

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

ครอบครัวเป็นสถาบันสำคัญที่ทำหน้าที่วางรากฐานแก่สถาบันอื่นๆในสังคม เป็นสถาบันพื้นฐานทางสังคมแห่งแรกที่เด็กเติบโต และพัฒนาขึ้น โดยมีแนวคิดทางสังคมที่คาดหวังว่า เด็กทุกคนควรได้รับประสบการณ์ที่อบอุ่นรักใคร่ และเป็นไปอย่างต่อเนื่องจากบิดามารดา ครอบครัวประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว(intra-family relationship) เจตคติ ทักษะ และการปฏิบัติของพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูลูกจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาทางอารมณ์ บุคลิกภาพของเด็ก และสุขภาพจิตของคนในครอบครัว วิธีปฏิบัติ และการทำหน้าที่ของครอบครัว มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การเรียนรู้ รับรู้ เข้าใจ การแสดงออก และพัฒนาการทางบุคลิกภาพ จึงมีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หากสภาวะภายในครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นไปด้วยดี เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีกิจกรรม และความรับผิดชอบร่วมกัน คนในครอบครัวจะมีสุขภาพจิตดี⁽¹⁾ ตรงกันข้าม ในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ไม่เหมาะสม สามารถทำลายพัฒนาการเด็กได้หลายทาง และเป็นที่มาของปัญหาทางจิตในเวลาต่อมา เช่นที่บรูม และเซลนิค(Broom and Selgnick:1971)⁽²⁾ กล่าวไว้ว่า สุขภาพจิตเด็กจะดีหรือเลวอย่างไรขึ้นอยู่กับภาระกระทำของพ่อแม่ตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กพิเศษ เด็กบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีค่าของครอบครัวเช่นเดียวกับเด็กปกติ เด็กควรได้รับการยอมรับ เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และได้รับการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพัฒนาการในทุกๆด้านเช่นเดียวกับเด็กปกติอื่นๆ

ตามกฎกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2537 จัดเด็กบกพร่องทางสติปัญญาอยู่ในประเภทบุคคลพิการทางสติปัญญา และการเรียนรู้ เป็นบุคคลที่รัฐต้องจัดบริการช่วยเหลือในทุกด้านเพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเอง และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขตามศักยภาพ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นเด่นชัดว่า หากบุคคลพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม จะสามารถพัฒนาตามลำดับพัฒนาการเช่นคนปกติ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างอิสระ เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของครอบครัว และสังคมได้ การวิจัยของ จรรยา สุวรรณทัต อ่างในดารณี อุทัยรัตนิก(2538)⁽³⁾ ที่ศึกษาเด็กพิการแต่ละลักษณะ พบว่ามีความต้องการไม่แตกต่างจากเด็กปกติคือ ต้องการการยอมรับจากเพื่อน และสังคม ต้องการความเป็นอิสระ มีอาชีพ และประสบความสำเร็จ สามารถ

ดำรงชีพ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเช่นคนปกติ สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องคุณลักษณะของเด็กพิเศษที่พัชรี จิวพัฒนะกุล(2538)⁽⁴⁾ ได้ศึกษาในแนวโน้มการจัดการศึกษาพิเศษของไทยในปีพุทธศักราช 2546 พบว่า เด็กน่าจะมีสุขภาพกาย และจิตที่สมบูรณ์ รู้จักใช้ทักษะ เอื้อเพื่อ เสียสละช่วยเหลือตนเอง และปรับตัวเข้ากับสังคมได้ตามอัตภาพ โดยพ่อแม่มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อม สามารถสังเกตติดตามความผิดปกติของลูก และร่วมมือพัฒนาเด็กในทางที่เหมาะสม เป้าหมายของการรักษาภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจึงมิใช่มุ่งรักษาให้หายจากโรคแต่เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างเป็นปกติสุขมากที่สุด มีพฤติกรรมเหมาะสม ช่วยตัวเองประกอบอาชีพต่างๆได้ ไม่เป็นภาระแก่สังคมมากเกินไป

โดยเฉลี่ยแต่ละประเทศมีบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาประมาณร้อยละ 1-3 ของประชากรทั้งหมด^(5,6) สำหรับในประเทศไทย ได้เคยมีการสำรวจโดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลกในปีพ.ศ.2500 องค์การอนามัยโลกได้ส่งผู้เชี่ยวชาญคือ Dr.Allen Stroller มาทำการสำรวจ พบว่ามีบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาประมาณร้อยละ 1 ของประชากร⁽⁷⁾ ในปี พ.ศ.2530-2531 โรงพยาบาลราชานุกูลได้ทำการสำรวจใน 4 ภาคของประเทศไทยพบว่า มีบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาจำนวน 221,928 คน คิดเป็นร้อยละ 0.4 ของประชากร พบบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาในระดับน้อยร้อยละ 70-80 ความชุกของบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาเป็นสัดส่วนผกผันกับเศรษฐกิจ คือพบจำนวนสูงในผู้มีเศรษฐกิจต่ำ และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 1.5 เท่า⁽⁸⁾ กรมสุขภาพจิตได้ทำการสำรวจทางระบาดวิทยาถึงความผิดปกติทางจิต ความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบอัตราความชุกของบุคคลปัญญาอ่อนร้อยละ 1.8 ของผู้มีความผิดปกติทางจิต⁽⁹⁾ สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลได้ทำการสำรวจข้อมูลพื้นฐานคนพิการในวัยเรียน และก่อนวัยเรียนพบว่า มีผู้พิการเฉพาะสติปัญญาอายุ 0-19 ปีในกรุงเทพมหานครคิดเป็นร้อยละ 14.1 ของผู้พิการเฉพาะสติปัญญาทั้งประเทศ⁽¹⁰⁾ การสำรวจบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาที่มีผลแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับวิธีการสำรวจ และแหล่งข้อมูล จากตัวเลขดังกล่าวพบว่าจำนวนบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาลดลงตามลำดับ เช่นเดียวกับบางประเทศที่อัตราความชุกลดลง เช่นประเทศสหรัฐอเมริกา⁽⁶⁾ อัตราความชุกลดลงซึ่งเป็นแผนระดับชาติมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1971 เน้นการวางแผนป้องกันจากสาเหตุต่างๆ รวมถึงความสามารถในการวินิจฉัยโรค และความก้าวหน้าทางการแพทย์เช่น การคัดแยกโดยตรวจโครโมโซม การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ เป็นต้น อัตราความชุกของบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทยตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8⁽¹¹⁾ พ.ศ. 2540-2544 คือร้อยละ 0.4

แม้ว่าอัตราความชุกของบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาจะไม่สูงมาก แต่เป็นภาวะผิดปกติที่เรื้อรัง ต้องการการพึ่งพิงสูง เป็นภาระแก่ครอบครัว และสังคมในการสนับสนุนดูแล และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาด้านจิตเวชที่สำคัญ หากมีปัจจัยอื่นๆเข้ามาเกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายใน เช่น โรคที่พบร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา หรือปัจจัยภายนอกในเรื่องสภาพแวดล้อม เช่น การไม่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะผิดปกติทางจิตได้เช่นกัน

ปัญหาพฤติกรรมเป็นปัญหาสำคัญ และพบว่า เป็นปัญหาที่ทำให้เด็กบกพร่องทางสติปัญญาซึ่งมีความจำกัดในการเรียนรู้อยู่แล้ว มีศักยภาพด้อยกว่าสภาพความพิการที่แท้จริงมีผลกระทบทั้งทางการศึกษา สุขภาพ และสังคม เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิต มีความผิดปกติทางจิตทุกประเภทเช่นเดียวกับบุคคลปกติ และพบว่าเกิดปัญหาทางจิตมากกว่าบุคคลปกติถึง 3-4 เท่า⁽¹²⁾ ปัญหาที่พบเป็นปัญหาทางพฤติกรรม และอารมณ์ ดังที่อุมาพร ตรังคสมบัติ(2544)⁽¹³⁾ กล่าวถึงเด็กที่มีสติปัญญาบกพร่องว่า มักพบว่าเด็กจะมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว ปัญหาจะชัดเจนเมื่อเด็กโตขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากความสามารถในการคิดไม่ดี จึงทำให้จัดการกับอารมณ์ได้ไม่ดี ความชุกของปัญหานั้น มอส(Moss:1995)⁽¹⁴⁾ ศึกษาปัญหาทางจิตในบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาพบว่า มีความชุกของปัญหาทางจิตมากกว่าบุคคลปกติ พบปัญหาพฤติกรรมในอัตราที่สูงมากเช่น พฤติกรรมซ้ำๆ, ทำร้ายตนเอง, ก้าวร้าว, ดื้อไม่เชื่อฟัง, ไม่อยู่นิ่ง, ปัญหาในการปฏิสัมพันธ์ และการสร้างมิตรภาพกับเพื่อน แนวโน้มความชุกของปัญหาพฤติกรรมเป็นอัตราสูงขึ้นในเด็กที่อยู่ในสถาบัน⁽¹⁵⁾ โดยเฉพาะปัญหาในด้านความบกพร่องทางประสาทสัมผัส (sensory impairment) ซึ่งเป็นความซับซ้อนของปัจจัยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สภาพแวดล้อม และพันธุกรรม ปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ให้ด้อยกว่าสภาพความพิการที่แท้จริง ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นสูง เป็นอุปสรรคต่อการก้าวผ่านพัฒนาการตามช่วงวัยของเด็กเป็นอย่างยิ่ง

พ่อแม่ผู้ปกครองเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการอบรมเลี้ยงดูเด็กบกพร่องทางสติปัญญาให้มีพัฒนาการทางกาย จิต อารมณ์ และบุคลิกภาพที่เหมาะสม ความรักความอบอุ่น เป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้เด็กมีความใกล้ชิด มีอารมณ์มั่นคง มีพัฒนาการทางสังคม และปัญญา⁽¹⁶⁾ นอกจากความรัก พ่อแม่เด็กบกพร่องทางสติปัญญาต้องเป็นส่วนร่วมสำคัญในการจัดประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อม ที่จะช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆให้เหมาะสมสำหรับเด็กแต่ละราย ซึ่งมีปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษในหลายๆด้าน พ่อแม่จึงควรมีเจตคติ ทักษะในการปฏิบัติอย่างเหมาะสมในการอบรมเลี้ยงดูลูก ให้มีพัฒนาการทางอารมณ์ และบุคลิกภาพเหมาะสมกับวัย ดังที่ศรีเรือน แก้วกังวาล(2543)⁽¹⁷⁾ กล่าวถึงเด็กบกพร่องทางสติปัญญาว่ามีการเรียนรู้ช้า แต่มีอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมไม่ต่างจากเด็กปกติ โดยเฉพาะในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาระดับ

น้อย จึงเป็นกลุ่มที่ผู้บำบัดควรให้ความสนใจ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาในด้านพฤติกรรม อารมณ์ และสัมพันธภาพในสังคม หรือช่วยเหลือบำบัดอย่างเหมาะสม และทันทีในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มมีปัญหาทางจิต อัมพล สุอำพัน(2530)⁽¹⁸⁾ กล่าวถึงสุขภาพจิตของเด็กพิจารณาว่าจำเป็นต้องช่วยเหลือแก้ไขในปัญหาพฤติกรรม และส่งเสริมสุขภาพจิตเนื่องจากมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกด้อยค่า และส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม การช่วยเหลือนอกจากการรักษาทางกาย ควรครอบคลุมทั้ง การศึกษา อาชีพ ดูแลด้านจิตใจ และสังคมด้วย ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเป็นภาวะที่ไม่ถาวร อาจหายขาดหรือเบาบางลงได้ หากได้รับการช่วยเหลือถูกต้อง⁽¹⁹⁾ แนวนโยบายของกระทรวง สาธารณสุขไทยปี 2541 จึงเห็นควรเร่งป้องกันบำบัดแก้ไขความพิการเพื่อลดจำนวนบุคคลพิการ รวมบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาลง ซึ่งจะได้ผลในบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาระดับน้อยมากที่สุด ผู้ปกครองจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลช่วยเหลือ และส่งเสริมพัฒนาการเนื่องจากเป็นผู้อยู่ ใกล้ชิดกับเด็ก ควรมีเจตคติที่ดี ให้ความรักความเข้าใจ ยอมรับภาวะที่เด็กมีพัฒนาการช้า ดูแลช่วยเหลือเด็กตามความต้องการที่พออย่างถูกต้อง หากครอบครัวได้รับคำแนะนำปรึกษาในการฟื้นฟู สมรรถภาพเด็กตั้งแต่แรก เด็กจะได้รับความรักและการยอมรับจากพ่อแม่ พี่น้อง เพื่อน สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน และปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพที่เหมาะสมได้⁽²⁰⁾

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัญหาพฤติกรรมเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เด็ก บกพร่องทางสติปัญญา มีความจำกัดในการเรียนรู้ ผู้ปกครองมีความยากลำบากในการดูแล ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหาพฤติกรรม และแบบการอบรมเลี้ยงดูใน เด็กบกพร่องทางสติปัญญาอายุ 6-11ปี ซึ่งเป็นวัยเรียน เป็นระยะที่เด็กจะพัฒนาการเรียนรู้ในการ ปรับตัวเข้ากับสังคม เด็กในวัยนี้ อารมณ์จะมีความหลากหลาย และยิ่งมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น เป็นผลจากความคิดที่เติบโตขึ้น รู้เกี่ยวกับโลกรอบตัวมากขึ้น⁽¹³⁾ วัยเรียนจึงเป็นช่วงวิกฤติหนึ่งตาม ลำดับพัฒนาการ เป็นวัยที่มีการแสดงออกทางพฤติกรรมชัดเจน และมีการศึกษาข้อมูลนี้จากทัศนะ ของผู้ปกครองเด็กบกพร่องทางสติปัญญาน้อยมาก ผู้ปกครองเป็นบุคคลใกล้ชิด และเป็นปัจจัย แวดล้อมที่สำคัญต่อการเพิ่มปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรม หากไม่เข้าใจความรู้สึก หรือ ตอบสนองความต้องการของเด็กอย่างไม่เหมาะสม ในทางตรงกันข้าม ผู้ปกครองเป็นปัจจัยปกป้อง ปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมได้เช่นกัน หากมีทัศนคติที่ดี รัก เข้าใจ ให้การยอมรับ ดูแล แก้ไขจัดหาสิ่ง แวดล้อม และวิธีการสอนให้เหมาะสมจะช่วยให้เด็กเรียนรู้มีพฤติกรรมเป็นที่ยอมรับ และพัฒนาได้ตามศักยภาพ ผลการศึกษาวิจัยยังเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดบริการเพื่อ ป้องกันการ เกิดปัญหาทางจิต และลดผลกระทบที่จะเกิดกับครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรม และแบบการอบรมเลี้ยงดูในเด็กบกพร่องทางสติปัญญา อายุ 6-11 ปี ในโรงพยาบาลราชานุกูล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาอายุ 6-11 ปี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นๆเช่นระดับเชาวน์ปัญญา, ภาวะสมองพิการ อากาารชักที่พบร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา และ เศรษฐฐานะ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาอายุ 6-11 ปี

สมมติฐานของการวิจัย

1. แบบการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กบกพร่องทางสติปัญญา
2. ปัจจัยในเรื่องระดับเชาวน์ปัญญา ภาวะสมองพิการ และอาการชักที่พบร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา และเศรษฐกิจฐานะสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กบกพร่องทางสติปัญญา

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัญหาพฤติกรรม และแบบการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว เด็กบกพร่องทางสติปัญญาอายุ 6-11 ปีที่รับบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลราชานุกูลโดยศึกษาปัจจัยด้านตัวเด็กในเรื่อง ระดับเชาวน์ปัญญา ภาวะสมองพิการอาการชักที่พบร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญากับปัญหาพฤติกรรม ปัจจัยด้านผู้ปกครองในเรื่องแบบการอบรมเลี้ยงดู เศรษฐฐานะ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นๆกับปัญหาพฤติกรรม
2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย การศึกษาครั้งนี้แบ่งตัวแปรเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม โดยแบ่งเป็น 3 ตอนตามการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้
ตอนที่ 1 ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อปัญหาพฤติกรรม ตัวแปรอิสระประกอบด้วย

- เพศของเด็ก
- ระดับเชาวน์ปัญญาของเด็ก
- โรคสมองพิการ อาการชักที่พบร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา
- ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง
- สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง

- เศรษฐฐานะของครอบครัว
- ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต และการใช้สารเสพติดของผู้ปกครอง
- แบบการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว

ตัวแปรตามประกอบด้วย ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก

ตอนที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับปัญหาพฤติกรรม โดยมีตัวแปรอิสระประกอบด้วยระดับเขาวนปัญญา ภาวะสมองพิการ อาการชักที่พบร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา แบบการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว

ตัวแปรตาม ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการวิจัยครั้งนี้มีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้

1. เด็กบกพร่องทางสติปัญญามีความจำกัดด้านการนึกคิด และภาษา จึงศึกษาในประชากรที่เป็นผู้ปกครองเด็กบกพร่องทางสติปัญญาอายุ 6-11 ปี ครอบคลุมบิดามารดา ญาติที่เลี้ยงดูใกล้ชิดรับผิดชอบตัดสินใจให้เด็กมาไม่น้อยกว่า 1 ปี สังเกตหรือพบเห็นพฤติกรรมของเด็ก สมัครใจยินยอมให้สัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถามด้วยตนเองตามความเป็นจริง
2. เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามสามารถวัดตัวแปรที่ต้องการศึกษาในงานวิจัยนี้ได้
3. กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้เป็นตัวแทนอภิปรายผลของข้อมูลในประชากรที่ต้องการได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะปัญหาพฤติกรรม และแบบการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเด็กบกพร่องทางสติปัญญาอายุ 6-11 ปีที่รับบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลราชานุกูล จึงอ้างอิงเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเท่านั้น
2. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาปัญหาพฤติกรรม และแบบการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว โดยมีเด็กบกพร่องทางสติปัญญาเป็นหน่วยของการวิเคราะห์(Unit of Analysis) ไม่ได้ใช้ครอบครัวเป็นหน่วยวิเคราะห์ แต่เนื่องจากเด็กบกพร่องทางสติปัญญามีความจำกัดด้านการนึกคิด และภาษา จึงต้องศึกษาในประชากรที่เป็นผู้ปกครองผลการศึกษาที่ได้สรุปจากทัศนนะ และข้อเท็จจริงของผู้ปกครองเท่านั้น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ปัญหาพฤติกรรม (Behavior problems) หมายถึง ระดับปัญหาพฤติกรรม และปัญหาทางอารมณ์ที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินตามแบบสำรวจปัญหาพฤติกรรมเด็ก Thai Youth Checklist (TYC)⁽²¹⁾ โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กอายุ 6-11 ปีชุดสำหรับผู้ปกครอง แบ่งระดับของปัญหาเป็น 4 ระดับ คือ ระดับมีปัญหา ระดับเสี่ยงมีปัญหากลาง ระดับเสี่ยงมีปัญหาน้อย และระดับปกติ แบ่งประเภท และรูปแบบของปัญหาพฤติกรรมเป็นแบบ

- Externalizing scale คือปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออก / ขาดการควบคุม มีพฤติกรรมเด็กกว่าวัย เกเร/ทำผิดกฎระเบียบ อยู่ไม่สุข / หุนหันพลันแล่น / พฤติกรรมก้าวร้าว
- Internalizing scale คือปัญหาพฤติกรรมแบบเก็บกด มีอารมณ์วิตกกังวล การเจ็บป่วยที่ตรวจไม่พบความผิดปกติทางร่างกาย อารมณ์ซึมเศร้า และปัญหาด้านความคิด
- Mixed scale คือ ปัญหาพฤติกรรมที่ไม่สามารถจัดอยู่ในปัญหาแบบ Externalizing หรือ Internalizing แต่รวมอยู่ใน syndrome scale ด้วยมีปัญหาทางสังคม ปัญหาด้านความคิด ปัญหาขาดสมาธิสนใจสิ่งใดได้ไม่นาน
- Others คือ พฤติกรรมอื่น ๆ มีปัญหาการขับถ่าย การกิน/ดื่มสิ่งที่ไม่ใช่อาหาร ปัญหาทางเพศ ปัญหาการพูด

2. แบบการอบรมเลี้ยงดู (Child rearing practice) หมายถึง การปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็กทั้งทางตรง และทางอ้อม ด้วยวาจา หรือการกระทำเป็นประจำ ในการอบรมเลี้ยงดูนั้น พ่อแม่มักใช้วิธีการผสมผสานระหว่าง 2 วิธีหรือมากกว่าโดยเลือกใช้ตามที่เห็นว่าเหมาะสมกับสภาพของครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาแบบการเลี้ยงดู 3 แบบที่ผู้ปกครองเด็กบกพร่องทางสติปัญญาใช้มากที่สุดคือ

2.1 การเลี้ยงดูแบบปกป้องคุ้มครอง หมายถึง การอบรมเลี้ยงดูโดยปกป้องคุ้มครองดูแลลูกมากเกินไป ไม่ให้ลูกได้รับความลำบากหรืออันตราย เอาใจใส่ดูแลไม่ให้คลาดสายตา คอยให้ความช่วยเหลือทุกอย่างจนลูกไม่รู้จักวิธีช่วยเหลือตนเอง ไม่รู้จักแก้ปัญหาด้วยตนเอง

2.2 การเลี้ยงดูแบบใช้อำนาจควบคุม หมายถึง การอบรมเลี้ยงดูโดยให้ลูกปฏิบัติตามที่พ่อแม่ต้องการ ลูกต้องทำตามแม้ว่าจะชอบหรือไม่ก็ตาม พ่อแม่จะกำหนดวิธีชีวิตให้ลูกไม่ให้ลูกอธิบายเหตุผล และใช้การลงโทษทางกายเมื่อทำผิด

2.3 การเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย หมายถึง การอบรมเลี้ยงดูโดยใช้ความรัก ความเอาใจใส่ ความเข้าใจ ให้การยอมรับยกย่อง ใช้เหตุผลกับลูก ให้ลูกรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติด้วยความยุติธรรม จัดประสบการณ์ต่างๆอย่างเหมาะสมกับพัฒนาการของลูก ให้โอกาสลูกใน

การทำกิจกรรมต่างๆโดยช่วยเหลือแนะนำตามความเหมาะสม ให้สิทธิในการตัดสินใจ และแก้ปัญหา ให้กำลังใจ และแนะแนวทางการดำเนินชีวิตในแต่ละวัย มีวิธีการลงโทษที่เหมาะสม ฝึกระเบียบวินัยอย่างสม่ำเสมอ ให้ลูกได้เรียนรู้ปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

3. เด็กบกพร่องทางสติปัญญาอายุ 6-11ปี (Mentally retarded children aged 6-11 years) หมายถึง เด็กที่มีระดับความสามารถทางปัญญา และพฤติกรรมการปรับตัวต่ำกว่าระดับปกติชัดเจน ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การศึกษาคั้งนี้ศึกษาในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาอายุ 6-11ปี ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลราชานุกูล ซึ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐที่เป็นศูนย์กลางจัดบริการบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาอย่างเป็นระบบ ทั้งให้การตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา ส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดบริการเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการวางแผน และฝึกทักษะตามลำดับพัฒนาการของแต่ละบุคคล จากการศึกษาเวชระเบียนของโรงพยาบาลราชานุกูลระหว่างวันที่ 23 ธันวาคม 2544 – 31 มกราคม 2545 พบจำนวนเด็กอายุ 6-11ปีทั้งเพศชาย และหญิงที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 133 คน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เด็กบกพร่องทางสติปัญญาที่มีคะแนนอยู่ในระดับมีปัญหา (Clinical range) ได้รับการประสานส่งต่อเพื่อดำเนินการวินิจฉัย และแก้ไขปัญหาดต่อไป
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์ วางแผนงานบริการเพื่อส่งเสริมป้องกันปัญหาทางจิตเวชในเด็กบกพร่องทางสติปัญญา
3. กระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงภาวะสุขภาพจิตในเด็กบกพร่องทางสติปัญญา และปัจจัยบางประการที่เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อไป
4. เป็นประโยชน์กับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับเด็กบกพร่องทางสติปัญญาในประเด็นอื่นๆต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

