

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นับตั้งแต่เริ่มมีการกำหนดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติขึ้นมาเมื่อกว่า 40 ปีที่แล้ว ภาพของการพัฒนาชนบทก็ได้ถูกสร้างให้มีหน้าตาต่างๆกันออกไป ตามแต่ความเข้าใจของนักพัฒนาในยุคสมัยต่างๆ ภายใต้บริบทของสังคมในช่วงนั้นๆ การพัฒนาในช่วง แผนฯ 1 - แผนฯ 7 มีแนวโน้มการพัฒนาที่เน้นเรื่องสาธารณูปโภคและเรื่องเศรษฐกิจเป็นหลัก จากการที่ช่วงแรกมีการเน้นที่ระบบสาธารณูปโภคนี้เอง ที่ทำให้รูปแบบการพัฒนาประเทศยึดถือระบบการรวบอำนาจสั่งการจากส่วนกลาง เพื่อให้เกิดรูปธรรมแห่งการพัฒนาที่เด่นชัดได้อย่างรวดเร็ว โดยไม่ได้เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา นานวันเข้าประชาชนก็กลายเป็นเพียงผู้รับความช่วยเหลือจากรัฐ โดยรัฐทำหน้าที่เป็นผู้ให้ หรือผู้สงเคราะห์ เน้นการสร้างโครงการระดับชาติที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยไม่คำนึงถึงข้อแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่น (ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533) การพัฒนาในลักษณะดังกล่าวทำให้เกิดผลในแง่ลบหลายด้าน อาทิเช่น การมองข้ามวัฒนธรรมชุมชน การให้ความสำคัญกับวัตถุมากกว่าความเป็นคน ฯลฯ (สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530) และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการละเลยต่อระบบภูมิปัญญาของท้องถิ่น เพราะความสนใจรับรู้คุณค่าทางการศึกษาของภูมิปัญญาท้องถิ่นนับเป็นเงื่อนไขเบื้องต้นที่จะส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นหรือชุมชน (เสน่ห์ จามริก, 2537) ผลที่เกิดขึ้นล้วนแล้วแต่ขัดกับปรัชญาของการพัฒนาชุมชนที่ว่า จะต้องให้ความสำคัญที่ตัวคนเป็นอันดับแรก หากพัฒนาคนให้มีคุณภาพเพียงพอจะสามารถกระทำให้สิ่งที่ยากยิ่งขึ้นไปได้อีก อีกทั้งการพัฒนาในลักษณะดังกล่าวก็ขัดกับเป้าหมายของการพัฒนาชุมชนในแง่ที่ว่า พัฒนาไปแล้วชุมชนไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ (มนตรี กรรพุมมาลย์, 2532) ชุมชนที่ตกอยู่ภายใต้ภาวะการถูกรวบอำนาจนั้น ก็จะตกอยู่ในสภาพการสูญเสียอย่างถึงที่สุดของการพัฒนาเช่นกัน เพราะเป็นการสูญเสียจิตใจและความคิดของทรัพยากรมนุษย์ อันเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนา (ระพี สาคริก, 2530)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 จึงได้เน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์มากขึ้น โดยพยายามเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับรากฐานความคิดที่ว่า ประชาชนเป็นผู้มีสิทธิได้รับผลของการพัฒนา จึงควรเป็นหน้าที่ของประชาชนในการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา เป็นการส่งเสริมภาวะธรรมชาติของมนุษย์ เพราะการมีส่วนร่วมเป็นธรรมชาติทางสังคมของมนุษย์ เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความเท่าเทียมและความเป็นธรรมในสังคม ประชาชนมีอิสระในการกำหนดวิถีชีวิตของตนเอง ผลแห่งการพัฒนาก็ตกแก่ประชาชน เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมและที่สำคัญคือ เป็นกลวิธีที่ทำให้ประชาชนเรียนรู้การพึ่งตนเองได้ในที่สุด (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2530) โดยรัฐจะต้องกำหนดบทบาทของตนเองใหม่ จากการที่เป็นผู้ให้หรือผู้สงเคราะห์ กลายเป็นผู้กระตุ้นหรือผู้จุดประกาย ให้แก่ชุมชน (อุทัยวรรณ กาญจนกมล, 2542) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากรัฐได้ฝังรากการพัฒนาในลักษณะสั่งการจากบนลงล่าง หรือการพัฒนาแบบน้ำตกมายาวนาน การที่จะปรับให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการทำงานในลักษณะล่างขึ้นบนหรือแบบน้ำพุไม่ใช่เรื่องง่ายนัก เพราะกลุ่มประชาชนผู้ยากจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มิฐานะด้อยในสังคม จะต้องมีความสนใจและเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นในการร่วมคิด ร่วมกำหนดนโยบายและโครงการ (สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530) ดังนั้นจึงต้องอาศัยกระบวนการสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นในชุมชนเสียก่อน หลังจากมีความตระหนักขึ้นมาแล้วอาจจะต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ให้แก่ชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีพลังในการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา

เมื่อหันไปมองการพัฒนาด้านสุขภาพ จุดเริ่มต้นของการพัฒนาโดยรัฐที่ให้ความสนใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนปรากฏขึ้นในปี พ.ศ. 2520 เมื่อมีการประกาศใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นนโยบายหลักในแผนพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศ พร้อมด้วยหวังว่าประชาชนของประเทศจะสามารถพบซึ่งสิทธิขั้นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ (ลิธชัย ศรีเงินยวง, 2529) ทั้งนี้ก็เป็นไปตามทิศทางขององค์การอนามัยโลกที่เสนอแนวความคิดว่า หากจะให้ประชากรทุกคนในโลกหรือประชากรในประเทศมีสุขภาพอนามัยดีขึ้นแล้ว งานสาธารณสุขจะต้องได้รับการส่งเสริมให้ชาวบ้านได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (อมร นนทสุต, 2528) อย่างไรก็ตาม กว่า 20 ปีที่ได้ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไปกลับไม่ค่อยประสบผลสำเร็จนัก เพราะยังคงมีลักษณะที่เป็นการจัดตั้งจากภาครัฐมากกว่าการเริ่มจากความต้องการของประชาชนและชุมชน โดยรัฐเป็นผู้สำรวจและเก็บข้อมูลพร้อมกับยึดเย็บปัญหานั้นๆ ให้แก่ชุมชน โดยที่ประชาชนไม่มีโอกาสได้รู้จักการวิเคราะห์ปัญหาอย่างง่ายด้วยตัวของเขาเอง ประชาชนทำหน้าที่เป็นเพียงผู้รับและดำเนินโครงการเท่านั้น ดังนั้นแม้โครงการที่นำไปจะประสบความสำเร็จแต่ก็ขาดความยั่งยืน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539; สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ

คณะ, 2539 ; อมร นนทสุต, 2528) สาเหตุอื่นแห่งความล้มเหลวอาจเนื่องจาก มีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการสาธารณสุขมากขึ้นแต่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถถ่ายทอดให้ประชาชนได้เข้าใจ ยอมรับ และนำมาปรับใช้ในวิถีชีวิตของตนเองได้ นอกจากนี้การสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆยังขาดการประสานงานที่ชัดเจน และไม่กระจายอำนาจในการตัดสินใจให้พื้นที่

ระบบสาธารณสุขที่ผ่านมา ยังมุ่งเน้นการให้การรักษาพยาบาลเป็นหลัก แต่ให้ความสนใจในเรื่องบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในสัดส่วนที่ไม่สูงนัก (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2539) โดยลืมนึกว่าสุขภาพและความเจ็บป่วยจัดอยู่ในขอบข่ายทางวัฒนธรรม เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาพร้อมกับสังคม บุคคลย่อมมีวิถีแก้ไขปัญหาคู่ที่แตกต่างกัน เพราะมีประสบการณ์ ค่านิยม และแนวคิดแตกต่างกัน ฉะนั้นการดูแลจัดการด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงเป็นทั้งสิทธิและหน้าที่ของประชาชน ครอบครัว และชุมชน ซึ่งระบบที่เน้นการรักษาพยาบาลเป็นหลักจะไม่มีมุมมองทางด้านนี้เลย (ลือชัย ศรีเงินวง, 2533)

ในปัจจุบันจึงมีผู้ให้ความสนใจต่อการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น เพราะมีมิติที่กว้างกว่าการดำเนินงานสาธารณสุขที่ผ่านมา อันจะเห็นได้จากการกำหนดเป้าหมายสูงสุดของการส่งเสริมสุขภาพที่ว่า ต้องเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (social change) โดยอาศัยกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement) การปรับตัวดังกล่าวมีความสำคัญต่อสถานะสุขภาพของประชาชน เพราะในอนาคตปัญหาสุขภาพที่รุนแรงจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย และการทำงาน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2539) การเน้นการรักษาที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วมจึงไม่เหมาะสมต่อสถานการณ์สุขภาพในอนาคต เมื่อการส่งเสริมสุขภาพถูกนำไปใช้มากขึ้น ประชาชนก็จะต้องปรับตัวจากบทบาทของผู้ตามไปเป็นการลงมือกระทำโดยชุมชนเอง ทั้งนี้กลยุทธ์ที่สำคัญของการส่งเสริมให้เกิดการลงมือทำโดยชุมชนเอง (community action) คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ชุมชน (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2541) ซึ่งก็สอดคล้องกับแนวคิดในการพัฒนาชุมชนนั่นเอง

โรงเรียนถือว่าเป็นชุมชนลักษณะหนึ่งที่มีรูปแบบเฉพาะตัว โดยทั่วไปแล้วในระบบโรงเรียนตามสายบังคับบัญชาอย่างเป็นทางการนั้น เอื้อต่อการที่จะทำให้นักเรียนคอยแต่จะเป็นผู้รับเช่นเดียวกับประชาชนที่อยู่ชุมชน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับนักเรียนที่มีความผิดปกติทางร่างกายเช่น หูหนวก ตาบอด ปัญญาอ่อน แขนขาพิการ เด็กเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะถูกสังคมมองว่าเป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ค่อยได้ ต้องได้รับการสงเคราะห์จากคนรอบข้าง จึงยังเป็นการตอกย้ำภาพของผู้ที่คอยแต่จะเป็นฝ่ายรับต่างๆที่หากเปิดโอกาสให้แล้ว เขาเหล่านั้นอาจจะทำในสิ่งที่เราคาดไม่ถึงก็ได้ ภาพของโรงเรียนโดยทั่วๆ

ไป ที่ถูกมองว่า เป็นโรงเรียนของครู ไม่ใช่โรงเรียนของนักเรียน ก็จะยิ่งเด่นชัดมากขึ้นในโรงเรียนที่มีเด็กนักเรียนที่มีความต้องการพิเศษ หรือเด็กกลุ่มพิเศษ

กลุ่มนักเรียนที่บกพร่องทางการได้ยิน เป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่ง ที่มีความน่าสนใจในการทำให้เขาได้ลองเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงเรียนของตนเองในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านสวัสดิการ ด้านการเรียนการสอน ด้านคุณภาพชีวิต รวมทั้งด้านสุขภาพด้วย เพราะแม้ว่าเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ แต่ก็ได้หมายความว่าความสามารถทางสติปัญญาจะต่ำลงไปด้วย มีการศึกษาพบว่าเด็กกลุ่มนี้มีระดับสติปัญญาเหมือนกับคนปกติ (ผดุง อารยะวิญญู, 2533 ;วาริ ธีระจิตร, 2541) ดังนั้นจึงน่าสนใจว่าในกลุ่มเป้าหมายเช่นนี้น่าจะได้เรียนรู้ในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของโรงเรียนตามศักยภาพที่ตนเองมีอยู่

กว่า 10 ปีที่ผ่านมา หน่วยทันตกรรมพระราชทาน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้เข้าไปให้บริการทางด้านทันตกรรมให้แก่นักเรียนโรงเรียนโสตศึกษาอนุสารสุนทร อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กระทั่งในปี พ.ศ. 2538 ครูอนามัยของโรงเรียน ก็ได้ประเมินสถานการณ์สุขภาพช่องปากของนักเรียนอย่างคร่าวๆว่า อยู่ในระดับที่ดีขึ้นเพียงเล็กน้อย ทั้งๆที่นักเรียนสามารถได้รับบริการการรักษาอย่างสะดวกมากขึ้น อาจเป็นไปได้ว่าการเน้นในเรื่องการรักษาเป็นหลักจะไม่ช่วยให้สุขภาพช่องปากของนักเรียนดีขึ้น น่าจะหันมาเน้นในเรื่องของงานทันตกรรมป้องกัน โดยต้องสร้างความตระหนักให้กับนักเรียนด้วย ในปีดังกล่าวผู้วิจัยได้มีโอกาสพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับครูอนามัย มีความเห็นสอดคล้องกันในเบื้องต้นว่า ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานเป็นแบบอื่น ซึ่งต้องอาศัยการลองปฏิบัติแล้วศึกษาวิเคราะห์เป็นระยะ เพื่อพัฒนาไปสู่รูปแบบที่เหมาะสมกับโรงเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการสร้างความตระหนักเรื่องสุขภาพช่องปากให้แก่นักเรียนผู้บกพร่องทางการได้ยิน
2. เพื่อศึกษาลักษณะการมีส่วนร่วมของนักเรียนผู้บกพร่องทางการได้ยินในการดูแลสุขภาพช่องปาก
3. เพื่อศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพช่องปาก ของนักเรียนผู้บกพร่องทางการได้ยิน

นิยามศัพท์เฉพาะ

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่กลุ่มเป้าหมายได้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินโครงการในระดับต่างๆ กับผู้ที่เข้าไปทำงาน นับตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติงาน ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์

สุขภาพช่องปาก หมายถึง สุขภาพทุกส่วนที่อยู่ภายในช่องปาก (oral cavity) ได้แก่ ฟัน เหงือก เนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue)

ผู้บกพร่องทางการได้ยิน หมายถึง ผู้ที่สูญเสียการได้ยินซึ่งอาจจะมีลักษณะหูหนวกหรือหูตึงก็ได้

การสร้างความตระหนัก หมายถึง การที่บุคคลสามารถเชื่อมโยงความคิด ความรู้สึกของตน เข้าหาเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งได้

ขอบเขตการศึกษา

ขอบเขตด้านพื้นที่

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยต้องการเน้นศึกษาเฉพาะในโรงเรียนโสตศึกษาอนุสารสุนทร อ. เมือง จ. เชียงใหม่ เท่านั้น แม้ว่าในการศึกษานี้จะมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ปกครองอยู่บ้าง แต่การศึกษากับผู้ปกครองนั้นใช้วิธีการติดต่อผ่านทางจดหมาย มิได้ตามไปเก็บข้อมูลถึงที่บ้าน

ขอบเขตด้านประชากร

แบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. กลุ่มครูภายในโรงเรียน โดยการคัดเลือกครูที่เป็นบุคคลสำคัญ (key person) จำนวน 2 คน
2. กลุ่มนักเรียน โดยจะแบ่งนักเรียนออกเป็นอีก 3 กลุ่ม คือ

- 2.1 นักเรียนที่ถูกคัดเลือกให้เป็นผู้นำในโครงการนำร่อง จำนวน 35 คน
- 2.2 นักเรียนที่ถูกคัดเลือกให้เป็นผู้นำในการทำงานแบบมีส่วนร่วม จำนวน 25 คน
- 2.3 นักเรียนที่มีมิได้ถูกคัดเลือกให้เป็นผู้นำ คือนักเรียนที่เหลือทั้งหมด

การศึกษานี้มิได้คัดเลือกกลุ่มผู้ปกครองมาเป็นบุคคลสำคัญ เนื่องจากส่วนใหญ่มีภูมิลำเนา นอกเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ทำให้มีความหลากหลายมาก ประกอบกับผู้ปกครองที่พอจะติดต่อได้ก็มีภาระกิจมาก ไม่ค่อยมีจังหวะเวลาที่เหมาะสมในการให้ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูล

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตเนื้อหาในการศึกษา ดังนี้

1. ศึกษาบริบทและโครงสร้างทางสังคมภายในโรงเรียนโสตศึกษาอนุสารสุนทร โดยมีรายละเอียดคร่าวๆ ดังนี้

- ปรัชญาการจัดการศึกษาให้แก่ นักเรียนผู้บกพร่องทางการได้ยิน
- ภูมิหลังของบุคคลสำคัญในโรงเรียน
- เครือข่ายทางสังคมทั้งของครูและนักเรียน
- ระบบผู้นำ
- ระบบบังคับบัญชา
- ลักษณะเฉพาะของนักเรียนผู้บกพร่องทางการได้ยิน อาทิเช่น
 - ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
 - ความใส่ใจต่อการดูแลสุขภาพและสุขภาพช่องปากของตนเอง
 - ปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนด้วยกันเอง
 - ศักยภาพในการคิดและแก้ไขปัญหาด้วยตนเองของนักเรียน

ฯลฯ

2. ศึกษาวิธีการ และกระบวนการในการสร้างความตระหนักในเรื่องสุขภาพช่องปาก ให้แก่นักเรียนผู้บกพร่องทางการได้ยิน มีรายละเอียดดังนี้

- มีการรณรงค์ใหญ่ในโรงเรียน กิจกรรมประกอบด้วยการให้ทันตสุขศึกษา สันทนาการ การตรวจสุขภาพช่องปากและการให้บริการการรักษา การฝึกทักษะการตรวจฟันให้แก่ผู้นำ
- ใช้รูปแบบ training for trainer โดยการให้ผู้นำนักเรียนผ่านการฝึกอบรมแล้วกลับไปจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับนักเรียนคนอื่นๆในโรงเรียน
- ใช้สื่อผสมในการสร้างความตระหนัก ได้แก่ ตัวอย่างของจริง แบบจำลอง กล้องจุลทรรศน์ โทรทัศน์ วีดิทัศน์ ภาพสไลด์ ภาพโปสเตอร์ ภาพพลิก
- กระบวนการ นำบุคคลสำคัญทั้งครูและนักเรียน ผ่านกระบวนการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการและการศึกษาดูงาน กลุ่มผู้นำจะถ่ายทอดประสบการณ์ไปสู่นักเรียนในโรงเรียนและก่อกระแสให้ครูและนักเรียนในโรงเรียนตื่นตัว

3. ศึกษาลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน มีรายละเอียดดังนี้

- หาบุคคลสำคัญที่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมาเข้าร่วมกระบวนการมีส่วนร่วม
- ใช้กระบวนการ AIC ในการสร้างจินตนาการร่วมกันของนักเรียน

- เปิดโอกาสให้นักเรียนได้แสดงศักยภาพอย่างเต็มที่ในทุกๆขั้นตอนนับตั้งแต่การคิด การวางแผน จนถึงการปฏิบัติงาน

4. ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน มีรายละเอียดดังนี้

- ให้ผู้นำนักเรียนประเมินผลการดำเนินกิจกรรมทันตสาธารณสุขที่ผ่านมา
- ใช้กระบวนการ PRA ในการหากิจกรรมเพื่อรองรับเป้าหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- นำกิจกรรมที่คัดเลือกไว้ไปสู่การปฏิบัติ