ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร

นางสาวประภัสสร สิริวิชัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-2818-2

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

DEPRESSION AMONG IMPAIRED-HEARING STUDENTS IN SECONDARY SCHOOL UNDER DIVISION OF EDUCATION FOR THE DISABLED, DEPARTMENT OF GENERAL EDUCATION, MINISTRY OF EDUCATION, BANGKOK.

Miss Prapatsorn Siriwichai

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health
Department of Psychiatry
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
Academic Year 2002

ISBN 974-17-2818-2

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร
โดย	นางสาวประภัสสร สิริวิชัย
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงอลิสา วัชรสินธุ
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงอลิสา วัชรสินธุ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์)

.....กรรมการ
(อาจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประภัสสร สิริวิชัย : ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร (DEPRESSION AMONG IMPAIRED-HEARING STUDENTS IN SECONDARY SCHOOL UNDER DIVISION OF EDUCATION FOR THE DISABLED, DEPARTMENT OF GENERAL EDUCATION, MINISTRY OF EDUCATION, BANGKOK.) อ.ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงอลิสา วัชรสินธุ, อ.ที่ปรึกษาร่วม : อาจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์ ; 115 หน้า, ISBN 974-17-2818-2.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดจุดเวลาหนึ่ง โดยมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่อยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 207 คน อายุ 13 - 24 ปี แบ่งเป็นชาย 102 คน และหญิง 105 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเป็นลักษณะการตอบด้วยตนเองผ่านล่ามภาษามือ ได้แก่ แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression scale) โดยมีจุดตัดคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้า, แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม PRQ Part II(The Personal Resource Questionnaire: Part II), แบบสอบถามความภูมิใจในตนเอง CSEI (The Coopersmith Self-Esteem Inventory: Adult form) และแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย, ร้อยละ, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, chi-square test โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเท่ากับร้อยละ 43
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 คือ ความภูมิใจในตนเองต่ำ และการไม่ได้รับการศึกษาของมารดา

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า ในการดูแลนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินนั้น ควรมุ่งเน้นในการสนับสนุนและพัฒนาให้นักเรียนมีความภูมิใจในตนเองในด้านต่าง ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินได้ต่อไป

ภาควิชา	จิตเวชศาสตร์	ลายมือชื่อนิสิต……
สาขาวิชา	สุขภาพจิต	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา……
ปีการศึกษา	2545	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม……

4375282430 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD : IMPAIRED-HEARING STUDENTS / DEPRESSION

PRAPATSORN SIRIWICHAI : DEPRESSION AMONG IMPAIRED-HEARING STUDENTS IN SECONDARY SCHOOL UNDER DIVISION OF EDUCATION FOR THE DISABLED, DEPARTMENT OF GENERAL EDUCATION, MINISTRY OF EDUCATION, BANGKOK. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. ALISA WACHARASINDHU,MD. MRCPsych.,THESIS COADVISOR : DECHA LALITANANTPONG, MD ; 115 pp. ISBN 974-17-2818-2.

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to study the prevalence of depression and factors associated with depression among impaired-hearing students in secondary school under Division of Education for the Disabled, Department of General Education, Ministry of Education, Bangkok. The samples were 207 grade 7-12 impaired-hearing students, age 13-24. 102 males and 105 females attended in this study. All measurements were self-rating scales via sign language interpreter. The measurements included CES-D scale (Center for Epidemiologic Studies Depression scale) at the cut off point score $\geq$ 22, PRQ Part II (The Personal Resource Questionnaire: Part II) ,CSEI (Coopersmith Self-Esteem Inventory: Adult Form) and questionnaires about personal data. The data were analyzed by mean, percentage, standard deviation, chi-square test with SPSS/FW program.

The results of this study were:

1. The prevalence of depression among impaired-hearing students was 43%
2. Factors that had been significantly associated with depression among impaired-hearing students at the level of .05 were low self-esteem and mother's non-education.

The results from this study suggested that taking care of impaired-hearing students should emphasize on promoting and encouraging self-esteem in every areas to prevent depression in impaired-hearing students.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Department of Psychiatry Student's signature……

Field of Medicine Advisor's signature……

Academic year 2002 Co-advisor's signature……

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความช่วยเหลือ และความกรุณาจากบุคคลหลายท่านที่ได้สละทั้งเวลา แรงกาย แรงใจที่ทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปได้ ดังมีรายนามดังต่อไปนี้

ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงแด่พระคุณ มารดา บิดา พี่สาว และพี่ชายทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ ความช่วยเหลือ ตลอดจนให้แง่คิดที่ดีต่าง ๆ เพื่อทำให้ผู้วิจัยไม่ย่อท้อและยอมแพ้กับอุปสรรคใด ๆ ได้ ตลอดจนเงินทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รศ.พญ.อลิสา วัชรสินธุ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และ อาจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ได้ให้ความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดี และให้แนวความคิดในการทำวิทยานิพนธ์ในด้านต่าง ๆ

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์นันทนา ลำเทียน ที่ได้ให้ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งในการเป็นล่ามภาษามือเพื่อช่วยในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปอย่างดี รวมทั้งให้วิชาความรู้เกี่ยวกับคนหูหนวกและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยตลอดมา ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้เข้าใจในคนหูหนวกมากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณรศ.พญ.นันทิกา ทวิชาชาติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์บุรณี กาญจนถวัลย์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 2 โรงเรียน,อาจารย์ฝ่ายวิชาการทั้ง 2 โรงเรียน อาจารย์อุษา กลแกม,อาจารย์อัมพร พันธุ์พาณิชย์ และนักเรียนทุก ๆ ท่านในโรงเรียนเศรษฐเสถียรและโสตศึกษาทุ่งมหาเมฆ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณน้องศิรินภา อัศวศิริเลิศ ที่ได้สอนภาษามือผู้วิจัย และช่วยเหลือผู้วิจัยในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้

ขอขอบคุณมุจรินทร์ พัดน้อย, ประธาน รัชตจำรูญ, ปราณี ธนกำธร ที่ได้ให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยในการให้คำปรึกษาเรื่องต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นในด้านการเก็บข้อมูล ทางด้านสถิติ แก่ผู้วิจัยเสมอมา รวมถึงเสียงที่เต็มไปด้วยกำลังใจของพี่พัชรา ถาวร และเพื่อน ๆ พี่ ๆ สุขภาพจิตรุ่น 13 ทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจและช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้

ขอขอบคุณเพื่อน ๆ และน้อง ๆ จิตวิทยา PY 2000 และเพื่อน ๆ รังสีเทคนิคมหิดลที่ได้ให้ความช่วยเหลือในด้านกำลังใจและข้อคิดต่าง ๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

ประภัสสร สิริวิชัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ
กิตติกรรมประกาศ..... ฉ
สารบัญ..... ช
สารบัญตาราง..... ญ
สารบัญภาพ..... ฏ

บทที่ 1 บทนำ..... 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1
คำถามการวิจัย..... 3
วัตถุประสงค์การวิจัย..... 3
ขอบเขตของการวิจัย..... 4
ข้อจำกัดของการวิจัย..... 5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย..... 6
กรอบแนวความคิดในการวิจัย..... 7

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 8
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน..... 9
ข้อมูลเกี่ยวกับโสตสัมผัสวิทยา 9
ประเภทของการสูญเสียการได้ยิน..... 10
ระดับการสูญเสียการได้ยิน..... 11
สาเหตุของการสูญเสียการได้ยิน..... 12
ข้อบ่งชี้ในการตรวจการได้ยิน..... 14

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 2 (ต่อ)

การฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน.....14
สภาวะอารมณ์ และสังคมของผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน..... 15
สัมพันธภาพระหว่างเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินและครอบครัว..... 18
อาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน.....21
งานวิจัยทางด้านสุขภาพจิตของบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน.....23
เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า..... 28
ความหมายของภาวะซึมเศร้า..... 28
ชนิดของภาวะซึมเศร้า..... 29
แนวคิดและทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า..... 30
สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า..... 30
การช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า..... 33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า..... 34
เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม..... 40
ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม..... 40
ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม..... 40
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม..... 43
ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ..... 44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม..... 45
เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับความภูมิใจในตนเอง..... 46
ความหมายของความภูมิใจในตนเอง..... 46
องค์ประกอบของความภูมิใจในตนเอง..... 48
ลักษณะของบุคคลที่ความภูมิใจในตนเอง..... 52
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความภูมิใจในตนเอง..... 52

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 54
รูปแบบการวิจัย..... 54
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง..... 54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 57
การรวบรวมข้อมูล..... 60
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 61

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 62

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 78
สรุปผลการวิจัย..... 78
อภิปรายผล..... 80
ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย..... 91
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย..... 92
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป..... 93

รายการอ้างอิง..... 94
ภาคผนวก..... 100
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 101
ภาคผนวก ข ข้อมูลโรงเรียนเพื่อนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน..... 110
ภาคผนวก ค วุฒิบัตรในการอบรมภาษาสำหรับผู้พิการทางการได้ยิน..... 113
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 115

****

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 : -

ตารางที่ 2 : -

2.1 เปรียบเทียบเสียงในชีวิตประจำวันในหน่วยเดซิเบล..... 12

2.2 แสดงช่วงวัยที่เกิดการสูญเสียการได้ยิน..... 13

2.3 แสดงคะแนน BDI และความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาหูหนวก..... 25

2.4 แสดงคะแนน BDI และความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนหูหนวก..... 26

2.5 แสดงความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย..... 39

ตารางที่ 3 : -

3.1 แสดงจำนวนนักเรียนโรงเรียนเศรษฐเสถียร และโรงเรียนโสตศึกษา ทุ่งมหาเมฆ..... 56

ตารางที่ 4 : -

4.1 แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล..... 63

4.2 แสดงจำนวน ร้อยละของปัจจัยด้านครอบครัว และสังคม..... 66

4.3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความภูมิใจในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน..... 69

4.4 แสดงความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเป็นจำนวน และร้อยละ รวมถึงส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้า 70

4.5 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านตัวเด็กนักเรียนในนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า..... 71

4.6 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านครอบครัว และสังคมในนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า..... 74

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

4.7 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยความภูมิใจในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมในนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า..... 77

ตารางที่ 5 : -

5.1 ตารางสรุปความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย..... 81

****

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 : -

ภาพที่ 2 : -

2.1 แสดงขั้นตอนของกลไกการได้ยิน และประเภทของการสูญเสียการได้ยิน..... 11

2.2 แสดงรูปแบบจากประสบการณ์ (Empirical model) เพื่อเชื่อมโยง ความเครียด กับสถานการณ์และผลของความเครียด..... 42

****

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กและเยาวชนเป็นทรัพยากรที่สำคัญและมีค่าของประเทศ จึงต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ให้มีการพัฒนาทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา รวมถึงคุณธรรมจรรยาบรรณอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาประเทศชาติและสังคมต่อไปได้ ในการพัฒนาเด็กและเยาวชนนั้น ควรมีการพัฒนาเด็กและเยาวชนในทุก ๆ กลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นเด็กปกติหรือในเด็กกลุ่มพิเศษ เพราะในแต่ละบุคคลมีความพร้อมในการพัฒนาศักยภาพของแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการส่งเสริม และการให้การสนับสนุน ซึ่งทางรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับเด็กในกลุ่มพิเศษด้วยเช่นกัน ดังในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) [1] ซึ่งรัฐบาลได้ให้ความสนใจ และความสำคัญกับประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาส ดังเห็นได้จากวัตถุประสงค์หลักข้อหนึ่งที่ว่าด้วยการเสริมสร้างโอกาสให้ประชากรกลุ่มนี้มากขึ้น และ ทุก ๆ คนมีขีดความสามารถพิเศษซึ่งควรได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่ตามศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ และสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างสมศักดิ์ศรี

สภาพความพิการเป็นสิ่งขัดขวางศักยภาพของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นความพิการแต่กำเนิดหรือเป็นผลเนื่องมาจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วย ทำให้เกิดความยุ่งยากอื่น ๆ ตามมา ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังที่ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิเด็ก ปี 1924 ข้อ 5 มีข้อความบ่งชี้ให้เห็นถึงการตระหนักต่อสภาพเด็กพิการ ดังนี้ “เด็กทุกคนที่ด้อยทางกาย จิตใจ และสังคม จะต้องได้รับการปฏิบัติรักษา การศึกษา และดูแลอย่างพิเศษ อย่างสอดคล้องกับความเป็นจริงของชีวิต” ซึ่งมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย ได้ทำการสำรวจคนพิการทั่วประเทศไทย ปีพ.ศ. 2539 มีจำนวน 4,825,681 คน ทั่วประเทศ และมีผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินและการสื่อความหมายถึง 299,192 คน ในปัจจุบัน รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับคนพิการมากขึ้น โดยในปัจจุบันมีโรงเรียนสำหรับคนพิการทางการได้ยินและสื่อความหมายถึง 20 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งในจำนวนนี้มี 10 แห่งที่เป็นโรงเรียนโสตศึกษาที่มีการสอนโดยใช้ภาษามือ และในปีการศึกษา 2544 มีนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในโรงเรียนโสตศึกษาทั่วประเทศเป็นจำนวน 3,469 คน

โดยมีการเรียนการสอนตั้งแต่ระดับชั้นอนุบาลถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และในปัจจุบันมีสถาบันอุดมศึกษาที่มีการเรียนการสอนสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมี 2 ที่ด้วยกัน คือ สถาบันราชภัฏสวนดุสิต และวิทยาลัยราชสุดา จะเห็นได้ว่าผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินนั้น มีโอกาสทางการศึกษามากขึ้น เพราะมีจำนวนมากขึ้นทุกวัน แต่การศึกษาทางด้านจิตใจ ภาวะอารมณ์ และสุขภาพจิตของผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีค่อนข้างน้อย อาจเป็นเพราะเข้าใจว่าผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีความผิดปกติเฉพาะส่วนในการได้ยิน จึงอาจไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต แต่แท้จริงแล้วเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินจะประสบปัญหาขาดพัฒนาการทางภาษาอันเนื่องมาจากความไม่ได้ยินจึงทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับพัฒนาการทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญาอย่างมาก ในเด็กเล็กอาจแสดงพฤติกรรมบางอย่างที่แสดงถึงการไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ เช่น โมโหง่าย เอาแต่ใจ ก้าวร้าว อารมณ์ไม่มั่นคง ฯลฯ การที่เด็กมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมนั้น เกิดจากความไม่สามารถแสดงให้ผู้อื่นเข้าใจถึงความคิด ความรู้สึก และความต้องการของตนเองได้[2] เมื่อเด็กโตเป็นวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงที่เต็มไปด้วยการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงสิ่งแวดล้อมรอบตัวด้วย เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินนั้นก็จะยิ่งมีความคับข้องใจมากขึ้นในเรื่องต่าง ๆ และต้องมีการปรับตัวเองในสองสถานการณ์คือ ต้องยอมรับความไม่สามารถของตนเองในการที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน และในขณะเดียวกันก็ต้องเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับร่างกายและจิตใจของตนเองจากเด็กเป็นผู้ใหญ่[2] ถ้าวัยรุ่นไม่สามารถจัดการกับความคับข้องใจที่เกิดขึ้นหรือไม่สามารถปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ ก็อาจเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้เช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาของ Leigh et al.(1989)[3] พบว่า นักศึกษาหูหนวกมีอาการซึมเศร้ามากกว่านักเรียนที่มีการได้ยินปกติ โดยพบความชุกของนักศึกษาหูหนวกที่ร้อยละ 51 ส่วนนักศึกษาที่มีการได้ยินปกติพบความชุกร้อยละ 34 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Watt&Davis (1991)[4] ซึ่งพบความชุกของนักเรียนวัยรุ่นหูหนวกที่ร้อยละ 50 ส่วนนักเรียนที่มีการได้ยินปกติพบความชุกร้อยละ 20 นอกจากนี้ Leigh ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไป และการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย ครอบครัวและสังคมรอบตัวของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาการทางด้านอารมณ์ และจิตใจของวัยรุ่นเป็นอย่างยิ่ง การที่มีระบบการสนับสนุนทางสังคมที่ดีอาจเป็นสิ่งที่ป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ แต่ถ้ามีระบบการสนับสนุนทางสังคมต่ำอาจทำให้วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Danermark (1996)[5] พบว่า นักศึกษาที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมักมีความรู้สึกอ้างว้าง มีอาการของภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย มีการมองอนาคตในแง่ร้าย มีความวิตกกังวลสูง และมีระบบการสนับสนุนทางสังคมอยู่ใน

ระดับต่ำ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน อาจส่งผลต่อภาวะอารมณ์ หรือภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีความ บกพร่องทางการได้ยิน เพราะในประเทศไทยยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน มีการศึกษาแต่เพียงในต่างประเทศเท่านั้น จึงมีความสนใจที่จะศึกษาในเรื่องนี้ และศึกษานักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 เนื่องจากเป็นช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงที่มีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูง[6] เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือวางแผนป้องกันปัญหาในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินได้ต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับมัธยมศึกษา สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับมัธยมศึกษาสังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับมัธยมศึกษาสังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับมัธยมศึกษาสังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร โดย

1. กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2545 ในโรงเรียนเศรษฐเสถียร เขตดุสิต และ โรงเรียนโสตศึกษาทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร ในกรุงเทพมหานคร และไม่มีความพิการซ้ำซ้อน

2. กลุ่มตัวอย่างได้ทำการวัดอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CES-D scale (Center for Epidemiologic Studies Depression scale) เพื่อตรวจกรองอาการซึมเศร้าในนักเรียน โดยมีจำนวนข้อทั้งหมด 20 ข้อ โดยมีจุดตัดคะแนน (cut off point) ตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป ($\geq$ 22 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้า

3. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent variable) คือ เพศ, อายุ, ระดับการสูญเสียการได้ยิน, ระดับชั้นเรียน, ผลการเรียน, สภานภาพนักเรียน, งานอดิเรก, โรงทางกาย, สถานภาพสมรสของบิดามารดา, รายได้ของครอบครัว, ระดับการศึกษาของบิดามารดา, ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย, ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว, ประวัติติดสุรา ยาเสพติดของบิดามารดา, การสนับสนุนทางสังคม, ความภูมิใจในตนเอง

3.2 ตัวแปรตาม (Dependent variable) คือ ภาวะซึมเศร้าของนักเรียน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่ศึกษาในโรงเรียนสังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ และไม่มีความพิการซ้ำซ้อน ดังนั้น จึงอาจไม่สามารถขยายผลการวิจัยครอบคลุมถึงบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในกลุ่มอื่น ๆ ได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน หมายถึง นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2545 ในโรงเรียนสังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา ในกรุงเทพมหานคร และต้องไม่มีความพิการซ้ำซ้อน

ระดับการสูญเสียการได้ยิน หมายถึง การได้ยินเสียงของหู ซึ่งทำการตรวจวัดการได้ยินโดยใช้เสียงบริสุทธิ์ได้ค่าเฉลี่ยได้ค่าเฉลี่ยที่ความถี่ 500,1000 และ 2000 Hz ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ระดับที่ 1 คือ ระดับการได้ยินอยู่ระหว่าง 25-55 dB หรือ หูตึงน้อยถึงปานกลาง
- ระดับที่ 2 คือ ระดับการได้ยินอยู่ระหว่าง 56-90 dB หรือ หูตึงมากถึงรุนแรง
- ระดับที่ 3 คือ ระดับการได้ยินตั้งแต่ 91 dB ขึ้นไป หรือ หูหนวก

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์เศร้า หงุดหงิด จิตใจหม่นหมอง หวั่นไหวง่าย ไม่มีความสุข รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ ขาดสมาธิ ไม่มีชีวิตชีวา มีอาการเบื่ออาหาร ปวดศีรษะ พลังในการทำงานลดลง คิดฟุ้งซ่าน คิดอยากตาย นอนไม่หลับ ซึ่งสามารถทำการประเมินด้วยแบบวัดอาการซึมเศร้า (CES-D) ค่าคะแนนที่ได้ตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของนักเรียนที่มีการบกพร่องทางการได้ยินต่อการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อนในเรื่องต่าง ๆ ที่ช่วยให้ดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

ความภูมิใจในตนเอง หมายถึง ทัศนคติที่บุคคลมีต่อตัวเอง ยอมรับในตัวเองว่ามีความสำคัญ และมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จตลอดทั้งมีความเชื่อมั่นในคุณค่าแห่งตน

สถานภาพนักเรียน หมายถึง การเป็นนักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนเฉพาะเวลาเรียนหรือการอยู่ในโรงเรียนนอกเวลาเรียนด้วย โดยแบ่งเป็น นักเรียนประจำ และนักเรียนไปกลับ

งานอดิเรก หมายถึง กิจกรรมนันทนาการหรือกีฬาที่นักเรียนปฏิบัตินอกเหนือจากเวลาเรียนในชั้นเรียน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อทราบถึงความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ที่เรียนอยู่ในโรงเรียนสังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

2. เพื่อเป็นข้อมูลแก่ผู้ปกครอง ครู ทีมสุขภาพจิตให้มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับสาเหตุ รวมถึงแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ซึ่งช่วยลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่มีความบพร่องทางการได้ยินได้ต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวความคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. **เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน**
   - ข้อมูลเกี่ยวกับโสตสัมผัสวิทยา
   - ประเภทของการสูญเสียการได้ยิน
   - ระดับการสูญเสียการได้ยิน
   - สาเหตุของการสูญเสียการได้ยิน
   - ข้อบ่งชี้ในการตรวจการได้ยิน
   - การฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน
   - สภาวะอารมณ์ และสังคมของผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
   - สัมพันธภาพระหว่างเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินและครอบครัว
   - อาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
   - งานวิจัยทางด้านสุขภาพจิตของบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
2. **เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า**
   - ความหมายของภาวะซึมเศร้า
   - ชนิดของภาวะซึมเศร้า
   - แนวคิดและทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า
   - สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า
   - การช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า
   - งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
3. **เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม**
   - ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
   - ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม
   - ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม
   - ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ
   - งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม
4. **เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับความภูมิใจในตนเอง**
   - ความหมายของความภูมิใจในตนเอง
   - องค์ประกอบของความภูมิใจในตนเอง
   - ลักษณะของบุคคลที่ความภูมิใจในตนเอง
   - งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความภูมิใจในตนเอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

โสตสัมผัสวิทยา (Audiology)[7]

ความสามารถในการรับฟังเสียง[7,8]

หูมนุษย์สามารถรับฟังเสียงได้ตั้งแต่ความถี่ 20 Hertz จนถึง 20,000 Hertz แต่มิได้หมายความว่าจะได้ยินอย่างชัดเจนทุกความถี่ดังกล่าว ซึ่งความถี่ของเสียงที่ใช้อยู่ในชีวิตประจำวัน คือ ความถี่ระหว่าง 125 ถึง 8,000 Hertz ดังนั้น ในการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของการได้ยิน จึงใช้ความถี่ 125 ถึง 8,000 Hertz เพื่อทดสอบว่ามีเสียงความถี่ใดที่บุคคลจะรับฟังไม่ได้ตามปกติ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการฟังในชีวิตประจำวัน ซึ่งในแต่ละบุคคลนั้นจะมีพิสัยแห่งความไวของหูไม่เท่ากันอาจขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคลและอายุได้ และช่วงความถี่ของเสียงอีกช่วงที่มีความสำคัญมาก คือ ช่วงความถี่ของเสียงพูด ตั้งแต่ความถี่ 500 ถึง 2,000 Hertz ในการวัดสมรรถภาพหู จึงต้องพิจารณาค่าที่วัดได้ ณ ความถี่ 500 ถึง 2,000 Hertz เป็นพิเศษ

เสียงเข้าสู่หูชั้นในได้ 2 ทาง คือ

1. การนำเสียงทางอากาศ (Air conduction : AC) เสียงเข้าสู่หูชั้นในโดยผ่านทางหูชั้นนอกและหูชั้นกลาง กล่าวคือ เสียงจะเข้ารูหู กระทบเยื่อแก้วหู ทำให้เกิดการสั่นสะเทือนไปตามกระดูกหูชั้นกลางทั้ง 3 ชิ้น แล้วจึงผ่านเข้าหูชั้นใน โดยทางหน้าต่างรูปไข่

2. การนำเสียงทางกระดูก (Bone conduction : BC) เสียงเข้าสู่หูชั้นในโดยผ่านกะโหลกศีรษะ โดยทั่วไปจะนำเสียงเข้าสู่หูชั้นในโดยผ่านบริเวณกระดูกหลังหู (mastoid process) กระดูกกลางหน้าผาก และฟันบนด้านหน้า เป็นต้น

โดยธรรมชาติแล้ว การนำเสียงทางอากาศ จะดีกว่าการนำเสียงทางกระดูก

กลไกการได้ยิน[7,8]

การที่คนเราได้ยินเสียง และรับรู้ความหมายของเสียงได้ จะต้องประกอบด้วยกลไกการได้ยิน 3 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

1. ขั้นนำเสียง (Conductive mechanism) หมายถึง ขั้นตอนที่คลื่นเสียงจากภายนอกเดินทางเข้าสู่หูชั้นนอกและหูชั้นกลาง โดยเริ่มจากใบหูจะป้องเสียงให้ผ่านสู่ช่องหู และบอกว่าเสียงที่ได้ยินมาจากทิศใด จากนั้นช่องหูชั้นนอกซึ่งเป็นท่อก็จะช่วยให้มีการก้องของเสียงอยู่ภายใน และ

ทำให้เกิดการขยายเสียงให้ดังขึ้นประมาณ 5-10 dB โดยเฉพาะเสียงช่วงความถี่ 2,000-5,000 Hz เมื่อเสียงเดินทางถึงแก้วหู แก้วหูก็จะทำหน้าที่รับเสียงและขยับตามความดังของเสียง และเปลี่ยนสภาพของความกดดันทางอากาศเป็นการเคลื่อนไหวแบบ Mechanic ซึ่งจะสั่นปลายกระดูกค้อนในหูชั้นกลาง ต่อมาเมื่อกระดูกค้อนสั่น ก็จะทำให้กระดูกทั่งและกระดูกโกลนเกิดการสั่นสะเทือนด้วยตามลำดับ หากมีเสียงดังมากเกินไป ก็มีกล้ามเนื้อที่จะช่วยรั้งไม่ให้เกิดการเคลื่อนไหวเกินไป การทำงานของกระดูกหูทั้ง 3 นั้น ทำได้ดีทุกความถี่ของเสียง และจะได้ดีมากขึ้นหากความถี่นั้นสูงกว่า 800 Hz ขึ้นไป

2. ขั้นประสาทรับเสียง (Sensorineural mechanism) หมายถึง ขั้นตอนที่ส่วนประสาทรับเสียงของหูรับเสียงจากส่วนนำเสียงแล้วผ่านไปยังประสาทหู (auditory nerve)

3. ขั้นสมองส่วนกลาง (Central mechanism) หรือขั้นแปลเสียง หมายถึง ขั้นตอนที่เสียงจากประสาทหูในขั้นประสาทรับเสียง ถูกส่งไปสมองส่วนที่ทำหน้าที่รับและแปลความหมายของเสียง (auditory cortex) สมองจะบอกให้รู้ว่าเสียงนั้นเป็นเสียงอะไรมากหรือน้อย มีระดับสูงหรือต่ำ คุณภาพเป็นอย่างไร และหมายความว่าอย่างไร

ประเภทของการสูญเสียการได้ยิน[7]

แบ่งตามตำแหน่งที่ผิดปกติของกลไกการได้ยินเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1. การสูญเสียการได้ยินประเภทส่วนนำเสียงเสีย (Conductive hearing loss : CHL) หมายถึง การสูญเสียการได้ยิน ซึ่งเกิดจากมีความผิดปกติที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของส่วนนำเสียง ได้แก่ รูหู เยื่อแก้วหู กระดูกหู

2. การสูญเสียการได้ยินประเภทประสาทหูเสีย (Sensorineural hearing loss : SNHL) หมายถึง การสูญเสียการได้ยิน ซึ่งเกิดจากมีความผิดปกติที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของส่วนของส่วนประสาทรับเสียงซึ่งอยู่หลัง oval window เข้าไปได้แก่ อวัยวะก้นหอย (coclea) และประสาทหู

3. การสูญเสียการได้ยินประเภทผสม (Mixed hearing loss : MHL) หมายถึง การสูญเสียการได้ยิน ซึ่งเกิดจากมีความผิดปกติที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของส่วนนำเสียง ผสมกับความผิดปกติที่ส่วนประสาทรับเสียง

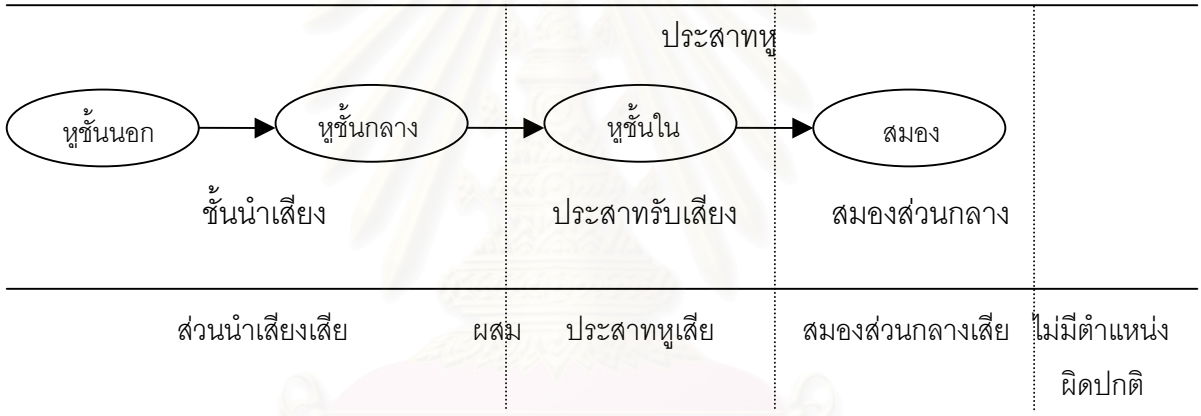
4. การสูญเสียการได้ยินประเภทสมองส่วนกลางเสีย (Central hearing loss : CTHL) เกิดจากมีความผิดปกติที่สมองส่วนกลางบริเวณซึ่งทำหน้าที่รับ และแปลความหมายของเสียง เมื่อเสียงผ่านเข้ามาไม่สามารถแปลความหมายของเสียง และไม่เข้าใจเสียงนั้น

5. ไม่มีพยาธิสภาพ (Functional hearing loss : FHL) เป็นความผิดปกติทางการได้ยินที่เกิดขึ้นโดยไม่มีพยาธิสภาพที่กลไกการได้ยิน แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

5.1 สภาพจิตผิดปกติ (Psychological hearing loss)

5.2 แกล้งทำเป็นไม่ได้ยิน (Malingering หรือ Pseudohypacusis) เพื่อหวังผลประโยชน์บางประการ เช่น เรียกร้องขอค่าทดแทนจากนายจ้าง คู่คดีตามกฎหมาย มักพบในกลุ่มคนซึ่งทำงานในโรงงานที่มีเสียงดัง มีสารเป็นพิษต่อหู ได้รับบาดเจ็บบริเวณหูจากการถูกทำร้าย ได้รับอุบัติเหตุ และกลุ่มผู้ชายที่อยู่ในวัยเกณฑ์ทหาร แต่ไม่ต้องการเป็นทหาร

ภาพที่ 2.1 แสดงขั้นตอนของกลไกการได้ยินและประเภทของการสูญเสียการได้ยิน



ระดับความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยินมี 5 ระดับ[2] คือ

1. หูตึงน้อย มีระดับการสูญเสียการได้ยินอยู่ระหว่าง 25-40 เดซิเบล ในระดับนี้มีความลำบากในการฟังให้เข้าใจคำพูดของผู้ที่อยู่ไกลหรือผู้ที่พูดเสียงเบาได้แต่สามารถที่จะเรียนรู้ภาษาได้

2. หูตึงปานกลาง มีระดับการสูญเสียการได้ยินอยู่ระหว่าง 41-55 เดซิเบล ในระดับนี้สามารถฟังให้เข้าใจการสนทนาได้ด้วยความดังปกติเพียงในระยะ 3-5 ฟุต แต่ถ้าพูดเบาในระยะไกลหรือไม่ได้พูดตรงหน้าจะเข้าใจลำบาก และอาจมีปัญหาการพูดไม่ชัด

3. หูตึงมาก มีระดับการสูญเสียการได้ยินอยู่ระหว่าง 56-70 เดซิเบล ในระดับนี้ต้องพูดด้วยเสียงดัง มีความลำบากในการฟังหรือสนทนาจะรู้และใช้คำศัพท์ค่อนข้างน้อย มีปัญหาเรื่องพูดไม่ชัดและคุณภาพของเสียงผิดปกติ

4. หูตึงรุนแรง มีระดับการสูญเสียการได้ยินอยู่ระหว่าง 71-90 เดซิเบล ในระดับนี้สามารถได้ยินคำพูดที่ดังห่างจากหูไม่เกิน 1 ฟุต มีความลำบากในการฟังแยกเสียงพยัญชนะถึงแม้ว่าจะใช้เครื่องช่วยฟังก็ตาม มีอาการพูดไม่ชัดมาก คุณภาพเสียงพูดผิดปกติ และมีปัญหาทางด้านภาษา

5. หูหนวก มีระดับการสูญเสียการได้ยินตั้งแต่ 91 เดซิเบล ขึ้นไป ในระดับนี้ได้ยินเฉพาะเสียงดังมากเท่านั้นไม่สามารถฟังเข้าใจคำพูดได้เลยถึงแม้จะใช้เครื่องช่วยฟังก็ตาม

เพื่อความเข้าใจในการเปรียบเทียบความเข้มของเสียงในหน่วยเดซิเบล ซึ่งสามารถแสดงได้ดังตารางเสียงในชีวิตประจำวันดังต่อไปนี้[8]

ตาราง 2.1 ตารางเปรียบเทียบเสียงในชีวิตประจำวันในหน่วยเดซิเบล

เสียงในชีวิตประจำวัน	เดซิเบล (dB)
ลมพัดใบไม้ไหวเบา ๆ	20
กระซิบห่างหูราว 5 ฟุต	25
สนทนาพอได้ยิน	30-60
เครื่องเป่าผม	75
เครื่องไฟฟ้าเจาะถนน	90-110
วงดนตรีเพลงร็อค	90-130
ปืนบาซูก้าห่างราว 1 ฟุต	163
ปืนใหญ่	190

สาเหตุของการสูญเสียการได้ยิน[7]

การสูญเสียการได้ยินแต่ละประเภทมีสาเหตุแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

1. <u>สาเหตุของการสูญเสียการได้ยินประเภทส่วนนำเสียงเสีย</u> มีดังนี้

1.1 ความพิการแต่กำเนิด เช่น ไม่มีรูหู รูหูตีบ ไม่มีกระดูกหู หรือ กระดูกหูเจริญผิดปกติ

1.2 การติดเชื้อ เช่น รูหูอักเสบ หูน้ำหนวก

1.3 การบาดเจ็บ เช่น เยื่อแก้วหูฉีกขาด กระดูกหลุดออกจากกัน

1.4 เนื้องอก กระดูกงอก หรือถุงน้ำ

1.5 สิ่งแปลกปลอมอุดตันในรูหู เช่น เมล็ดผลไม้ แมลง ส่วนของของเล่น

1.6 อื่น ๆ เช่น ขี้หูอุดตัน ภยันตรายต่อหูเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความดันบรรยากาศ (barotrauma) ภาวะที่มีกระดูกงอกขึ้นใหม่บริเวณฐานกระดูกโกลน (otosclerosis) เป็นต้น

2. <u>สาเหตุของการสูญเสียการได้ยินประเภทประสาทหูเสีย</u> แบ่งตามอายุที่มักเกิดการสูญเสียการได้ยินตามตาราง ดังนี้

ตารางที่ 2.2 ตารางแสดงช่วงวัยที่เกิดการสูญเสียการได้ยิน

วัยแรกเกิด	วัยเด็ก	วัยผู้ใหญ่
Anoxia	Birth trauma	(All of column 2 plus)
Heredity	Head trauma	Acoustic neuroma
Prematurity	High fever	Labyrinthitis
Rhfactor	Noise	Meniere's disease
Toxemia of pregnancy	Otitis media	Otosclerosis
Trauma	Ototoxic drugs	Presbycusis
Viral infections	Systemic illness	Vasospasm
(maternal)	Veneral diseases	
	Viral infections	

3. สาเหตุของการสูญเสียการได้ยินประเภทผสม ได้แก่ สาเหตุของการสูญเสียการได้ยินประเภทส่วนนำเสียงเสีย ผสมกับสาเหตุของการสูญเสียการได้ยินประเภทประสาทหูเสียดังกล่าวแล้ว เช่น หูน้ำหนวกผสมกับการเสื่อมของประสาทหูตามอายุ ภยันตรายต่อหูเนื่องจากเสียงดัง (acoustic trauma) ผสมกับเยื่อแก้วหูฉีกขาด เป็นต้น

4. สาเหตุของการสูญเสียการได้ยินประเภทสมองส่วนกลางเสีย ได้แก่ การติดเชื้อ การบาดเจ็บเนื้องอก ความผิดปกติของหลอดเลือด เป็นต้น

5. สาเหตุของการสูญเสียการได้ยิน ประเภทไม่มีพยาธิสภาพ ได้แก่ ความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ การแกล้งทำเป็นไม่ได้ยิน

ผู้ที่ควรได้รับการตรวจสมรรถภาพการได้ยิน มีข้อบ่งชี้ดังนี้

1. มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน
2. มีโรค หรือ อาการผิดปกติเกี่ยวกับหู
3. มีอาการเวียนศีรษะบ้านหมุน
4. ได้รับบาดเจ็บบริเวณหู ศีรษะ ต้นคอ
5. เคยได้ยินเสียงอึกทึก หรือ ทำงานในที่มีเสียงอึกทึก
6. มีประวัติหูตึง หูหนวกทางกรรมพันธุ์
7. เป็นเด็กที่มีมารดามีภาวะผิดปกติขณะตั้งครรภ์ เช่น เป็นหัดเยอรมัน เจ็บป่วยร้ายแรง ได้รับสาร ยา รังสี ที่เป็นพิษต่อหู ครรภ์เป็นพิษ คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น
8. เป็นเด็กแรกคลอดมีลักษณะผิดปกติ เช่น ขาดออกซิเจน ตัวเขียว ตัวเหลือง น้ำหนักน้อยผิดปกติ มีความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ หูผิดรูปร่าง เพดานโหว่ เป็นต้น
9. เป็นเด็กที่หัดพูดช้ากว่าปกติ คือ อายุเกิน 1 ปีครึ่งแล้วยังไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายได้
10. เป็นเด็กที่มีภาษาและการพูดผิดปกติ เช่น พูดได้น้อยไม่สมวัย พูดไม่ชัด เคยพูดได้แล้วหยุดพูด หรือพูดน้อยลง เป็นต้น
11. เป็นเด็กที่มีปัญหาในการเรียน เช่น ฟังที่ครูสอนไม่ค่อยเข้าใจ มักตอบไม่ตรงคำถาม ได้คะแนนเขียนไทยน้อย เป็นต้น

การฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน

การฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้ผู้สูญเสียการได้ยิน ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ สามารถสื่อความหมาย และใช้ชีวิตในสังคมได้ โดยมีปัญหาน้อยที่สุดทั้งด้านจิตใจ บุคลิกลักษณะ สังคม การศึกษา และการประกอบอาชีพ

ดังนั้น ผู้ที่ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน จึงได้แก่ผู้มีการสูญเสียการได้ยินประเภทประสาทหูเสีย ผสม และสมองส่วนกลางเสีย ตลอดจนผู้สูญเสียการได้ยินประเภทส่วนนำเสียงเสีย ซึ่งไม่ต้องการหรือไม่สมควรรักษาโดยการผ่าตัด

หลักการฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน มีดังนี้

1. การปรึกษาทางด้านจิตใจและสังคม ทั้งกับผู้สูญเสียการได้ยินและครอบครัว เพื่อให้ยอมรับ และเข้าใจการสูญเสียการได้ยินและเตรียมพร้อมที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน

2. การดูแลประคับประคองครอบครัว เพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้เรียนรู้และร่วมมือกันให้การฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยินแก่ผู้สูญเสียการได้ยิน

3. การเลือกและใช้เครื่องช่วยฟังที่ดีและเหมาะสมกับลักษณะการสูญเสียการได้ยินมากที่สุด ให้ผู้สูญเสียการได้ยินใช้ฟังเสียงพูด และเสียงอื่น ๆ ดังในระดับที่พอดี

4. การฝึกการฟังเสียงจากเครื่องช่วยฟัง เพื่อให้ผู้สูญเสียการได้ยินสามารถได้ยินเสียงเข้าใจความหมายของเสียงพูดและเสียงต่าง ๆ

5. การฝึกใช้การดูเพื่อสื่อความหมาย เป็นการฝึกให้ผู้สูญเสียการได้ยินใช้สายตามองดูปาก สีหน้า ท่าทาง ของผู้พูด สิ่งแวดล้อม สถานการณ์ ตลอดจนสิ่งอื่น ๆ ที่อยู่ในสายตา เพื่อช่วยให้เข้าใจความหมายของคำพูดขณะพูดคุยได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

6. การสอนการอนุรักษ์การได้ยินและภาษา เพื่อป้องกันมิให้สูญเสียการได้ยินเพิ่มขึ้น และป้องกันมิให้ความสามารถเข้าใจ และใช้ภาษาลดลง

7. การแนะแนวการศึกษา เพื่อให้ผู้สูญเสียการได้ยินได้เข้าเรียนในโรงเรียนที่มีระบบการศึกษาที่เหมาะสม

8. การแนะแนวอาชีพ เพื่อให้ผู้สูญเสียการได้ยินได้พิจารณาเลือกประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับความสามารถในการเข้าใจ และใช้ภาษาพูดของตนเอง

9. การพัฒนาภาษา ตามระดับสมรรถภาพการได้ยิน เด็กหูพิการแต่กำเนิดบางคนสามารถพัฒนาภาษาพูดได้ แต่บางคนต้องพัฒนาภาษามือ และการสะกดนิ้วมือแทนภาษาพูด

ภาษามือ หมายถึง การเคลื่อนไหวมือ เพื่อแสดงความหมายแทนคำพูด

การสะกดนิ้วมือ หมายถึง การเคลื่อนไหวนิ้วมือแทนพยัญชนะ สระ และวรรณยุกต์ เพื่อประสมกันเป็นคำพูด

สภาวะอารมณ์ และสังคมของผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน[2]

ผลของความบกพร่องทางการได้ยินที่มีต่ออารมณ์และจิตใจของเด็ก ไม่ได้เป็นสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นในช่วงอายุที่เด็กปกติสามารถพูด แสดงความรู้สึกนึกคิดและความต้องการได้แล้ว แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยการเรียนรู้จากพ่อแม่และสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่ตัวเด็กเองยังอยู่ในวัย

ทารก การพัฒนาของอารมณ์และจิตใจของเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินขึ้นอยู่กับความรู้สึกและทัศนคติของพ่อแม่ที่มีต่อตัวเด็ก ความรู้สึกและอารมณ์ของแม่ไม่ว่าจะเป็นความเสียใจ ผิดหวัง วิตกกังวล รำคาญ สงสาร หรือความรู้สึกไม่แน่ใจ ว่าลูกมีความบกพร่องทางการได้ยินจริงหรือไม่ ซึ่งจากความรู้สึกทั้งหมดของพ่อแม่ล้วนถ่ายทอดไปสู่ลูกได้จากสีหน้าท่าทาง อากัปกริยาที่พ่อแม่แสดงต่อเด็ก ตลอดจนจากวิธีการเลี้ยงดูลูก

พ่อแม่ของเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินส่วนใหญ่แล้วจะพบความบกพร่องของเด็กเมื่ออายุประมาณ 2 ปี แต่ก่อนหน้านั้น พ่อแม่อาจจะทำบางสิ่งบางอย่างที่มีผลต่ออารมณ์ และจิตใจของเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินไปโดยไม่รู้สึกตัว เช่น เมื่อพูดกับเด็กหรือสั่งให้เด็กทำสิ่งใด ถ้าเด็กทำไม่ได้หรือไม่ทำ พ่อแม่มักคิดว่าเป็นเพราะเด็กดื้อ ซึ่งที่จริงแล้วเด็กไม่ได้ยิน และไม่เข้าใจคำพูดของพ่อแม่ ถ้าลูกเป็นเด็กหูตึง เด็กจะทำตามพ่อแม่ก็ต่อเมื่อพ่อแม่ตะโกน หรือพูดด้วยเสียงดังมาก ทำให้พ่อแม่คิดว่าต้องดุว่า หรือบังคับ เด็กจึงจะเชื่อฟังและทำตาม พูดด้วยดี ๆ เด็กกลับดื้อ พ่อแม่จึงใช้วิธีบังคับ ทำให้เด็กขาดความเป็นตัวของตัวเอง ไม่มีอิสระในการคิด หรือลองทำสิ่งใดด้วยตนเอง คอยแต่คำสั่งของพ่อแม่ เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ จึงอาจไม่รู้จักความรับผิดชอบ และไม่กล้าตัดสินใจ

ภายหลังจากเด็กได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าลูกมีความบกพร่องทางการได้ยิน พ่อแม่มักมีแนวโน้มที่จะพูดกับลูกน้อยลงกว่าพูดกับลูกที่มีการได้ยินปกติ โดยเฉพาะการพูดกับลูกในขณะทำกิจวัตรประจำวัน เมื่อต้องการให้ลูกทำสิ่งใด มักให้ทำโดยไม่อธิบายเหตุผล โดยไม่รู้จุดมุ่งหมาย ซึ่งอาจทำให้เด็กไม่กล้าแสดงความคิดเห็นของตนเอง หรือแสดงความคิดสร้างสรรค์ของตนเองในด้านต่าง ๆ ได้ ซึ่งจริง ๆ แล้วเด็กขาดโอกาสในการแสดงความคิดจึงทำให้พวกเขาไม่สามารถแสดงออกได้

พ่อแม่บางคนที่รู้สึกสงสารลูกที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมักจะเลี้ยงลูกแบบโอบอุ้มทะนุถนอม ไม่เปิดโอกาส หรือไม่ส่งเสริมให้เด็กมีประสบการณ์ในการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองเลย พ่อแม่มักทำทุกสิ่งทุกอย่างให้ลูกด้วยตนเอง โดยไม่เคยพยายามให้เด็กหัดทำด้วยตนเอง ทำให้เด็กไม่พัฒนาจากความรู้สึกพึ่งพาผู้อื่น ไปสู่การพึ่งพาตนเอง ถ้าพ่อแม่เลี้ยงดูลูกที่มีความบกพร่องทางการได้ยินแบบไม่ให้ช่วยเหลือตนเอง เด็กก็จะเคยชินกับการพึ่งผู้อื่น เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ก็จะไม่มีความมั่นใจในตนเอง ในกรณีที่พ่อแม่ที่รู้สึกผิดหวังต่อการมีลูกที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน มักจะปล่อยปละละเลยต่อการดูแลเอาใจใส่ลูก พ่อแม่ประเภทนี้ ไม่ค่อยพยายามเข้าใจพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เด็กแสดงออกเพื่อสื่อความหมายถึงความต้องการ และรู้สึกของเขา เด็กมักจะถูกทอดทิ้ง และกีดกัน ไม่ให้เข้าร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ทำให้เด็กรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการของคนอื่น ๆ

ในบ้าน เด็กจะรู้สึกขาดความอบอุ่น รู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่มีความมั่นคงทางจิตใจ และไม่มีความสุข เด็กอาจจะพยายามทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้พ่อแม่หันมาสนใจตัวเขา เท่ากับที่พ่อแม่สนใจพี่น้อง บางครั้งเด็กอาจแสดงความก้าวร้าว โอ้อวดต่อต้านคำสั่ง เพียงเพื่อให้พ่อแม่สนใจเท่านั้น แต่บางรายเด็กก็กลายเป็นคนแยกตัว ไม่สนใจความเป็นไปรอบตัว

เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินจะค่อย ๆ เรียนรู้ความแตกต่างของตนเองกับพี่น้องคนอื่น ๆ เด็กรู้ว่าตนเองไม่เหมือนคนอื่นตรงที่พูดไม่ได้ ไม่เข้าใจภาษาของผู้อื่น ทำให้คนอื่นไม่เข้าใจตนเอง และตนเองก็ไม่เข้าใจผู้อื่นเช่นเดียวกัน เด็กไม่สามารถอธิบายสิ่งที่ตนคิดด้วยคำพูด จึงแสดงออกเป็นพฤติกรรม ซึ่งบางอย่างก็ไม่เหมาะสม ถ้าพ่อแม่ละเลยไม่อธิบาย หรือชี้แนะถึงความถูกต้องในการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ และไม่พยายามเข้าใจว่าเหตุใดเด็กจึงทำอย่างนั้น เด็กเองไม่สามารถทราบได้ว่าอะไรที่ควรหรือไม่ควรทำ ถ้าไม่มีคนสอน เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีความโน้มเอียงที่จะไม่รู้จักยับยั้งชั่งใจอยู่แล้ว ดังนั้น เด็กจะแสดงพฤติกรรมบางอย่างในทันทีที่ต้องการแสดงความคิด หรือความต้องการ บางครั้งในขณะที่พี่น้องที่มีการได้ยินปกติกำลังเล่นของเล่น เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินก็ต้องการอยากเล่นด้วย พ่อแม่ควรสังเกตและสอนวิธีการเล่นที่ถูกต้องแก่ลูกที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเพื่อสามารถเล่นกับพี่น้องได้ แต่ถ้าพ่อแม่ไม่ช่วยเหลือหรือสอนลูก พี่น้องก็จะไม่เข้าใจ ไม่ยอมให้เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเล่นด้วยเพราะคิดว่าเป็นคนก่อกวนทำของเสียหาย ทำให้เด็กรู้สึกผิดหวัง เสียใจ ว่าตนเองไม่เป็นที่ยอมรับของพี่น้อง ถูกทอดทิ้ง ถ้าเหตุการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นบ่อยครั้ง เด็กก็จะพัฒนาความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง และผู้อื่น คิดว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการของพี่น้อง ถูกทอดทิ้งว้าเหว่ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความรู้สึกนี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงวัยผู้ใหญ่ ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินจึงมักเริ่มต้นในช่วงนี้ ถ้าพ่อแม่มีความรู้และความเข้าใจ ผลของความบกพร่องทางการได้ยินที่มีต่อการพัฒนาการทางอารมณ์และจิตใจของลูกก็จะทำให้พ่อแม่ปฏิบัติต่อลูกได้เหมาะสม ช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่มั่นคง และแสดงออกมาอย่างถูกต้องต่อเหตุการณ์

เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินอาจมีความกลัวต่อบางสิ่งบางอย่างโดยไม่สมเหตุผล ความกลัวของเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเกิดจากการไม่ได้ยินคำพูด ไม่ได้ยินเสียงในสิ่งแวดล้อม ซึ่งเสียงเหล่านี้เด็กที่มีการได้ยินปกติจะเรียนรู้ว่าเสียงใดที่เป็นสัญญาณเตือนภัย เช่น เสียงรถดับเพลิงเตือนให้รู้ว่ามีไฟไหม้ เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินไม่ได้ยินเสียงจนกว่าจะเห็นตัวรถดับเพลิง ดังนั้น เมื่อคนที่มีการได้ยินปกติมีความเคลื่อนไหวอย่างกระทันหัน และรวดเร็วจากการได้ยินสัญญาณเตือนภัย คนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินจะไม่รู้ว่าภัยกำลังมา จนกว่า

จะเห็นด้วยตา คนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมักจะมีความหวาดระแวงต่อการเคลื่อนไหวอย่างปัจจุบันทันด่วนของคนอื่น ๆ

ยิ่งโตมากขึ้นเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินจะยิ่งมีปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์และจิตใจซับซ้อนยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเป็นวัยรุ่น เด็กต้องปรับตัวเองในสองสถานการณ์ คือ ต้องยอมรับความไม่สามารถของตนเองในฐานะคนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน และในขณะเดียวกันก็ต้องเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับร่างกายและจิตใจของตนเองจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ ในช่วงนี้เด็กต้องพยายามทำตัวให้ได้ถึงมาตรฐานที่พ่อแม่ตั้งเอาไว้เกี่ยวกับการเรียน และความประพฤติด้วย นอกจากนั้น ยังมีปัญหาการจัดตัวเองเข้าเป็นหมู่เป็นพวก เด็กอาจรู้สึกลังเล ไม่แน่ใจ ว่าตนเองควรจะอยู่ในกลุ่มคนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินด้วยกัน หรือเป็นกลุ่มคนปกติ เพราะถ้าเข้ารวมกลุ่มกับเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินด้วยกัน เด็กก็รู้สึกว่าตนเองดีกว่าคนอื่น ๆ เพราะพูดได้ แต่ถ้าไปรวมกลุ่มกับคนที่มีการได้ยินปกติก็รู้ตัวว่าพูดสื่อภาษาได้ไม่เท่าผู้อื่น เด็กอาจรู้สึกสับสนในการจัดตนเองเข้าพวกเพราะมีความรู้สึกว่าตนเองมิได้เป็นสมาชิกของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยแท้จริง

จะเห็นได้ว่า การพัฒนาการทางอารมณ์และจิตใจของเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินนั้น ขึ้นอยู่กับวิธีการเลี้ยงดูของพ่อแม่ต่อเด็ก ตั้งแต่แรกเกิดจนโตเป็นผู้ใหญ่ ถ้าพ่อแม่รู้ว่าลูกมีความบกพร่องได้เร็วเพียงใด ก็จะทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความบกพร่อง และผลที่เกิดขึ้นกับลูกได้มากเท่านั้น ทำให้ทราบวิธีการเลี้ยงดูลูกที่มีความบกพร่องได้อย่างถูกต้อง ทำให้เสริมสร้างประสบการณ์ที่ดีแก่ลูกได้อย่างเหมาะสม เด็กก็จะมีพัฒนาการทางอารมณ์และจิตใจไปในทางที่ดีเช่นกัน

สัมพันธภาพระหว่างเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินและครอบครัว[9]

สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยเด็ก ถ้าเด็กมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีแล้ว การเจริญเติบโต และพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ก็จะพัฒนาได้อย่างดีด้วย ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อเด็กนั้นคือ บุคลิกภาพของบิดามารดา ซึ่งมีผลต่อเด็กเป็นอย่างมาก ในกรณีของบิดามารดาที่มีเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในครอบครัว จะมีปฏิกิริยาแตกต่างกันไป โดยทั่วไปจะเริ่มจากการตกใจเพราะไม่คาดคิดมาก่อน ไม่เชื่อ หรือปฏิเสธ ขั้นต่อไปก็อาจเปลี่ยนเป็นความโกรธ และเมื่อเวลาผ่านไป ก็อาจยอมรับได้บ้างแต่ยังต่อรองอยู่ เช่น ถึงแม้ว่าเด็กจะมีความบกพร่องทางการได้ยินแต่ก็ให้ลูกพูดได้บ้าง หากความคาดหวังไม่เป็นจริงก็มักรู้สึกเศร้า หรือท้อถอย แต่ถ้าได้รับความช่วยเหลือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ครูที่ให้คำ

ปรึกษา นักจิตวิทยา จิตแพทย์ ฯลฯ ซึ่งอาจช่วยให้บิดามารดายอมรับสภาพปัญหาและเริ่มช่วยเหลือเด็กได้ถูกวิธีได้ แต่ถ้าบิดามารดาไม่สามารถยอมรับหรือปรับตัวกับความบกพร่องของลูกก็อาจเกิดปัญหาในสัมพันธภาพระหว่างเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินและครอบครัวได้ โดยจากการศึกษาของ Gregory (1976) พบว่า แม่ของเด็กหูหนวกจะมีการเสียสละ หรือตามใจลูกที่หูหนวกมากกว่าลูกที่มีการได้ยินปกติ และพี่น้องของเด็กหูหนวกจะมีอารมณ์อิจฉามากกว่าพี่น้องของเด็กที่มีการได้ยินปกติ ในบางครอบครัวพ่อแม่ของเด็กก็มีรูปแบบการเลี้ยงดูที่ปกป้องมากเกินไป หรือไม่ก็เป็นในลักษณะปล่อยปละละเลย ซึ่งพบในการศึกษาของ Carbin (1981) พบว่า เด็กหูหนวกต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลมากกว่าเด็กปกติ โดยเฉพาะใน 2 ขวบแรกของชีวิต ซึ่งเขาสรุปว่า อาจเป็นเพราะเด็กหูหนวก พ่อแม่จึงให้ความสนใจมากเป็นพิเศษ ส่วนการที่พ่อแม่ไม่สนใจนั้นเป็นผลการศึกษาของ Hill (1970) ที่พบว่า พ่อแม่มักละเลย เป็นเพราะถูกกดดันจากปู่ย่าตายายของเด็กหูหนวก ทั้งนี้เนื่องจาก ปู่ย่าตายายไม่สามารถสื่อภาษากับหลานที่หูหนวกได้ ปัญหาดังกล่าวนี้เป็นการมองภาพของเด็กหูหนวกและครอบครัวโดยส่วนรวม แต่หากจะวิเคราะห์สถานการณ์ของครอบครัว โดยคำนึงถึงโครงสร้างของครอบครัว ขนาดของครอบครัว อายุ เพศ ของสมาชิกในครอบครัว และการดำเนินชีวิตของครอบครัว ซึ่งแตกต่างกันจะพบว่า สัมพันธ์ภาพระหว่างเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน และครอบครัวจะแตกต่างกันไปด้วย ซึ่งสามารถแบ่งลักษณะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลออกเป็น 4 ลักษณะด้วยกัน คือ

1. เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเป็นลูกคนเดียวของพ่อแม่ที่มีการได้ยินปกติ

พ่อแม่ที่มีลูกคนแรกส่วนมากจะสังเกตเห็นความผิดปกติได้ช้า เพราะไม่มีข้อเปรียบเทียบ ซึ่งเมื่อมีการวินิจฉัยแล้วพ่อแม่ก็มักกังวล จึงแสดงออกในรูปของการปกป้องมากเกินไป บางกรณี พ่อแม่จะรู้สึกผิด ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับใดก็ตาม การปกป้องเด็กก็เป็นส่วนหนึ่งของการรู้สึกผิดเช่นกัน บางรายก็เป็นการโทษซึ่งกันและกัน พ่อแม่ของเด็กบางคนไม่ยอมรับความจริง ปฏิเสธความจริงจึงทำให้การช่วยเหลือทางด้านพัฒนาการทางภาษาของเด็กล่าช้า ส่วนในครอบครัวที่พ่อแม่ยอมรับสภาพความจริง และหาทางช่วยเหลือเด็ก ก็อาจมีปัญหาในเรื่องของการสื่อสารระหว่างเด็กและผู้ปกครอง โดยเฉพาะในเด็กหูหนวกที่ใช้ภาษามือ ถ้าผู้ปกครองสามารถเรียนรู้ภาษามือกับเด็กได้ ก็จะทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวนั้นเป็นไปได้ด้วยดี

2. เด็ก และพ่อแม่ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

ในกรณีนี้ พบว่า ปัญหาเรื่องการสื่อสารระหว่างพ่อแม่จะไม่ค่อยมีปัญหา การยอมรับปัญหาของพ่อแม่ก็มีมาแต่ต้น ดังนั้น สัมพันธภาพในครอบครัวแบบนี้จึงมักจะดี แต่ถ้าพ่อแม่หูหนวกมีลูกหูตึง หากเป็นครอบครัวเดี่ยว คือ มีเฉพาะพ่อแม่ลูก พัฒนาการทางการพูดของเด็ก

อาจมีปัญหาอยู่บ้าง แต่ถ้าเป็นครอบครัวขยาย คือ มีปู่ย่าตายาย ลุงป้าน้าอา หรือพี่น้อง มีการได้ยินปกติก็จะช่วยพัฒนาการพูดของเด็กได้ ส่วนพ่อแม่อาจใช้ภาษาท่าทาง หรือภาษามือสื่อสารกับเด็กได้

3. เด็กที่มีการบกพร่องทางการได้ยินที่มีพี่น้องมีการได้ยินปกติ

ในกรณีนี้เมื่อเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินอยู่กับครอบครัว พ่อแม่พูดคุยกับพี่น้องที่มีการได้ยินปกติด้วยภาษาพูด บางครั้งเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินอาจรู้สึกว่าตนเองถูกแบ่งแยก หรือบางกรณีอาจเกิดสถานการณ์ในลักษณะพึ่งพา เช่นมีการศึกษาพบว่า ลูกคนโตผู้หญิงที่พ่อแม่บังคับให้เลี้ยงน้องหูหนวกจนไม่มีเวลาไปเล่นกับเพื่อน ๆ ได้เท่าที่ควรนั้น จะมีปัญหาทางอารมณ์ บางครั้งพี่น้องก็แกล้ง หรือละเลยเด็กหูหนวก ซึ่งในทุกครอบครัวขึ้นอยู่กับวิธีการเลี้ยงดูของพ่อแม่ว่าจะตั้งเกณฑ์อย่างไร ตลอดจนการยอมรับของคนในครอบครัว และการเข้าใจความต้องการพิเศษของลูกที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน โดยทั่วไปแล้ว เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินจะรู้สึกว้าเหว่ คิดว่าพ่อแม่ไม่รักตนเองเท่ากับพี่น้อง เพราะการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกัน ซึ่งอาจทำให้เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ดื้อรั้น หลีกหนีหรือถดถอยได้ ส่วนบางครั้งที่ทุกคนยอมและเอาใจเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมากเกินไป อาจส่งผลเสียได้ในแง่ที่เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้กฎเกณฑ์ของสังคม ขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์

4. เด็กปกติที่มีพ่อแม่เป็นคนหูหนวก

ในกรณีนี้อาจเด็กไม่สามารถยึดพ่อแม่เป็นรูปแบบในการพัฒนาการพูดได้ แต่ในลักษณะสังคมไทยก็มักมีเครือญาติมาช่วยเหลือเกื้อกูลกัน จึงอาจมีปัญหาน้อย แต่ถ้าเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีการเลี้ยงดูแลบุตรตามลำพัง พัฒนาการทางภาษาพูดก็อาจเกิดปัญหาได้ อย่างไรก็ตามเด็กจะสามารถสื่อสารกับพ่อแม่ได้โดยการใช้ท่าทาง และภาษามือ แต่เด็กจะไม่ค่อยได้ยินภาษาพูดในครอบครัวเท่าที่ควร เมื่อโตขึ้นเด็กสามารถเรียนรู้จากเพื่อน ๆ ครู และโทรทัศน์ได้ เด็กที่มีพ่อแม่เป็นคนหูหนวกนี้ จะสามารถสื่อสารกับคนหูหนวกได้จึงสามารถเป็นล่ามได้ดี

จะเห็นได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับชีวิตมนุษย์ โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีสมาชิกคนใดคนหนึ่งมีความบกพร่องทางการได้ยิน ถ้าในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีก็จะทำให้เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีการพัฒนาในด้านต่าง ๆ เต็มศักยภาพ แต่ถ้าในครอบครัวใดที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดีแล้ว ก็อาจส่งผลให้เกิดความคับข้องใจ ไม่สบายใจ และพัฒนาการทางอารมณ์ จิตใจ และสังคมเกิดปัญหาได้ ซึ่งปัญหาถ้าเกิดขึ้นในระยะยาวอาจส่งผลให้บุคคลนั้นมีอาการทางจิตเวชได้

อาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

ในปัจจุบันนี้ ประเทศไทยมีแนวโน้มของผู้ป่วยทางจิตเวชมากขึ้น และในจำนวนผู้ป่วยก็มีลักษณะเฉพาะของแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินนั้นก็สามารถเกิดอาการทางจิตเวชขึ้นได้ ซึ่งในต่างประเทศได้มีการจัดตั้งหน่วยงานเพื่อรองรับกับประชากรกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี 1950-1959 ที่เมือง New York ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการจัดตั้งแผนกสุขภาพจิตสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเป็นครั้งแรก[10] ซึ่งจากการดำเนินงานในด้านการให้บริการกับผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินพบว่า ระยะเวลาในการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะต้องใช้เวลาถึง 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีการได้ยินปกติ สาเหตุอันเนื่องมาจาก อุปสรรคในการสื่อสารกับผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งอาจมีการวินิจฉัยที่ผิดพลาดได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนมากต้องการอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ และต้องการได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม ซึ่งในบางกรณีโรงพยาบาลจะต้องลดระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลลงให้ได้เพื่อให้เทียบเท่ากับผู้ที่มีการได้ยินปกติ

Altshuler & Rainer (1963) ได้ศึกษาความชุกของโรคจิตเภทในผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน พบว่า มีผู้เป็นโรคจิตเภทถึงร้อยละ 52 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่มีการได้ยินปกติที่มีอยู่ร้อยละ 56 ในโรงพยาบาลนิวยอร์ก นอกจากนี้ ยังพบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่เข้ารับการรักษาในนิวยอร์กทั้งหมดมีร้อยละ 2.5 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการได้ยินปกติที่มีอยู่ร้อยละ 1-2

Altshuler & Abdullah (1981) ได้อธิบายถึงรูปแบบของความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่มด้วยกัน ดังนี้

1. Schizophrenia ผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่พบความชุกได้สูง และมักได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคนี้ทั้งในกลุ่มผู้ที่มีการได้ยินปกติ และผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

2. Depression ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคที่พบความชุกสูงรองลงมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีอาการซึมเศร้าขั้นรุนแรง จะแสดงอาการที่แตกต่างกับผู้ป่วยที่มีการได้ยินปกติอย่างเห็นได้ชัด คือ ผู้ป่วยซึมเศร้าในระดับรุนแรงที่มีการได้ยินปกติ โดยทั่วไปจะมีลักษณะอาการการเคลื่อนไหวช้า และมีอาการประสาทหลอน แต่ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความบกพร่องทางการได้ยินจะมีลักษณะแตกต่างกัน คือ จะมีอาการวิตกกังวล กระสับกระส่าย มีการทำกิจกรรมที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป และจะมีอาการทางกายเกิดร่วมด้วย

3. Immature, Underdeveloped personalities ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน จะมีบุคลิกภาพที่มีพัฒนาการต่ำกว่าวัย หรือขาดวุฒิภาวะตามวัย ซึ่งเกิดจากการขาดประสบการณ์ในชีวิต และพึ่งพาพ่อแม่มากเกินไป เพราะในอดีตพ่อแม่อาจจะไม่ให้ลูกออกไปนอกบ้านเพราะอาจกังวล หรือกลัวลูกไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงทำให้บุคคลเหล่านั้นขาดวุฒิภาวะในการปรับตนเองให้เป็นผู้ใหญ่ และสามารถเผชิญสถานะการณ์ต่าง ๆ ได้

4. Child behavior disorder ปัญหาพฤติกรรมในเด็ก ส่วนใหญ่แล้วปัญหานี้มาจากครอบครัวที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีอยู่แล้ว และการมีเด็กพิการในครอบครัวก็จึงมีโอกาสทำให้เพิ่มความเข้มข้นของปัญหามากยิ่งขึ้น

5. Maladjustment ปัญหาการปรับตัว ในกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีการปรับตัวกับสถานการณ์ และจัดการกับความตึงเครียดที่เกิดกับตนเองได้ยากลำบาก จึงต้องใช้ระยะเวลาในโรงพยาบาลมากขึ้น

การรักษา

สิ่งสำคัญในการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน คือ การช่วยเหลือและรักษาอย่างองค์รวม ซึ่งมีวิธีการ ดังนี้

1. Biological โดยวิธีการรักษาโดยการใช้ยา drug treatment เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. Psychological โดยวิธีการ psychotherapy ในรูปแบบต่าง ๆ โดยเฉพาะการทำรายบุคคล (individuals) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือทางด้านจิตใจกับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเป็นอย่างยิ่ง และสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการทำจิตบำบัด คือ การสื่อสารระหว่างผู้บำบัด และผู้ป่วย เพราะถ้าผู้บำบัดมีความสามารถ และมีความชำนาญในการใช้ภาษามือแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยแสดงความคิด และความรู้สึกของตนเองได้อย่างอิสระ และเข้าใจผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง (Stewart 1981)

3. Social ในส่วนของสังคมและชุมชนของผู้ป่วยก็มีความสำคัญเช่นกัน ซึ่งการให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ควรมีการจัดเตรียมความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ก่อนที่จะมีการออกจากโรงพยาบาล เช่น ความสนใจ และความถนัดต่าง ๆ ในด้านอาชีพ และการดำรงชีวิตประจำวัน รวมถึงการเตรียมความพร้อมของครอบครัวของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

ในส่วนของผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่มีปัญหาทางจิตเวชไม่รุนแรง เช่น มีความวิตกกังวล หรือมีปัญหาในการปรับตัวกับสถานะการที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด เป็นต้น ควรได้รับ

การรักษาในระบบผู้ป่วยนอกพิเศษ รวมถึงครอบครัวของผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินซึ่งครอบครัวมักจะมีปัญหาในเรื่องการสื่อสาร และการปรับตัวกับสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ซึ่งถ้าได้รับการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มก็จะสามารถป้องกันปัญหาในด้านต่าง ๆ ได้ (Meadow 1980)

งานวิจัยทางด้านสุขภาพจิตของบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

การศึกษาทางด้านสุขภาพจิต และจิตวิทยาของคนหูหนวก ในประเทศไทยยังมีผู้ศึกษาทางด้านนี้ค่อนข้างน้อยแต่ต่างประเทศจะมีมานานและค่อนข้างมาก ดังนั้น งานวิจัยส่วนใหญ่จึงมีในต่างประเทศ

ปรานอม พังงา (2524)[11] ได้ทำการศึกษาปัญหาทางอารมณ์ สังคมของเด็กหูหนวก โดยศึกษาเปรียบเทียบปัญหาทางอารมณ์และสังคมของเด็กหูหนวกในเรื่องความแตกต่างระหว่างภูมิลำเนา,เพศ และอายุ โดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกพฤติกรรม และแบบสอบถามกับเด็กหูหนวกทั้งหมด 120 คน ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาของโรงเรียนโสตศึกษาทุ่งมหาเมฆ, โรงเรียนเศรษฐเสถียร และโรงเรียนโสตศึกษาขอนแก่น พบว่า ปัญหาทางอารมณ์และสังคมของนักเรียนอายุและ ภูมิลำเนาที่แตกต่างกัน จะมีความแตกต่างกันด้วย

ธรรมศักดิ์ ศรีสุข (2527)[12] ศึกษาปัญหาทางกายภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของนักเรียนหูหนวกในโรงเรียนโสตศึกษาขอนแก่น จำนวน 212 คน โดยมีอายุ 7-25 ปี ผลการวิจัยพบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีนักเรียนหูหนวกมากที่สุด โดยมีสาเหตุที่สำคัญของความพิการที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดมากที่สุด นอกจากนี้นักเรียนส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีฐานะยากจน การศึกษา และรายได้ของครอบครัวน้อยแต่มีจำนวนบุตรมากจึงทำให้ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือบุตรที่หูหนวกเป็นพิเศษได้

ประภาศรี ฉายาสูตบุตร (2529)[13] ศึกษา ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน โดยศึกษากับเด็กวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2528 รวมทั้งหมด 66 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบทดสอบวัดสุขภาพจิต SCL-90 จากการศึกษาพบว่า เด็กวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละด้านเล็กน้อย ปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากที่สุดคือ ด้าน

การย้ำคิดย้ำทำ รองลงมาคือด้านความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ส่วนปัญหาสุขภาพจิตที่พบน้อยที่สุด คือ ด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย และด้านกลัวโดยไม่มีเหตุผล ส่วนที่สภาพการเรียน เพศ อาชีพของผู้ปกครอง และระดับการศึกษาของผู้ปกครองไม่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิต

อนุสรณ์ สมตระกูล (2531)[14] ศึกษาการปรับตัวของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินอายุ 15-21 ปี ที่เรียนร่วมห้องเรียนเดียวกับเด็กปกติในกรุงเทพมหานคร จำนวน 53 คน โดยแบ่งตามระดับการได้ยิน เพศ ผลการเรียน และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ผลพบว่า นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินส่วนใหญ่มีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง แต่นักเรียนที่มีผลการเรียน และฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีการปรับตัวดี นักเรียนที่มีระดับการสูญเสียการได้ยินแตกต่างกัน มีการปรับตัวแตกต่างกัน นักเรียนทีมีผลการเรียนแตกต่างกัน จะมีการปรับตัวแตกต่างกัน นักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการปรับตัวแตกต่างกัน และนักเรียนหญิงปรับตัวดีกว่าชาย

Mahapatra (1974) [15] ได้ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินจำนวน 89 คน ซึ่งมีผู้ชาย 48 คน ผู้หญิง 41 คน อายุ 15 - 65 ปี ซึ่งผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเริ่มสูญเสียการได้ยินในช่วงวัยรุ่น และไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชเลย โดยแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง หรือเรียกว่ากลุ่มหูหนวก ประกอบด้วยผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินของหูทั้ง 2 ข้างอย่างน้อย 40 dB ขึ้นไป จำนวน 49 คน (ผู้ชาย 24 คน,ผู้หญิง 25 คน) ส่วนกลุ่มควบคุม หรือเรียกว่ากลุ่มที่มีการได้ยินปกติ ประกอบด้วยผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินของหูทั้ง 1 ข้างอย่างน้อย 40 dB ขึ้นไป จำนวน 40 คน (ผู้ชาย 24 คน,ผู้หญิง 16 คน) โดยทั้งหมดได้ทำแบบสอบถาม Cornell Index Questionnaire Form N_2 ด้วยตนเอง ซึ่งมีข้อคำถาม 101 ข้อ เพื่อประเมินกลุ่มอาการทางกาย และอาการทางจิตของบุคคลโดยผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป แสดงถึงปัญหาทางร่างกายและจิตใจของบุคคลในขณะนั้น ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง (กลุ่มหูหนวก) มีผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป จำนวน 24 คน หรือร้อยละ 49 ซึ่งในจำนวนนี้มีอาการของโรคซึมเศร้าสูงที่สุด 17 คน (73.75%) รองลงมาคือ โรคจิตเภทแบบหวาดระแวง 5 คน (21.7%) และ 1 คนมีอาการวิตกกังวล (4.6%) ซึ่งการศึกษานี้เน้นถึงความสำคัญของความบกพร่องทางการได้ยินที่มีผลต่อสภาพวะทางจิตใจซึ่งเกิดเนื่องมาจากการขาดประสาทรับรู้ในด้านการได้ยิน และส่งผลให้เกิดการแปลกแยกจากสังคม

Leigh et al.(1989)[3] ได้ศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาหูหนวกจำนวน 102 คน ที่กำลังศึกษาอยู่ใน National Technical Institute for the Deaf (NTID) เปรียบเทียบกับนักศึกษาที่มีการได้ยินปกติจำนวน 112 คน โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า บุคลิกภาพ

และทัศนคติการเลี้ยงดูของบิดามารดาตามการรับรู้ของนักศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า BDI (Beck Depression Inventory) จำนวน 21 ข้อ แบบสอบถามบุคลิกภาพ SAS (Sociotropy-Autonomy Scales) จำนวน 30 ข้อ และแบบสอบถามความผูกพันธ์ระหว่างบิดามารดา จำนวน 25 ข้อ โดยแบบทดสอบของนักศึกษาหูหนวกจะได้รับการปรับปรุงตามลักษณะตัวอย่าง ผลการศึกษาเป็นดังตาราง

ตารางที่ 2.3 ตารางแสดงคะแนน BDI และความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาหูหนวก Leigh et al.(1989)[3]

คะแนน BDI		**นักศึกษาหูหนวก ร้อยละ**	**นักศึกษาหูปกติ ร้อยละ**
0-9	ระดับปกติ	49	67
10-18	ระดับซึมเศร้าเล็กน้อย	43	27
19-25	ระดับซึมเศร้าปานกลาง	8	4
26 ขึ้นไป	ระดับซึมเศร้ารุนแรง	0	3

ความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาหูหนวกมีค่าร้อยละ 51 ในขณะที่นักศึกษาปกติมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34 อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยพบมากในนักศึกษาหูหนวก แต่อาการซึมเศร้าขั้นรุนแรงพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในทั้ง 2 กลุ่ม (ทั้ง 2 กลุ่ม ประมาณร้อยละ 7-8) และอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไป และการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยของมารดา

Watt & Davis (1991)[4] ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มของความเบื่อหน่ายของนักเรียนวัยรุ่นหูหนวกที่อยู่ในโรงเรียนประจำจำนวน 50 คน และเปรียบเทียบกับนักเรียนวัยรุ่นที่มีการได้ยินปกติจำนวน 60 คน โดยใช้เครื่องมือ Beck Depression Inventory (BDI) จำนวน 21 ข้อ โดยมีการให้คะแนนในแต่ละข้อ 0-3 คะแนน จึงมีช่วงคะแนนได้ตั้งแต่ 0-63 คะแนน ฉบับปรับปรุงและ Boredom Proneness Scale (BP) จำนวน 28 ข้อ เป็นแบบเลือกถูก-ผิด เพื่อดูแนวโน้มที่เกิดประสบการณ์ความเบื่อหน่าย ผลการศึกษาเป็นดังตารางนี้

ตารางที่ 2.4 ตารางแสดงคะแนน BDI และความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนหูหนวก Watt & Davis (1991)[4]

คะแนน BDI		นักเรียนหูหนวก ร้อยละ	นักเรียนที่มีการได้ยินปกติ ร้อยละ
0-9	ระดับปกติ (ไม่มีอาการ)	50	80
10-15	ระดับซึมเศร้าเล็กน้อย	40	17
16-23	ระดับซึมเศร้าปานกลาง	6	3
24-63	ระดับซึมเศร้ารุนแรง	4	0

ความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนหูหนวกมีค่าร้อยละ 50 ในขณะที่นักเรียนหูปกติมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20 อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยพบมากในนักเรียนหูหนวก และแนวโน้มของภาวะความเบื่อหน่ายของนักเรียนหูหนวกมีมากกว่านักเรียนหูปกติ

Leigh,Robin & Welkowitz (1988) [16] ทำการพัฒนาแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory เพื่อใช้ในประชากรหูหนวก จุดประสงค์ในการทำวิจัยในครั้งนี้เนื่องจากในการทำการวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในคนหูหนวกมีอุปสรรคมากเนื่องจากความยากลำบากในการใช้ภาษาเนื่องจากข้อจำกัดทางด้านภาษาของประชากรกลุ่มนี้ ดังนั้น ทางคณะผู้วิจัยจึงทำการปรับปรุงแบบสอบถาม BDI ขึ้นโดยศึกษาในนักศึกษาหูหนวก 102 คน เปรียบเทียบนักศึกษาที่มีการได้ยินปกติ 56 คน โดยนักศึกษาที่มีการได้ยินปกติได้ทำแบบสอบถาม BDI ชุดดั้งเดิม ผลการวิจัยพบว่า ค่าคงที่ภายใน (internal consistency) ของแบบสอบถามชุดปรับปรุงสำหรับคนหูหนวกอยู่ในระดับดีปานกลาง แต่มีค่าน้อยกว่าค่าคงที่ภายในของแบบสอบถามชุดดั้งเดิมของนักเรียนที่มีการได้ยินปกติ ดังนั้น ในงานวิจัยต่อไปจึงควรมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้กับคนหูหนวกได้ดีขึ้นต่อไป

Prior et al.(1988) [17] ได้ศึกษาพื้นฐานทางอารมณ์และพฤติกรรมการปรับตัวในเด็กวัยก่อนเข้าเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินจำนวน 26 คน โดยเปรียบเทียบกับเด็กที่มีการได้ยินปกติที่มีพื้นฐานทางอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงดูยาก (difficult child) แต่ไม่มีปัญหาพฤติกรรมรุนแรง โดยมีมารดา และครูเป็นผู้ประเมิน ครูได้ประเมินเด็กว่าโดยรวมแล้วมีการปรับตัวที่ดีน้อย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีความกังวลมากกว่ากลุ่มปกติ มารดาของเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินแสดงคะแนนความกังวล ซึมเศร้า และคะแนนปัญหาภาพรวมในแบบทดสอบ GHQ (General Health Questionnaire) และคะแนนภาพรวมนี้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงปัญหาพฤติกรรมในเด็กได้ การวิจัย

นี้ชี้ให้เห็นว่า การให้การสนับสนุนของมารดาของเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินจะเป็นตัวสำคัญในการป้องกันปัญหาการปรับตัวในเด็กพิการได้

Yoshida et al (1998) [18] ได้ศึกษาสุขภาพจิตของนักศึกษาที่มีความบกพร่องทางการได้ยินและสายตาเปรียบเทียบกับนักศึกษาปกติ โดยใช้แบบสอบถามบุคลิกภาพ (University Personality Inventory:UPI) ผลการวิจัยพบว่า คะแนนบุคลิภาพของนักศึกษาที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีความแตกต่างกับนักศึกษาปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนนักศึกษาที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นไม่มีความแตกต่างกับนักศึกษาปกติ และจากการเปรียบเทียบสุขภาพจิตโดยรวมของนักศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า สุขภาพจิตของนักศึกษาที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีความแตกต่างจากกับทั้ง 2 กลุ่มเล็กน้อย แต่สุขภาพจิตของนักศึกษาที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นแทบจะไม่มีความแตกต่างกับนักศึกษาในกลุ่มปกติเลย

Abolfotouh & Telmesani (1993) [19] ศึกษาบทบาทของปัจจัยทางจิตสังคมที่มีต่อนักเรียนหูหนวกและนักเรียนตาบอดในเมือง Abha ประเทศซาอุดีอาราเบีย จำนวน 152 คน เป็นนักเรียนหูหนวก 108 คน อายุเฉลี่ยที่ประมาณ 13.04 ปี และนักเรียนตาบอด 44 คน อายุเฉลี่ยประมาณ 15.07 ปี ซึ่งมีปัจจัยที่ศึกษาคือ ภาวะซึมเศร้า ทัศนคติที่มีต่อความพิการ กิจกรรมนันทนาการ และปัญหาในชีวิตประจำวัน มีเครื่องมือในการศึกษาคือ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า CDI ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนตาบอดมีค่าเท่ากับร้อยละ 14 ซึ่งมากกว่านักเรียนหูหนวกที่มีความชุกร้อยละ 6.5 กิจกรรมของนักเรียนตาบอดคือ การอ่านหนังสือ ส่วนของนักเรียนหูหนวกคือ การเล่นฟุตบอล ส่วนปัญหาในการดำรงชีวิตของนักเรียนตาบอดคือการเดินทาง และการเคลื่อนไหว นักเรียนหูหนวกคือ ปัญหาการสื่อสารระหว่างบุคคล

Danermark et al.(1996)[5] ศึกษาลักษณะประชากรของนักศึกษาที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในมหาวิทยาลัยประเทศสวีเดน จำนวน 26 คน กับนักศึกษาที่มีการได้ยินปกติ โดยศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สภาพความเป็นอยู่ และสภาพการศึกษา ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาหูหนวกส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีฐานะทางการเงินที่ดี มีการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง มีความรู้สึกอ้างว้างและมีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย มีการมองอนาคตในแง่ร้าย มีความวิตกกังวลสูง และมีระบบการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ

2.เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นคำที่มาจากภาษาลาติน มาจากคำว่า 'Depressive' ซึ่งมีความหมายว่า "กดต่ำลง" หรือจมลงโดยต่ำกว่าตำแหน่งเดิม สมควร เชื้อหิรัญ (2526) [6] มีผู้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าไว้หลายคน ดังนี้

Lazure (1989) [6] กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นคำที่มี 3 ความหมาย คือ

1. ภาวะซึมเศร้า เป็นผลกระทบที่เป็นปกติ หรือผลกระทบทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกเศร้าหรือไม่มีความสุข เมื่อมีบางสิ่งบางอย่างที่ไม่ถูกใจเกิดขึ้น

2. ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการ

- เป็นสภาวะของ ความรู้สึกเศร้า หรือไม่มีความสุขที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง และยาวนานกว่ากรณีดังกล่าวข้างต้น ระยะเวลาอาจยาวนานเป็นสัปดาห์ หรือเดือน
- จะเกิดตามหลังการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงในชีวิต หรือเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายหลังการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต

3. ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะของโรค

- เป็นสภาวะที่อาการของภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นเป็นเวลาต่อเนื่องและยาวนาน (ระยะเวลาเป็นเดือนขึ้นไป) และอาการของภาวะซึมเศร้าจะรุนแรงกว่าในกรณีที่สอง
- ถือว่าเป็นอาการป่วยทางจิตเวช นอกจากจะมีอารมณ์เศร้าแล้ว ยังมีความรู้สึกไร้ค่า หมดหวัง เป็นทุกข์
- การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่พร้อมกัน คือ การเปลี่ยนแปลงในการทำงานของร่างกาย อาชีพการงาน และสังคม

ภาวะซึมเศร้า (Depression) [20] หมายถึง ภาวะจิตใจที่ผิดปกติอย่างหนึ่ง ซึ่งแสดงออกทางอารมณ์ เช่น รู้สึกเศร้า อยากร้องไห้ เบื่อหน่ายท้อแท้ ไม่สนุกสนาน ในรูปของความคิด เช่น คิดว่าตนเองไม่มีค่า หรือเป็นคนไม่ดี และทางพฤติกรรม เช่น แยกตัว หรือมีอาการก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้หลายแบบ ตั้งแต่ความผิดปกติในการปรับตัว (Adjustment disorder) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) และโรคเศร้าแบบรุนแรง (Major depressive disorder) รวมทั้งพบร่วมกับโรคทางจิตเวชอื่น ๆ

Beck (1973) อ้างจาก ช่อเพชร เบ้าเงิน (2537)[21] ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้ คือ

1. ภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น เศร้าโศกเสียใจ อ้างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เซื่องซึม
2. มีอัตมโนทัศน์ในแง่ลบกับตนเอง ตำหนิตนเอง
3. พฤติกรรมถดถอยและลงโทษตนเอง ต้องการที่จะหลีกหนีหรืออยากตาย
4. มีความเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ
5. กิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากขึ้นหรือน้อยลง เช่น กระวนกระวาย (agitation) เชื่องช้า (retardation)

ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ทุกช่วงวัย โดยในวัยรุ่นจะมีอาการคล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ วัยรุ่นบอกได้ถึงความรู้สึกเศร้า เฉยชา ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกเหมือนหมดเรี่ยวแรงจะทำงาน พบปัญหาการกิน และการนอนได้บ่อย บางรายเบื่ออาหาร แต่บางรายจะกินจุมากขึ้น ปัญหาการนอนอาจเป็นได้ตั้งแต่นอนไม่หลับ ตื่นกลางคืน หรือตื่นเช้ากว่าปกติ ซึ่งทำให้วัยรุ่นรู้สึกเหนื่อยในตอนกลางวัน วัยรุ่นที่ซึมเศร้าหลายรายจะหมกมุ่นอยู่กับปัญหาสุขภาพ และรูปร่างหน้าตา รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า และมีความท้อแท้ในชีวิต บางรายที่เป็นรุนแรงอาจมีความคิดหรือพยายามที่จะฆ่าตัวตายได้

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แบ่งเป็น 2 รูปแบบ[22] คือ

1. ความรู้สึกเศร้า เป็นความรู้สึกไม่มีความสุข อาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับความบกพร่องของตัวบุคคลหรือความบกพร่องของหน้าที่ทางด้านชีววิทยา มีการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ของวัยรุ่นมีความรู้สึกเศร้าเสียใจ หรือร้องไห้ ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องปกติ ไม่จัดว่าเป็นอาการของโรค แต่จะไม่มีความคิดในแง่ลบกับตนเอง ตำหนิตนเอง หรือคิดว่าตัวเองไร้ค่า ซึ่งแตกต่างจากโรคซึมเศร้า
2. โรคซึมเศร้า ในวัยรุ่น บางครั้งความซึมเศร้าอาจแสดงออกมาทางความผิดปกติอื่น ๆ แทนที่จะมีอาการเหมือนผู้ใหญ่ เช่น ปัสสาวะรดที่นอน โรคซึมเศร้า จะมีอารมณ์เศร้ามากกว่าความรู้สึกเศร้าธรรมดา คือ จะมีความรู้สึกต่อต้าน ฉุนเฉียวง่าย มีความรู้สึกผิดวิตกกังวล ทดแทนกับความรู้สึกที่ไม่ได้รับการตอบสนองทางอารมณ์และจิตใจ

วัยรุ่นที่มีความซึมเศร้าจะไม่แสดงอาการซึมเศร้าออกมาโดยตรง แต่จะแสดงออกมาทางพฤติกรรมและอาการทางกาย วัยรุ่นบางรายอาจเกิดความซึมเศร้าแฝง (Masked depression) โดยจะแสดงอาการในลักษณะต่อต้าน เพื่อให้ผู้ใหญ่นั้นหันมาสนใจเขา และพบว่า วัยรุ่นบางคนอาจเกิดความเบี่ยงเบนทางเพศได้เป็นครั้งคราว โดยเฉพาะเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่กระทบความมั่นใจในตนเอง จะทำให้เกิดปัญหารักร่วมเพศ หรือความสำส่อนทางเพศได้ บางคนอาจบ่นถึงสภาพการเจ็บป่วยทางร่างกาย ทำให้พ่อแม่คิดว่าเด็กป่วยทางร่างกายอย่างรุนแรง โดยที่ตัวเด็กเองก็หวังว่า การเข้าอยู่ในโรงพยาบาลจะเป็นทางหลีกหนีจากความขัดแย้งที่เขากำลังเผชิญอยู่ได้

แนวคิดและทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า

มีหลายแนวคิดที่อธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ในที่นี้จะกล่าวถึง 3 แนวคิด คือ แนวคิดด้านชีววิทยา แนวคิดด้านพฤติกรรม และแนวคิดทางจิตใจ[23]

1. แนวคิดทางด้านชีววิทยาของภาวะซึมเศร้า (Biological models of affective disorder)

ในปีค.ศ. 1930 มีการได้เริ่มศึกษาถึงหน้าที่ของสมอง ส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ของมนุษย์ได้แก่ ระบบลิมบิค (Limbic system) ซึ่งมีการทำงานที่ซับซ้อน และเชื่อมโยงกับส่วนของพฤติกรรมที่เป็นแรงขับ (drive) ตลอดจนระบบกล้ามเนื้อ และระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System:ANS) รวมทั้งเรื่องของสารเคมีในร่างกาย (Neurotransmitter) ซึ่งแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงสาเหตุของความซึมเศร้าไว้ดังนี้

1.1 ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลย์ของ Biogenic amine (depression as biogenic amine imbalance) ซึ่งอาจเกิดจากการใช้ยา เช่น Reserbene ทำให้สาร Catecholamine ลดน้อยลง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และการลดลงของ Serotonine ก็ก่อให้เกิดความซึมเศร้าเช่นกัน นอกจากนั้น ยังมีการศึกษาถึงสารเคมีในสมอง ที่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า เช่น Dopamine, Acetylcholine, Norepinephrine อีกด้วย

1.2 การทำงานของต่อมไร้ท่อ (Endocrine) มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีความผิดปกติของการทำงานของฮอร์โมนต่าง ๆ เช่น thyroid hormone, growth hormone

2. แนวคิดทางด้านพฤติกรรมของความซึมเศร้า (Behavioral models of depression)

แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมของมนุษย์ว่าเป็นสาเหตุของความซึมเศร้า คือ

2.1 ภาวะซึมเศร้า เป็นการเรียนรู้ถึงการใช้ความสามารถ (depression as learned helplessness)

Seligman กล่าวว่า รูปแบบของพฤติกรรมภาวะซึมเศร้า เกิดจากการที่ต้องเผชิญเหตุการณ์บางอย่าง ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมได้ เช่น สูญเสียคนที่รัก หรือหน้าที่การงาน ทำให้เขาเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ซึ่งประสบการณ์ของเหตุการณ์นี้ จะมีผลทำให้เขาขาดความสามารถในการเรียนรู้ที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการไม่ได้รับแรงเสริม (depression as noncontingent reinforcement)

Lewinson กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับแรงเสริมน้อย ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า อันนำไปสู่ความรู้สึกซึมเศร้า ซึ่งเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่ผิดปกติ และถ้าหากมีความบกพร่องของทักษะทางสังคมด้วยแล้ว ก็จะทำให้เสียโอกาสในการได้รับแรงเสริมที่จะช่วยเป็นกำลังใจ ทำให้บุคคลนั้นมีความภูมิใจในตนเองลดน้อยลง และเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมา

3. แนวคิดทางด้านจิตใจของความซึมเศร้า (Intrapsychic models of depression)

แนวคิดทางด้านนี้ เน้นในเรื่องของประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า สิ่งสำคัญคือ กลไกการป้องกันตนเองซึ่งใช้ในการปรับตัว และจัดว่าเป็นกุญแจสำคัญของแนวคิดนี้

3.1 ภาวะซึมเศร้า คือ การย้อนกลับของความโกรธ (depression as retroflexed anger)

Abraham เป็นคนแรกที่ตั้งสมมติฐานในปี 1984 ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากความก้าวร้าวที่หันกลับมาสู่ตนเอง การย้อนกลับของความโกรธเป็นปฏิกิริยาโดยตรงต่อด้านบุคคลที่ตนรักที่ขัดขวางความต้องการของผู้ป่วยที่จะรักและพึ่งพา ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ทำให้สะเทือนจิตใจมาก ดังนั้น ตัวเขาเองจึงกลายเป็นเป้าหมายของความก้าวร้าวที่จะทำลาย ซึ่งอาจทำให้เกิดการทำร้ายตัวเอง หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตายขึ้นได้

3.2 ภาวะซึมเศร้าเป็นการตอบสนองต่อการสูญเสียสิ่งที่ตนรัก (depression as a response to object loss)

ในทางทฤษฎีจิตวิเคราะห์ การสูญเสียสิ่งที่รัก (object loss) เป็นความสะเทือนใจ

อย่างรุนแรง เนื่องจากการพลัดพรากจากสิ่งที่ตนรัก ภาวะการสูญเสียนี้ก่อให้เกิดปฏิกิริยาความซึมเศร้าได้ เช่น การถูกแยกจาก การสูญเสียอวัยวะของร่างกาย รวมทั้งการสูญเสียความรัก ซึ่ง Bowlby กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างพ่อ แม่ ลูก ซึ่งความสัมพันธ์นี้จะนำไปสู่การสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น เขาเชื่อว่าการพลัดพรากจากสิ่งที่ตนรักและมีความสำคัญกับตนเองจะนำไปสู่รูปแบบต่าง ๆ ของพยาธิสภาพทางจิตใจซึ่งรวมทั้งความซึมเศร้าด้วย ส่วน Hence กล่าวว่า บุคคลใกล้ชิด และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยป้องกันความซึมเศร้าไม่ให้พัฒนาไปเป็นโรคซึมเศร้าได้

นอกจากความซึมเศร้าจะมีสาเหตุมาจากการสูญเสีย และการย้อนกลับของความโกรธ และก้าวร้าวแล้ว ยังมีอีกหลายปัจจัยที่มีผลต่อความซึมเศร้า ได้แก่ อิทธิพลด้านพันธุกรรม โครงสร้างของบุคลิกภาพ และเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต รวมทั้งปัจจัยที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม

3.3 ภาวะซึมเศร้าเป็นการสูญเสียความภูมิใจในตนเอง (depression as loss of self-esteem)

Bibring ได้กล่าวถึงกลไกทางจิตใจของความซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่อีโก้ขัดแย้งกับแรงขับของความก้าวร้าว กล่าวคือ ความซึมเศร้าเกิดขึ้นเมื่ออีโก้รับรู้ถึงจุดมุ่งหมาย ขณะเดียวกันก็รู้ว่าไม่สามารถที่จะไปถึงจุดมุ่งหมายได้ ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าตัวเองไร้คุณค่า เพราะมนุษย์ทุกคนปรารถนาที่จะมีคุณค่า เป็นที่รัก ต้องการความมั่นคงปลอดภัย และเหนือกว่าคนอื่น รวมทั้งปรารถนาที่จะเป็นคนดี มีเมตตากรุณาและความรัก

นอกจากการสูญเสียความภูมิใจในตนเองที่ก่อให้เกิดความซึมเศร้าแล้ว ยังรวมไปถึงการสูญเสียสิ่งที่รัก การสูญเสียอำนาจ สถานภาพ บทบาททางสังคม เอกลักษณ์ คุณค่า และเป้าหมายในชีวิตของตน เพราะแนวคิดของ Bibring เน้นการเชื่อมโยงชีวิตของมนุษย์กับสังคม และวัฒนธรรมของโลก

3.4 ภาวะซึมเศร้า คือ การคิดในแง่ลบ (depression as negative cognition)

Beck เป็นผู้ให้แนวคิดนี้ ซึ่งคล้ายกับ Bibring โดยกล่าวว่า ภาวะอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากประสบการณ์ของบุคคลที่ทำให้เขารู้สึกไร้คุณค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง และยังเสริมอีกว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีความคิดและการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตนเอง เกี่ยวกับโลก และในอนาคต ดังนั้น ทฤษฎีของ Beck ได้กล่าวถึงการรักษาภาวะซึมเศร้า โดยใช้วิธีการเปลี่ยนความคิดในทางลบให้เป็นความคิดที่มีเหตุผล เรียกว่า การรักษาแบบ RET (Rational Emotive Therapy)

สุวัทนา (2535) [21] ได้อธิบายสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในอีกลักษณะหนึ่ง ดังนี้

1. Biochemical hypothesis

Neurotransmitters ที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า เช่น Norepinephrine และ Serotonin เป็นต้น ในภาวะซึมเศร้า สารทั้งสองจะลดลงโดยมีผลต่ออารมณ์ การหลับ การตื่น และอารมณ์เพศเหมือนกันแต่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าวไม่เหมือนกัน

2. Genetic hypothesis

คนที่มีพ่อ หรือแม่ป่วยเป็น major depression จะมีโอกาสเป็นโรคนี้ร้อยละ 16 ในพี่น้องฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า อีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 43 แต่ถ้าเป็นแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ อีกคนมีโอกาสเป็นเพียงร้อยละ 19

3. Endocrinological hypothesis

การเกิดโรคซึมเศร้าในระยะใกล้ประจำเดือน หลังการแท้ง และการคลอดใหม่ ๆ ทำให้เกิดข้อสงสัยว่า ระดับฮอร์โมนเพศหญิงจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้า

4. Psychodynamic hypothesis

Abraham กล่าวว่า ความเสียใจธรรมดา (normal grief) จะกลายเป็นโรคซึมเศร้า (melancholy หรือ depression) เมื่อมีความโกรธและความเกลียดชังเกิดร่วมกับความรักใน love object ในขณะที่ mourning คือ ความเสียใจธรรมดา เป็นอารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียจริง แต่ melancholy คือ โรคซึมเศร้า อาจจะเกิดจากความคิดฝันในจิตใจใต้สำนึกว่าตนได้สูญเสียสิ่งที่ตนรัก

5. Family and social hypothesis

นักพฤติกรรมศาสตร์กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็น learned form of helplessness ซึ่ง Models of helplessness ในครอบครัว อาจได้แก่ การแตกแยกของครอบครัวหรือความแปรปรวนใน mother-child relationship ในช่วงต้น ๆ ของชีวิต ทำให้บุคคลนั้นมีจุดอ่อนต่อโรคซึมเศร้า

การช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า[21]

บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกดีขึ้นหากได้รับการบริการปรึกษา (couselling) ซึ่งช่วยให้เขาได้พูดถึงปัญหาของตัวเอง เพื่อแสวงหาความอบอุ่นใจ และค้นพบทางออกของปัญหาการรักษาทางยาสามารถช่วยผู้ป่วยได้ดี แต่อาจต้องใช้เวลาบ้าง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ควรหยุดยาเอง เพียงเพราะรู้สึกว่าอาการไม่ดีขึ้นจึงคิดว่ายาไม่ได้ผล เมื่อพบผู้มีภาวะซึมเศร้าสามารถช่วยเหลือได้เบื้องต้น ดังนี้

1. ช่วยปลอบใจ และให้กำลังใจ
2. ช่วยชี้แนะให้เขาเข้าใจความคิดที่ผิดเพี้ยน หรือความคิดในทางลบของเขา

3. ให้คำแนะนำที่สร้างสรรค์ เมื่อเขาต้องการความช่วยเหลือในการตัดสินใจ

4. ช่วยเขาให้สามารถตั้งเป้าหมายได้ตรงกับความเป็นจริง

5. อย่าดุว่า ติเตียน ที่เขามีภาวะซึมเศร้า

6. อย่าปล่อยให้เขาหันไปดื่มเหล้า เพื่อดับความเศร้า

7. ถ้าเขาเริ่มพูดถึงเรื่องการฆ่าตัวตาย อย่านิ่งดูดาย ควรรีบแจ้งให้ญาติ หรือแพทย์ที่ตรวจทราบโดยเร็ว

8. พาไปพบแพทย์

งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

Albert & Beck (1975) อ้างจาก วรพร อินทบุหรั่น (2533)[24] ศึกษาในวัยรุ่นอายุ 11-15 ปี โดยใช้แบบสอบถาม BDI (Beck Depression Inventory) พบค่าเฉลี่ยที่ได้ในกลุ่มสูงกว่าค่าปกติที่พบในผู้ใหญ่เล็กน้อย

Kandel,D (1982) อ้างจาก อรวรรณ หนูแก้ว (2535)[25] ได้สำรวจเด็กอายุ 14-18 ปี ในเด็กมัธยมศึกษา พบว่า มีความชุกของอารมณ์ซึมเศร้าประมาณร้อยละ 25

ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533)[26] ศึกษาคุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiology Studies Depression scale) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาวิทยาลัยครูชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 691 คน และผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า 30 คน ผลพบว่าแบบสอบวัดนี้มีคุณลักษณะความเที่ยงเท่ากับ 0.86 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ สำหรับความตรงในการจำแนก ยังมีคุณลักษณะที่ไม่ชัดเจน ถึงแม้ว่าวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มนักศึกษาวิทยาลัยครูที่มีสุขภาพจิตปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ก็ตาม ทั้งนี้เพราะค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มนักศึกษาที่มีสุขภาพจิตปกติสูงถึง 19.5 ซึ่งมีค่าสูงกว่าเกณฑ์ที่ใช้คือ 16 คะแนน

วรพร อินทบุหรั่น (2533)[24] ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายโดยกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 15-18 ปี ที่อยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กกลางจำนวน 300 คน โดยใช้แบบทดสอบ CES-D และมีจุดตัดของคะแนนที่ 16 ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 66.3 และมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าคือ การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของบุคคลในครอบครัว และปัจจัยทางด้านจิตสังคม

พิศมัย เต็งพงศธร (2533) [27] ศึกษาระดับความซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนจากสถานสงเคราะห์ในจังหวัดกรุงเทพมหานครและนนทบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง 7-18 ปี จากสถานสงเคราะห์เด็กพิการและทุพลภาพ ปากเกร็ด และสถานสงเคราะห์อีก 3 แห่ง รวมจำนวนทั้งสิ้น 420 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า CDI (Children Depression Inventory) ผลการวิจัยพบว่า เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่มีความซึมเศร้าเล็กน้อยจนถึงรุนแรง นอกจากนี้ พบว่า เด็กที่มีสภาพร่างกายแตกต่างกัน มีระดับความซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยเด็กพิการอายุ 15-18 ปี มีระดับความซึมเศร้าสูงที่สุด

วารีรัตน์ หอมโกศล (2535) [6] ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดอายุ 10-15 ปี จำนวน 115 คน โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI และ แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง CSEI (Coopersmith Self-Esteem Inventory) ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34.8 และมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าคือ ความรุนแรงของโรค และ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

เรไร ทีวะทัศน์ (2535) [23] ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดชลบุรี จำนวน 871 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามความซึมเศร้า RADS (Reynolds Adolescent Depression Scale) และแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ผลการวิจัยพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้ามีค่าร้อยละ 22.04 และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าคือ เพศ ผลการเรียน ฐานะทางครอบครัว

อรวรรณ หนูแก้ว (2535) [25] ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ด้านปัจจัยจิตสังคม การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเด็กวัดสระแก้วกับเด็กในครอบครัวปกติ ที่กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 628 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามความคาดหวังในชีวิต ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน และ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า CDI ผลการวิจัยพบว่า เด็กวัดสระแก้วมีความชุกและระดับของภาวะซึมเศร้ามากกว่าเด็กในครอบครัวปกติ เด็กในครอบครัวปกติมีความคาดหวังในชีวิตมากกว่าเด็กในวัดสระแก้ว และเด็กที่มีความคาดหวังในชีวิตต่ำจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเด็กที่มีความคาดหวังสูง และเด็กที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนต่ำ มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเด็กที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนสูง

วิระวรรณ อุประมาณ (2537)[20] ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 50 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก CDI และแบบสอบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว FAD ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็ก โดยเฉพาะด้านความผูกพันทางอารมณ์และการสื่อสาร

ช่อเพชร เบ้าเงิน (2537) [21] ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 600 คน ซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โดยมีเครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า CDI และแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางจิต-สังคม ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้ามีค่าร้อยละ 22.5 และมีปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าคือ ผลการเรียน การศึกษาของบิดามารดา ความสัมพันธ์กับครอบครัว ปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา

อุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540)[28] ศึกษาการใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นชาย 125 คน อายุระหว่าง 15-18 ปี ทำแบบวัด CES-D ด้วยตนเอง หลังจากนั้นจะได้รับการประเมินทางจิตเวชโดยจิตแพทย์ซึ่งไม่ทราบผลของ CES-D ผลการศึกษาพบว่า ความเที่ยงของ CES-D วัดโดย Cronbach's coefficient alpha มีค่าเท่ากับ 0.86 การศึกษาความตรงในการจำแนกพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้ามีคะแนน CES-D สูงกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ คะแนน CES-D จะสูงขึ้นตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าจาก Receiver Operating Characteristic Curve คะแนนที่ 22 เป็นจุดตัดที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยคะแนนนี้ CES-D จะมีความไวร้อยละ 72 ความจำเพาะร้อยละ 85 และความแม่นยำร้อยละ 82

อังคณา ปรีชาเมตตา (2540)[29] ได้ศึกษาการรับรู้ ของผู้ปกครองที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา และโรงเรียนพุทธจักรวิทยา โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนและผู้ปกครองจำนวน 143 คู่ และ 140 คู่ จาก 2 โรงเรียนตามลำดับ พบว่า การรับรู้ของผู้ปกครองที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนทั้ง 2 โรงเรียนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยผู้ปกครองที่มีอายุมาก มีระดับการศึกษา และรายได้ที่ต่ำ จะรับรู้ปัญหา และสภาพอารมณ์ได้ตรงกับนักเรียนมากกว่าผู้ปกครองที่มีอายุน้อย มีการศึกษาและรายได้สูง และพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19.8

ปรีชา สุวังบุตร (2543) [30] ศึกษาภาวะซึมเศร้าและการแสวงหาความช่วยเหลือของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร จำนวน 252 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า BDI (Beck Depression Inventory), แบบสอบถามการแสวงหาความช่วยเหลือสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการเห็นคุณค่าในตัวเอง และแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าที่ควรรับการปรึกษาจากผู้ให้คำปรึกษาร้อยละ 18.3 และแหล่งการแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อมีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นแบบไม่เป็นทางการ คือ เพื่อน บิดา และมารดา และพี่น้อง ตามลำดับ ด้านความสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ

การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 47.1

ภัทรีนาฏ บุญชู (2543) [31] ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิต-สังคมกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1,700 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D ,แบบสอบถามการรับรู้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และแบบสอบถามการปรับตัวทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนเมื่อใช้จุดตัดคะแนนที่ ≥ 16 เท่ากับร้อยละ 60.5 และเมื่อใช้จุดตัดคะแนนที่ ≥ 22 พบความชุกร้อยละ 28.8 และมีนักเรียนร้อยละ 25.6 เคยคิดฆ่าตัวตาย และมีนักเรียนร้อยละ 5.7 เคยพยายามฆ่าตัวตาย ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าคือ เพศ ผลการเรียน จำนวนพี่น้อง เศรษฐานะของครอบครัว และการอยู่ร่วมกับบิดามารดา นักเรียนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสัมพันธ์ในครอบครัวสูงกว่านักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า และนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า มีค่าคะแนนเฉลี่ยในการปรับตัวให้เข้ากับเพื่อนและครูสูงกว่านักเรียนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

นัยนา อุปมา (2543) [32] ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 350 คน อายุ 10 - 15 ปี ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช รามาธิบดี จุฬาลงกรณ์ และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามอาการซึมเศร้า CDI แบบวัดความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน แบบสอบถามเกี่ยวกับการเลี้ยงดูผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดคิดเป็นร้อยละ 30.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุของผู้ป่วย ระดับการศึกษาของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เศรษฐานะของครอบครัว และความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน

ฐิติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ (2544) [33] ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 370 คน อายุ 10 – 15 ปี ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศิริราช พระมงกุฎเกล้า ภูมิพลอดุลยเดช เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามอาการซึมเศร้า CDI แบบวัดความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย คิดเป็นร้อยละ 35.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความสัมพันธ์ของบิดามารดา ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน ผลการเรียน ประวัติ

ถูกทารุณกรรม ระดับการศึกษาของมารดา เพศ อายุที่เริ่มป่วย และยังพบว่าความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนสามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด

จุลจราพร ศรีเพชร (2544)[34] ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 400 คน ของโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา 3 แห่ง ในจังหวัดสุพรรณบุรี และมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า คือ CES-D โดยมีจุดตัดคะแนนที่ 16 คะแนนขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีร้อยละ 44.80 และมีปัจจัยสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เรียงตามลำดับคือ ความผูกพันกับบิดามารดา และความสัมพันธ์กับเพื่อน

เบญจพร ปัญญายง และคณะ (2545) [35] ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กพิการทางการมองเห็นที่มีอายุระหว่าง 12-17 ปี ในโรงเรียนสอนคนตาบอดภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 215 คน โดยใช้เครื่องมือ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า CDI ผลการวิจัยพบว่า เด็กพิการทางการมองเห็นมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.2 โดยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ พ่อแม่ติดสุราหรือสารเสพติด สมาชิกในครอบครัวทำผิดกฎหมาย ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับพ่อแม่ ความกดดันในครอบครัว และเพศ โดยเด็กมีความคิดอยากตายร้อยละ 5.6

โดยสรุปแล้ว ในประเทศไทยนั้น ได้มีการหาความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้ามาเป็นเวลานานแล้ว ดังแสดงในตารางที่ 2.5 และได้ศึกษากับประชากรในหลาย ๆกลุ่ม แต่การศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ที่มีความบกพร่องในด้านต่าง ๆ หรือผู้พิการน้อยมาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่าผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินไม่เคยมีผู้ใดได้ศึกษามาก่อน และคิดว่าจะเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้เพื่อไปช่วยเหลือทางสุขภาพจิตในนักเรียนที่มีความบกพร่องในการได้ยินได้ต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2.5 ตารางแสดงความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย

ผู้วิจัย	ปี	กลุ่มตัวอย่าง	อายุ/ ระดับชั้น	ความชุก	เครื่องมือ	จุดตัดคะแนน
ธวัชชัย	2533	นักศึกษาปี 1-4	18-24	60.5	CES-D	≥ 16
วรพร	2533	วัยรุ่นผิดกฎหมาย	15-18	66.3	CES-D	≥ 16
อุมาพร	2540	เยาวชนผิดกฎหมาย	15-18	28.8	CES-D	≥ 22
ภัทรีนาฏ	2543	นักเรียนม.4	15-19	60.5,28.8	CES-D	≥ 16, ≥ 22
จุลจราพร	2544	นักเรียนวัยรุ่น ม.4-6	14-19	44.8	CES-D	≥ 16
พิศมัย	2533	เด็กกำพร้าและพิการ	7-18	62.62	CDI	≥ 14
วารีรัตน์	2535	เด็กโรคหืด	10-15	34.8	CDI	≥ 15
ช่อเพชร	2537	นักเรียนวัยรุ่น	ม.3	49.8	CDI	≥ 15
นัยนา	2543	เด็กโรคหัวใจพิการ	10-15	30.9	CDI	≥ 15
สุติรัตน์	2544	เด็กโรคทาลัสซีเมีย	10-15	35.1	CDI	≥ 15
เบญจพร	2545	เด็กพิการทางสายตา	12-17	22.2	CDI	≥ 15
เรไร	2535	นักเรียน ม.4-6	13-20	22.04	RADS	≥ 77
ปรีชา	2543	นักเรียนมัธยมปลาย	ม.4-6	18.3	BDI	> 30

CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression scale

CDI = Children Depression Inventory

RADS = Reynolds Adolescent Depression Scale

BDI = Beck Depression Inventory

3.เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม มีผู้ให้ความหมายไว้หลายคน ดังต่อไปนี้

Tolsdorf (1976) [36] กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความช่วยเหลือที่สม่ำเสมอในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่ได้รับจากบุคคลอื่น ซึ่งความช่วยเหลือนั้นได้ช่วยให้บุคคลได้ไปถึงซึ่งเป้าหมายเฉพาะของตนหรือสามารถแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

Cobb (1976) [37] กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ทราบว่ามีคนรัก คนเอาใจใส่ ซึ่งได้จากความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ได้รับการยกย่องและรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Thoits (1982) [38] กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของและข้อมูลซึ่งการให้การช่วยเหลือนี้ จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

Hubbard, Muhlenkamp & Brown (1984) [39] กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วย การสื่อสารในแง่ดีทำให้มีความ รู้สึกผูกพัน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันโดยคำนึงถึงแหล่งที่มาด้วย

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528) [39] ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ผู้รับแรงสนับสนุนได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน อาจมาจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ที่เป็นผลให้ปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลอื่นทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม วัตถุสิ่งของ การเงิน ข้อมูล จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งจะมีผลต่อการลดระดับความเครียดและวิกฤตการณ์ในชีวิตได้ ทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

<u>ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม</u>

Cobb(1976)[40] กล่าวว่า ได้แบ่ง การสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึงข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก เอาใจใส่ มีความผูกพัน และไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า (Esteem support) หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึก หรือทราบว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับ

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support) หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าตนเองเป็นสมาชิก หรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน

Weiss (1969) [40] กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมในรูปของ สัมพันธภาพทางสังคมที่ประกอบด้วย

1. การเป็นส่วนหนึ่งในสังคม (Social integration) เป็นสัมพันธภาพ ที่เกิดจากบุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแข่งขัน แลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูล และสิ่งของ

2. การได้รับคำแนะนำ (Obtaining quidance) เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อ บุคคลอยู่ในภาวะเครียด จะทำให้บุคคลนั้นมีความต้องการแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และต้องการคำแนะนำจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตนเอง

3. โอกาสที่จะได้รับการเลี้ยงดู (Opportunity of nuturance) เป็นการที่บุคคลมีความรับผิดชอบต่อความสบายของผู้อื่น

4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน (Self – worth) เป็นการได้รับการยอมรับด้านพฤติกรรมตามบทบาทของตนเองในสังคม

5. ความผูกพันใกล้ชิด (Intimacy) เป็นสัมพันธภาพแห่งการใกล้ชิดสนิทสนม ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น

การผูกพันทางสังคม และความสัมพันธ์กับผู้อื่นถูกมองเหมือน “ความคาดหวังที่พึงพอใจทางอารมณ์ของชีวิต” เป็นไปได้ที่ทรัพยากรณ์ทางสังคม สามารถช่วยบุคคลในการเผชิญปัญหา บุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงจะสามารถเผชิญปัญหาได้ดีกว่าและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถลดความลำบากในช่วงเวลาของความเครียดได้

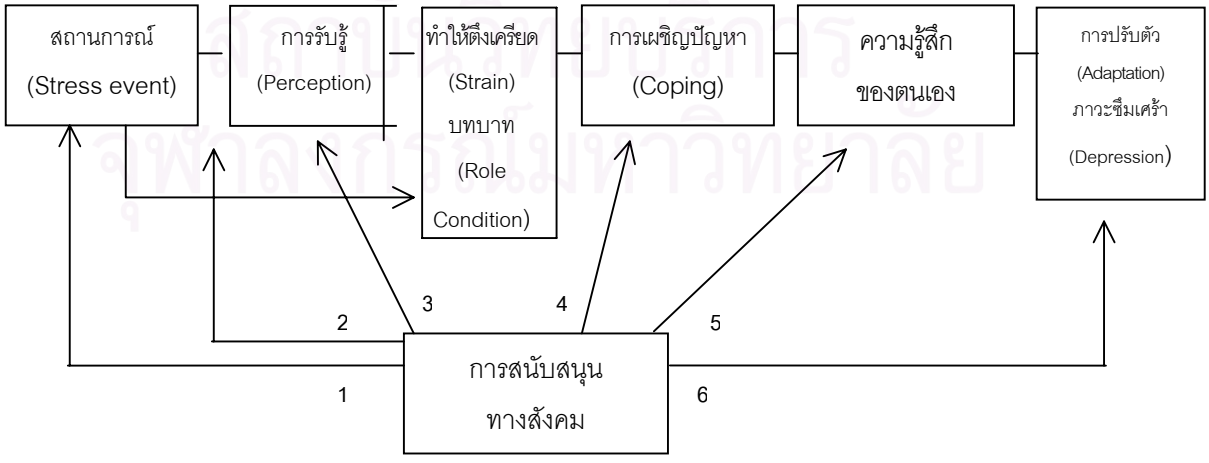
<u>กลไกของการสนับสนุนทางสังคม ต่อสถานการณ์ความตึงเครียด</u>[41]

กระบวนการที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ความเครียด และมีการรับรู้ถึงความหมายของสถานการณ์ เพื่อให้ทราบผลของสถานการณ์นั้น สถานการณ์ในชีวิตมีผลต่อความคิดของบุคคล ในการศึกษาปัจจุบัน พิสูจน์กระบวนการโดยใช้เรื่อง ความเครียดจากการทำงานนำไปสู่ ความซึมเศร้า ซึ่งพบว่า การตกงานทำให้เกิดความตึงเครียดทางเศรษฐกิจ ซึ่งมีผล ทำให้ต้องเผชิญความตึงเครียดนั้น มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณค่าในตนเอง ความเข้าใจในตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้

เกิดภาวะซึมเศร้า การเป็นลูกโซ่ที่ซับซ้อน แสดงถึงความเป็นไปได้ที่สถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตมีผลต่อการปรับตัว และการสนับสนุนทางสังคมก็มีส่วนสัมพันธ์ในการเผชิญปัญหาได้ หลายทาง ดังภาพที่ 2.2 คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมสามารถลดการเกิดสถานการณ์ความเครียด
2. หากสถานการณ์นั้นเกิดขึ้น ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นสามารถปรับปรุง หรือเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ความเครียด และลดความรุนแรงของความตึงเครียด
3. การสนับสนุนทางสังคมสามารถเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ของบทบาทความเครียดกับความเครียด
4. การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเผชิญปัญหาในการลดผลกระทบจากความรุนแรงของความเครียด และผลที่ได้รับ
5. สถานการณ์ความเครียด ทำให้คุณค่าในตนเอง (Self – esteem) ต่ำลง และ บุคคลมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์น้อยลง ซึ่งการมี การสนับสนุนทางสังคมสามารถลดผลจากสิ่งเหล่านี้ได้
6. การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการปรับตัว

ภาพที่ 2.2 แสดงรูปแบบจากประสบการณ์ (Empirical model) เพื่อเชื่อมโยงความเครียดกับสถานการณ์ และผลของความเครียด



ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

Jacox (1983)[39] ได้กล่าวถึงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้ คือ

1. ทฤษฎีความผูกพัน (Attachment theory) ซึ่งกล่าวว่ามนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความต้องการที่จะติดต่อกับเพื่อน อันเป็นสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดผูกพัน ระหว่างมารดาและบุตร ซึ่งความผูกพันนี้เป็นพื้นฐานของความผูกพันที่เกิดขึ้นตลอดช่วยชีวิตของมนุษย์

2. ทฤษฎีความเครียด พฤติกรรมเผชิญความเครียดและการปรับตัว (Theories of stress, coping and adaptation) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ช่วยเหลือให้บุคคลเผชิญภาวะเครียดและปรับตัวให้ดี จากการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การประเมินข้อมูลข่าวสาร และวัตถุสิ่งของ การเงินและแรงงาน

3. ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social exchange theory) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิกิริยาระหว่างบุคคล ซึ่งส่งผลลัพธ์ต่ออีกบุคคลหนึ่ง โดยผลลัพธ์นั้นอาจจะเป็นการลงโทษหรือได้รับรางวัล ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคล

4. ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ (Interactionist theory) เป็นการรวมกลุ่มของสังคมและความรู้สึกเป็นเจ้าของได้ถูกนำมาเป็นจุดรวมของทางสังคมวิทยา ซึ่ง บาร์น (Barns) กล่าวถึงเครือข่ายทางสังคมว่า เป็นการผสมกลมกลืนและการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลต่อผู้ที่มีความสัมพันธ์นั้น ๆ ซึ่งตามกรอบแนวคิดของการมีปฏิสัมพันธ์มิชเชล (Mitchell) กล่าวถึงความสัมพันธภาพในสังคมว่าประกอบด้วย เป้าหมายของสัมพันธภาพ (Content) ความสัมพันธ์และการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน (Directedness) ระยะเวลาและความยาวนานในการติดต่อกัน (Durability) ความหนาแน่นและความแข็งแกร่งของสัมพันธภาพ (Intensity) และความถี่และช่วงเวลาของการติดต่อสัมพันธ์ (Frequency)

5. ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Theory of social support) มีพื้นฐานของการพัฒนามาจากปฏิสัมพันธ์ในส่วนของความสัมพันธ์ และการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน (Directedness or reciprocity) ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมากกับการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ที่มักจะเกิดขึ้นในรูปแบบของสัมพันธภาพอย่างไม่เป็นทางการ (Informal relationship) เช่น ญาติ พี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน มากกว่ารูปแบบที่จะเกิดขึ้นในสัมพันธภาพอย่างเป็นทางการ (Formal relationship)

ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ[42]

แม้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจะมีความหมายที่แตกต่างกันตามแนวคิดของแต่ละนักทฤษฎี แต่จากหลายการวิจัย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น พบว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืดมีความต้องการยา สตีรอยด์น้อยลง เมื่อต้องเผชิญหน้ากับภาวะเครียด สามารถป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิตได้ สามารถป้องกันการเกิดปัญหาด้านอารมณ์ในผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดอาการเจ็บหน้าอกในชายที่มีความวิตกกังวลสูง และช่วยให้คนที่ตกงานมีความเครียดน้อย ซึ่งมีผลทำให้ปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดและอาการอื่น ๆ ทางกายและจิตน้อยกว่าคนตกงานที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาค้นคว้าดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จึงสามารถสรุปการสนับสนุนทางสังคมได้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อสุขภาพ กล่าวคือบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมดีจะมีสุขภาพดี ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลใดขาดการสนับสนุนทางสังคม สุขภาพอาจจะเลวลงได้ง่าย

2. การสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นกันชนรองรับความเครียดที่สูงให้ลดลงได้ (buffer effect)

3. การสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นปัจจัยเอื้อที่ช่วยให้บุคคลสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดที่กำลังประสบอยู่ได้อย่างเหมาะสม และทำให้สุขภาพดีด้วย

4. บุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะประสบกับความเครียดสูงเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่รุนแรงในชีวิต

Pender (1987)[42] ได้สรุปประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลไว้ดังนี้

1) ช่วยในการส่งเสริมการเจริญเติบโต โดยเพิ่มความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง
2) ลดเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิต
3) ช่วยรับรองยืนยันว่าการกระทำนั้นจะทำให้บุคคลมีส่วนร่วมและเป็นที่ต้องการของสังคม
4) ช่วยลดและบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้น

นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นกลไกของการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี คือช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญต่อความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้ทั้งภาวะที่มีสุขภาพปกติและเมื่อเจ็บป่วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

ดวงเดือน มูลประดับ (2541)[39] ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของวัยรุ่นตอนต้น ที่ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2540 อายุ 13-16 ปี ในจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 381 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการปรับตัวคือ แรงสนับสนุนทางสังคม เพศ จำนวนพี่น้อง การเจ็บป่วย อายุมารดา และระดับการศึกษาของมารดา โดยที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของวัยรุ่นในระดับปานกลาง และวัยรุ่นเพศชายที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง และไม่มีการเจ็บป่วย จะปรับตัวได้ดี

รักชนก คชไกร (2541)[40] ศึกษาความเครียด บุคลิกภาพแบบเข้มแข็ง แรงสนันสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานครจำนวน 275 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหา คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา และบุคลิกภาพแบบเข้มแข็ง

อนงค์รัตน์ เหล่าเขตรกิจ (2542)[43] ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับรูปแบบการจัดการกับปัญหาในเยาวชนที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลางจำนวน 120 คน พบว่า รูปแบบในการจัดการกับปัญหาไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ สติปัญญา การสนับสนุนทางสังคม และจำนวนครั้งที่ถูกจับกุม

อรอนงค์ ทรงสกุล (2544)[44] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุนมโนภาพแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของวัยรุ่นตอนต้น ที่มีอายุ 12-16 ปี ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 900 คน พบว่า มโนภาพแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อการปรับตัว โดยผู้ที่มีมโนภาพแห่งตนไม่ดี หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ส่วนผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ หากมีมโนภาพแห่งตนดีจะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีมโนภาพแห่งตนไม่ดี

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความภูมิใจในตนเอง

ความภูมิใจในตนเอง (Self esteem) เป็นการตัดสินคุณค่าของตนเอง แต่จะแสดงออกมาในรูปของทัศนคติที่คนคนนั้นมีต่อตนเอง ซึ่งสิ่งนี้เป็นผลมาจากการที่บุคคลได้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งปฏิสัมพันธ์เชิงประเมินกับผู้อื่น ทำให้บุคคลมีมโนภาพหรือความคิดต่อตนเอง และประเมินวัดมโนภาพเหล่านั้นโดยอาศัยกระบวนการการตัดสินคุณค่าของตนจากผลงาน ความสามารถ คุณลักษณะต่าง ๆ ตามมาตรฐานของค่านิยมส่วนตน ในที่สุดจึงพัฒนามาเป็นความภูมิใจในตนเอง

ความหมายของความภูมิใจในตนเอง มีผู้ให้คำจำกัดความไว้หลายท่าน ดังนี้

Bandura (1963)[45] กล่าวถึงความภูมิใจในตนเองว่าเป็นพื้นฐานการประเมินตนเองที่มาจากความสามารถในการตัดสินคุณค่าของตนเองทั้งในด้านบวก และลบ ความภูมิใจในตนเองได้รับการพัฒนาขึ้นมาจากความรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีความสามารถ มีความภูมิใจในตนเอง บุคคลจะพึงพอใจกับมาตรฐานการกระทำของตนเองที่ตั้งไว้ ในขณะที่บุคคลใดก็ตามเมื่อประเมินตนเองแล้วพบว่าตนเองล้มเหลวหรือกระทำกิจกรรมใด ๆ ไม่ได้ตามมาตรฐานที่ตนตั้งไว้ บุคคลจะขาดความรู้สึกพึงพอใจต่อตนเองไป การตัดสินจากสังคม (social judgement) ก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลว่าประเมินตนเองออกมาในลักษณะเช่นใด เช่น จะพบอยู่เสมอว่า บุคคลจะรู้สึกไม่พอใจและไม่ยอมรับต่อคำติเตียนที่บุคคลอื่นมีต่อความคิดเห็นและการกระทำของตนนอกเหนือจากนั้น ความรู้สึกภูมิใจในตนเองยังมาเกี่ยวข้องกับการประเมินตนเองในด้านการมีคุณค่า ซึ่งจะขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมประเพณีของสังคมนั้น ๆ ว่าให้คุณค่ากับบุคคลนั้นอย่างไร และบุคคลนั้นได้มีพฤติกรรมตอบสนองต่อคุณค่าทางสังคมได้อย่างเหมาะสมตามมาตรฐานของสังคมอีกด้วย

Branden (1981) [46] กล่าวถึงความหมายของความภูมิใจในตนเองไว้ว่า เป็นลักษณะของความเชื่อมั่นและการนับถือตนเองอันเกิดจากความเชื่อในความมีคุณค่าของตนเอง ความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะทำสิ่งใดให้สำเร็จได้ตามความพอใจของตนเอง

Pope (1988) [47]ให้ความหมายของความภูมิใจในตนเองว่า เป็นการประเมินตนเองตามที่รู้สึก (perceived self) ตนเองในอุดมคติ (ideal self) เกี่ยวกับภาพพจน์ของตน และความสามารถในด้านต่าง ๆ ของตนเองตามที่รู้สึกที่ผสมผสานกันได้อย่างดี

Maslow (1970) [48] ได้แบ่งความภูมิใจในตนเองออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความภูมิใจในตนเองประเภทที่เกิดจากการเห็นคุณค่าจากตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง ยอมรับในตนเองว่ามีความสำคัญ และมีความสามารถที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งแสดงออกได้ในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ การมองเห็นคุณค่าของตน มีความเชื่อมั่นใจในตนเอง พึ่งตนเองได้และมีอิสระ

2. ความภูมิใจในตนเองที่เกิดจากการได้รับความเห็นคุณค่าจากผู้อื่น ซึ่งรับรู้ได้จากการได้รับชื่อเสียง เกียรติยศ ความเอาใจใส่จากผู้อื่น การยกย่องสรรเสริญ มีความสำคัญ เป็นที่เคารพนับถือจากบุคคลอื่น

ความภูมิใจในตนเองนี้ หากบุคคลได้รับก็จะเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีค่า มีความเข้มแข็ง มีศักยภาพ และมีความสามารถเพียงพอ สิ่งเหล่านี้มีประโยชน์สำหรับชีวิต และจำเป็นสำหรับการอยู่ในสังคม และความรู้สึกภูมิใจในตนเอง จะทำให้บุคคลมีโอกาสสู่ภาวะการบรรลุสัจจการแห่งตน (self-actualization)

Pryor (1994) [49] กล่าวว่า ความภูมิใจในตนเอง เป็นการประเมินคุณค่าองค์ประกอบของทัศนคติที่มีต่อตนเอง ลักษณะของบุคคลที่มีความรู้สึกภูมิใจในตนเองสูงคือ บุคคลที่มีความชื่นชอบและมีความเคารพตนเอง อีกทั้งยอมรับตนเองตามสภาพความเป็นจริง ส่วนบุคคลที่มีความรู้สึกภูมิใจในตนเองต่ำมักเกี่ยวกับสภาพจิตใจที่หดหู่

Van Fleet & Peterson (1994) [50] กล่าวถึงความภูมิใจในตนเองว่าเป็นความเชื่อต่อคุณค่า และความดีที่บุคคลมีต่อตน บุคคลที่มีความรู้สึกภูมิใจในตนเองสูง มักแสวงหาความก้าวหน้าและตำแหน่งที่สูงขึ้นในหน้าที่การงาน มีความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะบรรลุเป้าหมายที่มีความยากลำบาก และมีแรงจูงใจภายในสูง

Coopersmith (1981) [51] กล่าวถึงความภูมิใจในตนเองว่าเป็นความรู้สึกที่บุคคลประเมินตนเอง เป็นการแสดงถึงความรู้สึกหรือทัศนคติในการยอมรับหรือไม่ยอมรับเกี่ยวกับคน และบ่งบอกให้เห็นถึงความเชื่อที่บุคคลมีต่อตนเองในเรื่องของความสามารถ ความสำคัญ และการมีคุณค่า ดังนั้น ความรู้สึกภูมิใจในตนเอง จึงเป็นการพิจารณาตัดสินคุณค่าของตน และแสดงออกให้เห็นในรูปของทัศนคติที่มีต่อตนเอง เป็นประสบการณ์ที่บุคคลอื่นสามารถรับรู้ได้ โดยการพิจารณาจากคำพูดและพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลนั้น

อุมาพร ตรังคสมบัติ[52] ได้ให้ความหมายของความภูมิใจในตนเองไว้ว่า คือความคิดของบุคคลเกี่ยวกับตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีความหมายและมีประสิทธิภาพเพียงใดความภูมิใจในตนเองเกิดขึ้นจากการที่บุคคลมองตนเอง และประเมินตนเองว่าเป็นอย่างไร ตามปกติเมื่อคนเรามองตนเอง เราจะเห็นภาพสองภาพ ภาพแรกเป็นภาพในอุดมคติ เป็นสิ่งที่เราใฝ่ฝันอยาก

จะเป็น ส่วนภาพที่สองคือภาพตัวเราในความเป็นจริง หากภาพความเป็นจริงนั้นใกล้เคียงกับภาพในอุดมคติ เราจะมีความรู้สึกดีกับตนเอง มีความภูมิใจในตนเองสูง แต่หากสองภาพนี้แตกต่างกันมาก เราก็จะมีความรู้สึกแย่ ความนับถือและความภูมิใจในตนเองก็จะต่ำลง บุคคลที่มีความภูมิใจในตนเองสูงจะมองตนว่าเป็นคนที่มีคุณค่ามีความหมายและมีสิ่งที่ดีอยู่ภายใน เมื่อมองแบบนี้ก็จะมีความสงบในจิตใจ พึงพอใจในตนเอง รักตนเอง รู้ว่าตนสามารถทำสิ่งที่ดีมีประโยชน์ได้ ไม่อิจฉาริษยา ไม่รู้สึกด้อยค่า นอกจากนี้เขายังมองว่าตนเองเป็นคนเก่ง มีความสามารถ ดังนั้นเขาจะมีความเชื่อมั่น กล้าคิด กล้าทำ กล้าเผชิญกับปัญหา ถือว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค เมื่อล้มแล้วก็ยังกล้าลุกขึ้นมาสู้ต่อ

ส่วนผู้ที่มีความภูมิใจในตนเองต่ำจะมีลักษณะตรงข้าม คือ รู้สึกว่าตนเป็นคนไร้ค่า ไม่มีความหมาย ไม่มีความสลักสำคัญอะไร ไม่มีอะไรดี ขาดความเชื่อมั่น ท้อถอยง่าย ขาดแรงจูงใจ ไม่มีความสุขในตนเอง หากสูญเสียความภูมิใจในตนเองไปมากก็อาจกลายเป็นคนหวาดระแวง ขี้อิจฉา วิตกกังวล และอาจซึมเศร้าจนถึงขนาดฆ่าตัวตายได้

องค์ประกอบของความภูมิใจในตนเอง[53,54]

Coopersmith แบ่งองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกภูมิใจในตนเองเป็น 2 ประเภท คือ องค์ประกอบภายในตัวบุคคล และองค์ประกอบภายนอกตัวบุคคล

1. องค์ประกอบภายใน

องค์ประกอบภายใน หมายถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคลแต่ละคนที่มีผลทำให้ความภูมิใจในตนเองของบุคคลในแต่ละคนแตกต่างกันไป

1.1 ลักษณะทางกายภาพ (Physical attributes)

ลักษณะทางกายภาพของบุคคล มีความสัมพันธ์กับความภูมิใจในตนเองของบุคคลนั้น ลักษณะทางกายภาพบางลักษณะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีความภูมิใจในตนเองเพิ่มมากขึ้น เช่น ความสวยงาม การมีรูปร่างหน้าตาชวนมอง เป็นต้น ลักษณะทางกายภาพบางลักษณะเอื้ออำนวยให้บุคคลประสบความสำเร็จในกิจกรรมที่บุคคลนั้นให้คุณค่า เช่น ความแข็งแรงและความรวดเร็ว ซึ่งทั้งความแข็งแรงและความรวดเร็วนี้ จะมีผลต่อความภูมิใจในตนเอง โดยเฉพาะในเพศชาย คุณลักษณะดังกล่าวจะมีนัยสำคัญมากกว่าความสวยงามทางกายภาพ ในขณะที่ความงดงามทางกายภาพมีผลต่อความภูมิใจในตนเองในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตาม

ลักษณะทางกายภาพใด ๆ จะมีความสัมพันธ์กับความภูมิใจในตนเองมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับค่านิยมของสังคมนั้น ๆ ด้วยเป็นสำคัญ

1.2 ความสามารถของบุคคลในการดำเนินกิจกรรม (General, capacity and performance)

ความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ถือได้ว่ามีความสัมพันธ์กับการประสบความสำเร็จของบุคคลโดยทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมภายในโรงเรียน ครอบครัว หรือสังคมลักษณะต่าง ๆ ดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความภูมิใจในตนเอง โดยมีระดับสติปัญญาเป็นตัวช่วยสนับสนุนให้กิจกรรมหรือการกระทำนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ซึ่งกิจกรรมทางการเรียนเป็นตัวอย่างที่ทำให้มองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของบุคคลในการดำเนินกิจกรรม หรือสติปัญญากับความภูมิใจในตนเองได้อย่างชัดเจนมาก ถ้าผู้อยู่ในวัยเรียนใช้ความสามารถและสติปัญญาที่มีอยู่อย่างเต็มที่ และประสบความสำเร็จในการเรียน ความภูมิใจในตนเองก็จะเพิ่มค่าขึ้น แต่เมื่อใดก็ตามที่พบกับความล้มเหลว บุคคลจะมีความรู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ไม่สมควรได้รับการยอมรับ เมื่อนั้นความภูมิใจในตนเองก็จะลดลง ดังนั้น จะเห็นได้ว่าสติปัญญาและความสามารถของบุคคลในการดำเนินกิจกรรมมีผลต่อสัมฤทธิ์ทางการเรียนซึ่งจะส่งผลต่อความภูมิใจในตนเองด้วย

1.3 สภาวะอารมณ์ (Affective states)

สภาวะทางอารมณ์เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึง ความพึงพอใจ ความเป็นสุข ความวิตกกังวลและความรู้สึกอื่น ๆ ของบุคคล สภาวะทางอารมณ์ดังกล่าวเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นแล้วส่งผลต่อการประเมินตนเอง บุคคลที่ประเมินตัวเองไปในทางที่ดีจะแสดงความรู้สึกพึงพอใจต่อสภาพอารมณ์ทางด้านบวกออกมา ความภูมิใจในตนเองก็จะเพิ่มขึ้น ในขณะที่บุคคลใดประเมินตนเองไปในทางที่ไม่ดี ก็จะไม่มีความพอใจในสภาวะปัจจุบันของตน และมองตนเองว่าไม่สามารถประสบความสำเร็จได้ในอนาคต ความภูมิใจในตนเองก็จะลดต่ำลง ดังนั้น จะเห็นได้ว่าสภาวะทางอารมณ์มีอิทธิพลต่อความภูมิใจในตนเองด้วยเช่นกัน

1.4 ค่านิยมส่วนบุคคล (Self-value)

บุคคลจะประเมินตนเองจากสิ่งที่ตนให้คุณค่า และความสำคัญโดยสอดคล้องกับอุดมคติและค่านิยมของสังคม ซึ่งจะให้ความสำคัญแตกต่างกันออกไปในด้านต่าง ๆ เช่น บุคคลที่ให้ความสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา แต่กลับล้มเหลว ก็จะประเมินความภูมิใจในตนเองต่ำ ดังนั้น ถ้าบุคคลไม่มีการเลือกมาตราฐานที่ให้ค่านิยมแก่สิ่งหนึ่งสิ่งใด ไม่คำนึงถึงความคาดหวังของ

สังคมรอบข้าง ก็จะเกิดความเชื่อในความดี ความสามารถของตนและประพฤติ ปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ อย่างไม่ถูกกดดันจนเกินไปนัก

1.5 ระดับความมุ่งหวัง (Aspiration)

การตัดสินคุณค่าของบุคคลส่วนหนึ่งเกิดจากการประเมินผลการปฏิบัติ และความสามารถของตนกับมาตราฐานความสำเร็จที่ตั้งไว้ ซึ่งความมุ่งหวังของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน หากบุคคลมีความมุ่งหวังสูงเกินความสามารถของตนเอง หรือคาดหวังจนเกินความเป็นจริง โอกาสที่จะประสบความสำเร็จก็จะลดน้อยลง ทำให้เกิดความภูมิใจในตนเองต่ำลงได้ แต่หากบุคคลมีความสามารถ มีการกระทำหรือความนึกคิดเป็นไปตามที่ตนปรารถนา หรือดีกว่าที่มุ่งหวังไว้ ก็จะมีความภูมิใจในตนเองต่ำลง

1.6 เพศ (Sex)

สังคมและวัฒนธรรมส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับเพศชายมากกว่าเพศหญิง การประสบความสำเร็จของเพศชายมักจะถูกมองว่าเกิดจากความสามารถ ในขณะที่ความสำเร็จของเพศหญิงกลับถูกมองว่ามาจากความพยายามหรือความโชคดี ดังนั้น โดยส่วนใหญ่เราจะพบว่า เพศหญิงมีความภูมิใจในตนเองต่ำกว่าเพศชาย แต่ระดับของความภูมิใจในตนเองนั้นก็ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมในสังคมนั้น ๆ ด้วย

1.7 ปัญหาต่าง ๆ และโรคภัยไข้เจ็บ (Illness)

ในด้านนี้เป็นด้านของปัญหาทางด้านสุขภาพจิตทั่วไป อาการทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจและการกระทำอันเป็นการทำลาย ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับความภูมิใจในตนเอง คือ บุคคลที่มีปัญหาดังกล่าวสูง มักจะมีความภูมิใจในตนเองต่ำ นอกจากนั้น บุคคลที่มีความภูมิใจในตนเองต่ำยังมีความวิตกกังวลสูง ความสามารถในการทำความรู้จักใกล้ชิดกับบุคคลอื่น และมีการแสดงออกอย่างเหมาะสม น้อยกว่าบุคคลที่มีความภูมิใจในตนเองสูงอีกด้วย

2. องค์ประกอบภายนอก

องค์ประกอบภายนอก หมายถึง สภาพแวดล้อมภายนอกที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดความภูมิใจในตนเองที่แตกต่างกันออกไป สภาพแวดล้อมดังกล่าว ประกอบด้วย

2.1 ความสัมพันธ์กับบิดา มารดา

ครอบครัวเป็นสภาพแวดล้อมที่สำคัญที่ทำให้บุคคลมีความภูมิใจในตนเองสูง ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ที่บุคคลเคยได้รับในวัยเด็ก หรือการประสบความสำเร็จในชีวิตตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับคำชมเชย หรือคำยกย่องจากบิดามารดา ผู้ปกครอง ซึ่งทำให้บุคคล

ตระหนักถึงความสามารถ และคุณค่าที่ตนเองมีอยู่ และเกิดความภูมิใจในตนเองขึ้น ซึ่งมีปัจจัยที่ส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบิดามารดา หรือผู้ปกครอง และเด็ก มีดังนี้

1. การที่บิดามารดายอมรับความคิด ความรู้สึก สิทธิ และความมีคุณค่าของเด็กที่มีอยู่ และเป็นอยู่

2. การที่บิดามารดากำหนดขอบเขต กฎระเบียบของการกระทำที่ชัดเจน และดูแลให้เด็กกระทำตาม

3. การที่บิดามารดาให้ความนับถือ ให้ความเป็นอิสระแก่เด็กภายในขอบเขตอันสมควร ให้เขาได้มีโอกาสแสดงออกถึงความสามารถ และความรับผิดชอบโดยเน้นการให้รางวัลมากกว่าการลงโทษทำให้เด็กเกิดความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย

สภาพแวดล้อมภายนอกในส่วนที่เป็นความสัมพันธ์กับบิดามารดา ควรเป็นการผสมผสานที่พอเหมาะระหว่างความคาดหวังของบิดามารดาที่มีในตัวเด็ก การให้การศึกษา การให้คำแนะนำเบื้องต้นในการทำงานและปฏิกิริยาตอบสนองในทางบวกต่อความสำเร็จ และความล้มเหลวทางการเรียนของเด็กด้วย

2.2 โรงเรียนและการศึกษา

ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เด็กได้รับจากโรงเรียนนั้น จะช่วยส่งเสริมความภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้นจากการที่เด็กได้รับจากครอบครัว บิดามารดา เพราะโรงเรียนมีหน้าที่ช่วยอบรมให้เด็กนักเรียนมีความรู้ ความสามารถ มีความเชื่อมั่น มีทักษะ และมีความภูมิใจในตนเอง โดยการที่ครูเปิดโอกาสให้เด็กได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเป็นอิสระ แต่ต้องไม่ขัดกับกฎระเบียบที่วางไว้ให้ความช่วยเหลือแก่เด็กในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้เด็กมีความมั่นใจในตนเอง สามารถพึ่งพาตนเองได้ เท่ากับเป็นการพัฒนาความภูมิใจในตนเองของเด็กนักเรียน

2.3 สถานภาพทางสังคม

สถานภาพทางสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงสถานภาพของบุคคลในสังคม โดยการพิจารณาจากลักษณะอาชีพ ตำแหน่งการงาน บทบาททางสังคม รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ และถิ่นที่อยู่อาศัย บุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมในระดับสูง จะได้รับการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความภูมิใจในตนเองมีคุณค่ามากกว่าบุคคลอื่น ๆ ดังนั้น บุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมในระดับสูง จึงมีความภูมิใจในตนเองสูงกว่าบุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมในระดับปานกลางหรือระดับต่ำ

2.4 กลุ่มเพื่อน

สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนวัยเดียวกัน มีอิทธิพลต่อความภูมิใจในตนเอง การยอมรับของกลุ่มเพื่อนจะเป็นส่วนช่วยส่งเสริมความภูมิใจในตนเองของเด็ก เด็กที่เป็นที่ชื่นชมของเพื่อนไม่เพียงแต่จะมีความภูมิใจในตนเองสูงกว่าเด็กทั่วไปแล้ว ยังมีการรับรู้ทางบวกในด้านสังคม ร่างกาย และความสำเร็จในการศึกษาของตนเอง ส่วนเด็กที่ถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อน และมีการแยกตัวจากสังคม มักจะเป็นเด็กขี้อาย ซึมเศร้า และมีความภูมิใจในตนเองต่ำ

ในวัยรุ่นที่มีความภูมิใจในตนเองต่ำ อาจจะมีการค้นหาวิธีที่จะเพิ่มความภูมิใจในตนเอง โดยการรวมกลุ่มกับเพื่อนที่เหมือน ๆ กัน และมีการประพฤติปฏิบัติที่ต่อต้านสังคม กระทำผิดกฎหมาย เพื่อได้รับการยอมรับนับถือจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งเป็นการทำให้เด็กรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้น

ลักษณะของบุคคลที่มีความภูมิใจในตนเอง

1. บุคคลที่มีความภูมิใจในตนเองสูง จะมีการรับรู้ตนและศักยภาพของตนเองตามความเป็นจริง มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเอง มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม กล้าพูด กล้าทำในสิ่งที่ตนเองตั้งใจ และกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยความกระตือรือร้น นอกจากนี้ ยังเป็นคนมีความคิดสร้างสรรค์ มองโลกในแง่ดี จริงใจ และไว้ใจผู้อื่น มีความเอาใจใส่ และสามารถรับรู้ความรู้สึกของบุคคลอื่นได้อย่างละเอียดอ่อน

2. บุคคลที่มีความภูมิใจในตนเองต่ำ จะเป็นคนที่รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ จึงมักจะหลีกเลี่ยงการทำในสิ่งต่าง ๆ ที่แปลกใหม่ มักจะพึ่งพาผู้อื่น หลีกเลี่ยงการแก้ไขปัญหา ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มักจะทำตามผู้อื่น มีการหลีกเลี่ยงการพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น และหวั่นไหวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ได้ง่าย บุคคลที่มีความภูมิใจในตนเองต่ำมักจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่เสมอ ๆ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความภูมิใจในตนเอง

มานิดา กริยาผล (2524) [55] ศึกษาผลของกลุ่มสัมผัสใจที่มีต่ออัตมโนทัศน์ของนักเรียนที่มีความพิการทางกายในโรงเรียนศรีสังวาลย์ ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-2 จำนวน 16 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 8 คน โดยมีการเข้าร่วมกลุ่มทั้งหมดเป็น

เวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีคะแนนอัตมโนทัศน์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชยาพร ลี้ประเสริฐ (2535) [56] ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 16 คน โดยใช้เวลาพบกันทั้งสิ้น 8 ครั้ง ๆ ละ 1ชั่วโมงครึ่ง ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่เข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมการปรึกษา และนักเรียนที่เข้าร่วมการปรึกษานี้มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่านักเรียนที่ไม่ได้เข้าร่วมการปรึกษา

อรชุมา พุ่มสวัสดิ์ (2538)[57] ได้ศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูกในรูปแบบที่แตกต่างกันตามการรับรู้ของตนเอง กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 150 คน ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่รับรู้ว่าตนเองได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย จะมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าวัยรุ่นที่รับรู้ว่าตนเองได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบอัตตาธิปไตย รักตามใจ และปล่อยปละละเลย ส่วนวัยรุ่นชายมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างจากวัยรุ่นหญิงในทุกรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study)

ลักษณะของประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา ในโรงเรียนที่สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

ประชากรตัวอย่าง คือ นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 และไม่มีความพิการซ้ำซ้อน ในกรุงเทพมหานคร ที่มีการเรียนการสอนโดยภาษามือ ซึ่งมี 2 โรงเรียน คือ โรงเรียนเศรษฐเสถียร เขตดุสิต และโรงเรียนโสตศึกษาทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 และไม่มีความพิการซ้ำซ้อน ในกรุงเทพมหานคร ที่มีการเรียนการสอนโดยภาษามือ ซึ่งมี 2 โรงเรียน คือ โรงเรียนเศรษฐเสถียร เขตดุสิต และโรงเรียนโสตศึกษาทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร ปีการศึกษา 2545

วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size)

โดยใช้สูตร $$n = \frac{Z^2 PQ}{d^2}$$

โดยที่ n = จำนวนตัวอย่าง

Z^2 = 1.96 (ระดับความเชื่อมั่นในการสรุปผลเท่ากับ 95%)

P = อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ซึ่ง Watt & Davis (1991)[4] ได้ทำการศึกษาไว้ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50 = 0.5

Q = 1 - P = 1 – 0.5 = 0.5

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่สามารถยอมรับได้ 10% = 0.1

แทนค่าในสูตร $$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.1)^2}$$

= 96 คน

จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 96 คน แต่เนื่องจากในกรุงเทพมหานครมีโรงเรียนสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่มีการเรียนการสอนโดยใช้ภาษามือเพียง 2 โรงเรียน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนทั้งหมดรวม 2 โรงเรียน โดยไม่มีการสุ่ม ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ซึ่งนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 ปีการศึกษา 2545 ของทั้ง 2 โรงเรียนรวมแล้วมีจำนวนทั้งสิ้น 230 คน ดังแสดงในตาราง 3.1

ตารางที่ 3.1 ตารางแสดงจำนวนนักเรียนชั้นม.1 - 6 โรงเรียนเศรษฐเสถียรและโรงเรียนโสตศึกษาทุ่งมหาเมฆ ปีการศึกษา 2545

ระดับชั้น / โรงเรียน	ม. 1	ม.2	ม.3	ม.4	ม.5	ม.6	รวม
โรงเรียนเศษรฐเสถียร							
- นักเรียนชาย	5	5	7	8	12	5	42
- นักเรียนหญิง	7	6	9	17	13	12	64
นักเรียนรวม	***12***	***11***	***16***	***25***	***25***	***17***	***106***
โรงเรียนโสตศึกษาทุ่งมหาเมฆ							
- นักเรียนชาย	18	5	14	7	14	17	75
- นักเรียนหญิง	6	7	10	12	7	7	49
นักเรียนรวม	***24***	***12***	***24***	***19***	***21***	***24***	***124***
รวม	36	23	40	44	46	41	230

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยที่มีการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ดังนั้น จึงไม่มีการสุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีการรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้วมีจำนวนทั้งสิ้น 207 คน คิดเป็นร้อยละ 90 จากจำนวนนักเรียนทั้งหมด ซึ่งในจำนวนร้อยละ 10 ที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้เนื่องจากการติดตามนักเรียนที่มีการขาดหรือลาในช่วงระยะเวลาที่มีการเก็บข้อมูลเป็นช่วงที่นักเรียนใกล้สอบปิดภาคเรียน จึงทำให้ไม่สามารถติดตามนักเรียนที่ทำการเก็บข้อมูลได้ และมีนักเรียน 1 คน (คิดเป็นร้อยละ 0.43) ที่มีความพิการซ้ำซ้อน คือ พิการทางด้านสติปัญญาร่วมด้วยดังนั้นจึงไม่สามารถเก็บข้อมูลได้

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ 2546

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามทั้งหมด 4 ชุดด้วยกัน ซึ่งทั้งหมดเป็นลักษณะการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน เนื่องจากนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีข้อจำกัดในการอ่านข้อคำถาม ดังนั้น ข้อคำถามแต่ละข้อคำถามจะมีการถามโดยมีอาจารย์นันทนา ลัมเทียนเป็นล่ามภาษามือ ซึ่งแปลจากภาษาเขียนเป็นภาษามือ และนักเรียนเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งประกอบไปด้วยแบบสอบถาม ดังนี้

1.แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย

- ปัจจัยด้านตัวเด็ก มีดังนี้ เพศ, อายุ, ผลการเรียน,งานอดิเรก, โรคทางกาย, สถานภาพนักเรียน, ระดับชั้นเรียน
- ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม มีดังนี้ สถานภาพสมรสของบิดามารดา, รายได้ของบิดามารดา, ระดับการศึกษาของบิดามารดา, ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย, ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว, ประวัติติดสุรา ยาเสพติดของบิดามารดา

2. แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression scale) ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดยนักวิจัยแห่ง Center for Epidemiologic Studies ที่ National Institute of Mental Health ประเทศสหรัฐอเมริกา Schoenbach et al. (1983) อ้างจาก วรพร อินทบุหรั่น (2533)[24] ได้นำ CES-D ไปใช้ในวัยรุ่นอายุ 12-15 ปี มีค่า item-scale correlation มากกว่า 0.5 และ inter-item correlation ได้ค่า α- coefficient เท่ากับ 0.85 ส่วนในประเทศไทยอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540)[28] ได้แปลเป็นภาษาไทยและศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นชาย 125 คน อายุ 15-18 ปี และหาค่าความเที่ยงโดย Cronbach's coefficient alpha มีค่าเท่ากับ 0.86 และมีคะแนนที่ 22 เป็นจุดตัดที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า ซึ่งงานวิจัยนี้ได้เลือกใช้จุดตัดคะแนนที่ 22 เพราะเป็นจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมกับการใช้กับคนไทย เนื่องจากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในต่างประเทศที่ใช้จุดตัดที่ 16 จะพบความชุกอยู่ในระหว่างร้อยละ 13.7-19.1 เท่านั้น[26] ส่วนในคนไทยจะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 60 นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Roberts และคณะ ได้ศึกษาวัยรุ่นในอเมริกันระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 พบว่า จุดตัดในวัยรุ่นจะสูงกว่า 16

นั่นคือ จุดตัดคะแนนที่ 24 คะแนน[28] ตัวเลือกเกี่ยวกับความรุนแรงหรือความถี่ของอาการมี 4 ระดับ จะเป็นลักษณะคำตอบในข้อความเชิงลบ คือ

ไม่เลย ได้คะแนน 0 คะแนน
บางครั้ง ได้คะแนน 1 คะแนน
บ่อย ๆ ได้คะแนน 2 คะแนน
ตลอดเวลา ได้คะแนน 3 คะแนน

ส่วนข้อความในเชิงบวกมี 4 ข้อความ ได้แก่ข้อ 4,8,12,16 การให้คะแนนจะเป็นในลักษณะตรงกันข้ามคือ 3,2,1,0 ตามลำดับ ดังนั้น คะแนนรวมทั้งหมดจึงมีได้ตั้งแต่ 0-60 คะแนน และถ้าผู้ทำการทดสอบได้คะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนแสดงถึงบุคคลนั้นมีภาวะซึมเศร้า

3.แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม PRQ Part II (The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II) ของ Brandt and Weinert ที่อาศัยแนวความคิดของ Weiss จำนวน 25 ข้อ ซึ่งแปลโดย รักชนก คชไกร (2541) [40] ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้นำไปใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 30 คน มีค่า α- coefficient เท่ากับ 0.87 ซึ่งแบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบคือ

- การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6,8,9,16
- การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ (Assistance and guidance) 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4,14,15,22,25
- การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity for nurturance) 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7,12,17,21,24
- การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Self-worth) 5 ข้อ ได้แก่ 2,3,5,13,23
- ความผูกพันธ์ใกล้ชิด (Intimacy) 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,10,11,19,20

ในการตอบคำถาม ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อ 1,2,3,5,6,8,9,11,12,13,14,15,17,18,19,20,21,22,23,25 เป็นคำถามในเชิงบวก มีเกณฑ์ดังนี้

ไม่จริงเลย 0 คะแนน
จริงเล็กน้อย 1 คะแนน
จริงปานกลาง 2 คะแนน

จริงส่วนมาก 3 คะแนน

จริงมากที่สุด 4 คะแนน

ข้อ 4,7,10,16,24 เป็นข้อคำถามในเชิงลบ มีเกณฑ์ดังนี้

ไม่จริงเลย 4 คะแนน

จริงเล็กน้อย 3 คะแนน

จริงปานกลาง 2 คะแนน

จริงส่วนมาก 1 คะแนน

จริงมากที่สุด 0 คะแนน

คะแนนรวมจากคำถามทั้ง 25 ข้อ จะอยู่ระหว่าง 0 - 100 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามคะแนนรวมของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับตามกลุ่ม ดังนี้

1) ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ หมายถึง ผู้ที่มีคะแนนของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดลบกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($< \overline{X} - 1SD$)

2) ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับกลาง หมายถึง ผู้ที่มีคะแนนของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดลบกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\overline{X} \pm 1SD$)

3) ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง หมายถึง ผู้ที่มีคะแนนของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดบวกกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($> \overline{X} + 1SD$)

ในการพิจารณาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละองค์ประกอบซึ่งมีจำนวนข้อและการให้คะแนนเท่ากับจะพิจารณาจากคะแนนรวมของแต่ละองค์ประกอบ

4. แบบสอบถามความรู้สึกภูมิใจในตนเอง CSEI (The Coopersmith Self-Esteem Inventory:Adult form) ของ Coopersmith ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ชวนพิศ สันติโรจน์ประไพ (2534)[58] เป็นผู้แปลและปรับปรุงแบบสอบถามและนำไปทดลองใช้กับนักเรียนนักศึกษาครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 100 คน มีค่าคงที่ภายใน (internal consistency) โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 ได้ค่าความเที่ยง 0.78 ลักษณะของข้อคำถามจะให้ผู้ตอบอ่านแต่ละข้อแล้วพิจารณาข้อความนั้น ๆ ว่า “เหมือน” หรือ “ไม่เหมือน” ตนเอง หากเหมือนตนเองให้ตอบว่า “ใช่” หากไม่เหมือนให้ตอบว่า “ไม่ใช่” โดยทำเครื่องหมายในข้อความดังกล่าว และมีการตรวจให้คะแนนโดยแบ่งเป็นข้อความทางด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความด้านบวก ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน ได้แก่ ข้อ 1,4,5,8,9,14,19,20

ข้อความด้านลบ ถ้าตอบว่า“ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ได้แก่ ข้อ 2,3,6,7,10,11,12,13,15,16, 17,18,21,22, 23,24,25

ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดลองใช้แบบสอบถามทั้ง 3 ชุด คือ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า, แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความภูมิใจในตนเองกับนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในโรงเรียนเศรษฐเสถียรและโรงเรียนโสตศึกษาทุ่งมหาเมฆจำนวน 30 คน โดยมีค่า reliability ซึ่งใช้ Cronbach’s coefficient alpha มีค่า ดังนี้

1. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า มีค่าเท่ากับ	0.81
2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าเท่ากับ	0.65
3. แบบสอบถามความภูมิใจในตนเอง มีค่าเท่ากับ	0.69

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2546 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1) นำหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เพื่อเสนอเรื่องในการขออนุญาตในการเก็บข้อมูล

2) ทำการประสานงาน และขอความร่วมมือกับทางโรงเรียนเศรษฐเสถียร เขตดุสิต และโรงเรียนโสตศึกษาทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย

3) ทำการเก็บรวมรวมข้อมูลจากนักเรียนที่มีความบกพร่องในการได้ยิน ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 ในชั้นเรียน แต่ละระดับชั้นเรียน โดยมีอาจารย์นันทนา ลำเทียนเป็นล่ามภาษามือและทำความเข้าใจในแบบสอบถามกับผู้วิจัยก่อนแล้ว และให้นักเรียนตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด

4) เก็บรวมรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูล

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) คือ chi - square test เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนภาวะซึมเศร้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับมัธยมศึกษาสังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้แจกและรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเอง ประชากรทั้งหมด 230 คน เก็บรวบรวมได้ 207 คน คิดเป็นร้อยละ 90 จากนักเรียนทั้งหมด

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปของตารางประกอบคำบรรยายโดยแบ่งเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

ตอนที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านตัวเด็ก ครอบครัว และสังคมในนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1

จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล

ปัจจัยด้านตัวเด็กนักเรียน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ (n = 207)		
ชาย	102	49.3
หญิง	105	50.7
อายุ (n = 207)		
13 – 15 ปี	33	15.9
16 – 19 ปี	144	65.6
20 – 24 ปี	30	14.5
$\overline{X}$ = 17.53 ,SD = 2.24		
ระดับการสูญเสียการได้ยิน (n = 207)		
หูตึงมากถึงรุนแรง	27	13
หูหนวก	150	72.5
ไม่ทราบ	30	14.5
ระดับชั้นเรียน (n = 207)		
มัธยมศึกษาปีที่ 1	31	15
มัธยมศึกษาปีที่ 2	22	10.6
มัธยมศึกษาปีที่ 3	39	18.8
มัธยมศึกษาปีที่ 4	39	18.8
มัธยมศึกษาปีที่ 5	40	19.3
มัธยมศึกษาปีที่ 6	36	17.4

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.1(ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล

ปัจจัยด้านตัวเด็กนักเรียน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ผลการเรียน (n = 207)		
< 2.00	47	22.7
2.01-3.00	113	54.6
3.01-4.00	47	22.7
สถานภาพนักเรียน (n = 207)		
นักเรียนประจำ	55	26.6
นักเรียนไป-กลับ	152	73.4
งานอดิเรก (n = 207)		
ไม่มี	58	28
มี	149	72
โรคทางกาย (n = 207)		
ไม่มี	183	88.4
มี	24	11.6
กระเพาะอาหารอักเสบ	5	20.8
ภูมิแพ้	3	12.5
เลือด	1	4.2
ไทรอยด์/คอพอก	1	4.2
ลำไส้อักเสบ	1	4.2
อื่น ๆ	5	20.8
ไม่ระบุ	8	33.3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 4.1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็นเพศชาย และหญิงจำนวนใกล้เคียงกัน โดย เป็นเพศชายร้อยละ 49.3 และเพศหญิง ร้อยละ 50.7 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 16 – 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.6 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 17.53 ± 2.24 โดยระดับการสูญเสียการได้ยินส่วนใหญ่อยู่ในระดับหูหนวก คิดเป็นร้อยละ 72.5 รองลงมาคือ หูตึงมากถึงรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 13 ระดับชั้นเรียน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 19.3 รองลงมาคือระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และ 4 คิดเป็นร้อยละ 18.8 เท่ากัน ผลการเรียนส่วนใหญ่ มีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.01-3.00 คิดเป็นร้อยละ 54.6 สถานภาพนักเรียนส่วนใหญ่เป็นนักเรียนแบบไป-กลับ คิดเป็นร้อยละ 73.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีงานอดิเรกทำ คิดเป็นร้อยละ 72 และมีโรคทางกายคิดเป็นร้อยละ 11.6 ส่วนใหญ่โรคทางกายที่พบส่วนใหญ่คือ กระเพาะอาหารอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 20.8 รองลงมาคือ ภูมิแพ้ คิดเป็นร้อยละ 12.5 จากนักเรียนที่มีโรคทางกายทั้งหมด 24 คน แต่ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคทางกายร่วมด้วยคิดเป็นร้อยละ 88.4

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวน ร้อยละของปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม

ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรสของบิดามารดา (n = 207)		
อยู่ด้วยกัน	135	65.2
แยกกันอยู่	34	16.4
หย่าร้าง	19	9.2
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	19	9.2
รายได้ของครอบครัว (n = 207)		
< 5,000 บาท	67	32.4
5,001-10,000 บาท	81	39.1
>10,001 บาท	57	27.5
ไม่ทราบ	2	1
ระดับการศึกษาของบิดา (n = 207)		
ไม่ได้ศึกษา	15	7.2
ประถมศึกษา	67	32.4
มัธยมศึกษาขึ้นไป	98	47.4
ไม่ทราบ	27	13
ระดับการศึกษาของมารดา (n = 207)		
ไม่ได้ศึกษา	16	7.7
ประถมศึกษา	86	41.6
มัธยมศึกษาขึ้นไป	77	37.2
ไม่ทราบ	28	13.5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.2(ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละของปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม

ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง (n = 207)		
ไม่ได้ศึกษา	1	0.5
ประถมศึกษา	4	1.9
มัธยมศึกษาขึ้นไป	38	18.4
ไม่ทราบ-ไม่มี	164	79.2
ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย (n = 207)		
บิดาและมารดา	84	40.6
บิดาหรือมารดาคนเดียว	34	16.4
ญาติ	12	5.8
บิดามารดาและญาติอื่นๆ	51	24.6
บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	26	12.6
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (n = 207)		
ดีตลอด	118	57
ดีบ้างไม่ดีบ้าง	78	37.7
ไม่ดี	11	5.3
ประวัติติดสุรายาเสพติดของบิดามารดา (n = 207)		
ไม่มี	169	81.6
มี	38	18.4

จากตารางที่ 4.2 แสดงลักษณะทางปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ สถานภาพสมรสของบิดามารดาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 65.3 และรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001 -10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมาคือ กลุ่มที่บิดามารดามีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.4 โดยระดับการศึกษาของบิดาส่วนใหญ่อยู่ในระดับตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 47.4 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 32.4 ส่วนระดับการศึกษาของมารดานั้น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 41.6 รองลงมาคือระดับตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 37.2 และระดับการศึกษาของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 18.4 ปัจจุบันส่วนใหญ่เด็กนักเรียนจะอาศัยอยู่กับ บิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 40.6 รองลงมาคืออาศัยอยู่กับบิดามารดาและญาติอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 24.6 ส่วนใหญ่เด็กตอบว่ามีความสัมพันธ์อันดีกับครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 57 รองลงมาคือเด็กตอบว่าความสัมพันธ์ดีบ้างไม่ดีบ้างคิดเป็นร้อยละ 37.7 และส่วนใหญ่บอกว่าบิดามารดาไม่มีประวัติการใช้สุรา และสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 81.6

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความภูมิใจในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความภูมิใจในตนเอง (n = 207)		
ระดับต่ำ (0 – 9 คะแนน)	20	9.7
ระดับกลาง (10 - 16 คะแนน)	161	77.7
ระดับสูง (17 – 25 คะแนน)	26	12.6
$\bar{X}$ = 13.23, SD = 2.96		
การสนับสนุนทางสังคม (n = 207)		
ระดับต่ำ (0 – 48 คะแนน)	32	15.5
ระดับกลาง (49 – 68 คะแนน)	140	67.6
ระดับสูง (69 – 100 คะแนน)	35	16.9
$\bar{X}$ = 58.25, SD = 9.4		

จากตารางที่ 4.3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความภูมิใจในตนเองอยู่ในระดับกลางเป็นส่วนใหญ่ โดยมีจำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 77.7 รองลงมาคือมีความภูมิใจในตนเองอยู่ระดับสูงมีจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 และมีความภูมิใจในตนเองอยู่ระดับต่ำน้อยที่สุดมีจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 โดยคะแนนความภูมิใจในตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 13.23 ± 2.96 คะแนน ส่วนการสนับสนุนทางสังคมนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับกลางเป็นส่วนใหญ่ โดยมีจำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 67.6 รองลงมาคือได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับสูงมีจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 16.9 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับต่ำน้อยที่สุดมีจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 15.5 โดยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 58.25 ± 9.4 คะแนน

ตอนที่ 2

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

ตารางที่ 4.4 แสดงความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน เป็นจำนวน และร้อยละ รวมถึงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้า

นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน (n = 207)	**จำนวน(คน)**	**ร้อยละ**
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 21 คะแนน)	118	57
มีภาวะซึมเศร้า (22 – 60 คะแนน)	89	43
$\bar{X}$ = 21.00, SD = 6.43		

จากตารางที่ 4.4 พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการ ได้ยินมีค่าร้อยละ 43 คน ต่อประชากรนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน 100 คน ณ จุดเวลาที่กำหนด (Point prevalence rate) โดยพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 21 ± 6.43 คะแนน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3

แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านตัวเด็ก ครอบครัว และสังคมในนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 4.5 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านตัวเด็กนักเรียนในนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านตัวเด็กนักเรียน	มีภาวะซึมเศร้า (n = 89)		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 118)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ (n = 207)						
ชาย	48	53.9	54	45.8	1.35	0.24
หญิง	41	46.1	64	54.2		
อายุ (n = 207)						
13 – 15 ปี	13	14.6	20	17.0	0.79	0.67
16 – 19 ปี	61	68.5	83	70.3		
20 – 24 ปี	15	16.9	15	12.7		
ระดับการสูญเสียการได้ยิน (n = 207)						
หูตึงมากถึงรุนแรง	11	12.4	16	13.6	0.06	0.80
หูหนวก	65	73	85	72		
ไม่ทราบ	13	14.6	17	14.4		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.5(ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านตัวเด็กนักเรียนในนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านตัวเด็กนักเรียน	มีภาวะซึมเศร้า (n = 89)		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 118)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับชั้นเรียน (n = 207)						
มัธยมศึกษาปีที่ 1	14	15.7	17	14.4	7.80	0.17
มัธยมศึกษาปีที่ 2	8	9.0	14	12.0		
มัธยมศึกษาปีที่ 3	24	27.0	15	12.7		
มัธยมศึกษาปีที่ 4	13	14.6	26	22.0		
มัธยมศึกษาปีที่ 5	16	18.0	24	20.3		
มัธยมศึกษาปีที่ 6	14	15.7	22	18.6		
ผลการเรียน (n = 207)						
< 2.00	23	25.8	24	20.3	1.71	0.42
2.01-3.00	44	49.4	69	58.5		
3.01-4.00	22	24.7	25	21.2		
สถานภาพนักเรียน (n = 207)						
นักเรียนประจำ	25	28.1	30	25.4	0.18	0.67
นักเรียนไป-กลับ	64	71.9	88	74.6		
งานอดิเรก (n = 207)						
ไม่มี	28	31.5	30	25.4	0.91	0.34
มี	61	68.5	88	74.6		
โรคทางกาย (n = 207)						
ไม่มี	78	87.6	105	89.0	0.09	0.76
มี	11	12.4	13	11.0		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 4.5 พบว่านักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่มีภาวะซึมเศร้า เป็น นักเรียนชายจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 53.9 ใกล้เคียงกับนักเรียนหญิง ที่มีจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 46.1 และส่วนใหญ่นักเรียนมีอายุ 16 - 19 ปี จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 68.5 และส่วนใหญ่มีการสูญเสียการได้ยินในระดับหูหนวก จำนวน 65 คิดเป็นร้อยละ 73.0 ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 24 คิดเป็นร้อยละ 27.0 และผลการเรียน อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 44 คิดเป็นร้อยละ 49.4 นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นนักเรียนแบบไปกลับจำนวน 64 คิดเป็นร้อยละ 71.9 โดยนักเรียนส่วนใหญ่มีงานอดิเรกทำจำนวน 61 คิดเป็นร้อยละ 68.5 และไม่ได้มีโรคทางกายอื่น ๆ ร่วมด้วยจำนวน 78 คิดเป็นร้อยละ 87.6

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านตัวเด็กนักเรียนกับการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติ chi-square พบว่า ปัจจัยด้านตัวเด็กนักเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.6 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านครอบครัว และสังคมในนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม	มีภาวะซึมเศร้า (n = 89)		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 118)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพสมรสของบิดามารดา (n = 207)						
อยู่ด้วยกัน	55	61.8	80	67.8	3.36	0.50
แยกกันอยู่	15	16.9	19	16.1		
หย่าร้าง	10	11.2	9	7.6		
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	9	10.1	10	8.5		
รายได้ของครอบครัว (n = 207)						
< 5,000 บาท	33	37.1	34	28.8	4.16	0.12
5,001-10,000 บาท	36	40.4	45	38.1		
>10,001 บาท	18	20.3	39	33.1		
ไม่ทราบ	2	2.2	-	-		
ระดับการศึกษาของบิดา (n=207)						
ไม่ได้ศึกษา	10	11.3	5	4.2	4.21	0.12
ประถมศึกษา	30	33.7	37	31.4		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	38	42.6	60	50.8		
ไม่ทราบ	11	12.4	16	13.6		

ตารางที่4.6(ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมในนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม	มีภาวะซึมเศร้า (n = 89)		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 118)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษาของมารดา (n = 207)						
ไม่ได้ศึกษา	12	13.5	4	3.4	7.39	0.02*
ประถมศึกษา	33	37.1	53	44.9		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	33	37.1	44	37.2		
ไม่ทราบ	11	12.3	17	14.4		
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง (n = 207)						
ไม่ได้ศึกษา	-	-	1	0.8	3.69	0.16
ประถมศึกษา	-	-	4	3.4		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	17	19.1	21	17.8		
ไม่ทราบ-ไม่มี	72	80.9	92	78.0		
ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย (n = 207)						
บิดาและมารดา	38	42.7	46	39.0	1.78	0.78
บิดาหรือมารดาคนเดียว	15	16.8	19	16.1		
ญาติ	3	3.4	9	7.6		
บิดามารดาและญาติอื่นๆ	22	24.7	29	24.6		
บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	11	12.4	15	12.7		

*P < 0.05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่4.6(ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านครอบครัว และสังคมในนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม	มีภาวะซึมเศร้า (n = 89)		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 118)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (n = 207)						
ดีตลอด	47	52.8	71	60.2	1.40	0.50
ดีบ้างไม่ดีบ้าง	36	40.4	42	35.2		
ไม่ดี	6	6.8	5	4.2		
ประวัติติดสุรายาเสพติดของบิดามารดา (n = 207)						
ไม่มี	74	83.1	95	80.5	0.23	0.63
มี	15	16.9	23	19.5		

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ครอบครัวและสังคมนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสของบิดามารดาแบบอยู่ด้วยกันจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 61.8 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 40.4 โดยระดับการศึกษาของบิดาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 42.6 และระดับการศึกษาของมารดาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1 เท่ากัน ซึ่งส่วนใหญ่นักเรียนอาศัยอยู่กับบิดามารดาจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 42.7 และมีความสัมพันธ์ในครอบครัวดีตลอดจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8 ส่วนใหญ่บิดามารดาไม่มีประวัติติดสุรา ยาเสพติดจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 83.1

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติ chi-square พบว่า ปัจจัยการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่4.7 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยความภูมิใจในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมในนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยที่ศึกษา	มีภาวะซึมเศร้า (n = 89)		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 118)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความภูมิใจในตนเอง (n = 207)						
ระดับต่ำ (0 – 9 คะแนน)	14	15.7	6	5.1	8.73	0.01*
ระดับกลาง (10 - 16 คะแนน)	68	76.4	93	78.8		
ระดับสูง (17 - 25 คะแนน)	7	7.9	19	16.1		
$\overline{X}$ = 13.23, SD = 2.96						
การสนับสนุนทางสังคม (n = 207)						
ระดับต่ำ (0 - 48 คะแนน)	14	15.7	18	15.3	0.60	0.74
ระดับกลาง (49 - 68 คะแนน)	62	69.7	78	66.1		
ระดับสูง (69 - 100 คะแนน)	13	14.6	22	18.6		
$\overline{X}$ = 58.25, SD = 9.4						

*P < 0.05

จากตารางที่ 4.7 พบว่านักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่มีภาวะซึมเศร้า มีความภูมิใจในตนเองอยู่ในระดับกลางเป็นส่วนใหญ่ โดยมีจำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 76.4 โดยคะแนนความภูมิใจในตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 12.54 ± 2.87 คะแนน ส่วนการสนับสนุนทางสังคมนั้นพบว่านักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่มีภาวะซึมเศร้า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับกลางเป็นส่วนใหญ่ โดยมีจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 69.7 โดยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 57.52 ± 8.79 คะแนน

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความภูมิใจในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติ chi-square พบว่า ความภูมิใจในตนเองมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งต้องการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

เพศ มีเพศชายร้อยละ 49.3 เพศหญิงร้อยละ 50.7

อายุ นักเรียนส่วนใหญ่มีอายุ 16-19 ปี ร้อยละ 65.6 รองลงมาคือ 13-15 ปี ร้อยละ 15.9 น้อยที่สุดคือ 20-24 ปี ร้อยละ14.5

ระดับการสูญเสียการได้ยิน นักเรียนส่วนใหญ่เป็นนักเรียนหูหนวก ร้อยละ 72.5 และรองลงมาคือ นักเรียนหูตึงระดับมากถึงรุนแรง ร้อยละ 13

ระดับชั้นเรียน มีนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มากที่สุด ร้อยละ19.3 รองลงมาคือระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3,4,6 ร้อยละ18.8,18.8,17.4

ผลการเรียน ส่วนใหญ่แล้วนักเรียนมีระดับผลการเรียนที่ระดับ 2.01-3.00 ร้อยละ 54.6 รองลงมาคือ ต่ำกว่า 2.00 และ 3.01-4.00 ร้อยละ 22.7 ,22.7

สถานภาพนักเรียน เป็นนักเรียนไป-กลับมากที่สุด ร้อยละ73.4 นักเรียนประจำ ร้อยละ 26.6

งานอดิเรก นักเรียนส่วนใหญ่มีงานอดิเรก ร้อยละ 72 นักเรียนเพียงส่วนน้อยที่ไม่มีงานอดิเรก ร้อยละ 28

โรคทางกาย นักเรียนส่วนใหญ่ไม่มีโรคทางกาย ร้อยละ 88.4 นักเรียนเพียงส่วนน้อยที่มีโรคทางกาย ร้อยละ 11.6

สถานภาพสมรสของบิดามารดา นักเรียนส่วนใหญ่มีบิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 65.2 รองลงมาคือ แยกกันอยู่ ร้อยละ 16.4, หย่าร้าง ร้อยละ 9.2 และบิดา/มารดาเสียชีวิต ร้อยละ 9.2

รายได้ของบิดามารดา นักเรียนส่วนใหญ่บิดามารดามีรายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 39.1 รองลงมาคือ น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 32.4

ระดับการศึกษาของบิดา ส่วนใหญ่บิดาศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 47.4

ระดับการศึกษาของมารดา ส่วนใหญ่มารดาศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.6

ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย ส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา ร้อยละ 40.6 รองลงมาคือ บิดามารดาและญาติ ร้อยละ 24.6

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ส่วนใหญ่นักเรียนมีความสัมพันธ์กับครอบครัวในลักษณะดีตลอด ร้อยละ 57 รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ลักษณะดีบ้างไม่ดีบ้าง ร้อยละ 37.3

ประวัติติสุราเสพติดของบิดามารดา ส่วนใหญ่บิดามารดาไม่มีประวัติติดสุรายาเสพติด ร้อยละ 81.6

การสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.6 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 16.9 สุดท้ายคือระดับต่ำ 15.5

ความภูมิใจในตนเอง ส่วนใหญ่มีความภูมิใจในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.7 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 12.6 สุดท้ายคือระดับต่ำ ร้อยละ 9.7

2.ความชุกของภาวะซึมเศร้า ในนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

จากการศึกษาครั้ง พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีค่าร้อยละ 43 โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 53.9 และร้อยละ 46.1 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีอายุ 16-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.5

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

ปัจจัยด้านตัวเด็กนักเรียน คือ ปัจจัยความภูมิใจในตนเอง ($p < 0.05$) และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม คือ ปัจจัยการศึกษาของมารดา ($p < 0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

1.ความชุกของภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษานักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 207 คน มีภาวะซึมเศร้า (มีคะแนน CES-D ตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป) 89 คน ดังนั้น ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนจึงคิดเป็นร้อยละ 43 ความชุกจากการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าผลของการศึกษาที่ได้มีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของผู้ที่ได้เคยศึกษาไว้ในกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน คือ ร้อยละ 50 (Leigh,Robin, Welkowitz,Bond 1989)[3] และร้อยละ 51 (Watt & Davis 1991)[4] แต่จะมีความแตกต่างกับ Albolfotouh & Telmesani (1993)[19] ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเพียงร้อยละ 6.5 และพบความชุกของนักเรียนตาบอดร้อยละ 14 ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มอายุที่มีความแตกต่างกัน โดย Albolfotouh & Telmesani ได้ศึกษาในกลุ่มอายุประมาณ 13 ปี และใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน คือ ใช้เครื่องมือ CDI อาจทำให้พบความชุกที่แตกต่างกันได้ ส่วนเบญจพร (2545)[35] พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีความพิการทางการมองเห็นร้อยละ 22.2 ซึ่งความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีค่าสูงกว่าผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น อาจเกิดจากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุสำคัญคือ ขีดจำกัดในด้านพัฒนาการทางด้านภาษา จึงนำมาซึ่งข้อจำกัดในพัฒนาการด้านต่าง ๆ ด้วย[2] ซึ่งจะแตกต่างจากผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น พวกเขาจะมีพัฒนาการทางด้านภาษาซึ่งไม่ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการพัฒนาด้านต่าง ๆ อย่างไรก็ตามความพิการแต่ละประเภทก็มีความยากลำบากในการดำรงชีวิตประจำวันที่แตกต่างกัน ในบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน จะมีการสื่อสาร และภาษาที่เป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นก็จะมีปัญหาในการเคลื่อนไหว และการเดินทาง[19] ด้วยความยากลำบากในการดำรงชีวิตประจำวันเหล่านี้ อาจทำให้ผู้พิการในแต่ละด้านมีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันได้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 43 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับนักเรียนปกติก็มีความแตกต่างกันด้วย โดยจากการศึกษาของ เบญจพร และอลิสา (2541) [59] ที่ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในกรุงเทพฯ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.11 และพบปัญหาทางจิตเวชร้อยละ 37.58 ซึ่งมีความแตกต่างกับความชุกของ

นักเรียนในระดับชั้นอื่น และใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาถึงนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จึงได้สรุปความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างที่มีกลุ่มอายุใกล้เคียงกันกับการศึกษาในครั้งนี้ ดังแสดงในตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 ตารางสรุปความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย

ผู้วิจัย	ปี	กลุ่มตัวอย่าง	**อายุ/ระดับชั้น**	ความชุก	**เครื่องมือ**	**จุดตัดคะแนน**
ธวัชชัย	2533	นักศึกษาปี1-4	18-24	60.5	CES-D	≥ 16
วรพร	2533	วัยรุ่นผิดกฎหมาย	15-18	66.3	CES-D	≥ 16
พิสมัย	2533	เด็กกำพร้าและพิการ	7-18	62.62	CDI	≥ 14
วารีรัตน์	2535	เด็กโรคหืด	10-15	34.8	CDI	≥ 15
เรไร	2535	นักเรียนมัธยมปลาย	ม.4-6	22.04	RADS	≥ 77
ช่อเพชร	2537	นักเรียนวัยรุ่น	ม.3	49.8	CDI	≥ 15
อุมาพร	2540	เยาวชนผิดกฎหมาย	15-18	28.8	CES-D	≥ 22
ปรีชา	2543	นักเรียนมัธยมปลาย	ม.4-6	18.3	BDI	> 30
ภัทรีนาฏ	2543	นักเรียนม. 4	15-19	60.5, 28.8	CES-D	≥ 16, ≥ 22
นัยนา	2543	เด็กโรคหัวใจพิการ	10-15	30.9	CDI	≥ 15
ฐิติรัตน์	2544	เด็กโรคทาลัสซีเมีย	10-15	35.1	CDI	≥ 15
จุลจราพร	2544	นักเรียนวัยรุ่น	ม.4-6	44.8	CES-D	≥ 16
เบญจพร	2545	เด็กพิการทางสายตา	12-17	22.2	CDI	≥ 15
ประภัสสร	**2545**	**นักเรียนบกพร่องทางการได้ยินม.1-6**	**13-24**	**79.2, 43**	**CES-D**	**≥ 16, ≥ 22**

จากตารางที่ 5.1 แสดงให้เห็นว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นอยู่ที่ประมาณร้อยละ 20 ถึง ร้อยละ 60 แต่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ใช้เครื่องมือ CES-D โดยได้เลือกใช้จุดตัดคะแนนที่ 22 เพราะเป็นจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมกับการใช้กับคนไทย เนื่องจากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในต่างประเทศที่ใช้จุดตัดที่ 16 จะพบความชุกอยู่ในระหว่างร้อยละ 13.7-19.1 เท่านั้น[26] นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Roberts และคณะ ได้ศึกษาวัยรุ่นในอเมริกันระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 พบว่า จุดตัดในวัยรุ่นจะสูงกว่า 16 นั่นคือ จุดตัดคะแนนที่

24 คะแนน[28] แต่ถ้าในกรณีที่ใช้จุดตัดคะแนนที่ 16 คะแนน ความชุกของภาวะซึมเศร้าจะสูงมาก คือ มีค่าถึงร้อยละ 79.2 ดังนั้น เมื่อเทียบกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินกับผู้ศึกษาที่ใช้จุดตัดคะแนนที่ 16 คะแนน จึงมีความชุกสูงกว่านักเรียนปกติทั่วไป ซึ่งอาจสรุปได้ว่าสภาวะความพิการ หรือข้อจำกัดในด้านการได้ยิน อาจมีผลต่อภาวะซึมเศร้าได้

ในส่วนของความชุกของภาวะซึมเศร้าในระดับชั้นเรียนที่แตกต่างกันนั้น อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าด้วยเช่นกัน โดยพิจารณาจากตารางที่ 4.5 พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีร้อยละ 61 มากกว่าทุกระดับชั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของช่อเพชร (2537) [21] ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 49.8 ซึ่งอาจเกิดจากนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 เป็นระดับชั้นที่มีความสำคัญเพราะนักเรียนจะมีการเลือกสายวิชาชีพ หรืออาจเลือกศึกษาในระดับชั้นเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต่อไป และมีความเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินด้วยแล้ว ซึ่งต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้าน อาจนำมาซึ่งภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ ความแตกต่างในการศึกษาหาความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กและนักเรียนในกลุ่มต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับปัจจัยมากมาย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาและช่วงเวลาที่ศึกษา ความรุนแรงของโรค หรือความพิการ เครื่องมือรวมถึงจุดตัดที่ใช้ที่แตกต่างกัน ดังเช่น CES-D และ CDI ที่มีการใช้จุดตัดคะแนนที่แตกต่างกันก็พบความชุกที่แตกต่างกันด้วย ดังแสดงในตารางที่ 5.1

อย่างไรก็ตามการศึกษาภาวะซึมเศร้าในครั้งนี้ พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงการช่วยเหลือ และรักษานักเรียนในกลุ่มนี้ในทุก ๆ ฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นทางด้านโรงเรียน และครู ทางด้านการแพทย์ และพยาบาล รวมถึงทางด้านครอบครัว และสังคม ควรให้ความสนใจต่อปัญหาทางอารมณ์ของนักเรียนกลุ่มนี้ด้วย เพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไปได้

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

2.1 เพศ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Rutter et al.(1976,1979,1980)[60] ซึ่งพบว่าอัตราของการเกิดภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงต่อเพศชาย จะเท่ากับ 1:1 ซึ่ง Rutter ได้กล่าวว่าความแตกต่างในเรื่องเพศ จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าควรทำการศึกษาในขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของภัทรีนาฏ (2543) [31] ที่ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 1,700 คน และพบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของเรไร (2535) [23] ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนหญิงสูงกว่านักเรียนชาย ซึ่งตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า เนื่องจากเพศหญิงมีทางออกของอารมณ์น้อยกว่าชาย เพศหญิงถูกสอนให้เป็นผู้ยอมตาม เก็บกดความต้องการ รวมทั้งอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ขนบธรรมเนียมประเพณี ซึ่งต่างจากเพศชายที่มีอิสระมากกว่า แต่ในหลาย ๆ การศึกษาก็พบว่าไม่มีความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าในเพศชายและหญิง ดังเช่นการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งศึกษากับกลุ่มตัวอย่างเพียง 207 คนเท่านั้นจึงอาจเป็นกลุ่มประชากรที่น้อยเกิดไปจึงไม่สามารถพบความสัมพันธ์ได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวรพร (2533) [24] พิศมัย(2533) [27] วารีรัตน์ (2535) [6] ช่อเพชร (2537) [21] และจุลจราพร (2544) [34] ที่ปัจจัยด้านเพศไม่มีผลกับภาวะซึมเศร้า

2.2 อายุ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของวารีรัตน์ (2535) [6] ที่พบว่า เด็กโรคหืดในช่วงอายุ 10–15 ปี เป็นช่วงอายุสั้น ๆ ความแตกต่างของอายุต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจึงไม่ค่อยชัดเจน ซึ่งควรมีการแบ่งช่วงอายุตามพัฒนาการโดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างวัยเด็กตอนปลาย และวัยรุ่น อาจพบความแตกต่างที่ชัดเจนขึ้น ดังการศึกษาของนัยนา (2543) [32] พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งแบ่งช่วงอายุของผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 10-12 ปี และกลุ่มอายุ 13-15 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่แตกต่างกัน คือกลุ่มอายุ 10-12 ปีจัดอยู่ในเด็กวัยเรียน และกลุ่มอายุ 13-15 ปี จัดอยู่ในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มมีรูปแบบของพัฒนาการที่ต่างกัน เช่น เด็กวัยเรียนยังคงเรียนรู้ในเรื่องของความเป็นตัวของตัวเอง มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่ซับซ้อนเท่ากับเด็กวัยรุ่นที่ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และสังคมที่สูงกว่า ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้แบ่งกลุ่มอายุออกเป็น 3 กลุ่มอายุ คือ อายุ 13-15 ปี, 16-19 ปี และ

20-24 ปี ซึ่งพบว่าในแต่ละกลุ่มอายุมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันมากนัก เนื่องจากในทุกกลุ่มอายุนักเรียนมีภาวะซึมเศร้าทุกกลุ่มเพราะสภาวะความพิการเป็นความเปราะบาง และความอ่อนไหวที่เกิดขึ้นกับบุคคล ซึ่งบางคนอาจมีความพิการตั้งแต่ยังเล็ก ส่วนบางคนมีความพิการตั้งแต่กำเนิด ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าอาจไม่มีความสัมพันธ์กับอายุของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินได้เช่นกัน

2.3 **ระดับการสูญเสียการได้ยิน** พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนุสรณ์ (2531) [14] ที่พบว่า นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่สูญเสียการได้ยิน 70 – 90 เดซิเบล และสูญเสียการได้ยินมากกว่า 90 เดซิเบล มีการปรับตัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นเพราะนักเรียนส่วนใหญ่แล้วมีการสูญเสียการได้ยินอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน คือ อยู่ในระดับหูหนวก และส่วนใหญ่เริ่มมีอาการหูหนวกตั้งแต่ยังเล็ก จึงมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ไม่แตกต่างกันมากนัก และสอดคล้องกับเสาวภา (2534)[63] ที่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา โดยมีระดับความพิการเป็นปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ระดับความพิการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ryans et al. (1985) พบว่า ระดับความพิการไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของถาวร (2525) [63] พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการมากจะมี พฤติกรรมแยกตัวจากสังคม ภาวะสุขภาพจิตไม่ดี และมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย นอกจากนี้ Bodenheimers (1968)[15] กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียการได้ยินมาก (มากกว่า 70 dB) พวกเขาจะอยู่ในโลกแห่งความเงียบ ในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่มีการสูญเสียการได้ยินน้อย (40-70 dB) จะเป็นผู้ที่สามารถเลือกสถานะตนเองไปมาได้ ทั้งในกลุ่มที่มีการได้ยินปกติ และไม่ได้ยินเลย ผู้ที่มีลักษณะหูตึงมักจะรู้สึกว่าตนเองอยู่นอกกลุ่มทั้ง 2 กลุ่ม และมีความเข้าใจผิดอยู่บ่อยครั้ง ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมที่น่าสงสัยได้ ดังนั้น ผู้ที่หูหนวกอาจมีอาการทางจิตเวชน้อยกว่าผู้ที่หูตึงมากถึงรุนแรงได้ ซึ่งในการศึกษาส่วนใหญ่ในปัจจุบัน พบว่า ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินมากจะมีแนวโน้มที่ไม่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 **ระดับชั้นเรียน** พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวารีรัตน์ (2535) [6] ที่พบว่า ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาตอนปลาย และมัธยมศึกษาตอนต้น ไม่มีความสัมพันธ์กับการ

เกิดภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ มีการแบ่งระดับชั้นเรียนออกเป็น 6 ระดับชั้น คือ ตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 จึงอาจเป็นการแบ่งหลายระดับมากเกินไป และในแต่ละระดับชั้นเรียน นักเรียนมีอายุที่ค่อนข้างแตกต่างกันอย่างมาก เช่น ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีนักเรียนอายุมากกว่า 20 ปีหลายคน เป็นต้น เพราะระบบการเรียนการสอนในโรงเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินนั้น นักเรียนทุกคนต้องเริ่มเรียนพื้นฐานภาษามือจากเบื้องต้นในชั้นเด็กเล็ก ซึ่งในเด็กบางคนตรวจพบความผิดปกติทางการได้ยินเมื่อเด็กโตขึ้นแล้ว หรือมีการย้ายโรงเรียน ซึ่งเมื่อเริ่มเข้าโรงเรียนที่มีการเรียนการสอนเป็นภาษามือจึงเริ่มมาเรียนใหม่ ดังนั้น อายุจึงอาจไม่ได้อยู่ตามเกณฑ์ปกติทั่ว ๆ ไป ซึ่งทำให้ในแต่ละระดับชั้นเรียนจึงมีนักเรียนที่มีอายุหลากหลาย ซึ่งอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของระดับชั้นเรียนกับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังเช่นการศึกษาของนัยนา (2543) [32] ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งระดับการศึกษาเป็น 2 ระดับ คือ ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา/ปวช. โดยเด็กที่เรียนในระดับประถมศึกษาจะอยู่ในช่วงวัยเรียน หรือวัยเด็กตอนปลาย ขณะที่เด็กที่เรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. จะอยู่ในช่วงวัยรุ่น และการที่เด็กแต่ละวัยมีการแสดงภาวะอารมณ์ที่แตกต่างกันเนื่องจากพัฒนาการที่แตกต่างกันด้วย

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้พบความชุกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สูงที่สุด คือ ร้อยละ 61 ซึ่งอาจเกิดจากระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 เป็นระดับชั้นที่มีความสำคัญ เพราะเป็นระดับชั้นที่นักเรียนจะมีการเลือกสายอาชีพ หรือเลือกศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต่อไป ดังนั้น นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาจเกิดความสับสน ความคับข้องหมองใจ ความไม่สบายใจ และอาจเกิดปัญหาทางอารมณ์มากกว่านักเรียนในระดับชั้นอื่น ๆ ได้

2.5 **ผลการเรียน** พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณาถึงกลุ่มนักเรียนที่มีผลการเรียนน้อยกว่า 2.00 จะพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในอัตราส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่มีผลการเรียนมากกว่า 2.00 ขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุมาพร และดุสิต (2539) [64] ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าผลการเรียนต่ำเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของเบญจพร และอลิสา (2541) [59] ที่พบว่านักเรียนที่สอบตกมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ทั้งนี้ จากการศึกษาในครั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างผลการเรียนกับภาวะซึมเศร้าอาจเนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดยเฉพาะกลุ่มที่มีผลการเรียนที่น้อยกว่า 2.00 มีจำนวนน้อยเกินไป เป็นสาเหตุให้ไม่พบความสัมพันธ์ได้

2.6 **สถานภาพนักเรียน** พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเกิดจากการที่นักเรียนที่เป็นกลุ่มนักเรียนประจำ และนักเรียนกลุ่มไป-กลับ มีจำนวนแตกต่างกันมาก ดังนั้น จึงไม่สามารถนำมาแยกความแตกต่างได้ อีกทั้งในกลุ่มนักเรียนประจำนี้ ในวันหยุดนักเรียนก็จะกลับบ้านอยู่กับบิดามารดาของตน ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าอาจไม่แตกต่างกับนักเรียนที่ไป-กลับเป็นประจำทุกวันก็ได้

2.7 **งานอดิเรก** พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับพิศมัย (2533) [27] พบว่า เด็กที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ที่เป็นเด็กพิการหรือเด็กกำพร้าที่เข้าร่วมกิจกรรมกับสถานสงเคราะห์น้อยมาก จะมีระดับความซึมเศร้าสูงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมมาก นอกจากนี้ Albofotouh & Telmesani (1993) [19] ที่พบว่าการมีกิจกรรมนันทนาการ งานอดิเรก และกีฬาช่วยให้ลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินส่วนใหญ่จะชอบเล่นฟุตบอล และนักเรียนตาบอดจะชอบการอ่านหนังสือ ซึ่งอาจเป็นเพราะส่วนใหญ่นักเรียนมีกิจกรรมนันทนาการเป็นส่วนใหญ่ และการเรียนการสอนที่โรงเรียนก็เน้นในเรื่องของวิชาชีพและเป็นวิชาภาคปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ เช่น การตัดเย็บ การทำอาหาร การทำผลงานศิลปหัตถกรรม ดังนั้น สภาพการเรียนอาจเปรียบเสมือนการมีกิจกรรม หรืองานอดิเรกได้ จึงไม่เกิดความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าได้

2.8 **โรคทางกาย** พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรีนาฎ (2543)[31] ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของโรคทางกายหรือโรคประจำตัวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งอาจเกิดจากโรคทางกายของนักเรียนส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ร้ายแรง เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคภูมิแพ้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่น้อยมาก และความรุนแรงของโรคก็มีน้อย สามารักษาได้โดยไม่ยาก ซึ่งทำให้มีผลต่ออารมณ์ของเด็กนักเรียนน้อยกว่าโรคร้ายแรง และเรื้อรัง

2.9 **สถานภาพสมรสของบิดามารดา** พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วารีรัตน์ (2535)[6] วิระวรรณ (2535) [20] ช่อเพชร (2537) [21] ภัทรีนาฎ (2543) [31] จุลจราพร (2544) [34] แต่เมื่อพิจารณาถึงอัตราของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีสถานภาพสมรสของบิดามารดาในกลุ่มต่าง ๆ พบว่า นักเรียนที่มีผู้ปกครองที่มีการหย่าร้าง และบิดา/มารดา เสียชีวิตมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ

59.6 และ ร้อยละ 47.4 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับนัยนา (2543) ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงใน 2 กลุ่มดังกล่าวข้างต้น และจากการศึกษาของอุมาพร และดุสิต (2539) [64] ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า การที่บิดา/มารดาเสียชีวิต หย่าร้าง หรือแยกทางกันโดยเด็ดขาด มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งการหย่าร้างนั้นเป็นเหตุการณ์ที่สะเทือนใจเด็ก ปฏิกิริยาที่เด็กมีนั้นขึ้นอยู่กับเพศ อายุ พื้นอารมณ์ (temperament) และพัฒนาการทางสติปัญญา ซึ่งมีอาการที่พบได้แก่ อาการซึมเศร้า โกรธ ขาดสมาธิในการเรียน และวิตกกังวลในอนาคต ซึ่งบางครั้งเด็กอาจรู้สึกผิดว่าตนเองเป็นสาเหตุของการหย่าร้าง อาจทำให้เด็กมีปัญหาทางจิตเวชได้แต่ [65]

2.10 **รายได้ของบิดามารดา** พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของช่อเพชร (2537) [21] วารีรัตน์ (2535) [6] จุลจราพร (2544) [34] ที่พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า นักเรียนที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มีภาวะซึมเศร้าในอัตราร้อยละ 49.25 ซึ่งมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ เล็กน้อยซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาของ เรไร (2535) [23] ที่พบว่านักเรียนกลุ่มที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวสูงจะมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำ และนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ จะมีภาวะซึมเศร้าสูง ทั้งนี้เพราะ นักเรียนยังต้องอาศัยเงินจากครอบครัว เมื่อรายได้ของครอบครัวต่ำ ทำให้ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ ทั้งยังก่อให้เกิดความวิตกกังวล และมีปมด้อยไม่เท่าเทียมเพื่อน ซึ่งจะนำมาสู่ความภูมิใจในตนเองต่ำ ตำหนิตัวเอง และครอบครัวอันจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Garrison et al. (1989) พบว่า ระดับความซึมเศร้าสูง พบได้บ่อยในผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ

2.11 **ระดับการศึกษาของบิดามารดา** พบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่พบว่าการศึกษาของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยนักเรียนที่มีมารดาที่ไม่ได้ศึกษาจะมีภาวะซึมเศร้าในอัตราร้อยละสูงกว่านักเรียนที่มารดามีการศึกษาแบบอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า มารดาเป็นผู้ดูแลบุตรโดยตรง และส่วนใหญ่นักเรียนจะใช้เวลาอยู่กับมารดามากกว่าบิดา ดังนั้น ระดับการศึกษาของมารดาอาจมีผล เนื่องจากการที่มารดาไม่ได้ศึกษาอาจไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสมในการดูแลบุตรที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน จึงอาจทำให้เกิด

ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนได้ เมื่อพิจารณาถึงความทะเยอทะยานของบิดามารดา (Parental ambitions) [21] จะพบว่า บิดามารดามักจะคิดฝันหรือ คาดหวังให้บุตรเป็นหลาย ๆ อย่างตั้งแต่เด็กยังคงอยู่ในท้องมารดาหรือยังไม่คลอด ซึ่งสิ่งที่บิดามารดาคาดหวังให้ลูกจะเป็นอย่างไรนั้น เป็นการตั้งความหวังจากบิดามารดาเอง และทำไปโดยขาดการพิจารณาถึงขีดความสามารถของบุตร ในขณะที่เด็กที่เริ่มมีการสูญเสียการได้ยินหรือมีความพิการ ซึ่งอาจเกิดจากความพิการตั้งแต่กำเนิดหรือเป็นความพิการหลังจากเกิดแล้วก็ตาม บิดามารดาอาจแสดงปฏิกิริยาตกใจเพราะไม่ได้คาดคิดมาก่อน อาจไม่เชื่อ หรือมีการปฏิเสธ ต่อมาก็เปลี่ยนเป็นความโกรธ โดยเฉพาะถ้าอยู่ในสังคมที่ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเกี่ยวกับคนพิการ บิดามารดาก็อาจเกิดความรู้สึกอับอาย และไม่ยอมรับสถานภาพของความจริงได้ ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไป ก็อาจจะมีการยอมรับมากขึ้น แต่จะมีลักษณะของการต่อรอง หรือผ่อนหนักเป็นเบา เช่น รู้สึกว่าบุตรของตนเป็นคนหูตึงไม่ใช่คนหูหนวก หรืออยากให้บุตรพูดได้บ้าง เป็นต้น หากความคาดหวังไม่เป็นจริงก็มักรู้สึกเศร้า หรือท้อถอย แต่ถ้ามีการปรับตัวที่ดีก็จะมีการยอมรับและเข้าใจในตัวเด็กมากขึ้นได้[9] ซึ่งการศึกษาของบิดามารดามีความสำคัญในการทำความเข้าใจบุตรเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะมารดาที่โดยทั่วไปแล้วเป็นผู้ดูแลบุตรโดยตรง

อย่างไรก็ตามก็มีการศึกษาหลายการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของบิดามารดา กับภาวะซึมเศร้า วารีรัตน์ (2535) [6] ภัทรีนาฎ (2543) [31] จุลจราพร (2544) [34] ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ ในปัจจุบันเป็นยุคของข้อมูลข่าวสาร การเผยแพร่เทคโนโลยี ความรู้สามารถเข้าถึงได้ทุก ๆ กลุ่มประชากร มีการศึกษานอกระบบเกิดขึ้น ประชากรมีความทัดเทียมกันมากขึ้น ทั้งในด้านโอกาสในการศึกษาและการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ดังนั้น ในการเรื่องของการศึกษาของบิดามารดา จึงอาจไม่ใช่ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อภาวะความซึมเศร้าของนักเรียนได้

2.12 **ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย** พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ ช่อเพชร (2537) [21] อาจเนื่องมาจากนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินจะมีการพูดภาษามือกันโดยตลอด ดังนั้น นักเรียนจึงใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อน ๆ และที่โรงเรียน เมื่อกลับบ้านก็พบกับสมาชิกในบ้านซึ่งพูดภาษามือไม่ได้ ก็อาจทำให้ภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันมากนัก

2.13 **ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว** พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับวารีรัตน์ (2535) [6] แต่มีความขัดแย้งกับงานวิจัยของ ช่อเพชร (2537) [21] วรพร (2533) [24] ฐิติรัตน์ (2544) [33] เบญจพร (2545) [35] แต่เมื่อ

พิจารณาในตารางที่ 4.6 พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่รับรู้ว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี มีอยู่ร้อยละ 54.5 ซึ่งอาจเกิดจากการที่เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีข้อจำกัดในการสื่อสาร การจะสื่อสารได้เข้าใจในสิ่งที่เด็กหรือสมาชิกในครอบครัวต้องการที่จะสื่อทั้งหมดอาจเกิดความยากลำบาก ซึ่งต้องทำความเข้าใจทั้งภาษาพูด และภาษามือด้วย เพราะการสื่อความหมายด้วยการเขียนแทนการพูดกับเด็กอย่างเดียวอาจทำให้เกิดความสับสน ไม่เข้าใจ ล่าช้า และอาจเกิดความเข้าใจผิดได้ และนำมาซึ่งความหวาดระแวง หรือข้อขัดแย้ง ไปจนถึงการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัวได้ ถ้าเกิดขึ้นบ่อยครั้งก็จะเกิดความคับข้องใจในเด็ก ซึ่งเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และอาจเกิดการปรับตัวที่ผิดปกติได้ (maladaptive depression syndrome) (Gugginhein & Nadnelso 1985 อ้างจาก วารีรัตน์ หอมโกศล) [6]

2.14 **ประวัติติดสุรา ยาเสพติดของบิดามารดา** พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งพบว่ามีความขัดแย้งกับ เบญจพร (2545) [35] เบญจพร และอลิสา (2541) [59] ซึ่งอาจเป็นเพราะสารเสพติดที่บิดามารดาของนักเรียนมีการเสพนั้นส่วนใหญ่เป็นสารเสพติดที่ไม่รุนแรง คือ สุรา และบุหรี่ และนอกจากนี้ กลุ่มผู้ให้คำตอบในส่วนของประวัติการติดสุรา ยาเสพติดของบิดามารดาเป็นกลุ่มที่เล็ก คือ มีเพียง 38 คน เท่านั้น ดังนั้น อาจไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้

2.15 **การสนับสนุนทางสังคม** พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.25 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.4 (จากตารางที่ 4.3) และกลุ่มนักเรียนที่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมีจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 15.5 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของเสาวภา (2534) [63] ที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยถึง 44 คน คิดเป็นร้อยละ 45 ซึ่งอาจเกิดจากการที่นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน มีระบบของสังคมที่รวมกันเป็นกลุ่ม โดยส่วนใหญ่แล้วจะมีสังคมที่โรงเรียน ซึ่งในโรงเรียนก็จะมีเพื่อนที่สามารถคุยได้เข้าใจ เพราะเป็นการพูดโดยใช้ภาษามือสื่อสารกัน ดังนั้นความรู้สึกผูกพันธ์ใกล้ชิด หรือความเป็นส่วนหนึ่งในสังคมจึงเกิดขึ้นได้มากในโรงเรียน นอกจากนี้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษานี้ เป็นกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการการยอมรับจากสังคมที่เป็นกลุ่มเพื่อน

วัยเดียวกัน ดังนั้น การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินอยู่ในระดับปานกลางส่วนใหญ่

2.16 **ความภูมิใจในตนเอง** พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวารีรัตน์ (2535) [6] และการศึกษาของ Kashani et al. (1983) [6], William et al (1989) [6], Kandel & Davies (1982) [6] ซึ่งสามารถอธิบายได้จากทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้าในแง่ของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ซึ่ง Bibring กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นเมื่อ ego รับรู้ถึงจุดหมาย และขณะเดียวกันก็รับรู้ถึงความไร้ที่พึ่งที่จะได้มา อีโก้จะเกิดการไร้สมรรถภาพและความภูมิใจในตนเองก็จะเสียไป ในการมองตนเองว่าเป็นคนมีปมด้อย มีคุณค่าน้อย ขาดความภูมิใจในตนเอง ซึ่งการสูญเสียความภูมิใจในตนเอง อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้[6] ส่วนใน Beck model ได้กล่าวถึง ความซับซ้อนของสภาวะทางจิตใจส่วนของ ego ซึ่งเกี่ยวข้องกับการคาดเดาในแง่ลบ และความคิดในอนาคตที่เป็นส่วนหนึ่งของภาวะซึมเศร้า ในอดีตของบุคคลแบ่งได้เป็น 3 ประเด็น คือ เป็นผู้ที่มีความคิดในแง่ลบกับตนเอง มีการตีความทางลบเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมา และมีการมองทางลบต่อตนเองในอนาคต ซึ่งทำให้ผู้ที่มีอาการซึมเศร้ารู้สึกว่าในโลกที่เป็นอยู่ปัจจุบันเป็นอุปสรรคที่ไม่สามารถผ่านไปถึงจุดหมายได้ มองตนเองไม่ดี ไร้ที่พึ่งพา และทำให้เกิดความสิ้นหวังที่จะทำการควบคุมอนาคตให้เป็นไปตามที่ตนเองต้องการได้[53] นอกจากนี้ Sturgeon (1979) [61] กล่าวว่า ส่วนใหญ่ผลกระทบที่เกิดจากการทำลายความรู้สึกตนเองของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คือ การสูญเสียความภูมิใจในตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดความคิดและความรู้สึกหลายลักษณะด้วยกัน เช่น ความรู้สึกที่คิดว่าไม่มีคนชอบตนเอง หรือคิดว่าคนอื่นมักจะต้องอดทนกับตนเองเสมอ หรือมีความคิดว่าคนอื่น ๆ แอบหัวเราะตนเอง หรืออาจคิดว่าตนเองไม่มีค่า คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี หรือทำความผิด[62] ซึ่งความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ เหล่านี้จะมีการพัฒนาเติบโตขึ้นจนฝังลึกในจิตใจของผู้นั้น และถ้าบุคคลนั้นมีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดมากขึ้นก็อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

และเมื่อพิจารณาเกี่ยวกับความภูมิใจในตนเองของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน พบว่า ความภูมิใจในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.23 จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.96 (จากตารางที่ 4.3) และกลุ่มนักเรียนที่มีคะแนนความภูมิใจในตนเองต่ำมีจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับต่ำกว่าการศึกษาของเสาวภา (2534) ที่พบคะแนนความภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขาอยู่ในระดับต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยถึง 45 คน คิดเป็นร้อยละ 45 ซึ่งอาจเกิดจากสภาวะความพิการสูญเสีย

แขนขาของผู้ป่วย จากการศึกษาของเสาวภา (2534) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อตอนเป็นผู้ใหญ่ จึงมีข้อเปรียบเทียบกับความสามารถ ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในตอนก่อน และหลังการเกิดความพิการ ในขณะที่ จากการศึกษาในครั้งนี้ ความบกพร่องทางการได้ยินส่วนใหญ่เกิดขึ้นตั้งแต่ยังเล็ก หรือเป็นความพิการตั้งแต่กำเนิด จึงมีคะแนนความภูมิใจในตนเองอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปมากกว่าในกลุ่มของผู้ป่วยที่สูญเสียแขน ขา

ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีปัญหาและอุปสรรคดังนี้

1. แบบสอบถามความภูมิใจในตนเอง CSEI (Adult Form) เป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับผู้ใหญ่ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป ซึ่งอาจมีข้อจำกัดสำหรับนักเรียนที่มีอายุน้อยกว่า 16 ปีในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 33 คน คิดเป็นร้อยละ 15.9 จากจำนวนนักเรียนทั้งหมด 207 คน

2. ปัจจัยที่ศึกษาไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยที่อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน และปัญหาการปรับตัว รวมถึงปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม เช่น ประวัติปัญหาทางจิตเวชของบิดามารดา เป็นต้น

3. แบบสอบถามในส่วนปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นการตอบในลักษณะการรับรู้ความสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างเด็กนักเรียนและสมาชิกในครอบครัวตามความรู้สึก มีให้เลือกเพียง 3 ตัวเลือก ซึ่งอาจไม่สามารถบอกรายละเอียดของความสัมพันธ์ในครอบครัวได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

แนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และส่งเสริมสุขภาพจิตในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินนั้น ควรเป็นความร่วมมือของทุก ๆ ฝ่ายในสังคม และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.โรงเรียน

จากผลการวิจัย พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีการบกพร่องทางการได้ยินนั้น มีสูงถึงร้อยละ 43 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่สูงมาก ทางโรงเรียนควรมีการจัดให้ความรู้ทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต เช่น นักจิตวิทยาให้คำปรึกษา ครูแนะแนวที่มีความรู้ทางด้านจิตวิทยา ที่สามารถสื่อสารเป็นภาษามือได้ เพื่อช่วยให้นักเรียนที่มีการบกพร่องทางการได้ยินได้สามารถแก้ไขปัญหาของตนเอง รวมทั้งมีการเติบโตทางอารมณ์ และเข้าใจภาวะอารมณ์ของตนเอง เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้

นอกจากนี้ ทางโรงเรียนสามารถที่จะจัดกิจกรรมนันทนาการ หรือกีฬาในโรงเรียนให้มากขึ้น เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมความภูมิใจแก่นักเรียนโดยมีการมอบรางวัลด้วยเช่นกัน

2.ครอบครัว

ครอบครัวมีความสำคัญต่อนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมาก เพราะความสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมในครอบครัว จะทำให้เกิดพัฒนาการทางจิตใจของเด็กในทางลบได้ โดยเฉพาะนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ซึ่งพวกเขาไม่สามารถเข้าใจในภาษาพูดปกติได้ ครอบครัวจะเป็นสิ่งสำคัญที่พวกเขามี ถ้าครอบครัวให้ความรักความอบอุ่น และความไว้ใจกับเด็กแล้ว เด็กก็จะเติบโตมาด้วยความรู้สึกเต็มภาคภูมิ ไม่รู้สึกอายผู้อื่นว่าเป็นคนหูหนวก หรือมีความบกพร่องทางการได้ยิน ดังนั้น ครอบครัวจึงต้องให้ความรัก ความเอาใจใส่เด็กที่เป็นคนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินให้เท่ากับเด็กคนอื่นในบ้าน และเรียนรู้ความเป็นไปของเด็กว่ามีพัฒนาการไปเช่นใด และเข้าใจในความเป็นตัวเขา และพยายามเข้าถึงโลกของเขา ส่งเสริมหรือสนับสนุนในสิ่งที่อยากทำ เพื่อเสริมสร้างความภูมิใจในตนเองของเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ดังนั้น บิดามารดาจึงมีส่วนสำคัญมากในการเลี้ยงดูเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินให้เติบโตเป็นคนที่มีจิตใจดี สุขภาพจิตดี เพื่อให้เขาได้พัฒนาความสามารถอย่างเต็มศักยภาพได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยในด้านทดลองในลักษณะต่าง ๆ เช่น psychotherapy, group therapy, individual counseling, assertive training, social skill training, self-help group เป็นต้น เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ซึ่งผู้วิจัยควรใช้ภาษามือในการทำกลุ่มด้วย เพื่อให้นักเรียนได้แสดงความคิด และความรู้สึกของตนเองได้อย่างแท้จริง ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งกับนักเรียน เพราะในปัจจุบันนี้ความรู้ความเข้าใจทางด้านจิตวิทยา หรือสุขภาพจิตในผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีน้อยมาก รวมถึงอุปสรรคในด้านการสื่อสาร จึงไม่สามารถช่วยเหลือบุคคลกลุ่มนี้ได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ อาจทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อเพิ่มความภูมิใจในตนเองของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน เช่น อาจเป็นในลักษณะเข้าค่ายพักแรม หรือเป็นกิจกรรมด้านอื่น ๆ โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการทดลอง

2. ควรมีการทำการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต หรือจิตวิทยาในกลุ่มคนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในกลุ่มอายุอื่น ๆ เช่น ในวัยเด็ก, ผู้ใหญ่, หรือวัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่ในสถานศึกษาว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร และควรช่วยเหลือได้ในส่วนใด

3. ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในจังหวัดอื่น ๆ ว่าเป็นอย่างไร แตกต่างหรือเหมือนกันอย่างไร และหาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหรือปัจจัยทางด้านจิตวิทยาอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน ความคาดหวังในชีวิต บุคลิกภาพ การปรับตัว ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น

4. ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กหรือเยาวชนที่มีความบกพร่องในด้านอื่นๆ ให้มากขึ้น เช่น ในด้านการมองเห็น ในด้านการเคลื่อนไหวเป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือเด็กและเยาวชนที่มีความบกพร่องในด้านต่าง ๆ ได้ต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

1. สาธารณสุข,กระทรวง. *สรุปผลการประชุมเรื่องสุขภาพเด็กไทยในทศวรรศหน้า*. กรุงเทพฯ: เดอะเบสท์กราฟฟิคดีไซน์, 2539.
2. รจนา ทรรทรานนท์, วันเพ็ญ กุลเลิศพรเจริญ, เจียมจิต ถวิล, ชนัตถ์ อาคมานนท์, สุมาลี ดีจงกิจ. *เมื่อลูกหูพิการจะทำอย่างไร*. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2528; 1-2: 87-92.
3. Leigh IW, Robins CJ, Welkowitz J, Bond RN. Toward greater understanding of depression in deaf individuals. *Am Ann Deaf 1989*; 134: 249-54.
4. Watt JD, Davis FE. The prevalence of boredom proneness and depression among profoundly deaf residential school adolescents. *Am Ann Deaf 1991*; 136: 409-13.
5. Danermark B, Strom-Sjolund L, Borg B. Some characteristics of mainstreamed hard of hearing students in Swedish universities. *Am Ann Deaf 1996*; 141: 359-64.
6. วารีรัตน์ หอมโกศล. *ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืด*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
7. พวงแก้ว กิจธรรม, จีรนันท์ สินธุรัตเวช. ใน: โสตสัมผัสวิทยา (Audiology) ชัยรัตน์ นิรันตรัตน์, บรรณาธิการ. *ตำราโสต ศอ นาสิก Otorhinolaryngology*. กรุงเทพฯ: พีบีฟอเรนบุ๊คส์เซ็นเตอร์, 2541: 429-63.
8. ประมวญ ดิคคินสัน. *หูหนวกหูตึงจิตวิทยาคลีนิค*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2524.
9. ศรียา นิยมธรรม. *ความบกพร่องทางการได้ยิน ผลกระทบทางจิตวิทยา การศึกษาและสังคม*. กรุงเทพฯ : รำไทย เพรส, 2544.
10. Nowell RC, Marshak LE. *Understanding deafness and the rehabilitation process*. Massachusetts: Allyn and Bacon, 1994.
11. ปรานอม พังงา. *ปัญหาทางอารมณ์สังคมเด็กหูหนวก*. รายงานการวิจัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2524.
12. ธรรมศักดิ์ ศรีสุข. *การศึกษาปัญหาทางกายภาพเศรษฐกิจ และสังคมของนักเรียนหูหนวกโรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

13. ประภาศรี ฉายาสูตบุตร. *ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน.* วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,2529.

14. อนุสรณ์ สมตระกูล. *การปรับตัวของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินอายุระหว่าง 15-21 ปี ที่เรียนร่วมห้องเรียนเดียวกับเด็กปกติ ในกรุงเทพมหานคร.* วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531.

15. Mahapatra SB. Deafness and mental health : psychiaric and psychosomatic illness in the deaf. *Acta Psychiat Scand 1974* ; 50 : 596-611.

16. Leigh IW, Robin CJ, Welkowitz J. Modification of the Beck Depression Inventory for use with a deaf population. *J Clin Psychol 1988*; 44: 728-32.

17. Prior MR, Glazner J, Sanson A, Debelle G. Temperament and behavioural in hearing impaired children. *J Child Psychol Psychiatry 1988*; 29: 209-16.

18. Yoshida T, Ichikawa T, Ishikawa T, Hori M. Mental health of visually and hearing impaired students from the viewpoint of the University Personality Inventory. *Psychiatry Clin Neurosci 1998*; 52: 413-8.

19. Abolfotouh MA, Telmesani A. A study of some psycho-social characteristics of blind and deaf students in Abha City, Asir region, Saudi Arabia. *Public Health 1993*; 107:261-9.

20. วิระวรรณ อุประมาณ. *การทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและ ไม่มีภาวะซึมเศร้า.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,2535.

21. ช่อเพชร เบ้าเงิน. *ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรปราการ.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.

22. อลิสา วัชรสินธุ. ภาวะซึมเศร้า. ใน: วัณเพ็ญ บุญประกอบ, อัมพล สูอำพัน, นงพงา ลิ้มสุวรรณ, บรรณาธิการ. *จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์*. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์, 2538: 226-7.

23. เรไร ทีวะทัศน์. *ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดชลบุรี*. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลีนิก มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

24. วรพร อินทบุหรั่น. *การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.

25. อรวรรณ หนูแก้ว. *ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ด้านปัจจัยจิตสังคม การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเด็ก วัดสระแก้วกับเด็กในครอบครัวปกติ.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2535.

26. ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปั้นดี และสมพร เตรียมชัยศรี. คุณลักษณะความตรงของแบบสอบวัดความซึมเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลีนิค 2533*; 21: 27-45.

27. พิศมัย เต็งพงศธร. *การศึกษาระดับความซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนจากสถานสงเคราะห์ในจังหวัดกรุงเทพมหานครและนนทบุรี*. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลีนิก มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

28. อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, ปิยลัมพร หะวานนท์. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น . *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2540; 42: 1-13.

29. อังคณา ปรีชาเมตตา. *การรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา และโรงเรียนพุทธจักรวิทยา* .วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2540.

30. ปรีชา สุวังบุตร. *ภาวะซึมเศร้าและการแสวงหาความช่วยเหลือของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

31. ภัทรีนาฎ บุญชู. *ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิต-สังคมกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

32. นัยนา อุปมา. *ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

33. ฐิติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ. *ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

34. จุลจราพร ศรีเพชร. *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.

35. เบญจพร ปัญญายง, ตติยา ทุมเสน. ภาวะซึมเศร้าในเด็กพิการทางการมองเห็น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2545* ; 47: 39-47.

36. Tolsdoft C. Social network, social support and coping. *Fam Proc 1976*; 15: 407-17.

37. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med 1976*; 38: 300-13.

38. Thoits PA. Conceptual, methodology and theorethical problem in studying social support as a butter against life stress. *J Health Soc Behav 1982*; 23: 145-59.

39. ดวงเดือน มูลประดับ. *แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของวัยรุ่นตอนต้น.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอนามัยและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

40. รักชนก คชไกร. *ความเครียด บุคลิกภาพแบบเข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอนามัยและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

41. Golburger L, Breznitz S. *Handbook of stress.* New York: The freepress Inc; 716-81.

42. พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล. *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดากับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอนามัยและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

43. อนงค์รัตน์ เหล่าเขตรกิจ. *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับรูปแบบการจัดการกับปัญหาในเยาวชนที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

44. อรอนงค์ ทรงสกุล. *ความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุน มโนภาพแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของวัยรุ่นตอนต้น .* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544: 37.

45. Bandura A. Vicanious reinforcement and imitative learning. *J Aborn Soc Psychol 1963*; 17: 601-7.

46. Branden N. *The psychology of self-esteem*. New York: Bantam Book, 1981.

47. Pope AW. *Self-esteem enhancement with children and adolescents*. New York: Pergamon, 1988.

48. Maslow AH. *Motivation and personality*. New York: Harper & Row Publishers, 1970: 45-9.

49. Pryor J. Self-esteem and atttitudes toward gender roles: contributing in adolescents. *Aust J Psychol 1994*; 46: 48-52.

50. Van Fleet TO, Peterson DD. Contemporary management. Boston : *Houghton Miffin 1994*: 25-34.

51. Coopersmith S. *The antecedents of self-esteem*. 2nd ed. California : Consulting Psychologists Press, 1981.

52. อุมาพร ตรังคสมบัติ. *Everest พาลูกค้นหาความนับถือตนเอง*. กรุงเทพฯ. ซันต้าการพิมพ์, 2543.

53. มุทธา วัฒนจิตต์. *การเปรียบเทียบความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนแบบสหศึกษา และชายล้วนหรือหญิงล้วน สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

54. สุภาเพ็ญ คชพลายุกต์. *ผลของการจัดกิจกรรมบำบัดต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ความคาดหวังในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของเด็กที่ถูกทารุณกรรม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

55. มานิดา กริยาผล. *ผลของกลุ่มสัมผัสใจที่มีต่ออัตมโนทัศน์ของนักเรียนที่มีความพิการในโรงเรียนศรีสังวาลย์*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาจิตวิทยาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.

56. ชยาพร ลี้ประเสริฐ. *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

57. อรชุมา พุ่มสวัสดิ์. *การเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูในรูปแบบที่แตกต่างกันตามการรับรู้ของตนเอง*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

58. ชวนพิศ สันติโรจน์ประไพ. *การเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นที่มีการรับรู้บทบาททางเพศแตกต่างกัน*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

59. เบญจพร ปัญญายง, อลิสา วัชรสินธุ. *ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กในกรุงเทพมหานคร: การศึกษาทางระบาดวิทยา*,2541.

60. Rutter M. Epidemiological longitudinal strategies and cansal research in child psychiatry. *J Am Acad Child Psych 1980* ; 20: 513-44.

61. Sturgeon W. *Depression: how to recognize it, how to cure it and how to grow from it.* New Jersey: Prentice-Hall, Inc, 1979.

62. สมภพ เรืองตระกูล. *โรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2543.

63. เสาวภา วิชิตวาที. *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

64. อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. ภาวะซึมเศร้าในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นที่เรียนในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539*; 41: 162-73.

65. อุมาพร ตรังคสมบัติ. *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพฯ: เฟื่องฟ้า พริ้นติ้ง, 2541.

****

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเกียรติจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร และศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในกรุงเทพมหานคร ซึ่งผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการหาแนวทางป้องกันการเกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินได้ต่อไป

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยจะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่านทำ ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบและประเมินด้วยตัวเองทั้งหมด โดยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และปัจจัยทางจิตสังคม 15 ข้อ, แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 20 ข้อ,แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 25 ข้อ และแบบสอบถามความภูมิใจในตนเอง 25 ข้อ

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบคือ

การเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใด ๆ เป็นพิเศษทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีที่จำเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางสาวประภัสสร สิริวิชัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ตึกธนาคารกรุงเทพ โทร 0-2256-4298 ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการในกรุงเทพมหานคร

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2546

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอม ในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำข้อมูลเกี่ยวกับ..ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกองการ ศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร ไปใช้เป็นแนวทางในการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและหาแนวทางในการป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าต่อไป

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งจะครอบคลุมเรื่องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ความภูมิใจในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ อีกทั้งข้าพเจ้ายังมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....ผู้วิจัย

ในกรณีผู้ยินยอมยังไม่บรรลุนิติภาวะจะต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะ โดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....ผู้วิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และเติมคำลงในช่องว่าง

1.เพศ ❍ ชาย ❍ หญิง

2. สถานภาพนักเรียน ❍ นักเรียนประจำ ❍ นักเรียนไปกลับ

3. อายุ……ปี

4. นักเรียนมีการสูญเสียการได้ยินในระดับ

- ❍ ระดับการได้ยินอยู่ระหว่าง 25-55 dB
- ❍ ระดับการได้ยินอยู่ระหว่าง 56-90 dB
- ❍ ระดับการได้ยินตั้งแต่ 91dB ขึ้นไป

5. กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นม……..

6.ผลการเรียนในภาคการศึกษาที่ผ่านมา

- ❍ เกรดเฉลี่ยไม่เกิน 2.00
- ❍ เกรดเฉลี่ยมากกว่า 2.00-3.00
- ❍ เกรดเฉลี่ยมากกว่า 3.00-4.00

7.นักเรียนมีกิจกรรมนันทนาการ หรือเล่นกีฬานอกเหนือจากการเรียนหรือไม่

- ❍ ไม่มี
- ❍ มี โปรดระบุ…….

8. ปัจจุบันนี้ นักเรียนมีโรคทางกาย หรือโรคประจำตัวหรือไม่

- ❍ ไม่มี
- ❍ มี โปรดระบุ……..

9.ขณะนี้นักเรียนอาศัยอยู่กับ

- ❍ บิดาและมารดา
- ❍ บิดาคนเดียว หรือมารดาคนเดียว
- ❍ ญาติ
- ❍ บิดามารดา และญาติอื่น ๆ
- ❍ บุคคลที่ไม่ใช่ญาติ โปรดระบุ……

10.สถานภาพสมรสของบิดามารดา

- ❍ อยู่ด้วยกัน
- ❍ แยกกันอยู่
- ❍ หย่าร้าง
- ❍ บิดา หรือมารดาเสียชีวิต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

11.ระดับการศึกษาของบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง

บิดา	*มารดา*
❍ ไม่ได้ศึกษา	❍ ไม่ได้ศึกษา
❍ ประถมศึกษา	❍ ประถมศึกษา
❍ มัธยมศึกษา/ปวช.	❍ มัธยมศึกษา/ปวช.
❍ อนุปริญญา/ปวส.	❍ อนุปริญญา/ปวส.
❍ ปริญญาตรี ขึ้นไป	❍ ปริญญาตรี ขึ้นไป

ผู้ปกครอง (ในกรณีที่ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา)

❍ ไม่ได้ศึกษา	❍ อนุปริญญา/ปวส.
❍ ประถมศึกษา	❍ ปริญญาตรี ขึ้นไป
❍ มัธยมศึกษา/ปวช.	

12.รายได้รวมของบิดามารดา

❍ ต่ำกว่า 5,000 บาท

❍ 5,001-10,000 บาท

❍ 10,001-25,000 บาท

❍ 25,001-40,000 บาท

❍ มากกว่า 40,000 บาท

13.บิดา มารดาของนักเรียนมีประวัติการติดสุรา ยาเสพติดหรือไม่

❍ ไม่มี

❍ มี โปรดระบุชนิด.....

14.ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนและบิดามารดา หรือผู้ปกครอง

❍ ดีตลอด

❍ ดีบ้างไม่ดีบ้าง

❍ ไม่ดี

โปรดระบุปัญหา.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

****

2.แบบวัดอาการซึมเศร้า CES-D

<u>คำชี้แจง</u> ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือการกระทำของนักเรียนใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	**ไม่เคย** (<1วัน)	**นาน ๆ ครั้ง** (1-2 วัน)	**บ่อย ๆ** (3-4 วัน)	**ตลอดเวลา** (5-7 วัน)
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3.ฉันไม่สามารถขจัดความเศร้าออกจากใจได้แม้จะมีคนคอยช่วยเหลือก็ตาม				
4. ฉันรู้สึกว่าตนเองดีพอ ๆ กับคนอื่น				
5. ฉันไม่มีสมาธิ				
6. ฉันรู้สึกหดหู่				
7. ทุก ๆ สิ่งที่ฉันกระทำจะต้องฝืนใจ				
8. ฉันมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9. ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความล้มเหลว				
10. ฉันรู้สึกหวาดกลัว				
11. ฉันนอนไม่ค่อยหลับ				
12. ฉันมีความสุข				
13. ฉันไม่ค่อยอยากคุยกับใคร				
14. ฉันรู้สึกเหงา				
15. ผู้คนทั่วไปไม่ค่อยจะเป็นมิตรกับฉัน				
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17. ฉันร้องไห้				
18.ฉันรู้สึกเศร้า				
19. ผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

****

3.แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำอธิบาย ให้นักเรียนทำเครื่องหมาย ✓ ลงในคำตอบทางขวามือให้ตรงกับความเป็นจริงตามความรู้สึกต่อการได้รับการช่วยเหลือ หรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว หรือเพื่อนในข้อความนั้น ๆ

ข้อคำถาม	ไม่จริงเลย	จริงเล็กน้อย	จริงปานกลาง	จริงมาก	จริงมากที่สุด
1. ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย					
2. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อกลุ่ม					
3. คนส่วนใหญ่บอกให้ฉันรู้เมื่อฉันทำงานดี					
4. ฉันไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้อง หรือเพื่อนเมื่อฉันมีปัญหา					
5. ฉันได้พบปะกับคนที่ทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่าอย่างเพียงพอ					
6.ฉันให้เวลากับคนที่มีความสนใจตรงกับฉัน					
7.ฉันมีโอกาสน้อยที่จะได้ดูแลผู้อื่น					
8.มีคนบอกว่าเขาชอบที่จะทำงานร่วมกับฉัน					
9.ฉันมีบุคคลที่พร้อมจะช่วยเหลือฉันในระยะยาวได้ถ้าฉันต้องการ					
10.ไม่มีใครที่จะรับฟังความรู้สึกของฉันได้					
11. ในกลุ่มเพื่อนของฉันเราชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
12. ฉันมีโอกาสที่จะกระตุ้นผู้อื่นให้พัฒนาความสนใจและทักษะ					
13.คนในครอบครัวทำให้ฉันรู้ว่า ฉันมีความสำคัญต่อครอบครัว					
14.ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะช่วยเหลือฉันถึงแม้ว่าฉันจะไม่สามารถตอบแทนเขาได้					
15.เมื่อฉันอารมณ์เสียมีผู้ที่ฉันสามารถอยู่ด้วยโดยปล่อยให้ฉันเป็นตัวของตัวเอง					
16.ฉันรู้สึกว่าไม่มีใครมีปัญหาเหมือนฉัน					
17. ฉันชอบกระทำบางสิ่งเป็นพิเศษในการทำให้ผู้อื่นมีความรู้สึกเพลิดเพลินมากขึ้น					
18. ฉันทราบว่าคนอื่นมีความซาบซึ้งในตัวฉัน					
19.ฉันมีบุคคลที่รักและเอาใจใส่ฉัน					

ข้อคำถาม	ไม่จริงเลย	จริงเล็กน้อย	จริงปานกลาง	จริงมาก	จริงมากที่สุด
20. ฉันมีผู้ที่ร่วมทำงานเข้าสังคมและร่วมกิจกรรมรื่นเริงอื่น ๆ ด้วย					
21. ฉันรับผิดชอบจัดการช่วยเหลือเมื่อมีผู้ต้องการ					
22.ถ้าฉันต้องการคำแนะนำ จะมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือฉันให้สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้น ๆ ได้					
23.ฉันรู้สึกว่ายังมีคนต้องการฉัน					
24.คนส่วนมากทำให้ฉันคิดว่า ฉันไม่ใช่เพื่อนที่ดีเท่าที่ควรจะเป็น					
25. ถ้าฉันเจ็บป่วย มีผู้ที่จะให้คำแนะนะแก่ฉันในการดูแลตัวเอง					

****

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.แบบสอบถามความภูมิใจในตนเอง

<u>คำชี้แจง</u> พิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าเหมือนหรือไม่เหมือนตนเองตามความเป็นจริง แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ “ใช่” หากเหมือนตนเอง หรือ “ไม่ใช่” หากไม่เหมือนตนเอง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. โดยปกติฉันจะไม่หวั่นไหวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ		
2. ฉันรู้สึกลำบากใจในการพูดต่อหน้ากลุ่มคน		
3. ฉันอยากเปลี่ยนหลาย ๆ สิ่งในตัวฉันถ้าฉันสามารถทำได้		
4. ฉันสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้โดยไม่ยากลำบาก		
5. ใคร ๆ จะรู้สึกสนุกเมื่ออยู่กับฉัน		
6. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่ายเมื่ออยู่ที่บ้าน		
7. ฉันต้องใช้เวลานานกว่าจะคุ้นเคยกับสิ่งใหม่ ๆ		
8. ฉันเป็นที่นิยมหรือเป็นขวัญใจในหมู่เพื่อนวัยเดียวกัน		
9. ครอบครัวจะนึกถึงฉันเสมอ		
10. ฉันยอมแพ้ต่อสิ่งต่าง ๆ ง่ายมาก		
11. ครอบครัวตั้งความหวังในตัวฉันสูงเกินไป		
12. ฉันเป็นคนอ่อนไหวง่าย		
13. ชีวิตฉันเต็มไปด้วยความสับสนวุ่นวาย		
14. เพื่อน ๆ มักคล้อยตามความคิดเห็นของฉัน		
15.ฉันรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อย		
16. บ่อยครั้งที่ฉันอยากหนีออกจากบ้าน		
17. บ่อยครั้งที่ฉันรู้สึกไม่สบายใจกับงานของฉัน		
18. ฉันไม่ได้เป็นคนหน้าตาดีเหมือนคนอื่น		
19. เมื่อมีสิ่งที่ฉันจะต้องพูด ฉันจะพูดออกมา		
20. ครอบครัวของฉันเข้าใจในตัวฉัน		
21. คนอื่น ๆ จะมีคนชอบมากกว่าตัวฉัน		
22. ฉันรู้สึกว่าพ่อแม่พยายามผลักดันชีวิตของฉันมาก		
23. บ่อยครั้งที่ฉันหวังเป็นคนอื่นที่ไม่ใช่ตัวฉัน		
24. บ่อยครั้งที่ฉันรู้สึกท้อแท้กับการทำงาน		
25. ฉันไม่สามารถเป็นที่พึ่งของใครได้		

ภาคผนวก ข

ข้อมูลโรงเรียนเพื่อนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลโรงเรียนเพื่อนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ ปีการศึกษา 2545

ลำดับ	โรงเรียน	ระดับที่เปิดสอน	สถานที่	โทรศัพท์	จำนวนนักเรียน	ครู
1.	เศรษฐเสถียร	อนุบาล-ม.6	137 ถ.พระราม 5 แขวงถนนนครไชยศรี เขตดุสิต กทม. 10300	02-2414738 Fax 02-2414455	298	71
2.	โสตศึกษาทุ่งมหาเมฆ	อนุบาล-ม.6	55/1 ถ.อาคารสงเคราะห์ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กทม. 10120	02-2855618, 02-2860733	345	61
3.	โสตศึกษาจ.นนทบุรี	อนุบาล-ม.6	ถ.บางกรวย-ไทรน้อย ต.โสนลอย อ.บางบัวทอง จ.นนทบุรี 11110	02-5717052, 02-5710336	336	46
4.	โสตศึกษาอนุสารสุนทร	อนุบาล-ม.6	6 ถ.โสตศึกษา ต.ช้างเผือก อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50300	053-222475 Fax 053-357177	407	49
5.	โสตศึกษาจ.สงขลา	อนุบาล-ม.6	171/26 ถ.กาญจนาวนิช ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112	074-212516 Fax 074-218301	365	44
6.	โสตศึกษาจ.ตาก	อนุบาล-ม.6	60 ถ.เจดีย์ยุทธหัตถี ต.ป่ามะม่วง อ.เมือง จ.ตาก 63000	055-511031 Fax 055-514067	289	37
7.	โสตศึกษาจ.ขอนแก่น	อนุบาล-ม.6	93 ถ.เหล่านาดี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000	043-221751 Fax 043-222962	353	38
8.	โสตศึกษาจ.ชลบุรี	อนุบาล-ม.6	90 ถ.บางแสนล่าง ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20130	038-382638 Fax 038-382029	332	36
9.	โสตศึกษาจ.นครศรีธรรมราช	อนุบาล-ม.6	37 ถ.ทุ่งสง-นาบอน ต.หนองหงส์ อ.ทุ่งสง จ.นครศรีธรรมราช 80110	075-412690 Fax 075-420175	482	20
10.	โสตศึกษาเทพรัตน์	อนุบาล-ม.6	2 หมู่ 9 ต.พงศ์ประศาสน์ อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์ 77140	Fax 032-691862	210	13
11.	ศึกษาพิเศษสุรินทร์	อนุบาล-ม.3	107 หมู่ 7 ถ.สุรินทร์-ปราสาท ต.เชื้อเพลิง อ.ปราสาท จ.สุรินทร์ 32140	Fax 044-551793	337	10
12.	ศึกษาพิเศษมุกดาหาร	อนุบาล-ม.6	ถ.ห้าธันวามหาราช ต.มุกดาหาร อ.เมือง จ.มุกดาหาร 49000	Fax 042-612237	225	7
13.	ศึกษาพิเศษพิษณุโลก	อนุบาล-ม.3	79 หมู่ 3 ต.มะขามสูง อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000	055-299258 Fax 055-299260	365	19
14.	ศึกษาพิเศษอุดรธานี	ป.1-ม.3	ถ.รอบเมือง ต.หนองบัว อ.เมือง จ.อุดรธานี 41000	042-323682 Fax 042-323683	328	15
15.	ศึกษาพิเศษนครปฐม	อนุบาล-ม.3	69 ต.วัดแค อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม 73120	034-332309 Fax 034-227670	278	19

ข้อมูลโรงเรียนเพื่อนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ ปีการศึกษา 2545 (ต่อ)

ลำดับ	โรงเรียน	ระดับที่เปิดสอน	สถานที่	โทรศัพท์	จำนวนนักเรียน	ครู
16.	ศึกษาพิเศษชัยภูมิ	อนุบาล-ป.6	294 ต.บ้านเล่า อ.เมือง จ.ชัยภูมิ 36000	044-812307 Fax 044-817045	272	11
17.	ศึกษาพิเศษเพชรบูรณ์	อนุบาล-ป.6	ถ.อำเภอเมือง-บ้านนายม ต.บ้านโตก อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์ 67000	Fax 056-725256	310	7
18.	ศึกษาพิเศษร้อยเอ็ด	อนุบาล-ม.3	หมู่ 14 ถ.แจ้งสนิท ต.นิเวศน์ อ.ธวัชบุรี จ.ร้อยเอ็ด 45170	043-569278 Fax 043-569279	400	12
19.	ศึกษาพิเศษปราจีนบุรี	อนุบาล-ม.3	120 หมู่ 17 ถ.ปราจีน-เขาใหญ่ ต.เนินหอม อ.เมือง จ.ปราจีนบุรี 25230	037-407442	206	9
20.	ศึกษาพิเศษกาญจนบุรี	อนุบาล-ป.6	ถ.ลิ้นช้าง-เขาปูน ต.ปากแพรก อ.เมือง จ.กาญจนบุรี 71000	034-517220 Fax 034-517221	201	12
21.	ศึกษาพิเศษเพชรบุรี	อนุบาล-ป.6	หมู่ 5 ต.สามพระยา อ.ชะอำ จ.เพชรบุรี 76120	Fax 032-471102	223	5
22.	ศึกษาพิเศษลพบุรี	อนุบาล-ป.6	ถ.พระปิยะ ต.ป่าตาล อ.เมือง จ.ลพบุรี 15000	Fax 036-412014	375	15
23.	ศึกษาพิเศษนครสวรรค์	ป.1-ม.3	264 ถ.พหลโยธิน ต.นครสวรรค์ตก อ.เมือง จ.นครสวรรค์ 60000	056-245124 Fax 056-245125	336	24
24.	ศึกษาพิเศษพิจิตร	อนุบาล-ป.6	ต.บ้านบุ่ง อ.เมือง จ.พิจิตร 66000	Fax056-685143-4	311	6
25.	ศึกษาพิเศษน่าน	อนุบาล-ป.6	103 ต.ฝายแก้ว กิ่งอ.ภูเพียง จ.น่าน 55000	Fax 054-774498	332	13
26.	ศึกษาพิเศษเชียงราย	อนุบาล-ป.6	210 หมู่ 15 ต.ป่าอ้อดอนชัย อ.เมือง จ.เชียงราย 57000	01-9934226	245	7
27.	ศึกษาพิเศษกาฬสินธุ์	อนุบาล-ป.6	167 ถ.ชลประทาน ต.ดอนสมบูรณ์ อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ 46120	Fax 043-891080	358	11
28.	ศึกษาพิเศษนครราชสีมา	อนุบาล-ม.3	70 ถ.มิตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000	Fax 044-214983	317	22
29.	ศึกษาพิเศษระยอง	อนุบาล-ม.3	114 หมู่ 1 ต.บ้านแลง อ.เมือง จ.ระยอง 21000	038-612638 Fax 038-802359	397	13

ภาคผนวก ค
วุฒิบัตรในการอบรมภาษาสำหรับผู้พิการทางการได้ยิน

(มีวุฒิบัตรในเล่มจริง)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวประภัสสร สิริวิชัย เกิดวันที่ 2 มิถุนายน 2519 กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จากโรงเรียนศึกษานารี และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในปีการศึกษา 2542 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2543

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย