

สาขาวิชาการศึกษาศิลปะพิเศษ

เด็กกลุ่มอาการดาวน์

ความหมาย

เด็กกลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome) คือเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของโครโมโซม เด็กกลุ่มอาการดาวน์จะมีมากในพวกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาถ้าวคือมีถึง 1 ใน 800 คน ทั้งจะมีรูปร่างหน้าตาเหมือนกันทุกเชื้อชาติ

ความเป็นมา

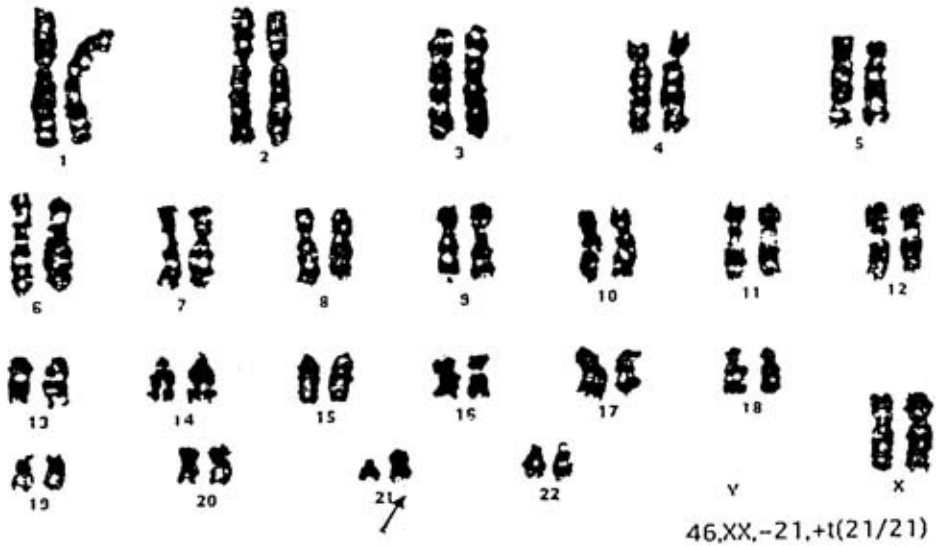
นักมานุษยวิทยา ได้ศึกษาลักษณะของกระโหลกศีรษะมนุษย์ปรากฏว่ามีเด็กกลุ่มอาการดาวน์มีมาตั้งแต่สมัยโบราณแล้ว ทั้งยังได้ถ่ายทอดลักษณะของคนเหล่านี้ในงานศิลปะต่างๆ ในปี ค.ศ. 1848 นายแพทย์ Edward Sequin รายงานลักษณะคนไข้รายหนึ่งที่มีลักษณะกลุ่มอาการดาวน์ แต่เรียกว่า Furfuraceous Idiocy ต่อมาในปี ค.ศ. 1866 ดันแคน (Duncan) บันทึกลักษณะคนไข้เด็กหญิงคนหนึ่งว่ามีศีรษะกลมเล็ก หน้าตาเหมือนชาวจีน มีลิ้นใหญ่ยื่นออกมาจากปาก ทำให้มีการสื่อสารลำบากดันแคนเรียกกลุ่มอาการนี้ว่า มองโกลิซึม (Mongolism) ต่อมา ในปี ค.ศ.1866 แพทย์ชาวอังกฤษชื่อจอห์น แลงดอน ดาวน์ (John Langdon Down) รายงานผลงานวิจัยทางวิชาการเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์เป็นครั้งแรกว่ามีลักษณะเฉพาะทางกายภาพที่สังเกตได้ตั้งแต่แรกเกิด ทั้งหน้าตาคล้ายคลึงกับพวกมองโกล ซึ่งตามปกติแล้วจะมีผมสีดำแต่กลับมีผมสีน้ำตาล เส้นตรงและบาง ไชหน้ากลมแบนและกว้าง ลิ้นเป็นร่องหนา โดขึ้นคับปาก รูปตาเฉียงขึ้น กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก ข้อต่อต่างๆ ยึดได้มากกระดูกกระโหลกศีรษะบริเวณท้ายทอยแบน มือสั้นและฝ่ามือกว้าง เส้นลายมือขาด มีช่องว่างระหว่างนิ้วเท้า นอกจากนั้นมักจะเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีความสามารถในการเรียน

แบบตึมาก แต่ยังจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกับครีตินิซึม (Cretinism) ซึ่งมีความบกพร่องทางสติปัญญาเนื่องจากขาดฮอร์โมนไทรอยด์ (thyroid hormone) และอาจเกิดจากมารดาขณะตั้งครรภ์ป่วยเป็นวัณโรค (maternal tuberculosis) ด้วย แต่ยังไม่อาจระบุสาเหตุได้แน่ชัด จากการศึกษาของนายแพทย์ดาวน์ซึ่งวงการแพทย์ยอมรับอย่างกว้างขวาง และยกย่องเป็นบิดาแห่งกลุ่มอาการดาวน์ เพื่อเป็นเกียรติแก่นายแพทย์ดาวน์ใน ค.ศ. 1960 จึงเปลี่ยนชื่อของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่มีสาเหตุมาจากการผิดปกติของโครโมโซมว่าเป็นกลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome) ในปี ค.ศ.1932 วอร์ดเดนเบิร์ก (Warrdenburg) รายงานผลงานค้นคว้าวิจัยเรื่องความผิดปกติทางสติปัญญาอันมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของโครโมโซม ในปี ค.ศ.1956 ทิโจและเลเวน (Tijo & Levan) เป็นกลุ่มแรกที่ศึกษาจำนวนโครโมโซมของมนุษย์ปรากฏผลว่าตามปกติจะมีโครโมโซม 23 คู่ หรือ 46 แท่ง และเพศหญิงมีจำนวน 46,XX ส่วนเพศชายมี 46,XY ในปี ค.ศ. 1959 โรเจอร์และเพื่อน (Roger et al, 1996) ได้ศึกษาและยืนยันถึงสาเหตุของเด็กกลุ่มอาการดาวน์ว่ามีสาเหตุมาจากความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 (Trisomy 21) แน่นอน

สาเหตุ

สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการดาวน์เนื่องจากทางพันธุกรรม หรือเป็นเพราะความผิดปกติอันเนื่องมาจากโครโมโซม ร่างกายของเรานั้นจะประกอบด้วยเซลล์ศูนย์กลางของเซลล์ คือ นิวเคลียส ซึ่งเป็นที่เก็บตัวนำลักษณะทางพันธุกรรมจากบรรพบุรุษไปสู่ลูกหลานซึ่งเรียกว่า โยนส์ โยนส์จะเรียงตัวเป็นแนวลักษณะคล้ายเส้นด้ายเรียกว่า โครโมโซม ตามปกติแต่ละเซลล์

ประกอบด้วยโครโมโซม 23 คู่ หรือ 46 แท่ง โครโมโซม 1 คู่เป็นโครโมโซมเพศ อีก 22 คู่เป็น โอดโซม (autosome) โครโมโซมประกอบด้วยดีเอ็นเอ และโปรตีนที่ซับซ้อนมาก แต่จะมองเห็นได้ด้วยกล้องจุลทรรศน์ จึงทำให้เราสามารถตรวจสอบได้โดยการเรียงลำดับจากแท่งใหญ่ไปหาแท่งเล็กสุดเรียกว่า วิธีคาริโอไทป์ (karyotype)



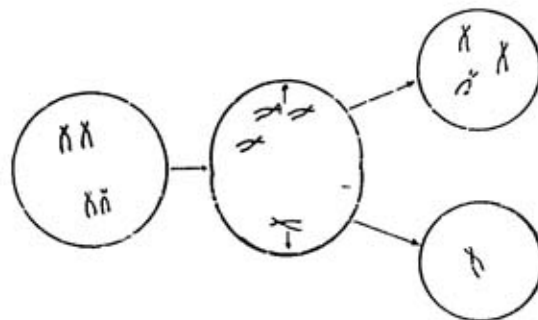
ภาพที่ 1 รูปโครโมโซมปกติ

จำนวนทารกกลุ่มอาการดาวน์จะมีโครโมโซมผิดปกติ ประมาณ 1 ใน 7000 ความผิดปกตินี้อาจเกิดขึ้นเพราะสาเหตุที่มีโครโมโซมมากหรือน้อยกว่า 46 แท่ง หรืออาจเกิดจากโครโมโซมย้ายที่หรือเกิดจากแท่งโครโมโซมแตกหัก

สาเหตุของดาวน์ซินโดรมนอกจากเกิดจากโครโมโซมผิดปกติแล้ว อายุของมารดาก็มีความสำคัญด้วยเพราะมารดาที่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี มีโอกาสมีบุตรเป็นดาวน์ซินโดรมประมาณ 1 ใน 1500 แต่จำนวนจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 25 เมื่อมารดาที่เริ่มมีบุตรคนแรกอายุเกิน 45 ปี

ประเภทความผิดปกติของโครโมโซมในกลุ่มอาการดาวน์มี 3 ประเภท คือ

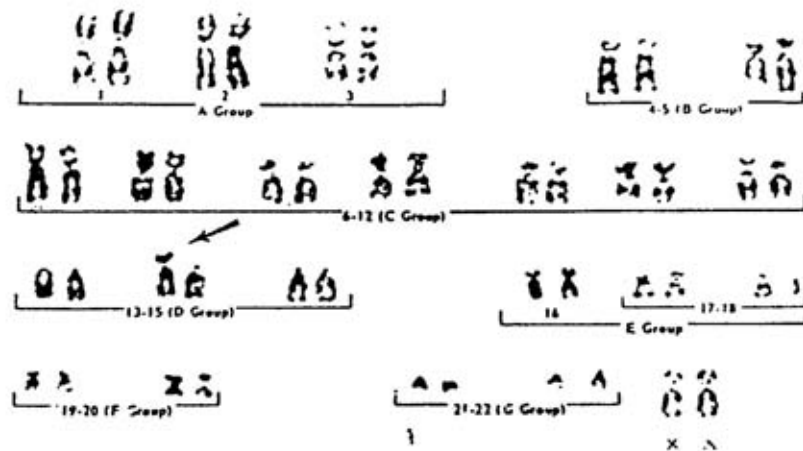
1. ความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมา 1 แท่ง ดังภาพที่ 2 มีมาร้อยละ 95 อัตราเสี่ยงสูงขึ้นเมื่อแม่มีอายุมากกว่า 35 ปี อัตราเสี่ยงของการเกิดซ้ำประมาณร้อยละ 1



ภาพที่ 2 การจัดเรียงโครโมโซมของเด็กดาวน์ประเภท trisomy โดยโครโมโซมคู่ที่ 21 จะมี 3 แท่ง แทนที่จะมีเพียงคู่เดียวของเด็กปกติ

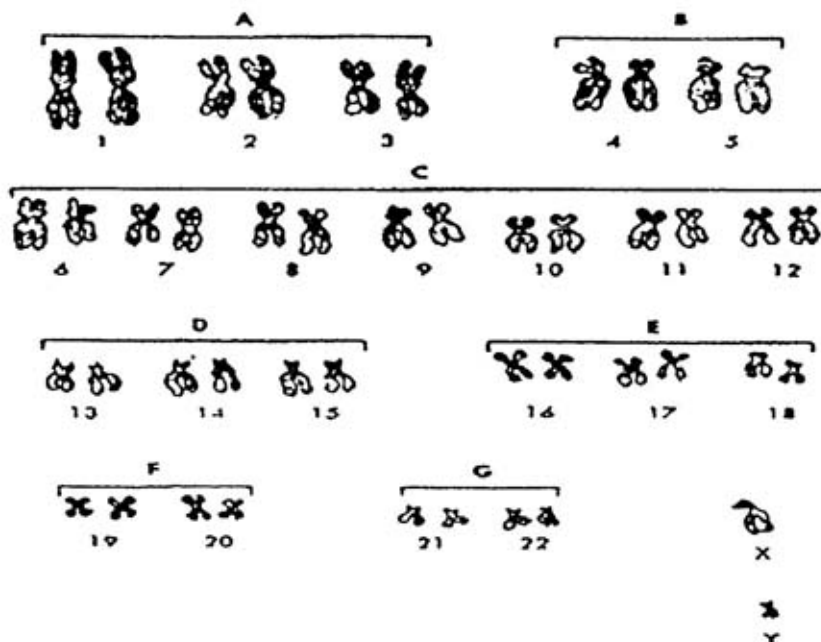
2. ความผิดปกติที่เกิดจากโครโมโซม 21 ที่
 เกินมาไปยึดติดกับโครโมโซมคู่อื่นๆ พบทั่วไปจะเกิด
 ได้ในคู่ที่ 13 14 15 หรือที่พบมากจะเป็น translocation
 14/21 โครโมโซมคู่ที่ 21 มายึดติดกับคู่ที่ 14 ใน
 กลุ่มนี้หากแม่มีความผิดปกติของโครโมโซมแบบนี้
 อัตราเสี่ยงของการเกิดซ้ำประมาณร้อยละ 10-50 ถ้า
 พ่อมีความผิดปกติอัตราเสี่ยงของการเกิดซ้ำประมาณ

ร้อยละ 10 ส่วนในแบบที่เป็น translocation carrier
 22/21 หากพ่อหรือแม่มีความผิดปกติแบบนี้อัตรา
 เสี่ยงของการเกิดซ้ำจะเป็นร้อยละ 100 ดังนั้นในกรณี
 นี้จำเป็นต้องเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์โครโมโซมในพ่อ
 แม่ทุกราย อายุของแม่ที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มอัตราการเกิด
 อากาศาวนเพิ่มขึ้นด้วย (Drew et al., 1988) การ
 จัดเรียงโครโมโซมของเด็กดาวนประเภท translocation



ภาพที่ 3

3. ความผิดปกติที่เกิดร่วมกันของ trisomy 21 กับเซลล์ปกติในคนคนเดียวก็คือเซลล์บางตัวจะมีโครโมโซม
 46 แท่งและบางเซลล์จะมี 47 แท่งพบได้ร้อยละ 2 ไม่สามารถบอกอัตราเสี่ยงของการเกิดซ้ำได้อย่างแม่นยำ
 เด็กในกลุ่มนี้มักจะมีการแสดงของลักษณะดาวนน้อยกว่าในกลุ่มอื่นและมีพัฒนาการด้านต่างๆ ดีกว่าด้วย

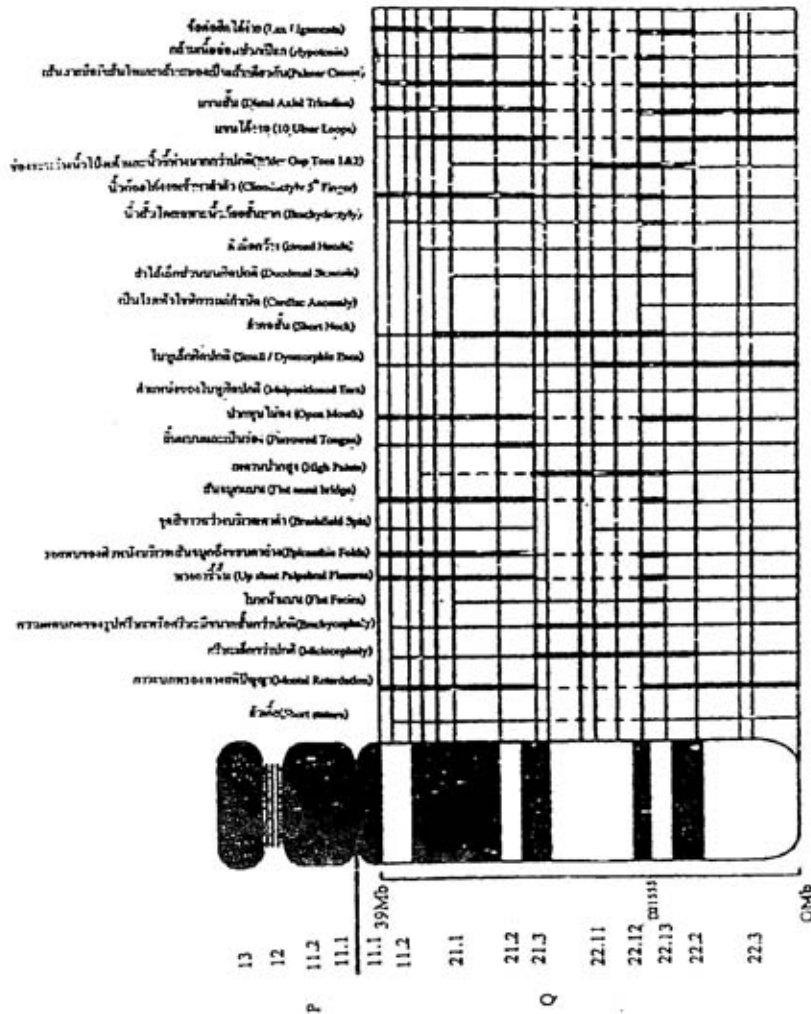


ภาพที่ 4 ลักษณะโครโมโซมของการดาวนแบบ Mosaicism

ลักษณะของเด็กกลุ่มอาการดาวน์

1. มีความผิดปกติของโครงสร้างหน้าที่ทาง สรีรวิทยาหรือทั้งสองอย่างรวมกัน (Epstein, 1990) โครโมโซมคู่ที่ 21 นี้เป็นโครโมโซมที่มีขนาดเล็กของ โครโมโซมร่างกาย (autosomes) มีเบสเป็นส่วน

ประกอบอยู่ประมาณ 54 ล้านคู่ เบสของ DNA โครโมโซมคู่ที่ 21 มีลักษณะเป็น acrocentric คือมี รอยต่อของแขนทั้งคู่ (centromere) อยู่เกือบติด ปลายด้านหนึ่ง ซึ่งยีนที่มีผลต่อการเกิดอาการดาวน์ จะอยู่บนแขนข้างยาว (21q) ของโครโมโซมคู่นี้ (Gardiner, 1990)



แสดงแผนที่โครโมโซมของ trisomy 21 โดยการวิเคราะห์ทางคลินิกและโมเลกุลของเด็กดาวน์

เส้นทึบแสดงส่วน minimal region เส้นบาง แสดงถึง maximal region เส้นประแสดงถึงส่วนของ maximal-region ที่ไม่อยู่ในส่วนของ minimal region สำหรับช่องว่างที่เว้นไว้แสดงถึงบริเวณของโครโมโซม ที่สอดคล้องกับลักษณะปรากฏที่พบ (Rogers et al., 1996)

2. ลักษณะทางกายภาพทั่วไป เด็กกลุ่ม อาการดาวน์ทุกเชื้อชาติจะหน้าตาคล้ายคลึงกัน คือ ศีรษะเล็ก หน้าแบน สันจมูกแบน ตาเฉียงขึ้น แก้วตา มีจุดขาว หัวเล็ก ช่องปากเล็ก ลิ้นโตคับปาก เพดานสูง คอสั้น แขนสั้น มือแบนกว้าง เส้นลายมือตัดขวาง นิ้ว มือสั้น ฝ่าเท้ากว้าง นิ้วเท้าสั้น และมีช่องว่างระหว่าง หัวแม่เท้าและนิ้วชี้เป็นต้น (Watkins et al, 1997)



3. ผิดปกติที่กล้ามเนื้อและกระดูกมีพัฒนาการทางด้านกระดูกอ่อนไหวช้า ผ่าเท้าแบนราบ บางคนมีกระดูกคอกและสะโพกเคลื่อน มีความผิดปกติที่กระดูกหูชั้นกลางและชั้นในทำให้มีความบกพร่องทางการได้ยิน

4. ผิดปกติที่ผิวหนังยืดหยุ่นได้น้อย มีเลือดมาเลี้ยงน้อย ทำให้ผิวหนังแห้งแตกง่าย และมีรอยจ้ำเป็นลาย การรับรู้ทางประสาทสัมผัสน้อย

5. ผิดปกติที่ระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 12 มีลำไส้อุดตัน และ/หรือไม่มีรูทวารตั้งแต่แรกเกิด ทำให้อาเจียนจนถึงอายุ 6 เดือน เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะอาหารไม่แข็งแรง ส่วนมากมีปัญหาร่องท้องอืดและท้องผูกได้ง่ายเพราะกล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้หย่อนตัว

6. ผิดปกติที่หัวใจและหลอดเลือดถึงร้อยละ 12 บางคนเป็นโรคหัวใจแต่กำเนิด หรือเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว

7. ผิดปกติที่ระบบประสาท สมองมีขนาดเล็กทำให้การรับรู้เข้าใจช้า สถิติปัญญาต่ำกว่าเด็กปกติ บางคนตาเข หรือสายตาสั้น นอกจากนั้นยังมีปัญหาการได้ยินและมีประสาทสัมผัสไม่ดี

8. ผิดปกติทางระบบหายใจทำให้ติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ และการจับเสมหะไม่ดี

9. ผิดปกติที่ระบบสืบพันธุ์อวัยวะเพศอาจจะเล็กกว่าปกติ พัฒนาการทางเพศจะช้ากว่าปกติ

10. ผิดปกติที่ต่อมไร้ท่อ ฮอริโมนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของร่างกายและสมอง (growth hormone & thyroid hormone) อาจมีน้อยกว่าปกติ

11. เคลื่อนไหวเชื่องช้า แต่มีอารมณ์ร่าเริง แจ่มใสหากได้รับการเลี้ยงดูส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมตั้งแต่แรกเกิด -5 ปี จะสามารถปรับตัวได้ดี (National Down Syndrome Society, 1997)

การจัดการเรียนร่วมให้แก่เด็กอาการดาวน

การจัดการเรียนร่วมให้แก่เด็กกลุ่มอาการดาวนในชั้นเรียนปกติ

การจัดให้เด็กกลุ่มอาการดาวนเข้าเรียนร่วมในชั้นเรียนปกติอาจมีปัญหาหากไม่มีการเตรียมการที่ดีพอ แต่การจัดให้เด็กกลุ่มอาการดาวนเข้าเรียนร่วมจะมีผลดีมากกว่าผลเสียดังนี้

1. สามารถเรียนรู้ในสภาพแวดล้อมที่กว้างขวางขึ้นเมื่อเรียนร่วมในชั้นปกติ
2. มีแรงจูงใจที่จะเรียนมากขึ้น
3. มีพฤติกรรมทางสังคมดีขึ้น เพราะได้เห็นแบบอย่างที่ดีจากเด็กปกติ
4. เรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับสังคมของคนปกติ เพราะในสภาพของชุมชนทั่วไปก็มีผู้พิการอยู่ร่วมกับสังคมของคนปกติ
5. เด็กที่เรียนร่วมในชั้นปกติ มักประสบความสำเร็จในการดำรงชีพในสังคมในอนาคต
6. มีเพื่อนมากขึ้น ทั้งที่เป็นเด็กปกติและที่เป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
7. เด็กปกติเข้าใจเด็กดาวนมากขึ้น เด็กปกติมีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับเด็กกลุ่มอาการดาวนและมีความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กกลุ่มอาการดาวนมากขึ้นและยอมรับเด็กกลุ่มอาการดาวนมากขึ้น

คุณลักษณะของครูสอนเด็กกลุ่มอาการดาวน

ครูที่สอนเด็กกลุ่มอาการดาวนในชั้นเรียนร่วมได้นั้นก็คือครูที่สอนเด็กปกติได้ดั่งนั่นเอง เขาเป็นบุคคลที่มีความเป็นครูมากกว่าการเป็นผู้บอกวิชาแก่เด็ก ครูที่จะประสบความสำเร็จในการสอนเด็กที่มีความต้องการพิเศษ สอนเด็กกลุ่มอาการดาวน หรือสอนชั้นเรียนร่วมที่มีเด็กกลุ่มอาการดาวนเรียนอยู่

ครูที่สอนเด็กกลุ่มอาการดาวนควรมีคุณสมบัติและพฤติกรรมดังต่อไปนี้

1. มีความมั่นใจว่าจะประสบผลสำเร็จ
2. ตรวจสอบผลงานของนักเรียนอย่างสม่ำเสมอ และแก้ไขผลงานให้ถูกต้อง
3. ชี้แจงเรื่องเกี่ยวกับกฎระเบียบ คำสั่ง ตลอดจนข้อห้ามต่างๆ อย่างชัดเจน
4. มีความยืดหยุ่นในการสอนและการมอบงานให้กรบ้าน
5. ให้ความยุติธรรมเด็กทุกคน ไม่ลำเอียง
6. ตอบคำถามและข้อซักถามของนักเรียน
7. อดทน และมีอารมณ์ขัน
8. มีกลยุทธ์พิเศษในการสอน
9. มีเสถียรภาพทางอารมณ์
10. สามารถควบคุมชั้นเรียน ได้ดี
11. เข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคล รวมทั้งเข้าใจว่าทุกสังคมย่อมมีคนพิการปะปนอยู่เสมอ
12. เป็นคนใจกว้าง รับฟังความเห็นทุกอย่าง มีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่อยู่รอบตัว รวมทั้งทัศนคติที่ดีต่อเด็กพิการ
13. มีมนุษยสัมพันธ์
14. มีความพึงพอใจในอาชีพครู

ยุทธศาสตร์การสอนอย่างมีประสิทธิภาพ

ครูที่สามารถสอนชั้นเรียนร่วมได้ดั่งนั้น นอกจากจะมีคุณสมบัติตามที่กล่าวแล้ว ยังควรมีความสามารถในการจัดการชั้นเรียน การปฏิบัติต่อเด็ก การมอบงานให้เด็กทำ และการจัดสภาวะแวดล้อม ที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ของเด็กด้วย

การจัดการชั้นเรียนหรือการควบคุมชั้นเรียนครูที่สอนชั้นเรียนร่วมควรปฏิบัติดังนี้

1. วางแผนในการสอนการมอบงานให้เด็กทำอย่างดีอย่าให้เด็กมีเวลาว่าง ถ้าเด็กมีเวลาว่างเด็กจะคุยกันบางคนอาจถูกจากเก้าอี้ ทำให้คุมชั้นเรียนยาก
2. อย่าให้เด็กรอคอยนาน เด็กที่มีความต้องการพิเศษอาจมีปัญหาเกี่ยวกับสมาธิ มีความสนใจสั้น รอานไม่ได้ ครูจึงไม่ควรให้เด็กรอาน

3. พยายามให้เด็กมีใจจดจ่ออยู่กับงานที่ถูกมอบหมาย อย่าให้เด็กหันเหไปทางอื่น หรือร่วมกิจกรรมอื่นเป็นเวลานาน การเปลี่ยนกิจกรรม หากจำเป็นต้องเปลี่ยนควรเปลี่ยนในเวลาอันสั้น ทั้งนี้เพื่อ

1) ป้องกันการขาดระเบียบวินัยของเด็ก หากครูปฏิบัติได้ดังกล่าวมาแล้ว จะทำให้ควบคุมชั้นเรียนได้ดี เพราะเด็กไม่มีโอกาสทำผิดระเบียบ

2) ครูไม่จำเป็นต้องลงโทษเด็ก

3) ไม่จำเป็นต้องใช้มาตรการอื่นในการควบคุมชั้นเรียน

4. การปฏิบัติต่อเด็กครูควรให้แรงเสริมเชิงบวกเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสมอาจเป็นคำชมหรือรางวัลและครูช่วยนักเรียนหาคำตอบ เมื่อเด็กตอบผิดควรให้คำแนะนำว่าคำตอบที่ถูกต้องควรเป็นอย่างไรจะหาคำตอบได้ที่ใด ไม่ควรตำหนิเด็ก พฤติกรรมดังกล่าวของครูจะช่วยให้เด็กมีกำลังใจที่จะเรียนไม่ย่อท้อเพราะครูมิได้วิจารณ์ไปในทางเสียหาย ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตน

5. การมอบหมายงานควรทำดังนี้

1. การมอบงานไม่จำเป็นต้องเหมือนกันทุกคน หากเด็กกลุ่มอาการดาวน์ไม่สามารถที่จะทำงานอย่างเดียวกันกับที่ครูมอบให้เด็กปกติทำ ครูควรมอบงานอื่นให้เป็นงานที่เด็กสามารถทำได้ การมอบงานจะต้องมอบตามความสามารถของเด็กที่ละคน ไม่ควรมอบงานที่เหมือนกันทุกคน

2. ให้เด็กสามารถซักถามครูได้อย่างเป็นกันเอง หากเด็กไม่เข้าใจในงานที่ครูมอบให้ ครูและนักเรียนควรมีปฏิสัมพันธ์ไปในทางสร้างสรรค์

การปฏิบัติของครูในลักษณะดังกล่าวจะส่งผลให้เด็กทำงานผิคน้อยลง เนื่องจากได้ทำงานตามที่เขาพอจะทำได้และเมื่อเด็กทำผิคน้อยลงหรือไม่ผิคนเลย จะทำให้เด็กเรียนรู้ได้มากขึ้นในอัตราที่เร็วขึ้น

การจัดสภาวะแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้

1. สร้างบรรยากาศที่ครูแสดงความเอื้อเฟื้อเมตตาต่อเด็ก ให้ความช่วยเหลือ ไม่ใช่ดั่งหน้าตั้งตาวิจารณ์ผลงานของเด็กตลอดเวลาไม่เป็นคนช่างติเตียนจนเด็กรู้สึกทำงานอะไรก็ไม่ถูกใจครูเลย

2. สำหรับเด็กกลุ่มอาการดาวน์ การวิจารณ์ผลงานของนักเรียนครูควรใช้วิจารณ์ญาณให้ดี พุดจาด้วยความระมัดระวังที่จะไม่ทำลายความตั้งใจของเด็ก

3. เมื่อเด็กมีปัญหาไม่เข้าใจ ครูไม่ควรตำหนิเด็กว่าทำไมเข้าใจยากนัก ควรหาวิธีอธิบายใหม่โดยใช้คำพูดที่ง่ายกว่า อาจทำให้เด็กเข้าใจได้

พฤติกรรมของครู จะมีส่วนช่วยให้เด็กมีกำลังใจที่จะเรียน เด็กไวใจครู เชื่อถือในตัวครูมากขึ้นและขอความช่วยเหลือจากครูเมื่อเด็กมีปัญหา มิฉะนั้นเด็กจะไม่เข้าหาครูเลย ไม่บอกว่าตนเองมีปัญหาอย่างไร

พัชรีวัลย์ เกตุแก่นจันทร์

บรรณานุกรม

- American Association on Mental Retardation. **Mental Retardation : Definition Classification, and Systems of Supports.** 9th ed. Washington D.C. : American Association on Mental Retardation, 1992.
- The Association for Retard Citizens of the United States National Headquarter (1996) (On Line). Available E-mail : vhenson @ metronet. Com.
- Drew, C.J., Logan, D.R. and Hardman, M.L. **Mental Retardation.** Merrill Publishing Company, 1988.
- Down, J.C.H. **Observations on an Ethnic Classification of Idiots.** London Hospital Clinical Lectures and Reports, 1966.
- Epstein, C.J. "The Consequences of Chromosome Imbalance," **American Journal of Medical Genetics.** 7(Suppl.) : 31-37 ; 1991.
- Gardiner, K. "Physical Mapping of the Long Arm of Chromosome 21," in D.Patterson & C.Epstein (eds.) **Molecular Genetics of Chromosome 21 and Down Syndrome.** pp. 1-14. New York : Wiley - Liss, 1990.
- "Genetics of Human Chromosome 21," **Journal of Medical Genetics.** 24 : 257.
- National Down Syndrome Society. "Parent and Professional Information," April 1997. Education Research Advocacy (On line). Available : E-mail : info@ndss. Org.
- Roger, P.T. ; Uoizen, N.J. and Capone, G.T. "Down Syndrome," in A.J. Caprte and P.J. Accardo (eds.). **Developmental Disabilities in Infancy and Childhood. Vol II.** 2nd ed. pp. 221-243 Maryland : Paul H. Brookes Publishing Co, 1996.
- Sanford, Gerber. "Chromosomes and Chromosomal Disorder," **ASHA.** 39 ; September.1990.
- Tingey. C. in Tingey, C.(ed.). **Down Syndrome : A Resource Book.** London : Taylor & Harris Ltd. 1988.

เด็กที่มีความต้องการพิเศษ

ความหมาย

เด็กที่มีความต้องการพิเศษ (Children with Special Needs) หมายถึง เด็กที่ไม่อาจพัฒนาความสามารถได้เท่าที่ควรจากการเรียนการสอนตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากสภาพความบกพร่องหรือความแตกต่างทางร่างกาย สติปัญญาและอารมณ์ และรวมถึงเด็กที่มีความสามารถพิเศษอีกด้วย

ความเป็นมา

ในอดีตเด็กที่มีความต้องการพิเศษมักจะถูกผู้ปกครองทำร้าย ถูกละเลย หรือทอดทิ้งไม่ได้รับการดูแล และไม่มีการจัดการศึกษาให้ ในประเทศไทยมีการจัดการศึกษาพิเศษสำหรับเด็กในวัยเรียนมาตั้งแต่ พ.ศ. 2487 ในรูปแบบของโรงเรียนเฉพาะ ต่อมาใน พ.ศ. 2500 ได้มีการจัดให้รูปแบบของการจัดการเรียนร่วมระดับประถมศึกษา จากนั้นได้มีการริเริ่มจัดการศึกษาสำหรับเด็กปัญญาเลิศหรือภายหลังเรียกว่าเด็กที่มีความสามารถพิเศษ

ปัจจุบัน การจัดบริการด้านการศึกษาคำนึงถึงเด็กที่มีความต้องการพิเศษทุกประเภทและเน้นเรื่องการเรียนร่วม จะเห็นได้จากพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช 2542 ซึ่งมีบทบัญญัติให้จัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษให้ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานโดยให้จัดตั้งแต่แรกเกิดหรือแรกพบความพิการ

ประเภทของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

เด็กที่มีความต้องการพิเศษ อาจแบ่งเป็นประเภทต่างๆ ได้ดังต่อไปนี้

(1) เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน (children with hearing impairment) เด็กที่สูญเสีย

เสียงการได้ยิน ในระดับหูตึงหรือหูหนวก ซึ่งอาจจะสูญเสียการได้ยินมาแต่กำเนิดหรือภายหลังก็ตาม แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 หูตึงน้อย เริ่มได้ยินเสียงเมื่อเสียงดัง 26-40 เดซิเบล

ระดับที่ 2 หูตึงปานกลาง เริ่มได้ยินเสียงเมื่อเสียงดัง 41-55 เดซิเบล

ระดับที่ 3 หูตึงมาก เริ่มได้ยินเสียงเมื่อเสียงดัง 56-70 เดซิเบล

ระดับที่ 4 หูตึงรุนแรง เริ่มได้ยินเสียงเมื่อเสียงดัง 71-90 เดซิเบล

ระดับที่ 5 หูหนวก เริ่มได้ยินเสียงเมื่อเสียงดังมากกว่า 90 เดซิเบลขึ้นไป หรือไม่มีปฏิกิริยาใดๆ แม้จะมีเสียงดังมากกว่า 90 เดซิเบล

ดังนั้นจึงต้องจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นการทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) จัดอุปกรณ์เสริม ได้แก่ เครื่องช่วยฟัง ประสาทหูเทียม เครื่อง FM คอมพิวเตอร์เกี่ยวกับการสอนพูด เป็นต้น

(2) เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (children with mental retardation) หมายถึง เด็กที่มีสติปัญญาค่าต่ำกว่าเด็กปกติทั่วไป เมื่อวัดสติปัญญาโดยใช้แบบทดสอบมาตรฐาน มีข้อจำกัดในทักษะด้านการปรับตัวอย่างน้อย 2 ทักษะใน 10 ทักษะ ดังนี้

1. การสื่อความหมาย
2. การดูแลตนเอง
3. การดำรงชีวิตในบ้าน
4. ทักษะทางสังคม
5. การใช้สาธารณะสมบัติ
6. การควบคุมตนเอง
7. สุขอนามัย และความปลอดภัย

8. การเรียนวิชาการ เพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน

9. การใช้เวลาว่าง

10. การทำงาน

ทั้งนี้ภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาต้องเกิดขึ้นก่อนอายุ 18 ปี ซึ่งสามารถจัดระดับความบกพร่องทางสติปัญญาได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ขั้นเล็กน้อย (mild) IQ 50-60

ระดับที่ 2 ขั้นปานกลาง (moderate) IQ

35-49

ระดับที่ 3 ขั้นรุนแรง (severe) IQ 20-34

ระดับที่ 4 ขั้นรุนแรงมาก (profound) IQ

น้อยกว่า 20

การจัดการศึกษาให้กับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญานี้ต้องจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) การวิเคราะห์งาน (task analysis) รวมทั้งการกระตุ้นพัฒนาการการปรับพฤติกรรม การใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอน ศิลปะและดนตรีสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เป็นต้น

(3) **เด็กที่มีความบกพร่องทางการเห็น** (children with visual impairment) หมายถึง เด็กตาบอดหรือเด็กที่มีสายตาเหลืออยู่น้อยมาก ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้แบ่งความบกพร่องทางการเห็นออกเป็นชั้นต่าง ๆ ดังนี้

ระดับของความบกพร่องทางการเห็น	สายตาที่ดีที่สุด เมื่อใช้แว่นตาธรรมดาแล้ว
สายตาเลือนราง (low vision)	
ระดับ 1	6/18 หรือ 20/70
ระดับ 2	6/60 หรือ 20/200
สภาพตาบอด (blindness)	
ระดับ 3	3/60 หรือ 20/400
ระดับ 4	1/60 หรือ 5/300
ระดับ 5	ไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง

การจัดการศึกษาให้แก่เด็กที่มีความบกพร่องทางการเห็นนี้จะต้องมุ่งเน้นเรื่องการเคลื่อนไหว (O&M) และจัดอุปกรณ์เสริมได้แก่ เบรลเลอร์ ไม้เท้าขาว เทปบันทึกเสียง แวนชขาย คอมพิวเตอร์ช่วยสอน รวมทั้งจัดบริการเรื่องของสุนัขนำทาง ศิลปะ และดนตรีสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เป็นต้น

(4) **เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายและสุขภาพ** (children with physical impairment) หมายถึง เด็กที่มีอวัยวะไม่สมบูรณ์ อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนขาดหายไป กระดูกและกล้ามเนื้อพิการ เจ็บป่วยเรื้อรัง รุนแรง มีความพิการของระบบประสาท (nervous system) มีความลำบากในการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในสภาพ

ปกติ ทั้งนี้ไม่รวมพวกพิการทางประสาทสัมผัสเช่นเด็กที่มีความบกพร่องทางการเห็น หรือเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

การจัดการศึกษาให้แก่เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายและสุขภาพจะต้องเน้นเรื่อง การปรับอาคารสถานที่และจัดอุปกรณ์เสริม ได้แก่ กายอุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ช่วยสอน รวมทั้งจัดบริการด้าน การฝึกพูด การแก้ไขการพูด ศิลปะและดนตรี สำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เป็นต้น

(5) **เด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรม** (children with behavior disorders) หมายถึง เด็กที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

เด็กที่ไม่สามารถเรียนหนังสือได้เช่นเดียวกับเด็กปกติทั่วไป แต่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากองค์ประกอบทางสติปัญญา การรับรู้ ความบกพร่องทางร่างกาย หรือสุขภาพ ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับเพศและวัย มีปัญหาทางอารมณ์ หรือแสดงอาการเจ็บป่วย โดยมีสาเหตุมาจากจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล หรือหวาดกลัว เป็นต้น

ลักษณะของเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมอาจจะปรากฏเพียงลักษณะใดลักษณะหนึ่งหรือมากกว่านั้นก็ได้ แต่ต้องเกิดขึ้นเป็นเวลานานพอสมควรซึ่งจะต้องหาสาเหตุ ต้องจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) การปรับพฤติกรรมรวมถึงการจัดบริการเสริมด้านศิลปะและดนตรีสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ และเทคนิคคลายเครียดให้ เป็นต้น

(๑) เด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ (children with learning disabilities) หมายถึง เด็กที่มีความบกพร่องในขบวนการทางจิตวิทยาทำให้มีปัญหาด้านการใช้ภาษา ด้านการฟัง การพูด การอ่าน การเขียน และการสะกดคำหรือมีปัญหาการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ ซึ่งปัญหาดังกล่าวมิได้มีสาเหตุมาจากความบกพร่องทางร่างกาย ทางการเห็น ทางการได้ยิน ทางสติปัญญา อารมณ์ และสภาพแวดล้อม

ดังนั้น จึงต้องจัดการศึกษาให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ โดยการทำให้แผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) หรือใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอน

(๒) เด็กสมาธิสั้น (children with attention deficit/hyperactivity disorders) หมายถึง เด็กที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่ง ได้แก่ การขาดสมาธิ (inattention) พฤติกรรมซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) ขาดความยับยั้งชั่งใจหุนหันพลันแล่นทำอะไรไม่คิดให้รอบคอบ (impulsivity) และพฤติกรรมที่แสดงออกไม่เหมาะสมกับวัย หรือระดับพัฒนาการและต่อเนื่องนานเกิน 6 เดือนขึ้นไป พฤติกรรมเหล่านี้ปรากฏก่อนอายุ 7 ปี และมีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันการเรียน

การปรับตัวในสังคม พฤติกรรมเหล่านี้ต้องเกิดอย่างน้อยในสองสถานการณ์ขึ้นไป เช่น ที่บ้านและโรงเรียน เป็นต้น

ดังนั้นการจัดการศึกษาให้กับเด็กสมาธิสั้นนี้จะต้องจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) การปรับพฤติกรรมให้เด็กควบคุมตนเอง ปรับกลยุทธ์ด้านการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมในชั้นเรียน รวมถึงการจัดบริการเสริมด้านศิลปะและดนตรีสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เป็นต้น

(๓) เด็กที่มีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย (children with communication disorders) หมายถึง เด็กที่มีความบกพร่องในการเข้าใจ หรือการใช้ภาษาพูดจนไม่สามารถสื่อความหมายกับผู้อื่นได้ตามปกติ เช่น การพูดไม่ชัด จังหวะการพูดไม่ดี คุณภาพของเสียงผิดปกติ ตลอดจนการพูดผิดปกติที่เกิดจากการมีพยาธิของระบบประสาทส่วนกลาง หรือระบบประสาทส่วนปลาย รวมทั้งอะเฟเซีย ซึ่งมีความบกพร่องทั้งในด้านการรับรู้และการแสดงออกทางภาษา เป็นต้น

ดังนั้น การช่วยเหลือเด็กที่มีความบกพร่องทางการสื่อความหมายนี้จะต้องจัดให้เหมาะสมกับปัญหา โดยการทำให้แผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) การฝึกพูด การแก้ไขการพูด รวมทั้งเทคนิคการสอนต่างๆ

(๔) เด็กออทิสติก (children with autism) หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าหรือถดถอยแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมในลักษณะแปลกๆ เช่น หลีกเลี่ยงการมองหน้าผู้อื่นไม่สบตา การแสดงปฏิกิริยาตอบโต้ต่อเสียงที่ได้ยิน การสัมผัส หรือความเจ็บปวดในลักษณะที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป หรือไม่แสดงปฏิกิริยาตอบโต้ต่อสิ่งเร้าใดๆ ทั้งสิ้นแสดงอาการสนใจต่อตนเอง หรือการกระตุ้นตนเองโดยไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม มีปัญหาด้านการพูดและภาษา ไม่สามารถแสดงปฏิกิริยาตอบโต้กับคน สิ่งของ หรือเหตุการณ์ต่างๆ ได้

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) จัดบริการด้านการสื่อสารการเข้าสังคม การปรับพฤติกรรมรวมทั้งจัดบริการด้านคอมพิวเตอร์ ศิลปะและดนตรีสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เป็นต้น

(10) **เด็กที่มีความพิการซ้ำซ้อน** (children with multiple handicapped) หมายถึง เด็กที่มีสภาพความพิการตั้งแต่สองอย่างขึ้นไปในบุคคลเดียวกัน เช่น เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา รวมทั้งสูญเสียการได้ยิน หรือเด็กที่ตาบอดและสูญเสียการได้ยิน เป็นต้น และสภาพความพิการนี้จะส่งผลให้เกิดการด้อยความสามารถในการดำรงชีวิตทั้งเป็นอุปสรรคต่อการได้รับการศึกษา

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) รวมถึงจัดบริการด้านการช่วยเหลือตนเอง การสื่อสาร การเคลื่อนไหว การปรับพฤติกรรม ทักษะทางสังคม เป็นต้น

บริการที่เด็กควรได้รับขึ้นอยู่กับสภาพความบกพร่องของเด็กแต่ละคน

(11) **เด็กที่มีความสามารถพิเศษ** (children with gifted/talented) หมายถึง เด็กที่แสดงออกซึ่งความสามารถอันโดดเด่นด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้านในด้านสติปัญญาความคิดสร้างสรรค์ การใช้ภาษา การเป็นผู้นำ การสร้างงานด้านทัศนศิลป์และศิลปะ การแสดง ความสามารถทางดนตรี ความสามารถทางกีฬา และความสามารถทางวิชาการในสาขาใดสาขาหนึ่ง หรือหลายสาขาอย่างเป็นที่ประจักษ์ เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กอื่นที่มีอายุระดับเดียวกัน สภาพแวดล้อมเดียวกัน ในการจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความสามารถพิเศษที่เหมาะสมต้องมีกระบวนการสำคัญดังนี้

1. คำนิยามที่เหมาะสมกับโครงการนั้น ๆ
2. กระบวนการสำรวจหรือคัดเลือกที่เหมาะสม
3. กระบวนการจัดการศึกษาหรือคัดเลือกให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละคน
4. กระบวนการประเมินผล

บุคคลที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

เด็กที่มีความต้องการพิเศษต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ เช่น ครูการศึกษาพิเศษ นักแก้ไขการพูด นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ล่ามภาษามือ นักแนะแนว นักดนตรี บำบัด นักกฎหมาย นักนันทนาการบำบัด แพทย์เฉพาะสาขา เป็นต้น ผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้จะทำงานร่วมกันโดยใช้วิธีการสหวิทยาการ (Multidisciplinary Approach) เพื่อพัฒนาเด็กแต่ละคน

การจัดการศึกษาให้แก่เด็กที่มีความต้องการพิเศษ

การจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษนั้นจะต้องจัดให้เหมาะสมกับความต้องการ และความสามารถของเด็กจึงจะทำให้เกิดประโยชน์เต็มที่ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของเด็กแต่ละคน ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ดังนั้นจึงต้องจัดบริการทางการศึกษาพิเศษ มีเนื้อหา เทคนิคการสอน การวัดและประเมินผล ให้เหมาะสมกับลักษณะและความต้องการของเด็ก

ปัจจุบันเด็กที่มีความต้องการพิเศษได้รับการเตรียมความพร้อม และมีโอกาสเข้าเรียนร่วมกับเด็กปกติมากขึ้น การที่เขาได้มีโอกาสเรียนร่วมกับเด็กปกติ จะช่วยให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และสามารถดำรงชีพร่วมกันได้อย่างมีความสุขเมื่อเขาเติบโตขึ้น

บรรณานุกรม

- กระทรวงศึกษาธิการ. ชุดฝึกอบรมด้วยตนเอง เรื่อง การจัดการศึกษาพิเศษ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2541.
- เบญจา ชลธาร์นันท์. “ผู้พิการทางกายและผู้มีสุขภาพบกพร่อง,” สารานุกรมศึกษาศาสตร์. ฉบับที่ 4 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2539.
- ผดุง อารยะวิญญู. เด็กที่มีปัญหาในการเรียนรู้. กรุงเทพฯ : P.A.Art & Pringting, 2542.
- _____. เด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรม. กรุงเทพฯ : รำไทย เพรส จำกัด, 2542.
- _____. การศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ. : กรุงเทพฯ : รำไทย เพรส จำกัด, 2542.
- สกาวรัตน์ คุณาวิศรุต. “สภาพตาบอด,” สารานุกรมศึกษาศาสตร์. ฉบับที่ 5 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2539.
- ศรียา นิยมธรรม. “เด็กพิการซ้ำซ้อน,” สารานุกรมศึกษาศาสตร์. ฉบับที่ 10 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2535.
- _____. ปัญหายุ่งยากทางการเรียนรู้. กรุงเทพฯ : P.A. Art & Printing, 2541.
- _____. การเรียนร่วมสำหรับเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ : ดันอ้อ แกรมมี่ จำกัด 2541.
- สุวิมล อุดมพิริยะศักดิ์. คู่มือการเลี้ยงดูเด็กที่มีความบกพร่องทางการเห็นสำหรับผู้ปกครอง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว, 2538.
- Bullock, Lyndal M. *Exceptionalities in Children and Youth*. Boston, Allyn and Bacon, 1992.
- Howard, W.L. *Exceptional Children : An Introduction to Special Education*. 5th ed. Englewood-Cliffs, N.J : Prentice Hall, 1996.
- Thompson, M.,& Swisher, M. “Acquiring Language Through Total Communication,” *Ear and Hearing*, 6(1) : 29-32 ; 1985.

นาฏบำบัด

ความหมาย

นาฏบำบัด (Dance Movement Therapy) หมายถึง การบำบัดด้วยท่าเต้นหรือท่าเคลื่อนไหว โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างการเคลื่อนไหวของร่างกายกับ อารมณ์ ความรู้สึก เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถแสดงความรู้สึกที่ไม่อาจสื่อออกมาเป็นถ้อยคำได้

ความเป็นมา

มนุษย์รู้จักแสดงความรู้สึกภายในออกมาตั้งแต่ยังเป็นทารกที่พูดไม่ได้ แต่ใช้สื่อสารด้วยภาษากาย ส่วนการเต้นรำและการเคลื่อนไหวมนุษย์มักนำมาใช้เป็นการแสดงออกในยามพักผ่อนหรือเพื่อประกอบพิธีกรรมทางศาสนามานานแล้ว แต่เพิ่งจะนำเอาการเต้นรำและการเคลื่อนไหวมาใช้ในการบำบัดรักษาโรคทางจิตแนวใหม่ หลังจากสงครามโลกครั้งที่ 1

นักนาฏบำบัดในยุคแรก ๆ เป็นครูสอนเต้นรำชื่อ มาเรียน เบส (Marian Bess) เธอสังเกตเห็นว่าการเคลื่อนไหวร่างกายมีส่วนช่วยเหลือเด็กที่ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจได้ ซึ่งจะเน้นความต้องการที่จะแสดงออกมากกว่าความชำนาญในการเต้นรำ ต่อมาในปี ค.ศ. 1920 จิตแพทย์ผู้หนึ่งซึ่งมีความชื่นชมในผลการทดสอบของเบส ได้ขอให้เบสมาทำงานด้านผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลเซนต์อิลซาเบธ ในกรุงวอชิงตันดีซี หลังจากนั้นผลงานของเธอก็เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ เธอได้สาธิตให้เห็นว่าการเต้นรำและการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยที่แยกตัวไปอยู่ลำพังสามารถกลับมาร่วมกลุ่มทำกิจกรรมและเริ่มแสดงออกแม้จะไม่สามารถใช้คำพูดสื่อสารกับผู้อื่นได้ หลังจากนั้นนาฏบำบัดวิธีอื่นก็พัฒนาสืบต่อกันมา โดยมีเทคนิคที่แตกต่างกันไป

ต่อมาในปี ค.ศ. 1966 ได้มีการก่อตั้งสมาคมนาฏบำบัดแห่งอเมริกา (American Dance Therapy Association) เพื่อตั้งมาตรฐานวิชาชีพนี้ ปัจจุบันมีสมาชิกประมาณหนึ่งพันคน การเป็นนักนาฏบำบัดต้องเข้าศึกษาหรืออบรมระดับปริญญาซึ่งเป็นที่ยอมรับจากสมาคม ผู้ที่จบหลักสูตรสามารถสมัครเอาประกาศนียบัตรขั้นต้นเพื่อจดทะเบียนเป็นผู้รักษา (Dance Therapy Registered) หรือ DTR ได้ ซึ่งแสดงว่าคุณคณนั้นจบหลักสูตรปริญญาโทและสามารถปฏิบัติงานร่วมกับ หรือภายใต้การดูแลของผู้ชำนาญการได้หลังจากปฏิบัติงาน 2 ปี นักบำบัดสามารถสมัครเข้าศึกษาระดับประกาศนียบัตรระดับชั้นสูงกับสมาคม Academy of Dance Therapy Registered หรือ ADTR จึงเป็นนักบำบัดที่สามารถสอน และให้คำปรึกษาหรือสามารถเปิดคลินิกส่วนตัวได้

สำหรับประเทศไทยมีการนำนาฏบำบัดมาใช้บ้าง แต่ยังไม่มีการรับรองอย่างเป็นทางการ มักใช้ร่วมหรือสลับกับการที่กิจกรรมนันทนาการอื่นๆ ทั้งไม่มีหน่วยงานใดที่ผลิตนักนาฏบำบัดเลย

การทำนาฏบำบัดอาจกระทำแบบเป็นกลุ่ม หรือเป็นรายบุคคลได้ ผู้เข้ารับการบำบัดที่เป็นผู้ใหญ่ มักเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานบำบัดฟื้นฟู ระยะเวลาในการบำบัดจะจัดตามความเหมาะสมของแต่ละคน ส่วนผู้เข้ารับการบำบัด มักเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่อยู่ในโรงเรียนหรือ ศูนย์การศึกษาพิเศษ วิธีการและขั้นตอนของนาฏบำบัดมีหลักการแบบเดียวกันคือ นักนาฏบำบัดจะแนะนำให้ผู้มาเข้ารับการบำบัดดีกว่าเคลื่อนไหวร่างกายโดยไม่ต้องกังวลกับการเต้นรำหรือ ทำท่าเต้นที่เป็นรูปแบบ การฝึกหัดไม่ได้เคร่งครัดแต่มุ่งเน้นที่การสำรวจท่าทาง และเพิ่มพูนทักษะการเคลื่อนไหวของแต่ละคน

ก่อนเริ่มเรียนผู้รับการบำบัดควรแจ้งให้นักบำบัดทราบว่าตัวเองมีข้อจำกัดอะไรบ้าง เช่น เป็นโรคปวดหลัง หรือความดันโลหิตสูง ซึ่งนักบำบัดอาจส่งตัวให้ไปปรึกษาแพทย์ก่อน

ขั้นเริ่มต้นจะเริ่มด้วยท่าบริหารอบอุ่นร่างกายเพื่อคลายกล้ามเนื้อก่อน บางครั้งอาจมีเสียงเพลงประกอบการฝึก แต่ไม่จำเป็นต้องใช้ทุกครั้งเพราะเสียงเพลงอาจเบี่ยงเบนความสนใจผู้เข้าร่วมรับการบำบัดจากสิ่งที่เขาต้องการสื่อได้ ท่าบริหารนี้นักบำบัดอาจแนะนำให้ได้บ้าง แต่ผู้เข้ารับการบำบัดไม่จำเป็นต้องทำตามอย่างเคร่งครัด เพียงให้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดของตนเอง

การบำบัดแบบกลุ่มจะเกิดขึ้นเองหลังจากเวลาผ่านไปแล้วช่วงหนึ่ง การเคลื่อนไหวช่วงแรกมักเร็วและรุนแรง แต่จะค่อยๆ ลดลงอย่างอ่อนแรงในที่สุด หรือหากเป็นการรวมกลุ่มสมาชิกอาจเคลื่อนไหวโดยใช้แขนเท่านั้น โดยไม่เข้าใกล้หรือห่างจากกันมากนัก

การใช้นาฏบำบัด

นาฏบำบัดมักนำมาช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางจิต เช่น มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือมีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่นตลอดจนนำมาใช้บำบัดอาการเจ็บปวดที่รุนแรงบางอย่าง เป็นต้น นอกจากนั้นยังใช้กับคนไข้โรคจิตเภท โรคซึมเศร้าสลับเรื้อรัง ความผิดปกติในการกินอาหาร การติดเหล้า และการติดยาเสพติด การบำบัดแบบที่ยังใช้ได้กับผู้ใหญ่ที่มีปัญหาในการรับรู้หรือคนที่เนื่องมาจากความเครียดหรือโรคหัวใจ เป็นต้น

นาฏบำบัดยังใช้ได้ผลดีกับเด็ก เช่น เด็กสมาธิสั้นเด็กที่มีปัญหาทางการรับรู้เด็กที่มีปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมเด็กออทิสติก ตลอดจนเด็กคาบอดและเด็กหูหนวก เป็นต้น

ขั้นตอนของการใช้นาฏบำบัด

นักบำบัดจะฝึกให้ผู้รับการบำบัดไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ รู้จักวิธีคลายความเครียดของ

กล้ามเนื้อทั้งสอนให้รับรู้ผลกระทบทางจิตใจต่อกล้ามเนื้อ จนผู้รับการบำบัดสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกภายในมากขึ้น โดยไม่ต้องใช้คำพูดแต่จะใช้วิธีเคลื่อนไหว ซึ่งมีดนตรีประกอบ เมื่อการบำบัดพัฒนาขึ้น ก็อาจนำการเคลื่อนไหวมาตีความหมาย หรืออภิปรายหรือใช้เพื่อให้คำปรึกษาก็อาจกระทำได้

ในช่วงแรกๆ ของการบำบัดนักนาฏบำบัดต้องเข้าร่วมด้วย โดยทำตามรูปแบบตามที่ผู้รับการบำบัดจัดทำขึ้นมา นักบำบัดจะค่อยๆ เรียนรู้การแก้ไขปัญหาและพยายามประสานการรับรู้ที่เกิดขึ้นกับการเคลื่อนไหวครั้งต่อๆ ไป สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง หรือผู้มีร่างกายพิการ นักบำบัดต้องมีความชำนาญพิเศษเกี่ยวกับท่าเดิน หรือทำการเคลื่อนไหวเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้ารับการบำบัดโดยไม่ต้องใช้คำพูด

ในกรณีที่ผู้รับการบำบัดเป็นเด็ก นักบำบัดต้องแนะนำให้เคลื่อนไหวร่างกายตามแบบที่ได้รับการฝึกอบรมมาเพื่อแปลความหมายท่าทาง ตัวอย่าง เด็กออทิสติกนั้นต้องใช้การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นจังหวะหรืออาจเป็นการแสดงออกทางกายภาพ ซึ่งมีผลในการนำมาใช้รักษาจิตใจและความรู้สึกที่ผิดปกติได้แต่ในกรณีของเด็กที่มีความพิการทางสมองซึ่งมีปัญหาในการเคลื่อนไหวอีกอาจใช้นาฏบำบัดมาช่วยฟื้นฟูกำลัง ทำให้อวัยวะมีการประสานงานกันมากขึ้น ทั้งยังได้ประโยชน์จากการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นการช่วยฟื้นฟูทั้งทางกายและจิตใจ

การนำนาฏบำบัดมาใช้ด้านการศึกษาพิเศษ

นาฏบำบัดใช้ได้ผลดีกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เช่น เด็กที่มีปัญหาในการเรียนรู้ และเด็กที่มีปัญหาทางอารมณ์ เด็กที่มีสมาธิสั้น หรือเด็กที่มีปัญหาทางร่างกาย หรือเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมตลอดจนเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางร่างกาย และทางเพศรวมทั้งเด็กที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนเพราะครอบครัวมีปัญหา เด็กพิการทางกาย เช่น คาบอด หูหนวก เป็นต้น เด็กออทิสติกที่สามารถใช้ประโยชน์จากนาฏบำบัด

สำหรับประเทศไทยเรานั้น แม้จะมีการนำนาฏบำบัดมาใช้โดยให้ออกท่าทางประกอบจังหวะเพลงเพื่อบำบัดเด็กที่มีความต้องการพิเศษ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์หน่วยงานใดผลิตบุคลากรด้านนี้โดยตรง ทั้งนี้เพราะการบำบัดขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้รับการบำบัดและแนว

การสอนของนักบำบัดแต่ละคน ดังนั้น ผู้รับการบำบัดหรือผู้ปกครองของเด็กที่มาขอรับการบำบัดควรตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ที่ทำหน้าที่เป็นนักบำบัดอย่างรอบคอบเสียก่อน นอกจากนั้นควรปรึกษาแพทย์เสียก่อนเสมอหากต้องการบำบัดด้วยวิธีนี้

ศรียา นิยมธรรม

บรรณานุกรม

- คินี สุทธาวรางกูล. (บรรณาธิการ) “นาฏบำบัด,” *รีดเดอร์ส ไตเจสท์ : ความรู้เรื่องโรค : ทางแก้ดูแลป้องกัน*. กรุงเทพฯ : บริษัทรีดเดอร์ส ไตเจสท์ (ประเทศไทย) จำกัด, 2543.
- อริยา เอี่ยมชื่น (บรรณาธิการ) “ศิลปะบำบัด,” *รีดเดอร์ส ไตเจสท์ : บำบัดโรคด้วยการแพทย์ทางเลือก*. กรุงเทพฯ : บริษัทรีดเดอร์ส ไตเจสท์ (ประเทศไทย) จำกัด, 2544.
- Barteneiff, I., & Lewis, D. *Boby Movement : Coping with the Environment*. New York : Gordon Breach. 1980.
- Espin, Christine A., “Dance Therapy,” *Encyclopedia of Special Education*. 2nd ed., New York : John Wiley & Sons., 2000.