



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยิน

ศิวনারถ หงษ์ประยูร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการแพทย์บูรณาการ

วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ

มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

ปีการศึกษา 2565

FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN HEARING IMPAIRED

SIVANART HONGPRAYOON

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science
Department of Integrative Medicine,
College of Integrative Medicine
Dhurakij Pundit University
Academic Year 2022




ใบรับรองวิทยานิพนธ์

วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยิน
เสนอโดย	ศิวินารถ หงษ์ประยูร
สาขาวิชา	การแพทย์บูรณาการ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	รองศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ วณิเกียรติ


ได้พิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์แล้ว


.....ประธานกรรมการ
(ดร.มลิวัดย์ ชธรรมแสง)


.....กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ วณิเกียรติ)


.....กรรมการ
(นายแพทย์ไกรสร อัมมวรรณ)

วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ รับรองแล้ว


.....คณบดีวิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์พัฒนา เต็งอำนวย)
วันที่ 14 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 66

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยิน
ชื่อผู้เขียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศิวินารถ หงษ์ประยูร
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ วณิกเกียรติ
หลักสูตร	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
ปีการศึกษา	2565

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบคำถาม 3 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย และ 3) เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ โดยสุ่มแบบเจาะจงในกลุ่มประชากรที่เป็นคนพิการทางการได้ยินจำนวน 310 คน และการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา และวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการทางการได้ยิน และแพทย์รวมทั้งสิ้น 10 คน

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทยจากการประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางการได้ยินจำนวน 310 คน พบว่า มีคนพิการทางการได้ยินมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.94 และจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการทางการได้ยิน พบว่าภาพรวมยังไม่ได้มีการบันทึกเป็นสถิติอย่างเป็นทางการถึงจำนวนคนพิการทางการได้ยินที่เป็นโรคซึมเศร้า และคนพิการทางการได้ยินยังไม่เข้าถึงองค์ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าเท่าที่ควร 2) ปัจจัยทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน ได้แก่ (1) ปัจจัยทางด้านร่างกาย การที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.016$) (2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ พบว่า ความพึงพอใจในการเรียน/การทำงานในปัจจุบัน ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด และปมปัญหาในอดีตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน ($p = 0.007, 0.000, \text{ และ } 0.029$ ตามลำดับ) (3) ปัจจัยทางด้านสังคม พบว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 สถานการณ์ทางการเมือง และสถานการณ์ทางด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.024, 0.000, \text{ และ } 0.001$ ตามลำดับ) และ (4) ปัจจัยทางด้านข้อจำกัดต่าง ๆ ของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน คือ ปัจจัยด้านการเข้าถึงการให้คำปรึกษา และการเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ ($p = 0.018 \text{ และ } 0.025$) 3) แนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย ได้แก่ (1) การรับฟังปัญหา (2) การเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะซึมเศร้าและสุขภาพจิต

(3) สร้างการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และล่ามภาษามือ (4) การขับเคลื่อนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิต (5) การใช้เทคโนโลยีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม (6) การจัดกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมเรื่องการใช้ชีวิต และ (7) การรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชโดยใช้แพทย์ทางเลือก

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า, คนพิการทางการได้ยิน

Mon Omit

Thesis Title	FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN HEARING IMPAIRED
Author	Sivanart Hongprayoon
Thesis Advisor	Assistant Professor Payong Wanikiat, Ph.D.
Program	Master of Science
Academic Year	2022

ABSTRACT

The objectives of the research are (1) to study the depression situations of people with hearing disabilities in Thailand, (2) to study factors associated with depression in people with hearing disabilities in Thailand, and (3) to study ways to resolve depression in people with hearing disabilities in Thailand. This is a mixed methods research approach, consisting of a quantitative research using a population of 310 people with hearing disabilities and a qualitative research involving a literature review and in-depth interviews with 10 experts in hearing disabilities and physicians.

The findings and conclusion revealed the following: 1) With regard to the depression situation, 41.94% of 310 people with hearing disabilities suffer from depression, while the interviews with experts in hearing disabilities indicated that there are no official recorded statistics available to shed light on the number of people with hearing disabilities having depression and that these people do not have adequate access to knowledge about the subject. 2) The four factors are associated with depression in people with hearing disabilities in different ways. (i) With regard to the physical factors, the presence of family members with chronic illnesses is significantly associated with depression of people with hearing disabilities ($p = 0.016$). (ii) With regard to the psychological factors, the gratification in current learning/working, their relationship with near and dear ones and their unresolved problems in the past are significantly associated with depression of people with hearing disabilities ($p = 0.007$, 0.000 , and 0.029 , respectively). (iii) The social factors revealed that the COVID-19 pandemic, political, and economic situations are significantly associated with depression of people with hearing disabilities ($p = 0.024$, 0.000 , and 0.001 respectively). (iv) For other factors related to limitations of people with hearing disabilities in Thailand, it was found that factors that have a significant impact on their depression are access to counselling and access to sign

language interpretation services ($p = 0.018$ and 0.025). 3) Ways to resolve depression in people with hearing disabilities in Thailand are (i) listening to problems, (ii) providing more education on depression and mental health, (iii) creating more access to medical and sign language interpretation services, (iv) initiatives taken by agencies concerned with mental health care, (v) using technology to encourage greater participation, (vi) organizing more participatory activities on how to lead one's life, and (vii) treating psychiatric patients by alternative doctors.

Keywords: Depression, Factors associated with Depression, People with hearing disabilities

Payy Wanichol

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคนहुหนวกไทยทั่วประเทศ ที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้เข้าไปทำงานเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อน การเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงสื่อมาตลอด 13 ปี จนทำให้มีโอกาสได้สัมผัสและเข้าใจปัญหาต่างๆของคนहुหนวก นำมาซึ่งแรงบันดาลใจในการทำวิจัยเรื่องนี้ และขอบคุณนายกสมาคมคนहुหนวกแห่งประเทศไทย ที่ตอกย้ำให้เห็นความสำคัญของผลการวิจัยที่จะเกิดขึ้น นับเป็นการร่วมจุดประกายให้ผู้วิจัยตัดสินใจทำวิจัยเรื่องนี้อย่างไม่ลังเล

ขอขอบคุณท่านอาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ วณิเกียรติ ที่ให้คำปรึกษา แนะนำเพิ่มเติม ให้งานวิจัยเรื่องนี้ สมบูรณ์แบบมากที่สุด รวมทั้งช่วยสนับสนุนงบประมาณในการตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการ ขอขอบคุณ ดร.ปพิชญา เทศนา ที่ร่วมให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด ดูแลทุกขั้นตอน ช่วยชี้แนะทุกรายละเอียด สนับสนุนทุกด้าน ตลอดการทำวิจัย จนอาจจะกล่าวได้ว่างานวิจัยเรื่องนี้ไม่สามารถสำเร็จลงได้เลยหากขาด ดร.ปพิชญา เทศนา และอีกท่านที่ต้องขอบคุณอย่างสูง คือ นายแพทย์ไกรสร อัมมวรรณ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ช่วยขัดเกลาให้งานวิจัยเรื่องนี้ครบถ้วน ถูกต้องยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ ดร.มลิวัลย์ ธรรมแสง ที่ให้เกียรติเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ และให้คำปรึกษาเพิ่มเติมข้อมูล จากมติของคนहुหนวก ให้งานวิจัยนี้รอบด้านที่สุด รวมทั้งให้กำลังใจผู้วิจัยตลอดการทำวิจัย นอกจากนี้ ดร.มลิวัลย์ ยังได้ช่วยสนับสนุน จนผู้วิจัยได้รับทุนจากมูลนิธิธนูเคราะห์คนहुหนวก ในพระบรมราชินูปถัมภ์ สนับสนุนการทำงานวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยต้องขอขอบคุณ ดร.มลิวัลย์ ธรรมแสง และมูลนิธิธนูเคราะห์คนहुหนวก ในพระบรมราชินูปถัมภ์ มา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 10 ท่านที่ร่วมให้สัมภาษณ์เชิงลึก ขอขอบคุณคนहुหนวกหลายร้อยท่านที่ร่วมตอบแบบสอบถามในงานวิจัยนี้ และขอขอบคุณ ดร.พันธกานต์ ทานนท์ และอาจารย์สัญญาทิพย์ เพ็ญพิภักดิ์ เพื่อนร่วมงานที่คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต รวมทั้ง คุณสุภัชชานันท์ รัญญะวิทย์ ล่ามภาษามือ ที่ร่วมสนับสนุนการทำงานวิจัยเรื่องนี้ จนสำเร็จลุล่วงอย่างราบรื่น

สุดท้ายนี้ต้องขอขอบคุณล่วงหน้าสำหรับทุกภาคส่วนที่จะผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ประกอบการดูแล แก้ไข ป้องกัน ปัญหาภาวะซึมเศร้าในคนहुหนวกไทย จนทำให้คนहुหนวกไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้น อันจะเป็นการทำให้ความตั้งใจของผู้วิจัยสัมฤทธิ์ผลสูงสุด

ศิวินารถ หงษ์ประยูร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ณ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ต
บทที่	
1. บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
1.3 สมมติฐานการวิจัย.....	7
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	8
1.6 นิยามศัพท์.....	10
1.7 กรอบการวิจัย.....	11
2. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	12
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ.....	17
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคนหูหนวก.....	20
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	24
3. ระเบียบวิธีวิจัย.....	32
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	32
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	35
3.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	38
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
4. ผลการวิจัย.....	40
4.1 วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1.....	40
4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2.....	54
4.3 วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3.....	76

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	95
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	95
5.2 อภิปรายผล.....	99
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	105
บรรณานุกรม.....	106
ภาคผนวก.....	112
ก แบบสอบถามในการวิจัย.....	113
ประวัติผู้เขียน.....	119

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1.1 ประเภทความพิการ.....	4
2.1 แสดงระดับการได้ยิน.....	22
3.1 การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) จำแนกตามภาค.....	33
4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ.....	41
4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ.....	41
4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด.....	42
4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	42
4.5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ.....	43
4.6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....	43
4.7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภูมิลำเนา.....	44
4.8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะของการบกพร่อง.....	44
ทางการได้ยิน	
4.9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะความพิการ.....	45
4.10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสามารถใน.....	45
การใช้ภาษามือในการสื่อสาร	
4.11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนประเมิน.....	45
ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า	
4.12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผลประเมิน.....	47
ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า	
4.13 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรม.....	47
ที่แสดงออกและระดับความถี่ของอาการ	
4.14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านร่างกาย.....	54
จำแนกตามลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน	
4.15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านร่างกาย.....	54
จำแนกตามการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว	
4.16 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านร่างกาย.....	55
จำแนกตามการป่วยด้วยโรคประจำตัวของสมาชิกในครอบครัว	

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.17 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านจิตใจ จำแนกตามสัมพันธภาพในครอบครัว	55
4.18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านจิตใจ จำแนกตามความรู้สึกพึงพอใจในการเรียน/ทำงานในปัจจุบัน	55
4.19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านจิตใจ..... จำแนกตามการผ่อนคลายความเครียด	56
4.20 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านจิตใจ..... จำแนกตามความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (เพื่อน/แฟน/คู่สมรส/เพื่อนร่วมงาน และอื่น ๆ)	56
4.21 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านจิตใจ..... จำแนกตามปมปัญหาในอดีต	56
4.22 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านสังคม จำแนกตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19	57
4.23 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านสังคม..... จำแนกตามการเกิดความเครียดจากสถานการณ์ทางการเมือง	57
4.24 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านสังคม..... จำแนกตามการเกิดความเครียดจากสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ	57
4.25 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านการเข้าถึง..... สิ่งอำนวยความสะดวกของคนพิการทางการได้ยินจำแนกตามการเข้าถึงบริการ สาธารณสุข	58
4.26 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านการเข้าถึง..... สิ่งอำนวยความสะดวกของคนพิการทางการได้ยินจำแนกตามการเข้าถึงสื่อ	58
4.27 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านการเข้าถึง..... สิ่งอำนวยความสะดวกของคนพิการทางการได้ยินจำแนกตามการเข้าถึงการให้คำปรึกษา	58
4.28 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านการเข้าถึง..... สิ่งอำนวยความสะดวกของคนพิการทางการได้ยินจำแนกตามการเข้าถึงบริการล่าม ภาษามือ	58
4.29 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน..... และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน	61

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.30 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว..... และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน	62
4.31 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง สมาชิกในครอบครัวของ..... ท่านป่วยด้วยโรคประจำตัว และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน	63
4.32 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง สัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะซึมเศร้า..... ของคนพิการทางการได้ยิน	64
4.33 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้สึกพึงพอใจในการเรียน/ทำงาน..... และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน	65
4.34 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง การผ่อนคลายความเครียดและ..... ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน	66
4.35 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (เพื่อน/แฟน..... /คู่สมรส/เพื่อนร่วมงาน และอื่น ๆ) และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน	67
4.36 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปมปัญหาในอดีต และภาวะซึมเศร้า..... ของคนพิการทางการได้ยิน	68
4.37 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดต่อสถานการณ์..... การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน	69
4.38 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดต่อสถานการณ์ทางการเมือง..... และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน	70
4.39 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดต่อสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ..... และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน	71
4.40 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน	72
4.41 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง การเข้าถึงสื่อ และภาวะซึมเศร้า..... ของคนพิการทางการได้ยิน	73
4.42 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง การเข้าถึงการให้คำปรึกษา..... และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน	74
4.43 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง การเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ..... และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน	75

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย.....	3
1.2 กรอบการวิจัย.....	11

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ท่ามกลางสังคมโลกที่กำลังขยายตัว การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ในหลากหลายมิติ ประกอบกับที่สังคมทั่วโลกกำลังเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของมนุษย์ ทั้งเรื่องการประกอบอาชีพ การศึกษา การพยาบาล ฯลฯ ทำให้ผู้คนต้องปรับตัวมากขึ้น ภายใต้แรงกดดันดังกล่าวนี้ ส่งผลให้ผู้คนเกิดความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตประจำวัน จึงทำให้เกิดเป็นความเครียดสะสม ที่อาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตตามมาโดยไม่รู้ตัว หรือที่เรียกว่า “ภาวะซึมเศร้า”

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าธรรมดา จนถึงภาวะซึมเศร้ารุนแรง หากไม่ได้รับการรักษาจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของจิตใจ โดยมีภาวะซึมเศร้าร่วมกับขาดความเคารพตนเอง รวมทั้งมีภาวะสิ้นยินดี คือ ไม่มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่โดยปกติเป็นที่น่าพึงพอใจ ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด โดยภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย อาทิ ความผิดปกติทางพันธุกรรม ความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง ปัญหาทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่า สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยภายในและภายนอก ทั้งที่สามารถควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559, น. 105)

ปัจจุบันประชากรทั่วโลกมากกว่า 264 ล้านคน ได้รับผลกระทบจากโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า นับว่าเป็นปัจจัยเงื่อนไขด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อตัวบุคคลทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว เช่น การศึกษาเล่าเรียน การประกอบอาชีพ การอาศัยอยู่ร่วมกันในสังคมตลอดจนผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมในด้านการดูแลรักษา และที่รุนแรงกว่านั้น พบว่า ผู้ที่กำลังเผชิญกับโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จกว่า 800,000 รายต่อปี ถึงแม้จะมีวิธีการรักษาแต่ยังพบว่า อุปสรรคในด้านการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลมีจำนวนจำกัด ตลอดจนการได้รับการตีตราจากสังคมรอบข้างเกี่ยวกับบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวช (World Health Organization, 2020 อ้างถึงใน ปารีชาติ เมืองขวา, กมลนันทน์ คล่องดี, และสุรชัย เฉนียง, 2563, น. 104) นอกจากนี้ ผลการศึกษาของแคทเธอริน เอดด์แมน ผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาเชิงกลยุทธ์ในสำนักงานคณบดีของโรงเรียนสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบอสตัน และนักศึกษาปริญญาเอกที่ Brown University School of Public Health ที่ได้สำรวจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตในช่วงเดือนกันยายน ปี พ.ศ. 2563 เปรียบเทียบทั้งช่วงก่อนและหลังจากการระบาดของโรคโควิด-19 ผลปรากฏว่า พบอัตราภาวะโรคซึมเศร้าสูงขึ้นกว่า 3 เท่า หรือคิดเป็น

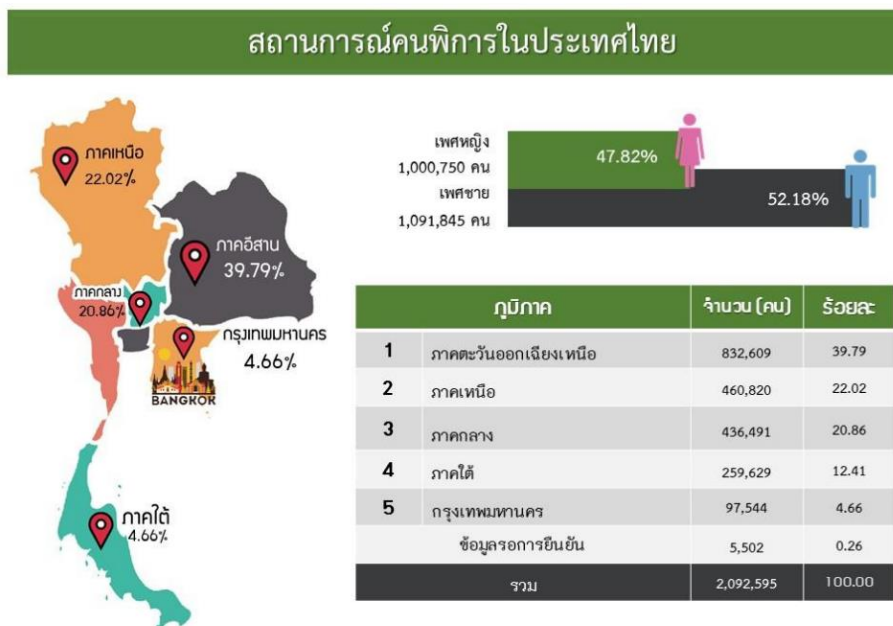
ประมาณ 8.5 เปอร์เซ็นต์ของคนทั่วไปที่ไม่ได้ป่วยด้วยปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าว ที่น่าสนใจ คือ ในช่วงที่มีการระบาดอย่างหนักของไวรัสโควิด-19 พบว่า มีผู้ที่ป่วยภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 27.8 (กรมสุขภาพจิต, 2564)

ในขณะที่ประเทศไทย จากการศึกษาล่าสุดของวรินทิพย์ สว่างศรี, นันทยุท หะสิทธิ์เวช, ชลธิชา แยมมา, ญัฐปน รัตนตรัย, และดุขฎิ จิงศิริกุลวิทย์ (2564, น. 114) ในเรื่องความชุกของการรับรู้ความเครียดภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด-19 เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 898 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.8 มีความรู้สึกเครียดอย่างน้อยหนึ่งด้าน ได้แก่ การรับรู้ความเครียดด้านโรคโควิด-19 เช่น กังวลว่าจะเป็นอันตรายถึงชีวิต การรับรู้ความเครียดด้านชุมชนและสังคม เช่น กลัวเพื่อนร่วมงานรังเกียจ กลัวถูกให้ออกจากงาน กลัวคนในชุมชนทราบการรับรู้ความเครียดด้านครอบครัว เช่น กลัวว่าสมาชิกในครอบครัวจะติดเชื้อด้วย กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีภาวะเครียด 277 รายนั้นได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) จำนวน 261 ราย (ร้อยละ 94.2) มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก จำนวน 10 ราย ในจำนวนนี้ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q จำนวน 4 ราย ส่วนอีก 6 ราย ไม่พบรายละเอียดการบันทึกข้อมูล โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ และสถานะการรักษาแบบผู้ป่วยใน ส่วนความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 เท่ากับร้อยละ 16.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ และมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดมากกว่า 2 ด้านขึ้นไป

ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 นี้เอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าของผู้คนทั่วโลก และภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นกับบุคคลทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกอาชีพ ที่ได้รับผลกระทบและแรงกดดันในการดำเนินชีวิตจากปัจจัยต่าง ๆ รวมทั้งกลุ่มคนพิการ ที่อาจมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า จึงจำเป็นต้องมีการศึกษา เพื่อหาหนทางช่วยเหลือต่อไป ดังที่พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ให้ความหมายว่า “คนพิการ” หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด และตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556 คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ตามมาตรา 20 (1) ใจความว่า

(1) การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

จากข้อมูลข้างต้นและสิทธิของคนพิการตามกฎหมายจึงเป็นคำถามสำคัญที่ส่งผลต่อความสนใจของผู้วิจัยว่า ภายใต้แรงกดดันของสถานการณ์ในช่วงเวลาดังกล่าวนี้เอง กลุ่มคนพิการ ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีความสำคัญอีกหนึ่งกลุ่ม และถือได้เป็นกลุ่มที่อาจมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายต่าง ๆ จะประสบปัญหาภาวะซึมเศร้าอย่างไรบ้าง โดยปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนคนพิการ ข้อมูลล่าสุด ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 พบว่า มีคนพิการในประเทศไทยที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 2,092,595 คน (ร้อยละ 3.21 ของประชากรทั้งประเทศ) โดยหากพิจารณาตามเพศ มีคนพิการเพศชาย จำนวน 1,091,845 คน (ร้อยละ 52.18) และเพศหญิง จำนวน 1,000,750 คน (ร้อยละ 47.82) โดยส่วนใหญ่จะอยู่ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 832,609 คน รองลงมาเป็นภาคเหนือ จำนวน 460,820 คน ภาคกลาง จำนวน 436,491 คน ภาคใต้ จำนวน 259,629 คน ในขณะที่กรุงเทพมหานครจังหวัดเดียว มีคนพิการทั้งหมด 97,544 คน และมีข้อมูลที่รอการยืนยัน จำนวน 5,502 คน (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2564)



- คนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 2,092,595 คน (ร้อยละ 3.21 ของประชากรทั้งประเทศ)
 ***ข้อมูลประชากรประเทศไทยจาก สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563
 - คนพิการ เพศชาย จำนวน 1,091,845 (ร้อยละ 52.18) และเพศหญิง จำนวน 1,000,750 คน (ร้อยละ 47.82)

ภาพที่ 1.1 สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย

ที่มา: รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2564)

หากพิจารณาข้อมูลดังกล่าวตามประเภทความพิการในประเทศไทย พบว่า มีคนพิการทุกประเภท ซึ่งในแต่ละประเภทก็มีจำนวนคนพิการแตกต่างกัน โดยภาพรวมคนพิการในประเทศไทยเมื่อจำแนกตามประเภท (ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2564) มีดังนี้

ตารางที่ 1.1 ประเภทความพิการ

ลำดับที่	ประเภทความพิการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	1,043,192	49.85
2	ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	394,259	18.84
3	ทางการเห็น	190,767	9.12
4	ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	163,278	7.80
5	ทางสติปัญญา	142,667	6.82
6	พิการมากกว่า 1 ประเภท	124,312	5.94
7	ออทิสติก	16,233	0.78
8	ทางการเรียนรู้	13,126	0.63
9	ข้อมูลรอกการยืนยัน	4,761	0.23
รวม		2,092,595	100.00

ที่มา: รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2564)

จากตารางที่ 1.1 จะเห็นได้ว่า จากจำนวนคนพิการที่มีจำนวน 2,092,595 คน สามารถแบ่งประเภท ความพิการได้ดังนี้ ลำดับที่ 1 พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย จำนวน 1,043,192 คน (ร้อยละ 49.85) ลำดับที่ 2 พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย จำนวน 394,259 คน (ร้อยละ 18.84) ลำดับที่ 3 พิการทางการเห็น จำนวน 190,767 คน (ร้อยละ 9.12) ลำดับที่ 4 พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม จำนวน 163,278 คน (ร้อยละ 7.80) ลำดับที่ 5 พิการทางสติปัญญา จำนวน 142,667 คน (ร้อยละ 6.82) ลำดับที่ 6 พิการมากกว่า 1 ประเภท จำนวน 124,312 คน (ร้อยละ 5.94) ลำดับที่ 7 ออทิสติก จำนวน 16,233 คน (ร้อยละ 0.78) ลำดับที่ 8 พิการทางการเรียนรู้ จำนวน 13,126 คน (ร้อยละ 0.63) และ ลำดับที่ 9 ข้อมูลที่รอกการยืนยัน จำนวน 4,761 คน (ร้อยละ 0.23) (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2564)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ประเภทความพิการที่มีจำนวนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ คนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย และคนพิการทางการเห็น โดย

การวิจัยครั้งนี้จะมุ่งเน้นการศึกษา กลุ่มคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายเท่านั้น โดยตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2552 ได้ให้คำจำกัดความของความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ไว้ว่า

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

(1) หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือ การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน จนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทางหูได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้นิดดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป

(2) หูตึง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน เมื่อตรวจวัดการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้นิดกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียงน้อยกว่า 90 เดซิเบลลงมาจนถึง 40 เดซิเบล

(3) ความพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดหรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า ความพิการในกลุ่มนี้ก็มีการแบ่งระดับความพิการออกเป็น 3 ระดับ โดยในการศึกษาครั้งนี้จะมุ่งเน้นการศึกษาเฉพาะกลุ่มความพิการทางการได้ยินที่หมายถึง กลุ่มคนหูหนวก และคนหูตึงเท่านั้น เพราะกลุ่มคนเหล่านี้ถือได้ว่าเป็นกลุ่มคนที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย การสื่อสาร และการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ดังที่ สายทิพย์ ปิ่นเจริญ (2558, น. 1) อธิบายไว้ว่า ปัญหาของคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย คือ การสื่อสารกับบุคคลอื่น ซึ่งหากบุคคลที่สื่อสารกับคนพิการ ไม่มีความรู้ ความเข้าใจถึงปัญหาในการสื่อสารของคนพิการนั้น ก็เป็นไปได้ยากที่จะสามารถสื่อสารให้เข้าใจกันได้ คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย จึงเป็นกลุ่มคนพิการที่รับรู้และเข้าถึงสิทธิได้ยาก

ผู้วิจัยได้ทบทวนการศึกษาภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน ดังเช่นงานของประภัสสร สิริวิชัย (2545) ที่ได้ศึกษาเพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับชั้นมัธยมศึกษา ในกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 207 คน มีอายุระหว่าง 13-24 ปี แบ่งเป็นชาย 102 คน และหญิง 105 คน มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเป็นลักษณะการตอบด้วยตนเอง ผ่านล่ามภาษามือ ได้แก่ แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความภูมิใจในตนเอง และแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ผลการวิจัยพบว่า 1) ความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเท่ากับร้อยละ 43 และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 คือ ความภูมิใจในตนเองต่ำ และการไม่ได้รับการศึกษาของมารดา และมีข้อเสนอแนะว่า ในการดูแลนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินนั้น ควรมุ่งเน้นในการ

สนับสนุนและพัฒนาให้นักเรียนมีความภูมิใจในตนเองในด้านต่าง ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินได้ต่อไป

รวมทั้ง จตุรพร แสงกุล, และกนกวรรณ โมสิกันนท์ (2559, น. 281-282) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนพิการชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนโสตศึกษา จังหวัดสงขลา เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนพิการทางการได้ยินชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 125 คน พบความชุกของผู้มีภาวะซึมเศร้าทางคลินิก ร้อยละ 57.3 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น การมีพ่อหรือแม่เสียชีวิต และการมีปัญหาทางการเงิน จึงจำเป็นที่ผู้ปกครอง ครู และแพทย์ ควรให้ความสำคัญ ติดตามเด็กกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด เช่นเดียวกันกับข้อมูลล่าสุดจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (2560) ที่เปิดเผยว่า คนพิการส่วนมาก ร้อยละ 75 มีปัญหาสุขภาพจิตเรื่องที่ทำให้ทุกข์ใจมากที่สุดคือ ไปไหนมาไหนไม่สะดวก รองลงมาคือ รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระผู้อื่น

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์นายกสมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย เพื่อสอบถามถึงประเด็นปัญหาด้านภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน พบว่า ปัจจุบันสมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย ยังไม่มีข้อมูลด้านสาธารณสุขและสุขภาพเกี่ยวกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน ซึ่งหากมีการศึกษาดังกล่าวเกิดขึ้น จะส่งผลดีต่อองค์กร หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสำรวจสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางได้ยิน และเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุขสำหรับคนพิการทางการได้ยิน รวมทั้งเพื่อใช้วางแผนทางการดูแลช่วยเหลือและการป้องกันภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยินต่อไป

“สมาคมฯ ยังไม่มีข้อมูลด้านสาธารณสุขและสุขภาพของคนหูหนวก ซึ่งผมเห็นว่าควรมีอย่างยิ่ง เพราะสมาคมฯ เป็นองค์กรขนาดเล็ก บุคลากรเฉพาะทางก็ยังมี มีการบอกต่อ ๆ กันว่า คนนี้คิดสั้นอยากฆ่าตัวตาย แต่ไม่มีประเด็น “ซึมเศร้า” เลย ที่โรงเรียนก็ไม่มี Counselor ประจำโรงเรียนเหมือนอเมริกา ที่มีบุคลากรจบด้าน Counselor ป.ตรี มาทำงานประจำที่โรงเรียนสอนคนหูหนวก อย่างนี้ คนหูหนวกก็มีโอกาสสนทนาคู่กับ Counselor เพื่อระบาย และหาทางออกรวมกัน โดย Counselor ส่วนมากมักจะเป็นคนเก่ง และคนหูหนวก จบป.ตรี-โทด้านนี้เลย ที่โรงพยาบาลมีในไทย แต่หูหนวกตัวเองยังไม่รู้ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ผมเห็นว่า มีประโยชน์ สนับสนุนอย่างยิ่ง เราไม่รู้ว่า พวกหูหนวกคิดสั้น จะฆ่าตัวเองตาย เพราะทนกระแสไม่ได้ หรือ มีโรคซึมเศร้า กันแน่” (วิหุต บุญนาค, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 4 มิถุนายน 2564.)

จากประเด็นปัญหาและข้อมูลข้างต้น จึงนำมาสู่ความสนใจของผู้ที่วิจัยที่ต้องการศึกษาว่า ในปัจจุบันคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ หากมีแล้วปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลหรือมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าเหล่านั้น โดยจะใช้การสำรวจข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางการได้ยินทั่วประเทศ เพื่อตอบคำถามดังกล่าว และนำไปสู่แนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินต่อไป จึงนำมาสู่หัวข้อการวิจัยครั้งนี้ในชื่อ “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยิน”

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย
- 1.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย
- 1.2.3. เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย

1.3 สมมติฐานการวิจัย

1.3.1 สมมติฐานการวิจัยที่ 1 ปัจจัยด้านร่างกายของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตัวแปรอิสระ คือ ลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว สมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคประจำตัว

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

1.3.2 สมมติฐานการวิจัยที่ 2 ปัจจัยด้านจิตใจของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตัวแปรอิสระ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกพึงพอใจในการเรียน/ทำงาน การผ่อนคลายความเครียด ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ปมปัญหาในอดีต

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

1.3.3 สมมติฐานการวิจัยที่ 3 ปัจจัยด้านสังคมของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตัวแปรอิสระ คือ สถานการณ์โควิด-19 สถานการณ์การเมือง เศรษฐกิจ

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

1.3.4 สมมติฐานการวิจัยที่ 4 ปัจจัยด้านการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตัวแปรอิสระ คือ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การเข้าถึงสื่อ การเข้าถึงการให้คำปรึกษา การเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.4.1 ทำให้ทราบถึงสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย ซึ่งกลุ่มคนพิการทางการได้ยินสามารถตรวจสอบภาวะซึมเศร้าของตนเอง และสามารถนำไปปรับใช้เพื่อทดสอบกับบุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิดต่อไปได้ รวมทั้งยังสามารถไปขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

1.4.2 ทำให้ทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย สามารถนำข้อมูลไปออกแบบหรือรณรงค์ เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้

1.4.3 ทำให้ทราบแนวทางการแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย เป็นประโยชน์ต่อองค์กร หน่วยงาน หรือสถาบันต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการได้ยิน ที่จะเกิดเป็นความร่วมมือ การออกแบบหรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของคนพิการต่อไป

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาเพื่อสำรวจสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย และปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน เพื่อจะได้แนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้แบ่งขอบเขตการวิจัยเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.5.1 วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

(1) ขอบเขตด้านเนื้อหา

ดำเนินการวิจัยโดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการได้ยิน และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) เพื่อรวบรวมข้อมูลจากองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย และค้นหาแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทยต่อไป

(2) ขอบเขตด้านประชากร

ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการศึกษาด้านประชากร โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางการได้ยินที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เนื่องจากช่วงอายุดังกล่าวเป็นช่วงอายุที่สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ตอบคำถาม และเป็นช่วงอายุที่สามารถทำแบบทดสอบเพื่อวัดระดับภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ที่ผู้วิจัยใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ได้ โดยประชากรในการศึกษาในครั้งนี้ คือ คนพิการทางการได้ยิน จำนวน 394,259 คน ของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2564) และใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ในการคำนวณ ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ คนพิการทางการได้ยินทั้งสิ้น 310 คน

(3) ขอบเขตด้านพื้นที่และเวลา

การวิจัยครั้งนี้กำหนดกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางการได้ยินทั่วประเทศ แบ่งตามภูมิภาค กรุงเทพมหานคร ภาคกลางและภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคเหนือ โดยใช้การเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์จากกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลา 3 เดือน

1.5.2 วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

(1) ขอบเขตด้านเนื้อหา

ดำเนินการวิจัยโดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการได้ยิน และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) เพื่อรวบรวมข้อมูลจากองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย และค้นหาแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทยต่อไป

(2) ขอบเขตด้านประชากร

ดำเนินการวิจัยโดยศึกษาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการทางการได้ยิน คัดเลือกตัวแทนจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง องค์กรละ 1 คน โดยตัวแทนของแต่ละองค์กรนั้นจะต้องมีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการได้ยิน มากกว่า 5 ปี มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 8 คน ดังนี้

- | | |
|--|------------|
| (2.1) ผู้แทนสมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย | จำนวน 1 คน |
| (2.2) ผู้แทนสมาคมล่ามภาษามือแห่งประเทศไทย | จำนวน 1 คน |
| (2.3) ผู้แทนสำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ สสส. | จำนวน 1 คน |
| (2.4) ผู้แทนกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ | จำนวน 1 คน |
| (2.5) ผู้แทนสำนักการศึกษาพิเศษ กระทรวงศึกษาธิการ | จำนวน 1 คน |
| (2.6) ผู้แทนโรงเรียนโสตศึกษา | จำนวน 1 คน |
| (2.7) ผู้แทนประธานชมรมคนหูหนวกระดับจังหวัด | จำนวน 1 คน |
| (2.8) ผู้แทนวิทยาลัยราชสุตา มหาวิทยาลัยมหิดล | จำนวน 1 คน |

ดำเนินการวิจัยโดยศึกษาข้อมูลจากแพทย์ มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 2 คน ดังนี้

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| (2.9) แพทย์แผนปัจจุบัน | จำนวน 1 คน |
| (2.10) แพทย์แผนไทยหรือแพทย์ทางเลือก | จำนวน 1 คน |

1.6 นิยามศัพท์

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน มีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน โดยในการศึกษาคั้งนี้ ภาวะซึมเศร้า จะหมายถึง ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008) ซึ่งคนพิการทางการได้ยินที่ได้คะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป ถือว่า เป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

1.6.1 คนพิการทางการได้ยิน หมายถึง การศึกษาคั้งนี้คนพิการทางการได้ยิน จะหมายถึงคนหูหนวก และคนหูตึง เท่านั้น โดยอ้างอิงนิยามความหมายตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2552 ซึ่งมีการนิยามดังนี้

(1) หูหนวก หมายถึง บุคคลที่มีความบกพร่องในการได้ยิน จนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทาง การได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้นิดดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป

(2) หูตึง หมายถึง บุคคลที่มีความบกพร่องในการได้ยิน เมื่อตรวจวัดการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้นิดดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียงน้อยกว่า 90 เดซิเบลลงมาจนถึง 40 เดซิเบล

1.6.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน โดยในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ประการ คือ

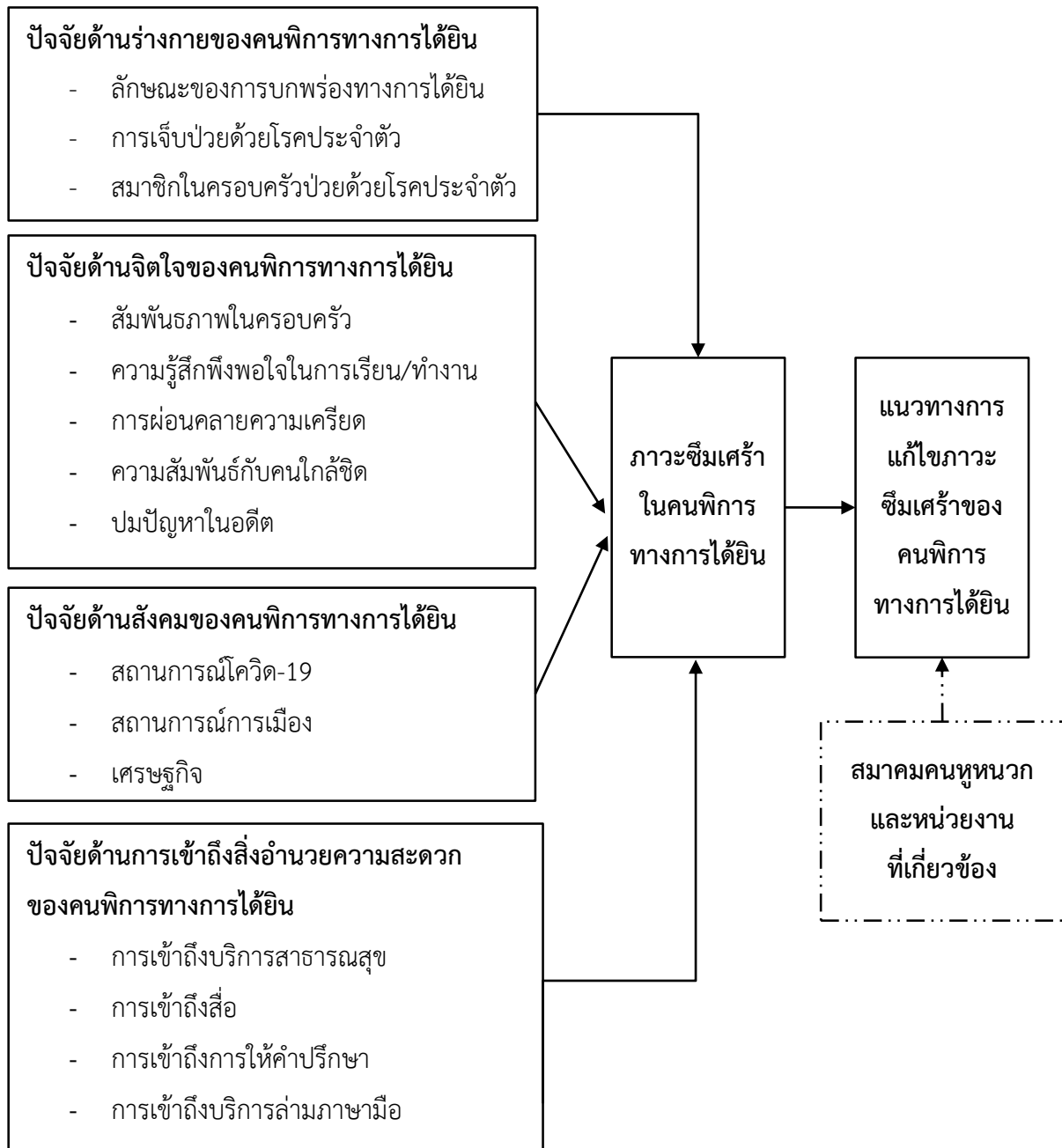
(1) ปัจจัยด้านร่างกายของคนพิการทางการได้ยิน ได้แก่ ลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว สมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคประจำตัว

(2) ปัจจัยด้านจิตใจของคนพิการทางการได้ยิน ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกพึงพอใจในการเรียน/ทำงาน การผ่อนคลายความเครียด ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ปมปัญหาในอดีต

(3) ปัจจัยด้านสังคมของคนพิการทางการได้ยิน ได้แก่ สถานการณ์โควิด-19 สถานการณ์การเมือง เศรษฐกิจ

(4) ปัจจัยด้านการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกของคนพิการทางการได้ยิน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การเข้าถึงสื่อ การเข้าถึงการให้คำปรึกษา การเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ

1.7 กรอบการวิจัย



ภาพที่ 1.2 กรอบการวิจัย

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษางานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยิน ผู้วิจัย ได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นหลักเกณฑ์และกรอบในการศึกษา ดังนี้

- 2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคนหูหนวก
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1.1 นิยามความหมายของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า มีผู้ให้นิยามความหมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

Beck (1973) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งภาวะนี้เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน แบ่งเป็นระดับปกติ คือมีอาการเศร้า เสียใจเล็กน้อย ไปจนถึงระดับรุนแรง เช่น มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ หมดหวัง เชื่องซึม รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า จนถึงการทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่ง ส่งผลให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น มีความรู้สึกไม่สบายใจ เศร้า ท้อแท้ไม่อยากทำอะไร มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมาก จะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต จนถึงขั้นคิดฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมองหดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้ายมีความรู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนิตตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่เป็นระยะเวลาานาน และเกี่ยวพันกับการสูญเสีย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2538, น. 11)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้นิยามของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งเกิดขึ้นได้กับทุกคน ถือเป็นปัญหาสุขภาพอย่างหนึ่ง ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่อารมณ์เบื่อสิ้นหวัง ท้อแท้ หดหู่ เศร้า เหนงาแบบทั่วไป อาการที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า คือ มีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวังอย่างรุนแรง โดยเกิดขึ้นเกือบตลอดทั้งวันติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ โดยมีอาการร่วมกับความเบื่อหน่าย หมดความสนใจในการทำงาน หรือกิจกรรมที่เคยชอบทำ หากไม่ได้รับการบำบัดอย่างถูกต้อง จะเป็นปัญหาในระยะยาว ต้องทำการรักษาแบบเข้มข้น เพราะหากอาการซึมเศร้ารุนแรง อาจจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายได้ โดยมีแนวโน้มที่จะจบชีวิตตัวเองมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า (WHO, 2017)

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติทาง อารมณ์ ร่วมไปกับความรู้สึกท้อแท้ หดหวัง สิ้นหวัง การเคลื่อนไหวช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย

วิไลวรรณ ทองเจริญ (2554) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่ง ซึ่งจะ ทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ท้อแท้ ซบอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมาก จะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดฆ่าตัวตาย

จากการนิยามความหมายของภาวะซึมเศร้านั้น จะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้านั้นมีความเกี่ยวข้องกับ ภาวะทางอารมณ์ และจิตใจ ถือเป็นอาการผิดปกติที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตที่จะแสดงออกผ่านทางร่างกาย อารมณ์ที่ทำให้จิตใจเศร้าหมอง การลดคุณค่าในตัวเอง และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งสู่การฆ่าตัวตายได้ โดยภาวะ ที่เกิดขึ้นนั้นบางคนอาจไม่ทราบว่าตนเองกำลังประสบปัญหาเหล่านี้อยู่ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อสำรวจ ภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นได้กับคนทุกกลุ่ม

2.1.2 ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า

สมภพ เรื่องตระกูล (2543) ได้อธิบายลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

(1) อารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญของภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกที่แสดงถึงอารมณ์เศร้า มีหลาย อย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน เศร้าหมอง เป็นต้น

(2) อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย อารมณ์นี้เป็นอาการสำคัญ พบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ผู้ป่วยจะรู้สึก ถึงการเปลี่ยนแปลง แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว

(3) รู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ กิจกรรม ประจำวันที่เคยทำก็ไม่อยากทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยชอบก็รู้สึกเบื่อและไม่สนใจดังเช่นเคย ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยความรู้สึกทางเพศจะลดลงหรือไม่มีเลย

(4) อาการเบื่ออาหาร มักเบื่ออาหารตั้งแต่เริ่มไม่สบาย การรู้สึกจะเปลี่ยนไปด้วย จะไม่รู้สึกอยาก อาหาร แม้ตนจะเคยชอบ แต่มีบางรายรู้สึกอยากอาหารมากกว่าธรรมดา

(5) นอนไม่หลับ มักจะปรากฏเป็นอาการแรก อาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนมี อาการอื่นในระยะแรกอาจจะหลับยาก หลับไม่สนิท ฝันร้าย หรือตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้น มักจะเป็นอีก แบบหนึ่งเรียกว่า “นอนไม่หลับตอนปลาย” (terminal insomnia) ลักษณะดังกล่าว คือ เมื่อเข้านอนผู้ป่วยจะ หลับได้ตามปกติ แต่ตื่นตอนดึกแล้วหลับอีกไม่ได้ หรือหลับได้แต่ยากและมักจะหลับไม่สนิท จะเป็นเช่นนี้บ่อย หรือทุกคืน จนรู้สึกเหมือนมีนาฬิกาปลุกให้ตื่น ณ เวลานั้น และจะหงุดหงิดกระวนกระวายมากขึ้น

(6) อาการอ่อนเพลีย รู้สึกอ่อนเพลีย แม้ไม่ได้ออกกำลังกายและเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การพักผ่อน หรือหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกายก็ได้ เช่น แขนหรือขา ผู้ป่วยบางรายคิดว่าเป็น โรคหัวใจเพราะเหนื่อยง่าย ทำให้เกิดความกังวลและถ้ามีอาการใจสั่น หรือเจ็บหน้าอกด้วยจะมีความกังวลมาก

(7) ความคิดเชิงซ้ำ ตั้งแต่เริ่มไม่สบายจะมีความคิดการเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดจา เชื่องช้า แรก ๆ จะสังเกตว่าผู้ป่วยเจ็บและซีमितลง ความสนใจต่าง ๆ ลดลง ขณะเดียวกันจะเพิ่มความสนใจตนเอง โดยเฉพาะจะกังวลเกือบตลอดเวลาต่ออาการต่าง ๆ จะไม่กระตือรือร้นในชีวิต ไม่ร่าเริง แจ่มใสเหมือนเช่นเคย ผู้ป่วยเองก็รู้สึก ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ และเกิดความกังวลใจมาก เพราะไม่ทราบสาเหตุ และพยายามฟื้นตัวเอง

(8) สมาธิเสีย ความจำไม่ดีและลึ่มง่ายเป็นอาการสำคัญ โดยจะปรากฏตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 มีอาการนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าพูดอะไรไปแล้วนึกไม่ออก อ่านหนังสือ แล้วจำไม่ได้หรือทำสมาธิปกติไม่ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลมาก เพราะทำงานไม่ได้ดี หรือทำไม่ได้และเกิดข้อผิดพลาด

(9) ความรู้สึกที่ตัวเองไร้ค่า รู้สึกว่าตัวเองไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถ สติ ปัญญา หรือเกียรติยศชื่อเสียง ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยคิดอยากตายและฆ่าตัวตายได้ เพราะผู้ป่วยมองตัวเองในด้านไม่ดีและไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา

(10) ความรู้สึกมีความผิด ผู้ป่วยที่เศร้ามากมักจะรู้สึกมีความผิดและตำหนิตัวเอง โดยที่ไม่มีความผิดแต่อย่างใด หรือถ้ามีก็เป็นเรื่องไม่สำคัญ ไม่น่าจะตำหนิมากเช่นนี้ ยิ่งเศร้ามาก ความรู้สึกมีความผิดยิ่งมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนได้ทำความผิด ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ และคิดฆ่าตัวตาย

(11) ความคิดอยากตาย พบว่าอาการเศร้ามาก ๆ และความคิดอยากฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยเศร้ามาก ๆ อาการไม่สบายจะมีมาก และรู้สึกทรมาน เมื่อเป็นมากขึ้นถึงจุดที่ไม่อาจทนต่อไปได้ ผู้ป่วยจะหาทางหนีจากการทรมาน และความตายเป็นทางออกที่ผู้ป่วยส่วนมากนึกถึงเป็นครั้งแรก ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยเศร้ามาก ๆ คิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยบางรายจะไม่บอกว่ามีความคิดเช่นนี้ ถ้าแพทย์ไม่ถามจึงควรถือเป็นหลักว่าเมื่อพบผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้ามาก ๆ ต้องถามถึงอาการนี้ทุกราย

(12) มีความกลัวและวิตกกังวล เป็นอาการสำคัญที่พบบ่อย ความกลัวและวิตกกังวลจะวนเวียนอยู่ในความคิด เช่น กังวลว่าทำไมเป็นเช่นนั้นเช่นนี้ กลัวจะไม่หาย กลัวจะวิกลจริต กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง กลัวเมื่ออยู่คนเดียว หรือกลัวจะทำร้ายตนเอง ความกลัวและความคิดวิตกเหล่านี้ จะทำให้ใจไม่สงบ

(13) มีอาการไม่สบายทางกาย มักมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอ และเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืดเพื่อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก เป็นต้น ผู้ป่วยทุกราย จะกังวลกับอาการเหล่านี้มาก และคิดว่าเป็นโรคทางกาย เวลามาทพบแพทย์ไม่แสดงอารมณ์เศร้าเลย ลักษณะดังกล่าวพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป เรียกว่า Masked Depression หรือ ความรู้สึกเศร้าที่ถูกปิดบัง

2.1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

มีความพยายามศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับสาเหตุหรือปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น ทฤษฎีชีวเคมี ทฤษฎีทางพันธุศาสตร์ ทฤษฎีทางจิตสังคม ซึ่งจากการวิจัยต่าง ๆ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยหลายปัจจัยซึ่งต้องใช้หลายทฤษฎีร่วมกันอธิบาย และปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ยังต่างกันไปตามช่วงอายุ เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น จะมีเรื่องของการตระหนักคุณค่าในตัวเอง พื้นฐานการอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัว ลักษณะบุคลิกภาพ การยอมรับทางสังคม ความสามารถในการเผชิญ

ปัญหา และความคาดหวังของครอบครัวเป็นองค์ประกอบร่วมในการวิเคราะห์ (วิมลพรรณ ทองชาติ, 2548 อ้างถึงใน ระเบียบพรณ ลาภา, 2554, น. 33-35) อีกด้านหนึ่ง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดในวัยผู้ใหญ่ วัยทำงาน และผู้สูงอายุ จะเริ่มมีปัญหาลักษณะเข้ามาประกอบด้วย การศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยนี้จะศึกษาถึงปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา, 2548; ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2547 อ้างถึงใน ระเบียบพรณ ลาภา, 2554, น. 33-35)

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันทราบสาเหตุเพียงเล็กน้อย ซึ่งไม่ได้เป็นการบอกว่าสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งจะทำให้เครียดหรือซึมเศร้าแต่หลาย ๆ ปัจจัยประกอบกันทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Keck, 2014 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) แบ่งได้ 3 สาเหตุสำคัญ ได้แก่

(1) สาเหตุทางกาย (Physical cause) ผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีสารสื่อประสาทในสมองบางอย่างไม่สมดุลส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เศร้าได้ สารสื่อประสาทที่สำคัญคือ ซีโรโทนิน (Serotonin) และนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) พบว่า โดปามีน (Dopamine) ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะลดต่ำกว่าในบุคคลปกติ อีกสาเหตุหนึ่งคือ ด้านกรรมพันธุ์ซึ่งมีความเกี่ยวข้องสูงที่จะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้ป่วยซึมเศร้า มักพบว่าบุคคลในครอบครัวเดียวกันมีโอกาสเกิดภาวะนี้มากกว่าคนทั่วไปถึง 2.8 เท่า อาการซึมเศร้าจากสาเหตุนี้มีลักษณะเฉพาะตัวคือ มีอาการซึมเศร้าซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เกิดอาการเป็นพัก ๆ แต่จะไม่พบความแปรปรวนด้านบุคลิกภาพใด ๆ

ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากความเสียหายของสมองซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น โรคหลอดเลือดแดงแข็ง (Arteriosclerosis) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ซึ่งได้แก่ หลอดเลือดตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) และหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ภาวะบาดเจ็บทางสมอง (Traumatic Brain Injury) โรคเนื้องอกสมอง (Brain tumor) หรือโรคทางสมองที่มีอาการซึมเศร้าร่วมกับภาวะจิตเภทและลมชัก นอกจากนี้ความผิดปกติทางกายอื่น ๆ ก็อาจทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ เช่น ภาวะตับอักเสบ (Hepatitis) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคภูมิแพ้ตนเอง (SLE: Systemic Lupus Erythematosus) เป็นต้น รวมถึงผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิด เช่น ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) ยาโพรพรานอลอล (Propranolol) และยาเสพติดบางประเภทซึ่งมีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในบางคนได้ เป็นต้น

(2) สาเหตุด้านจิตใจ (Psychological cause) เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ผิดหวังในชีวิต ล้มเหลว ผิดพลาด มีความโกรธแค้นแล้วระบายออกไม่ได้จึงย้อนมากอดตันรู้สึกผิดในตนเอง มีความคิดลบ มีความคิดบิดเบือน ไม่มีใครช่วยเหลือได้ ไม่มีความหวังแล้ว เป็นต้น บุคคลบางคนมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้อื่น แม้ว่าลักษณะภายนอกจะเป็นมีบุคลิกภาพมั่นคง มีความทะเยอทะยาน มีความเชื่อตรงต่อหน้าที่ มีความประพฤติดี แต่บุคคลนั้นอาจมีสภาพจิตใจระดับลึกที่มีความลึกลับสันและขาดความมั่นใจ จึงมีแนวโน้มจะเกิดภาวะนี้ได้โดยผู้เกิดภาวะซึมเศร้านี้ต้องประสบกับภาวะเหตุการณ์รุนแรงบางอย่างในชีวิตที่

ตนเองไม่สามารถจัดการได้ ซึ่งอาจมีสาเหตุจากครอบครัวตึงเครียดสะท้อนใจอย่างมาก ถูกคาดหวังสูง ถูกบีบคั้นอย่างมาก การหย่าร้าง ความสูญเสีย เป็นต้น

(3) สาเหตุด้านสังคม (Social cause) ความกดดันจากสังคมหรือเศรษฐกิจเป็นเวลานานหรือการที่บุคคลไม่สามารถทำได้ตามการคาดหวังของสังคม หรือประคับประคองเศรษฐกิจของตนให้เสถียรได้

2.1.4 ชนิดและระดับของภาวะซึมเศร้า

ชนิดและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แบ่งได้ดังนี้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

(1) Grief เป็นภาวะซึมเศร้าที่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยอาการเศร้าที่เกิดขึ้นจะเหมาะสมกับสาเหตุหรือเหตุการณ์นั้น ๆ

(2) Reactive depression เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียที่เคยเกิดขึ้นมาแล้ว และเกิดซ้ำอีก ผู้ป่วยจะเศร้ามาก อาการเศร้าไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การรับรู้เบี่ยงเบน เริ่มมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย รู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจ และอาจคิดฆ่าตัวตาย

(3) Endogenous depression เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในจิตใจ อย่างไรก็ตามมีอาการเช่นเดียวกับ Reactive depression

(4) Psychotic depression เป็นภาวะซึมเศร้าที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย อาการไม่เหมาะสมกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ มีอาการเศร้า สูญเสียความภาคภูมิใจ การรับรู้ผิดปกติ บกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างมาก มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และคิดฆ่าตัวตาย

ระดับของภาวะซึมเศร้า (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544)

(1) Mild Depression ภาวะเศร้าเล็กน้อย โดยบางทีก็มีสาเหตุ และเหตุผลเพียงพอ แต่บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ เลย

(2) Moderate Depression ภาวะซึมเศร้าระดับนี้จะมีการแสดงออก เช่นเดียวกับอาการเศร้าใน Mild Depression แต่จะรุนแรงกว่าจนถึงขั้นที่กระทบกระเทือนต่อชีวิต ครอบครัว การงาน อย่างไรก็ตาม ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าระดับนี้ สามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันได้ และมักเป็นปฏิกิริยาตอบโต้ต่อภาวะการสูญเสีย และเหตุการณ์คับขัน ผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้านี้ จะรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ เจ็บปวดรวดร้าวในจิตใจ การพูดจาเป็นไปอย่างลำบาก ความคิดเชิงข้อ่า บางครั้งมีความวิตกกังวล ซึ่งแสดงออกโดยการย้ำคิดย้ำทำ

(3) Severe Depression คือมีความเศร้านาน และลึกซึ้ง โดยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างชัดเจน บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้ จะมีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง นอนไม่หลับ มีความวิตกกังวลสูง สาเหตุของความเศร้านี้มักมาจากภายในตัวบุคคลนั้น และไม่สามารถปฏิบัติภาระหน้าที่ของตนเองได้ อาจมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน รวมถึงอาจมีความคิดหรือพยายาม ฆ่าตัวตาย เนื่องจากประสาทหลอน

นอกจากนี้ Beck (1967) อธิบายว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามี ความแปรปรวนใน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม สามารถแบ่งเป็นความรุนแรงได้ 4 ระดับ คือ

- (1) ระดับปกติ (Normal range)
- (2) ระดับเล็กน้อย (Mild depression)
- (3) ระดับปานกลาง (Moderate depression)
- (4) ระดับรุนแรง (Severe depression)

จากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจะนำมาใช้ในการประกอบการศึกษา เพื่อค้นหาถึงมูลเหตุของภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดกับคนพิการทางการได้ยิน รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน และใช้เป็นกรอบในการตั้งสมมติฐานและสร้างเครื่องมือการวิจัย เพื่อค้นหาคำตอบในการศึกษาภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินต่อไป

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ

2.2.1 ความหมายเกี่ยวกับคนพิการ

Hammerman และ Maikowski (อ้างถึงใน รัชพงศ์ ชาลานูมาศ, 2563, น. 16) ได้อธิบายความหมายของคนพิการไว้ว่า บุคคลหนึ่งอาจจะมี ความบกพร่องได้โดยไม่พิการและพิการโดยไม่เกิดการเสียเปรียบก็ได้ หากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือมีสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ สิ่งเหล่านั้นสามารถเยียวยาความบกพร่องที่มีอยู่ได้ และจะไม่ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความเสียเปรียบในการดำรงชีวิต เช่น คนตาบอดทำงานที่ใช้สายตาไม่ได้ แต่สามารถใช้คอมพิวเตอร์ที่มีเสียงประกอบได้ สามารถเล่นดนตรี เป็นนักกีฬาได้ เป็นต้น

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of People with Disabilities – CRPD) กล่าวว่าคนพิการ หมายรวมถึงบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา หรือประสาทสัมผัสในระยะยาวซึ่งเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับอุปสรรคนานัปการจะกีดขวางการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่ และมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานที่เท่าเทียมกับบุคคลอื่น (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2552, น. 6)

ในประเทศไทยได้มีพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 โดยพระราชบัญญัติฉบับนี้มีกระบวนการร่างการเปลี่ยนแปลงพระราชบัญญัติจากพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ซึ่งได้รับการลงพระปรมาภิไธยและประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายคนพิการตามมาตรา 4 ในพระราชบัญญัตินี้ว่า “คนพิการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับ มีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่

จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด

2.2.2 ประเภทของความพิการ

ปัจจุบันกฎหมายในประเทศไทยมีการแบ่งประเภทของคนพิการ ตามประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ได้แบ่งประเภทความพิการออกเป็น 7 ประเภท คือ

(1) ความพิการทางการเห็น

ตาบอด หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัด การเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่าเมื่อใช้แว่นสายตารธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับต่ำกว่า 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีลานสายตาแคบกว่า 10 องศา

ตาเห็นเลือนราง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัด การเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่า เมื่อใช้แว่นสายตารธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับตั้งแต่ 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ไปจนถึงต่ำกว่า 6 ส่วน 18 เมตร (6/18) หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต (20/70) หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

(2) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน จนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทาง การได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป

หูตึง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน เมื่อตรวจวัดการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียงน้อยกว่า 90 เดซิเบลลงมาจนถึง 40 เดซิเบล

ความพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดหรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

(3) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่อง หรือ

การสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุ อัมพาต แขนขาอ่อนแรง แขนขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานของ มือ เท้า แขน ขา

ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่อง หรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

(4) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

การที่บุคคลมีข้อจำกัด ในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์หรือความคิด

(5) ความพิการทางสติปัญญา

การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ 18 ปี

(6) ความพิการทางการเรียนรู้

การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการอ่าน การเขียน การคิดคำนวณหรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา

(7) ความพิการทางออทิสติก

การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมองและความผิดปกติที่แสดงก่อนอายุสองปีครึ่ง ทั้งนี้ให้รวมถึงการวินิจฉัยกลุ่มออทิสติกสเปกตรัมอื่น ๆ เช่น แอสเพอเกอร์ (Asperger)

ในมุมมองของนักวิชาการสื่ออย่างสำนักงาน กสทช. ที่กำลังรณรงค์ให้ผู้พิการนั้นได้มีโอกาสรู้จักสิทธิและรู้เท่าทันสื่อ ได้มีความพยายามผลักดันให้ผลิตรายการที่มีเนื้อหาเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้จัดประเภทของผู้พิการไว้ด้วยเช่นกัน ได้แก่

(1) พิกัดทางด้าน การสื่อสารหรือการได้ยิน (Hearing and Deaf Disability)

คือ บุคคลที่มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจการทางสังคมเนื่องการมีความบกพร่องในการรับรู้ผ่านทางการได้ยิน (หูหนวก) ในระดับคลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ถ้าต่ำกว่านั้นทางการแพทย์จะเรียกว่า “หูตึง” ส่วนความพิการทางด้าน การสื่อสาร คือ ผู้ที่มีความบกพร่องในการสื่อความหมาย ผู้อื่นไม่สามารถเข้าใจได้ เช่น ไม่สามารถพูดหรือออกเสียงได้

(2) พิกัดทางด้านสติปัญญา (Cognitive or Learning Disability)

คือ บุคคลที่มีความสามารถในการพัฒนาด้านเชาว์ปัญญาช้ากว่าบุคคลทั่วไป โดยมากจะแสดงออกในช่วงอายุไม่เกิน 18 ปี

(3) พิกัดทางด้านบุคลิกภาพ และการเคลื่อนไหว (Mobility and Physical impairments)

คือ บุคคลที่มีข้อจำกัดในการร่วมกิจกรรมทางสังคม มีผลมาจากความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกายเช่น ศีรษะ ลำตัว ใบหน้า แขนขาอ่อนแรง หรือ มือวิญชะขาดหายไปเห็นได้อย่างชัดเจน

(4) พิกัดซ้ำซ้อน (Multiple Disabilities)

คือ บุคคลที่มีความพิการและความบกพร่องทางร่างกาย หรือเชาว์ปัญญา มากกว่าหนึ่งประเภท แบ่งได้หลายลักษณะ เช่น มีความผิดปกติด้านเชาว์ปัญญา และไม่สามารถขยับเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตัวเอง เป็นต้น

(5) พิกัดทางด้านสายตาและการมองเห็น (Vision Disability)

คือ บุคคลที่มีข้อจำกัดหรือ บกพร่องในด้านการมองเห็นในชีวิตประจำวัน แบ่งความผิดปกติได้จากการตรวจวัดสายตา โดยจะพบความผิดปกติหลายระดับ ตั้งแต่มองเห็นได้ราง ๆ จนกระทั่งบอดสนิท

(6) พิกัดทางด้านพฤติกรรม หรือสภาพจิตใจ (Psychological Disorders)

คือ บุคคลที่มีลักษณะบกพร่องหรือมีความผิดปกติในสมอง ซึ่งส่งผลต่อ การรับรู้ อารมณ์ ความคิด หรือ จิตใจ เป็นต้น

เนื่องจากการวิจัยเรื่องนี้เป็นการวิจัยเกี่ยวกับผู้พิการ ดังนั้นจึงต้องใช้แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการมาใช้ประกอบการศึกษา เพื่อให้เข้าใจถึงลักษณะทั่วไปของผู้พิการ รวมถึงได้เห็นความแตกต่างของผู้พิการในแต่ละประเภท เพื่อจะได้เข้าใจลักษณะความเป็นไปและข้อจำกัดที่แตกต่างกันของผู้พิการในแต่ละประเภทมากขึ้น รวมถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้วย ซึ่งความพิการที่มีหลายประเภทยิ่ง จะเห็นว่าบางประเภทก็ไม่ได้มีอุปสรรคในการรับสารและสื่อสาร แต่ทั้งหมดนั้นผู้พิการทุกคนก็มีสิทธิเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและมีพื้นที่ในสื่อตามหลักการของรัฐธรรมนูญและหลักปรัชญาสากล

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคนหูหนวก

คนหูหนวกหรือคนพิการทางการได้ยิน เป็นคนที่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างคนปกติเพราะไม่สามารถฟังและพูดได้ อย่างไรก็ตามสังคมอาจจะมองว่าคนหูหนวกยังมีโอกาสที่ดีกว่าคนพิการประเภทอื่น ๆ เพราะคนหูหนวกยังมีอวัยวะครบถ้วน ยังมองเห็นได้ สามารถช่วยเหลือตัวเองและใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วคนหูหนวกเองก็มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตมากมาย ทำให้ประสบปัญหาไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างคนปกติ เนื่องจากคนหูหนวกไม่ได้ยิน พูดไม่ได้ ไม่เข้าใจความหมาย มีอุปสรรคในการสื่อสาร ทำให้ไม่สามารถสื่อความหมายในสิ่งที่ตนเองจะสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้

2.3.1 ความหมายของคนหูหนวก

ผดุง อารยะวิญญู (2542, น. 21) ให้ความหมายของผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือคนหูหนวกว่า เป็นผู้สูญเสียการได้ยิน 90 เดซิเบลขึ้นไป วัดด้วยเสียงบริสุทธิ์ ณ ความถี่ 100 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ตีกว่าแล้วไม่สามารถใช้การได้ยินให้เป็นประโยชน์เต็มประสิทธิภาพในการฟัง อาจเป็นผู้สูญเสียการได้ยินมาแต่กำเนิด หรือสูญเสียการได้ยินในภายหลังก็ตาม ผู้ที่หูตึง หมายถึง ผู้ที่สูญเสียการได้ยิน 26-89 เดซิเบล วัดด้วยเสียงบริสุทธิ์ ณ ความถี่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ เป็นการสูญเสียการได้ยินเล็กน้อยถึงรุนแรงจำกัดความตามที่ระบุในคู่มือการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการที่ออกตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 หมายถึง ความผิดปกติหรือความบกพร่องทางการได้ยิน 2 ลักษณะ ดังนี้

หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทางกรได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินตีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป

หูตึง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน เมื่อตรวจวัดการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินตีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียงน้อยกว่า 90 เดซิเบลลงมาจนถึง 40 เดซิเบล

ส่วนความพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดหรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

โดยปกติแล้วระดับการได้ยินของคนปกติจะอยู่ที่ระหว่าง -10 จนถึง 25 เดซิเบล ซึ่งผู้ที่มีระดับการได้ยินสูงกวานี้ ถือว่ามีความผิดปกติของระดับการได้ยิน โดยแบ่งเป็นระดับต่าง ๆ ดังนี้ (วิชญ์ บรรณศิริญ, 2556)

ตารางที่ 2.1 แสดงระดับการได้ยิน

ระดับการได้ยิน (เดซิเบล)	ความผิดปกติ
-10 ถึง 25	การได้ยินปกติ
26 ถึง 40	หูตึงเล็กน้อย
41 ถึง 55	หูตึงปานกลาง
56 ถึง 70	หูตึงมาก
70 ถึง 90	หูตึงอย่างรุนแรง
มากกว่า 90	หูหนวก

ที่มา: วิชญ์ บรรณศิริ (2556)

ลักษณะของผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน โดยทั่วไปสามารถสังเกตได้ในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้ (เกยูร วงศ์ก้อม, 2548, น. 8)

(1) บุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยินอาจจะมีปัญหาในการพูดคือ พูดได้น้อย หรือพูดไม่ชัด ต้องใช้ภาษาท่าทางหรือภาษามือ ทั้งนี้ขึ้นกับระยะเวลาที่สูญเสียการได้ยิน

(2) บุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยินอาจจะมีปัญหาในการใช้ภาษา กล่าวคือ ใช้ภาษาค่อนข้าง จำกัด และไม่ถูกหลักไวยากรณ์ รู้คำศัพท์ต่าง ๆ ในวงจำกัด ไม่สามารถนำศัพท์ไปใช้ในประโยคที่หลากหลาย ตามแต่ละสถานการณ์ได้ อาจใช้คำสลับที่กัน หรือการเขียนที่บกพร่อง

(3) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมักมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากความบกพร่องทางการฟัง ทำให้มีทักษะทางภาษาจำกัด และวิธีการสอน การวัดผลของครู ไม่เหมาะสม

(4) การปรับตัว ผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีปัญหาในการปรับตัว เนื่องจากไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ เกิดความคับข้องใจ และส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมา

(5) ลักษณะอื่น ๆ ได้แก่ เวลาฟังมักจะมองปากหรือจ้องหน้าผู้พูด เสียงพูดแปลก อาจต่ำหรือสูงกว่าปกติ ไม่มีปฏิกิริยาต่อเสียงดัง เช่น เสียงดนตรี เสียงแตรรถยนต์ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาถึงประเภทของการสูญเสียการได้ยิน โดยคิดถึงตำแหน่งที่เกิดความผิดปกติของกลไกการได้ยินอาจจำแนกได้เป็น 5 ประเภท (ไววุฒิ วุฒิอรุทธสาร, 2549, น. 20-21) ดังนี้

(1) การนำเสียงเสีย (Conductive Hearing Loss) เป็นการสูญเสียการได้ยินที่มีสาเหตุจากความผิดปกติที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของหูชั้นนอกและหูชั้นกลาง ซึ่งเป็นส่วนของการนำเสียง เช่น แก้วหูทะลุ หูน้ำหนวก กระจกหูสามชั้นเคลื่อนไหวไม่ได้ เป็นต้น การสูญเสียการได้ยินแบบนี้พอจะรักษาได้ด้วยยา หรือการผ่าตัด และการรับฟังเสียงก็มักเสียไม่มากนัก คือ ไม่เกิน 60 เดซิเบล

(2) ประสาทหูเสีย (Sensorineural Hearing Loss) เกิดจากความผิดปกติที่หูชั้นในหรือประสาทหู เช่น ประสาทหูเสียจากการแพ้ยาหรือจากเสียงระเบิด เสียงอึกทึก เป็นต้น นอกจากนี้ที่พบบ่อยได้แก่ กรรมพันธุ์ และมารดาที่มีความผิดปกติขณะตั้งครรภ์หรือระหว่างคลอด ทำให้ประสาทหูเสียตั้งแต่กำเนิด การถูกทำร้ายร่างกายและอุบัติเหตุทำให้บาดเจ็บบริเวณหู ตันคอ หรือศีรษะอย่างรุนแรง ก็อาจทำให้ประสาทหูเสียได้เช่นกัน การมีเนื้องอกที่ประสาทหู และความเสื่อมตามสังขารก็เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้มีการสูญเสียการได้ยินประเภทนี้

(3) ผสม (Mixed Hearing Loss) การสูญเสียการได้ยินประเภทนี้ เกิดจากการที่หูชั้นนอกหรือหูชั้นกลางมีความผิดปกติกับหูชั้นในหรือประสาทหู เช่น การเป็นโรคหูน้ำหนวกเรื้อรัง บางรายเกิดจากแก้วหูฉีกเพราะเสียงระเบิด กระจกภายในหูชั้นกลางเคลื่อนที่ เป็นต้น

(4) การแปลเสียงเสีย (Central Hearing Loss) เกิดจากการที่สมองซึ่งทำหน้าที่รับและแปลความหมายของเสียงเสีย ซึ่งอาจเกิดจากเนื้องอกในสมอง สมองอักเสบ เส้นเลือดในสมองแตก ทำให้ศูนย์กลางการรับเสียงใช้การไม่ได้ จึงทำให้ไม่เข้าใจความหมายของเสียง ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด แต่การสูญเสียการได้ยินประเภทนี้อาจดีขึ้นหรือไม่ดีขึ้นก็ได้

(5) จิตใจผิดปกติ (Functional or Psychological Hearing Loss) ความผิดปกติอันเกิดจากจิตใจ อารมณ์ ทำให้ไม่มีการตอบสนองต่อเสียง แสดงอาการเหมือนคนหูหนวก หูตึง ทั้ง ๆ ที่กลไกการได้ยินปกติ จึงต้องให้จิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาปรึกษา

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับคนหูหนวกมาเพื่อทำความเข้าใจความหมาย ลักษณะอาการของคนพิการทางการได้ยิน เพราะในการศึกษาครั้งนี้จำเป็นต้องทำความเข้าใจธรรมชาติของคนพิการทางการได้ยิน และสำคัญอย่างยิ่งการศึกษาครั้งนี้ จะศึกษาคนพิการทางการได้ยิน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มคนหูหนวก และคนหูตึงเท่านั้น

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าของกลุ่มคนทั่วไป และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มคนพิการ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาและนำข้อมูลมาสร้างแบบสอบถามหรือเครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อให้ทราบผลการศึกษาและข้อสรุปในการศึกษาภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยิน โดยพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ศลักษณา กิติทัศน์ เสรณี, สุภาณี สนธิรัตน์ และทิพย์วัลย์ สุรินยา (2552) ได้ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดากับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 4” โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา และความสัมพันธ์กับเพื่อน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น บิดามารดาและผู้เกี่ยวข้องควรเห็นถึงความสำคัญในการปรับปรุงรูปแบบการเลี้ยงดูที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

สุทธานันท์ ชุนแจ่ม, โสภิตา แสงอ่อน และทัศนาว ทวีคุณ (2554) ได้ศึกษาเรื่อง “การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย” พบว่า มีงานวิจัยทั้งหมด 183 เรื่อง เป็นการวิจัยเชิงปริมาณจำนวน 177 เรื่อง การวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 5 เรื่อง และการวิจัยผสมผสานจำนวน 1 เรื่อง โดยมี 2 ประเด็นหลักคือ 1) คุณลักษณะของงานวิจัย พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับมหาบัณฑิต ตีพิมพ์มากที่สุดคือ ปี พ.ศ. 2547-2550 โดยส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีทางจิตสังคม และ 2) รายละเอียดผลการวิจัยวิเคราะห์ ตามการวิจัยเชิงปริมาณแบบไม่ทดลองจำนวน 120 เรื่อง และแบบทดลอง/แบบกึ่งทดลองจำนวน 57 เรื่อง พบว่า การวิจัยแบบไม่ทดลองเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าจำนวน 40 เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายภาวะซึมเศร้าจำนวน 58 เรื่อง และการพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าจำนวน 15 เรื่อง ส่วนการวิจัยแบบทดลอง/แบบกึ่งทดลอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลของการบำบัดทางด้านจิตสังคมที่มีหลากหลายรูปแบบ โดยงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่างานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยทางกายเป็นส่วนใหญ่ จึงควรสนับสนุนให้มีการศึกษาในผู้ป่วยทางจิตหรือในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น กลุ่มผู้ดูแล กลุ่มคนทำงาน ให้เพิ่มมากขึ้นและสนับสนุนให้มีการวิจัยในด้านการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูให้มากขึ้น

บุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม” ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ

สัมพันธ์ภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 31.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($R^2 = .319$, $p < .001$)

นฤมล สมรรคเสวี และโสภณ แสงอ่อน (2558) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล” โดยเก็บข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาลจากสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 812 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.19 โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 24.5 รองลงมาคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 4 โดยพบร้อยละ 9.8 ร้อยละ 8.9 และร้อยละ 5.5 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ($r_s = -.144$, $p < .001$) บรรยากาศในครอบครัว ($r_s = -.157$, $p < .001$) และความแข็งแกร่งในชีวิต ($r_s = -.478$, $p < .001$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ($r_s = .177$, $p < .001$) และความวิตกกังวล ($r_s = .769$, $p < .001$) ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 5.005$, $p < .05$) โดยงานวิจัยครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต ลดความวิตกกังวล และพัฒนาความสัมพันธ์ในครอบครัวให้นักศึกษาพยาบาล รวมทั้งควรกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และมีการสนับสนุนทุนการศึกษาให้นักศึกษาพยาบาลที่ขาดแคลน เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และสุชาติ พันธุ์ลาภ (2559) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนชานเมืองกรุงเทพมหานคร” พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนชานเมืองกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ 1) การมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า 2) ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางที่ -0.567 และ -0.454 ตามลำดับ

จตุรพร แสงกุล และกนกวรรณ โมสิกันนท์ (2559) ศึกษาเรื่อง “ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนพิการทางการได้ยินชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนโสตศึกษา จังหวัดสงขลา” โดยผลการศึกษาพบว่า นักเรียนเข้าร่วมการศึกษา 111 คน จากนักเรียนทั้งหมด 125 คน (ร้อยละ 88.8) อายุ 17.2 ± 2.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.8) และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 66.7) พบความชุกของผู้มีภาวะซึมเศร้าทางคลินิก (CDI มากกว่า 15) ร้อยละ 57.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น การมีพ่อหรือแม่เสียชีวิต และการมีปัญหาทางการเงิน จึงจำเป็นที่ผู้ปกครอง ครู และแพทย์ ควรให้ความสำคัญ ติดตามเด็กกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิดต่อไป

มาติกา รัตน์ะ (2559) ศึกษาเรื่อง “ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา” โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 210 คน ในเขตอำเภอพระนครศรีอยุธยา โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 24.8 แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 13.8 ภาวะซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 8.6 และภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = .05) คือ เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ปัญหาการนอนหลับ ความขัดแย้งในครอบครัว และปัญหาครอบครัว ดังนั้น ควรส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิง มีสถานภาพหม้าย หย่า แยก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนอาชีพช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีพ

ถิรนนท์ ผิวผา (2560) ศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย” โดยผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในกลุ่มทดลอง (M = 9.16, SD = 3.71) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (M = 22.46, SD = 1.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 19.65, p < .001) 2) ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต (1D = 13.30) มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ (2D = .03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 19.50, p < .001)

โสภณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นินทจันทร์ และจุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว (2561) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง โดยผลการศึกษา พบว่า 1) วัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 27.1 2) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (rs = .342, p < .01) และความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (rs = -.229, p < .01; rs = -.112, p < .05; rs = -.142, p < .05, ตามลำดับ) และ 3) ความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสได้ร้อยละ 16 (F = 37.514, df = 2,396, p < .001) โดยปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุดคือ ความเครียด ($\beta = .33$, p < .001) รองลงมาคือ ความแข็งแกร่งในชีวิต ($\beta = -.158$, p = .001)

สัตยา ประกอบชัย (2561) ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ” โดยผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยความสุขในระดับมาก ($M = 4.67$, $SD. = .59$) สัมพันธภาพครอบครัวในระดับดี ($M = 48.63$, $SD. = 7.17$) การเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูง ($M = 3.30$, $SD. = .44$) และค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 10.80 ($SD. = 8.59$) และพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสุข ($r = .09$, $p > .05$) สัมพันธภาพครอบครัวและการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสุข ($r = .38$, $p < .001$, $r = 0.66$, $p < .001$) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความสุข ($r = -.60$, $p < .001$)

มาลินี อยู่ใจเย็น, สุทธานันท์ กัลลกะ, ศศิวิมล บุรณะเรข, และไขนภา แก้วจันทร์ (2561) ได้ศึกษาเรื่อง “การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง” มีกลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่อาศัยในชุมชน จำนวน 274 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยง ต่อภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 26.65 ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.75 และระดับรุนแรง ร้อยละ 1.45 และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด การมีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว การผ่อนคลายความเครียด การไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ปราลีณา ทองศรี, อารยา เชียงของ และธนยศ สุมาลย์โรจน์ (2561) ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในข้าราชการตำรวจจราจรเขตนครบาล” พบว่า ร้อยละ 39.2 ของกลุ่มตัวอย่างเข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้า สำหรับแบบจำลองสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี โดยปัจจัยต่าง ๆ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 22 นอกจากนี้พบว่าภาวะซึมเศร้าได้รับอิทธิพลโดยตรงจากการรับรู้ความไม่สมดุลของการทุ่มเทและการตอบแทนในงาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .12 ส่วนตัวแปรที่เหลือในแบบจำลองมีอิทธิพลโดยตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะซึมเศร้าด้วย โดยเรียงตามขนาดอิทธิพลจากมากไปน้อยได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว พื้นอารมณ์ทางบวก และการสนับสนุนในองค์กร ตามลำดับ

อมรรัตน์ ตันติพิทยพงษ์ (2562) ศึกษาเรื่อง “การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต” โดยศึกษาถึงปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญได้แก่ ภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากกลุ่มงานอาชีพเวชกรรมข้อมูลจากแบบประเมินสุขภาพจิต 2Q, 9Q และข้อมูลประเมินระดับและสาเหตุของความเครียด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความเครียดและภาวะความซึมเศร้า ซึ่งผลการศึกษา พบว่า เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.3 โดยส่วนใหญ่มีระดับของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 10.9) การประเมินภาวะความเครียดพบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 72.6 ด้านที่พบระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ ด้านประโยชน์และค่าตอบแทน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ

ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สถานภาพสมรส การไม่มีโรคประจำตัว อาการภูมิแพ้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะโรคไต

วรินทร์พย์ สว่างศรี และคณะ (2564) ศึกษาเรื่อง “ความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด-19 เขตกรุงเทพมหานคร” โดยใช้ข้อมูลจากโครงการการดูแลจิตใจทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 898 คน ใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ด้วยแบบประเมินการรับรู้ความเครียด ประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) และแบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการรับรู้ความเครียดในผู้ป่วยโรคโควิด-19 พบได้ร้อยละ 30.8 แบ่งเป็นการรับรู้ความเครียดจากปัจจัยด้านโรคโควิด-19 ด้านชุมชนและสังคม และด้านครอบครัว ร้อยละ 59.6, 38.6 และ 27.8 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ และสถานการณ์รักษาแบบผู้ป่วย ในส่วนความชุกของภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วยโรคโควิด-19 เท่ากับร้อยละ 16.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ และมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดมากกว่า 2 ด้านขึ้นไป โดยสรุปนั้นพบว่า การรับรู้ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ค่อนข้างสูง โดยสัมพันธ์กับเพศ นอกจากนี้ การรับรู้ความเครียดสัมพันธ์กับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ส่วนภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดมากกว่า 2 ด้านขึ้นไป อย่างไรก็ตาม หากนำไปใช้ในบริบทอื่นที่แตกต่าง ควรคำนึงถึงข้อจำกัดจากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

โชติกา หาญมนตรี และคณะ (2564) ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของครอบครัวนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19” พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 27.3 อายุ ความเครียด ความวิตกกังวลและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันอธิบายภาวะซึมเศร้าของครอบครัวนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ร้อยละ 79 ($R^2 = .789$, $F = 82.384$, $p = .000$) โดยพบว่า ความวิตกกังวล ($\beta = .597$, $p = .000$) และความเครียด ($\beta = .271$, $p = .005$) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น บุคลากรทางการศึกษาควรให้ความสนใจในการดูแลและจัดกิจกรรมส่งเสริม ภาวะสุขภาพจิตแก่นักศึกษาและครอบครัวให้เข้มแข็งเพื่อลดภาวะซึมเศร้า

มินตรา สารระรักษ์, ญณา จันทร์ทรง และสุพรรณษา ชูตระกูลกิจ (2565) ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี” พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20 โดยมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยมาก ร้อยละ 15.2 ระดับน้อย ร้อยละ 3.2 และระดับปานกลาง ร้อยละ 1.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน ระยะเวลาที่ป่วย ความพิการทางร่างกาย ความกังวลต่อโรคที่เป็นอยู่ ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด และความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต

นอกจากนี้การศึกษาในต่างประเทศของ Sinanović, Brkić, Salihović, Junuzović, และ Mrkonjić (2004) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “Anxiety and depression in deaf and hard-of-hearing adults” โดยผลการวิจัยพบว่า คนหูหนวกและมีปัญหาทางการได้ยินมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระดับหนึ่ง โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสถานภาพการสมรส ความเครียดในชีวิตสมรส และปัญหาการสื่อสาร คนหูหนวกที่แต่งงานแล้วมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าคนโสด เมื่อกำหนดความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับระดับความวิตกกังวลและปัญหาการสื่อสารระหว่างคนที่แต่งงานแล้วกับคนหูหนวกที่เป็นโสด พบว่า ผู้หญิงมีระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ชาย เพื่อป้องกันปัญหาทางจิตใจในคนหูหนวก จำเป็นต้องใส่ใจกับปัญหาด้านการสื่อสารซึ่งเป็นเงื่อนไขของการบูรณาการทางสังคมอย่างเพียงพอ

Fellinger, Holzinger และ Pollard (2012) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “Mental health of deaf people” พบว่า อาการหูหนวกเป็นภาวะที่มีผลอย่างมากต่อพัฒนาการทางสังคม อารมณ์ และความรู้ความเข้าใจ มีรายงานปัญหาสุขภาพในคนหูหนวก หลายคนถือว่าตนเองเป็นสมาชิกชนกลุ่มน้อยทางวัฒนธรรมที่ใช้เครื่องหมาย ภาษาในการสื่อสารบกพร่อง ในการศึกษาวิจัยพยายามอธิบายความคลาดเคลื่อนระหว่างภาวะที่สูงของความผิดปกติทางสุขภาพจิตทั่วไปและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ ประมาณ 1 ใน 4 ของคนหูหนวกมีความพิการเพิ่มขึ้นและมีโอกาสสูงที่ความต้องการสุขภาพจิตที่ซับซ้อน การวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของเด็กหูหนวกแสดงให้เห็นว่า การเข้าถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนร่วมงานเป็นสิ่งที่ยังปรารถนา การเข้าถึงสุขภาพและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น การดูแลสุขภาพทำได้โดยการให้บริการผู้เชี่ยวชาญกับคนหูหนวกโดยมีล่ามภาษามือที่ผ่านการฝึกอบรมเพื่อการสื่อสารได้โดยตรงกับคนหูหนวก

เช่นเดียวกับ Li, Zhang, Hoffman, Cotch, Themann, และ Wilson (2012) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “Hearing Impairment Associated With Depression in US Adults, National Health and Nutrition Examination Survey 2005–2010” มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ที่สูญเสียการได้ยินของชาวอเมริกัน กลุ่มผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย 9 ข้อ (PHQ-9) และความบกพร่องทางการได้ยิน (Hearing Impairment: HI) ผลการศึกษาพบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (คะแนน PHQ-9, ≥ 10) คือ ร้อยละ 4.9 สำหรับบุคคลที่รายงานการได้ยินที่ดีเยี่ยม ร้อยละ 7.1 สำหรับผู้ที่มีการได้ยินที่ดี และร้อยละ 11.4 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่รายงานปัญหาการได้ยินเล็กน้อยหรือสูงกว่า HI หลังจากปรับค่า covariates ทั้งหมดแล้ว multivariate odds ratio (OR) สำหรับภาวะซึมเศร้าคือ 1.4 (ร้อยละ 95, CI 1.1–1.8) สำหรับการได้ยินที่ดี 1.7 (1.3–2.2) สำหรับปัญหาเล็กน้อย 2.4 (1.7–3.2) สำหรับปัญหาปานกลาง 1.5 (0.9–2.6) สำหรับปัญหาจำนวนมาก และ 0.6 (0.1–2.6) สำหรับคนหูหนวก HI ระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าในสตรีสูงอายุ (OR, 3.9; 95 % CI, 1.3– 11.3) หลังจากปรับอายุ เพศ เชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ ลักษณะการใช้ชีวิต และภาวะสุขภาพที่เลือก หลังจากพิจารณาภาวะสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ รวมทั้งปัญหาในการมองเห็น HI ที่รายงานด้วยตนเองและ HI ที่ตรวจวัดโดยทางเสียงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมี

นัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรี ซึ่งผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพควรตระหนักถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นสำหรับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ที่สูญเสียการได้ยิน

Emond, Ridd, Sutherland, Allsop, Alexander, และ Kyle (2015) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “The current health of the signing Deaf community in the UK compared with the general population: a cross-sectional study” โดยประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นโควต้าของผู้ใหญ่คนหูหนวกและผู้ใช้ภาษา (British Sign Language: BSL) ได้รับการประเมินด้านสุขภาพ และสัมภาษณ์ในปี ค.ศ. 2012-2013 และเปรียบเทียบข้อมูลจาก Health Survey for England (HSE) 2011 และกรอบผลลัพธ์ด้านคุณภาพ (QOF) ปี ค.ศ. 2012 กลุ่มตัวอย่างจะต้องมีผลตรวจสุขภาพที่รายงานด้วยตนเองทางด้านการใช้ยา ยาสูบและแอลกอฮอล์ มีการวัดความดันโลหิต (Blood Pressure: BP) ดัชนีมวลกาย น้ำตาลในเลือด และไขมัน ผลการศึกษา พบว่า อัตราโรคอ้วนในกลุ่มตัวอย่างคนหูหนวกโดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และร้อยละ 48 เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคร้ายแรง ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42 ของคนหูหนวกที่กำลังรับการรักษาสภาวะความดันโลหิตสูงมีการควบคุมที่เพียงพอ เมื่อเทียบกับ ร้อยละ 62 ของคนทั่วไป โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Diseases: CVD) ในคนหูหนวกพบน้อยกว่าประชากรทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญ 1 ใน 3 ของคนหูหนวกผู้เข้าร่วมมีค่าคอเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol) มากกว่า 5 มิลลิโมล/ลิตร แม้ว่าอัตราการควบคุมจะสูงเมื่อเทียบกับ HSE อัตราการรักษา CVD ที่รายงานด้วยตนเองมีค่าเท่ากับครึ่งหนึ่งของอัตราประชากรทั่วไป ร้อยละ 11 ของคนหูหนวกที่เข้าร่วมการวิจัยมีระดับน้ำตาลในเลือดที่ prediabetes หรือ diabetic ระดับสูง และ ร้อยละ 77 ไม่รู้ตัวเลยว่าเป็นเบาหวาน ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 31 ของผู้หญิง และร้อยละ 14 ของผู้ชาย) แต่น้อยกว่าการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 8) และการดื่มแอลกอฮอล์ (2-8 หน่วย/สัปดาห์) โดยสรุปสุขภาพคนหูหนวกแย่กว่าประชากรทั่วไป และเสี่ยงที่จะป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง

Kushalnagar, Reesman, Holcomb และ Ryan (2019) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “Prevalence of Anxiety or Depression Diagnosis in Deaf Adults” พบว่า ปัญหาระดับชาติในด้านความชุกของภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลในผู้ใหญ่หูหนวกที่ใช้ภาษามือแบบอเมริกัน (American Sign Language: ASL) ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ได้รับการศึกษา ข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและความวิตกกังวลด้วยตนเอง (n = 1,704 คนหูหนวก; n = 3,287 ผู้ใหญ่ที่ได้ยิน) (กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มคนหูหนวก จำนวน 1,704 คน และกลุ่มผู้ใหญ่ที่ได้ยิน จำนวน 3,287 คน) การวิเคราะห์การถดถอยเปรียบเทียบลักษณะเฉพาะและตัวทำนายสำหรับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวลในผู้ใหญ่ที่หูหนวก อัตราการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 25) และเกิดขึ้นที่อายุก่อนหน้านี้ (45 ปี; SD = 15) สำหรับผู้ใหญ่ที่หูหนวกเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่ที่ได้ยิน (ร้อยละ 22; อายุเฉลี่ย = 56; SD = 14) คนหูหนวกที่เป็นคนผิวขาว อายุน้อยกว่า เพศหญิง มีการศึกษา หรือโสด มีแนวโน้มที่จะรายงานตนเองว่าเป็นโรคซึมเศร้า/วิตกกังวลมากขึ้น ผู้ใหญ่ที่หูหนวกมีอัตราการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวลมากขึ้น ความผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรกเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป การเข้าถึงการสื่อสารกับผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อการวินิจฉัย การรักษา และติดตามการดูแลที่ถูกต้องแม่นยำ

Al Majali และ Alghazo (2021) ศึกษาเรื่อง “Mental health of individuals who are deaf during COVID-19: Depression, anxiety, aggression and fear” ผลการศึกษา พบว่า ตั้งแต่เดือน พฤษภาคมถึงตุลาคม คนหูหนวกมีสุขภาพจิตระดับปกติลดลง กรณีอยู่ร่วมกับครอบครัว ($p \leq 0.05$) และยังคงศึกษาพบอีกว่าในช่วงเวลาของโรคระบาด คนหูหนวกถือเป็นประชากรส่วนที่เปราะบาง โดยมีความสัมพันธ์ระหว่างการอยู่คนเดียวกับระดับความเครียดเท่ากับ 0.78 และความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ชีวิตกับครอบครัวกับระดับความเครียดเท่ากับ 0.85

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า มีการศึกษาในประเด็นภาวะซึมเศร้าทั้งในประเทศ และต่างประเทศพอสมควร โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า รวมทั้งมีการใช้แบบทดสอบ (PHQ-9) เป็นเครื่องมือหนึ่งในการศึกษา แต่จะสังเกตได้ว่า ในประเทศไทยนั้นยังมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในคนพิการ โดยเฉพาะคนพิการทางการได้ยินค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงได้ประมวลความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา เพื่อนำตัวแปรเรื่องปัจจัยต่าง ๆ และวิธีการศึกษามาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ด้วยเช่นกัน

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยิน” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย และศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน เพื่อนำไปสู่แนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินต่อไป โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ซึ่งได้กำหนดรูปแบบการศึกษาดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

รูปแบบของการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ในคนพิการทางการได้ยิน (ทั้งคนหูหนวกและคนหูตึง) ทั่วประเทศไทย ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ในกลุ่มประชากรที่เป็นคนพิการทางการได้ยิน และการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการทางการได้ยินที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 คน ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ คนพิการทางการได้ยิน ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 394,259 คน (ข้อมูลล่าสุด ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2564) โดยมีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ คนพิการทางการได้ยิน จำนวน 310 คน โดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ในการคำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{Nx^2p(1-p)}{e^2(N-1) + x^2p(1-p)} \\
 &= \frac{394,259 \times 3.841 \times 0.28 \times (1-0.28)}{[0.05^2 \times (394,259 - 1)] + [3.841 \times 0.28 \times (1-0.28)]} \\
 &= 309.48 \\
 &\square 310
 \end{aligned}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากรคนพิการทางการได้ยินปี พ.ศ. 2564 จำนวน 394,259 คน

p = สัดส่วนของคนพิการที่มีภาวะซึมเศร้า 0.28 (ผลสำรวจของ สสส. เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2560)

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 = 3.841

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในการประมาณค่า = 0.05

จากจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรแล้วปัดทศนิยมเป็นจำนวนเต็ม และเพื่อง่ายต่อการเก็บข้อมูล รวมถึงการแสดงผลการศึกษาจะได้จำนวนตัวอย่างที่เหมาะสมในการศึกษาจำนวน 310 คน เพื่อใช้ในการศึกษาคั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้กำหนดขอบเขตด้านประชากร โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางการได้ยินที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เนื่องจากช่วงอายุดังกล่าวเป็นช่วงอายุที่สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ตอบคำถาม และสามารถทำแบบทดสอบเพื่อวัดระดับภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ที่ผู้วิจัยใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาคั้งนี้ได้ จะเห็นว่า กำหนดกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางการได้ยินทั่วประเทศ จำนวนทั้งสิ้น 310 คน แบ่งตามภูมิภาค คือ กรุงเทพมหานคร ภาคกลางและภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคเหนือ โดยใช้การเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์จากกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลา 3 เดือน

3.1.2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาคั้งนี้ วิธีสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) จำแนกตามภาคโดยแบ่งเขตพื้นที่ภูมิภาคตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ ออกเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

ตารางที่ 3.1 การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) จำแนกตามภาค

ภาค	ประชากร (คน)	สัดส่วน	ตัวอย่าง (คน)
กรุงเทพมหานคร	18,818	14.796	15
ภาคกลางและภาคตะวันออก	75,746	59.558	60
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	157,225	123.624	123
ภาคใต้	49,637	39.029	39
ภาคเหนือ	92,633	72.836	73
ไม่ระบุ	200	0.157	0
รวม	394,259		310

ที่มา: ข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ (ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2564) (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2564)

ขั้นตอนต่อไปจะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กับคนพิการทางการได้ยินผ่านระบบออนไลน์จนครบตามภูมิภาคต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้ โดยกระจายแบบสอบถามผ่านเครือข่ายของผู้วิจัย เช่น

- (1) Facebook Page สื่อเพื่อคนหูหนวก
- (2) สมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย
- (3) เครือข่ายชมรมคนหูหนวกระดับจังหวัดทั่วประเทศ
- (4) สำนักการศึกษาพิเศษ กระทรวงศึกษาธิการ
- (5) โรงเรียนโสตศึกษาทั่วประเทศ
- (6) สมาคมล่ามภาษามือแห่งประเทศไทย
- (7) มูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวกในพระบรมราชินูปถัมภ์

โดยผู้วิจัยทำคลิปภาษามือโดยคนพิการทางการได้ยิน เพื่อชี้แจงและขอความร่วมมือคนพิการทางการได้ยิน เข้าร่วมงานวิจัยตามความสมัครใจ โดยชี้แจงถึงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยมีคลิปภาษามืออธิบายคำถามและตัวเลือกคำตอบ ทั้งนี้ข้อมูลการตอบแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อของ ผู้เข้าร่วมวิจัยและไม่มี การลงนามในเอกสารใด ๆ ทั้งสิ้น

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาคำนวณทางสถิติ รายงานผลเป็นภาพรวมเชิงปริมาณ โดยรายละเอียดของข้อมูล มี 3 ส่วน คือ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า

หลังจากทราบปัจจัยจากผลการวิจัยในส่วนเชิงปริมาณแล้ว จะใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการทางการได้ยิน จากองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และแพทย์ จำนวน 10 คน เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย และค้นหาแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทยต่อไป ดังนี้

- | | |
|--------------------------------|---|
| (1) คุณกานต์ อรรถยุกติ | กรรมการสมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย |
| (2) ผศ.ดร.โสภณ ชัยวัฒนกุลวานิช | นายกสมาคมล่ามภาษามือแห่งประเทศไทย |
| (3) คุณภรณ์ ภูประเสริฐ | ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) |
| (4) คุณพัชรภรณ์ ปิติปัญญากุล | ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) |

- | | |
|--------------------------------|--|
| (5) คุณจิรัฐยา ไชยสาร | นักวิชาการศึกษานานาชาติ กลุ่มส่งเสริมการจัดการศึกษาในสถานศึกษาเฉพาะความพิการ สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ |
| (6) คุณวรรณรัตน์ พวงมาลัย | รองผู้อำนวยการโรงเรียนโสตศึกษา นครศรีธรรมราช |
| (7) คุณรุ่งอรัน วงศ์แก้วมุล | ประธานศูนย์บริการส่งเสริมศักยภาพคนหูหนวก จ.เชียงใหม่ และอดีตประธานชมรมคนหูหนวกจ.เชียงใหม่ |
| (8) แพทย์หญิงวัชรา รั้วไพบูลย์ | คณบดีวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล |
| (9) นายแพทย์อภิชาติ จริยาวิลาศ | โฆษกกรมสุขภาพจิต และแพทย์ชำนาญการพ.ศรัทธัญญา |
| (10) นายแพทย์มนตรี นาคะเกษ | แพทย์ชำนาญการ กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก |

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) คือ ใช้การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลดังนี้

3.2.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยเชิงปริมาณ จะใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างขึ้น เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยมีรูปแบบของคำถาม 2 แบบ คือ คำถามที่มีหลายคำตอบให้เลือก (Multiple choice questions) และคำถามที่แสดงความคิดเห็น (Scale questions) โดยใช้แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถามแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire) ซึ่งข้อมูลในแบบสอบถามสามารถแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา ลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน ลักษณะความพิการ และความสามารถในการใช้ภาษามือในการสื่อสาร (ภาคผนวก ก.)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008) ซึ่งนิยมใช้ในการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเป็นแบบประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ที่มาจากข้อต่าง ๆ ของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (ภาคผนวก ก.)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (ภาคผนวก ก.) โดยผู้วิจัยได้ ทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา และแบ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน ออกเป็น 4 ประการ คือ

- (1) ปัจจัยด้านร่างกายของคนพิการทางการได้ยิน
- (2) ปัจจัยด้านจิตใจของคนพิการทางการได้ยิน
- (3) ปัจจัยด้านสังคมของคนพิการทางการได้ยิน
- (4) ปัจจัยด้านการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกของคนพิการทางการได้ยิน

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

การทดสอบเครื่องมือ

เพื่อให้แบบสอบถามมีคุณภาพผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามใน 2 ด้าน คือ ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยดำเนินการดังนี้

(1) การหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ขอคำแนะนำอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้รู้ ผู้มีประสบการณ์พิจารณาตรวจสอบเนื้อหาโครงสร้างแบบสอบถามและ ปรับปรุงสำนวนภาษาที่ใช้ให้มีความชัดเจนเข้าใจง่ายเหมาะสมและสมบูรณ์

(2) การหาความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามจำนวน 30 ชุดไปทำการทดสอบ (Pre-test) และนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามก่อนที่จะนำไปใช้จริง และนำ ข้อบกพร่องมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยทดสอบความเชื่อมั่นจากการทดสอบ ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient alpha) (Cronbach, 1970) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α = Alpha coefficient) ตามวิธีการของครอนบาค มีสูตรดังนี้

สูตร	α	=	$\frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$
โดย	α	=	ค่าความเชื่อถือได้
	K	=	จำนวนข้อคำถาม
	S_i^2	=	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	S_t^2	=	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทุกข้อ

โดยหากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) มากกว่า 0.7 ถือได้ว่าแบบสอบถาม ฉบับนี้มีความน่าเชื่อถือซึ่งจากเครื่องมือการวิจัยนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ซึ่งเป็นค่าที่สามารถยอมรับได้ แล้วจึงนำเอาแบบสอบถามนี้ไปใช้ในการวิจัยต่อไป

3.2.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย และค้นหาแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย โดยผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้

- (1) อุปกรณ์บันทึกเสียง
- (2) สมุดจดบันทึก
- (3) แบบคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เพื่อให้เป็นไปตามกรอบการศึกษาที่วางเอาไว้ตามเกณฑ์อันประกอบไปด้วย
 - (3.1) ท่านมองว่าสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าตอนนี้เป็นอย่างไบบ้าง
 - (3.2) ท่านคิดว่าสภาพความพิการทางการได้ยิน จะมีส่วนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายขึ้นกว่าคนทั่วไปหรือไม่
 - (3.3) ท่านมองว่าคนพิการทางการได้ยิน ในประเทศไทยมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร
 - (3.4) ท่านมองว่าคนพิการทางการได้ยิน มีสิทธิในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์โดยเฉพาะจิตแพทย์เท่าเทียมกับคนทั่วไปหรือไม่
 - (3.5) ท่านคิดว่ามีปัจจัยด้านใดบ้างที่จะทำให้คนพิการทางการได้ยิน เกิดภาวะซึมเศร้า
 - (3.6) สภาพแวดล้อมและสังคมรอบข้างมีส่วนมากน้อยเพียงใดที่ทำให้คนพิการทางการได้ยินเกิดภาวะซึมเศร้า
 - (3.7) ท่านคิดว่าแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการได้ยินจะต้องพัฒนาปัจจัยด้านใดบ้าง
 - (3.8) ในปัจจุบันท่านคิดว่ามีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่เป็นคนพิการทางการได้ยินมากขึ้น หรือไม่
 - (3.9) ท่านมีความเห็น ด้านแนวทางทางในการลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยิน อย่างไร
 - (3.10) แนวทางแก้ไขปัญหาการเกิดภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยิน มีความแตกต่างกับแนวทางของคนทั่วไป หรือไม่ อย่างไร
 - (3.11) องค์กร หรือหน่วยงานใด ที่ควรดูแลหรือเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

3.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.1 นำเสนอโครงร่างงานวิจัยและเครื่องมือวิจัยเพื่อขอรับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

3.3.2 หลังจากได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อสร้างแบบสอบถามตามประเด็นที่วางไว้ และนำแบบสอบถามจำนวน 30 ชุดไปทำการทดสอบ (Pre-test) และนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องของแบบสอบถาม ก่อนที่จะนำไปใช้จริงและนำข้อบกพร่องมาปรับปรุงแก้ไข

3.3.3 เมื่อปรับแก้แบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Google Forms) ประกอบกับคลิปวิดีโอภาษามือ เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวอย่าง โดยรายละเอียดของข้อมูล มี 4 ส่วน คือ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลจากแบบประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า เพื่อสำรวจสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย รวมทั้งศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน และข้อเสนอแนะอื่น ๆ

3.3.4 เก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์จากกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางการได้ยิน ซึ่งแบ่งตามภูมิภาคกรุงเทพมหานคร ภาคกลางและภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคเหนือ โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กับคนพิการทางการได้ยินผ่านระบบออนไลน์จนครบตามภูมิภาคต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้ และกระจายแบบสอบถามผ่านเครือข่ายของผู้วิจัย เช่น เฟซบุ๊กแฟนเพจสื่อเพื่อคนหูหนวก สมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย เครือข่ายชมรมคนหูหนวกระดับจังหวัดทั่วประเทศ สำนักงานการศึกษาพิเศษ กระทรวงศึกษาธิการ โรงเรียนโสตศึกษาทั่วประเทศ สมาคมล่ามภาษามือแห่งประเทศไทย มูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวกในพระบรมราชินูปถัมภ์ เป็นต้น โดยผู้วิจัยจัดทำคลิปวิดีโอภาษามือ เพื่อชี้แจงรายละเอียดแก่คนพิการทางการได้ยิน และขอความร่วมมือเข้าร่วมงานวิจัยตามความสมัครใจ โดยชี้แจงถึงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยมีคลิปภาษามืออธิบายคำถามและตัวเลือกคำตอบ ทั้งนี้ข้อมูลการตอบแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อของ ผู้เข้าร่วมวิจัยและไม่มีการลงนามในเอกสารใด ๆ ทั้งสิ้น ซึ่งจะเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลา 3 เดือน

3.3.5 เมื่อได้จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะปิดระบบแบบสอบถามและนำมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปคำนวณทางสถิติ โดยรายละเอียดของข้อมูล มี 4 ส่วน คือ

- (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- (2) แบบประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า
- (3) แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และ
- (4) ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพื่อรายงานผลเป็นภาพรวมตามวัตถุประสงค์การศึกษาที่ตั้งไว้

3.3.6 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการทางการได้ยิน โดยคัดเลือกตัวแทนจากองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง องค์กรละ 1-2 คน จำนวนทั้งสิ้น 10 คน ตามที่กำหนดไว้

3.3.7 หลังจากได้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกเรียบร้อยแล้ว นำไปจัดหมวดหมู่และสรุปผลเพื่อให้ทราบถึงแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

3.3.8 ดำเนินการจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมด นำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS ดังนี้

3.4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

3.4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาจากการตอบแบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย โดยหาค่าความถี่ร้อยละ ใช้การวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) โดยคะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบางวันไม่บ่อย มีค่อนข้างบ่อย มีเกือบทุกวัน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่มีเลย (คะแนน = 0)

มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน = 1)

มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน = 2)

มีเกือบทุกวัน (คะแนน = 3)

คะแนนรวม มีได้ตั้งแต่ 0 – 27 คะแนน

การแปลผล หากได้คะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

3.4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาจากการตอบแบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าจะใช้สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) ด้วยสถิติ Chi-Square test เมื่อค่าคาดหวังมากกว่า 5 ไม่เกินร้อยละ 20 หรือวิเคราะห์ด้วย Fisher's exact test เมื่อค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 และวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ (Multivariable analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย ด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) นำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เข้าสู่โมเดลเริ่มต้น มีการควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น ๆ โดยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted Odds Ratio (ORadj) และค่า 95% (Confidence Interval: CI)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยิน” ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยใน 2 ลักษณะ คือ 1. การวิจัยเชิงปริมาณ ในรูปแบบของการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Google Forms) ประกอบกับคลิปวิดีโอภาษามือ เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และ 2. วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการได้ยิน และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) จากผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการทางการได้ยิน เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย และค้นหาแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทยต่อไป เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

- 4.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย
- 4.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย
- 4.3 เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย

ดังนั้น การนำเสนอผลการวิจัยในบทนี้ จะนำเสนอผลการวิจัยที่ได้ศึกษาข้อมูลโดยใช้ระเบียบวิจัยทั้ง 2 ส่วนประกอบกันและตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

4.1 วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย

จากวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 ผู้วิจัยศึกษาจากข้อมูลด้วยระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) กล่าวคือ 1. การวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Google Forms) ประกอบกับคลิปวิดีโอภาษามือ เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางการได้ยิน จำนวนทั้งสิ้น 310 คน เพื่อสำรวจสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย และให้กลุ่มตัวอย่างคนพิการทางการได้ยิน ทำแบบทดสอบเพื่อวัดระดับภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ที่ผู้วิจัยใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ และ 2. วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการได้ยิน และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) จากผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการทางการได้ยิน เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย ซึ่งสามารถแสดงผลการวิจัย ดังนี้

4.1.1 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางการได้ยิน จำนวนทั้งสิ้น 310 คน เพื่อสำรวจสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย โดยจะแสดงข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า สามารถอธิบายผลการวิจัยเชิงปริมาณ ดังนี้

(1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	145	46.77
หญิง	165	53.23
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 165 คน (ร้อยละ 53.23) และเป็นเพศชาย จำนวน 145 คน (ร้อยละ 46.77) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
18 – 25 ปี	72	23.23
26 – 35 ปี	125	40.32
36 – 45 ปี	91	29.35
46 – 55 ปี	22	7.10
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 4.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 26-35 ปีมากที่สุด จำนวน 125 คน (ร้อยละ 40.32) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 36-45 ปี จำนวน 91 คน (ร้อยละ 29.35) อายุระหว่าง 18-25 ปี จำนวน 72 คน (ร้อยละ 23.23) และอายุระหว่าง 46-55 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด 22 คน (ร้อยละ 7.10) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด

ระดับการศึกษาสูงสุด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	14	4.52
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	137	44.19
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	29	9.35
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	116	37.42
สูงกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	11	3.55
ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ	3	0.97
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่ามากที่สุด จำนวน 137 คน (ร้อยละ 44.19) รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 116 คน (ร้อยละ 37.42) อนุปริญญาหรือเทียบเท่า จำนวน 29 คน (ร้อยละ 9.35) ระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า จำนวน 14 คน (ร้อยละ 4.52) ระดับสูงกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 11 คน (ร้อยละ 3.55) และไม่ได้รับการศึกษาในระบบมีจำนวนน้อยที่สุด คือ 3 คน (ร้อยละ 0.97) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โสด	219	70.65
สมรส	73	23.55
หย่าร้าง/หม้าย	18	5.81
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 4.4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดมากที่สุด มีจำนวน 219 คน (ร้อยละ 70.65) รองลงมาคือ มีสถานภาพสมรส จำนวน 73 คน (ร้อยละ 23.55) และสถานภาพหย่าร้าง/หม้าย มีจำนวนน้อยที่สุด 18 คน (ร้อยละ 5.81) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
นักเรียน/นักศึกษา	41	13.23
ข้าราชการ	18	5.81
รับจ้าง/ลูกจ้าง/พนักงานบริษัทเอกชน	168	54.19
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/อาชีพอิสระ	34	10.97
เกษตรกร	11	3.55
ว่างงาน	15	4.84
อื่น ๆ	23	7.41
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง/พนักงานบริษัทเอกชน มากที่สุด จำนวน 168 คน (ร้อยละ 54.19) รองลงมาคือ นักเรียน/นักศึกษา 41 คน (ร้อยละ 13.23) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/อาชีพอิสระ จำนวน 34 คน (ร้อยละ 10.97) อาชีพอื่น ๆ จำนวน 23 คน (ร้อยละ 7.41) ข้าราชการ จำนวน 18 คน (ร้อยละ 5.81) ว่างงาน จำนวน 15 คน (ร้อยละ 4.84) และอาชีพเกษตรกร มีจำนวนน้อยที่สุด 11 คน (ร้อยละ 3.55) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 10,000 บาท	175	56.45
10,000-20,000 บาท	112	36.13
20,001-30,000 บาท	17	5.48
30,001-40,000 บาท	5	1.61
40,001-50,000 บาท	1	0.32
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 4.6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท มากที่สุด จำนวน 175 คน (ร้อยละ 56.45) รองลงมาคือ รายได้ระหว่าง 10,000-20,000 บาท จำนวน 112 คน (ร้อยละ 36.13) รายได้ระหว่าง 20,001-30,000 บาท จำนวน 17 คน (ร้อยละ 5.48) รายได้ระหว่าง

30,001-40,000 บาท จำนวน 5 คน (ร้อยละ 1.61) และรายได้ระหว่าง 40,001-50,000 บาท มีจำนวนน้อยที่สุด 1 คน (ร้อยละ 0.32) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภูมิลำเนา

ภูมิลำเนา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กรุงเทพมหานคร	15	4.84
ภาคกลางและภาคตะวันออก	60	19.35
ภาคเหนือ	73	23.55
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	123	39.68
ภาคใต้	39	12.58
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 4.7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด จำนวน 123 คน (ร้อยละ 39.68) รองลงมาคือ ภาคเหนือ จำนวน 73 คน (ร้อยละ 23.55) ภาคกลางและภาคตะวันออก จำนวน 60 คน (ร้อยละ 19.35) ภาคใต้ จำนวน 39 คน (ร้อยละ 12.58) และกรุงเทพมหานครมีจำนวนน้อยที่สุด 15 คน (ร้อยละ 4.84) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน

ลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หูหนวก	290	93.55
หูตึง	20	6.45
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 4.8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยินคือ เป็นคนหูหนวกมากที่สุด จำนวน 290 คน (ร้อยละ 93.55) และเป็นคนหูตึง จำนวน 20 คน (ร้อยละ 6.45)

ตารางที่ 4.9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะความพิการ

ลักษณะความพิการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พิการมาแต่กำเนิด	234	75.48
พิการในภายหลังจากอุบัติเหตุ อากาศป่วย ฯลฯ	76	24.52
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 4.9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะความพิการมาแต่กำเนิด จำนวน 234 คน (ร้อยละ 75.48) และพิการในภายหลังจากอุบัติเหตุ อากาศป่วย ฯลฯ จำนวน 76 คน (ร้อยละ 24.52)

ตารางที่ 4.10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสามารถในการใช้ภาษามือในการสื่อสาร

ความสามารถในการใช้ภาษามือในการสื่อสาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สามารถใช้ภาษามือสื่อสารได้ดี	181	58.39
สามารถใช้ภาษามือสื่อสารได้พอใช้	126	40.65
ไม่สามารถใช้ภาษามือสื่อสารได้	3	0.97
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 4.10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถใช้ภาษามือสื่อสารได้ดีมากที่สุด จำนวน 181 คน (ร้อยละ 58.39) รองลงมาคือ ใช้ภาษามือสื่อสารได้พอใช้ จำนวน 126 คน (ร้อยละ 40.65) และไม่สามารถใช้ภาษามือสื่อสารได้ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 0.97) ตามลำดับ

(2) ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 4.11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

คะแนนประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (คะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
0	11	3.55
1	9	2.90
2	11	3.55

ตารางที่ 4.11 ต่อ

คะแนนประเมินความเสี่ยงภาวะซีมีเศร้า (คะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3	20	6.45
4	26	8.39
5	20	6.45
6	25	8.06
7	33	10.65
8	25	8.06
9	41	13.23
10	22	7.10
11	22	7.10
12	15	4.84
13	12	3.87
14	3	0.97
15	5	1.61
16	1	0.32
17	1	0.32
18	2	0.65
19	2	0.65
20	1	0.32
21	1	0.32
24	1	0.32
27	1	0.32
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 4.11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำแบบประเมินความเสี่ยงภาวะซีมีเศร้า อันดับ 1 อยู่ที่ 9 คะแนน จำนวน 41 คน (ร้อยละ 13.23) อันดับ 2 อยู่ที่ 7 คะแนน จำนวน 33 คน (ร้อยละ 10.65) อันดับ 3 อยู่ที่ 4 คะแนน จำนวน 26 คน (ร้อยละ 8.39)

ตารางที่ 4.12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผลประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

ประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-8 คะแนน)	180	58.06
มีภาวะซึมเศร้า (9-27 คะแนน)	130	41.94
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 4.12 เมื่อนำคะแนนมาประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-8 คะแนน) จำนวน 180 คน (ร้อยละ 58.06) และกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า (9-27 คะแนน) จำนวน 130 คน (ร้อยละ 41.94)

ตารางที่ 4.13 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมที่แสดงออก และระดับความถี่ของอาการ

พฤติกรรมที่แสดงออก		ระดับความถี่ของอาการ				ค่าเฉลี่ย
		ไม่มีเลย (0)	เป็น บางวัน (1)	เป็น บ่อย (2)	เป็น ทุกวัน (3)	
1. เบื่อ ทำอะไร ๆ ก็ไม่ เพลิดเพลิน	จำนวน (คน)	65	197	36	12	0.98
	ร้อยละ	20.97	63.55	11.61	3.87	
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือ ท้อแท้	จำนวน (คน)	89	177	36	8	0.88
	ร้อยละ	28.71	57.10	11.61	2.58	
3. หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	จำนวน (คน)	63	186	47	14	1.04
	ร้อยละ	20.32	60.00	15.16	4.52	
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมี แรง	จำนวน (คน)	61	184	57	8	1.04
	ร้อยละ	19.68	59.35	18.39	2.58	
5. เบื่ออาหาร หรือกินมาก เกินไป	จำนวน (คน)	81	167	50	12	0.98
	ร้อยละ	26.13	53.87	16.13	3.87	
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำ ให้ตัวเอง หรือครอบครัวผิดหวัง	จำนวน (คน)	113	150	39	8	0.81
	ร้อยละ	36.45	48.39	12.58	2.58	

ตารางที่ 4.13 ต่อ

พฤติกรรมที่แสดงออก		ระดับความถี่ของอาการ				ค่าเฉลี่ย
		ไม่มีเลย (0)	เป็น บางวัน (1)	เป็น บ่อย (2)	เป็น ทุกวัน (3)	
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงาน ที่ต้องใช้ความตั้งใจ	จำนวน (คน)	99	156	39	16	0.91
	ร้อยละ	31.94	50.32	12.58	5.16	
8. พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคน อื่นมองเห็น หรือกระสับ- กระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่ง เหมือนเคย	จำนวน (คน)	167	115	23	5	0.57
	ร้อยละ	53.87	37.10	7.42	1.61	
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่า ถ้าตาย ๆ ไปเสียคงจะดี	จำนวน (คน)	206	89	10	5	0.40
	ร้อยละ	66.45	28.71	3.23	1.61	
เฉลี่ย		33.84	50.93	12.08	3.15	
ค่าเฉลี่ยรวม						0.85

หมายเหตุ : 9 คะแนนขึ้นไป ถือว่า เป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

จากตารางที่ 4.13 ด้านระดับความถี่ของอาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความถี่ของอาการเป็นบางวัน (ร้อยละ 50.93) อันดับ 2 ไม่มีเลย (ร้อยละ 33.84) อันดับ 3 เป็นบ่อย (ร้อยละ 12.08) และเป็นทุกวัน มีจำนวนน้อยที่สุด คือ (ร้อยละ 3.15)

ทั้งนี้ในด้านพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างแสดงออก เมื่อแยกตามระดับความถี่ของอาการ คือ ไม่มีเลย ส่วนใหญ่ตอบว่า อันดับ 1 คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตาย ๆ ไปเสียคงจะดี (ร้อยละ 66.45) อันดับ 2 พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือกระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย (ร้อยละ 53.87) อันดับ 3 รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ตัวเอง หรือครอบครัวผิดหวัง (ร้อยละ 36.45)

พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างแสดงออก และระดับความถี่ของอาการ คือ เป็นบางวัน อันดับ 1 เบื่อทำอะไร ๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน (ร้อยละ 63.55) อันดับ 2 หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป (ร้อยละ 60.00) อันดับ 3 เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง (ร้อยละ 59.35)

พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างแสดงออก และระดับความถี่ของอาการ คือ เป็นบ่อย อันดับ 1 หนึ่งอย่าง หรือไม่ค่อยมีแรง (ร้อยละ 18.39) อันดับ 2 เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป (ร้อยละ 16.13) อันดับ 3 หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากเกินไป (ร้อยละ 15.16)

พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างแสดงออก และระดับความถี่ของอาการ คือ เป็นทุกวัน อันดับ 1 สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ (ร้อยละ 5.16) อันดับ 2 หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากเกินไป (ร้อยละ 4.52) อันดับ 3 มีพฤติกรรมที่แสดงออก 2 ข้อ คือ เบื่อ ทำอะไร ๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน และเบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป (ร้อยละ 3.87)

4.1.2 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการทางการได้ยิน จากองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และแพทย์จำนวน 10 คน เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับสถานการณ์ ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย สามารถนำเสนอผลการวิจัยได้ดังนี้

ความเห็นของจิตแพทย์ มองว่า ในช่วง 5-10 ปีที่ผ่านมา มีการรับรู้และการทำความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าดีขึ้นกว่าเมื่อก่อนค่อนข้างมาก แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับการศึกษาหาข้อมูล ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลมากขึ้น

“ถ้าเทียบกับเมื่อ 20 ปีที่แล้ว คำว่าโรคซึมเศร้าถือว่าใหม่มาก ขนาดบุคลากรทางการแพทย์ยังรู้สึกว่า โลกนี้มันเป็นอย่างนี้ ยังตื่นตื้นตันอยู่เลย สัก 5-10 ปีหลัง โรคซึมเศร้าถือว่าดีกว่าเมื่อก่อนเยอะแต่ความเข้าใจ ในเชิงที่มันจะลึกซึ้ง อาจจะต้องอาศัยเวลาและอาจจะต้องมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องให้มากขึ้น ปัจจุบันก็ยังมีการ ให้ข้อมูลอยู่เรื่อย ๆ” (อภิชาติ จริยาวิลาส, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 20 พฤษภาคม 2565)

ด้านความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและภาวะซึมเศร้านั้น ถึงแม้ว่าคนทั่วไปจะรู้จักโรคนี้ มากขึ้น แต่ก็อาจยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเล็กน้อย โดยต้องทำความเข้าใจก่อนว่าความเศร้านั้น มีทั้งระดับ ที่เป็นปกติ เพราะความเศร้าเป็นความรู้สึกหรืออารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ทุกคนอยู่แล้ว กับความเศร้าที่พัฒนา เป็นโรค ซึ่งอาจมาจากหลายสาเหตุ เช่น พันธุกรรม สิ่งกระตุ้นอื่น ๆ ในประเทศไทยเองมีแนวโน้มที่จะพบ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น นั่นก็เป็นผลสืบเนื่องมาจากประชากรรู้จักโรคซึมเศร้ามากขึ้น เริ่มสำรวจตัวเอง และเข้าพบจิตแพทย์มากขึ้นด้วย

“หลัก ๆ ก็จะมี 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่เป็นเศร้าแบบคนปกติทั่วไปเศร้า เพราะว่าความเศร้านั้นเกิดขึ้นกับทุกคนอยู่แล้ว มันเป็นส่วนหนึ่งของพันธุกรรมที่มนุษย์หลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ไม่ดีหรือความรู้สึกที่มันไม่โอเค ความสุขมองสิ่งให้มันเพื่อที่จะเข้าหาสิ่งที่มันเป็นประโยชน์หรือเพื่อที่จะปรับให้กับตัวเรา ดังนั้นความเศร้าที่มันเกิดขึ้นได้ ตามปกติถ้ามีเรื่องทีกระตุ้น ดังนั้นคนปกติไม่ว่าจะมีปัญหาหุนหวนหรือไม่มีก็เศร้าได้ แต่ว่าความเศร้านั้นจะถูกกระตุ้นด้วยเรื่องทั่วไป แต่ถ้าเป็นโรคซึมเศร้า ต้องบอกว่าตามจริงมันเป็นโรคทาง พันธุกรรมที่เกิดจากส่วนสมองที่มีการหลั่งสารที่ผิดปกติ ซึ่งอัตราส่วนนี้องค์การอนามัยโลกบอกว่ามีประมาณ 5.4 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งในประเทศไทยเราจะเจอประมาณ 2-3 เปอร์เซ็นต์ แต่แนวโน้มจะเจอเยอะขึ้นเรื่อย ๆ เพราะว่าคนเข้าถึงข้อมูลมากขึ้น ไปหาหมอมากขึ้นการสำรวจก็เลยเจอเยอะขึ้น แต่ถ้าเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว

อย่างเช่นยุโรปหรืออเมริกา จะเจอเป็น 10 เปอร์เซ็นต์ เลยที่ประชากรทั่วไปอาจจะมีปัญหาเรื่องโรคซึมเศร้า เมืองไทยก็ค่อย ๆ ได้ขึ้นตามภาวะเรื่องจริงที่เราเจอ ดังนั้นถ้าพูดถึงเรื่องซึมเศร้าจริง ๆ แล้วคนหูหนวกหรือว่าคนหูปกติก็มีโอกาสซึมเศร้าที่จะใกล้เคียงกัน” (อภิชาติ จริยาวิลาศ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 20 พฤษภาคม 2565)

เรื่องของภาวะซึมเศร้านั้น สังคมไทยเริ่มมีการรับรู้และทำความเข้าใจในเรื่องนี้มากขึ้น แต่ในมุมมองของคนพิการทางการได้ยินเองกลับมองว่า เรื่องของภาวะซึมเศร้าคนพิการทางการได้ยินจะไม่รู้เท่าที่ควร พวกเขามักคิดลบบกับตัวเองจากข้อจำกัดทางร่างกายและความพิการจนคิดว่าสิ่งนั้นคือเรื่องปกติ ทั้ง ๆ ที่บางคนเข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้าโดยที่ไม่รู้ตัว คนพิการทางการได้ยินอาจไม่เข้าใจความหมายของคำว่า ภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าเท่าที่ควร ดังที่ผู้แทนประธานชมรมคนหูหนวกระดับจังหวัดได้อธิบายไว้ว่า

“เรื่องภาวะซึมเศร้าคนหูหนวกยังไม่รู้ เขาจะคิดว่าฉันไม่มีความภาคภูมิใจกับตัวเอง คิดลบบกับตัวเองอะไรอย่างนี้ แต่เขาจะไม่รู้ว่าอันนี้คือ ภาวะซึมเศร้า เขาอาจจะคิดว่ามันเป็นเรื่องของความเครียด เรื่องนี้คิดว่าคนหูหนวกอาจจะยังไม่เข้าใจชัดเจน และถ้าเขาเป็นอยู่เขาอาจจะยังไม่รู้ก็ได้เพราะว่าภาษามือมันมีคำว่าเศร้า แต่เขาอาจจะไม่รู้ว่าคำว่าเศร้านั้นเป็นอารมณ์เศร้าหรือว่ามันเป็นภาวะการเจ็บป่วยข้างใน บางคนมีถึงขนาดทำร้ายตัวเองใช้มีดกรีดข้อมือตัวเอง ผูกคอตายหรือว่าทานยา บางคนก็ทำร้ายตัวเองผ่านทางไลฟ์สดเลยก็มีคำว่าซึมเศร้าคนหูหนวกอาจจะยังไม่ได้รู้ความหมาย ยังไม่ได้มีคนไปให้ความรู้ไม่ได้มีหมอเฉพาะทางมาให้ข้อมูลว่าซึมเศร้าคืออะไร เรื่องอย่างนี้มันเกิดขึ้นได้เป็นเรื่องธรรมชาติ ทุกคนก็คงเป็น และเรื่องการเข้าถึงข้อมูลค่อนข้างน้อยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าสำหรับคนหูหนวก” (รุ่งอรุณ วงศ์แก้วมูล, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 10 พฤษภาคม 2565)

ส่วนของคนพิการทางการได้ยินที่มีภาวะซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวช จิตแพทย์ได้ให้ข้อมูลว่า ยังไม่มีการเก็บข้อมูลทางสถิติที่แน่นอน แต่คาดว่าน่าจะใกล้เคียงกับอัตราส่วนของคนพิการทางการได้ยินที่มีสาเหตุมาจากพันธุกรรม เพราะส่วนหนึ่งน่าจะเกิดขึ้นจากโรคทางสมองที่ส่งผลทางพันธุกรรมด้วย หรือบางคนเป็นโรคทางสมองแล้วส่งผลต่อการได้ยิน ก็อาจส่งผลต่อการเป็นภาวะซึมเศร้าได้ด้วยเช่นกัน

“เรื่องตัวเลขคงไม่ได้มีแยกจำนวนของคนที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าวกกับปัญหาเรื่องการได้ยิน น่าจะยังไม่ได้มีการเก็บตัวเลข แต่ถ้าพูดถึงเรื่องของพันธุกรรมมันก็น่าจะใกล้เคียงกันกับอัตราประชากรทั่วไป เพราะว่ามันเป็นพันธุกรรมที่จะเกิดโรคเพราะมันเป็นสมองอีกส่วนหนึ่งที่ไม่เกี่ยวกับระบบการได้ยินก็เลยคิดว่ามันน่าจะใกล้เคียงกัน แต่ว่าในส่วนนอกเหนือจากเรื่องของพันธุกรรมแล้ว ยังมีเรื่องของความกดดันความเครียดและปัญหาอื่น ๆ ถ้าเกิดว่าคนที่มีปัญหาทางการได้ยินอาจจะเกิดโรคบางอย่างเช่น โรคสมองบางอย่าง การเกิดเนื้องอกหรือมีปัญหาเส้นเลือดสมอง ทำให้การได้ยินเสียหายไปก็อาจจะให้เกิดปัญหาอารมณ์ภาวะสมองเองก็ได้ ก็อาจจะมีที่มันตอหนทับกันมากขึ้น” (อภิชาติ จริยาวิลาศ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 20 พฤษภาคม 2565)

ในส่วนของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มีความคิดเห็นในทิศทางเดียวกันว่า ในเชิงสถิติไม่ได้มีการบันทึกข้อมูลของคนพิการทางการได้ยินที่มีภาวะซึมเศร้า หรือโรคซึมเศร้าในจำนวนที่แน่นอน ยิ่งไปกว่านั้นการเข้าถึงบริการจิตแพทย์ของคนพิการทางการได้ยินก็ยังไม่มากเท่าที่ควรด้วยเช่นกัน

“เรื่องของภาวะซึมเศร้าทางเราเองยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูลในส่วนนี้กับคนพิการ และเข้าใจว่ามันเป็นโรคที่มันมีอยู่แล้วเพียงแต่ว่ามันเพิ่งจะมาเห็นตัวเลขที่มันเพิ่มขึ้นชัดเจนในช่วงสถานการณ์เศรษฐกิจและโรคระบาดที่เกิดขึ้น ซึ่งมันทำให้เกิดความเครียดความวิตกกังวล และภาวะเศรษฐกิจมันก็ทำให้เกิดความกดดัน แล้วมันทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่าซึมเศร้า และถ้ามันรุนแรงก็อาจจะทำให้เกิดคนพิการทางจิต เป็นโรคจิตไปเลยที่ต้องกินยา ซึ่งถามว่าเป็นโรคซึมเศร้าต้องกินยาไหมก็ต้องกินยาเหมือนกัน แล้วก็ต้องเข้ารับการรักษาเพื่อที่จะไม่ให้มันเป็นมากกว่าเดิม น้องก็ได้ไปหาข้อมูลมาเบื้องต้นว่า ศูนย์โรคซึมเศร้าไทยก็ได้มีการเก็บข้อมูล มีการสำรวจคนไทยว่ามีภาวะซึมเศร้าเท่าไรอย่างไร มีอยู่ประมาณซัก 15 ปีขึ้นไปที่ป่วยเป็นซึมเศร้าล้านห้า และเขาบอกว่าถ้าโฟกัสเข้ามาแค่ 100 คนได้เข้ารับการรักษาเพียง 28 คน อันนี้ก็เข้าใจว่าส่วนนี้ไม่อยากจะเปิดเผยตัวเอง ว่าฉันเป็น และคนก็ไม่รู้ด้วยซ้ำว่าเราเป็น หรือคนทำงานกันเองก็อาจจะมีความเสี่ยง อย่างที่อาจารย์ได้บอกว่ามันมีแบบคัดกรอง ซึ่งอันนี้พื้นฐานทั่วไปรากชุมชนก็น่าจะสามารถให้บริการได้ ตามพื้นฐานที่เขา ผ่านหลักสูตรมา แต่ในส่วนของหมอเฉพาะทางเนี่ยเข้าใจว่าคุณต้องเป็นหมอด้านจิตเวชหรือเปล่า บอกว่าจะมีหมอเฉพาะทางเรื่องหูเนี่ยก็คงจะมีเรื่องของที่จะทดสอบเรื่องของการได้ยินมากกว่า เพราะถ้าเป็นเรื่องของที่จะต้องไปตรวจความถูกต้องและเป็นทางด้านแนวคิดว่ามันน่าจะมีส่วนใหญ่ที่จะเป็นมาตรฐานของหมอ” (พัชรภรณ์ ปิติปัญญากุล, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 8 มิถุนายน 2565)

รวมทั้งสิ่งที่เป็นประเด็นสำคัญสำหรับคนพิการทางการได้ยิน คือ ความไม่เข้าใจในเรื่องภาวะซึมเศร้า หรือมีการคัดกรองในประเด็นนี้ รวมทั้งการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับคนพิการทางการได้ยินอาจมี ปัญหาในเรื่องของการเข้าถึงจิตแพทย์ด้วยเช่นกัน ดังที่ผู้แทนสมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย และผู้แทนสมาคมล่ามภาษามือแห่งประเทศไทย ได้อธิบายไว้

“ไม่แน่อาจจะมีปัญหาแบบนี้ เพราะว่าคนหูหนวกไม่เข้าใจว่าสิ่งที่เขาเป็นอยู่เป็นภาวะซึมเศร้า เพราะว่าเขาไม่ได้มีแหล่งข้อมูล แต่ผมสามารถรู้ เพราะผมสามารถเข้าถึงข้อมูลและหาข้อมูลได้ และในส่วนของคณะกรรมการที่ทำงานด้วยกันก็ไม่ได้มีใครชูประเด็นของภาวะซึมเศร้าขึ้นมา อาจจะเป็นเพราะคนหูหนวกเข้าไม่ถึงด้วย” (กานต์ อรรถยุกติ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 2 พฤษภาคม 2565) “คิดว่า น่าจะมีเยอะขึ้น เนื่องจากสภาวะปัจจุบัน และสถานการณ์โควิด ที่จะไม่สามารถออกไปคุยกับใครได้บ้าง แต่จริงๆ ก็สามารถคุยผ่านวิดีโอคอลได้ แต่มันก็ยังไม่เข้าใจเท่าที่มานั่งคุยกันตรง ๆ ที่มานั่งระบายและให้คนอื่นเข้าใจสิ่งที่เขาจะสื่อสาร บางทีเขาก็ไม่รู้ว่าเขามีภาวะซึมเศร้าไหม เพราะมันก็ไม่ได้มีการคัดกรอง และเนื่องจากเราไม่ได้คัดกรองตั้งแต่แรกทางการแพทย์ที่จะให้คำปรึกษาทางด้านนี้ก็อาจจะน้อย คิดว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการไปหาจิตแพทย์ เพราะว่าตัวเขาเองก็ไม่กล้าเหมือนกัน เขาไม่เข้าใจว่าการไปพบจิตแพทย์เขามองยังไง มองว่ามีปัญหาหรือว่าเป็นบ้าหรือเปล่าที่จะต้องไปหาจิตแพทย์ ตัวเขาเองก็ยังไม่เข้าใจเหมือนกัน เขามีความเข้าใจเรื่องจิตแพทย์

อย่างไร ปัญหาจิตแพทย์สามารถช่วยได้ไหม เรื่องนี้ผมคิดว่าเขายังไม่ได้เข้าใจลึกซึ้ง” (โสภณ ชัยวัฒนกุลวานิช, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

สำหรับภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยินโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นนั้น จากการสัมภาษณ์ผู้แทนสำนักการศึกษาพิเศษ กระทรวงศึกษาธิการ มองว่าใน 2-3 ปีที่ผ่านมา ในช่วงที่เกิดโรคระบาดโควิด-19 ทำให้เกิดความเครียด ข้อจำกัดทางการเรียนรู้และการสื่อสารกับผู้ปกครองที่ไม่ได้เป็นคนพิการทางการได้ยินก็อาจจะมีอุปสรรคบ้าง การที่ต้องอยู่แต่ที่บ้าน ไม่ได้พบปะกับกลุ่มที่เป็นคนพิการทางการได้ยินด้วยกัน บางคนก็ไม่รู้ภาษามือ ก็ส่งผลให้เกิดความเครียดได้

“ก็มีบ้างเรื่องซึมเศร้า เด็กหูหนวกในเรื่องของการได้ยินก็น้อยอยู่แล้ว แต่ว่าช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา สถานการณ์โควิด การใส่แมสนั้นก็เป็นอย่างนี้ เขาจะอ่านปาก และได้ยินบ้าง แต่พอใส่แมสแบบนี้ เขาก็จะรู้สึก ว่า พูดอะไร เหมือนกับว่าจับใจความได้ไม่ครบ หรือบางทีก็จะต้องถอดแมสเพื่อที่จะให้เขาอ่านปาก ถ้ากับเด็กโตซึมเศร่าก็ยังไม่ค่อยพบ แต่ถ้าเป็นนักเรียนก็เคยได้ยินครูเขาพูดมาเหมือนกันว่า บางครั้งเด็กที่เข้ามาในโรงเรียน หรือเวลาที่เขาสื่อสารกับครูไม่ได้ หรือกับใครไม่ได้ เขาก็จะรู้สึกว่ามันอัดอั้นใจ และบางคนก็สื่อสารกับผู้ปกครองที่บ้านไม่ได้ด้วยซ้ำ เพราะผู้ปกครองบางคนช่วงที่มีลูกเขาอาจจะหุดี้อาจได้เชื้อสารจากบรรพบุรุษมา เลยได้หูหนวกมา การที่พ่อแม่คุยกับเด็กไม่รู้เรื่อง ก็ทำให้เด็กรู้สึกอีกอัด อยากจะคุยกับแม่แต่ก็คุยได้ไม่เต็มที่ เวลาเขามาที่โรงเรียนก็เช่นกัน ที่บางคนเข้ามาโดยที่รู้ภาษามือ เพราะฉะนั้นการที่เขาจะคุยกับครู หรือใคร ก็ต้องมาเรียนรู้กันใหม่ เพราะมันก็จะมึนๆ ที่ไม่รู้ภาษามือ ก็พอรู้ว่าเด็กหูหนวกมีภาวะซึมเศร้าอยู่บ้างแต่ก็ไม่ได้ร้ายแรงมาก” (จิรัฐยา ไชยสาร, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 23 พฤษภาคม 2565)

อย่างไรก็ตาม ในมุมมองของจิตแพทย์มองว่า ปัจจุบันภาพรวมของโรคซึมเศร้าดีขึ้น คนปกติเริ่มที่จะเข้ารับบริการปรึกษากับจิตแพทย์มากขึ้นแม้จะยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคก็ตาม หรือหากเป็นผู้ป่วยแล้วก็จะมีการไม่รุนแรง ได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นมากขึ้น ถือเป็นทิศทางที่ดีในการทำให้สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยดีขึ้นด้วย ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่สังคมเริ่มเข้าใจว่าภาวะซึมเศร้าเป็นโรคทั่วไป หากได้รับการปรึกษาตั้งแต่เนิ่น ๆ ก็จะช่วยเยียวยาจิตใจจนไม่ต้องมีอาการรุนแรงจนต้องรักษา

“คนเริ่มพบจิตแพทย์มากขึ้น มาเยอะมาก ยังไม่ถึงขนาดป่วยก็มาแล้ว ความรุนแรงก็น้อยกว่าเมื่อก่อนเยอะ มาเร็วขึ้น โดยเฉพาะในกรุงเทพฯเป็นเรื่องปกติมากเลยที่จะมาหาหมอ คนที่เข้าใจผิดหรือมีอคติก็น้อยลงกว่าเดิมเยอะ ตอนนี้อยู่รุ่นที่อาจจะงุงุงพ่อแม่มา หรือคุณตาคุณยายก็อาจจะพาลูกหลานมาเองก็ได้ เพราะเขาก็เข้าใจแล้วว่ามันเป็นเรื่องปกติใคร ๆ ก็เป็น ขนาดผู้สูงอายุเองก็ยังเข้าใจมากกว่าแต่ก่อนเยอะแล้ว ประมาณ 10 ปีที่แล้ว เวลาที่บอกว่าไปศรัทธาคนก็มองว่าแปลก ๆ แต่ปัจจุบันนี้ก็เยอะ ภาพจำอะไรต่าง ๆ มันก็เบากว่าแต่ก่อนเยอะแล้ว ส่วนหนึ่งเราก็มีการรณรงค์ด้วยว่ามันไม่ใช่เรื่องตลกมันไม่ใช่เรื่องล้อเล่น ส่วนใหญ่เขาต้องช่วยกันรณรงค์ให้เขารู้ว่ามันเป็นเรื่องสุขภาพ ไม่ใช่เรื่องน่ากลัวหรือว่าเป็นเรื่องตลก” (อภิชาติ จริยาวิลาศ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 20 พฤษภาคม 2565)

ในส่วนของผู้มองเรื่องพื้นที่อยู่อาศัย ลักษณะทางประชากรก็น่าจะมีส่วนทำให้คนพิการทางการได้ยินเกิดภาวะซึมเศร้าได้ด้วยเช่นกัน โดยผู้แทนประธานชมรมคนหูหนวกระดับจังหวัด ได้ให้ข้อมูลที่ น่าสนใจว่า พื้นที่อยู่อาศัยแต่ละภูมิภาคก็มีความแตกต่างกัน ระดับความเครียดของคนพิการทางการได้ยิน ที่อาศัยอยู่ในเมืองและต่างจังหวัดก็แตกต่างกัน คนพิการทางการได้ยินที่อยู่ในเมืองก็อาจมีความเสี่ยงที่จะเป็น ภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า ด้วยสถานการณ์การใช้ชีวิตที่เร่งรีบกดดันกว่า

“ผมรู้สึกว่ามี 2 กลุ่มนี้จะต่างกันเพราะว่าสภาพแวดล้อม ของคนหูหนวกที่อยู่ในเมือง ทุกอย่างมันจะ เดินไปเร็วมากไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเวลา การเดินทาง แต่ชีวิตของคนหูหนวกของภูมิภาคก็มีความสโลว์ไลฟ์ ไม่มีอะไรที่ต้องเร่งรีบหรือกดดันตัวเองมากแต่อาจจะมีเรื่องของอากาศ ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือก็จะมี เรื่องของอากาศร้อน อะไรแบบนี้ที่จะมีภาวะกับความเครียด ผมคิดว่ากรุงเทพฯ น่าจะมีภาวะปัญหาซึมเศร้า และมีเปอร์เซ็นต์มากกว่า รวมทั้งเรื่องของเศรษฐกิจ เรื่องของโดนหักหลัง ดูจากข้อมูลที่เราเห็นคนหูหนวกเขาแชร์ กันมา แต่ว่าได้ต่างจังหวัดค่อนข้างจะมีน้อย” (รุ่งอรุณ วงศ์แก้วมูล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2565)

ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการทางการได้ยิน ทั้งจากองค์กรและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และแพทย์ เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการ ทางการได้ยินในประเทศไทย จากการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่า ภาพรวมยังไม่ได้มีการบันทึกเป็นสถิติเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน แต่ประชากรไทยเริ่มเข้าใจเรื่องภาวะซึมเศร้ามากขึ้น เริ่มทำความเข้าใจ และเริ่มสำรวจตัวเองจึงทำให้มีอัตราการเข้าพบจิตแพทย์เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อเจาะลึกไปที่คนพิการ ทางการได้ยิน พบว่า คนกลุ่มนี้ยังไม่เข้าถึงองค์ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าเท่าที่ควร บางคนไม่ทราบว่าตนเอง ป่วย หรือมีภาวะซึมเศร้า เพราะคิดว่าความทุกข์ ความเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนต้องประสบพบเจอ

4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางการได้ยิน จำนวนทั้งสิ้น 310 คน เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย โดยจะแสดงข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน สามารถอธิบายผลการวิจัย ดังนี้

4.2.1 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 4.14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านร่างกาย จำแนกตามลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน

ลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หูหนวก	290	93.55
หูตึง	20	6.45
รวม	310	100.00

ตารางที่ 4.15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านร่างกาย จำแนกตามการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว

การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีโรคประจำตัว	66	21.29
ไม่มีโรคประจำตัว	244	78.71
รวม	310	100.00

ตารางที่ 4.16 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านร่างกาย จำแนกตามการป่วยด้วยโรคประจำตัวของสมาชิกในครอบครัว

การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สมาชิกในครอบครัวมีโรคประจำตัว	135	43.55
สมาชิกในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัว	175	56.45
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 4.14 ถึง 4.16 แสดงถึงปัจจัยทางด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ด้านลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน ส่วนใหญ่เป็นคนหูหนวก จำนวน 290 คน (ร้อยละ 93.55) ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 244 คน (ร้อยละ 78.71) และด้านการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 175 คน (ร้อยละ 56.45)

ตารางที่ 4.17 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านจิตใจ จำแนกตามสัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รักใคร่ปรองดอง	241	77.74
ทะเลาะเบาะแว้งเป็นประจำ	69	22.26
รวม	310	100.00

ตารางที่ 4.18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านจิตใจ จำแนกตามความรู้สึกพึงพอใจในการเรียน/ทำงานในปัจจุบัน

ความรู้สึกพึงพอใจในการเรียน/ทำงาน ในปัจจุบัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พึงพอใจ	251	80.97
ไม่พึงพอใจ	59	19.03
รวม	310	100.00

ตารางที่ 4.19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านจิตใจ จำแนกตามการผ่อนคลายความเครียด

การผ่อนคลายความเครียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีวิธีผ่อนคลายความเครียด	260	83.87
ไม่มีวิธีผ่อนคลายความเครียด	50	16.13
รวม	310	100.00

ตารางที่ 4.20 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านจิตใจ จำแนกตามความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (เพื่อน/แฟน/คู่สมรส/เพื่อนร่วมงาน และอื่น ๆ)

ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (เพื่อน/แฟน/คู่สมรส/เพื่อนร่วมงาน และอื่น ๆ)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีปัญหา	132	42.58
ไม่มีปัญหา	178	57.42
รวม	310	100.00

ตารางที่ 4.21 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านจิตใจ จำแนกตามปมปัญหาในอดีต

ปมปัญหาในอดีต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีปัญหา	142	45.81
ไม่มีปัญหา	168	54.19
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 4.17 ถึง 4.21 แสดงถึงปัจจัยทางด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ส่วนใหญ่รักใคร่ปรองดอง จำนวน 241 คน (ร้อยละ 77.74) ด้านความรู้สึกรังเกียจในการเรียน/ทำงานในปัจจุบัน ส่วนใหญ่พึงพอใจ จำนวน 251 คน (ร้อยละ 80.97) ด้านการผ่อนคลายความเครียด ส่วนใหญ่มีวิธีผ่อนคลายความเครียด จำนวน 260 คน (ร้อยละ 83.87) ด้านความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (เพื่อน/แฟน/คู่สมรส/เพื่อนร่วมงาน และอื่น ๆ) ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา จำนวน 178 คน (ร้อยละ 57.42) และด้านปมปัญหาในอดีต ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา จำนวน 168 คน (ร้อยละ 54.19)

ตารางที่ 4.22 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านสังคม จำแนกตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

ผลของสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เกิดความเครียด	153	49.35
ไม่เกิดความเครียด	157	50.65
รวม	310	100.00

ตารางที่ 4.23 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านสังคม จำแนกตามการเกิดความเครียดจากสถานการณ์ทางการเมือง

ผลของสถานการณ์ทางการเมือง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เกิดความเครียด	85	27.42
ไม่เกิดความเครียด	225	72.58
รวม	310	100.00

ตารางที่ 4.24 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านสังคม จำแนกตามการเกิดความเครียดจากสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ

ผลของสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เกิดความเครียด	171	55.16
ไม่เกิดความเครียด	139	44.84
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 4.22 ถึง 4.24 แสดงข้อมูลปัจจัยทางด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าด้านสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ข้อมูลที่มีความใกล้เคียงกัน คือ ไม่มีผลต่อการเกิดความเครียด จำนวน 157 คน (ร้อยละ 50.65) และมีผลต่อการเกิดความเครียด จำนวน 153 คน (ร้อยละ 49.35) ด้านสถานการณ์ทางการเมือง ส่วนใหญ่ไม่มีผลต่อการเกิดความเครียด จำนวน 225 คน (ร้อยละ 72.58) และด้านสถานการณ์ทางด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่มีผลต่อการเกิดความเครียด จำนวน 171 คน (ร้อยละ 55.16)

ตารางที่ 4.25 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกของ
 คนพิการทางการได้ยินจำแนกตามการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	189	60.97
ไม่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	121	39.03
รวม	310	100.00

ตารางที่ 4.26 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกของ
 คนพิการทางการได้ยินจำแนกตามการเข้าถึงสื่อ

การเข้าถึงสื่อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสื่อ	165	53.23
ไม่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสื่อ	145	46.77
รวม	310	100.00

ตารางที่ 4.27 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกของ
 คนพิการทางการได้ยินจำแนกตามการเข้าถึงการให้คำปรึกษา

การเข้าถึงการให้คำปรึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการให้คำปรึกษา	164	52.90
ไม่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการให้คำปรึกษา	146	47.10
รวม	310	100.00

ตารางที่ 4.28 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยด้านการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกของ
 คนพิการทางการได้ยินจำแนกตามการเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ

การเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ	132	42.58
ไม่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ	178	57.42
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 4.25 ถึง 4.28 แสดงข้อมูลปัจจัยทางด้านข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข จำนวน 189 คน (ร้อยละ 60.97) ด้านการเข้าถึงสื่อ ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสื่อ จำนวน 165 คน (ร้อยละ 53.23) ด้านการเข้าถึงการให้คำปรึกษา ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการให้คำปรึกษา จำนวน 164 คน (ร้อยละ 52.90) และด้านการเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ ส่วนใหญ่ไม่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ จำนวน 178 คน (ร้อยละ 57.42)

4.2.2 ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

การวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดสมมติฐานการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของ คนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย ไว้ดังนี้

(1) สมมติฐานการวิจัยที่ 1 ปัจจัยด้านร่างกายของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

แบ่งเป็นสมมติฐานย่อยดังนี้

(1.1) ปัจจัยด้านลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยินที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ไม่เป็นตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

(1.2) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ไม่เป็นตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

(1.3) ปัจจัยด้านสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคประจำตัวของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

(2) สมมติฐานการวิจัยที่ 2 ปัจจัยด้านจิตใจของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

แบ่งเป็นสมมติฐานย่อยดังนี้

(2.1) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

(2.2) ปัจจัยด้านความรู้สึกพึงพอใจในการเรียน/ทำงานของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

(2.3) ปัจจัยด้านการผ่อนคลายความเครียดของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

(2.4) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (เพื่อน/แฟน/คู่สมรส/เพื่อนร่วมงาน และอื่น ๆ) ของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

(2.5) ปัจจัยด้านปมปัญหาในอดีตของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

(3) สมมติฐานการวิจัยที่ 3 ปัจจัยด้านสังคมของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

แบ่งเป็นสมมติฐานย่อยดังนี้

(3.1) ปัจจัยด้านสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ของคนพิการทางการได้ยิน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

(3.2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ทางการเมืองของคนพิการทางการได้ยิน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

(3.3) ปัจจัยด้านสถานการณ์ทางเศรษฐกิจของคนพิการทางการได้ยิน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

(4) สมมติฐานการวิจัยที่ 4 ปัจจัยด้านการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

แบ่งเป็นสมมติฐานย่อยดังนี้

(4.1) ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนพิการทางการได้ยิน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

(4.2) ปัจจัยด้านการเข้าถึงสื่อของคนพิการทางการได้ยิน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

(4.3) ปัจจัยด้านการเข้าถึงการให้คำปรึกษาของคนพิการทางการได้ยิน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

(4.4) ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการล่ามภาษามือของคนพิการทางการได้ยิน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 ปัจจัยด้านร่างกายของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.29 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

ลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน		ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน		รวม	Chi-Square	Sig.
		ไม่เป็น	เป็น			
หูหนวก	จำนวน (คน)	167	123	290	0.422	0.516
	ร้อยละ	53.87	39.68	93.55		
หูตึง	จำนวน (คน)	13	7	20		
	ร้อยละ	4.19	2.26	6.45		
รวม	จำนวน (คน)	180	130	310		
	ร้อยละ	58.06	41.94	100		

หมายเหตุ : กำหนดให้

H_0 : ลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

H_a : ลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

จากตารางที่ 4.29 ผลการทดสอบสมมติฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.516 ซึ่งมากกว่า 0.05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก (H_0) ปฏิเสธสมมติฐานรอง (H_a) ซึ่งหมายความว่า ลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

ตารางที่ 4.30 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว		ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน		รวม	Chi-Square	Sig.
		ไม่เป็น	เป็น			
มีโรคประจำตัว	จำนวน (คน)	32	34	66	3.160	0.075
	ร้อยละ	10.32	10.97	21.29		
ไม่มีโรคประจำตัว	จำนวน (คน)	148	96	244		
	ร้อยละ	47.74	30.97	78.71		
รวม	จำนวน (คน)	180	130	310		
	ร้อยละ	58.06	41.94	100.00		

หมายเหตุ : กำหนดให้

H_0 : การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

H_a : การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

จากตารางที่ 4.30 ผลการทดสอบสมมติฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.075 ซึ่งมากกว่า 0.05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก (H_0) ปฏิเสธสมมติฐานรอง (H_a) ซึ่งหมายความว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

ตารางที่ 4.31 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง สมาชิกในครอบครัวของท่านป่วยด้วยโรคประจำตัว และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

การมีสมาชิกในครอบครัว ป่วยด้วยโรคประจำตัว		ภาวะซึมเศร้าของคน พิการทางการได้ยิน		รวม	Chi- Square	Sig.
		ไม่เป็น	เป็น			
สมาชิกในครอบครัว มีโรคประจำตัว	จำนวน (คน)	68	67	135	5.814	0.016*
	ร้อยละ	21.94	21.61	43.55		
สมาชิกในครอบครัว ไม่มีโรคประจำตัว	จำนวน (คน)	112	63	175		
	ร้อยละ	36.13	20.32	56.45		
รวม	จำนวน (คน)	180	130	310		
	ร้อยละ	58.06	41.94	100.00		

หมายเหตุ : กำหนดให้

H_0 : สมาชิกในครอบครัวของท่านป่วยด้วยโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

H_a : สมาชิกในครอบครัวของท่านป่วยด้วยโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

จากตารางที่ 4.31 ผลการทดสอบสมมติฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของท่านป่วยด้วยโรคประจำตัว และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.016 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานรอง (H_a) ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ซึ่งหมายความว่า สมาชิกในครอบครัวของท่านป่วยด้วยโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 ปัจจัยด้านจิตใจของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.32 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง สัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

สัมพันธภาพในครอบครัว		ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน		รวม	Chi-Square	Sig.
		ไม่เป็น	เป็น			
รักใคร่ปรองดอง	จำนวน (คน)	147	94	241	3.821	0.051
	ร้อยละ	47.42	30.32	77.74		
ทะเลาะเบาะแว้งเป็นประจำ	จำนวน (คน)	33	36	69		
	ร้อยละ	10.65	11.61	22.26		
รวม	จำนวน (คน)	180	130	310		
	ร้อยละ	58.06	41.94	100.00		

หมายเหตุ : กำหนดให้

H_0 : สัมพันธภาพในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

H_a : สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

จากตารางที่ 4.32 ผลการทดสอบสมมติฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.051 ซึ่งมากกว่า 0.05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก (H_0) ปฏิเสธสมมติฐานรอง (H_a) ซึ่งหมายความว่า สัมพันธภาพในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

ตารางที่ 4.33 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้สึกพึงพอใจในการเรียน/ทำงาน และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

ความรู้สึกพึงพอใจในการเรียน/ทำงาน		ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน		รวม	Chi-Square	Sig.
		ไม่เป็น	เป็น			
พึงพอใจ	จำนวน (คน)	155	96	251	7.369	0.007*
	ร้อยละ	50.00	30.97	80.97		
ไม่พึงพอใจ	จำนวน (คน)	25	34	59		
	ร้อยละ	8.06	10.97	19.03		
รวม	จำนวน (คน)	180	130	310		
	ร้อยละ	58.06	41.94	100.00		

หมายเหตุ : กำหนดให้

H_0 : ความรู้สึกพึงพอใจในการเรียน/ทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

H_a : ความรู้สึกพึงพอใจในการเรียน/ทำงาน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

จากตารางที่ 4.33 ผลการทดสอบสมมติฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกพึงพอใจในการเรียน/ทำงาน และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.007 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานรอง (H_a) ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ซึ่งหมายความว่า ความรู้สึกพึงพอใจในการเรียน/ทำงาน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน

ตารางที่ 4.34 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง การผ่อนคลายความเครียดและภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

การผ่อนคลายความเครียด		ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน		รวม	Chi-Square	Sig.
		ไม่เป็น	เป็น			
มีวิธีผ่อนคลายความเครียด	จำนวน (คน)	156	104	260	2.480	0.115
	ร้อยละ	50.32	33.55	83.87		
ไม่มีวิธีผ่อนคลายความเครียด	จำนวน (คน)	24	26	50		
	ร้อยละ	7.74	8.39	16.13		
รวม	จำนวน (คน)	180	130	310		
	ร้อยละ	58.06	41.94	100.00		

หมายเหตุ : กำหนดให้

H_0 : การผ่อนคลายความเครียด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

H_a : การผ่อนคลายความเครียด มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

จากตารางที่ 4.34 ผลการทดสอบสมมติฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างการผ่อนคลายความเครียดและภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.115 ซึ่งมากกว่า 0.05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก (H_0) ปฏิเสธสมมติฐานรอง (H_a) ซึ่งหมายความว่า การผ่อนคลายความเครียด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

ตารางที่ 4.35 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (เพื่อน/แฟน/คู่สมรส/เพื่อนร่วมงาน และอื่น ๆ) และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด		ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน		รวม	Chi-Square	Sig.
		ไม่เป็น	เป็น			
มีปัญหา	จำนวน (คน)	61	71	132	13.263	0.000*
	ร้อยละ	19.68	22.90	42.58		
ไม่มีปัญหา	จำนวน (คน)	119	59	178		
	ร้อยละ	38.39	19.03	57.42		
รวม	จำนวน (คน)	180	130	310		
	ร้อยละ	58.06	41.94	100.00		

หมายเหตุ : กำหนดให้

H_0 : ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (เพื่อน/แฟน/คู่สมรส/เพื่อนร่วมงาน และอื่น ๆ) ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

H_a : ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (เพื่อน/แฟน/คู่สมรส/เพื่อนร่วมงาน และอื่น ๆ) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

จากตารางที่ 4.35 ผลการทดสอบสมมติฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (เพื่อน/แฟน/คู่สมรส/เพื่อนร่วมงาน และอื่น ๆ) และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานรอง (H_a) ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ซึ่งหมายความว่า ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (เพื่อน/แฟน/คู่สมรส/เพื่อนร่วมงาน และอื่น ๆ) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน

ตารางที่ 4.36 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปมปัญหาในอดีต และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

ปมปัญหาในอดีต		ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน		รวม	Chi-Square	Sig.
		ไม่เป็น	เป็น			
มีปัญหา	จำนวน (คน)	73	69	142	4.767	0.029*
	ร้อยละ	23.55	22.26	45.81		
ไม่มีปัญหา	จำนวน (คน)	107	61	168		
	ร้อยละ	34.52	19.68	54.19		
รวม	จำนวน (คน)	180	130	310		
	ร้อยละ	58.06	41.94	100.00		

หมายเหตุ : กำหนดให้

H_0 : ปมปัญหาในอดีต ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

H_a : ปมปัญหาในอดีต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

จากตารางที่ 4.36 ผลการทดสอบสมมติฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างปมปัญหาในอดีต และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.029 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานรอง (H_a) ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ซึ่งหมายความว่า ปมปัญหาในอดีต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยที่ 3 ปัจจัยด้านสังคมของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.37 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19		ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน		รวม	Chi-Square	Sig.
		ไม่เป็น	เป็น			
เกิดความเครียด	จำนวน (คน)	79	74	153	5.130	0.024*
	ร้อยละ	25.48	23.87	49.35		
ไม่เกิดความเครียด	จำนวน (คน)	101	56	157		
	ร้อยละ	32.58	18.06	50.65		
รวม	จำนวน (คน)	180	130	310		
	ร้อยละ	58.06	41.94	100.00		

หมายเหตุ : กำหนดให้

H_0 : สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

H_a : สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

จากตารางที่ 4.37 ผลการทดสอบสมมติฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.024 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานรอง (H_a) ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ซึ่งหมายความว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน

ตารางที่ 4.38 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดต่อสถานการณ์ทางการเมือง และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

สถานการณ์ทางการเมือง กับภาวะความเครียด		ภาวะซึมเศร้าของคน พิการทางการได้ยิน		รวม	Chi- Square	Sig.
		ไม่เป็น	เป็น			
เกิดความเครียด	จำนวน (คน)	34	51	85	15.695	0.000*
	ร้อยละ	10.97	16.45	27.42		
ไม่เกิดความเครียด	จำนวน (คน)	146	79	225		
	ร้อยละ	47.10	25.48	72.58		
รวม	จำนวน (คน)	180	130	310		
	ร้อยละ	58.06	41.94	100.00		

หมายเหตุ : กำหนดให้

H_0 : สถานการณ์ทางการเมือง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

H_a : สถานการณ์ทางการเมือง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

จากตารางที่ 4.38 ผลการทดสอบสมมติฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ทางการเมือง และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานรอง (H_a) ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ซึ่งหมายความว่า สถานการณ์ทางการเมือง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน

ตารางที่ 4.39 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดต่อสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

สถานการณ์ทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้ท่าน เกิดความเครียด		ภาวะซึมเศร้าของคน พิการทางการได้ยิน		รวม	Chi- Square	Sig.
		ไม่เป็น	เป็น			
เกิดความเครียด	จำนวน (คน)	85	86	171	10.938	0.001*
	ร้อยละ	27.42	27.74	55.16		
ไม่เกิดความเครียด	จำนวน (คน)	95	44	139		
	ร้อยละ	30.65	14.19	44.84		
รวม	จำนวน (คน)	180	130	310		
	ร้อยละ	58.07	41.93	100.00		

หมายเหตุ : กำหนดให้

H_0 : สถานการณ์ทางเศรษฐกิจ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

H_a : สถานการณ์ทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

จากตารางที่ 4.39 ผลการทดสอบสมมติฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.001 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานรอง (H_a) ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ซึ่งหมายความว่า สถานการณ์ทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยที่ 4 ปัจจัยด้านการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกของคนพิการทางการได้ยินที่ต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.40 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

การเข้าถึงบริการสาธารณสุข		ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน		รวม	Chi-Square	Sig.
		ไม่เป็น	เป็น			
มีข้อจำกัด	จำนวน (คน)	103	86	189	2.530	0.112
	ร้อยละ	33.23	27.74	60.97		
ไม่มีข้อจำกัด	จำนวน (คน)	77	44	121		
	ร้อยละ	24.84	14.19	39.03		
รวม	จำนวน (คน)	180	130	310		
	ร้อยละ	58.06	41.94	100.00		

หมายเหตุ : กำหนดให้

H_0 : การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

H_a : การเข้าถึงบริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

จากตารางที่ 4.40 ผลการทดสอบสมมติฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.112 ซึ่งมากกว่า 0.05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก (H_0) ปฏิเสธสมมติฐานรอง (H_a) ซึ่งหมายความว่า การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

ตารางที่ 4.41 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงสื่อ และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

การเข้าถึงสื่อ		ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน		รวม	Chi-Square	Sig.
		ไม่เป็น	เป็น			
มีข้อจำกัด	จำนวน (คน)	95	70	165	0.035	0.852
	ร้อยละ	30.65	22.58	53.23		
ไม่มีข้อจำกัด	จำนวน (คน)	85	60	145		
	ร้อยละ	27.42	19.35	46.77		
รวม	จำนวน (คน)	180	130	310		
	ร้อยละ	58.06	41.94	100.00		

หมายเหตุ : กำหนดให้

H_0 : การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

H_a : การเข้าถึงบริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

จากตารางที่ 4.41 ผลการทดสอบสมมติฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงสื่อ และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.852 ซึ่งมากกว่า 0.05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก (H_0) ปฏิเสธสมมติฐานรอง (H_a) ซึ่งหมายความว่า การเข้าถึงสื่อ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

ตารางที่ 4.42 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงการให้คำปรึกษา และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

การเข้าถึงการให้คำปรึกษา		ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน		รวม	Chi-Square	Sig.
		ไม่เป็น	เป็น			
มีข้อจำกัด	จำนวน (คน)	85	79	164	5.560	0.018*
	ร้อยละ	27.42	25.48	52.90		
ไม่มีข้อจำกัด	จำนวน (คน)	95	51	146		
	ร้อยละ	30.65	16.45	47.10		
รวม	จำนวน (คน)	180	130	310		
	ร้อยละ	58.06	41.94	100.00		

หมายเหตุ : กำหนดให้

H_0 : การเข้าถึงการให้คำปรึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

H_a : การเข้าถึงการให้คำปรึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

จากตารางที่ 4.42 ผลการทดสอบสมมติฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงการให้คำปรึกษา และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.018 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานรอง (H_a) ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ซึ่งหมายความว่า การเข้าถึงการให้คำปรึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน

ตารางที่ 4.43 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

การเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ		ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน		รวม	Chi-Square	Sig.
		ไม่เป็น	เป็น			
มีข้อจำกัด	จำนวน (คน)	67	65	132	5.041	0.025*
	ร้อยละ	21.61	20.97	42.58		
ไม่มีข้อจำกัด	จำนวน (คน)	113	65	178		
	ร้อยละ	36.45	20.97	57.42		
รวม	จำนวน (คน)	180	130	310		
	ร้อยละ	58.06	41.94	100.00		

หมายเหตุ : กำหนดให้

H_0 : การเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

H_a : การเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน

จากตารางที่ 4.43 ผลการทดสอบสมมติฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ และภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.025 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานรอง (H_a) ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ซึ่งหมายความว่า การเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน

4.3 วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการทางการได้ยินจากองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และแพทย์จำนวน 10 คน โดยจากการศึกษาสามารถนำเสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย ได้ดังนี้

4.3.1 การรับฟังปัญหา

การรับฟัง เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยเยียวยาคนที่มีความซึมเศร้าได้ โดยจากการสัมภาษณ์จิตแพทย์ได้ให้ความเห็นว่า คนพิการทางการได้ยินจะมีความจำกัดในการสื่อสาร ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลที่สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษามือ หรือการเขียนระบายความรู้สึก ซึ่งการรับฟังผู้ป่วยนั้น หรือคอยให้คำปรึกษาการอยู่เคียงข้างผู้ป่วยนั้น จะช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้นได้

“ถ้าเกิดว่ามีคนรับฟังก็อาจจะช่วยให้สถานการณ์หลาย ๆ อย่างดีขึ้น ทำให้ผ่านช่วงวิกฤตในแต่ละช่วงไปได้ง่ายขึ้น แต่ว่าในส่วนของคนที่มีความปัญหาทางการได้ยินเขาก็จะมีความจำกัด ในการที่มากคนสื่อสารด้วยเพราะฉะนั้นหลาย ๆ ครั้ง ก็จะเห็นว่า คนที่มีความปัญหาบกพร่องทางการได้ยินที่ใช้ภาษามือเป็นคุยกัน ปรึกษากันเป็นการช่วยเหลือกันเอง หรืออาจจะมีการปรึกษากับกลุ่มคนที่สามารถใช้ภาษามือได้ อันนี้ก็ช่วยได้เยอะ และในบางกรณีที่เขาไม่รู้ภาษามือก็อาจจะต้องใช้การเขียน บางทีอาจจะลำบากกว่าปกติเยอะพอสมควร แต่ก็อาจจะพอช่วยได้ในการสื่อสารการปรับทุกข์” (อภิชาติ จริยาวิลาศ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 20 พฤษภาคม 2565)

โดยแนวทางป้องกันที่สำคัญต้องเริ่มจากครอบครัว คนใกล้ชิด ที่ต้องสร้างความรู้ความเข้าใจ และเปิดใจรับฟังปัญหาจากคนพิการทางการได้ยิน จะมีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากที่จะทำให้คนพิการทางการได้ยินรู้สึกว่ามีคนอยู่เคียงข้างในยามที่เขาประสบปัญหาในชีวิต ดังความเห็นของผู้แทนโรงเรียนโสตศึกษา

“แนวทางป้องกันก็ต้องเริ่มจากครอบครัวก่อน เริ่มจากคนใกล้ชิด เราต้องสร้างความเข้าใจให้กับคนใกล้ชิดเขา ให้เขาตระหนัก เหมือนว่าต้องเริ่มจากคนภายในครอบครัวก่อน ต้องพูดคุยกันเยอะ ๆ คอยให้กำลังใจเขาอย่าตัดพ้อต่อว่าอะไรเขามาก เพราะคนหูหนวกเขาค่อนข้างที่จะ sensitive ค่อนข้างที่จะน้อยใจง่าย ไม่คิดเยอะเหมือนเรา” (วรรณรัตน์ พวงมาลัย, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2565)

สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้แทนนักวิชาการการศึกษา จากกลุ่มส่งเสริมการจัดการศึกษา ในสถานศึกษาเฉพาะความพิการ สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ มองว่า แนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินนั้น การรับฟังปัญหาของคนพิการทางการได้ยินจะสามารถช่วยลดปล่อยความตึงเครียดต่าง ๆ ออกมา โดยโรงเรียนก็เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะให้คนพิการทางการได้ยินได้เรียน ได้ทำกิจกรรม ซึ่งอาจจะทำให้ไม่เกิดภาวะดังกล่าว และครูที่โรงเรียนสามารถเป็นที่ปรึกษาของนักเรียนพิการทางการได้ยินได้ ทั้งในเรื่องทางจิตใจ วิชาการ และการใช้ชีวิตในสังคม

“โรงเรียนที่มีครู เหมือนเป็นพ่อแม่คนที่ 2 ที่ทำให้เขาไวใจ เด็กคนนี้จะเป็เด็กที่ดีเลย ตั้งใจเรียน และครูส่งไปหาช่องทางการทำงานให้เขา ว่าเขาอยากเรียนอะไร ก็ส่งไปถึงมหาวิทยาลัยเลย ส่งต่อดูแล พอไปเรียนที่นั่นมีปัญหาอะไร ก็จะเข้าไปดูปัญหาของเด็กที่นั่น ครูจะไปซัพพอร์ตเขาได้ เราไม่ได้ทิ้งถึงแม้เด็กจะจบออกไปแล้ว เราก็ไม่ได้ทิ้ง เพราะอย่างน้อยเขาก็คือลูกของเรา ในมหาวิทยาลัยอาจจะไม่มีล่ามภาษามือ เหมือนกับที่โรงเรียน แต่ว่าเขาก็จะต้องเรียนรู้ที่จะอยู่ให้ได้ ครูที่คอยช่วยเป็นล่ามให้ก็มี” (จิรัฐยา ไชยสาร, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 23 พฤษภาคม 2565)

แนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย ที่สำคัญอีกหนึ่งประการ คือ ในส่วนของสถาบันการศึกษาที่ต้องเข้ามาดูและและจัดการเรื่องนี้เพิ่มมากขึ้น โดยอาจจะจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือสำหรับเด็กพิการทางการได้ยินในระดับโรงเรียน เพื่ออำนวยความสะดวกในการสื่อสารและรับฟังปัญหาที่เด็กพิการทางการได้ยินประสบทั้งในด้านการเรียนและการใช้ชีวิตประจำวัน

“ควรจะมีศูนย์ช่วยเหลือ เราเป็นโรงเรียนโสตโรงเรียนเดียวที่มีศูนย์บริการนักเรียนพิการ DSS DSS จะมีแต่ในมหาลัย ทางโรงเรียนเอาแนวทางของมหาลัยมาตั้งเป็นศูนย์ DSS ของโรงเรียนเพื่อที่จะให้บริการกับเด็กหูหนวก มีล่ามด้วยและให้คำปรึกษาต่าง ๆ เพราะต้องยอมรับเลยว่าครูบางคนใช้ภาษามือยังไม่ค่อยได้ แต่ถ้าเด็กมาใช้บริการในศูนย์ DSS ก็จะมีล่ามคอยช่วยคอยคุย และสังเกตดูแลเด็ก” (วรรณรัตน์ พวงมาลัย, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 11 พฤษภาคม 2565)

อย่างไรก็ตาม ศูนย์ช่วยเหลือที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้นักเรียน นักศึกษาในสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในปัจจุบัน ที่มีอยู่นั้นอาจยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ต้องมีการพัฒนาต่อไป เพื่อให้การให้คำปรึกษาจะได้ผลลัพธ์ที่ดี ดังที่คณบดีวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล ได้อธิบายไว้

“ถ้าเราพูดถึง DSS (Disability Support Service) มีความรู้สึกว่าจะแต่ละที่แต่ละมหาลัย ยังไม่เข้าใจว่า DSS ของคนหูหนวกมีอะไรมากกว่าล่ามภาษามือ ซึ่งล่ามภาษามือเป็นแค่ 1 ใน DSS ไม่ใช่แค่บอกว่า DSS จะต้อง มี Note taker ช่วยแค่นั้น แต่นักให้คำปรึกษา เมื่อก่อนตอนที่เรามีน้องที่จบภาษามือ และเป็นคนที่ให้คำปรึกษาให้กับคนหูหนวกได้ดีมาก ถ้าสมมติเด็กศึกษามีอะไรก็จะไปเจอคนนี้ คนอื่นจะได้ไม่เต็มที่เขาอาจจะได้ภาษามือแต่ก็ไม่ได้เต็มที่เหมือนกับเป็นธรรมเนียมในวิทยาลัยนี้เหมือนกับว่าถ้าใครไม่ใช่ล่ามภาษามือก็ไม่ควรใช้ภาษามือกับคนหูหนวก ซึ่งมันก็ไม่ใช่ คือ ทุกคนถ้าใครใช้ภาษามือยิ่งมากยิ่งดี แต่ถ้าเป็นเรื่องของ service ก็จะเป็นอีกเรื่อง” (วัชรา รั้วไพบูลย์, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 6 พฤษภาคม 2565)

การรับฟังปัญหา เป็นแนวทางที่สำคัญมากที่จะช่วยเยียวยาและบรรเทาความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นกับทุกคน โดยเฉพาะกับคนพิการทางการได้ยินที่อาจจะมีความคิดกลัวที่จะสื่อสารเพราะคนทั่วไปไม่เข้าใจ ถ้าคนรอบข้างพยายามที่จะเข้าถึงและรับฟัง อยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจและยอมรับซึ่งกันและกัน ก็จะช่วยลดความเครียดหรือความกดดันให้กับคนพิการทางการได้ยินได้ และจากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นว่า สิ่งแวดล้อมคนรอบข้างมีความสำคัญกับคนพิการทางการได้ยินเป็นอย่างมาก ตั้งแต่ระดับครอบครัว เพื่อน โรงเรียน สถาบันการศึกษา สถานที่ทำงาน รวมไปถึงหน่วยงานระดับประเทศก็ควรที่จะเห็นความสำคัญในการเปิดพื้นที่ให้คนพิการทางการได้ยินได้พึ่งพาหากเกิดปัญหาหรือความทุกข์ใจขึ้น

4.3.2 การเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะซึมเศร้าและสุขภาพจิต

เมื่อมองถึงแนวทางการแก้ปัญหาที่เป็นภาพใหญ่มากขึ้น อย่างเช่น การมีล่ามภาษามือที่จะช่วยสื่อสารกับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน แล้วก็จะทำให้คนพิการทางการได้ยินสามารถระบายสิ่งที่เกิดในใจได้ แต่จะช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้นหรือไม่นั้น จิตแพทย์ให้ความเห็นว่า สิ่งที่สำคัญในประเด็นนี้คือการให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจกับคนพิการทางการได้ยิน ว่าภาวะซึมเศร้า หรือโรคซึมเศร้าเป็นโรคชนิดหนึ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน และถ้าเกิดปัญหาในชีวิต เกิดความเครียดจนเริ่มส่งผลกระทบต่อจิตใจก็สามารถไปพบจิตแพทย์ได้เลยโดยที่ไม่จำเป็นต้องรอจนป่วย อย่างไรก็ตามในตอนนี้อย่างไรก็ดีในเรื่องของข้อมูลมีเผยแพร่มากมายแล้ว แต่ถ้ามีหน่วยงานที่มาดูแลสื่อสารกับคนหูหนวกก็จะช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้นได้

“หลัก ๆ ก็คือให้ข้อมูล ว่าซึมเศร้ามันเกิดกับใครก็ได้ ว่าคุณมีปัญหาหรือไม่มีคนที่มีปัญหาซึมเศร้าได้ และมันก็เป็นโรคโรคหนึ่ง ดังนั้นเมื่อไหร่ที่รู้ว่ามีปัญหาหรือสงสัยว่าจะมีปัญหา ยังไม่ต้องรอป่วยก็ได้ให้ความช่วยเหลือเลย ถ้ามีความเครียดเยอะ ๆ เราก็ไม่ต้องรอจนป่วย ให้ไปหาหมอได้ ถ้าเกิดเกี่ยวข้องกับหน่วยงานก็ช่วยทำให้อำนวยความสะดวกในส่วนของการสื่อสาร เรื่องของล่าม ก็อาจจะช่วยให้คำปรึกษาการช่วยเหลือให้เร็วขึ้น แล้วจัดระบบเรื่องของการให้ข้อมูลในรูปแบบของตัวอักษรมากขึ้น จริง ๆ แล้วในประเทศไทยมีค่อนข้างเยอะเนื้อหาที่เป็นตัวอักษร แต่ถ้าเกิดมีเรื่องของหน่วยงานที่เราตั้งเป็นพิเศษสำหรับกรณีที่จะช่วยเหลือผู้ที่บกพร่องทางการได้ยินอาจจะเป็นศูนย์กลาง ในการรวบรวมข้อมูล ก็อาจจะดี จะได้ว่าที่ไหนมีล่ามภาษามือ หรือว่าที่ไหนคุณหมอควรใช้ภาษามือเป็น ก็อาจจะช่วยได้ค่อนข้างเยอะ หรืออย่างน้อยก็อาจจะเป็นที่รวบรวมข้อมูล ว่าที่ไหนเป็นที่อยู่ใกล้บ้านและสะดวกให้ความช่วยเหลือได้บ้าง” (อภิชาติ จริยาวิลาส, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 20 พฤษภาคม 2565)

นอกจากนี้ ผู้แทนสำนักการศึกษาพิเศษ กระทรวงศึกษาธิการ มองว่า แนวทางการป้องกันปัญหาก็คือ เรื่องของความรู้ ที่คนรอบตัวคนพิการทางการได้ยินจะต้องรู้ โดยต้องเริ่มจากปรับการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพขึ้น เน้นให้องค์ความรู้ที่หลากหลายมากกว่าเชิงวิชาการเพิ่มขึ้น

“ถ้าเราสามารถสื่อสารกับเขาได้ ก็คือการพัฒนา จริง ๆ ก็เป็นการพัฒนาในตัวเด็กด้วย ว่าเด็กเองก็ต้องใฝ่รู้ด้วย และทำอย่างไรให้เขาเรียนอย่างสนุก หรือไม่ก็มีวิธีที่จะทำให้เขาได้ร่วมกิจกรรม และเวลาที่มีคนเข้ามาในโรงเรียน เขาอยากคุยกับเรา แต่เราไม่สามารถจะคุยกับเขาได้รู้เรื่อง บางทีกว่าจะคุยกันได้เขาก็เหนื่อย แต่ถ้ามีการปฏิบัติ สมมุติเป็นแนวว่าควรจะมีกิจกรรมเสริมเพิ่มเติมให้กับเด็กหรือจัดกิจกรรมอะไรก็ได้ให้เด็กได้ผ่อนคลายได้มีส่วนร่วม บางครั้งการที่เขาได้มีส่วนร่วมได้แสดงออก ได้แสดงความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ ก็ทำให้เขาได้รู้มุมมองของเขาว่ายังต้องการอะไร ในเรื่องของกิจกรรมให้เน้นในเรื่องการให้มีส่วนร่วมและเขาก็จะค่อย ๆ ดึงออกมา ถ้าเขาอ่อนครู่จะได้อะไร” (จิรัฐยา ไชยสาร, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 23 พฤษภาคม 2565)

ในส่วนของผู้แทนกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการก็ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเริ่มมีการทำกิจกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าบ้าง แต่ยังคงอยู่ในระยะเริ่มต้น เริ่มมีการวางแผนงาน โดยเริ่มต้นจะเป็นเรื่องของสุนามัย และความรู้เรื่องสุขภาพ รวมไปถึงการเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตให้เข้าถึงคนพิการมากยิ่งขึ้น

“เรามีแผนสตรีกลุ่มคนพิการเพื่อพัฒนาตัวศักยภาพและมีเรื่องของการให้ความรู้ เรื่องของอนามัย เจริญพันธุ์ เรื่องของสุขภาพทางเพศ เรามีพื้นฐานตรงนั้น แต่ว่าถ้าเป็นเรื่องของเชิงเฉพาะทางด้านจิตใจอันนี้ยังไม่มี ส่วนองค์ความรู้ที่อยากจะส่งไปหาคนพิการ ทางกรมก็มีทั้ง 2 ส่วนมีทั้งอบรม ตอนนี้ก็เป็นออนไลน์ส่วนใหญ่ และมีการ On-site อบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของตัวคนพิการ อันที่สองก็จะเป็นในเรื่องของการที่จะมีสื่อประชาสัมพันธ์เผยแพร่ต่าง ๆ และผ่านทางช่องทาง ไม่ว่าจะเป็นโซเชียลมีเดีย และเว็บไซต์ และยูทูบและอาจจะส่งคู่มือประชาสัมพันธ์ให้กับองค์กรผู้พิการหลัก ๆ เพื่อไปเผยแพร่ต่อ” (พัชรมณฑิ ปิติปัญญากุล, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 8 มิถุนายน 2565)

นอกจากนี้ ผู้แทนกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ยังได้เพิ่มเติมอีกว่า แนวทางการแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรคภาวะซึมเศร้าและสุขภาพจิต ควรสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยอาจมีการสำรวจความเข้าใจในเรื่องนี้ เพื่อจะได้หาแนวทางการในการร่วมมือแก้ไขปัญหาร่วมกับกรมสุขภาพจิตต่อไป

“ให้ความเข้าใจ เป็นเรื่องสำคัญสำหรับคนหูหนวก ส่วนอื่น ๆ เขาก็สามารถไปหากี่ได้เขาอาจจะอยู่ในกลุ่มของเขาเอง เราก็อาจจะต้องเสริมเรื่องความรู้ความเข้าใจให้กับเขาได้ดูก่อนเบื้องต้น ให้เขาเข้าใจ และนอกจากนั้นเองถ้าเกิดเรามีการสำรวจแล้วเราเห็นตัวเลขที่ค่อนข้างเยอะหรือสูงขึ้นมีแนวโน้มอะไรต่าง ๆ เราก็อาจจะต้องมาประเมินในเรื่องของการขอความร่วมมือกับกรมสุขภาพจิตใหม่ว่าจะหากิจกรรมต่าง ๆ ที่เสริมเพื่อลดความตึงเครียดให้ ถ้าเขามีความเครียดมาจากเรื่องของการทำงานเราก็มีเสริมในเรื่องของการพัฒนาศักยภาพหรือการหาอาชีพใหม่ ๆ” (พัชรมณฑิ ปิติปัญญากุล, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 8 มิถุนายน 2565)

ผู้แทนสมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย มองว่า ควรมีการเผยแพร่ และการให้ความรู้ในเรื่องของภาวะซึมเศร้าหรือข้อมูลต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลให้คนพิการทางการได้ยินสามารถนำไปวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเองได้

“ต้องมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเพื่อที่จะให้คนหูหนวกได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้มากขึ้น และการให้ความรู้ในเรื่องของภาวะซึมเศร้าหรือข้อมูลต่าง ๆ มันจะต้องเป็นไปในเรื่องของความต่อเนื่อง และเป็นข้อมูลที่คนหูหนวกเขาได้ไปแล้วเขาสามารถวิเคราะห์ตัวเองได้ว่าตกลงเขาอยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือเปล่า ถ้าเขาอยู่ในกลุ่มเสี่ยงเขาต้องทำอะไร ก็คือเน้นไปที่ความรู้และให้เขาตระหนัก ในเรื่องของความสำคัญของภาวะซึมเศร้า” (กานต์ อรรถยุกติ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 2 พฤษภาคม 2565)

นอกจากนี้ผู้แทนสมาคมล่ามภาษามือแห่งประเทศไทย มองว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยการทำให้ความรู้ หรือการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาในเรื่องการดำเนินชีวิตกับคนพิการทางการได้ยินที่อาจจะจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

โดยอาจเริ่มให้ความรู้กับล่ามภาษามือ เพื่อจะเป็นอีกหนึ่งกลุ่มคนสำคัญที่จะช่วยในการสื่อสารกับคนพิการทางการได้ยิน ที่จะสามารถไปถ่ายทอดความรู้ และการให้คำปรึกษา หรือการเข้าถึงบริการต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าได้อย่างเป็นระบบ

“อาจจะต้องมีสื่อที่เขาจะสามารถเข้าถึงได้ ทำเป็นระบบให้ชัดเจน หรืออาจจะให้ความรู้ก่อน และมีระบบการดูแลโดยเฉพาะของเขา สื่อก็มีความสำคัญเกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นของภาวะซึมเศร้า ถ้าเราทำสื่อออกมาในลักษณะที่เขาเข้าถึงได้ก็ดี จริงๆ สื่อภาวะซึมเศร้าของคนหูตึงก็น้อยอยู่ และคนหูหนวกก็เข้าถึงไม่ได้ อาจจะต้องผลิตสื่อขึ้นมาเพื่อที่จะให้ตอบโต้กับคนพิการทุกประเภท เพื่อที่จะได้พ่วงงานอื่นด้วย อาจจะต้องมีศูนย์ในการให้คำปรึกษา แต่อาจจะไม่ได้เป็นเรื่องของภาวะซึมเศร้าอย่างเดียวแต่เป็นเรื่องอื่น ๆ ด้วย ให้คำปรึกษาเรื่องของชีวิต เพราะมันก็อาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ก็ต้องมีการอบรมล่ามก่อน ให้มีความรู้ในเรื่องของภาวะซึมเศร้า อย่างน้อยล่ามก็มีภาษามือที่ติดอยู่แล้วที่จะช่วยสื่อสารได้ และทราบเรื่องความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าได้ และวิธีการให้คำปรึกษา ระบบในการดูแลจะเชื่อมต่อกันอย่างไร มีการติดตามประเมินผลกันอย่างไร เพราะมันก็ต้องใช้เวลา” (โสภณ ชัยวัฒนกุลวานิช, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

องค์ความรู้เรื่องของภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ สำหรับเรื่องของสุขภาพจิตและเรื่องของภาวะซึมเศร้าที่คนพิการทางการได้ยินอาจจะไม่ค่อยได้ตระหนักที่จะสำรวจตนเอง เพราะอาจจะมีความคิดที่ว่า ความทุกข์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติธรรมดาของมนุษย์ หรือด้วยความที่คนพิการทางการได้ยินยังมีอัตราการเข้าถึงจิตแพทย์ที่น้อยมาก คนพิการทางการได้ยินเลยยังไม่พบข้อเปรียบเทียบหรือรู้จักคนมีภาวะซึมเศร้าดีพอ ดังนั้น แนวทางสำคัญที่จะสามารถแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินได้อีกหนึ่งประการ ก็คือ การเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะซึมเศร้าและสุขภาพจิต การให้ข้อมูลเรื่องภาวะซึมเศร้าที่ถูกต้องว่าเป็นอย่างไร จะสามารถรับมือ หรือรักษาอย่างไร ก็จะทำให้คนพิการทางการได้ยินสามารถเข้าใจในเรื่องการรักษามากยิ่งขึ้น

4.3.3 สร้างการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และล่ามภาษามือ

จากการศึกษาพบว่า คนพิการทางการได้ยินที่มีความสามารถเข้าถึงจิตแพทย์นั้นยังมีน้อย ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องภาวะซึมเศร้าจนคนพิการทางการได้ยินไม่ได้ตระหนักกับปัญหานี้ และอีกส่วนหนึ่งก็เป็นข้อจำกัดด้านอื่น ๆ เช่น การเดินทาง การเงิน การสื่อสาร เพราะจิตแพทย์ส่วนใหญ่ก็ไม่สามารถสื่อสารภาษามือได้ การจะใช้ล่ามภาษามือก็ยังเป็นเรื่องยาก เมื่อมีข้อจำกัดในเรื่องของการสื่อสาร ถึงแม้ว่าจะพบจิตแพทย์แล้ว คนพิการทางการได้ยินก็ยังไม่เข้าใจว่าจะทำอย่างไรต่อไป สาเหตุเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้คนพิการทางการได้ยินเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ยาก ดังที่ผู้แทนประธานชมรมคนหูหนวกระดับจังหวัด ได้อธิบายไว้ว่า

“มีคนหูหนวกที่มีปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ เพราะหนึ่งการสื่อสารไม่มีล่าม การใช้คำศัพท์ที่คนหูหนวกไม่สามารถเข้าถึงได้ ข้อมูลในการสื่อสารตกหล่น คนหูหนวกไม่เห็นความสำคัญของการทานยา เพราะอ่านข้อความที่หมอเขียนมาให้ไม่เข้าใจ ทำให้การทำยาผิดพลาดบ้าง ทำให้การรักษาไม่เป็นผล พอสุดท้ายอาการไม่ดีขึ้นก็ทำให้ไม่เห็นคุณค่าในตัวเอง และบางคนก็อาจจะอยากฆ่าตัวตาย ตอนแรกเขาก็คิดว่ามันเป็นปกติหรือเปล่า เราแค่เข้าไปไม่ถึงเราลองทำได้แหละ แต่สุดท้ายเขาถึงเห็นว่ามันมีปัญหา ปัญหาหลัก ๆ ก็คือบริการล่ามมีไม่เพียงพอ ทำให้คนหูหนวกเข้าถึงข้อมูลได้ไม่ครบ หมอทั่วไปก็เป็นแบบนี้” (รุ่งอรัน วงศ์แก้วมูล, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 10 พฤษภาคม 2565)

สอดคล้องกันกับที่ ผู้แทนสมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย ได้อธิบายว่า การเข้าถึงจิตแพทย์ของคนพิการทางการได้ยินนั้น ยังเป็นเรื่องที่ยาก และด้วยลักษณะเฉพาะหรือความต้องการเฉพาะสำหรับคนพิการทางการได้ยินนั้น จึงเป็นสาเหตุสำคัญในการเข้าไม่ถึงบริการ

“ในเรื่องของการเข้าถึงจิตแพทย์ ก็ต้องดูว่าประเด็นที่เขาก่อนจะปรึกษาเป็นประเด็นไหนถ้าเป็นเรื่องปกติเขาสามารถคุยได้ถ้าเป็นเรื่องแบบทั่วไปไม่ได้ลึกมาก ก็จะสามารถใช้บริการล่ามได้ แต่ถ้าเป็นการถามปัญหาสุขภาพจิตในเชิงลึกที่คนหูหนวกจะต้องปรึกษา ก็อาจจะไม่สามารถเข้าถึงได้ และหมอก็อาจจะไม่รู้ลักษณะเฉพาะหรือความต้องการเฉพาะสำหรับคนหูหนวก การให้บริการก็อาจจะเข้าไม่ถึง” (กานต์ อรรถยุกติ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 2 พฤษภาคม 2565)

นอกจากนี้ผู้แทนประธานชมรมคนหูหนวกระดับจังหวัด ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า การให้คำแนะนำด้านภาวะซึมเศร้ากับคนพิการทางการได้ยินนั้น ปัญหาสำคัญคือ เรื่องล่ามภาษามือที่มีความรู้ด้านจิตวิทยาที่ใช้ในการสื่อสารด้วยเช่นกัน

“การที่จะให้คำแนะนำทางด้านจิต จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับจิตวิทยา เพราะว่าการสื่อสารมันไม่ใช่การสื่อสารทางด้านเดียวมันไม่สามารถจะบอกความรู้สึกข้างในได้เลย มันอาจจะต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารใช้จิตวิทยาและสื่อสารกันหลาย ๆ รอบ ซึ่งตอนนี้ล่ามที่มีความรู้เกี่ยวกับจิตวิทยายังไม่มี หมอจิตวิทยาที่รู้เรื่องภาษามือก็ไม่มี ไม่มีทั้ง 2 อย่าง หมอจิตแพทย์ที่เข้าใจคนหูหนวกก็ไม่เคยเห็น ส่วนมากจะเห็นแค่คนหูหนวกไม่เป็นไรก็รักษาตามอาการ ซึ่งจริง ๆ แล้วคนหูหนวกอาจจะต้องการความเข้าใจ ในลักษณะความพิการเฉพาะ และการสื่อสารที่ต่อเนื่องการให้คำแนะนำที่ถูกต้อง” (รุ่งอรัน วงศ์แก้วมูล , การสื่อสารระหว่างบุคคล, 10 พฤษภาคม 2565)

เพราะฉะนั้นจึงปฏิเสธไม่ได้ว่าคนพิการทางการได้ยินยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ แม้ว่าในเชิงนโยบายจะมีความพยายามให้คนพิการเข้าถึงบริการการแพทย์อย่างเท่าเทียม หลัก ๆ จะเป็นเรื่องของการสื่อสาร ล่ามภาษามือที่มีปริมาณน้อย ทำให้คนไข้กับแพทย์สื่อสารกันไม่เข้าใจ ดังที่ผู้แทนจากสำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้อธิบายไว้

“ตามนโยบายมันเปิดรับคนอยู่แล้ว แต่ในทางปฏิบัติเราก็เห็นปัญหาอยู่ เรื่องของการสื่อสารที่จะต้องใช้ล่ามภาษามือในการสื่อสารบางเรื่องที่มีมันละเอียดอ่อน ที่มันไม่สามารถจะพูดคุยกับหมอได้ หรือว่าการเดินทางที่มันไกล เขาก็เจอปัญหาเช่นเดียวกับคนอื่นแล้วบวกด้วยปัญหาของการสื่อสารกับคนที่เข้าใจได้เข้าไปก็ทำให้เขามีปัญหาเพิ่ม เรื่องการเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ หรือไม่สมบูรณ์แบบเช่นเดียวกับคนอื่น แต่ด้วยสิทธิ์สวัสดิการก็เท่าเทียมกับคนอื่นอยู่แล้ว” (ภรณ์ ภูประเสริฐ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

เช่นเดียวกับกับความคิดเห็นของจิตแพทย์ มองว่า ปัญหาในการเข้าถึงสิทธิ์ในการรักษาของคนพิการทางการได้ยินนั้น คือ เรื่องของการสื่อสารเพราะในโรงพยาบาลอาจจะไม่มีล่ามภาษามือ โดยเฉพาะโรงพยาบาลจิตเวชก็ไม่ได้มีล่ามภาษามือ และการสื่อสารกับบุคลากรอาจจะยังมีข้อจำกัด

“อุปสรรคในระดับของเรื่องของการสื่อสารแต่เรื่องของสิทธิ์ในการรักษา คิดว่าไม่ได้มีความต่างจากคนทั่วไป เพราะว่าจริง ๆ สิทธิ์การเข้าถึงการรักษาบัตรทอง ประกันสังคม หรือราชการก็ได้หมดเลย ดังนั้นถ้าเป็นคนไทยมีสิทธิ์อยู่แล้ว แต่เรื่องที่จะมีปัญหาก็คือในเรื่องของการสื่อสารเพราะว่าในโรงพยาบาลอาจจะไม่มีล่ามภาษามือ โดยเฉพาะโรงพยาบาลจิตเวชเราก็ไม่ได้มีล่ามภาษามือ และการสื่อสารกับบุคลากรอาจจะยังมีข้อจำกัดกว่า ส่วนใหญ่ที่เขาไปกันเขาก็จะใช้วิธีการเขียน ก็จะเป็นการสื่อสารด้วยการเขียนแทนก็อาจจะช่วยได้ในระดับหนึ่ง แต่ว่าก็ต้องใช้เวลามากกว่าคนทั่วไปเพราะว่าจะเป็นการเขียนตอบกัน”(อภิชาติ จริยาวิลาศ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 20 พฤษภาคม 2565)

โดยปัญหาการเข้าถึงจิตแพทย์ของคนพิการทางการได้ยินนั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การนัดเวลายากลำบาก เพราะนอกจากจะต้องนัดเวลาจิตแพทย์แล้วยังต้องนัดเวลากับล่ามภาษามือด้วย ซึ่งกระบวนการต่าง ๆ กว่าจะได้รับการรักษาค่อนข้างยุ่งยาก

“ต้องยอมรับว่าบางทีคนหูหนวกเองก็ยังไม่รู้ตัว ว่าตัวเองมีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ แต่เรื่องของการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ รัฐบาลจัดล่ามภาษามือให้ การเข้าถึงก็ยังไม่เทียบเท่ากับคนทั่วไปอยู่ที่เพราะว่าการที่จะไปโรงพยาบาลจะต้องมีล่ามภาษามือไปด้วย มันมีขั้นตอนการจองล่ามภาษามือค่อนข้างซับซ้อนและใช้เวลาเพราะต้องติดต่อไปจองก่อน และรอเวลาที่ช่วงไหนล่ามจะว่าง ก็ค่อนข้างลำบากกว่าคนทั่วไปปกติ อย่างเช่นกรณีที่ไปพบแพทย์ฉุกเฉิน ก็ไม่ทันเลยเพราะว่าหาล่ามยากมาก อันนี้ก็คือข้อแตกต่างจากคนปกติทั่วไป” (วรรณรัตน์ พวงมาลัย, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 11 พฤษภาคม 2565)

การเข้าถึงบริการจิตแพทย์สำหรับคนพิการทางการได้ยินเป็นไปค่อนข้างยาก เพราะบางครั้งแม้คนทั่วไปเองก็ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้า คนพิการทางการได้ยินก็เช่นกัน และเมื่อไปพบแพทย์กว่าจะได้รับการวินิจฉัยก็ต้องได้รับการตรวจหลายขั้นตอน และในกระบวนการรักษาก็มีอุปสรรค เช่น แพทย์ไม่รู้จักภาษามือ การสื่อสารก็ยิ่งยากขึ้น ล่ามภาษามือจึงมีความสำคัญมาก แต่ก็ยังมีไม่เพียงพอ และตัวของล่ามเองก็ไม่ได้มีความเข้าใจในเรื่องของศัพท์จิตวิทยาทำให้การสื่อสารก็อาจไม่ชัดเจน ดังคำสัมภาษณ์ของคณบดีวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

“คิดว่ายากมากเลยเพราะว่าเวลาที่เรามีอาการหรือภาวะทางจิต เราไปหาแพทย์ทั่วไปเขาก็จะไม่ได้ service ในลักษณะที่ลึก หรืออย่างคนทั่วไปรู้สึกว่ามีอาการเครียด เรารู้สึกว่าเราจะเป็นซึมเศร้า คนที่เราจะปรึกษาคนแรกอาจจะเป็นนักจิตวิทยาที่ให้คำปรึกษา ซึ่งคนทั่วไปที่ยังไม่รู้ตัวเองว่าเป็นซึมเศร้าไปแล้ว เขาก็จะเข้าไปขอบริการตรงนี้ เขาก็เริ่มเห็นภาพตัวเองว่าเป็นอย่างไร แต่ถ้าสมมุติว่าพอเริ่มไปขอคำปรึกษาเบื้องต้นหรือไปหาหมอทั่วไป ที่เรียกว่าดูอาการเบื้องต้นแล้วสงสัยว่าคนนี้น่าจะเป็นโรคซึมเศร้า ก็ต้องถูกส่งต่อไปที่จิตแพทย์ เป็นผู้ซักประวัติ ซึ่งก็อาจจะต้องไปทำ psychological test ซึ่งทั้งหมดนี้มันเป็นเชิงลึกที่จะต้องจัดสรรการรับรู้ของคนหูหนวก เราไม่มีล่ามคนไหนที่ชำนาญทางด้านจิตวิทยา ที่จะสามารถเข้าใจและสื่อสารระหว่างหมोजิตวิทยากับคนหูหนวกได้และเราก็ไม่มีหมอคนไหนที่รู้ภาษามือ” (วิชรา รั้วไพบูลย์, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 6 พฤษภาคม 2565)

อย่างไรก็ตาม ในช่วงระยะเวลาไม่กี่ปีที่ผ่านมาเริ่มมีการให้ความรู้ทางด้านจิตวิทยากับล่ามภาษามือมากขึ้น แต่ก็น่าเสียดายว่าเมื่อถึงเวลาล่ามภาษามือเหล่านี้ก็ต้องกลับไปทำหน้าที่เป็นล่ามภาษาทั่วไปเหมือนเดิม ดังนั้นจึงอาจจะต้องมีการฝึกฝนล่ามภาษามือให้รับความรู้ด้านจิตวิทยาหากพอที่จะให้คำปรึกษาเบื้องต้นได้

“เริ่มเห็นล่ามภาษามือที่มาเรียนจิตวิทยา 2-3 คนแล้ว แต่สุดท้ายเขาก็กลับไปทำหน้าที่เป็นล่ามทั่วไป จริง ๆ มันไม่ได้เป็นแค่เรื่องปัจจัยของภาวะการเป็นโรคซึมเศร้า แต่คิดว่าเรื่องของการเป็นนักให้คำปรึกษาที่ต้องเป็นคนที่มีภาษามือเลย พอเราเป็นนักให้คำปรึกษาเราจะเป็นนักให้คำปรึกษาผ่านล่ามภาษามือ มันไม่มีทางเป็นไปได้ มันไม่มีทาง Inside ไปถึงปัญหาเชิงลึก เพราะฉะนั้นถ้าถามว่ามีวิธีการก็คือ คนที่เป็นล่ามภาษามือเลยถ้าสมมุติว่าเราสามารถทำให้เขาต่อยอดคือ เป็นล่ามที่ไม่ได้รับแค่ล่ามภาษามือ แต่เปลี่ยนหน้าที่มาเป็นนักให้คำปรึกษาก็ได้ เรียนต่อยอดและเป็นนักจิตวิทยาให้คำปรึกษา หรือเรามีนัดให้คำปรึกษาที่สนใจปัญหาของคนหูหนวกหรือภาษามือ อันนี้เรียกว่าเป็นคนทั่วไปที่สนใจจะทำงานด้านนี้ ถ้าเป็นครูก็ต้องเป็นครูที่รู้ภาษามือ ก็จะมีครูจำนวนหนึ่งที่จบราชสุดา กลุ่มนี้เพราะเขาโตขึ้นมาเขาอาจจะจะเป็นนักจิตวิทยาภายในโรงเรียนก็ได้ ก็ต้องไปเรียนจิตวิทยาเพิ่มเติมเหมือนกัน ก็จะสามารถมาทำงานนี้ได้แต่ว่าแรงจูงใจที่จะให้เขาไปเรียน ก็จะต้องมีทุนการศึกษาแต่ว่าก็ต้องกลั่นกรอง และต้องเลือกได้ก็คือสมาคมคนหูหนวกมันจะต้องมีทัศนคติหรือคนที่มีความมุ่งมั่น ต้องเป็นคนที่เขาใจวิถุธรรมของคนหูหนวกจริง กับอีกมุมหนึ่งที่มีมองคนหูหนวกเอง อย่างเช่นครูหูหนวก การจะมีครูหรือการจะมีนักให้คำปรึกษา ถ้าเราสามารถทำให้คนหูหนวกโตขึ้นมาได้ มันจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการหรือการเรียนรู้ คนหูหนวกหรือเด็กหูหนวกไม่ได้ต้องการนักทั้งหลายมา แต่เขาต้องการเห็นว่าความเป็นมนุษย์ของคนหูหนวก เราสามารถเป็นอย่างนั้นได้จริง เพราะฉะนั้นมันต้องมีคนหูหนวกที่มาทำหน้าที่ มาเป็นคนพูดเป็นคนให้คำแนะนำคำปรึกษา มันจะช่วยได้มาก ซึ่งคิดว่าถ้าเป็นระบบปกติไม่สามารถผลิตคนเหล่านี้ได้มันจะต้องมียุทธศาสตร์เฉพาะ แล้วจะต้องมีความร่วมมือ ที่จะต้องเป็นสมาคมคนหูหนวก ถ้าให้องค์กรที่เป็นคนหูดีทำเขาก็จะไม่อินแล้วเขาก็จะไม่เข้าใจว่าความจำเป็นมันแค่ไหน” (วัชราร ธีวโพบูลย์, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 6 พฤษภาคม 2565)

นอกจากปัญหาที่กล่าวไปทั้งหมด การเข้าถึงล่ามภาษามือที่ยังไม่ครอบคลุมก็เป็นสาเหตุหนึ่งเช่นกัน โดยผู้แทนกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมองว่า ข้อจำกัดในการเข้าถึงล่ามภาษามือส่งผลกระทบต่อสื่อสาร คนพิการทางการได้ยินจะรู้สึกอึดอัด และการเข้าถึงข้อมูลความรู้ต่าง ๆ ก็ยังถูกจำกัด

“ปัญหาที่พบเจอบ่อย ๆ ก็คือเรื่องของจำนวนล่ามที่มีไม่เพียงพอต่อการให้บริการของคนพิการ อาจจะไม่ได้มีครบทุกจังหวัด แต่ว่าเขาก็จะใช้จังหวัดใกล้เคียง หรือบางทีที่อยากจะใช้ ณ เวลานั้น เราก็ไม่มีให้พอด้วยการที่จะอบรมหลักสูตรของล่ามต้องผ่านหลักสูตรปริญญาตรี ก็ใช้เวลาในการเรียน หน่วยผลิตก็มีน้อย มีแค่ราชสุดาและสวนดุสิต ที่เป็นหน่วยผลิตล่าม การสนใจของคนที่จะเป็นล่ามก็สำคัญ” (พัชรมณท์ ปิติปัญญากุล, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 8 มิถุนายน 2565)

ปัญหาล่ามภาษามือนอกจากจำนวนล่ามไม่พอ การเข้าถึงล่ามมืออย่างจำกัดแล้ว การสื่อสารของล่ามภาษามือโดยเฉพาะในโรงเรียนจะเน้นไปที่การสื่อสารด้านการศึกษาในวิชาต่าง ๆ เป็นหลัก ไม่ค่อยได้ให้ความรู้ความเข้าใจ หรือพูดคุยทั่วไปในเรื่องสุขภาพจิตนัก และบุคลากรที่คอยดูแลเรื่องสุขภาพจิต เช่น ครูแนะแนว นักจิตวิทยาโรงเรียน ก็ไม่รู้ภาษามือ จึงเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่ง

“ล่ามภาษามือ เราเน้นเรื่องของด้านการศึกษา ในวิชาต่างๆ แต่ว่าถ้าภาษาทางการแพทย์มันก็ต้องเป็นอีก Step หนึ่ง มันก็จะต้องเป็นอีกองค์ความรู้หนึ่งที่เขาจะต้องศึกษา นอกเสียจากว่าเป็นครูที่จบจากวิทยาลัยการศึกษามาก่อน หรือนักจิตวิทยาคลินิก ตามโรงเรียนเขาก็จะมีนักจิตวิทยาคลินิกมา ตรงนี้จะช่วยได้มากเลยแต่ถ้าไม่รู้ภาษามือ แต่ถ้าอยู่ในโรงเรียนโสตเขาก็น่าจะได้บ้าง เพราะอย่างน้อยเขาก็ได้พูดคุยกับเด็กกับครู แต่ถ้าถามล้วงลึกในเรื่องของการศึกษาอาจจะไม่ได้มาก แต่ว่าเขาก็สามารถช่วยกันได้ในบางคำ แต่ถ้าให้เสนอแนะที่เป็นเหมือนการให้องค์ความรู้แก่เด็กในเรื่องตรงนี้นั้นก็จะดีมาก” (จิรัฐยา ไชยสาร, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 23 พฤษภาคม 2565)

นอกจากนี้ผู้แทนสมาคมล่ามภาษามือแห่งประเทศไทย มองว่า คนพิการทางการได้ยินมีปัญหา ด้านการสื่อสาร และการเข้าถึงล่ามภาษามือ โดยทางสมาคมล่ามภาษามือแห่งประเทศไทยก็มีการพัฒนาการทำงานของล่ามภาษามือ ซึ่งจะช่วยในการบริการได้ดียิ่งขึ้น

“มี เพราะเรื่องของการสื่อสาร เขาไม่เข้าใจถึงสถานะที่เป็นอยู่ เศรษฐกิจเป็นอย่างไร โควิดเป็นอย่างไร เขาก็อยู่ได้ เขาก็อยู่ในชีวิตประจำวันปกติของเขาโดยที่ เขาไม่เข้าใจจริง ๆ ว่าผลกระทบเป็นอย่างไร บริการล่ามของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ทำเอง ที่เขาบริการอยู่ทุกวันนี้ ก็มีการพัฒนา จากเมื่อก่อนที่ไม่มีการสอบประเมินต่ออายุบัตร แต่ตอนนี้เริ่มมีการต่ออายุบัตร ก็เชื่อว่าล่ามที่ผ่านการประเมินก็สามารถทำงานบริการได้มากขึ้นมากกว่าเมื่อก่อน ระบบคุณภาพน่าจะมากกว่าขึ้นเยอะ และเราก็จะพัฒนาต่อไปเรื่อย ๆ” (โสภณ ชัยวัฒนกุลวานิช, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

อีกประเด็นที่น่าสนใจ อันก่อให้เกิดภาวะปัญหาสุขภาพจิตของคนพิการทางการได้ยินส่วนหนึ่งมาจากการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การเข้าถึงจิตแพทย์ โดยหลักการทุกคนควรมีสสิทธิ์เข้าถึงบริการทางการแพทย์เท่าเทียมกัน แต่ในเบื้องต้นบุคลากรทางการศึกษา เจ้าหน้าที่ในโรงเรียน ก็มี ส่วนในการช่วยปัญหาตรงนี้ได้ แต่ช่วงที่นักเรียนหูหนวกไม่ได้เรียนที่โรงเรียนก็ทำให้มีอุปสรรคในส่วนนี้มากขึ้น

การที่ไม่มีล่ามภาษามือหรือมีล่ามภาษามือไม่เพียงพอหรือไม่มีคนให้คำปรึกษา ผู้แทนประธานชมรมคนหูหนวกระดับจังหวัด มองว่า เรื่องนี้มีผลทำให้คนหูหนวกเป็นภาวะซึมเศร้ามากขึ้น เพราะเกิดอุปสรรคในการสื่อสาร และจากเดิมที่มีความเครียดอยู่แล้ว อุปสรรคด้านการสื่อสารนี้จะช่วยเพิ่มความเครียด ความกดดันให้กับคนหูหนวกมากขึ้นด้วย

“เรื่องของการพูดคุยทำให้คนหูหนวกเครียด เพราะว่า อย่างบริการล่ามก็ยังมีจำนวนสัดส่วนที่น้อยอยู่ เปรียบเทียบกับล่ามภาษามือก็เหมือนความช่างที่จะต้องรู้วิธีในการควบคุมช่าง เหมือนกันกับคนหูหนวกที่จะต้องอาศัยล่าม แต่พอล่ามมีจำนวนน้อยไม่เพียงพอ การเข้าถึงข้อมูลเนื้อหาบางเรื่องที่เป็นเรื่องเฉพาะ ก็ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ อยากจะให้ล่ามและสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หมดเลย เวลาที่มีข่าวก็ไม่มีภาษามือ เวลาที่ไปสื่อสารกับคนทั่วไปก็ต้องพยายามเขียน พอการสื่อสารมันหลายขั้นตอนมันทำให้คนหูหนวกกังวลแล้วก็เครียด” (รุ่งอรัน วงศ์แก้วมูล, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 10 พฤษภาคม 2565)

อย่างไรก็ดีสำหรับในโรงเรียน โดยเฉพาะโรงเรียนด้านโสตศึกษาจะมีล่ามภาษามือที่บริการอยู่ที่โรงเรียนอยู่แล้ว และบางโรงเรียนก็มีนักจิตวิทยาคลินิกด้วย ก็จะยิ่งดีขึ้น สามารถช่วยบรรเทาสถานการณ์ได้ดีขึ้น

“จริง ๆ นักจิตวิทยาคลินิกจำเป็นสำหรับโรงเรียนที่พิการทางการได้ยิน หรือทางการมองเห็น เพราะว่า ยิ่งบกพร่องทางการได้ยิน ยิ่งจำเป็นมากเพราะว่าบางครั้งเขาอาจจะไม่รู้ว่าจะไปปรึกษาใคร ไม่รู้จะคุยกับใคร หรือคุยกับใครก็ไม่แน่ใจว่าคุยไปแล้ว จะได้รับคำตอบที่ชัดเจนไหม” (จิรัฐยา ไชยสาร, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 23 พฤษภาคม 2565)

ปัญหาอย่างหนึ่งที่พบอยู่ตอนนี้คือ นักจิตวิทยาโรงเรียนมีจำนวนน้อยมาก จนถึงระดับขาดแคลน หากมีการเพิ่มจำนวนจะดีขึ้น หรืออีกนัยหนึ่งอาจารย์แนะแนวก็อาจต้องมึนบทบาทมากขึ้นในการเข้ามาช่วยเหลือในส่วนนี้

“ถ้าเราจะเพิ่มก็ได้ หรือถ้าเราจะพัฒนา เราก็จะมีครูแนะแนวหรือครูประจำชั้น ก็อาจจะให้เรียนรู้เพิ่มเติม เรื่องการศึกษากับเด็ก หรือสังเกตดูว่าเด็กแต่ละคนมีอะไรไหม เพราะตอนนี้ครูแต่ละคนก็มี PLC กันหมดแล้วในโรงเรียน เพื่อแลกเปลี่ยนกันว่าใครสอนอะไร” (จิรัฐยา ไชยสาร, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 23 พฤษภาคม 2565)

“ในอนาคต จะจัดอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตใจ หรือภาวะโรคซึมเศร้าให้กับคุณครูที่อยู่กับเด็กนักเรียน ก่อนหน้านี้ไม่มีเลย เพราะว่าเราก็ไม่เคยคำนึงถึงว่าตัวเด็กจะมีปัญหาแบบนี้ด้วย” (วรรณรัตน์ พวงมาลัย, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 11 พฤษภาคม 2565)

จะเห็นได้ว่า อุปสรรคในการสื่อสารและการขาดความรู้เบื้องต้นในเรื่องภาวะซึมเศร้าและสุขภาพจิตของคนพิการทางการได้ยิน จึงทำให้คนกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างที่ควรจะเป็นตามหลักการ อีกทั้งความขาดแคลนล่ามภาษามือ ที่จะช่วยให้คนพิการทางการได้ยินสื่อสารกับแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ล้วนเป็นสิ่งที่ทำให้คนพิการทางการได้ยินได้รับความยากลำบาก ทั้งแพทย์เองก็ไม่สามารถใช้ภาษามือได้ทุกคน และตัวของคนพิการทางการได้ยินเองก็อาจจะมีความวิตกกังวลหากต้องเข้ารับการรักษาโดยไม่มีล่ามเป็นตัวกลางช่วยสื่อสาร เพราะฉะนั้นแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน อีกหนึ่งประการที่สำคัญ ก็คือ ควรสร้างการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และล่ามภาษามือเพิ่มมากขึ้นนั่นเอง

4.3.4 การขับเคลื่อนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิต

ตามที่กล่าวไปข้างต้นว่า สำหรับคนพิการทางการได้ยินนั้น หากมีล่ามภาษามือช่วยสื่อสารกระจายข่าวสาร ให้ความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าก็จะช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้น อย่างไรก็ตามในความเห็นของจิตแพทย์มองว่าหน่วยงานหลัก ๆ ที่จะช่วยมาคู่ในส่วนนี้ก็ยังคงเป็นกรมสุขภาพจิต แต่ก็อาจจะมียุทธศาสตร์อื่น ๆ เกี่ยวกับคนพิการมาช่วยสนับสนุนเพื่อการประสานงานและเข้าถึงคนพิการได้ดีขึ้น

“ก็คงจะต้องเป็นกรมสุขภาพจิต ไม่ว่าจะมีปัญหาทางการได้ยินหรือเปล่ายังไงก็เป็นประชาชนที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ได้รับความรู้หรือ support อย่างเท่าเทียม เรื่องนี้กรมสุขภาพจิตก็ต้องเป็นอันดับหนึ่ง แต่ว่าอาจจะมืองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการจริง ๆ ก็ไม่ใช่แค่เรื่องของการได้ยิน แต่ถ้าใครมีบทบาทที่รวมตัวมาช่วยเหลือองค์กรเอกชนหรือกลุ่ม มาเป็นเครือข่ายกัน” (อภิชาติ จริยาวิลาส, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 20 พฤษภาคม 2565)

เช่นเดียวกันกับผู้แทนจากกองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก แพทย์ก็มองว่า ควรมีการขับเคลื่อนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตของคนหูหนวก และหน่วยงานที่ควรเข้ามากำกับดูแลในเรื่องของภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินนั้นควรเริ่มต้นจากกรมสุขภาพจิต

“กรมสุขภาพจิต เพราะว่าภาวะซึมเศร้า มันมีชื่อเดียวคือกรมสุขภาพจิต ตามจริงถ้าพูดในคนปกติเขามีสายด่วน ที่คุยกับนักจิตวิทยาได้ เราจะผลิตอย่างไรให้คุยกับคนหูหนวกได้ เทรนของคนไทยมีปัญหาอย่างที่เราทราบ อันนี้ต้องสร้างซีเคียวริตี้กับเขาว่า ต้องไม่ทำให้เขาถูกคนอื่นมองว่าไม่ดี อาจจะต้องมีบรรทัดฐานพยาบาลที่เขาทำได้ หรือว่าเป็นคลินิกพิเศษ” (มนตรี นาคะเกศ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 1 มิถุนายน 2565)

ในส่วน of หน่วยงานหลัก ๆ ที่ควรเข้ามาดูแลในส่วนนี้โดยตรง ในความเห็นของจิตแพทย์มองว่าเป็นกรมสุขภาพจิต ส่วนกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และผู้แทนสมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย มองว่า กระทรวงสาธารณสุขควรเป็นเจ้าภาพหลักที่เข้ามากำกับดูแล โดยทำร่วมกับองค์กรคนพิการมาช่วยเสริมให้การเข้าถึงคนพิการทางการได้ยินรวมไปถึงคนพิการกลุ่มอื่น ๆ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

“คิดว่ายังไงก็น่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก เพราะว่าเขาดูแลเชิงทางด้านสุขภาพจิต และดูแลเรื่องของการแพทย์การรักษา ซึ่งหน่วยงานเราเป็นเรื่องของการเสริมศักยภาพมากกว่า เราจะเป็นเรื่องของการเยียวยา เข้าสู่กระบวนการรักษาเราก็จะมาสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ศักยภาพทางด้านกาย ความสามารถที่จะเข้ากับสังคมหรือกลับเข้าสู่สังคมจะเป็นบทบาทของทางกรมมากกว่า” (พัชรมณต์ ปิติปัญญากุล, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 8 มิถุนายน 2565)

“เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าก็ต้องร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เพราะว่าเป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ และอาจจะต้องประกบกับล่ามดี ๆ ที่มีคุณภาพ และหน่วยงานที่ผลิตสื่อหรือว่าทำข่าวประชาสัมพันธ์ ที่สามารถประชาสัมพันธ์เนื้อหาได้ด้วย ทางที่ดีที่สุดก็คือร่วมมือกันให้หมดเลยทั้งทางสมาคมคนหูหนวก หรือว่าองค์กรต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง สมาคมคนพิการ กระทรวงสาธารณสุข ก็คือทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เข้ามาให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือ ถ้าเราต้องการประสานงานในเรื่องของการบริการเราก็จองล่ามไป ถ้าเราต้องการรู้เรื่องเนื้อหาในด้านนี้เราก็ประสานงานไปที่ทางการแพทย์” (กานต์ อรรถยุกติ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 2 พฤษภาคม 2565)

สำหรับกระทรวงศึกษาธิการนั้นมองว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงที่จะมาดูแลปัญหาสุขภาพจิตของคณพิการทางการไต้ยัันนั้นควรเป็นกระทรวงสาธารณสุข เพราะมีความพร้อมทางด้านบุคลากรมากกว่าหน่วยงานอื่น ๆ และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เป็นเครือข่ายทำงานร่วมกัน

“กระทรวงสาธารณสุข เพราะว่าอย่างน้อยเขาก็มีบุคลากรที่มีความรู้ สิ่งต่าง ๆ ที่จะเข้ามาดู ว่าเด็กลักษณะเป็นแบบนี้ เราจะพูดเชิงบวกอย่างไรให้กับเด็ก เราจะคุยอย่างไร หรือทำกิจกรรมแบบไหน เพื่อให้เด็กผ่อนคลาย หรือสามารถที่ปลดปล่อย หรือบอกสิ่งที่เขาอาจจะมึฝงลึกลงในจิตใจเขา ให้ระบายออกมาเพื่อที่ครูจะได้ช่วย ตัวกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ก็หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จริง ๆ ในแต่ละโรงเรียนก็มีภาคีเครือข่าย มีในภาคเอกชนที่เข้ามาช่วย” (จิรัฐยา ไชยสาร, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 23 พฤษภาคม 2565)

อย่างไรก็ตาม นอกจากกระทรวงสาธารณสุขจะดูในเชิงนโยบายแล้ว ควรทำงานร่วมกับองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคณพิการเพื่อความสะดวก และเพิ่มประสิทธิภาพในการประสานงาน

“สมาคมเขามีหน้าที่ในการติดต่อล่ามภาษามือ หาล่ามมาให้ มาช่วย หรืออย่างบางที่เนื้อหาบางเนื้อหาครูก็ไม่สามารถอธิบาย คำหรือศัพท์ที่ลึกลง อย่างด้านทางแพทย์ล่ามก็จะมาช่วยอธิบายให้กับเด็กมาช่วยอธิบายช่วงที่มาที่โรงเรียน คิดว่าสมาคมก็มีส่วนที่จะช่วย” (จิรัฐยา ไชยสาร, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 23 พฤษภาคม 2565)

ในส่วนของผู้แทนประธานชมรมคนหูหนวกระดับจังหวัด มองว่า หน่วยงานที่ดูแลต้องเริ่มจากระดับชุมชนไล่ลำดับไปจนถึงสมาคมคณพิการ หรือหน่วยงานที่ดูแลคณพิการระดับจังหวัด ทุกหน่วยงานที่รับผิดชอบควรต้องเสริมองค์ความรู้ให้กับคณพิการทางการไต้ยัันด้วย ต้องสามารถให้คณพิการทางการไต้ยัันเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ได้โดยง่าย ซึ่งหน่วยงานทุกหน่วยงานจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการให้บริการหรือการช่วยเหลือคณพิการทางการไต้ยััน หรือประเภทคณพิการในแต่ละกลุ่ม

“หน่วยงานหรือองค์กรที่จะต้องรับผิดชอบ จริง ๆ แล้วทุกหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบจะต้องเสริมความรู้เกี่ยวกับคนหูหนวกด้วย ว่าความต้องการของคนหูหนวกมีความต้องการอะไร ถ้าคุณเจอคนหูหนวกแล้วใช้ภาษามือไม่ได้ จะต้องใช้ล่ามภาษามือที่ไหน มีล่ามออนไลน์ หรือว่าถ้าจะต้องจองล่ามในพื้นที่ สามารถประสานหาล่ามได้จากที่ไหน หรือผลิตสื่อแล้วถ้าอยากให้คนหูหนวกเข้าถึงมี QR Code ใหม่ QR Code นั้นสามารถแปลงเป็นภาษามือได้ไหม เวลาที่ทำสื่อหรือทำทุกอย่างจะต้องทำให้คนหูหนวกสามารถเข้าถึง จะต้องทำให้คนหูหนวกทุกคนทุกภูมิภาคเขาสามารถเข้าถึงได้ด้วยเหมือนกัน ซึ่งหน่วยงานทุกหน่วยงานจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการให้บริการหรือการช่วยเหลือคนหูหนวก หรือประเภทคณพิการในแต่ละกลุ่ม แล้วจะต้องมีสื่อที่เขาสามารถเข้าถึงได้และรู้วิธีการที่จะสื่อสารเบื้องต้น เช่นมีภาพให้เห็นชัดเจน ว่าแบบนี้คุณเป็นภาวะซึมเศร้าแล้ว แบบนี้คุณสามารถทำได้ แบบนี้คุณทำไม่ได้ ไม่เป็นการพูดลอย ๆ แต่สามารถยกตัวอย่างให้เห็นว่าอันไหนที่มันได้หรือไม่...ต้องอาศัยความร่วมมือ เช่น ชุมชน ก็ต้องมีอบต.หรือหัวหน้าหมู่บ้าน หรือผู้ใหญ่บ้าน ก็จะต้องรู้ข้อมูลเกี่ยวกับคนหูหนวก เพื่อจะช่วยคนหูหนวกได้อย่างถูกต้อง เพื่อที่จะประสานงานกับหน่วยงานของคณพิการในจังหวัด พมจ. เมื่อได้ข้อมูลมาแล้วก็ต้องมีล่ามในมือ เพื่อที่เวลาที่มีเหตุจะได้รู้ว่าจะต้องติดต่อล่ามที่ไหนช่วยเหลืออย่างไร พมจ. ร่วมกับสมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย รวมถึงศูนย์บริการที่จะต้องดูแล

คนหูหนวกในแต่ละภูมิภาค คือทุกที่จะต้องมีชุดข้อมูลหรือว่ามีความรู้ และจะต้องทำไปในลักษณะเดียวกัน และจะต้องดูแลในขั้นตอนเดียวกัน” (รุ่งอรัน วงศ์แก้วมูล, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 10 พฤษภาคม 2565)

สอดคล้องกับความเห็นของผู้อำนวยการ สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่มองว่า ทุกองค์กรสาธารณะต้องมีส่วนร่วมช่วยกันดูแลทั้งในเรื่องสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยินและคนพิการประเภทอื่น ๆ ด้วย หน่วยงานตั้งแต่ระดับชุมชนจนไปถึงระดับประเทศมีความสำคัญเหมือนกันและควรร่วมมือกันทำงานอย่างจริงจัง

“ทุกองค์กรเลยที่ให้บริการสาธารณะ ทุกองค์กรที่จะต้องเกี่ยวข้องกับชีวิตของคน เราไปสำนักงานเขต ไปโรงเรียน ไปโรงพยาบาล หรือสถานที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะหน่วยงานทุกหน่วยงานที่มีบริการสาธารณะก็จำเป็นที่จะต้องรองรับคนกลุ่มนี้ เพราะฉะนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็เลยจะเยอะมาก แต่หน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพในภาครัฐเราก็ทราบที่อยู่แล้ว ว่าจะต้องเป็นกระทรวง พม. และกรม พก. ที่ต้องเข้ามาดูแลเป็นพิเศษ ที่จะช่วยกระตุ้นให้หน่วยงานรัฐหรือภาคเอกชนต่าง ๆ ตระหนักและเห็นความสำคัญและจะไม่สร้างอุปสรรคเพิ่มให้กับกลุ่มคนพิการทางการได้ยิน” (ภรณี ภูประเสริฐ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

นอกจากนี้ผู้แทนสมาคมล่ามภาษามือแห่งประเทศไทย มองว่า ความร่วมมือของหลายองค์กรนั้น ควรจะมีการกระจายไปยังภูมิภาคต่าง ๆ ตามศูนย์บริการคนพิการทั่วประเทศ และอาจขยายขอบเขตไปยังกลุ่มคนพิการกลุ่มอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน

“เจ้าภาพหลักเป็นกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ก็ต้องร่วมมือกันถ้าจะดูแลเรื่องนี้ และสมาคมคนหูหนวก ก็ต้องดูแลสมาชิกตัวเองด้วย และก็ต้องกระจายในส่วนของภูมิภาคต่าง ๆ ด้วย เพราะว่าปัญหามันก็มีกันทั่วประเทศ อาจจะต้องไปอยู่ตามสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ไหม ก็อาจจะเป็นส่วนหนึ่งของคนพิการด้วยไหม หรือกลัวว่ามันจะไปรวมกับคนพิการอย่างอื่นด้วยไหม อาจจะได้เฉพาะซึมเศร้าสำหรับคนหูหนวกอย่างเดียว ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปมีทุกจังหวัดอยู่แล้วจะอยู่ที่ พมจ. แต่ละจังหวัดเขาก็จะมีกระจายไปแต่ละอำเภอ แต่ว่ามันก็คือการทำงานคนพิการโดยเฉพาะ” (โสภณ ชัยวัฒนกุลวานิช, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

โดยหน่วยงานที่เข้ามาดูแลคนพิการทางการได้ยิน ควรมีหลายหน่วยงาน โดยเริ่มมาจากระดับท้องถิ่น ไปจนถึงระดับประเทศ

“หน่วยงานที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลคนหูหนวก นอกจากครอบครัวแล้วก็จะมีจากชุมชน อบต. ส่วนใหญ่ในชุมชนก็จะดูแลทั่วถึงแล้วใกล้ชิดกับครอบครัวคนหูหนวกและที่สำคัญเลยก็พมจ. ที่ทำหน้าที่ในการดูแลคนพิการอยู่แล้ว และนอกจากนี้ยังมีโรงเรียน ที่ต้องคอย support คอยให้การช่วยเหลือ และก็มีโรงพยาบาล ส่วนใดของอุดมศึกษาก็จะต้องเป็นมหาลัย”(วรรณรัตน์ พวงมาลัย, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 11 พฤษภาคม 2565)

ในส่วนของล่ามภาษามือนั้น ผู้แทนกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มองว่าล่ามภาษามือเป็นตัวกลางสำคัญที่จะสื่อสารในเรื่องภาวะซึมเศร้ากับคนพิการทางการได้ยิน การมีล่ามภาษามือจะช่วยให้คนพิการทางการได้ยิน รับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามากขึ้น

“อันนี้ก็เป็นอีกทางหนึ่งที่ได้ คือมีนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ถ้าเกิดมีเรื่องของภาวะตั้งเครียดอะไรต่าง ๆ ก็อาจจะต้องมารวมกันหลาย ๆ ฝ่าย เช่นมีนักจิตวิทยา มีนักสังคม และมีคนคุยกับทางคนหูหนวกว่าความเครียดอะไร เพื่อให้เขาสามารถผ่อนคลาย แต่การสื่อสารก็ผ่านล่ามภาษามือ ซึ่งล่ามก็จะแปลจากนักสังคม นักจิตวิทยาช่วยกัน อันนี้เป็นอีกทางหนึ่ง และอีกทางหนึ่งก็คือก็อาจจะต้องเป็นล่ามเฉพาะทางแต่กำลังคิดถึงว่าความจำเป็นต่าง ๆ ก็ต้องดูแนวโน้มในอนาคต” (พัชรมณต์ ปิติปัญญากุล, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 8 มิถุนายน 2565)

จากการสัมภาษณ์ผู้แทนประธานชมรมคนหูหนวกระดับจังหวัด เกี่ยวกับการแก้ปัญหาเรื่องล่ามภาษามือนั้น มองว่า ต้องมีการร่วมมือกับสมาคมคนหูหนวกมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันแพทย์ที่รักษาเองก็อาจจะให้ความรู้ข้อมูลแก่ล่ามภาษามือในระดับพื้นฐานเพื่อสามารถสื่อสารกับคนพิการทางการได้ยินในเบื้องต้นได้

“วิธีแก้ หน่วยงานทางการแพทย์อาจจะต้องหาข้อมูลเกี่ยวกับคนหูหนวกเพิ่มมากขึ้น โดยร่วมมือกับสมาคม ว่าแบบเฉพาะของคนหูหนวกคืออะไร วัฒนธรรมของคนหูหนวกเป็นอย่างไร คำศัพท์ที่เขาใช้อยู่มากน้อยเท่าไร และหมอเองก็อาจจะต้องทำงานประสานกับล่าม และเป็นการทำงานที่ให้ข้อมูลซึ่งกันและกันเช่นล่ามให้ข้อมูลเกี่ยวกับคนหูหนวก ส่วนหมอก็ให้ข้อมูลทางด้านจิตวิทยา หรือเรื่องของการรักษาภาวะซึมเศร้าให้กับล่าม เพื่อให้ทำงานประสานกันได้ และวิธีที่จะทำงานกันได้จริง ๆ อาจจะต้องมีตัวแทนของคนหูหนวกมาให้ข้อมูลเพิ่มเติมหรือว่าประเมินขั้นตอนว่ามันโอเคไหม เราอาจจะต้องทำกิจกรรมนั้นซ้ำ ๆ และเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องเพื่อช่วยให้การเข้าถึงนั้นเป็นไปได้จริง” (รุ่งอรุณ วงศ์แก้วมูล, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 10 พฤษภาคม 2565)

ยิ่งไปกว่านั้น หน่วยงานอื่น ๆ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการก็ควรเข้ามามีบทบาทด้วย รวมไปถึงกระทรวงศึกษาธิการ ต้องมีการรับผิดชอบดูแลร่วมกันในการพัฒนาศักยภาพการศึกษาคนพิการด้วยส่วนหนึ่ง รวมไปถึงเรื่องของทุนการศึกษา การจัดหาล่ามภาษามือ เพื่อให้คนพิการมีโอกาสเข้าถึงการศึกษาได้อย่างเท่าเทียม ดังคำสัมภาษณ์ของผู้แทนจากวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

“คิดว่ากรมส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต้องเป็นผู้นำ เราคิดว่า อว. ต้องทำอะไร ก็คือคนที่ดูแลมหาวิทยาลัยถูกไหม ถ้ามว่ามหาวิทยาลัยใครเป็นผู้ผลิต มีเงินมากองไว้ให้ผลิตไหม เราจะต้องมี user เราจะต้องมี demand เพื่อที่จะเลี้ยงตัวเองได้เพราะฉะนั้นใครจะเป็น User ประชาชนคือ User ใช้ไหม ใครเป็นคนรับผิดชอบจะต้องตอบสนองความจำเป็นของประชาชน พ.ม. ใช้ไหม กระทรวงศึกษาจัดการเรียนการสอนใช้ไหม กระทรวงสาธารณสุขจัดบริการที่เขาไม่สามารถเข้าถึงได้ใช้ไหม ทุกอย่างจะต้องลงทุนเพื่อพัฒนาบุคลากร เขาก็ต้องให้เงินติดตัวเพื่อที่จะมาเรียน ไม่งั้นก็ต้องประกาศให้ได้เลยว่าวิชาชีพนี้เป็นสาขาที่ขาดแคลน และกระทรวง อว. ก็จะต้องให้งบรามาเลย เพื่อให้มหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องดำเนินการ เมื่อรัฐลงทุนแล้วเราสามารถที่จะบังคับใช้ หรืออะไรที่ขาดแคลนคนเรียนก็จะต้องเสียตังค์ คนที่เรียนวิทยาลัยราชสุดาได้ทุนทั้งหมด พี่ก็ต้องไปหาทุนมา แล้วเขาก็ออกไปบินหมด หรือบางคนก็มีอุดมการณ์ด้วยว่าอยากจะไปทำที่สมาคมคนหูหนวก คิดว่าเรื่องการแก้ปัญหาล่ามขาดแคลนอาจจะไม่ใช่ประเด็นหลัก ประเด็นหลักก็คือทำอย่างไรให้ภาษามือเป็นสิ่งที่ยอมรับและถูกใช้ทุกซอกทุกมุมของสังคม จะเป็นรูปแบบการใช้โดยล่ามหรือใช้ด้วยคนหูหนวกใช้โดยครู และอีกอย่างที่ยากจะพูดก็คือไม่ใช่แค่ราชสุดาเท่านั้นที่จะทำเรื่องนี้ได้ มันจะต้องเป็นความร่วมมือ เพราะว่าอาจารย์ภาษามือนั้นเรามีจำกัด คนหูหนวกที่เป็นเจ้าของภาษาขึ้นมาเป็นอาจารย์ภาษามือ ในขณะที่ล่ามเป็นอาจารย์ล่ามภาษามือ ล่ามไม่ใช่เป็นอาจารย์สอนภาษามือ” (วัชรารัฐ วัชรวิบูลย์, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 6 พฤษภาคม 2565)

โดยสรุปแล้ว แนวทางสำคัญอีกหนึ่งประการที่จะสามารถแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน ได้ก็คือ การขับเคลื่อนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิต โดยควรเกิดความร่วมมือของหน่วยงานทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชุมชน โรงเรียน มหาวิทยาลัย สถาบันการศึกษา ไปจนถึงระดับจังหวัด และระดับประเทศ เช่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สมาคมคนพิการต่าง ๆ ฯลฯ ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการเข้ามาดูแลสุขภาพจิต และลดปัญหาในเรื่องภาวะซึมเศร้า ไม่ใช่เฉพาะแค่คนพิการทางการได้ยิน แต่รวมถึงคนพิการประเภทอื่น ๆ ด้วย เพื่อทำงานประสานกันในการดูแลคนพิการ โดยเฉพาะคนพิการทางการได้ยินได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4.3.5 การใช้เทคโนโลยีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม

จากการสัมภาษณ์พบว่า เทคโนโลยีการสื่อสารในปัจจุบันก็มีส่วนช่วยเยียวยาจิตใจต่อคนพิการทางการได้ยินได้ พวกเขามีพื้นที่ในการแสดงความคิดเห็นมากขึ้น เข้าถึงสังคมคนพิการทางการได้ยินและสื่อสารกันภายในกลุ่มได้ง่ายขึ้น ส่วนนี้ก็ช่วยบรรเทาความเครียดที่คนพิการทางการได้ยินพบเจอในชีวิตประจำวันได้

“ก็คืออาศัยเทคโนโลยีเพื่อคุยกับคนหูหนวก คนที่ใช้ภาษาเดียวกัน มันจะช่วยให้ความเครียดลดน้อยลง แล้วยิ่งทุกวันนี้มีการคุยกันผ่าน Video Call หรือว่าการช่วยทำให้คนหูหนวกเข้าถึงข้อมูลข่าวสารก็ทำให้เขาลดความเครียดลงได้ และรู้สึกคลายความเหงาด้วย ถ้าไม่มีโทรศัพท์มือถือหรือไม่สามารถเข้าถึงสื่อ เขาก็อาจจะคลายเครียดด้วยการไปกินเหล้า ซึ่งการไปกินเหล้ามันอาจจะไม่ได้แก้ปัญหา แต่มันเป็นวิธีการคลายเครียด ถ้ามองมามันอาจจะเกิดการลักทรัพย์ทะเลาะวิวาท หรืออาจจะทำให้เกิดเรื่องอื่น ๆ ขึ้นมา มันอยู่ที่ว่าคนหูหนวกที่เขาจะมีภาวะซึมเศร้าเขาเข้าถึงเทคโนโลยีใหม่ หรือเขามีเครื่องมือตัวช่วยที่ถูกต้องไหม เทคโนโลยีที่เขาเอามาใช้เขาก็มาใช้เพื่อที่เขาจะได้ใช้ภาษามือ เพื่อสื่อสารหรือระบายในบางมุม” (รุ่งอรัน วงศ์แก้วมูล, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 10 พฤษภาคม 2565)

“มีการผ่อนคลายมากขึ้น โดยที่มีสื่อที่เขาสามารถคุยได้ และช่องทางในการสื่อสารที่มีมากขึ้นกว่าเดิม จากเมื่อก่อนที่เขาจะมีแค่โทรศัพท์ แค่วิดีโอคอล แต่ตอนนี้เขาก็มีศูนย์บริการ TTRS ที่ช่วยให้คำปรึกษาเวลาเขาอยากคุยกับพ่อแม่ หรือคนหูดี หรือคนที่ใช้ภาษามือไม่ได้เขาก็สามารถที่จะไปโทรคุยได้” (โสภณ ชัยวัฒน์กุลวานิช, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

เนื่องจากลักษณะการอยู่ร่วมกันของคนพิการทางการได้ยินที่มักจะรวมตัวเป็นกลุ่ม การทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อน ไม่ค่อยทำอะไรตามลำพัง เมื่อมีโรคระบาดเข้ามาทำให้จำกัดการพบปะและการทำกิจกรรมรวมกลุ่มเป็นไปได้ยาก ก็ต้องพยายามหาวิธีการเชื่อมต่อกับกลุ่มของตน ซึ่งคนพิการทางการได้ยินคนใดสามารถสื่อสารออนไลน์ได้ก็จะแก้ปัญหาตรงนี้ได้

“จากสถานการณ์ Covid-19 คนพิการทางหูหรือว่าคนหูหนวกส่วนใหญ่เขาจะชอบรวมกลุ่มกันและชอบมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างกันมากกว่า แต่พอสถานการณ์นี้มันทำให้ต่างคนต่างอยู่คิดว่ารูปแบบของการสื่อสารออนไลน์ถ้าเกิดเขามีทักษะหรือมีศักยภาพ มันจะช่วยแล้วก็ลดปัญหาในเรื่องนี้ได้ แต่ก็ปฏิสัมพันธ์ผ่านหน้าจอมองยังไงมันก็ขาดความมีชีวิตชีวา” (ภรณ์ ภูประเสริฐ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

เพราะฉะนั้น การใช้เทคโนโลยีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม จึงเป็นอีกหนึ่งแนวทางสำคัญอีกหนึ่งประการที่จะสามารถแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินได้ ซึ่งการสื่อสารผ่านออนไลน์ก็จะสามารถทำให้คนพิการทางการได้ยินสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้านี้อาจใช้ช่องทางออนไลน์ในการสร้างกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดึงให้คนพิการทางการได้ยินเข้าไปมีส่วนร่วม

4.3.6 การจัดกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมเรื่องการใช้ชีวิต

การจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้คนพิการทางการได้ยินได้เข้ามามีส่วนร่วมในสังคมจะทำให้คนพิการทางการได้ยินสนุกกับการใช้ชีวิตมากขึ้น มีคุณค่า และส่งเสริมให้คนพิการทางการได้ยินมีทักษะในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม

“รูปแบบการเปิดโอกาสอื่น ๆ ที่เราทำให้เป็นเรื่องปกติที่คนพิการทางการได้ยินจะสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องการใช้ชีวิตในแบบอื่น ๆ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ต้องเปิดกว้างแล้วก็เอื้อต่อการทำความเข้าใจสำหรับคนพิการทางการได้ยิน ให้มันเป็นรูปแบบพื้นฐานไปเลย ก็คิดว่าน่าจะรองรับคนกลุ่มนี้ ที่จะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้ดีขึ้นเพราะฉะนั้นอาจจะต้องพิจารณาจากทุกกิจกรรมในสังคมไทยในสภาพแวดล้อมที่เราสร้าง ไม่ว่าจะขึ้นรถลงเรือ อาศัยอยู่ที่ไหน ถ้าทุกคนมีมุมมองที่จะนึกถึงกลุ่มคนที่หลากหลายกลุ่มคนที่มีอุปสรรคเรื่องของการได้ยินเสียง มันก็จะสามารถทำให้ออกแบบบริการสาธารณะเอื้อต่อการอยู่อาศัยร่วมกัน แต่ว่าสสส. กินทีละคำเดินทีละเรื่องไปเรื่อย ๆ ตามที่ทรัพยากรของเราจะเอื้อต่อการทำสิ่งนั้น แต่ถ้าในภาพใหญ่มันควรจะทำให้เป็นเรื่องปกติ” (ภรณ์ ภูประเสริฐ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

“ในราชสุดา มีหลักสูตรที่ดูกิจกรรมของเด็กหูหนวก เขาก็จะมองว่านี่เป็นเด็กของเขาใครจะมาทำอะไรกับเด็กของเขาไม่ได้ ซึ่งอันนี้ก็จะทำให้เด็กขาดโอกาส เพราะฉะนั้นเราคิดอะไรมาเราอาจจะไปทำ Step ของเด็กหูหนวกทั่วไปได้ แต่ถ้าทำกับเด็กหูหนวกในราชสุดาเอง มันเข้าไม่ค่อยถึงกัน ถ้าเป็นในเครือของราชภัฏ ก็จะเป็นอีกที่หนึ่งที่มีนักศึกษาคนหูหนวกไม่น้อย” (วัชรา ธีวโพบูลย์, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 6 พฤษภาคม 2565)

การจัดกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมเรื่องการใช้ชีวิต จึงเป็นอีกแนวทางสำคัญที่จะแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินได้ เพราะหากหน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ สร้างกิจกรรมต่าง ๆ ที่ดึงคนพิการทางการได้ยินเข้าไปมีส่วนร่วม นั้น จะสามารถทำให้คนพิการทางการได้ยินมีพื้นที่ในสังคม ซึ่งจะทำให้ไม่เกิดความแปลกแยก (Alienated) สามารถส่งเสริมให้คนพิการทางการได้ยินมีทักษะในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม และคุณค่าในตัวเองได้

4.3.7 การรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชโดยใช้แพทย์ทางเลือก

ในส่วนของแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่เป็นคนพิการทางการได้ยินในมุมของแพทย์ทางเลือก ก็มีความน่าสนใจ ด้วยการรักษาเน้นเรื่องปรับธาตุทั้ง 4 ประกอบด้วยธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ ในร่างกายให้สมดุล ดูอายุของผู้เข้ารับการรักษาแล้วจัดการรักษาให้ตรงกลุ่ม อาจมีการใช้ยาหรือการรักษาอื่น ๆ เสริมเข้าไปบ้างแต่ไม่มาก

“ส่วนใหญ่มันไม่มีการ Treatment แต่ก็ต้องดูอายุก่อนเพราะว่ากลุ่มเด็กก็จะเกี่ยวกับพัฒนาการ คือการไม่สมดุลของพัฒนาการ บางทีเป็นการไม่สมดุลของพัฒนาการ ก็อาจจะยังผ่านไม่ได้บ้างที่เราก็อาจจะต้องช่วยให้มันผ่านไปได้ เพราะในช่วง 21 ปีมันเป็นอะไรที่แก้ได้ง่ายมันเป็นในช่วงพลังชีวิต หรือว่าถ้ามองเป็นแผนเงินเขาก็จะมองว่าโดยภาพของคนทั่วไปก็คือ ธาตุไม่สมบูรณ์ กับจิตใจไม่อยู่ในสมดุล ธาตุไม่สมบูรณ์ ส่วนใหญ่

จะไม่สมบูรณ์เพราะส่วนใหญ่จะไม่มากไป จะน้อย ก็จะเป็นลักษณะบำรุงธาตุ มีนวดรักษา มียาต้ม ยาอาบ เป็นยาสำหรับปรับธาตุ” (มนตรี นาคะเกศ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 1 มิถุนายน 2565)

โดยลักษณะการตรวจก็จะเหมือนแพทย์แผนจีน เพื่อพิสูจน์ว่าเป็นอย่างไร กับอีกอย่างก็คือ คุณลักษณะจิตใจ ก็คือเสริม เพราะเสริมมาจากอวัยวะแต่ละตัว ต้องอยู่กับที่ของมัน และไม่ผิดที่และอยู่ได้พอดีกับเวลา ถ้าไม่ถูกเวลามันจะทำให้รบกวนจิตใจ เพราะฉะนั้นก็จะมีเสริม การฝังเข็ม การนวด ที่ทำการปรับจิตใจ เพียงแต่ว่าจะต้องผ่านการปรับร่างกายด้วยอีกทีหนึ่ง

“ขบวนการมันจะยาก อย่างที่บอกว่าเขามีทฤษฎีแผนจีน และคนที่เรียนแผนจีนตัว basic ที่สุดก็คือเขาเรียนปรับยา กินยาเป็นหม้อปรับตามสถานการณ์ แล้วก็ปรับยาตามสถานการณ์ไปเรื่อย ๆ จนคนไข้เข้าสู่สมดุล ในทฤษฎีฝังเข็ม เขาก็จะเปลี่ยนจากตัวยาคือเป็นการฝังเข็ม ในกรณีนี้ก็คือการฝังเข็มเหมือนกัน โดยอิงทฤษฎีแผนจีน” (มนตรี นาคะเกศ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 1 มิถุนายน 2565)

ถ้าเทียบแผนปัจจุบันกับแพทย์ทางเลือก แผนปัจจุบันก็อาจจะมีสูตรตายตัว แต่ของ Homeopathy จะมีความต่าง เนื่องจากจะต้องหาสาเหตุการเกิดโรคให้เจอ และยาที่มีความหลากหลาย เพราะคนป่วยที่มีอาการเดียวกันมันก็ได้แปลว่าจะได้ยาเดียวกัน ซึ่งจะต้องดูว่าร่างกายขาดสมดุลตรงไหน และธาตุนี้ใช้คู่กับอะไร

“อาการเหมือนกันก็อาจจะสั่งเหมือนกันได้ มันต้องดูพื้นฐาน ถ้าแผนไทยอีกอย่างหนึ่งก็คือดูพื้นฐานปัจจุบันและดูว่ามันจะต้องปรับอย่างไรให้เข้าสู่สมดุล จริง ๆ วิธีคิดกับวิธีการใช้ยามันจะหลากหลายเพราะว่าโดยทฤษฎีมันไม่ได้เป็น guideline เพียงแต่ว่ามันจะมีเทรนที่ไปได้ แล้วมันจะมีเหมือนกับเป็นจุด 2 จุด เราไปถึงจุดนี้เสร็จ จุดแรกเราก็มีเป็น 10 วิธี วิธีจุดที่ 2 เราก็มียังอีก 10 วิธี เพราะฉะนั้นเทรนในการไปมันจึงมีความหลากหลาย” (มนตรี นาคะเกศ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 1 มิถุนายน 2565)

จากผลการศึกษาเป็นข้อค้นพบเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย โดยเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องกับคนหูหนวกและแพทย์ ซึ่งจากที่กล่าวมานั้นจะเห็นว่า คนพิการทางการได้ยินยังเข้าไม่ถึงบริการทางการแพทย์เท่าที่ควร โดยเฉพาะด้านจิตแพทย์ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร และการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ และสิ่งที่ต้องเร่งดำเนินการในเบื้องต้นคือการผลักดันให้หน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ กระจายความรู้ความเข้าใจให้คนพิการทางการได้ยิน ได้รู้จัก และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าให้มากขึ้น และตระหนักรู้ในเรื่องของการรักษาสุขภาพจิตของตัวเองมากขึ้นด้วย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

งานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยิน” มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบคำถาม 3 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย และ 3) เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative Research) รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ข้อมูลสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางการได้ยิน จำนวนทั้งสิ้น 310 คน เพื่อสำรวจสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

(1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างคนพิการทางการได้ยินส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.23) โดยมีช่วงอายุระหว่าง 26-35 ปี (ร้อยละ 40.32) สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 44.19) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดมากที่สุด (ร้อยละ 70.65) ประกอบอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง/พนักงานบริษัทเอกชน (ร้อยละ 54.19) ซึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 56.45) ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 39.68) หากจำแนกตามลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นคนหูหนวก (ร้อยละ 93.55) ซึ่งมีลักษณะความพิการมาแต่กำเนิด (ร้อยละ 75.48) และส่วนใหญ่สามารถใช้ภาษามือสื่อสารได้ดี (ร้อยละ 58.39)

(2) ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำแบบประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า อันดับ 1 อยู่ที่ 9 คะแนน (ร้อยละ 13.23) อันดับ 2 อยู่ที่ 7 คะแนน (ร้อยละ 10.65) อันดับ 3 อยู่ที่ 4 คะแนน (ร้อยละ 8.39) เมื่อนำคะแนนมาประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-8 คะแนน) (ร้อยละ 58.06) และกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า (9-27 คะแนน) (ร้อยละ 41.94)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความถี่ของอาการเป็นบางวัน (ร้อยละ 50.93) อันดับ 2 ไม่มีเลย (ร้อยละ 33.84) อันดับ 3 เป็นบ่อย (ร้อยละ 12.08) และเป็นทุกวัน มีจำนวนน้อยที่สุด คือ (ร้อยละ 3.15)

ทั้งนี้ในด้านพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างแสดงออก เมื่อแยกตามระดับความถี่ของอาการ คือ ไม่มีเลย ส่วนใหญ่ตอบว่า อันดับ 1 คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตาย ๆ ไปเสียคงจะดี (ร้อยละ 66.45) อันดับ 2 พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือกระสับกระส่ายจนทำนองอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย (ร้อยละ 53.87) อันดับ 3 รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ตัวเอง หรือครอบครัวผิดหวัง (ร้อยละ 36.45)

พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างแสดงออก และระดับความถี่ของอาการ คือ เป็นบางวัน อันดับ 1 เบื่อทำอะไร ๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน (ร้อยละ 63.55) อันดับ 2 หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป (ร้อยละ 60.00) อันดับ 3 เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง (ร้อยละ 59.35)

พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างแสดงออก และระดับความถี่ของอาการ คือ เป็นบ่อย อันดับ 1 เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง (ร้อยละ 18.39) อันดับ 2 เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป (ร้อยละ 16.13) อันดับ 3 หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป (ร้อยละ 15.16)

พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างแสดงออก และระดับความถี่ของอาการ คือ เป็นทุกวัน อันดับ 1 สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ (ร้อยละ 5.16) อันดับ 2 หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป (ร้อยละ 4.52) อันดับ 3 มีพฤติกรรมที่แสดงออก 2 ข้อ คือ เบื่อทำอะไร ๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน และเบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป (ร้อยละ 3.87)

(3) ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการทางการได้ยิน ทั้งจากองค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และแพทย์ เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย จากการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่า ภาพรวมยังไม่ได้มีการบันทึกเป็นสถิติอย่างเป็นทางการถึงอัตราส่วนคนพิการทางการได้ยินที่เป็นโรคซึมเศร้าว่ามีจำนวนเท่าไร แต่ประชากรไทยเริ่มเข้าใจเรื่องภาวะซึมเศร้ามากขึ้น เริ่มทำความรู้จักและเริ่มสำรวจตัวเองจึงทำให้มีอัตราการเข้าพบจิตแพทย์เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อเจาะลึกไปที่คนพิการทางการได้ยิน พบว่า คนกลุ่มนี้ยังไม่เข้าถึงองค์ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าเท่าที่ควร บางคนไม่ทราบว่าตนเองป่วย หรือมีภาวะซึมเศร้า เพราะคิดว่าความทุกข์ ความเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนต้องประสบพบเจอ

5.1.2 ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางการได้ยิน จำนวนทั้งสิ้น 310 คน เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

(1) ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยทางด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ด้านลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน ส่วนใหญ่เป็นคนหูหนวก (ร้อยละ 93.55) ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 78.71) และด้านการเจ็บของสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 56.45)

ปัจจัยทางด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ส่วนใหญ่รักใคร่ปรองดอง (ร้อยละ 77.74) ด้านความรู้สึกพึงพอใจในการเรียน/ทำงานในปัจจุบัน ส่วนใหญ่พึงพอใจ (ร้อยละ 80.97) ด้านการผ่อนคลายความเครียด ส่วนใหญ่มีวิธีผ่อนคลายความเครียด (ร้อยละ 83.87) ด้านความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (เพื่อน/แฟน/คู่สมรส/เพื่อนร่วมงาน และอื่น ๆ) ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา (ร้อยละ 57.42) และด้านปมปัญหาในอดีต ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา (ร้อยละ 54.19)

ปัจจัยทางด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ด้านสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ข้อมูลที่มีความใกล้เคียงกัน คือ ไม่มีผลต่อการเกิดความเครียด (ร้อยละ 50.65) และมีผลต่อการเกิดความเครียด (ร้อยละ 49.35) ด้านสถานการณ์ทางการเมือง ส่วนใหญ่ไม่มีผลต่อการเกิดความเครียด (ร้อยละ 72.58) และด้านสถานการณ์ทางด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่มีผลต่อการเกิดความเครียด (ร้อยละ 55.16)

ปัจจัยทางด้านข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (ร้อยละ 60.97) ด้านการเข้าถึงสื่อ ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสื่อ (ร้อยละ 53.23) ด้านการเข้าถึงการให้คำปรึกษา ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการให้คำปรึกษา (ร้อยละ 52.90) และด้านการเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ ส่วนใหญ่ไม่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ (ร้อยละ 57.42)

(2) ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 ปัจจัยด้านร่างกายของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน แบ่งเป็นสมมติฐานย่อยดังนี้

(1.1) ปัจจัยด้านลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยินที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า *ไม่เป็นตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ (Sig. = 0.516)*

(1.2) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน *ไม่เป็นตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ (Sig. = 0.075)*

(1.3) ปัจจัยด้านสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคประจำตัวของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ *เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ (Sig. = 0.016*)*

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 ปัจจัยด้านจิตใจของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน แบ่งเป็นสมมติฐานย่อยดังนี้

(2.1) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า *ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ (Sig. = 0.051)*

(2.2) ปัจจัยด้านความรู้สึกพึงพอใจในการเรียน/ทำงานของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ *เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ (Sig. = 0.007*)*

(2.3) ปัจจัยด้านการผ่อนคลายความเครียดของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า *ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้* (Sig. = 0.115)

(2.4) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (เพื่อน/แฟน/คู่สมรส/เพื่อนร่วมงาน และอื่น ๆ) ของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ *เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้* (Sig. = 0.000*)

(2.5) ปัจจัยด้านปัญหาในอดีตของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ *เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้* (Sig. = 0.029*)

สมมติฐานการวิจัยที่ 3 ปัจจัยด้านสังคมของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน แบ่งเป็นสมมติฐานย่อยดังนี้

(3.1) ปัจจัยด้านสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ของคนพิการทางการได้ยิน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ *เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้* (Sig. = 0.024*)

(3.2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ทางการเมืองของคนพิการทางการได้ยิน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ *เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้* (Sig. = 0.000*)

(3.3) ปัจจัยด้านสถานการณ์ทางเศรษฐกิจของคนพิการทางการได้ยิน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ *เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้* (Sig. = 0.001*)

สมมติฐานการวิจัยที่ 4 ปัจจัยด้านการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน แบ่งเป็นสมมติฐานย่อยดังนี้

(4.1) ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนพิการทางการได้ยิน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า *ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้* (Sig. = 0.112)

(4.2) ปัจจัยด้านการเข้าถึงสื่อของคนพิการทางการได้ยิน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า *ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้* (Sig. = 0.852)

(4.3) ปัจจัยด้านการเข้าถึงการให้คำปรึกษาของคนพิการทางการได้ยิน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ *เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้* (Sig. = 0.018*)

(4.4) ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการล่ามภาษามือของคนพิการทางการได้ยิน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ *เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้* (Sig. = 0.025*)

5.1.3 ข้อมูลแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการทางการได้ยินจากองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และแพทย์จำนวน 10 คน โดยจากการศึกษาสามารถนำเสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย ได้ดังนี้

- (1) การรับฟังปัญหา
- (2) การเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะซึมเศร้าและสุขภาพจิต
- (3) สร้างการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และล่ามภาษามือ
- (4) การขับเคลื่อนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิต
- (5) การใช้เทคโนโลยีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม
- (6) การจัดกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมเรื่องการใช้ชีวิต
- (7) การรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชโดยใช้แพทย์ทางเลือก

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยิน” สามารถอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

5.2.1 วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย

จากผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางการได้ยินจำนวน 310 คน เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คนพิการทางการได้ยินมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.94 ซึ่งถือเป็นจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการวิจัยครั้งนี้ โดยแสดงให้เห็นว่าสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทยนั้นมีตัวเลขที่ค่อนข้างสูงเช่นเดียวกัน และผลการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ที่ผ่านมานับว่ายังไม่ค่อยมีงานวิจัยหรือการสำรวจคนพิการทางการได้ยินในประเด็นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นทางการ พบงานวิจัยไม่มากนัก เช่น งานวิจัยของประภัสสร สิริวิชัย (2545) ที่ได้ศึกษาเพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับชั้นมัธยมศึกษา ในกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 207 คน มีอายุระหว่าง 13-24 ปี แบ่งเป็นชาย 102 คน และหญิง 105 ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเท่ากับร้อยละ 43 ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเช่นกัน

อีกทั้งในงานวิจัยของจตุพร แสงกุล และกนกวรรณ โมสิกันนท์ (2559) ที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนพิการชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนโสตศึกษา จังหวัดสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนพิการทางการได้ยิน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 125 คน พบความชุกของผู้มีภาวะซึมเศร้าทางคลินิก ร้อยละ 57.3 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับ

ภาวะซึมเศร้าทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น การมีพ่อหรือแม่เสียชีวิต และการมีปัญหาทางการเงิน จึงจำเป็นที่ผู้ปกครอง ครู และแพทย์ ควรให้ความสำคัญ ติดตามเด็กกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด และนอกจากนี้จากผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการทางการได้ยิน ทั้งจากองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และแพทย์ จะเห็นได้ว่า ภาพรวมยังไม่ได้มีการบันทึกเป็นสถิติอย่างเป็นทางการถึงอัตราส่วนคนพิการทางการได้ยินที่เป็นภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย แต่ประชากรไทยเริ่มเข้าใจเรื่องภาวะซึมเศร้ามากขึ้น เริ่มทำความรู้จักและเริ่มสำรวจตัวเอง จึงทำให้มีอัตราการเข้าพบจิตแพทย์เพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อเจาะลึกไปที่คนพิการทางการได้ยิน พบว่า คนกลุ่มนี้ยังไม่เข้าถึงองค์ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าเท่าที่ควร บางคนไม่ทราบว่าตนเองป่วย หรือมีภาวะซึมเศร้า เพราะคิดว่าความทุกข์ ความเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนต้องประสบพบเจอ โดยผลจากการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลสำคัญต่อองค์กร หรือหน่วยงานที่ทำงานเพื่อขับเคลื่อนด้านสุขภาพจิต ที่จะนำไปเป็นฐานข้อมูลในการศึกษาต่อยอด และวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป

5.2.2 วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยินสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

(1) ปัจจัยด้านด้านร่างกาย ได้แก่ ด้านสมาชิกในครอบครัวของคนพิการทางการได้ยินป่วยด้วยโรคประจำตัวของคนพิการทางการได้ยินที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับงานวิจัย มาติกา รัตนะ (2559) ที่ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24.8 แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 13.8 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 8.6 และภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 2.4 โดยผู้สูงอายุที่มีคนในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องพักรักษาในโรงพยาบาล จะมีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคนในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องพักรักษาในโรงพยาบาล

(2) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ด้านความรู้สึพึงพอใจในการเรียน/ทำงาน ด้านความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด และด้านปมปัญหาในอดีต ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้คนหูหนวกประสบกับภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับทฤษฎีที่นิยมนำมาอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล (นฤมล อินทหมื่น, 2555) ได้แก่ ทฤษฎีด้านสังคม (Social Theory) โดยสถานการณ์ปัญหาที่ส่งผลต่อบุคคล ได้แก่ ปัญหาความรัก การปรับตัวกับเพื่อน/ครอบครัว/เพื่อนร่วมงาน การเงิน ความเจ็บป่วย หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงวัยของชีวิต เมื่อหลายสถานการณ์รวมกันเป็นสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคามภาวะสมดุลของบุคคล นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของนันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ (2559) ซึ่งศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนทั้งคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยทางจิตเวช อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าธรรมดาจนถึงภาวะซึมเศร้ารุนแรงหากไม่ได้รับการรักษาจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด ซึ่ง

โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของจิตใจ โดยมีภาวะซึมเศร้าร่วมกับขาดความเคารพตนเอง รวมทั้งมีภาวะสิ้นยินดี คือ ไม่มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่โดยปกติเป็นที่น่าพึงพอใจ ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือเป็นโรคซึมเศร้าและไม่ได้รับการรักษาจะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และไม่ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการรักษา ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย อาทิ ความผิดปกติทางพันธุกรรม ความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง ปัญหาทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่าสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยภายในและภายนอก ทั้งที่สามารถควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ ดังนั้น ทุกคนควรให้ความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะคนในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดควรคอยสังเกตอาการและพฤติกรรมต่าง ๆ หากพบว่ามีภาวะผิดปกติจะสามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือป่วยเป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะไม่รู้ตัวว่ามีภาวะหรือโรคดังกล่าว ซึ่งจะต้องอาศัยการสังเกตจากคนใกล้ชิด อีกทั้งการดำเนินชีวิตของคนในปัจจุบันเป็นแบบเร่งรีบตลอดเวลา ต้องต่อสู้ดิ้นรนและใช้ชีวิตแบบตัวใครตัวมันมากขึ้น จึงขาดการดูแลใส่ใจสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเองและคนในครอบครัว เมื่อประสบเหตุการณ์หรือได้รับแรงกดดันอันเกิดจากสภาวะการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน แรงกดดันนี้จะกลายเป็นความเครียดสะสมไปเรื่อย ๆ ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าไม่รู้ตัวได้ หากไม่ได้รับการรักษาอาจส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าเพิ่มระดับเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง จนในที่สุดผู้ป่วยจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย

(3) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ด้านสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ด้านสถานการณ์ทางการเมือง และด้านสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ ข้อจำกัดทางร่างกายเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งซึ่งช่วยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้เกิดความคิดด้านลบต่อตนเอง (Negative view of self) โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองในทางลบว่า ตนเองไม่มีคุณค่า ไร้ประสิทธิภาพ ทำให้เกิดข้อบกพร่องทางด้านร่างกาย และจิตใจ นอกจากนี้ยังมองว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการ ไม่มีคุณค่า อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นเอง จึงมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ขึ้นก็จะคิดว่าเป็นความผิดของตนเอง ทำให้มีความคิดด้านลบต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (นฤมล อินทหมื่น, 2555)

(4) ปัจจัยด้านการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกของคนพิการทางการได้ยิน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงการให้คำปรึกษา และด้านการเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องของการสื่อสาร การแสดงออกทางสีหน้าและความรู้สึก ทำให้คนพิการทางการได้ยิน อาจจะรู้สึกว่าไม่มีใครรับฟัง อยู่ร่วมในสังคมค่อนข้างลำบาก ต้องใช้ความพยายามปรับตัวอย่างมาก ในแง่ของความสัมพันธ์ทั่วไปก็อาจเกิดความไม่เข้าใจในการสื่อสารและการแสดงความรู้สึกต่อกัน ในแง่ของการทำงานที่รอบข้างเป็นคนหูดีทั้งหมด ต้องเครียดทั้งในเรื่องของเนื้องานและการสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน คนพิการทางการได้ยิน ก็จะทำให้เกิดความกดดันและความเครียดได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของมาลิน เนาวันาน และจิตราธน์ นงศ์ทอง (2562) ซึ่งค้นพบว่า การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนหูหนวก เป็นกระบวนการสื่อสารระหว่างนักให้คำปรึกษาและ

ผู้รับบริการที่เป็นคนหูหนวกที่เผชิญกับปัญหาความคับข้องใจในเรื่องต่าง ๆ เพื่อช่วยให้พวกเขามีความเข้าใจในตนเอง ยอมรับข้อจำกัดของตนเอง ผู้อื่นหรือสิ่งที่มีอิทธิพลทางสังคม รวมถึงการเรียนรู้ที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ และสามารถผ่านพ้นวิกฤติการณ์ของชีวิตด้วยวิธีการคิดบวก คนหูหนวกนิยมรับคำปรึกษาจากนักให้คำปรึกษาที่เป็นคนหูหนวกเหมือนกัน จึงเป็นความคาดหวังของวงการวิชาชีพนักให้คำปรึกษา ที่ต้องการให้นักให้คำปรึกษาสำหรับคนหูหนวกเพิ่มมากขึ้น ทั้งที่เป็นคนหูหนวก และคนที่มีการได้ยิน โดยนักให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทั้งในบริบทของการให้คำปรึกษาและการทำงานร่วมกับคนหูหนวก มีทัศนคติที่ดี มีความรู้ความเข้าใจและยอมรับในความแตกต่างของวัฒนธรรมของพวกเขาได้อย่างไม่มีเงื่อนไข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ควรมีความสามารถใช้ภาษามือเพื่อการสื่อสารที่ดีในการสร้างสัมพันธภาพกับคนหูหนวก ให้สามารถรับ-ส่งข้อมูลระหว่างสองภาษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้ได้เสนอแนะให้ภาครัฐเห็นความสำคัญของวิชาชีพนักให้คำปรึกษาสำหรับคนหูหนวก (Deaf Counselor) โดยนักให้คำปรึกษาที่เป็นคนที่มีการได้ยิน และเป็นคนหูหนวก มีตำแหน่งนักให้คำปรึกษาสำหรับคนหูหนวกในองค์กรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนหูหนวก

จากข้อมูลเชิงสถิติและการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา สอดคล้องกับความเห็นของจิตแพทย์ที่มองว่า ปัจจุบันการรับรู้และการทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าดีขึ้นกว่าเมื่อก่อนค่อนข้างมาก ซึ่งก็มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลมากขึ้น ในด้านความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและเรื่องภาวะซึมเศร้า ในประเทศไทยเอง มีแนวโน้มที่จะพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น นั่นก็เป็นผลสืบเนื่องมาจากประชากรรู้จักภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้ามากขึ้น เริ่มสำรวจตัวเอง และเข้าพบจิตแพทย์มากขึ้นด้วย ถึงแม้ว่า คนทั่วไปจะรู้จักภาวะนี้มากขึ้น แต่ก็อาจยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเล็กน้อย โดยต้องทำความเข้าใจก่อนว่าภาวะซึมเศร้านั้น มีทั้งระดับที่เป็นปกติกับภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาเป็นโรค สาเหตุของโรคซึมเศร้าเกิดได้จากหลากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม เชื้อชาติ และปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางชีวภาพ คือ การลดลงของระดับสารสื่อประสาทที่ชื่อว่า เซโรโทนิน (serotonin) ส่งผลให้รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่สนุกสนาน นอนไม่หลับ ทำให้มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม (พัชรินทร์ ชนะพาทย์, 2563) นอกจากนั้นทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic Theory) ได้อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะการบกพร่องทางพันธุกรรมที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่งได้อีกด้วย (นฤมล อินทหมื่น, 2555) กล่าวโดยสรุปได้ว่า สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยภายในและภายนอก ทั้งที่สามารถควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ ดังนั้น ทุกคนควรให้ความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะคนในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดควรคอยสังเกตอาการและพฤติกรรมต่าง ๆ หากพบว่ามีอาการผิดปกติจะสามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างทัน่วงที

5.2.3 วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

จากผลการศึกษาเป็นข้อค้นพบเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในประเทศไทย โดยเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องกับคนหูหนวกและแพทย์ ดังต่อไปนี้

(1) การรับฟังปัญหา เป็นแนวทางที่สำคัญมากที่จะช่วยเยียวยาและบรรเทาความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นกับทุกคน โดยเฉพาะกับคนพิการทางการได้ยินที่อาจจะมีความคิดกลัวที่จะสื่อสารเพราะคนทั่วไปไม่เข้าใจ ถ้าคนรอบข้างพยายามที่จะเข้าถึงและรับฟัง อยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจและยอมรับซึ่งกันและกัน ก็จะช่วยลดความเครียดหรือความกดดันให้กับคนพิการทางการได้ยินได้ และจากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นว่า สิ่งแวดล้อมคนรอบข้างมีความสำคัญกับคนพิการทางการได้ยินเป็นอย่างมาก ตั้งแต่ระดับครอบครัว เพื่อน โรงเรียน สถาบันการศึกษา สถานที่ทำงาน รวมไปถึงหน่วยงานระดับประเทศก็ควรที่จะเห็นความสำคัญในการเปิดพื้นที่ให้คนพิการทางการได้ยินได้พึ่งพาหากเกิดปัญหาหรือความทุกข์ใจขึ้น

(2) การเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะซึมเศร้าและสุขภาพจิต องค์กรความรู้เรื่องของภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ สำหรับเรื่องของสุขภาพจิตและเรื่องของภาวะซึมเศร้าที่คนพิการทางการได้ยินอาจจะไม่ค่อยได้ตระหนักที่จะสำรวจตนเอง เพราะอาจจะมีความคิดที่ว่าความทุกข์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติธรรมดาของมนุษย์ หรือด้วยความที่คนพิการทางการได้ยินยังมีอัตราการเข้าถึงจิตแพทย์ที่น้อยมาก คนพิการทางการได้ยินเลยยังไม่พบข้อเปรียบเทียบหรือรู้จักคนมีภาวะซึมเศร้าดีพอ ดังนั้น แนวทางสำคัญที่จะสามารถแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินได้อีกหนึ่งประการ ก็คือการเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะซึมเศร้าและสุขภาพจิต การให้ข้อมูลเรื่องภาวะซึมเศร้าที่ถูกต้องว่าเป็นอย่างไร จะสามารถรับมือ หรือรักษาอย่างไร ก็จะทำให้คนพิการทางการได้ยินสามารถเข้าใจในเรื่องการรักษามากยิ่งขึ้น

(3) สร้างการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และล่ามภาษามือ อุปสรรคในการสื่อสารและการขาดความรู้เบื้องต้นในเรื่องภาวะซึมเศร้าและสุขภาพจิตของคนพิการทางการได้ยิน จึงทำให้คนกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างที่ควรจะเป็นตามหลักการ อีกทั้งความขาดแคลนล่ามภาษามือ ที่จะช่วยให้คนพิการทางการได้ยินสื่อสารกับแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ล้วนเป็นสิ่งที่ทำให้คนพิการทางการได้ยินได้รับความยากลำบาก ทั้งแพทย์เองก็ไม่สามารถใช้ภาษามือได้ทุกคน และตัวของคนพิการทางการได้ยินเองก็อาจจะมีความวิตกกังวลหากต้องเข้ารับการรักษาโดยมีล่ามเป็นตัวกลางช่วยสื่อสาร เพราะฉะนั้นแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน อีกหนึ่งประการที่สำคัญ ก็คือ ควรสร้างการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และล่ามภาษามือเพิ่มมากขึ้นนั่นเอง สอดคล้องกับผลการศึกษากงกกรรณ จีนา และพินิจ ทิพย์มณี (2559) ซึ่งพบว่า สิทธิคนพิการในการเข้าถึงสิทธิทางการแพทย์ เนื่องจากยังไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในสังคมปัจจุบัน ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนคนพิการเพิ่มขึ้นอีกเรื่อย ๆ ในอนาคต จึงเห็นว่าควรมีการบัญญัติกฎหมายคนพิการให้มีสภาพบังคับเพื่อให้เกิดสภาพคล่องในการบังคับใช้ และลดขั้นตอนในการกำหนดเกณฑ์การเข้าถึงสิทธิทางการแพทย์สำหรับคนพิการลง เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิได้

อย่างครอบคลุมและทั่วถึงทุกคนหรือมีการบัญญัติรับรองสิทธิทางการแพทย์ของคนพิการไว้อย่างชัดเจน อันจะเป็นการนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้ดีขึ้นได้อย่างยั่งยืนต่อไป

(4) การขับเคลื่อนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิต แนวทางสำคัญอีกหนึ่งประการที่จะสามารถแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยิน ได้ก็คือ การขับเคลื่อนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิต โดยควรเกิดความร่วมมือของหน่วยงานทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชุมชน โรงเรียน มหาวิทยาลัย สถาบันการศึกษา ไปจนถึงระดับจังหวัด และระดับประเทศ เช่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สมาคมคนพิการต่าง ๆ ฯลฯ ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการเข้ามาดูแลสุขภาพจิต และลดปัญหาในเรื่องภาวะซึมเศร้า ไม่ใช่เฉพาะแค่คนพิการทางการได้ยิน แต่รวมถึงคนพิการประเภทอื่น ๆ ด้วย เพื่อทำงานประสานกันในการดูแลคนพิการ โดยเฉพาะคนพิการทางการได้ยินได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

(5) การใช้เทคโนโลยีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม การใช้เทคโนโลยีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม จึงเป็นอีกหนึ่งแนวทางสำคัญอีกหนึ่งประการที่จะสามารถแก้ไขภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินได้ ซึ่งการสื่อสารผ่านออนไลน์ก็จะสามารถทำให้คนพิการทางการได้ยินสามารถเข้าถึงมูลความรู้ต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้านี้ อาจใช้ช่องออนไลน์ในการสร้างกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดึงให้คนพิการทางการได้ยินเข้าไปมีส่วนร่วม

(6) การจัดกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมเรื่องการใช้ชีวิต การจัดกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมเรื่องการใช้ชีวิต จึงเป็นอีกแนวทางสำคัญที่จะแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินได้ เพราะหากหน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ สร้างกิจกรรมต่าง ๆ ที่เปิดโอกาสให้คนพิการทางการได้ยินเข้าไปมีส่วนร่วม จะสามารถทำให้คนพิการทางการได้ยินมีพื้นที่ในสังคม ซึ่งจะทำให้ไม่เกิดความแปลกแยก สามารถส่งเสริมให้คนพิการทางการได้ยินมีทักษะในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม และคุณค่าในตัวเองได้

(7) การรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชโดยใช้แพทย์ทางเลือก ในส่วนของแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่เป็นคนพิการทางการได้ยินในมุมมองของแพทย์ทางเลือกก็มีความน่าสนใจ ด้วยการรักษาเน้นเรื่องปรับธาตุทั้ง 4 ประกอบด้วยธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟในร่างกายให้สมดุล ดูแลอายุของผู้เข้ารับการรักษาแล้วจัดการรักษาให้ตรงกลุ่ม อาจมีการใช้ยาหรือการรักษาอื่น ๆ เสริมเข้าไปบ้างแต่ไม่มาก

ซึ่งจากที่กล่าวมานั้นจะเห็นว่า คนพิการทางการได้ยินยังเข้าไม่ถึงบริการทางการแพทย์เท่าที่ควร โดยเฉพาะด้านจิตแพทย์ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร และการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ และสิ่งที่ต้องเร่งดำเนินการในเบื้องต้นคือการผลักดันให้หน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ กระจายความรู้ความเข้าใจให้คนพิการทางการได้ยิน ได้รู้จัก และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าให้มากขึ้น และตระหนักรู้ในเรื่องของการรักษาสุขภาพจิตของตัวเองมากขึ้นด้วย

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

(1) สำหรับผู้ที่สนใจศึกษาควรทำการศึกษาวิจัยลักษณะเดียวกันนี้ สามารถขยายกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเพื่อสำรวจกลุ่มคนพิการทางการได้ยินในหลายกลุ่ม เช่น สำรวจภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในกลุ่มเยาวชน สำรวจภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในกลุ่มวัยทำงาน และสำรวจภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางการได้ยินในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้เพื่อจะได้เจาะลึกในแต่ละกลุ่ม และเพื่อจะได้ศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

(2) สามารถขยายขอบเขตการศึกษาในกลุ่มคนพิการในประเภทอื่น ๆ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดได้กับคนทุกกลุ่ม และความพิการแต่ละประเภทอาจมีข้อจำกัด หรือธรรมชาติในการใช้ชีวิตด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน ซึ่งอาจจะมีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันได้ ก็จะทำให้สามารถเห็นความเหมือนและความแตกต่างเพิ่มเติมขึ้นได้

5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปออกแบบหรือรณรงค์เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้

(2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำแนวทางแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยินจากการศึกษาครั้งนี้ ไปสร้างความร่วมมือ การออกแบบหรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของคนพิการต่อไป

(3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถทำการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า/โรคซึมเศร้า เพื่อให้คนพิการทางการได้ยิน รวมทั้งล่ามภาษามือ มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์เพื่อรับมือและดูแลตนเองได้อย่างสะดวกขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม (ต่อ)

- บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ. พ.ศ. 2552. (2552, 29 พฤษภาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 126 ตอนพิเศษ 77 ง. หน้า 2-5.
- ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555. (2555, 26 กรกฎาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 129 ตอนพิเศษ 119 ง. 22-23.
- ประภัสสร สิริวิชัย. (2545). *ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพมหานคร : ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย.
http://www.tnrr.in.th/?page=result_search&record_id=269432
- ปราลีณา ทองศรี, อารยา เขียงของ และธนยศ สุมาลย์โรจน์. (2561). ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในข้าราชการตำรวจจราจรเขตนครบาล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32(1). 59-76.
- ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนันทน์ คล่องดี และสุรชัย เฉนีง. (2563). ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาไทย: บทบาทที่สำคัญสำหรับสถาบันการศึกษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 21(41).104-116.
- ผดุง อารยะวิญญู. (2542). *การเรียนรู้ระหว่างเด็กปกติกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ*. กรุงเทพฯ: แวนแก้ว.
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556. *ราชกิจจานุเบกษา* เล่ม 130 ตอนที่ 30 ก (ลงวันที่ 29 มีนาคม 2556)
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. *ราชกิจจานุเบกษา* เล่ม 124 ตอนที่ 61 ก (ลงวันที่ 27 กันยายน 2550)
- พัชรินทร์ ชนะพาห์. (2563). ความสัมพันธ์ของการขาดวิตามินดีกับโรคซึมเศร้า. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(1), 107-115.
- มาติกา รัตน์นะ. (2559). *ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา [ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. หอสมุดแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มาลิน เนาว์นาน และจิตรารัตน์ นงค์ทอง. (2562). การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนหูหนวก. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*, 39(2), 112-127.
- มาลินี อยู่ใจเย็น, สุทธนันท์ กัลละ, ศศิวิมล บุรณะเรข และไขนภา แก้วจันทร์. (2561). การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 34(3). 100-107.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- มินตรา สารระรักษ, ญณา จันทรทรวง และสุพรรณษา ชูตระกูลกิจ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ มอว.วิจัย ครั้งที่ 16* (น. 241-251). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- ระพีพรรณ ลาภา. (2554). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตจังหวัดปทุมธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์.
- วรินทิพย์ สว่างศรี, นันทยุทธ หะสีตะเวช, ชลธิชา แยมมา, ณัฐปพน รัตนตรัย และคุณุฎิ จิงศิริกุลวิทย์. (2564). ความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคโควิด-19 เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(2), 114-124.
- วิชญ์ บรรณหิรัญ. (2556). *การตรวจระดับการได้ยิน*.
<https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=758>
- วีไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไวยวุฒิ วุฒิอรธสาร. (2549). *การศึกษาคำบรรยายที่เหมาะสม สำหรับการรับรู้ภาพยนตร์ของคนหูหนวก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศลักขณา กิติทัศน์เศรณี, สุปาณี สนธิรัตน์ และทิพย์วัลย์ สุรินยา. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดากับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 4. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 15(1). 36-47.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- สัตยา ประกอบชัย. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สายทิพย์ ปิ่นเจริญ. (2558). *ปัญหาอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายกับพนักงานสอบสวน : กรณีศึกษาสถานีตำรวจในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2560). *ผู้พิการภาคใต้มีภาวะเครียด-เลี้ยงซึมเศร้า*. สืบค้น 25 มิถุนายน 2564, จาก <https://www.thaihealth.or.th/ผู้พิการภาคใต้มีภาวะเค/>
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2552). *อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ*.
<http://humanrights.mfa.go.th/upload/pdf/CRPD.pdf>

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, โสภณ แสงอ่อน และทัศน ทวีคุณ. (2554). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 17(3). 412-429.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2544). *แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- โสภณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และจุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(8). 13-38.
- อมรรัตน์ ตันติพิทยพงศ์. (2562). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 33(1). 203-16.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรค ซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และสุชาติ พันธุ์ลาภ. (2559). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนชานเมืองกรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 3(3). 25-36.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Al Majali, S. A., & Alghazo, E. M. (2021). Mental health of individuals who are deaf during COVID19: Depression, anxiety, aggression, and fear. *Journal of Community Psychology*, 49(6), 2134-2143. DOI: 10.1002/jcop.22539
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Heber Medical Division.
- Beck, A.T. (1973). *The diagnosis and management of depression*. U. Pennsylvania Press.
- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of Psychological Test* (5th ed.). New York: Harper Collins.
- Emond, A., Ridd, M., Sutherland, H., Allsop, L., Alexander, A., & Kyle, J. (2015). The current health of the signing Deaf community in the UK compared with the general population: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 5(1). 1-7. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006668
- Fellinger, J., Holzinger, D., & Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *Lancet*, 379(9820). 1037-44. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61143-4

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Kushalnagar, P., Reesman, J., Holcomb, T., & Ryan, C. (2019). Prevalence of Anxiety or Depression Diagnosis in Deaf Adults. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 24(4), 378-385. DOI: 10.1093/deafed/enz017
- Li, M., Zhang, X., Hoffman, H. J., Cotch, M. F., Themann, C. L., & Wilson, M. R. (2012). Hearing Impairment Associated with Depression in US Adults, National Health and Nutrition Examination Survey 2005–2010. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 140(4), 293–302.
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8(46), 1-7.
- Sinanović, O., Brkić, F., Salihović, N., Junuzović, L., & Mrkonjić, Z. (2004). Anxiety and depression in deaf and hard-of-hearing adults. *Medicinski Arhiv*, 58(2), 87-90. PMID: 15202313
- World Health Organization [WHO]. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. <https://www.tcijthai.com/news/2018/07/scoop/8304>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แบบสอบถามในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยิน

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในคนพิการทางการได้ยิน” ข้อมูลที่ได้นี้จะนำไปใช้เพื่อการเพื่อการศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพจิตในอนาคต เพื่อประโยชน์ต่อสังคม ขอความกรุณาตอบแบบสอบถามตามจริง ขอขอบคุณความร่วมมือจากทุกท่าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำแนะนำ โปรดใส่เครื่องหมาย ลงในช่องว่าง ที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริงกับท่านมากที่สุด หรือเติมคำในช่องว่าง

1.1 เพศ

- ชาย หญิง

1.2 อายุ

- 18-25 ปี 26-35 ปี 36-45 ปี
 36-40 ปี 41-50 ปี 51 ปีขึ้นไป

1.3 ระดับการศึกษาสูงสุด

- ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า
 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 สูงกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ

1.4 สถานภาพสมรส

- โสด สมรส หย่าร้าง/หม้าย

1.5 อาชีพ

- นักเรียน/นักศึกษา ข้าราชการ
 รับจ้าง / ลูกจ้าง / พนักงานบริษัทเอกชน ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว / อาชีพอิสระ
 เกษตรกร อื่น ๆ

1.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- น้อยกว่า 10,000 บาท 10,000-20,000 บาท
 20,001-30,000 บาท 30,001-40,000 บาท
 40,001-50,000 บาท มากกว่า 50,000 บาท

1.7 ภูมิภาค

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> กรุงเทพมหานคร | <input type="checkbox"/> ภาคกลางและภาคตะวันออก |
| <input type="checkbox"/> ภาคเหนือ | <input type="checkbox"/> ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ |
| <input type="checkbox"/> ภาคใต้ | <input type="checkbox"/> ไม่ระบุ |

1.8 ลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยิน

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> หูหนวก | <input type="checkbox"/> หูตึง |
|---------------------------------|--------------------------------|

1.9 ลักษณะความพิการ

- พิการมาตั้งแต่กำเนิด
- พิการในภายหลังจากอุบัติเหตุ อากาศป่วย ฯลฯ

1.10 ความสามารถในการใช้ภาษามือในการสื่อสาร

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> สามารถใช้ภาษามือสื่อสารได้ | <input type="checkbox"/> ไม่สามารถใช้ภาษามือสื่อสารได้ |
|---|--|

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่มีต่อตนเอง ไม่มีคำตอบใดถือว่าถูกหรือผิด ดังนั้นโปรดตอบคำถามตามความเป็นจริงในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน และโปรดทำเครื่องหมาย (X) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

- | | | |
|------------|-----|---|
| ไม่มีเลย | คือ | ไม่เคยเกิดอาการดังกล่าวในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา |
| เป็นบางวัน | คือ | เกิดอาการเหล่านี้เป็นบางวันแต่ไม่บ่อยมากในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา |
| เป็นบ่อย | คือ | เกิดอาการดังกล่าวค่อนข้างบ่อยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา |
| เป็นทุกวัน | คือ | เกิดอาการเหล่านี้ตลอดเวลาในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา |

พฤติกรรมที่แสดงออก	ระดับความถี่ของอาการ			
	ไม่มีเลย (0)	เป็นบางวัน (1)	เป็นบ่อย (2)	เป็นทุกวัน (3)
1. เบื่อ ทำอะไร ๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้				
3. หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากเกินไป				

4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง				
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ตัวเอง หรือครอบครัวผิดหวัง				
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8. พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือ กระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย				
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตาย ๆ ไปเสียคงจะดี				

หมายเหตุ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทยของมานิช หล่อตระกูล และคณะ การประเมินนี้เป็นการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น ส่วนการวินิจฉัยนั้น จำเป็นต้องพบแพทย์เพื่อซักประวัติ ตรวจร่างกาย รวมถึงส่งตรวจเพิ่มเติมที่จำเป็น เพื่อยืนยันการวินิจฉัยที่แน่นอน รวมถึงเพื่อแยกโรคหรือภาวะอื่น ๆ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นจากสาเหตุต่าง ๆ ได้มากมาย

ผลการประเมินและคำแนะนำที่ได้รับจากโปรแกรมนี้จึงไม่สามารถใช้แทนการตัดสินใจของแพทย์ได้ การตรวจรักษาเพิ่มเติมหรือการให้ยารักษาขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์และการปรึกษากันระหว่างแพทย์และตัวท่าน

ที่มา: แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (Patient Health Questionnaire: PHQ-9) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล https://med.mahidol.ac.th/th/depression_risk

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านร่างกาย

1. ลักษณะของการบกพร่องทางการได้ยินของท่าน
 หูหนวก หูตึง
2. การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวของท่าน
 มีโรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว
3. สมาชิกในครอบครัวของท่านป่วยด้วยโรคประจำตัว
 สมาชิกในครอบครัวมีโรคประจำตัว สมาชิกในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัว

ปัจจัยด้านจิตใจ

1. สัมพันธภาพในครอบครัวของท่านเป็นอย่างไร
 รักใคร่ปรองดอง ทะเลาะเบาะแว้งเป็นประจำ
2. ท่านรู้สึกพึงพอใจในการเรียน/ทำงาน ในปัจจุบันหรือไม่
 พึงพอใจ ไม่พึงพอใจ
3. ท่านมีการผ่อนคลายความเครียด
 มีวิธีผ่อนคลายความเครียด ไม่มีวิธีผ่อนคลายความเครียด
4. ความสัมพันธ์ของท่านกับคนใกล้ชิด (เพื่อน/แฟน/คู่สมรส/เพื่อนร่วมงาน และอื่นๆ) เป็นอย่างไร
 มีปัญหา ไม่มีปัญหา
5. ท่านมีปมปัญหาในอดีต หรือไม่
 มีปัญหา ไม่มีปัญหา

ปัจจัยด้านสังคม

1. สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ส่งผลให้ท่านเกิดความเครียด หรือไม่
 เกิดความเครียด ไม่เกิดความเครียด
2. สถานการณ์ทางการเมือง ส่งผลให้ท่านเกิดความเครียด หรือไม่
 เกิดความเครียด ไม่เกิดความเครียด
3. สถานการณ์ทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้ท่านเกิดความเครียด หรือไม่
 เกิดความเครียด ไม่เกิดความเครียด

ปัจจัยด้านการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกของคนพิการทางการได้ยิน

1. การเข้าถึงบริการสาธารณสุข
 มีข้อจำกัด ไม่มีข้อจำกัด
2. การเข้าถึงสื่อ

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> มีข้อจำกัด | <input type="checkbox"/> ไม่มีข้อจำกัด |
| 3. การเข้าถึงการให้คำปรึกษา | |
| <input type="checkbox"/> มีข้อจำกัด | <input type="checkbox"/> ไม่มีข้อจำกัด |
| 4. การเข้าถึงบริการล่ามภาษามือ | |
| <input type="checkbox"/> มีข้อจำกัด | <input type="checkbox"/> ไม่มีข้อจำกัดมีือ |

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณท่านที่ตอบแบบสอบถาม

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – นามสกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศิวินารถ หงษ์ประยูร

ประวัติการศึกษา

- พ.ศ. 2551 - ปริญญาโท นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการสื่อสารมวลชน
 คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พ.ศ. 2544 - ปริญญาตรี วารสารศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยุกระจายเสียงและวิทยุโทรทัศน์
 คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 (เกียรตินิยมอันดับ 1)

ประสบการณ์ทำงาน

- พ.ศ. 2544 – ปัจจุบัน - อาจารย์ประจำ คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต