

ปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการเรียนของนักเรียน ที่มีความต้องการพิเศษในโรงเรียนชุมชนวัดบางขัน 35 ราย

ปรีทัศน์ วาทิกทินกร พบ.* ปราณี ชาญณรงค์ วท.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์

เพื่อสำรวจปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาการเรียนของนักเรียนที่มีความต้องการพิเศษในโรงเรียนชุมชนวัดบางขัน 35 ราย

วิธีการศึกษา

1. กลุ่มประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนชุมชนวัดบางขัน ซึ่งครูประจำชั้นระบุว่ามีความต้องการพิเศษ จำนวน 35 ราย
2. นักจิตวิทยาคลินิกประเมินเชาวน์ปัญญาและความสามารถในการประสานระหว่างการมองเห็น และการเคลื่อนไหว โดยใช้แบบทดสอบ Progressive Matrices และ Visual Motor Integration (VMI)
3. สัมภาษณ์ทางจิตเวช นักเรียนและผู้ปกครองโดยจิตแพทย์เพื่อการวินิจฉัยเบื้องต้น (Provisional diagnosis)

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

นักเรียนที่มีความต้องการพิเศษที่มี IQ มากกว่า 90 (ร้อยละ 43) ที่สงสัยว่ามีปัญหาความบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning disorders) พบปัญหาอื่นร่วมด้วย เช่น ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ซึมเศร้า การใช้สารเสพติดในบิดาหรือมารดา ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูบุตร นักเรียนที่มี IQ 71-89 มีร้อยละ 37 เป็นเด็กที่เรียนรู้ช้า (Slow learners) มีลักษณะขาดความมั่นใจ ไม่กล้าแสดงออก พัฒนาการทางสังคมช้า และต้องการสิ่งกระตุ้นอย่างมากจึงจะเกิดการเรียนรู้ ส่วนนักเรียนที่มี IQ ต่ำกว่า 70 มีความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา คือ มีภาวะปัญญาอ่อน (Mental retardation) หรือพบความบกพร่องทางกาย มี 9 ราย (ร้อยละ 26)

เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัจจัยสำคัญซึ่งบั่นทอนความสามารถในการพัฒนาการเรียนรู้อย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ปกครอง ครู จิตแพทย์ และบุคลากรด้านอื่นๆ เช่น นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวช ในการให้ความช่วยเหลือแก้ไข นับตั้งแต่การเฝ้าระวัง การคัดกรองนักเรียนที่สงสัยว่ามีความบกพร่อง การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักจิตวิทยาในการเลี้ยงดูบุตร การพัฒนา

* สาขาจิตเวชศาสตร์ สถานวิทยาศาสตร์คลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

หลักสูตรวิธีการสอนซึ่งจะช่วยให้เด็กได้รับการช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทุกด้านของชีวิตสังคม ซึ่งจะทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ

ปัญหาสุขภาพจิต (Mental health problems) ปัญหาการเรียน (Academic problems) ปัญหาความบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning disorders) เด็กเรียนช้า (Slow learners) ปัญญาอ่อน (Mental retardation)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการที่ประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญปี 2540 ซึ่งให้อิทธิพลความเท่าเทียมกันโดยเฉพาะด้านการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ สนองรับนโยบายนี้ด้วยการจัดโครงการการศึกษาเด็กพิเศษเรียนร่วมกับเด็กปกติตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2542¹ เด็กการศึกษาพิเศษคือเด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือสติปัญญา แบ่งออกเป็น 10 หมวดตามคู่มือของสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ ฉะนั้นครูจึงควรมีความรู้และทักษะเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง จัดการและช่วยเหลือเด็กที่มีความต้องการพิเศษให้มีโอกาสเรียนร่วมกับเด็กปกติ ซึ่งจะช่วยให้เด็กเหล่านี้ได้อยู่ร่วมในสังคมอย่างมีความสุข ช่วยเหลือตัวเองและสังคมได้โดยไม่ต้องเป็นภาระของผู้อื่น และช่วยสร้างความรู้สึกให้เด็กปกติได้ช่วยเหลือและไม่รังเกียจเด็กที่มีความต้องการพิเศษ² นอกจากนั้นยังเป็นการแบ่งเบาภาระของผู้ปกครองในการจัดการศึกษาที่มีความเหมาะสมกับตัวเด็ก ด้วยเหตุนี้ทางโรงเรียนชุมชนวัดบางขัน อำเภอลำลูกเกด จังหวัดปทุมธานี ได้รับนโยบายดังกล่าวมาปฏิบัติ จัดให้มีครูการศึกษาพิเศษที่ได้รับการฝึกอบรมจากกระทรวงศึกษาธิการ แต่เนื่องจากครูการศึกษาพิเศษและครูประจำชั้นยังขาดทักษะความสามารถในการคัดแยก วิเคราะห์ว่าเด็กมีความบกพร่องมากน้อยเพียงใด และจัดอยู่ในความบกพร่องประเภทใด จึงขอความร่วมมือจิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิกของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย

ธรรมศาสตร์ ร่วมเป็นกรรมการในกระบวนการวิเคราะห์ ประเมินและให้การช่วยเหลือเด็กที่คณะครูประเมินว่ามีความบกพร่องประเภทต่างๆ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเห็นว่าเป็นส่วนหนึ่งของงานบริการทางการแพทย์เชิงรุกสู่ชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ในขอบข่ายของงานจิตเวชชุมชน ส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตโรงเรียนเพื่อสืบค้น และวินิจฉัยเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหาการศึกษาในระดับพื้นฐาน ซึ่งนอกจากจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางเศรษฐกิจแล้ว ยังมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมและปัญหาทางจิตเวช³ อีกทั้งเป็นโอกาสอันดีในการให้คำปรึกษาทางแนวทางการให้ความช่วยเหลือ สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่คณะครูและผู้บริหาร รวมถึงการวางแผนส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น ประชาสงเคราะห์จังหวัด ตามความเหมาะสมในแต่ละกรณี

วัตถุประสงค์

- เพื่อสำรวจปัญหาสุขภาพจิต โดยตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น คัดแยกความบกพร่องแบบต่างๆ
- ให้คำปรึกษาแก่คณะครู และผู้ปกครองของนักเรียน สร้างความเข้าใจในการดูแลเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนที่ถูกประเมินว่ามีความต้องการพิเศษ

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. นักเรียนโรงเรียนชุมชนวัดบางขัน 35 ราย อายุระหว่าง 5-15 ปี ซึ่งครูประจำชั้นหรือครูการศึกษา

พิเศษระบุว่าอาจมีความบกพร่องในด้านต่างๆ 10 หมวด ตามเกณฑ์ในคู่มือสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ โดยการสังเกตพฤติกรรมต่างๆ และพิจารณาจากผลการเรียน ซึ่งครูการศึกษาพิเศษยังขาดทักษะในการวิเคราะห์คัดแยกเพื่อจัดการศึกษาที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล

2. นักเรียนจะได้รับการทดสอบเชาว์ปัญญา (Intelligence Quotient, I.Q.) โดยใช้แบบทดสอบ Progressive Matrices และแบบทดสอบความสามารถในการประสานระหว่างการมองเห็นและการเคลื่อนไหว (Visual Motor Integration, VMI)⁴ พร้อมกันที่โรงเรียน โดยนักจิตวิทยาคลินิกจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

3. จิตแพทย์จากคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติสัมภาษณ์ทางจิตเวช นักเรียน และผู้ปกครองแบบผู้ป่วยนอกเป็นรายบุคคล

4. จิตแพทย์สรุปผลการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นจากข้อมูลการสัมภาษณ์นักเรียน . ผู้ปกครอง แบบสอบถามครู ผลการทดสอบทางจิตวิทยาคลินิก และการตรวจวินิจฉัยโรคฝ่ายภายในนักเรียนบางรายจากกุมารแพทย์ จักษุแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และอาจส่งทดสอบทางจิตวิทยาด้วยแบบทดสอบ Rorschach Ink-blot Test, Wechsler Intelligence Scale for Children Third Edition (WISC III) เพิ่มเติม

5. จัดการอภิปรายกลุ่มใหญ่ระหว่างครูประจำชั้น ผู้บริหารโรงเรียน ครูการศึกษาพิเศษ ศิษยานุเทศ์ จังหวัด นักจิตวิทยาคลินิก และจิตแพทย์ เพื่อให้คำปรึกษาเบื้องต้นและสร้างความรู้ความเข้าใจรวมถึงวางแผนทางการให้ความช่วยเหลือแก่นักเรียน หรือเพื่อส่งต่อไปยังศูนย์ที่ให้บริการพิเศษเฉพาะด้านที่เหมาะสมกับนักเรียนแต่ละราย

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แบ่งกลุ่มอายุ จำแนกตามเพศ

อายุ ปี - เดือน	ชาย	คิดเป็นร้อยละ	หญิง	คิดเป็นร้อยละ
ต่ำกว่า 7 ปี	2	6	—	—
7 ปี - 8 ปี 11 เดือน	4	11	1	3
9 ปี - 10 ปี 11 เดือน	6	17	3	9
11 ปี - 12 ปี 11 เดือน	12	34	4	11
13 ปี ขึ้นไป	1	3	2	6

N = 35

ตารางที่ 2 ค่าระดับเชาวน์ปัญญาวัดด้วยแบบทดสอบ Progressive Matrices
จำแนกตามเพศ

Intelligence Quotient	ชาย	คิดเป็นร้อยละ	หญิง	คิดเป็นร้อยละ
ต่ำกว่า 46 และไม่มีเครื่องมือละเอียดวัด	1	3	–	–
IQ ต่ำกว่า 49	1	3	–	–
IQ 50 – 70	2	6	1	3
IQ 71 – 89	8	23	4	11
IQ 90 – 109	11	31	5	14
เกิน 90 แต่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ไม่มีเครื่องมือละเอียดวัด	2	6	–	–
N = 35				

ตารางที่ 3 จำแนกความบกพร่องประเภทต่างๆ ตามคู่มือสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ

จำแนกความบกพร่องประเภทต่างๆ	จำนวน/ราย	คิดเป็นร้อยละ
1. เด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้	15	43
2. เด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม	8	23
3. เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว	5	14
4. เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (อย่างเดียว)	3	9
5. เด็กที่มีความบกพร่องทางการเห็น	2	6
6. เด็กสมาธิสั้น	1	3
7. เด็กที่มีความพิการซ้ำซ้อน	1	3
8. เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน	–	–
9. เด็กออทิสติก	–	–
10. เด็กปัญญาเลิศ	–	–
N = 35		

ตารางที่ 4 ความบกพร่องหรือโรคทางจิตเวช ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน⁵ (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition DSM IV) จำแนกตามเพศ

ความบกพร่องหรือโรคทางจิตเวช	ชาย	หญิง
1. Learning Disorders or Academic Skill Disorders	10	5
2. Borderline Intellectual Functioning	8	5
3. Mental Retardation	4	2
4. Elimination Disorder (enuresis)	3	-
5. Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorder	2	-

N = 35 แต่บางรายถูกวินิจฉัยหลายโรค

ตารางที่ 5 รายละเอียดในกลุ่ม Learning Disorders or Academic Skill Disorders ที่มีปัญหาอื่นๆ รวมด้วย จำแนกตามเพศ

จำแนกโรค	ชาย	หญิง
Learning Disorders or Academic Skill Disorders (อย่างเดียว)	4	3
Learning Disorders with relational problem (parent-child relational problem, sibling relational problem, relational problem with teacher)	4	1
Learning Disorders with mood or adjustment disorder (dysthymic disorder, adjustment disorder with depressed mood)	4	1
Learning Disorders with additional conditions (acculturation problem, identity problem)	2	1
Learning Disorders with problem related to abuse (physical abuse of child, neglect of child)	1	1
Learning Disorders with amphetamine abuse in the parent	1	1

* n=15 แต่บางรายมีมากกว่า 1 ปัญหา

ตารางที่ 6 รายละเอียดในกลุ่ม Borderline Intellectual Functioning ที่มีปัญหาอื่นๆ
ร่วมด้วย จำแนกตามเพศ

จำแนกโรค	ชาย	หญิง
Borderline Intellectual Functioning with physical problems	5	2
Borderline Intellectual Functioning with relational problem (parent-child relational problem, relational problem between the parents, relational problem with teacher)	4	-
Borderline Intellectual Functioning with mood or adjustment disorder (dysthymic disorder, adjustment disorder with depressed mood)	2	-
Borderline Intellectual Functioning with physical abuse of child	1	-
Borderline Intellectual Functioning with amphetamine abuse in the parent	1	-

* n=13 แต่บางรายมีมากกว่า 1 ปัญหา

ตารางที่ 7 รายละเอียดในกลุ่ม Mental Retardation ที่มีปัญหาอื่นๆ ร่วมด้วย
จำแนกตามเพศ

จำแนกโรค	ชาย	หญิง
Mental Retardation (อย่างเดียว)	1	2
Mental Retardation with		
- physical abuse of the child	1	-
- amphetamine abuse in the parent	1	-
- phase of life problem (death of parents)	1	-

* n=6

สรุปผลการศึกษา

นักเรียน 35 ราย มีความบกพร่องแบบต่างๆ
จำแนกตามคู่มือสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ
ได้ 7 ประเภท คือ ความบกพร่องทางการเห็น 2 ราย
ความบกพร่องทางสติปัญญา (ปัญญาอ่อน) 3 ราย
ความบกพร่องทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว 5 ราย

มีปัญหาคำการเรียนรู้ 15 ราย ปัญหาพฤติกรรม 8 ราย
สมาธิสั้น 1 ราย และมีความพิการซ้ำซ้อน 1 ราย

เมื่อจำแนกความบกพร่องตามคู่มือการวินิจฉัย
โรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (The Diagnostic
and Statistical Manual of Mental Disorders,
4th edition (DSM IV) พบว่ามีปัญหาความบกพร่อง

ในการเรียนรู้ (Learning disorders) 15 ราย (ร้อยละ 43) และในกลุ่มนี้ 8 ราย (ร้อยละ 20) มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งอาจเป็นเครื่องบั่นทอนความสามารถในการเรียนรู้ เช่น ภาวะอารมณ์เศร้า (depressed mood) นิสัยเก็บตัว ไม่กล้าแสดงออก และปัญหาครอบครัว เช่น ครอบครัวแตกแยก มีบิดาหรือมารดาเลี้ยงดูเพียงคนเดียว ครอบครัวมีปัญหาเศรษฐกิจ (ยากจน) มีภาวะความรุนแรงในครอบครัว เช่น ทำร้ายร่างกายเด็ก (Physical abuse) บิดาหรือมารดาใช้สารเสพติด (Amphetamine abuse) และเด็กบางรายมีปัญหาการปรับตัว เนื่องจากการย้ายที่อยู่ (Adjustment reaction from acculturation problem)

ผู้มีเชาวน์ปัญญาระดับ 71-84 (Borderline intellectual functioning) รวมถึงกลุ่มเด็กเรียนช้า (slow learners) ซึ่งเชาวน์ปัญญาอยู่ระดับ 71-89 พบ 13 ราย (ร้อยละ 37) เป็นเด็กที่มีลักษณะเรียนรู้ช้า และความสามารถในการปรับตัวทางสังคมช้า และในจำนวนนี้พบเด็กหญิง 2 ราย (ร้อยละ 6) อาจจัดเป็นเด็กปัญญาอ่อน โดยวินิจฉัยจากอาการทางคลินิก

กลุ่ม Mental retardation วินิจฉัยจากค่าคะแนนเชาวน์ปัญญาเพียงอย่างเดียว พบ 4 ราย (ร้อยละ 11)

กลุ่มเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม Attention-deficit and disruptive behavior disorders พบ 2 ราย โดย 1 รายเป็น Attention-deficit/hyperactivity disorder และอีก 1 รายเป็น Oppositional defiant disorder ปัญหาพฤติกรรมแบบอื่นๆ ที่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM IV ได้แก่ พฤติกรรมชอบดูไถอวัยวะเพศของตัวเอง (genitalia play), กัดเล็บ (nail biting), ไม่กล้าแสดงออก และเก็บตัว (shy and introvert), ไม่กระตือรือร้นที่จะเรียนรู้ (passive learner) และขาดความมั่นใจในตัวเอง (low self confident)

กลุ่มที่มีการขับถ่ายที่ผิดปกติ (Elimination disorder) พบ 3 ราย (ร้อยละ 9) ทั้งหมดมีอาการปัสสาวะรดที่นอนหรือรดกางเกงทุกวัน (enuresis)

และมีภาวะปัญญาอ่อนร่วมอยู่ด้วย

นักเรียนเหล่านี้บางรายมีโรคทางร่างกาย เช่น โรคลมชัก (Epilepsy/convulsive disorder) พบ 2 ราย (ร้อยละ 6) กล้ามเนื้อแขนขาลีบ และเป็นอัมพาตครึ่งซีก (hemiparesis and muscular dystrophy) มาแต่กำเนิด หรือหลังจากได้รับอุบัติเหตุ 3 ราย (ร้อยละ 9) โรคลมสมองพิการ (Cerebral palsy) 1 ราย (ร้อยละ 3) ซึ่งรายนี้มีภาวะปัญญาอ่อนและปัญหาครอบครัว เนื่องจากบิดามารดาเสียชีวิตทั้งหมด ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีญาติดูแล แต่ขัดสนด้านเศรษฐกิจ จึงถูกส่งตัวไปให้กรมประชาสงเคราะห์รับไว้ดูแลต่อไป

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา และอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา นี้ ได้แก่ ทางโรงเรียนยังขาดครูการศึกษาพิเศษที่จะรองรับการเรียนการสอน เด็กที่มีความบกพร่องแบบต่างๆ โดยครูการศึกษาพิเศษเหล่านี้จะต้องได้รับการฝึกอบรมให้เข้าใจความบกพร่องแบบต่างๆ เป็นอย่างดี และสามารถคัดแยกเด็กที่สงสัยว่าจะมีความต้องการพิเศษแบบต่างๆ ออกมาได้เป็นเบื้องต้น โดยจะต้องประสานงานกับครูประจำชั้น ครูแนะแนวซึ่งมีความรู้ทางด้านจิตวิทยาการศึกษา นักจิตวิทยาคลินิก ซึ่งจะช่วยในการตรวจวัดเชาวน์ปัญญา และใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อช่วยในการประเมินความบกพร่องทางสติปัญญา การเรียนรู้ ภาวะอารมณ์จิตใจของเด็ก และยังสามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ปกครองในเรื่องที่เกี่ยวกับการเลี้ยงดู การเฝ้าระวังหรือประสานในการส่งต่อไปยังสถานที่ให้ความช่วยเหลือต่างๆ เช่น โรงพยาบาล หรือสถานเอนกนันทน์ในเขตรับผิดชอบประชาสงเคราะห์จังหวัด สำนักงานการประถมศึกษา องค์การพัฒนาเอกชน หรือมูลนิธิต่างๆ สำหรับการศึกษารั้วนี้ พบว่าครูที่ทำหน้าที่ด้านการศึกษาพิเศษยังไม่มีศักยภาพเพียงพอที่จะทำงานดังกล่าว ทำให้เกิดอุปสรรคในการทำงานหลายประการ จึงต้องอาศัยนักจิตวิทยาและจิตแพทย์จากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์

เฉลิมพระเกียรติเข้าไปอบรมให้ความรู้ และสร้างความเข้าใจเบื้องต้นแก่ครูการศึกษาพิเศษและครูประจำชั้น ซึ่งก็ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

ขณะเดียวกัน ทางโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติก็ยังขาดความพร้อมในด้านบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยาคลินิกสำหรับเด็ก นักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวช ซึ่งจะเข้าไปมีส่วนช่วยในการตรวจวินิจฉัยและประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ อีกทั้งขาดเครื่องมือสำหรับตรวจวัดเชาวน์ปัญญาของเด็กวัยก่อนเรียนแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉพาะด้าน (Achievement test) จึงทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยที่ชัดเจนลงไปรายละเอียดได้ ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ระบบการส่งต่อสำหรับเด็กที่มีความต้องการในการบำบัดรักษาเฉพาะด้าน เช่น เด็กที่กำลังขาดผู้ปกครองดูแล เด็กที่ครอบครัวมีฐานะยากจนอย่างมาก เด็กที่มีความบกพร่องทางกายหรือพิการอย่างรุนแรงยังขาดผู้คอยประสานงานอย่างใกล้ชิด (Intensive Case Manager) ซึ่งทำหน้าที่คอยประสานงาน ติดตามผลแบบประเมินสภาพของเด็ก และครอบครัวเพื่อให้เด็กได้รับการช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง และยังไม่มียุทธศาสตร์รองรับว่ามีผู้รับผิดชอบสำหรับค่าใช้จ่าย ที่เกิดการดูแลรักษาพยาบาลแต่ละครั้ง ที่ผ่านมาการประสานงานขอความร่วมมือเป็นรายๆ จึงมีความล่าช้าเป็นอย่างมาก ซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียต่อตัวเด็กในการติดตามการรักษา และให้ความช่วยเหลือได้ทันเวลาที่

ปัญหาเหล่านี้ จะสามารถแก้ไขได้ต้องอาศัยความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์ บิดามารดา หรือผู้ปกครองและครู โดยอาศัยวิธีการที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงขึ้นอยู่กับปัญหา การจัดการศึกษาพิเศษตามนโยบายของสำนักงานประถมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหา หากแต่นโยบายดังกล่าวมุ่งเน้นที่การแก้ไขปัญหเฉพาะจุดมุ่งเน้นที่จะรักษาเฉพาะโรค โดยไม่สนองตอบต่อความต้องการของเด็กกลุ่มใหญ่ ซึ่งปัญหามี

ความซับซ้อนมากกว่านั้น มิได้เป็นการรักษาแบบองค์รวม จึงทำให้ขาดมาตรการรองรับสำหรับกลุ่มเด็กที่เรียนช้า (slow learners) หรือเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาครอบครัวไม่สมบูรณ์ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ การให้ความช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาดังๆ เหล่านี้ก็ทำได้ยาก เนื่องจากสาเหตุหลายประการ อาทิเช่น เจตคติของผู้ปกครองในการมารับบริการตรวจวินิจฉัยและให้คำปรึกษาสุขภาพจิต ซึ่งยังไม่เป็นที่ยอมรับกันในวงกว้าง อีกทั้งปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาระบบการศึกษาและหลักสูตรการเรียนการสอน ปัญหาส่วนตัวของผู้ปกครองหรือครูผู้สอน และความสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่าย รวมถึงศักยภาพของบุคลากรระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตราค่าจ้างคนที่จะมาทำงานทางด้านนี้จริงจัง

สรุป

เด็กที่มีความต้องการพิเศษ ส่วนหนึ่งมีปัญหาด้านสุขภาพจิต อันเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ซึ่งบั่นทอนความสามารถในการพัฒนาการด้านการเรียนรู้ เด็กที่ได้รับการตรวจวัดทางเชาวน์ปัญญาแล้วพบว่ามี IQ มากกว่า 90 (ร้อยละ 43) พบมีปัญหาด้านบกพร่องในการเรียนรู้ (Learning disorders) ปัญหาพฤติกรรม และปัญหาอื่นร่วมด้วย เช่น อารมณ์ซึมเศร้า ปัญหาครอบครัวแตกแยก หรือถูกเลี้ยงดูโดยบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เช่น การทำร้ายร่างกายและปัญหาการติดสารเสพติดของผู้ปกครอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งแอมเฟตามีน (Amphetamine) นอกเหนือจากนั้นคือ ปัญหาที่พบได้ทั่วไปได้แก่ ความยากจน บิดาและมารดาขาดการศึกษาและขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักจิตวิทยาในการเลี้ยงดูเด็ก ส่วนเด็กที่มีสติปัญญาดำกว่าปกติแต่ยังไม่ถึงขั้นปัญญาอ่อน ซึ่งเป็นเด็กเรียนรู้ช้า (slow learners) (ร้อยละ 37) มีลักษณะเป็นเด็กขาดความมั่นใจ ไม่กล้าแสดงออก มีพัฒนาการทางสังคมช้า และต้องมีสิ่งกระตุ้นอย่างมากจึงจะเกิดการเรียนรู้ ส่วนเด็กซึ่งมีความบกพร่อง

ทางเขาวนปัญญา (ปัญญาอ่อน) หรือมีความบกพร่องทางกายแบบต่างๆ นั้น มีเพียง 9 ราย (ร้อยละ 26) ในการให้ความช่วยเหลือเด็กเหล่านั้นนอกเหนือไปจากการจัดการศึกษาพิเศษ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ปกครอง ครู จิตแพทย์และบุคลากรด้านอื่นๆ เช่น นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวช ในการให้ความช่วยเหลือและแก้ไขนับตั้งแต่การเฝ้าระวัง การคัดกรองเด็กที่สงสัยว่าจะมีความบกพร่อง การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลัก

จิตวิทยาในการเลี้ยงดูบุตร การพัฒนาคุณภาพหลักสูตรวิธีการสอน และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ปกครองเพื่อส่งเสริมเจตคติที่ดีในการมารับบริการทางสุขภาพจิต และการทำงานร่วมกันเป็นทีมในชุมชน จะช่วยให้เด็กได้รับการช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทุกด้านของชีวจิตสังคม (Biopsychosocial Treatment) อันจะทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาที่ดี อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาสุขภาพจิตและส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, “สิทธิและหน้าที่ทางการศึกษา” ใน; พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ : บริษัท กราฟฟิค จำกัด, 2542 : 7.
2. หน่วยงานนิเทศก์ สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดปทุมธานี. การจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษในโรงเรียนประถมศึกษา. เอกสารเผยแพร่ภายนอก, 2542.
3. กวี สุวรรณกิจ, วจินทร์ โรหิตสุข, สุธีรา ภัทรายุทธวรรณ์ และคณะ. ปัญหาการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542; 44 (1) : 55-64.
4. ปราณี ชาญณรงค์. คู่มือการใช้และการให้คะแนนแบบทดสอบ The VMI. สถาบันวิทยาศาสตร์คลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ฉบับปรับปรุง, 2543.
5. ปราโมช สุขณิชย์, มาโนช หล่อตระกูล. DSMIV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10) พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539.
6. ศันสนีย์ ฉัตรคุปต์. “ประเภทและลักษณะของความบกพร่องในการเรียนรู้”. ใน : ความบกพร่องในการเรียนรู้ หรือ แอลดี : ปัญหาการเรียนรู้อย่างแก้ไขได้. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2543 : 25-35.
7. วินัดดา ปิยะศิลป์. “ปัญหาด้านการเรียนในเด็ก” ใน : จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. วันเพ็ญ บุญประกอบ, อัมพล สุอำพัน, นงพงา ลิ้มสุวรรณ, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2538 : 263-277.

Mental Health Problems and Academic Problems of 35 Students with Special Need in Wat Bangkhan Primary School, Patumthani

Paritat Watiktinkorn, M.D.* Pranee Channarong, M.Sc.*

ABSTRACT

Objective – To survey mental health problems and academic problems of 35 primary school students that were suspected to deserve special education.

– To provide counselling, knowledge and promote understanding, good practice in child rearing to local school teachers and the parents.

Method – Target population was selected by the school teachers according to behavioral or learning problems.

– All of them were measured Intelligence Quotient by means of Progressive Matrices and Visual Motor Integration by clinical psychologist.

– The subjects and their parents were in depth psychiatric interviewed by psychiatrist.

Result and Suggestion

The students with IQ more than 90 were found to be 43%. They were suspected to have learning disorders unless most of them also had behavioral or emotional problems such as depression, family problems especially violence, substance (amphetamine) abuse and lack of child rearing skill. The slow learners, 37%, were more likely to be found in students who had the characteristic of low self confident, introvert, lack of social skill, 26% of students were categorized as mental retarded with or without physical problems.

There should be a multidisciplinary team to categorize, make final diagnosis and provide psychosocial intervention to these groups of students. The correlation between academic and mental health problems should also be further studied.

Key Words Mental health problems, Academic problems, Learning disorders, Slow learners, Mental retardation.

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Thammasat University