

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 หลักการส่งเสริมสุขภาพ

จากหลักการและแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของการประชุมนานาชาติ 4 ครั้งที่กรุง  
ออกตาวา ประเทศแคนาดา(2529) กรุงแอตแลนตา ประเทศออสเตรเลีย(2531) เมืองซันดีสวาลล์  
ประเทศ สวีเดน (2534) และกรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย(2540) และจากกรณีศึกษาการ  
ส่งเสริมสุขภาพในประเทศแคนาดาและประเทศออสเตรเลีย พอจะสรุปหลักการสำคัญของการ  
ส่งเสริมสุขภาพได้ดังนี้ (สุรเกียรติ,2541)

##### 2.1.1 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม  
และพัฒนาสุขภาพของตนเอง สุขภาพในที่นี้หมายถึง ความสุขสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และ  
สังคมซึ่งนอกจากจะมีตัวกำหนดจากปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลแล้ว ยังได้รับผลกระทบอย่างสำคัญ  
จากปัจจัยพื้นฐานทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา ความมั่นคง  
ปลอดภัยในสังคม ความสัมพันธ์ในสังคม อาหาร รายได้ การเสริมสร้างอำนาจแก่สตรี ระบบ  
นิเวศน์ที่มั่นคง การใช้ทรัพยากรแบบยั่งยืน ความยุติธรรมทางสังคม การเคารพสิทธิมนุษยชนและ  
ความเสมอภาค

ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่จะต้องมีส่วนร่วม  
จากทุกภาคของสังคม ทั้งภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุข ภาครัฐบาลและนอกภาครัฐ  
บาล รวมทั้งเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรวิชาชีพ และองค์กรชุมชน

##### 2.1.2 คุณค่าหรือหลักการสำคัญ

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย คุณค่าหรือหลักการสำคัญ 5 ประการ  
(สุรเกียรติ,2541) ได้แก่

(1)การเสริมสร้างอำนาจ (empowerment) หมายถึง การเพิ่มศักยภาพหรือความ  
สามารถของปัจเจกบุคคลและชุมชนในการควบคุมปัจจัยที่กำหนดสภาวะสุขภาพของพวกเขา

(2). การมีส่วนร่วมของสาธารณะ (public participation) หมายถึงการส่งเสริมให้ปัจเจกบุคคลและชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลต่อชีวิต สภาพความเป็นอยู่และสุขภาพของพวกเขา

(3). การให้ความสำคัญแก่ปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ (social factors importance)

(4). การลดความไม่เท่าเทียมกัน และ ความไม่ยุติธรรมทางสังคม (Equity)

(5). การกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาค (intersectoral co-operation) ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน

### 2.1.3 กลยุทธ์สำคัญ

ในการประชุมนานาชาติ ครั้งที่ 1 เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ , การเคลื่อนสู่การสาธารณสุขแนวใหม่ที่กรุงฮานอย ประเทศเวียดนาม เป็นการจัดร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก องค์การสุขภาพและสวัสดิการแห่งแคนาดา และสมาคมสาธารณสุขแห่งแคนาดา การประชุมเน้นความต้องการของประเทศอุตสาหกรรม และครอบคลุมสภาพปัญหาที่คล้ายคลึงกันของประเทศอื่นๆโดยอิงหลักการพื้นฐานของเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้า" "การสาธารณสุขมูลฐาน" และ"ความร่วมมือระหว่างภาคต่างๆ"ขององค์การอนามัยโลก ที่ประชุมได้มีการประกาศ "กฎบัตรฮานอย" เพื่อการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้า" ในปี 2543 โดยกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฮานอย ได้แก่

#### (1). สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (build healthy public policy)

ในการประกาศนโยบายสาธารณะของผู้บริหารในทุกภาคทุกระดับของสังคม (ไม่เพียงแต่ภาคสาธารณสุข) จะต้องแสดงเจตจำนงในการส่งเสริมสุขภาพและความเสมอภาคของประชาชน และแสดงความรับผิดชอบในผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่เกิดขึ้น จุดมุ่งหมายหลักของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพก็คือ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี

สุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน และการลงทุนทางสังคมที่คุ้มค่า รัฐบาลจำเป็นต้องทุ่มเททรัพยากรในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ซึ่งจะช่วยยกระดับการผลิตทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม

#### (2). สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (create supportive environment)

สิ่งแวดล้อมในที่นี้ไม่เพียงแต่หมายถึงมิติทางด้านกายภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงมิติทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ อีกด้วย คำประกาศขั้นต้นสวาลด์

(WHO, 1991) ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับขอบข่ายของการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพไว้ 6 ด้านด้วยกัน ได้แก่

- (2.1) การศึกษา
- (2.2) อาหารและโภชนาการ
- (2.3) บ้าน และ ชุมชนโดยรอบ
- (2.4) การงานและอาชีพ
- (2.5) การคมนาคม
- (2.6) การสนับสนุนและการดูแลจากสังคม

นอกจากนี้ยังได้กำหนดกลยุทธ์สำหรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพไว้ 7 ประการดังนี้

- การพัฒนานโยบาย ( policy development )
- ข้อบังคับ/กฎหมาย ( regulation )
- การปรับองค์กร ( reorientation of organization )
- การรณรงค์ผลักดัน ( advocacy )
- การสร้างพันธมิตร/การสร้างความตระหนัก ( building alliances/creating awareness )
- การเสริมความสามารถหรือการสร้างปัจจัยเอื้อ ( enabling )
- การระดมพลัง/การเสริมสร้างอำนาจ ( mobilizing/empowering )

**(3). เสริมสร้างกิจกรรมของชุมชนให้เข้มแข็ง (strengthen community action)**

การส่งเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินการโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน และการดำเนินการ รวมทั้งการระดมทรัพยากรภายในชุมชน เพื่อยกระดับการช่วยเหลือตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ชุมชนจะต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โอกาสของการเรียนรู้ และแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง

**(4). พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (develop personal skill)**

การส่งเสริมสุขภาพจะต้องสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาความรู้และทักษะส่วนบุคคล โดยการให้ข้อมูลข่าวสารและการศึกษาด้านสุขภาพ รวมทั้งการเสริมทักษะชีวิต เพื่อเตรียมปัจเจกบุคคลให้มีความพร้อมในการดำเนินชีวิตและดูแลสุขภาพตนเองตามวัยต่างๆ และสามารถควบคุมโรคเรื้อรัง และการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับตน

กระบวนการดังกล่าว จะต้องริเริ่มให้เกิดขึ้นในครอบครัว ในโรงเรียน ในที่ทำงาน และ ในหน่วยงานต่างๆ

#### (5). การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (reorient health service)

องค์การด้านสุขภาพ นอกจากทำงานด้านการรักษาพยาบาลแล้ว ยังจะต้องหันมาดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการร่วมมือกับภาคอื่นๆ และสนับสนุนบุคคลและชุมชน ในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้จะต้องมีการปรับเปลี่ยนเจตคติ การปรับทิศทาง และ การจัดระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นการมองปัญหาแบบองค์รวม

##### 2.1.4 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพต้องอาศัยกระบวนการต่างๆ เช่น การเมือง กฎหมาย การคลัง ภาษี การจัดการ การปรับองค์การ การประสานความร่วมมือระหว่างภาคหรือสาขา การมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมสร้างอำนาจแก่ชุมชน การศึกษา การตลาดเพื่อสังคม การพัฒนาองค์ความรู้ การวิจัย เป็นต้น

##### 2.1.5 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

อาจตั้งต้นที่ประเด็นปัญหาสุขภาพ (เช่นโรคหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ) กลุ่มประชากรที่เสี่ยงภัย (เช่น เด็ก สตรี คนหนุ่มสาวผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ฯลฯ) หรือฐานชุมชน (เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล โรงงาน สถานที่ทำงาน กองทัพ เมือง ชุมชนแออัด หมู่บ้าน ฯลฯ)

##### 2.1.6 กลุ่มเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพควรให้ความสำคัญอันดับแรกแก่กลุ่มคนที่ปกติ(ยังไม่เจ็บป่วย) เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีและป้องกันมิให้เกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ ซึ่งเป็นการลงทุนต่ำ และมีประสิทธิภาพสูง อันดับรองลงมา คือ การตรวจกรองโรค เพื่อค้นหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และให้การรักษาให้หายขาดหรือป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการตามมา

สุดท้าย กระบวนการส่งเสริมสุขภาพก็ยังมีบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือมีภาวะทุพพลภาพ โดยกิจกรรมในรูปของ "กลุ่มช่วยเหลือตนเอง" ( self-help group) และการดูแลตนเอง ( self care ) ซึ่งเป็นการเน้นการเสริมสร้างอำนาจของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง

##### 2.1.7 โครงสร้างพื้นฐานและกลไกสนับสนุน

ในการส่งเสริมสุขภาพ จำเป็นต้องสร้างโครงสร้างพื้นฐานที่มีภาวะการนำที่เข้มแข็ง ส่งเสริมความรับผิดชอบและบทบาทของทุกภาคของสังคม ฝึกและขยายภาคีทางสุขภาพ เพิ่ม

การลงทุนในด้านการพัฒนาสุขภาพ เพิ่มศักยภาพของชุมชน และ เสริมสร้างอำนาจของปัจเจกบุคคล

## 2.2 การมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา จะเห็นว่ากิจกรรมการพัฒนาใดก็ตาม หากประชาชนไม่มีความรู้สึกเป็นเจ้าของและลงมือดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองแล้ว กิจกรรมนั้นก็อาจจะสำเร็จและดำรงอยู่ได้ แต่ถ้าหากว่าประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการอย่างถ่องแท้ จะสามารถมองเห็นผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน ทั้งยังได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ จนเกิดความตระหนักในปัญหาของตนเองและค้นหาทางแก้ไขเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงจนเกิดการตัดสินใจ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมอย่างแท้จริง

Arnstein (อ้างใน อุทัยวรรณ, 2541) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา ออกเป็นบันได 8 ขั้น โดยมีระดับของการมีส่วนร่วม 3 ระดับคือ

### 1. ระดับการไม่มีส่วนร่วม (Degree of Non-Participation)

ในระดับนี้ ประชาชนจะไม่มีส่วนร่วมเลย จะเป็นการสื่อสารทางเดียว เป็นส่วนใหญ่ในระดับนี้ จะประกอบด้วยบันได 2 ขั้นแรก คือ

ขั้นที่หนึ่ง ประชาชนถูกเชิด จัดแจง ( Manipulation) เป็นขั้นของการมีส่วนร่วมที่ต่ำที่สุด เป็นบันไดขั้นแรกของการก้าวไปสู่การมีส่วนร่วม ในขั้นนี้ ประชาชนจะถูกเกณฑ์แรง ถูกจัดตั้ง ถูกเรียไร ถูกขอร้องให้ทำตาม หรือขอความร่วมมือ

ขั้นที่สอง ได้รับการเยียวยา (Therapy) มีการเข้าถึงประชาชน และมีการสื่อสารทางเดียว เพื่อให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่นการให้สุขศึกษาเป็นกลุ่ม

### 2. ระดับการมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี ( Degree of Tokenism)

ในระดับนี้จะมีการมีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้น โดยจะประกอบด้วยบันไดของการมีส่วนร่วมขั้นที่ สาม สี่ และ ห้า

ขั้นที่สาม ได้ข่าวสาร (Informing) ในขั้นนี้ ประชาชนจะได้รับข้อมูลข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ให้ปฏิบัติตามโครงการ

ขั้นที่สี่ เป็นผู้ให้คำปรึกษา ( Consultation) รัฐจะสอบถามความคิดเห็นจากประชาชน เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ดำเนินโครงการ แต่ไม่ให้อำนาจรับผิดชอบ

ขั้นที่ห้า เป็นตัวแทนไม้ประดับ (Placation) ผู้นำชุมชนบางคนถูกดึงเข้าร่วมโครงการ ในฐานะเป็นตัวแทนแต่เพียงในนาม ไม่มีส่วนร่วมวางแผน ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ

### 3. ระดับการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Degree of Citizen Power)

เป็นระดับของการมีส่วนร่วมที่สูงที่สุด และเมื่อทำให้เกิดการมีส่วนร่วมได้ถึงในระดับนี้ ถือว่าโครงการนั้นประสบความสำเร็จสูงสุด และ จะเกิดประโยชน์กับชุมชนนั้นสูงที่สุดด้วย ซึ่งจะประกอบไปด้วย สามขั้นสุดท้ายของบันไดการมีส่วนร่วม นั่นคือ

ขั้นที่หก ได้เข้าร่วมเป็นภาคีกับรัฐ (Partnership) ประชาชนจะอยู่ในฐานะหุ้นส่วน และ มีส่วนได้ส่วนเสีย ประชาชนได้ร่วมคิด ร่วมกำหนดนโยบาย ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำงาน

ขั้นที่เจ็ด ได้รับมอบอำนาจ (Delegate) ประชาชนมีอำนาจตัดสินใจในโครงการเป็น ส่วนใหญ่

ขั้นที่แปด ประชาชนควบคุม (Control) ประชาชนสามารถควบคุมโครงการพัฒนา สุขภาพได้อย่างสมบูรณ์

## 2.3 ความพิการของเด็ก

### 2.3.1 ความผิดปกติของสติปัญญา (Intellectual Disorder)(พยอม อิงคตานุวัฒน์, 2524)

ความผิดปกติของสติปัญญา ได้แก่ ภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation) ซึ่งหมายถึง Subnormal general intellectual functioning ซึ่งแสดงออกระหว่างพัฒนาการ โดยแสดงให้เห็นว่าไม่อาจจะเรียนรู้ได้ หรือ ปรับตัวในสังคมไม่ได้ หรือ ไม่มีวุฒิภาวะ หรือทั้งสามอย่างรวมกัน ในตำราแต่เดิมจะมีชื่อเรียกภาวะนี้ได้เป็นหลายอย่างซึ่งมีความหมายตรงกันหรือความหมายอันเดียวกัน เช่น Mental deficiency, Mental subnormality หรือ Feeble mindedness ภาวะปัญญาอ่อนจะต้องแสดงอาการให้เห็นก่อนอายุ 18 ปี

#### การวินิจฉัย

การวินิจฉัย พิจารณาสติปัญญาอย่างเดียวไม่ได้ ต้องพิจารณาถึงความสามารถในการปรับตัวในสังคม ความสามารถในการปรับอารมณ์ และความสามารถในการปรับตัวเท่าที่สติปัญญาจะพึงมีได้ ฉะนั้นอาจจะพูดได้ว่าบุคคลที่เป็นภาวะปัญญาอ่อน คือ บุคคลที่ไม่สามารถจะดูแลตัวเอง และช่วยเหลือตัวเอง เพื่อดำรงชีวิตเป็นสมาชิกอิสระของสังคมได้

#### การจำแนกประเภท

อาจจะจำแนกภาวะปัญญาอ่อนได้เป็น 4 พวก โดยอาศัย I.Q. เป็นหลัก ดังนี้

- Mild mental retardation มี I.Q. 52-67

- Moderate mental retardation มี I.Q. 36-51
- Severe mental retardation มี I.Q. 20-35
- Profound mental retardation มี I.Q. ต่ำกว่า 20

1. Mild mental retardation พวกนี้อาจจะพบมีความผิดปกติทางกายได้บ้างเล็กน้อย บุคคลกลุ่มนี้ จะเรียนได้ในชั้นเรียนของโรงพยาบาลปัญญาอ่อน กระทรวงสาธารณสุข พวกนี้จะมีอายุเขาวนไม่เกิน 10 ปี สามารถจะเรียนจบ ป.4 ได้ ในชั้นเรียนพิเศษของโรงพยาบาลปัญญาอ่อน และสามารถจะหาเลี้ยงชีพได้ ถ้าเป็นงานที่ไม่ต้องรับผิดชอบเลย อาศัยการทำงานซ้ำๆ จนเกิดความเคยชิน

2. Moderate mental retardation พวกนี้มีความผิดปกติทางกาย มี motor awkwardness มีอายุเขาวนระหว่าง 5-7 ปี พวกนี้เรียนไม่ได้ เขียนได้บ้างคำ พูดได้ ช่วยตนเอง ติดต่อขออาหารได้ ฝึกฝนให้ช่วยตนเองในเรื่องการขับถ่ายได้ ฝึกให้ป้องกันตัวเองจากภัยอันตราย ธรรมดาได้

3. Severe mental retardation พวกนี้มีความผิดปกติทางกายมาก มีอายุเขาวน 3-5 ปี สามารถฝึกให้ช่วยตนเองโดยมีผู้ควบคุมได้บางอย่าง เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน รับประทานอาหารเอง แต่ทำได้ไม่ดี ไม่รู้จักอาย ไม่รู้จักดูแลความสะอาดของตนเอง

4. Profound mental retardation ในพวกนี้เราจะพบความพิการทางกายมาก ความสามารถในการเคลื่อนไหวต่ำมาก ประสาทรับความรู้สึกเรื่องช้า ช่วยตนเองไม่ได้ ติดโรคง่าย พวกนี้จะมีอายุเขาวนไม่เกิน 2 ปี

#### ปัญหาของภาวะปัญญาอ่อน

ในปัจจุบันภาวะปัญญาอ่อนเป็นปัญหาด้านต่างๆ คือ

1. ปัญหาทางการแพทย์ สุขภาพร่างกาย
2. ปัญหาทางการศึกษา เพราะทุกคนต้องผ่านวัยศึกษา จึงต้องมีระบบการศึกษาพิเศษ
3. ปัญหาทางสังคม เนื่องจากคนพวกนี้ช่วยตนเองได้ไม่เต็มที่ จึงเป็นภาระของสังคม นับตั้งแต่สังคมในครอบครัว จนกระทั่งสังคมเพื่อนบ้าน และขยายสังคมออกไปเรื่อยๆจนถึงสังคมระดับชาติ ซึ่งกระทบกระเทือนบ้านทอนเศรษฐกิจของครอบครัวไปจนถึงเศรษฐกิจของชาติ

#### การป้องกันและแก้ไข

1. การป้องกัน

เป็นความจำเป็น และเป็นหลักสำคัญที่สุดของการแก้ไขภาวะปัญญาอ่อน ซึ่งอาจจะกระทำได้อย่างกว้างขวางที่สุด ดังนี้

1.1 ให้คำแนะนำปรึกษาก่อนแต่งงาน เพื่อป้องกันภาวะปัญญาอ่อนบางอย่างที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม

1.2 ให้คำแนะนำปรึกษาต่อผู้จะเป็นบิดามารดา ให้มารดารู้จักระวังรักษาตัวอย่างไร เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อบางอย่างในระหว่างมีครรภ์ หรือ การกินการใช้สารเคมีบางอย่างที่ใช้ในชีวิตประจำวันซึ่งอาจเป็นพิษต่อทารกในครรภ์ได้

1.3 การป้องกันผลกระทบกระเทือนจากการคลอดซึ่งรัฐพึงจัดหาบุคลากรทางสูตินรีเวชให้พอกับความต้องการของประชาชน

1.4 ป้องกันการเป็นโรคติดเชื้อ โดยแนะนำให้ความรู้ทางสุขอนามัยแก่ประชาชนตามฤดูกาล

## 2. การรักษา

2.1 วินิจฉัยรักษาโรคติดเชื้อให้ได้รวดเร็วเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางสมอง

2.2 แก้ที่สาเหตุของแต่ละโรคให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

2.3 มีระบบการศึกษาสำหรับกลุ่มปัญญาอ่อนที่ยังสามารถจะเรียนได้ (Educable group)

2.4 มีสถาบันสำหรับฝึกอบรมวิชาชีพต่างๆ สำหรับกลุ่มที่สามารถรับการฝึกได้ (Trainable group) เพื่อให้ได้ความสามารถเท่าที่มีเป็นประโยชน์ต่อตนเองและต่อสังคมบ้าง

2.5 สำหรับกลุ่มที่ช่วยตนเองไม่ได้ ถ้าการป้องกันดี ประชากรในกลุ่มนี้ก็จะไม่น้อย แต่ถึงแม้ว่าจะมีน้อย ครอบครัวทุกครอบครัวก็มีหน้าที่ส่งเสริมช่วยเหลือเท่าที่จะช่วยได้ และรัฐจำเป็นจะต้องมีสถาบันสำหรับประชากรกลุ่มที่พิการทางสติปัญญาและมีความพิการทางกายร่วมด้วย เพื่อให้เขาเหล่านี้ได้รับความสุขสบายตามสมควร

### 2.3.2 ความผิดปกติทางการได้ยิน

ปัญหาในการฟังเสียง การเข้าใจคำพูด และการใช้ภาษาเพื่อสื่อความหมายของเด็ก ประสาทหูพิการแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับการสูญเสียการได้ยิน ช่วงความถี่ของคลื่นเสียง อายุที่เด็กเริ่มมีความบกพร่องทางการได้ยิน และการตอบสนองต่อการได้ยินเสียง รวมทั้งการกระตุ้นเด็กด้วยคำพูดของพ่อแม่



## ความรุนแรงของความบกพร่องทางการได้ยินและปัญหาในการเข้าใจภาษาและการพูด

1. หูตึ๋งน้อย (ระดับการสูญเสียการได้ยินอยู่ระหว่าง 25-40 dB) เด็กหูตึ๋งในระดับนี้มีความลำบากในการเข้าใจคำพูดของผู้ที่อยู่ไกล หรือเมื่อเสียงพูดนั้นเบา แต่อย่างไรก็ตาม เด็กสามารถที่จะเรียนรู้ภาษาได้ดังเช่นเด็กปกติ
2. หูตึ๋งปานกลาง (ระดับการสูญเสียการได้ยินอยู่ระหว่าง 41-55 dB) เด็กสามารถฟังเข้าใจการสนทนาด้วยความดังปกติในระยะ 3-5 ฟุต ได้โดยไม่ลำบากนัก แต่การฟังคำสอนในชั้นเรียนจะทำได้ลำบากมากขึ้นถ้าผู้สอนใช้เสียงเบา หรือไม่ได้พูดอยู่ตรงหน้าเด็ก อาจมีปัญหาในเรื่องของการพูดไม่ชัด
3. หูตึ๋งมาก (ระดับการสูญเสียการได้ยินอยู่ระหว่าง 56-70 dB) จะฟังเข้าใจการสนทนาที่ต้องพูดด้วยเสียงดัง มีความลำบากในการฟังเข้าใจคำสอนในชั้นเรียน หรือ การสนทนาเป็นกลุ่ม มีปัญหาด้านภาษา โดยจะรู้และใช้คำศัพท์ค่อนข้างน้อย ใช้ไวยากรณ์ไม่ถูกต้อง มีปัญหาเรื่องพูดไม่ชัด และ คุณภาพของเสียงพูดผิดปกติ
4. หูตึ๋งรุนแรง (ระดับการสูญเสียการได้ยินอยู่ระหว่าง 71-90 dB) จะได้ยินคำพูดที่ดังและห่างจากหูไม่เกิน 1 ฟุต บกขนิດของเสียงต่างๆที่อยู่รอบตัวได้บ้างพอสมควร อาจฟังแยกเสียงสระต่างๆได้ มีความลำบากในการแยกเสียงพยัญชนะ ถึงแม้ว่าจะใช้เครื่องช่วยฟัง พูดไม่ชัดอย่างมาก คุณภาพของเสียงพูดผิดปกติอย่างชัดเจน มีปัญหาทางด้านภาษา ซึ่งรวมถึงการรู้ การใช้คำศัพท์ และ การใช้ไวยากรณ์ที่ผิด
5. หูหนวก (ระดับการสูญเสียการได้ยินอยู่ระหว่าง 91 dB ขึ้นไป) จัดอยู่ในพวกเด็กหูหนวก ได้ยินเฉพาะเสียงที่ดังมากเท่านั้น ไม่สามารถฟังเข้าใจคำพูดได้เลย ถึงแม้จะใช้เครื่องช่วยฟังก็ตาม

### ปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

ปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กกลุ่มนี้จะมีทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย และ จิตใจ โดยเฉพาะเด็กที่มีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด จะมีผลต่อการพัฒนาทางด้านอารมณ์และจิตใจ

เมื่อพ่อแม่ยังไม่ทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับลูก การพูดกับลูกแล้วลูกไม่ทำตาม ทำให้คิดว่าเด็กมีความตื้อตึง หรือจะต้องใช้เสียงที่ดังมากทำให้พ่อแม่คิดว่าต้องใช้การบังคับ เด็กจึงขาดอิสระในการคิดหรือลองทำอะไรด้วยตนเอง คอยแต่รับคำสั่ง เมื่อโตขึ้นจึงเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่กล้ารับผิดชอบและไม่กล้าตัดสินใจ

เมื่อพ่อแม่ทราบว่าเด็กไม่ได้ยิน มีความโน้มเอียงที่จะพูดกับลูกน้อยลง เมื่อต้องการให้ลูกทำอะไรมักจะทำให้เด็กดู โดยไม่อธิบายเหตุผล ทำให้เด็กเป็นคนที่ขาดเหตุผล คอยทำตามผู้อื่น

โดยไม่รู้จุดมุ่งหมาย และเด็กจะมีพฤติกรรมการเล่นแบบ ขาดความคิดสร้างสรรค์ที่ควรจะมีซึ่ง ปัญหา มักจะอยู่ที่เด็กขาดโอกาสในการแสดงความคิดมากกว่า

นอกจากนี้ถ้าพ่อแม่เลี้ยงลูกที่มีความผิดปกติด้วยความสงสารและเลี้ยงแบบโอบอุ้ม ทะนุถนอมจะทำทุกอย่างให้ลูกโดยไม่พยายามให้เด็กหัดทำ เด็กจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ฟุ้งฟิงผู้อื่นมาก เมื่อโตขึ้น ทำให้เด็กไม่มีความมั่นใจในตัวเองได้ ซึ่งตรงข้ามกับพ่อแม่ที่ผิดหวังที่มีลูกผิดปกติ และไม่ใส่ใจในการดูแลลูก เด็กมักจะถูกทอดทิ้งและกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมกับคนอื่น เด็กจึงพยายามสร้างจุดสนใจ โดยอาจจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว หรืออาจแยกตัวไม่สนใจความเป็นไปรอบตัว

จะเห็นว่าการพัฒนาทางอารมณ์และจิตใจของเด็กขึ้นกับวิธีการเลี้ยงดูของพ่อแม่ตั้งแต่เล็ก การได้รับคำแนะนำที่ดีและถูกต้องในการเลี้ยงดูจะทำให้เด็กมีพัฒนาการทางอารมณ์และจิตใจไปในทางที่ดี ไม่ก่อให้เกิดปัญหา กับผู้อื่น

#### 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้นักเรียนมีการรับรู้และการดูแลสุขภาพของตนเองได้ Parcel และคณะ (1989) ได้ติดตามโรงเรียนที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านการสอนเกี่ยวกับสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม การสอนพลศึกษา และการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์ของโรงเรียน พบว่าเด็กนักเรียนมีการรับรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องมากขึ้น

การส่งเสริมทันตสุขภาพที่มีอยู่เดิมในโรงเรียนประถมศึกษาในเด็กปกติ เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดปัญหาสาธารณสุข ซึ่งจะประกอบไปด้วยการดำเนินงานหลายอย่าง จึงจะประสบผลสำเร็จ อาภา ศันสนีย์วานิช (2528) ได้ทำการศึกษาเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพในโรงเรียนประถมเขตรอบนอกของกรุงเทพมหานคร พบว่า รูปแบบที่ดีที่สุดคือการให้นักเรียนอมน้ำยาฟลูออไรด์ การให้ทันตสุขภาพ และการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

การส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กพิการมีความจำเป็นเช่นเดียวกับในเด็กปกติ แต่การดำเนินงานในเด็กพิการนั้นมีข้อจำกัดหลายประการด้วยกัน ลักษณะการดำเนินงานจึงไม่เหมือนกับการดำเนินงานในเด็กปกติ สุวัฒน์ อรุณ (2526) ได้ทำการวิจัยในเด็กปัญญาอ่อนโรงพยาบาลราชานุกุล พบว่าการกระตุ้นให้เด็กแปรงฟันอย่างถูกวิธีไม่สามารถช่วยกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ออกจากตัวฟันได้ตามเป้าหมาย บุคคลที่สามารถช่วยให้เด็กแปรงฟันได้ดีคือผู้ดูแลใกล้ชิด เช่น พยาบาลประจำตึก ผู้ปกครอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุมาลี อรุณรัตนดิถ และคณะ(2538) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ ในสถานสงเคราะห์เด็กพิการ

และทูปภาพปากเกร็ด นนทบุรี โดยการจัดอบรมที่เลี้ยงในเรื่องเกี่ยวกับทันตสุขภาพ และบทบาทของพี่เลี้ยงในการส่งเสริมสุขภาพ หลังการดำเนินงานพบว่า เด็กมีสภาวะอนามัยในช่องปากที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ พี่เลี้ยงมีเจตคติในทางที่ดีขึ้น บุคคลเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การส่งเสริมทันตสุขภาพประสบความสำเร็จได้

ปัจจัยที่เป็นผลให้เกิดโรคปริทันต์ในเด็กกลุ่มนี้ประการหนึ่งคือสภาพสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว Vigid (1985) ได้ศึกษาเด็กปัญญาอ่อนอายุ 6-19 ปี พบว่าการเป็นโรคปริทันต์มีความสัมพันธ์กับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว เด็กที่เข้าโรงเรียนมีครูดูแลในเรื่องการแปรงฟันจะมีสภาวะโรคปริทันต์น้อยกว่าเด็กปัญญาอ่อนที่อยู่ที่บ้านและได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tesini (1980) พบว่าอนามัยช่องปากของเด็กปัญญาอ่อนที่อยู่ในโรงเรียนจะดีกว่าเด็กที่อยู่บ้านและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ใช่ปัจจัยแต่เพียงอย่างเดียว ยังมี สถานะของโรงเรียน อายุและระดับสติปัญญาของตัวเด็กร่วมด้วย ในส่วนของปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคฟันผุเด็กกลุ่มนี้นอกจากจะมีปัจจัยในเรื่องการดูแลสุขภาพในช่องปากแล้ว Palin-Palokas และคณะ (1987) พบว่ายังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีผล เช่น รับประทานขนมหวาน การได้รับฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ การรับประทานยารักษาโรคประจำตัวซึ่งมีผลต่อการหลั่งของน้ำลาย เป็นต้น

ในส่วนการรับรู้ของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มยรี เพชรอักษร (2537) ได้ทำการศึกษารับรู้ส่วนของร่างกายในเด็กที่มีความบกพร่องในระดับสติปัญญาแตกต่างกันพบว่า กลุ่มเด็กเรียนซ้ำมีการรับรู้แตกต่างจากกลุ่มปัญญาอ่อนพอฝึกได้ การแนะนำพ่อ แม่ ผู้ปกครองพี่เลี้ยง ครู ให้เห็นความสำคัญของการรับรู้ จะทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นได้ การกระตุ้นที่เหมาะสมและเป็นกระบวนการที่ถูกต้องจะเป็นการเสริมความพร้อมด้านการเรียนรู้ การเขียน การอ่าน ทำให้เด็กประสบความสำเร็จในด้านการเรียน และกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้ ส่วนเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน Kramer และคณะ (1998) ได้ศึกษาการรายงานความบกพร่องทางการได้ยินด้วยตนเอง ซึ่งแบ่งเป็น 5 ประเภทคือ บกพร่องในเรื่องเสียง บกพร่องในเรื่องความเจ็บ การบอกตำแหน่งของเสียง การบอกความแตกต่างของเสียง และการตรวจสอบเสียงได้ ผลการศึกษาพบว่าความบกพร่องเหล่านี้มีระดับที่ต่างกัน ทำให้ไม่สามารถเข้าใจและรับรู้ในภาษาพูดได้

กรอบแนวคิดเบื้องต้นในการศึกษา

