้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดภาคกลางทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบท ซึ่งจะส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมให้วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงและครอบครัวมีสภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างแท้จริง

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย นอกเหนือจากจังหวัดกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 24 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ชัยนาท ตราด นครนายก นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ ปราจีนบุรี พระนครศรีอยุธยา เพชรบุรี ระยอง ราชบุรี ลพบุรี สมุทรปราการ สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สระแก้ว สระบุรี สิงห์บุรี สุพรรณบุรี อุทัยธานี และ อ่างทอง (กระทรวงมหาดไทย, 2551: ออนไลน์) ซึ่งแบ่งเป็นครอบครัวที่อยู่ในความดูแลของศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำเขตการศึกษา จำนวน 4 แห่ง ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด จำนวน 20 แห่ง และโรงเรียนศึกษาพิเศษ จำนวน 4 แห่ง รวมเป็น 28 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย นอกเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งพิจารณาระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจากแฟ้มประวัติ และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่อยู่ในความ

ดูแลของศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขตการศึกษา ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด และโรงเรียนศึกษาพิเศษ อันได้มาด้วยการสุ่มแบบ 2 ขั้นตอน (Two-stage sampling) โดยใช้ประเภทหน่วยงานและหน่วยงานจากทั้งหมด 28 แห่งเป็นขั้นตอนแรก และสุ่มครอบครัวเป็นขั้นตอนที่สอง ดังนี้

หน่วยงาน	ทั้งหมด (แห่ง)	เลือกมา (แห่ง)
ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขตการศึกษา	4	1
ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด	20	6
โรงเรียนศึกษาพิเศษ	4	1
	28	8

ได้ครอบครัวจำนวน 102 ครอบครัว หลังจากนั้น นำครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมาแยกตามที่ตั้งของครอบครัวได้แก่ ครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนชานเมือง และครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท

แต่ละครอบครัวที่สุ่มได้ เลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลักที่มีจำนวนชั่วโมงในการเลี้ยงดูวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในแต่ละวันมากที่สุดด้วยการสัมภาษณ์

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ที่ตั้งของครอบครัว
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ สภาพชีวิตครอบครัว ประกอบด้วย
 - 2.1 สถานภาพส่วนบุคคลของผู้ดูแลและครอบครัว
 - 2.1.1 ความสัมพันธ์กับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง
 - 2.1.2 เพศของผู้ดูแล
 - 2.1.3 อายุของผู้ดูแล
 - 2.1.4 สถานภาพสมรสของพ่อแม่
 - 2.1.5 ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ดูแล
 - 2.1.6 อาชีพหลักของผู้ดูแล
 - 2.1.7 รายได้ต่อเดือนของครอบครัว
 - 2.2 สถานภาพส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง
 - 2.2.1 เพศ
 - 2.2.2 อายุ
 - 2.2.3 ประวัติด้านสุขภาพและภาวะสุขภาพ
 - 2.2.4 ประวัติด้านการศึกษา
 - 2.2.5 ทักษะในการดำรงชีวิต
 - 2.2.5.1 ทักษะการช่วยเหลือตนเอง

2.2.5.2 ทักษะการสื่อสาร

2.2.5.3 ทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน

2.2.5.4 ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน

2.2.6 พฤติกรรมที่เป็นปัญหา

2.2.6.1 พฤติกรรมซ้ำๆ

2.2.6.2 ปัญหาในการควบคุมอารมณ์

2.2.6.3 พฤติกรรมก้าวร้าว

2.2.6.4 พฤติกรรมทำร้ายตนเอง

2.2.6.5 พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น

2.2.6.6 พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม

2.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง

2.3.1 บทบาทในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญากระดับรุนแรงของสมาชิกในครอบครัว

2.3.1.1 ด้านการเรียนรู้

2.3.1.2 ด้านการฟื้นฟูความสามารถทางกาย

2.3.1.3 ด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วย

2.3.2 สัมพันธภาพในครอบครัว

2.3.2.1 การร่วมแสดงความคิดเห็น รับรู้ และร่วมตัดสินใจในเหตุการณ์ต่างๆ ภายในครอบครัว

2.3.2.2 ความรู้สึกที่มีต่อกันและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

2.3.2.3 การใช้เวลาร่วมกัน

2.4 การเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญากระดับรุนแรง

2.4.1 บริการด้านสาธารณสุข

2.4.2 บริการด้านการศึกษา

2.4.3 บริการด้านสังคมสงเคราะห์

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ที่ตั้งของครอบครัว

1.1 ชุมชนเมือง หมายถึง ชุมชนที่อยู่ในเขตเทศบาล มีจำนวนประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป เป็นศูนย์กลางการค้าและการปกครอง (มีหน่วยงานสำคัญของราชการได้แก่ โรงพยาบาล โรงเรียน วัด) สภาพด้านกายภาพและสาธารณูปโภคดี (บริการไฟฟ้า ประปา ทั่วถึง) อาคารและสิ่งก่อสร้างส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการค้ามากกว่าเกษตรกรรม (ทัศนีย์ ทองสว่าง. 2549: 16; ราชบัณฑิตยสถาน. 2551: ออนไลน์; สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2552: 55)

1.2 ชุมชนชานเมือง หมายถึง ชุมชนที่อยู่รอบเขตเมืองหรือรอบเทศบาล มีการตั้งบ้านเรือนกระจายเป็นกลุ่มๆ มีจำนวนประชากรน้อยกว่าชุมชนเมือง (สถาบันประชากรศาสตร์. 2531: 38)

1.3 ชุมชนชนบท หมายถึง ชุมชนที่อยู่นอกเขตเมืองหรือเขตเทศบาล มีประชากรน้อยกว่า 10,000 คน ประชากรส่วนใหญ่เลี้ยงชีพด้วยเกษตรกรรม มีระเบียบสังคมที่สอดคล้องกับลักษณะชุมชนแบบหมู่บ้าน ตั้งบ้านเรือนเป็นกลุ่มก้อนหรือกระจายตามลักษณะภูมิประเทศหรือตามประเพณีนิยม (ราชบัณฑิตยสถาน. 2551: ออนไลน์; สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2533: 121)

2. อาชีพหลักของผู้ปกครอง หมายถึง ประเภทหรือชนิดของงานซึ่งผู้ปกครองที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามใช้เวลาทำเป็นส่วนมากในระยะเวลาที่กำหนดหรือเวลาที่อ้างอิง สำหรับผู้ที่ทำงานมากกว่า 1 อย่าง อาชีพหลักหมายถึง อาชีพที่มีชั่วโมงทำงานมากกว่าหรืออาชีพที่ได้รายได้มากที่สุด (ในกรณีที่ชั่วโมงทำงานเท่ากัน) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2543: 192)

3. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว หมายถึง รายได้ต่อเดือนของสมาชิกทุกคนในครอบครัวรวมกัน

4. ทักษะในการดำรงชีวิต หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้บกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงที่เข้าสู่ช่วงวัยรุ่น ได้แก่ ทักษะการช่วยเหลือตนเอง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน

5. พฤติกรรมที่เป็นปัญหา หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้บกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงแสดงออกแล้วส่งผลในทางลบต่อบุคคลนั้นเช่น ขัดขวางการเรียนรู้หรือการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว หรือขัดขวางการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน เป็นต้น พฤติกรรมที่เป็นปัญหาจึงได้แก่ พฤติกรรมซ้ำๆ ปัญหาในการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมทำร้ายตนเอง พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น และพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม

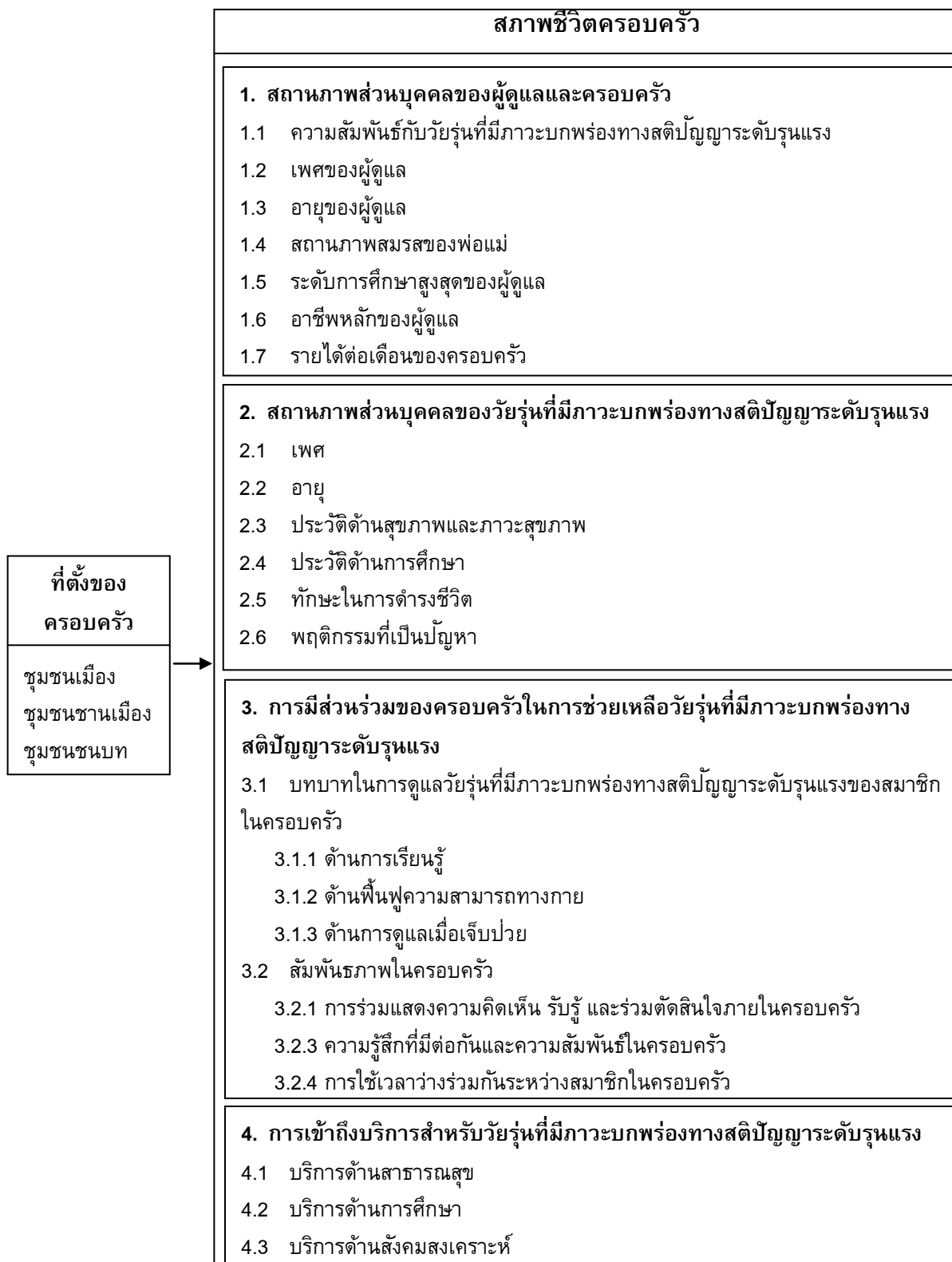
6. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง หมายถึง ความร่วมมือในด้านกำลังกาย กำลังใจ และกำลังทรัพย์ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวที่มีต่อการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง แบ่งได้เป็นบทบาทในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงของสมาชิกในครอบครัว (ด้านการเรียนรู้ ด้านการฟื้นฟูความสามารถทางกาย และด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วย) และสัมพันธภาพในครอบครัว (กลุ่มสถิติประชากรและสังคม. 2549ก: 27)

7. สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวรู้สึกว่าได้ได้รับความรัก การดูแลอย่างดีในครอบครัว รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มั่นใจในความสัมพันธ์กับคนอื่นในบ้าน อันสังเกตได้จากพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันในด้านต่างๆ ดังนี้ การรับรู้ แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจในเหตุการณ์ต่างๆ ร่วมกัน (เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาในอาชีพ เป็นต้น) ความรู้สึกที่มีต่อกันและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว (เช่น ความรัก ความห่วงใย การให้กำลังใจ และการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เป็นต้น) และ การใช้เวลาว่างร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว (เช่น การทำกิจกรรม

สันตนาการ และการออกไปเที่ยวหรือร่วมงานของชุมชน เป็นต้น) (คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน. 2551: 45; ไฉไล ไชยเสวี. 2539: 7)

8. การเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง
หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงและครอบครัวในการขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการพิเศษของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง โดยแบ่งเป็น 3 ด้านได้แก่ ด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษา และด้านสังคมสงเคราะห์

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในเขตภาคกลางนี้ ได้มีการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามลำดับดังนี้

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

1. นิยามของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา
2. ระดับของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา
3. สาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา
4. เป้าหมายของการดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญา

วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง

1. เพศของผู้บกพร่องทางสติปัญญา
2. ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในช่วงวัยรุ่น
3. ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง
4. ทักษะในการดำรงชีวิตของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง
5. พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง

ครอบครัวของผู้บกพร่องทางสติปัญญา

1. ที่ตั้งของครอบครัว
2. ปัจจัยของผู้ปกครองที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูผู้บกพร่องทางสติปัญญา
3. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

บริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

1. บริการด้านสาธารณสุข
2. บริการด้านการศึกษา
3. บริการด้านสังคมสงเคราะห์

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในต่างประเทศเกิดขึ้นมากกว่าร้อยปีแล้ว โดยในช่วงแรกบุคลากรทางการแพทย์และนักวิทยาศาสตร์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้คำนิยาม จี สแตนลีย์ ฮอลล์ (G. Stanley Hall) ผู้บุกเบิกแนวคิดด้านพัฒนาการเด็กตามหลักวิทยาศาสตร์กล่าวว่าไว้เมื่อปีค.ศ. 1907 ว่า พัฒนาการของมนุษย์แต่ละคนนั้นได้รับอิทธิพลจากพันธุกรรมเท่านั้น โดยไม่มีอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้องเลย และพัฒนาการของเด็กแต่ละคนนั้นสามารถคาดการณ์ได้

(Crane. 2002: 22) แนวคิดดังกล่าวมีอิทธิพลต่อนักวิชาชีพและสาธารณชนโดยทั่วไปและยังคงส่งผลต่อแนวคิดต่างๆ ในเวลาต่อมา ส่วนในประเทศไทยเองนั้น ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้รับความสนใจอย่างจริงจังและมีการให้บริการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 โดยเริ่มต้นที่โรงพยาบาลปัญญาอ่อน (สถาบันราชานุกูลในปัจจุบัน) ซึ่งเป็นสถาบันทางการแพทย์เช่นกัน (วัลย์ลีลา สังข์ทอง; และวารุณี เมฆอริยะ. 2541: 2) จึงไม่น่าแปลกใจที่นิยามของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา การจัดระดับภาวะบกพร่องทางสติปัญญา การระบุสาเหตุและลักษณะของผู้บกพร่องทางสติปัญญา จะได้รับการพิจารณาตามแนวคิดทางวิทยาศาสตร์ดังนี้

นิยามของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ประเทศสหรัฐอเมริกาถือเป็นผู้นำทางแนวคิดด้านภาวะบกพร่องทางสติปัญญา องค์กรที่มีบทบาทสำคัญคือ สมาคมเพื่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาแห่งประเทศไทย (American Association on Mental Retardation หรือ AAMR) ซึ่งภายหลังได้เปลี่ยนชื่อเป็น สมาคมเพื่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการแห่งประเทศไทย (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities หรือ AAIDD) ได้นิยามคำว่า ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Mental retardation และภายหลังได้เปลี่ยนเป็น Intellectual disability) ไว้ว่า ผู้บกพร่องทางสติปัญญา มีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ปกติคือ 70-75 และทักษะการปรับตัวบกพร่องอย่างน้อย 2 ด้านใน 10 ด้านได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน ทักษะทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะการใช้สาธารณสมบัติ ทักษะการควบคุมตนเอง ทักษะทางสุขภาพและความปลอดภัย ทักษะทางวิชาการเพื่อใช้ในชีวิตประจำวัน ทักษะการใช้เวลาว่าง และทักษะการทำงาน โดยระดับเชาวน์ปัญญาที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติและทักษะการปรับตัวที่บกพร่องนี้ต้องเกิดขึ้นก่อนอายุ 18 ปี (Crane. 2002: 79-83)

ภายหลังสมาคมเพื่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาแห่งประเทศไทย (AAMR) ได้เปลี่ยนชื่อเป็น สมาคมเพื่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการแห่งประเทศไทย (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities หรือ AAIDD) แล้ว นิยามของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ก็เปลี่ยนแปลงไป แม้การเปลี่ยนแปลงนั้นจะไม่ได้กระทบต่อแนวคิดหลักของสมาคมฯ มากนัก แต่ก็สมควรบันทึกการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไว้ด้วยว่า สมาคมเพื่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการแห่งประเทศไทย (AAIDD) ได้นิยาม ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ไว้ว่า เป็นภาวะที่บุคคลมีข้อจำกัดในด้านการปฏิบัติงานทางสมอง และด้านพฤติกรรมกรรมการปรับตัว ซึ่งพฤติกรรมกรรมการปรับตัวนี้สะท้อนออกมาในทักษะ 3 ด้านได้แก่ ทักษะการคิด (Conceptual skill) ทักษะทางสังคม (Social skill) และทักษะการปรับตัวในชีวิตประจำวัน (Practical adaptive skill) ทั้งนี้ ข้อจำกัดทั้ง 2 ประการนี้ต้องเกิดขึ้นก่อนอายุ 18 ปีด้วยเช่นกัน (AAIDD. 2008)

ระดับของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

เมื่อปีค.ศ. 1983 สมาคมเพื่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (AAMR) แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาตามระดับเชาวน์ปัญญาเป็น 4 ระดับ คือ

ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อย (Mild intellectual disability) มีระดับเชาวน์ปัญญา 50-55 ถึง 70 โดยทั้งร่างกาย บุคลิกภาพ และพฤติกรรมไม่มีลักษณะความแตกต่างให้เห็นเด่นชัด สิ่งนี้อาจสังเกตเห็นได้บ้างคือ มีข้อจำกัดด้านสติปัญญา การเรียนรู้ การพูด และการใช้ภาษาที่ด้อยกว่าคนทั่วไป โดยเฉพาะเมื่อเข้าวัยเรียนที่เด็กจำเป็นต้องเรียนรู้ด้านวิชาการ อันที่จริงผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อยนี้สามารถดำรงชีวิตโดยอิสระได้ค่อนข้างมาก แต่หลายคนที่ไม่ได้รับการฝึกตั้งแต่วัยเด็กมักติดนิสัยพึ่งพาอาศัยผู้อื่นและบางคนอาจมีปัญหาพฤติกรรมร่วมด้วย ดังนั้น นอกเหนือจากความรู้ทางวิชาการแล้ว พ่อแม่ผู้ดูแลต้องหมั่นสอนเรื่องรอบตัว ความเข้าใจผู้อื่น และการเข้าสังคมด้วย เมื่อเข้าสู่วัยทำงาน บุคคลในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทุกอย่าง (อรพินท์ เหล่าสุวรรณพงษ์. 2541: 10; Crane. 2002: 83)

ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับปานกลาง (Moderate intellectual disability) มีระดับเชาวน์ปัญญา 35-40 ถึง 50-55 ส่วนใหญ่จะมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวปกติ ยกเว้นบางคนอาจมีปัญหาด้านการทรงตัวและการทำงานประสานกันระหว่างอวัยวะส่วนต่างๆ พัฒนาการด้านความเข้าใจ ภาษาและการใช้ภาษาจะล่าช้าชัดเจน คนกลุ่มนี้สามารถดูแลตนเองได้เกือบทุกด้าน และเดินทางไปมาในชุมชนได้โดยมีผู้ดูแล ส่วนด้านจิตใจนั้นมักได้รับผลกระทบจากการถูกรอครัวกดดันหรือนำไปเปรียบเทียบกับพี่น้อง หรือการถูกเพื่อนล้อเลียน ทำให้เด็กขาดความมั่นใจในตนเอง เด็กบางคนอาจไม่กล้าแสดงออก และพึ่งพาผู้อื่นเป็นประจำ ยิ่งเขาผ่านประสบการณ์เหล่านี้มานานเท่าไร ปัญหายิ่งฝังรากลึกมากเท่านั้น ส่วนด้านวิชาการนั้น บุคคลกลุ่มนี้สามารถเรียนรู้ทักษะด้านคำศัพท์และคณิตศาสตร์ที่ใช้ในชีวิตประจำวันได้ รวมถึงสามารถทำงานในชุมชนปกติได้ แต่ต้องได้รับความช่วยเหลือบ้าง (อรพินท์ เหล่าสุวรรณพงษ์. 2541: 10; Crane. 2002: 83; Gudalefsky; & Madduma. 2005: 132)

ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง (Severe intellectual disability) มีเชาวน์ปัญญา ระดับ 20-25 ถึง 35-40 *องค์กรเพื่อบุคคลที่มีความบกพร่องระดับรุนแรง (The Association for People with Severe Handicap หรือ TASH)* ได้ให้นิยามไว้ว่า ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง เป็นบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันมากกว่าหนึ่งด้านเช่น ด้านการเคลื่อนไหว การสื่อสาร การดูแลตนเอง การเรียนรู้ และการทำงาน เป็นต้น ซึ่งความช่วยเหลือที่ต้องการเป็นความช่วยเหลือที่ต่อเนื่องและต้องช่วยเหลืออย่างมาก บุคคลเหล่านี้มักมีปัญหาทางการแพทย์ร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม ความสามารถของบุคคลกลุ่มนี้ค่อนข้างหลากหลายคือ มีตั้งแต่คนที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันทุกด้าน (เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และการเคลื่อนไหว) จนถึงคนที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ภาวะที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสติปัญญา ยังมักส่งผลให้บุคคลนั้นสูญเสียการมองเห็น การได้ยิน หรือบางครั้งเกิดความพิการทั้งสอง

ด้าน ในปัจจุบัน คนกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่สามารถรักษาชีวิตทารกที่ไม่สมบูรณ์ไว้ได้มากขึ้น (Beirne-Smith; Patton; & Kim. 2006: 294)

ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงมาก (Profound intellectual disability) มีเชาวน์ปัญญาในระดับต่ำกว่า 20-25 และมีปัญหาในทุกด้าน ซึ่งมักรวมถึงความพิการทางร่างกายด้วย คนกลุ่มนี้จึงแทบช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในทุกเรื่องตลอดเวลา รับรู้เรื่องราวรอบตัวได้น้อยมากจึงไม่สามารถเรียนรู้เรื่องทางวิชาการได้ และต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์อย่างมาก แต่หากได้รับการสอนและฝึกฝนอย่างเหมาะสม บุคคลเหล่านี้ รวมถึงเด็กที่อยู่ในกลุ่มรุนแรงมากหรือบกพร่องซ้ำซ้อนสามารถเรียนรู้ได้ ถึงแม้บางคนต้องใช้เวลาในการฝึกฝนเรื่องที่คนทั่วไปมองว่าพื้นฐานที่สุดหรือง่ายที่สุดเป็นเวลาหลายปี การสอนเรื่องต่างๆ ให้กับบุคคลเหล่านี้จึงเป็นงานต่อเนื่องและใช้เวลายาวนาน (อรพินท์ เหล่าสุวรรณหงษ์. 2541: 10; Thomas. 1998: 112)

ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในต่างประเทศมักจัดกลุ่มภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงและระดับรุนแรงมากไว้ด้วยกัน เพราะถือว่าทั้งสองกลุ่มนี้มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอย่างรุนแรงที่สุด มีข้อจำกัดมากที่สุด และความสามารถทางสมองต่างจากคนปกติในระดับใกล้เคียงกัน ผู้เชี่ยวชาญในต่างประเทศจึงมักเรียกความรุนแรงทั้งสองระดับรวมกันว่าภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงมาก (Profound mental retardation หรือ PMR) หรือภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่ต้องการผู้ดูแล (Custodial mental retardation หรือ CMR) อย่างไรก็ตาม นอกจากความบกพร่องทางสติปัญญาแล้ว คนกลุ่มนี้มักมีความบกพร่องด้านอื่นที่เรียกว่า “ความบกพร่องร่วม (Ancillary disability)” หรือ “ความบกพร่องรอง (Secondary disability)” ซึ่งแปรผันตามระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาด้วย กล่าวคือ ยิ่งภาวะบกพร่องทางสติปัญญารุนแรงเท่าไร ความบกพร่องร่วมก็จะรุนแรงตามไปด้วยนั่นเอง นอกจากนี้ เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญากลุ่มนี้จะติดเชื้อหรือได้รับความเจ็บป่วยที่เกิดกับเด็กได้ง่ายและมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนกว่าคนทั่วไป จึงสรุปได้ว่าคนกลุ่มนี้มีปัญหาารุนแรงในทุกด้าน ดังนั้น ยิ่งภาวะบกพร่องทางสติปัญญารุนแรงเท่าไร ความสามารถในการเรียนรู้และดูแลตนเองก็จะยิ่งน้อยลง ทำให้การพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น พ่อแม่และผู้ดูแลจึงต้องมีความเข้าใจ รวมถึงใช้พลังงานและเวลาในการเลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญามากขึ้นเพื่อสอนให้เขาไปถึงจุดหมายที่เขาจะสามารถดำเนินชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาให้น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (วชิรพร โชติพานัส. 2544: 58; Thomas. 1998: 156)

สาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ แต่จนถึงปัจจุบันยังไม่มีใครสามารถยืนยันได้ว่า ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาแต่ละประเภทนั้นเกิดจากสาเหตุใดแน่ คงมีเพียงบางภาวะเท่านั้นที่ทราบสาเหตุแน่นอนว่าเกิดจากความผิดปกติทางชีววิทยาเช่น ภาวะดาวน์ซินโดรม (Down syndrome) ภาวะฟีนิลคีโตนูเรีย (Phenylketonuria หรือ PKU) ภาวะเคอร์นิคเทอร์ส (Kernicterus) ภาวะฟราจิลเอ็กซ์ (Fragile-X) ภาวะวิลเลียมส์ซินโดรม (Williams syndrome) และภาวะสมองบวมน้ำ (Hydrocephalus) เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่าสาเหตุของภาวะบกพร่องทาง

สติปัญญาในอดีตเช่น ภาวะฟีนิลคีโตนูเรีย ภาวะเคอร์นิคเทอร์ส และภาวะสมองบวมหน้านั้นมีจำนวนน้อยลง และถูกแทนที่ด้วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่รุนแรงขึ้นเช่น เด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดแอลกอฮอล์ระหว่างตั้งครรภ์ (Fetal Alcohol Syndrome-FAS) โรคเอดส์ และการกระทำทารุณต่อทารกก่อนคลอดและหลังคลอด เป็นต้น (Smith; & Tyler. 2010: 276; Thomas. 1998: 111) อย่างไรก็ตามเราสามารถรวบรวมสาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาโดยแบ่งตามช่วงเวลาที่เกิดได้ดังนี้

ปัจจัยที่เกิดก่อนคลอด

1. ความผิดปกติด้านพันธุกรรมและกายภาพ หมายถึง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับยีนหรือโครโมโซมเช่น ภาวะดาวน์ซินโดรมที่ทำให้ทารกมีลักษณะแตกต่างไปจากคนปกติทั้งใบหน้าร่างกาย และสมอง ภาวะพราเจิลเอ็กซ์ที่โครโมโซมเอ็กซ์อ่อนแอหรือแตกหักได้ง่ายส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายและสมอง ภาวะเคอร์นิคเทอร์สที่ทารกตัวเหลือง เนื่องจากเนื้อสมองได้รับพิษของบิลิรูบิน (Bilirubin) ภาวะฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ที่เกิดจากเอนไซม์ที่ทำหน้าที่เปลี่ยนสารอาหารโปรตีนคือ เฟีนิลอะลานิน (Phenylalanine) ให้เป็นไทโรซีน (Tyrosine) บกพร่อง เฟีนิลอะลานินจึงกลายเป็นสารสะสมในร่างกายทำให้เป็นพิษต่อสมอง ร่างกายจึงปรากฏลักษณะที่แตกต่างจากเด็กทั่วไปเช่น ผมสีอ่อนและมีกลิ่นสาบตามร่างกาย เป็นต้น หรือภาวะสมองบวมน้ำที่เกิดจากปริมาณน้ำในกระโหลกศีรษะมาก ทำให้ศีรษะโตแต่สมองเจริญเติบโตไม่ได้ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน บางภาวะเหล่านี้สามารถรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ได้แล้ว (Crane. 2002: 151-172)

2. ด้านชีววิทยาและจิตสังคมเช่น การที่แม่ได้รับเชื้อหัดเยอรมัน ซิฟิลิส ูสวัด โรคเอดส์ หรือแม่ได้รับสารเสพติดเช่น แอลกอฮอล์ โคเคน เฮโรอีน หรือสารพิษในสิ่งแวดล้อม (โดยเฉพาะกลุ่มผู้ตั้งครรภ์ที่มีรายได้ต่ำและความเป็นอยู่ไม่ดี) เช่น ยาฆ่าแมลง รั้งสี มลพิษ สารตะกั่วในน้ำหรืออากาศ หรือยาบางอย่างที่มีผลข้างเคียงในระหว่างตั้งครรภ์ เป็นต้น (กุลยา ก่อสุวรรณ. 2553ข. 55; Crane. 2002: 172-173)

3. ภาวะทุพโภชนาการของแม่เช่น แม่ได้รับสารอาหารไม่ครบทั้งห้าหมู่หรือไม่ครบตามปริมาณที่เหมาะสมกับการตั้งครรภ์ ทำให้ทารกในครรภ์เติบโตไม่สมบูรณ์ ตัวอย่างเช่น เพศหญิงสูญเสียธาตุเหล็กจากการมีประจำเดือนในแต่ละเดือน ทำให้ร่างกายของผู้หญิงต้องการธาตุเหล็กมากกว่าผู้ชายถึง 4 เท่า หากแม่ไม่ได้รับธาตุเหล็กชดเชยในปริมาณที่เหมาะสมกับที่เสียไป ร่างกายจะมีความอ่อนแอแฝงอยู่ ซึ่งถึงแม้ภาวะร่างกายอ่อนแอนั้นจะไม่แสดงอาการที่แม่ แต่ความอ่อนแอจะส่งผลมาสู่ทารกในครรภ์ เป็นต้น นอกจากนี้ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอาจเกิดจากการดูแลทารกในครรภ์อย่างไม่ถูกต้อง หรือการที่แม่ตั้งครรภ์เมื่ออายุมากกว่า 30 ปี เนื่องจากร่างกายของเพศหญิงมีความสมบูรณ์สำหรับการตั้งครรภ์มากที่สุดเมื่ออายุ 20-30 ปีนั่นเอง (กุลยา ก่อสุวรรณ. 2553ข. 65; Crane. 2002: 173-177; Gudalefsky; & Madduma. 2005: 120)

ปัจจัยที่เกิดระหว่างคลอด ได้แก่ การติดเชื้อ หรือภาวะคลอดยาก ทำให้แพทย์ต้องใช้คีมหนีบหรือเครื่องดูดศีรษะ ซึ่งมีโอกาสทำให้สมองของทารกได้รับความกระทบกระเทือน ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดเช่น สายรกพันคอ ทารกคลอดออกมาโดยไม่ส่งเสียงร้อง หรือภาวะหยุดหายใจใน

ทารกที่คลอดก่อนกำหนดล้วนทำให้เด็กขาดอากาศไปชั่วขณะ เมื่อสมองไม่ได้รับออกซิเจนเกิน 5 วินาที จะส่งผลให้สมองพิการได้ หรือแม้กระทั่งอุบัติเหตุระหว่างคลอดเช่น การคลอดในท้องน้ำหรือคลอดบนรถระหว่างเดินทาง การที่เด็กพลัดตกจากมือแพทย์ ศีรษะกระแทกพื้นก็ทำให้สมองพิการได้เช่นกัน (กุลยา ก่อสุวรรณ. 2553ช: 65; ทิพย์ คงสินสิริ. 2545: 9-11; Gudalefsky; & Madduma. 2005: 7-8)

ปัจจัยที่เกิดหลังคลอด ได้แก่ การติดเชื้อหรือได้รับสารพิษต่างๆ ที่เป็นผลให้สมองของทารกถูกทำลาย การที่ทารกเกิดอุบัติเหตุจนสมองได้รับความกระทบกระเทือนและมีภาวะสมองพิการ รวมถึงการเลี้ยงดูไม่เหมาะสมเช่น เด็กถูกกระทำทารุณหรือได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ผู้เลี้ยงดูไม่มีปฏิสัมพันธ์ที่ช่วยกระตุ้นพัฒนาการเด็ก เป็นต้น งานวิจัยจำนวนมากพบว่า การที่เด็กได้รับการกระตุ้นและความอบอุ่น (มีการพูดคุย กอด สัมผัส) ได้รับอาหารที่ดีมีประโยชน์ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ได้เล่น และมีกิจกรรมทำหยาความคิด จะทำให้พัฒนาการและสมองซึ่งทำหน้าที่รู้คิดนั้นดีขึ้น แต่ในทางตรงกันข้าม หากเด็กถูกกระทำทารุณ ระดับคอร์ติซอล (สารความเครียด) ในร่างกายจะสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็ว นอนไม่ค่อยหลับ และมีปัญหาด้านพัฒนาการทางสมอง อารมณ์ พฤติกรรม และการเรียนรู้ หรือเด็กที่ได้รับการตอบสนองจากผู้เลี้ยงดูซ้ำเช่น ถูกปล่อยให้อ่านหนังสือให้มานานๆ หิวแล้วยังไม่ได้กิน กลัวแต่ไม่มีไครมา โอบอุ้ม สัมผัส จะรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง ไม่มั่นคงในชีวิต หวาดระแวง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าหรืออาจถึงขั้นพัฒนาการถดถอย ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้ทั้งสิ้น (กมลพรรณ ชีวพันธุ์ศรี. 2548: 20; กุลยา ก่อสุวรรณ. 2553ช: 65; Crane. 2002: 173-177; Gudalefsky; & Madduma. 2005: 120)

ประเภทของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจะส่งผลออกมาทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาโดยมีลักษณะและความรุนแรงแตกต่างกัน ดังนั้น ผู้เลี้ยงดูจึงต้องเข้าใจลักษณะของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาประเภทนั้นๆ จึงจะสามารถสอนผู้บกพร่องทางสติปัญญาในความดูแลของตนได้ดี ตัวอย่างเช่น ภาวะดาวนซินโดรมที่เกิดจากโครโมโซมคู่ที่ 23 มีจำนวนเกินมา 1 ตัวนั้นส่งผลให้หน้าตาและร่างกายของเขาแตกต่างจากคนทั่วไปคือ มีตาเรียวเล็ก หางตาชี้ขึ้น หน้าผากกว้าง ลิ้นใหญ่ คับปาก (ซึ่งปัญหาที่แท้จริงเกิดจากการควบคุมลิ้นได้ไม่ดี) บางคนจึงพูดไม่ได้หรือพูดไม่ชัด ตัวเล็ก แขนขาและนิ้วสั้น มือเท้าแปะ ข้อต่อไม่แข็งแรง มักมีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจและปอด บางครั้งมีปัญหาเกี่ยวกับตับด้วย คนเหล่านี้มักมีปัญหาด้านการทรงตัวและกลัวที่สูง ไม่กล้ากระโดด ส่วนสภาพอารมณ์และจิตใจนั้น เรามักพบว่าคนในกลุ่มดาวนซินโดรมนั้นอารมณ์ดี ร่าเริง ชอบช่วยเหลือ มีน้ำใจ มนุษย์สัมพันธ์ดี หรือหากพิจารณาด้านสมอง บุคคลดาวนซินโดรมส่วนใหญ่มีสติปัญญาระดับปานกลาง จึงสามารถเรียนรู้เรื่องที่เป็นต่อการดำรงชีวิตหรือแม้กระทั่งเรื่องทางวิชาการง่ายๆ ได้ แต่อีกตัวอย่างหนึ่งที่แตกต่างจากกลุ่มดาวนซินโดรมค่อนข้างมากได้แก่ ผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่มีภาวะออทิสติก ร่วมกับ ลักษณะที่เกิดจากภาวะออทิสติกคือ ความบกพร่องด้านอารมณ์ ทักษะทางสังคม พฤติกรรม และการสื่อสาร ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อผู้คนรอบข้างอย่างไม่เหมาะสม บางคนมีปัญหาอารมณ์รุนแรงและปัญหาพฤติกรรมด้วย ผู้ดูแลจึงต้องเลี้ยงดูโดยเน้นการสอนทักษะการสื่อสารและความเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของตัวเองและบุคคลรอบข้าง

รวมถึงช่วยสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นต้น (กุลยา ก่อสุวรรณ. 2553ข: 150; งามตา พัวศิริรักษ์. 2544: 15; Crane. 2002: 201; Gudalefsky; & Madduma. 2005: 135; Thomas. 1998: 225)

เป้าหมายของการดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญา

เมื่อเปรียบเทียบเจตคติของพ่อแม่ของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญากับเจตคติของพ่อแม่บุคคลที่มีภาวะบกพร่องด้านอื่นเช่น พิการทางสายตา พิการทางการได้ยิน พิการทางร่างกาย และพิการซ้ำซ้อน พบว่า พ่อแม่ที่มีลูกบกพร่องทางสติปัญญาเชื่อในศักยภาพของลูกต่ำที่สุด และเชื่อว่าลูกเป็นภาระต่อพ่อแม่มากที่สุด (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2536: 62) เมื่อพ่อแม่เชื่อว่าลูกไม่มีความสามารถ จึงไม่น่าแปลกใจว่าพ่อแม่เหล่านั้นยอม กังวลเรื่องการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้น เมื่อพ่อแม่ไม่ได้อยู่ดูแลแล้วมากที่สุด (Crane. 2002: 198) เอปส์และไมเยอร์ (Epps and Myers) ได้สัมภาษณ์พ่อแม่เกี่ยวกับอนาคตของลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา พบว่า พ่อแม่ส่วนใหญ่เชื่อว่าแม้ลูกจะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่แล้วแต่ลูกคงยังต้องอยู่ที่บ้าน ไปไหนหรือทำอะไรไม่ได้ ส่วนพ่อแม่ร้อยละ 20 คิดว่าลูกคงต้องอาศัยอยู่ในสถาบันสงเคราะห์ และมีพ่อแม่เพียงไม่ถึงร้อยละ 4 ที่คิดว่าลูกน่าจะพอหางานทำได้ หลายคนเชื่อว่าลูกคงทำได้แค่งานอาสาสมัครที่ไม่ได้ค่าจ้างหรือต้องทำงานบ้านอยู่ที่บ้านมากกว่า (Sandol. 1997: 64)

นีล แบงก์-มิกเคิลเซน (Neil Bank-Mikkelsen) และเบนจ์ เนอร์เจ (Bengt Nirje) เป็นผู้เปลี่ยนเจตคติที่คนในสังคมมีต่อบุคคลเหล่านี้ด้วยการกล่าวไว้ว่า เป้าหมายปลายทางในการพัฒนาผู้บกพร่องทางสติปัญญามีอยู่ 2 ประการคือ การทำให้เป็นปกติ (Normalization) และการดำรงชีวิตโดยอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Independent living) (กุลยา ก่อสุวรรณ. 2553ข: 8; สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. 2539: 15; Hallahan; & Kauffman. 2003: 40; Nirje. 1969) เป้าหมายแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

การทำให้เป็นปกติ (Normalization) หมายถึง การพัฒนาให้บุคคลที่มีความบกพร่องสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้เช่นคนปกติทั่วไป และไม่ถูกแบ่งแยกออกจากสังคม ทั้งด้านการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียน การทำงาน และด้านต่างๆ ในวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของสังคมนั้นเช่น การใช้เวลาวาง มิตรภาพ ความรับผิดชอบ และความเป็นส่วนตัว เป็นต้น การทำให้เป็นปกตินั้นมีเป้าหมาย 3 ประการคือ หนึ่ง เพื่อพัฒนาความสามารถส่วนบุคคล ซึ่งจะส่งผลไปยังทักษะและความสามารถของคนนั้นโดยตรง สอง เพื่อพัฒนาภาพลักษณ์ของคนๆ นั้นในสังคมเพื่อให้เขา “ดูเป็นคนปกติ” ไม่แปลกแยกออกจากผู้คนรอบข้างในสังคม เมื่อผู้คนในสังคมให้การยอมรับ ย่อมทำให้เขามีเพื่อนอันเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สัตว์สังคมเช่นมนุษย์สามารถมีชีวิตอยู่ในโลกนี้ได้อย่างมีความสุข (Crane. 2002: 5-7) และสาม “การใช้ชีวิตปกติ” ยังทำให้เขาได้รับประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกในสังคมซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อคนปกติด้วย หากชีวิตของคนเหล่านี้แตกต่างจากคนทั่วไปหรือมีเงื่อนไขในชีวิตมากขึ้น เขาก็จะถูกปรับสถานภาพให้กลายเป็นคนผิดปกติไปโดยปริยาย เมื่อนั้นชีวิตของเขาจะแคบลง เพราะบุคคลนั้นไม่สามารถใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกในสังคมได้เท่าคนปกติ

ส่วนการดำรงชีวิตโดยอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Independent living) นั้น หมายถึง การปฏิบัติงานต่างๆ ได้ด้วยตนเอง งานต่างๆ นั้นมีตั้งแต่กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานเช่น การรับประทานอาหาร การหิวผม โกงหนวด แต่งหน้า การอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่าย การเคลื่อนไหว ร่างกาย การสื่อสาร การเตรียมอาหาร การดูแลทำความสะอาดบ้าน การซื้อของ และการเดินทาง เป็นต้น จนถึงการอ่าน การเขียนเพื่อสื่อสาร การจัดการกับเรื่องส่วนตัว การทำงานหาเลี้ยงชีพและกิจกรรมอื่นๆ ที่คนทั่วไปทำได้เอง (มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์. 2548: 16; Crane. 2002: 138) หากผู้บกพร่องทางสติปัญญาสามารถดำรงชีวิตได้โดยอิสระอย่างแท้จริง นอกจากภาพลักษณ์ของบุคคลนั้นจะดีขึ้นแล้ว ตัวเขาเองย่อมเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและสังคม รวมทั้งช่วยลดภาระที่สังคมต้องแบกรับลงอีกด้วย งานวิจัยของมูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์หลายงานพบว่า ผู้บกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 80 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับดีมากและพอใช้ แต่บุคคลเหล่านี้มักมีปัญหาในทักษะด้านอื่นๆ เช่น การใช้เวลาว่าง การจัดการด้านการเงิน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การดูแลสุขภาพของตนเอง และการใช้ชีวิตในชุมชน เป็นต้น ส่วนเรื่องพฤติกรรมนั้น พบว่า บุคคลเหล่านี้ไม่มีปัญหาพฤติกรรมรุนแรง พบปัญหาเพียงเล็กน้อยเช่น หงุดหงิดง่าย ชอบแยกตัว โมโหง่าย เอาแต่ใจตัวเอง ฯลฯ ซึ่งเป็นลักษณะที่มักพบในเด็กที่มีปัญหาด้านการสื่อสารอยู่แล้ว (มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์. 2548: 14, 35, 38, 101)

อย่างไรก็ตาม นอกเหนือจากการสอนเรื่องกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การใช้เวลาว่าง การทำงาน และทักษะด้านอื่นๆ แล้ว ผู้ดูแลและผู้สอนยังควรให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของบุคคลกลุ่มนี้ด้วย คุณภาพชีวิตหมายถึง การกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) และการพิทักษ์สิทธิของตนเอง (Self-advocacy) ทั้งนี้ งานวิจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทยพบว่า ผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่อาศัยอยู่กับครอบครัวมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่ในกรู๊ปโฮม (Group home) และผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่มีโอกาสได้ทำงานแบบมีการสนับสนุนหรือรูปแบบที่มีการแข่งขันจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ทำงานในโรงงานในอารักขา (Sheltered workshop) อีกทั้งผู้บกพร่องทางสติปัญญาเพศชายมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิง (มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์. 2548: 16, 35, 101) ดังนั้น การสอนผู้บกพร่องทางสติปัญญาแต่ละคนจึงควรมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของเขาให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของบุคคลนั้นด้วย

นอกจากนี้ ผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่รู้ เข้าใจ และมีเจตคติที่ดีต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาของตนจะมีความรู้สึกต่อตนเอง (Self-concept) ดีขึ้น ความรู้สึกต่อตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลนั้นมีต่อตนเองว่าตนเป็นอย่างไร และคิดว่าคนรอบข้างมองเขาอย่างไร ซึ่งความรู้สึกต่อตนเองนี้จะสะท้อนออกมาในพฤติกรรมของบุคคลนั้น ผู้ที่มีความรู้สึกดีต่อตนเองจะรู้สึกว่าเราสามารถกำหนดชะตาชีวิตได้ด้วยตนเอง มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปด้วยดี ทำสิ่งต่างๆ ด้วยความเชื่อมั่น จึงมักประสบผลสำเร็จ แต่ปัญหาที่ผู้บกพร่องทางสติปัญญาประสบอยู่คือ ผู้คนในสังคมมักเชื่อว่าความ

บกพร่องทางสติปัญญาเป็นเรื่องของบาปกรรม น่าอับอาย ไม่ควรเปิดเผย และเป็นปมด้อย ซึ่งการตีตรา เช่นนี้ย่อมก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ถูกประทับตราในหลายด้านคือ บุคคลนั้นมักเป็นไปตามที่ผู้อื่นคิดว่าเขา เป็น (Self-fulfilling prophecy) และมักเรียนรู้ว่าตนทำไม่ได้หรือสิ้นหวัง (Learned helplessness) เราจึง มักพบว่า ผู้บกพร่องทางสติปัญญาจำนวนมากรอคอยและพึ่งพาให้ผู้อื่นทำสิ่งต่างๆ ให้ ทั้งที่ตนทำได้ หรือเรียนรู้ได้ นอกจากตราเหล่านี้จะจุดสภาพจิตใจของเขาให้ต่ำลงแล้ว ยังบิดเบือนความคาดหวังและ เจตคติของคนรอบข้างอีกด้วย ดังนั้น ผู้ดูแลและคนในสังคมจึงควรช่วยให้ผู้บกพร่องทางสติปัญญา มี ความรู้และเข้าใจลักษณะเด่น ลักษณะด้อยของตนอย่างถูกต้อง ยอมรับตนเอง และมีความคิดที่ดีต่อ ตนเอง ซึ่งจะทำให้เขาเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถปรับตัว และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุข อย่างแท้จริง (จิตติมา เจือไทย. 2551: 10; รัชติกร แสงศร. 2531: 58; สุปาณี สนธิรัตน์. 2529: 79-112; สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. 2539: 86; Crane. 2002: 55, 68; Thomas. 1998: 55)

วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง

เพศของผู้บกพร่องทางสติปัญญา

สำหรับเด็กปกติ งานวิจัยพบว่า เพศหญิงมีโอกาสได้ศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษา มากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศชายมีโอกาสในการทำงานภาคเกษตรมากกว่า จึงมักพบว่าวัยรุ่นเพศ ชายเข้าสู่สังคมการทำงานเร็วกว่าเพศหญิง และอีกเหตุผลหนึ่ง อาจเป็นได้ว่า ลูกผู้หญิงมีพฤติกรรม การส่งเงินกลับบ้านมากกว่าลูกผู้ชาย พ่อแม่จึงมักลงทุนกับการศึกษาของลูกผู้หญิงมากกว่า (อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์; และปัทมา อมรสิริสมบุรณ์. 2550: 35)

ในวัยเด็กนั้น ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจะส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ และสมองของเด็กที่มี ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาทั้งสองเพศไม่แตกต่างกัน แต่ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจะก่อให้เกิด ความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชายชัดเจนขึ้น เมื่อเด็กก้าวเข้าสู่วัยรุ่นหรือวัยเจริญพันธุ์ ตัวอย่างเช่น เมื่อเพศชายทุกคนเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ เสียงจะทุ้มลง มีขนและกล้ามเนื้อตามส่วนต่างๆ ของ ร่างกายที่แสดงลักษณะของเพศชาย ลูกอ๊อนทะตกลองตุ้ง ร่างกายมีการผลิตอสุจิและมีความต้องการทาง เพศโดยธรรมชาติทุกคนอยู่แล้ว สิ่งเหล่านี้ส่งผลการดูแลและเนื้อหาความรู้ที่ผู้ปกครองสอนให้กับบุคคล บกพร่องทางสติปัญญาต้องปรับเปลี่ยนไปด้วยเช่น ควรสอนให้บุคคลเหล่านี้รู้จักควบคุมอารมณ์ ความ ต้องการทางเพศ และพฤติกรรมทางเพศที่แสดงออกให้เหมาะสมกับสังคมนั้นๆ ส่วนเพศหญิงนั้นเสียง แแหลมขึ้น มีขนตามร่างกายเช่นกัน ร่างกายจะมีส่วนโค้งเว้าที่แสดงลักษณะของสตรีเพศมากขึ้น ประกอบกับมดลูกและรังไข่เตรียมรับการตั้งครรภ์จึงทำให้มีประจำเดือนทุกเดือน ทั้งนี้ ร่างกายของผู้ บกพร่องทางสติปัญญานั้นย่อมไม่แตกต่างจากคนทั่วไป แต่ร่างกายบางคนอาจเปลี่ยนแปลงไม่ครบทุก ด้านที่กล่าวข้างต้นเช่น ผู้บกพร่องทางสติปัญญาเพศหญิงบางคนอาจไม่มีประจำเดือน เป็นต้น (Gudalefsky; & Madduma. 2005: 55)

ศูนย์พิทักษ์เด็กพบว่า ผู้ถูกล่วงเกินทางเพศส่วนใหญ่อายุ 13-18 ปี (ร้อยละ 47.14) และส่วนใหญ่ถูกกระทำจากคนใกล้ตัวเช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน เมื่อผู้บกพร่องทางสติปัญญาเข้าสู่วัยรุ่น วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพศหญิงจะมีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำชำเราสูงกว่าเพศชายและสูงกว่าวัยรุ่นเพศหญิงที่ไม่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา คนกลุ่มนี้จึงมีโอกาสดังครรถไม่พึงประสงค์จากการมีเพศสัมพันธ์ไม่ว่าโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม แม่หลายคนที่มีลูกสาวบกพร่องทางสติปัญญายอมรับว่าวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาด้านเพศมากที่สุด โดยกังวลว่าลูกจะถูกล่อลวงไปกระทำชำเราร้อยละ 50 ส่วนอีกร้อยละ 36.67 กังวลเรื่องการเข้าสังคม และพ่อแม่ส่วนใหญ่ไม่ได้เตรียมตัวให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่ลูก จึงยอมให้ลูกเข้ารับการทำหมันหรือทำแท้งเมื่อลูกตั้งครรถ (วัลย์ลิกา สังข์ทอง; และวารุณี เมฆอริยะ. 2541: 17-20) ดังนั้น เมื่อร่างกายของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเกิดการเปลี่ยนแปลงเช่นคนทั่วไป แต่บุคคลกลุ่มนี้ไม่สามารถดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของตนเองได้เท่าบุคคลปกติ ผู้ปกครองจึงต้องคำนึงถึงความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้และสอนเนื้อหาที่เหมาะสมกับช่วงอายุวัยรุ่นของแต่ละเพศเพื่อให้เขาดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและปลอดภัยด้วย

นอกจากข้อควรคำนึงเรื่องการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของตนเองแล้ว งานวิจัยยังพบว่า เพศที่แตกต่างกันส่งผลให้โอกาสในการดำเนินชีวิตของผู้บกพร่องทางสติปัญญาแตกต่างกันด้วย เช่น ผู้บกพร่องทางสติปัญญาเพศชายที่เข้าสู่ผู้ใหญ่ผู้นั้นมีโอกาสได้รับการศึกษาหรือการฝึกอาชีพมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากผู้ปกครองมักเป็นห่วงผู้บกพร่องทางสติปัญญาเพศหญิงเรื่องความปลอดภัยในการเดินทางมากกว่าเพศชาย และบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพศหญิงยังช่วยทำงานบ้านที่บ้านได้ ผู้ปกครองจึงมักไม่อนุญาตหรือส่งเสริมให้บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาเพศหญิงที่เข้าสู่ช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่เข้ารับการศึกษารหรือการฝึกอาชีพต่อ เป็นต้น (มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์. 2548: 37)

ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในช่วงวัยรุ่น

สำหรับคนทั่วไปนั้น ช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงที่มีความซับซ้อนและขัดแย้งในตัวเองมากที่สุด ยิ่งสำหรับผู้บกพร่องทางสติปัญญาซึ่งมีลักษณะโดยทั่วไปคือ ความสนใจสั้น ความจำสั้น พัฒนาการทางภาษาและทางสังคมล่าช้า ขาดความมีวินัยในตนเอง และขาดแรงกระตุ้นด้วยแล้ว จะยังมีความขัดแย้งและปัญหาด้านการปรับตัวทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคมมากขึ้น อีกทั้งบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญามักมีโรควิตกกังวล (Anxiety disorders) ซึ่งเป็นภาวะทางจิตที่พบได้บ่อยที่สุด และพบได้มากกว่าเด็กปกติ (Reaven; et al. 2009: 27) ดังนั้น พ่อแม่จึงควรตั้งความคาดหวังต่อบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาให้เหมาะสมกับอายุและความสามารถของบุคคลเหล่านั้น (วัลย์ลิกา สังข์ทอง; และคณะ. 2541: 37; Hallahan; & Kauffman. 2003: 124; Westling. 1997: 67) เพื่อให้เขาสามารถดำเนินได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพที่แท้จริงของเขาด้วย

การที่บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาอย่างเข้าสู่วัยรุ่นนั้น มีทั้งข้อดีและข้อด้อยหลายประการ เช่น ผู้ดูแลมักพบว่า เมื่อเด็กบกพร่องทางสติปัญญาเติบโตเข้าสู่วัยรุ่น บุคคลนั้นมักมีพฤติกรรมการปรับตัวดีขึ้นและรับรู้เรื่องราวต่างๆ ได้มากขึ้น (สมพร หวานเสร็จ. 2545: 33) เรื่องนี้มีสาเหตุ 2 ประการ

คือ ประการที่หนึ่ง ธรรมชาติสร้างให้คนพัฒนาระดับการรับรู้ (การทำงานของสมอง) รวมถึงการควบคุม อารมณ์และความรู้สึกได้ดีขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เรื่องเหล่านี้เป็นไปตามวัย (Crane. 2002: 159) และ ประการที่สอง การที่คนๆ หนึ่งอายุมากขึ้นย่อมหมายถึง การผ่านชีวิตมามากขึ้น ทำให้ความรู้และ ประสบการณ์มากขึ้นตามไปด้วย สิ่งเหล่านี้เองที่ทำให้คนอายุมากกว่ามักมีความรู้มากกว่า และปฏิบัติ ตัวได้ถูกกาลเทศะมากกว่าคนอายุน้อย แต่สำหรับผู้บกพร่องทางสติปัญญานั้น ถึงสมองของเขาจะมีการพัฒนาเมื่ออายุมากขึ้น (แม้ในอัตราการเติบโตต่ำกว่าบุคคลทั่วไป) แต่คนกลุ่มนี้ไม่สามารถเรียนรู้ จากสิ่งแวดล้อมได้เหมือนคนอื่น (Ryndak. 1996: 199) ทำให้เขาไม่สามารถปรับสิ่งต่างๆ ที่สังเกตเห็น รอบตัวให้เป็นชุดความรู้เพื่อบรรจุเข้าไปในสมองได้ด้วยตนเอง อีกทั้งการเรียนรู้ของคนกลุ่มนี้ต้องอาศัย การ “ซ้ำ ย้ำ ทวน” เพราะเขาไม่สามารถเรียนรู้หรือจำได้ด้วยการสอนหรือการบอกเพียงครั้งเดียว ผู้ดูแล จึงควรตระหนักถึงความสามารถของแต่ละคนในด้านนี้ และปรับรูปแบบการเลี้ยงดูและเนื้อหาที่สอนให้ เหมาะสมกับระดับการเรียนรู้ของแต่ละวัย อันจะทำให้ผู้บกพร่องทางสติปัญญาได้รับการพัฒนาที่เหมาะสม กับอายุจริงของเขามากกว่าการสอนตามอายุสมอง (Thomas. 1998: 58) นั่นเอง

เนื่องจากช่วงวัยรุ่นเป็นระยะถ่ายโอนจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมจาก บ้านหรือโรงเรียนมาสู่การทำงานและประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตน ทำให้บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทาง สติปัญญาต้องเกี่ยวข้องกับผู้คนมากขึ้น รูปแบบความสัมพันธ์จึงเปลี่ยนไป ความช่วยเหลือที่เคยได้รับ จากหน่วยงานต่างๆ ก็ลดลง รวมถึงการต้องรับมือกับเพิ่มเติมเช่น การกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจ ด้วยตนเอง (Self-determination) ซึ่งนับเป็นคุณสมบัติที่สำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคล นั้นมีอายุมากขึ้น โดยทั่วไปแล้ว ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในช่วงวัยรุ่นนั้นมีวุฒิภาวะทางจิตใจและ ความสามารถในการตัดสินใจพอสมควร กล่าวคือ สามารถตัดสินใจอย่างเป็นระบบได้ใกล้เคียงผู้ใหญ่ ทราบว่าข้อมูลใดมีประโยชน์ต่อการตัดสินใจนั้นๆ ทราบถึงผลที่จะตามมาจากการตัดสินใจในครั้งนั้น สามารถนำประสบการณ์การตัดสินใจที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในอดีตมาพิจารณาทางเลือกใน การตัดสินใจเรื่องอื่นในเวลาต่อมาได้ และยังเข้าใจด้วยว่าการกระทำของเขาจะส่งผลต่อผู้อื่นอย่างไร แต่ ปัญหาของผู้บกพร่องทางสติปัญญาคือ การกระทำที่แสดงออกมักเกิดจากปฏิกิริยาทางอารมณ์มากกว่า การพิจารณาด้วยเหตุผล เรื่องนี้เองที่ทำให้เขาไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองในทุกเรื่องได้ ดังนั้น ผู้ดูแล และผู้สอนต้องให้การช่วยเหลือในหลายประการเช่น ให้โอกาสเขาได้ตัดสินใจเรื่องง่ายๆ ใน ชีวิตประจำวัน แล้วค่อยๆ เพิ่มโอกาสให้เขาได้ตัดสินใจในเรื่องที่มีความสำคัญมากขึ้น สอนให้เขาเห็นว่ การตัดสินใจในชีวิตประจำวันนั้นจะนำไปสู่เป้าหมายในชีวิตของเขาได้อย่างไร ช่วยย่อยเป้าหมายระยะ ยาวให้เป็นงานย่อยๆ ที่จะนำเขาไปสู่เป้าหมายระยะยาวได้ง่ายขึ้น ช่วยให้เขาทราบถึงจุดเด่นและจุด ด้อยของตนเอง และชี้ให้เขาทราบถึงแหล่งความช่วยเหลือที่เขาจะหาได้เมื่อต้องการ (Westling; & Fox. 2004: 44, 529)

การเลี้ยงดู การช่วยเหลือ และการสอนผู้บกพร่องทางสติปัญญานั้นควรเป็นไปตามอายุ จริงไม่ใช่อายุสมอง ดังนั้น ผู้บกพร่องทางสติปัญญาอายุ 14-18 ปีจึงควรได้รับการเตรียมความพร้อม ด้านการหาเลี้ยงชีพด้วยการเรียนรู้หรือฝึกอาชีพในสถาบันวิชาชีพ สถานประกอบการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ซึ่งอาจเป็นอาชีพที่พ่อแม่หรือญาติทำอยู่ (วัลย์ลิกา สังข์ทอง; และวารุณี

เมฆอริยะ. 2541: 17-20) แต่ในความเป็นจริง เรื่องนี้อาจเป็นไปได้ยาก เนื่องจากแม้แต่ในเด็กปกติ งานวิจัยยังพบว่า เด็กที่มีอายุมากขึ้นจะมีโอกาสทางการศึกษาลดลง (อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์; และปัทมา อมรสิริสมบุรณ์. 2550: 55) ดังนั้น วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาย่อมมีโอกาสทางการศึกษาน้อยกว่าวัยรุ่นทั่วไป และน้อยกว่าเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่อายุน้อยกว่า ผู้ปกครองและครูผู้สอนจึงควรให้ความสำคัญกับความต้องการของเขาในด้านนี้ด้วย

ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง

ยิ่งภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มีความรุนแรงมากเท่าไร ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองก็ยิ่งลดลงมากเท่านั้น นี่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงมีความเครียดสูงกว่าผู้ดูแลบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อยหรือปานกลาง (วชิรพร โชติพานัส. 2544: 57-59) ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงจึงต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก การช่วยเหลือตนเองนั้นเริ่มตั้งแต่ความสามารถในการทำเรื่องง่ายๆ ที่เป็นกิจวัตรประจำวัน จนถึงสิ่งที่ซับซ้อนมากขึ้น บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงนั้นมีปัญหาในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ปัญหาด้านการช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย (การอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน) การเข้าห้องน้ำ (การขับถ่าย การทำความสะอาดและการปฏิบัติตนหลังขับถ่าย) การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ การประกอบอาหารอย่างง่าย การทำความสะอาดภาชนะและเครื่องครัวที่ใช้ในชีวิตประจำวันหลังใช้งาน การทำความสะอาดเสื้อผ้า การทำความสะอาดที่พักอาศัย และของใช้ในบ้าน การรู้ตารางเวลาประจำวันของตนเองเช่น การตื่นนอน การเก็บที่นอน การไปโรงเรียนหรือไปทำงาน เป็นต้น รวมถึงการรู้จักค่าของเงินและการใช้เงินด้วย หากผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงได้รับการสอนอย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่วนใหญ่จะสามารถช่วยเหลือตนเองได้พอสมควรเช่น สามารถรับประทานอาหารด้วยช้อนและส้อมได้ แต่อาจต้องการความช่วยเหลือในการตัดอาหารเป็นชิ้นเล็กๆ อาบน้ำและแต่งตัวเองได้แต่ต้องมีคนคอยดูแล เข้าห้องน้ำ ล้างมือ และล้างหน้าได้เอง แต่อาจต้องมีคนคอยบอกหรือกระตุ้นเป็นระยะ (Westling; & Fox. 2004: 5)

2. ปัญหาด้านการสื่อสาร การสื่อสารแบ่งได้เป็น 2 ด้านคือ หนึ่ง การสื่อความหมายให้ผู้อื่นเข้าใจได้ โดยเฉพาะคนคุ้นเคยเช่น การพูด การแสดงท่าทาง สีหน้า และแววตา และสอง การเข้าใจภาษาหมายถึง การรับรู้สิ่งที่ผู้คนรอบข้างสื่อสารกับบุคคลนั้นเช่น การเข้าใจคำสั่งและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง การเข้าใจคำถาม ฯลฯ ทั้งนี้ ระดับทักษะการสื่อสารของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาแต่ละคนย่อมแตกต่างกันไปเช่น บางคนอาจพูดไม่ได้เลย ในขณะที่บางคนอาจพูดได้เป็นคำๆ หรือบางคนอาจพูดได้เป็นประโยค อย่างไรก็ตาม ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงร้อยละ 90 นั้น บกพร่องทางการสื่อสารด้วยคำพูด เขาจึงต้องสื่อสารด้วยช่องทางอื่นแทนเช่น ด้านพฤติกรรม เป็นต้น (Beirne-Smith; Patton; & Kim. 2006: 301; Crane. 2002: 112)

3. ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่เกิดร่วมหรือเกิดจากภาวะสมองพิการ (Cerebral palsy) โรคลมชัก (Epilepsy) หรือโรคกระดูกสันหลังบิดเบี้ยวอย่างรุนแรง (Severe scoliosis) ผู้บกพร่องทางสติปัญญาแต่ละคนจะประสบปัญหาด้านนี้แตกต่างกันคือ มี

ตั้งแต่กล่อมเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่งเคลื่อนไหวติดขัดเล็กน้อยไปจนถึงปัญหาขั้นรุนแรงทำให้เคลื่อนไหวและหยิบจับอะไรไม่ได้เลย คนกลุ่มนี้จะมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวล่าช้าอย่างชัดเจนตั้งแต่ขวบปีแรก แต่ส่วนใหญ่แล้ว ผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพียงอย่างเดียววันนั้นจะสามารถเดิน วิ่ง กระโดด เต้นรำ หรือแม้กระทั่งกระโดดเชือกหรือเล่นสเก็ตได้ด้วยซ้ำ (Beirne-Smith; Patton; & Kim. 2006: 296; Westling; & Fox. 2004: 5)

4. ปัญหาด้านการแพทย์และสุขภาพ บุคคลกลุ่มนี้เรียกได้ว่า “เปราะบางทางการแพทย์” (Medically fragile) เนื่องจากทารกเกิดมาโดยมีภาวะทางการแพทย์ระดับรุนแรงติดตัวมาด้วย ทำให้เด็กเหล่านี้อ่อนแอต่อโรคที่มักเกิดกับเด็กเกือบทุกโรค ซึ่งลักษณะอาการ ระดับความรุนแรง และความต้องการของแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุคคลเหล่านี้มักสื่อสารได้น้อยทำให้ไม่สามารถบอกถึงภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้ กว่าแพทย์จะทราบถึงความเจ็บป่วยนั้น ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ก็เพิ่มความรุนแรงขึ้นกว่าเดิม ประกอบกับบุคคลเหล่านี้เป็นชนกลุ่มน้อย แพทย์หรือบุคลากรวิชาชีพจึงขาดความชำนาญเกี่ยวกับภาวะที่ซับซ้อนของบุคคลเหล่านี้ ผู้เกี่ยวข้องบางคนจึงให้ความเห็นว่า การพาคนกลุ่มนี้ออกสู่สภาพแวดล้อมนอกบ้านอาจทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้มากขึ้น ซึ่งผู้ดูแลจำเป็นต้องเลือกระหว่างทักษะทางสังคมกับคุณภาพชีวิต หรือปัญหาทางการแพทย์อย่างรอบคอบ (Beirne-Smith; Patton; & Kim. 2006: 296; Crane. 2002: 125)

5. ปัญหาด้านพฤติกรรมที่ครู พ่อแม่ และสมาชิกในครอบครัว รวมถึงเพื่อนร่วมงาน ประสบอยู่บ่อยครั้ง ปัญหาด้านพฤติกรรมหมายถึง การกระทำที่ขัดขวางการเรียนรู้หรือการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว หรือขัดขวางการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน อย่างไรก็ตาม แม้บุคคลเหล่านี้จะเรียนรู้ทักษะใหม่ได้ช้ากว่าบุคคลทั่วไป และนำทักษะที่เรียนรู้แล้วไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ได้ยาก แต่บุคคลกลุ่มนี้ยังคงมีความรู้สึก รัก รู้สึกสนุก ฯลฯ หรือมีความสนใจในบางเรื่องเหมือนคนทั่วไป เมื่อบุคคลเหล่านี้ไม่สามารถสื่อสารความรู้สึกหรือความต้องการของตนด้วยการพูดได้ เขาจึงต้องใช้พฤติกรรมในการสื่อสารแทน คนทั่วไปมักมองว่าพฤติกรรมเหล่านี้แก้ไขไม่ได้ แต่งานวิจัยจำนวนมากพิสูจน์แล้วว่า ผู้ดูแลหรือครูสามารถสอนให้เขาเปลี่ยนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ทั้งหลายให้กลายเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ และพฤติกรรมเหล่านี้มักขึ้นอยู่กับสถานการณ์แวดล้อมด้วย (Beirne-Smith; Patton; & Kim. 2006: 297; Crane. 2002: 113; Gudalefsky; & Madduma. 2005: 33)

6. ปัญหาด้านวิชาการ คนกลุ่มนี้สามารถเรียนรู้ทักษะทางวิชาการในระดับอนุบาลได้ เช่น การนับเลขและรู้ว่าเงินเป็นของมีค่า จำคำที่ใช้ทั่วไป สีและสัญลักษณ์ที่พบเห็นบ่อย แต่ไม่สามารถอ่านหนังสือหรือรู้จักค่าของเงินแต่ละแบบได้ (Westling; & Fox. 2004: 5)

7. ปัญหาด้านการทำงานหรือการประกอบอาชีพ แม้คนกลุ่มนี้จะมีปัญหาในการเรียนรู้ทักษะด้านต่างๆ และได้รับการยอมรับจากคนในสังคมน้อย เห็นได้จากจำนวนบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาที่จบการศึกษาจากโรงเรียนแล้วสามารถหางานทำได้นั้นยังมีน้อยมาก (มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์. 2548: 17) แต่งานวิจัยในต่างประเทศจำนวนไม่น้อยพบว่า ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงสามารถหาเลี้ยงชีพได้พอสมควรเช่น บุคคลที่มีความ

บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงร่วมกับภาวะสมองพิการ (Cerebral palsy หรือ CP) ที่นั่ง ยืน หรือเดินไม่ได้เลยสามารถใช้มือทั้งสองข้างทำงานหัตถกรรมเพื่อขายเลี้ยงชีพได้ หรืออีกตัวอย่างหนึ่งคือชุมชนปาล์มบีช มลรัฐฟลอริดา ประเทศสหรัฐอเมริกาที่ส่งเสริมให้ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงเข้าเรียนร่วมในโรงเรียนปกติ โดยโรงเรียนเน้นการศึกษา 4 ด้านคือ ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านพื้นฐานการทำงานและอาชีพ ด้านงานบ้านและสันตนาการ ส่วนด้านทักษะทางสังคมนั้น นักเรียนได้เรียนรู้ตลอดเวลาที่อยู่ในโรงเรียนอยู่แล้ว และนักเรียนทุกคนมีแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) ได้รับความช่วยเหลือ รวมถึงมีอุปกรณ์ช่วยเหลือที่จำเป็น อีกทั้งพ่อแม่ยังมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของลูกทุกขั้นตอนด้วย (ชวาลา เรียร์ธนู; และกัลยา สุตะบุตร. 2539: 4; Beirne-Smith. 1994: 252-259; Crane. 2002: 83; Gudalefsky; & Madduma. 2005: 158; Thomas. 1998: 74, 188, 215, 233)

ทักษะในการดำรงชีวิตของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง

บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญามีความต้องการเหมือนคนทั่วไปคือ นอกจากความต้องการด้านปัจจัยสี่ การพักผ่อน และการขับถ่ายแล้ว เขายังต้องการเป็นที่รัก เป็นที่ยอมรับของกลุ่มซึ่งหมายถึง ครอบครัว เพื่อน และคนในชุมชนด้วย (สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. 2539: 35) ดังนั้น เป้าหมายของการให้การศึกษแก่วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา จึงควรเน้นใน 2 ประเด็นหลักคือ การทำให้เป็นปกติ (Normalization) และการดำรงชีวิตอิสระ ลดการพึ่งพาผู้อื่น (Independent living) อย่างไรก็ตาม มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ ได้สำรวจทักษะด้านต่างๆ ของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการฝึกอาชีพ พบว่า บุคคลเหล่านี้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับดีมากและพอใช้ แต่ยังมีปัญหาในเรื่องทักษะการใช้เวลาว่าง การจัดการด้านการเงิน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การดูแลสุขภาพตนเอง และการใช้ชีวิตในชุมชน ดังนั้น ผู้ดูแลจึงควรฝึกด้านการช่วยเหลือตนเองเป็นอันดับแรก เพื่อให้บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาพึ่งพาผู้อื่นน้อยลง หลังจากนั้นจึงฝึกทักษะการสื่อสาร ทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ซึ่งรวมถึงทักษะทางสังคม ทักษะทางอาชีพ และลักษณะนิสัยที่จำเป็นต่อการทำงานด้วย (มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์. 2548: 35, 106)

ทักษะด้านการช่วยเหลือตนเอง หมายถึง ทักษะการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันเช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การแต่งตัว เป็นต้น การขาดทักษะด้านนี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นอย่างมาก (Heward. 2006: 148) งานวิจัยจำนวนมากยืนยันว่า บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับปานกลาง ระดับรุนแรง และระดับรุนแรงมากสามารถเรียนรู้ทักษะการช่วยเหลือตนเอง (การขับถ่าย การอาบน้ำ การแปรงฟัน โกนหนวด ปฏิบัติตนเมื่อมีประจำเดือน แต่งตัว รับประทานอาหารอย่างเหมาะสม และทักษะอื่นๆ อีกมากมาย) และยังสามารถซักเสื้อผ้าได้เอง ใช้โทรศัพท์ ทำความสะอาดห้อง ทำอาหาร และทำงานบ้านที่ทำเป็นประจำได้ด้วย (Westling; & Fox. 2004: 22)

มีผู้กล่าวไว้ว่า กิจกรรมที่สำคัญที่สุดในชีวิตของคนเรามี 3 เรื่องคือ การรับประทานอาหาร การขี้นถ่าย และการพักผ่อน หากบุคคลใดไม่สามารถทำกิจกรรมครบทั้ง 3 ข้อนี้ก็ไม่สามารมีชีวิตอยู่ได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลควรรสอนเรื่องเหล่านี้ให้กับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาให้ครบถ้วนเช่น เรื่องการรับประทานอาหารนั้น ไม่ใช่เพียงการตักอาหารเข้าปาก แต่ยังคงสอนเรื่องมารยาทในการรับประทานอาหาร การเลือกซื้อ การล้าง การทำอาหาร และการเก็บถนอมอาหาร ตลอดจนการล้างภาชนะหลังรับประทานอาหารเสร็จ เป็นต้น ส่วนเรื่องการขี้นถ่ายก็เช่นกัน เนื้อหาในการสอนเรื่องการขี้นถ่ายควรครอบคลุมถึงการถอดและใส่เสื้อผ้าก่อนและหลังการขี้นถ่าย การเลือกสถานที่ขี้นถ่ายให้เหมาะสมกับตนเองเช่น ห้องน้ำชาย-ห้องน้ำหญิง การทำความสะอาดหลังขี้นถ่าย การกำจัดของเสียที่ขี้นถ่ายออกจากร่างกาย รวมถึงการสังเกตลักษณะของปัสสาวะและอุจจาระที่เป็นสัญญาณของความเจ็บป่วย และการดูแลร่างกายตนเองเมื่อมีโรคด้านการขี้นถ่ายเช่น อาการท้องเสีย ถ่ายเป็นเลือด หรือท้องผูก เป็นต้น (Gudalefsky; & Madduma. 2005: 88-94)

งานวิจัยพบว่า ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของลูกนั้นส่งผลต่อความเชื่อในศักยภาพของลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาแตกต่างกันคือ หากลูกช่วยเหลือตนเองได้มาก ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ปกครองมักเชื่อว่าลูกมีความสามารถ มีความอดทน ควรมีอาชีพ และคิดว่าลูกเป็นภาระต่อพ่อแม่ น้อยกว่าลูกบกพร่องทางสติปัญญาที่ช่วยเหลือตนเองไม่ค่อยได้ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2536: 62) ผู้ดูแลและครูจึงมักสอนเรื่องนี้ให้กับบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาเป็นอันดับแรก หากผู้บกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงสามารถดำเนินกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตนเองทุกวันแล้ว บุคคลดังกล่าวจะเกิดความเคยชินและช่วยเหลือตนเองได้อย่างคล่องแคล่ว ทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี เป็นที่ยอมรับของสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเกิดความรู้สึกที่ดีและความภาคภูมิใจต่อตนเองด้วย ดังนั้นยังผู้ปกครองและครูผู้สอนนำเรื่องเหล่านี้มาสอนให้ผู้บกพร่องทางสติปัญญาเกิดความชำนาญเร็วขึ้นเท่าไร ยิ่งเป็นผลดีเท่าไรนั้น (Snell; & Brown. 2000: 331-333) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาก้าวเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองย่อมมีผลต่อการยอมรับของเพื่อนและการใช้ชีวิตอย่างคนปกติในชุมชนด้วย

ทักษะด้านการสื่อสาร หมายถึง การส่งและรับข้อมูล ความคิด ความรู้สึก และความต้องการโดยใช้การแปลความและการส่งข้อความ (Heward. 2006: 301) แต่เมื่อผู้บกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงร้อยละ 90 มีปัญหาด้านการสื่อสารด้วยคำพูด บุคคลเหล่านี้จึงต้องใช้ท่าทางหรือพฤติกรรมในการสื่อความหมายแทน อย่างไรก็ตาม ทักษะด้านการสื่อสารที่จำเป็นนั้นขึ้นอยู่กับวัยของแต่ละบุคคลเช่น ในวัยเด็ก พ่อแม่อาจคาดหวังให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงรู้จักคำเรียกสิ่งของ รู้จักตอบรับหรือปฏิเสธสิ่งที่ผู้อื่นทำให้ รู้จักร้องหรือขอความช่วยเหลือเมื่อเจ็บปวดหรือไม่สบาย หรือโต้ตอบมีปฏิสัมพันธ์กับคู่สนทนาได้ในระยะเวลาสั้นๆ แต่เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยเรียนและวัยรุ่น พ่อแม่ย่อมคาดหวังให้บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาสามารถสื่อสารได้มากขึ้น (สมพร หวานเสร็จ. 2545: 28; Turnbull; et al. 2004: 258)

ทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน ได้แก่ ความสามารถในการเลือกอาหาร เตรียมอาหาร และการถนอมอาหารอย่างง่าย สุขอนามัย การดูแลเสื้อผ้า การทำความสะอาดบ้าน การใช้โทรศัพท์และของใช้ต่างๆ ในบ้าน โดยเฉพาะสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายเช่น เต้าแก๊ส น้ำมัน ปลั๊กไฟ ของมีคม เป็นต้น รวมถึงการอยู่ร่วมกับสมาชิกคนอื่นในบ้าน ทักษะด้านนี้จึงมักเกี่ยวข้องกับทักษะด้านอื่นด้วยเช่น ทักษะทางสังคม และทักษะการสื่อสาร เป็นต้น (Thomas. 1998: 278) พ่อแม่และครูควรเลือกสอนเฉพาะเรื่องที่สำคัญสำหรับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงและควรสอนในสถานการณ์จริง (Snell; & Brown. 2000: 544)

ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน หมายถึง ความสามารถในการใช้สิ่งอำนวยความสะดวกในละแวกบ้านและในชุมชนนั้นได้ ซึ่งทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนนั้นมีขอบเขตกว้างและประกอบด้วยทักษะหลายด้าน (Smith. 2001: 261) ตั้งแต่ทักษะง่ายๆ เช่น การเดินทางไปยังสถานที่ที่บุคคลนั้นคุ้นเคย การใช้ระบบขนส่งมวลชน การใช้เงินและการซื้อของ ไปจนถึงทักษะขั้นสูงเช่น การทำงานหาเลี้ยงชีพ การกำหนดเป้าหมายชีวิตและการตัดสินใจด้วยตนเองเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Self-determination) และการพิทักษ์สิทธิของตน (Self-advocacy) ด้วย (กุลยา ก่อสุวรรณ. 2553ก: 183; Hallahan; & Kauffman. 2003: 126-127; Odom; et al. 2007: 371) งานวิจัยระบุว่า บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงสามารถเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นในชีวิตประจำวันเช่น การไปร้านขายของ ร้านอาหาร และแหล่งสันทนาการในชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้ บุคคลเหล่านี้ยังสามารถเรียนรู้การข้ามถนนอย่างปลอดภัย การใช้ระบบขนส่งสาธารณะ การถอนเงินจากตู้เอทีเอ็ม และเรียนรู้ทักษะอื่นที่จำเป็นต่อการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนได้ (Westling; & Fox. 2004: 22-23) นอกจากนี้ พ่อแม่ส่วนใหญ่ยังเชื่อว่า นอกจากทักษะงานบ้านแล้ว ทักษะที่สำคัญและลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาสามารถนำไปใช้ในชีวิตได้จริงคือ ทักษะอาชีพ (Westling. 1997: 67) ดังนั้น ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ควรพิจารณาทักษะด้านอาชีพด้วย

อย่างไรก็ตาม เมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมา ทีมงานของสมาคมเพื่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการแห่งประเทศไทย (AAIDD) ได้คิดค้นระบบที่ช่วยประเมินความต้องการ การช่วยเหลือของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาผู้ใหญ่ให้ชัดเจนและแม่นยำยิ่งขึ้น โดยการใช้แบบประเมินระดับความต้องการการช่วยเหลือ (Supports Intensity Scale หรือ SIS) ที่สามารถระบุความต้องการของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาผู้ใหญ่ในทักษะหลัก 7 ด้านได้แก่ ทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต ทักษะการทำงาน ทักษะด้านสุขภาพและความปลอดภัย ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และทักษะการปกป้องตนเองและการพิทักษ์สิทธิของตน โดยแบ่งเป็นกิจกรรม 57 ประเภท แต่แบบประเมินฉบับนี้แตกต่างจากแบบทดสอบทักษะการปรับตัว เนื่องจากแบบประเมินฉบับนี้มุ่งเน้นการประเมินการช่วยเหลือพิเศษที่ช่วยให้บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ด้วยดี (กุลยา ก่อสุวรรณ. 2553ข: 200; Beirne-Smith; Patton; & Kim. 2006: 119; Thompson; et al. 2009: 135)

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง

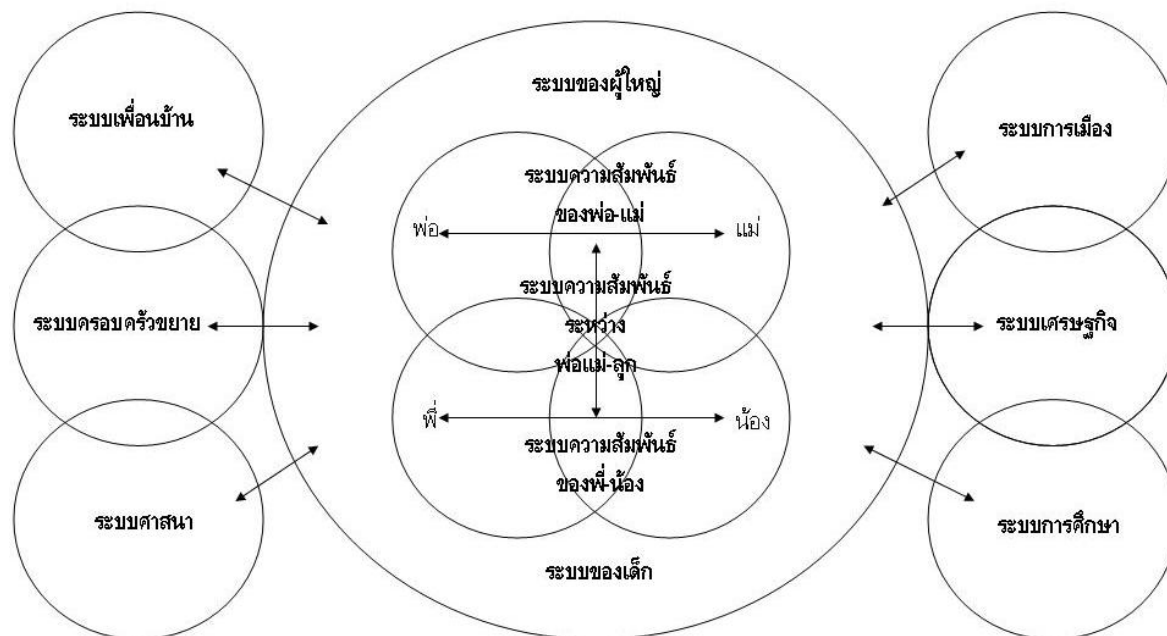
ฮิวเวอร์ต (Heward) กล่าวว่าไว้ว่า ปัญหาหลักของผู้บกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงคือบุคคลเหล่านี้ไม่สามารถเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ อีกทั้งยังไม่สามารถนำทักษะที่เรียนรู้แล้วไปใช้ในสถานการณ์ที่แตกต่างจากสถานการณ์ที่เรียนรู้ และไม่สามารถสื่อสารได้ ดังนั้น ผู้บกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงส่วนใหญ่จึงมักมีปัญหาพฤติกรรมร่วมด้วย ปัญหาพฤติกรรมได้แก่ ความก้าวร้าว การทำร้ายตนเอง และการกระตุ้นตนเองเช่น การโยกตัวหรือสะบัดมือ เป็นต้น ยิ่งภาวะบกพร่องทางสติปัญญารุนแรงเท่าไร ปัญหาพฤติกรรมยิ่งมีโอกาสเกิดมากขึ้นเท่านั้น (Heward. 2006: 148) แต่ผลการวิจัยระบุว่า ผู้บกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงเพียงบางคนเท่านั้นที่มีปัญหาพฤติกรรม โดยพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นขึ้นอยู่กับการสอนทักษะที่เหมาะสมและสถานการณ์แวดล้อมมากกว่า ดังเห็นได้จากผลของการสอนพฤติกรรมที่เหมาะสมเช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ และทักษะทางสังคมให้กับเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม แล้วทำให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นหายไปได้ (Beirne-Smith; Ittenbach; & Patton. 2002: 283) เมื่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้บกพร่องทางสติปัญญาหมายถึงพฤติกรรมที่ขัดขวางการเรียนรู้หรือการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว หรือขัดขวางการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน ดังนั้น พฤติกรรมที่มักเป็นปัญหาของผู้บกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมักได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว (เช่น การถุยน้ำลาย ขว้างของ ก้าวร้าวทางวาจา เป็นต้น) พฤติกรรมทำร้ายตนเอง และผู้อื่น (เช่น การหยิก ข่วน กัด ตี ตบ เตะ ต่อย ชก ใช้วัตถุในร่างกายหรือวัตถุแข็งกระแทกร่างกายตนเองหรือผู้อื่นให้เกิดความเจ็บปวด) ปัญหาในการควบคุมอารมณ์ (เช่น การวิ่งหนี นอนดิ้นบนพื้น ส่งเสียงดังเพื่อแสดงอารมณ์ไม่พอใจ) รวมถึงพฤติกรรมซ้ำๆ (เช่น การโยกตัว หรือการสะบัดมือ เป็นต้น) ยิ่งผู้บกพร่องทางสติปัญญามีปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสมมากเท่าไร ความสัมพันธ์ในครอบครัวจะต่ำลง และครอบครัวมีภาระและความเครียดมากขึ้นด้วย (Crane. 2002: 131; Magana; et al. 2006: 88)

ครอบครัวของผู้บกพร่องทางสติปัญญา

การเติบโตและพัฒนาการของเด็กมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 3 มิติ มิติแรกได้แก่ พัฒนาการของเด็กเองเช่น พัฒนาการทางร่างกาย สติปัญญา และลักษณะนิสัย เป็นต้น มิติที่สองได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัวเช่น การเลี้ยงดู ภูมิภาวะของพ่อแม่หรือผู้นำครอบครัว สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว และปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น ส่วนมิติที่สามได้แก่ สถาบันชุมชน ซึ่งถือเป็นบุคคลรอบนอกเช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน สมาชิกในหมู่บ้าน สถาบันศาสนา เจ้าหน้าที่ด้านการศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรอาสาสมัคร และนักพัฒนาต่างๆ เป็นต้น (ภาวิณี ศรีสุขวัฒนานนท์; และคณะ. 2533: 132)

ส่วนอีกแนวคิดหนึ่ง (ดังภาพด้านล่างที่ได้ดัดแปลงมาจากแนวคิดของไอบิด (Ibid)) ได้แจกแจงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ซึ่งเป็นสัตว์สังคมไว้ดังนี้ ปัจจัยแรกที่มีความสำคัญสูงสุดได้แก่ ครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์หลายแบบเช่น ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาใน

ฐานะที่เป็นพ่อและแม่ ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับลูก และความสัมพันธ์ระหว่างพี่กับน้อง ส่วนวงกลมย่อยด้านนอกแสดงให้เห็นถึงปัจจัยนอกครอบครัวที่มีความสำคัญเช่นกันได้แก่ ระบบเพื่อนบ้าน ระบบครอบครัวขยาย ระบบศาสนา ระบบการเมือง ระบบเศรษฐกิจ และระบบการศึกษา จึงเห็นได้ว่าการที่คนๆ หนึ่งจะดำรงชีวิตในสังคมได้โดยปกติสุขนั้น ย่อมมีสถาบันอื่นๆ ในสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องกับ (กิตติยา นรามาศ. 2529: 56)



ครอบครัวเป็นหน่วยในสังคมที่เล็กที่สุด ใกล้ตัวที่สุด และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ปกครองทางสติปัญญามากที่สุด (ทิพย์ คงสินสิริ. 2545: 24; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2539: 43) ดังนั้น หากครอบครัวเข้มแข็งและมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี ครอบครัวก็จะช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัว และทำให้คนในครอบครัวมีสุขภาพจิตดีไปด้วย (อัญชลี ศีลาเกษ; และคณะ. 2539: 2) นอกเหนือจากความสัมพันธ์อันเหนียวแน่นภายในครอบครัวแล้ว ยังมีปัจจัยในครอบครัวอีกหลายประการที่อาจส่งเสริมให้ผู้ปกครองทางสติปัญญามีการพัฒนาด้านร่างกาย สติปัญญา และจิตใจดีขึ้นเช่น รูปแบบและขนาดของครอบครัว กล่าวคือ เด็กที่เกิดในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกมากย่อมมีโอกาสได้รับความช่วยเหลือมากกว่า ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ง่ายกว่า และมีความรู้สึกของการเป็นสมาชิกในกลุ่มมากกว่า แต่ในทางกลับกัน ผลของการวิจัยบางงานกลับพบว่า ผู้ปกครองทางสติปัญญาที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดเล็กมักได้รับการเอาใจใส่มากกว่า ในขณะที่เด็กในครอบครัวขนาดใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวเล็ก เพราะทารกในครอบครัวใหญ่มักได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวหลายคนสลับกัน การที่คนเลี้ยงดูมีจำนวนมากเกินไป ทารกคนนั้นอาจกลายเป็นเด็กขี้อ้อน ดัดมือ และหากผู้เลี้ยงดูมีความเห็นเกี่ยวกับการเลี้ยงดูขัดแย้งกัน เด็กจะเกิดความสับสนในเวลาต่อมา นอกจากนี้ ความหลากหลายของ

สมาชิกในครอบครัวก็ส่งผลต่อการเติบโตของเด็กเช่นกัน กล่าวคือ หากสมาชิกในครอบครัวมีความหลากหลายเช่น เพศ วัย อาชีพ ลักษณะนิสัยต่างกัน เด็กจะมีต้นแบบหลากหลายให้เลียนแบบได้มากขึ้น โดยเฉพาะบทบาทที่เหมาะสมของแต่ละเพศ ดังนั้น ครอบครัวที่ดีจึงควรมีทั้งเพศชายและเพศหญิง (รัชติกร แสงศร. 2531: 17-18) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านความเชื่อ ความคาดหวัง พฤติกรรม รูปแบบการเลี้ยงดู สภาพแวดล้อมทางบ้าน การส่งเสริมการเรียนรู้ภายในครอบครัว การช่วยเหลือ เอาใจใส่ ติดตามดูแล และการที่พ่อแม่ช่วยเสริมทักษะและให้ความรู้เพิ่มเติมนั้นมีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ของลูกด้วย (สมพร หวานเสร็จ. 2545: 3)

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยพบว่า สาเหตุที่เด็กพิการในประเทศไทยพัฒนาไม่เต็มที่ เพราะเจตคติที่ครอบครัวและสังคมมีต่อเด็กนั้นไม่สร้างสรรค์ (สมพร หวานเสร็จ. 2545: 1) ดังนั้น เพื่อให้ผู้บกพร่องทางสติปัญญาพัฒนาได้เต็มศักยภาพของเขานั้น ครอบครัวควรยอมรับความจริงเกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญาของเด็กแต่ละคน ศึกษาหาความรู้เพื่อติดต่อขอความช่วยเหลือด้านคำชี้แนะ การฝึกอบรมและกำลังใจ รวมถึงให้โอกาสลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้แสดงความสามารถ และเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ ไม่ใช่รอรับความช่วยเหลือแต่เพียงฝ่ายเดียว (สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. 2539: 44) เมื่อครอบครัวเป็นหน่วยที่สำคัญต่อชีวิตของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญามากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง ผู้เกี่ยวข้องและผู้รับผิดชอบในการพัฒนาบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจึงควรพิจารณาปัจจัยด้านต่าง ๆ ของครอบครัวของบุคคลเหล่านี้ด้วย

ที่ตั้งของครอบครัว

ถิ่นกำเนิดและสภาพแวดล้อมของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดปัจจัยหนึ่งเช่น บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศที่เจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี การศึกษา บริการสวัสดิการทางสังคมและความมั่นคง และมีความปลอดภัยในชีวิต ย่อมมีสิ่งแวดล้อมที่อำนวยความสะดวก มีโอกาสและได้รับการยอมรับในสิทธิและคุณค่าของความเป็นมนุษย์มากกว่าบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศกำลังพัฒนาที่ความคิดด้านสิทธิมนุษยชนและเจตคติของคนในสังคมต่อคนที่มีความบกพร่องยังไม่ถูกต้อง

นอกเหนือจากการแบ่งประเทศไทยตามรูปแบบและเขตการปกครอง (กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก ภาคกลาง และภาคใต้) (กรมการปกครอง. 2551: ออนไลน์) แล้ว ประเทศไทยยังสามารถแบ่งตามลักษณะและบริบทของที่อยู่อาศัยได้เป็น 3 ลักษณะคือ ชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบท ซึ่งกระทรวงมหาดไทยได้ใช้เขตการปกครองแบบเทศบาลเป็นตัวกำหนดความเป็นชุมชนเมือง (ทัศนีย์ทองสว่าง. 2549: 16; ราชบัณฑิตยสถาน. 2551: ออนไลน์; สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2552: 55) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาความหนาแน่นของประชากรที่รายงานโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า เมื่อปีพ.ศ. 2548 ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีเพียงร้อยละ 30.1 ในขณะที่ประชากรที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีร้อยละ 69.9 (กลุ่มสถิติประชากรและสังคม. 2549ข: vii) ส่วนจำนวนผู้พิการในปีพ.ศ. 2551 นั้น สำนักงานสถิติ

แห่งชาติได้รายงานไว้ว่า ผู้พิการที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีจำนวน 312,497 คน (ร้อยละ 16.7) และ ผู้พิการที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีจำนวนถึง 1,559,363 คน (ร้อยละ 83.3) จึงพออนุมานได้ว่าจำนวน คนที่มีภาวะบกพร่องกับคนปกติในเขตเทศบาลหรือชุมชนเมืองนั้นน้อยกว่าผู้บกพร่องที่อาศัยอยู่นอก เขตเทศบาลหรือในชุมชนชนบท เมื่อพิจารณาหน่วยงานให้บริการสำหรับบุคคลที่มีความบกพร่อง กลับ พบว่า หน่วยงานส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง ทำให้ประชากรในชุมชนเมืองและชานเมืองมีโอกาสได้รับ บริการหรือความจำเป็นขั้นพื้นฐานของคนในชุมชนเมืองและชานเมืองได้รับการตอบสนองมากกว่า ประชากรในชุมชนชนบท จึงกล่าวได้ว่าผู้อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทจึงไม่ได้รับบริการอย่างทั่วถึงและเท่า เทียม (รัชติกร แสงศร. 2531: 36) นอกเหนือจากการกระจายบริการด้านต่างๆ ยังไม่ครอบคลุมและ เป็นไปโดยทั่วถึงแล้ว บุคคลเหล่านี้และครอบครัวยังไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร ทำให้ครอบครัว ชุมชน โดยเฉพาะตัวผู้มีความบกพร่องเองขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสิทธิ โอกาส และบริการที่ตนพึงได้รับ (สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. 2539: 42)

เมื่อพิจารณารูปแบบของครอบครัวในเขตภาคกลางของประเทศไทยเมื่อปีพ.ศ. 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้รายงานไว้ว่า ครอบครัวในภาคกลางมีครอบครัวเดี่ยวอยู่ร้อยละ 53.6 ครอบครัวขยายร้อยละ 31.3 และปู่ย่าหรือตายายอาศัยอยู่กับหลานร้อยละ 1.3 (กลุ่มงานวิเคราะห์และ พยากรณ์สถิติเชิงสังคม. 2550: 11) จึงเห็นได้ว่า ครอบครัวในต่างจังหวัดจำนวนไม่น้อยเป็นครอบครัว ขยาย พ่อแม่เหล่านั้นจึงมีโอกาสได้รับความช่วยเหลือในการดูแลลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจาก ญาติพี่น้องหรือปู่ย่าตายายที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน และบางครอบครัวมีเพียงหลานอาศัยอยู่กับปู่ย่า หรือตายาย ซึ่งอาจเป็นเพราะพ่อแม่เข้ามาทำงานในเมือง พ่อแม่หย่าร้าง หรือพ่อแม่เสียชีวิตไปแล้วด้วย

ส่วนด้านความสัมพันธ์ในชุมชนนั้น ผู้ที่อาศัยในชุมชนเมืองนั้นมีชีวิตที่เป็ นอิสระจากกัน หรือต่างคนต่างอยู่ ทำให้คนที่อาศัยในชุมชนเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนแออัดและแหล่งเสื่อม โทรมมีแนวโน้มของความผิดปกติทางร่างกาย ไม่ชอบติดต่อกับผู้อื่น ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวโดยไม่มี สาเหตุ ก้าวร้าว และมีอาการโรคจิตมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท (คณะกรรมการเฉพาะกิจ โครงการการศึกษาเกี่ยวกับสภาพความต้องการและกิจกรรมของเด็กและเยาวชนในชุมชนแออัดในเขต กรุงเทพมหานคร. 2528: 92) ต่างจากครอบครัวในชุมชนชนบทที่ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนยังแน่น แพน ผู้คนในชนบทมีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิด และยังมีหน่วยอื่นในสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องและส่งผลต่อการ ดำรงชีวิต ความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมของครอบครัวอยู่หลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ครอบครัวของผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่ต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนมากกว่าครอบครัว ทั่วไป เรื่องทางสังคมของครอบครัวในชุมชนชนบทจึงถือเป็นเรื่องของคนทั้งชุมชน นอกจากนี้ ครอบครัวในชุมชนชนบทนั้นใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับธรรมชาติ สามารถหาของอุปโภคบริโภคส่วนใหญ่ได้ จากสิ่งแวดล้อมรอบตัว สุขภาพกายและจิตใจของคนในชุมชนจึงดีกว่าการรับมลพิษในชุมชนเมือง และ ผู้คนยังมีน้ำใจมากกว่าคนในชุมชนเมืองด้วย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์; และคณะ. 2547: 225, 287; กฤษณพงษ์ จุฑะกนก. 2541: 6-8)

นอกจากนี้ หากเปรียบเทียบระหว่างหมู่บ้านต่างๆ ในเขตชนบทด้วยตัวเอง งานวิจัย พบว่า ผู้คนในหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนาสูงมีสุขภาพจิตดีกว่า การมุ่งสู่อากาศ และการควบคุมตนเองสูง

กว่าหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนาต่ำ (สมดุลย์ ชาญนวงศ์. 2533: 89; สุวิมล เต็นสุนทร. 2533ข: 169) อีก ทั้งพ่อแม่ที่มีภูมิฐานะต่างกันจะปฏิบัติต่อลูกที่มีความบกพร่องแตกต่างกัน (สำนักงานคณะกรรมการ พิณฑุสมรรถภาพคนพิการ. 2539: 86; McCabe. 2007: 39) เพราะเชื่อในศักยภาพของลูกที่มีภาวะ บกพร่อง (ความเข้มแข็ง อดทน ความสามารถในการช่วยตนเองของผู้บกพร่อง) มีความเห็นใจ (ความเห็นใจและยอมรับผู้บกพร่องดังเช่นคนปกติทั่วไป) และมีเจตคติต่อบุคลิกภาพของลูกที่มีภาวะ บกพร่อง (มุมมองต่อลักษณะของผู้บกพร่องเช่น เก็บตัว เปิดเผย ดีร้าย เชื่อฟัง น่าสนใจ น่าเบื่อหน่าย เป็นต้น) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2536: 61) นอกจากนี้ ยังพบว่า ครอบครัวในถิ่นทุรกันดารมักมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านการศึกษามากกว่า มีการลงทุนกับการศึกษาน้อยกว่า และเด็กมักต้องหยุดเรียนเพื่อเข้าสู่ตลาดแรงงานเพื่อหารายได้ให้ ครอบครัวมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น งานวิจัยพบว่า ชุมชนเมืองต้องการแรงงานเพศหญิงมากกว่าในขณะที่ ชุมชนชนบทต้องการแรงงานเพศชายมากกว่า (อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์; และปัทมา อมรสิริสมบูรณ์. 2550: 55) ข้อมูลเหล่านี้จึงช่วยยืนยันว่า ที่ตั้งของครอบครัวส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของครอบครัว และการเลี้ยงดูสมาชิกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอย่างมาก ดังนั้น การพิจารณาช่วยเหลือบุคคลที่มี ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจึงควรให้ความสำคัญกับถิ่นฐานที่ตั้งของครอบครัวด้วย

ปัจจัยของผู้ปกครองที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูผู้บกพร่องทางสติปัญญา

ในช่วงแรกของชีวิต เด็กทุกคนจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่หรือสมาชิกคน อื่นในครอบครัวตลอดเวลา แต่เด็กปกติจะอาศัยอยู่กับครอบครัวตลอดเวลาจนถึงอายุประมาณ 5 ขวบ หลังจากนั้นเด็กจะเริ่มช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นและเริ่มเรียนรู้จากโลกภายนอกมากขึ้นเช่น การเข้า เรียนในโรงเรียน เป็นต้น แต่เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญานั้นต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก โดยเฉพาะเด็กที่มีภาวะบกพร่องรุนแรง จึงจำเป็นต้องใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวตลอดเวลาอย่างหลีกเลี่ยง ไม่ได้ ไม่ว่าจะมียุ่เท่าใดก็ตาม และมีแนวโน้มว่าจะเป็นเช่นนั้นตลอดไป ครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อทั้ง พฤติกรรมที่พึงประสงค์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอย่าง มาก ไม่ว่าจะสมาชิกในครอบครัวจะตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม (จันทร์เพ็ญ กาญจนรัตน์. 2533: 42; Gudalefsky; & Madduma. 2005: 5; Thomas. 1998: 291) การพัฒนาผู้บกพร่องทางสติปัญญาจึงควร พิจารณาถึงปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองที่ทำหน้าที่ดูแลบุคคลเหล่านี้ด้วยเช่นกัน

บางครอบครัวอาจยกภาระหน้าที่ดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญาให้สมาชิกคนใดคนหนึ่ง เช่น แม่ พ่อ หรือญาติที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน แต่บางครอบครัวอาจแบ่งความรับผิดชอบในการดูแล สมาชิกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาตามเวลาหรือรูปแบบกิจกรรมเช่น แม่เป็นผู้ดูแลเมื่อลูกบกพร่อง ทางสติปัญญาอยู่ที่บ้าน พ่อเป็นผู้ดูแลเมื่อครอบครัวมีความจำเป็นต้องเดินทางนอกบ้าน และน้องชาย เป็นผู้ดูแลเมื่ออยู่ที่โรงเรียน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่พ่อและแม่เป็นผู้รับหน้าที่ ในการดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญา (ร้อยละ 75) ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 25 ของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย) ฝากไว้กับญาติพี่น้อง (กัลยา สุตตะบุตร; และวัลย์ลิกา สังข์ทอง. 2539: 28; ทิพย์ คงสินสิริ. 2545: 35)

1. เพศ ตั้งแต่ครั้งโบราณกาล ครอบครัวส่วนใหญ่ประกอบด้วยพ่อ แม่ และลูกเป็นหลัก แต่เนื่องจากแม่เป็นผู้ทำหน้าที่อุ้มท้อง คลอด และให้น้ำนม สักคมจึงคาดหวังให้แม่ทำหน้าที่ดูแลทารก ตั้งแต่แรกเกิด จนภายหลังเมื่อลูกพ้นวัยทารกแล้ว สักคมมนุษย์ก็ยังคงฝากหน้าที่การเลี้ยงดูลูกไว้ที่เพศหญิง และคาดหวังให้เพศชายออกจากบ้านเพื่อทำหน้าที่หาเลี้ยงครอบครัวเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน เมื่อพิจารณาบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงแล้ว จะพบว่า ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงนั้นต้องการผู้ดูแลตลอดเวลา ซึ่งผู้ที่ลาออกจากงานหรือละทิ้งโอกาสในการทำงานมาทำหน้าที่ดูแลบุคคลเหล่านี้มักเป็นแม่ตนเอง จึงไม่น่าแปลกใจที่งานวิจัยพบว่า ในครอบครัวที่มีลูกบกพร่องทางสติปัญญานั้น แม่มีสภาพร่างกายและจิตใจต้อกว่าพ่อ และยังมีภาระหนักกว่าและมีความเครียดในการเลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญามากกว่าผู้เป็นพ่อ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจเป็นเหตุและผลของกันและกันได้ การที่พ่ามีหน้าที่ทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้ จนเจือครอบครัวในขณะที่แม่ลาออกจากงานหรือละทิ้งโอกาสทำงาน หรือแม่อาจทำงานเสริมบางเวลา เพื่อจะได้มีเวลาในการดูแลลูกบกพร่องทางสติปัญญาอย่างเต็มที่นั้น ยิ่งทำให้ความเครียดของแม่เพิ่มขึ้น เนื่องจากหน้าที่ดูแลลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญานั้นเป็นงานเต็มเวลา ไม่มีวันหยุด ไม่สามารถลาออกได้ และมีโอกาสเกิดความซุ่มซื่นใจไม่มากนัก ดังนั้น การที่แม่ต้องจดจ่ออยู่กับลูกที่มีความบกพร่องในแต่ละวันที่ผ่านมาไปและเป็นฝ่ายพึ่งพารายรับจากพ่อ โดยตนเองไม่มีโอกาสประสบความสำเร็จในการทำงานหรือมีความสุขจากการหารายได้ด้วยตนเองนั้น ยิ่งทำให้แม่มีความเครียดเพิ่มขึ้นและความภาคภูมิใจในตัวเองลดลง นอกจากนี้ งานวิจัยยังพบว่า พ่อของลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญานั้น ช่วยเลี้ยงดูลูกน้อยกว่าพ่อที่มีลูกเป็นเด็กปกติอีกด้วย (ทิพย์ คงสินสิริ. 2545: 34; Olsson; & Hwang. 2006: 963)

2. อายุ งานวิจัยพบว่า อายุของแม่เป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เนื่องจากงานวิจัยพบว่า แม่ที่มีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไปมีโอกาสมีลูกบกพร่องทางสติปัญญามากกว่าแม่ที่อายุน้อยกว่า 30 ปีอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ อายุยังส่งผลต่อการเลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอีกด้วย การที่ผู้ปกครองของเด็กบกพร่องทางสติปัญญามีอายุมากและอายุน้อยนั้นมีข้อดีและข้อด้อยต่างกัน กล่าวคือ พ่อแม่ที่อายุมากมักมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูลูกและมักมีฐานะทางเศรษฐกิจมั่นคงกว่า แต่พ่อแม่เหล่านี้มักมีเวลาให้ลูกน้อยกว่าและความอดทนในการเลี้ยงดูเด็กเล็กต่ำกว่าพ่อแม่ที่มีอายุไม่มากนัก ในขณะที่พ่อแม่ที่มีอายุน้อยกว่ามักขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงดูลูก พ่อแม่เหล่านี้จึงเลี้ยงดูตามหลักวิชาการ ทำให้มีการลองผิดลองถูกบ้าง หรือคู่สมรสที่มีอายุน้อยอาจมีปัญหาด้านการเงินทำให้เกิดความเครียดและดูแลลูกได้ไม่เต็มที่ อย่างไรก็ตาม พ่อแม่อ่อนวัยมักให้ความสำคัญกับลูก รวมถึงมีเวลาและพลังงานที่จะติดตามดูแลลูกอย่างใกล้ชิดมากกว่าพ่อแม่ที่อายุมากแล้ว อย่างไรก็ตาม การที่พ่อแม่แก่ตัวลงในขณะที่ลูกบกพร่องทางสติปัญญาเติบโตขึ้นนั้น เป็นทั้งเรื่องดีและเรื่องร้ายสำหรับพ่อแม่ เนื่องจากการที่ลูกย่างเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ทำให้ความต้องการของเขาเปลี่ยนแปลงไปคือ ต้องทำงานเพื่อหารายได้และต้องดำรงชีวิตกับชุมชนมากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจยากเกินความสามารถของพ่อแม่ อีกทั้งพ่อแม่ยังต้องกังวลใจเรื่องการดำเนินชีวิตของลูกเมื่อพ่อแม่ไม่ได้อยู่ดูแลอีกด้วย อย่างไรก็ตาม

งานวิจัยระบุว่า ผู้ปกครองอายุต่างกันไม่ได้ทำให้ความเชื่อในด้านศักยภาพของผู้พิการหรือความเห็นใจต่อคนพิการแตกต่างกัน แต่ผู้ปกครองที่อายุแตกต่างกันมีความเชื่อในด้านบุคลิกภาพของคนพิการแตกต่างกัน (กุลยา ก่อสุวรรณ. 2553ข: 111; สุวิมล เต็นสุนทร. 2533ก: 109; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2536: 62, 65, 68; Crane. 2002: 346-347)

3. สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง แม้คู่สมรสทุกคู่จะตั้งใจรักษาชีวิตคู่และชีวิตครอบครัวให้เป็นไปโดยผาสุก แต่ผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า ชีวิตสมรสของครอบครัวที่มีสมาชิกบกพร่องทางสติปัญญาที่มีความกดดันมากกว่าครอบครัวปกติ ยิ่งผู้บกพร่องทางสติปัญญามีพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือมีปัญหาหนักและรุนแรงขึ้นเท่าไร ความสัมพันธ์ในครอบครัวจะยิ่งต่ำลง พ่อแม่และผู้ดูแลมีความเครียดมากขึ้นเท่านั้น อย่างไรก็ตาม แม้ครอบครัวของผู้บกพร่องทางสติปัญญาส่วนใหญ่สามารถจัดการกับปัญหาเหล่านี้ได้ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่มีลูกปกติแล้ว ผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวที่มีลูกบกพร่องทางสติปัญญานั้นมีปัญหาหย่าร้างมากกว่า โดยการหย่าร้างมักเกิดใน 2 ปีแรกหลังจากที่ลูกเกิดมา (Stoneman. 2006: 139; Urbano; & Hodapp. 2007: 261) อีกทั้งครอบครัวเหล่านี้ยังมีความกดดันในรูปแบบอื่นมากกว่าด้วยเช่น ปัญหาชีวิตคู่ การฆ่าตัวตาย หรือพิษสุราเรื้อรัง เป็นต้น จากการสำรวจสถานภาพสมรส พบว่า ครอบครัวของผู้บกพร่องทางสติปัญญาส่วนใหญ่ต้องปรับตัวหลังจากแต่งงานในระดับปานกลางจนถึงระดับสูงมาแล้วทั้งสิ้น ยังมีความวุ่นวายหรือมีเรื่องรุ่มร่ามมากเท่าใด คู่สามีภรรยาที่ยังมองสถานภาพการแต่งงานในแง่ลบมากขึ้น วิธีหนึ่งที่จะช่วยลดความเครียดในการเลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้คือ การที่พ่อมีส่วนช่วยแบ่งเบาภาระในการเลี้ยงดูลูกบกพร่องทางสติปัญญาจากแม่บ้างจะช่วยให้ทั้งสองฝ่ายเกิดความพึงพอใจในชีวิตสมรสมากขึ้น (วชิรพร โชติพานัส. 2544: 58; สุปถนี สนธิรัตน์. 2529: 135; Magana; et al. 2006: 250; Stoneman. 2006: 1)

4. ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญในการเลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอีกประการหนึ่ง เนื่องจากระดับการศึกษานั้นมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ความตระหนักและความเข้าใจที่มีต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและผู้บกพร่องทางสติปัญญา โอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูลและบริการ หรือแม้กระทั่งถิ่นที่อยู่อาศัย งานวิจัยพบว่า พ่อแม่ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้ เจตคติ และการเลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่ดีกว่า พ่อแม่ที่มีระดับการศึกษาต่ำ เนื่องจากพ่อแม่กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงจะรับข้อมูลข่าวสารได้ดีกว่า เข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เรียนรู้ได้มากกว่า ตัดสินใจได้ดี ปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม ตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาได้ดีกว่า ใช้การเรียนรู้ในอดีตมาแก้ปัญหาได้ดีกว่า และเผชิญความเครียดได้ดีกว่าอีกด้วย อีกทั้งแม่ที่ได้รับการศึกษามากกว่า 12 ปีจะเห็นคุณค่าของตนเองสูง ทำให้ลูกมีพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมสูงกว่าลูกของแม่ที่ได้รับการศึกษาน้อยกว่า แต่งานวิจัยบางงานกลับพบว่า ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาต่างกันไม่ได้ทำให้ความเชื่อในด้านศักยภาพของผู้พิการหรือความเห็นใจต่อคนพิการแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า พ่อแม่ในชุมชนชนบทมักมีระดับการศึกษาต่ำกว่า พ่อแม่ในชุมชนเมือง และเมื่อสำรวจประวัติของผู้ปกครองของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องที่ไม่ได้เรียนหนังสือพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 56.9) รองลงมา ไม่ได้เรียนเลย

(ร้อยละ 26.8) จึงอาจกล่าวได้ว่า เมื่อพ่อแม่มีการศึกษาสูง ลูกมักมีโอกาสทางการศึกษาสูงไปด้วย และระดับการศึกษา ยังส่งผลต่อปริมาณและคุณภาพของการใช้เวลาว่างกับลูกอีกด้วย นอกจากนี้ งานวิจัยพบว่า ครอบครัวของผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มีปัญหา มากกว่า และการใช้เวลาว่างหรือการพักผ่อนหย่อนใจยังน้อยกว่าครอบครัวปกติ ทำให้ครอบครัวของสมาชิกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาส่วนใหญ่ มีความเครียดสูงกว่าครอบครัวทั่วไป (ทิพย์ คงสินสิริ. 2545: 44; วชิรพร โชติพานัส. 2544: 56; สมพร หวานเสริจ. 2545: 33; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2536: 62, 65, 68; อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์; และปัทมา อมรสิริสมบุรณ์. 2550: 50; Westling; & Fox. 2004: 85)

5. อาชีพหลักของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครองมักมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ มักต้องทำงานที่ใช้แรงงานเป็นหลัก ซึ่งงานเหล่านั้นเป็นงานที่ใช้เวลาในการทำงานมากแต่ได้รับผลตอบแทนน้อยกว่างานที่ใช้ความรู้เป็นหลัก หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าย่อมมีโอกาสเลือกงานที่ใช้เวลาในการทำงานน้อยกว่าและได้รับผลตอบแทนสูงกว่า ซึ่งมักเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ตัวเอง งานวิจัยพบว่า ผู้ปกครองของนักเรียนในโรงเรียนศึกษาพิเศษส่วนใหญ่มีอาชีพพนักงานลูกจ้างเอกชนและเจ้าของธุรกิจส่วนตัว ส่วนนักเรียนที่มีผู้ปกครองเป็นเกษตรกรนั้น เข้าเรียนอยู่ในโรงเรียนศึกษาพิเศษน้อยที่สุด นอกจากนี้ ยังพบว่า อาชีพของผู้ปกครองมีผลต่อเวลาที่ใช้ในการเลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา แม้ที่ประกอบอาชีพมีส่วนช่วยให้ลูกปรับตัวได้ดีและมีพฤติกรรมเหมาะสมในโรงเรียน แต่ผู้ปกครองที่มีอาชีพต่างกันไม่ได้ทำให้ความเชื่อในศักยภาพของลูกที่มีภาวะบกพร่องหรือความสนใจต่อลูกที่มีภาวะบกพร่องแตกต่างกัน ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า อาชีพของผู้ปกครองนั้นมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดู การปรับตัวและพฤติกรรมของลูก และโอกาสในการเข้ารับการศึกษาของลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาด้วย (สมพร หวานเสริจ. 2545: 33; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2536: 36, 62, 65, 69)

6. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว งานวิจัยพบว่า ผู้ปกครองที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าเห็นด้วยกับการจัดการศึกษามากกว่าผู้ปกครองที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า และฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่างกันยังทำให้ผู้ปกครองเชื่อในศักยภาพของลูกที่มีภาวะบกพร่องแตกต่างกัน แต่ไม่ได้ทำให้ความเชื่อในบุคลิกภาพของลูกที่มีภาวะบกพร่องหรือมีความสนใจต่อลูกที่มีภาวะบกพร่องแตกต่างกัน (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2536: 36, 63, 66, 69)

ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวเกิดจากปัจจัย 2 ประการได้แก่ รายได้ และรายจ่าย ซึ่งปัจจัยทั้งสองประการล้วนส่งผลต่อการเลี้ยงดูผู้บกพร่องทางสติปัญญาทั้งสิ้น รายได้นั้นมีผลกระทบต่อ การเลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลกระทบทางตรง เช่น ความสามารถในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานเช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค เป็นต้น ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือและสิ่งอำนวยความสะดวก กล่าวคือ ครอบครัวที่มีรายได้ดีมีแนวโน้มที่จะได้รับอาหาร เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรคที่คุณภาพดีกว่า ถูกสุขอนามัย และตรงกับความต้องการมากกว่าครอบครัวยากจน อีกทั้งครอบครัวที่มีรายได้ดีก็คว่ายังสามารถใช้ชีวิตในที่อยู่อาศัยที่มีคุณภาพและสิ่งแวดล้อมดีกว่าครอบครัวยากจนที่จำเป็นต้องอาศัยใน

ชุมชนแออัดซึ่งมีความเสี่ยงต่อการถูกคุกคามทั้งทางร่างกายและจิตใจมากกว่า เป็นต้น ผลการวิจัยระบุว่า รายรับมีความสัมพันธ์กับระดับเชาวน์ปัญญาและการดำเนินชีวิตของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพ่อแม่ต้องทำงานนอกบ้านทั้งคู่ นอกจากนี้ ฐานะทางเศรษฐกิจของพ่อแม่ยังมีอิทธิพลต่อความคาดหวัง การช่วยเหลือ และการกระตุ้นพัฒนาการทางปัญญาของพ่อแม่ ขนาดร่างกายของเด็ก และพัฒนาการทางภาษาของเด็กด้วยเพราะช่วยให้เด็กเลียนแบบทางภาษาได้มากขึ้น (รัชติกร แสงศร. 2531: 93; วชิรพร โชติพานัส. 2544: 57; สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ. 2549: 45; สมพร หวานเสร็จ. 2545: 33) แต่เมื่อครอบครัวในชุมชนชนบทมีรายได้ต่ำกว่าชุมชนเมือง (อุมารุณ ภัทรวาณิชย์; และปัทมา อมรสิริสมบุรณ์. 2550: 48) ดังนั้น เด็กในชุมชนชนบทจึงมีความเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญามากกว่าเด็กในชุมชนเมือง

ส่วนผลกระทบทางอ้อมนั้นสะท้อนออกมาทางสภาวะจิตใจของสมาชิกในครอบครัว การที่ครอบครัวมีรายรับไม่เพียงพอมักทำให้ความเครียดด้านปัญหาเศรษฐกิจของพ่อแม่มากขึ้น มีเวลาให้กับครอบครัวลดลง ซึ่งเวลาที่พ่อแม่มีให้กับสมาชิกในครอบครัวนั้นเป็นปัจจัยสำคัญของความอบอุ่นที่เด็กจะได้รับ (รัชติกร แสงศร. 2531: 93; วชิรพร โชติพานัส. 2544: 57; สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ. 2549: 45) เด็กในครอบครัวรายได้น้อยจึงมักถูกทอดทิ้งทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของเด็ก ส่วนเยาวชนเองก็ยอมรับว่าปัญหาการเงินในบ้านมีผลต่อสุขภาพจิตของตน งานวิจัยเดียวกันนั้นพบว่า ปัญหาสภาพเศรษฐกิจส่งผลให้เยาวชนมีความวิตกกังวล และก้าวร้าว นักเรียนที่ครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมักมีปัญหาทางสังคม ปัญหาส่วนตัว และปัญหาทางการเรียนมากกว่านักเรียนในครอบครัวฐานะสูง (คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจโครงการการศึกษาเกี่ยวกับสภาพความต้องการและกิจกรรมของเด็กและเยาวชนในชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร. 2528: 22) นอกจากนี้ พ่อแม่ที่มีฐานะยากจนมักได้รับการศึกษาน้อย จึงไม่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ทำให้พ่อแม่เข้าใจผิดว่า ผู้บกพร่องทางสติปัญญานั้นพัฒนาไม่ได้ ไม่ทราบจะส่งลูกไปเรียนที่ไหน หรืออายุที่จะส่งลูกไปโรงเรียนจึงขังลูกไว้บ้าน ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในครอบครัวยากจนจึงมีโอกาสได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถช่วยเหลือตนเองและช่วยเหลือสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้น้อยกว่าครอบครัวที่มีฐานะดี อีกทั้งพ่อแม่ที่มีระดับรายได้ต่ำย่อมเข้าถึงแหล่งความรู้เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ การอบรมสัมมนา หรือแม้กระทั่งอินเทอร์เน็ตได้น้อยกว่า ครอบครัวเหล่านี้จึงเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือในการเลี้ยงดูลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาได้น้อยกว่า และมีบทบาทในการผลักดันให้ลูกของตนได้รับความช่วยเหลือที่ดีขึ้นน้อยกว่า ผู้ปกครองที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษาในระดับกลางถึงสูงจึงมีแนวโน้มที่จะพัฒนาชีวิตของลูกและครอบครัวได้ตามที่ตนต้องการมากกว่า แต่พ่อแม่ของผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมักรอคอยความช่วยเหลือจากรัฐ และเชื่อครูหรือเจ้าหน้าที่มากกว่าจะริเริ่มและเรียกร้องด้วยตนเอง พ่อแม่ในบางครอบครัวฝากอำนาจการตัดสินใจว่าควรจะจัดการกับชีวิตลูกอย่างไร ควรจะสอนเรื่องอะไรไว้กับครู แต่เนื่องจากครูไม่ใช่สมาชิกในครอบครัวนั้น จึงไม่มีข้อมูลมากพอที่จะช่วยออกแบบชีวิตหรือตัดสินใจให้ได้อย่างถูกต้อง ประกอบกับครูมีหน้าที่ความรับผิดชอบล้นมือทำให้ไม่สามารถดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญาคนหนึ่งได้อย่างจริงจังและทั่วถึง การเรียนการสอนนั้นจึงไม่เกิดประโยชน์กับเด็ก

และครอบครัวอย่างแท้จริง นอกจากนี้ ปัญหาที่พบได้บ่อยอีกประการหนึ่งคือ ความขัดแย้งที่ครูสอนไปทางหนึ่ง แต่เมื่อเด็กกลับไปอยู่บ้าน พ่อแม่ก็สอนหรือปล่อยให้เด็กใช้ชีวิตไปอีกทางหนึ่ง ทำให้เวลาที่เด็กได้รับการฝึกฝนมาหลายปีนั้นเปล่าประโยชน์ไป และประการสุดท้าย บ่อยครั้งที่เราพบว่าพ่อหรือแม่ต้องลาออกจากราชการประจำเพื่อมาดูแลลูกบกพร่องทางสติปัญญา ทำให้จำนวนผู้มีรายได้ในครอบครัวนั้นลดลง ประเด็นเหล่านี้ล้วนซ้ำเติมให้ครอบครัวผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่มีรายได้ต่ำลง (สุวิมล เต็นสุนทร. 2533ก: 109)

นอกจากรายได้ของครอบครัวแล้ว รายจ่ายก็มีผลต่อการเลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาไม่น้อย นอกจากผู้บกพร่องทางสติปัญญาจะเสียเปรียบคนปกติในด้านความสามารถในการรู้จักคิด ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจอย่างชัดเจน ทำให้บุคคลเหล่านี้ไม่สามารถสร้างผลผลิตให้กับครอบครัวได้ และคนกลุ่มนี้ยังเป็นภาระต่อการหาเลี้ยงชีพของบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมากและครอบครัวต้องใช้จ่ายเงินมากกว่าการดูแลเด็กปกติ ไม่ว่าจะเป็นการเข้ารับบริการและความช่วยเหลือด้านสุขภาพที่ทุนทรัพย์ของครอบครัวมักต้องใช้จ่ายไปกับยา การรับบริการทางการแพทย์ การรับบริการทางการศึกษาเช่น การที่บุคคลเหล่านี้ต้องเข้าเรียนในโรงเรียนพิเศษเฉพาะทางซึ่งอยู่ห่างไกล แต่กล่อมเนื้อและการเคลื่อนไหว การรับรู้ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทำให้บุคคลเหล่านี้มีความคล่องตัวในการเดินทางน้อยกว่า พ่อแม่บางคนจึงอาจเลือกวิถีเดินทางที่เสียค่าใช้จ่ายมากกว่า เพื่อให้ได้รับความปลอดภัยและความสะดวกในการเดินทางมากขึ้น หรือความจำเป็นที่ต้องจ้างครูพี่เลี้ยงเพื่อดูแลเป็นพิเศษ รวมถึงอุปกรณ์ช่วยเหลือความพิการ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้รายจ่ายของครอบครัวเพิ่มขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวนั้นอย่างมาก ดังนั้น ยิ่งสมาชิกในครอบครัวมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญารุนแรงมากเท่าไร ครอบครัวก็มีแนวโน้มที่จะยากจนลงเท่านั้น (วัลย์ลิกา สังข์ทอง; และคณะ. 2541: 2; สุภาณี สนธิรัตน์. 2529: 126; อรฉัตร โตษยานนท์. 2542: 5)

เมื่อครอบครัวของผู้บกพร่องทางสติปัญญามีรายได้ลดลง แต่รายจ่ายกลับสูงกว่าครอบครัวปกติ และยังคงหมุนเวียนเป็นวงจรเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ นั้นย่อมชี้ให้เห็นว่า ครอบครัวผู้บกพร่องทางสติปัญญานั้นแทบไม่มีโอกาสพัฒนาฐานะทางเศรษฐกิจของตนได้เลย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ปกครองฐานะดีมักช่วยตนเองได้และมีโอกาสประสบความสำเร็จมากกว่าผู้ปกครองระดับล่างที่มักมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ ค่ายา และค่าเลี้ยงดู (นภัทร พุกกะณะสุต. 2549ข: 53) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือจึงควรพิจารณาชีวิตของครอบครัวผู้บกพร่องทางสติปัญญาในมุมมองนี้ด้วย

7. สุขภาพกายของสมาชิกในครอบครัว มนุษย์จะดำรงชีวิตได้อย่างปกตินั้นต้องมีร่างกายที่แข็งแรง จิตใจมีความสุข ความพอใจ ความสมหวังทั้งตนเองและผู้อื่น หากมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีแล้ว จะปฏิบัติหน้าที่ประจำวันไม่ว่าเป็นการเรียนหรือการทำงานเป็นไปด้วยดี มีประสิทธิภาพ สุขภาพกายหมายถึง สภาวะทางร่างกายของบุคคล รวมถึงความแข็งแรงของร่างกายและภาวะที่ปลอดจากโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งสุขภาพกายนี้อาจเป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ สุขอนามัย การบำบัดรักษาอย่าง

เหมาะสมเมื่อเจ็บป่วย และสภาพแวดล้อมของที่พักและชุมชน เป็นต้น ผู้บกพร่องทางสติปัญญา มักมี ปัญหาในด้านนี้ และต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่วิชาชีพหรือผู้เชี่ยวชาญในด้านสุขภาพ มากกว่าด้านสติปัญญา โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่มีสาเหตุมาจากยีนและ โครโมโซม งานวิจัยพบว่า ครอบครัวของผู้บกพร่องทางสติปัญญานั้นเครียดกับปัญหาสุขภาพของบุคคล ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญามากที่สุด และปัญหาด้านสุขภาพนี้เองที่ทำให้ผู้บกพร่องทางสติปัญญา เติบโตและมีพัฒนาการล่าช้ากว่าคนทั่วไป (Crane. 2002: 131; Gudalefsky; & Madduma. 2005: 48)

8. สุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว สุขภาพจิตหมายถึง สภาวะทางอารมณ์และ จิตใจที่บุคคลนั้นสามารถคิด แสดงและควบคุมอารมณ์ในการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม รวมถึงสรรหาหรือตอบสนองความต้องการของตนในชีวิตประจำวันได้ สภาวะทางอารมณ์และจิตใจที่ กล่าวถึงนั้นมีหลายด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบ ความภูมิใจในตนเอง มุมมองต่อตนเอง ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการจัดการกับความเครียด หรือความคับข้องใจ ของตนเองได้ และการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น นอกจากงานวิจัยยังจะพบว่า ผู้บกพร่องทาง สติปัญญาร้อยละ 20-35 มีปัญหาสุขภาพจิตแล้ว พ่อแม่ที่มีลูกบกพร่องทางสติปัญญามีแนวโน้มที่จะมี ปัญหาด้านสุขภาพจิตมากกว่าพ่อแม่ที่มีลูกเป็นเด็กปกติด้วย สาเหตุหนึ่งมาจากครอบครัวต้องปรับตัว ด้านสถานภาพสมรสมากมาย ทั้งความกดดัน ความวุ่นวาย และวิธีแก้ปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แม่มักมีความรู้สึกกดดันและต้องปรับตัวมากกว่าพ่อ (สุปาณี สนธิรัตน์. 2529: 134; Crane. 2002: 131)

เมื่อพบว่าลูกที่เกิดมามีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา พ่อและแม่ส่วนใหญ่เกิดความรู้สึก ซึมเศร้า รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง ผิดหวัง เครียด กลัว วิตกกังวล หดหู่ ตกใจ ไม่เชื่อหรือปฏิเสธ และโกรธ โดยเฉพาะแม่ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจมากกว่าพ่อ (สุปาณี สนธิรัตน์. 2529: 132) แม่จะมีความรู้สึกไม่มั่นใจในตนเองมากที่สุด รองลงมาคือความรู้สึกอ่อนไหวต่อความรู้สึกของผู้อื่น ส่วนพ่อเกิดความรู้สึกโกรธมากที่สุด รองลงมาคือความวิตกกังวล แม่บางคนเริ่มเก็บตัวเพราะรู้สึกว่า ตนเองมีปมด้อย ระวังว่าคนรู้จักจะถามถึงลูก คู่สมรสจะทอดทิ้ง ทำให้สภาพครอบครัวขาดความสุข และมีโอกาสหย่าร้างมากขึ้น ยิ่งพ่อแม่ที่มีลูกบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงด้วยแล้ว ความรู้สึกที่ เกิดขึ้นเหล่านี้จะไม่หายไป แต่จะคงอยู่ภายใต้จิตสำนึกและจะแสดงออกมาในรูปแบบต่างๆ (Beecham; et al. 2002: 32)

งานวิจัยพบว่า เมื่อพ่อแม่ทราบว่าคุณภาพของลูกของตนมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาแล้ว ครอบครัวจะเผชิญภาวะวิกฤตอยู่ 10 ช่วงคือ ช่วงที่ได้รับการวินิจฉัย ช่วงที่ลูกเริ่มเดิน ช่วงเริ่มพูด ช่วงที่ น้องของลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามีพัฒนาการล่าช้ากว่า พี่ ช่วงที่ต้องพิจารณาหาสถานที่ เหมาะสมให้ลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ช่วงที่ต้องเข้าโรงเรียน ช่วงที่ต้องแก้ปัญหาวิกฤติ (เช่น ปัญหาพฤติกรรม เป็นต้น) ช่วงเข้าสู่วัยรุ่น ช่วงย่างเข้าอายุ 21 ปี และช่วงมีคู่ครอง (วัลย์ลิกา สังข์ทอง; และคณะ. 2541: 18) ปัญหาด้านอารมณ์ของพ่อแม่ยังส่งผลไปสู่ลูก ดังเช่นที่นักวิจัยพบว่าเด็กบกพร่อง ทางสติปัญญาที่พ่อแม่ทะเลาะกันแล้วโยนความผิดให้ลูกนั้นมักมีบุคลิกภาพอ่อนแอเมื่อต้องออกไปเผชิญ กับสังคมภายนอก (วัลย์ลิกา สังข์ทอง; และคณะ. 2538: 11-21) ผลการวิจัยเกี่ยวกับครอบครัวของ

บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศจีนพบว่า สาเหตุที่ครอบครัวไม่ยอมรับว่ามีสมาชิกที่มีความบกพร่องเนื่องจากอายุหรือเกรงว่าจะได้รับการดูถูก เย้ยหยัน หรือก็ตักนออกจากสังคม เพราะในประเทศจีนนั้น ภาวะบกพร่องเป็นเหมือนตราบาปที่สะท้อนถึงสิ่งที่พ่อแม่ทำไว้ในอดีต โดยเฉพาะแม่ที่มักถูกมองว่าเป็นสาเหตุหลักของความบกพร่องนั้น ด้วยเหตุนี้เองที่ทำให้พ่อแม่ไม่กล้าเปิดเผยตัวเพื่อร้องขอความช่วยเหลือที่จำเป็นสำหรับลูก แต่ถึงแม้พ่อแม่ส่วนใหญ่จะรู้สึกอายที่ต้องเปิดเผยตัวว่าลูกมีภาวะบกพร่อง แต่พ่อแม่ก็ยังต้องการให้ลูกได้รับสิ่งที่ดีที่สุดอยู่นั่นเอง (McCabe. 2007: 40-43)

นอกจากนี้ ภาวะความสุขและเขาวนอารมณ์ของพ่อแม่เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่ง และยังมีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติต่อลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา รวมถึงส่งผลให้พ่อแม่ตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา และสามารถเผชิญความเครียดจากการมีลูกพัฒนาการล่าช้าได้ดีขึ้นด้วย เมื่อนั้น ลูกจะได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและการกระตุ้นพัฒนาการทางสติปัญญาซึ่งย่อมส่งผลทางบวกต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของลูกต่อไป ผลของการศึกษาวิจัยส่วนบุคคล เขาวนอารมณ์ และภาวะความสุขของผู้ปกครองที่ส่งผลต่อการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอายุ 3-17 ปีพบว่า ผู้ปกครองกลุ่มดังกล่าวมีระดับเขาวนอารมณ์ในระดับสูง การดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาในระดับสูง แต่ภาวะความสุขอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเขาวนอารมณ์และภาวะความสุขของผู้ปกครอง รวมถึงจำนวนพี่น้องที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาส่งผลต่อการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอย่างมีนัยสำคัญ (ทิพย์วัลย์ สีจันทร์. 2549: 66; วชิรพร โชติพานัส. 2544: 56; สมพร หวานเสริจ. 2545: 33; อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2545: 82)

นอกจากนี้ ความมั่นใจในตนเองของแม่ก็มีความสำคัญต่อการเลี้ยงดูลูกด้วย งานวิจัยพบว่า เมื่อแม่รับรู้ว่าเป็นคนดี เชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกถึงคุณค่าของตน ลูกมักมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในชั้นเรียนน้อยกว่าลูกของแม่ที่มีลักษณะตรงข้าม ซึ่งความรู้สึกเช่นนี้มักเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาของแม่ด้วย กล่าวคือ แม่ที่ได้รับการศึกษามากกว่า 12 ปีจะเห็นคุณค่าของตนเองสูง และลูกจะมีพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมสูงกว่าลูกของแม่ที่ได้รับการศึกษาต่ำกว่า (สมพร หวานเสริจ. 2545: 33)

9. การเลี้ยงดู สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ทั้งตัวเด็กเองและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวจะพัฒนามาเป็นปฏิกริยาที่พ่อแม่แสดงต่อลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือที่เรียกว่า การเลี้ยงดูนั่นเอง การเลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาไม่ใช่เรื่องง่าย โดยเฉพาะเมื่อลูกเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น พ่อแม่เองมักประสบความขัดแย้งภายในเช่นกัน ตัวอย่างเช่น พ่อแม่มักต้องการให้ลูกดำรงชีวิตด้วยตนเองมากขึ้น แต่พ่อแม่กลับกังวลเรื่องความเป็นอยู่และความปลอดภัยของลูกมากขึ้น หรือพ่อแม่มักต้องการให้ลูกบกพร่องทางสติปัญญามีสังคมมากขึ้น แต่ตนเองกลับต้องการลดบทบาทหรือความเกี่ยวข้องของตนเองลง ความขัดแย้งในใจเหล่านี้ล้วนทำให้ความเครียดของพ่อแม่เพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Westling; & Fox. 2004: 85)

แต่ละครอบครัวมีรูปแบบการเลี้ยงดูบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาแตกต่างกันแบบแรก พ่อแม่อาจเลี้ยงดูแบบไม่ยอมรับ เพราะผิดหวังที่ลูกมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา พ่อแม่จึง

แสดงท่าทีปฏิเสธเช่น ขังลูกไว้ในบ้าน เจยเมยหรือไม่เอาใจใส่ (เช่น การจ้างคนอื่นเลี้ยงหรือส่งให้ลูกไปอยู่ในโรงเรียนประจำหรือสถาบันต่างๆ และบางรายทิ้งเด็กไว้ที่โรงพยาบาล) หรือบางคนอาจทำร้ายทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งพฤติกรรมในทางลบนี้ส่งผลให้เด็กเป็นคนหงุดหงิด ก้าวร้าว ป่วยทางใจ ไม่สามารถเรียนรู้และปรับตัวให้เข้ากับโลกภายนอกได้ หรืออาจมีปฏิกิริยาโต้ตอบผู้ใหญ่อย่างรุนแรงเพราะไม่ไว้ใจใคร พ่อแม่เหล่านี้มักกล่าวโทษผู้อื่นซึ่งถือเป็นกลวิธีป้องกันตัว (Defense mechanism) ของพ่อแม่ หรือพ่อแม่บางคนอาจเก็บความเกลียดชังไว้ ทำให้เกิดความคับข้องใจอย่างรุนแรง (สุปาณี สนิธิรัตน์. 2529: 134; อรรถนิตร์ โตะษยานนท์. 2542: 5)

แบบที่สอง พ่อแม่อาจเลี้ยงดูแบบทนุถนอม เพราะรู้สึกผิดที่ตนทำให้เด็กเกิดมาไม่ปกติ พ่อแม่จึงมักแสดงความรักและการเอาใจใส่ดูแลด้วยการตามใจและปกป้องลูกเกินกว่าเหตุ เด็กจึงไม่มีโอกาสได้ช่วยตัวเอง เด็กเหล่านี้จะกลายเป็นคนเอาแต่ใจตัวเอง ไม่รู้จักการรอคอย ขาดความรับผิดชอบ ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา และจะเรียกร้องมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งพ่อแม่กลุ่มนี้มักพอใจที่ลูกต้องพึ่งพาตนตลอดไป พ่อแม่บางคนทุ่มเทชีวิตทั้งหมดให้กับความต้องการของลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา จนลืมไปว่าสมาชิกในครอบครัวก็ต้องการการดูแลและความรักด้วยเช่นกัน จนหลายครอบครัวต้องแตกแยกไปในที่สุด (สุปาณี สนิธิรัตน์. 2529: 134)

แบบที่สาม พ่อแม่อาจเลี้ยงดูแบบคาดหวังมากเกินไป เพราะตั้งความหวังไว้สูงและไม่ยอมลดความคาดหวังลง พ่อแม่อาจพยายามสอน กระตุ้น และเคี่ยวเข็ญจนเกินระดับความสามารถของลูกเพื่อกลบเกลื่อนความรู้สึกผิดหวังของตน หากเป็นเช่นนั้น เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจะมีปฏิกิริยา 2 ลักษณะคือ ถ้าเด็กไม่สู้ ก็จะยิ่งถดถอย หรือถ้าใจสู้ แต่ทำไม่ได้ เด็กจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เกเร ไม่รู้จักแพ้ เราจึงมักพบว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจำนวนมากมีปัญหาทั้งด้านสติปัญญาและด้านจิตใจ (สุปาณี สนิธิรัตน์. 2529: 139; อรรถนิตร์ โตะษยานนท์. 2542: 5; Stoneman. 2006: 1)

อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาในการดูแลลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญานั้นส่งผลต่อการเลี้ยงดูด้วย กล่าวคือ การเลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์และทักษะในการเลี้ยงดูมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความชำนาญและความสามารถในการเลี้ยงดูผู้บกพร่องทางสติปัญญา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การที่พ่อแม่สามารถจัดกิจกรรมการเลี้ยงดูลูกให้เป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันได้นั้นส่งผลให้พ่อแม่ปรับตัวได้ดีขึ้นและการดำเนินบทบาทอื่นๆ ในครอบครัวดีขึ้นได้ แต่ผลในด้านลบคือ การเลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียด ซึ่งความเครียดของผู้ดูแลนั้นขึ้นอยู่กับระดับความบกพร่องด้วย (วชิรพร โชติพานัส. 2544: 57-59)

สถานการณ์ในบ้านและผู้เกี่ยวข้องในครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาทักษะทางสังคม เจตคติของสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญต่อการเรียนรู้ของเด็ก (สมพร หวานเสีจ. 2545: 33) แต่พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวและการเรียนรู้ของลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญานั้นมักขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของพ่อแม่ ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า การพัฒนาความสามารถในด้านต่างๆ ของผู้บกพร่องทางสติปัญญานั้นเริ่มต้นที่พ่อแม่นั่นเอง (วัลย์ลิกา สังข์ทอง; และคณะ. 2543: 24) นอกจากนี้ วิธีที่สมาชิกใน

ครอบครัวปฏิบัติต่อบุคคลที่มีภาวะบกพร่องนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้นด้วย ตัวอย่างเช่น เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางร่างกายที่พ่อ แม่ พี่ น้องปฏิบัติกับเขาเหมือนเด็กปกติทั่วไปแล้วว่า เขาคิดอยู่เสมอว่าความพิการของเขาเกิดขึ้นเอง ไม่เคยน้อยใจหรืออายที่เป็นคนพิการ เขาจึงมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนรอบข้างเป็นอย่างดี ตัวอย่างนี้แสดงว่า การเลี้ยงลูกอย่างคนปกติ เปิดเผยให้เขาเข้าใจเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับตัวเขาเอง และอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงจะช่วยให้ลูกที่มีความบกพร่องสามารถดำรงชีวิตโดยอิสระและไม่มีปมด้อยเกี่ยวกับความบกพร่องของตนได้ (สุภาณี สุนธิรัตน์. 2529: 199)

10. ความคาดหวังและอนาคตของลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา พ่อแม่แต่ละคนมีความคาดหวังต่อลูกแตกต่างกันไปตามบริบทของสังคมนั้นๆ เช่น สำหรับลูกที่เป็นเด็กปกติครอบครัวในเมืองมักคาดหวังให้ลูกเรียนสูงที่สุดเพื่อได้ทำงานที่เงินเดือนสูงสุดและเลี้ยงตนเองได้ตลอดรอดฝั่ง ส่วนครอบครัวในชนบทคาดหวังให้ลูกเข้ารับการศึกษาในช่วงอายุ 6-15 ปี (ประถมศึกษาปีที่ 1-มัธยมศึกษาปีที่ 3) บางคนอาจได้เรียนต่อในระดับสูงขึ้น แต่พ่อแม่บางครอบครัวคาดหวังให้ลูกออกจากโรงเรียนมาทำงานหาเลี้ยงครอบครัว และหาเงินส่งเสียให้น้องได้เรียนต่อไปมากกว่า แต่เมื่อพ่อแม่พบว่าลูกมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและไม่สามารถเป็นได้ดังใจหวัง ย่อมทำให้สภาพจิตใจของพ่อแม่ได้รับความกระทบกระเทือนอยู่ไม่น้อย (คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจโครงการการศึกษาเกี่ยวกับสภาพความต้องการและกิจกรรมของเด็กและเยาวชนในชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร. 2528: 22; เพ็ญแข ลิมศิลา. 2550: 15)

งานวิจัยเรื่องการพัฒนาโครงการให้ความรู้ผู้ปกครองของเด็กบกพร่องทางสติปัญญา พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่คาดหวังให้ลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุด (ร้อยละ 27.71) อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข (ร้อยละ 23.80) สามารถสื่อสารกับคนอื่นได้ (ร้อยละ 20.34) รู้จักหลีกเลี่ยงอันตรายและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ (ร้อยละ 16.46) และสามารถประกอบอาชีพได้ (ร้อยละ 11.69) ส่วนด้านความรู้ทางวิชาการนั้น ผู้ปกครองของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญามักต้องการให้ลูกเพียงอ่านออกเขียนได้ในขณะที่ผู้ปกครองของเด็กที่มีภาวะบกพร่องประเภทอื่นมีความคาดหวังสูงกว่านั้น ซึ่งเมื่อประกอบกับงานวิจัยในประเทศจีนที่พบว่า พ่อแม่ไม่ส่งลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเข้าเรียนในโรงเรียนปกติเพราะกลัวเสียหน้า (สมพร หวานเสร็จ. 2545: 53; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2536: 96; McCabe. 2007: 39) แล้ว จึงเห็นได้ว่า ความคาดหวังและเจตคติของพ่อแม่ทำให้เด็กบกพร่องทางสติปัญญามีโอกาสเรียนร่วมกับเพื่อนปกติน้อยลง

ความคาดหวังของพ่อแม่มักขึ้นอยู่กับลักษณะและความคิดของพ่อแม่ ระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาหรือความสามารถของลูก รวมถึงอายุของลูกด้วย เห็นได้จากการที่พ่อแม่ของเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลางคาดหวังให้ลูกได้เรียนทักษะทางวิชาการที่นำไปใช้ในชีวิตจริงมากกว่าทักษะทางสังคมและการสร้างมิตรภาพ แต่พ่อแม่ที่มีลูกบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงกลับต้องการให้ลูกได้เรียนรู้ทักษะทางสังคมมากกว่าทักษะทางวิชาการ อีกทั้งพ่อ

แม่กลุ่มนี้ยังมีความคาดหวังต่ำ และให้ความเห็นว่า ตนไม่คาดหวังให้ลูกเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ เพื่อที่จะสามารถใช้ชีวิตอย่างอิสระได้ด้วยตนเอง (Westling, 1997: 67; Westling; & Fox, 2004: 83)

มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ได้สำรวจความต้องการของผู้ปกครองของผู้มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและพบว่า ผู้ปกครองร้อยละ 85 ต้องการให้ผู้ปกครองทางสติปัญญาช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 81 ต้องการให้ลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาช่วยงานบ้านได้ ร้อยละ 42 ต้องการให้ลูกประกอบอาชีพในสถานประกอบการได้ ร้อยละ 37 ต้องการให้ลูกประกอบอาชีพอิสระได้ ร้อยละ 32 ต้องการให้ลูกของตนช่วยอาชีพที่ผู้ปกครองทำอยู่แล้วได้ และที่เหลืออีกร้อยละ 9 นั้นมีความต้องการที่แตกต่างไป คือ คาดหวังให้ลูกเรียนสะกดคำภาษาอังกฤษ ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ เป็นเจ้าของกิจการ (เช่น ร้านสะดวกซื้อ) พูดสื่อสารกับคนอื่นได้เข้าใจ ให้ช่วยงานที่ศูนย์ของมูลนิธิ มีกิจกรรมยามว่าง (เช่น ทำขนม และเล่นกีฬา) ประกอบอาชีพด้านอิเล็กทรอนิกส์ ทำงานใกล้บ้าน ทำงานได้ทุกสถานที่ และสามารถอยู่กับญาติและอยู่ในสังคมโดยพึ่งตนเองได้ งานวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการสำรวจความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อการฝึกลูกบกพร่องทางสติปัญญาว่า ผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่างนั้นพึงพอใจในด้านทักษะการทำความสะอาด (เช่น การกวาด ถู ขัดพื้น เช็ดกระจก เทชยะ ฯลฯ) ของลูกมากที่สุด (ร้อยละ 74) รองลงมา พึงพอใจที่ลูกทำงานบรรจุหีบห่อ วางกอง แยกเป็นหมวดหมู่ได้ (ร้อยละ 53) ทำงานศิลปะประดิษฐ์ (เช่น การผลิตกระดาษห่อหุ้ม พิมเสนน้ำ สบู่ น้ำยาซักผ้า น้ำยาล้างจาน น้ำยาถูพื้น ฯลฯ) ได้ (ร้อยละ 46) ผลการวิจัยเหล่านี้จึงชี้ให้เห็นได้ว่า ผู้ปกครองในประเทศไทยนั้นคาดหวังให้ลูกที่บกพร่องทางสติปัญญาทำได้เพียงงานบ้านเท่านั้น ไม่ได้เห็นความจำเป็นที่จะต้องผลักดันลูกให้สามารถประกอบอาชีพและหาที่อยู่อาศัยภายนอก อันถือเป็นการพึ่งพาตนเองและผู้อื่นดังเช่นวัฒนธรรมของสังคมต่างประเทศ (มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์, 2548: 95, 97, 101, 103)

ความคาดหวังเช่นนี้นับว่าต่ำกว่าความสามารถที่แท้จริงของผู้บกพร่องทางสติปัญญาอย่างมาก ในต่างประเทศนั้น เมื่อผู้บกพร่องทางสติปัญญาจบการศึกษาจากโรงเรียนแล้ว ผู้ปกครองมักมีความคาดหวังอยู่ 3 เรื่องคือ การมีงานทำ สามารถใช้ชีวิตอย่างอิสระหรือกึ่งอิสระได้ และสามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้อย่างกลมกลืน แต่การศึกษาค้นคว้าทำให้พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้บกพร่องทางสติปัญญาในต่างประเทศไม่ประสบความสำเร็จในการทำงานนั้น ไม่ใช่ปัญหาเรื่องความสามารถในเนื้องาน แต่มักเป็นเพราะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบในเนื้องานและทักษะทางสังคมมากกว่า อย่างไรก็ตาม การที่พ่อแม่ในประเทศไทยคาดหวังต่ำเช่นนี้มักเป็นเพราะครอบครัวมีฐานะพอเลี้ยงดูลูกได้ ประกอบกับพ่อแม่ไม่มั่นใจว่าลูกจะสามารถออกไปเผชิญโลกภายนอกหรืออยู่ร่วมกับบุคคลทั่วไปในสังคมได้จริง อีกทั้งค่านิยมของสังคมไทยมักเอาใจใส่และสงสารเด็กที่มีความบกพร่องด้านต่าง ๆ เป็นพิเศษ ดังนั้น พ่อแม่จึงควรตั้งความคาดหวังให้เหมาะสมกับศักยภาพที่แท้จริงของลูก และต้องตระหนักอยู่เสมอว่า พ่อแม่สามารถช่วยลูกได้และเป็นคนสำคัญที่สุดด้วย พ่อแม่ไม่ควรเศร้าโศก หมดหวัง คิดว่าตนทำอะไรไม่ได้ แล้วปล่อยให้เป็นที่ปรึกษาหรือครูเท่านั้น (เพ็ญแข ลีมีศิลา, 2550: 33; มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์, 2548: 95, 97, 101, 103; สมพร หวานเสรีจ. 2545: 3)

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกหลากหลายที่ทำหน้าที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นพ่อ แม่ พี่ น้อง และญาติที่อาศัยอยู่ร่วมกันหรือมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน แต่หน้าที่ล้วนมีความสำคัญต่อการดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญาทั้งสิ้น ครอบครัวที่เปลี่ยนจากการเป็นผู้รับบริการเพียงอย่างเดียวมาเป็นผู้มีส่วนร่วมในการจัดการช่วยเหลือหรือการศึกษาสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญานั้นส่งผลดีต่อเด็กบกพร่องทางสติปัญญาในความดูแล ดังนั้น ความร่วมมือของสมาชิกครอบครัวในการดูแลลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจึงมีผลต่อการพัฒนาบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาด้วย (ผดุง อารยะวิญญู. 2541: 2)

อย่างไรก็ตาม สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้บกพร่องทางสติปัญญานั้นหมายถึง ลักษณะพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อกัน แบ่งเป็น สัมพันธภาพระหว่างพ่อกับแม่ สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่กับลูก สัมพันธภาพระหว่างพี่กับน้อง และสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับบุคคลภายนอก (ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และสมาชิกคนอื่นในชุมชน) ซึ่งเห็นได้จากลักษณะและความถี่ของการพบปะพูดคุยกัน การเล่าแบ่งปันเรื่องราวต่างๆ ระหว่างกัน การรับประทานอาหารและทำกิจกรรมร่วมกัน การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การทะเลาะเบาะแว้ง รวมถึงความร่วมมือของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (สมพร หวานเสร็จ. 2545: 31; สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. 2539: 43) เนื่องจากครอบครัวประกอบด้วยบุคคลที่ทำหน้าที่แตกต่างกัน ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวจึงอาจแบ่งเป็นส่วนๆ ได้ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อกับแม่ พ่อแม่ถือเป็นเสาหลักของครอบครัว และมีบทบาทสำคัญที่สุดในการขับเคลื่อนครอบครัว ความสัมพันธ์ของพ่อกับแม่จึงส่งผลต่อพัฒนาการด้านต่างๆ ของลูกอย่างแน่นอน โดยเฉพาะลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่ต้องพึ่งพาพ่อแม่มากกว่าเด็กทั่วไป แต่ชีวิตของพ่อแม่เองนั้นย่อมมีปัญหาเช่นเดียวกับคนอื่น ๆ เห็นได้จากผลการสำรวจครอบครัวผาสุกทั่วประเทศในปีพ.ศ. 2542 พบว่า ประเทศไทยมีครอบครัวที่อยู่กันพร้อมหน้าเพียงร้อยละ 63.12 เท่านั้น การที่ครอบครัวแตกแยกนั้นมักมีสาเหตุจากการหย่าร้างและเหตุผลทางเศรษฐกิจ (คือ ด้านรายได้ เพราะหน้าที่การงาน และเหตุผลทางการศึกษา) ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูลูกเปลี่ยนไปคือ ผู้หญิงทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวมากขึ้น พี่เลี้ยงเด็กตามสถานรับเลี้ยงเด็กหรือครูในโรงเรียนต้องดูแลรับผิดชอบเด็กตามลำพัง โดยพ่อแม่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอน ทำให้เด็กไม่ได้รับการขัดเกลาทางสังคมจากพ่อแม่และครอบครัวเท่าที่ควร ขาดต้นแบบที่เหมาะสม และทำให้พ่อแม่ขาดความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูลูก เป็นต้น (สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ. 2549: 12, 38, 45, 67)

สถานภาพสมรสของพ่อแม่ก็มีความสำคัญต่อการเลี้ยงดูลูกด้วย งานวิจัยจำนวนมากยืนยันว่า สถานภาพสมรสของพ่อแม่ส่งผลต่อพัฒนาการและจิตใจของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ วัยรุ่นที่มีครอบครัวแตกแยกเช่น พ่อแม่แยกกันอยู่ คนใดคนหนึ่งเสียชีวิตไป หรือวัยรุ่นคนนั้นถูกทิ้งให้อยู่กับญาติหรือเพื่อนบ้านนั้น มีความเครียดสูงกว่า มีมุมมองต่อตนเอง (Self-concept) ต่ำกว่า ซึมเศร้าและวิตก

กังวลมากกว่า รวมถึงสุขภาพจิตโดยรวมเสื่อมมากกว่าวัยรุ่นจากครอบครัวปกติ ดังนั้น พ่อแม่ซึ่งเป็นผู้ให้กำเนิดและมีหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัวจึงควรตระหนักถึงความรับผิดชอบที่สำคัญยิ่งนั้น และพัฒนาคุณภาพชีวิตของครอบครัวให้ดีขึ้นเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเติบโตขึ้นอย่างมีคุณภาพต่อไป (คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจโครงการการศึกษาเกี่ยวกับสภาพความต้องการและกิจกรรมของเด็กและเยาวชนในชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร. 2533: 52; รัชติกร แสงสร. 2531: 17-18; สุวิมล เต๋นสุนทร. 2533ก: 99)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับลูก พ่อและแม่มีหน้าที่หลัก 2 ประการคือ การตอบสนองความต้องการพื้นฐานของลูก และการอบรมสั่งสอนเพื่อให้เขาเจริญเติบโตทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ และสังคม แต่เมื่อพ่อแม่พบว่า ลูกมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา พ่อแม่ย่อมมีความรู้สึกหลากหลาย โดยเฉพาะความเศร้าและความหดหู่ มากกว่าพ่อแม่ที่มีลูกพัฒนาการปกติ ดังนั้นจึงไม่น่าแปลกใจที่ผลการวิจัยพบว่า พ่อแม่ที่มีลูกบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมีระดับความเครียดสูงกว่าพ่อแม่ของลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย ที่เป็นเช่นนั้นเป็นเพราะผู้บกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่า ทำให้การพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้ผู้เลี้ยงดูต้องใช้เวลาและพลังงานในการเลี้ยงดูมากขึ้น ดังนั้น การปรับตัวของพ่อแม่ที่มีลูกบกพร่องทางสติปัญญาจึงเป็นสิ่งสำคัญ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ทั้งพ่อและแม่จะมีความเครียด แต่แม่มักมีความเครียดมากกว่าพ่อ เนื่องจากแม่มักเป็นผู้เลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเป็นส่วนใหญ่ และบางคนยังเชื่อว่าภาวะบกพร่องนั้นเกิดจากแม่เป็นหลัก ด้วยเหตุนี้เอง ทำให้ปฏิกิริยาที่พ่อและแม่แสดงออกมามักแตกต่างกันคือ พ่อมักจะห่วงในเรื่องที่ลูกไม่เหมือนเด็กคนอื่น และความรู้สึกผูกพันกับลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาน้อยลง ในขณะที่แม่มักวิตกกังวลเรื่องการเลี้ยงดูลูก สุขภาพของตนเอง และความสัมพันธ์กับคู่สมรส ทั้งนี้ งานวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูกนั้นขึ้นอยู่กับความบกพร่องของลูกและการมองโลกในแง่ดีของแม่ด้วย (วชิรพร โชติพานัส. 2544: 57; วลัยลิกา สังข์ทอง; และวารุณี เมฆอริยะ. 2541: 17; วินัดดา ปิยะศิลป์. 2537: 51; สมพร หวานเสร็จ. 2545: 3; Crane. 2002: 325, 331; McCabe. 2007: 40-43; Olsson; & Hwang. 2006: 963)

พ่อแม่จำนวนไม่น้อยมีประสบการณ์ที่สังคมรอบข้างมีพฤติกรรมและวิธีปฏิบัติที่แยกครอบครัวของตนออกจากครอบครัวเด็กปกติอย่างเห็นได้ชัด รวมถึงต้องประสบปัญหาที่โรงเรียนปฏิเสธไม่รับลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเข้าเรียนร่วมในโรงเรียนดังที่กฎหมายกำหนด แต่ผลการวิจัยงานเดียวกันกลับพบว่า พ่อแม่จำนวนมากยังคงแสดงความรักที่มีต่อลูกบกพร่องทางสติปัญญาอย่างลึกซึ้งด้วยการตัดสินใจและการเสียสละในหลายเรื่อง (McCabe. 2007: 39) สิ่งนี้ช่วยยืนยันถึงสัญชาตญาณความเป็นพ่อแม่และความผูกพันระหว่างพ่อแม่กับลูก อันจะช่วยเสริมสร้างกำลังใจให้ครอบครัวสามารถฟันฝ่าอุปสรรคทั้งหลายไปได้ด้วยดี อย่างไรก็ตาม พ่อแม่ของผู้บกพร่องทางสติปัญญาในปัจจุบันนั้นมีความหวังมากกว่าพ่อแม่ในอดีต เพราะถึงแม้พ่อแม่เหล่านี้จะประสบปัญหาและเกิดความเครียดจากการเลี้ยงดูลูกบกพร่องทางสติปัญญา แต่บริการและการช่วยเหลือจากภาครัฐและ

เอกชน รวมถึงผู้บกพร่องทางสติปัญญาวัยผู้ใหญ่ที่เป็นตัวอย่างของผู้ที่สามารถดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้ ก็เป็นสิ่งยืนยันว่าลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญานั้นสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงคนปกติ หากได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม ทำให้พ่อแม่ส่วนใหญ่รู้สึกเบาใจและมีความหวังขึ้นมาได้ (Hallahan; & Kauffman. 2003: 110)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพี่กับน้อง ครอบครัวส่วนใหญ่มักมีลูกมากกว่าหนึ่งคน พี่และน้องจึงถือเป็นคนสำคัญที่มีส่วนช่วยพัฒนาเด็กบกพร่องทางสติปัญญาด้วย งานวิจัยพบว่า ขนาดของครอบครัวมีผลกระทบต่อโอกาสทางการศึกษาของเด็ก กล่าวคือ เมื่อครอบครัวมีขนาดใหญ่ขึ้น ทรัพยากรโดยเฉพาะด้านการเงินย่อมกระจายไปสู่เด็กแต่ละคนน้อยลง และเมื่อครอบครัวนั้นอยู่ในชุมชนชนบท โอกาสดังกล่าวยิ่งน้อยลงไปกว่าเดิม นอกจากนี้ เมื่อครอบครัวมีเด็กเล็ก รายจ่ายที่พ่อแม่ใช้ไปกับการศึกษาของพี่ย่อมลดลงด้วย เพราะพ่อแม่ต้องแบ่งค่าใช้จ่ายไว้สำหรับเลี้ยงดูเด็กเล็ก แต่หากพี่น้องอยู่ในวัยเรียนเหมือนกัน ค่าใช้จ่ายในการศึกษาของเด็กแต่ละคนไม่แตกต่างกัน (อุมารพันธ์ ภัทรวาณิชย์; และปัทมา อมรสิริสมบุรณ์. 2550: 42) แต่ถึงกระนั้น การที่ครอบครัวมีลูกหลายคนนั้นถือเป็นผลดีต่อผู้บกพร่องทางสติปัญญาทั้งทางตรงและทางอ้อม ประโยชน์ทางตรงคือ การดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นเด็กปกติทำหน้าที่ดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญา และการที่เด็กปกติเป็นต้นแบบให้พี่หรือน้องที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้เลียนแบบ ส่วนประโยชน์ทางอ้อมคือ การให้กำลังใจและการสนับสนุนทางอารมณ์ (Hannah. 2005: 122) ทั้งนี้ ถึงแม้การมีพี่น้องจะเป็นประโยชน์อย่างมาก แต่ผู้ใหญ่เองย่อมต้องตระหนักด้วยว่า การปล่อยให้เด็กเล่นหรือดูแลกันเองเพียงอย่างเดียวนั้นอาจไม่เกิดประโยชน์ต่อเด็กบกพร่องทางสติปัญญาเท่าใดนัก เนื่องจากเด็กยังคงต้องการคำชี้แนะจากผู้ใหญ่ผู้นั้นเอง (วินัดดา ปิยะศิลป์. 2537: 48)

เมื่อครอบครัวมีสมาชิกบกพร่องทางสติปัญญา สมาชิกคนอื่นย่อมต้องปรับตัวให้ยอมรับสภาพชีวิตครอบครัวนั้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ บรรยากาศของครอบครัวจะเป็นอย่างไรจึงขึ้นอยู่กับอารมณ์ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว และความรู้สึกของพ่อแม่ที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้ส่งผลกระทบต่อลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อลูกคนอื่นๆ ด้วย เด็กบางคนอาจคิดว่าพ่อแม่ใส่ใจพี่หรือน้องที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มากกว่าตน แต่เด็กบางคนอาจรู้สึกอายนที่มีพี่น้องบกพร่องทางสติปัญญา บางคนกลัวว่าตนเองจะกลายเป็นแบบเดียวกับที่พี่หรือน้องเป็น ฯลฯ ความรู้สึกดังกล่าวอาจทำให้เด็กเกิดความรู้สึกคับข้องใจ อารมณ์เก็บกด หรืออาจจะบายอารมณ์ใส่พี่น้อง ข้าวของเครื่องใช้คนรอบข้าง หรือนำไปสู่เรื่องน่าเศร้ามากมาย ดังนั้น พ่อแม่จึงต้องให้ความใส่ใจ แบ่งปันความรัก และการดูแลให้ทั่วถึงด้วย (Gudalefsky; & Madduma. 2005: 70; วินัดดา ปิยะศิลป์. 2537: 49)

พี่น้องมักมีเจตคติเหมือนพ่อแม่ ถ้าพ่อแม่อายุหรือเกียติชงที่ลูกมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา พี่หรือน้องก็จะมีความรู้สึกเช่นเดียวกัน บางครั้งพ่อแม่อาจจะใช้เวลาอยู่กับลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจนไม่ได้คิดถึงลูกคนอื่นที่ได้รับผลกระทบด้านอารมณ์อย่างรุนแรงและต้องการความช่วยเหลือไม่น้อยไปกว่าเด็กที่มีภาวะบกพร่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากการดูแลพี่น้องที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาทำให้ครอบครัวต้องใช้จ่ายเงินมาก อันส่งผลให้เป็นอุปสรรคต่อการเรียน การ

พักผ่อนหย่อนใจ และชีวิตส่วนอื่นของลูกคนอื่นๆ ความขุ่นเคืองที่มีต่อพี่หรือน้องที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น (สุปาณี สุนทรรัตน์. 2529: 142)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับญาติพี่น้อง ถึงแม้ครอบครัวไทยในปัจจุบันจะมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น แต่ครอบครัวส่วนใหญ่ยังคงเป็นครอบครัวขยายโดยเฉพาะในชุมชนชนบท ดังนั้น นอกเหนือจากพ่อแม่และพี่น้องแล้ว ครอบครัวไทยยังมีญาติพี่น้องเข้ามาเกี่ยวข้องและเห็นได้เด่นชัดกว่าสังคมเมืองอย่างมาก ญาติพี่น้องนั้นมีบทบาทหลากหลายเช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า หรืออา ซึ่งอาจอยู่ร่วมชายคาเดียวกันหรืออาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงและหมั่นไปมาหาสู่กันได้ ความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาตินั้นส่งผลทั้งทางบวกและทางลบต่อครอบครัว ผลกระทบทางบวกมักเป็นเรื่องความช่วยเหลือด้านแรงงาน ด้านทุนทรัพย์ และด้านจิตใจของสมาชิกในตระกูลนั้นๆ และผลกระทบทางลบคือ ภาระที่มากขึ้นทั้งการขอความช่วยเหลือด้านแรงงาน ภาระด้านสถานที่บริเวณ (เช่น ญาติในหลายครอบครัวทะเลาะเบาะแว้งเรื่องการล้ำเขตพื้นที่บ้าน ไร่ นา เป็นต้น) ด้านทรัพย์สินเงินทอง (เช่น การขอยืมเงินแล้วไม่ใช้หนี้ ปัญหาการแบ่งมรดกหรือสมบัติ เป็นต้น) หรือแม้กระทั่งด้านชื่อเสียงของครอบครัวที่ญาติร่วมนามสกุลอาจประทุติตนให้เป็นที่เสื่อมเสียมาถึงสมาชิกคนอื่นในตระกูลนั้นด้วย แต่เมื่อเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของความสัมพันธ์ระหว่างญาติพี่น้องในสังคมไทยแล้ว พบว่าน่าจะมีข้อดีมากกว่าข้อเสีย สังคมไทยจึงยังมีระบบญาติพี่น้องสืบต่อกันมาจนถึงปัจจุบันนี้ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์; และคณะ. 2547: 225)

ญาติพี่น้องมีความสำคัญมากขึ้น เมื่อครอบครัวนั้นมีสมาชิกที่บกพร่องทางสติปัญญา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนชนบทที่ความสัมพันธ์ระหว่างญาติพี่น้องยังคงแน่นแฟ้น ครอบครัวของผู้บกพร่องทางสติปัญญาย่อมได้รับประโยชน์จากความสัมพันธ์ระหว่างญาติพี่น้องบ้างไม่มากก็น้อย ดังที่พบเห็นบ่อยครั้งว่าญาติ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปู่ ย่า ตา ยาย มักทำหน้าที่เป็นผู้เลี้ยงดูหลานที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ขณะที่พ่อแม่ออกไปทำงานหารายได้เลี้ยงครอบครัว ดังนั้น การกล่าวถึงครอบครัวของผู้บกพร่องทางสติปัญญาย่อมไม่ได้หมายถึงเพียงพ่อแม่และพี่น้อง และไม่ได้หมายถึงผู้ที่อาศัยอยู่ได้ชายคาเดียวกันเท่านั้น แต่ยังคงครอบคลุมถึงญาติซึ่งอาจอาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียง ไปมาหาสู่ หรือมีส่วนร่วมใกล้ชิดในชีวิตของผู้บกพร่องทางสติปัญญาด้วย การพัฒนาผู้บกพร่องทางสติปัญญาจึงต้องให้ความสำคัญกับสมาชิกทุกคนในครอบครัวซึ่งถือเป็นกำลังสำคัญในภารกิจดังกล่าว หากทุกคนในครอบครัวมีความรู้ด้านการดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญาอย่างถูกต้องมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลด้านสาเหตุ การวินิจฉัย ลักษณะด้านสติปัญญา อารมณ์และพฤติกรรม บริการ การดูแลและให้การศึกษาแก่บุคคลนั้น รวมถึงจัดการและวางแผนภายในครอบครัวที่ดี เพื่อให้เขาได้รับบริการและความช่วยเหลืออย่างถูกต้อง พ่อแม่และสมาชิกในครอบครัวจะเครียดน้อยลง ส่งผลให้ทุกคนได้ไปถึงเป้าหมายปลายทางของการพัฒนาผู้บกพร่องทางสติปัญญาในความดูแลของครอบครัวนั้นนั่นเอง (วัลย์ลิกา สังข์ทอง; และคณะ. 2541: 2)

หากสมาชิกในครอบครัวยอมรับว่าผู้บกพร่องทางสติปัญญาเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวแล้ว ความรักและการตอบสนองต่อความต้องการของเขาจึงเป็นเรื่องที่ไม่ควรมองข้าม อีกทั้ง

ควรให้ความเข้าใจและยอมรับความแตกต่างของสมาชิกแต่ละคน รวมถึงควรปรับชีวิตประจำวัน ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมบริเวณบ้าน และพัฒนาความสัมพันธ์ในครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้เขาสามารถ “มีส่วนร่วม” ในการใช้ชีวิตประจำวันในบ้านได้เช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่นของครอบครัวด้วย (กึ่งแก้ว ปาจารย์. 2542: 361)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับชุมชน ความช่วยเหลือสำหรับผู้บกพร่องทางสติปัญญา มี 2 รูปแบบหลักคือ หนึ่ง การช่วยเหลืออย่างเป็นทางการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดจากองค์กรของรัฐ เช่น การรับประกันรายได้ ประกันสุขภาพ บริการทางการศึกษา ที่อยู่อาศัย และการจ้างงาน เป็นต้น และสอง การช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการ ที่มักได้รับจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน ถึงแม้การกล่าวถึงความช่วยเหลือสำหรับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มักเน้นไปที่การช่วยเหลืออย่างเป็นทางการเป็นหลัก แต่เมื่อเป้าหมายของการพัฒนาผู้บกพร่องทางสติปัญญา คือ การทำให้ชีวิตให้ใกล้เคียงคนปกติ และการดำรงชีวิตอย่างอิสระแล้ว การช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการนี้ย่อมมีความสำคัญมากกว่าการช่วยเหลืออย่างเป็นทางการ เพราะผู้ให้ความช่วยเหลือเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่รอบตัวผู้บกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งสามารถให้ความช่วยเหลือได้เกือบตลอดเวลา เป็นบุคคลจริงในชุมชนจริงที่ผู้บกพร่องทางสติปัญญาต้องอาศัยอยู่ตลอดชีวิต ทำให้ผู้บกพร่องทางสติปัญญาสามารถก้าวข้ามความบกพร่องที่มีและอาศัยอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข อีกทั้งยังมีส่วนช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางสติปัญญาอีกด้วย (สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. 2539: 53-56; Hallahan; & Kauffman. 2003: 109; McDonnell; et al. 1995: 39, 49)

ปัจจัยที่เป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการคือ มิตรภาพ งานวิจัยพบว่าไม่ว่าคนๆ นั้นจะมีสติปัญญาในระดับใดก็ตาม เขายังคงต้องการเพื่อน และผู้บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงก็สามารถมีเพื่อนได้ ซึ่งการสร้างความสัมพันธ์นั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับการอาศัยอยู่ในชุมชนหรือการทำกิจกรรมร่วมกับคนในสังคมเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับธรรมชาติและคุณภาพของปฏิสัมพันธ์แต่ละครั้งด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุคคลจะรักษามิตรภาพได้ด้วยองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการคือ หนึ่ง ลักษณะส่วนบุคคลที่เอื้อต่อการสร้างมิตรภาพ ทั้งด้านพฤติกรรม เจตคติ และทักษะที่จำเป็น และสอง โอกาสและกิจกรรมที่เป็นช่องทางในการสร้างมิตรภาพ (Crane. 2002: 387)

อย่างไรก็ตาม สังคมในประเทศไทยยังเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลที่มีภาวะบกพร่องค่อนข้างน้อย อาจเป็นเพราะสังคมบางแห่งยังไม่ยอมรับคนพิการ หรือคิดว่าการดูแลคนเหล่านี้เป็นหน้าที่ของบุคลากรวิชาชีพ แต่หากสมาชิกในชุมชนหันมามีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ที่มีภาวะบกพร่องมากขึ้น บุคคลเหล่านี้ก็จะพัฒนาได้มากยิ่งขึ้น ตัวอย่างของการที่สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ได้แก่ การจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) และอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ช่วยเหลือคนพิการ (อพมก) ที่มีหน้าที่ส่งเสริมบริการสาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์ที่มีอยู่แล้ว ให้กระจายไปถึงประชาชนในท้องถิ่นได้อย่างกว้างขวาง และยังถ่ายทอดข่าวสาร ความรู้ และเจตคติที่ถูกต้องถึงกันอีกด้วย นอกจากนี้ การดำเนินงานนี้ยังอาศัยองค์กรในชุมชนเช่น กรรมการหมู่บ้าน และสภาตำบล เพื่อให้สามารถบริหารและจัดการองค์กรได้ดี

ยิ่งขึ้น เพราะช่วยให้ประชาชนได้ทราบปัญหาของชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ ร่วมกันตัดสินใจ แก้ปัญหาด้วยความรู้และทรัพยากรในท้องถิ่น นอกจากความช่วยเหลือทางกายภาพแล้ว เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ช่วยเหลือคนพิการ ยังเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือทางใจเช่น การรับฟังและให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวผู้บกพร่องทางสติปัญญาเสมือนเป็นญาติพี่น้องของครอบครัวนั้นๆ อีกด้วย (ผดุง อารยะวิญญู. 2541: 27; รัชติกร แสงศร. 2531: 39)

บริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้ให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชนกันมาหลายสิบปีแล้ว กล่าวคือ เมื่อปี พ.ศ. 2514 องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้ประกาศสิทธิของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาไว้ 7 ประการคือ บุคคลเหล่านี้มีสิทธิเหมือนบุคคลปกติทั่วไป มีสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ การศึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพและการแนะแนวต่างๆ สิทธิด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจและการทำงาน สิทธิในการอาศัยอยู่กับครอบครัวและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน สิทธิได้รับความคุ้มครองจากการถูกแสวงหาผลประโยชน์ในทางที่ผิดและเลวร้าย ทารุณและเหยียดหยาม หากผู้ที่มีความบกพร่องถูกจับกุมในข้อกล่าวหาใดก็ตาม ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษโดยใช้ระดับสติปัญญาเป็นปัจจัยในการพิจารณาตัดสินด้วย สิทธิในการอาศัยอยู่กับผู้ปกครองหรือผู้พิทักษ์ที่เหมาะสมเพื่อรักษาผลประโยชน์และความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลบกพร่องเป็นสำคัญ และหากผู้บกพร่องทางสติปัญญาคนนั้นไม่สามารถใช้สิทธิของตนได้ เขาต้องมีสิทธิได้รับความคุ้มครองทางกฎหมายด้วย (พิชัย จินตนาภักดี. 2530: 27; Gudalefsky; & Madduma. 2005: 128)

นอกจากนี้ ยังมีข้อตกลงอื่นๆ ที่เน้นถึงสิทธิของบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาอีกมากมาย ไม่ว่าจะเป็น *กรอบการปฏิบัติงานแห่งสหประชาชาติจากทะเลสาบวิวาสู่มุ่งส่งเสริมบูรณาการปลอดจากอุปสรรคและตั้งอยู่บนฐานของสิทธิสำหรับคนพิการในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก* ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนและสังคมสำหรับเอเชียแปซิฟิก หรือแม้กระทั่ง *ปฏิญญาโลกว่าด้วยการมีชีวิตอยู่ การปกป้องและการพัฒนาเด็ก (World Declaration on Survival, Protection and Development of Children)* ที่ระบุให้แต่ละประเทศจัดบริการและดำเนินการให้สอดคล้องกับความต้องการตามพัฒนาการวัยเด็ก ซึ่งประกอบด้วย การพัฒนาด้านร่างกาย การพัฒนาด้านสติปัญญา และการพัฒนาทางอารมณ์และจิตใจ นอกจากนี้ ข้อตกลงดังกล่าว *อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child)* ขององค์การสหประชาชาติยังได้บันทึกไว้ว่า เด็กที่มีความบกพร่องด้านต่างๆ นั้นควรมีชีวิตที่สมบูรณ์และปกติสุขในสถานะที่มีศักดิ์ศรี ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและเอื้อให้เด็กได้มีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในชุมชน รวมถึงยอมรับในสิทธิของเด็กที่มีความบกพร่องให้ได้รับการดูแลเป็นพิเศษ โดยรัฐจะสนับสนุนและช่วยเหลือให้เหมาะสมกับสภาพของเด็กและสภาพการณ์ของผู้ดูแลเด็ก ความช่วยเหลือดังกล่าวนี้ต้องเป็นการให้เปล่าเท่าที่จะเป็นไปได้ ดังนั้น ทุกประเทศทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยซึ่งเป็นสมาชิกขององค์การสหประชาชาติอยู่ด้วยนั้น จึงต้องยึดข้อกำหนดดังกล่าวข้างต้นในการดูแลและช่วยเหลือผู้บกพร่องทางสติปัญญาในประเทศของตนด้วย (คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. 2551: 12)

ในต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้วเช่นประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นผู้นำด้านความช่วยเหลือสำหรับผู้มีความบกพร่องด้านต่าง ๆ รวมถึงผู้บกพร่องทางสติปัญญาอันนั้น ได้ออกกฎหมายเพื่อปกป้องสิทธิของผู้บกพร่องทางสติปัญญาอย่างเข้มแข็ง อันได้แก่ พระราชบัญญัติเกี่ยวกับการศึกษาสำหรับบุคคลที่มีความบกพร่อง (The Individuals with Disabilities Education Act ปีค.ศ. 1990 หรือ IDEA ที่ภายหลังได้รับการพัฒนาเป็น Individuals with Disabilities Education Improvement Act หรือ IDEIA ในปีค.ศ. 2004) ที่กำหนดให้เด็กที่มีความบกพร่องทุกคนได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานอย่างเหมาะสมและไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ว่าจะเป็โอกาสในการเข้าเรียนในสถานศึกษาปกติอย่างเท่าเทียมและได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม โดยยึดตามแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) ของตนเอง และยังระบุให้พ่อแม่มีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับเป้าหมายหรือการจัดการศึกษาให้แก่บุตรหลานของตน อีกทั้งยังมีสิทธิได้รับความคุ้มครองทางกฎหมายหากโรงเรียนไม่ได้จัดการศึกษาให้ตามที่พ่อแม่ต้องการ หากเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาถูกสถาบันการศึกษาปฏิเสธ กฎหมายจะให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนจนผู้บกพร่องทางสติปัญญาได้รับสิทธิที่ใกล้เคียงกับคนทั่วไป นอกจากนี้ ยังมีกฎหมายที่ระบุสิทธิในการประกอบอาชีพของบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาหลังวัยเรียน ทั้งในสถานประกอบการ ภายในชุมชนและโรงงานในอาร์กซ์ หรือแม้กระทั่งสิทธิด้านการสนับสนุนอุปกรณ์และบริการตามความจำเป็นของแต่ละคนอย่างทั่วถึงด้วยการออกพระราชบัญญัติเพื่อคนพิการเช่น กฎหมายคุ้มครองประชาชนชาวอเมริกันที่มีความบกพร่องประเภทต่างๆ (The Enactment of the American with Disabilities Act) และ IDEIA เป็นต้น (Sandol. 1997: 34; Westling. 1997: 67)

ความเคลื่อนไหวเหล่านี้ รวมถึงบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ที่กำหนดสิทธิขั้นพื้นฐาน การคุ้มครองพิทักษ์สิทธิคนพิการ และการได้รับการช่วยเหลือจากรัฐอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกับคนทั่วไป ส่งผลให้คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้สร้างแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2550-2554) ขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) เพื่อพัฒนาให้คนพิการได้มีศักยภาพพอที่จะสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและสร้างสรรค์ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ โดยตั้งยุทธศาสตร์ไว้ 6 ด้านคือ ด้านการส่งเสริมความตระหนักรู้และการเสริมสร้างเจตคติเชิงสร้างสรรค์ ด้านสิทธิและหน้าที่ ด้านการพัฒนาศักยภาพคนพิการ ด้านการวิจัยและการพัฒนา ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร บริการเทคโนโลยี และสภาพแวดล้อม ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการ ด้านการมีส่วนร่วมของคนพิการ ครอบครัว และชุมชน และด้านการบริหารจัดการแบบบูรณาการ (คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. 2551: 6-13)

ประเทศไทยได้ให้ความสนใจภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเมื่อไม่นานมานี้ เมื่อปีพ.ศ. 2500 องค์การอนามัยโลกได้ส่งผู้เชี่ยวชาญชื่อ ดร.อัลเลน สตอลเลอร์ (Dr. Allen Stoller) เข้าสำรวจผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทย และพบว่า ประเทศไทยมีผู้บกพร่องทางสติปัญญาประมาณ 250,000 คน (ร้อยละ 1 ของประชากร) รัฐบาลจึงได้ตั้งโรงพยาบาลปัญญาอ่อน (สถาบันราชานุกูลในปัจจุบัน) ขึ้นเมื่อปีพ.ศ. 2502 เพื่อตรวจวินิจฉัยและให้การป้องกัน รักษา ดูแล และคัดแยกผู้บกพร่อง

ทางสติปัญญาออกจากผู้ป่วยโรคจิต รวมถึงการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรวิชาชีพด้วย งานของโรงพยาบาลแบ่งเป็น 2 แผนกคือ แผนกโรงพยาบาล มีหน้าที่ตรวจภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ให้การรักษาทั่วไป รวมถึงการรักษาความพิการทางร่างกายด้วยวิธีการกายภาพบำบัดหรือการฝึกพูด และแผนกโรงเรียนที่มีหน้าที่ให้การศึกษแก่เด็กบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งการให้การศึกษานั้นรวมถึงการฝึกอาชีพด้วย (กุลยา ก่อสุวรรณ. 2553: 11; สถาบันราชานุกูล. 2553: ออนไลน์)

การดูแลผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทยนั้นใช้ระบบสหวิทยาการ (Interdisciplinary) ระหว่างหน่วยงาน 3 ด้านได้แก่ หนึ่ง เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เช่น แพทย์ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักแก้ไขการพูด (Speech therapist หรือ ST) นักกายภาพบำบัด (Physical therapist หรือ PT) และนักกิจกรรมบำบัด (Occupational therapist หรือ OT) เป็นต้น ซึ่งนักวิชาชีพเฉพาะทางเหล่านี้อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สอง เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสาม เจ้าหน้าที่ด้านการศึกษาพิเศษจากกระทรวงศึกษาธิการ (คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน. 2549: 68; สวานะ พบสุข. 2538: 111; สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. 2539: 36-41; Crane. 2002: 12) ดังนั้น ส่วนนี้จึงนำเสนอรายละเอียดของบริการต่างๆ ตามสาขาวิชาชีพทั้ง 3 ด้านดังนี้

บริการด้านสาธารณสุข

แม้ในทางทฤษฎี ประเทศไทยใช้ระบบการดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญาแบบสหวิทยาการ (Interdisciplinary) แต่ในทางปฏิบัติแล้ว สายงานภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทยนั้นอยู่ภายใต้ความควบคุมดูแลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้บุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ กุมารแพทย์ จิตแพทย์ นางพยาบาล และนักกายภาพบำบัดเป็น “คนสำคัญ (Significant others)” ในชีวิตผู้บกพร่องทางสติปัญญาตั้งแต่ก่อนเกิด ด้วยการอัลตราซาวด์ หรือตรวจน้ำคร่ำเพื่อหาความผิดปกติของทารกในครรภ์ บุคคลเหล่านี้ยังมีบทบาทขณะที่เด็กคลอด ด้วยการทำคลอด ตัดสายรก ตบก้นเด็กให้ร้อง และอาจเป็นผู้ทำให้เกิดอุบัติเหตุระหว่างคลอดจนเป็นสาเหตุให้เด็กได้รับความกระทบกระเทือนต่อสมองและเกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญา อีกทั้งยังมีบทบาทในวัยทารกและวัยก่อนเข้าเรียนคือ แพทย์ต้องเป็นผู้ตรวจสอบพัฒนาการ ฉีดวัคซีน และหากเด็กมีความบกพร่องทางสติปัญญา บุคลากรทางการแพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยและออกเอกสารแจ้งความผิดปกติ เพื่อให้พ่อแม่นำไปจดทะเบียนคนพิการให้กับเด็ก เด็กคนนั้นจึงจะได้รับสิทธิและความช่วยเหลือจากรัฐ และแพทย์ยังมีบทบาทเรื่อยมาจนถึงระยะที่เด็กเข้าสู่วัยเรียน เนื่องจากเด็กจะเข้าโรงเรียนได้ก็ต่อเมื่อมีใบรับรองจากแพทย์ว่าเด็กปกติดี ดังนั้น เมื่อมีปัญหาด้านสติปัญญาหรือพฤติกรรมของลูก พ่อแม่มักนึกถึงแพทย์เป็นคนแรกเสมอ จึงกล่าวได้ว่าพ่อแม่ต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาขาวิชาชีพทางการแพทย์ ตลอดอายุขัยของตนและลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเลยทีเดียว (Gudalefsky; & Madduma. 2005: 13)

ตั้งแต่ยุคแห่งพันธุกรรม (Age of genetics) เมื่อปีค.ศ. 1897 ผู้คนจำนวนมากเชื่อว่าภาวะบกพร่องทางสติปัญญานั้นเป็นเรื่องที่วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์สามารถช่วยเหลือ แก้ไข ฟื้นฟูได้ แม้ในปัจจุบันก็ยังมีคนส่วนหนึ่งคิดเช่นนี้อยู่ แต่ในความเป็นจริงแล้ว มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

เพียงบางภาวะเท่านั้นที่วิธีการทางการแพทย์สามารถรักษาได้ แต่ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาส่วนใหญ่เป็นภาวะที่สมองบางส่วนถูกทำลายหรือเสียหายไป ทำให้สมองส่วนนั้นปฏิบัติงานไม่ได้ จุดมุ่งหมายสำคัญของการพัฒนาผู้บกพร่องทางสติปัญญาจึงอยู่ที่การนำสมองส่วนที่ยังปฏิบัติงานได้อยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดังนั้น การไปพบแพทย์อาจไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาให้ผู้ปกครองได้ตรงประเด็นนัก เพราะการบรรจุข้อมูลเข้าสู่สมองของผู้บกพร่องทางสติปัญญา (หรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า “การให้การศึกษ” หรือ “การสอน” นั้น) อยู่นอกเหนือจากหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ (Gudalefsky; & Madduma. 2005: 5)

ถึงแม้เราจะกล่าวว่า เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ไม่ได้มีหน้าที่ให้ความรู้แก่ผู้มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาโดยตรง แต่ต้องยอมรับว่าผู้บกพร่องทางสติปัญญานั้นมักมีสุขภาพอ่อนแอหรือมีปัญหาทางร่างกาย ซึ่งทำให้บุคลากรทางการแพทย์ยังมีความสำคัญต่อคนกลุ่มนี้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะชีวิตในชุมชนชนบท แพทย์และพยาบาลในหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข แพทย์แผนโบราณ และบางครั้งรวมถึงพระสงฆ์ ล้วนมีความสำคัญดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนทั้งสิ้น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยของกัลยา สุตตะบุตร และวัลย์ลิกา สังข์ทองที่ศึกษาเกี่ยวกับบริการด้านสาธารณสุขของครอบครัวบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในโรงพยาบาลราชานุกูลพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.5) เลือกพาลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาล และที่เหลือ (ร้อยละ 14.5) ที่ไปรักษาแบบพื้นบ้าน ซึ่งแตกต่างจากในอดีตที่ ดร.พันธุ์ทิพย์ รามสูตพบว่า ผู้คนนิยมไปรับบริการจากแพทย์แผนโบราณ เนื่องจากจุดเด่นของแพทย์แผนโบราณคือ ความใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สะสมมาเป็นเวลานานคือ ผู้ป่วยมั่นใจ ศรัทธา อบอุ่นใจ ซึ่งถือเป็นการใช้วิธีจิตบำบัด (Psychotherapy) และการเสียเวลาไปนั่งรอรับบริการและรับคำแนะนำจากสถานพยาบาลของรัฐในช่วงเวลาที่เขาต้องประกอบอาชีพนั้น ทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพไป ผู้คนในชุมชนชนบทจึงมองแพทย์แผนปัจจุบันเป็นที่พึ่งสุดท้าย อีกทั้งรายได้ของครอบครัวนั้นมีผลต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ด้วย (กัลยา สุตตะบุตร; และวัลย์ลิกา สังข์ทอง. 2539: 10)

ผู้ดูแลบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาให้ความเห็นว่า ปัญหาด้านบริการสาธารณสุขของรัฐในปัจจุบันนั้นมีหลายประการเช่น จำนวนสถานบริการ อุปกรณ์ และบุคลากรไม่เพียงพอ สถานบริการและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่เฉพาะในเมือง ซึ่งขัดแย้งกับจำนวนผู้พิการที่อยู่ในชนบทมากกว่า ประกอบกับระบบการทำงานขององค์กรภาครัฐอยู่ภายใต้กรอบตายตัวที่ใช้มานาน ทำให้ขาดความยืดหยุ่น เป็นต้น สาเหตุเหล่านี้ทำให้ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขจากรัฐไม่ได้กระจายไปสู่ครอบครัวผู้บกพร่องทางสติปัญญาในพื้นที่ห่างไกลได้ตามที่ควรจะเป็น แต่เนื่องจากการช่วยเหลือและการรักษาผู้บกพร่องทางสติปัญญานั้นเป็นความรู้เฉพาะทางที่เจ้าหน้าที่ในสถานอนามัยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ พ่อแม่จึงจำเป็นต้องพาลูกเข้ามาพบแพทย์ในโรงพยาบาลประจำอำเภอ โรงพยาบาลประจำจังหวัด หรือแม้กระทั่งโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครอยู่นั่นเอง สถานการณ์เช่นนี้นับว่าเป็นภาระหนักสำหรับพ่อแม่ในชนบท เนื่องจากปัญหาด้านระยะทาง ระบบขนส่งมวลชน ค่าใช้จ่าย เวลา และที่สำคัญคือสภาพของผู้บกพร่องทางสติปัญญาในด้านกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว

การรับรู้ และปัญหาพฤติกรรมมักทำให้การเดินทางเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขในตัวอำเภอ ตำบลจังหวัด หรือกรุงเทพมหานครนั้นลำบากมากขึ้นด้วย

ถึงแม้ครอบครัวของผู้บกพร่องทางสติปัญญาสามารถขอรับบริการด้านสาธารณสุขจากหน่วยงานอื่น นอกเหนือจากหน่วยงานของรัฐได้เช่น ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข ศูนย์พัฒนาคนพิการ ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ มูลนิธิหรือองค์กรเอกชนที่ให้บริการคนพิการ เป็นต้น (กัลยา สุตะบุตร; และวัลย์ลิกา สังข์ทอง. 2539: 23, 36-40) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้บกพร่องทางสติปัญญาทั่วประเทศ จะพบว่าหน่วยงานและบุคลากรที่ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลบกพร่องทางสติปัญญายังคงไม่เพียงพอกับความต้องการอยู่นั่นเอง ดังนั้น ทางเลือกหนึ่งที่จะเป็นประโยชน์กับการพัฒนาบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอย่างมาก คือ การกระจายความรู้สู่ชุมชนในชนบท พัฒนาสถาบันในชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญา และเน้นให้ครอบครัวสามารถสอนและดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้ด้วยตนเอง ดังนั้น รัฐควรพิจารณาการอบรม ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในชุมชนต่างๆ รวมถึงพ่อแม่และผู้ดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญาอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม เพื่อผสมผสานหลักการทางวิทยาศาสตร์เข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชนเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทนั้นๆ อันจะทำให้แต่ละชุมชนมีความเข้มแข็งด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง (รัชติกร แสงศร. 2531: 67; Gudalefsky; & Madduma. 2005: 200)

บริการด้านการศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคน พระราชบัญญัติการศึกษา พ.ศ. 2542 หมวด 2 เรื่องสิทธิและหน้าที่ทางการศึกษา มาตรา 10 ระบุว่า เด็กและผู้ปกครองทุกคนต้องมีสิทธิและโอกาสในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่น้อยกว่าสิบสองปี รวมถึงต้องได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลือทางการศึกษาอื่นๆ เป็นพิเศษเพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละคน ซึ่งรัฐต้องจัดให้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย อีกทั้งยังกำหนดให้จัดการศึกษาสำหรับเด็กเป็น 3 ลักษณะได้แก่ หนึ่ง การศึกษาในระบบ หมายถึง การศึกษาที่กำหนดจุดมุ่งหมาย วิธีการศึกษา หลักสูตร ระยะเวลาของการศึกษา รวมถึงมีการวัดและการประเมินผลซึ่งเป็นเงื่อนไขของการสำเร็จการศึกษาที่แน่นอน สอง การศึกษานอกระบบ หมายถึง การศึกษาที่มีจุดมุ่งหมาย รูปแบบ วิธีการจัดการศึกษา ระยะเวลาของการศึกษา การวัดและประเมินผล ค่อนข้างยืดหยุ่น อีกทั้งเนื้อหาและหลักสูตรสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของบุคคลแต่ละกลุ่ม และสาม การศึกษาตามอัธยาศัย หมายถึง การศึกษาที่ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองตามความสนใจ ศักยภาพ ความพร้อม และโอกาส โดยศึกษาจากบุคคล ประสบการณ์ สังคม สภาพแวดล้อม สื่อหรือแหล่งความรู้อื่นๆ ซึ่งในการศึกษาตามอัธยาศัยนั้น หากพ่อแม่ต้องการสอนลูกเองที่บ้าน ผู้รับผิดชอบด้านการศึกษาพิเศษในพื้นที่ก็จะจัดครูจากศูนย์การศึกษาพิเศษหมุนเวียนไปให้คำแนะนำสัปดาห์ละครั้ง (สมพร หวานเสร็จ. 2545: 27; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2543: 17; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2545: 10; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. ม.ป.ป.: 8)

บริการด้านการศึกษาพิเศษในประเทศไทยนั้นมีกระทรวงต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย (เช่น โรงเรียนในสังกัดกรมประชาสงเคราะห์ โรงเรียนเทศบาลในสังกัดกรมการปกครอง โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร และศูนย์เด็กเล็กในสังกัดกรมพัฒนาชุมชน เป็นต้น) ทบวงมหาวิทยาลัย (เช่น โรงเรียนสาธิตหลายแห่งในสังกัดมหาวิทยาลัย และคลินิกหรือศูนย์เด็กเล็กในโรงพยาบาลในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ เป็นต้น) กระทรวงสาธารณสุข (เช่น แพทย์ผู้วินิจฉัย และศูนย์เด็กเล็กในโรงพยาบาล เป็นต้น) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงอื่นๆ แต่มีบทบาทไม่มากนัก (ผดุง อารยะวิญญู; และดารณี ศักดิ์ศิริผล. 2544: 39) อย่างไรก็ตาม หน่วยงานหลักของกระทรวงศึกษาธิการที่ทำหน้าที่จัดการศึกษาพิเศษได้แก่ หนึ่ง สำนักบริหารการศึกษาพิเศษ ภายใต้สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานที่รับผิดชอบโรงเรียนเรียนร่วม ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขตการศึกษา ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด และโรงเรียนศึกษาพิเศษเฉพาะความพิการ 4 ประเภท (ซึ่งเด็กที่จะเข้าเรียนในโรงเรียนเหล่านี้ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมมาก่อน ดังนั้น เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่อายุเกิน 14 ปี แต่ไม่เคยผ่านการเตรียมความพร้อมมาก่อนอาจต้องเรียนในลักษณะการศึกษานอกระบบ การศึกษาตามอัธยาศัย หรือเข้ารับการศึกษาพิเศษแทน) และสอง กรมการศึกษานอกโรงเรียน ซึ่งมีหลักสูตรในด้านต่างๆ และระดับต่างๆ ให้เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจของผู้เรียน โดยผู้เรียนส่วนมากมีอายุตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป (ผดุง อารยะวิญญู. 2541: 12; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2543: 17)

การจัดการศึกษาสำหรับบุคคลที่มีความบกพร่องนั้นมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง เพราะนอกจากจะช่วยพัฒนาบุคคลเหล่านี้และลดภาระของครอบครัวแล้ว ยังช่วยลดภาระที่สังคมต้องแบกรับจากการดูแลบุคคลเหล่านี้อีกด้วย เมื่อพิจารณาด้านงบประมาณแล้วพบว่า แม้งบประมาณในการจัดการศึกษาพิเศษให้กับบุคคลที่มีความบกพร่องนั้นสูงกว่าการจัดการศึกษาปกติถึง 8 เท่า แต่เมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่รัฐต้องจ่ายเป็นค่าเลี้ยงดูบุคคลเหล่านี้ไปตลอดชีวิต งบประมาณในการจัดการศึกษาพิเศษย่อมน้อยกว่าแน่นอน อีกทั้งยังเป็นการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางการศึกษาตามสิทธิมนุษยชนอีกด้วย (ผดุง อารยะวิญญู. 2541: 32; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2536: 135) พ่อแม่จึงควรตระหนักถึงสิทธิของตนเองและลูก และดูแลพิทักษ์สิทธิดังกล่าว หากลูกได้เข้าเรียนในสถานศึกษา พ่อแม่ควรมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของลูก ดังที่กฎหมาย IDEA ในประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดให้พ่อแม่เข้ามาเป็นสมาชิกคนหนึ่งของทีมการศึกษาของลูกด้วย การมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของลูกนี้มีข้อดีหลายประการเช่น ช่วยยกระดับความสามารถและความมั่นใจของพ่อแม่ในการสอนให้ลูกมีพัฒนาการและการเรียนรู้ที่ดีขึ้น ช่วยลดความเครียดในจิตใจ ช่วยให้ลูกได้นำทักษะที่เรียนรู้จากโรงเรียนไปใช้ในชีวิตจริง ทั้งที่บ้านและในชุมชนได้ดีขึ้น และช่วยให้ลูก รักษาทักษะนั้นไว้ได้นานขึ้น เป็นต้น จึงเห็นได้ว่า ความพยายามและการมีส่วนร่วมของพ่อแม่มีความสำคัญต่อการพัฒนาของลูกอย่างมาก (McCabe. 2007: 39)

ในอดีตนั้น รัฐได้พยายามขยายโรงเรียนการศึกษาพิเศษให้ครอบคลุมทุกจังหวัดในประเทศไทย แต่เมื่อพบว่าการทำเช่นนั้นสวนกับกระแสการศึกษาพิเศษในประเทศต่างๆ ที่มุ่งให้เด็กที่มีความต้องการพิเศษได้ใช้ชีวิตเหมือนคนปกติร่วมกับเพื่อนปกติให้มากที่สุด ความพยายามเช่นนั้นจึงเปลี่ยน

มาเป็นการสร้างโรงเรียนแกนนำเพื่อจัดการเรียนร่วมสำหรับเด็กเหล่านี้แทน จึงเห็นได้ว่า การศึกษา ประสพการณ์และแนวทางด้านการจัดการศึกษาพิเศษในประเทศต่างๆ นั้นเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา ระบบการศึกษาพิเศษในประเทศไทย เพื่อจะได้ไม่ทำผิดดังเช่นที่เกิดในต่างประเทศมาแล้วนั่นเอง (ผดุง อารยะวิญญู, 2541: 2-3, 47)

ประเทศสหรัฐอเมริกาในอดีต ก่อนที่จะมีระบบการศึกษาพิเศษนั้น พ่อแม่สอนลูกที่มีภาวะ บกพร่องเองที่บ้านหรือบางครั้งครอบครัวก็ไม่ได้สอนเพราะคิดว่าไม่เป็นประโยชน์ ต่อมาพ่อแม่จำเป็นต้อง ไปทำงานนอกบ้านจึงนำลูกไปฝากเลี้ยงที่ศูนย์เลี้ยงเด็กเฉพาะเวลากลางวัน (Day care center) ภายหลังจึงมีโรงเรียนเฉพาะทางเกิดขึ้น ต่อมาพบว่า โรงเรียนศึกษาพิเศษเหล่านั้นไม่ใช่แนวทางที่ ถูกต้องเพราะเป็นการแยกเด็กออกจากสังคมซึ่งขัดกับกฎหมายรัฐธรรมนูญ รัฐจึงได้จัดการเรียนร่วมใน โรงเรียนปกติมากขึ้นและลดขนาดและจำนวนโรงเรียนศึกษาพิเศษลง ทั้งนี้ นักการศึกษาพิเศษใน ปัจจุบันเชื่อว่า การให้การช่วยเหลือในระยะแรกเริ่ม (Early intervention) นั้นสามารถจัดความบกพร่อง ของเด็กได้ดีกว่าการให้การช่วยเหลือเมื่อเด็กอายุมากขึ้น และที่เป็นประโยชน์กว่านั้นคือ การช่วยเหลือ ในระยะแรกเริ่มนั้นสามารถป้องกันภาวะบกพร่องทางสติปัญญาบางประเภทได้ด้วย (กุลยา ก่อสุวรรณ. 2553ข: 9; ผดุง อารยะวิญญู, 2541: 37)

เมื่อพิจารณาสถานการณ์การศึกษาพิเศษในประเทศไทยพบว่า เด็กและเยาวชนไทย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ยังคงไม่ได้รับการศึกษาอย่างทั่วถึงตามนโยบายของรัฐ ที่ระบุไว้ว่า “คนพิการทุกคนที่อยากเรียนต้องได้เรียน” เห็นได้จากการที่พ่อแม่ของเด็กที่มีภาวะบกพร่อง ทางสติปัญญายังรู้สึกเครียด กอดตัน หดหู่ แต่ยังคงดิ้นรนให้ลูกของตนได้รับสิทธิเข้าเรียนร่วมกับเพื่อนที่ เป็นเด็กปกติอยู่เรื่อยมา ทั้งที่ส่วนใหญ่ “การได้เข้าเรียนในโรงเรียน” อาจหมายถึง การได้เข้าไปนั่งร่วม ห้องกับนักเรียนปกติโดยที่ครูไม่ได้ดัดแปลงการสอนให้เหมาะสมกับนักเรียนที่มี ภาวะบกพร่องทาง สติปัญญาเลยก็ตาม ผู้เกี่ยวข้องับระบบการศึกษาพิเศษในประเทศไทยให้ความเห็นว่า ปัญหาเหล่านี้ เกิดจากปัญหาด้านคุณภาพของโรงเรียน คุณภาพของหลักสูตรและสื่อการสอน ความรู้และเจตคติของ ครูผู้สอนที่มีต่อนักเรียนบกพร่องทางสติปัญญา กระบวนการรับเด็กเข้าเรียน เจตคติของผู้ปกครอง ความเข้าใจของผู้คนในชุมชน การขาดข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับบุคคลเหล่านี้ (เช่น จำนวนที่แท้จริงและ การกระจายของบุคคลกลุ่มนี้ ระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่อง และความต้องการของบุคคลเหล่านี้ เป็นต้น) ด้วย อย่างไรก็ตาม การที่โรงเรียนและครุมีจำนวนไม่เพียงพอ นั้นอาจเนื่องมาจากวิธีการผลิต ครูการศึกษาพิเศษของไทยมีเพียง 2 ช่องทางได้แก่ การเรียนการสอนในสถาบันอุดมศึกษา และการ อบรมครูประจำการ ด้วยการเข้ารับการอบรมประกาศนียบัตรวิชาชีพจำนวน 200 ชั่วโมง อย่างไรก็ตาม ประเด็นเรื่องการให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (รวมถึงภาวะบกพร่องระดับปานกลาง ระดับ รุนแรง และระดับรุนแรงมากด้วย) ได้เข้าเรียนร่วมในห้องเรียนหรือโรงเรียนปกติเริ่มได้รับการกล่าวถึง กันมากในปัจจุบัน ผู้มีอำนาจบางคนเห็นว่าควรให้เด็กได้เรียนร่วมและยกเลิกการจัดการศึกษาพิเศษ หรือโรงเรียนศึกษาพิเศษที่แบ่งแยกเด็ก แต่บุคลากรวิชาชีพบางคนเห็นว่า การจัดการศึกษาที่แยกเด็ก ออกมานั้น อาจยังเป็นประโยชน์สำหรับเด็กบางคนอยู่ เช่นเดียวกับพ่อแม่ที่ถึงแม้จะพอใจที่ลูกได้เข้า เรียนร่วมกับเพื่อนปกติเพราะลูกปลอดภัย ได้รับการยอมรับ และคุณภาพของการเรียนการสอนไม่ได้

ลดลง แต่พ่อแม่เหล่านั้นยังคงสนับสนุนให้มีห้องเรียนพิเศษต่อไป (ผดุง อารยะวิญญู. 2541: 25, 32; ผดุง อารยะวิญญู; และดารณี ศักดิ์ศิริผล. 2544: 38; Westling. 1997: 68)

ทั้งนี้ ผลการวิจัยพบว่า คนส่วนใหญ่เห็นว่า หากเด็กพิการทางสติปัญญาสามารถช่วยเหลือตนเองได้ก็สามารถเข้าเรียนร่วมในโรงเรียนปกติได้ โดยมีเงื่อนไขว่าควรมีการอบรมครูผู้สอน เด็กพิการแต่ละประเภท พร้อมทั้งให้การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ การสอน และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การจัดการเรียนร่วมนั้นมีข้อดีหลายประการคือ เด็กมีโอกาสเรียนโรงเรียนใกล้บ้าน ไม่ต้องเดินทางไปเรียนในโรงเรียนการศึกษาพิเศษที่อยู่ห่างไกล จึงช่วยลดภาระของผู้ปกครองและประหยัดพลังงาน และเวลาของเด็กด้วย ประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ปกครอง เด็กได้มีชีวิตอยู่ในครอบครัวกับพ่อแม่ พี่น้อง และญาติเหมือนเด็กปกติ ทำให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ไม่รู้สึกว่าถูกแยกออกไปด้วยความพิการ เด็กมีโอกาสเรียนรู้และปรับตัวเข้ากับสังคมได้ซึ่งนับว่าเป็นประสบการณ์ตรงที่แต่ละคนสามารถเรียนรู้ตามความสามารถของตนได้ ลดภาระของรัฐบาลในการจัดตั้งโรงเรียนการศึกษาพิเศษ สังคมเกิดความเข้าใจและยอมรับว่าเด็กบกพร่องมีความสามารถเช่นเดียวกับเด็กปกติและช่วยให้เด็กอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข (รัชติกร แสงศร. 2531: 60)

เมื่อวิเคราะห์การกระจายโอกาสทางการศึกษาภาคบังคับของเด็กที่มีความบกพร่องพบว่าโอกาสทางการศึกษาของเด็กที่มีความบกพร่องประเภทต่างๆ มีเพียงร้อยละ 3.51 ของประชากรที่เป็นเด็กที่มีความบกพร่องในวัยเรียนทั้งหมด และโอกาสทางการศึกษาของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญานั้นยิ่งน้อยลงคือ เด็กบกพร่องทางสติปัญญาในวัยเรียนเพียงร้อยละ 1.10 เท่านั้นที่มีโอกาสได้รับการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการคาดคะเนตามวิธีการวิจัยของผดุง อารยะวิญญู (2541: 32) ที่พบว่าเด็กบกพร่องทางสติปัญญามีจำนวน 381,087 คนนั้นได้รับการศึกษาเพียง 6,075 คน (ร้อยละ 1.60) เท่านั้น และเด็กที่มีความบกพร่องที่มีฐานะยากจนอยู่ในท้องถิ่นที่ห่างไกลความเจริญ นั้นยิ่งได้รับโอกาสทางการศึกษาน้อยกว่าเด็กที่มีความบกพร่องที่อยู่ในเขตเมืองซึ่งมีฐานะความเป็นอยู่ที่ดีกว่า นอกจากนี้เมื่อพิจารณาโอกาสทางการศึกษาตามฐานะเศรษฐกิจ สังคม และถิ่นที่อยู่อาศัยของคนที่มีความบกพร่องแล้วพบว่า กลุ่มที่ด้อยโอกาสมากกว่ากลุ่มอื่นอย่างเห็นได้ชัดคือกลุ่มผู้ปกครองที่มีฐานะยากจน ระดับการศึกษาต่ำ และอยู่ในชนบทที่ห่างไกล (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2536: 102) สอดคล้องกับผลการวิจัยด้านความแตกต่างระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบทที่ส่งผลต่อการเรียนต่อในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในปีพ.ศ. 2533 และพ.ศ. 2543 ที่ระบุว่า เด็กในเมืองได้รับการศึกษามากกว่าเด็กในชนบท (อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์; และปัทมา อมรสิริสมบุญ. 2550: 12)

การศึกษาจะมีประโยชน์สำหรับผู้บกพร่องทางสติปัญญาอย่างแท้จริง ก็ต่อเมื่อผู้สอนได้ให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์และช่วยส่งเสริมให้ผู้บกพร่องทางสติปัญญาสามารถนำความรู้นั้นไปใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ดังนั้น การศึกษาจึงควรเกิดขึ้นในทุกขณะของชีวิตและตลอดชีวิตเกิดในทุกที่ และไม่จำเป็นต้องยึดติดกับรูปแบบการจัดการศึกษาอย่างเป็นทางการของรัฐเสมอไป เนื่องจากการศึกษากระแสหลักที่รัฐเป็นผู้จัดให้นั้นยังมีจุดด้อยคือ การศึกษากระแสหลักมักถูกรัฐใช้ในการชักนำความคิดและวิถีชีวิตของประชาชนไปสู่ผลที่รัฐต้องการ นโยบายดังกล่าวอาจฟังดูดีแต่กลับไม่ได้เอื้อประโยชน์ต่อคนยากจนซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ของประเทศในระยะยาว (สุลักษณ์ ศิวรักษ์. 2545:

คำนำ) อีกทั้งระบบการศึกษากระแสหลักยังเป็นนโยบายแบบบนลงล่างที่ใช้รูปแบบเดียวทั้งประเทศ ย่อมไม่เหมาะสมกับวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้คนที่อาศัยอยู่ในสังคมที่มีบริบทแตกต่างกัน (ผดุง อารยะวิญญู. 2541: 24; นภัทร พุกกะณะสุต. 2549ข: 45; รัชติกร แสงศร. 2531: 2; สุปาณี สมนิรัตน์. 2529: 88; McCabe. 2007: 39; Thomas. 1998: 111)

เมื่อพ่อแม่และผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจในชีวิตของผู้ปกครองทางสติปัญญา พิจารณาแล้วเห็นว่า การศึกษาแบบใดเหมาะสมกับลูกของตนมากที่สุด ก็ย่อมมีสิทธิเลือกระบบ การศึกษาของลูกได้ และควรได้รับการสนับสนุนและเงินอุดหนุนจากรัฐ รวมถึงการลดหย่อนหรือยกเว้น ภาษีสำหรับค่าใช้จ่ายทางการศึกษาตามที่กฎหมายกำหนด (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษา แห่งชาติ. 2545: 11) พ่อแม่จึงมีสิทธิที่จะจัดการศึกษาทางเลือก (Alternative education) ให้กับลูกของ ตนได้ ตัวอย่างของแนวคิดด้านการศึกษาทางเลือกได้แก่ โรงเรียนหมู่บ้านเด็ก (จังหวัดกาญจนบุรี) โรงเรียนสัจยาไส (จังหวัดลพบุรี) รวมถึงหน่วยย่อย (The Unit) ที่เป็นการรวมตัวกันของพ่อแม่หรือ บุคคลที่ไม่ใช่พนักงานวิชาชีพเพื่อให้การศึกษาแก่ผู้ปกครองทางสติปัญญาตามแนวคิดของกูดาเลฟสกี และแมดดูมา (Gudalefsky; & Madduma. 2005) เป็นต้น ระบบการศึกษาทางเลือกนี้มีข้อดีหลาย ประการคือ หนึ่ง ผู้เรียนและผู้สอนสามารถกำหนดหลักสูตรที่เหมาะสมกับตนเอง หลักสูตรการศึกษาจึง ยืดหยุ่นและเป็นประโยชน์กับผู้เรียนอย่างเต็มที่ สอง ครูสามารถปรับการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับ ความสามารถในการเรียนรู้ของนักเรียนแต่ละคน สาม หน้าที่การสอนไม่ถูกจำกัดไว้กับนักวิชาชีพ (ครู) เท่านั้น แต่พ่อแม่และสมาชิกในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการให้การศึกษาแก่เด็กด้วย สี่ การสอนไม่ถูก จำกัดขอบเขตไว้กับสถานที่เพียงบางแห่ง (โรงเรียน) เด็กจึงได้ประโยชน์จากการเรียนรู้ในชุมชนและ สถานการณ์จริง ห้า ระบบการศึกษาทางเลือกมักมีจำนวนนักเรียนในแต่ละห้องน้อยกว่าในโรงเรียนปกติ ผู้สอนจึงสามารถบูรณาการความรู้เข้ากับชีวิตจริงของนักเรียนได้ และยังมีมือปฏิบัติได้จริง และประการ สุดท้าย ค่าใช้จ่ายต่ำเพราะสามารถประยุกต์สิ่งของเครื่องใช้รอบตัวให้เป็นสื่อการสอน อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ไม่มีการยืนยันอย่างเป็นทางการ แต่โรงเรียนการศึกษาทางเลือกล้วนพบว่า นักเรียนเหล่านี้มี พัฒนาการด้านวิชาการดีกว่านักเรียนในโรงเรียนการศึกษากระแสหลักเพราะพ่อแม่หรือผู้สอนสามารถ สอนทักษะการคิดที่เฉพาะเจาะจงได้ (สุลักษณ์ ศิวรักษ์. 2545: คำนำ; สำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาแห่งชาติ. 2545: 19, 83; Gudalefsky; & Madduma. 2005: 70)

การเลือกและวางแผนการศึกษาให้กับผู้ปกครองทางสติปัญญานั้น ผู้สอนต้องพิจารณาที่ ระดับความสามารถและความต้องการของผู้เรียนแต่ละคนทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อจะได้เลือก วิธีการสอน และการวัดและประเมินผลที่เหมาะสม (ผดุง อารยะวิญญู. 2541: 34) แต่ในขณะที่ระบบ การศึกษากระแสหลักนำเสนอทฤษฎีเกี่ยวกับเทคนิคการสอนอันหลากหลายเช่น การสอนแบบวินิจฉัย/หาวิธีที่เหมาะสม/ประเมินผล (Diagnostic/Prescriptive/ Evaluative Teaching หรือ การสอนแบบ DPE) การวิเคราะห์การสอนตามเป้าหมาย (Goal Instruction Analysis หรือ GIA) รวมถึงเทคนิค ปลีกย่อยอื่นๆ เช่น การสอนตรง (Direct instruction) การสอนแบบหน่วงเวลา (Time delay) การสอน แบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer tutoring) และการสอนแบบเรียนรู้ร่วมใจ (Cooperative learning) เป็นต้น กูดาเลฟสกีและแมดดูมา (Gudalefsky; & Madduma. 2005) กลับนำเสนอวิธีการสอนที่แตกต่างจาก

โลกวิชาการ แต่ชัดเจนและเข้าใจได้ง่ายกว่า และยิ่งเหมาะสมกับพ่อแม่ในชุมชนห่างไกลที่ไม่สามารถส่งลูกเข้ารับการศึกษาศึกษาในสถานศึกษาในเมืองได้มากกว่าด้วย แนวคิดของการสอนแบบหน่วยย่อย (The Unit) นั้นระบุไว้ว่า ผู้สอนต้องเข้าใจหลักของการศึกษาเบื้องต้น 2 ข้อเสียก่อนได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ (เน้นการใช้จินตนาการ) และการค้นคว้า (หรือการลองผิดลองถูก) จากนั้นจึงเริ่มสอนด้วยการให้ผู้เรียนได้ใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า (Multisensory) คือตา หู จมูก ลิ้น และการสัมผัสให้ครบถ้วนหรือมากที่สุด แล้วจึงเลือกสื่อการสอนที่เริ่มจากระดับง่าย (เช่น เรื่องที่เป็นรูปธรรม โดยเรามากใช้วัตถุจริงในการสอน) ไปสู่ระดับปานกลาง (คือ เรื่องกึ่งนามธรรมเช่น รูปวาด ภาพ แผนผัง) จนถึงระดับยาก (หมายถึง เรื่องที่เป็นนามธรรมคือ คำพูดและสัญลักษณ์ต่าง ๆ) ตามลำดับ ทั้งนี้ สิ่งที่มีความสำคัญเหนือสิ่งอื่นใดอยู่ที่ “การค่อยเป็นค่อยไป ตามลำดับขั้น” “การซ้ำ-ย้ำ-ทวน” และ “การสอนให้ชัดเจน ตรงไปตรงมา” นั้นเอง

อย่างไรก็ดี กูดาลเฟสกีและแมดดูมากกล่าวไว้ว่า ช่วงแรกเกิดถึง 3 ขวบเป็นช่วงที่มนุษย์แต่ละคนได้รับความรู้ครึ่งหนึ่งของความรู้ทั้งหมดที่ตนมี ซึ่งช่วง 3 ปีแรกนั้น เด็กยังคงอยู่กับครอบครัวตลอดเวลาโดยมีพ่อแม่และสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สอน เรื่องนี้จึงยืนยันได้ว่า พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเป็นครูคนแรกและเป็นครูที่ดีที่สุดของเด็กทุกคน เพราะนอกเหนือจากความรักและความเอาใจใส่ต่อลูกของตนที่ไม่สามารถหาได้จากครูผู้สอนหรือครูพี่เลี้ยงคนใดแล้ว ความรู้ที่มีประโยชน์กับลูกบ่มพร่องทางสติปัญญามากที่สุดคือ ทักษะในชีวิตประจำวันและงานอาชีพซึ่งเด็กส่วนใหญ่มักเฝ้ามองที่ประกอบอาชีพตามพ่อแม่ของตน ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าการศึกษาลูกสำหรับลูกบ่มพร่องทางสติปัญญานั้นไม่จำเป็นต้องอยู่ในโรงเรียนเสมอไป ไม่จำเป็นต้องสอนโดยนักวิชาชีพ และไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงลิ่ว เพราะพ่อแม่และคนในครอบครัวก็สามารถให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อลูกบ่มพร่องทางสติปัญญาได้อย่างครบถ้วนเช่นกัน (Gudalefsky; & Madduma. 2005: 58)

บริการด้านสังคมสงเคราะห์

ในอดีต การให้การช่วยเหลือแก่คนพิการในประเทศไทยเป็นบริการที่จัดโดยเอกชนเป็นหลัก มีรัฐเป็นผู้ดำเนินงานเพียงเล็กน้อย โดยมีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะคนพิการที่มาขอรับบริการ ซึ่งเป็นผู้ประสบปัญหา รูปแบบของการช่วยเหลือในเวลานั้นมักเป็นการให้หรือการสงเคราะห์เช่น เงิน สิ่งของ เครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เป็นต้น เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเฉพาะหน้าหรือตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ต่อมา การช่วยเหลือได้ขยายสู่การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ทางอาชีพ และทางสังคมให้แก่คนพิการที่สามารถพัฒนาได้ในกลุ่มเป้าหมายเดิม จนถึงปัจจุบันนี้ บริการสวัสดิการสังคมได้ขยายขอบเขตมาเป็นการให้บริการสำหรับคนพิการทุกประเภท ตั้งแต่แรกเกิดถึงวัยชรา มีขอบข่ายความรับผิดชอบกว้างขวางมากขึ้น อันได้แก่ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์: 2553. ออนไลน์; สำนักคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. 2539: 58)

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางด้านอาชีพเช่น การฝึกอาชีพในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ 8 แห่ง (จังหวัดสมุทรปราการ ลพบุรี เชียงใหม่ ขอนแก่น อุบลราชธานี นครศรีธรรมราชหนองคาย) สำหรับคนพิการทั่วไปที่มีอายุ 17-40 ปี วิชาชีพสาขาต่างๆ ที่เปิดสอนเช่น ช่างตัดเย็บ

เสื้อผ้า ช่างเย็บหนัง ช่างไฟฟ้า ช่างถม ศิลปหัตถกรรม พนักงานพิมพ์ดีด คอมพิวเตอร์ เป็นต้น สำหรับผู้บกพร่องทางสติปัญญา นั้น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ไม่มีบริการฝึกอาชีพสำหรับบุคคลเหล่านี้โดยเฉพาะ แต่มีนโยบายให้การสนับสนุนด้านงบประมาณกับหน่วยงานที่รับผิดชอบในด้านนี้โดยตรงเช่น สถาบันฝึกอาชีพภายใต้การดูแลของสถาบันราชานุกูล เป็นต้น ส่วนศูนย์ฝึกอาชีพอื่นๆ ที่เป็นทางเลือกสำหรับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้แก่ ศูนย์ฝึกอาชีพปัญญาการภายใต้การดูแลของมูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ และหน่วยงานฝึกอาชีพในโรงเรียนศึกษาพิเศษ เป็นต้น (มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์. 2548: 23-25) การฝึกอาชีพสำหรับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในต่างประเทศนั้นเริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการใช้มือและนิ้วมือ ทักษะทางสังคม การให้ความร่วมมือในกลุ่ม มนุษยสัมพันธ์ การใช้ระบบขนส่งมวลชน การใช้แหล่งบริการทางสังคมที่จำเป็นต่อชีวิตประจำวัน และการใช้จ่ายเงินและซื้อของ จนถึงการฝึกอาชีพ ซึ่งต้องพิจารณาสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวและชุมชนที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ ระดับความสามารถและความถนัด ความชอบและความสนใจ ความต้องการของบุคคลนั้นและผู้ปกครอง ความแข็งแรงของร่างกายและสุขภาพ (มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์. 2548: 22-29) แต่การวิจัยพบว่า บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่เข้ารับการฝึกอาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง เพราะผู้ปกครองเป็นห่วงเรื่องความปลอดภัยในการเดินทาง ประกอบกับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพศหญิงยังช่วยทำงานบ้านที่บ้านได้ (มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์. 2548: 37)

2. การพัฒนาอาชีพในศูนย์พัฒนาอาชีพคนพิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551: ออนไลน์) ได้รายงานจำนวนผู้พิการที่มีงานทำในปี พ.ศ. 2551 ไว้ว่า ประเทศไทยมีผู้พิการทั้งหมด 1,176,636 คน (ร้อยละ 65) แต่มีงานทำเพียง 638,994 คน (ร้อยละ 35) เท่านั้น สภาคคนพิการทุกประเภทจึงผลักดันให้มีสถาบันแรงงานเพื่อคนพิการ ดำเนินการในเรื่องฝึกอาชีพของคนพิการ ฯลฯ เพื่อให้คนพิการสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ นอกจากการฝึกอาชีพแล้ว ควรศึกษาความต้องการของเขาด้วยว่าเขาสนใจอะไร รูปแบบการจ้างงานนั้นมีหลายแบบ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2543: 4-5) ดังนั้น ศูนย์พัฒนาอาชีพคนพิการจึงถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อรับคนพิการที่ผ่านการฝึกอาชีพแล้ว แต่ไม่สามารถหางานทำในสถานประกอบการภายนอกได้ ให้เข้าทำงานในศูนย์ฯ เพื่อมีรายได้เลี้ยงตนเอง และเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ ฝึกทักษะทางอาชีพ และฝึกการใช้ชีวิตในสถานประกอบการ ปัจจุบันมีเพียงแห่งเดียว (ศูนย์พัฒนาอาชีพคนพิการ จังหวัดนนทบุรี) แต่สำหรับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา นั้น พบว่าบุคคลเหล่านี้ในประเทศไทยยังมีโอกาสทำงานน้อยกว่าคนพิการประเภทอื่นอย่างมาก

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้มีบริการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการในด้านอาคาร สถานที่ และบริการสาธารณะต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ รวมถึงส่งเสริมให้ผู้พิการเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมใน

การดำเนินกิจกรรมทางสังคมให้เท่าเทียมคนทั่วไป ทั้งด้านอาชีพ การคมนาคม การใช้ชีวิตประจำวัน นันทนาการ หรือการแข่งขันกีฬา ฯลฯ

4. การจัดสวัสดิการแก่คนพิการในชุมชน หมายถึง การสนับสนุนให้ชุมชน ครอบครัวของ ผู้ที่มีภาวะบกพร่อง และองค์กรท้องถิ่นในทุกระดับทั่วประเทศได้ใช้ทรัพยากรในชุมชนและภูมิปัญญา ชาวบ้านให้เกิดประโยชน์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาคนพิการ (ศิริรัตน์ ทศนกิจ. 2548: 26) เช่น การให้คำแนะนำปรึกษา การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก การมีผู้ช่วยส่วนบุคคล การฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการทางแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการศึกษา เงินสงเคราะห์เพื่อบรรเทาหรือแก้ไข ปัญหาเฉพาะหน้า เงินจัดซื้อเครื่องช่วยความพิการ เบี้ยยังชีพ การกู้เงินเพื่อการศึกษาหรือการประกอบ อาชีพ และการเผยแพร่ให้ความรู้แก่ครอบครัว ชุมชน องค์กรท้องถิ่น และบุคลากรของหน่วยงานทั้ง ภาครัฐและเอกชน เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2543: 4-5; สำนัก คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. 2539: 58)

5. การสงเคราะห์คนพิการในสถานสงเคราะห์ หมายถึง การจัดที่อาศัยเพื่อเป็นที่พักพิง ให้แก่คนพิการที่ยากจน ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู เพื่อช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น บำบัดจิตใจ การ ฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย การรักษาพยาบาล การฝึกอาชีพ และการนันทนาการ เป็นต้น ปัจจุบันมี สถานสงเคราะห์คนพิการ 9 แห่งได้แก่ เด็กพิการอายุแรกเกิดถึง 7 ปี มีแห่งเดียว (จังหวัดนนทบุรี) เด็ก พิการอายุ 7-18 ปีมี 3 แห่ง (จังหวัดนนทบุรี) และคนพิการอายุ 18 ปีขึ้นไปมี 5 แห่ง (ใน 4 จังหวัดคือ จังหวัดสมุทรปราการ ปทุมธานี ชลบุรี และฉะเชิงเทรา) (มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยใน พระบรมราชูปถัมภ์. 2548 : 20-22; สำนักคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. 2539: 58)

ในต่างประเทศ รัฐได้จัดบริการด้านที่อยู่อาศัยให้กับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทาง สติปัญญาหลายประเภท และแต่ละประเภทมีลักษณะแตกต่างกันไปได้แก่ ประเภทแรก สถาบันสำหรับผู้ บกพร่องทางสติปัญญา (PRF) เป็นที่พักขนาดใหญ่แบบอยู่ประจำเหมือนที่มีอยู่ในประเทศไทยในเวลานี้ ประเภทที่สอง ที่พักฉุกเฉินสำหรับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (ICF/MR) ซึ่งลักษณะการ ให้บริการคล้ายคลึงกับประเภทแรกแต่มีขนาดรองลงมา ประเภทที่สาม สถานพักอาศัยที่มีความ ช่วยเหลือเช่น อพาร์ทเมนท์ที่มีเจ้าหน้าที่ดูแลทั่วไป และบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญามีหน้าที่ ดูแลความสะอาดภายในห้องของตนเอง ผู้อาศัยในที่พักประเภทนี้จึงมักเป็นผู้บกพร่องทางสติปัญญา ระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง เป็นต้น ประเภทที่สี่ บ้านอุปถัมภ์หรือพ่อแม่บุญธรรม (Foster home) คือครอบครัวที่รับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญามาเลี้ยงเหมือนเป็นลูกบุญธรรม ประเภทที่ห้า กลุ่มโฮม (Group home) เป็นบ้านที่ให้บริการคล้ายสถานสงเคราะห์คือ มีเจ้าหน้าที่ผลัดเวรกันอยู่ประจำ ทั้งกลางวันและกลางคืนเพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ ผู้พักอาศัยส่วนใหญ่ในที่พักประเภท นี้จึงเป็นบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง และประเภทสุดท้าย สถานฝากเลี้ยงชั่วคราว (Respite care) ที่พ่อแม่สามารถปลีกตัวไปทำธุระของตนเองได้ในบางเวลาหรือบางวัน โดยนำลูกที่มีภาวะ บกพร่องทางสติปัญญามาฝากไว้ที่สถานบริการแห่งนี้ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป ว่า ที่อยู่อาศัยที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมสำหรับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญามากที่สุดคือ การอาศัยอยู่ที่บ้านกับครอบครัวนั่นเอง (Beirne-Smith; Patton; & Kim. 2006: 404-410)

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2536: 181) ได้สำรวจความต้องการด้านสวัสดิการสังคมของผู้ปกครองในประเทศไทยที่มีลูกหลานเป็นคนพิการเมื่อปี พ.ศ. 2536 พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ต้องการให้รัฐจัดบริการสวัสดิการสังคมเช่น สวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยและการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 42.75) ซึ่งในปัจจุบัน รัฐก็ได้พยายามจัดบริการที่จำเป็นให้กับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย ผ่านพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 พระราชบัญญัติการศึกษา พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติฉบับอื่นๆ ที่แสดงให้เห็นว่า ผู้นำของประเทศเห็นความสำคัญของสิทธิมนุษยชน สิทธิเด็ก และสิทธิของประชาชนคนไทยทุกประการ ถึงแม้ยังไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้อย่างสมบูรณ์ก็ตาม

ทั้งนี้ ในต่างประเทศเองก็มีสถานการณ์คล้ายคลึงกันคือ ถึงแม้ดูเหมือนสวัสดิการสังคมในประเทศที่พัฒนาแล้วนั้นจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ปกครองของบุคคลที่มีความบกพร่องได้อย่างครบถ้วน แต่อันที่จริงแล้ว งานวิจัยที่ทำการสัมภาษณ์พ่อแม่ของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงจำนวน 48 ครอบครัวเกี่ยวกับบริการสำหรับบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาที่ได้รับจากหน่วยงานท้องถิ่นพบว่า ความพึงพอใจที่พ่อแม่มีต่อบริการที่ได้รับจากหน่วยงานในชุมชน (Community-based services) นั้นอยู่ในระดับน้อยมาก พ่อแม่ยังต้องการบริการมากกว่าที่เป็นอยู่ ต้องการให้หน่วยงานในชุมชนมีการประสานงานที่มากกว่านี้และดีกว่านี้ด้วย พ่อแม่หลายคนให้ความเห็นว่า เจ้าหน้าที่ของรัฐปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างดูถูก พ่อแม่รู้สึกเหมือนมาขอรับบริจาคหรือขอรับสวัสดิการสังคมจากรัฐเพียงฝ่ายเดียว และพ่อแม่ยังรู้สึกว่าบุคลากรวิชาชีพทั้งหลายทำตัวเหนือกว่าพ่อแม่ และไม่ได้เข้าใจในความต้องการของพวกเขาอย่างแท้จริง พ่อแม่จึงต้องการให้เจ้าหน้าที่เหล่านั้นเคารพในความเห็นของพ่อแม่ในด้านต่างๆ เกี่ยวกับลูกของตนด้วย เมื่อศึกษาในรายละเอียดพบว่า พ่อแม่ของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาส่วนใหญ่ต้องการบริการด้านการศึกษาและการฝึกอาชีพ ระบบขนส่งสาธารณะ บริการแก้ไขการพูด กายภาพบำบัด การจัดการพฤติกรรม โปรแกรมสนับสนุนทางการอบรมพ่อแม่ และสถานฝากเลี้ยง (Respite care) มากที่สุด (Westling. 1997: 69)

อย่างไรก็ตาม นโยบายส่วนใหญ่ของรัฐบาลในเกือบทุกประเทศเป็นแบบบนลงล่าง กล่าวคือ ผู้บริหารประเทศออกนโยบายจากส่วนกลางเพื่อนำมาใช้กับคนทั้งประเทศ ซึ่งมีบริบทแตกต่างกันอย่างมาก ครอบครัวของผู้ปกครองทางสติปัญญาที่มีปัญหาทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านโอกาส จึงไม่ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐได้ตั้งใจไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ครอบครัวในชุมชนชนบทที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ยังไม่มีความรู้หรือข้อมูลเพียงพอ และมุมมองของสมาชิกในสังคมนั้นที่ถือว่า ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเป็นเรื่องน่าอาย ทำให้พ่อแม่ของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา โดยเฉพาะพ่อแม่ในชุมชนชนบท มีส่วนร่วมและมีบทบาทในการเรียกร้องสิทธิด้านการช่วยเหลือจากรัฐน้อยมาก ลักษณะเช่นนี้แตกต่างจากพ่อแม่ของเด็กที่มีความบกพร่องประเภทอื่นเช่นพ่อแม่ของเด็กที่มีภาวะออทิสติกที่ตัดสินใจด้วยตนเองและเรียกร้องสิทธิของลูกและครอบครัวจนสามารถรวมตัวกันเป็นสมาคมผู้ปกครองของบุคคลที่มีภาวะออทิสติกที่มีพลังในการเรียกร้องสิทธิให้กับลูกและครอบครัวของตนได้อย่างดี ซึ่งคล้ายกับพ่อแม่ในต่างประเทศที่ได้รับการปลูกฝังในด้านสิทธิใน

การรับบริการจากรัฐ เมื่อพ่อแม่มีความเห็นว่า บริการที่รัฐหรือเขตการศึกษาจัดให้ นั้นยังไม่เหมาะสมแล้ว ก็จะดำเนินการเรียกร้องไปยังผู้มีหน้าที่รับผิดชอบให้จัดบริการและการช่วยเหลือเพิ่มเติมได้ แต่เหนือสิ่งอื่นใด ครอบครัวเองต้องตระหนักว่าความช่วยเหลือจากภายนอกเป็นสิ่งชั่วคราว ตัวพ่อแม่ต้องลุกขึ้นมาสู้ เรียกร้องสิทธิที่ตนและลูกควรได้รับ รวมถึงการหาข้อมูล ความรู้เพื่อให้เกิดการพึ่งพาตนเองมากขึ้น ครอบครัวควรเปลี่ยนบทบาทจากผู้รับบริการเพียงอย่างเดียวมาเป็นผู้ร่วมจัดบริการ ทำให้เกิดผลดีต่อลูกหลานที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอย่างยั่งยืน (กุลยา ก่อสุวรรณ. 2549: สัมภาษณ์; ผดุง อารยะวิญญู. 2541: 26; สมพร หวานเสริจ. 2545: 31; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2543: 6; McCabe. 2007: 39)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีขั้นตอนดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยได้แก่ ครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย นอกเหนือจากจังหวัดกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 24 จังหวัดคือจังหวัดกาญจนบุรี จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ชัยนาท ตราด นครนายก นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ ปราจีนบุรี พระนครศรีอยุธยา เพชรบุรี ระยอง ราชบุรี ลพบุรี สมุทรปราการ สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สระแก้ว สระบุรี สิงห์บุรี สุพรรณบุรี อุทัยธานี และจังหวัดอ่างทอง (กระทรวงมหาดไทย, 2551: ออนไลน์) ซึ่งแบ่งเป็นครอบครัวที่อยู่ในความดูแลของศูนย์การศึกษาพิเศษ และโรงเรียนศึกษาพิเศษ ดังนี้

- | | |
|---------------------------------------|---------------|
| 1. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขตการศึกษา | จำนวน 4 แห่ง |
| 2. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด | จำนวน 20 แห่ง |
| 3. โรงเรียนศึกษาพิเศษ | จำนวน 4 แห่ง |
| รวมทั้งหมดเป็น | 28 แห่ง |

กลุ่มตัวอย่าง

ครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย นอกเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งพิจารณาระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจากแฟ้มประวัติ และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่อยู่ในความดูแลของศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขตการศึกษา ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด และโรงเรียนศึกษาพิเศษ ได้มาด้วยการสุ่มแบบ 2 ขั้นตอน (Two-stage sampling) โดยใช้ประเภทหน่วยงานและหน่วยงานเป็นขั้นแรก และครอบครัวเป็นขั้นที่สอง โดยมีขั้นตอนการสุ่มดังนี้

ขั้นแรก ทำการสุ่มหน่วยงานแต่ละประเภทออกมาร้อยละ 30 ด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้ดังนี้

ประเภทหน่วยงาน	ประชากร (แห่ง)	กลุ่มตัวอย่าง (แห่ง)
ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำเขตการศึกษา	1. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขต การศึกษา 1 (นครปฐม) 2. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขต การศึกษา 5 (สุพรรณบุรี) 3. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขต การศึกษา 6 (ลพบุรี) 4. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขต การศึกษา 12 (ชลบุรี)	1. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขต การศึกษา 5 (สุพรรณบุรี)
รวม	4 แห่ง	1 แห่ง
ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัด	1. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดกาญจนบุรี 2. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดจันทบุรี 3. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดฉะเชิงเทรา 4. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดชัยนาท 5. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดตราด 6. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดนครนายก 7. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 8. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดปราจีนบุรี 9. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 10. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดเพชรบุรี 11. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดระยอง	1. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดกาญจนบุรี 2. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดฉะเชิงเทรา 3. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดชัยนาท 4. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดปราจีนบุรี 5. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดตราด 6. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดสมุทรสงคราม

ประเภทหน่วยงาน	ประชากร (แห่ง)	กลุ่มตัวอย่าง (แห่ง)
ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัด (ต่อ)	12. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดราชบุรี	
	13. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดสมุทรปราการ	
	14. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดสมุทรสงคราม	
	15. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดสมุทรสาคร	
	16. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดสระแก้ว	
	17. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดสระบุรี	
	18. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดสิงห์บุรี	
	19. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดอุทัยธานี	
	20. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัดอ่างทอง	
	รวม	20 แห่ง
โรงเรียนศึกษาพิเศษ	1. โรงเรียนฉะเชิงเทราปัญญาคุณ 2. โรงเรียนเพชรบุรีปัญญาคุณ 3. โรงเรียนลพบุรีปัญญาคุณ 4. โรงเรียนสุพรรณบุรีปัญญาคุณ	1. โรงเรียนลพบุรีปัญญาคุณ
รวม	4 แห่ง	1 แห่ง
รวมทั้งสิ้น	28 แห่ง	8 แห่ง

ขั้นที่สอง หลังจากสุ่มได้หน่วยงานตามจำนวนที่ต้องการแล้ว จึงสุ่มครอบครัวในแต่ละ
หน่วยงานข้างต้นออกมาร้อยละ 50 เป็นจำนวน 102 ครอบครัว ด้วยการสุ่มอย่างง่ายได้ดังนี้

หน่วยงาน	ประชากร (ครอบครัว)	ตัวอย่าง (ครอบครัว)
ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขตการศึกษา 5 (สุพรรณบุรี)	15 ครอบครัว	7 ครอบครัว
ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดกาญจนบุรี	23 ครอบครัว	11 ครอบครัว
ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดชัยนาท	14 ครอบครัว	7 ครอบครัว
ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดฉะเชิงเทรา	17 ครอบครัว	8 ครอบครัว
ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปราจีนบุรี	41 ครอบครัว	20 ครอบครัว
ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดราชบุรี	11 ครอบครัว	6 ครอบครัว
ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดสมุทรสงคราม	19 ครอบครัว	10 ครอบครัว
โรงเรียนลพบุรีปัญญานุกูล	65 ครอบครัว	33 ครอบครัว
รวม	205 ครอบครัว	102 ครอบครัว

แต่ละครอบครัวที่สุ่มได้ ทำการสัมภาษณ์เพื่อเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลักที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในแต่ละวันมากที่สุด

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง แบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ

ด้านที่ 1 สถานภาพส่วนบุคคลของผู้ดูแลและครอบครัว

ด้านที่ 2 สถานภาพส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง

ด้านที่ 3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง

ด้านที่ 4 การเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลนี้ได้ถูกออกแบบขึ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนจึงแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและครอบครัว

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง ประกอบด้วย เพศ อายุ ที่อยู่ปัจจุบัน ภาวะบกพร่อง ภาวะสุขภาพ ประวัติด้านการแพทย์ ประวัติด้านการศึกษา ทักษะในการดำรงชีวิต และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

ประเภทที่ 1 เป็นคำถามที่มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert's Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (4) มาก (3) ปานกลาง (2) น้อย (1) และไม่มีเลย (0)

ประเภทที่ 2 เป็นคำถามปลายเปิดที่อยู่ส่วนท้ายของแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ตอบคำถามมีอิสระในการให้ข้อมูลที่เป็นรายละเอียดเพิ่มเติม

ประเภทที่ 3 เป็นคำถามแบบตรวจรายการ (Checklist)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามข้อมูลด้านสถานภาพของครอบครัว ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง และการเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง แบ่งเป็น 3 ประเภทคือ

ประเภทที่ 1 เป็นคำถามที่มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert's Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (4) มาก (3) ปานกลาง (2) น้อย (1) และไม่มีเลย (0)

ประเภทที่ 2 เป็นคำถามปลายเปิดที่อยู่ส่วนท้ายของแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ตอบคำถามมีอิสระในการให้ข้อมูลที่เป็นรายละเอียดเพิ่มเติม

ประเภทที่ 3 เป็นคำถามแบบตรวจรายการ (Checklist)

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

3.1.1 ศึกษาเอกสาร แนวคิด และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง สภาพชีวิตครอบครัวของผู้บกพร่องทางสติปัญญา และชีวิตของผู้บกพร่องทางสติปัญญาในพื้นที่ต่างจังหวัด สรุปสาระได้ดังนี้

ด้านสถานภาพส่วนบุคคลของผู้ดูแลและครอบครัว สถานภาพส่วนบุคคลของพ่อแม่เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สภาพจิตใจ การเลี้ยงดู ทศนคติและความคาดหวังของพ่อแม่ เป็นต้น และสถานภาพของครอบครัวเช่น รายได้ และ จำนวนสมาชิกในครอบครัวนั้น มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาทั้งสิ้น

ด้านสถานภาพส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมักแสดงความบกพร่องตั้งแต่แรกเกิดหรือขวบปีแรก บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงนั้นมีความบกพร่องมากกว่าหนึ่งด้านขึ้นไปเช่น ด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และด้านการสื่อสาร เป็นต้น เมื่อบุคคลเหล่านี้สื่อสารได้น้อยหรือไม่ได้เลย พฤติกรรมที่เป็นปัญหาจึงเกิดขึ้น บุคคลเหล่านี้จึงต้องการความช่วยเหลือเกือบทุกด้านและเกือบตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเข้าสู่วัยรุ่น ร่างกายที่เติบโตขึ้นแต่ความสามารถในด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะในการช่วยเหลือตนเองยังน้อยมาก จึงเป็นภาระหนักสำหรับพ่อแม่ที่แก่ตัวลง พ่อแม่จึงมีความเครียดเกี่ยวกับการเลี้ยงดูมากขึ้น และความคาดหวังต่ออนาคตของลูกที่มีภาวะบกพร่องยิ่งน้อยลง

ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง ครอบครัวในชุมชนเมืองและครอบครัวในชุมชนชนบทนั้นมีลักษณะแตกต่างกันหลายด้าน ได้แก่ ประชากรในชุมชนชนบทมักมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งระดับการศึกษาต่ำกว่า ประชากรในชุมชนเมือง (ซึ่งฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำมักเป็นสาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาด้วย) แต่ครอบครัวในชุมชนเมืองมักเป็นครอบครัวเดี่ยว พ่อแม่และสมาชิกในครอบครัวจึงต้อง

ดูแลบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเอง ในขณะที่ครอบครัวในชุมชนชนบทจำนวนไม่น้อยเป็นครอบครัวเชิงขยาย สมาชิกในครอบครัวจึงประกอบด้วยพ่อแม่ ลูกหลายคน และญาติพี่น้อง ทำให้พ่อแม่สามารถฝากลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาไว้กับญาติพี่น้องเช่น ลุงป้า น้าอา หรือป้าตายายได้ เมื่อพิจารณาด้านสัมพันธภาพในชุมชนพบว่า ผู้คนในสังคมชนบทมีความสัมพันธ์แน่นแฟ้นกว่าคนในชุมชนเมือง ผู้คนจึงมักรู้จักกันทั้งชุมชน ซึ่งถือว่ามีข้อดีคือ คนในชนบทยังไปมาหาสู่ มีน้ำใจ และให้ความช่วยเหลือกันอย่างเต็มที่ คนในชุมชนชนบทจึงมักรู้สึกว่ามีที่พึ่งทางใจมากกว่าคนในชุมชนเมืองที่ต้องอาศัยอยู่โดดเดี่ยว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านของตน แต่ขณะเดียวกัน สังคมชนบทมักมีข้อด้อยคือ คนในชุมชนชนบทมักได้รับอิทธิพลและแรงกดดันจากเพื่อนบ้านและสมาชิกในชุมชนมากกว่าคนในชุมชนเมือง ผู้ที่อาศัยในชุมชนชนบทจึงต้องดำเนินชีวิตโดยคำนึงถึงมุมมองของคนในสังคมมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเมือง

ด้านการเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง มนุษย์ทุกคนมีสิทธิได้รับบริการเท่าเทียมกัน ไม่่ว่ามีความบกพร่องหรือไม่ หรืออาศัยอยู่ในชุมชน ประเภทใด ทั้งนี้ บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตจังหวัดกรุงเทพมหานครและปริมณฑล แต่หน่วยงานที่ให้บริการกลับอยู่ในเมืองใหญ่มากกว่า ทำให้วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในชนบทไม่ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างเพียงพอต่อความต้องการ อย่างไรก็ตาม หน่วยงานที่ให้บริการสำหรับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทยนั้นแบ่งได้เป็น 3 หน่วยงานได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

3.1.2 ศึกษาการสร้างแบบสอบถามจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1.3 ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้รายละเอียดเกี่ยวกับสภาพชีวิตของครอบครัววัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในจังหวัดภาคกลาง โดยเลือกครอบครัวที่อยู่ในพื้นที่ดังกล่าวและมีลักษณะตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการขึ้นมา 6 ครอบครัว สรุปสาระได้ดังนี้

ด้านสถานภาพส่วนบุคคลของผู้ดูแลและครอบครัว ครอบครัวส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ได้รับการศึกษาน้อย มีบ้านของตนเองแต่ไม่มีที่ดินที่ใช้ในการประกอบอาชีพของตนเองส่วนใหญ่จึงมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ค้าขาย หรือเป็นเกษตรกรในไร่นาของผู้อื่น แต่เนื่องจากวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาต้องการการดูแลตลอดเวลา สมาชิกในครอบครัวอย่างน้อยหนึ่งคนจึงลาออกจากงานเพื่ออยู่ดูแลบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่บ้าน ดังนั้น แต่ละครอบครัวจึงมีรายรับน้อยลงและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเมื่อมีลูกบกพร่องทางสติปัญญา การที่สมาชิกอย่างน้อยหนึ่งคนต้องอยู่บ้านเพื่อดูแลบุคคลบกพร่องทางสติปัญญานี้ บางครอบครัวแก้ปัญหาโดยการประกอบอาชีพอื่นเพื่อหารายได้เสริมมาชดเชยกับรายได้ที่ลดลง บางครอบครัวลดค่าใช้จ่ายโดยการปลูกผักหรือเลี้ยงสัตว์เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายด้านอาหาร แต่บางครอบครัวยังคงใช้จ่ายเหมือนเดิมทั้งๆ ที่รายได้น้อยลง ทำให้เงินไม่พอใช้ ต้องอดมื้อกินมื้อ จึงสังเกตเห็นว่า แต่ละครอบครัวมีความสามารถในการจัดการด้านการเงินและอาชีพภายในครอบครัวไม่เหมือนกัน ทำให้คุณภาพชีวิตในครอบครัวแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกท้อแท้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือฐานะยากจน เห็นได้จาก

การพูดออกตัวว่า ตนไม่มีความรู้จึงไม่แน่ใจว่าจะให้ข้อมูลได้หรือไม่ การเลือกที่จะนั่งบนพื้นแทนการนั่งเก้าอี้ระหว่างการสัมภาษณ์ ทำให้ผู้สัมภาษณ์เลือกที่จะนั่งคุยกันบนพื้นแทน หรือการออกตัวว่าบ้านรกร้างทรุดโทรมเพราะไม่มีเวลาจัด ไม่มีเงินจะซ่อมแซม เป็นต้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีท่าทางไม่กล้าแสดงออกและไม่มั่นใจในคำตอบของตน นอกจากนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่คิดว่าเรื่องการสอนเป็นหน้าที่ของครูในโรงเรียนคือ เมื่อถามเรื่องการเรียนรู้อันตรายของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่อง ผู้ดูแลหลายคนตอบว่า วัยรุ่นเหล่านั้นไม่สามารถไปโรงเรียนได้ และตนต้องประกอบอาชีพจึงไม่มีเวลาสอนทักษะด้านต่างๆ วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาส่วนใหญ่จึงอยู่กับบ้านโดยไม่ได้เรียนรู้อะไรเพิ่มเติม สำหรับวัยรุ่นบกพร่องทางสติปัญญาที่กำลังเรียนในโรงเรียนศึกษาพิเศษ เมื่อถามถึงรายละเอียดของการเรียนการสอน ผู้ดูแลหลายคนตอบว่า แล้วแต่ครูจะเลือกให้หรือกำหนดให้ทำ จึงเห็นได้ว่า ผู้ดูแลของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญานั้น ไม่ค่อยมีความคิดเห็น ไม่สามารถริเริ่ม และมีความเข้าใจและเชื่อมั่นในสิทธิของตนน้อย ทำให้การเรียกร้องสิทธิเกิดขึ้นน้อยกว่าผู้ดูแลหรือพ่อแม่ของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องประเภทอื่น และถึงแม้ผู้ดูแลหรือพ่อแม่เหล่านี้มีความคิดเห็นของตนเอง แต่มักมีท่าทางไม่มั่นใจที่จะแสดงออก

ด้านสภาพส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาส่วนใหญ่มีภาวะพิการทางร่างกายร่วมด้วย และวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาทุกคนมีปัญหาด้านการสื่อสาร ทั้งการพูดและความเข้าใจ อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงแต่ละคนมีภาวะสุขภาพ ความสามารถหรือทักษะด้านต่างๆ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแตกต่างกันอย่างมาก แต่ละคนจึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลต่างกัน เมื่อพิจารณาปัจจัยที่ส่งผลให้ความสามารถและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแตกต่างกันพบว่า ทักษะคิดของผู้ดูแลที่มีต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและบุคคลที่มีภาวะนั้นเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสูงสุด กล่าวคือ ผู้ดูแลที่คิดว่าลูกทำไม่ได้ก็จะไม่พยายามสอนหรือฝึกให้ลูกทำทักษะต่างๆ ด้วยตนเอง ลูกจึงทำไม่ได้ตามที่ผู้ดูแลคาดหวังไว้ตั้งแต่ต้น เห็นได้ชัดเจนว่าวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาหลายคนมีศักยภาพมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน แต่เนื่องจากผู้ดูแลไม่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญา อีกทั้งยังไม่เข้าใจหลักและวิธีการสอนบุคคลกลุ่มนี้ รวมถึงความท้อแท้ หมดหวัง และรำคาญทำให้ผู้ดูแลทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ให้ทั้งหมด ในขณะที่วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาบางครอบครัวมีภาวะพิการซ้อนคือ พิการทางร่างกาย ทางการได้ยินและ/หรือทางสายตาร่วมด้วย แต่กลับทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังใช้ชีวิตในบ้านและชุมชนได้ดีพอสมควร ซึ่งผู้ดูแลของบุคคลเหล่านี้ให้สัมภาษณ์ว่า ผู้ดูแลฝึกให้ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองตั้งแต่เล็ก สอนอย่างสม่ำเสมอซึ่งต้องใช้ความอดทนอย่างมากในช่วงแรก และพยายามมองเขาอย่างคนปกติ จึงไม่ให้ความช่วยเหลือหรือปกป้องมากเกินไป

ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง ผู้ดูแลบางคนแสดงให้เห็นว่าเลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาด้วยความรักและห่วงใยอย่างแท้จริง ในขณะที่บางคนแสดงว่าเลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพราะเป็นหน้าที่อย่างไรเสียเด็กก็เกิดมาแล้ว จึงยอมรับในโชคชะตานั้น อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลทุกครอบครัวแสดงความกังวลใจเกี่ยวกับอนาคตของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงอย่างมาก บางครอบครัว

เล่าว่า ได้ฝากฝังวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาไว้กับลูกคนอื่นซึ่งเป็นพี่หรือน้องของคุณคน เหล่านั้น หรือได้ฝากบุคคลเหล่านี้ไว้กับญาติพี่น้องของพ่อแม่ซึ่งเป็นลุงป้า น้าอาแทน เพราะพี่น้องของ วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาไม่เต็มใจที่จะเลี้ยงดูพี่หรือน้องที่มีภาวะบกพร่อง หรือพ่อแม่เป็น หวังว่า บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญานั้นจะเป็นภาระสำหรับลูกคนอื่นมากเกินไป และผู้ดูแล บางคนแสดงความท้อแท้และสิ้นหวังอย่างชัดเจน เนื่องจากญาติพี่น้องมีท่าทีไม่เต็มใจที่จะช่วยเหลือ ตลอดมา ผู้ดูแลจึงมั่นใจว่าลูกจะต้องถูกทอดทิ้งเมื่อตนเองไม่อยู่แล้วหรืออาจตายตามกันไป อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ผู้ดูแลจะแสดงความหวังโยและกังวลเกี่ยวกับอนาคตของลูกอย่างมาก แต่เมื่อได้รับคำแนะนำ ให้สอนอย่างสม่ำเสมอเพื่อฝึกให้วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงสามารถดำรงชีวิต โดยพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยที่สุด หรืออย่างน้อยก็ไม่เป็นภาระกับผู้ดูแลคนต่อไปมากเกินไป รวมถึงการสอน ให้พี่น้องรักกัน จะได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้เมื่อพ่อแม่ไม่อยู่ด้วยแล้ว พ่อแม่หรือผู้ดูแลส่วนใหญ่กลับให้ ความเห็นว่าลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาทำอะไรไม่ได้ เกรงว่าจะทำของเสียหาย หรือเป็น อันตรายกับตัวลูกเอง รวมถึงพี่น้องปกติก็มีชีวิตส่วนตัวของเขาเอง ไม่ค่อยได้ช่วยดูแลพี่หรือน้องที่มี ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเท่าไรนัก และจะช่วยก็ต่อเมื่อพ่อแม่บอกให้ช่วยเท่านั้น นอกจากนี้ ยัง พบว่าพ่อแม่ในบางครอบครัวมักเข้าไปทำงานหารายได้ในเมือง และฝากลูกที่มีภาวะบกพร่องทาง สติปัญญาไว้กับญาติพี่น้อง โดยเฉพาะปู่ย่าตายาย ซึ่งปู่ย่าตายายที่อายุมากแล้วมักประสบปัญหาในการ เลี้ยงดูหลานที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นและมีภาวะบกพร่อง การเลี้ยงดูวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจึง ถือเป็นงานหนักสำหรับผู้สูงวัยเหล่านี้

ด้านการเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง ครอบครัวที่อาศัยในชุมชนชนเมืองและชุมชนชนบทนั้นอยู่ห่างไกลจากสถานบริการเช่น โรงพยาบาล สถานือนามัย โรงเรียนหรือศูนย์การศึกษาพิเศษ และหน่วยงานอื่นๆ ของรัฐเช่น ศาลากลางจังหวัด เป็นต้น ประกอบกับการพาไปวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงเข้ารับบริการเป็นเรื่อง ยากลำบาก ผู้ดูแลจึงต้องเลือกบริการอย่างระมัดระวัง หากบริการใดไม่จำเป็นเช่น บริการด้านการศึกษา หรือบริการฝึกอาชีพ ผู้ดูแลมักเลือกที่จะไม่รับบริการนั้นๆ แต่หากบริการที่จำเป็นเช่น บริการทาง การแพทย์ ผู้ดูแลจะใช้ความพยายามอย่างมากในการเข้ารับบริการ เนื่องจากจังหวัดต่างๆ นอก เขต กรุงเทพมหานครและปริมณฑลนั้น ไม่มีระบบขนส่งมวลชนสาธารณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชน ชนบท ทำให้ต้องเสียเวลาเดินทางเพื่อเข้ารับบริการ เสียค่าใช้จ่ายมากเพราะต้องเช่ารถรับจ้างหรือวาน คนรู้จักพาไปส่ง บางครอบครัวให้ความเชื่อถือกับโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครมากกว่าหรือบาง ครอบครัวถูกแพทย์ในโรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือโรงพยาบาลประจำอำเภอส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ในกรุงเทพมหานคร ครอบครัวเหล่านั้นยังต้องใช้เวลาดำเนินการ และกำลังทรัพย์มากขึ้นในการเข้ารับ บริการ ส่วนบริการบางประเภทเช่น การรับเบี้ยยังชีพและการรับยาที่ต้องรับประทานเป็นประจำนั้น เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่อนุญาตให้ผู้ดูแลนำเอกสารประจำตัวผู้พิการมารับเงินหรือยาแทนได้ ความ ยากลำบากด้านการเดินทางจึงลดลงไปบ้าง เมื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับบริการที่ครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะ บกพร่องทางสติปัญญาต้องการเพิ่มเติมพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการให้มีสถานบริการใกล้บ้านหรือ ต้องการให้เจ้าหน้าที่มาให้บริการที่บ้าน

3.1.4 นำข้อมูลและแนวคิดที่ได้จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Campo; et al. 1996; Schalock; et al. 2005; Brown; & Murphy. 2005) แบบทดสอบด้านสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต. 2551: ออนไลน์) และแบบทดสอบอื่นๆ รวมถึงข้อมูลและแนวคิดที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาวิเคราะห์ร่วมกัน และกำหนดเป็นข้อบ่งชี้เนื้อหาสาระในแบบสอบถามได้ 4 ด้านหลักคือ ด้านสถานภาพส่วนบุคคลของผู้ดูแลและครอบครัว สถานภาพส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง และการเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง โดยแบบสอบถามมีขอบเขตดังนี้

ด้านสถานภาพส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักและครอบครัว ได้แก่ ชื่อ-นามสกุลของผู้ดูแล ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ ความสัมพันธ์กับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรสของพ่อแม่ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

ด้านสถานภาพส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง ได้แก่ ชื่อ-นามสกุลของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง ชื่อเล่น เพศ อายุ ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน ภาวะบกพร่อง เอกสารชี้แจงความบกพร่อง ภาวะสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ ประวัติการศึกษา ทักษะในการดำรงชีวิต และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง ได้แก่ บทบาทในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง (ด้านการเรียนรู้ ด้านการฟื้นฟูความสามารถทางกาย และด้านการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย) และ สัมพันธภาพในครอบครัว (ด้านการร่วมแสดงความคิดเห็น รับรู้ และการร่วมตัดสินใจในเหตุการณ์ต่างๆ ด้านความรู้สึกร่วมกันและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และด้านการใช้เวลาร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว)

ด้านการเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง ได้แก่ การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข การเข้าถึงบริการด้านการศึกษา และการเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์

3.1.5 สร้างแบบสอบถามจากข้อมูลที่ได้จากข้อ 3.1.4 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (4) มาก (3) ปานกลาง (2) น้อย (1) และไม่เลย (0) และส่วนท้ายเป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งมีรายละเอียดแต่ละด้านดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและครอบครัว มี 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มี 52 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสภาพครอบครัว มี 78 ข้อ

3.1.6 นำร่างแบบสอบถามที่ได้สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมที่ชัดเจนของข้อบ่งชี้และเนื้อหา การใช้ภาษาที่เหมาะสม สื่อความเข้าใจตามเป้าหมายโดยใช้เทคนิคการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence:

IOC) (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์ (2526) อ้างจาก สุพรรณี วรรณเพ็ชร. 2551: 85) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาคุณภาพเครื่องมือครั้งนี้ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาพิเศษ จำนวน 3 คน

วิธีพิจารณาให้คะแนนของผู้เชี่ยวชาญมีดังนี้

เมื่อ แน่ใจว่าข้อคำถามมีความเหมาะสมทั้งเนื้อหาและภาษา	ให้ +1
ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความเหมาะสมทั้งเนื้อหาและภาษา	ให้ 0
แน่ใจว่าข้อคำถามไม่มีความเหมาะสมทั้งเนื้อหาและภาษา	ให้ -1

นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญยังได้ให้คำแนะนำด้านรูปแบบการตั้งคำถาม การเสนอคำตอบที่เป็นทางเลือก รวมถึงประเด็นที่ควรถามเพิ่มเติม

3.1.7 นำข้อมูลที่ได้จากการพิจารณาแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์ค่า IOC ได้ค่า IOC ระหว่าง -0.33 ถึง 1 แล้วนำผลการวิเคราะห์ค่า IOC ของแบบสอบถามเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เห็นในการปรับปรุงเกณฑ์การประเมินและคัดเลือกข้อที่มีคุณภาพ โดยพิจารณาเลือกเฉพาะข้อที่มีค่า IOC เท่ากับหรือมากกว่า 0.5 มาใช้ อีกทั้งยังปรับปรุงคำตอบ วิธีการถามของผู้วิจัย และวิธีการตอบของกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

สรุปผลการปรับปรุงคือ

1. ตัดชื่อ-นามสกุลของผู้ตอบแบบสอบถามและวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ออกจากแบบสอบถาม แต่นำมาใส่ไว้ในใบปะหน้าแทน
2. ตัดคำถามด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 3 ข้อ ด้านการฟื้นฟูความสามารถทางกาย 1 ข้อ ด้านความรู้สึกที่มีต่อกันและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว 3 ข้อ ด้านการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข 4 ข้อ ด้านการเข้าถึงบริการด้านการศึกษา 5 ข้อ และด้านการเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์ 1 ข้อ
3. เปลี่ยนคำตอบเรื่องความสัมพันธ์กับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา จากคำถามปลายเปิดให้เป็นแบบตรวจรายการ และเปลี่ยนคำตอบเรื่องทักษะในการดำรงชีวิตและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เหมาะสมกับคำถามมากยิ่งขึ้น
4. เรียงลำดับและจัดหมวดหมู่คำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการด้านต่างๆ ใหม่ เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจได้ง่ายขึ้น

ภายหลังการปรับปรุง สามารถคัดเลือกข้อคำถามได้เป็นดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและครอบครัว มี 9 ข้อ
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มี 47 ข้อ
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง มี 30 ข้อ
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง มี 34 ข้อ

3.1.9 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงจำนวน 6 ครอบครัวที่ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขตการศึกษา 5 (จังหวัดชลบุรี) และ โรงเรียนฉะเชิงเทราปัญญาคุณ กลุ่มทดลองดังกล่าวนี้ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา เมื่อวันที่ 1-20 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ซึ่งทั้ง 6 ครอบครัวมีรายละเอียดดังนี้

ครอบครัวที่หนึ่ง ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นพ่อของวัยรุ่นเพศชายที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา อายุ 16 ปีที่อาศัยอยู่ที่โรงเรียนฉะเชิงเทราปัญญาคุณในวันจันทร์-ศุกร์ และกลับไปพักที่บ้านในวันหยุด ครอบครัวอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง

ครอบครัวที่สอง ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นพ่อของวัยรุ่นเพศชายที่มีภาวะดาวนซินโดรม อายุ 13 ปีที่อาศัยอยู่ที่โรงเรียนฉะเชิงเทราปัญญาคุณในวันจันทร์-ศุกร์ และกลับไปพักที่บ้านในวันหยุด ครอบครัวอาศัยอยู่ในชุมชนชานเมือง

ครอบครัวที่สาม ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแม่ของวัยรุ่นเพศชายที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา อายุ 16 ปีที่อาศัยอยู่ที่โรงเรียนฉะเชิงเทราปัญญาคุณในวันจันทร์-ศุกร์ และกลับไปพักที่บ้านในวันหยุด ครอบครัวอาศัยอยู่ในชุมชนชนบท

ครอบครัวที่สี่ ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแม่ของวัยรุ่นเพศหญิงที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา อายุ 15 ปี เคยเข้าเรียนในโรงเรียนปกติใกล้บ้านในวัยเด็กเล็ก ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่บ้านกับครอบครัวในเขตชานเมือง ตำบลหมอนนาง อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 12 (จังหวัดชลบุรี)

ครอบครัวที่ห้า ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแม่ของวัยรุ่นหญิงที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและกล้ามเนื้ออ่อนแรง อายุ 19 ปี ไม่เคยเข้ารับบริการด้านการศึกษาใดเลยเพราะบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาไม่สามารถรับรู้หรือทำกิจกรรมใดได้เนื่องจากมีภาวะบกพร่องรุนแรง ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่บ้านกับครอบครัวในเขตเมือง ตำบลนาวังหิน อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 12 (จังหวัดชลบุรี)

ครอบครัวที่หก ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแม่ของวัยรุ่นหญิงที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและกล้ามเนื้อซีกซ้ายเกร็ง อายุ 18 ปี เคยเข้ารับบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษ ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่บ้านกับครอบครัวในเขตชนบท ตำบลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 12 (จังหวัดชลบุรี)

3.1.10 ปรับปรุงแบบสอบถามโดยตัดข้อ เกรสสารที่แจ้งความบกพร่องออกและผู้วิจัยจะหาข้อมูลจากแฟ้มประวัติที่ศูนย์การศึกษาพิเศษหรือโรงเรียนศึกษาพิเศษแทน แล้วนำผลการทดลองมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Reliability) ตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ซึ่งมีค่าเท่ากับ .92 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นรายด้านพบว่า สถานภาพส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมีค่าความเชื่อมั่น .76 ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมีค่าความเชื่อมั่น .89 ส่วนด้านการเข้าถึง

บริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงนั้น ด้านสาธารณสุข มีค่าความเชื่อมั่น .57 ด้านการศึกษา มีค่าความเชื่อมั่น .93 ด้านสังคมสงเคราะห์ มีค่าความเชื่อมั่น .93

3.1.11 ปรับปรุงแบบสอบถามอีกครั้ง ได้เป็น 4 ด้านดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานภาพส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักและครอบครัว จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 สถานภาพส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง จำนวน 46 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง มี 30 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง มี 34 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนการตอบมีดังนี้

ดีมาก/มากที่สุด/ไม่ต้องช่วยเหลือเลย/ทำเป็นประจำ	ให้ 4 คะแนน
ดี/มาก/ช่วยบ้างเล็กน้อย/ทำบ่อยครั้ง	ให้ 3 คะแนน
พอใช้/ปานกลาง/ช่วยบางส่วน/บางครั้ง/ทำเป็นบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน
น้อย/ช่วยอย่างมาก/ช่วยเป็นส่วนใหญ่/ทำน้อยมาก	ให้ 1 คะแนน
ไม่ได้เลย/ไม่เลย/ช่วยทุกครั้ง/ไม่เคยให้ทำ/ไม่เคยทำเลย	ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ย มีรายละเอียดดังนี้

3.50 ขึ้นไป	หมายถึง	มากที่สุด
2.50 – 3.49	หมายถึง	มาก
1.50 – 2.49	หมายถึง	ปานกลาง
ต่ำกว่า 1.50	หมายถึง	น้อย

3.1.11 จัดพิมพ์เครื่องมือฉบับสมบูรณ์เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวิธีการและขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึง ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขตการศึกษา ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด และผู้อำนวยการโรงเรียนลพบุรีปัญญานุกูล เพื่อขอความร่วมมือจากผู้ดูแลหลักของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงที่เข้ารับบริการจากโรงเรียนลพบุรีปัญญานุกูล ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขตการศึกษา 8 (จังหวัดสุพรรณบุรี) ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดกาญจนบุรี ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดฉะเชิงเทรา ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดชัยนาท ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด

ปราจีนบุรี ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดราชบุรี และ ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดสมุทรสงคราม ในการตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ประสานงานกับผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขตการศึกษา ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด และ ผู้อำนวยการโรงเรียนลพบุรีปัญญานุกูลทางโทรศัพท์ในเดือนธันวาคม 2552 เพื่อขอความอนุเคราะห์จากเจ้าหน้าที่ที่รู้จักที่อยู่ของแต่ละครอบครัว เพื่อให้พาผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยไปตามบ้านและเพื่อนัดหมายวันเข้าทำการสอบถามผู้ดูแลหลักแต่ละครอบครัวในจังหวัดนั้นๆ

3. ตรวจสอบคุณสมบัติของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติของศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขตการศึกษา ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด และโรงเรียนลพบุรีปัญญานุกูล รวมถึงสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่ที่รู้จัก วิทยุรุ่นที่มีภาวะบกพร่องคนนั้นและครอบครัว

4. อบรมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คนที่ห้องประชุมย่อย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เนื้อหาที่ทำการอบรมได้แก่ การแนะนำตัวเพื่อเริ่มการสอบถาม วัตถุประสงค์และนิยามของคำศัพท์ที่ใช้ในแบบสอบถาม วิธีการถามคำถามแต่ละข้อ การจัดหมวดหมู่คำตอบ การถามคำถามเพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ช่วยวิจัย และการตอบคำถามที่ผู้ดูแลหลักอาจมีขึ้นระหว่างการสอบถาม เพื่อให้ผู้วิจัยและผู้วิจัยแต่ละคนสามารถทำการเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลหลักได้ตรงกัน ซึ่งข้อมูลที่อบรมผู้ช่วยวิจัยนั้น ผู้วิจัยรวบรวมจากประสบการณ์ในการทดลองใช้แบบสอบถาม

5. คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามออกทำการเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลหลักกลุ่มเป้าหมายในแต่ละจังหวัด ระหว่างวันที่ 15 มกราคม-7 มีนาคม 2553 ได้จำนวน 102 ครอบครัว โดยแบ่งคณะผู้วิจัย 3 คน ออกเป็น 3 กลุ่มและขอความอนุเคราะห์จากเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์การศึกษาพิเศษหรือโรงเรียนศึกษาพิเศษจำนวน 3 คนเพื่อพาผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแต่ละคนไปยังที่อยู่ของครอบครัวกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยให้ผู้ดูแลหลักที่มีความสามารถในการอ่านและการเขียนนั้นตอบแบบสอบถามเอง ส่วนผู้ดูแลหลักที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้หรือไม่เข้าใจคำถาม คณะผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังหรืออธิบายให้ฟัง แล้วช่วยเขียนคำตอบของผู้ดูแลหลักลงในแบบสอบถาม ทั้งนี้ ผู้วิจัยแต่ละคนสามารถทำแบบสอบถามได้จำนวน 3-6 ชุดต่อวัน ขึ้นอยู่กับระยะทางระหว่างบ้านแต่ละหลัง ความชำนาญทางของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น ทักษะการตอบคำถามของผู้ดูแลหลัก และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างว่าตรงตามเงื่อนไขที่ตั้งไว้หรือไม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลสภาพชีวิตครอบครัวด้านสถานภาพส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักและครอบครัว โดยใช้ค่าจำนวน และร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลสภาพชีวิตครอบครัวด้านสถานภาพส่วนบุคคลของวิทยุรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงโดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำผลที่ได้มาแปลความหมายของค่าเฉลี่ย

3. วิเคราะห์ข้อมูลสภาพชีวิตครอบครัวด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง และการเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงโดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำผลที่ได้มาแปลความหมายของค่าเฉลี่ย

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลด้านสภาพของครอบครัว จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัวได้แก่ ชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของเซฟเฟ (Scheffe' method)

5. นำข้อมูลที่ได้จากคำถามปลายเปิดในส่วนท้ายของแบบสอบถามแต่ละตอนมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และสรุปเป็นรายละเอียดตามประเด็นและกลุ่มประเด็น

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. สถิติที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.1 การหาค่าดัชนีของความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item - Objective Congruence หรือ IOC) (บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์ (2526) อ้างจาก สุพรรณี วรรณเพ็ชร. 2551: 85)

สูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ

IOC แทน ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

1.2 การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's α - Coefficient) (บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์ (2545) อ้างจาก สุพรรณี วรรณเพ็ชร. 2551: 85)

สูตร

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right\}$$

เมื่อ α แทน ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

k แทน จำนวนข้อของเครื่องมือ

$$s_i^2 \quad \text{แทน ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ}$$

$$s_t^2 \quad \text{แทน ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ}$$

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ค่าร้อยละ (Percentage) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2540) อ้างจาก สุพรรณณี วรรณเพชร. 2551: 85)

สูตร

$$P = \frac{f}{N} \times 100$$

เมื่อ P แทน ร้อยละ
f แทน ความถี่ที่ต้องแปลให้เป็นร้อยละ
N แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

2.2 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) (ล้วน สายยศ; และ อังคณา สายยศ (2538) อ้างจาก สุพรรณณี วรรณเพชร. 2551: 86)

สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ \bar{X} แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
N แทน จำนวนคนทั้งหมด

2.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) (บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์ (2521) อ้างจาก สุพรรณณี วรรณเพชร. 2551: 86)

สูตร

$$SD = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ SD แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 X แทน คะแนนแต่ละตัว
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 N แทน จำนวนคนทั้งหมด

2.4 ค่าไคสแควร์ (Chi-Square) (เบญจวรรณ วันดีศรี. 2551: 49)

สูตร

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

เมื่อ χ^2 แทน ค่าไคสแควร์
 O แทน ค่าความถี่ที่ศึกษาได้
 E แทน ค่าความถี่ที่หวังไว้โดยทฤษฎี

ในการแปลความหมายของค่าไค สแควร์ เพื่อ หว่าผลต่างจะมีนัยสำคัญหรือไม่ นั้น ต้องอาศัยค่าไคสแควร์ที่ระดับความมีนัยสำคัญต่าง ๆ และในการดูจากตารางนั้นต้องหาค่าชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

สูตร

$$df = (c - 1)(r - 1)$$

เมื่อ df แทน ค่าชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
 c แทน จำนวนตัวแปรที่เป็นช่องตั้ง (Column)
 r แทน จำนวนตัวแปรที่เป็นแถว (Row)

2.5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance) (ล้วน สายยศ; และ อังคณา สายยศ (2538) อ้างจาก สุพรรณณี วรรณเพ็ชร. 2551: 87)

สูตร

$$F = \frac{MS_b}{MS_w}$$

เมื่อ F แทน ค่าแจกแจงของ F
 MS_b แทน ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม

MS_w แทน ความแปรปรวนภายในกลุ่ม

การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของเซฟเฟ (Scheffe' Method) (Gravetter; & Wallnau. 2004: 248)

สูตร

$$S = \sqrt{(K-1)(F)(MS_{within})^2/n}$$

เมื่อ S แทน ความแตกต่างเป็นรายคู่ที่คำนวณจาก Scheffe's Method

K แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

F แทน ค่า F ที่ได้จากการเปิดตาราง

MS_{within} แทน ค่า Mean Square within group ที่คำนวณจากการวิเคราะห์

ความแปรปรวน

n แทน จำนวนหน่วยตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย มีผลการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งสามารถนำเสนอตามลำดับความมุ่งหมายของการวิจัยดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทยที่ส่งผลต่อการเลี้ยงดูวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง ระหว่างครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย

การศึกษาสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทยที่ส่งผลต่อการเลี้ยงดูวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง

ตาราง 1 สถานภาพส่วนบุคคลของผู้ดูแลและครอบครัว

สถานภาพบุคคลของผู้ดูแลและครอบครัว	ชุมชนเมือง		ชุมชนชานเมือง		ชุมชนชนบท		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง	38	37.3	32	31.4	32	31.4	102	100.0
พ่อแม่	27	26.5	29	28.4	26	25.5	82	80.4
พี่น้อง	2	2.0	0	0.0	1	1.0	3	2.9
ลูกป้า/น้าอา	2	2.0	0	0.0	1	1.0	3	2.9
ปู่ย่าตายายและอื่นๆ	7	6.9	3	2.9	4	3.9	14	13.7
เพศ	38	37.3	32	31.4	32	31.4	102	100.0
ชาย	17	16.7	6	5.9	7	6.9	30	29.4
หญิง	21	20.6	26	25.5	25	24.5	72	70.6
อายุ	38	37.3	32	31.4	32	31.4	102	100.0
ต่ำกว่า 30 ปี	1	1.0	1	1.0	1	1.0	3	2.9
30 – 39 ปี	3	2.9	7	6.9	6	5.9	16	15.7

ตาราง 1 (ต่อ)

สถานภาพบุคคลของผู้ดูแล และครอบครัว	ชุมชนเมือง		ชุมชนชานเมือง		ชุมชนชนบท		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
40 – 49 ปี	16	15.7	9	8.9	8	7.8	33	32.4
50 – 59 ปี	14	13.7	11	10.8	11	10.8	36	35.3
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	4	3.9	4	3.9	6	5.9	14	13.7
สถานภาพสมรส	38	37.3	32	31.4	32	31.4	102	100.0
โสด	3	2.9	1	1.0	1	1.0	5	4.9
สมรส	21	20.5	27	26.5	25	24.5	73	71.6
หย่าร้าง	13	12.7	4	3.9	4	3.9	21	20.6
หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	1	1.0	0	0.0	2	2.0	3	2.9
ระดับการศึกษา	38	37.3	32	31.4	32	31.4	102	100.0
ไม่ได้เรียน	2	2.0	3	2.9	3	2.9	8	7.8
ประถมศึกษา	13	12.7	25	24.5	21	20.6	59	57.8
มัธยมศึกษา	12	11.8	0	0.0	6	5.9	18	17.6
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	4	3.9	2	2.0	0	0.0	6	5.9
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7	6.9	2	2.0	2	2.0	11	10.8
อาชีพ	38	37.3	32	31.4	32	31.4	102	100.0
เกษตรกร	2	2.0	6	5.9	14	13.7	22	21.6
รับจ้าง	13	12.7	13	12.7	10	9.8	36	35.3
ค้าขาย	7	6.9	6	5.9	2	2.0	15	14.7
ข้าราชการ	8	7.8	1	1.0	0	0.0	9	8.8
เกษียณราชการ	2	2.0	1	1.0	1	1.0	4	3.9
อื่นๆ	2	2.0	0	0.0	0	0.0	2	2.0
ว่างงาน แม่บ้าน หรือไม่มี	4	3.9	5	4.9	5	4.9	14	13.7
อาชีพแน่นอน								
รายได้ของครอบครัว	38	37.3	32	31.4	32	31.4	102	100.0
ต่ำกว่า 5,000 บาท	8	7.8	6	5.9	17	16.7	31	30.4
5,001–9,999 บ	6	5.9	14	13.7	7	6.9	27	26.5
10,000–19,999 บ	7	6.9	7	6.9	3	2.9	17	16.7
20,000–29,999 บ	7	6.9	0	0.0	0	0.0	7	6.9
ตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป	7	6.9	1	1.0	2	2.0	10	9.8
ไม่มีรายได้แน่นอน	3	2.9	4	3.9	3	2.9	10	9.8

จากตาราง 1 พบว่า สถานภาพของผู้ดูแล เมื่อจำแนกตามความสัมพันธ์กับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง พบว่า ผู้ดูแลเป็นพ่อแม่จำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 80.4) รองลงมา

เป็นปู่ย่าตายายและอื่นๆ (ร้อยละ 13.7) ส่วนผู้ดูแลที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ พี่น้อง และลูกบ้านเช่า (เท่ากันคือ ร้อยละ 2.9) โดยผู้ดูแลทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทเป็นพ่อแม่มากที่สุด (ร้อยละ 26.5, 28.4 และ 25.5 ตามลำดับ)

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ผู้ดูแลเป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 70.6) ส่วนผู้ดูแลเพศชายมี ร้อยละ 29.4 โดยผู้ดูแลเพศหญิงมีจำนวนมากที่สุดทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบท (ร้อยละ 20.6, 25.5 และ 24.5 ตามลำดับ)

เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า ผู้ดูแลอายุ 50-59 ปีมีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 35.3) รองลงมา เป็นอายุ 40-49 ปี และ 30-39 ปี (ร้อยละ 32.4 และ 15.7 ตามลำดับ) ส่วนผู้ดูแลที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ อายุต่ำกว่า 30 ปี (ร้อยละ 2.9) โดยกลุ่มผู้ดูแลอายุ 40-49 ปีมีมากที่สุดในชุมชนเมือง (ร้อยละ 15.7) และผู้ดูแลอายุ 50-59 ปีมีมากที่สุดในชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบท (เท่ากันคือ ร้อยละ 10.8)

เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า ผู้ดูแลที่ยังสมรสอยู่มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 71.6) รองลงมาเป็นผู้ดูแลที่หย่าร้างแล้ว (ร้อยละ 20.6) ส่วนผู้ดูแลที่เป็นหม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.9) โดยผู้ดูแลทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทยังสมรสอยู่มากที่สุด (ร้อยละ 20.5, 26.5 และ 24.5 ตามลำดับ)

เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลที่เรียนจบระดับประถมศึกษา มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 57.8) รองลงมาเรียนจบระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 17.6) ส่วนผู้ดูแลที่เรียนจบประกาศนียบัตรวิชาชีพ มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 5.9) โดยผู้ดูแลทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบท จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด (ร้อยละ 12.7, 24.5 และ 20.6 ตามลำดับ)

เมื่อจำแนกตามอาชีพ พบว่า ผู้ดูแลที่มีอาชีพรับจ้างมีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 35.3) รองลงมา มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 21.6) ส่วนผู้ดูแลที่มีอาชีพอื่นๆ มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.0) โดยผู้ดูแลในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (เท่ากันคือ ร้อยละ 12.7) และผู้ดูแลในชุมชนชนบทส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 13.7)

เมื่อจำแนกตามรายได้ พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 30.4) รองลงมา เป็นครอบครัวที่มีรายได้ 5,001-9,999 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 26.5) ส่วน ครอบครัวที่มีรายได้ 20,000-29,999 บาทต่อเดือนมีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 6.9) โดยครอบครัวที่มี รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทมีมากที่สุดในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท (ร้อยละ 7.8 และ 16.7 ตามลำดับ) และครอบครัวที่มีรายได้ 5,001-9,999 บาทต่อเดือนมีมากที่สุดในชุมชนชานเมือง (ร้อยละ 13.7)

ตาราง 2 สถานภาพส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง

สถานภาพส่วนบุคคลของ วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทาง สติปัญญาระดับรุนแรง	ชุมชนเมือง		ชุมชนชานเมือง		ชุมชนชนบท		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	38	37.3	32	31.4	32	31.4	102	100.0
ชาย	20	19.6	16	15.7	17	16.7	53	52.0
หญิง	18	17.6	16	15.7	15	14.7	49	48.0
อายุ	38	37.3	32	31.4	32	31.4	102	100.0
13 ปี	2	2.0	6	5.9	1	1.0	9	8.8
14 ปี	4	3.9	5	4.9	4	3.9	13	12.7
15 ปี	3	2.9	2	2.0	7	6.9	12	11.8
16 ปี	6	5.9	3	2.9	2	2.0	11	10.8
17 ปี	7	6.9	7	6.9	7	6.9	21	20.6
18 ปี	6	5.9	4	3.9	6	5.9	16	15.7
19 ปี	10	9.8	5	4.9	5	4.9	20	19.6
ภาวะบกพร่อง	38	37.3	32	31.4	32	31.4	102	100.0
บกพร่องทางสติปัญญา	29	28.4	19	18.6	20	19.6	68	66.7
บกพร่องทางสติปัญญาและ ร่างกาย	6	5.9	9	8.8	10	9.8	25	24.5
บกพร่องทางสติปัญญาและ สายตา	1	1.0	1	1.0	1	1.0	3	2.9
บกพร่องทางสติปัญญาและ การได้ยิน	1	1.0	0	0.0	0	0	1	1.0
บกพร่องซ้ำซ้อน 3 ประเภท	1	1.0	3	2.9	1	1.0	5	4.9
อายุที่สังเกตเห็นภาวะ บกพร่อง	38	37.3	32	31.4	32	31.4	102	100.0
0-1 ปี	20	19.6	25	24.5	23	22.5	68	66.7
2-3 ปี	9	8.8	4	3.9	7	6.9	20	19.6
4-6 ปี	6	5.9	1	1.0	1	1.0	8	7.8
6 ปีขึ้นไป	2	2.0	2	2.0	1	1.0	5	4.9
ไม่ทราบ	1	1.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0
สถานพยาบาลแห่งแรก	38	37.3	32	31.4	32	31.4	102	100.0
โรงพยาบาล	27	26.5	22	21.6	15	14.7	64	62.7
สถานเอนามัย	5	4.9	7	6.9	14	13.7	26	25.5
คลินิกใกล้บ้าน	6	5.9	2	2.0	3	2.9	11	10.8
อาสาสมัครสาธารณสุข	0	0.0	1	1.0	0	0.0	1	1.0
แพทย์แผนโบราณ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

ตาราง 2 (ต่อ)

สถานภาพส่วนบุคคลของ วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทาง สติปัญญาระดับรุนแรง	ชุมชนเมือง		ชุมชนชานเมือง		ชุมชนชนบท		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บริการสาธารณสุขที่รับจาก สถานพยาบาล	38	37.3	32	31.4	32	31.4	102	100.0
พบแพทย์/รักษาความ เจ็บป่วย	23	22.5	15	14.7	23	22.5	61	59.8
รับยาประจำตัว	3	2.9	1	1.0	2	2.0	6	5.9
กายภาพบำบัด	0	0.0	1	1.0	0	0.0	1	1.0
กิจกรรมบำบัด	1	1.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0
พบจิตแพทย์/นักจิตวิทยา	1	1.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0
ฝึกพูด	0	0.0	1	1.0	0	0.0	1	1.0
พบแพทย์/รักษาความ เจ็บป่วยและรับยาประจำตัว	5	4.9	8	7.8	4	3.9	17	16.7
บริการ 2 ประเภท	3	2.9	5	4.9	2	2.0	10	9.8
บริการ 3 ประเภท	1	1.0	0	1.0	1	1.0	3	2.9
บริการ 5 ประเภท	1	1.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0
การพบทันตแพทย์	38	37.3	32	31.4	32	31.4	102	100.0
เคย	13	12.7	10	9.8	4	3.9	27	26.5
ไม่เคย	25	24.5	22	21.6	28	27.5	75	73.5
การศึกษา	38	37.3	32	31.4	32	31.4	102	100.0
ไม่เคยเข้าเรียน	7	6.9	5	4.9	7	6.9	19	18.6
โรงเรียนปกติ	0	0.0	1	1.0	8	7.9	9	8.8
โรงเรียนศึกษาพิเศษ	12	11.8	7	6.9	2	2.0	21	20.6
ศูนย์การศึกษาพิเศษ	5	4.9	11	10.8	8	7.9	24	23.5
การศึกษาออกโรงเรียน	0	0.0	0	0.0	2	2.0	2	6.2
สถานศึกษา 2 แห่ง	13	12.7	8	7.9	4	3.9	25	24.5
สถานศึกษา 3 แห่ง	1	1.0	0	0.0	1	1.0	2	2.0

จากตาราง 2 พบว่า สถานภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากที่สุด (ร้อยละ 52.0) ส่วนเพศหญิงมีจำนวนน้อยกว่า (ร้อยละ 48.0) โดยวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทเป็นเพศชายมากที่สุด (ร้อยละ 19.6 และ 16.7 ตามลำดับ) ส่วนวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนชานเมืองเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 15.7)

เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงส่วนใหญ่มีอายุ 17 ปี (ร้อยละ 20.6) รองลงมา มีอายุ 19 ปี (ร้อยละ 19) ส่วนวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงที่มีจำนวนน้อยที่สุดมีอายุ 13 ปี (ร้อยละ 8.8) โดยวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงในชุมชนเมืองส่วนใหญ่มีอายุ 19 ปี (ร้อยละ 9.8) วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงในชุมชนชนานเมืองส่วนใหญ่มีอายุ 17 ปี (ร้อยละ 6.9) และวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทาง สติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนชนบทส่วนใหญ่มีอายุ 15 ปีและ 17 ปี (เท่ากันคือ ร้อยละ 6.9)

เมื่อจำแนกตามภาวะบกพร่อง พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงส่วนใหญ่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 66.7) รองลงมา มีภาวะบกพร่องทาง สติปัญญาและพิการทางร่างกาย (ร้อยละ 24.5) ส่วนวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและบกพร่องทางการได้ยินมีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 1.0) โดยวัยรุ่นที่มี ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชนานเมือง และชุมชนชนบทส่วนใหญ่มี ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 28.4, 18.6 และ 19.6 ตามลำดับ)

เมื่อจำแนกตามอายุของเด็กที่ผู้ดูแลสังเกตเห็นภาวะบกพร่อง พบว่า ผู้ดูแลสังเกตเห็นภาวะ บกพร่องตั้งแต่แรกเกิด-อายุ 1 ปีมีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 66.7) รองลงมา ผู้ดูแลสังเกตเห็นภาวะ บกพร่องเมื่อเด็กอายุได้ 2-3 ปี (ร้อยละ 19.6) ส่วนผู้ดูแลที่ตอบว่าไม่ทราบ มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 1.0) โดยผู้ดูแลทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชนานเมือง และชุมชนชนบทส่วนใหญ่สังเกตเห็นภาวะ บกพร่องตั้งแต่แรกเกิด-อายุ 1 ปี (ร้อยละ 19.6, 24.5 และ 22.5 ตามลำดับ)

เมื่อจำแนกตามสถานพยาบาลที่ผู้ดูแลพาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง ไปเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเป็นแห่งแรก ผู้ดูแลส่วนใหญ่พาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงไปโรงพยาบาลเป็นอันดับแรก (ร้อยละ 62.7) รองลงมา พาไปสถานอื่นนามัย (ร้อยละ 25.5) ส่วน แพทย์แผนโบราณนั้น ไม่มีใครพาไปเลย (ร้อยละ 0.0) โดยผู้ดูแลทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชนานเมือง และ ชุมชนชนบทส่วนใหญ่พาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงไปโรงพยาบาลเป็นอันดับ แรก (ร้อยละ 26.5, 21.6 และ 14.7 ตามลำดับ)

เมื่อจำแนกตามประเภทบริการด้านสาธารณสุขที่วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับ รุนแรงรับจากสถานพยาบาล ผู้ดูแลส่วนใหญ่พาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงไป สถานพยาบาลเพื่อพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 59.8) รองลงมา ไปเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยและรับ ยาประจำตัว (ร้อยละ 16.7) และไปโรงพยาบาลเพื่อรับบริการด้านต่างๆ 5 ประเภทมีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 1.0) โดยผู้ดูแลทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชนานเมือง และชุมชนชนบทส่วนใหญ่พาวัยรุ่นที่มีภาวะ บกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงไปสถานพยาบาลเพื่อพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 22.5, 14.7 และ 22.5 ตามลำดับ)

เมื่อจำแนกตามประวัติการพบทันตแพทย์ พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับ รุนแรงส่วนใหญ่ไม่เคยพบทันตแพทย์ (ร้อยละ 73.5) ส่วนวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับ รุนแรงที่เคยพบทันตแพทย์มีจำนวนน้อยกว่า (ร้อยละ 26.5) โดยวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ระดับรุนแรงทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทส่วนใหญ่ไม่เคยพบทันตแพทย์เลย (ร้อยละ 24.5, 21.6 และ 27.5 ตามลำดับ)

เมื่อจำแนกตามประวัติการเข้ารับบริการทางการศึกษา พบว่า วิทยาลัยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงส่วนใหญ่ได้รับบริการทางการศึกษาจากสถานศึกษา 2 แห่ง (ร้อยละ 24.5) รองลงมา เคยเข้ารับศูนย์การศึกษาพิเศษเพียงแห่งเดียว (ร้อยละ 23.5) ส่วนวิทยาลัยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงที่เคยเข้ารับบริการจากสถานศึกษาจำนวน 3 แห่งมีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.0) โดยวิทยาลัยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในชุมชนเมืองส่วนใหญ่เคยเข้ารับบริการด้านการศึกษ จำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 12.7) วิทยาลัยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในชุมชนเมืองส่วนใหญ่เคยเข้ารับบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษ (ร้อยละ 10.8) และวิทยาลัยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในชุมชนชนบทส่วนใหญ่เคยเข้ารับบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษหรือเคยเข้าเรียนในโรงเรียนปกติ (เท่ากันคือ ร้อยละ 7.9)

ตาราง 3 ทักษะในการดำรงชีวิตของวิทยาลัยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงรายด้าน จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว

ทักษะในการดำรงชีวิต	ชุมชนเมือง		ชุมชนชานเมือง		ชุมชนชนบท	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ทักษะในการดำรงชีวิต	2.21	1.10	1.93	1.26	1.87	1.13
ทักษะการช่วยเหลือตนเอง	2.93	1.16	2.56	1.36	2.58	1.35
ทักษะการสื่อสาร	2.22	1.20	2.48	1.28	2.38	1.26
ทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน	1.94	1.30	1.54	1.43	1.33	1.17
ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	1.80	1.16	1.42	1.28	1.55	1.37

จากตาราง 3 พบว่า วิทยาลัยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทมีทักษะในการดำรงชีวิตในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.21, 1.93 และ 1.87 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า วิทยาลัยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทมีทักษะ การช่วยเหลือตนเองในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.93, 2.56 และ 2.58 ตามลำดับ) วิทยาลัยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทมีทักษะการสื่อสารในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.22, 2.48 และ 2.38 ตามลำดับ) วิทยาลัยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองมีทักษะการใช้ชีวิตในบ้านอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.94 และ 1.54 ตามลำดับ) และวิทยาลัยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในชุมชนชนบทมีทักษะการใช้ชีวิตในบ้านในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.33) ส่วนด้านทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนนั้น วิทยาลัยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมีทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.80

และ 1.55 ตามลำดับ) แต่วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในชุมชนเมืองมีทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.42)

ตาราง 4 กิจกรรมประจำวันอื่นที่วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงทำได้

กิจกรรมประจำวัน	ชุมชนเมือง		ชุมชนชนเมือง		ชุมชนชนบท		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
งานง่าย ๆ	7	6.9	2	2.0	0	0.0	9	8.8
ขี่จักรยาน	0	0.0	0	0.0	1	1.0	1	1.0
เล่นเกมคอมพิวเตอร์	0	0.0	1	1.0	0	0.0	1	1.0
งานบ้านและขี่จักรยาน	1	1.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0
ไม่มี/ไม่ตอบ	30	29.4	29	28.4	31	30.4	90	88.2
รวม	38	37.3	32	31.4	32	31.4	102	100.0

จากตาราง 4 พบว่า เมื่อถามถึงกิจกรรมประจำวันอื่นที่วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงทำได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความเห็นหรือไม่ตอบ (ร้อยละ 88.2) รองลงมาคือ งานง่าย ๆ ในชีวิตประจำวันทั่วไป (ร้อยละ 8.8) ส่วนวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงที่ขี่จักรยานได้ วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงที่เล่นเกมคอมพิวเตอร์ได้ และวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงที่ทำงานบ้านและขี่จักรยานได้มีจำนวนน้อยที่สุด (เท่ากันคือ ร้อยละ 1.0)

ตาราง 5 กิจกรรมประจำวันอื่นที่ผู้ดูแลคาดหวังให้วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงทำได้

กิจกรรมประจำวัน	ชุมชนเมือง		ชุมชนชนเมือง		ชุมชนชนบท		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน	5	4.9	6	5.9	9	8.8	20	19.6
อ่านและเขียนหนังสือ	2	2.0	1	1.0	2	2.0	5	4.9
เขียนชื่อตนเอง	0	0.0	1	1.0	0	0.0	1	1.0
ทักษะการดำรงชีวิตประจำวันและอ่าน/เขียน	1	1.0	1	1.0	0	0.0	2	2.0
ไม่มี/ไม่ตอบ	30	29.4	23	22.5	21	20.6	74	72.5
รวม	38	37.3	32	31.4	32	31.4	102	100.0

จากตาราง 5 พบว่า เมื่อถามถึงกิจกรรมประจำวันอื่นที่ผู้ดูแลคาดหวังให้วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงทำได้นั้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความเห็นหรือไม่ตอบ (ร้อยละ 72.5)

รองลงมาคือ ทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 19.6) ส่วนผู้ดูแลที่คาดหวังให้วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงเขียนชื่อตัวเองได้นั้นมีน้อยที่สุด (ร้อยละ 1.0)

ตาราง 6 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว

ที่ตั้งของครอบครัว	ชุมชนเมือง		ชุมชนชานเมือง		ชุมชนชนบท	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
พฤติกรรมที่เป็นปัญหา	1.39	.80	1.34	.85	1.54	.73

จากตาราง 6 พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.39 และ 1.34 ตามลำดับ) ส่วนวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในชุมชนชนบทมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.54)

ตาราง 7 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาอื่นของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง

พฤติกรรม	ชุมชนเมือง		ชุมชนชานเมือง		ชุมชนชนบท		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ออกจากบ้านโดยไม่บอก	1	1.0	0	0.0	1	1.0	2	2.0
อาละวาด	1	1.0	2	2.0	1	1.0	4	3.9
ไม่ยี่ดหยุ่น	1	1.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0
ไม่มี/ไม่ตอบ	35	34.3	30	29.4	30	29.4	95	93.1
รวม	38	37.3	32	31.4	32	31.4	102	100.0

จากตาราง 7 พบว่า เมื่อถามถึงพฤติกรรมอื่นของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงที่ผู้ดูแลคิดว่าเป็นปัญหา ผู้ดูแลที่ไม่มีความเห็นหรือไม่ตอบ มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 93.1) รองลงมา การอาละวาดเมื่อไม่ได้ตั้งใจ (ร้อยละ 3.9) ส่วนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่มีผู้ตอบน้อยที่สุดคือ ความไม่ยี่ดหยุ่น (ร้อยละ 1.0)

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว

ที่ตั้งของครอบครัว	ชุมชนเมือง		ชุมชนชานเมือง		ชุมชนชนบท	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง	2.21	.60	2.15	.67	2.08	.62
บทบาทของสมาชิกในครอบครัว	2.29	1.05	1.99	1.03	2.38	.81
ด้านการเรียนรู้	1.76	1.188	1.57	1.02	1.99	1.09
ด้านการฟื้นฟูความสามารถทางกาย	2.22	1.27	1.94	1.24	2.33	1.17
ด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วย	2.89	1.26	2.45	1.38	2.83	1.09
สัมพันธภาพในครอบครัว	2.35	.67	2.29	.62	2.31	.66
ด้านการรับรู้ แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจในเหตุการณ์ต่างๆ ร่วมกัน	1.79	.76	1.72	.95	1.82	.94
ด้านความรู้สึกที่มีต่อกันและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว	2.21	.44	2.03	.64	2.10	.57
ด้านการใช้เวลาว่างร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว	2.63	1.06	2.70	1.11	2.33	1.06

จากตาราง 8 พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.21, 2.15 และ 2.08 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาด้านบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา พบว่า บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.29, 1.99 และ 2.38 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาด้านการเรียนรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.76, 1.57 และ 1.99 ตามลำดับ) บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาด้านการฟื้นฟูความสามารถทางกายอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.22, 1.94 และ 2.33 ตามลำดับ) ส่วนบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วยนั้น ครอบครัวในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.89 และ 2.83 ตามลำดับ) แต่ครอบครัวในชุมชนชานเมืองอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.45)

เมื่อพิจารณาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ครอบครัวในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทมีสัมพันธภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.35, 2.29 และ 2.31 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ครอบครัวในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทมีการรับรู้ แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจในเหตุการณ์ต่างๆ ร่วมกันอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.79, 1.72 และ 1.82 ตามลำดับ) ความรู้สึกที่มีต่อกันและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.21, 2.03 และ 2.10 ตามลำดับ) ส่วนการใช้เวลาว่างร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.63 และ 2.70 ตามลำดับ) แต่ครอบครัวในชุมชนชนบทอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.33)

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ยของการเข้าถึงบริการของครอบครัววัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรง จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว

ที่ตั้งของครอบครัว	ชุมชนเมือง		ชุมชนชานเมือง		ชุมชนชนบท	
	X	SD	X	SD	X	SD
การเข้าถึงบริการ	1.92	0.62	1.99	0.51	2.17	0.68
การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข	2.55	0.69	2.38	0.68	2.54	0.71
การเข้าถึงบริการด้านการศึกษา	2.48	0.87	2.27	0.94	2.39	0.84
การเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์	0.74	0.99	1.32	1.07	1.57	1.16

จากตาราง 9 พบว่า การเข้าถึงบริการของครอบครัวในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 1.92, 1.99 และ 2.17 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ครอบครัวในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.55 และ 2.54 ตามลำดับ) และครอบครัวในชุมชนชานเมืองสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.38) ครอบครัวในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทสามารถเข้าถึงบริการด้านการศึกษาได้ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.48, 2.27 และ 2.39 ตามลำดับ) และครอบครัวในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองสามารถเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์ได้ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 0.74 และ 1.32 ตามลำดับ) แต่ครอบครัวในชุมชนชนบทสามารถเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์ได้ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.57)

ตาราง 10 บริการสาธารณสุขอื่นๆ ที่ครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรง
ต้องการเพิ่มเติม

บริการสาธารณสุขอื่น	จำนวน	ร้อยละ
ต้องการให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ใส่ใจ ดูแลมากขึ้น	4	3.9
การช่วยเหลือด้านการเงินและอุปกรณ์การแพทย์	4	3.9
บริการใกล้บ้าน	3	2.9
บริการตรวจร่างกาย	1	1.0
บริการมากขึ้น	1	1.0
ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มากกว่านี้	1	1.0
บริการฝึกพูด	2	2.0
ไม่มี/ไม่ตอบ	86	84.3
รวม	102	100.0

จากตาราง 10 พบว่า เมื่อถามถึงบริการด้านสาธารณสุขอื่นๆ ที่ครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงต้องการเพิ่มเติม ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มีหรือไม่ตอบ (ร้อยละ 84.3) ส่วนที่เหลือ ต้องการให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ใส่ใจดูแลมากขึ้น และต้องการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินและอุปกรณ์การแพทย์ (เท่ากันคือ ร้อยละ 3.9) ต้องการบริการใกล้บ้าน (ร้อยละ 2.9) ต้องการได้รับการฝึกพูด (ร้อยละ 2.0) และกลุ่มที่น้อยที่สุดคือ ต้องการบริการตรวจร่างกาย ต้องการได้รับการฝึกพูด และต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มากกว่านี้ (เท่ากันคือ ร้อยละ 1.0)

ตาราง 11 บริการด้านการศึกษาอื่นๆ ที่ครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรง
ต้องการเพิ่มเติม

บริการด้านการศึกษาอื่นที่ต้องการเพิ่มเติม	จำนวน	ร้อยละ
เยี่ยม/ให้บริการที่บ้าน	3	2.9
สอนเรื่องการดูแลและ/หรือฝึกอาชีพ	3	2.9
จัดอุปกรณ์การสอนให้ที่บ้าน	2	2.0
โรงเรียน/ศูนย์การศึกษาใกล้บ้าน	2	2.0
หน่วยงานดูแลด้านการศึกษาสำหรับบุคคลเหล่านี้โดยเฉพาะ	1	1.0
ปรับพฤติกรรม	1	1.0
ฝึกพูดและสอนอ่านเขียนหนังสือ	1	1.0
ไม่มี/ไม่ตอบ	89	87.3
รวม	102	100.0

จากตาราง 11 พบว่า เมื่อถามถึงบริการด้านการศึกษาอื่นๆ ที่ครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงต้องการเพิ่มเติม ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มีหรือไม่ตอบ (ร้อยละ 87.3) ส่วนที่เหลือ ต้องการให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมหรือให้บริการที่บ้าน และต้องการให้เจ้าหน้าที่สอนเรื่องการดูแลและ/หรือฝึกอาชีพ (เท่ากันคือ ร้อยละ 2.9) ต้องการให้เจ้าหน้าที่จัดอุปกรณ์การสอนให้ที่บ้าน และต้องการให้มีโรงเรียนหรือศูนย์การศึกษาใกล้บ้าน (เท่ากันคือ ร้อยละ 2.0) ส่วนที่เหลือ ต้องการให้มีหน่วยงานดูแลด้านการศึกษาสำหรับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาโดยเฉพาะ ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่มาปรับพฤติกรรม และต้องการได้รับบริการฝึกพูดและสอนอ่านเขียนหนังสือ (เท่ากันคือ ร้อยละ 1.0)

ตาราง 12 การรับทราบข้อมูลและการได้รับบริการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บริการสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
ทราบว่ามีสิทธิได้รับบริการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย		
ทราบ	96	94.1
ไม่ทราบ	6	5.9
รวม	102	100.0
ได้รับบริการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย		
ได้รับ	89	87.3
ไม่ได้รับ	13	12.7
รวม	102	100.0

จากตาราง 12 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ทราบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงมีสิทธิได้รับบริการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 94.1) ส่วนที่เหลือ ไม่ทราบ (ร้อยละ 5.9) ส่วนด้านการได้รับบริการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายนั้น วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงส่วนใหญ่ได้รับบริการดังกล่าว (ร้อยละ 87.3) ส่วนที่เหลือ ไม่ได้รับ (ร้อยละ 12.7)

ตาราง 13 การรับทราบข้อมูลและการได้รับบริการด้านการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บริการด้านการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ทราบว่ามีสิทธิได้รับบริการด้านการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย		
ทราบ	94	92.2
ไม่ทราบ	8	7.8
รวม	102	100.0

ตาราง 13 (ต่อ)

บริการด้านการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับบริการด้านการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย		
ได้รับ	83	81.4
ไม่ได้รับ	19	18.6
รวม	102	100.0

จากตาราง 13 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ทราบว่า วิทยาลัยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงมีสิทธิได้รับบริการด้านการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 92.2) ส่วนที่เหลือ ไม่ทราบ (ร้อยละ 7.8) ส่วนด้านการได้รับบริการด้านการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายนั้น วิทยาลัยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงส่วนใหญ่ได้รับบริการดังกล่าว (ร้อยละ 81.4) ส่วนที่เหลือ ไม่ได้รับ (ร้อยละ 18.6)

ตาราง 14 การรับทราบข้อมูลและการได้รับเบี้ยยังชีพสำหรับผู้พิการ

เบี้ยยังชีพสำหรับผู้พิการ	จำนวน	ร้อยละ
ทราบว่าสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพสำหรับผู้พิการ		
ทราบ	98	96.1
ไม่ทราบ	4	3.9
รวม	102	100.0
ได้รับเบี้ยยังชีพสำหรับผู้พิการ		
ได้รับ	85	83.3
ไม่ได้รับ	17	16.7
รวม	102	100.0

จากตาราง 14 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ทราบว่า วิทยาลัยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงมีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพสำหรับผู้พิการ (ร้อยละ 96.1) ส่วนที่เหลือ ไม่ทราบ (ร้อยละ 3.9) ส่วนด้านการได้รับเบี้ยยังชีพสำหรับผู้พิการนั้น วิทยาลัยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงส่วนใหญ่ได้รับบริการดังกล่าว (ร้อยละ 83.3) ส่วนที่เหลือ ไม่ได้รับ (ร้อยละ 16.7)

ตาราง 15 การรับทราบข้อมูลและการได้รับบริการฝึกอาชีพสำหรับผู้พิการ

บริการฝึกอาชีพสำหรับผู้พิการ	จำนวน	ร้อยละ
ทราบว่ามีสิทธิได้รับบริการฝึกอาชีพสำหรับผู้พิการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย		
ทราบ	62	60.8
ไม่ทราบ	40	39.2
รวม	102	100.0
ได้รับบริการฝึกอาชีพสำหรับผู้พิการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย		
ได้รับ	14	13.7
ไม่ได้รับ	88	86.3
รวม	102	100.0

จากตาราง 15 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ทราบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมีสิทธิได้รับฝึกอาชีพสำหรับผู้พิการ (ร้อยละ 60.8) ส่วนที่เหลือ ไม่ทราบ (ร้อยละ 39.2) ส่วนด้านการได้รับบริการฝึกอาชีพสำหรับผู้พิการนั้น วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงส่วนใหญ่ไม่ได้รับบริการดังกล่าว (ร้อยละ 86.3) ส่วนที่เหลือ ได้รับ (ร้อยละ 13.7)

ตาราง 16 การรับทราบข้อมูลและการได้รับบริการกู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพสำหรับผู้พิการ

เงินกู้ยืมเพื่อประกอบอาชีพสำหรับผู้พิการ	จำนวน	ร้อยละ
ทราบว่ามีสิทธิได้รับเงินกู้ยืมเพื่อประกอบอาชีพสำหรับผู้พิการ		
ทราบ	29	28.4
ไม่ทราบ	73	71.6
รวม	102	100.0
ได้รับเงินกู้ยืมเพื่อประกอบอาชีพสำหรับผู้พิการ		
ได้รับ	8	7.8
ไม่ได้รับ	94	92.2
รวม	102	100.0

จากตาราง 16 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมีสิทธิได้รับเงินกู้ยืมเพื่อประกอบอาชีพสำหรับผู้พิการ (ร้อยละ 71.6) ส่วนที่เหลือ ทราบถึงสิทธิดังกล่าว (ร้อยละ 28.4) ส่วนด้านการได้รับเงินกู้ยืมเพื่อประกอบอาชีพสำหรับผู้พิการนั้น วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงส่วนใหญ่ไม่ได้รับบริการดังกล่าว (ร้อยละ 92.2) ส่วนที่เหลือ ได้รับบริการตามสิทธิดังกล่าว (ร้อยละ 7.8)

ตาราง 17 บริการของรัฐที่ผู้ดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงต้องการให้ปรับปรุง

บริการของรัฐที่ต้องการให้ปรับปรุง	จำนวน	ร้อยละ
ความช่วยเหลือด้านการเงินเพิ่มขึ้น	6	5.9
ความรู้เกี่ยวกับการฝึกอาชีพและสิทธิของผู้พิการ	2	2.0
บริการใกล้บ้าน	1	1.0
ช่วยซ่อมแซมบ้านที่อยู่อาศัยให้ดีกว่านี้	1	1.0
ความช่วยเหลือด้านการเงินและของใช้ส่วนตัว/อุปกรณ์พยาบาลสำหรับผู้พิการเพิ่มเติม	2	2.0
ความช่วยเหลือด้านการเงินและบริการสำหรับผู้พิการเพิ่มขึ้น	2	2.0
ไม่มีความเห็น	88	86.3
รวม	102	100.0

จากตาราง 17 พบว่า เมื่อถามถึงบริการของรัฐที่ผู้ดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงต้องการให้ปรับปรุง ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความเห็น (ร้อยละ 86.3) ส่วนที่เหลือ ต้องการให้รัฐช่วยเหลือด้านการเงินเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 5.9) ต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกอาชีพและสิทธิของผู้พิการ ต้องการได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินและของใช้ส่วนตัว/อุปกรณ์พยาบาลสำหรับผู้พิการเพิ่มเติม และต้องการได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินและบริการสำหรับผู้พิการเพิ่มขึ้น (เท่ากันคือ ร้อยละ 2.0) ส่วนที่เหลือ ต้องการให้มีบริการใกล้บ้าน และต้องการให้รัฐช่วยซ่อมแซมบ้านที่อยู่อาศัยให้ดีกว่านี้ (เท่ากันคือ ร้อยละ 1.0)

การเปรียบเทียบสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง ระหว่างครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย

ตาราง 18 การเปรียบเทียบสภาพของผู้ดูแลและครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว

สภาพของผู้ดูแลและครอบครัว	ที่ตั้งของครอบครัว				χ^2	df	P
	เมือง	ชานเมือง	ชนบท	รวม			
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง					5.202	6	.518
พ่อแม่	27 (26.5)	29 (28.4)	26 (25.5)	82 (80.4)			

ตาราง 18 (ต่อ)

สถานภาพของผู้ดูแล และครอบครัว	ที่ตั้งของครอบครัว				χ^2	df	P
	เมือง	ชานเมือง	ชนบท	รวม			
พี่น้อง	2 (2.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	3 (2.9)			
ลูกป้าหน้าอา	2 (2.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	3 (2.9)			
ปู่ย่าตายายและอื่นๆ	7 (6.9)	3 (2.9)	4 (3.9)	14 (13.7)			
เพศ					6.926	2	0.031
ชาย	17 (16.7)	6 (5.9)	7 (6.9)	30 (29.4)			
หญิง	21 (20.6)	26 (25.5)	25 (24.5)	72 (70.6)			
อายุ					5.240	8	.732
ต่ำกว่า 30 ปี	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	3 (2.9)			
30 – 39 ปี	3 (2.9)	7 (6.9)	6 (5.9)	16 (15.7)			
40 – 49 ปี	16 (15.7)	9 (8.8)	8 (7.8)	33 (32.4)			
50 – 59 ปี	14 (13.7)	11 (10.8)	11 (10.8)	36 (35.3)			
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	4 (3.9)	4 (3.9)	6 (5.9)	14 (13.7)			
สถานภาพสมรส					11.047	6	.087
โสด	3 (2.9)	1 (1.0)	1 (1.0)	5 (4.9)			
สมรส	21 (20.6)	27 (26.5)	25 (24.5)	73 (71.6)			
หย่าร้าง	3 (12.7)	4 (3.9)	4 (3.9)	21 (20.6)			
หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	1 (1.0)	0 (0.0)	2 (2.0)	3 (2.9)			

ตาราง 18 (ต่อ)

สถานภาพของผู้ดูแลและครอบครัว	ที่ตั้งของครอบครัว				χ^2	df	P
	เมือง	ชานเมือง	ชนบท	รวม			
ระดับการศึกษา					23.200	8	.003
ไม่ได้เรียน	2 (2.0)	3 (2.9)	3 (2.9)	8 (7.8)			
ประถมศึกษา	13 (12.7)	25 (24.5)	21 (20.6)	59 (57.8)			
มัธยมศึกษา	12 (11.8)	0 (0.0)	6 (5.9)	18 (17.6)			
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	4 (3.9)	2 (2.0)	0 (0.0)	6 (5.9)			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7 (6.9)	2 (2.0)	2 (2.0)	11 (10.8)			
อาชีพ					29.329	12	.004
เกษตรกร	2 (2.0)	6 (5.9)	14 (13.7)	22 (21.6)			
รับจ้าง	13 (12.7)	13 (12.7)	10 (9.8)	36 (35.3)			
ค้าขาย	7 (6.9)	6 (5.9)	2 (2.0)	15 (14.7)			
ข้าราชการ	8 (7.8)	1 (1.0)	0 (0.0)	9 (8.8)			
เกษียณราชการ	2 (2.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	4 (3.9)			
อื่นๆ	2 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.0)			
ว่างงาน แม่บ้าน หรือไม่มีอาชีพ แน่นอน	4 (3.9)	5 (4.9)	5 (4.9)	14 (13.7)			
รายได้ของครอบครัว					31.994	10	.000
ต่ำกว่า 5,000 บาท	8 (7.8)	6 (5.9)	17 (16.7)	31 (30.4)			
5,001–9,999 บาท	6 (5.9)	14 (13.7)	7 (6.9)	27 (26.5)			
10,000–19,999 บาท	7 (6.9)	7 (6.9)	3 (2.9)	17 (16.7)			

ตาราง 18 (ต่อ)

สถานภาพของผู้ดูแลและครอบครัว	ที่ตั้งของครอบครัว				χ^2	df	P
	เมือง	ชานเมือง	ชนบท	รวม			
20,000–29,999 บ	7 (6.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (6.9)			
ตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป	7 (6.9)	1 (1.0)	2 (2.0)	10 (9.8)			
ไม่มีรายได้แน่นอน	3 (2.9)	4 (3.9)	3 (2.9)	10 (9.8)			

จากตาราง 18 พบว่า ความสัมพันธ์กับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 5.202$)

เพศของผู้ดูแล กับที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 6.926$)

อายุของผู้ดูแล กับที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 5.240$)

สถานภาพสมรสของพ่อแม่ กับที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 11.047$)

ระดับการศึกษาของผู้ดูแล กับที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 23.200$)

อาชีพของผู้ดูแล กับที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 29.329$)

รายได้ต่อเดือนของครอบครัว กับที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 31.994$)

ตาราง 19 การเปรียบเทียบสถานภาพส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง
จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว

สถานภาพส่วนบุคคลของวัยรุ่น ที่มีภาวะบกพร่องทาง สติปัญญาระดับรุนแรง	ที่ตั้งของครอบครัว				χ^2	df	P
	เมือง	ชานเมือง	ชนบท	รวม			
เพศ					.074	2	.964
ชาย	20 (19.6)	16 (15.7)	17 (16.7)	53 (52.0)			
หญิง	18 (17.6)	16 (15.7)	15 (14.7)	49 (48.0)			
อายุ					13.224	12	.353
13 ปี	2 (2.0)	6 (5.9)	1 (1.0)	9 (8.8)			
14 ปี	4 (3.9)	5 (4.9)	4 (3.9)	13 (12.7)			
15 ปี	3 (2.9)	2 (2.0)	7 (6.9)	12 (11.8)			
16 ปี	6 (5.9)	3 (2.9)	2 (2.0)	11 (10.8)			
17 ปี	7 (6.9)	7 (6.9)	7 (6.9)	21 (20.6)			
18 ปี	6 (5.9)	4 (3.9)	6 (5.9)	16 (15.7)			
19 ปี	10 (9.8)	5 (4.9)	5 (4.9)	20 (19.6)			
ภาวะบกพร่อง					7.764	10	.652
บกพร่องทางสติปัญญา	29 (28.4)	19 (18.6)	20 (19.6)	68 (66.7)			
บกพร่องทางสติปัญญาและ ร่างกาย	6 (5.9)	9 (8.8)	10 (9.8)	25 (24.5)			
บกพร่องทางสติปัญญาและ สายตา	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	3 (2.9)			
บกพร่องทางสติปัญญาและ การได้ยิน	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)			
บกพร่องซ้ำซ้อน 3 ประเภท	1 (1.0)	3 (2.9)	1 (1.0)	5 (4.9)			

ตาราง 19 (ต่อ)

สถานภาพส่วนบุคคลของวัยรุ่น ที่มีภาวะบกพร่องทาง สติปัญญาาระดับรุนแรง	ที่ตั้งของครอบครัว				χ^2	df	P
	เมือง	ชานเมือง	ชนบท	รวม			
อายุที่สังเกตเห็นภาวะบกพร่อง					10.009	8	.264
0-1 ปี	20 (19.6)	25 (24.5)	23 (22.5)	68 (66.7)			
2-3 ปี	9 (8.8)	4 (3.9)	7 (6.9)	20 (19.6)			
4-6 ปี	6 (5.9)	1 (1.0)	1 (1.0)	8 (7.8)			
6 ปีขึ้นไป	2 (2.0)	2 (2.0)	1 (1.0)	5 (4.9)			
ไม่ทราบ	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)			
สถานพยาบาลแห่งแรก					12.243	6	.057
โรงพยาบาล	27 (26.5)	22 (21.6)	15 (14.7)	64 (62.7)			
สถานเอนามัย	5 (4.9)	7 (6.9)	14 (13.7)	26 (25.5)			
คลินิกใกล้บ้าน	6 (5.9)	2 (2.0)	3 (2.9)	11 (10.8)			
อาสาสมัครสาธารณสุข	0 (0.0)	1 (1.0)	0 (0.0)	1 (1.0)			
แพทย์แผนโบราณ	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)			
บริการที่รับจากสถานพยาบาล					37.223	30	.171
พบแพทย์/รักษาความ เจ็บป่วย	23 (22.5)	15 (14.7)	23 (22.5)	61 (59.8)			
รับยาประจำตัว	3 (2.9)	1 (1.0)	2 (2.0)	6 (5.9)			
กายภาพบำบัด	0 (0.0)	1 (1.0)	0 (0.0)	1 (1.0)			
กิจกรรมบำบัด	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)			
พบจิตแพทย์/นักจิตวิทยา	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)			

ตาราง 19 (ต่อ)

สถานภาพส่วนบุคคลของวัยรุ่น ที่มีภาวะบกพร่องทาง สติปัญญาาระดับรุนแรง	ที่ตั้งของครอบครัว				χ^2	df	P
	เมือง	ชานเมือง	ชนบท	รวม			
ฝึกพูด	0 (0.0)	1 (1.0)	0 (0.0)	1 (1.0)			
พบแพทย์/รักษาความ เจ็บป่วยและรับยาประจำตัว	5 (4.9)	8 (7.8)	4 (3.9)	17 (16.7)			
บริการ 2 ประเภท	3 (2.9)	5 (4.9)	2 (2.0)	10 (9.8)			
บริการ 3 ประเภท	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	3 (2.9)			
บริการ 5 ประเภท	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)			
การพบทันตแพทย์					4.754	2	.093
เคย	13 (12.7)	10 (9.8)	4 (3.9)	27 (26.5)			
ไม่เคย	25 (24.5)	22 (21.6)	28 (27.5)	75 (73.5)			
การศึกษา					50.258	24	.001
ไม่เคยเข้าเรียน	7 (6.9)	5 (4.9)	7 (6.9)	19 (18.6)			
โรงเรียนปกติ	0 (0.0)	1 (1.0)	8 (7.8)	9 (8.8)			
โรงเรียนศึกษาพิเศษ	12 (11.8)	7 (6.9)	2 (2.0)	21 (20.6)			
ศูนย์การศึกษาพิเศษ	5 (4.9)	11 (10.8)	8 (7.8)	24 (23.5)			
การศึกษานอกโรงเรียน	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.0)	2 (6.2)			
สถานศึกษา 2 แห่ง	13 (12.7)	8 (7.8)	4 (3.9)	25 (24.5)			
สถานศึกษา 3 แห่ง	1 (1.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	2 (2.0)			

จากตาราง 19 พบว่า เพศของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 0.074$)

อายุของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 13.224$)

ภาวะบกพร่องของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 7.764$)

อายุของเด็กที่ผู้ดูแลสังเกตเห็นความบกพร่อง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 10.009$)

สถานพยาบาลที่ผู้ดูแลพาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงไปเป็นแห่งแรก กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 12.243$)

บริการด้านสาธารณสุขที่วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงรับจากสถานพยาบาล กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 37.223$)

ประวัติการพบทันตแพทย์ของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 4.754$)

ประวัติการรับบริการด้านการศึกษาของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 50.258$)

ตาราง 20 การเปรียบเทียบทักษะในการดำรงชีวิตของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว

ที่ตั้งของครอบครัว	แหล่งความแปรปรวน	Df	SS	MS	F	P
ทักษะในการดำรงชีวิต	ระหว่างกลุ่ม	2	2.397	1.199	.885	.416
	ภายในกลุ่ม	99	134.021	1.354		
	รวม	101	136.418			
ทักษะการช่วยเหลือตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	2	3.091	1.545	.933	.397
	ภายในกลุ่ม	99	164.006	1.657		
	รวม	101	167.096			
ทักษะการสื่อสาร	ระหว่างกลุ่ม	2	1.203	.602	.389	.679
	ภายในกลุ่ม	99	153.103	1.546		
	รวม	101	154.306			
ทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน	ระหว่างกลุ่ม	2	6.716	3.358	1.966	.145
	ภายในกลุ่ม	99	169.112	1.708		
	รวม	101	175.828			

ตาราง 20 (ต่อ)

ที่ตั้งของครอบครัว	แหล่งความแปรปรวน	Df	SS	MS	F	P
ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	ระหว่างกลุ่ม	2	2.566	1.283	.800	.452
	ภายในกลุ่ม	99	158.716	1.603		
	รวม	101	161.282			

จากตาราง 20 พบว่า ทักษะในการดำรงชีวิตของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทักษะการช่วยเหลือตนเองของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทักษะการสื่อสารของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทักษะการใช้ชีวิตในบ้านของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 21 การเปรียบเทียบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว

ที่ตั้งของครอบครัว	แหล่งความแปรปรวน	Df	SS	MS	F	P
พฤติกรรมที่เป็นปัญหา	ระหว่างกลุ่ม	2	.708	.354	.561	.573
	ภายในกลุ่ม	99	62.481	.631		
	รวม	101	63.189			

จากตาราง 21 พบว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 22 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงรายด้าน จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว

ที่ตั้งของครอบครัว	แหล่งความแปรปรวน	Df	SS	MS	F	P
การมีส่วนร่วมของครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	2	.261	.131	.328	.721
	ภายในกลุ่ม	99	39.455	.399		
	รวม	101	39.717			
บทบาทของสมาชิกในครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	2	2.792	1.396	1.470	.235
	ภายในกลุ่ม	99	94.012	.950		
	รวม	101	96.804			
ด้านการเรียนรู้	ระหว่างกลุ่ม	2	2.898	1.449	1.181	.311
	ภายในกลุ่ม	99	121.476	1.227		
	รวม	101	124.374			
ด้านการฟื้นฟูความสามารถทางกาย	ระหว่างกลุ่ม	2	2.638	1.319	.873	.421
	ภายในกลุ่ม	99	149.528	1.510		
	รวม	101	152.167			
ด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วย	ระหว่างกลุ่ม	2	3.711	1.855	1.186	.310
	ภายในกลุ่ม	99	154.822	1.564		
	รวม	101	158.532			
สัมพันธภาพในครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	2	.261	.131	.328	.721
	ภายในกลุ่ม	99	39.455	.399		
	รวม	101	39.717			
ด้านการรับรู้ แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจในเหตุการณ์ต่างๆ ร่วมกัน	ระหว่างกลุ่ม	2	.178	.089	.115	.891
	ภายในกลุ่ม	99	76.516	.773		
	รวม	101	76.694			
ด้านความรู้สึกที่มีต่อกันและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	2	.574	.287	.949	.391
	ภายในกลุ่ม	99	29.954	.303		
	รวม	101	30.529			
ด้านการใช้เวลาว่างร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	2	2.535	1.268	1.092	.340
	ภายในกลุ่ม	99	114.953	1.161		
	รวม	101	117.488			

จากตาราง 22 พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง ด้านการเรียนรู้ กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง ด้านการฟื้นฟูความสามารถทางกาย กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง ด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วย กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สัมพันธภาพในครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้ แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจในเหตุการณ์ต่างๆ ร่วมกันในครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความรู้สึกที่มีต่อกันและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การใช้เวลาว่างร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 23 การเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว

ที่ตั้งของครอบครัว	แหล่งความแปรปรวน	Df	SS	MS	F	P
การเข้าถึงบริการ	ระหว่างกลุ่ม	2	1.072	.536	1.430	.244
	ภายในกลุ่ม	99	37.084	.375		
	รวม	101	38.156			
การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข	ระหว่างกลุ่ม	2	.563	.282	.584	.560
	ภายในกลุ่ม	99	47.744	.482		
	รวม	101	48.307			
การเข้าถึงบริการด้านการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	2	.778	.389	.499	.609
	ภายในกลุ่ม	99	77.221	.780		
	รวม	101	77.999			
การเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์	ระหว่างกลุ่ม	2	13.056	6.528	5.692	.005
	ภายในกลุ่ม	99	113.528	1.147		
	รวม	101	126.584			

จากตาราง 23 พบว่า การเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเข้าถึงบริการด้านการศึกษา กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์ กับ ที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 24 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของการเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์ จำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว

ที่ตั้งของครอบครัว	\bar{X}	ชุมชนเมือง	ชุมชนชานเมือง	ชุมชนชนบท
		0.74	1.32	1.57
ชุมชนเมือง	0.74	-	.079	.007*
ชุมชนชานเมือง	1.32		-	.648
ชุมชนชนบท	1.57			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (P < .05)

จากตาราง 24 พบว่า การเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์ของครอบครัวที่ตั้งอยู่ในชุมชนเมือง กับ ชุมชนชนบทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย มีสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะดังนี้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทยที่ส่งผลต่อการเลี้ยงดูวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง
2. เพื่อเปรียบเทียบสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงระหว่างครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร เป็นครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทยนอกเหนือจากจังหวัดกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 24 จังหวัด ซึ่งแบ่งเป็นครอบครัวที่อยู่ในความดูแลของศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขตการศึกษา จำนวน 4 แห่ง ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดจำนวน 20 แห่ง และโรงเรียนศึกษาพิเศษจำนวน 4 แห่งรวมเป็น 28 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทยนอกเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้มาด้วยการสุ่มแบบ 2 ขั้นตอน (Two-stage sampling) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มหน่วยงานร้อยละ 30 จากศูนย์การศึกษาพิเศษประจำเขตการศึกษา ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด และโรงเรียนศึกษาพิเศษ จำนวน 28 แห่งได้เป็น 8 แห่ง

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มครอบครัวจำนวน 102 ครอบครัวจากหน่วยงานทั้ง 8 แห่งข้างต้น แล้วนำมาแยกตามที่ตั้งของครอบครัว คือ ครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนชานเมือง และครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงทั้ง 4 ด้านคือ สถานภาพส่วนบุคคลของผู้ดูแลและครอบครัว สถานภาพส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง การมีส่วนร่วม

ร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง และการเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง แบบสอบถามมีความเชื่อมั่น 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for windows และใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าไคสแควร์ ค่าความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้การทดสอบแบบเชฟเฟ (Scheffe' method) แล้วนำผลที่ได้มาแปลความหมาย

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย มีสรุปผลการวิจัยตามลำดับความมุ่งหมายของการวิจัยดังนี้

การศึกษาสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทยที่ส่งผลต่อการเลี้ยงดูวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง

1. สถานภาพของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นพ่อแม่ (ร้อยละ 80.4) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.6) มีอายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 35.3) ยังสมรสอยู่ (ร้อยละ 71.6) เรียนจบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 57.8) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 35.3) และครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 30.4) และเมื่อจำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทส่วนใหญ่ยังคงเป็นพ่อแม่ (ร้อยละ 26.5, 28.4 และ 25.5 ตามลำดับ) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 20.6, 25.5 และ 24.5 ตามลำดับ) ยังสมรสอยู่ (ร้อยละ 20.5, 26.5 และ 24.5 ตามลำดับ) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 12.7, 24.5 และ 20.6 ตามลำดับ)

แต่ผู้ดูแลในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทส่วนใหญ่มีอายุ อาชีพ และรายได้ต่อเดือนของครอบครัวแตกต่างกันคือ ผู้ดูแลในชุมชนเมืองส่วนใหญ่มีอายุ อาชีพ และรายได้ต่อเดือนของครอบครัวแตกต่างกันคือ ผู้ดูแลในชุมชนเมืองส่วนใหญ่มีอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 15.7) ในขณะที่ผู้ดูแลในชุมชนชานเมืองและชุมชนชนบทมีอายุ 50-59 ปีมากที่สุด (เท่ากันคือ ร้อยละ 10.8) ส่วนด้านอาชีพ ผู้ดูแลในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (เท่ากันคือ ร้อยละ 12.7) และผู้ดูแลในชุมชนชนบทส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 13.7) ส่วนด้านรายได้ครอบครัวในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 7.8 และ 16.7 ตามลำดับ) ในขณะที่ครอบครัวในชุมชนชานเมืองส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-9,999 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 13.7)

2. สถานภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.0) มีอายุ 17 ปี (ร้อยละ 20.6) มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 66.7) ผู้ดูแลสังเกตเห็นภาวะ

บกพร่องในช่วงแรกเกิด-อายุ 1 ปี (ร้อยละ 66.7) เมื่อเจ็บป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่พาไปโรงพยาบาลเป็นอันดับแรก (ร้อยละ 62.7) และผู้ดูแลส่วนใหญ่พาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงไปสถานพยาบาลเพื่อพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 59.8) ไม่เคยพบทันตแพทย์เลย (ร้อยละ 73.5) เคยได้รับการบริการทางการศึกษาจากสถานศึกษา 2 แห่ง (ร้อยละ 24.5)

เมื่อจำแนกตามที่ตั้งของครอบครัว พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงทั้งในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทเป็นเพศชาย (ร้อยละ 19.6 และร้อยละ 16.7 ตามลำดับ) แต่ในชุมชนชานเมืองเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 15.7) ด้านอายุ วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนเมืองส่วนใหญ่มีอายุ 19 ปี (ร้อยละ 9.8) ส่วนในชุมชนชานเมืองส่วนใหญ่มีอายุ 17 ปี (ร้อยละ 6.9) และในชุมชนชนบทส่วนใหญ่มีอายุ 15 ปีและ 17 ปี (เท่ากันคือ ร้อยละ 6.9) วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทส่วนใหญ่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 28.4, 18.6 และ 19.6 ตามลำดับ) ผู้ดูแลสังเกตเห็นภาวะบกพร่องในช่วงแรกเกิด-อายุ 1 ปี (ร้อยละ 19.6, 24.5 และ 22.5 ตามลำดับ) ผู้ดูแลทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทส่วนใหญ่พาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงไปโรงพยาบาลเป็นอันดับแรก (ร้อยละ 26.5, 21.6 และ 14.7 ตามลำดับ) และเมื่อผู้ดูแลพาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทไปโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น (ร้อยละ 22.5, 14.7 และ 22.5 ตามลำดับ) วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่เคยพบทันตแพทย์เลย (ร้อยละ 24.5, 21.6 และ 27.5 ตามลำดับ) ทั้งนี้ ด้านประวัติการศึกษา วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนเมืองส่วนใหญ่เคยเข้ารับบริการด้านการศึกษา 2 แห่ง (ร้อยละ 12.7) ในชุมชนชานเมืองส่วนใหญ่เคยเข้ารับบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษ (ร้อยละ 10.8) และในชุมชนชนบทส่วนใหญ่เคยเข้าเรียนในโรงเรียนปกติหรือศูนย์การศึกษาพิเศษ (เท่ากันคือ ร้อยละ 7.9)

3. ทักษะในการดำรงชีวิต พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทมีทักษะในการดำรงชีวิตในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.21, 1.93 และ 1.87 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทมีทักษะการช่วยเหลือตนเองในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.93, 2.56 และ 2.58 ตามลำดับ) ทักษะการสื่อสารในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.22, 2.48 และ 2.38 ตามลำดับ) วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองมีทักษะการใช้ชีวิตในบ้านอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.94 และ 1.54 ตามลำดับ) ในขณะที่วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนชนบทมีทักษะการใช้ชีวิตในบ้านในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.33) ส่วนด้านทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนนั้น วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมีทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.80 และ 1.55 ตามลำดับ) แต่ในชุมชนชานเมืองมีทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.42)

วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.39 และ 1.34 ตามลำดับ) แต่ในชุมชนชนบทมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.54)

เมื่อถามถึงกิจวัตรประจำวันอื่นที่วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงทำได้ กิจวัตรประจำวันอื่นที่ผู้ดูแลคาดหวังให้วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงทำได้ และพฤติกรรมอื่นของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงที่ผู้ดูแลคิดว่าเป็นปัญหานั้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มี หรือ ไม่มีความเห็น/ไม่ตอบ (ร้อยละ 88.2, 72.5 และ 93.1 ตามลำดับ)

4. ครอบครัวในชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และชุมชนชนบทมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.21, 2.15 และ 2.08 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาด้านบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา พบว่า สมาชิกในครอบครัวในชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และชุมชนชนบท มีบทบาทในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.29, 1.99 และ 2.38 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สมาชิกในครอบครัวในชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และชุมชนชนบท มีบทบาทในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาด้านการเรียนรู้ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.76, 1.57 และ 1.99 ตามลำดับ) ด้านการฟื้นฟูความสามารถทางกายอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.22, 1.94 และ 2.33 ตามลำดับ) ส่วนด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วยนั้น ครอบครัวในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.89 และ 2.83 ตามลำดับ) แต่ครอบครัวในชุมชนชนบทอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.45)

เมื่อพิจารณาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ครอบครัวในชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และชุมชนชนบทมีสัมพันธภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.35, 2.29 และ 2.31 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ครอบครัวในชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และชุมชนชนบท มีการรับรู้ แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจในเหตุการณ์ต่างๆ ร่วมกันอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.79, 1.72 และ 1.82 ตามลำดับ) ความรู้สึกที่มีต่อกันและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวในชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และชุมชนชนบท อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.21, 2.03 และ 2.10 ตามลำดับ) ส่วนการใช้เวลาว่างร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวในชุมชนเมือง และชุมชนชนบทอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.63 และ 2.70) แต่ครอบครัวในชุมชนชนบทอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.33)

5. ครอบครัวในชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และชุมชนชนบทสามารถเข้าถึงบริการได้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 1.92, 1.99 และ 2.17 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ครอบครัวในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.55 และ 2.54 ตามลำดับ) แต่ครอบครัวในชุมชนเมืองสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.38) ครอบครัวในชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และชุมชนชนบทสามารถเข้าถึงบริการด้านการศึกษาได้ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.48, 2.27 และ 2.39 ตามลำดับ) ส่วนบริการด้านสังคมสงเคราะห์นั้น ครอบครัวในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทสามารถเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์ได้

ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 0.74 และ 1.32 ตามลำดับ) แต่ครอบครัวในชุมชนชนบทสามารถเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์ได้ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.57) เมื่อถามถึงบริการด้านสาธารณสุข และบริการด้านการศึกษาอื่นๆ ที่ครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงต้องการเพิ่มเติม ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มี หรือไม่มีความเห็น/ไม่ตอบ (ร้อยละ 84.3 และ 87.3 ตามลำดับ)

ด้านการรับทราบข้อมูลด้านสิทธิของผู้พิการ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ทราบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงมีสิทธิได้รับบริการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 94.1) มีสิทธิได้รับบริการด้านการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 92.2) มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพสำหรับผู้พิการ (ร้อยละ 96.1) และมีสิทธิได้รับการฝึกอาชีพสำหรับผู้พิการ (ร้อยละ 60.8) แต่ไม่ทราบว่า มีสิทธิได้รับเงินกู้ยืมเพื่อประกอบอาชีพสำหรับผู้พิการ (ร้อยละ 71.6) ส่วนด้านการให้บริการนั้น วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงส่วนใหญ่ได้รับบริการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 87.3) ได้รับบริการด้านการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 81.4) ได้รับเบี้ยยังชีพสำหรับผู้พิการ (ร้อยละ 83.3) แต่ไม่ได้รับบริการฝึกอาชีพสำหรับผู้พิการ (ร้อยละ 86.3) และไม่ได้รับเงินกู้ยืมเพื่อประกอบอาชีพสำหรับผู้พิการ (ร้อยละ 92.2) เมื่อถามถึงบริการของรัฐที่ผู้ดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงต้องการให้ปรับปรุง ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มี หรือไม่มีความเห็น/ไม่ตอบ (ร้อยละ 86.3) รองลงมา ต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน (ร้อยละ 5.9)

การเปรียบเทียบสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง ระหว่างครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย

6. เมื่อเปรียบเทียบสถานภาพของผู้ดูแล ระหว่างครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบท พบว่า ความสัมพันธ์กับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง ($\chi^2 = 5.202$) อายุของผู้ดูแล ($\chi^2 = 5.240$) และสถานภาพสมรสของพ่อแม่ ($\chi^2 = 11.047$) ไม่มีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศของผู้ดูแล ($\chi^2 = 6.926$) ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ($\chi^2 = 23.200$) อาชีพของผู้ดูแล ($\chi^2 = 29.329$) และรายได้ต่อเดือนของครอบครัว ($\chi^2 = 31.994$) มีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. เมื่อเปรียบเทียบสถานภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง ระหว่างครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบท พบว่า เพศ ($\chi^2 = .074$) อายุ ($\chi^2 = 13.224$) ภาวะบกพร่อง ($\chi^2 = 7.764$) ของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง อายุของเด็กที่ผู้ดูแลสังเกตเห็นความบกพร่อง ($\chi^2 = 10.009$) สถานพยาบาลที่ผู้ดูแลพาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงไปเป็นแห่งแรก ($\chi^2 = 12.243$) ประเภทบริการที่วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงรับจากสถานพยาบาล ($\chi^2 = 37.223$) ประวัติการพบทันตแพทย์ ($\chi^2 = 4.754$) รวมถึงทักษะในการดำรงชีวิต ทักษะการช่วยเหลือตนเอง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทาง

สติปัญญาระดับรุนแรง ไม่มีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ประวัติการรับบริการด้านการศึกษาของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงกับที่ตั้งของครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 50.258$)

8. การมีส่วนร่วมของครอบครัว บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงโดยรวม บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงด้านการเรียนรู้ ด้านการฟื้นฟูความสามารถทางกาย และด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วย รวมถึงสัมพันธภาพในครอบครัว ทั้งด้านการรับรู้ แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจในเหตุการณ์ต่างๆ ร่วมกัน ด้านความรู้สึกที่มีต่อกันและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และด้านการใช้เวลาว่างร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

9. การเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงโดยรวม รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข และการเข้าถึงบริการด้านศึกษานั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์ กับที่ตั้งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์ของครอบครัวที่ตั้งอยู่ในชุมชนเมือง กับ ชุมชนชนบทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง การศึกษาสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย สามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

สภาพส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักและครอบครัว

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นพ่อหรือแม่ เป็นเพศหญิง และยังคงสมรสอยู่ จึงพอเห็นภาพได้ว่าผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นแม่ และการที่พ่อแม่ยังคงสมรสอยู่แสดงว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อและ/หรือแม่ และอาจมีพี่น้องและญาติคนอื่นเช่น ปู่ย่าตายาย หรือลุงป้าน้าอา อาศัยอยู่ด้วย ซึ่งสอดคล้องกับกัลยา สุตะบุตร และวัลย์ลิกา สังข์ทอง (2539: 28) และทิพย์คงสินสิริ (2545: 35) ที่พบว่า บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่คิดเป็นร้อยละ 75 และครอบครัวที่เหลืออีกร้อยละ 25 นั้นฝากบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาไว้กับญาติพี่น้อง แต่งานวิจัยนี้พบว่า ความสัมพันธ์กับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงและสภาพสมรสของพ่อแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัว กล่าวคือ ผู้ดูแลไม่ว่าในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง หรือชุมชนชนบทส่วนใหญ่เป็นพ่อแม่และยังคงสมรสอยู่

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า เพศของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า ผู้ดูแลในชุมชนเมืองนั้นเป็นเพศชายและ

เพศหญิงจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 16.7 และร้อยละ 20.6 ตามลำดับ) ในขณะที่ผู้ดูแลในชุมชนชานเมืองและชุมชนชนบทเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายอย่างมาก ซึ่งอาจเป็นเพราะพ่อแม่ในชุมชนเมืองมักทำงานนอกบ้านทั้งสองคน วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในชุมชนเมืองอาจมีโอกาที่พ่อเป็นผู้ดูแลมากกว่าครอบครัวในชุมชนชานเมืองและชุมชนชนบท

ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นแม่ มีอายุ 50-59 ปีจำนวนมากที่สุด ในขณะที่ลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงมีอายุระหว่าง 13-19 ปี ทำให้เห็นว่า แม่ส่วนใหญ่ตั้งครรถ์เมื่อมีอายุประมาณ 30-45 ปี อายุของแม่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาของลูก เนื่องจากวัยที่เหมาะสมสำหรับการตั้งครรถ์คือ ช่วงอายุ 20-30 ปี ซึ่งสภาพร่างกายของเพศหญิงในช่วงนั้นมีความพร้อมมากที่สุด ดังนั้น การที่แม่ตั้งครรถ์เมื่ออายุเกิน 30 ปีขึ้นไป ความเสี่ยงที่ลูกจะมีภาวะบกพร่องจึงสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะดาวน์ซินโดรม ซึ่งเป็นภาวะบกพร่องทางสติปัญญาประเภทหนึ่ง (กุลยา ก่อสุวรรณ. 2553ช: 132; Beirne-Smith; Ittenbach; & Patton. 2002: 167; Crane. 2002: 173-177) แต่งานวิจัยนี้พบว่า อายุของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัว

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เรียนจบระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง และครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ซึ่งปัจจัยทั้งสามด้านนี้มักเกี่ยวข้องกันเสมอคือ บุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อย ย่อมต้องทำงานที่ใช้แรงงานเป็นหลัก จึงต้องใช้เวลาในการทำงานยาวนานกว่าแต่ได้รับค่าตอบแทนน้อยกว่า ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า คนที่เรียนน้อยกว่ามักมีรายได้น้อยกว่าและใช้เวลาในการทำงานมากกว่าคนที่เรียนสูงกว่า ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการดูแลบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาทั้งสิ้น งานวิจัยนี้พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ถึงแม้ผู้ดูแลในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทจะจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด แต่ผู้ดูแลที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษานั้นอยู่ในเมือง (ร้อยละ 22.6) มากกว่าชุมชนชานเมืองและชุมชนชนบท (ร้อยละ 4.0 และ 7.9 ตามลำดับ) จึงกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลหลักในชุมชนเมืองมีการศึกษาดีกว่าผู้ดูแลหลักในชุมชนชานเมืองและชุมชนชนบท ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2536: 62) ที่พบว่า ครอบครัวในชุมชนชนบทมักมีระดับการศึกษาต่ำกว่าคนในชุมชนเมือง ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ ประการแรก คนในชุมชนเมืองมักมีโอกาสทางการศึกษามากกว่าดังที่อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์ และปัทมา อมรสิริสมบุญ (2550: 50) ได้ศึกษาพบในงานวิจัยเกี่ยวกับโอกาสทางการศึกษาของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาในเมืองและชนบท ประกอบกับผู้คนในเมืองมักให้คุณค่ากับการศึกษาในระบบโรงเรียนมากกว่าผู้คนที่อยู่ในชุมชนชนบทด้วย ประการที่สอง จุดมุ่งหมายในชีวิตของผู้ที่อยู่ในเมืองและชนบทนั้นแตกต่างกัน ดังที่สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2536: 62) พบว่า ผู้ปกครองในชุมชนเมืองซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพพนักงานลูกจ้างเอกชนและเจ้าของธุรกิจส่วนตัวนั้นส่งลูกเข้าเรียนในโรงเรียนศึกษาพิเศษมากกว่าผู้ปกครองในชนบทซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร อีกทั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจโครงการการศึกษาเกี่ยวกับสภาพความต้องการและกิจกรรมของเด็กและเยาวชนในชุมชนแออัด ในเขตกรุงเทพมหานคร ยังพบว่า พ่อแม่ในชุมชนเมืองมักคาดหวังให้ลูกเรียนสูงๆ และได้ทำงานที่ได้รับเงินเดือนสูง ในขณะที่พ่อแม่ในชุมชนชนบทมักคาดหวังให้ลูกเรียนถึงอายุ 15 ปีแล้วออกมาทำงานหารายได้ให้ครอบครัว

(คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจโครงการการศึกษาเกี่ยวกับสภาพความต้องการและกิจกรรมของเด็กและเยาวชนในชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร. 2528: 22) ทั้งนี้ อาชีพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยงานวิจัยนี้พบว่า ผู้ดูแลในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด (เท่ากันคือ ร้อยละ 12.7) ส่วนอาชีพเกษตรกรนั้นน้อยมาก (ร้อยละ 2.0 และ 5.9 ตามลำดับ) แต่ครอบครัวในชุมชนชนบทมีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ 13.7) ซึ่งสอดคล้องกับนิยามศัพท์ของงานวิจัยนี้ ราชบัณฑิตยสถาน (2551: ออนไลน์) และสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2533: 121) ที่ระบุว่า ผู้คนในชุมชนชนบทส่วนใหญ่ดำรงชีพด้วยการทำเกษตรกรรม ส่วนผู้ดูแลที่มีอาชีพที่ต้องใช้ความรู้เช่น ข้าราชการ ข้าราชการเกษียณ และอื่นๆ (เช่น พนักงานบริษัทเอกชน เป็นต้น) นั้นอยู่ในชุมชนเมืองมากที่สุด (ร้อยละ 11.8) ในขณะที่ผู้ดูแลในชุมชนชานเมืองและชุมชนชนบทมีอาชีพดังกล่าวเล็กน้อย (ร้อยละ 2.0 และ 1.0 ตามลำดับ) จึงอาจกล่าวได้ว่า คนในชุมชนเมืองนั้นมีการศึกษาสูงกว่า และมีอาชีพที่ต้องใช้ความรู้มากกว่าคนในชุมชนชนบท

รายได้ต่อเดือนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ครอบครัวที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือนนั้นอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง (ร้อยละ 16.7) มากกว่าในชุมชนชานเมือง (ร้อยละ 7.9) และชุมชนชนบท (ร้อยละ 4.9) ซึ่งสอดคล้องกับอุมารณ ภัทรวานิชย์ และปัทมา อมรสิริสมบุรณ์ (2550: 50) กล่าวว่า รายได้ของผู้คนในชุมชนชนบทมักต่ำกว่าคนในชุมชนเมือง อย่างไรก็ตาม ถึงแม้การศึกษาครั้งนี้พบว่า ครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่า 10,000 บาทต่อเดือนนั้นอาศัยอยู่ในชุมชนเมืองมากกว่า แต่อาจมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ต่างจากครอบครัวในชุมชนชนบท เนื่องจากค่าใช้จ่ายในชุมชนเมืองนั้นสูงกว่าในชุมชนเช่น ค่าเช่าบ้าน ค่าเดินทางไปทำงาน เป็นต้น รายจ่ายของคนในชุมชนเมืองจึงแตกต่างกับผู้คนในชุมชนชนบทที่มักมีบ้านของตนเอง ผลิตอาหารเอง และสมาชิกในชุมชนชนบทยังมีน้ำใจ เอื้อเฟื้อ แบ่งปันมากกว่าคนในชุมชนเมืองด้วย (โกมาตกร จึงเสถียรทรัพย์; และคณะ. 2547: 111)

สภาพภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุ 17 ปี และมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพียงอย่างเดียว แต่เพศ อายุ ภาวะบกพร่องไม่มีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัว

ผู้ดูแลส่วนใหญ่สังเกตเห็นภาวะบกพร่องของเด็กในช่วงแรกเกิด-อายุ 1 ปี สอดคล้องกับลักษณะของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงคือ บุคคลเหล่านี้จะมีความบกพร่องเกือบทุกด้าน จึงมักมีภาวะพิการอื่นร่วมด้วย ซึ่งความบกพร่องรุนแรงมักแสดงอาการตั้งแต่แรกเกิด (ชวาลา เขียรธนู; และกัลยา สุตตะบุตร. 2539: 4; อรพินท์ เหล่าสุวรรณพงษ์. 2541: 10; Beirne-Smith. 1994: 252-259; Crane. 2002: 83, 112, 113, 125; Gudalefsky; & Madduma. 2005: 158; Thomas. 1998: 74, 112, 188, 215, 233; Westling; & Fox. 2004: 5) เมื่อพิจารณาจำนวนของครอบครัวที่สังเกตเห็นภาวะบกพร่องแล้วพบว่า ครอบครัวในชุมชนเมืองจำนวนไม่น้อย (ร้อยละ 16.7) สังเกตเห็นภาวะบกพร่องเมื่อเด็กอายุได้ 2 ขวบขึ้นไป ในขณะที่ชุมชนชานเมืองและชุมชนชนบทที่สังเกตเห็นภาวะบกพร่องเมื่อเด็ก

อายุ 2 ขวบขึ้นไปนั้นน้อยกว่า (ร้อยละ 6.9 และ 8.9 ตามลำดับ) ซึ่งอาจเป็นเพราะภาวะบกพร่องทางสติปัญญานั้นเพิ่งเกิดในภายหลังเช่น การได้รับอุบัติเหตุ การได้รับสารพิษ การเจ็บป่วยอย่างรุนแรงหรือผลจากการรักษาทางการแพทย์ เป็นต้น (กมลพรรณ ชีวพันธุ์ศรี. 2548: 20; กุลยา ก่อสุวรรณ. 2553: 65; คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจ... 2528: 92; Crane. 2002: 173-177; Gudalefsky; & Madduma. 2005: 120) ซึ่งหากเป็นเช่นนั้นจริง แสดงว่าเด็กในชุมชนเมืองอาจมีความเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลังคลอดมากกว่าเด็กในชุมชนชนเมืองและชุมชนชนบทก็เป็นได้ หรืออาจเป็นไปได้ว่า พ่อแม่เหล่านี้สังเกตเห็นพัฒนาการล่าช้าบ้างแล้ว แต่ยังไม่มีความคาดหวังที่จะพัฒนาลูกให้ดีขึ้นจึงยังไม่ยอมรับในความบกพร่องที่เห็น (สุภาณี สนธิรัตน์. 2529: 139; อรรถพร โทษยานนท์. 2542: 5; Stoneman. 2007: 1) กว่าจะยอมรับในภาวะบกพร่องก็ต่อเมื่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญานั้นแสดงอาการชัดเจนขึ้นเมื่อลูกเข้าโรงเรียน อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้พบว่าอายุของเด็กที่ผู้ดูแลสังเกตเห็นความบกพร่องไม่มีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัว

เมื่อวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงเจ็บป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่พาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงไปโรงพยาบาลเป็นอันดับแรก แต่ไม่มีครอบครัวใดพาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงไปพบแพทย์แผนโบราณเลย ซึ่งต่างจากในอดีตที่พบว่าผู้ดูแลในต่างจังหวัดจำนวนหนึ่งมักพาลูกบกพร่องทางสติปัญญาที่เจ็บป่วยไปพบแพทย์แผนโบราณ เพราะรู้สึกศรัทธาและอุ่นใจ (กัลยา สุตะบุตร; และวัลย์ลิกา สังข์ทอง. 2539: 23, 36-40) ที่เป็นเช่นนั้นอาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมและความคิดที่เปลี่ยนไป ผู้ดูแลส่วนใหญ่อาจเชื่อในความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ ยารักษาโรค และเครื่องมือทางการแพทย์มากกว่า จึงไว้วางใจในการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่า อีกทั้งจำนวนแพทย์แผนโบราณนั้นลดน้อยลงกว่าในอดีตมาก หรือในบางหมู่บ้านหรือบางชุมชนจึงไม่มีแพทย์แผนโบราณเลยก็เป็นได้ อีกทั้งยังพบว่า ครอบครัวในชุมชนเมืองส่วนใหญ่เข้ารับบริการจากโรงพยาบาลเป็นอันดับแรก ส่วนครอบครัวในชุมชนเมืองที่รับบริการจากสถานอนามัยและคลินิกใกล้บ้านนั้นมีบ้างเล็กน้อย แต่จำนวนครอบครัวในชุมชนชนบทที่รับบริการจากโรงพยาบาลและสถานอนามัยนั้นใกล้เคียงกันมาก อาจเป็นเพราะโรงพยาบาลมักอยู่ในชุมชนเมือง ครอบครัวที่อาศัยอยู่ในเมืองจึงสามารถเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลได้ง่ายกว่า ส่วนครอบครัวในชนบทนั้นอยู่ห่างจากโรงพยาบาลมาก (รัชติกร แสงศร. 2531: 67) การพาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาไปขอรับบริการที่โรงพยาบาลอาจเป็นเรื่องยากลำบาก ครอบครัวจำนวนไม่น้อยจึงจำเป็นต้องขอรับบริการจากสถานอนามัย ทั้ง ๆ ที่ทราบว่าสถานอนามัยมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและอุปกรณ์ทางการแพทย์น้อยกว่าในโรงพยาบาล เมื่อทดสอบผลต่างระหว่างที่ตั้งของครอบครัว พบว่า สถานพยาบาลที่ผู้ดูแลพาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงไปเป็นแห่งแรกไม่มีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัว

วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงส่วนใหญ่ไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ในยามเจ็บป่วยเท่านั้น ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่า บริการทางการแพทย์ยังคงเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง เนื่องจากบุคคลเหล่านี้มีปัญหาสุขภาพร่วมด้วยเสมอ (Beirne-Smith; Patton; & Kim. 2006: 296; Crane. 2002: 125) และปัญหาสุขภาพนั้นอาจเป็นอาการต่อเนื่องและจำเป็นต้องใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดเป็นประจำ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในงานวิจัย

นี้อาจชี้ได้ว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงไม่ต้องการบริการประเภทอื่นที่จะช่วยพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ แต่อันที่จริง ผู้ดูแลและวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอาจยังคงต้องการบริการเหล่านั้นอยู่ แต่ไม่ได้ไปโรงพยาบาลเพื่อขอรับบริการอื่นเนื่องจากหลายสาเหตุ ประการแรก ผู้ดูแลมักไม่ได้คิดว่าโรงพยาบาลจะให้บริการกระตุ้นพัฒนาการด้านต่าง ๆ ด้วย หรืออาจเป็นเพราะโรงพยาบาลในต่างจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลประจำอำเภอที่ผู้ดูแลมักพาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงเข้ารับบริการนั้น อาจไม่มีบริการที่เหมาะสมสำหรับบุคคลเหล่านั้น (รัชติกร แสงศร. 2531: 36) อีกทั้งโรงพยาบาลที่จะมีบริการสำหรับผู้บกพร่องทางสติปัญญามักเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่และเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด และถึงแม้โรงพยาบาลนั้นจะมีบริการสำหรับบุคคลเหล่านี้ แต่ส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับการให้การช่วยเหลือระยะแรกเริ่มมากกว่า ประการที่สอง ปัญหาด้านกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว การรับรู้ และพฤติกรรม ทำให้บุคคลเหล่านี้เดินทางได้ลำบาก (วัลย์ลีกา สังข์ทอง; และคณะ. 2541: 2; สุภาณี สนธิรัตน์. 2529: 126; อรฉัตร โตษยานนท์. 2542: 5) และประการที่สาม ผู้ดูแลมีความคาดหวังกับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาต่ำกว่าผู้ดูแลของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องประเภทอื่น (สมพร หวานเสรีจ. 2545: 53; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2536: 96) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ดูแลของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงยิ่งคาดหวังน้อยลงไปอีก ดังผลการวิจัยของเวสต์ลิงและฟอกซ์ (Westling; & Fox. 2004: 83) ที่พบว่า ความคาดหวังของผู้ดูแลนั้นขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องด้วย จึงอาจเป็นไปได้ว่า ผู้ดูแลไม่ได้พาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเข้ารับบริการอื่นจากโรงพยาบาลเพราะไม่เห็นว่าการพัฒนาได้มากนัก ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์พบว่า ในกรณีวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาต้องรับประทานยาเป็นประจำเช่น ยากันชัก ฯลฯ ทำให้ผู้ดูแลต้องไปรับยาทุก 2-3 เดือนนั้น แพทย์มักอนุโลมให้ผู้ดูแลมารับยาแทนได้ โดยแพทย์บางแห่งอาจขอให้พบบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงนั้นมาตรวจสภาพร่างกายเพื่อปรับเปลี่ยนประเภทหรือปริมาณยาที่ให้ทุก 6-12 เดือน

วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงส่วนใหญ่ไม่เคยพบทันตแพทย์เลย ซึ่งเรื่องนี้อาจเป็นด้วยหลายสาเหตุ ประการแรก ผู้ดูแลไม่ให้ความสำคัญกับสุขภาพในช่องปากและฟัน เนื่องจากอาจคิดว่าเป็นเรื่องไม่จำเป็นเหมือนความเจ็บป่วยทางร่างกายประเภทอื่นที่เห็นอาการได้ชัดเจนกว่า ประกอบกับผู้ดูแลอาจมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เวลาที่ต้องเสียไปกับการเดินทางและการรอรับการรักษา ทำให้ผู้ดูแลต้องขาดงาน ซึ่งหมายถึงการขาดรายได้ไปอีกหนึ่งวัน หรือต้องฝากลูกคนอื่นไว้กับญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้าน หรือเวลาในการเดินทางและการรอนั้นอาจทำให้ผู้ดูแลต้องขาดงาน และประการที่สอง การที่วัยรุ่นเหล่านี้ไม่เคยพบทันตแพทย์เลย อาจเนื่องมาจากปัญหาด้านการรับรู้ของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงที่ไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้ดูแลหรือแพทย์พยายามอธิบายถึงเหตุผลของการตรวจฟัน และไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ผู้ดูแลจึงรู้สึกว่าการพาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงไปพบทันตแพทย์นั้นเป็นเรื่องยากลำบาก และจะพาไปพบทันตแพทย์เมื่อมีปัญหารุนแรงเท่านั้น ถึงแม้วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงส่วนใหญ่ไม่เคยพบทันตแพทย์เลย แต่เมื่อพิจารณาจำนวนวัยรุ่นที่เคยพบทันตแพทย์ จะพบว่าจำนวนของวัยรุ่นที่

มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนเมือง (ร้อยละ 12.7) ที่เคยพบทันตแพทย์นั้น มากกว่าในชุมชนชนเมืองและชุมชนชนบท (ร้อยละ 9.8 และ 3.9 ตามลำดับ) ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ดูแลในชุมชนเมืองให้ความสำคัญกับสุขภาพในช่องปากและฟันมากกว่า หรืออาจเป็นเพราะครอบครัวในชุมชนเมืองอยู่ใกล้แหล่งให้บริการ จึงเข้ารับบริการได้ง่ายกว่า อย่างไรก็ตาม ประวัติการพบทันตแพทย์ของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัว

วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงส่วนใหญ่เคยได้รับการบริการจากสถานศึกษา 2 แห่ง (ร้อยละ 24.5) รองลงมา ได้รับการบริการทางการศึกษาจากศูนย์การศึกษาพิเศษ (ร้อยละ 23.5) ซึ่งไม่แตกต่างกันมากนัก สาเหตุที่วัยรุ่นเหล่านี้เคยได้รับการบริการทางการศึกษาจากสถานศึกษา 2 แห่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ ประการแรก ผู้ดูแลได้พาบุคคลเหล่านี้เข้าเรียนในสถานศึกษาแห่งหนึ่งแล้ว แต่ความสามารถของเด็กไม่เป็นไปตามความคาดหวังของโรงเรียน เด็กเหล่านี้จึงต้องย้ายโรงเรียน ประการที่สอง เด็กเหล่านี้ได้เข้าไปเรียนในโรงเรียนแห่งหนึ่ง แต่ผู้ดูแลอาจรู้สึกว่าการเรียนในโรงเรียนแห่งนี้ไม่ได้เกิดประโยชน์กับเด็กอย่างแท้จริง และประการที่สาม เด็กอาจได้เข้าเรียนในโรงเรียนแห่งหนึ่งแล้วระยะเวลาหนึ่ง แต่ภายหลังต้องออกจากโรงเรียนมาอยู่ที่บ้าน แล้วได้รับการบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษหรือศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนที่ครูมาเยี่ยมที่บ้านก็เป็นได้

ประวัติการรับบริการด้านการศึกษาของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง กับ ที่ตั้งของครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนเมืองส่วนใหญ่เคยได้รับการบริการทางการศึกษาจากสถานศึกษา 2 แห่ง (ร้อยละ 12.7) รองลงมา เข้าเรียนในโรงเรียนศึกษาพิเศษ (ร้อยละ 11.8) ส่วนวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนชนเมืองส่วนใหญ่เข้ารับบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษ (ร้อยละ 10.8) รองลงมา ได้รับการบริการด้านการศึกษาจากสถานศึกษา 2 แห่ง (ร้อยละ 7.9) และวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนชนบทส่วนใหญ่ได้เข้าเรียนในโรงเรียนปกติหรือได้รับการบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 7.9)

นอกจากนี้ ยังพบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนเมืองและชุมชนชนเมืองไม่เคยหรือแทบไม่เคยได้เรียนในโรงเรียนปกติเลย (ร้อยละ 0.0 และ 1.0 ตามลำดับ) แต่วัยรุ่นในชุมชนชนบทจำนวนไม่น้อยเคยได้เรียนในโรงเรียนปกติ (ร้อยละ 7.9) จึงพออนุมานได้ว่า เด็กที่มีภาวะบกพร่องในชุมชนชนบทน่าจะมีโอกาสเข้าเรียนในโรงเรียนปกติใกล้บ้านมากกว่าเด็กในชุมชนเมือง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากชุมชนชนบทมีการแบ่งแยกระหว่างเด็กปกติและเด็กที่มีความบกพร่องน้อยกว่าในชุมชนเมือง หรือโรงเรียนในชุมชนชนบทอาจมีความคาดหวัง และหลักเกณฑ์การวัดความรู้ทางวิชาการน้อยกว่าโรงเรียนในชุมชนเมือง เด็กที่มีความบกพร่องรุนแรงจึงได้เข้าเรียนในโรงเรียนปกติด้วย หรืออาจเป็นเพราะชุมชนชนบทไม่มีประเภทสถานศึกษาให้เลือกมากนัก ผู้ดูแลจึงมักพาเด็กเข้าเรียนในโรงเรียนที่อยู่ในละแวกนั้น และอาจเป็นไปได้ว่าการอาศัยอยู่ในชุมชนนั้น ทำให้ครอบครัวรู้จักกับผู้บริหารและครูในโรงเรียนใกล้บ้านเป็นอย่างดี (กฤษณพงษ์ จุฑะกนก. 2541: 6-8; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์; และคณะ. 2547: 225, 287) เมื่อครูและผู้ปกครองที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันมี

ความสัมพันธ์ที่ดี โรงเรียนจึงรับเด็กเหล่านี้เข้าเรียนได้ง่ายขึ้น อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์พบว่าการที่บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงสามารถเข้าเรียนในสถานศึกษาต่างๆ ได้นั้น มักเป็นการเข้าเรียนตั้งแต่อายุน้อย ซึ่งเป็นช่วงที่ภาวะบกพร่องทางสติปัญญายังไม่แสดงอาการชัดเจนนัก หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ อายุสมองและอายุจริงยังไม่ห่างกันมากนักนั่นเอง แต่การที่บุคคลเหล่านี้ได้เข้าเรียนในวัยเด็กเล็กนั้น ครูมักไม่ได้สอนอะไรมากนัก หรือการที่บุคคลเหล่านี้ได้เรียนในโรงเรียนเป็นเวลาเพียงไม่กี่เดือนหรือไม่เกิน 1-2 ปีแล้วต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน หรือแม้กระทั่งการได้เข้าเรียนในโรงเรียนปกติ แต่อาจไม่ได้รับความช่วยเหลือใดๆ ล้วนทำให้เด็กเหล่านี้ไม่ได้ประโยชน์จากการเข้าเรียนในโรงเรียนปกติทั้งสิ้น

ส่วนด้านทักษะในการดำรงชีวิตนั้น วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมีทักษะในการดำรงชีวิตระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะการช่วยเหลือตนเองอยู่ในระดับมาก ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนทักษะการใช้ชีวิตในบ้านของชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองนั้นอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ทักษะการใช้ชีวิตในบ้านของชุมชนชนบทอยู่ในระดับน้อย และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทอยู่ในระดับปานกลางแต่ในชุมชนชานเมืองนั้นอยู่ในระดับน้อย ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะทักษะการช่วยเหลือตนเองนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้บกพร่องทางสติปัญญามากที่สุด ผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องจึงเน้นฝึกฝนทักษะในด้านนี้ก่อน (Snell; & Brown. 2000: 331-333) ประกอบกับทักษะด้านนี้เป็นสิ่งที่ต้องทำเป็นประจำทุกวัน ทักษะบางอย่างต้องทำมากกว่าวันละหนึ่งครั้ง อันสอดคล้องกับหลักการสอนบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่เน้นการซ้ำ ย้ำ ทวน ทำให้บุคคลเหล่านี้ทำทักษะการช่วยเหลือตนเองได้ดีกว่าทักษะด้านอื่น ส่วนทักษะด้านการใช้ชีวิตในบ้านและการใช้ชีวิตในชุมชนนั้นอาจถูกพิจารณาเป็นเรื่องไกลตัว และเกินความสามารถของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง ผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องจึงไม่ได้สอนหรือสอนแต่ไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นประจำ บุคคลเหล่านี้จึงทำทักษะทั้ง 2 ด้านนี้ได้น้อยกว่าด้านการช่วยเหลือตนเองและด้านการสื่อสาร

อย่างไรก็ตาม เมื่อถามถึงกิจวัตรประจำวันอื่นที่วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงทำได้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มี หรือไม่ตอบเนื่องจากไม่มีความเห็น คิดเป็นร้อยละ 88.2 และเมื่อถามถึงกิจวัตรประจำวันอื่นที่ผู้ดูแลคาดหวังให้วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงทำได้นั้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มี หรือไม่ตอบเนื่องจากไม่มีความเห็น ถึงร้อยละ 72.5 แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลหรือพ่อแม่ของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงอาจไม่ค่อยมีความคิดเห็น เนื่องจากมีความคาดหวังในบุคคลเหล่านี้ต่ำ เพราะบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญานั้นมักทำอะไรได้น้อยอยู่แล้ว ประกอบกับพ่อแม่มักคาดหวังมากในช่วงแรกแต่เมื่อผ่านระยะเวลานั้นมากกว่าสิบปี ทำให้พ่อแม่หรือผู้ดูแลปรับลดความคาดหวังลงเรื่อยๆ และในจำนวนนี้ อาจมีพ่อแม่หรือผู้ดูแลบางคนมีความคิดเห็นหรือความคาดหวังแต่ไม่แสดงความคิดเห็นของตน สอดคล้องกับ สุวิมล เต็นสุนทร (2533ก: 109) ที่พบว่า พ่อแม่ของผู้ที่มีภาวะบกพร่องมักไม่มั่นใจในตนเองก็เป็นได้

วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอยู่ในระดับน้อย ส่วนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทาง

สติปัญญาระดับรุนแรงในชุมชนชนบทอยู่ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้อาจเกิดจากเหตุผลหลายประการ ประการแรก พฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของผู้ดูแล (Beirne-Smith; Ittenbach; & Patton. 2002: 283) ผู้ดูแลในชุมชนชนบทนั้นมีความรู้ที่น้อย จึงอาจไม่เข้าใจเกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและไม่มีความรู้ด้านการเลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (ทิพย์ คงสินสิริ. 2545: 44; วชิรพร โชติพานัส. 2544: 56) อีกทั้งสมพร หวานเสร็จ (2545: 33) ยังพบว่า อาชีพของผู้ปกครองนั้นส่งผลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุคคลบกพร่องทางสติปัญญา ด้วย ประการที่สอง ข้อมูลจากงานวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2536: 62) แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองมีโอกาสเข้าเรียนในโรงเรียนศึกษาพิเศษมากกว่าวัยรุ่นในชุมชนชนบทที่ต้องอยู่บ้านโดยมีผู้ดูแลเป็นผู้สอนหรือมีครูการศึกษาพิเศษหรือครูการศึกษาออกโรงเรียนมาสอนเมื่อมาเยี่ยมบ้าน วัยรุ่นที่อยู่ในโรงเรียนศึกษาพิเศษจึงได้รับการฝึกบ่อกว่า ประกอบกับโรงเรียนศึกษาพิเศษมักคัดเลือกนักเรียนโดยการพิจารณาความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ดังนั้น วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงที่ได้เข้าเรียนในโรงเรียนเหล่านั้นย่อมมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาน้อยกว่าวัยรุ่นที่อยู่ที่บ้าน และสามารถที่วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมือง ได้เข้าเรียนในโรงเรียนศึกษาพิเศษมากกว่า ทำให้ผู้ดูแลในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองอาจมีโอกาสอยู่กับวัยรุ่นเหล่านี้น้อยกว่าผู้ดูแลในชุมชนชนบท จึงทำให้ผู้ดูแลในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองเห็นว่าพฤติกรรมเหล่านั้นเป็นปัญหาน้อยกว่าก็เป็นได้

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง

งานวิจัยนี้พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในระดับปานกลาง และบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นเหล่านี้อยู่ในระดับปานกลางด้วย เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สมาชิกในครอบครัว มีบทบาทในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาด้านการเรียนรู้และด้านการฟื้นฟูความสามารถทางกายในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัญหาด้านการเรียนรู้และการฟื้นฟูความสามารถทางกายเป็นปัญหาที่เรื้อรังยาวนาน และอาจเป็นเพราะบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงเข้าสู่วัยรุ่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญในการช่วยเหลือด้านการเรียนรู้และการฟื้นฟูความสามารถทางกายน้อยลง ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวในชุมชนชานเมืองช่วยดูแลเมื่อวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง แต่สมาชิกในครอบครัวในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทช่วยดูแลในระดับมาก ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากปัญหาความเจ็บป่วยของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงมักเป็นปัญหาที่เห็นได้ชัดและจำเป็นต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน สมาชิกในครอบครัวในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทจึงเห็นความสำคัญและให้การช่วยเหลือในด้านนี้กันมาก แต่ครอบครัวในชุมชนชานเมืองอาจเห็นว่าปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเรื้อรังเหมือนปัญหาอีกสองด้านข้างต้น ทำให้ความเอาใจใส่ในการช่วยเหลืออยู่ในระดับปานกลางทั้งสามด้าน อย่างไรก็ตาม

ก็ตาม การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงโดยรวมถึงบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นเหล่านี้ในด้านการเรียนรู้ ด้านการฟื้นฟู ความสามารถทางกาย และด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วยนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัว

ส่วนด้านสัมพันธภาพในครอบครัวนั้น พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงที่อาศัยในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจร่วมกัน และด้านความรู้สึกที่มีต่อกันและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวทั้งสามชุมชนนั้นอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการใช้เวลาว่างร่วมกันนั้น ครอบครัวในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองอยู่ในระดับมาก ในขณะที่ครอบครัวในชุมชนชนบทใช้เวลาว่างร่วมกันในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจมีเหตุผลสองประการ ประการแรก สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2536: 36) พบว่า อาชีพของผู้ปกครองมีผลต่อเวลาในการเลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่อง อีกทั้งเวสต์ลิงและฟอกซ์ (Westling; & Fox. 2004: 85) ยังพบอีกว่า ครอบครัวของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญานั้นใช้เวลาว่างร่วมกันน้อย ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเครียดมากกว่าครอบครัวทั่วไป ดังนั้น อาจเป็นไปได้ว่า อาชีพและลักษณะงานของผู้ดูแลในชุมชนชนบทอาจต้องทำงานหนักและใช้เวลานาน (วชิรพร โชติพานัส. 2544: 57; รัชติกร แสงศร. 2531: 93; สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว. 2539: 45) หรือสมาชิกในครอบครัวอาจมีเวลาว่างไม่ตรงกัน ส่งผลให้มีเวลาทำกิจกรรมยามว่างหรือเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนด้วยกันน้อยกว่าผู้ดูแลในชุมชนเมืองและชานเมือง และประการที่สอง อาจเป็นเพราะสมาชิกในครอบครัวในชุมชนชนบทให้ความสำคัญกับการใช้เวลาว่างร่วมกันน้อยกว่าชุมชนอีกสองประเภทก็เป็นได้ (วชิรพร โชติพานัส. 2544: 57; รัชติกร แสงศร. 2531: 93; สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว. 2539: 45) อย่างไรก็ตาม สัมพันธภาพในครอบครัว ทั้งด้านการรับรู้ แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจในเหตุการณ์ต่างๆ ร่วมกัน ด้านความรู้สึกที่มีต่อกันและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และด้านการใช้เวลาว่างร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัว

สาเหตุที่การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง บทบาทในการดูแลวัยรุ่นเหล่านี้ และสัมพันธภาพในครอบครัวไม่แตกต่างกันนั้น อาจเป็นเพราะความรัก ความผูกพัน หรือการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับที่ตั้งของครอบครัว สอดคล้องกับผลการวิจัยของแม็คเคบ (McCabe. 2550: 39) ที่พบว่าพ่อแม่จำนวนมากยังคงแสดงความรักที่มีต่อลูกบกพร่องทางสติปัญญาอย่างลึกซึ้งด้วยการตัดสินใจและการเสียสละในหลายเรื่องเพื่อให้ลูกเติบโตขึ้นได้ดีและมีความสุข ไม่ว่าจะครอบครัวนั้นจะอยู่ในชุมชนใดก็ตาม

การเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง

วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทสามารถเข้าถึงบริการด้านต่างๆ ได้ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

ครอบครัวในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้ในระดับมาก แต่ครอบครัวในชุมชนชนเมืองสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นเพราะโรงพยาบาลหรือสถานเฝ้าระวังนั้นมักตั้งอยู่ในบริเวณเทศบาล ดังที่รัชติกร แสงศร (2531: 66) พบว่า ครอบครัวในชุมชนเมืองเข้ารับบริการได้สะดวกกว่า ในขณะที่ชุมชนในชนบทซึ่งอยู่ไกลจากสถานพยาบาล อาจมีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ออกเยี่ยมบ้านเพราะตระหนักถึง ปัญหาของผู้ดูแลเกี่ยวกับระยะทางระหว่างบ้านและสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม บริการด้านสาธารณสุขเป็นบริการที่รัฐจัดสำหรับประชาชนทุกคน ไม่ได้ให้บริการสำหรับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาโดยเฉพาะ ผู้ดูแลทั้งในชุมชนเมืองและชนบทจึงรับรู้ว่าการที่รัฐจัดนั้นไม่แตกต่างกัน ส่วนครอบครัวที่อยู่ในชุมชนชนเมืองนั้นอยู่ห่างจากสถานพยาบาลมากขึ้น แต่เนื่องจากเจ้าหน้าที่อาจพิจารณาว่าอยู่ในเขตเทศบาล จึงไม่ได้ให้ความสนใจมากเท่าครอบครัวในชุมชนชนบท ครอบครัวในชุมชนชนเมืองจึงรับรู้ว่าได้รับบริการในระดับน้อย ทั้งนี้ การเข้าถึงบริการสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงโดยรวม และการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัว

ผู้ดูแลมีความคาดหวังกับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาน้อยกว่าผู้ดูแลของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องประเภทอื่น (สมพร หวานเสร็จ. 2545: 53; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2536: 96) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ดูแลของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงยิ่งคาดหวังน้อยลงไปอีก ดังที่เวสต์ลิงและฟอกซ์ (Westling; & Fox. 2004: 83) พบว่าความคาดหวังของผู้ดูแลนั้นขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องด้วย จึงอาจเป็นไปได้ว่า ผู้ดูแลไม่ได้พาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเข้ารับบริการอื่นจากโรงพยาบาลเพราะไม่เห็นว่าคุณค่าเหล่านั้นจะสามารถพัฒนาได้มากนัก

เมื่อถามถึงความต้องการด้านสาธารณสุขเพิ่มเติม ครอบครัวที่แสดงถึงความต้องการมีจำนวนน้อยมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเหตุผลดังต่อไปนี้ ประการแรก เนื่องจากความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงมักเป็นภาวะที่พบเห็นตั้งแต่ระยะแรกคลอดหรือในวัยเด็กเล็ก ทำให้ผู้ดูแลรับรู้มาตลอดว่าเด็กเหล่านี้มีภาวะที่พัฒนาการล่าช้าอย่างรุนแรง การช่วยเหลือไม่น่าจะช่วยให้เด็กพัฒนาได้มากนัก (Westling; & Fox. 2004: 83) ประการที่สอง ผู้ดูแลมีความคาดหวังต่อบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงค่อนข้างต่ำ สอดคล้องกับผลการวิจัยของมุลนิธิช่วยเหลือคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ (2548: 95, 101) และ แซนด์อล (Sandol. 1997: 64) พบว่า พ่อแม่ของบุคคลเหล่านี้คาดหวังให้ลูกทำได้เพียงงานง่าย ๆ และคิดว่าลูกคงต้องอยู่บ้านตลอดไป เพราะไปไหนหรือทำอะไรด้วยตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลจึงให้การช่วยเหลือแก่บุคคลเหล่านี้เท่าที่จะเป็นไปได้ แต่ไม่ค่อยต่อสู้เพื่อเรียกร้องสิทธิเหมือนผู้ดูแลของเด็กที่มีความบกพร่องประเภทอื่น ประการที่สาม ปัจจัยด้านอายุของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงอาจมีผลกระทบต่อความคิดเห็นของผู้ดูแล กล่าวคือ ความคาดหวังที่ผู้ดูแลมีต่อวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงมักต่ำกว่าความคาดหวังที่ผู้ดูแลมีต่อเด็กบกพร่องทางสติปัญญาในวัยเด็กเล็กหรือวัยรุ่น ทั้งนี้ งานวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของเวสต์ลิงและฟอกซ์ (Westling; & Fox. 2004: 83) ที่พบว่า อายุของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาส่งผลต่อความคาดหวังของผู้ปกครองด้วย และวชิรพร โชติพานัส (2544: 57)

พบว่า พ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเป็นเวลานานอาจเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดได้ และประการสุดท้าย ระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลไม่แสดงความจำเป็นในการรับบริการอื่นๆ เพราะไม่ทราบว่าจะขอความช่วยเหลือด้านใด ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวิมล เต็นสุนทร (2533ก: 109) ที่พบว่า พ่อแม่ของผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำเข้าถึงแหล่งความรู้เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ อินเทอร์เน็ต การอบรมสัมมนา รวมถึงสามารถเข้าถึงบริการและแหล่งความช่วยเหลือในการเลี้ยงดูลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาน้อยกว่าพ่อแม่ที่มีฐานะดี ดังนั้น พ่อแม่เหล่านี้จึงมักรอคอยความช่วยเหลือจากรัฐและเชื่อฟังครูหรือเจ้าหน้าที่มากกว่าจะริเริ่มและเรียกร้องด้วยตนเอง

การเข้าถึงบริการด้านการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของครอบครัว ครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงทั้งในชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบทจึงสามารถเข้าถึงบริการด้านการศึกษาได้ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้อาจมีสาเหตุหลายประการ ประการแรก เมื่อพิจารณารายละเอียดในเรื่องบริการด้านการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในชุมชนเมืองส่วนใหญ่ได้รับการจากสถานศึกษา 2 แห่ง สอดคล้องกับผลการวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2536: 102) ที่แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในชุมชนเมืองนั้นมีโอกาสและทางเลือกด้านการศึกษาพอสมควร ส่วนวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในชุมชนชานเมืองมักได้รับการด้านการศึกษาจากศูนย์การศึกษาพิเศษ โดยมีบุคลากรไปเยี่ยมที่บ้านพร้อมให้คำแนะนำ ด้านการเลี้ยงดูแก่ผู้ดูแล และวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในชุมชนชนบทส่วนใหญ่ได้รับการจากศูนย์การศึกษาพิเศษและเคยเข้าเรียนในโรงเรียนปกติจำนวนเท่ากัน ถึงแม้บุคลากรจากศูนย์การศึกษาพิเศษจะเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำได้น้อยกว่าอีกสองชุมชนแรกเนื่องจากบ้านเรือนในชุมชนชนบทมักอยู่ห่างไกลกัน การเดินทางของบุคลากรไม่สะดวกและเสียเวลาในการเดินทางเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งเป็นเวลาหลายชั่วโมง แต่ผู้ดูแลยังรับรู้ว่าจะได้รับการด้านการศึกษาในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากเด็กยังมีโอกาสได้เข้าเรียนในโรงเรียนปกติใกล้บ้านด้วย หรืออีกสาเหตุหนึ่งคือ ความคาดหวังของผู้ดูแลกล่าวคือ วัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงที่อยู่ในชุมชนเมืองอาจมีโอกาสทางการศึกษามากกว่าวัยรุ่นที่อยู่ในชุมชนชานเมืองและชนบท แต่ผู้ดูแลในชุมชนเมืองอาจมีความคาดหวังด้านโอกาสทางการศึกษามากกว่าผู้ดูแลในอีกสองชุมชน (เพ็ญแข ลิมศิลา. 2550: 33; มุลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์. 2548: 95, 97, 101, 103; สมพร หวานเสรีจ. 2545: 3; Westling. 1997: 67) ทำให้ผู้ดูแลทั้งสามชุมชนให้ความเห็นว่าได้รับการด้านการศึกษาในระดับปานกลาง

และเมื่อถามถึงบริการด้านการศึกษาที่ต้องการเพิ่มเติม ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังคงไม่มีหรือไม่แสดงความคิดเห็น ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ดูแลของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาไม่ได้มีความคาดหวังด้านวิชาการมากนัก สอดคล้องกับงานวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2536: 96) ที่พบว่า พ่อแม่ของบุคคลเหล่านี้ต้องการให้ลูกเพียงอ่านออกเขียนได้เท่านั้น ในขณะที่พ่อแม่ของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องประเภทอื่นคาดหวังมากกว่านี้ ประกอบกับเวสต์ลิง (Westling. 1997: 67)

พบว่า ผู้ปกครองของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงคาดหวังให้โรงเรียนสอนทักษะทางสังคมมากกว่าทักษะด้านวิชาการ ในขณะที่ผู้ปกครองของบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลางคาดหวังในด้านวิชาการมากกว่า นอกจากนี้ ยังอาจเป็นเพราะครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงเหล่านี้ส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจถึงสิทธิของผู้ดูแลและสิทธิของเด็ก ขาดโอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ทำให้มักรอคอยความช่วยเหลือจากรัฐและเชื่อกฎหรือเจ้าหน้าที่มากกว่าจะริเริ่มและเรียกร้องด้วยตนเอง (สุวิมล เเด่นสุนทร. 2533ก: 109)

บริการด้านสังคมสงเคราะห์ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องสิทธิของบุคคลพิการ เบี้ยยังชีพ การเยี่ยมบ้าน ฯลฯ งานวิจัยนี้พบว่า ที่ตั้งของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองสามารถเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์ได้ในระดับน้อย แต่ครอบครัวในชุมชนชนบทสามารถเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์ได้ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ หน่วยงานที่รับผิดชอบในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองคือ เทศบาล ส่วนหน่วยงานที่รับผิดชอบในชุมชนชนบทคือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต) ซึ่งนโยบายและระบบการบริหารงานของหน่วยงานทั้งสองประเภทและหน่วยงานแต่ละแห่งนั้นแตกต่างกัน การที่ครอบครัวในชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์ได้น้อยกว่าชุมชนในชนบทอาจเนื่องมาจากสาเหตุหลายประการเช่น เขตเทศบาลเป็นแหล่งที่ตั้งของโรงพยาบาล โรงเรียน ธนาคาร หน่วยงานของราชการ และบริษัทห้างร้านของเอกชน (ทัศนีย์ ทองสว่าง. 2549: 16; ราชบัณฑิตยสถาน. 2551: ออนไลน์; สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551: 55) หน่วยงานเทศบาลมักเน้นการบริหารเขตการปกครองนั้นมักเน้นไปที่การดูแลองค์กรของรัฐและเอกชนในเขตนั้น ประกอบกับครอบครัวในชุมชนเมืองมักถูกมองว่าสามารถเข้าถึงบริการด้านต่าง ๆ ที่ต้องการได้สะดวก เพราะอาศัยอยู่ใกล้แหล่งบริการ เจ้าหน้าที่เทศบาลจึงไม่เน้นการเยี่ยมบ้านหรือการเอาใจใส่แต่ละครอบครัวดังเช่นองค์การบริหารส่วนตำบล อีกทั้งลักษณะของความสัมพันธ์ในชุมชนก็อาจเป็นเหตุผลอีกประการหนึ่งด้วย เนื่องจากคนในชุมชนชนบทนั้นมีความสัมพันธ์แน่นแฟ้นกว่า สมาชิกในชุมชนรู้จักกันมากกว่า (กฤษณพงษ์ จุฑาทะกนก. 2541: 6-8; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์; และคณะ. 2547: 225, 287) ทำให้เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานด้านการปกครองรู้จักแต่ละครอบครัวเป็นอย่างดี ครอบครัวในชุมชนชนบทจึงน่าจะมีโอกาสตักสำรวจน้อยกว่า และเมื่อผู้คนในชุมชนชนบทไปมาหาสู่กันได้ง่ายและรู้สึกว่าการไปเยี่ยมเยียนคนรู้จักนั้นเป็นเรื่องที่ปฏิบัติกันเป็นธรรมดาอยู่แล้ว เจ้าหน้าที่ที่ให้ความช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์จึงสามารถไปเยี่ยมเยียน ถ้ามองได้ทุกข์สุขแต่ละครอบครัวได้บ่อยกว่าชุมชนเมือง

ด้านสิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้พิการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ทราบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงมีสิทธิได้รับบริการด้านสาธารณสุขจากสถานพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ได้รับบริการดังกล่าวไม่ครบทุกคนที่ทราบ อาจเนื่องจากวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงคนนั้นยังไม่มี ความจำเป็นในการรับบริการด้านสาธารณสุขก็เป็นได้ หรือวัยรุ่นบางคนอาจไม่ได้รับบริการเท่าที่ผู้ดูแลคาดหวังจึงให้ความเห็นว่าไม่ได้รับบริการดังกล่าว ส่วนผู้ดูแลที่ไม่ทราบถึงสิทธินี้ อาจเป็นเพราะครอบครัวอยู่ในสถานที่ห่างไกล

ตั้งที่สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (2539: 42) ระบุว่า ครอบครัวในชุมชนชนบท มักได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและสิทธิที่ตนพึงได้รับน้อยกว่าชุมชนเมือง และบุคลากรทางการแพทย์อาจไม่เคยไปเยี่ยมบ้านหรือให้บริการเยี่ยมบ้านน้อยมาก และหน่วยงานปกครองในท้องถิ่นไม่เคยให้ข้อมูลในด้านนี้เลยก็เป็นได้

ด้านสิทธิในการเข้าเรียนในสถานศึกษาของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ทราบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมีสิทธิดังกล่าว แต่ได้รับบริการนั้นไม่ครบทุกคนที่ทราบ ซึ่งอาจเนื่องมาจากปัญหาในการเดินทางเพราะอาศัยอยู่ห่างไกล ไม่มีรถโดยสารสาธารณะที่เข้าไปถึง การเดินทางไปรับบริการจึงเปลี่ยรถหลายต่อและรออยู่นาน และการพาวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงเดินทางไปด้วยนั้นค่อนข้างลำบาก เนื่องจากปัญหาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ปัญหาด้านการรับรู้ และบางคนมีปัญหาพฤติกรรม (Beirne-Smith; Patton; & Kim. 2006: 297; Crane. 2002: 113; Gudalefsky; & Madduma. 2005: 33; Ryndak. 1996: 199; Westling; & Fox. 2004: 5) หรือหากเหมารรถรับจ้างส่วนบุคคลไป ก็เสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลามาก อีกทั้งการฝึกบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญานั้นยังต้องใช้เวลาต่อเนื่องยาวนาน (อรพินท์ เหล่าสุวรรณพงษ์. 2541: 10; Thomas. 1998: 112) ผู้ดูแลจึงอาจรู้สึกว่าคุณค่าเหล่านี้ไม่มีความก้าวหน้าหรือก้าวหน้าเพียงเล็กน้อย นอกจากนี้ การพาลูกที่มีภาวะบกพร่องไปรับบริการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในเมืองนั้น อาจทำให้ผู้ดูแลต้องหยุดงานประจำที่สร้างรายได้ งานบ้าน หรือการดูแลลูกคนอื่น ผู้ดูแลเหล่านี้จึงตัดสินใจไม่รับบริการดังกล่าว

ด้านสิทธิในการขอรับเบี้ยยังชีพสำหรับผู้พิการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ทราบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพสำหรับผู้พิการ แต่ได้รับบริการนั้นไม่ครบทุกคนที่ทราบ ซึ่งผู้ดูแลที่ทราบแต่ไม่ได้รับนั้น อาจเนื่องมาจากทำการแจ้งไปที่หน่วยงานด้านการปกครองแล้ว และอยู่ในระยะดำเนินการ จึงอาจต้องรอนบประมาณในปีถัดไป หรือวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาคนนั้นอาจมีคุณสมบัติไม่ตรงตามที่หน่วยงานปกครองนั้นๆ กำหนดไว้ก็เป็นได้ อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์ในรายละเอียด พบว่า ระบบการจ่ายเงินให้แก่สมาชิกในชุมชนแต่ละแห่งแตกต่างกันเช่น การจ่ายเบี้ยยังชีพสำหรับบุคคลพิการที่ชุมชนบางแห่งจ่ายทุกเดือน ในขณะที่ชุมชนบางแห่งจ่ายทุกสามเดือน จ่ายปีละสองครั้ง และบางแห่งจ่ายเป็นเงินสดในขณะที่บางแห่งนำเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้ดูแลแต่ละครอบครัว เป็นต้น

ด้านสิทธิในการเข้ารับบริการฝึกอาชีพสำหรับผู้พิการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ทราบว่า วัยรุ่นเหล่านี้มีสิทธิได้รับบริการฝึกอาชีพสำหรับผู้พิการ แต่คนที่ทราบไม่ได้ขอรับบริการทุกคน อาจเนื่องจากวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงไม่มีความสามารถพอที่จะเข้ารับการฝึกอาชีพ หรือผู้ดูแลอาจคิดว่าเขาไม่มีความสามารถบุคคล ทั้งๆ ที่เขามีความสามารถ นอกจากนี้ ยังอาจเกิดจากความยากลำบากในการเดินทางด้วย ทั้งนี้ ในโรงเรียนศึกษาพิเศษนั้นมักมีบริการฝึกอาชีพสำหรับนักเรียนในโรงเรียนอยู่แล้ว แต่วัยรุ่นที่ไม่ได้เรียนในโรงเรียนมักไม่มีโอกาสได้รับบริการนี้

ด้านสิทธิในการกู้ยืมเงินเพื่อผู้พิการนำไปประกอบอาชีพ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงมีสิทธิขอกู้ยืมเงินเพื่อนำไปประกอบ

อาชีพ จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ที่ทราบส่วนใหญ่ทราบเพราะเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองแจ้งให้ทราบเมื่อลูกยังเล็กหรือยังไม่เห็นภาวะบกพร่องรุนแรงมากเท่าขณะนี้ แต่เมื่อลูกโตขึ้นและภาวะบกพร่องรุนแรงเด่นชัดขึ้น เจ้าหน้าที่ก็ไม่ได้แจ้งในเรื่องนี้อีกเลย ทั้งนี้ ในจำนวนผู้ที่ทราบนั้น มีผู้ขอรับบริการดังกล่าวเพียง 8 คน (ร้อยละ 7.8 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องสาเหตุดังนี้ ประการแรก ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการกู้ยืมเงินเพื่อผู้พิการนำไปประกอบอาชีพ ไม่ทราบว่าต้องดำเนินการอย่างไร ติดต่อใคร หรือมีเงื่อนไขอย่างไร ประการที่สอง ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับทางเลือกในการประกอบอาชีพของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง และประการสุดท้าย ผู้ดูแลส่วนใหญ่อาจเชื่อว่าวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงนั้น ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ จึงขอใช้สิทธิน้อยมาก

สำหรับบริการของรัฐที่ผู้ดูแลวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงต้องการให้ปรับปรุงนั้น พบว่า ผู้ดูแลต้องการให้รัฐช่วยเหลือด้านการเงินมากขึ้น บางคนต้องการให้รัฐสนับสนุนด้านของใช้ส่วนตัว อุปกรณ์พยาบาล และต้องการให้รัฐช่วยซ่อมแซมบ้านที่อยู่อาศัยให้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับบรรฉัตร โตะยานนท์ (2542: 5) และนักثر พุกกะณะสุต (2549ข: 53) กล่าวไว้ว่า ยิ่งสมาชิกในครอบครัวมีความบกพร่องทางสติปัญญารุนแรงเท่าไร ครอบครัวยิ่งมีแนวโน้มที่จะยากจนลงเท่านั้น และผู้ปกครองที่มีฐานะดีมักช่วยตัวเองได้และมีโอกาสประสบความสำเร็จมากกว่า ในขณะที่ผู้ปกครองระดับล่างมักมีปัญหาด้านการเงิน นอกจากนี้ ผู้ดูแลบางครอบครัวแสดงความต้องการให้มีบริการใกล้บ้านและต้องการให้รัฐจัดบริการสำหรับผู้พิการให้มากกว่าปัจจุบัน รวมถึงต้องการให้รัฐให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกอาชีพและสิทธิของผู้พิการ ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (2539: 42) ที่พบว่า ครอบครัวในชุมชนชนบทรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่ตนพึงได้รับน้อยกว่าชุมชนเมือง

อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลที่แสดงความคิดเห็นและความต้องการในด้านต่างๆ นั้นมีจำนวนไม่มากนัก กล่าวคือ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 86) ไม่ได้แสดงความต้องการของตนเองและลูกในด้านนี้ ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า อาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่ำ ยอมรับกับความบกพร่องของลูกหรือหลานที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงมานานแล้ว เกิดความท้อแท้ ตลอดจนผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาไม่สูง มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ ทำให้ขาดความรู้ ขาดการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของตนเองและลูกหลาน จึงทำให้ไม่ได้เรียกร้องหรือแสดงความต้องการเกี่ยวกับบริการที่รัฐควรมีให้

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. งานวิจัยนี้ดำเนินการในพื้นที่ภาคกลางเท่านั้น ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่สามารถนำไปอธิบายเหตุการณ์ในภาคอื่นของประเทศหรือทั่วประเทศได้

2. จำนวนครอบครัวจำกัด เนื่องจากเป็นครอบครัวที่ตอบแบบสอบถามนี้เป็นครอบครัวที่ผู้วิจัยสามารถติดต่อได้หรืออยู่ห่างไกลมาก ทำให้ไม่สามารถเดินทางไปเก็บข้อมูลได้

3. ข้อมูลทั้งหมดได้มาจากโรงเรียนการศึกษาพิเศษและศูนย์การศึกษาพิเศษเท่านั้น แต่อาจมีผู้ปกครองของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงที่ไม่ได้รับบริการจากหน่วยงานทั้งสองประเภทนี้ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถหาข้อมูลเหล่านี้ได้

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. เนื่องจากระดับการศึกษาของผู้ดูแลส่งผลต่อลักษณะบางประการของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงเช่น พฤติกรรมที่เป็นปัญหา เป็นต้น ดังนั้น ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการพัฒนาบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจึงควรให้ความรู้ด้านลักษณะและการเลี้ยงดูผู้บกพร่องทางสติปัญญา เพื่อให้ผู้ดูแลที่มีความรู้น้อยสามารถพัฒนาสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงได้

2. ด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข รัฐควรปรับบริการและการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับระดับความบกพร่อง บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงจึงควรได้รับการที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงและวิถีชีวิตของบุคคลนั้นเช่น บุคลากรวิชาชีพควรให้บริการตามบ้านมากขึ้นเนื่องจากบุคคลเหล่านี้เดินทางเข้ารับบริการได้ลำบากหรืออย่างน้อยก็มีบริการในชุมชนเพื่อให้ใกล้บ้านมากขึ้น รวมถึงการช่วยเหลือด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การเงิน และอุปกรณ์ที่จำเป็นมากกว่าความช่วยเหลือที่ให้กับบุคคลที่มีภาวะบกพร่องระดับเล็กน้อย

3. ด้านการเข้าถึงบริการการศึกษา รัฐควรจัดการอบรมให้กับผู้ดูแลบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงเพื่อให้ผู้ดูแลสอนบุคคลเหล่านั้นได้เองที่บ้าน โดยมีเจ้าหน้าที่การศึกษาพิเศษเข้าเยี่ยมตามบ้านเพื่อให้คำแนะนำเพิ่มเติมเป็นระยะ นอกจากนี้ ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบควรปรับข้อมูลให้กับครอบครัวและเนื้อหาที่ผู้ดูแลจะนำไปสอนบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงให้เหมาะสมกับวัย ระดับความบกพร่อง และบริบทของผู้บกพร่องทางสติปัญญาแต่ละคนอย่างแท้จริง

4. ด้านการเข้าถึงบริการสังคมสงเคราะห์ รัฐและผู้มีหน้าที่รับผิดชอบควรจัดนโยบายและระบบการทำงานให้สามารถดูแลบุคคลที่มีความบกพร่องด้านต่าง ๆ ในชุมชนให้เพียงพอต่อความต้องการของบุคคลเหล่านั้นและครอบครัวและมีมาตรฐานที่ใกล้เคียงกันทั่วประเทศ นอกจากนี้ ยังควรจัดบริการให้เหมาะสมกับประเภทและระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องด้วย เนื่องจากบริการที่มีอยู่ในปัจจุบันนั้นไม่เป็นประโยชน์กับบุคคลเหล่านี้มากนัก

5. หากเป็นไปได้ รัฐควรกระจายหน่วยงานบริการที่ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในชุมชนเมืองให้ขยายเข้าสู่ชุมชนชนบทมากขึ้น

6. อย่างไรก็ตาม เนื่องจากจำนวนบุคลากรวิชาชีพนั้นไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง รัฐจึงควรส่งเสริมแนวคิดในการสร้างให้พ่อแม่หรือผู้ดูแล

สามารถฝึกสอนวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงด้วยตนเอง ซึ่งการที่พ่อแม่หรือผู้ดูแลสอนลูกเองที่บ้านนั้นมีผลดีหลายประการ ได้แก่ เนื้อหาที่นำมาสอนนั้นเหมาะสมกับบริบทของครอบครัวและชุมชนนั้นๆ อีกทั้งยังสอนในชีวิตประจำวันซึ่งบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาสามารถเรียนรู้ได้ดีที่สุด และยังสอนได้บ่อยอีกด้วย

7. ด้านการดำเนินชีวิตในชุมชน สมาชิกในชุมชนควรเข้าใจและให้การสนับสนุนครอบครัวของผู้ที่มีภาวะบกพร่องระดับรุนแรง เพื่อให้ทั้งบุคคลนั้นและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถอาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้อย่างมีความสุขอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการด้านสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ได้รายละเอียดที่ชัดเจนขึ้น
2. ควรพิจารณาใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพที่สามารถเก็บข้อมูลได้ละเอียดและมีความยืดหยุ่นมากกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลของบุคคลที่มีภาวะบกพร่องซึ่งแต่ละคนมีรายละเอียดมากและแตกต่างกัน
3. ควรดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากกกว่านี้ และกลุ่มตัวอย่างจากพื้นที่ทุกภาคของประเทศไทยเพื่อให้ได้ข้อมูลทั่วทั้งประเทศอย่างแท้จริง

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กฤษณพงษ์ จุฑากนก. (2541). *กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ) ของชุมชนชนบทไทย: กรณีศึกษา*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- กมลพรรณ ชิวพันธุ์ศรี. (2548). *สมองและการเรียนรู้*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- กรมสุขภาพจิต. (2551). สืบค้นเมื่อ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2551, จาก www.dmh.go.th.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2553, จาก www.m-society.go.th.
- กระทรวงมหาดไทย. (2551). สืบค้นเมื่อ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2551, จาก www.moi.go.th.
- กลุ่มงานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม. (2550). *เครื่องชี้ภาวะสังคม พ.ศ. 2550*. สำนักสถิติพยากรณ์: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- กลุ่มสถิติประชากรและสังคม. (2549ก). *รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549*. สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- กลุ่มสถิติประชากรและสังคม. (2549ข). *รายงานลักษณะของประชากรจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548- 2549*. สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- กัลยา สุตะบุตร; และวัลย์ลิกา สังข์ทอง. (2539). *รายงานการวิจัยเรื่องการปฏิบัติของครอบครัวต่อบุคคลปัญญาอ่อนก่อนเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลราชานุกูล*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลราชานุกูล.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2542). *การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิตติยา นรามาศ. (2529). *ครอบครัวบำบัดในผู้ป่วยเด็กที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กุลยา ก่อสุวรรณ. (2549, 16 กุมภาพันธ์). *เด็กพิเศษบนเวทีโลก*. เดลินิวส์. หน้า 11.
- (2553ก). *การสอนเด็กที่มีความบกพร่องระดับเล็กน้อย*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- (2553ข). *ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์; และคณะ. (2547). *พลวัตสุขภาพเพื่อการพึ่งพาตนเอง: ภาคชนบท*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- เกสรินทร์ ศรีธนะ. (2551). *การศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับเรียนได้จากการใช้กิจกรรมการเคลื่อนไหวประกอบดนตรี*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. (2551). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550-2554*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

- คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน. (2549). หมู่บ้านชนบทไทย จากข้อมูล
พื้นฐานระดับหมู่บ้าน (กชช. 2ค) ปี 2548. กรมการพัฒนาชุมชน: กระทรวงมหาดไทย.
- (2551). รายงานคุณภาพชีวิตของคนไทยปี 2551 จากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ).
กรมการพัฒนาชุมชน: กระทรวงมหาดไทย.
- คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจโครงการการศึกษาเกี่ยวกับสภาพความต้องการและกิจกรรมของเด็กและ
เยาวชนในชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร. (2528). รายงานการวิจัยเรื่องความต้องการ
ปัญหา กิจกรรม และการใช้เวลาของเด็กและเยาวชนในชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร.
กรุงเทพฯ: สยามรัฐ.
- งามตา พัศศิริรักษ์. (2544). แอสเพอร์เกอร์ซินโดรม ลำดับ 2. กรุงเทพฯ: ทรงสิทธิ์วรรณ.
- จันทร์เพ็ญ กาญจนรัตน์. (2533). การศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่อยู่ในโครงการแม่สอนลูกในเขต
พื้นที่เกษตรกรรมชนบทในจังหวัดพิษณุโลกและสุโขทัย. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัย
ราชภัฏพิบูลสงคราม.
- จิตติมา เจือไทย. (2551). ตัวตนของคนพิการ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ไฉไล ไชยเสรี. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม กับ
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชวลา เขียรธนู; และกัลยา สุตะบุตร. (2539). ความรู้เรื่องภาวะปัญญาอ่อน. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาล
ราชานุกูล.
- นภัทร พุกกะณะสุต. (2549ก). ผมงลาด แต่รู้สึกโง่. กรุงเทพฯ: ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย.
- (2549ข). แสนเสียชีวิต ด. เด็ก. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์.
- เนตรทราย อยู่สวัสดิ์. (2551). การศึกษาการเข้าใจความหมายสัญลักษณ์ที่ใช้ในชีวิตประจำวันของ
นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลางจากการสอน
โดยใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์มัลติมีเดีย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เบญจวรรณ วันดีศรี. (2551). การศึกษาความเป็นธรรมชาติของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลใน
จังหวัดร้อยเอ็ด. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.
- ผดุง อารยะวิญญู. (2541). รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาาระบบการศึกษาพิเศษของไทย. กรุงเทพฯ:
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.
- ผดุง อารยะวิญญู; และดารณี ศักดิ์ศิริผล. (2544). รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาความต้องการกำลังคน
ในการพัฒนาการศึกษาพิเศษ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทัศนีย์ ทองสว่าง. (2549). สังคมวิทยา. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ทิพย์ คงสินสิริ. (2545). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อครอบครัวในการเลี้ยงดูทารกแรกเกิดที่มีโอกาสเกิด
ความพิการทางสมอง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ทิพย์วัลย์ สีจันทร์. (2549, มกราคม-เมษายน). ปัจจัยส่วนบุคคล เชาวน์อารมณ์ และภาวะความสุขของผู้ปกครองที่ส่งผลต่อการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา. วารสารวิจัยมสท. 2(1): 156.
- พวงแก้ว กิจธรรม. (2539). เอกสารการสอนเรื่องการศึกษาสำหรับคนที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือสุขภาพสำหรับนักศึกษาประกาศนียบัตรบัณฑิต และปริญญาโท สาขาการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- พิชัย จินตนาภักดี. (2530). การศึกษาการให้บริการสวัสดิการสังคมแก่เด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานสงเคราะห์ของกรมประชาสงเคราะห์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เพ็ญแข ลิ้มศิลา. (2550). เด็กพิเศษ. กรุงเทพฯ: ศรีสารา.
- มาศพร แก้วทอง. (2551). การสอนทักษะการช่วยเหลือตนเองสำหรับนักเรียนที่บกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงโดยการวิเคราะห์งานร่วมกับการใช้ภาพประกอบ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์. (2548). รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาการเตรียมความพร้อมในการพึ่งพาตนเองของบุคคลปัญญาอ่อน. กรุงเทพฯ: มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์.
- ภาวิณี ศรีสุขวัฒนานันท์; และคณะ. (2533). ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชนบท. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- รัชติกร แสงศร. (2531). การศึกษาการฟื้นฟูเด็กพิการในชุมชน ศึกษาเฉพาะกรณี: โครงการฟื้นฟูเด็กพิการในชุมชน อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2551). สืบค้นเมื่อ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2551, จาก www.royin.go.th.
- วชิรพร โชติพานัส. (2544). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วัลย์ลิกา สังข์ทอง; และคณะ. (2538). การศึกษาปัญหาและการปฏิบัติตนของผู้ปกครองบุคคลปัญญาอ่อนกับการยอมรับการวางแผนครอบครัวแก่บุคคลปัญญาอ่อนวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการบำบัดรักษา ณ โรงพยาบาลราชานุกูล. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลราชานุกูล.
- (2541). รายงานการวิจัยเรื่องสาเหตุและปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลปัญญาอ่อนที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลราชานุกูล. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลราชานุกูล.
- (2543). รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาปัญหาและการปฏิบัติตนของผู้ปกครองบุคคลปัญญาอ่อนกับการยอมรับการวางแผนครอบครัวแก่บุคคลปัญญาอ่อนวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการบำบัดรักษา ณ โรงพยาบาลราชานุกูล. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลราชานุกูล.
- วินัดดา ปิยะศิลป์. (2537). คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเด็กออทิสติก. กรุงเทพฯ: แปลนพับลิชชิ่ง.

- วุฒิพงษ์ บัวช้อย. (2545). การจัดการศึกษาพิเศษให้กับเด็กพิการวัยเรียนที่บ้านโดยครูอาสา: ศึกษากรณีโครงการในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดเพชรบูรณ์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริรัตน์ ทศนกิจ. (2548). การพัฒนาการจัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบูรณาการของสถานสงเคราะห์เด็กพิการ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศุภานัน บัวแก้ว. (2549). การศึกษาทักษะการดำรงชีวิตภายในบ้านของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับปานกลาง จากการสอนแบบกำหนดเวลาการกระตุ้นเตือนล่าช้าแบบคงที่ (CTD). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ จังหวัดชลบุรี. (2551). สืบค้นเมื่อ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2551, จาก www.ilchonburi.org.
- สถาบันประชากรศาสตร์. (2531). อภิธานศัพท์ประชากรศาสตร์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันราชานุกูล. (2553). สืบค้นเมื่อ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2551, จาก www.rajanakul.org.
- สมดุลย์ ชาญนวงค์. (2533). การศึกษาคุณลักษณะทางจิตใจของประชากรไทยที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีระดับการพัฒนาต่างกัน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สมนึก ดุริยศักดิ์. (2545). การศึกษาเปรียบเทียบเจตคติการจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระหว่างผู้บริหารโรงเรียนและครูผู้สอนในโครงการเรียนร่วมของโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สมพร หวานเสร็จ. (2545). การพัฒนาหลักสูตรอบรมผู้ปกครองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับปฐมวัย. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สาวนะ พบสุข. (2538, กรกฎาคม-ธันวาคม). ทศนคติของครูและผู้บริหารสถานศึกษาที่มีต่อเด็กปัญญาอ่อนและการจัดการเรียนร่วม. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 26(2): 57.
- สุปาณี สนธิรัตน์. (2529). จิตวิทยาเด็กพิเศษ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุทธิรัตน์ เพชรทิม. (2552). การศึกษาความสามารถในการพูดของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับปานกลาง โดยใช้กิจกรรมเพลง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุพรรณิ วรรณเพชร. (2551). การศึกษาสภาพความเป็□นจริงและความคาดหวังในการจัดการศึกษาปฐมวัยตามความคิดเห็นของผู้□ปกครองเด็กปฐมวัย โรงเรียนในเครือมารีวิทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุภลักษณ์ ชัยภาณุเกียรติ. (2543). การศึกษาความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง (ระดับสติปัญญา 20-34) โดยใช้เกมการฝึกกล้ามเนื้อใหญ่. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุภาพร ศรีหรั่ง. (2549). การศึกษาความเข้าใจในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเรียนได้จากการจัดกิจกรรมเล่นิทาน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- สุลักษณ์ ศิวรักษ์; และคณะ. (2545). รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาไทย: ทางเลือกในอนาคต.
กรุงเทพฯ: ธนาคารแห่งประเทศไทย.
- สุวิมล เด่นสุนทร. (2533ก). รายงานการวิจัยเรื่องวิจัยสุขภาพจิตนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 –
ประกาศนียบัตรระดับสูงในจังหวัดอุบลราชธานี. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัย
แห่งชาติ.
- (2533ข). รายงานการวิจัยเรื่องสุขภาพจิตของเยาวชนในจังหวัดสุรินทร์. กรุงเทพฯ:
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2536). รายงานการวิจัยการศึกษาความต้องการและ
โอกาสทางการศึกษาของผู้ที่มีความบกพร่องทางร่างกายและสติปัญญา. กรุงเทพฯ: สำนัก
นายกรัฐมนตรี.
- (2543, 13 มีนาคม). รายงานสรุปสาระการประชุมวิชาการพิเศษเรื่อง เด็กที่มีความต้องการ
พิเศษทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- (2545). รายงานการประชุมวิชาการการจัดการศึกษาโดยครอบครัวกับการรับจดทะเบียนของ
โรงเรียน. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- (ม.ป.ป.). รายงานการศึกษาวิจัยการจัดการศึกษาทางเลือก รูปแบบศูนย์การเรียนรู้โดย
โรงพยาบาล และสถาบันทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. (2539). แนวทางการฟื้นฟูทางไปสู่ความสำเร็จของ
คนพิการ. กรุงเทพฯ: กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.
- สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ. (2550). ข้อมูลศูนย์การศึกษาพิเศษ. กรุงเทพฯ:
กระทรวงศึกษาธิการ.
- (2552). สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552, จาก <http://special.obec.go.th>.
- สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ. (2549). นโยบาย
เยาวชนแห่งชาติ และแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนระยะยาว พ.ศ. 2545-2554. กรุงเทพฯ:
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2533). สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติ
แห่งชาติ.
- (2543). รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- (2551). สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2551, จาก <http://www.nso.go.th>.
- (2552). รายงานสถิติรายปีประเทศไทย 2551. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อรันตร โดษยานนท์. (2536, พฤศจิกายน). ชีวิต...ความพิการ...การป้องกัน... หมอชาวบ้าน. 175(1):
13.
- อรพินทร์ เหล่าสุวรรณพงษ์. (2541). การเปรียบเทียบความสามารถใช้ประสาทสัมผัสของนักเรียนที่มี
ความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเรียนได้ชั้นก่อนประถมศึกษาระหว่างวิธีสอนแบบ
มอนเตสซอรีกับวิธีสอนตามคู่มือครู. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- อัญชลี ศีลาเกษ; และคณะ. (2539). *ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมในเขตเมือง อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.*
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2545). *ช่วยลูกออทิสติก คู่มือสำหรับพ่อแม่ผู้ไม่ยอมแพ้.* กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
- อุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์; และปัทมา อมรสิริสมบุรณ์. (2550). *ความไม่เท่าเทียมด้านการศึกษา: เมืองและชนบท.* นครปฐม: ประชากรและสังคม.
- AAIDD. (2010). retrieved on 13 May 2010, from www.aidd.org.
- Beecham, Jennifer; et al. (2002). Children with Severe Learning Disabilities: Needs, Services and Costs. *Children & Society.* 16(1).
- Beirne-Smith, Mary. (1994). *Mental Retardation.* Macmillan.
- Beirne-Smith, Mary; Ittenbach, Richard F.; & Patton, James R. (2002). *Mental Retardation. 6th ed.* Merrill Prentice Hall.
- Beirne-Smith, Mary; Patton, James R.; & Kim, Shannon H. (2006). *Mental Retardation: An Introduction to Intellectual Disabilities. 7th ed.* Merrill Prentice Hall.
- Brown, K.; & Murphy, L. (2005). *Quality of Life.* McGrawhill.
- Campo, S. F.; et al. (1996). Measurement Characteristics of the Quality of Life Index When Used with Adults Who Have Severe Mental Retardation. *American Journal on Mental Retardation.* 100(5).
- Chen, Theresa Yuk-ki; & Tang, Catherine So-kum. (1997, March). Stress Appraisal and Social Support of Chinese Mothers of Adult Children with Mental Retardation. *American Journal on Mental Retardation.* 101(5).
- Crane, Lynda. (2002). *Mental Retardation: A Community Integration Approach.* Wadsworth.
- Drew, Clifford J.; & Hardman, Michael L. (2000). *Mental Retardation: A Life Cycle Approach. 7th ed.* Merrill Prentice Hall.
- Gravetter, F. J.; & Wallnau, L. B. (2004). *Essential Statistics for The Behavioral Sciences. 6th ed.* Belmont, CA: Thompson Learning.
- Gudalefsky, Adam; & Madduma, Concepcion. (2005). *Special Educational Programs for Normal People who Happen to be Slow.* Hong Kong.
- Hallahan, Daniel P.; & Kauffman, James M. (2003). *Exceptional Learners: Introduction to Special Education. 9th ed.* Allyn and Bacon.
- Hannah, M. E. (2005). *Helping by Siblings of Children with Mental Retardation. American Journal on Mental Retardation.* 110(2).

- Heward, William L. (2006). *Exceptional Children: An Introduction to Special Education. 8th ed.* Merrill Prentice Hall.
- Kwang-Sun, Cho Blair; et al. (2006, March). Function-Based Intervention to Support the Inclusive Placements of Young Children in Korea. *Education & Training in Developmental Disabilities. 41(1).*
- Magana, Sandra; et al. (2006, July). Hispanic Caregivers of Adults With Mental Retardation: Importance of Family Functioning. *American Journal on Mental Retardation. 111(4).*
- McCabe, Helen. (2007, Spring). Parent Advocacy in the Face of Adversity: Autism and Families in the People's Republic of China. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. 22(1).*
- McDonnell, John J.; et al. (1995). *An Introduction to Persons with Severe Disabilities: Educational and Social Issues.* Allyn and Bacon.
- Nirje, Bengt. (1969). *The Normalization Principle and Its Human Management Implications.* President's Committee on Mental Retardation.
- Odom, Samuel L.; et al. (2007). *Handbook of Developmental Disabilities.* Guilford Press.
- Olsson, M. B.; & Hwang, C. P. (2006, December). Well-being, involvement in paid work and division of child-care in parents of children with intellectual disabilities in Sweden. *Journal of Intellectual Disability Research. 50(12).*
- Reaven, Judith A.; et al. (2009, March). Cognitive-Behavioral Group Treatment for Anxiety Symptoms in Children with High-Functioning Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. 24(1).*
- Ryndak, Diane L. (1996, January). Parents' Perception of Educational Settings and Services for Children with Moderate or Severe Disabilities. *Remedial and Special Education. 17(2).*
- Sandol, Wesley. (1997, January). What Parents of Young Children with Mental Disabilities Want: The Views of One Community. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. 12(2).*
- Schalock, ; et al. (2005, October). Quality of Life and Its Measurement: Important Principles and Guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research. 49(10).*
- Smith, Deborah Deutsch. (2001). *Introduction to Special Education: Teaching in an Age of Opportunity. 4th ed.* Allyn and Bacon.
- Smith, Deborah Deutsch; & Tyler, Naomi Chowdhuri. (2010). *Introduction to Special Education: Making a Difference. 7th ed.* Allyn and Bacon.

- Snell, Martha E.; & Brown, Fredda. (2000). *Instruction of Students with Severe Disabilities*. 5th ed. Merrill Prentice Hall.
- Stoneman, Zolinda. (2006, January). Marital Adjustment in Families of Young Children with Disabilities: Associations with Daily Hassles and Problem-Focused Coping. *American Journal on Mental Retardation*. 111(1).
- Thomas, Glen E. (1998). *Teaching Students with Mental Retardation: A Life Goal Curriculum Planning Approach*. McGrawhill.
- Thompson, James R.; et al. (2009, April). Conceptualizing Supports and the Support Needs of People with Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 47(2).
- Turnbull, M.; et al. (2004). *Exceptional Lives: Special Education in Today's Schools*. 4th ed. Merrill Prentice Hall.
- Urbano, Richard C.; & Hodapp, Robert M. (2007, July). Divorce in Families of Children with Down Syndrome: A Population-Based Study. *American Journal on Mental Retardation*. 112(4).
- Westling, David L. (1997, Summer). What Parents of Young Children with Mental Disabilities Want: The Views of One Community. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*. 12(1).
- Westling, David L.; & Fox, Lise. (2004). *Teaching Students with Severe Disabilities*. 3rd ed. Pearson.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

คำชี้แจง

วัตถุประสงค์ของแบบสอบถามฉบับนี้เพื่อเป็นการศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งคำตอบของท่านถือว่าเป็นความคิดเห็นของแต่ละบุคคล ไม่มีคำตอบใดผิดหรือถูกและไม่มีผลกระทบต่อลูกหลานของท่าน ดังนั้นโปรดตอบทุกข้อตามความเป็นจริง คำตอบของท่านมีความสำคัญสำหรับการวิจัยครั้งนี้มาก ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้

แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วนคือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและครอบครัว
 ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของลูก
 ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสภาพของครอบครัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและครอบครัว

1. ความสัมพันธ์กับนักเรียน พ่อ/แม่ พี่/น้อง ลุง/ป้า/น้า/อา ปู่/ย่า/ตา/ยาย อื่นๆ (.....)
2. เพศ ชาย หญิง 3. อายุ ปี 4. ระดับการศึกษาสูงสุด
5. อาชีพหลักของผู้ปกครอง
6. รายได้ของครอบครัว บาท/เดือน
7. สถานภาพสมรสของบิดา-มารดานักเรียน โสด สมรส หย่าร้าง
- 8, 9. สมาชิกในครอบครัวของนักเรียน ... คนประกอบด้วย พ่อ/แม่ พี่/น้อง ลุง/ป้า/น้า/อา ปู่/ย่า/ตา/ยาย อื่นๆ (.....)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของลูก

10. เพศ ชาย หญิง 11. วัน/เดือน/ปีเกิด / /
12. ปัจจุบันเด็กอาศัยอยู่ที่ บ้านกับครอบครัว บ้านญาติ โรงเรียนศึกษาพิเศษ ศูนย์การศึกษาพิเศษ อื่นๆ (โปรดระบุ))
13. ภาวะบกพร่องของนักเรียน ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ภาวะบกพร่องทางการมองเห็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ภาวะบกพร่องทางร่างกาย (.....) ภาวะบกพร่องทางการได้ยิน อื่นๆ (โปรดระบุ))

ประวัติด้านการแพทย์

14. แม่มีความผิดปกติขณะตั้งครรภ์หรือไม่ ไม่มี มี (โปรดระบุ))
15. แม่คลอดเป็นปกติหรือไม่ ปกติ ไม่ปกติ (โปรดระบุ))
16. ทารกมีภาวะผิดปกติตั้งแต่แรกคลอดหรือไม่ ไม่มี มี (โปรดระบุ))
17. ท่านทราบว่า ลูกมีพัฒนาการล่าช้าเมื่อเด็กอายุเท่าไร

ภาวะสุขภาพของนักเรียน

18. มีโรคประจำตัว ไม่มี มี (โปรดระบุ))
19. มียาที่ต้องรับประทานเป็นประจำ ไม่มี มี (โปรดระบุ))
20. เคยได้รับการผ่าตัด ไม่เคย เคย (โปรดระบุ))
21. เคยเข้าพักฟื้นที่สถานพยาบาล ไม่เคย เคย (โปรดระบุ))
22. ต้องไปสถานพยาบาลเป็นประจำ นานๆ ครั้ง เป็นประจำ (โปรดระบุจำนวนครั้งต่อปีโดยเฉลี่ย))
23. ลูกไปโรงพยาบาลเพื่อรับบริการด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- พบแพทย์รักษาความเจ็บป่วยทางร่างกาย รับประทานยา กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด
- พบจิตแพทย์/นักจิตวิทยา ผูกหู อื่นๆ (โปรดระบุ))
24. เคยไปพบทันตแพทย์ ไม่เคย เคย (โปรดระบุจำนวนครั้งต่อปีโดยเฉลี่ย))
25. เมื่อลูกเจ็บป่วยแต่ไม่สามารถดูแลรักษาพยาบาลตัวเอง ผู้ปกครองทำอะไรเป็นอันดับแรก (ตอบเพียงข้อเดียว)
- ไปโรงพยาบาล ไปสถานอื่นมั้ย ปรึกษาเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม)
- ไปคลินิกใกล้บ้าน พบแพทย์แผนโบราณ อื่นๆ (โปรดระบุ))

ประวัติด้านการศึกษา

26. ลูกเคยเข้าเรียนหรือรับบริการจากสถานศึกษาประเภทใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- โรงเรียนปกติ โรงเรียนศึกษาพิเศษ ศูนย์การศึกษาพิเศษ
- เจ้าหน้าที่การศึกษานอกโรงเรียน (กศน) มาสอนที่บ้าน อื่นๆ (โปรดระบุ))

ความสามารถและพฤติกรรมของลูก

คำแนะนำในการตอบ เด็กแต่ละคนย่อมมีลักษณะและความสามารถแตกต่างกัน ขอให้ท่านอ่านข้อความที่ละเอียดแล้ว พิจารณาเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของลูกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญามากที่สุดเพียงข้อเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ หากมีข้อสงสัย กรุณาสอบถามผู้เก็บข้อมูลได้ทันที

ก. ลูกของท่านสามารถทำสิ่งเหล่านี้ด้วยตนเองได้มากน้อยเพียงใด	ระดับความสามารถ				
	ลูกทำเองทุก ครั้ง/ไม่ต้อง ช่วยเหลือ	ช่วยบ้าง เล็กน้อย	ช่วย บางส่วน/ ช่วยบางครั้ง	ช่วยอย่าง มาก/ ช่วยเป็น ส่วนใหญ่	ช่วยทุกครั้ง/ ไม่เคยให้ทำ/ ทำได้แต่ไม่ทำ
ทักษะการช่วยเหลือตนเอง และ การใช้ชีวิตในบ้าน					
27. ตื่นนอนโดยไม่ต้องปลุก					
28. เก็บที่นอนของตนเอง					
29. ทำความสะอาดร่างกาย (อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน)					
30. แต่งตัว (ใส่และถอดเสื้อผ้า)					

ก. ลูกของท่านสามารถทำสิ่งเหล่านี้ด้วยตนเองได้มากน้อยเพียงใด (ต่อ)	ระดับความสามารถ				
	ลูกทำเองทุก ครั้ง/ไม่ต้อง ช่วยเหลือ	ช่วยบ้าง เล็กน้อย	ช่วย บางส่วน/ ช่วยบางครั้ง	ช่วยอย่าง มาก/ ช่วยเป็น ส่วนใหญ่	ช่วยทุกครั้ง/ ไม่เคยให้ทำ/ ทำได้แต่ไม่ทำ
31. ชัก ดาก และพับเสื้อผ้าเก็บเข้าที่					
32. ขับถ่าย และ ทำความสะอาดหลังขับถ่าย					
33. รับประทานอาหารและดื่มน้ำ					
34. ทำความสะอาดภาชนะหลังรับประทานอาหาร					
35. หุงข้าวและทำกับข้าวอย่างง่าย					
36. ทำความสะอาดภาชนะหลังทำอาหาร					
37. ทำความสะอาดบริเวณบ้านและของใช้ในบ้าน					

ก. ลูกของท่านสามารถทำสิ่งเหล่านี้ด้วยตนเองได้มากน้อยเพียงใด (ต่อ)	ระดับความสามารถ				
	ดีมาก	ดี	พอใช้	น้อย	ไม่ได้เลย
ทักษะการสื่อสาร					
38. พูดหรือทำท่าทางให้คนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านเข้าใจได้					
39. พูดหรือทำท่าทางให้คนไม่คุ้นเคยเข้าใจได้					
40. เข้าใจและปฏิบัติตามสิ่งที่คู่สนทนาพูดด้วยได้					
ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน					
41. เมื่ออยู่นอกบ้าน ลูกปฏิบัติตัวต่อคนในชุมชนได้อย่างเหมาะสม(รู้จักสวัสดิ์ ขอบคุณ ขอโทษ ฯลฯ)					
42. เดินทางไปยังสถานที่ใกล้บ้านที่ไปบ่อยๆ เองได้ (ร้านขายของ หรือ บ้านญาติที่อยู่ใกล้เคียงเดียวกันได้)					
43. ปฏิบัติตัวอย่างปลอดภัยเมื่ออยู่ในบ้าน (ระวังของใช้ในบ้านที่เป็นอันตรายเช่น มีด เบลวไฟ ปลั๊กไฟ น้ำมันก๊าด แก๊ส ฯลฯ)					
44. ใช้เงินซื้อของและรู้จักรอรับเงินทอน (ถ้ามี)					
45. ช่วยครอบครัวทำงานง่ายๆ เพื่อสร้างรายได้ของครอบครัว (รดน้ำต้นไม้/ผัก ให้อาหารสัตว์ เก็บไข่ขาย จัดโต๊ะในร้านอาหาร หยิบสินค้าใส่ถุงและส่งให้ลูกค้า ฯลฯ)					

46. นอกเหนือจากตารางข้างต้น กิจกรรมประจำวันใดอีกบ้างที่ลูกของท่านทำได้

.....

47. กิจกรรมประจำวันใดบ้างที่ท่านต้องการให้ลูกทำได้ แต่ลูกยังทำไม่ได้

.....

ข. ลูกของท่านมีพฤติกรรมเหล่านี้หรือไม่ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใด	ความถี่				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยมาก	ไม่เคยเลย
48. โยกตัว สะบัดมือ พฤติกรรมซ้ำๆ อื่น หรือจดจอกับวัตถุอย่างใดอย่างหนึ่ง/ส่วนใดส่วนหนึ่งอย่างมาก (โปรตรระบุ					
49. ไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง หูทวนลม ไม่รับรู้ หนึ่งเฉย					
50. ถ่ม/ถุยน้ำลาย หรือ ด่าทอ/สบถสาบาน/ใช้ถ้อยคำหยาบคาย หรือ ขว้าง/ทำลายข้าวของ					
51. ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ (ตบ ตี ฟาด หยิก ฯลฯ)					
52. ทำให้ผู้อื่นหรือสัตว์ได้รับบาดเจ็บ (หยิก ตี กัด ข่วน ต่อย ฯลฯ)					
53. เมื่อไม่ยอมทำตามคำสั่งหรือไม่พอใจ ลูกส่งเสียงดัง/โวยวาย รังเหิน นอนดิ้นบนพื้น หรืออื่นๆ (โปรตรระบุ					
54. ช่วยเหลือตัวเองทางเพศอย่างไม่เหมาะสม (การลูบ/คลำ/จับอวัยวะเพศในสถานที่และเวลาที่ไม่เหมาะสม)					
55. รู้จักระมัดระวังตัวและปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมกับเพศตรงข้าม					

56. ลูกของท่านมีพฤติกรรมได้อีกบ้างที่เป็นปัญหา

.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสภาพของครอบครัว

คำแนะนำในการตอบ ผู้ปกครองแต่ละคนย่อมมีวิถีชีวิตในครอบครัวแตกต่างกัน ขอให้ท่านอ่านข้อความที่ละเอียดแล้วพิจารณาเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ หากมีข้อสงสัย กรุณาสอบถามผู้เก็บข้อมูลได้ทันที

หมายเหตุ สมาชิกในครอบครัว หมายถึง พ่อแม่ พี่น้อง หรือ ญาติที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันเป็นประจำ

ค. สมาชิกคนอื่นในครอบครัวมีส่วนให้การดูแลและช่วยเหลือลูกคนนี้อย่างไรบ้าง	สภาพการปฏิบัติ				
	ช่วยเป็นประจำ/ช่วยทุกครั้งโดยไม่ต้องบอก	ช่วยบ่อยครั้ง/ช่วยเองแต่ไม่สม่ำเสมอ	ปานกลาง/ต้องบอกจึงจะช่วย	บางครั้ง/บอกให้ช่วยแต่ช่วยเป็นบางครั้ง	ไม่เลย/บอกให้ช่วยแต่ไม่ช่วย/ไม่เคยบอกให้ช่วย
ด้านการเรียนรู้					
57. ช่วยสอนให้ทำกิจวัตรประจำวัน (อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน รับประทานอาหาร ฯลฯ)					
58. ช่วยสอนให้ดูแลบ้าน (ทำความสะอาดบ้าน ภาชนะของใช้ การเก็บของเข้าที่ การหุงหาอาหาร ฯลฯ)					

ค. สมาชิกคนอื่นในครอบครัวมีส่วนร่วมให้การดูแลและช่วยเหลือลูกคนนี้อย่างไรบ้าง (ต่อ)	สภาพการปฏิบัติ				
	ช่วยเป็นประจำ/ ช่วยทุกครั้งโดยไม่ต้องบอก	ช่วยบ่อยครั้ง/ ช่วยเองแต่ไม่สม่ำเสมอ	ปานกลาง/ ต้องบอกจึงจะช่วย	บางครั้ง/ บอกให้ช่วยแต่ช่วยเป็นบางครั้ง	ไม่เลย/ บอกให้ช่วยแต่ไม่ช่วย/ ไม่เคยบอกให้ช่วย
59. ช่วยสอนคำศัพท์ การออกเสียง การสนทนาเพื่อให้ฟังและพูดได้ดีขึ้น					
60. ช่วยสอนให้เดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ ได้ด้วยตนเอง					
61. ช่วยมองหางานหรืออาชีพที่พอทำได้ และสอนให้ทำงานนั้นเพื่อหาเลี้ยงชีพได้ด้วยตนเองในอนาคต					
ด้านการฟื้นฟูความสามารถทางกาย					
62. ช่วยสังเกตความผิดปกติของอวัยวะส่วนต่างๆ ในร่างกายของลูกคนนี้					
63. ช่วยฝึกฝน/บริหารกล้ามเนื้อและอวัยวะส่วนต่างๆ					
ด้านการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย					
64. ช่วยดูแลรักษาพยาบาลเมื่อลูกคนนี้เจ็บป่วย					
65. เมื่อลูกคนนี้ต้องไปพบแพทย์ มีสมาชิกคนอื่นติดตามไปเพื่อช่วยดูแลด้วย					
66. เมื่อลูกคนนี้ต้องพักฟื้นที่โรงพยาบาล สมาชิกคนอื่นช่วยอยู่เฝ้าลูกคนนี้ที่โรงพยาบาลด้วย					
67. ช่วยดูแลลูกคนนี้แทน เมื่อฉันไม่อยู่บ้าน					

68. สมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนร่วม/ให้ความช่วยเหลือในการดูแลลูกคนนี้เป็นประจำ (เช่น เวลาที่ผู้ดูแลหลักไปทำงานไปทำธุระ หรือเมื่อผู้ดูแลหลักอยู่ที่บ้านแต่กำลังทำงานอย่างอื่น) คือ
- พ่อ/แม่ พี่/น้อง ลุง/ป้า/น้า/อา ปู่/ย่า/ตา/ยาย ญาติ อื่นๆ (.....)

ง. สัมพันธภาพในครอบครัว	ระดับความเห็นด้วย				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
การรับรู้ แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจในเหตุการณ์ต่างๆ ร่วมกัน					
69. เมื่อลูกเข้าโรงเรียน/ย้ายโรงเรียน สมาชิกทุกคนในครอบครัวเลือกโรงเรียนร่วมกัน					
70. ลูกๆ เล่าให้ฟังเสมอว่า เขาทำกิจกรรมอะไรบ้างในแต่ละวัน (ที่โรงเรียน ที่ทำงาน ฯลฯ)					
71. พ่อ/แม่รู้ว่าลูกแต่ละคนชอบอะไร (กีฬา ดารา นักร้อง รายการโทรทัศน์ ฯลฯ)					

ง. สัมพันธภาพในครอบครัว (ต่อ)	ระดับความเห็นด้วย				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
72. เมื่อพ่อหรือแม่เปลี่ยนอาชีพ/เปลี่ยนงาน ลูกรู้ว่าเป็นเพราะอะไร					
73. หากครอบครัวมีปัญหาเรื่องการเงิน หัวหน้าครอบครัวเป็นคนแก้ไขปัญหาเองทุกครั้ง					
74. พ่อ/แม่รู้ว่า ลูกแต่ละคนอยากทำงาน/มีแผนในอนาคตอย่างไร					
ความรู้สึกที่มีต่อกันและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว					
75. พ่อ/แม่รู้จักเพื่อนสนิททุกคนของลูกๆ					
76. สมาชิกในครอบครัวมีความเห็นขัดแย้งกันหลายเรื่อง					
77. เวลามีปัญหา ฉันเล่าให้คนในครอบครัวคนใดคนหนึ่งฟังทุกเรื่อง					
78. เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งไม่อยู่บ้าน สมาชิกคนอื่นในครอบครัวจะถามถึงและแสดงความห่วงใย					
79. ญาติพี่น้องยินดีดูแลลูกคนนี้แทนพ่อแม่					
80. เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งไม่สบาย สมาชิกคนอื่นจะคอยถามถึงอาการเจ็บป่วยนั้น					
81. ครอบครัวใช้เงินจำนวนมากในการดูแลลูกคนนี้					
82. สมาชิกในครอบครัวกังวลเกี่ยวกับอนาคตของลูกคนนี้					
การใช้เวลาร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว					
83. ทุกคนในครอบครัวรับประทานอาหารพร้อมกันทุกวัน (อย่างน้อยมีมือโต๊ะหนึ่ง)					
84. สมาชิกในครอบครัวใช้เวลาว่างร่วมกันทุกวัน (ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ ฯลฯ)					
85. เวลาว่างกิจกรรมนอกบ้าน (งานแต่งงาน งานบวช ทำบุญ เยี่ยมญาติ ไปเที่ยว ช็อปปิ้ง ฯลฯ) ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวจะไปด้วยกัน					
86. ลูกคนนี้ได้ไปทำกิจกรรมในข้อ 85 ด้วยหรือไม่					

จ. การเข้าถึงบริการ	ระดับความเห็นด้วย				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
ด้านสาธารณสุข (สถานพยาบาลของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาล สถานีอนามัย)					
87. ฉันและลูกได้รับการอธิบาย และ คำแนะนำ ชี้แจงจากเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลของรัฐเป็นอย่างดี					
88. ฉันและลูกได้รับการบริการจากเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลของรัฐเป็นอย่างดี					

จ. การเข้าถึงบริการ (ต่อ)	ระดับความเห็นด้วย				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
89. ฉันและลูกสามารถเดินทางเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐได้สะดวก (ในแง่เวลา ค่าใช้จ่าย ฯลฯ)					
90. ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐเหมาะสมแล้ว (ค่าตรวจ/รักษา ค่ายา ค่าเดินทาง ฯลฯ)					
91. มีบริการ/ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ใดอีกบ้างที่ท่านต้องการได้รับเพิ่มเติม					
ด้านการศึกษา (สถานศึกษาของรัฐ หมายถึง โรงเรียนปกติ/โรงเรียนศึกษาพิเศษ/ศูนย์การศึกษาพิเศษ)					
สำหรับเด็กที่กำลังเรียนในสถานศึกษาของรัฐ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
92. ฉันและลูกเดินทางมาโรงเรียน/ศูนย์ฯ ได้สะดวก					
93. เมื่อต้องการติดต่อโรงเรียน/ศูนย์ฯ ฉันสามารถติดต่อได้สะดวก					
94. ค่าใช้จ่ายในการเข้าเรียนเหมาะสมแล้ว (ค่าหนังสือและอุปกรณ์การเรียน ค่าครูพี่เลี้ยง/สอนหรือดูแลพิเศษ ค่าเสื้อผ้า ฯลฯ)					
95. ฉันได้รับคำแนะนำเรื่องการเตรียมความพร้อมของลูกเพื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่หลังจากออกจากโรงเรียน					
96. ลูกได้รับการเตรียมความพร้อมหรือการฝึกอาชีพเพื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่หลังจากออกจากโรงเรียน					
97. เมื่อลูกเรียนที่โรงเรียนศึกษาพิเศษ ท่านคิดว่าลูกมีการพัฒนาขึ้นจากเดิมมากน้อยเพียงใด	<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input type="checkbox"/> 20%
สำหรับเด็กอยู่ที่บ้านในปัจจุบัน (ไม่ได้เข้าเรียนในสถานศึกษาของรัฐ)	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
92. ครูการศึกษาพิเศษ/ครูการศึกษานอกโรงเรียน (กศน) มาเยี่ยมลูกที่บ้านเป็นประจำ					
93. เมื่อฉันต้องการความช่วยเหลือหรือคำแนะนำ ฉันสามารถติดต่อโรงเรียน/ศูนย์ฯ/ครูได้สะดวก					
94. เมื่อครูมาเยี่ยมที่บ้าน ฉันเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ (ค่าอุปกรณ์ ค่าใช้จ่ายในการต้อนรับ ฯลฯ)					
95. เมื่อครูมาเยี่ยมที่บ้าน ฉันได้รับคำแนะนำเรื่องการเตรียมความพร้อมของลูกเพื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่					
96. เมื่อครูมาเยี่ยมที่บ้าน ครูเตรียมความพร้อมหรือฝึกอาชีพเพื่อให้ลูกเข้าสู่วัยผู้ใหญ่					
97. เมื่อครูมาเยี่ยมที่บ้าน ครูได้สอนและทำให้ลูกมีการพัฒนาขึ้นจากเดิมมากน้อยเพียงใด	<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input type="checkbox"/> 20%

จ. การเข้าถึงบริการ (ต่อ)	ระดับความเห็นด้วย				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
98. มีบริการ/ความช่วยเหลือด้านการศึกษาได้อีกบ้างที่ท่านต้องการได้รับเพิ่มเติม					
ด้านสังคมสงเคราะห์					
99. นอกจากครูแล้ว เจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่น (เช่น อปต อบจ อสม พมจ หรือ อพมก) มาเยี่ยม ดูแล ใ้่ตามทุกข์สุขเป็นประจำ					
100. เจ้าหน้าที่เหล่านั้นได้ให้ความรู้และข่าวสารเกี่ยวกับวิธีเลี้ยงดูลูกและสิทธิของลูกเป็นอย่างดี					
101. ฉันพอใจในความช่วยเหลือที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่เหล่านั้น					

ความช่วยเหลือจากรัฐที่ประชาชนพึงได้รับ

ท่านทราบหรือไม่ว่าลูกมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือต่อไปนี้ และ ท่านได้รับ/เคยได้รับความช่วยเหลือนั้นหรือไม่

ความช่วยเหลือจากรัฐ	ทราบหรือไม่	ได้รับหรือไม่
102, 103. เข้ารับการรักษายาบาล/ยา โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	<input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ได้รับ/เคยได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ
104, 105. เข้าเรียนในสถานศึกษาของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (โรงเรียนทั่วไป/โรงเรียนศึกษาพิเศษ/ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด)	<input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ได้รับ/เคยได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ
106, 107. รับเบี้ยยังชีพสำหรับคนพิการ เดือนละ 500 บาทจาก อปต	<input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ได้รับ/เคยได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ
108, 109. รับการฝึกอาชีพสำหรับผู้พิการ	<input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ได้รับ/เคยได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ
110, 111. กู้เงินเพื่อประกอบอาชีพสำหรับผู้พิการ	<input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ได้รับ/เคยได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ
112. อื่นๆ (โปรดระบุ)	<input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ได้รับ/เคยได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ

113. ท่านคิดว่า บริการของรัฐด้านใดที่ท่านยังไม่พอใจ/ยังไม่ได้รับบริการ/ต้องการให้รัฐปรับปรุงการให้บริการ

.....
.....

ขอขอบคุณท่านผู้ปกครองที่กรุณาใช้เวลาตอบแบบสอบถามค่ะ

ภาคผนวก ข

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

ผศ. ดร. ศิริวิมล ใจงาม

ประวัติการศึกษา ค.ด. (อุดมศึกษา) คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ตำแหน่งปัจจุบัน หัวหน้าศูนย์การศึกษาพิเศษ
ประธานสาขาการศึกษาพิเศษ
คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พิษณุโลก

อาจารย์สุจินต์ สว่างศรี

ประวัติการศึกษา ศษ.ม. (การบริหารการศึกษา) คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้อำนวยการโรงเรียนลพบุรีปัญญานุกูล ลพบุรี

อาจารย์ชนิสา เวชวิรุพห์

ประวัติการศึกษา วท.บ. จิตวิทยา (จิตวิทยาคลินิก) คณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ตำแหน่งปัจจุบัน นักจิตวิทยาชำนาญการพิเศษ สถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวยุวดี วิริยางกูร
วันเดือนปีเกิด	15 กุมภาพันธ์ 2515
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ที่อยู่ปัจจุบัน	39/123 ถนนพระยาสุเรนทร์ แขวงสามวาตะวันตก เขตคลองสามวา กรุงเทพมหานคร 10510
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	นักวิชาการศึกษา
สถานที่ทำงาน	ศูนย์พัฒนาศักยภาพเด็กที่มีความต้องการพิเศษ อาคาร 8 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 114 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2534	มัธยมศึกษาตอนปลาย จาก โรงเรียนสุรศักดิ์มนตรี กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2537	ปริญญาตรี บริหารธุรกิจ สาขาการตลาด จาก มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2541	ปริญญาโท บริหารธุรกิจ สาขาการตลาด จาก มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2553	ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต (กศ.ม.) สาขาการศึกษาพิเศษ จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร