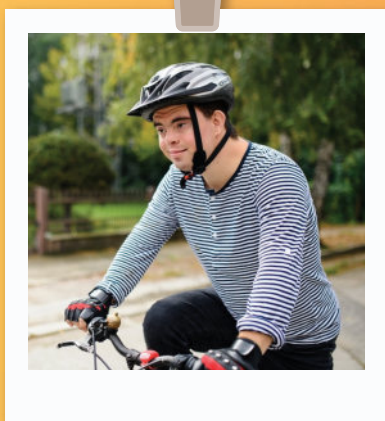


# การสอนและช่วยเหลือ บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และเรียนรู้ช้า

ปรับปรุงครั้งที่ 3



บุวดี วิริยางกูร  
กุลยา ก่อสุวรรณ  
วริทธิ์ จินตนาโชติ



สมาคมครูการศึกษาพิเศษไทย



ครูพิเศษ สอนเด็กพิเศษ



# หนังสือแนะนำ

## แหล่งข้อมูลสำหรับครูพิเศษ



### ครูพิเศษสอนเด็กพิเศษ : ความรู้พื้นฐานทางการศึกษาพิเศษ

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการศึกษาพิเศษ ลักษณะและการสอนนักเรียนที่มีความต้องการพิเศษ 9 ประเภท

ผู้เขียน ยุวดี วิริยางกูร และกุลยา ก่อสุวรรณ  
ขนาด 200 x 260 มม. จำนวนหน้า 350 หน้า  
พิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2569 ราคาปก 495 บาท



### ครูพิเศษสอนเด็กแอลดี

ลักษณะและเทคนิคการสอนนักเรียนที่มีภาวะแอลดี

ผู้เขียน ยุวดี วิริยางกูร วิมล เก้าวัลย์ และภทรา นานพั้ง  
ขนาด 200 x 260 มม. 272 หน้า  
พิมพ์ปีพ.ศ. 2568  
ราคาปก 395 บาท



### ครูพิเศษในห้องเรียนรวม

การสอนเรื่องวิชาการและการจัดการพฤติกรรมของนักเรียนในห้องเรียนรวม

ผู้เขียน ยุวดี วิริยางกูร วิมล เก้าวัลย์ และภทรา นานพั้ง  
ขนาด 200 x 260 มม. 267 หน้า  
พิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2567  
ราคาปก 395 บาท



### การสอนและช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและเรียนรู้ช้า

ลักษณะและวิธีการสอนคนที่เรียนรู้ช้า

ผู้เขียน ยุวดี วิริยางกูร กุลยา ก่อสุวรรณ และวริทธิ์ จินตนาโชติ  
ขนาด 200 x 260 มม. 258 หน้า  
พิมพ์ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2566  
ราคาปก 295 บาท



### การจัดการพฤติกรรมสำหรับครูการศึกษาพิเศษ

วิธีการจัดการพฤติกรรมของเด็กพิเศษ 9 ประเภท

ผู้เขียน ยุวดี วิริยางกูร ภทรา นานพั้ง และวนิดา สีนเบญจพวงค์  
ขนาด 210 x 280 มม. 273 หน้า  
พิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2563  
ราคาปก 330 บาท

### ออทิสติก สอนไม่ยาก หากเข้าใจ



ลักษณะ วิธีการสอน สื่อการสอนสำหรับบุคคลออทิสติก

ผู้เขียน กุลยา ก่อสุวรรณ ยุวดี วิริยางกูร  
ขนาด 146 x 210 มม. 232 หน้า  
พิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2562  
ราคาปก 325 บาท

แบบฟอร์ม  
สั่งซื้อหนังสือ

สมาชิก รับส่วนลด 20%  
มาเป็นครูพิเศษด้วยกัน



# การสอนและช่วยเหลือบุคคล ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และเรียนรู้ช้า (ปรับปรุงครั้งที่ 3)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี วิริยางกูร  
รองศาสตราจารย์ ดร.กุลยา ก่อสุวรรณ  
นายแพทย์วิริทธิ์ จินตนาโชติ

สมาคมครูการศึกษาพิเศษไทย



ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

ISBN : 978-616-604-663-2

การสอนและช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและเรียนรู้ช้า

ปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ.2566 จำนวน 100 เล่ม

จัดพิมพ์โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี วิริยางกูร

โทร. (089) 797-5233; อีเมลล์ yuwadeev@hotmail.com

พิมพ์ที่ หจก.สารกวีการพิมพ์ 11 หมู่ 5 ต.ยางเนิ้ง อ.สารกวี จ.เชียงใหม่ 50140

# คำนำ

หนังสือเล่มนี้เป็นการปรับปรุงเนื้อหาในหนังสือเรื่อง “การสอนและช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและเรียนรู้ช้า” เขียนโดยรองศาสตราจารย์ ดร.กุลยา ก่อสุวรรณ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี วิริยางกูร ตีพิมพ์ในปี.ศ.2561 และนำองค์ความรู้ในปัจจุบันมาเพิ่มเติมในหนังสือเล่มนี้ เพื่อให้ให้นักการศึกษาชาวไทยได้รับความรู้เรื่องการศึกษาพิเศษมากขึ้น

ในมุมมองของผู้เขียน ความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุดในวงการการศึกษาพิเศษของประเทศสหรัฐอเมริกาในเวลา 10 ปีที่ผ่านมา คือ รัฐบาลและนักวิชาการพยายามผลักดันให้ครูผู้สอนเลือกใช้ “เทคนิคการสอนที่มีหลักฐานรองรับ (Evidence-Based Practices หรือ EBPs) เพื่อให้มั่นใจว่า บุคคลที่มีความต้องการพิเศษจะได้เรียนรู้เต็มศักยภาพของตัวเอง ผู้เขียนจึงเพิ่ม “บทที่ 13 เทคนิคการสอน” เพื่อให้ครูผู้สอนในประเทศไทยเลือกใช้เทคนิคการสอนที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้นักเรียนที่มีความต้องการพิเศษเรียนรู้ได้ขึ้น ครูสอนได้ง่ายขึ้น และครูสอนอย่างมีความสุข

รศ.ดร.กุลยา ก่อสุวรรณ เป็นนักการศึกษาพิเศษที่เขียนหนังสือและตำรามากที่สุดคนหนึ่งในประเทศไทย อาจารย์เคยเปรยให้คนใกล้ชิดฟังว่า วงการการศึกษาพิเศษในประเทศไทยมีหนังสือและตำราค่อนข้างน้อย ทำให้บุคลากรทางการศึกษาและผู้สนใจไม่สามารถค้นคว้าหาความรู้ได้มากนัก อาจารย์จึงตั้งใจนำความรู้ด้านการศึกษาพิเศษในต่างประเทศมาเผยแพร่ในรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย อาจารย์เชื่อว่า เมื่อครู บุคลากรวิชาชีพ และผู้ปกครองสามารถศึกษาหาความรู้ด้วยตัวเองมากขึ้น ผู้ที่สอนและดูแลบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะมีความรู้ความเข้าใจในภาวะนี้มากขึ้น ส่งผลให้บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทยได้รับการศึกษาที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขมากขึ้น ผู้เขียนจึงขอสานต่อความตั้งใจของอาจารย์ในการเผยแพร่ความรู้ด้านการศึกษาพิเศษต่อไป

บุญกุศลใดที่เกิดจากการเผยแพร่หนังสือเล่มนี้ ขออุทิศแด่ รศ.ดร.กุลยา ก่อสุวรรณ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาด้านการศึกษาพิเศษให้แก่ผู้เขียน อีกทั้งยังอุทิศกายและใจในการพัฒนางานวงการการศึกษาพิเศษในประเทศไทย จนอาจารย์ได้รับสมญานามว่าเป็น กุหลาบงามแห่งวงการการศึกษาพิเศษ ขอดวงวิญญาณของอาจารย์มีความเจริญในธรรมขณะที่กำลังเสวยผลบุญที่อาจารย์ได้สะสมไว้ จนได้เห็นแจ้งในธรรมตามที่อาจารย์ตั้งใจ

รักและอาลัยยิ่ง

ยุวดี วิริยางกูร

# สารบัญ

	หน้า
<b>บทที่ 1 ประวัติและเจตคติของสังคม</b>	<b>1</b>
ประวัติของความบกพร่องทางสติปัญญาในต่างประเทศ	2
ประวัติของความบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทย	9
เจตคติของสังคมที่มีต่อบุคคลบกพร่องทางสติปัญญา	13
สรุปท้ายบท	17
แบบฝึกหัดท้ายบทที่ 1	17
<b>บทที่ 2 นิยาม การแบ่งระดับ และลักษณะ</b>	<b>18</b>
นิยามของความบกพร่องทางสติปัญญา	19
การแบ่งระดับของความบกพร่องทางสติปัญญาในอดีต	24
การแบ่งระดับของความบกพร่องทางสติปัญญาในปัจจุบัน	26
ลักษณะของบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาตามระดับความรุนแรง	30
สรุปท้ายบท	31
แบบฝึกหัดท้ายบทที่ 2	32
<b>บทที่ 3 ที่มาของชื่อ สาเหตุ และการป้องกัน</b>	<b>33</b>
ที่มาของชื่อความบกพร่องทางสติปัญญา	33
สาเหตุของความบกพร่องทางสติปัญญา เมื่อแบ่งตามต้นเหตุของความบกพร่อง	34
สาเหตุของความบกพร่องทางสติปัญญา เมื่อแบ่งตามเวลาที่เกิดความบกพร่อง	43
การป้องกันความบกพร่องทางสติปัญญา	46
สรุปท้ายบท	48
แบบฝึกหัดท้ายบทที่ 3	48
<b>บทที่ 4 ความบกพร่องทางสติปัญญาที่ควรรู้จัก</b>	<b>49</b>
กลุ่มอาการดาวน์	49
กลุ่มอาการฟราเจิลเอ็กซ์	54
ภาวะสมองบวมน้ำ	56
ภาวะศีรษะเล็ก	58
ภาวะฟีเคยู	59
กลุ่มอาการผิดปกติของทารกจากการดื่มแอลกอฮอล์ของแม่ขณะตั้งครรภ์	60

**บทที่ 4 ความบกพร่องทางสติปัญญาที่ควรรู้จัก (ต่อ)**

กลุ่มอาการทารกถูกเขย่า	62
ภาวะสไปน่า ไบฟีดา	65
สรุบท้ายบท	67
แบบฝึกหัดท้ายบทที่ 4	67

**บทที่ 5 การประเมินบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา**

**68**

การประเมินเพื่อคัดกรอง	69
การประเมินเพื่อวินิจฉัย	74
การประเมินเพื่อวางแผนช่วยเหลือ	84
การประเมินความก้าวหน้าทางการศึกษา	87
สรุบท้ายบท	93
แบบฝึกหัดท้ายบทที่ 5	93

**บทที่ 6 บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย**

**94**

นิยามของความบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย	94
ลักษณะของบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย	95
ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย	102
การศึกษาสำหรับเด็กบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย	104
สรุบท้ายบท	107
แบบฝึกหัดท้ายบทที่ 6	108

**บทที่ 7 บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง**

**109**

นิยามของความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง	109
สิ่งแวดล้อมและบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง	111
ลักษณะของบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง	112
การจัดการพฤติกรรม	115
ความช่วยเหลือด้านการสื่อสาร	118
บริการทางการศึกษา	121
ความช่วยเหลือทางการแพทย์	124
คุณภาพชีวิต	128
สรุบท้ายบท	129
แบบฝึกหัดท้ายบทที่ 7	130

<b>บทที่ 8 เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา</b>	<b>131</b>
ลักษณะของเด็กเล็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา	132
การช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม	133
การทำงานร่วมกับผู้ปกครอง	139
ตัวอย่างโปรแกรมช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม	141
สรุปท้ายบท	149
แบบฝึกหัดท้ายบทที่ 8	149
<b>บทที่ 9 ผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา</b>	<b>150</b>
ความแตกต่างระหว่างชีวิตในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่	151
ปัจจัยที่ส่งผลต่อชีวิตในวัยผู้ใหญ่	154
ความช่วยเหลือสำหรับผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา	158
สรุปท้ายบท	167
แบบฝึกหัดท้ายบทที่ 9	167
<b>บทที่ 10 บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาในชั้นเรียน</b>	<b>168</b>
สิทธิทางการศึกษาของบุคคลที่มีความต้องการพิเศษ	168
การจัดการศึกษาสำหรับบุคคลบกพร่องทางสติปัญญา	173
หลักสูตรการศึกษาสำหรับบุคคลบกพร่องทางสติปัญญา	179
สรุปท้ายบท	183
แบบฝึกหัดท้ายบทที่ 10	183
<b>บทที่ 11 บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาในชุมชน</b>	<b>184</b>
การดำรงชีวิตอย่างอิสระ	186
การสอนทักษะในชุมชน	189
การทำงาน	191
การเปลี่ยนผ่านจากวัยเรียนสู่ชีวิตในชุมชน	194
แหล่งความช่วยเหลือในชุมชน	199
สรุปท้ายบท	201
แบบฝึกหัดท้ายบทที่ 11	201
<b>บทที่ 12 หลักการสอนบุคคลบกพร่องทางสติปัญญา</b>	<b>202</b>
เจตคติของครู	203
สภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้	204

**บทที่ 12 หลักการสอนบุคคลบกพร่องทางสติปัญญา (ต่อ)**

ความสามารถปัจจุบันและเป้าหมายที่เหมาะสม	205
หลักการสอน	206
สื่อการสอน	212
สรุปท้ายบท	214
แบบฝึกหัดท้ายบทที่ 12	214

**บทที่ 13 เทคนิคการสอน****215**

การวิเคราะห์งาน	216
การแต่งพฤติกรรม	217
การสอนแบบลูกโซ่	218
การสอนตรง	218
การใช้ตัวแบบ	220
เพื่อนช่วยสอน	220
การกระตุ้นเตือนและการลดความช่วยเหลือ	221
การกระตุ้นเตือนล่าช้า	222
การสอนที่ไม่ปล่อยให้ทำผิด	223
สรุปท้ายบท	225
แบบฝึกหัดท้ายบทที่ 13	225

**บทที่ 14 เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก****226**

นิยามของเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก	227
ระดับของเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก	227
ประเภทของเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก	228
ประโยชน์ของเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก	233
อุปสรรคในการใช้เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก	234
ปัจจัยที่ควรคำนึงถึงในการเลือกเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก	235
การปรับใช้เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับบุคคลบกพร่องทางสติปัญญา	236
สรุปท้ายบท	237
แบบฝึกหัดท้ายบทที่ 14	237

**เฉลย****238****บรรณานุกรม****258**



# บทที่ 1

## ประวัติและเจตคติของสังคม

ความบกพร่องทางสติปัญญาเป็นภาวะที่สมองบางส่วนถูกทำลายหรือทำงานได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีพัฒนาการและความสามารถด้านต่าง ๆ ล่าช้ากว่าคนวัยเดียวกัน บางคนอาจมีพัฒนาการล่าช้าเพียงเล็กน้อย จึงมีความสามารถหลายด้านใกล้เคียงกับเพื่อนวัยเดียวกัน ในขณะที่บางคนมีพัฒนาการล่าช้าอย่างมากในทุกด้าน ความแตกต่างจึงเห็นได้ชัดเจนตั้งแต่เล็ก ไม่ว่าประเทศใด เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม และความเชื่อแตกต่างกันอย่างไร อัตราการเกิดความบกพร่องทางสติปัญญาในแต่ละชุมชนกลับใกล้เคียงกัน



ภาพ 1.1 ภาพวาดทารกในกลุ่มอาการดาวน์  
ในยุคเรเนซองส์ (Renaissance)  
ที่มา : <http://caslater.freesevers.com/disability3.htm>

ถึงแม้ความบกพร่องทางสติปัญญาจะเกิดมาพร้อมกับมนุษย์ในโลกนี้ (ภาพ 1.1) แต่เจตคติที่ผู้คนในแต่ละยุคสมัยมีต่อภาวะนี้กลับเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา เนื่องจากคนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะนี้มากขึ้น เนื้อหาในบทนี้กล่าวถึงประวัติของความบกพร่องทางสติปัญญาทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ซึ่งสะท้อนถึงเจตคติของสังคมที่มีต่อบุคคลบกพร่องทางสติปัญญา เพื่อให้ผู้อ่านทราบถึงความเป็นมาในอดีตและเข้าใจที่มาของสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน

### เนื้อหาในบทนี้

1. ประวัติของความบกพร่องทางสติปัญญาในต่างประเทศ
2. ประวัติของความบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทย
3. เจตคติของสังคมที่มีต่อความบกพร่องทางสติปัญญา

## ประวัติของความบกพร่องทางสติปัญญาในต่างประเทศ

นักโบราณคดีค้นพบหลักฐานว่าความบกพร่องทางสติปัญญาอุบัติขึ้นบนโลกตั้งแต่หลายพันปีก่อน (ภาพ 1.2) เช่น บันทึกลงในยุคมะโสโปเตเมียเกี่ยวกับลักษณะของบุคคลที่มีภาวะสมองบวมน้ำ (Hydrocephalus) และบุคคลที่มีภาวะศีรษะเล็ก (Microcephaly) ระหว่างปี 1700-560 ก่อนคริสตกาล อีกทั้งบันทึกเกี่ยวกับบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาบนกระดาษปาปิรุสในปี 1552 ก่อนคริสตกาลในสมัยอียิปต์ หรือแม้กระทั่งหลักฐานอื่น ๆ ในยุคกรีกและยุคโรมัน (Scheerenberger, 1983) แต่ในยุคนั้น ความบกพร่องทางสติปัญญามักถูกเหมารวมไปกับความบกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว ความบกพร่องทางการเห็น ความบกพร่องทางการได้ยิน ความบกพร่องทางการพูดและภาษา หรือแม้กระทั่งโรคทางจิต หลักฐานทางประวัติศาสตร์จึงไม่ได้รับรู้ถึงบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเพียงภาวะเดียว (MacMillan, 1977)



ภาพ 1.2 รูปปั้นผู้ใหญ่ที่ภรรยา และลูกต้องคอยดูแล

ที่มา: <http://caslater.freesevers.com/ancient.htm>

ยุคก่อนคริสตกาลจนถึงปีค.ศ. 1600 บุคคลที่แตกต่างจากคนส่วนใหญ่ถูกเรียกรวม ๆ ว่า “คนโง่ (Natural Fools)” หรือ “ปัญญาอ่อน (Idiots)” ต่อมา คำศัพท์ที่ใช้เรียกบุคคลเหล่านี้มีเพิ่มมากขึ้น เช่น Morons, Imbecile, Feeble-Minded ซึ่งแปลว่าคนโง่ ปัญญาอ่อน หรือสมองเสียหาย ในบางสังคม บุคคลเหล่านี้ถูกมองว่าเป็นปีศาจหรือถูกพระเจ้าลงโทษ บางคนถูกนำไปใช้สร้างความบันเทิงให้แก่คนชั้นสูงในสังคม เช่น เป็นตลกหลวงในพระราชวัง (Mutua, Siders, & Bakken, 2011; Thompson & Wehmeyer, 2008) จึงเห็นได้ว่าบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาในยุคนั้นไม่มีประโยชน์ต่อสังคมมากนัก และผู้คนในสังคมมีเจตคติทางลบต่อบุคคลเหล่านี้

ระหว่างปีค.ศ. 1600-1700 นักวิทยาศาสตร์และบุคลากรทางการแพทย์สามารถเชื่อมโยงความบกพร่องทางสติปัญญาเข้ากับสาเหตุทางการแพทย์ได้ เช่น ขนาดกะโหลกศีรษะที่เล็กหรือใหญ่เกินไป โรคลมบ้าหมู เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นสาเหตุให้บุคคลเหล่านั้นมีพฤติกรรมและการรู้คิดแตกต่างจากคนทั่วไป อีกทั้งยังมีการผ่าตัดสมองเพื่อค้นหาสาเหตุของความบกพร่องทางสติปัญญาด้วย วิทยาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้ามากขึ้นทำให้คนส่วนใหญ่ในสังคมเชื่อว่าความบกพร่องทางสติปัญญาเกิดจากปัจจัยทางชีวภาพเท่านั้น และภาวะนี้จะหายได้ด้วยวิธีการรักษาทางการแพทย์เท่านั้น ดังนั้น การดูแลบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาในยุคนั้นจึงไม่เน้นด้านการสอน

จอห์น ล็อก (John Locke: 1632-1704) แพทย์ชาวอังกฤษที่ค้นคว้าหาความรู้ด้านปรัชญาอย่างจริงจังเป็นผู้บุกเบิกแนวคิดที่ว่า “บุคคลบกร่องทางสติปัญญาสามารถเรียนรู้ได้” ล็อกกล่าวว่า ทารกทุกคนเปรียบเสมือนผ้าขาวที่คนรอบข้างช่วยกันเติมสีต่าง ๆ ระหว่างที่เขาเติบโตขึ้นมา เด็กจึงเรียนรู้และได้รับอิทธิพลจากคนรอบข้าง นอกจากนี้ ล็อกยังอธิบายความแตกต่างระหว่างความบกร่องทางสติปัญญา (คนที่มีความปัญหาในการเรียนรู้และประมวลความรู้) และโรคทางจิต (คนที่รับรู้สิ่งต่าง ๆ ในโลกผิดเพี้ยนไปจากความเป็นจริง; Mutua et al., 2011) ต่อมา ซ็อง จาคส์ รูสโซ (Jean Jacques Rousseau: 1712-1778) นักปรัชญาชาวสวิสได้สานต่อแนวคิดของล็อกด้วยการชี้ให้เห็นว่าประสาทสัมผัสเป็นศูนย์กลางของการรับรู้ข้อมูลของมนุษย์ บุคคลบกร่องทางสติปัญญาจึงสามารถเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ด้วยการใช้ประสาทสัมผัสเช่นเดียวกับคนทั่วไป

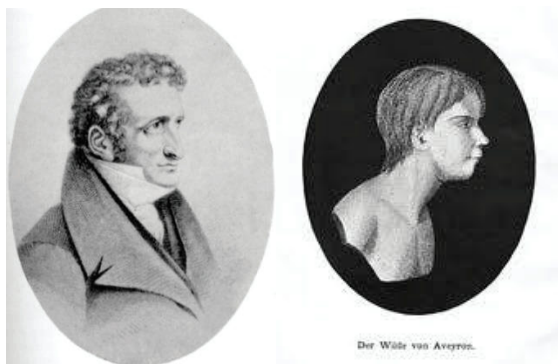
แนวคิดของปราชญ์ทางการศึกษาทั้งสองท่านนี้ไม่ได้รับความนิยม เพราะสังคมในยุคนั้นยังคงมองว่าความบกร่องทางสติปัญญาเป็นโรคชนิดหนึ่งที่แพทย์ยังไม่พบวิธีการรักษา สังคมจึงคิดว่าบุคคลเหล่านี้ไม่สามารถพัฒนาได้ ส่งผลให้การดูแลบุคคลที่มีความบกร่องทางสติปัญญาเน้นการกักกันให้บุคคลเหล่านี้อยู่ห่างจากคนส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม แนวคิดของล็อกและรูสโซก็มีคุณูปการต่อวงการการศึกษา เพราะทำให้เกิดบุคคลสำคัญที่แผ้วถางทางให้แก่การศึกษาพิเศษในยุคต่อมา

การจัดการศึกษาพิเศษอย่างเป็นทางการเป็นระบบเกิดขึ้นในยุโรปราวต้นปีค.ศ. 1809 เริ่มต้นจากนายแพทย์ ซ็อง มาร์ค อิทาร์ด (Jean Marc Itard: 1774-1838) ได้ข่าวว่าชาวบ้านพบเด็กคนหนึ่งที่มีพฤติกรรมเหมือนสัตว์ หลบซ่อนอยู่ในป่าอเวอรอง (Aveyron) ชานกรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส อิทาร์ดจึงขอเด็กคนนั้นมาดูแลและตั้งชื่อว่า *วิกเตอร์* (Victor; ภาพ 1.3) อิทาร์ดตั้งสมมติฐานว่า การที่วิกเตอร์ขาดทักษะต่าง ๆ เพราะไม่มีโอกาสได้เรียนรู้ แล้วอิตาร์ดก็เริ่มสร้างโปรแกรมการฝึกอย่างเป็นระบบพร้อมบันทึกข้อมูลด้านการสอนและพัฒนาการของวิกเตอร์อย่างละเอียดเป็นเวลา 5 ปี จนวิกเตอร์สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เข้าสังคม เขียนและอ่านคำต่าง ๆ ได้ ยกเว้นการพูด<sup>1</sup> (ยุวดี วิริยางกูร และ กุลยา ก่อสุวรรณ, 2565)

ถึงแม้วิทาร์ดจะสรุปว่าโปรแกรมการจัดการศึกษาของเขาไม่ได้ผลเพราะวิกเตอร์ยังพูดไม่ได้ แต่วงการการศึกษาพิเศษกลับยกย่องให้วิทาร์ดเป็นบิดาแห่งการศึกษาพิเศษ เพราะประเด็นสำคัญไม่ได้อยู่ที่การพัฒนาของวิกเตอร์ แต่เป็นความเชื่อมั่นของวิทาร์ดว่ามนุษย์ทุกคนสามารถเรียนรู้ได้ รวมถึงการพัฒนาและนำโปรแกรมดังกล่าวมาสอนบุคคลที่บกพร่องระดับรุนแรงอย่างเป็นระบบนั่นเอง (MacMillan, 1977)

<sup>1</sup> วิกเตอร์ไม่ได้มีปัญหาด้านการได้ยินและอวัยวะในการเปล่งเสียงก็ไม่ได้มีปัญหา แต่วิกเตอร์กลับทำได้เพียงเปล่งเสียงที่ไม่มีความหมายบางเสียง อีกทั้งการตอบสนองต่อเสียงรอบตัวก็แตกต่างจากคนปกติ เช่น วิกเตอร์จะเหลือบตามองทุกครั้งที่ได้ยินเสียงกระเทาะเปลือกวอลนัท (วิกเตอร์ชอบรับประทานวอลนัทมาก) แต่กลับไม่สะดุ้งสะเทือนหรือแสดงอาการรับรู้ เมื่อมีเสียงป็นดังขึ้น พฤติกรรมของวิกเตอร์ทำให้นักวิชาการด้านการศึกษาพิเศษสันนิษฐานว่า วิกเตอร์อาจมีภาวะออทิสติกทำให้ไม่สามารถพูดได้ (Cayea, 2006; French, 2000; Pinchot, 1948)

นายแพทย์ เอ็ดดูอาร์ด เซกวิน (Edouard Seguin: 1812-1880; ภาพ 1.4) ศิษย์เอกที่อิทาร์ดชักชวนให้เข้ามาทำงานกับบุคคลบกพร่องทางสติปัญญา จนในที่สุด เซกวินก็สร้างโปรแกรมการสอนบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาที่เป็นระบบมากกว่าอิทาร์ด องค์ประกอบสำคัญในการสอนของเซกวินคือ “การสอนเฉพาะบุคคล” และ “การจัดการพฤติกรรมของแต่ละบุคคล” ซึ่งบุคลากรในวงการการศึกษาพิเศษได้ใช้เป็นแนวทางในการสอนบุคคลที่มีความบกพร่องทุกประเภทจนถึงทุกวันนี้ เซกวินมีผลงานที่โดดเด่นหลายด้าน เช่น การสอนเด็กบกพร่องทางสติปัญญาคนหนึ่งให้พูด เขียนหนังสือ และนับเลขได้ในเวลา 18 เดือนซึ่งถือเป็นเรื่องมหัศจรรย์ในยุคนั้น



ภาพ 1.3 ซ็อง มาร์ค อิทาร์ด และวิกเตอร์

ที่มา: [http://www.hss.state.ak.us/gcdse/history/HTML\\_Content\\_Main.htm](http://www.hss.state.ak.us/gcdse/history/HTML_Content_Main.htm)



ภาพ 1.4 เอ็ดดูอาร์ด เซกวิน

ที่มา: [http://www.museumofdisability.org/original\\_panthreon\\_seguin.asp](http://www.museumofdisability.org/original_panthreon_seguin.asp)

เซกวินยังได้ตีพิมพ์หนังสือเกี่ยวกับการสอนบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาอีกหลายเล่ม และในช่วงสุดท้ายของชีวิต เซกวินได้จัดตั้ง สมาคมบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสำหรับผู้เสียสติ (Association of Medical Officers of Hospitals for the Insane) และกลายเป็น สมาคมว่าด้วยความบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการแห่งสหรัฐอเมริกา (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities หรือ AAIDD) ในปัจจุบัน ซึ่งผู้เขียนจะกล่าวถึงเรื่องนี้ในบทต่อไป

แพทย์หญิง มาเรีย มอนเตสเซอร์รี (Maria Montessori: 1870-1952) เป็นอีกท่านหนึ่งที่พิสูจน์ให้เห็นว่าเด็กบกพร่องทางสติปัญญาสามารถเรียนรู้ได้หากครูมีวิธีการสอนที่เหมาะสม ขณะเป็นอาจารย์สอนนักศึกษาแพทย์ที่มหาวิทยาลัยแห่งกรุงโรม (University of Rome) ประเทศอิตาลี มอนเตสเซอร์รีเปิดคลินิกเพื่อให้บริการสำหรับเด็กยากจนโดยไม่คิดค่าบริการ และได้รับตำแหน่งผู้อำนวยการโรงเรียนสำหรับเด็กพัฒนาการล่าช้าในปีค.ศ. 1900 มอนเตสเซอร์รีได้รับอิทธิพลจากงานของอิทาร์ดและเซกวิน จึงสร้างโปรแกรมการศึกษาที่ให้เด็กเรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสช่องทางต่าง ๆ และทดลองใช้โปรแกรมดังกล่าวกับเด็กบกพร่องทางสติปัญญาที่โรงเรียนของตนจนเด็กมีพัฒนาการดีขึ้น เมื่องานของมอนเตสเซอร์รีได้รับความสนใจมากขึ้น รัฐบาลของประเทศอิตาลีจึงขอให้เธอทดลองใช้วิธีดังกล่าวกับเด็กปกติอายุ 1-6 ปีจำนวน 60 คนใน

ชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงโรมซึ่งปรากฏว่าได้ผลดีเช่นกัน โรงเรียนอนุบาลทั่วโลกจึงนำแนวคิดนี้ไปใช้อย่างแพร่หลาย (Biography, 2016)

ถึงแม้ปราชญ์ทางการศึกษาหลายท่านจะพยายามพิสูจน์ว่าบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาสามารถเรียนรู้ได้ แต่สังคมในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 ถึงต้นศตวรรษที่ 20 ยังยึดมั่นในแนวคิดเดิมว่าบุคคลเหล่านี้เป็นอันตรายต่อสังคม ความบกพร่องทางสติปัญญาเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และเจตคติทางลบยังขยายต่อไปว่าบุคคลเหล่านี้เกิดจากเชื้อพันธุที่ไม่ดี ผู้คนในสังคมจึงเรียกร้องให้รัฐควบคุมบุคคลเหล่านี้ด้วยการทำหมัน การแบ่งที่อยู่ในสถาบันตามเพศ (แยกชายและหญิง) เพื่อไม่ให้บุคคลเหล่านี้มีโอกาส “แพร่พันธุ์ไม่ดี” เพราะเชื่อว่าการที่พ่อและแม่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะทำให้ลูกมีความบกพร่องทางสติปัญญาด้วย แนวคิดเช่นนี้เป็นที่รู้จักกันในนาม *แนวคิดยูจีนิกส์* (Eugenics Movement) โดยอาจารย์สาขาจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ ดร.เฮนรี กอดดาร์ด (Henry Goddard: 1866-1957) ได้ตีพิมพ์รายงานเกี่ยวกับครอบครัวแคลลิค (Kallikak Family)<sup>2</sup> จนกลายเป็นหนังสือขายดีในยุคนั้น

แนวคิดดังกล่าวทำให้หลายรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกาออกกฎหมายให้หน่วยงานของรัฐทำหมันให้แก่บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาโดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากบุคคลนั้น นางสาวแครี บัค (Carrie Buck; ภาพ 1.5) เป็นเหยื่อรายแรกของกฎหมายฉบับนี้ แครีเป็นหญิงสาววัยรุ่นชาวอเมริกันที่อาศัยอยู่ในรัฐเวอร์จิเนีย แม่ของแครีมีความบกพร่องทางสติปัญญา แครีจึงถูกส่งไปอยู่กับครอบครัวอุปถัมภ์ ต่อมา แครีถูกหลานชายของครอบครัวอุปถัมภ์กระทำชำเรา แครีตั้งท้อง เธอจึงถูกส่งไปยังสถาบันสำหรับบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หลังคลอด สถาบันแห่งนั้นขอให้ศาลสั่งทำหมันให้แก่แครีภายใต้กฎหมายว่าด้วยการทำหมันแห่งรัฐเวอร์จิเนียปีค.ศ. 1924 (Virginia Sterilization Act of 1924) เพราะลูกสาวของแครีเริ่มแสดงให้เห็นว่ามีพัฒนาการล่าช้าด้วย ศาลเห็นว่าการที่ครอบครัวมีบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาติดต่อกันถึง 3 รุ่นอาจเป็นตัวบ่งชี้ถึงปัญหาทางพันธุกรรมในครอบครัวนั้น ศาลจึงตัดสินให้แครีเข้ารับการทำหมันเพื่อจะได้ไม่มีโอกาสมีลูกที่อาจบกพร่องทางสติปัญญาอีก กฎหมายดังกล่าวส่งผลให้หญิงสาวอเมริกันนับหมื่นรายต้องเข้ารับการทำหมันโดยไม่เต็มใจ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงบกพร่องทางสติปัญญาที่กำลังจะย้ายออกจากสถาบันสำหรับบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (เหมือนโรงเรียนประจำ) เพื่อกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนหรือบุคคลนั้นกำลังจะแต่งงาน

<sup>2</sup> ดร.เฮนรี กอดดาร์ดและทีมวิจัยสำรวจสมาชิกในครอบครัวของมาร์ติน แคลลิค (นามสมมติ) ทหารผ่านศึกที่มีภรรยาคนแรกเป็นหญิงชาวบ้านที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และภรรยาคนที่ 2 เป็นท่านผู้หญิงในสังคมชั้นสูง กอดดาร์ดรายงานว่าบุตรหลานส่วนใหญ่ที่เกิดจากภรรยาคนแรก มีการศึกษาต่ำ ฐานะยากจน ต้องโทษคุมขัง และบางคนมีความบกพร่องทางสติปัญญา ในขณะที่บุตรหลานที่เกิดจากหญิงสูงศักดิ์กลับมีการศึกษาสูง ฐานะร่ำรวย ประกอบอาชีพที่ได้รับการยกย่องในสังคม กอดดาร์ดจึงสรุปว่าแม่ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะมีบุตรหลานบกพร่องทางสติปัญญาด้วย และบุคคลเหล่านี้จะแพร่พันธุ์ได้มากกว่าคนทั่วไปถึงสองเท่า (Plucker, 2013) แต่ข้อผิดพลาดของงานวิจัยนี้คือ กอดดาร์ดไม่ได้คำนึงถึงอิทธิพลของการเลี้ยงดูและต้นทุนทางสังคมเลย



ภาพ 1.5 แครี บัค และมารดา

ที่มา: [http://www.evolutionnews.org/2007/05/darwin\\_day\\_in\\_may\\_buck\\_vs\\_bell003669.html](http://www.evolutionnews.org/2007/05/darwin_day_in_may_buck_vs_bell003669.html)



ภาพ 1.6 ทหารนาซีจับขบวนการยิวเข้าคุมขังในค่ายกักกัน

ที่มา: [www.dailymail.co.uk/news/article-2157725/Nazi-horrors-revisited-The-Holocaust-survivors-develop-PTSD-old-age.html](http://www.dailymail.co.uk/news/article-2157725/Nazi-horrors-revisited-The-Holocaust-survivors-develop-PTSD-old-age.html)

ความเชื่อผิด ๆ เรื่องการแพร่พันธุ์ไม่ดีขึ้นจึงลงเพราะเหตุการณ์ฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ของทหารนาซีในประเทศเยอรมนี (ภาพ 1.6) เริ่มต้นจากแนวคิดของ นายพล ออดอล์ฟ ฮิตเลอร์ (Adolf Hitler: 1889-1945) ที่เชื่อว่า ขาวยิว คนเร่ร่อน และบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกายและ/หรือสติปัญญาเป็นเชื้อพันธุ์ที่มีตำหนิ หากกำจัดบุคคลเหล่านี้ออกไปได้ ประเทศเยอรมนีจะเหลือแต่เผ่าพันธุ์ที่ดีและประเทศจะพัฒนาไปได้ไกลกว่าที่เป็นอยู่ ทหารนาซีจึงคุมตัวผู้คนเหล่านี้ไว้ในค่ายกักกันที่กระจายอยู่ทั่วประเทศเยอรมนีและในบางประเทศที่เป็นเมืองขึ้นของทหารนาซี คนในค่ายส่วนใหญ่เสียชีวิตเพราะถูกจับเข้ากระโจมก๊าซพิษ และบางส่วนเสียชีวิตเพราะทำงานหนัก ความอดอยาก ความหนาว โรคระบาดในที่คุมขัง หรือถูกแพทย์นาซีใช้เป็น “หนูทดลอง” ในงานวิจัยของตน

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้คนในสังคมเริ่มทนไม่ได้กับการที่ทหารนาซีฆ่าคนบริสุทธิ์ประมาณหกล้านคนในเวลาเพียงสามปี (United States Holocaust Memorial Museum, 2016) เหตุการณ์ฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ในยุโรปทำให้ผู้คนส่วนหนึ่งตระหนักถึงความเป็นจริงว่า การฆ่าคนบริสุทธิ์เพื่อให้โลกนี้ไม่มีคนบกพร่องนั้นนอกจากจะไร้ศีลธรรมแล้วยังเป็นแนวคิดที่เป็นไปไม่ได้ เพราะความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นธรรมชาติของมนุษย์ สังคมจึงไม่สามารถกำจัดบุคคลที่มีความบกพร่องออกไปได้ เช่นเดียวกับที่ไม่สามารถกำจัดบุคคลที่ฉลาดกว่าคนส่วนใหญ่ในสังคมออกไปได้เช่นกัน

หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 (ประมาณปีค.ศ. 1950-1960) พ่อแม่ของบุคคลที่มีความบกพร่องเริ่มปฏิเสธความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ที่แนะนำให้ส่งบุตรหลานที่บกพร่องทางสติปัญญาเข้าเรียนในสถาบันเฉพาะทาง พ่อแม่ส่วนหนึ่งตัดสินใจสอนลูกเองที่บ้านและพ่อแม่บางครอบครัวรวมตัวกันเป็นกลุ่มเล็ก ๆ และจ้างครูมาสอนลูก ๆ ของตนที่บ้านของคนใดคนหนึ่ง ส่งผลให้สถาบันขนาดใหญ่ในโลกตะวันตกเสื่อมความนิยมลงเรื่อย ๆ หลังจากนั้น พ่อแม่และครอบครัวของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญายังมีบทบาทอย่างมากในการเรียกร้องบริการจากรัฐตามสิทธิที่ลูกของตนในฐานะประชากรคนหนึ่งพึงได้รับ

บุคคลสำคัญที่จุดประกายให้แนวคิดเรื่อง “การใช้ชีวิตร่วมกันในสังคม” ได้รับการยอมรับมากขึ้น คือ *ดร.เบงต์ เนียร์เย่* (Bengt Nirje: 1925-2006; ภาพ 1.7) ผู้อำนวยการสมาคมเด็กปัญญาอ่อนแห่งสวีเดน (Swedish Association for Retarded Children) เนียร์เย่ จัดให้เด็กบกพร่องทางสติปัญญาในสมาคมฯ ได้ทำกิจวัตรประจำวันเหมือนเด็กปกติทุกอย่าง ผลที่ได้เป็นที่น่าพอใจมากจนแนวคิดของเนียร์เย่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง ในปีค.ศ. 1969 เนียร์เย่เขียนบทความเกี่ยวกับ *หลักการทำให้เป็นปกติ* (The Normalization Principle) ซึ่งถือเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาจนถึงทุกวันนี้



ภาพ 1.7 เบงต์ เนียร์เย่ ผู้ริเริ่มแนวคิดหลักการทำให้เป็นปกติ ที่มา: [www.museumofdisability.org/advocacy\\_self\\_1950s.asp](http://www.museumofdisability.org/advocacy_self_1950s.asp)

เนียร์เย่อธิบายว่าบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาจะมีพัฒนาการดีขึ้น ถ้าเขาได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเหมือนคนปกติ ในเวลาเดียวกับคนปกติ ได้เข้าร่วมกิจกรรมและเทศกาลสำคัญในชุมชนเหมือนคนปกติ มีโอกาสได้เลือก ได้ทำตามความฝัน ได้รับการยอมรับ ได้มีความรักและมีครอบครัว มีงาน มีรายได้ และมีสิ่งอำนวยความสะดวกในมาตรฐานเดียวกับคนปกติ (Nirje, 1969) นับตั้งแต่นั้นมา บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจึงได้รับการยอมรับในสังคมมากขึ้น มีโอกาสในการเข้าเรียนร่วมกับเพื่อนวัยเดียวกันที่มีพัฒนาการปกติ เช่น การเรียนในโรงเรียนใกล้บ้านโดยไม่ต้องเดินทางไกล ๆ เพื่อเข้าเรียนในโรงเรียนการศึกษาพิเศษ

*ประธานาธิบดีจอห์น เอฟ. เคนเนดี* (John F. Kennedy: 1917-1963) เข้าดำรงตำแหน่งประธานาธิบดีแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาในปีค.ศ.1961 ผู้คนส่วนใหญ่ชื่นชมในตัวประธานาธิบดีเคนเนดีอย่างมาก ทำให้น้องสาวของประธานาธิบดีที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา *โรสแมรี เคนเนดี* (Rosemary Kennedy) ได้รับความสนใจและความสงสารในเวลาเดียวกัน (ภาพ 1.8) เจตคติเช่นนี้แผ่ขยายไปยังบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาคนอื่น ๆ ด้วย



ภาพ 1.8 โรสแมรี เคนเนดี

ที่มา: [www.pinterest.com/loraine0986/rosemary-kennedy/](http://www.pinterest.com/loraine0986/rosemary-kennedy/)

ในยุคนั้น ประธานาธิบดีเคนเนดียังได้ก่อตั้ง *คณะกรรมการของประธานาธิบดีเพื่อทำงานเกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญา* (The President’s Panel of Mental Retardation หรือ PPMR)

เพื่อพัฒนาบริการและองค์ความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญาในหลายด้าน เช่น การวิจัยเพื่อหาสาเหตุของความบกพร่องทางสติปัญญา การป้องกันปัญหาสุขภาพ การจัดโปรแกรมการศึกษา บริการทางคลินิก ตลอดจนการปรับปรุงวิธีการดูแลและสถานที่อำนวยความสะดวกที่ช่วยให้บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาได้รับความช่วยเหลือในชุมชนของตนเอง และเนียร์เย่ก็เป็นสมาชิกในคณะกรรมการฯ นั้นด้วย

ดร. วูล์ฟ วูล์ฟเฟนส์เบอร์เกอร์ (Wolf Wolfensberger: 1934-2011; ภาพ 1.9) อาจารย์จิตวิทยาชาวอเมริกันช่วยขยายหลักการทำให้เป็นปกติของเนียร์เยให้กว้างขึ้นด้วยแนวคิด *การยกระดับบทบาทในสังคม* (Social Role Valorization) ในปีค.ศ. 1983 วูล์ฟเฟนส์เบอร์เกอร์อธิบายว่า บทบาททางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ดังนั้น เมื่อบุคคลที่มีความบกพร่องได้แสดงบทบาทที่มีเกียรติในสังคม เช่น ได้เป็นผู้ทำประโยชน์เพื่อสังคม เป็นผู้บริจาค เป็นผู้เสียภาษี บุคคลนั้นจะพยายามพัฒนาตัวเอง ส่งผลให้บุคคลนั้นมีพัฒนาการดีขึ้น ในทางตรงกันข้าม การที่บุคคลนั้นถูกกดลงไปอยู่ในสถานะที่ต่ำต้อยในสังคม เช่น การอยู่ในสถาบันหรือสถานศึกษาที่กีดกันเขาออกจากสังคมของคนปกติ หรือเป็นผู้รับเพียงอย่างเดียว จะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกที่ตัวเองไร้ค่า และความรู้สึกนี้ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกต่อตนเองในระยะยาวอีกด้วย (AAIDD, 2023a; Wolfensberger, 2000)



ภาพ 1.9 วูล์ฟ วูล์ฟเฟนส์เบอร์เกอร์

ที่มา: <https://actionctr.org/resources/profiles-in-courage/wolf-wolfensberger/>



ภาพ 1.10 ลอยด์ ดันน์

ที่มา: <http://kc.vanderbilt.edu/site/about/history/page.aspx?id=104>

นักการศึกษาอีกท่านหนึ่งที่จุดประกายให้แก่วงการการศึกษาพิเศษในต่างประเทศคือ *ดร. ลอยด์ ดันน์* (Lloyd Dunn: 1957-2006; ภาพ 1.10) ผู้ทำการศึกษาระดับการเรียนรู้ของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อยในห้องเรียนปกติและห้องเรียนพิเศษ ดันน์รายงานว่า เด็กทั้งสองกลุ่มมีความก้าวหน้าทางวิชาการใกล้เคียงกัน แต่เด็กบกพร่องทางสติปัญญาที่ได้เรียนกับเด็กปกติในห้องเรียนรวมกลับได้เรียนรู้ทักษะทางสังคมมากกว่าเด็กบกพร่องทางสติปัญญาในห้องเรียนพิเศษ (Dunn, 1968) บทความของดันน์ทำให้การจัดการศึกษาพิเศษเปลี่ยนจากการเรียนการสอนเฉพาะเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในโรงเรียนเฉพาะทางหรือห้องเรียนพิเศษมาเป็นการเรียนรวม และด้วยการผลักดันของนักวิชาการและผู้ปกครองของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและความบกพร่องประเภทอื่น ทำให้รัฐบาลอเมริกันประกาศกฎหมายการศึกษาสำหรับคนพิการในปีค.ศ. 1972 และปรับปรุงเป็น *กฎหมายการศึกษาสำหรับบุคคลที่มีความ*

บกพร่อง (Individuals with Disabilities Education Act หรือ IDEA) ในปีค.ศ. 1975 ที่ยังคงใช้กันอยู่จนถึงปัจจุบัน (กุลยา ก่อสุวรรณ, 2553ก)

องค์กรสเปเชียล โอลิมปิกส์ (Special Olympics, 2016) เป็นหน่วยงานไม่แสวงหาผลกำไรที่เน้นการแข่งขันกีฬาสำหรับเด็กและผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาตั้งแต่ปีค.ศ. 1968 เพื่อให้บุคคลเหล่านี้มีร่างกายแข็งแรง มีทักษะที่จำเป็นในชีวิต และภูมิใจในความสำเร็จของตน องค์กรนี้ถูกก่อตั้งโดย นางสาว ยูนิซ เคนเนดี ชรีเวอร์ (Eunice Kennedy Shriver) น้องสาวของโรสแมรี เคนเนดี ยูนิซเล่าว่าเธอเล่นกีฬากับโรสแมรี (พี่สาว) มาตั้งแต่เด็ก เธอจึงแปลกใจที่เห็นว่าบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาส่วนใหญ่ไม่มีโอกาสเหมือนโรสแมรี

ในช่วงแรก องค์กรสเปเชียล โอลิมปิกส์มุ่งเน้นไปที่กีฬา แต่ระยะหลัง หน่วยงานนี้มีบทบาทในการเรียกร้องสิทธิให้แก่บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาด้วย เช่น การรณรงค์ให้ผู้คนในสังคมหยุดใช้คำที่ขึ้นต้นด้วย R ที่ทำร้ายจิตใจบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาและครอบครัวของคนเหล่านั้น (R-word, 2016) และการใช้คำที่เน้นความเป็นมนุษย์มากกว่าเน้นที่ความพิการ (People First Language) เช่น การใช้คำว่า A Person with Disability หมายถึงคนที่มีความบกพร่อง (มองที่ “คน” ก่อนความพิการ) แทนคำว่า Disabled Person (“ความพิการ” มาก่อนคน; Special Olympics, 2016)

ต่อมา องค์กรสเปเชียล โอลิมปิกส์ยังให้การสนับสนุนครอบครัวของโรซ่า มาร์เซลลิโน (Rosa Marcellino) เด็กหญิงในกลุ่มอาการดาวน์วัย 9 ปี ในการผลักดันแนวคิดเหล่านี้ไปยังภาครัฐ จนรัฐบาลอเมริกันตัดสินใจประกาศ “กฎหมายของโรซ่า (Rosa’s Law)” ที่กำหนดให้หน่วยงานของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการศึกษา สุขภาพ และอาชีพเปลี่ยนคำว่า Mental Retardation และ Mentally Retarded ในเอกสารราชการทุกฉบับเป็นคำว่า Intellectual Disability ในปีค.ศ. 2010

## ประวัติของความบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทย

ถึงแม้ประเทศไทยไม่เคยมีบันทึกเกี่ยวกับชีวิตของบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาในสมัยโบราณ แต่ผู้เฒ่าหลายคนที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปได้เล่าเหตุการณ์ในวัยเด็กของตัวเองว่า ในหมู่บ้านหรือชุมชนเกือบทุกแห่งในประเทศไทยจะมี “คนบ้า” ที่ไม่สามารถดูแลตนเอง ไม่สามารถคิดหรือหาเลี้ยงชีพได้ คนในชุมชนจึงมักเห็นคนเหล่านี้ถูกล่ามโซ่หรือถูกขังไว้ในบ้าน คนเหล่านี้เปรียบเสมือนเด็กที่ครอบครัวต้องดูแลไปตลอดชีวิต บางคนที่ครอบครัวไม่ดูแลจะออกมาเร่ร่อนขอทานตามงานวัด (Kosuwat, Viriyangkura, & Swerdlik, 2014) จึงเห็นว่าชีวิตของคนไทยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในอดีตไม่ต่างจากชีวิตของชาวตะวันตกที่มีภาวะนี้เมื่อหลายร้อยปีก่อน อีกทั้งผู้คนในสังคมยังเหมารวมคนที่มีความบกพร่องทางร่างกาย บกพร่องทางสติปัญญา และคนที่ เป็นโรคทางจิตว่าเป็น “คนไม่สมประกอบ” เหมือนกัน จึงไม่น่าแปลกใจที่ภาครัฐจะดูแล

บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและผู้ป่วยทางจิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาด้วยวิธีการเดียวกัน (กุลยา ก่อสุวรรณ, 2553ก)

เมื่อศึกษาประวัติของระบบการศึกษาพิเศษในประเทศไทย เราจะพบว่าบุคคลที่มีความบกพร่องในอดีตถูกทอดทิ้งหรือถูกรังเกียจดังเช่นที่เกิดขึ้นทั่วโลก ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายในประเทศไทยจึงไม่เคยให้ความสนใจแก่บุคคลเหล่านี้ หลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าภาครัฐเริ่มสนใจบุคคลเหล่านี้คือ การออกพระราชบัญญัติประถมศึกษา พ.ศ. 2478 ที่ยกเว้นว่าเด็กพิการไม่ต้องเข้ารับการศึกษานในโรงเรียนเหมือนเด็กทั่วไป ต่อมา นักการศึกษาพยายามจัดการศึกษาพิเศษสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางการเห็น เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และเด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกาย แต่ยังไม่เป็นระบบจริงจัง จนกระทั่ง *นางสาวเจนวีฟ คอลฟิลด์* (Genevieve Caulfield: 1888-1972) คุณครูตาบอดชาวอเมริกันเข้ามาในประเทศไทยและประดิษฐ์อักษรเบรลล์ภาษาไทยให้แก่นักเรียนตาบอดในปี พ.ศ. 2481 อีกทั้งยังจัดตั้งมูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์เมื่อปีพ.ศ. 2482 (มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์, 2561)

รัฐบาลไทยเริ่มรู้จักความบกพร่องทางสติปัญญาเมื่อองค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) เข้ามาสำรวจสถิติคนบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทยในปีพ.ศ. 2499-2500 ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้น องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประเทศไทยมีบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 1 ของประชากรทั้งหมด รายงานดังกล่าวทำให้กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขส่ง *นายแพทย์รสขง ทศนาถุชลี* ไปศึกษาด้านความบกพร่องทางสติปัญญาที่ประเทศอังกฤษ (กุลยา ก่อสุวรรณ, 2553ก)

## บริการด้านการแพทย์

วันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2503 กองโรงพยาบาลโรคจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การนำของ *ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว* รองอธิบดีกรมการแพทย์ในขณะนั้น ได้ดำเนินการก่อสร้างโรงพยาบาลเพื่อให้การบำบัดรักษาบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาขึ้นเป็นแห่งแรกในพื้นที่ 26 ไร่เศษของโรงพยาบาลโรคติดต่อของกรมอนามัย ซึ่งต่อมา กรมการแพทย์ได้เจรจากับเทศบาลนครกรุงเทพเพื่อขอพื้นที่เพิ่มเติมจนเป็น 32 ไร่ และตั้งชื่อว่า “โรงพยาบาลปัญญาอ่อน”

โรงพยาบาลแห่งนี้เปิดให้บริการอย่างเป็นทางการในปีพ.ศ. 2505 และนายแพทย์รสขง ทศนาถุชลี เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลคนแรก โรงพยาบาลเริ่มให้บริการด้วยการรับบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจำนวน 20 คนจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยามาบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อมารับเพิ่มเติมอีก 5 คน รวมเป็น 25 คน นอกจากบริการในระยะนั้นจะเป็นการพัฒนาบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาแล้ว วัตถุประสงค์อีกประการหนึ่งของโรงพยาบาลคือ เป็นหน่วยอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลด้านการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพแก่บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาด้วย



ภาพ 1.11 สถาบันราชานุกูล (หรือโรงพยาบาลปัญญาอ่อนในขณะนั้น) เมื่อปีพ.ศ. 2505

ที่มา: <http://www.rajanukul.com/>

หลังจากนั้น กรมการแพทย์ได้ส่งแพทย์หญิงวันรุณี คมกฤษไปศึกษาดูงานด้านการบำบัดรักษาและดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาที่ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อจะได้กลับมาจัดบริการสำหรับบุคคลเหล่านี้เป็นรูปธรรม และแพทย์หญิงวันรุณีได้ดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งนั้นในเวลาต่อมา บริการสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในยุคนั้นถือเป็นบริการครบวงจร เริ่มตั้งแต่โปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการตั้งแต่วัยแรกเริ่มสำหรับเด็กแรกคลอด จนถึงการศึกษาอาชีพแบบโรงงานในอารักขาสำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่ (ภาพ 1.11)

ต่อมา พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศรมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราชบรมนาถบพิตร (รัชกาลที่ 9) ทรงพระราชทานนามใหม่ว่า โรงพยาบาลราชานุกูล เมื่อวันที่ 22 เมษายน พ.ศ.2522 และกลายเป็นสถาบันราชานุกูลในปัจจุบัน นอกจากหน้าที่ในการให้บริการเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาแล้ว สถาบันราชานุกูลยังให้บริการแก่เด็กปกติ เด็กที่เสี่ยงต่อปัญหาด้านพัฒนาการ สติปัญญา หรือสุขภาพจิตอีกด้วย (สถาบันราชานุกูล, 2566)

## บริการด้านการศึกษา

ในปีพ.ศ. 2499 กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ได้ทดลองจัดตั้งห้องเรียนพิเศษสำหรับเด็กเรียนช้าในโรงเรียนทั่วไป 4 แห่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงเรียนพญาไท โรงเรียนวัดชนะสงคราม โรงเรียนวัดนิมมานรดี และโรงเรียนวัดหนึ่ง ต่อมา ในปีพ.ศ. 2509 ได้ขยายต่อไปอีก 5 แห่ง และในปี พ.ศ. 2509 กรมสามัญศึกษาลดห้องเรียนพิเศษสำหรับเด็กเรียนช้าเหลือเพียง 5 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนพญาไท โรงเรียนวัดชนะสงคราม โรงเรียนวัดหนึ่ง โรงเรียนพิบูลประชาสรรค์ และโรงเรียนวัดเวตวันธรรมาวาส

ในปีพ.ศ. 2506 โรงพยาบาลราชานุกูลได้จัดชั้นเรียนพิเศษเพื่อสอนเด็กอายุ 7-18 ปีที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา โดยแบ่งเป็นเด็กระดับเรียนได้ ระดับฝึกได้ และระดับรุนแรง และในปีพ.ศ. 2507 พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศรมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราชบรมนาถบพิตร (รัชกาลที่ 9) พร้อมด้วยสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวงได้เสด็จเปิดโรงเรียนราชานุกูล ซึ่งตั้งอยู่ในโรงพยาบาลราชานุกูลนั่นเอง (กุลยา ก่อสุวรรณ, 2553ก; สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน, 2559)

นอกจากหน่วยงานของรัฐแล้ว ในปีพ.ศ. 2505 หม่อมงามจิตต์ บุรฉัตรพร้อมผู้มีจิตศรัทธาร่วมกันก่อตั้ง มูลนิธิช่วยเด็กปัญญาอ่อน (มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ในปัจจุบัน) สำนักงานชั่วคราวตั้งอยู่ในโรงพยาบาลราชานุกูล และในปีพ.ศ. 2519 มูลนิธิฯ ได้ก่อตั้งโรงเรียนปัญญาวุฒิกิจสำหรับเด็กบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย แล้วขยายเป็นโรงงานในอารักขาเพื่อฝึกอาชีพบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาผู้ใหญ่นั้น จากนั้น มูลนิธิฯ จึงขยายงานไปยังจังหวัดนครปฐม จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดสงขลา จนกระทั่งปีพ.ศ. 2525 มูลนิธิฯ ได้เปิด “ศูนย์การเรียนรู้พิเศษประกาศาปัญญา” เพื่อสอนบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลางถึงรุนแรง ต่อมาในปีพ.ศ. 2527 มูลนิธิฯ ได้จัดตั้งศูนย์พัฒนาเด็กพิเศษชุมชนคลองเตย เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่เด็กเล็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาอ่อนเข้าเรียน (มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์, 2559; สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน, 2559)

ประวัติของความบกพร่องทางสติปัญญาที่กล่าวมาข้างต้นทำให้เห็นว่า ในขณะที่วงการการศึกษาและหน่วยงานที่ให้บริการสำหรับบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในโลกตะวันตกมีการเคลื่อนไหวอย่างมากในเวลาหลายร้อยปี แต่ประเทศไทยเพิ่งได้เรียนรู้และใช้ประโยชน์จากประสบการณ์เหล่านั้นในเวลา 60-70 ปีที่ผ่านมา อีกทั้งบริบทและวัฒนธรรมไทยที่แตกต่างจากโลกตะวันตกทำให้การศึกษาพิเศษในประเทศไทยไม่ได้ดำเนินไปอย่างรวดเร็วและเข้มข้นดังเช่นในโลกตะวันตก อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศสะท้อนถึงเจตคติที่คนในสังคมมีต่อบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาได้เป็นอย่างดี ผู้เขียนจึงจะสรุปเจตคติสำคัญไว้ในเนื้อหาส่วนต่อไป

## เจตคติของสังคมที่มีต่อบุคคลบกพร่องทางสติปัญญา

ความบกพร่องทางสติปัญญาเกิดขึ้นพร้อมกับสังคมมนุษย์ เพราะความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นเรื่องธรรมชาติ เราจึงไม่สามารถกำจัดความบกพร่องทางสติปัญญาให้หมดไปได้ ดังนั้น สิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละยุคสมัยนั้น ไม่ใช่ลักษณะของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา แต่เป็นเจตคติของผู้คนในสังคม

### ความเข้าใจผิด

1. ความบกพร่องทางสติปัญญาไม่ใช่อาการเจ็บป่วย เราจึงไม่ควรใช้คำว่า “โรค”
2. ความบกพร่องทางสติปัญญาไม่ใช่โรค ความช่วยเหลือที่เป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับบุคคลเหล่านี้จึงไม่ใช่การรักษา (เพราะเราไม่สามารถกู้สมองส่วนที่เสียหายไปแล้วให้ฟื้นคืนมาได้) แต่เป็นการสอนความรู้และทักษะที่จำเป็น เพื่อป้อนข้อมูลให้แก่สมองส่วนที่ยังทำงานอยู่
3. ความบกพร่องทางสติปัญญาไม่ใช่โรคติดต่อ จึงไม่สามารถถ่ายทอดจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งได้ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาจึงไม่ควรรังเกียจหรือกีดกันบุคคลเหล่านี้
4. ลูกของพ่อแม่ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาไม่จำเป็นต้องมีความบกพร่องทางสติปัญญาเสมอไป

ความบกพร่องทางสติปัญญาเป็นเรื่องของแนวคิด ความเชื่อ และวัฒนธรรมของคนแต่ละยุคสมัยนั้น แสดงว่า บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาจะมีภาพลักษณ์ที่ดีหรือไม่ดี ขึ้นอยู่กับมุมมองของคนในสังคมนั้น ในส่วนนี้ ผู้เขียนขอสรุปเจตคติของคนในสังคมที่มีต่อบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้ครูและผู้ปกครองได้เลือกใช้เจตคติที่จะเป็นประโยชน์ในการดูแลบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาอย่างแท้จริง (กุลยา ก่อสุวรรณ, 2553ก; Kosuwan et al., 2014; Wehmeyer & Schalock, 2013)

### ความบกพร่องทางสติปัญญาเปรียบเหมือนสิ่งชั่วร้าย

บันทึกทางประวัติศาสตร์ในสมัยอียิปต์ สเปนาร์ต้า โรมัน จีน ฯลฯ ทำให้เห็นว่าสังคมมองบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาในทางลบ เช่น ชาวสเปนาร์ต้าในยุคกรีกโบราณมีประเพณีว่า ทารกที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือสติปัญญาต้องถูกโยนทิ้งหน้าผา หรือ คนในสมัย 7,000 ปีก่อนคริสตกาลเชื่อว่าความบกพร่องทางสติปัญญา โรคทางจิต หรือโรคลมชักเกิดจากการถูกปีศาจเข้าสิง สังคมจึงพยายามกำจัดหรือทำลายวิญญูณชั่วร้ายนั้นด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การจับกदन้า การเขียนดี

คนส่วนใหญ่ในประเทศไทยนับถือศาสนาพุทธ ชาวพุทธเชื่อเรื่องผลของกรรม แต่ถึงแม้จะเชื่อว่าความพิการเกิดจากบาปกรรมในอดีต ทำให้บุคคลนั้นต้องชดใช้กรรม ชาวพุทธแท้ก็จะพยายามทำปัจจุบันให้ดีที่สุด เช่น การช่วยเหลือให้คนพิการมีชีวิตที่ดีขึ้น การให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะของคนพิการ

อย่างไรก็ตาม เมื่อพ่อแม่ของเด็กพิการคิดว่าความพิการเกิดจากบาปกรรมในอดีต พ่อแม่ส่วนใหญ่จึงมักมีเจตคติทางลบและปฏิบัติต่อลูกผิด ๆ ดังนี้ แบบที่หนึ่ง เศร้าโศกเสียใจและโทษตัวเองว่าบาปกรรมของพ่อแม่ทำให้ลูกมีความพิการ แบบที่สอง ปล่อยชีวิตไปตามยถากรรมโดยไม่คิดจะสอนให้ลูกมีพัฒนาการที่ดีขึ้น เพราะเชื่อว่าอย่างไรก็ต้องทนลำบากไปจนกว่าจะหมดกรรม และแบบที่สาม พ่อแม่เหล่านี้อาจพาลูกไปสะเดาะเคราะห์เพื่อให้ตนและลูกหมดกรรมเร็วขึ้น ไม่ว่าพ่อแม่และครอบครัวจะมีปฏิกริยาอย่างไรก็ตาม การปฏิบัติเหล่านี้ไม่ได้ช่วยให้เด็กบกพร่องทางสติปัญญา มีพัฒนาการดีขึ้น

## ความบกพร่องทางสติปัญญาเป็นเรื่องน่าอับอาย

ในยุคแรก ๆ ที่บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาถูกเรียกด้วยคำที่มีความหมายในทางลบ ทำให้ครอบครัวรู้สึกอับอาย ครอบครัวส่วนใหญ่จึงเลี้ยงดูสมาชิกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาไว้ในบ้าน ไม่เปิดโอกาสให้บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาเรียนรู้จากโลกภายนอก บางครอบครัวอาจเก็บเรื่องนี้เป็นความลับ จึงปกปิดไม่ให้คนอื่นรู้ว่าตนมีญาติพี่น้องบกพร่องทางสติปัญญา บางคนโกหกว่าลูกเสียชีวิตขณะคลอด โดยเฉพาะบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและการศึกษาสูงจะยิ่งคำนึงถึงสายตาของคนรอบข้างมากขึ้น

เจตคติเหล่านี้ยังทำให้สถานการณ์ของบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาเลวร้ายลง เพราะบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง ไม่ได้เรียนรู้การใช้ชีวิตอย่างคนปกติในชุมชน อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวยังต้องระแวงและกังวลในการเก็บความลับนั้นไว้อีกด้วย

## บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาเป็นอันตรายต่อสังคม

ในคริสต์ศตวรรษที่ 19 แนวคิดเดิมที่ดี (เน้นการฝึกบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาเพื่อให้เขาสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน) ได้เปลี่ยนไปเป็นความเชื่อว่าบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาเป็นอันตรายต่อสังคม ผู้คนจึงพยายามกีดกันบุคคลเหล่านี้ออกไป ดังนั้น สถาบันในยุคนั้นจึงเปลี่ยนจากสถานที่พักชั่วคราวมาเป็นสถานที่ดูแลแบบประจำเพื่อ “เก็บ” คนเหล่านี้ไม่ให้ออกมาปะปนกับคนในสังคม เพราะสังคมมีความเชื่อผิด ๆ ว่าคนที่เป็นโรคทางจิตหรือ “คนบ้า” (รวมถึงคนบกพร่องทางสติปัญญาในสมัยนั้น) ไม่สามารถรักษาให้หายและไม่สามารถกลับไปอยู่ที่บ้านได้ (ภาพ 1.12)

ในยุคหนึ่ง ความบกพร่องทางสติปัญญาถูกมองว่าเป็นโรคที่ติดต่อกับบุคคลหนึ่งสู่อีกคนหนึ่งผ่านการสัมผัส ผู้ใกล้ชิดจึงอาจมีอาการเหมือนกับบุคคลเหล่านี้ ผู้ปกครองของเด็กคนอื่นในโรงเรียนจึงสั่งห้ามไม่ให้บุตรหลานของตนเล่นหรือคลุกคลีใกล้ชิดกับเพื่อนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ในยุคนั้น เด็กในกลุ่มอาการดาวน์ได้รับผลกระทบรุนแรงกว่าเด็กกลุ่มอื่น เพราะความบกพร่องทางสติปัญญานั้นเห็นได้จากหน้าตา

และร่างกาย ดังนั้น การปฏิบัติต่อบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาในยุคนั้นจึงเป็นการแบ่งแยก ไม่อยากอยู่ร่วมกัน การให้บริการและการจัดการเรียนการสอนจึงต้องจัดในสถานที่เฉพาะ เช่น โรงเรียนราชานุกูลที่ตั้งอยู่ในสถาบันราชานุกูล หรือโรงเรียนการศึกษาพิเศษ



ภาพ 1.12 สถานดูแลในยุคนั้นที่เชื่อว่าบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาเป็นอันตรายต่อคนในสังคม

ที่มา: [http://www.hss.state.ak.us/gcdse/history/HTML\\_Content\\_Main.htm](http://www.hss.state.ak.us/gcdse/history/HTML_Content_Main.htm)



ภาพ 1.13 บุคคลที่มีความบกพร่องได้รับความเมตตาสงสาร

ที่มา: [www.hss.state.ak.us/gcdse/history/HTML\\_Content\\_Main.htm](http://www.hss.state.ak.us/gcdse/history/HTML_Content_Main.htm)

## บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาได้รับความเมตตาสงสาร

คนเราจะรู้สึกสงสารเมื่อเราคิดว่าบุคคลนั้นอยู่ในฐานะที่ต่ำกว่าเรา เมื่อสังคมในอดีตมองบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาเป็นคนที่ต่ำต้อย สังคมจึงมองว่าคนเหล่านี้น่าสงสาร น่าสมเพช น่าเห็นใจ ความช่วยเหลือของคนในยุคนั้นจึงเน้นไปที่การบริจาคทานเป็นส่วนมาก และบริการที่รัฐจัดให้จึงเป็นสวัสดิการที่ให้ปัจจัยพื้นฐานของมนุษย์ เช่น อาหาร เสื้อผ้า ที่พักอาศัย และยารักษาโรค อีกทั้งยังจัดสถานบริการสำหรับบุคคลเหล่านี้โดยเฉพาะ รวมถึงการเรียกรายเงินเพื่อให้การช่วยเหลือ แต่ไม่ได้เน้นการสอนเพื่อให้บุคคลเหล่านี้มีพัฒนาการดีขึ้น (ภาพ 1.13) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะต้องการความช่วยเหลือจากคนรอบข้างมากกว่าคนทั่วไป แต่เขาไม่ได้ต้องการความสงสาร เพราะเขาก็มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน

## บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาได้รับการปฏิบัติเช่นคนทั่วไป

ถึงแม้บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาจะแตกต่างจากคนส่วนใหญ่ในหลายด้าน เช่น รูปร่าง หน้าตา ความเร็วในการเรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ พฤติกรรมที่แสดงถึงปัญหาทางการเรียนและ/หรือการสื่อสาร แต่บุคคลเหล่านี้ก็มีจิตใจและต้องการมีชีวิตปกติเหมือนคนทั่วไป ดังนั้น ความรู้ความเข้าใจที่เพิ่มมากขึ้นของคนในสังคม ประกอบกับการเรียกร้องจากบุคคลกลุ่มนี้ให้มองเขาเป็น “คน” ทำให้เจตคติที่สังคมมีต่อบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาในปัจจุบันเป็นไปในทางบวกมากขึ้น นักการศึกษาในยุคนั้นพยายามส่งเสริมบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาให้ได้รับสิทธิที่เท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะความเท่าเทียมทางการศึกษา

เช่น การได้เข้าเรียนในโรงเรียนปกติตั้งแต่เด็กทั่วไป มีโอกาสทำกิจกรรมในชุมชนของตัวเองมากขึ้น มีโอกาสเข้าเรียนในสถาบันอุดมศึกษาหรือระดับที่สูงกว่าการศึกษาขั้นพื้นฐาน รวมถึงการได้ทำงานในหน่วยงานต่าง ๆ มากขึ้นด้วย (ภาพ 1.14)

ถึงแม้ความคิด ความเชื่อ หรือเจตคติของสังคมโดยรวมจะเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกมากขึ้น แต่เรายังคงพบว่า บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาในบางชุมชนยังได้รับการปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมกับบุคคลทั่วไปในสังคม จึงเป็นหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องทุกคน โดยเฉพาะนักการศึกษาหรือครูการศึกษาพิเศษที่มีหน้าที่ดูแลบุคคลเหล่านี้ที่ต้องทำหน้าที่พิทักษ์และเรียกร้องสิทธิให้แก่บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาเพื่อให้สังคมที่ตนเองอาศัยอยู่มีเจตคติและวิถีปฏิบัติต่อบุคคลเหล่านี้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม



ภาพ 1.14 คนบกพร่องทางสติปัญญาสามารถใช้ชีวิตเหมือนคนทั่วไป

ที่มา: [www.thinkcollegeillinois.org/StudentsWithDinPSE.php](http://www.thinkcollegeillinois.org/StudentsWithDinPSE.php)

การสร้างเจตคติทางบวกต่อบุคคลบกพร่องทางสติปัญญานั้นไม่เพียงทำให้เขามีความสุขและมีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์มากขึ้น แต่ยังทำให้เขามีพัฒนาการดีขึ้นด้วย เพราะเมื่อคนรอบข้างมองว่าเขาเป็นคนปกติ คนรอบข้างจะมีความคาดหวังต่อบุคคลเหล่านี้มากขึ้น บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาก็จะใช้ความพยายามมากขึ้นเพื่อให้เป็นไปตามความคาดหวังของคนรอบข้าง เมื่อเขาใช้ความพยายามมากขึ้น โอกาสที่เขาจะประสบความสำเร็จก็มีมากขึ้น เมื่อเขาประสบความสำเร็จหรือมีความสามารถมากขึ้น ผู้คนรอบข้างก็จะปรับระดับความคาดหวังต่อบุคคลเหล่านี้ให้สูงขึ้นอีก เจตคติของคนรอบข้างจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างมากในการให้ความช่วยเหลือและดูแลบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ดังนั้น หากครูปรับเจตคติของตนเองและบุคคลรอบข้างให้เป็นไปในทางบวกและอยู่ในระดับที่เหมาะสม บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาก็จะมีโอกาสพัฒนาตนเองและแสดงความก้าวหน้าให้คนรอบข้างเห็นได้

## สรุปท้ายบท

สังคมในอดีตเข้าใจผิดว่า ความบกพร่องทางสติปัญญาเกิดจากภูตผีปีศาจเข้าสิง แต่เมื่อวิทยาการทางการแพทย์ก้าวหน้ามากขึ้น ความบกพร่องทางสติปัญญาจึงถูกเชื่อมโยงกับความผิดปกติของสมอง ถึงแม้บุคคลสำคัญหลายคนจะพยายามพิสูจน์ให้เห็นว่า บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาสามารถเรียนรู้และมีพัฒนาการดีขึ้นได้

การศึกษาพิเศษในประเทศไทยเริ่มต้นเมื่อคุณครูเจนวีฟ คอลฟิลด์เริ่มสร้างห้องเรียนสำหรับเด็กตาบอด ตามมาด้วยการสำรวจบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาขององค์การอนามัยโลก จากนั้นกระทรวงศึกษาธิการและหน่วยงานต่าง ๆ ก็เริ่มจัดให้มีห้องเรียนและสถานศึกษาสำหรับนักเรียนที่มีความต้องการพิเศษ

เจตคติของคนในสังคมส่งผลต่อความช่วยเหลือที่บุคคลบกพร่องทางสติปัญญาได้รับ เช่น เมื่อความบกพร่องทางสติปัญญาหมายถึงการถูกพระเจ้าลงโทษ การชดใช้กรรมเก่า เป็นเรื่องน่าอับอาย เป็นอันตราย เป็นโรคติดต่อ คนในสังคมก็จะปกปิดหรือกีดกันคนเหล่านี้ออกไป หรือหากสังคมคิดว่าบุคคลบกพร่องทางสติปัญญานั้นต่ำต้อยและน่าสงสาร สังคมก็จะเน้นการบริจาคตาน แต่การช่วยเหลือด้วยสิ่งของโดยไม่สอนเพื่อพัฒนา ก็ไม่ได้เป็นประโยชน์สำหรับบุคคลบกพร่องทางสติปัญญา ส่วนในปัจจุบัน สังคมเริ่มเข้าใจว่า บุคคลบกพร่องทางสติปัญญามีความรู้สึก มีความฝัน มีศักดิ์ศรี และมีความเป็นมนุษย์เหมือนคนอื่น

ครูการศึกษาพิเศษซึ่งมีหน้าที่พัฒนานักเรียนบกพร่องทางสติปัญญาจำเป็นต้องตระหนักถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของเขา ปฏิบัติต่อเขาเหมือนมนุษย์คนหนึ่ง รวมถึงเรียกร้องสิทธิและเจตคติที่ถูกต้องจากผู้คนในสังคมให้แก่เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาด้วย

## แบบฝึกหัดท้ายบทที่ 1

1. ขอให้ยกตัวอย่างบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาการศึกษาพิเศษมา 3 ชื่อ พร้อมอธิบายสิ่งที่คุณคนนั้นทำโดยย่อ
2. เราควรใช้คำว่า “โรคปัญญาอ่อน” “โรคบกพร่องทางสติปัญญา” หรือ “ความบกพร่องทางสติปัญญา” ขอให้เลือก 1 คำ พร้อมอธิบายเหตุผล
3. ขอให้อธิบายเจตคติของสังคมที่มีต่อบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาในยุคต่าง ๆ
4. ครูผู้สอนควรมีความเชื่อหรือเจตคติอย่างไร เพื่อให้เด็กนักเรียนบกพร่องทางสติปัญญาสามารถเรียนรู้ได้และมีพัฒนาการดีขึ้น

(เฉลยในหน้า 239)

# บทที่ 2

## นิยาม การแบ่งระดับ และลักษณะ



ภาพ 2.1 ความบกพร่องทางสติปัญญาที่มีหลายระดับ

ที่มา: [www.inclusion-europe.eu](http://www.inclusion-europe.eu)

มาตรฐานในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 ทำให้สังคมสามารถแยกแยะความบกพร่องทางสติปัญญาออกจากความบกพร่องอื่น ๆ ได้ นอกจากนี้จะถูกใช้เป็นตัวระบุความบกพร่องทางสติปัญญาแล้ว ระดับเชาวน์ปัญญา (Intelligence Quotient หรือ IQ) ยังทำให้นักวิชาชีพระบุความบกพร่องทางสติปัญญาออกเป็นระดับต่าง ๆ อีกด้วย (ภาพ 2.1)

เมื่อผู้อ่านได้เรียนรู้ประวัติของความบกพร่องทางสติปัญญาและเจตคติที่สังคมมีต่อบุคคลเหล่านี้ในบทที่ 1 แล้ว ในบทนี้ ผู้เขียนจะกล่าวถึงนิยามของความบกพร่องทางสติปัญญา การแบ่งระดับความรุนแรง และลักษณะของบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาตามระดับความรุนแรง เพื่อให้ผู้อ่านทราบความคิดเห็นที่บุคลากรวิชาชีพในวงการการศึกษาพิเศษและสาขาที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทยและทั่วโลกมีส่วนร่วม

### เนื้อหาในบทนี้

1. นิยามของความบกพร่องทางสติปัญญา
2. การแบ่งระดับของความบกพร่องทางสติปัญญาในอดีต
3. การแบ่งระดับของความบกพร่องทางสติปัญญาในปัจจุบัน
4. ลักษณะของบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาตามระดับความรุนแรง

สังคมในยุคโบราณยังไม่ทราบถึงความแตกต่างระหว่างความบกพร่องทางร่างกาย ความบกพร่องทางสติปัญญา และความผิดปกติทางจิต ผู้คนในสังคมจึงมองบุคคลที่มีความบกพร่องประเภทต่าง ๆ เป็น “คนโง่แต่กำเนิด (Natural Fools)” จนกระทั่งวิทยาการทางการแพทย์เจริญก้าวหน้า รวมถึงวิธีการวัดความฉลาดของมนุษย์อย่างเป็นทางการและมี